T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİKTE DEĞER TEMELLİ YÖNETİM ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ

Ece UYSAL KASAP

DANIŞMAN
Doç. Dr. Betül SÖNMEZ

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı

Ağustos, 2024

TEZ KABUL VE ONAYI

Ece UYSAL KASAP tarafından, **Doç. Dr. Betül SÖNMEZ** danışmanlığında hazırlanan **"Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin Geliştirilmesi"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **09/07/2024** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. Betül SÖNMEZ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Nilgün GÖKTEPE Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Handan ALAN İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Begüm YALÇIN İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Ece UYSAL KASAP

Meslektaşlarıma ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

HEMŞİRELİKTE DEĞER TEMELLİ YÖNETİM ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez danışmanlığı süresince benden rehberliğini ve samimiyetini esirgemeyen, liderlik eden, yolumu aydınlatan Sayın Doç. Dr. Betül SÖNMEZ'e,

Doktora eğitimim ve tez dönemim süresince benden desteklerini esirgemeyen ve her zaman yol gösterici olan Sayın Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'a,

Mesleki hayatımda bana her zaman yol gösterici olan ve doktora tez dönemimde tez jüri üyeliğimi yaparak tezimin gelişmesinde destekleri olan Sayın Doç. Dr. Nilgün GÖKTEPE'ye,

Doktora eğitim döneminde bilgi ve tecrübesiyle eğitimime katkıları yüksek olan Sayın Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'a,

Yüksek Lisans eğitimimden itibaren desteğini her zaman hissettiğim sayın Prof. Dr. Nefise BAHÇECİK'e,

Uzman görüşlerini aldığım değerli öğretim üyesi ve hastane yöneticilerine ve meslektaşlarıma,

Doktora tezimi yürütebilmem için izin veren tün sağlık kuruluşlarına,

Araştırmaya katılan meslektaşlarıma,

Beni her zaman destekleyen ve güç veren sevgili eşim Erdinç KASAP'a, canım kızım Elif Ela KASAP ve tez dönemimde doğan minik kızım Zeynep Defne KASAP'a,

Benim bugünlere gelmemde büyük emeği olan annem Arzu UYSAL ve babam Servet UYSAL'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Ağustos 2024 Ece UYSAL KASAP

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ii
BEYAN iii
BÜTÇE DESTEKLERİ v
TEŞEKKÜR vi
İÇİNDEKİLER vii
ŞEKİL LİSTESİ xi
TABLO LİSTESİ xii
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ xiii
ÖZET xiv
ABSTRACT xvi
1. GİRİŞ 1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE 4
2.1. Değer Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinde Değer 4
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Değer Temelli Yönetim 5
2.2.1.Porter'ın Değer Temelli Yönetim Yaklaşım Modeli 5
2.2.2.Sağlık Hizmetlerinde Değer Temelli Yönetim 6
2.2.2.1. Hasta Açısından Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi 9
2.2.2.2. Sağlık Kuruluşları Açısından Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Yönetimi 11
2.3. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim 12
2.3.1. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetimin Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi 13
3. YÖNTEM 18
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü 18
3.2. Araştırmanı Soruları 18
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 18

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 19
3.4.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Evren ve Örneklemi 19
3.4.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Evren ve Örneklemi 19
3.5. Veri Toplama Araçları 20
3.5.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Veri Toplama Araçları 20
3.5.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (1. Aşama) 20
3.5.1.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu 20
3.5.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Veri Toplama Araçları 21
3.5.2.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (2. Aşama) 21
3.5.2.2. Hemşirelerin Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği 21
3.5.2.3. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği Taslağı 22
3.6. Verilerin Toplanması 24
3.6.1. Birinci Aşama Verilerinin Toplanması 24
3.6.2. İkinci Aşama Verilerinin Toplanması 25
3.7. Verilerin Analizi 25
3.7.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Verilerin Analizi 25
3.7.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Verilerin Analizi 27
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 28
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 29
3.9.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sınırlılıkları 29
3.9.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Sınırlılıkları 29
4. BULGULAR 30
4.1. Nitel Görüşmelere İlişkin Bulgular 30
4.1.1. Katılımcıların Özelliklerine İlişkin Bulgular 30
4.1.2. Nitel Görüşmelerden Elde Edilen Temalar, Alt Temalar ve Kodlar 31
4.2. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin Geliştirilmesine İlişkin Bulgular 54
4.2.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler 62
4.2.2. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine Yönelik Bulgular 56
4.2.2.1. Kapsam Geçerliği 56
4.2.2.2. Yüzey Geçerliği 65
4.2.2.3. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği Taslağının Madde Analizi 57
4.2.2.4. Yapı Geçerliği 58
4.2.4.4. Verilerin Normallik Sınaması 65
4.2.4.5. Güvenirlik Analizi Bulguları 67

4.2.3. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin Yapısı ve Değerlendirilmesi 71
5. TARTIŞMA 75
5.1. Araştırmanın Nitel Aşaması Bulgularının Tartışılması 75
5.1.1. Değer Kavramı 75
5.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Değer 76
5.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Değer Temelli Yönetim 77
5.1.4. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim 79
5.1.5. Hemşirelik Hizmetlerinin Değer Katan Uygulamaları 81
5.1.5.1. Hastaya Değer Katan Uygulamalar 81
5.1.5.2. Hemşireye Değer Katan Uygulamalar 82
5.1.5.3. Kuruma Değer Katan Uygulamalar 84
5.2. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin Geliştirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması 85
5.2.1. Kapsam (İçerik) Geçerliği 84
5.2.2. Yüzey Geçerliği 86
5.2.3. Madde Analizi 86
5.2.4. Yapı Geçerliği 86
5.2.4.1. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) 87
5.2.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) 88
5.2.5. Güvenirlik Analizi Bulguları 89
5.2.5.1. Yarıya Bölme (Split-Half Yöntemi) 89
5.2.5.2. Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayısı 89
5.2.5.3. Alt-Üst %27'lik Grup Ortalamalarının Karşılaştırılması 89
5.2.5.4. Paralel Form Güvenirliği 90
5.2.5.5. Test-Tekrar-Test Analizi 90
5.3. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetime İlişkin Bulguların Tartışılması 90
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 92
6.1. Sonuçlar 92
6.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasına Yönelik Sonuçlar 92
6.1.2. Araştırmanın İkinci Aşamasına Yönelik Sonuçlar 93
6.2. Öneriler 95
6.2.1. Araştırmanın Birinci Aşamasına Yönelik Öneriler 95
6.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasına Yönelik Öneriler 95
7. KAYNAKLAR 96
EKLER 110

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 122
ETİK KURUL İZİN YAZISI 127
KURUM İZNİ YAZILARI 128
ÖZGEÇMİŞ 130

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1: Daha iyi sağlık sonuçları için değer temelli sağlık hizmeti uygulamasına yönelik stratejik çerçeve 10

Şekil 4.1: Katılımcıların hemşirelikte değer temelli yönetime ilişkin görüşlerinden elde edilen temalar, alt temalar ve kodlar 32

Şekil 4.2: Değer kavramı teması ve alt kodlar 33

Şekil 4.3: Sağlık hizmetlerinde değer teması ve alt kodlar 34

Şekil 4.4: Sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim teması ve alt kodlar 38

Şekil 4.5: Hemşirelikte değer temelli yönetim teması ve alt kodlar 39

Şekil 4.6: Hemşirelik hizmetlerinin değer katan uygulamaları teması ve alt temalar 42

Şekil 4.7: Hemşirelik hizmetlerinin hastaya değer katan uygulamaları alt teması ve kodlar ... 43

Şekil 4.8: Hemşirelik hizmetlerinin hemşireye değer katan uygulamaları alt teması ve kodlar 48

Şekil 4.9: Hemşirelik hizmetlerinin kuruma değer katan uygulamaları alt teması ve kodlar .. 51

Şekil 4.10: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği taslağının faktör saçılım grafiği (Scree Plot) 59

Şekil 4.11: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'ne ilişkin DFA modeli yol diyagramı 63

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilme aşamaları 22
Tablo 3.2: Verilerin analizimde kullanılan yöntemler 28
Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özellikleri 30
Tablo 4.2: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırmalar 55
Tablo 4.3: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği taslağının madde analizi sonuçları (N_{AFA}: 421). 57
Tablo 4.4: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin açımlayıcı faktör analizi sonuçları (N_{AFA}: 421). 60
Tablo 4.5: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi sonuçları (N_{DFA}: 507) 61
Tablo 4.6: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği DFA modeli uyum indeksleri sonuçları (N_{DFA}: 507) 62
Tablo 4.7: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği madde analizi sonuçları (N_{DFA}: 507) 64
Tablo 4.8: Tekli ve çoklu normallik testi sonuçları-AFA (N_{AFA}: 421) 66
Tablo 4.9: Tekli ve çoklu normallik testi sonuçları-DFA (N_{DFA}: 507) 67
Tablo 4.10: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'ne ilişkin yarıya bölme analizi sonuçları (N: 928) 68
Tablo 4.11: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği %27'lik alt ve üst grup ayırt edicilik analizi sonuçları (N: 251) 68
Tablo 4.12: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği ile Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirmesi arasındaki korelasyon bulguları (N: 928) 69
Tablo 4.13: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği ve Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirmesi tanımlayıcı bulguları ve karşılaştırılması (N_{AFA}: 421) (N_{DFA}: 507) 70
Tablo 4.14: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin Test-Tekrar Test analizi bulguları (N: 30) 70
Tablo 4.15: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyon matrisi (N_{DFA}: 507) 71
Tablo 4.16: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyon matrisi (N: 928) 72
Tablo 4.17: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği alt boyutlarının çalışılan kuruma göre karşılaştırılması (N: 928) 73

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar Açıklama

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AFA : Açımlayıcı Faktör Analizi

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği

DFA : Doğrulayıcı Faktör Analizi

AVE : Average Variance Extracted (Ortalama Varyans)

CFI : Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İyiliği İndeksi)

GFI : Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)

HDTYÖ: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği

ICN : Uluslararası Hemşireler Birliği

ICC : Intraclass Correlation Coefficient (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)

KGİ : Kapsam Geçerlik İndeksi

KMO : Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterlilik testi

M : Medyan

Max : Maksimum

Min : Minimum

NDNQI: Amerikan Ulusal Hemşirelik Kalite Göstergeleri

RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)

SPSS : Statistical Package for Social Science (Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı)

SS : Standart Sapma

SBH : Sağlık Bakanlığı Hastanesi

ÖH : Özel Hastane

ÖZET

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİKTE DEĞER TEMELLİ YÖNETİM ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ

Ece UYSAL KASAP

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı

Danışman : Doç. Dr. Betül SÖNMEZ

Bu araştırma, hemşire yöneticilerin ve akademisyenlerin hemşirelik hizmetlerinde değer temelli yönetim uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ve Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilmesi amacıyla iki aşamada gerçekleştirildi. Nitel araştırma tasarımında olan birinci aşamada, hemşire yöneticilerin ve akademisyenlerin hemşirelikte değer temelli yönetim uygulamalarına ilişkin görüşleri belirlendi. Metodolojik araştırma tasarımında olan ikinci aşamada ise Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği geliştirildi. Nitel tasarımda olan çalışmanın birinci aşamasının çalışma evrenini; İstanbul'da bulunan Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastanelerde görev yapan hemşire yöneticiler ile kamu, özel ve vakıf üniversitelerinde görev yapan akademisyenler oluşturdu. Şubat 2021-Mayıs 2021 tarihleri arasında toplam 20 kişiyle bireysel derinlemesine görüşme gerçekleştirildi (n=20). Metodolojik tasarımda olan ikinci aşamanın çalışma evrenini; İstanbul'da bulunan Sağlık Bakanlığına bağlı iki hastane ve dört özel hastane olmak üzere toplam altı hastanede görevli tüm hemşireler oluşturdu (N_{toplam}= 4783). Mayıs 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında toplam 928 kişi araştırmaya katıldı (n=928). Araştırmada veri toplama aracı olarak birinci aşamada, "Tanıtıcı Bilgi Formu (1. Aşama)", "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu", ikinci aşamada ise "Tanıtıcı Bilgi Formu

(2. Aşama)", "Hemşirelerin Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" ile geçerlik ve güvenirliği yapılan "Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği Taslağı" kullanıldı. Katılımcılar ile yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgulardan, "değer kavramı, sağlık hizmetlerinde değer, sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim, hemşirelikte değer temelli yönetim ve hemşirelik hizmetlerinin değer katan sonuçları" olarak beş ana tema, üç alt tema ve toplam 36 kod elde edildi. Birinci aşama bulgularına ve literatüre dayalı olarak göre geliştirilen 42 maddelik taslak ölçekten faktör analizi sonucunda üç boyut ve toplam 38 maddeden oluşan ölçek elde edildi. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği indeksi değerlerinin kabul edilebilir düzeylerde olduğu belirlendi. Doğrulayıcı faktör analizine göre uyum iyiliği değerleri; Chi-square/df: 3,20, CFI: 0,99, NNFI: 0,99, NFI: 0,98, SRMR: 0,068, RMSEA: 0,066) iyi uyum ve kabul edilebilir sınırlar içinde yer aldı. Ölçeğin güvenirlik analizleri, ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğunu, paralel form güvenirliğinin olduğunu ve kararlı ölçümler yaptığını gösterdi. Sonuç olarak, bu çalışma hemşirelikte değer temelli yönetimi inceleyen ilk çalışma olarak literatüre katkı sağlamaktadır. Ayrıca sonuçlar, geliştirilen Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.
Ağustos 2024, 148 sayfa.

Anahtar kelimeler: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim, Değer Temelli Yönetim, Değer Temelli Sağlık Hizmetleri, Ölçek Geliştirme, Geçerlik, Güvenirlik

ABSTRACT

Ph.D. Thesis

DEVELOPMENT OF VALUE –BASED MANAGEMENT SCALE IN NURSING

Ece UYSAL KASAP

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Nursing Management

Doctorate Programme in Nursing Management

Supervisor : Assoc. Prof. Betül SÖNMEZ

This study was conducted in two phases to determine the views of nurse managers and academicians on value-based management practices in nursing services and to develop the Value-Based Management in Nursing Scale. In the first phase, which was qualitative research design, the views of nurse managers and academicians on value-based management practices in nursing were determined. In the second phase, which was methodological research design, the Value-Based Management in Nursing Scale was developed and validated. The study population of the first phase of the study, which was qualitative in design, consisted of nurse managers working in Ministry of Health hospitals and private hospitals in Istanbul and academicians working in public, private, and foundation universities. Individual, in-depth interviews were conducted with a total of 20 people between February 2021 and May 2021. The study population of the second phase, which was methodologically designed, consisted of all nurses working in a total of six hospitals in Istanbul, including two Ministry of Health hospitals and four private hospitals (N_{total} = 4783). A total of 928 people participated in the study between May 2023 and September 2023. "Introductory Information Form (Phase 1)", "Semi-structured Interview Form", "Introductory Information Form (Phase 2)", "Scale for Assessing Nurses' Quality of Care," and "Draft Values-Based Management Scale in Nursing," which were validated and reliable, were used as data collection tools in the study. From the findings obtained from individual in-depth interviews with the participants, five main themes and three sub-themes, and a total of 36 codes were obtained as "the concept of value, value in health services, value-based management in health services, value-based management in nursing, and value-adding results of nursing services." The draft 42-item scale, which was developed based on the results of the semi-structured interviews and the literature, was reviewed by experts and content validity index was found to be 0.91. Factor analysis yielded a scale consisting of 38 items and three dimensions. In the confirmatory factor analysis of the

scale, it was determined that the goodness of fit index values were at acceptable levels. According to the confirmatory factor analysis, the values for the goodness of fit (Chi-square/df: 3.20, CFI: 0.99, NNFI: 0.99, NFI: 0.98, SRMR: 0.068, RMSEA: 0.066) were within good fit and acceptable limits. Reliability analyses of the scale showed that it had high internal consistency, parallel form reliability, and stable measurements. In conclusion, this study contributes to the literature as it is the first study to examine value-based management in nursing. Furthermore, the results show that the developed Values-Based Management in Nursing Scale is a valid and reliable measurement tool.

August 2024, 148 pages.

Keywords: Value-Based Management in Nursing, Value-Based Management, Value-Based Health Services, Scale Development, Validity, Reliability

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde artan maliyetler ile istenen sonuçlara ulaşamama sorunu nedeniyle sağlık hizmetleri sunumunda yeni yaklaşımlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Buna karşın Porter (2008), 21. yüzyılda tıbbın, 19. yüzyıl yönetim süreci, örgütsel yapısı ve ölçüm sistemleriyle yürütüldüğünü belirtmektedir. Sağlık hizmetlerinde temel amaç, insan sağlığını iyileştirmek ve sağlığı korumaktır. Sağlığı iyileştirme ve koruma faaliyetleri yürütülürken her hasta için de sağlık sonuçlarının ölçülmesi ve maliyetlerinin analiz edilmesi gerekmektedir. Liderler, sağlık çıktılarını ölçmeden sağlık hizmeti kuruluşlarını amaçlarıyla uyumlu hale getiremezler. Sonuçların ölçülmesi ekiplerin başarılı olduklarını bilmelerini sağlar ve bakım ihtiyaçlarını ve verimliliği arttırmak için gerekli bir unsurdur. Ayrıca maliyet ve sağlık sonuçları verileri, bakım ekibini güçlendirir, mesleki özerklik sağlar, mesleki doyumu destekler ve tükenmişliği engelleyici rol üstlenir (Teisberg, 2020).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve ölçümü konusunda tüm dünyada hızlı bir değişim yaşanmaktadır. Hizmet sunan merkezli bir sağlık sisteminden hasta merkezli ve ölçülebilir olanın etkili olduğu sağlık bakım sistemlerine geçiş söz konusudur. Bu geçiş için değer temelli sağlık hizmetlerine yönelmenin gerekli olduğunu belirten birçok çalışma mevcuttur. Değer temelli sağlık hizmetleri yaklaşımında, hasta ve sağlıklı bireylerin hastaneye girişinden itibaren başlayan ve taburculuk süreciyle beraber bireylerin sağlık sonuçlarına odaklanıp kaliteli sağlık hizmetini multidisipliner bir şekilde veren ve bunlarla birlikte verilen sağlık hizmetinin maliyetini değerlendiren bir model tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde değer temelli yaklaşım, sağlık bakımının organize edilmesi, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi ve sağlıkta bakım maliyetlerinin kontrol edilebilmesi için kullanılmaktadır (Ball ve diğ., 2013; Porter, 2010; Dick ve diğ., 2017; Lowe, 2018; Şengül ve Bulut, 2022; Sassen, 2023; Kolarczyk ve diğ., 2017). Hasta bakım sonuçlarını koruyan, iyileştiren ve süreç iyileştirmeye katkı sunan bu model, bakımın daha iyi organize edilmesini sağlayarak sağlık ekonomisini dönüştürmeye katkı sağlayacaktır (Kaplan ve Porter, 2011).

Hemşirelik uygulamalarının, bakımın kalitesi, hasta güvenliği ve bakımın maliyetleri üzerinde doğrudan bir etkisi vardır ve değer yaratır. Fakat, hemşirelik bakımı sağlık finansman sistemi içerisinde görünmemektedir. Hasta düzeyinde doğru hemşirelik bakım süresi ve maliyeti ölçütlerini geliştirmek, hemşire ve diğer sağlık hizmetleri yöneticilerinin hemşirelik

bakımını daha kapsamlı bir şekilde değerlendirmelerini ve izlemelerini sağlayacaktır (Pappas ve Welton, 2015). Hemşirelerin sağladığı bakımın değerini gösterebilmek, hemşirelik mesleğinin sağlık sistemi içerisindeki görünürlüğünü sağlamak için önemli ve değerlidir (Caspers ve Pickard, 2013). Hemşire yöneticilerin, hasta bakımının kalitesi, hasta güvenliği ve önemi, mesleki gelişimin desteklenmesi ve hemşirelik hizmetlerinin hasta sonuçlarına etkileri konularında kritik rolleri bulunmaktadır (Ibrahim, 2023) ve hemşireliğin sağlık sonuçlarına katkısının ne olduğu konusu ve bu sorunun kapsamlı olarak araştırılması gerekmektedir (Welton ve Harper, 2016; Sensmeier, 2016; Rutherford, 2012).

Sağlık hizmetlerinde değer ile ilgili literatür incelendiğinde; sağlık hizmetinin sonuçları arasında özellikle odakta hastanın olduğu görülmekte; değer, komplikasyonlar, mortalite oranları, hastalık prognozları, ağrının azaltılması gibi olumsuz etkiler ve yaşam kalitesindeki artış olarak değerlendirilmektedir. Değer temelli sağlık hizmetlerinde, sağlık hizmetlerinin çıktılarının maliyetlerin ölçümleriyle paralel değerlendirilmesi ve tüm süreçlerin iyi sağlık sonuçları almaya yönelik değerlendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Tsewat ve Mories, 2018; Salvatore ve diğ., 2020; Porter ve diğ., 2016; Jenkins ve Welton, 2014). Çalışmalarda, hemşirelerin elektronik sağlık kayıtları aracılığıyla ölçülebilir hasta sonuçlarının elde edilerek hemşirelik bakımının değerinin ortaya konulabileceği (Welton ve Harper., 2015; Aiken ve diğ., 2011; Dall ve diğ., 2009; Welton ve Dismuke, 2008), hemşirelerin eğitim düzeylerinin, hasta ölümleri, komplikasyonlar, hastaların hastaneye yeniden başvuru oranı, hastanede daha kısa süreli yatışlar gibi sonuçları etkilediği belirtilmektedir (Aiken ve diğ., 2003; Weiss ve diğ., 2011; Blegen ve diğ., 2013; Yakusheva ve diğ., 2014). Birçok çalışma, hemşire sayıları ve kalitesinin, hastane ve birim düzeyinde ölçülen hasta sonuçlarıyla (örneğin, ölüm oranları, enfeksiyon oranları, hastanede kalış süreleri, düşme oranları, basınç ülseri oranları) ilişkisi olduğunu göstermektedir (Aiken ve diğ., 2011; McHugh, 2016; Yakusheva ve diğ., 2016; Yakusheva ve Weiss, 2017; Yakusheva ve diğ., 2014; Rogowski ve diğ., 2013; Kalisch ve diğ., 2011; Needleman ve diğ., 2011; Yakusheva ve diğ., 2014; Aiken ve diğ., 2023; Kutney Lee ve diğ., 2015), Ayrıca çalışmalar, hemşirelerin kaliteli bakım, yatan hasta maliyetleri ve yatan hasta gelirlerlerini etkilediği ve bu durumun kuruma katılan değeri de yansıttığı belirtmektedir (Jayawardhana ve diğ., 2014; Kurtzman, 2010b). Hemşirelerin iş doyumunun önemsenmesinin ise küresel anlamda değere neden olacağına vurgu yapılarak (Horton, 2007), hemşireliğe duyarlı ölçütlerin belirlenmesinin hemşirelik bakımının değerinin ve hemşireliğin hasta sonuçlarına olumlu katkısının görülebileceğini ifade eden çalışmalar mevcuttur (Montalvo, 2007; Dunton ve diğ., 2007; Garcia ve diğ., 2019). Yakusheva ve diğ. (2022b) değer bilgisine

dayalı hemşirelik bakımı kavramının benimsenmesi gerektiği ve yalnızca sonuçlara değil aynı zamanda bakımın maliyetine de odaklanan hemşirelik uygulamasının gerekliliğini belirtmektedir.

Hemşireliğin geleceği, hemşirelerin kendi değerlerini ve hasta sonuçlarına katkılarını anlamalarına bağlıdır (Wyatt, 2013). Hemşireliğin değerini ortaya koymak için hem niceliksel hem de niteliksel araştırmalar yapan hemşire bilim insanlarına önemli bir ihtiyaç vardır. Hemşire bilim insanları için hemşirelik girişimlerini ve sonuçlarını kapsamlı bir şekilde incelemek hem nesnel hem de öznel verileri yakalayan ölçüm stratejilerini gerektirir (Wyatt, 2020). Sağlık sistemi içerisinde önemli bir yere sahip olan hemşirelerin bakım sonuçlarının değer temelli olarak incelenmesi, hemşirelerin sağlık sistemi içinde sağlık hizmetine kattıkları değerin ölçülmesi ve sonuç olarak hemşirelik hizmetinin değerinin gösterilebilmesini gerekli hale getirmektedir. Değer temelli sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri içerisinde uygulamaları görülmeye başlanan ve gittikçe yaygınlaşan bir modeldir. Sağlık sisteminin en önemli çıktısı olan hastalar için öncelikle hizmet kalitesinin arttırılmasını hedefleyen değer temelli sağlık hizmetleri, sağlık sistemi içerisinde önemli bir yere sahip olan hemşireler ve hemşire yöneticiler için de önemli bir kavramdır. Değer temelli sağlık hizmetlerinin yönetimi, kaliteli sağlık hizmeti sunumu, hasta-çalışan-kurum memnuniyeti sağlama, bütüncül sağlık hizmeti verilmesi, takım çalışması sağlama ve sürdürme, maliyet-etkili hizmet sunulması, nitelikli hemşire ve hemşire yöneticilerin önemi gibi birçok konuyu içermektedir. Literatürde hemşirelik ve değer temelli yönetim uygulamalarına yönelik çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte sağlık hizmetlerinde veya hemşirelikte değer temelli yönetime yönelik herhangi bir ölçüm aracına rastlanmadı. Bu doğrultuda bu çalışma, hemşire yöneticilerin ve akademisyenlerin hemşirelik hizmetlerinde değer temelli yönetim uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ve Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. DEĞER KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞER

Literatürde değerin birçok farklı tanımı bulunmaktadır. Değer, "Bir şeyin önemini belirlemeye yarayan soyut ölçü, bir şeyin değdiği karşılık, kıymet" (sozluk.gov.tr., Erişim tarihi: 20 Nisan 2024) olarak tanımlanırken Kuçuradi (1988), insanın iletişimde bulunduğu insanlara karşı davranışları, tutumları ve aldığı kararların kaynağını değer olarak tanımlamaktadır. Değerler, genel olarak inanılan, toplum içindeki kişilerin gösterdikleri davranışlar için bir ölçek niteliğinde kullanılır. İnsanı insan yapan ve insana özgü olarak tanımlanabilen değer kavramı, insanı diğer canlılardan farklı kılan niteliğini belirtir. Bununla birlikte, değerler çerçevesinde insanların kendilerini geliştirebilmeleri mümkündür. Ayrıca değerlerin, duruma ve koşula bağlı olarak değişebileceği de öngörülerek, istenen hedeflere ulaşmada kişilerin hayatına rehberlik etme yönü de bulunmaktadır (Karyağdı ve diğ., 2021). Sosyal bilim uzmanlarına göre değer öznel olup kişilere göre değişir (Seyfioğlu, 2019b).

Değerler, toplumu oluşturan kişilerin ve grupların davranışlarının şekillenmesi ile toplum içi bütünleşme sağlanmasında önemli bir yerde bulunmaktadır. Yapısal İşlevcilik Kuramı'na göre, toplumun temelini, toplum içindeki değerler ve paylaşılan normlar oluşturmaktadır. Bununla birlikte kişilerin toplumsallaşması yönünde kültürel örüntüler çok etkilidir ve değerler kişiler ile toplumsal yapı arasında olan ilişkilerde merkezi konumda yer almaktadır (Değer Çalışmaları II, 2022).

Sağlık hizmetlerinde değer, bakım maliyetlerine göre elde edilen sağlık sonuçlarıdır (Porter, 2010; Pappas, 2013; Lowe, 2018). Porter (2006)'a göre değer, elde edilen sonuçları için harcanan dolar/paradır. Değer temelli bir sağlık sisteminde değer, yüksek kaliteli bakımın en uygun maliyetle sunulmasını ifade eder (Porter ve Teisberg, 2006). Değer temelli sağlık hizmeti, hasta için mümkün olan en düşük ve en makul maliyette; klinik kalite, güvenlik ve sonuçların geliştirilmesine odaklanan bir hizmet sunum modeli olarak tanımlanmaktadır (Block, 2016). Putera (2017), sağlık hizmetlerinde değer konusunda hasta odaklı bakıma odaklanmanın gerekliliğini belirtmektedir. Miller (2009), sağlık hizmetlerinde hacim merkezli bakımdan uzaklaşmanın gerekliliğini savunarak, değer merkezli koordineli bakımın önemine

vurgu yapmaktadır. Ödeme sistemlerinde de değer temelli ödeme modellerinin benimsenmesi gerektiğini ifade etmektedir (Miller, 2009). Değer, maliyetlerle ilgili sonuçlar olarak da tanımlandığından, verimliliği de içine alır. Bu nedenle maliyet sonuçlarına bakılmadan elde edilmesi tehlikelidir ve eksik bir sonuç verir (Addario ve diğ., 2018). Kurtzman (2010a), değeri ekonomik boyutuyla ele alarak kalite, maliyet, insan sermayesi ve işçilik maliyetleri ve verimlilik ile açıklar. Ekonomik değeri, paydaşların algılanan yeterliliği ve bunlarla ilgili deneyimleri de dahil olmak üzere, bu hizmetleri elde etme maliyeti karşılığında sağlanan sağlık hizmetlerinin kalitesi olarak tanımlamaktadır. Gray (2011), sağlık hizmetindeki değeri net fayda olarak tanımlamakla beraber, değeri üçe ayırır. Bunlardan birincisi *tahsis değeri*, tüm nüfus için maksimum değer elde edilecek şekilde kaynakların eşit bir şekilde nasıl tahsis edileceği; *teknik değer*, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve güvenliğindeki iyileştirmelerle ilişkili artan değer; *kişiselleştirilmiş değer* ise kişinin durumuna ilişkin en iyi kanıtlar ve değerlendirmelerle birlikte bireysel hasta değerleridir (Gray, 2011; Gentry ve Badrinath, 2017). Hastaların bakış açısısından, herhangi bir sağlık hizmeti ölümü önlediğinde değer yarattığı şeklinde algılanmaktadır (Kim Farmer ve Porter, 2013). Bununla birlikte yüksek değerli bakım, en az miktarda kaynak kullanırken hasta sonuçlarında bir iyileşme sağlar. Önleyici bakım (örneğin, aşılama) yüksek değerli bakıma bir örnek olarak verilmektedir (Yakusheva, 2022b).

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞER TEMELLİ YÖNETİM

2.2.1. Porter'ın Değer Temelli Sağlık Hizmeti Sunumu Modeli

Porter (2008), yeni bir yaklaşım olarak sunduğu değer temelli sağlık hizmeti sunumu ilkelerini şu şekilde açıklamıştır. *Birinci ilke*, değer temelli sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Değer, harcanan para (dolar) başına elde edilen sağlık sonuçları olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinde kalite anlayışının sonuç yerine sürece odaklandığı belirtilmektedir. Değer temelli sağlık sistemi, yalnızca maliyete değil, verilen sağlık hizmetinin bireyin sağlık sonuçlarına etkisinin belirlenebildiği bir sistemi tanımlar. *İkinci ilke*, hastaların tıbbi durumlarına göre hizmetten yararlanabilecekleri entegre hizmet birimlerinin oluşturulmasıdır. Günümüz sağlık sisteminde uzmanlık alanlarının sayısı artmış ve farklılaşmış, sağlık sistemi yapı ve işleyiş açısından parçalı bir yapıya dönüşmüştür. Bu durumun sonucu olarak hastaya verilen bakımın parçalanması, hastanın bakımına yönelik izlemler ve verilen eğitimlerin az olması veya olmaması sağlık hizmetinde düşük değere sebep olmaktadır. *Üçüncü ilke*, sağlık hizmetinin değerinin ölçülmesidir. Tıbbi durumla ilgili maliyetler ve sonuçlar ölçülemez ise geliştirilmeyeceği anlayışı ile verilen sağlık hizmetinin hizmeti alan bireyin

sağlığına kattığı değerin ölçülmesi gerektiğini tanımlar. *Dördüncü ilke*, sadece değer yaratan bakım döngüsünün geri ödemesinin yapılmasıdır. Bu yaklaşımın sağlık sistemini oluşturan tüm bileşenlere yarar sağlayacağı öngörülmektedir (Porter, 2008). Sağlık hizmetlerinde değer girdilere değil sonuçlara bağlı olduğundan, değer elde edilen sonuçlarla ölçülür ve sunulan hizmetlerin hacmi değil çıktıları önemlidir (Porter, 2010).

Porter, değer kavramını sadece soyut bir amaca bağlı bir kavram ya da sadece masrafların azaltılmasına yönelik bir kod olarak da görülmemesi gerektiğini vurgulayarak her ülkenin kendi şartlarına ve kendine has sağlık sistemine göre uyarlanabilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Bu nedenle, değerin ne olduğu belirlenirken sağlık hizmetleri içerisindeki hizmetlerin miktarı ya da süreci yerine sonuca odaklanması gerekmektedir (Porter, 2010).

2.2.2. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Yönetimi

Değer temelli yönetim yaklaşımı, kurumların müşteri ihtiyaçlarını doğru tespit ederek rakip kurumlardan farklı bir yaklaşımı benimseyerek kurumlar arası üstünlük sağlamayı, güven temelli müşteri ilişkileri kurarak kurumun hem kârını düşünen hem de en iyi hizmeti sunabilmek için çalışmayı prensip edinen bir yönetim modelidir (Seyfioğlu, 2019b). Değer temelli sağlık hizmetleri, kalite ve memnuniyetin de bakıma dahil edilerek kişi başına düşen sağlık bakım maliyetini düşüren, hasta bakım deneyimini ve nüfus sağlığını iyileştiren bir sistem oluşturmayı amaçlamaktadır (MacLean, 2017). Yönetim süreci açısından bakıldığında, değer temelli yönetim yaklaşımında hasta odağa alınır ve hasta bakımı ile ilgili tüm ekip üyelerinin, sağlık bakım hizmet süreci içerisinde ve sonrasında ortak bir performans göstergesine sahip olmaları beklenir. Örneğin; diyabet hastasına uygulanan bakım ve tedavinin sonucu olarak, hastanın yaşam kalitesine nasıl katkı sağlandığı veya varsa oluşmuş olan engelliğin ne düzeyde azaltıldığı konularına cevap bulunabilmelidir (Özsarı, 2018).

Değer temelli sağlık hizmetleri, tek bir yönetim modeli olmasından ziyade, içerisinde farklı modelleri de geliştirebilecek bir ekosisteme benzetilebilir. Ekosistemi oluşturan bileşenler ise ortam, kapasite, entegre hizmetler arasındaki koordinasyon ve en önemli bileşen olarak hasta bireyin kendisinin de sağlığına sahip çıkması ile yaşamına katkı sağlaması yani katma değer sağlamaya yönelik değer oluşturması önemlidir. Bu yaklaşımda, hasta bakımı ile ilgili tüm ekibin sürece dahil olması, entegre çalışması söz konusudur (Elf ve diğ., 2017; Özsarı, 2018). Değerin oluşturulması için, sadece uzmanlık alanlarına yönelik bakım sunumu yerine entegre bir şekilde hasta için gerekli tüm birimlerin bakımı organize etmeleri, sağlık çıktılarının

ve maliyetlerinin ölçülebilmesi, bilgi teknolojisine yatırım yapılması ve mükemmel sağlık hizmeti sunumu oluşturulması önerilmektedir (Nilsson ve diğ., 2017).

Sağlık hizmetleri konusunda değere yönelik bir denklem oluşturulması gerekirse; Değer=kalite/ödenen ücret şeklinde ifade edilebileceği ve bu da belli bir ücret ile alınmış olan hizmetin ya da malın sonucu sağlanan faydanın ve bu hizmet ya da mal karşılığında ödenmiş olan ücretin arasında algılanan ilişkidir (Kandemir Şantaş ve Uğurluoğlu, 2013). Denklem içerisinde değer kavramının payı hasta, paydası ise hastanın sonuç çıktıları ve bunun ölçüm sonuçlarıdır (Fakkert ve diğ., 2017). Değer temelli sağlık hizmetleri, daha iyi sağlık sonuçları sunarken, sürekli bakım ihtiyacını azaltır, hastalığın daha karmaşık bir hale gelmesini önleyerek hastalıkların ilerlemesini durdurur ve böylelikle maliyeti düşürür. Nüfusun sağlığı sağlık sonuçları ortaya koyulduğunda düzelir ve bu değer temelli sağlık hizmetlerinin odağını oluşturmaktadır. Değer temelli yaklaşım verimliliği mümkün kılar ve maliyetleri düşürmede etkilidir (Teisberg, 2020)

Sağlık hizmetlerinin ana amacı hastalar için sağlanan değerin en üst düzeye çıkarılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin değer temelli olması için üç önemli kriter gereklidir. Bunlar; tıbbi koşulların ve bakım döngülerinin çıktılarını baz alarak tıbbi uygulamaların planlamalarının ve organizasyonunun yapılması, hastalar için değerin oluşturulması, tıbbi çıktıların değerlendirilerek sonuçlarının ölçülmesi ve bakımın maliyetlerinin ölçülmesidir (Nilsson ve diğ., 2017; Değer Çalışmaları II., 2022). Sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim için maliyetlerin ve hasta çıktılarının doğru bir şekilde ölçülmesi gerekir (Ağlamış, 2020; Erichsen ve diğ., 2015). Sonuçların ve maliyetlerin ölçümlerinin iyi bir şekilde yapılması, sistem performansı ölçümleri ve geliştirilmesinde fayda sağlamaktadır. Bununla birlikte, hasta sonuçlarının ölçümleri maliyetleri analiz edebilmeye ve değer temelli sağlık hizmetlerinin benimsenmesine de katkı sağlar (Kopuz ve Akman, 2021).

Değer temelli sağlık hizmetleri, hasta sonuçları ile hastaların deneyimlerinin aynı olmasına odaklanır. Bu bakış ile sağlık sonuçları yetenek, konfor ve dinginlik olarak açıklanabilir. *Yetenek*, hastaların kendilerini birey olarak tanımlayan ve kendileri olmalarını sağlayan şeyleri yapma yeteneğidir. Genellikle fonksiyonel ölçümlerle izlenir. *Konfor*, fiziksel ve duygusal ızdıraptan kurtulmadır. Hastaların ağrılarını azaltmanın yanında onların konforunu arttırmak, hastalığa eşlik eden veya hastalığı şiddetlendiren sıkıntı ve kaygının ele alınması önemlidir. *Dinginlik*, bakım alırken normal yaşama yeteneği olarak tanımlanabilir. Hastaların sağlık hizmeti sunum sisteminde yaşadığı kaostan kurtulmayı kapsar ve özellikle kronik ve uzun süreli rahatsızlıkları olan kişiler için önemi büyüktür. Bahsedilen 3 boyut da hastaların

sağlık çıktılarını iyileştirir ve onlar için iyi bir deneyim oluşturur. Ayrıca yetenek, konfor ve dinginlik kavramları misafirperverlikten ziyade sağlık hizmetlerinin etkinliği ve sağlık hizmetlerinin empati yeteneğinden kaynaklanan sonuçları tanımlamaktadır (Teisberg, 2020).

Sağlık hizmeti sunumunda değer temelli yaklaşımın önemi ile ilgili çok sayıda bilimsel yayın ile birçok kurum değer temelli sağlık yönetimi yaklaşımını benimsemeye başlamıştır. Günümüzde tedaviler daha çok arz-talep ilişkisi üzerinden şekillenmektedir. Hasta talebi tüketim ideolojisiyle birlikte ön plana çıkmakta ve sağlık hizmetlerinin hazırlanmasında bireyselleştirilmiş tedavi seçenekleri sunulmaktadır (Kim ve diğ., 2013).

Bakımın kalitesi ve hizmete eşit erişim aynı derecede önemlidir. Bireyler ve aileler bakımın maliyetini karşılayamıyorsa, kalite ve güvenlik sonuçlarına odaklanmak tek başına yeterli olmayacaktır. Bakımın değeri, bir hasta için elde edilen kalite ve güvenlik sonuçlarını, bu sonuçları üretmek için kullanılan kaynakların maliyetine (örneğin, ücretler, malzemeler, sarf malzemeleri) göre yansıtır. Dolayısıyla, değer iki kısımdan oluşur: kalite ve/veya sonuçlar ve bunları üretmek için kullanılan maliyet unsurları hepsi birlikte değerlendirilmelidir. Tıbbi açıdan gereksiz olan ve hastalara çok az yarar sağlayan bakım savurgan, gereksiz ve düşük değerli bakım olarak kabul edilir (örneğin, aşırı tedavi, tanısal görüntülemenin aşırı kullanımı). Bazı durumlarda, düşük değerli bakım daha fazla gereksiz test veya tedaviye yol açabilir ve hatta bu durum hasta için zararlı olabilir. Düşük değerli bakımın kullanımı, yerleşik klinik uygulamalar, iş akışları ve hasta beklentileri de dahil olmak üzere çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir. Maliyetli, düşük değerli bakım, göze çarpan kalite ve güvenlik endişeleri karşısında zararsız görünebilir. Ancak, ABD sağlık harcamalarının neredeyse %25'ini kapsayan ve sadece aşırı tedavi maliyetlerinde yılda 75 ila 100 milyar dolar arasında değişen düşük değerli bakım sadece israf değil, aynı zamanda zararlıdır. İnsan ve diğer sağlık kaynaklarının etkin kullanılmaması, insan sağlığı ve yaşam kalitesine zarar verir. Büyük bir aile gibi, sağlık sistemi de kaynaklarını mantıklı bir şekilde kullanmalı, yüksek değerli bakıma öncelik vermeli, savurgan ve gereksiz bakımı ortadan kaldırmalıdır (Yakusheva ve diğ., 2021).

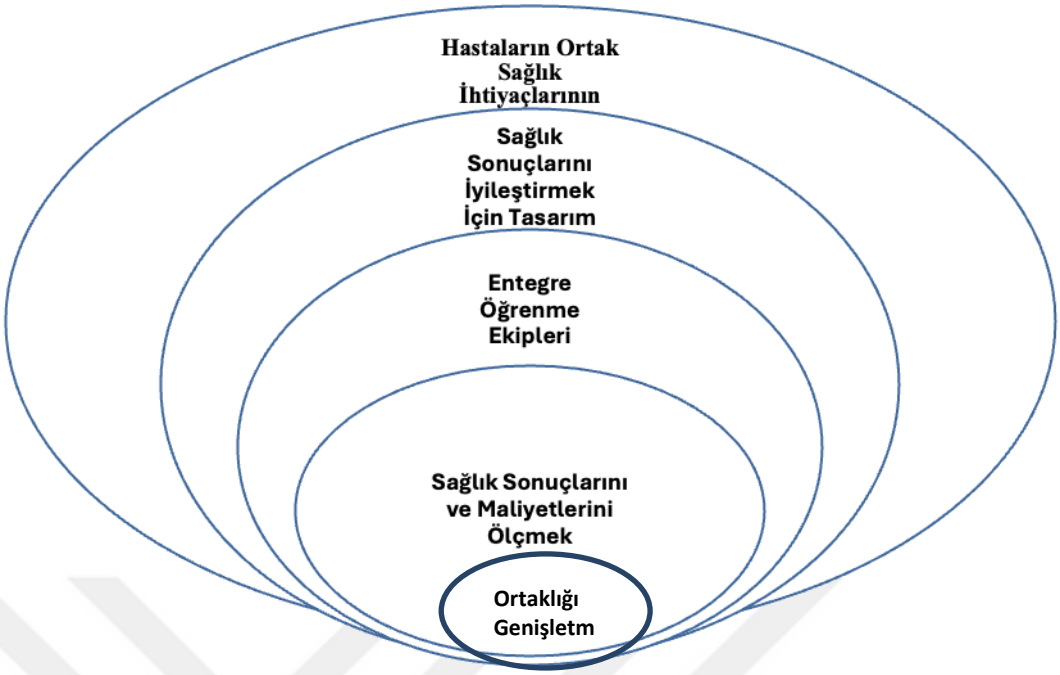
Faydaların maliyetlerden daha fazla olduğu bakımı yüksek değerli bakım, maliyetlerin faydalardan daha fazla olduğu durumu ise düşük değerli bakım olarak adlandırmak mümkündür. Düşük değerli bakım, hastalara minimum fayda sağlar ve gereksiz maliyetlere neden olur, sınırlı sağlık hizmeti kaynaklarını israf eder ve yüksek değerli bakımı engeller. Düşük değerli hizmetlerin neredeyse üçte ikisi, bir dizi ek uygunsuz ve gereksiz hizmet olan gereksiz bakım basamaklarını tetikleme potansiyeline sahiptir (Ganguli ve diğ., 2022). Bu nedenle, yalnızca sonuçların kalitesini ve güvenliğini artırmaya değil, aynı zamanda sonuçları

üretmek için kullanılan kaynakların maliyetlerini azaltmaya odaklanan değer bilgisine sahip hemşirelik uygulamasına odaklanılmalıdır (Lindrooth, 2015).

Dünya genelinde 25 ülkenin sağlık hizmetleri, değer temelli yaklaşım açısından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, Türkiye'nin sağlık sistemi değerlendirildiğinde, ülkemizin 2003 yılında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında sağlıkta dönüşümün gerçekleştiği, ancak bu dönüşümün nitel düzeye erişemeyerek, nicel düzeyde kaldığı ve fonksiyonel olmadığı belirtilmiş, sağlık sisteminin değer temelli sağlık sistemi yapılanması orta düzeyde değerlendirilmiştir. Ayrıca Türkiye'nin 2023 sağlık vizyonunun hasta odaklı ve bütüncül yaklaşımlara yönelik olduğu, kişilerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine bu yönde cevap vermenin hedeflendiği de açıklanmaktadır (The Economist Intelligent Unit, 2016).

2.2.2.1. Hasta Açısından Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Yönetimi

Hasta açısından değer kavramı incelendiğinde, iki şekilde ifade edildiği görülmektedir. Birincisi, bireysel hasta değerleri, ikincisi ise toplumsal hasta değerleridir. Bireysel hasta değerleri, kişilerin yaşları, eğitim durumları, cinsiyetleri, sosyal çevreleri, ekonomik durumları ve mesleki durumlarından etkilenerek kişinin kendine özgü, kendi kişisel deneyimlerine bağlıdır. Toplumsal hasta değerleri ise kişilerin bulundukları sağlık çevresi, din ve kültürel değerler ile sosyal değerlerle birlikte kendi çerçevesini belirler (Addario ve diğ., 2018). Hasta sonuçlarının değer temelli olarak değerlendirilmesi, hastaların değeri temel alarak çalışan ve bu konuda en iyi performansı gösteren sağlık kuruluşlarına yönelimlerini arttıracaktır. Kurumların değer temeli açısından rekabetçi bir politika izlemeleri gerekecek ve değere dayalı rekabet oluşacaktır. Bunlarla birlikte, değer iyileştiğinde, hastalar, hizmet sağlayıcılar, ödeme mekanizmaları ve bunlarla birlikte sağlık sisteminin tümünün ekonomik olarak sürdürülebilir olması sağlanabilecektir (Steinmann ve diğ., 2020). Değer temelli sağlık hizmeti sunanlar, hasta ile iletişim, bireye özgü bakım verme, yeni teknolojilere yönelme, performans sonuçlarını ve verileri değerlendirme ve takım çalışmasına önem verme yönünde teşvik edilmektedir (Caron, 2017). Hemşirelik hizmetlerinin değer temelli olarak değerlendirilmesi ile hasta sonuçları olumlu etkilenecektir (Dick ve diğ., 2017).



Şekil 2.1: Daha iyi sağlık sonuçları için değer temelli sağlık hizmeti uygulamasına yönelik stratejik çerçeve (Teisberg, 2020).

Şekil 2.1'de belirtilen çerçeve değer temelli sağlık sistemlerini oluşturabilmek için rehberlik eder. Bu dönüşümü tercih eden bir sağlık kurumunda, hastaların ortak ihtiyaçlarının anlaşılması gerekir. Sonrasında, disiplinli sağlık bakım ekibi, ihtiyaçlara çözüm üreterek kapsamlı bir şekilde tasarım geliştirir. Bu entegre ekip, her hasta için bakımın sonuçlarını ve maliyetleri ölçer ve bu edinilen bilgiden yola çıkarak bakım ve verimlilikte sürekli iyileştirme öğrenilir. Son olarak, sağlık çıktıları iyileştikçe, daha iyi bakımın kanıtı ortaya çıkar (Teisberg, 2020).

Değer temelli sağlık hizmetleri, hasta ihtiyaçlarına odaklanarak kendine bir hedef koyar. Sağlık sisteminin odak noktasına hasta ihtiyaçlarını koymak sistemin diğer bölümleri için de bir odak noktasıdır. Bu hedef netleştiğinde ise sağlık sisteminde hasta sonuçlarını iyileştirmede nerede başarısız olunduğunu değerlendirmek de mümkün hale gelir. Sağlık sisteminin nasıl daha etkili ve verimli olabileceğine yönelik olarak değerlendirmeler yapabilmek sağlık sistemi içerisindeki tüm hizmetlerin ve hedeflerin gerçekleştirilme oranlarını göstermede önemli bir etken olmanın yanında "Nasıl daha iyi hizmet sunulabilir?" sorularına da daha iyi cevaplar verebilecektir (The Global Innovation Hub for Improving Value in Health, 2020).

2.2.2.2. Sağlık Kuruluşları Açısından Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Yönetimi

Sağlık hizmeti sonuçları önceden yeni bir tedavi yaklaşımı oluşturabilmek için araştırma yapmak için kullanılmaktaydı. Günümüzde ise, değer temelli sağlık hizmeti bu gibi araştırmalardan çıkan sonuçların ve hasta değerlendirmelerinin analizlerinin yapılmasına olanak sağlamaktadır. Değer temelli yaklaşım, sadece belli girişimlerin sonuçlarını değerlendirmek için değil değer oluşturacak yeni süreçlerin tasarımı için kullanılan önemli bir sistem haline gelmiştir (Baumhauer ve Bozic, 2016).

Değer temelli sağlık hizmeti sunabilmek için aşağıdakilerin uygulanması gerekmektedir (Porter ve diğ., 2016):

- Hastaların sağlık durumlarını dikkate alınarak bakımın yeniden düzenlenmesi,
- Sağlık profesyonellerinin uzmanlıklarının entegre edilmesi,
- Bakım yollarının oluşturulması,
- Bilgi ve mükemmellik üretmek için en iyi uygulamaların paylaşılması,
- Veri toplamak için dinamik platformların oluşturulması.

Değer temelli yönetim anlayışının sağlık hizmetleri yönetiminde kullanılmasının artması ile sağlık ve hastane yönetimine ve yöneticiliğinde önemli değişiklikler meydana gelecektir. İlerleyen dönemlerde değer temelli yönetim yaklaşımı ile, sağlığın koruyucu, geliştirici yönü daha önemsenecek ve bu durum hastanın kendisine sorumluluk verecektir. Sağlık hizmeti sunumunda finansal konulardan ürün tedariği konularına kadar birçok konuda gelişmeler getirecek olan değer temelli yönetim, çıktılar ve sonuçlar üzerine odaklanan, bütüncül bakış açısına sahip, bunlarla birlikte değer hedefine odaklanmış bir düzene kişileri ve kurumları zorlayacaktır (Özsarı, 2018).

Hastanelerde hasta bakımında çok yönlü ve üretken bir süreç vardır. Bakımdaki üretken sürecin ölçülmesi, hastanın süreçte hem girdi hem de çıktı olması nedeniyle karmaşık hale gelmektedir. Hastanın sağlığı, yaşam tarzı ve genetik gibi hastane dışı faktörler bu süreci etkilemektedir. Ekonomik düşüncenin sağlık hizmetlerine uygulanması araştırmacılara zorluklar sunar ve analize yönelik yeni yaklaşımlar gerektirir. Hastane epidemiyolojisinden elde edilen kesin ve doğru bilgiler, ihtiyaç duyulan kaynakların ve dolayısıyla hastanede yatan hastaların bakımının ekonomik etkisinin anlaşılması açısından kritik öneme sahiptir. Bu ölçümleri sadece verimlilik açısından değerlendirmek doğru değildir. Çünkü verimlilik, sisteme

sınırlı kaynaklar ile en iyi sonuca varma tarafıyla bakar ve bu eksik bir sonuca varmaktadır. Toplumun, sigortacıların, hastaların, hastane yöneticilerinin de bakış açıları sürece katıldığında daha kapsamlı değerlendirmeler ile değer ölçümü gerekmektedir (Scott ve diğ., 2001).

Üst düzey sağlık yöneticilerinin değer temelli sağlık hizmeti ile ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan nitel çalışmada (Ergin, 2019), hasta sağlığına zarar vermeden maliyetlerin azaltılarak daha kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunulmasının gerekli olduğu ve bunun da değer temelli sağlık hizmeti ile sağlanabileceği ifade edilmiştir. Aynı çalışmada, sağlık personeli, kurum ve hasta açısından değerin arttırılması ve değer temelli sağlık hizmetlerinin bileşenleri olan liderlik ve teknoloji ile bakımın desteklenmesinin önemi vurgulanarak, yeterli fiziksel koşullara sahip, katılımcı, ölçülebilir ve denetlenebilir bir sistemin yapılandırılması ile değer temelli sağlık hizmetlerinin sunumunun mümkün olabileceği belirtilmiştir. Aynı çalışmada sağlık yöneticileri, eğitim ile çalışanların niteliğinin arttırılması, doğru yatırımların yapılması ve gereksiz hizmetlerin azaltılmasına ilişkin yapılacak düzenlemeler ile değer temelli sağlık hizmeti sunumuna dönüşüm sağlanabileceği ve sağlık sisteminin bu geçiş için hazır olduğu belirtilmiştir (Ergin, 2019).

2.3. HEMŞİRELİKTE DEĞER TEMELLİ YÖNETİM

Sağlık hizmetinin bileşenleri birçok sağlık meslek disiplininden meydana gelmektedir. Hemşirelik, sağlık sistemi içerisinde, bakımını üstlendiği hastaların farklı ve değişen ihtiyaçlarının karşılanması ve bu doğrultuda bilgi, beceri ve deneyimlerini kullanması gereken bir sağlık disiplinidir. ANA, hemşireleri, hastanın sonuçlarını etkileyen en önemli doğrudan bakım sağlayıcılar olarak tanımlamaktadır (Şengül ve Bulut, 2022).

Hemşirelik hem bilim hem de sanattır. Hemşirelik bilimi, hemşireler, hastalıklar, politikalar, uygulamalar ve prosedürler hakkında güncel veriler ile bütünleştikçe gelişir. Hemşireliğe ait bağımsız uygulamalar, hasta sonuçlarına ve kurumsal sonuçlara katkı sağlar ve hemşireliğin mesleki değerini yansıtır (Garcia ve Jenkins, 2018). Sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlayan önemli faaliyetleri içeren hemşirelik hizmetleri, hastaların fiziksel bakımı, duygusal destek sağlama, ilaç yönetimi, hasta eğitimi gibi hasta sonuçlarını etkilemede önemli rollere sahiptir (Jarelnape ve diğ., 2023). Bunlarla birlikte hemşirelik, görev merkezli rolleri üstlenen bir meslekten çok hastalara özel bakım planlaması sunan, hasta savunuculuğu yapan, hasta bakımını koordine eden ve tüm bunları bütüncül bir yaklaşım ile yerine getirmeye odaklı bir meslektir ve bu yönüyle özerkliği mevcuttur. Bu özerklik, sağlık hizmetleri içerisinde

net tanımlanmamıştır ve sağlık sistemi içerisinde rolleri ve değeri tam olarak belirtilmemiş ve belirlenmemiş durumdadır (U.S. Department of Health and Human Services, 2014; Şengül ve Bulut, 2022). Sağlık hizmetlerinde hemşireliğin değeri hem maliyet hem de kalitenin bir fonksiyonudur. Hemşireler değer oluşturmanın merkezinde yer alır fakat hemşirelerin sağlık hizmetlerinde değer oluşturmaya yönelik sahip olduğu önemli role ilişkin kanıtlara ihtiyaç vardır (Lindrooth ve diğ., 2015).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), 2024 yılı temasında, bakımın ekonomik gücüne vurgu yapmıştır. ICN, kaliteli hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi için kaynak tahsisi ve finansmanı da dahil ederek insana yakışır hemşirelik yatırımları yapılması gerektiğini ve adil ücretler ile güvenli çalışma ortamı sunmanın gerekliliğini vurgulamıştır. Amaç, çalışma koşullarının hem ödüllendirici hem de sürdürülebilir olmasını sağlayarak yetenekli hemşireleri çekmek ve elde tutmak, sonuç olarak sağlık sonuçlarının iyileşmesini sağlamaktır. ICN, kaliteli bakım için gerekli beceri ve yeterliliklere sahip hemşireler ve hemşireleri çeşitli sağlık bakım ortamlarında etkili bir şekilde görevlendirmenin sağlık sistemlerinde ve hasta bakımının etkilerinin en üst düzeye çıkarılabilmesinde önemli olduğunu ifade etmektedir. Yüksek kaliteli, uygun maliyetli, erişilebilir, bakım süreci boyunca entegre, insan merkezli bakımın sağlanması ve bakımın bütünleştirilmesinin daha verimli ve adil bir sağlık sistemi oluşturmak için gerekli olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin toplumların artan sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli yeterliliklerinin olması ve tam potansiyelleriyle çalışmalarının sağlanması gerektiğini belirterek, bunun için hemşirelik eğitimine yatırım yapılmasını gerektiğini vurgulamıştır. Bunlarla birlikte, hemşirelerin fiziksel, zihinsel ve psikolojik sağlıklarının korunması, geliştirilmesine yönelik stratejiler belirlenmesi gerektiği, amacın ise hemşirelerin başarılı olabilecekleri bir sağlık ortamı oluşturmak olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca hemşirelik rollerinin gereği görevleri yerine getirmek için gerekli fiziksel ve teknolojik kaynakların sağlanması gerektiği ve bunun hata riskini ez aza indireceğini ve mesleki tehlikeleri azaltacağını ifade etmiştir (www.ıcn.ch., Erişim Tarihi: 18.05.2024).

2.3.1. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetimin Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi

Sağlık hizmetleri içerisinde, değere dayalı hemşirelik bakımı için hemşirelik hizmetlerinin unsurlarının açıklanması ve bu hizmetlerin çıktılarının sağlık sistemi içindeki ekonomik değerinin belirlenmesi gerekmektedir (Caspers ve Pickard, 2013; Wyatt, 2013). Hemşirelik uygulamasındaki temel unsurlar ve değerlerin birçoğunun doğrudan ölçülmesi zor olmakla birlikte hemşireliğin değerini belirlemek için bilimsel kanıtlara ihtiyaç vardır. Hastalar,

hemşireliğin ilişkisel yönlerinin ve hemşirelik uygulamalarının önemli olduğunu hisseder. Hemşireler, hastalara iyi bir deneyim yaşatmanın, onlara vaka değil insan gibi davranılmasının ve bunların saygı, sevgi ve şefkatle yapılabileceğinin farkındadır. Fakat hastalar tarafından hissedilerek farkına varılan bu durum, hemşireliğin değerini gösterebilmek için yetmemektedir. Hemşirelik uygulamalarının değer temelli olarak incelenebilmesi için hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olarak sunulması ve tanımlamaların yapılması gerekmektedir (Maben ve Griffiths, 2008). Bunun için akademisyenler ve klinik hemşireleri hemşireliğin değerine ilişkin kanıt geliştirmek için birlikte çalışmalıdır (Norton, 2015). Bununla birlikte iyi performans gösteren kurumlarda bile, hemşirelerin bireysel üretkenliğindeki değişkenlik, bazı hastalara daha iyi hasta sonuçları üreten hemşirelerin bakım vereceği ve bazı hastalara da daha kötü sonuçlar üreten hemşirelerin bakım vereceği ve hastaların olumsuz sonuç riskinin artacağı söz konusudur. Dahası, değişken hemşire verimliliği, kötü performans ve hastaya zarar verme söz konusu olacak kadar olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bu değer temelli sağlık hizmetleri çağı, bireysel hemşire üretkenliğini anlamaya ve geliştirmeye daha fazla odaklanmanın gereğini göstermektedir (Yakusheva ve diğ., 2019).

Hemşirelik değerini, yalnızca uygun fiyatlı bakım ve değere dayalı geri ödeme modeline geçiş olarak değerlendirmek yerine, hemşireliğin teorik bilgisini ve mesleğin özelliklerini de içeren değerlendirmelere ihtiyaç vardır (Nickitas ve Frederickson, 2015). Hemşirelik bakım değerinin ya da hemşirelerin hastalara sunduğu katma değerin belirlenebilmesi için gerekli kriterlerin belirlenmesi ve bu doğrultuda ölçümler yapılması gerekir. Bu ölçümler ile bakımın sonuçları ile bakım üretmenin maliyetleri arasındaki farkın bulunması ve tanımlanması gereklidir (Garcia ve Jenkins, 2018). Pappas (2013), hemşirelik değerini, hemşirelik bakımı için harcanmış olan ücretlerin karşılığındaki sağlık sonuçları olarak tanımlamıştır. Bununla birlikte bir hizmetin ya da ürünün maliyeti genel olarak, üretilen mal veya verilen hizmetlerde ölçümü kolay unsurlar ile ölçülür. Bunlar; işgücü, sarf malzemeler, kamu hizmetleri vb. olarak ifade edilebilir. Bu genel hesaplamaların içine dahil edilen hemşirelik bakımının maliyeti de genellikle hasta bakımı için yapılan hizmetlerin bütünü üzerinden bir değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Hemşirelik bakım maliyeti konusunda ayrı bir hesaplama yapılmamaktadır (Moon ve diğ., 2019).

Hemşirelik bakımının değeri ve hemşirelerin bireysel olarak hasta sonuçlarına katkı sağladığının ölçülmesi, değerlendirilmesi ve dolayısıyla hemşirelik bakımının karşılığının gösterilmesi kapsamlı bir analiz gerektirir. Sağlık hizmetlerinin güncel finansal değerlendirmeleri yapılırken hemşirelik hizmetlerinin katkısının görülememesi ve

değerlendirilemiyor olması mesleki olarak görünürlüğü de engelliyor olmakla birlikte hemşirelik hizmetlerinin maliyeti ve kalitesi arasındaki farkı da görmeyi engellemektedir. Hemşirelerin hasta bakımına ve hasta çıktılarına katkısının görülebilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin hastaya sağladığı katma değerin anlaşılabilmesi için çok yönlü değerlendirmeler gerekir (Welton ve Harper, 2016). Örneğin, hemşirelik bakımı için yapılan harcamaları her hasta için ölçebilmek için, hangi tür hastalara hangi hemşirenin bakım verdiğini bilmek gerekir. Böylelikle, ücret ve çalışma saatleriyle ilişkili olan bakımın maliyetleri, eğitim süresi için harcanan zaman, kurum tarafından sağlanan ek faydaların da dahil olduğu dolaylı maliyetleri odağa almış olan bir hemşirelik bakım maliyeti ölçümü yapılabilir (Welton ve diğ., 2018). Özetle, hemşireliğin değeri, hemşirelik bakım maliyetinin kaliteli hasta sonuçlarına bölünmesi ile belirlemek mümkündür (Pappas, 2013).

Değer temelli yaklaşımda, hemşireliğin katkısını optimize ederek değer ölçümü yapmak için hemşirelik verilerinin yapılandırılabilir, paylaşılabilir ve kıyaslanabilir olması gerekir. Ayrıca hemşirelik verilerinin her zaman kolayca elde edilebilecek ve analiz edilebilecek formatta kaydedilmesi önemlidir. Hemşirelik değerinin ölçülebilmesi için, onun hangi özelliklerinin (eğitim, deneyim ve nitelik vb) optimum hasta sonuçları elde etmede etkili olduğunun keşfedilmesi gerekir. Bunlarla birlikte değerin hesaplanabilmesi için hemşirelik iş zekâsı, kalite, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık sonuçlarının değer ölçümü üzerindeki etkisini belirlemek gerekir (Moon ve diğ., 2019).

Hemşirelikte değer temelli sağlık hizmetlerinin yönetiminde, hemşireliğin hasta bakımına katkısını gösterebilmek için hemşireliğe duyarlı göstergeler kullanılabilir (Griffiths, 2008). Hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri, Donabedian Modeli ile yapı-süreç-sonuç ölçütleri olarak değerlendirilmektedir. Yapı ölçütleri; insan kaynakları, maddi kaynaklar, kurumsal yapıya ait ölçütlerdir. Kurumsal yapıya ait ölçütler, hemşire sayıları, hemşire devir hızı, hastalara ayrılan bakım süreleri ve hemşirelerin sertifikasyon durumları gibi ölçütlerdir. Süreç ölçütleri ise hasta eğitimi, ağrı yönetimi gibi hasta ya da sağlıklı bireylerde hastalıkların önlenmesi veya iyileştirilmesini kapsayan uygulamalardır. Sonuç ölçütleri ise hasta düşmeleri, basınç yaralanmaları, hastanın ve ailesinin memnuniyeti gibi sağlık hizmetinin hastanın sağlığına etkisi gibi ölçütlerdir (Donabedian, 1980; Donabedian, 1988; Sim ve diğ., 2018; Irmak ve Bulut, 2022). Bunlarla birlikte, hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerinde, düşme oranlarının takibi, hastane enfeksiyon oranları, basınç yaralanmalarının oranları, hemşirelerin eğitim düzeyleri, mesleğine yönelik ek eğitimleri alıp almama durumları, kesici ve delici alet yaralanma oranları gibi izlenen göstergeler ve hastaların memnuniyet düzeyleri, hemşire devir

hızı ve hemşirelerin iş doyumu gibi faktörler de bulunmaktadır (Heslop ve Lu, 2014; Irmak ve Bulut, 2022)

Hemşirelik bakımının değeri, hastaların sağlık sonuçlarına da değer katar. Hastane yöneticileri, mali sürdürülebilirlik, olumlu hasta sonuçları ve sağlık kurumunun itibarı için hemşirelik bakımının değerini en üst düzeye çıkarmak için neler yapılması gerektiği konusunda çalışmalar yapılmalıdır (Dick ve diğ., 2017). Hastalara verilen hemşirelik bakımının yüksek değerli olmasını sağlamak ve düşük değerli bakımı ortadan kaldırmak için hasta sonuçları ve bu sonuçlara ulaşmanın maliyetini dikkate alan değer bilgisine sahip hemşirelik uygulamaları gerekir (Buerhaus ve Yakusheva, 2022d; Yakusheva ve diğ., 2022c; Yakusheva ve diğ, 2022a). Yüksek kalitede bakım sunmak, en iyi hasta sonucuna ulaşmak anlamına gelmektedir. Bununla birlikte maliyetleri artıran ve hasta sonuçlarını iyileştirmeyen (hatta hastalar ve aileleri için aşırı tedavi, yüksek mali yük, sağlık hizmetlerine zarar verme gibi olumsuz sonuçlar doğurabilen) gereksiz ve savurgan bakımın da belirlenerek ortadan kaldırılmaya çalışılması da yüksek değerli bakımı oluşturmak için önemlidir. Bu yüksek değerli bakımı sağlamak için değer bilinçli hemşirelik uygulaması gereklidir (Ganguli ve diğ., 2022; Yakusheva ve diğ., 2022c).

Hemşireler, profesyonel bakış açısına ve ahlaki kararlılıklara sahiptir. Ayrıca, COVID-19 salgını sırasında kişisel tehlike altında olsalar bile sağlık ve şifa için etkili bir meslek bağlılığı göstermişlerdir. Bunların yanında, günümüzde hemşirelerin, bakım sağlamada verimlilik, değer ve maliyet unsurlarını sağladıkları bakıma dahil etmeyi öğrenmeleri gerekmektedir (The Esentials, 2021). Ayrıca, hemşirelerin çok azı ekonomik yönetim etiği konusunda bilgi sahibidir ve diğerleri de değer denkleminin maliyet kolunun öneminin farkında değildir. Oysa savurgan, gereksiz ve düşük değerli bakım, hasta bakımının maliyetini artırarak, bakım kalitesini düşürür. Hemşireler, maliyet, kalite, güvenlik, bilgi ve teknoloji gibi sağlık hizmetlerinde kullanılan tüm unsurlardan etkilenmekte ve bu unsurları etkilemektedir. Bu nedenle hemşirelerin oluşabilecek israf ve düşük değerli bakımın önüne geçerek sorumluluk almaları gerekir (Yakusheva, 2020). Bu nedenle, hemşirelik araştırmacılarının, hemşirelerin günlük uygulamaları yoluyla israf ve maliyet azaltmaya nasıl katkıda bulunabileceklerini incelemeleri gerekmektedir. Hemşireliğin kalite ve güvenlik sonuçlarına katkısını gösteren önemli kanıtlar mevcuttur fakat hemşirelerin gereksiz kaynak kullanımını ve maliyetleri ne ölçüde azaltabileceği büyük ölçüde bilinmemektedir. Diğer göze çarpan kanıt boşlukları arasında, sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik hemşire liderliğindeki yaklaşımlar ve çevresel hastane atıklarını azaltmaya yönelik hemşire eylemleri yer almaktadır. Hemşirelik bilimi, sağlık harcamalarını kontrol etmeye, maliyetleri azaltmaya ve hemşirelerin değerini artırmaya

yardımcı olmak için bu önemli, uygulanabilir araştırma sorularını ele almalıdır (Cohen ve diğ., 2021).

Hastane yöneticilerinin, hemşirelik hizmetlerinde verilecek kararlarda kalite ve güvenlik öncelikli maliyet unsurlarını benimsemesi hemşireliğin düşük değerli uygulamaları azaltma konusundaki etkinliğini artıracaktır. Ayrıca, hemşirelik fakültelerinde değer bilgisine dayalı uygulamaların nasıl öğretileceği konusunda planlamalar yapılmalıdır. Değer bilgisine dayalı bir hemşirelik uygulaması kültürünü benimsemek için bilinçli olarak birlikte hareket etmek, hastane yöneticileri ve hemşireler arasında güçlü ve sürdürülebilir bir ilişkiyi teşvik etmek için önemlidir (Yakusheva, 2020).

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ

İki aşamalı olan bu araştırma, (1) hemşire yöneticilerin ve akademisyenlerin hemşirelik hizmetlerinde değer temelli yönetim uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ve (2) Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilmesi amacıyla gerçekleştirildi. Nitel araştırma tasarımında olan birinci aşamada, hemşire yöneticilerin ve akademisyenlerin hemşirelikte değer temelli yönetim uygulamalarına ilişkin görüşleri belirlendi. Metodolojik araştırma tasarımında olan ikinci aşamada ise Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği geliştirildi.

3.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI

Araştırmanın birinci aşaması için oluşturulan araştırma soruları şunlardır:

1. Hemşire yöneticilerin ve akademisyenlerin hemşirelik hizmetlerinde değer temelli yönetim uygulamalarına ilişkin görüşleri nelerdir?

Araştırmanın ikinci aşaması için oluşturulan araştırma soruları şunlardır:

2. "Hemşirelik Hizmetlerinde Değer Temelli Yönetim Ölçeği" geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırmanın birinci aşaması, İstanbul'da bulunan Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastanelerde görev yapan hemşire yöneticiler ile kamu, özel ve vakıf üniversitelerinde görev yapan akademisyenler ile gerçekleştirildi. Araştırmanın birinci aşama verileri, Şubat 2021-Mayıs 2021 tarihleri içinde toplandı.

Araştırmanın ikinci aşaması, İstanbul ilinde yer alan iki Sağlık Bakanlığı Hastanesi (SBH) ve dört özel hastane (ÖH) olmak üzere toplam altı hastanede gerçekleştirildi. Kamu hastanelerinden biri İstanbul'daki en büyük şehir hastanelerinden bir tanesidir, 2640 yatak kapasitesine sahip olup 2900 hemşire görev yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinden diğeri ise 1082 yatak kapasitesine sahip, 1219 hemşire görev yapmakta olan bir eğitim ve

araştırma hastanesidir. Özel hastaneler; tüm alanlarda hizmet veren kapsamlı hastaneler olup birincisi 300 yatak kapasitesine sahip, hemşire sayısı 160; ikinci özel hastane 242 yatak kapasitesine sahip, hemşire sayısı 162; üçüncü özel hastane 394 yatak kapasitesine sahip, hemşire sayısı 220 ve dördüncü özel hastane 100 yatak kapasitesine sahip, hemşire sayısı ise 122'dir (N_{toplam}= 4783). Araştırmanın ikinci aşama verileri, Mart 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında toplandı.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

3.4.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Evren ve Örneklemi

Nitel tasarımda olan çalışmanın birinci aşamasının çalışma evrenini; İstanbul'da bulunan Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastanelerde görev yapan hemşire yöneticiler ile kamu, özel ve vakıf üniversitelerinde görev yapan akademisyenler oluşturdu. Nitel araştırmalarda, araştırma süreci içerisinde esneklik olduğu ve araştırmalarda örnekleme karar verirken birden fazla örnekleme yöntemi kullanılabileceği belirtilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2008; Seggie ve Bayyurt, 2017). Bu çalışmada, örnekleme yöntemi olarak amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik yöntemi kullanıldı. Maksimum çeşitlilik yöntemi kullanılırken çalışılan kurum, çalışılan birim, hemşire yöneticiler için kademe/düzey, deneyim, eğitim düzeyi ve akademisyenler için ise bilim dalı farklılıkları dikkate alındı. Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğü için belirlenmiş bir kural olmamasıyla birlikte, veri doygunluğuna ulaşıldığının ifadesi olan, verilerin yineleniyor olması ve ek bir verinin elde edilmemesi uygulamanın sonuçlandırılmasında önemli bir ölçüt olarak kabul edilmektedir (Polit ve Beck, 2010). Bu nedenle toplam 20 kişiyle bireysel derinlemesine görüşme gerçekleştirildi. Katılımcıların 14'ü hastanelerde üst, orta ve alt düzey hemşire yöneticiler, altısı ise hemşire akademisyenlerden oluştu (n_1=20).

3.4.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Evren ve Örneklemi

Metodolojik tasarımda olan ikinci aşamanın çalışma evrenini; İstanbul ilinde yer alan iki Sağlık Bakanlığı Hastanesi (SBH) ve dört Özel Hastane (ÖH) olmak üzere toplam altı hastanede çalışan hemşireler oluşturdu (N_{toplam}= 4783). Bu aşamada, geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılacağı için örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının 10 katı kişiden oluşması gerektiği belirtilmektedir (Akgül, 2005; Şencan, 2005; Alpar, 2018). Bu doğrultuda, 42 madde olarak geliştirilen ölçek taslağına göre minimum 420 kişiye (madde

sayısının 10 katı, 42x10=420) ulaşılması planlandı. Gelişigüzel örnekleme yöntemi ile izin alınan hastanelerde görev yapan, aşağıda belirtilen örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan 928 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturdu (n_2=928).

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- Veri toplama süresinde aktif olarak çalışma,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma.

Örneklemden dışlanma kriterleri:

- Ebe, laborant, acil tıp teknisyenliği gibi hemşirelik dışındaki programlardan mezun olup hemşirelik yapma,
- Veri toplama araçlarını eksik doldurma.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak "Tanıtıcı Bilgi Formu (1. Aşama)" (Ek-1), ''Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'' (Ek-2), ''Tanıtıcı Bilgi Formu (2. Aşama)'' (Ek-3), "Hemşirelerin Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" (Ek-4) ile geçerlik ve güvenirliği yapılan "Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği Taslağı" (Ek-5) kullanıldı.

3.5.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Veri Toplama Araçları

3.5.1.1.Tanıtıcı Bilgi Formu (1. Aşama)

Katılımcıların kişisel ve çalışma özelliklerini tanımlamaya yönelik toplam sekiz sorudan oluşan "Tanıtıcı Bilgi Formu" kullanıldı. Katılımcıların kişisel özelliklerini tanımlamaya yönelik olarak, yaş, eğitim düzeyi; çalışma özelliklerini tanımlamaya yönelik ise, çalışılan kurum, kurumdaki görev, çalışılan birim, meslekte toplam çalışma süresi, kurumda toplam çalışma süresi ve çalışılan pozisyonda toplam çalışma süresi sorularından oluştu.

3.5.1.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmanın birinci aşamasında görüşme sırasında araştırmacıya rehberlik etmek amacıyla literatür desteği ile "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" hazırlandı. Görüşme

formunda, hemşire yöneticilerin ve akademisyenlerin değer kavramını tanımlamaları, sağlık ve hemşirelik hizmetlerinde değer kavramı ve hemşirelik hizmetlerinde değer kavramına ilişkin görüşleri, değer temelli yönetim kavramına ilişkin görüşleri, hemşirelik hizmetlerinde değer temelli yönetim kavramına ilişkin görüşleri ve hemşirelik hizmetlerinin hastaya, kuruma ve mesleğe değer katan uygulamalarının neler olabileceğine yönelik yedi soru yer aldı.

3.5.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Veri Toplama Araçları

3.5.2.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (2. Aşama)

Araştırmanın ikinci aşamasında, katılımcıların kişisel ve çalışma özelliklerini tanımlamaya yönelik toplam dokuz sorudan oluşan "Tanıtıcı Bilgi Formu" kullanıldı. Katılımcıların kişisel özelliklerini tanımlamaya yönelik olarak, yaş, cinsiyet, hemşirelikte eğitim düzeyi, çalışma özelliklerini tanımlamaya yönelik ise, çalışılan kurum, kurumdaki görev, çalışılan birim, meslekte toplam çalışma süresi, kurumda toplam çalışma süresi ve çalışılan pozisyonda toplam çalışma süresi vb. sorulardan oluştu.

3.5.2.2. Hemşirelerin Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği

Hemşirelerin Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği, Aiken ve diğ. (2002) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması İspir (2020) tarafından yapılan ölçekte, 4 soru yer almaktadır. Ölçekte, hemşirelerin çalıştıkları birimde sunulan bakım kalitesini nasıl değerlendirdikleri, son bir yıl içinde, çalıştıkları hastanedeki hasta bakımı kalitesinin değerlendirmeleri, hemşirelerin çalıştıkları son vardiyada sunulan hemşirelik bakım kalitesi değerlendirmeleri ve hastaların hastaneden taburcu edilirken kendi bakımlarını yapabilmeleri konusunda kendilerine ne kadar güvendikleri sorulmaktadır. Dört sorudan oluşan ölçeğin, üç sorusu 4'lü, bir sorusu 3'lü Likert şeklinde, ilk iki madde için "1=Zayıf, 2= Orta, 3= İyi, 4=Mükemmel", üçüncü madde için "1= Kötüleşti, 2=Aynı Kaldı, 3= Gelişti", dördüncü madde için "1=Hiç Emin Değilim, 2=Eminim, 3= Kısmen Eminim, 4=Çok Eminim" şeklinde yanıtlanmaktadır. Çalışmada, bu ölçek geliştirilen ölçeğin güvenirlik analizleri kapsamında paralel form olarak kullanıldı.

3.5.2.3. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği Taslağı

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği, literatürde önerilen yönergeler kullanılarak (Boateng ve diğ., 2018; Carpenter, 2018) üç aşamada geliştirildi. Ölçeğin geliştirilmesinde izlenen adımlar aşağıda Tablo 3.1'de sunuldu.

Tablo 3.1: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilme aşamaları.

1.Aşama: Maddelerin Oluşturulması	Araştırmanın birinci aşamasında elde edilen bulgular ve ilgili literatür doğrultusunda 42 madde geliştirildi.		
2.Aşama: Başlangıç Değerlendirmesi	**Kapsam Geçerliği** (n:10 uzman)		KGİ değeri<0,80 olan hiçbir madde yoktu. 42 madde ile çalışmaya devam edildi.
	Yüzey Geçerliği (n: 25 hemşire)		Anlaşılır olmayan madde yok
3.Aşama: Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	**Yapı Geçerliği**	Açımlayıcı Faktör Analizi (n_{AFA}: 421)	Eş yükleme ve yeni faktör oluşturan 4 madde ölçekten çıkarıldı. Üç alt boyutlu 38 maddeli bir ölçek yapısı belirlendi.
		Doğrulayıcı Faktör Analizi (n_{DFA}: 507)	Uyum iyiliği indeksleri iyi uyum ve kabul edilebilir sınırları içerisindedir.
		Yakınsak ve Iraksak Geçerlik (n_{DFA}: 507)	Yakınsak ve ıraksak geçerlik koşulları sağlandı.
	Güvenirlik	Madde Toplam Puan Korelasyonu (n_{AFA}: 421)	Tüm maddelerin madde toplam puan korelasyon değeri >0,30'dur.
		Madde Toplam Puan Korelasyonu (n_{DFA}: 507)	Analiz sonucunda madde toplam puan korelasyon değeri <0,30 olan hiçbir madde ölçekte yer almamaktadır.
		Yarıya Bölme Yöntemi (n_{TOPLAM}: 928)	Analiz sonucu güvenirlik katsayıları > 0,70
		Paralel Form Güvenirliği (n_{TOPLAM}: 928)	Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği ile Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirme Ölçeği puanları arasındaki korelasyon pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,01).
		Test- Tekrar Test Güvenirliği (n: 30)	İki hafta arayla yapılan iki ölçüm arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).
		Alt-Üst %27'lik Grup Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 251)	Ölçek toplam ve alt boyutları puan ortalamasına ilişkin %27'lik alt ve üst çeyreklik grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (z=0,000, p<0,01).
		Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayısı (n_{TOPLAM}:928)	Ölçek Cronbach alfa katsayısı 0,966

Ölçek Maddelerinin Geliştirilmesi

Araştırmanın birinci aşamasında 20 kişi ile yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular ve ilgili literatür doğrultusunda (Caspers ve Pickard, 2013; Caron, 2017; Pappas ve Welton, 2015; Welton ve Harper, 2016; Garcia ve Jenkins 2018; Moon ve diğ., 2019; Özsarı, 2018; Teisberg, 2020; Porter, 2010; Dick ve diğ., 2017) 42 maddelik

“Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği” (HDTYÖ) taslağı oluşturuldu. Taslak ölçeğin 5’li Likert tipinde (1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Ne katılmıyorum/ Ne katılıyorum, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum) yanıtlanmasına karar verildi (Vagias, 2006).

Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği aşamasında, oluşturulan madde havuzu, kapsam geçerliği için alanında uzman (beş hemşire öğretim üyesi, iki sağlık yönetimi öğretim üyesi ve üç hemşire yönetici) görüşüne sunuldu (Ek-4). Uzmanlar, her bir ölçek maddesini “1=Uygun değil, 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir, 3=Uygun ancak küçük değişiklik gerekli ve 4=Çok uygun” olarak değerlendirildi. Uzman değerlendirmeleri doğrultusunda Davis Tekniği kullanılarak Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplandı. KGİ değeri<0,80 olan herhangi bir maddeye rastlanmadı. Ölçekte bulunan 42 maddenin KGİ değerleri 0,80-1,00 arasında, toplam ölçek KGİ değeri ise 0,91 olarak hesaplandı. Uzmanlardan ayrıca her bir maddenin daha anlaşılır olması için varsa önerilerini belirtmeleri istendi. Uzmanların önerileri de dikkate alınarak 12 maddenin daha anlaşılır olması için düzenleme yapıldı.

Yüzey Geçerliği

Kapsam geçerliği sonrasında taslak ölçeğin yüzey geçerliği için, örneklem grubuyla benzer özelliğe sahip ancak örnekleme dahil edilmeyen 30 hemşire tarafından ölçekte yer alan maddelerin anlaşılır olup olmadığı değerlendirildi. Ölçekte anlaşılır olmayan ifade olmadığı belirlendi.

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği aşamasında Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği taslağı belirlenen hastanelerde çalışan hemşirelere uygulandı. Öncelikle örneklemde bulunan veriler ile Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Testleri uygulandı. Taslak ölçeğin faktör yapısını belirlemek için Varimax dik döndürme yöntemi, faktör sayısının belirlenmesinde özdeğer yöntemi ve saçılım grafiği kullanıldı. AFA aşamasına geçilerek maddelere faktör analizi uygulandı (n_{AFA}: 421). Faktör analizi sonucunda faktör ağırlığı eş yükleme ve yeni faktör oluşturan dört madde taslak ölçekten çıkarıldı. AFA sonrasında ölçek yapısının geçerliğini

sınamak amacıyla DFA (n_{DFA}: 507) uygulandı. DFA'da *Chi-square/df(cmin/df), CFI, NNFI, NFI, SRMR, RMSEA* uyum iyiliği testleri uygulandı.

Güvenirlik

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin güvenirliğini belirlemek amacıyla yarıya bölme (split half) analizi, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı, bağımsız gruplarda t testi (%27'lik alt ve üst gruplar), paralel form güvenirlik analizi, test-tekrar test analizi kullanıldı. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin paralel form güvenirliğini belirlemek amacıyla dört sorudan oluşan "Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirme Ölçeği" kullanıldı. Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirlemek amacıyla 30 hemşireye 15 gün ara ile ölçek iki kez uygulandı. Elde edilen puanlar, sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC), Pearson korelasyon analizi ve bağımlı gruplar arasında t-testi kullanılarak analiz edildi.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verilerinin toplanması, nitel verilerin toplanması ve nicel verilerin toplanması olarak iki aşamada gerçekleşti.

3.6.1. Birinci Aşama Verilerinin Toplanması

Araştırmanın birinci aşaması olan nitel çalışma aşamasında, "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" aracılığıyla, her katılımcı ile bireysel derinlemesine görüşme yapıldı. Katılımcılar ile yapılan görüşmeler öncesinde davet mektubu gönderildi ve randevu alınarak katılımcıların uygun gördüğü yer ve zaman için planlama yapıldı. Ayrıca katılımcıların isteği doğrultusunda ve Covid-19 pandemisinin de devam etmesi nedeniyle görüşmelerin 10'u çevrimiçi ortamda, 10'u ise yüz yüze gerçekleşti. Her katılımcıdan ses kayıt cihazı kullanılacağına ve kendilerinden araştırmaya gönüllü katıldıklarına yönelik olarak yazılı ve/veya sözlü onam alındı. Katılımcılara araştırmanın amacı, görüşmelerin nasıl yapılacağı ve görüşmelerden elde edilecek verilerin yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağına yönelik ayrıntılı bilgi verildi. Katılımcılar ile yapılan görüşmeler, veri kaybı yaşamamak için kayıt altına (yüz yüze görüşmelerde yalnızca ses kaydı) alındı. Bilgiler daha sonra yazılı hale getirildi. Katılımcılara yarı yapılandırılmış görüşme soruları yöneltildi. Sorular yöneltilirken, her görüşme sorusu için konu ile ilgili derinlemesine bilgi elde edebilmek için, sondaj soruları (Ne demek istiyorsunuz?, Biraz daha açıklayabilir misiniz?, Başka eklemek istediğiniz var mı? gibi)

yöneltildi. Görüşme sonlandırılırken her katılımcıya araştırmaya katıldıkları için teşekkür edilerek görüşme sonlandırıldı. Araştırma sorularının uygunluğunu değerlendirebilmek için örneklem grubuna benzer özellikte bir katılımcı ile pilot görüşme yapıldı ve araştırma sorularında herhangi bir değişiklik yapılmadı. Derinlemesine bireysel görüşmeler 35-90 dakika arasında ortalama 45 dakika olarak sürdü. Nitel veriler, Şubat 2021-Mayıs 2021 tarihleri arasında toplandı.

3.6.2. İkinci Aşama Verilerinin Toplanması

Araştırmanın ikinci aşama verileri, kurum izinleri alındıktan sonra "Tanıtıcı Bilgi Formu" (İkinci Aşama), "Hemşirelerin Bakım Kalitesini Değerlendirme Ölçeği" ve "Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği Taslağı" kullanılarak toplandı (Ek-3-4-5). Kurum izni alınan hastanelerin kurum yöneticilerine bilgi verilerek veri toplama araçları doldurulduu. Araştırmanın nicel verileri Mart 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında toplandı.

3.7. VERİLERİN ANALİZİ

3.7.1. Araştırmanın Birinci Aşama Verilerinin Analizi

Birinci aşamada elde edilen nitel veriler, ses kayıtlarının deşifre edilmesiyle birlikte içerik analizi yöntemlerinden birisi olan yönlendirilmiş içerik analizi yöntemi ile analiz edildi. Nitel araştırmalarda içerik analizi, elde edilen verileri tanımlayarak, verilerin içindeki saklı gerçekleri bulup ortaya çıkarmak amacıyla, verileri kodlayarak temaları bulmak, kod ve temaları düzenlemek, elde edilen bulguları tanımlayarak yorumlamaktan meydana gelmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Nitel içerik analizi, veri analizi için geleneksel, yönlendirilmiş ve özetleyici yaklaşımlarını kapsamaktadır. Nitel veri analizinde yönlendirilmiş içerik analizi geleneksel tümevarım yaklaşımı yerine tümdengelim yaklaşımını benimser. Yönlendirilmiş içerik analizi; teorilerin, şematik modellerin ya da kavramsal çerçevenin geliştirilmesine yardımcı olur (Assarroudi ve diğ., 2018). Yönlendirilmiş içerik analizi öncesi ses kayıtları, her görüşmeden sonraki 24 saat içinde yazıya geçildi. Metinler birkaç kez okunarak içeriğin tamamı anlaşılmaya çalışıldı. İçerik analizi sırasında, deşifre edilen metinler araştırmacı ve danışman tarafından MAXQDA 2022 programı kullanılarak ayrı ayrı okunarak kodlandı ve ardından karşılaştırılarak ortaklaştırıldı. Araştırmada görüşmelere katılan kişilere katılımcıların görüşme sırasına göre Katılımcı A'dan Katılımcı U'ya kadar bir kod verildi. Yönlendirilmiş içerik analizi ile belirlenen kodlardan ana ve alt temalar oluşturuldu. Oluşturulan kodlar, ana ve alt

temaların metinlerle tutarlılığının değerlendirilmesi için en az bir hemşire öğretim üyesi olmak üzere dış uzman ve nitel görüşmelere katılmış en az üç katılımcının kontrol etmesi sağlandı. Araştırmanın nitel aşaması, Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Reserach (COREQ) doğrultusunda raporlandırıldı (Tong ve diğ., 2007).

Araştırmada elde edilen nitel verilerin geçerlik ve güvenirliği, Lincoln ve Guba (1986)'nın önerdiği güven duyabilirlik ölçütleri ile değerlendirildi. Lincoln ve Guba'nın ölçütleri, inandırıcılık, aktarılabilirlik, güvenilebilirlik ve onaylanabilirlik şekilde ele alınmaktadır (Lincoln ve Guba, 1986).

1. İnandırıcılık: İnandırıcılık, elde edilen bulguların gerçeklikle uyumunun ne düzeyde olduğunu ifade etmektedir (Lincoln ve Guba, 1986; Shenton, 2004; Merriam ve Tisdell, 2015). Araştırmada, bireysel derinlemesine görüşmelerde uzun süreli etkileşim sağlamak amacıyla görüşme randevuları katılımcıların uygun oldukları zaman aralıklarında planlandı. Görüşmelerde katılımcıların görüşlerini rahatça ifade etmelerine olanak sağlandı. Araştırmacı çeşitlemesi için tema, alt tema ve kodların oluşturulması sürecinde tez izlem komitesinin görüşleri alındı. Araştırmaya katılan kişiler, görüşmeler sırasında açık sözlü olmaları konusunda teşvik edildi, yöneltilen soruların doğru cevabının olmadığı, katılımcının kişisel görüşlerinin önemsendiği belirtildi. Araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı ve herhangi bir gerekçe sunmadan araştırmadan çekilebilecekleri açıklandı. Görüşmeler sırasında konunun özüne inebilmek amacıyla katılımcılar tarafından daha önce belirtilen konulara dönülerek farklı şekillerde tekrarlı sorular soruldu. Araştırmacı "Niteliksel Araştırma Yöntemleri" (Ek.10) ve "MAXQDA ile Nitel Veri Analizi Eğitimi" (Ek.11) eğitimlerine katıldı. Aynı zamanda araştırmacı, hastanelerde çeşitli kademelerde yönetici olarak uzun süredir çalışmaktadır. Araştırma ile ilgili katılımcı kontrolü sağlamak amacıyla, görüşmeler sırasında konuşulanlar katılımcıya özetlendi ve eklemek istediği şeyler olup olmadığı sorularak yorumların doğruluğunun görüşme sırasında kontrolü sağlanmış oldu. Araştırmanın bulguları daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırılarak mevcut kuramsal bilgi ve uygulamalar ile kıyaslandı.

2.Aktarılabilirlik: Aktarılabilirlik, elde edilen bulguların başka bağlamlara hangi düzeyde uyarlanabildiğini ifade etmektedir (Lincoln ve Guba, 1986; Leininger, 1994; Shenton, 2004). Aktarılabilirlik sağlamak için araştırmanın evren, örneklem, veri toplama araçları ve bütün aşamaları ile ilgili ayrıntılı ve doğru bilgiler aktarıldı. Alıntılar katılımcıların ifadeleri

değiştirilmeden doğrudan kullanıldı. Ayrıca araştırmanın amacına uygun örneklem grubu ile çalışıldı.

3.Güvenilebilirlik: Güvenilebilirlik, araştırma bulgularının tutarlı, açık ve tekrarlı olmasını ifade etmektedir (Lincoln ve Guba, 1986; Shenton, 2004). Bu nedenle güvenilebilirliği belirtebilmek için araştırmanın raporlama aşamasında COREQ kontrol listesi kullanıldı (Tong ve diğ. 2007).

4.Onaylanabilirlik: Onaylanabilirlik, elde edilen bulguların araştırmacıdan ziyade, araştırmaya katılanların deneyimleri ile düşüncelerinden kaynaklandığını belirtmektedir (Lincoln ve Guba, 1986; Shenton, 2004; Morrow, 2015). Bu araştırmada uygulanan çeşitleme ve katılımcı kontrolü dışında araştırma için alınan etik kurul onay formu, ses kayıtları, katılımcıların onamları, bilgisayara kaydedilen ham veriler, kodlanan veriler, tema ve kodların oluşturulmasına yönelik tüm kayıtlar araştırmanın onaylanabilirliği amacıyla saklandı.

Birinci aşamaya katılan katılımcıların bireysel ve çalışma özelliklerine ilişkin veriler, IBM SPSS 26.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Veriler, tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum ve medyan) değerlendirildi (Tablo 3.2).

3.7.2. Araştırmanın İkinci Aşama Verilerinin Analizi

İkinci aşamanın veri analizinde IBM SPSS 26.0 ve LISRELL 8.7 programı kullanıldı. Taslak ölçeğin kapsam geçerliğinin belirlenmesinde Davis tekniği ile Kapsam Geçerliği İndeksi (KGİ) belirlendi. Taslak ölçeğin yapı geçerliği ve ölçek alt boyutlarının belirlenmesi için, AFA ve DFA yapıldı. Ölçek alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile hesaplandı. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum ve medyan ile değerlendirildi. Araştırmanın yapı geçerliği için, madde analizi yapıldı. Madde analizinde taslak ölçeğin madde-toplam puan korelasyonu ve madde silindiğinde Cronbach alfa katsayıları değerlendirildi. AFA aşamasında, Barlett küresellik testi, madde-toplam puan korelasyonu ve madde silindiğinde Cronbach alfa katsayıları incelendi. Bunlarla birlikte anti-image korelasyon matrisi değerlendirildi. DFA'da Cronbach alfa katsayısı, AVE ve CR değerleri değerlendirildi. Ayrıca ölçeğin DFA uyum indeksleri olarak Chi-square/df (cmin/df), CFI, NNFI, NFI, SRMR, RMSEA değerleri hesaplandı. Ölçekte kullanılan tüm maddeler Shapiro-Wilk normallik testi ile test edildi. Ölçeğin, güvenirliğini belirlemek amacıyla, yarıya bölme (split half) analizi, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı, bağımsız gruplarda t testi, paralel

form güvenirlik analizi ve test-tekrar test analizi yapıldı. Test-tekrar test güvenirlik analizleri için bağımlı gruplarda t testi, Pearson veya Spearman korelasyon analizi ve sınıf içi korelasyon analizi (ICC) yapıldı. Yarıya bölme (split half) analizi için ilk yarıya (ilk 19 madde) ve ikinci yarıya (son 19 madde) ait Cronbach alfa katsayısı, ölçeğin her iki yarısına ilişkin Spearman-Brown güvenirlik katsayısı ve Guttman Split-Half güvenirlik katsayısı hesaplandı. Bağımsız gruplarda t testi (%27'lik alt ve üst gruplar) için gruplar arasındaki karşılaştırma Mann-Whitney U testi kullanılarak analiz edildi (Tablo 3.2).

Tablo 3.2: Verilerin analizinde kullanılan yöntemler.

İncelenen Özellik	**Kullanılan İstatiksel Yöntem**
Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri (birinci ve ikinci aşama)	Sayı, yüzde ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, medyan
Nitel verilerin analizi	İçerik analizi
Kapsam geçerliği	Davis tekniği
Yapı geçerliği	Açımlayıcı faktör analizi Doğrulayıcı faktör analizi Yakınsak ve ıraksak geçerlik
İç tutarlılık ve madde ayırt edicilik işlemi	Madde toplam puan analizi
Yarıya bölme (split half) yöntemi	Spearman-Brown analizi Guttman Split-Half analizi
İç tutarlık	Cronbach's Alfa katsayısı
Madde ayırt ediciliği	%27'lik alt ve üst grup ayırt edicilik
Paralel form güvenirliği	Spearman rho korelasyon analizi ve Mann Whitney U testi
Zamana karşı değişmezlik	Test-tekrar test analizi: Sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC), Pearson korelasyon analizi ve bağımlı gruplar arasında t-testi

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın etik kurul onayı için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'na başvuruldu ve 13.10.2020 tarih ve 70798 sayı numarası ile etik kurul onayı alındı. Ayrıca araştırmanın yürütülmesi planlanan kurumlara başvurularak kurum izni alındı. Araştırmanın her iki aşamasının örneklem kapsamına alınan katılımcılara, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına ilişkin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatıldı. Araştırmanın birinci aşamasında yapılacak görüşmelerde ses kayıt cihazı kullanılacağı hakkında bilgi verildi ve katılımcıların yazılı ve/veya sözlü onayı alındı. Alınan ses kayıtlarının araştırmanın amacı dışında kullanılmayacağı, üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı ve alıntılarda kurum veya kişiyi işaret eden tanımlamalar yapılmayacağı hakkında güvence verildi.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

3.9.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sınırlılıkları

Araştırmanın birinci aşamasında yapılan bireysel derinlemesine görüşmeler evrenin tümüne uygulanabilir gerçekler değildir, subjektif ve kişiden kişiye değişen kavramlar ve bu konudaki uygulamalar hakkındaki görüşler araştırmaya katılan kişiler ile sınırlıdır.

3.9.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Sınırlılıkları

Öz bildirimle yanıtlanan Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği ile verilerin kesitsel olarak tek bir zamanda ve gelişigüzel örnekleme yöntemi ile toplanması çalışmanın bir sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu sınırlılığı azaltmak için kamu ve özel hastaneler örnekleme dahil edildi ve hastanelere birden fazla ziyaret yaparak tüm hemşirelere ulaşılmaya çalışıldı.

4. BULGULAR

4.1. Nitel Görüşmelere İlişkin Bulgular

4.1.1. Katılımcıların Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın nitel tasarımdaki birinci aşamasında bireysel derinlemesine görüşme yapılan katılımcıların özellikleri Tablo 4-1'de sunuldu.

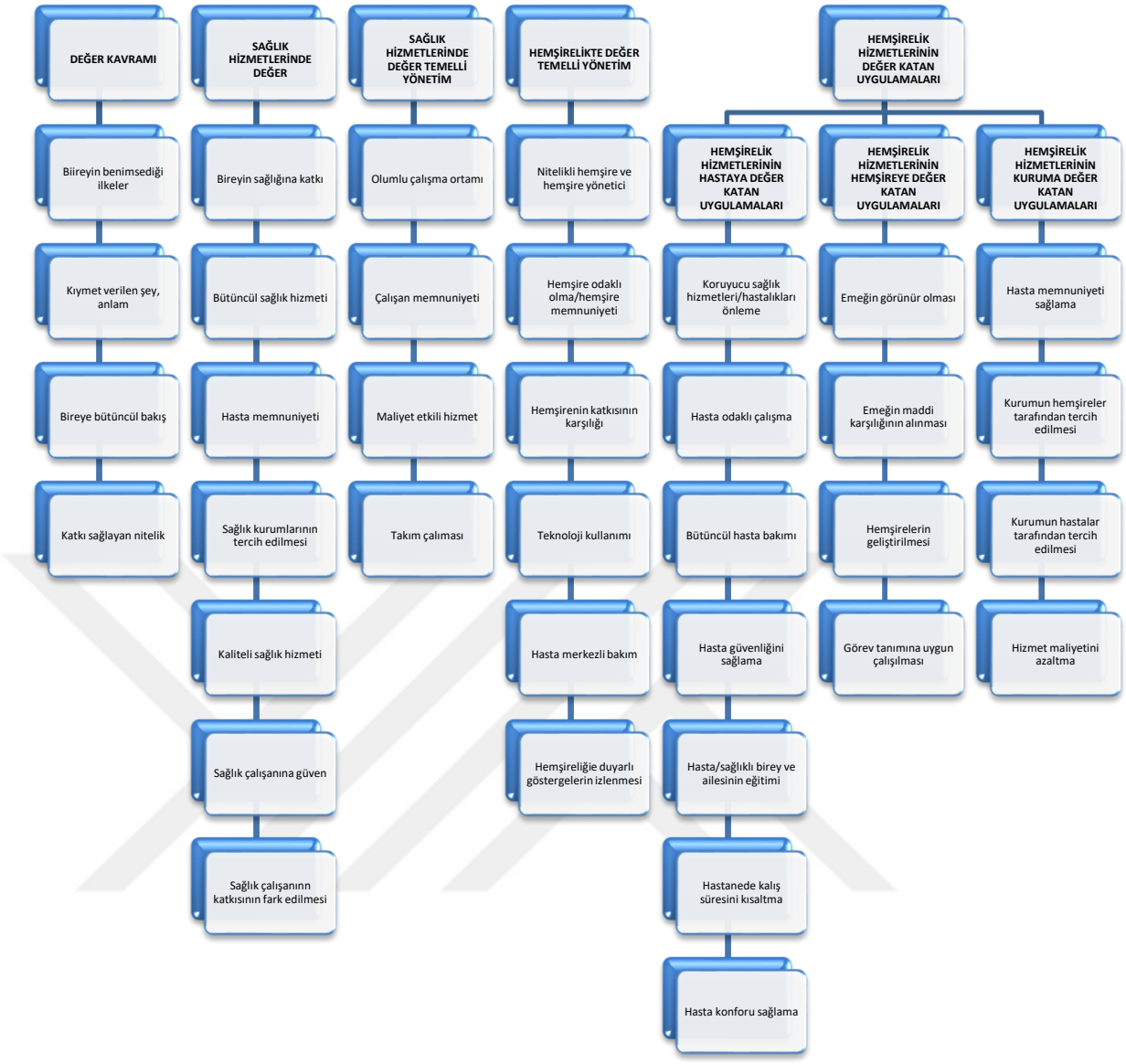
Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özellikleri (N:20).

Katılımcı	Yaş	Eğitim Durumu	Çalışılan Kurum	Görev	Çalışılan Birim	Meslekte Toplam Çalışma Süresi	Kurumda Toplam Çalışma Süresi	Çalışılan Pozisyonda Toplam Çalışma Süresi
A	39	Yüksek Lisans	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Eğitim Hemşiresi	Eğitim ve Ar-Ge	17 yıl	12 yıl	2 yıl
B	40	Doktora	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Birim Sorumlusu	Eğitim ve Ar-Ge	20 yıl	10 yıl	10 yıl
C	33	Lisans	Şehir Hastanesi	Sorumlu Hemşire	Onkoloji Kliniği	13 yıl	3 yıl	3 yıl
D	38	Yüksek Lisans	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Sorumlu Hemşire	Acil	16 yıl	13 yıl	5 yıl
E	32	Lisans	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı	Yönetim	14 yıl	8 yıl	3 yıl
F	31	Yüksek Lisans	Üniversite	Öğretim Görevlisi	Hemşirelik-Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	9 yıl	3 yıl	3 yıl
G	39	Lisans	Özel Hastane	Sorumlu Hemşire	Ameliyathane	17 yıl	3 yıl	3 yıl
H	39	Yüksek Lisans	Şehir Hastanesi	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	Yönetim	17 yıl	1 yıl	1 yıl
I	38	Yüksek Lisans	Üniversite	Öğretim Görevlisi	Hemşirelik-Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	16 yıl	4 yıl	4 yıl
J	36	Yüksek Lisans	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire	Kalite Yönetim Birimi	18 yıl	1 yıl	1 yıl
K	45	Yüksek Lisans	Şehir Hastanesi	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı	Yönetim	25 yıl	1 yıl	1 yıl
L	42	Yüksek Lisans	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	Yönetim	24 yıl	6 yıl	6 yıl
M	42	Yüksek Lisans	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı	Yönetim	24 yıl	3 yıl	3 yıl
N	39	Doktora	Üniversite	Dr. Öğretim Üyesi	Hemşirelik-Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	17 yıl	6 yıl	6 yıl
O	34	Doktora	Üniversite	Dr. Öğretim Üyesi	Hemşirelik-Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	14 yıl	2 yıl	2 yıl
P	40	Doktora	Üniversite	Doçent	Hemşirelik-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	21 yıl	5 yıl	2 yıl
R	58	Doktora	Üniversite	Doçent	Hemşirelik-Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	36 yıl	16 yıl	1 yıl
S	46	Lisans	Şehir Hastanesi	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı	Yönetim	24 yıl	2 yıl	2 yıl
T	39	Yüksek Lisans	Şehir Hastanesi	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı	Yönetim	17 yıl	1 yıl	1 yıl
U	44	Lisans	Şehir Hastanesi	Kalite Yönetim Birimi	Yönetim	26 yıl	1 yıl	1 yıl

Katılımcıların 14'ü hastanelerde üst-orta ve alt düzey hemşire yöneticilerden, 6'sı ise akademisyenlerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 39,7± 5.92 iken yaşlarının 31 ile 45 arasında değiştiği belirlendi. Katılımcıların 5'i doktora, 10'u yüksek lisans, 5'i lisans mezunudur. Katılımcıların, 6'sı üniversitede çalışırken, hemşire yöneticilerin 7'si eğitim ve araştırma hastanesi, 6'sı şehir hastanesi, 1'i özel hastanede çalışmaktadır. Hemşire yöneticilerin 5'i sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı, 3'ü sorumlu hemşire, 2'si sağlık bakım hizmetleri müdürü, 2'si kalite yönetimi biriminde, 2'si eğitim ve ar-ge biriminde görev yapmaktadır. Akademisyenlerden 2'si doçent, 2'si doktor öğretim üyesi, 2'si ise öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır. Hastanede görev yapan katılımcıların, 7'si yönetimde, 2'si eğitim ve ar-ge biriminde, 2'si kalite yönetim biriminde, 1'i onkoloji kliniği, 1'i acil tıp kliniği, 1'i ameliyathanede, akademisyen olarak görev yapan katılımcılar ise hemşirelik bölümünde görev yapmaktadır. Katılımcıların meslekte toplam çalışma sürelerinin en az 9 yıl, en çok 36 yıl olduğu, bulundukları kurumda çalışma sürelerinin ise en az 1 yıl, en çok 12 yıl olduğu belirlendi. Katılımcıların mevcut pozisyonda çalışma sürelerinin ise en az 1 yıl, en çok 10 yıl arasında değiştiği görüldü (Tablo 4.1).

4.1.2. Nitel Görüşmelerden Elde Edilen Temalar, Alt Temalar ve Kodlar

Katılımcılar ile yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular, "değer kavramı, sağlık hizmetlerinde değer, sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim, hemşirelikte değer temelli yönetim ve hemşirelik hizmetlerinin değer katan sonuçları" olarak 5 ana tema, 3 alt tema ve toplam 36 kod elde edildi (Şekil 4.1).



Şekil 4.1: Katılımcıların hemşirelikte değer temelli yönetime ilişkin görüşlerinden elde edilen temalar, alt temalar ve kodlar.

Ana Tema 1: Değer Kavramı

Katılımcıların değer kavramının kendileri için ne ifade ettiği sorulduğunda, *"bireyin benimsediği ilkeler"*, *"kıymet verilen şey, anlam"*, *"bireye bütüncül bakış"* ve *"katkı sağlayan nitelik"* olarak 4 kod elde edildi. Değer Kavramı teması ve alt kodları Şekil 4.2'de verilmiştir.



Şekil 4.2: Değer kavramı teması ve alt kodlar.

Bireyin benimsediği ilkeler

"Bir insanın olmazsa olmazları değerdir bence. Yani bunlar benim değerlerim, vazgeçemeyeceklerim, hep cebimde olmasını istediğim ve hayatıma yön verirken hem mesleki hem de kişisel gelişim anlamında kendi değerlerim vardır." ***(Katılımcı F)***

"Değer bence bir insanın benimsemiş olduğu ilkelerdir. Ya da yine benimsemiş ilkelerle yapmış olduğu faaliyetler sonucu mevcut duruma kattığı artıdır. Bana göre değer budur. Mesela deriz ya bu değerli." ***(Katılımcı L)***

"İnsanların davranışlarına yön veren bir şey…değerler bizim aslında tutumlarımız, davranışlarımız hatta bazen duygularımızı da belirleyendir." ***(Katılımcı R)***

Kıymet verilen şey, anlam

"Kişinin herhangi bir şeye verdiği anlam." ***(Katılımcı H)***

"Kıymet vermek, önemsemek ve elde tutulması gereken, kaybedilmemesi gereken nesne olarak tanımlıyorum ben değeri." ***(Katılımcı I)***

Bireye bütüncül bakış

"Tüm varlığınla her şeyine saygı duyarak yani her şeyini kabullenerek karşındaki insanı öyle görmen… İşte bu değer oradaki bütüncül bakış açısıdır bence" ***(Katılımcı K)***

Katkı sağlayan nitelik

"Senin gibi olanlarla kıyaslanacak iyi yanın diye düşünürüm değeri…Ona göre artı nitelikleridir değer." ***(Katılımcı S)***

"Bence ortaya bir şey koyabilmek, bir şey üretebilmek, faydalı olabilmek…fark yaratabilmek ya da işte farklı bir şeyler yapabilmek gibi yani var olanın dışında bir şeyler yaparak farklılık katabilmek..." ***(Katılımcı O)***

"Kişinin yararına olabilecek yaptığımız her şey bizim için bir değeri ifade etmekte." ***(Katılımcı E)***

"[Kişinin] kazanımlarını da görmesidir…değerli hissetmesi…" ***(Katılımcı H)***

"Yenilikler kazandırmak" ***(Katılımcı J)***

"Yönetici açısından değer unsuru dediğimde katma ve yani artı bir verim sağlayan unsur…Çünkü katkı sağlayan her süreç aslında bir değer gibi düşünüyorum." ***(Katılımcı I)***

Ana Tema 2: Sağlık Hizmetlerinde Değer

Katılımcıların sağlık hizmetlerinde değer kavramının kendileri için ne ifade ettiği sorularak alınan yanıtlardan *"*bireyin sağlığına katkı*"*, *"*bütüncül sağlık hizmeti*"*, *"*hasta memnuniyeti*"*, *"*sağlık kurumlarının tercih edilmesi*"*, *"*kaliteli sağlık hizmeti*"*, *"*sağlık çalışanına güven*"* ve *"*sağlık çalışanının katkısının fark edilmesi*"* olmak üzere 7 kod elde edildi. Sağlık hizmetlerinde değer teması ve alt kodları Şekil 4.3'te verilmiştir.



Şekil 4.3: Sağlık hizmetlerinde değer teması ve alt kodlar.

Bireyin sağlığına katkı

"Sağlık hizmetlerinde değer, sağlık hizmeti sunan bir kurumun o hizmeti alan kişiye katmış olduğu katma değerdir bence. Bu kuruma gelip buradan hizmet almış bir kişinin bundan sonraki süreçte hayatını daha iyi devam ettiriyor olması, kendi bakımını kendinin karşılıyor olması…bu sadece hastaya değil, yakınlarına hatta sağlık sistemine sosyal anlamda bile bir çok değer kattığı anlamına gelir…Çalışan açısından, çalışıyor olmasından kaynaklı hastalanmaması da çalışan için değerdir." ***(Katılımcı L)***

"Sağlığa çok para harcamanız, çok da toplum sağlığına bir şey yapmış olmanız anlamına gelmiyor. Araştırmacılar veya politikacılar bunları göz önüne koyup analizini yaptığında aslında ne kadar değer katıyoruz ne kadar insan yaşamına dokunuyoruz veya sağlığının geliştirilmesine ne kadar katkı sağlıyoruz konusuna daha ağırlık vermek gerekiyor sağlık hizmetlerinde değerden bahsedebilmek için…Sağlık hizmetlerinde de bu çok kıymetli. Bu hastayı önemseme durumunuz, onun sağlığının bütüncüllüğüne kıymet veriyor olmanız, takım temelli yönelik çalışıyor olmanız, en önemlisi de onun sağlığına gerçekten katkı sağlayacak olmanız." ***(Katılımcı R)***

"…daha erken zamanda taburcu edilmesi." ***(Katılımcı H)***

Bütüncül sağlık hizmeti

"Hasta kabulüyle ilgili olarak gerçekten hastanın önceki hastalıklarını dikkate alarak, bütüncül sürdürülebilir bir hizmeti planlayabildik mi? Değer için bu durumun iyi değerlendirilmesi gerekir." ***(Katılımcı R)***

*"…hizmetin kaldığı yerden devamlılığını sağlamak…"****(Katılımcı T)***

"Aile hekimim, ben hastaneye yatmışım, çıkmışım, ne olmuş bana görebilmeli sistemden…O oradan oraya gitmiş. Bundan sonra bir devamını sağlayabilmeli yani." ***(Katılımcı S)***

Bununla birlikte, katılımcılardan bazıları bütüncül sağlık hizmeti sunumunda hemşirelik girişimlerinin hemşirelik hizmetlerinin değerini ortaya koyduğuna da vurgu yapmıştır.

"Yatan bir hastanın hastalığının tedavi edilmesi sürecinde evet tedavi primerde hekimin işi olsa da o tedavinin düzenli bir şekilde yürütülmesi işi aslında hemşirenin işi. Dolayısıyla aslında burada da bir değer katıyor hemşire hastaya …Hastanın ampütasyon sürecine adaptasyonundan, taburcu olduğunda enfeksiyon kapmaması, bakımının sağlanması, eve taburcu olurken evdeki bakımını ve bundan sonraki yaşantısını nasıl devam ettireceğiyle ilgili süreç aslında hemşirenin yönetmesi gereken taburculuk eğitiminin bir parçası…Halk sağlığı açısından baktığımızda da belki evinin yeniden düzenlenmesi bile yine hemşirelik hizmetlerinin koordine etmesi gereken bir şey. İşte orada hastaya dokunduğumuz alan bence hemşirelik hizmetinin değeri. Hasta üzerindeki çıktısı." ***(Katılımcı L)***

Hasta memnuniyeti

"Değer çıktı olarak düşünüldüğünde hasta memnuniyeti olabilir…" ***(Katılımcı A)***

"Ne kadar çok memnun olan hasta olursa hastane için prestijdir. Bu hastaneye değer katan bir şeydir." ***(Katılımcı K)***

"Eğer memnun olursanız hizmet aldığınız kurumdan, hizmet aldığınız ekipten oraya dahil oluyorsunuz, devam ediyorsunuz. Yani bu kronik hastalıkların sürdürülebilir bakım planları içinde çok kıymetli bir şey." ***(Katılımcı R)***

"Hastaya değer verdiğini hissettirmek onu önemsemek ve bunu gösterebilmek önemli, onun için çalıştığını onun için emek verdiğini göstermek, yani elinden geleni yaptığını gösterdiğin zaman bence en önemli değer bu oluyor bence." ***(Katılımcı F)***

Sağlık kurumlarının tercih edilmesi

"Bir kurumun daha fazla tercih ediliyor olması…o kurumu başka bir kurumdan daha değerli kılar bence." ***(Katılımcı L)***

"Daha nasıl bir yenilik katabilirsiniz ki hastanenize, sizi tercih edecek olan hasta fazla olsun? Ya da siz ne kadar iyi, kaliteli hizmet veriyorsunuz ki hasta sizi tercih ediyor?" ***(Katılımcı U)***

Kaliteli sağlık hizmeti

"Kaliteli, verimli ve kısa sürede tedaviye ulaşılan bir hizmet sunma…" ***(Katılımcı B)***

"…hastada komplikasyon gelişmemesi de bir değer." ***(Katılımcı L)***

"En az malzeme, en kullanışlı en elverişli malzeme, yerden tasarruf, zamandan tasarruf, personelden tasarruf tüm bunlar bana ne olarak dönüyor? Verimlilik olarak dönüyor. O da bir değer sağlıyor." ***(Katılımcı I)***

"Bizim sorumluluğumuz sadece hastalık oluştuğunda onu tedavi etmek ya da onu iyileştirmek değil, öncelikli olarak hastada bu sorun hemşirelik girişimleriyle, hemşirelik uygulamalarıyla önceden önleyebiliyorsak bu bir değerdir… Yara oluşumunu önleyebiliyorsam bu bence bir değerdir. Yani bence bir fark yaratabiliyorumdur." ***(Katılımcı O)***

"Kaç doğumun önemi yok. Kaç doğum değil, kaç komplikasyonsuz doğum?" ***(Katılımcı T)***

"Sağlık hizmetlerinde değer kavramı derken, yapılması gereken uygulamaların zamanında yapılması bence… mesela diyabetik ayak oluşmadan erken dönemde birçok buna etken olabilecek faktörlerin göz önünde bulundurulup buna yönelik önlemler alınması… Yani, hastanın göreceği olumsuz şeylerin önceden ön görülerek yapılmaması. Aslında zarar vermemek, en önemli prensip bence o. Böylelikle değer katarız." ***(Katılımcı N)***

Sağlık çalışanına güven

"…insanların sağlığını koruma ya da tedavi aşamasında bize [sağlık çalışanlarına] *değer vermeleri ve bize güvenmesi… bu alanda bilgi, beceri, tecrübemiz, donanımımız… Çünkü değer vermediğiniz insanın hiçbir görüşünü sahiplenmezsiniz, kabul etmezsiniz."* ***(Katılımcı B)***

"Karşımdaki hasta benim gözümün içine baktığında kendini güvende hissediyorsa, kendini rahat, huzurlu hissedebiliyorsa ve bana kendini çok rahat ifade edebiliyorsa ben buna işte bu arkadaşım bu işe değer katıyor derim. Çünkü bu karşılıklı bir güvene bağlı bir şey. Hastanın hemşireye, hemşirenin hastaya güven duyması lazım... Ben en önemli şeyin bu olduğunu düşünüyorum. Karşılıklı güven." ***(Katılımcı K)***

Sağlık çalışanının katkısının fark edilmesi

"Birinin verdiği emeğin karşılığında hak ettiğini almasını sağlamaktır" ***(Katılımcı B)***

"Hak ettiğin şeyin karşılığını görebilmek bence" ***(Katılımcı N)***

"Bir insanın yaptığı işin görünmesi, karşındaki kişinin sana hissettirmesi, sana verdiği değeri gösterir." ***(Katılımcı G)***

"Hastaya yapılan tüm müdahalelerin bir parçası olduğunu hissetmem, hissettirilmem. Hastaya verilen tüm emeğin karşılığında, bu emeğin içerisinde olduğumun farkında olunması" ***(Katılımcı D)***

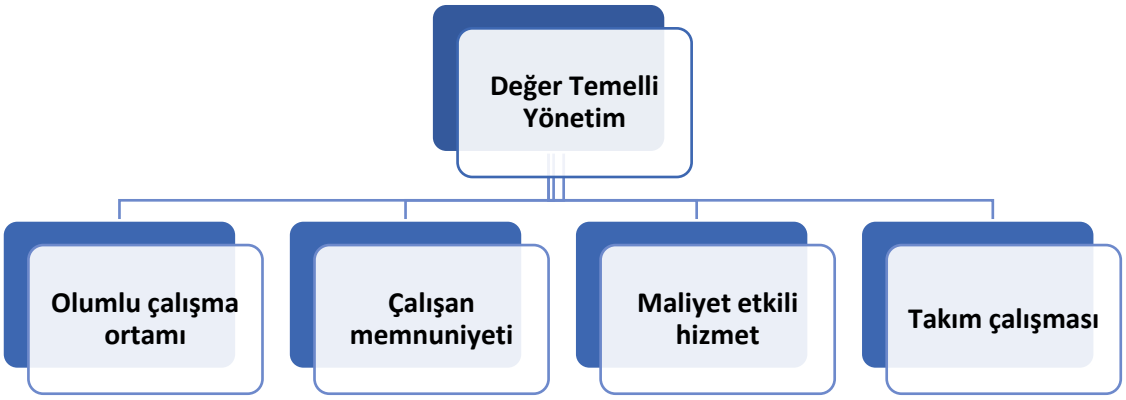
"Biz özellikle hekim dışı sağlık grubu olarak bu yaptığımız işin değerini biz biliyoruz. Çalışan arkadaşlarım da biliyor. Ama bunun çevreden de hissedilmesini istiyoruz… Değer eksikliği olduğunu düşünüyorum. Yani bu pandemide bile mesela ilk zamanlarda şak şak şak [alkış desteği]…[sonra] *bitti. Sonra yine vurmalar, kırmalar, hakaretler. Bunun daha görülür olmasını istiyoruz."* ***(Katılımcı M)***

Ana Tema 3: Değer Temelli Yönetim

Katılımcıların sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetimin kendileri için ne ifade ettiğine ilişkin görüşleri sorulduğunda, bir katılımcı sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetimi şöyle tanımladı.

"Kazancı arttıran, çalışanı motive eden ondan sonra beklentileri belirleyen, sonuç olarak katkı sağlayan, süreklilik ve sürdürülebilirlik hedefli yönetim görüyorum." ***(Katılımcı I)***

Katılımcıların görüşlerinden "olumlu çalışma ortamı", "maliyet etkili hizmet" ve "takım çalışması" olmak üzere 4 kod oluşturuldu. Sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim teması ve alt kodları Şekil 4.4'te verilmiştir.



Şekil 4.4: Sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim teması ve alt kodlar.

Olumlu çalışma ortamı

"...çalışanı motive eden yönetim" ***(Katılımcı I)***

"Bu bahsettiğimiz bütün değerlerin sahada uygulanabilmesi için de yöneticilerin buna uygun ortam sağlaması gerekmekte olduğunu düşünüyorum." ***(Katılımcı E)***

"Daha fazla nöbet vermek, mobbing uygulamak, personelin ücretlendirilmesinin performans değerlendirmeye göre yapılmaması değersiz hissettirir." ***(Katılımcı F)***

"Çalışanlarla ilgilenmek bile değer verildiğini gösterir." ***(Katılımcı G)***

Çalışan memnuniyeti

"Çalışan memnuniyetinin başka bir kuruma göre daha yüksek olması o kurumu başka bir kurumdan daha değerli kılar bence...Çalışan memnuniyeti manevi gibi gözüküyor ama aslında maddi bir kazanç. Bunların tamamı değer özel sektörde" ***(Katılımcı I)***

"...[Çalışanları] mesleki deformasyonlardan, tükenmişliklerden koruyabilmek adına, mesleki doyum sağlayabilmek için nasıl bir adım atılabilir. Nasıl iş motivasyonu attırılabilir...Doğru koordinasyon, insan kaynaklarını iyi yönetebilmek sağlık hizmetlerindeki değeri arttırabilecek konular." ***(Katılımcı J)***

Maliyet etkili hizmet

"En az maliyetle en iyi sonucu elde etmek gibi algılıyorum ben. Gerek hasta, gerek malzeme bunlarda çok önemli gereksiz sarfiyatı önlemek… Yani en az maliyetle en iyi sonuca ulaşmak. Hani belki pahalı bir şey alacaksınız, bir malzeme kullanacaksınız ama süreç kısalacak. Hastanede kalma süreci, maliyeti, tetkiki, tedavisi hepsini kısaltacak diye düşünüyorum. ***(Katılımcı D)***

"Kazancı arttıran…sonuç olarak katkı sağlayan, süreklilik ve sürdürülebilirlik hedefli yönetim görüyorum." ***(Katılımcı I)***

Takım çalışması

"Bir takım şeklinde çalışılmalı, bu sahadaki değeri yaratabilmek için, bu benim görüşüm bilmiyorum ne kadar doğrudur. Sahadaki değeri yaratabilmek için önce takımın birbirine güven duyabilmesi ve profesyonel olarak hareket edebilmesi gerekiyor." ***(Katılımcı C)***

Ana Tema 4: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim

Katılımcıların hemşirelikte değer temelli yönetime ilişkin görüşlerinden "nitelikli hemşire ve hemşire yönetici", "hemşire odaklı olma/hemşire memnuniyeti", "hemşirenin katkısının karşılığı", "teknoloji kullanımı", "hasta merkezli bakım", "hemşireliğe duyarlı göstergelerin izlenmesi" olarak 6 kod oluşturuldu. Hemşirelikte değer temelli yönetim teması ve alt kodları Şekil 4.5'te verilmiştir.



Şekil 4.5: Hemşirelikte değer temelli yönetim teması ve alt kodlar.

Nitelikli hemşire ve hemşire yönetici

"Değer katmak için bence yapılması gereken nitelikli hemşire yetiştirmek. Yani kadrolarınızı siz tepe yönetici olarak ekiplerinizi ne kadar güçlendirirseniz onlar ne kadar güçlü olursa sizde

o kadar güçlü olursunuz ve hata yapma payları azaldıkça da otomatikman size bir değer olarak dönecektir." ***(Katılımcı I)***

"*Kalifiye hemşire olması çok önemli. Yani en alttan tutun üst düzey yöneticiye kadar kalifiye hemşire olması gerektiğine inanıyorum."* ***(Katılımcı C)***

"Alandaki işleyişi hem bilen aynı zamanda yönetim becerisi olan kişilerin yönetici olması yapılan işin daha değerli olmasını sağlayabilir. Hemşirelik kararları açısından, kimin nerede daha verimli olacağını bulabilir veya hangi birimin hangi alanda iyi işler çıkaracağını bilebilir." ***(Katılımcı A)***

"Üst yönetici ara yöneticilerini iyi seçmeli, güvenebileceği, nitelikli, insan kaynakları yönetimini iyi yapabilen, iletişimi iyi olan kişilerden seçmesi gerekli ki… hemşirelik hizmetlerinin yönetimi için daha doğru bir karar verebilsin." ***(Katılımcı J)***

Hemşire odaklı olma/Hemşire memnuniyeti

"Burada en kritik nokta sanıyorum sorumlu hemşireler. Çünkü birebir çalışanlarıyla onlar muhataplar, onların öyle liderlik becerileri, insan odaklı olmaları, ihtiyaçlarına önem vermeleri gerekir diye düşünüyorum." ***(Katılımcı R)***

"[Hemşirelerin]Kendisine gelişme olan haklarının sağlandığını hissetmesi. Bunların her birisi aslında bence hemşire hizmetleri yönetiminin birer değeri." ***(Katılımcı L)***

"Değer temelli hizmet için. [Hemşirelerin] Çalışanların memnuniyeti, onların da yakından sanıyorum takip edilmesi lazım." ***(Katılımcı R)***

Hemşirenin katkısının karşılığı

"Kişilere geri dönüşleri olmuyor. Bazen bu sonuçlar doğruları yansıtmayabiliyor da müdahaleler yapılabiliyor. Hemşire yaptığı işlemlerden maddi karşılık alırsa hem yaptığı iş gözükür hem de daha isteyerek yapar." ***(Katılımcı A)***

"Hizmetin bir karşılığı olması gerekiyor" ***(Katılımcı B)***

"Burada en büyük işi hemşireler yapar fakat katkı payını hemşire almıyor. Bunu hemşirenin yaptığını kim bilecek ya da bu durumda hemşirenin değerini kim anlayacak…Benim ne kadar başarılı bir hemşire, hastaya ne katar katkıları olan bir hemşire olduğumu kim nasıl ne kadar bilecek. Hastaya diyelim havalı yatak serdim, mobilizasyonunu sağladım, tüm uygulamalarını yaptım, taburcu ettim. Bu yaptıklarımı kim bildi, kim gördü. Kayıtlarda ne ne kadar geçti. Ama

*bunun resmi adı olursa, yaptığımız işlemler kendi adımıza kaydedilirse hasta da halk ta diğer sağlık meslekleri de somut olarak hastaya kattığımız değeri görebileceklerdir." (**Katılımcı C)***

*"Bir hastanın başına kaç kez gitmişiz, ne işlemler yapmışız, neler yapmışız ortaya çıkacak ve bu performans hekimlerin gözünde ya da yöneticilerin gözünde, insanlar yani bakacaklar, insanlar diyecekler ki hakikaten hemşire bu konuda aktif rol alıyor diyecekler. Görecekler, görünebilir olacak. Ben o vitali [bulgularını] alıyorum ama onlar bende hiç görünmüyor ki. Sadece ben oradaki hemşire gözlem formuna yazıyorum hasta monitörize edildi diye ama ben her monitörizasyon girdiğimde doktora performans olarak yansıyor. Benim yaptığım emek görünmüyor. En azından o performans değerlendirme netlik kazanırsa, en azından orda rolüm ortaya çıkacak." (**Katılımcı C)***

*"EKG çekiyorum, şeker ölçüyorum, enjeksiyon yapıyorum, ilaç uyguluyorum. Ki sayamadığım birçok şey var hani. Ve hiçbirinin sayısal değeri yok. Önce sayısal değer olması gerekiyor yani bunları somutlaştırabilmemiz lazım." (**Katılımcı K)***

*"Hasta bakımının merkezinde var ama işte bununda tek şeyi yaptığınız işin maddi olarak maalesef ki öyle bir düşük kalması. Böyle yaptığımız her şey, uygulamaya bir fiyatlandırma olsa." **(Katılımcı M)***

Teknoloji kullanımı

*"Teknolojinin daha etkin kullanılması mesela. Hastaya verilen eğitimlerde görsel kullanılması, eğitim laptopu gibi." **(Katılımcı A)***

*"...mesela bir hemşire gidiyor hasta başına eskiden on dakikada ANTA'sını [vital bulgularını] alırken şimdi iki dakikasını bile almıyor. Elektronik cihazlarla bu süreci hızlı bir şekilde yapıyor hani yaptığı işe de değer katmış oluyor...Yeni teknoloji, inovasyon ürünleriyle beraber kendi çalışan güvenliğini sağlamış oluyor, hatanın önüne geçiyor, doğrulama süreçleri burada teknolojinin desteğiyle sağlanmış oluyor ve ürettiğimiz hizmete de bir değer katmış oluyoruz." **(Katılımcı H)***

Hasta merkezli bakım

*"Hastayı [kendi bakımına] katmak. Hasta ve yakınlarının bu işe maksimum dahil edilmesi, baştan itibaren. Tedavi planına, hastanın hayatına uygun bakım planına...hastanın işe dahil edilmesi, karara dahil edilmesi sanıyorum değer temelli uygulama için vazgeçilmez diye düşünüyorum." **(Katılımcı R)***

Hemşireliğe duyarlı göstergelerin izlenmesi

"Hemşireliğe duyarlı göstergeleri belirleyip, grubuyla paylaşıp, onu içsel olarak hissetmelerini sağlama, bunları yerine getirmekle ilgili olup onları teşvik etme, bilgilendirme, güçlendirme ve ortak hizmete dönüştürme" ***(Katılımcı R)***

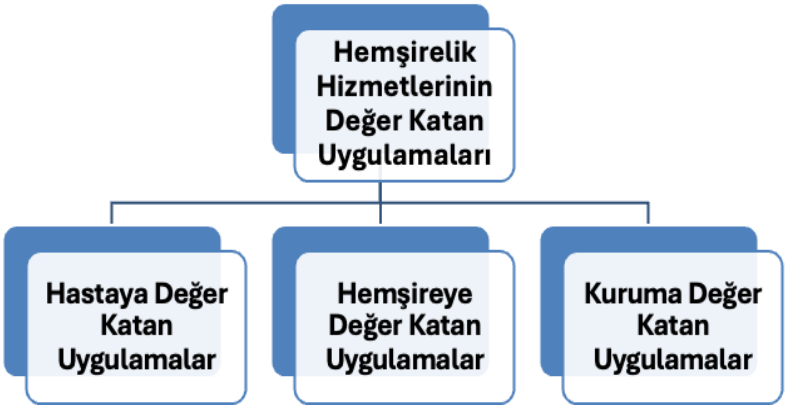
"Göstergeler, bası ülseri, düşme riski gibi göstergelerle o değerlerin oluşturmaya çalışılması gerekiyor. Liste olarak bunlar varlar ama bunların kişilere getirdiği olumlu taraflar neler? Hastanın ya da hemşirenin bunu yaparken onlara ne fayda sağladığını bilmemiz gerekiyor." ***(Katılımcı A)***

"Performansın karşılığında bir maddi değer var. Manevi olarak değer var. Sayısal olarak bir değer göstereceksin. Şu an sayısal değer gösteremiyoruz biz. Çünkü ölçülebilir her şeyin hani ölçülebilir her şeyin bize geri dönüşü daha şeydir somuttur yani. Ölçebildiğin şeyleri somut olarak değerlendirebilirsin." ***(Katılımcı K)***

"Hasta bakım süreçlerindeki değeri katan en önemli nedenlerden biri de süreçteki uygulamaların sonucu etkilemesidir." ***(Katılımcı H)***

Ana Tema 5: Hemşirelik Hizmetlerinin Değer Katan Uygulamaları

Katılımcıların hemşirelik hizmetlerinin değer katan uygulamalarına ilişkin görüşleri ''hastaya değer katan uygulamalar'', "hemşireye değer katan uygulamalar ve kuruma değer katan uygulamalar'' olarak 3 alt tema altında toplandı. Hemşirelik hizmetlerinin değer katan uygulamaları teması ve alt temaları Şekil 4.6'da verilmiştir.



Şekil 4.6: Hemşirelik hizmetlerinin değer katan uygulamaları teması ve alt temalar.

Alt Tema 1: Hemşirelik Hizmetlerinin Hastaya Değer Katan Uygulamaları

Katılımcıların hemşirelik hizmetlerinin hastaya değer katan uygulamalarına yönelik görüşlerinden, *"koruyucu sağlık hizmetleri/hastalıkları önleme"*, *"hasta odaklı çalışma"*, *"bütüncül hasta bakımı"*, *"hasta güvenliği sağlama"*, *"hasta/sağlıklı birey ve ailesinin eğitimi"*, "hastanede kalış süresini kısaltma" ve *"hasta konforu sağlama"* olarak 7 kod elde edildi. Hemşirelik hizmetlerinin hastaya değer katan uygulamaları alt teması ve kodları Şekil 4.7'de verilmiştir.



Şekil 4.7: Hemşirelik hizmetlerinin hastaya değer katan uygulamaları alt teması ve kodlar.

Koruyucu sağlık hizmetleri /Hastalıkları önleme

"Bence önce şöyle, bir kere bizim sorumluluğumuz sadece hastalık oluştuğunda onu tedavi etmek ya da onu iyileştirmek değil, ...hemşirelik girişimleriyle, hemşirelik uygulamalarıyla eğer biz bu sorunu önceden önleyebiliyorsak öncelik bu olmalı…Yara özellikle bu kapsamda ele alınabilir… yaranın iyileştirilmesi, sonrasında da yine aynı şekilde takibinin yapılması… Bununla birlikte yara önlenebilecek bir faaliyetken daha basit işlemlerle önlenebilecek bir şeyken bu defa yara oluştuğunda ona bakmak, bir kere bilgi gerektiriyor, maliyet gerektiriyor ve zaman, iş gücü gerektiriyor. En başından önleyebiliyorsak ki değer katıyoruzdur. Eğer ki oluşuyorsa yani yapılan her şeye karşı oluşuyorsa da bunun mümkün olduğu kadar en hızlı şekilde iyileşmesi ve sonrasında da mutlaka yeniden oluşmasını engelleyecek birtakım işlemler yapılması da bence bir değer diye düşünüyorum." ***(Katılımcı O)***

"Hasta pozisyonlarını mesela, hasta pozisyonunu günde üç dört saatte bir şeklinde ve yara oluşumunu önleyebiliyorsam bu bence bir değerdir." ***(Katılımcı O)***

"Hastaya, sağlıklı bireye eğitim yapıyoruz, bakım yapıyoruz. Koruyucu kısmımız var, bunun için işte önden takipler yapıyoruz, hastalık oluşmadan ya da gebelik boyunca..." ***(Katılımcı P)***

"Koruyucu sağlık hizmetlerine biraz daha önem verilmesi gerektiğini düşünüyorum… Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde hemşireler biraz daha ön planda olabilir." ***(Katılımcı P)***

"Diyabetik ayak oluşmadan erken dönemde buna neden olabilecek birçok faktörlerin göz önünde bulundurulup buna yönelik önlemler alınması hastaya değer katar." ***(Katılımcı N)***

"Hastaya değer katmak… hastanın, hasta olmasını önlüyor olmak demek. Çünkü bir hemşire olarak aslında koruyucu sağlık hizmetini veren bir ekibiz biz. Öncelikle hasta olmasını engellemek gerek…Örneğin aşı hizmetleri, gebelik takibinde annenin doğru eğitilmesi gibi, yani sadece bakım değil, eğitici ve koruyucu rollerimiz de var." ***(Katılımcı I)***

"En basit günübirlik yapılan bir girişimsel bir biyopsi işleminden sonra bile hastaya eve gittiğinde kendinde şu belirtileri gözlemle ve böyle bir şey yaşadığında mutlaka geri dön dediğimde hastanın yaşayacağı olası bir komplikasyon durumunda daha ciddi bir sorun yaşamasının önüne geçmesi de bir değerdir." ***(Katılımcı L)***

Hasta odaklı çalışma

"Her yapılmayan, atlatılmış bakım, eksik bırakılmış bakım hastaya zarar olarak dönüyor. Bunların önüne geçilmesi önemli. Bu nedenle hasta odaklı çalışmalıyız.'' ***(Katılımcı H)***

"Kullanmış olduğumuz hemşire bakım sunum sistemi, hastanın merkeze konması, hastanın tüm ihtiyaçlarının karşılanması açısından değerli." ***(Katılımcı L)***

Bütüncül hasta bakımı

"Ampütasyon için yatan bir hastanın ampütasyon sürecine adaptasyonundan, evine taburcu olduğu döneme kadar, yani enfeksiyon kapmaması, bakımının sağlanması, eve taburcu olurken evdeki bakımını ve bundan sonraki yaşantısını nasıl devam ettireceğiyle ilgili süreci aslında hemşirenin yönetmesi gereken taburculuk eğitiminin bir parçası. Hastanın hastaneye yatışından çıktıktan sonra yapması gerekenlere kadar her yerde hemşire var. Hatta biliyorsunuz halk sağlığı açısından baktığımızda da belki evinin yeniden düzenlenmesi bile yine hemşirelik hizmetlerinin koordine etmesi gereken bir şey. İşte orada hastaya dokunduğumuz alan bence hemşirelik hizmetinin hasta üzerindeki çıktısı." ***(Katılımcı L)***

"Genelde sosyal hizmetlerle iletişimi sağlayan da hemşire oluyor. O hastanın sosyal anlamda destek almasını sağlamak ta bir değer. Ya da mesela hastanın istismara uğradığını fark etmek, hastanın ihmal edildiğini fark etmek ve onun yine bir bakımevine yerleştirilmesini sağlamak ta yine hemşirenin aslında hastaya katmış olduğu bir değer." ***(Katılımcı L)***

"Hasta buradan çıktığı zaman sadece "Evet, bakın yürüyorum." Demesinden ziyade, ben varım ben bu sosyal ortamın içindeyim. Bende burada hasta olarak değil, bir kişi olarak varım diye hissedip çıkması gerekiyor. Yani hem psikolojik hem de fiziksel olarak iyileşmiş olarak çıkması gerekiyor ki bizde hemşire olarak buna katkı sağlıyoruz diye düşünüyorum." ***(Katılımcı U)***

"Hastaya genel bilgilendirmelerle birçok konuda bilinç sağlanabilir. Mesela o zamana kadar diş fırçalamamış birine bu öğretilebilir. Ya da beslenme yönünde destek sağlanabilir. Diyetisyen ya da beslenme polikliniğine yönlendirilebilir. Ya da hastanın belki ruh durumu kötü. Yani holistik olarak hastanın genel değerlendirilmesinin yapılması gerekli…" ***(Katılımcı A)***

"Hemşirenin her bireyin birbirinden farklı olduğunu düşünüp hem bireysel hem de bütüncül bakabilmeyi bilmesi gerekir. Hastaya hastalık gözüyle değil insan gözüyle yaklaşabilmesi gerekir." ***(Katılımcı B)***

"Hemşirelik sadece tedavi yapıp bakımını uygulayıp çıkmak değildir. Ben hastaya ne katabilirim diye bakmak gerekiyor." ***(Katılımcı C)***

"Hasta düşme oranlarımızı biz düşürebildik mi? Veya hasta kabulüyle ilgili olarak gerçekten hastanın önceki hastalıklarını dikkate alarak, bütüncül sürdürülebilir bir hizmeti planlayabildik mi? Tüm bu etmenlerin ele alınması hastaya değer katar." ***(Katılımcı R)***

"Şu an hastaların bilinç düzeyi çok yüksek veya her yerden bir şey öğreniyorlar. İyi eğitimli insanlar var, beklentileri yüksek… Mesela bu anlamıyla da hastanın işe dahil edilmesi, karara dahil edilmesi değer temelli uygulamanın vazgeçilmez bir unsuru diye düşünüyorum. Ve hemşireler bu anlamda burada çok önemli bir pozisyondalar, dolayısıyla hasta ve yakınlarının baştan itibaren bu işe maksimum dahil edilmesi, tedavi planına, hastanın hayatına uygun bakım planına…" ***(Katılımcı R)***

"Dekübiti olan bir hastanın pansumanının yakından takibi, nütrisyon hemşiresi tarafından da ekip tarafından da oluşturulacak iyi bir besin desteğiyle, sıvı elektrolit dengesindeki düzenin takibi ve kontrolüyle dekübitin azaldığı, kapandığı hatta greft aşamasına kadar dokunun desteklenerek bakıldığı iyi uygulamalar var. Bu hemşirenin yüzde yüz başarısıdır. Hemşirenin yakın takibi, bakım desteği ve bilgi becerisiyle yapmış olduğu emeğinin sonucudur. Mesleğinin vermiş olduğu, hastaya kattığı değerin sonucu bakımdır." ***(Katılımcı H)***

"Çok yönlü yani bakım zaten temelde hemşirenin işidir. Bakımla ilgili olan her şeyde her iyileşmede hemşirenin sayesindedir." ***(Katılımcı H)***

"Sadece bilgi tek başına yetmiyor, süreci yönetebilmek gerekiyor yani. Bunu gösterebiliyor olmak da gerekiyor. Aslında hep ben baştan beri söylediğim şey şu bütüncül bakabilmek ve yaklaşabilmek." ***(Katılımcı K)***

"Şöyle düşünün, hasta servise yatıyor. Bütün her şeyiyle hemşire ilgileniyor. Hemşire hastanın muayenesini, takibinden tutun da bakımından artı mesela fizik tedaviye gidecekse işte fizik tedavinin saatinden tutun da gidişinden, gelişinden, karşılamasından, yönlendirilmesinden bakım sürecindekinde ise diyelim ki hastada bir trakeostomi var, bir peg var. Bunların hepsinin bakımından, hastada herhangi bir olumsuz durum gelişmemesi için yani herhangi bir sorun yaşanmaması için ön kontrollerinin yapılmasında…hastada görmüş olduğu en ufak aksaklığı hekime iletmek, fizyoterapist ya da psikoloğa iletmek yine temelde yine ok işaretleri hemşireden çıkıyor. Yani mutfakta, ana temelde hemşire var." ***(Katılımcı U)***

Hasta güvenliğini sağlama

"Hasta düşmeleri, yanlış ilaç uygulama oranları, uygulamaları, transfüzyonla ilgili düzenlemelerin takip edilmesi. Yine ameliyathane açısından baktığımızda orada bütün sayımların düzgün yapılması ameliyat esnasında hasta güvenliği açısından hemşirenin rollerindendir." ***(Katılımcı L)***

"Sonuçta hastanın düşmemesi, hastanın herhangi bir şekilde zarar görmemesi, malzeme sayımlarının yapılması, spanç, cerrahi alet gibi…, hastanın güvenli takip edilmesi bu bizim birinci görevimiz ve bu hastaya verilen değeri gösterir." ***(Katılımcı G)***

"Güvenli ilaç uygulaması… En temelinde bunlar da aynı şekilde hatasız ilaç uygulamak, doğru hastaya, doğru ilacı, doğru zamanda, doğru şekilde uygulamak." ***(Katılımcı H)***

Hasta/sağlıklı birey ve ailesinin eğitimi

"Hemşire olarak topluma karşı da bir katkınız olabilir… hastanelerde hemşirelerin verdiği birçok eğitimler var ama bunun dışında da topluma verilen eğitim hizmetleri de var. Mesela bir diyabet okulu olabiliyor. Halkı bilgilendirme amaçlı olabiliyor." ***(Katılımcı A)***

"Hastada komplikasyon gelişebilecek bir durum var burada hastanın bunu önleyebilmesi için bazı girişimleri yapması gerekiyor. İşte hemşire burada onları öğrettiğinde ve hasta bunları uyguladığında hastada komplikasyon gelişmemesi de bir değer." ***(Katılımcı L)***

"Süreç içerisinde aldığınızda örneğin hasta eğitimi, hani değer temelli hizmet üretmek için şeyi söylemiştik ya hasta ve ailesinin katılmasını sağlamak…" ***(Katılımcı R)***

"Her yaklaşım hastaya değer katar. Mesela hemşirenin eğitim vermesi… Örneğin doğum kontrol haplarıyla ilgili eğitim veriyorsunuz. Bu doğum kontrol hapının antibiyotiklerden etkilendiğini, antibiyotik kullanımında sizi gebeliğe karşı korumayacağını bir cümle ile söylersek, bir bebeğin doğmasını engelleyebilir. Bu bile bir değerdir…Mesela doğum sonrası anne eğitimi birçok komplikasyonların önüne geçmek için çok değerli…" ***(Katılımcı P)***
"Hemşire doğum sonrası, emzirmeyi doğru aktarırsa bebek bir an önce beslenecek, hiç sarılık olmayacak ve anne ile bebeğin sağlıkla hastaneden çıkmasına destek olacaktır." ***(Katılımcı I)***

Hastanede yatış süresini kısaltma

"Hastaya değer katmak demek, hastanedeki yatış süresini azaltıyor olmak demek." ***(Katılımcı I)***

"Hemşire hastaya şöyle değer katar. İyileşme hızı artarsa, hasta daha kısa sürede taburcu olur. Böylece hasta hastane enfeksiyonundan da uzaklaşmış olur." ***(Katılımcı D)***

"Her yapılmayan, atlatılmış bakım, eksik bırakılmış bakım hastaya… zarar olarak dönüyor… Hastanın takibinin iyi yapılması ve daha erken zamanda mobilize edilmesi daha erken zamanda taburcu edilmesi anlamına geliyor." ***(Katılımcı H)***

"Ameliyat sonrası enfeksiyon riski, immobil hastada bası yarası riski gibi risk üzerinden gider ve o oluşabilecek tanının engellenmesi için çalışmalar yapmak gerekir. Mesela bu benim için değer katan bir şey. Hastaların gerekli egzersizlerini düzenli yapıp, kol bakımını ve yara bakımını güzel yapıp tekrar hastanede kalış sürelerini kısaltabiliriz." ***(Katılımcı T)***

"Hastanın bakımda aktif rol alan hemşirenin, bakım kalitesiyle hastanın iyileşme hızına bakılıp ölçülebilir. İyi bir bakım verirsen hastanın iyileşme süresi beş gün değil de üç güne düşer. Psikolojisi kötü bir hasta devraldım diyelim. İyi bir bakım verirsem, bakım kalitesini arttırırsam ne olur onun psikolojisini en kısa sürede toplarım. Bu da onun yine iyileşme sürecini hızlandırır. Yani aslında bakım kalitesinde aktif rol alan hemşire hastanın iyileşme sürecinde de hızında da etkili olur." ***(Katılımcı D)***

Hasta konforu sağlama

"Hastada ağrının olmayışı bir hasta için büyük bir konfordur. Ağrısını gidermek hasta için büyük bir değerdir. Hemşirenin o ağrıyı yönetmesi, ister doktorun order ettiği ilaç desteği ile ya da farklı etkileşimle dokunarak işte masaj yaparak ya da destek olarak sosyal iletişime geçerek, bunların her biriyle ağrı yönetimi hemşirenin hastaya kattığı en büyük değerlerden biridir." ***(Katılımcı H)***

Alt Tema 2: Hemşirelik Hizmetlerinin Hemşireye Değer Katan Uygulamaları

Katılımcıların hemşirelik hizmetlerinin hemşireye değer katan uygulamalarına yönelik görüşleri doğrultusunda *"emeğin görülmesi"*, *"hemşirelerin geliştirilmesi"*, *"emeğin görünür olması"* ve *"görev tanımına uygun çalışılması"* olarak 4 kod oluşturuldu. Hemşirelik hizmetlerinin hemşireye değer katan uygulamaları alt teması ve kodları Şekil 4.8'de verilmiştir.



Şekil 4.8: Hemşirelik hizmetlerinin hemşireye değer katan uygulamaları alt teması ve kodlar.

Emeğin görünür olması

"Bence bir hemşire hastaya ne kadar değer katıyorsa, kattığı değeri de hastaya, hasta yakınına ve diğer sağlık profesyonellerine ne kadar gösterebiliyorsa mesleğine o kadar değer katıyor demektir." ***(Katılımcı L)***

"Hemşireliğin her alanda varlığını gösterebilmesi yani bizim farklı branşlarımız var bu alanlarda sosyal projelerle varlığımızı gösterebilmemiz lazım. Hem sosyal medyada hem tüm medyada yani basında da varlığımızı göstermemiz adına, dayanışma yapabilmemiz adına… Çok yönlü bakıldığında değer katacak alanlardan biri." ***(Katılımcı H)***

"Mesleğe aslında en önemli değer katan şey, sanırım görünürlüğü arttırmak… Başka ülkelerde organizasyonlar, dernekler, kurumlar medya hemşiresi görevlendiriyorlar, atama yapıyor bu konuda, yani görevi o. Dolayısıyla hemşirenin yaptıklarını daha iyi duyurma bazında… Görünürlük açısından. Politika oluşturma bazında, evet bunun için çalışıyorlar… Belki yöneticilerin böyle bir medya ile de birlikte çalışıyor olması önemli diye düşünüyorum. Yaptıklarını sistematik bir biçimde anlatmaları lazım." ***(Katılımcı R)***

"Daha çok sosyal şeyler, artık sosyal medya çok hâkim, sosyal medya dilini kullanarak onların diliyle ama bir şekilde dahil ederek farklı organizasyonlarla hitap edebilmek… Görünür olmak. Yani insan olarak da aslında tek derdimiz… Adam yerine konmak istiyoruz." ***(Katılımcı M)***

"Yaptığımız işi görünür kılmak." ***(Katılımcı P)***

Emeğin maddi karşılığının alınması

"Ben mesela bir hastanın bası yarasının oluşmaması için gereken bütün çabayı gösteriyorum ama bunun bana bir karşılığı olmalı. Benim yaptığımı bir uygulamadır ve ücret karşılığını da ben almalıyım gibi." ***(Katılımcı C)***

"Sanırım en zorlandığımız alanlardan birisi bu diye düşünüyorum. Çünkü Türkiye'de özel hastanelerde hemşirelik ücreti tahsil edilmiyor…Onkoloji kliniklerinden örnek vermek gerekirse, onkoloji hastalarının gerçekten ortalama ömrünü ne kadar uzatabildim, onlarda olması gereken ölçütleri ne kadar sağlayabildim ne kadar memnun edebildim, ekip ne kadar memnun kaldı? Bu ölçütlerle oraya o ücretin ödeniyor olması lazım. Yani siz 500 tane ameliyatı yapıyorsunuz ama ne oldu bakmıyorum, sadece ameliyat parası alıyorsam hastaya ne kattığıma bakmadan sanıyorum mali olarak ve hesap etme imkânı yok. Yani bütününde sağlık hizmetinde bir sıkıntı var. Ama hemşirelik açısından bakıldığında zaten bunun karşılığı SUT'ta da yok diye biliyorum" ***(Katılımcı R)***

Hemşirelerin geliştirilmesi

"Özellikle birimlerde çalışan hemşirelerin sertifikalı olmasının sağlanması… İşte mesela bu bence bir değer. Çünkü siz belli bir niteliğe erişmiş kişiyi eğitimini aldığı alanda çalıştırıyorsunuz. Hemşireleri sertifika programına göndermek, sertifika elde etmiş kişinin eğitim aldığı birimde çalışmasının devamını sağlamak gibi yükümlülükleriniz var. İşte bu bence değerdir." ***(Katılımcı L)***

"Nitelikli eğitimler ile hemşirelerin sertifikalandırılması, hemşirelerin branşlaşmalarının arttırılması gerekli diye düşünüyorum." ***(Katılımcı S)***

''Gelişimini sağlayacağı eğitimler düzenlenmesi. Eğitimlerin çıktısı da yine bir değer olarak değerlendirilebilir." ***(Katılımcı L)***

"Her konuda olduğu gibi aslında temelden başlamalıyız. Yani eğitimden başlamalıyız. Çünkü maalesef eğitim tarafında henüz hemşirelik mesleği 'sahada ne yaparım?' cevabı şu an net değil. Yani teorik eğitim alarak mezun olmuş pek çok meslektaşımız sahaya geldiğinde 'Biz bunu böyle bilmiyorduk.' Tepkisiyle karşılaşıyoruz. Çünkü uygulamadaki hayatla teorikteki hayat henüz örtüşmüyor. Bence teorik eğitim ve uygulamalı eğitimi birbirine entegre eden bir sistemle ilerliyor olmamız lazım." ***(Katılımcı I)***

"Bir hemşire kardiyolojide çalışmışsa daha sonra istihdam için hematolojiye verilmemeli. Ya da hemşire başka bir şehre atandığında çalıştığı alanlarla çok farklı yerlerde düşünülmemeli. Deneyimleri, aldığı eğitimler değerlendirilmeli bence. Hepsini yapamasak ta en azından özellikli birimlerde olan hemşirelerin bu şekilde çalıştırılması gerektiğine inanıyorum. Çünkü o zaman kalifiye eleman yetişir. O zaman en iyi hemşirelerimiz ve çok sağlam ekiplerimiz olur. Bu şekilde de en iyi hizmet sağlanır." ***(Katılımcı C)***

"Donanımı arttırmak gerekir. Bizde mesela klinik eğitim hemşireleri var. Mesela ben klinik eğitim hemşireleri ile hemşireleri karşılaştırdığımızda klinik eğitim hemşireleri daha özgüvenli ve donanımları ve doyumları daha yüksek ve daha faydalı olduklarını hissediyorlar." ***(Katılımcı A)***

"Kesinlikle önce eğitim diyorum. Çünkü eğitim sırasında arkadaşlar ne kadar çok kendilerini geliştirirler ise, ne kadar çok bu alanda öğrenirlerse, hemşirelik alanında da çalışırken kendilerini daha öz güvenli hissedecekler. Çünkü ne kadar çok bilgi o kadar çok öz güvendir bence." ***(Katılımcı K)***

Görev tanımına uygun çalışılması

Yani ben bir hemşireysem ne iş yaparım, görev tanımım ne, değer katabilmek için öncelikle doğru kişilerin doğru işi yapıyor olması lazım. O yüzden net bir şekilde görev tanımlarının belirlenmiş olması lazım. Yani hemşire mesleğe ne katar, nasıl değer katar? Önce hemşirenin ne iş yaptığının çizgisinin belirtilmesi gerekiyor. O da nedir? Görev tanımında yazılan işi yapıyor muyum, yapmıyor muyum? Görev tanımında belirtilen işin ne kadarını yapıyorum, benim işim olmayan ne kadar işleri yapıyorum?" ***(Katılımcı I)***

"Güçlü hemşireler, söylediğinin arkasında duran, bilgi becerisiyle kendini gösteren hemşireler var. Ben bunu yöneticimizin bizi bilgi gücüyle güçlendirmesine bağlıyorum." ***(Katılımcı J)***

Alt Tema 3: Hemşirelik Hizmetlerinin Kuruma Değer Katan Uygulamaları

Katılımcıların hemşirelik hizmetlerinin örgüte değer katan uygulamalarına yönelik görüşlerinden *"*hasta memnuniyeti sağlama*"*, *"*kurumun hemşireler tarafından tercih edilmesi*"*, *"*kurumun hastalar tarafından tercih edilmesi*" ve "*hizmet maliyetini azaltma*"* olarak 4 tema elde edildi. Hemşirelik hizmetlerinin kuruma değer katan uygulamaları alt teması ve kodları Şekil 4.9'da verilmiştir.



Şekil 4.9: Hemşirelik hizmetlerinin kuruma değer katan uygulamaları alt teması ve kodlar.

Hasta memnuniyetini sağlama

"Eğer siz verdiğiniz hizmetten eminseniz ve iyi bir ekiple veriyorsanız bunun sonucunda da sağlık alanında hasta için memnuniyet olabilir, kurum için iyi bir gelir olabilir, iyi bir prestij olabilir. Bunların hepsi değerin diğer karşılıkları gibi." ***(Katılımcı A)***

"Poliklinik hizmeti, yani hasta memnun kalır, özel bir hastanedir hasta memnun kalır orayı tekrardan tercih ederse bu bazen hemşiresinden, bazen hekiminden memnun kaldığı için, ya da orada verilen tüm sağlık hizmetlerinden memnun kaldığı için tekrardan orayı tercih ediyorsa burada da bir değer yaratmış oluyor." ***(Katılımcı O)***

"Hemşirenin hastaya vermiş olduğu bakım kesinlikle ve kesinlikle hastanenin her şeyini etkiliyor... Çünkü hastam memnun. Memnun olduğu zaman hasta yakınlarına, çevresine diyecek ki bakın bu hastaneden ben çok memnun kaldım diyecek." ***(Katılımcı K)***

"Hasta memnun olduğu zaman yakınlarına, çevresine diyecek ki bakın bu hastaneden ben çok memnun kaldım diyecek. Hastanenin bir kere hasta kapasitesini arttırmış olacak… zaten yüksek ama memnuniyeti arttırmış olacağız. Bu prestijdir hastane için. Ne kadar çok memnun olan hasta olursa hastane için prestijdir. Bu hastaneye değer katan bir şeydir" ***(Katılımcı K).***

"Memnuniyet. Memnuniyet çok önemli. Bu hastalık sürecini yaşayan insanın ya da sağlığını koruma anlamında bilinç geliştirmesi gereken insanlar için çok önemli sanıyorum. Çünkü siz eğer memnun olursanız hizmet aldığınız kurumdan, hizmet aldığınız ekipten oraya dahil oluyorsunuz." ***(Katılımcı R)***

"Hasta bazen ameliyattan önce oda hazırlanması vs için bekletilebilir. Mesela orada ne yapabiliriz… Ben hasta ile iletişime geçiyorum. Hastaya küçük bilgilendirmeler yapmanız bile hastayı rahatlatıyor. Bunu yapmazsanız hasta hem daha gergin oluyor hem daha

memnuniyetsiz ayrılıyor. Beni aldılar attılar buraya diyerek daha değersiz hissedebilir. Tabii bu her aşamada olmalı… Konuşarak işlem yapmak hem hastayı rahatlatıyor hem sonrasında hastanın memnuniyetini arttırıyor. Bu gibi uygulamalar hem hastaya hem de kuruma değer katar." ***(Katılımcı G)***

Kurumun hemşireler tarafından tercih edilmesi

"En iyi olma yarışı. Aslında sağlık hizmetlerinin sunumunda da hemşirelik hizmetlerinin iyi olması, güçlü olması, kaliteli hizmet sunulması çalışanlar tarafından tercih edilebilirliği de arttıracak." ***(Katılımcı P)***

"Tercih edilebilirlik hem çalışan hem hasta açısından çok önemli. Personel havuzunda kaç kişi var? Kaç yetkin kişi var? Neden bu kurumu tercih ediyorlar? Bunlar önemli kurumu tercih edenlerin niteliği çok önemli... Kurumdan beklentisi nedir? Kurum kişiye ne katacak?" ***(Katılımcı F)***

"Hastanenin iş gücü oranı düşük bir hastaneyse insanlar orada çalışmak isterler. Bu durum personel maliyeti açısından önemlidir. Ayrıca turnover'ın [devir hızının] oranı düşük olması tercih edilebilirlik açısından önemlidir. Bu da insan kaynakları için ayrıca bir değer katar." ***(Katılımcı I)***

"Çalışan devir hızının düşük olması… kurumun tercih edilirliğini arttırır." ***(Katılımcı L)***

Kurumun hastalar tarafından tercih edilmesi

"Hastayı tekrar aynı kuruma gelmesi tercih etmesi de aslında bence bir fark yaratmak ve hemşire bütün hepsinde aslında yer alıyor. Yani yaptığı bakım ile hemşire kurumun tercih edilebilirliğini arttırıyor." ***(Katılımcı O)***

"Nasıl değer katıyorum? Bir kere iyi hasta sonuçları oluyor… İyi hasta sonuçları olunca o kurumun tercih edilebilirliği artıyor." ***(Katılımcı N)***

"Hemşireler olarak bizler, kaliteli, bütüncül, verimli, kanıta dayalı, üstün performansta güzel bir hemşirelik hizmeti sunduğumuzda ve sonrasında sunduğumuz hizmetin sonucu olarak hastalar hemşirelik hizmetlerinden memnun bir şekilde ayrılacak ve sağlığına kavuşmak vs. gibi şeylerin yanında kurum açısından "Evet, burada kaliteli, güzel, iyi bir bakım iyi bir tedavi, iyi bir sağlık hizmeti sunuluyor" denip daha çok tercih edilen kurum olacaktır… Eğer biz hemşirelik uygulamalarını kötü yaparsak hatalar çok olur, eksik bakım eksik tedavi hatalı

tedaviler vs yaptığımızda o sağlık kuruluşuna güven azalacaktır, değeri düşecektir ve tercih edilen bir sağlık kuruluşu olmayacaktır." ***(Katılımcı B)***

"Hemşirelik hizmetleri kuruma değer tabi ki katar. Tercih edilebilir olmasını sağlar. Bu durum hastaların tekrar aynı yerden hizmet istemesini sebep olur." ***(Katılımcı M)***

"Nasıl değer katıyorum? Bir kere iyi hasta sonuçları oluyor. Değil mi? İyi hasta sonuçları olunca o kurumun tercih edilebilirliği artıyor. Hani bu kurumda çalışan hemşireler iyi bakım veriyor." ***(Katılımcı N)***

"Hastalar hekim tercih edebildiği gibi hemşire tercih edebiliyor olması bir unsurdur. Güler yüzlülük, kaliteli hizmet aldığı yere hastalar tekrar yeniden orada hizmet görmek ister. Bu da hastaneye artı değer katan bir unsurdur." ***(Katılımcı I)***

"Hemşirelik hizmetlerinin güçlü olması, güçlü olarak sunulması kurumlarının verimliliğini sağlayacak. Hastalar için tercih edilebilir olacak. Şu an çok fazla bir yarış var değil mi sağlık kurumları içerisinde?" ***(Katılımcı P)***

Hizmet maliyetini azaltma

"Daha çok tercih edilen kurum olması demek aynı zamanda maliyet açısından da hastanenin o sağlık kuruluşunun kazancının artmasına da yol açacaktır." ***(Katılımcı B)***

"Tüm rollerimizi doğru şekilde yerine getirdiğimizde, doğru şekilde yaklaştığımızda gerçekten kaliteli, verimli ve kısa sürede tedaviye ulaşılan bir hizmet sunuyoruz." ***(Katılımcı B)***

"Bakım kalitesinde aktif rol alan hemşire hastanın iyileşme sürecinde de hızında da etkili olur. Böylelikle, zaman yönetimi ile maliyet ve israf ortadan kalkar." ***(Katılımcı D)***

"Önlenebilecek bir faaliyet daha basit işlemlerle önlenebilecekken hastalık ya da komplikasyon oluştuğunda ona bakmak, bir kere bilgi gerektiriyor, maliyet gerektiriyor ve zaman, iş gücü gerektiriyor. Şimdi bunu önleyebilecekken en başında yani önleyebiliyorsa ki değer katıyordur. Eğer ki önlenemedi ve hastalık ya da komplikasyon oluştu diyelim… Bu durumun mümkün olduğu kadar en hızlı şekilde iyileşmesini sağlamak bence hem kurum hem de hasta için bir değer diye düşünüyorum." ***(Katılımcı O)***

"Yatak yarasından örnek verecek olursak. Yaranın açılması demek hastanın hastanedeki kalış süresini uzatır, maliyeti arttırır hem yatak maliyetini hem de hastaya kullanılan malzeme ve ilaçlar gibi malzeme kullanımını arttırır ve bu durum hem hastaya zarar verir, sürecini uzatır hem de kurumun değerini azaltır." ***(Katılımcı K)***

"Hemşirelik hizmeti ne kadar kaliteli verilirse… kurum açısından düşünüyorum…maddi bir kayıp oluşmayacak. Maddi kayıp oluşmadığı gibi, hasta da olumlu bir taburculuk yaşamış olacak." ***(Katılımcı U)***

"Tedavi sürecini kısaltmak, bunun içinde uyguladığım temel bakımlarda bakımı doğru yapmak, doğru uygulamak, doğru ekipmanı kullanmak, hangi ekipmanı ne zaman kullanacağını bilmek ve bundan nasıl katma değer sağlayacağını bilmek. Bu da kurum için maliyet-etkin çalışmaya destek sağlamış olmuş oluyor ve bir değer olarak önümüze çıkıyor." ***(Katılımcı I)***

4.2. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin Geliştirilmesine İlişkin Bulgular

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilmesini amaçlayan çalışmanın ikinci aşama bulguları bu bölümde başlıklar halinde sunuldu.

4.2.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 4.2: Açımlayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi ve toplam örneklemde yer alan hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırmalar (N_{AFA}: 421) (N_{DFA}: 507) (N_{Toplam}: 928).

			Açımlayıcı Faktör Analizi (n=421)	Doğrulayıcı Faktör Analizi (n=507)	Toplam (n: 928)	χ^2	p
Yaş	20-25 yaş	n	99	111	210	72,202[a]	0,000**
		%	47,10	52,90	100,00		
	26-30 yaş	n	208	132	340		
		%	61,20	38,80	100,00		
	31-35 yaş	n	33	57	90		
		%	36,70	63,30	100,00		
	36-40 yaş	n	26	75	101		
		%	25,70	74,30	100,00		
	41-65 yaş	n	55	132	187		
		%	29,40	70,60	100,00		
Cinsiyet	Kadın	n	341	434	775	3,541[a]	0,060
		%	44,00	56,00	100,00		
	Erkek	n	80	73	153		
		%	52,30	47,70	100,00		
Hemşirelikte Eğitim Durumu	SML	n	26	47	73	31,947[a]	0,000**
		%	35,60	64,40	100,00		
	Ön Lisans	n	23	66	89		
		%	25,80	74,20	100,00		
	Lisans	n	297	271	568		
		%	52,30	47,70	100,00		
	Lisansüstü	n	75	123	198		
		%	37,90	62,10	100,00		
Çalıştığı Kurum	Devlet Hastane	n	361	241	602	147,388[a]	0,000**
		%	60,00	40,00	100,00		
	Özel Hastane	n	60	266	326		
		%	18,40	81,60	100,00		
Görevi	Hemşire	n	372	432	804	1,976[a]	0,160
		%	46,30	53,70	100,00		
	Yönetici	n	49	75	124		
		%	39,50	60,50	100,00		
Çalıştığı Birim	Servis	n	156	213	369	38,233[a]	0,000**
		%	42,30	57,70	100,00		
	Yoğun Bakım	n	40	50	90		
		%	44,40	55,60	100,00		
	Acil	n	62	20	82		
		%	75,60	24,40	100,00		
	Ameliyathane	n	14	18	32		
		%	43,80	56,30	100,00		
	İdari Birimler	n	47	76	123		
		%	38,20	61,80	100,00		
	Poliklinik	n	49	46	95		
		%	51,60	48,40	100,00		
	Diğer	n	53	84	137		
		%	38,70	61,30	100,00		
Meslekte Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	0-5 yıl	n	269	203	472	63,687[a]	0,000**
		%	57,00	43,00	100,00		
	6-10 yıl	n	61	74	135		
		%	45,20	54,80	100,00		
	11-15 yıl	n	20	54	74		
		%	27,00	73,00	100,00		
	16-20 yıl	n	34	76	110		
		%	30,90	69,10	100,00		
	21 yıl ve üzeri	n	37	100	137		
		%	27,00	73,00	100,00		
Kurumda Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	0-5 yıl	n	346	314	660	47,574[b]	0,000**
		%	52,40	47,60	100,00		
	6-10 yıl	n	33	83	116		
		%	28,40	71,60	100,00		
	11-15 yıl	n	23	50	73		
		%	31,50	68,50	100,00		
	16-20 yıl	n	11	36	47		
		%	23,40	76,60	100,00		
	21 yıl ve üzeri	n	8	24	32		
		%	25,00	75,00	100,00		
Çalışılan Birimde Toplam Çalışma Süresi	0-5 yıl	n	363	377	740	20,494[a]	0,000**
		%	49,10	50,90	100,00		
	6-10 yıl	n	36	74	110		
		%	32,70	67,30	100,00		
	11-15 yıl	n	12	29	41		
		%	29,30	70,70	100,00		
	16-20 yıl	n	8	20	28		
		%	28,60	71,40	100,00		
	21 yıl ve üzeri	n	2	7	9		
		%	22,20	77,80	100,00		

**p<0,01, *p<0,05;a:Pearson Ki-Kare Testi, b: Fisher Exact Testi

Araştırmaya katılan toplam 928 hemşirenin, 340'ının 26-30 yaş aralığında olduğu, 775'inin kadın, 568'sinin lisans mezunu olduğu, 602'sinin devlet hastanesinde çalıştığı, 804'ünün hemşire olarak görev yaptığı, 369'unun serviste çalıştığı, 472'sinin meslekte çalışma süresinin 0-5 yıl olduğu, 660'ının kurumda çalışma süresinin 0-5 yıl olduğu ve 740'ının çalışılan birimde toplam çalışma süresinin 0-5 yıl olduğu bulundu (Tablo 4.2).

Araştırmanın AFA örnekleminde yer alan 421 hemşirenin, 208'inin 26-30 yaş aralığında olduğu, 341'inin kadın, 271'inin lisans mezunu olduğu, 361'inin devlet hastanesinde çalıştığı, 372'sinin hemşire olarak görev yaptığı, 156'sının serviste çalıştığı, 269'unun meslekte çalışma süresinin 0-5 yıl olduğu, 346'sının kurumda çalışma süresinin 0-5 yıl olduğu ve 363'ünün çalışılan birimde toplam çalışma süresinin 0-5 yıl olduğu bulundu (Tablo 4.2). Araştırmanın DFA örnekleminde yer alan 507 hemşirenin, 132'sinin 26-30 yaş aralığında olduğu, 434'ünün kadın, 297'sinin lisans mezunu olduğu, 266'sının özel hastanede çalıştığı, 432'sinin hemşire olarak görev yaptığı, 213'ünün serviste çalıştığı, 203'ünün meslekte çalışma süresinin 0-5 yıl olduğu, 314'ünün kurumda çalışma süresinin 0-5 yıl olduğu ve 377'sinin çalışılan birimde toplam çalışma süresinin 0-5 yıl olduğu bulundu (Tablo 4.2). AFA ve DFA örnekleminde yer alan hemşireler kişisel ve mesleki özelliklerine göre karşılaştırıldığında cinsiyet ve yaş dışında diğer özellikler açısından anlamlı farklılık saptandı ($p<0.01$) (Tablo 4.2).

4.2.2. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine Yönelik Bulgular

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği taslağının geçerlik ve güvenirlik çalışmasına yönelik bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunuldu.

4.2.2.1. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği aşamasında, oluşturulan madde havuzu, kapsam geçerliği ve dil geçerliği için 10 uzmanın (5 hemşire öğretim üyesi, 2 sağlık yönetimi öğretim üyesi ve 3 hemşire yönetici) görüşüne sunuldu (Ek-4). Uzmanlar, her bir ölçek maddesini "1=uygun değil", "2=maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir", "3=uygun ancak küçük değişiklik gerekli", "4=çok uygun" olarak değerlendirdi. Her bir uzmanın ölçek maddelerine verdiği puanlardan Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplandı. KGİ değeri<0,80 olan herhangi bir maddeye rastlanmadı. Ölçekte bulunan 42 maddenin KGİ değerleri 0,80-1,00 arasında, toplam ölçek KGİ değeri ise 0,91 olarak hesaplandı. Uzmanların önerileri de dikkate alınarak 12 maddenin daha anlaşılır olması için düzenleme yapıldı.

4.2.2.2. Yüzey Geçerliği

Kapsam geçerliği sonrasında taslak ölçeğin yüzey geçerliği için, örneklem grubuyla benzer özelliğe sahip örneklemde yer almayacak 30 hemşire ile ön uygulama yapılarak ölçekte yer alan maddelerin anlaşılır olup olmadığı test edildi. Anlaşılmayan herhangi bir maddenin olmadığı belirlendi.

4.2.2.3. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği Taslağının Madde Analizi

Tablo 4.3: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği taslağının madde analizi sonuçları (N_{AFA}: 421).

Maddeler	Madde Toplam Korelasyonu (r)	Madde Silinirse Cronbach's Alfa (α)	Ort.	S.s
Soru_1	0,554	0,964	4,55	0,76
Soru_2	0,553	0,964	4,52	0,76
Soru_3	0,515	0,964	4,40	0,87
Soru_4	0,609	0,964	4,31	0,87
Soru_5	0,614	0,964	4,36	0,85
Soru_6	0,544	0,964	4,41	0,80
Soru_7	0,580	0,964	4,23	0,86
Soru_8	0,628	0,964	4,20	0,85
Soru_9	0,590	0,964	4,38	0,83
Soru_10	0,496	0,964	3,65	1,06
Soru_11	0,561	0,964	4,37	0,82
Soru_12	0,605	0,964	4,19	0,96
Soru_13	0,612	0,964	4,20	0,85
Soru_14	0,616	0,964	4,32	0,80
Soru_15	0,578	0,964	4,44	0,76
Soru_16	0,573	0,964	4,37	0,80
Soru_17	0,616	0,964	4,26	0,87
Soru_18	0,599	0,964	3,78	1,17
Soru_19	0,640	0,964	4,10	0,94
Soru_20	0,632	0,964	3,18	1,32
Soru_21	0,651	0,964	3,71	1,15
Soru_22	0,680	0,963	3,32	1,29
Soru_23	0,704	0,963	3,30	1,25
Soru_24	0,700	0,963	3,05	1,36
Soru_25	0,691	0,963	3,28	1,27
Soru_26	0,687	0,963	3,28	1,28
Soru_27	0,665	0,964	3,43	1,26
Soru_28	0,713	0,963	3,29	1,33
Soru_29	0,651	0,964	2,86	1,44
Soru_30	0,672	0,964	2,91	1,40
Soru_31	0,697	0,963	3,21	1,34
Soru_32	0,692	0,963	3,16	1,33
Soru_33	0,555	0,964	2,48	1,43
Soru_34	0,645	0,964	3,95	0,96
Soru_35	0,627	0,964	3,97	0,96
Soru_36	0,666	0,964	3,15	1,25
Soru_37	0,554	0,964	3,13	1,23
Soru_38	0,652	0,964	3,67	1,14
Soru_39	0,665	0,964	3,77	1,05
Soru_40	0,542	0,964	3,98	1,10
Soru_41	0,656	0,964	3,85	1,06
Soru_42	0,677	0,963	3,97	1,05
Total Cronbach alfa (α): 0,965				

Taslak ölçekte yer alan maddelerin madde güvenirliğinin hesaplanması ve ölçek bütünü ile düşük korelasyon gösteren maddelerin ölçekten çıkarılması amacıyla madde analizi yapıldı.

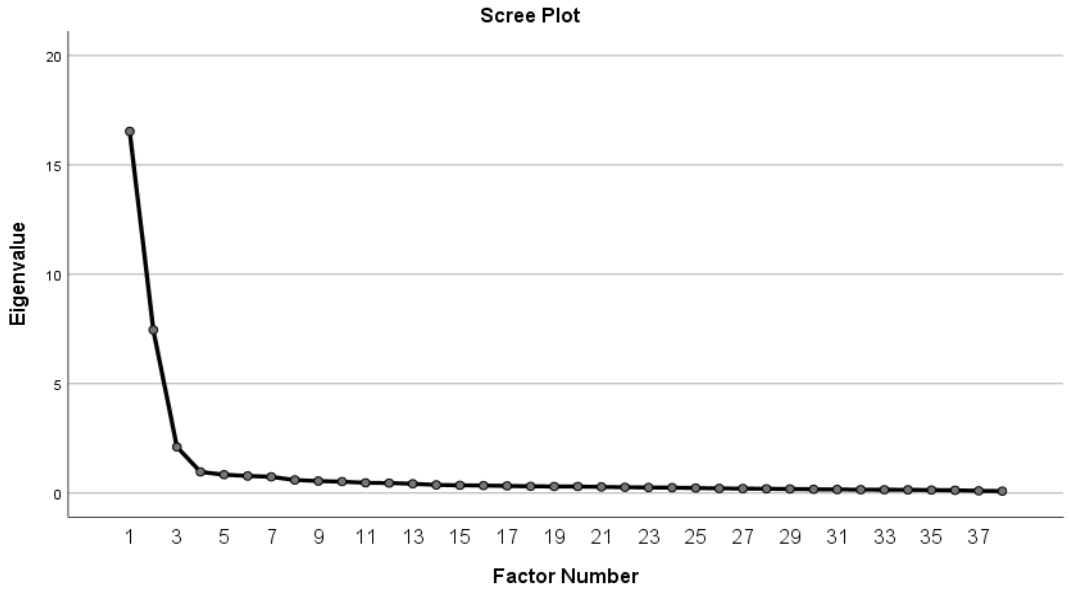
Analiz sonucunda taslak ölçeğin madde-toplam puan korelasyonu ve madde silindiğinde Cronbach alfa katsayıları incelendi. Analiz sonucunda taslak ölçekte bulunan 42 maddenin madde toplam-puan korelasyon değerleri r=0,496 ile 0,704 arasında bulundu. Taslak ölçekte bulunan 42 madde için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı ve ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,965 belirlendi. Madde çıkarılması ile ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğinde önemli bir değişiklik olmayacağı görüldü (Tablo 4.3).

4.2.2.4. Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek için AFA ve DFA yapıldı. Yapı geçerliği aşamasında Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği taslağı örneklemde yer alan hemşirelere uygulandı. Elde edilen verilerin %40'ına (n: 421) AFA, %60'ına (n:507) DFA uygulandı. Ayrıca Anti-image korelasyon matrisi değerlendirildi. Anti-image korelasyon matrisinde bulunan tüm değişkenler >0,50 üzerinde bulundu (Ek-8).

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA)

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği taslağında 42 madde yer almaktadır. Bu maddeler üzerinden faktör analizi uygulandı. Faktörler üzerinden *"VARIMAX"* dik döndürme yöntemi kullanılarak uygulama gerçekleştirildi. Maddelere ilişkin sorular üzerinden 2 kez faktör analizi yapıldı. İlk faktör analizi sonucunda, faktör ağırlığı eş yükleme ve yeni faktör oluşturan *"Soru_10: Bireylerin sağlık hizmetinden kaynaklanan komplikasyonla karşılaşma olasılığı çok düşüktür.", "Soru_18: Hastalar ve aileleri kendi sağlıklarına hemşirelerin katkısının farkındadır.", "Soru_36: Hemşireler bu kurumda çalışmaktan memnundur." ve "Soru_37: Hemşire devir hızı (ayrılma oranı) düşüktür."* maddeleri ölçekten çıkarıldı. Maddeler çıkarıldıktan sonra, geriye kalan 38 maddelik Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği maddeleri 3 faktörde incelenmiş olup yapılan analizler sonucunda KMO değeri 0,960 olarak bulundu ve Bartlett Küresellik Testi sonucuna göre de $\chi^2\chi^2$=15727,229 (p<0,001) olarak elde edildi. Bu değerlere göre, değişkenlerin faktör analizine uygun olduğu belirlendi. Üç faktörün toplam varyansı açıklama oranı %68,665 oranında elde edilerek analizde belirlenen 3 faktörün birlikte toplam varyansın önemli bir kısmını açıkladığı söylenebilir. Ayrıca beklendiği gibi faktör analizinde başlangıç öz değerlerin 1'in üzerinde olduğu görüldü. Her faktör üzerinden elde edilen öz değerlerin 1'in üzerinde olduğu görüldü, bu değerlerin ölçeğin 3 faktör üzerinden geçerliliği sağladığı söylenebilir (Tablo 4.4). Şekil 4.10'da öz değer saçılım grafiğinde (scree plot) ölçeğin üç faktörden sonra kırılım gösterdiği incelendi. Böylece bu kırılım noktası ile ölçeğin 3 faktörden oluştuğu doğrulandı.



Şekil 4.10: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği faktör saçılım grafiği (scree plot).

Tablo 4.4: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin açımlayıcı faktör analizi sonuçları (N_{AFA}: 421).

	Alt Boyutlar			**Başlangıç Öz değerleri**	**Başlangıç Açıklama Oranları**	**Karesi Alınan Yüklerin Toplam Çıkarımı**		**Karesi Alınan Yüklerin Döndürme Toplamı**	
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3			Öz değerler	Varyans	Öz değerler	Varyans
Soru_1	0,777			16,530	43,500	16,192	42,610	11,416	30,043
Soru_2	0,783								
Soru_3	0,761								
Soru_4	0,786								
Soru_5	0,821								
Soru_6	0,748								
Soru_7	0,776								
Soru_8	0,778								
Soru_9	0,824								
Soru_11	0,796								
Soru_12	0,772								
Soru_13	0,765								
Soru_14	0,833								
Soru_15	0,814								
Soru_16	0,829								
Soru_17	0,809								
Soru_19	0,664								
Soru_20		0,748		7,457	19,625	7,140	18,791	9,711	24,555
Soru_21		0,623							
Soru_22		0,815							
Soru_23		0,840							
Soru_24		0,852							
Soru_25		0,799							
Soru_26		0,753							
Soru_27		0,703							
Soru_28		0,826							
Soru_29		0,825							
Soru_30		0,865							
Soru_31		0,827							
Soru_32		0,835							
Soru_33		0,746							
Soru_34			0,602	2,105	5,541	1,747	4,598	3,952	10,401
Soru_35			0,609						
Soru_38			0,582						
Soru_39			0,675						
Soru_40			0,723						
Soru_41			0,741						
Soru_42			0,650						
				Toplam	68,665	**Toplam**	65,998	**Toplam**	65,998
				Kaiser-Meyer-Olkin ÖlçekGeçerliliği	0,960				
				Bartlett Küresellik Testi Ki kare	15727,229				
				sd	703				
				p değeri	0,000				

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Açımlayıcı faktör analizi sonucu 38 maddeden oluşan ölçeğe DFA uygulandı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi sonuçları (N_{DFA}: 507).

Alt boyutlar	Maddeler	B	Standardize B	Standart Hata	t	p	R^2	AVE	CR	Cronbach alfa
Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer	Soru_1	2,20	0,82	0,074	29,63	0,000**	0,67	0,666	0,977	0,963
	Soru_2	2,90	0,81	0,11	27,40	0,000**	0,66			
	Soru_3	3,25	0,79	0,13	25,58	0,000**	0,63			
	Soru_4	2,42	0,83	0,073	33,17	0,000**	0,70			
	Soru_5	2,52	0,87	0,057	44,13	0,000**	0,76			
	Soru_6	1,58	0,80	0,062	25,60	0,000**	0,63			
	Soru_7	1,39	0,79	0,047	29,86	0,000**	0,63			
	Soru_8	1,38	0,86	0,032	42,81	0,000**	0,73			
	Soru_9	2,54	0,87	0,059	42,67	0,000**	0,76			
	Soru_11	7,37	0,88	0,17	42,80	0,000**	0,77			
	Soru_12	2,10	0,85	0,047	44,87	0,000**	0,72			
	Soru_13	2,04	0,80	0,068	30,23	0,000**	0,63			
	Soru_14	1,96	0,87	0,044	44,13	0,000**	0,76			
	Soru_15	3,49	0,88	0,081	43,19	0,000**	0,78			
	Soru_16	2,09	0,88	0,043	48,70	0,000**	0,78			
	Soru_17	3,57	0,85	0,083	42,91	0,000**	0,73			
	Soru_19	2,10	0,77	0,082	25,68	0,000**	0,60			
Hemşireye Kattığı Değer	Soru_20	1,19	0,78	0,043	27,96	0,000**	0,60	0,726	0,973	0,963
	Soru_21	1,22	0,76	0,042	29,15	0,000**	0,57			
	Soru_22	1,40	0,86	0,030	45,88	0,000**	0,74			
	Soru_23	1,37	0,89	0,021	65,36	0,000**	0,79			
	Soru_24	1,51	0,88	0,026	57,51	0,000**	0,77			
	Soru_25	1,32	0,83	0,032	40,79	0,000**	0,70			
	Soru_26	1,40	0,82	0,039	35,84	0,000**	0,67			
	Soru_27	1,36	0,80	0,042	32,38	0,000**	0,64			
	Soru_28	1,26	0,88	0,022	57,42	0,000**	0,77			
	Soru_29	1,47	0,87	0,032	45,91	0,000**	0,75			
	Soru_30	1,54	0,92	0,021	74,72	0,000**	0,84			
	Soru_31	1,59	0,89	0,025	64,03	0,000**	0,79			
	Soru_32	1,45	0,93	0,013	108,14	0,000**	0,86			
	Soru_33	1,72	0,80	0,058	29,46	0,000**	0,63			
Kuruma Kattığı Değer	Soru_34	1,66	0,83	0,043	38,50	0,000**	0,69	0,637	0,924	0,896
	Soru_35	1,88	0,83	0,050	37,28	0,000**	0,68			
	Soru_38	1,56	0,82	0,041	38,49	0,000**	0,68			
	Soru_39	1,35	0,86	0,029	46,21	0,000**	0,74			
	Soru_40	2,51	0,72	0,12	21,25	0,000**	0,52			
	Soru_41	1,93	0,76	0,081	23,83	0,000**	0,57			
	Soru_42	1,60	0,76	0,065	24,66	0,000**	0,57			
**p<0,01, *p<0,05; Total Cronbach alfa:0,966										

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği maddelerinin normal dağılıma uygun olmadığı Henze Zirkler çoklu normallik testi ile tespit edildi (p<0,001). Bu nedenle, Robust Maximum Likelihood tahmin yöntemi kullanılarak regresyon katsayıları hesaplandı. Ölçeğin standardize katsayı değerlerinin 0,72-0,93 arasında ve bütün maddelerin anlamlı olduğu bulundu (p<0,01). Ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0.966 bulunarak ölçeğe verilen cevapların tutarlılığı yüksek olarak belirlendi. Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer alt boyutu *AVE(0,666)* ≥ 0,50 olmasından dolayı, modelin yeterli biçimde benzeşme geçerliğini sağladığı söylenebilir. Güvenirlik sonuçlarına göre *CR(0,977)*≥0,70 ve *Cronbach alfa(0,963)*≥0,80

olmasından dolayı yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Hemşireye Kattığı Değer alt boyutu *AVE(0,726)*≥0,50 olmasından dolayı modelin yeterli biçimde benzeşme geçerliğini sağladığı söylenebilir. Güvenirlik sonuçlarına göre *CR(0,973)*≥ 0,70 ve *Cronbach Alfa(0,963)*≥0,80 olmasından dolayı yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Kuruma Kattığı Değer alt boyutu *AVE(0,637)*≥ 0,50 olmasından dolayı modelin yeterli biçimde benzeşme geçerliğini sağladığı söylenebilir. Güvenirlik sonuçlarına göre *CR(0,924)*≥0,70 ve *Cronbach alfa(0,896)*≥0,80 olmasından dolayı yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir (Tablo 4.5).

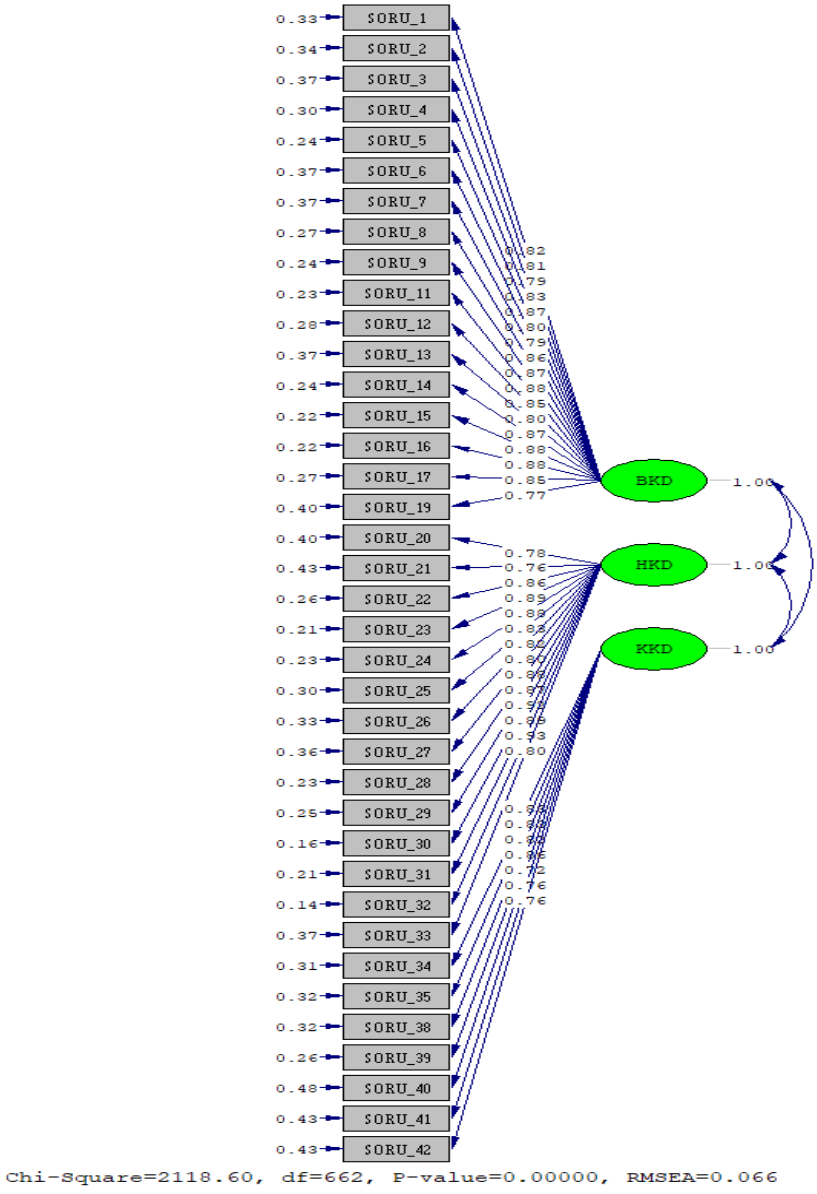
Ayrıca Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'ne ilişkin DFA modeli yol diyagramına Şekil 4.11'de ve ölçeğe ilişkin DFA Modeli Uyum İndeksleri Tablo 4.6'de yer verildi.

Tablo 4.6. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği DFA modeli uyum indeksleri sonuçları (N_{DFA}: 507).

Uyum Ölçütleri	**İyi Uyum***	**Kabul edilebilir Uyum****	**Model**
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 < \chi^2/df \leq 5$	3,20**
CFI	0,97≤CFI≤1	0,95≤CFI≤0,97	0,99*
NNFI	0,97≤NNFI≤1	0,95≤NNFI≤0,97	0,99*
NFI	0,95≤NFI≤1	0,90≤NFI≤0,95	0,98*
SRMR	0≤SRMR≤0,05	0,05≤SRMR≤0,08	0,068**
RMSEA	0≤RMSEA≤0,05	0,05≤RMSEA≤0,08	0,066**

Kaynak: Jöreskog ve Sörbom, 1996; Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller, 2003; Schumacker ve Lomax, 2004.

DFA'da modelin uyum indeks değerlerinden Chi-square/df (χ2/df) 3,20, CFI 0,99, NNFI 0,99, NFI 0,98, SRMR 0,068, RMSEA 0,066 değerleri iyi uyum ve kabul edilebilir sınırlar içinde yer aldı. Buna sonuçlara göre, DFA modelinin geçerli olduğu söylenebilir (Tablo 4.6).



Şekil 4.11: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'ne ilişkin DFA modeli yol diyagramı.

Tablo 4.7: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği madde analizi sonuçları (N_{DFA}: 507).

Maddeler	Madde Toplam Korelasyonu (r)	Madde Silinirse Cronbach alfa (α)	Ort.	S.s
Soru_1	0,542	0,966	4,55	0,80
Soru_2	0,536	0,966	4,54	0,76
Soru_3	0,560	0,966	4,33	0,95
Soru_4	0,635	0,966	4,33	0,84
Soru_5	0,630	0,966	4,37	0,85
Soru_6	0,541	0,966	4,42	0,84
Soru_7	0,617	0,966	4,25	0,88
Soru_8	0,649	0,965	4,23	0,85
Soru_9	0,622	0,966	4,46	0,81
Soru_11	0,645	0,966	4,43	0,80
Soru_12	0,664	0,965	4,22	0,96
Soru_13	0,636	0,965	4,19	0,89
Soru_14	0,659	0,965	4,35	0,84
Soru_15	0,623	0,966	4,51	0,76
Soru_16	0,628	0,966	4,40	0,83
Soru_17	0,680	0,965	4,23	0,92
Soru_19	0,666	0,965	4,07	0,93
Soru_20	0,669	0,965	3,21	1,30
Soru_21	0,727	0,965	3,75	1,12
Soru_22	0,726	0,965	3,32	1,28
Soru_23	0,758	0,965	3,30	1,26
Soru_24	0,707	0,965	3,10	1,34
Soru_25	0,708	0,965	3,31	1,29
Soru_26	0,665	0,965	3,33	1,33
Soru_27	0,683	0,965	3,49	1,23
Soru_28	0,739	0,965	3,33	1,30
Soru_29	0,660	0,966	2,84	1,45
Soru_30	0,713	0,965	2,90	1,43
Soru_31	0,712	0,965	3,31	1,30
Soru_32	0,766	0,965	3,29	1,26
Soru_33	0,568	0,966	2,53	1,46
Soru_34	0,679	0,965	3,97	0,94
Soru_35	0,661	0,965	4,07	0,92
Soru_38	0,666	0,965	3,64	1,15
Soru_39	0,731	0,965	3,76	1,06
Soru_40	0,520	0,966	4,09	1,03
Soru_41	0,575	0,966	4,04	1,01
Soru_42	0,632	0,965	3,91	1,00
Total Cronbach alfa (α): 0,966				

DFA sonrasında Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nde yer alan 38 maddenin güvenirliğinin hesaplanması ve ölçek bütünü ile düşük korelasyon gösteren maddelerin ölçekten çıkarılması amacıyla yeniden madde analizi yapıldı. Analiz sonucunda ölçeğin madde-toplam puan korelasyonu ve madde silindiğinde Cronbach alfa katsayıları incelendi. Analiz sonucunda madde toplam puan korelasyon değeri <0,30 olan madde bulunmadı ve bu nedenle herhangi bir madde çıkarma işlemi gerçekleştirilmedi. DFA sonrasında ölçekte kalan 38 maddeye ilişkin madde toplam-puan korelasyon değerleri r=0,520 ile 0,766 arasında bulundu. Ayrıca ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,966 olarak belirlendi. Madde çıkarılması ile ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğinde önemli bir değişiklik olmayacağı görüldü (Tablo 4.7).

4.2.4.4. Verilerin Normallik Sınaması

Modelde kullanılan bütün değişkenlerin her biri Shapiro-Wilk normallik testi ve Henze-Zirkler çoklu normallik testi ile incelendi ve verilerin normal dağılıma uygun olmadığı belirlendi ($p<0,001$). Bandalos (2014), normal dağılmayan veriler üzerinden Robust Maximum Likelihood kullanılacabileceğini önermektedir. Bu nedenle, DFA için Robust Maximum Likelihood yöntemi kullanılarak modeller tahmin edildi (Tablo 4.8) (Tablo 4.9).

Tablo 4.8: Tekli ve çoklu normallik testi sonuçları (N_{AFA}: 421).

Normallik Testi	Değişkenler	Test İstatistiği	p value
Shapiro-Wilk	Soru_1	0,576	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_2	0,606	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_3	0,684	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_4	0,726	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_5	0,708	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_6	0,666	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_7	0,768	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_8	0,770	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_9	0,629	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_10	0,876	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_11	0,659	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_12	0,758	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_13	0,787	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_14	0,711	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_15	0,606	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_16	0,684	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_17	0,769	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_18	0,862	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_19	0,815	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_20	0,897	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_21	0,858	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_22	0,895	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_23	0,898	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_24	0,895	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_25	0,892	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_26	0,883	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_27	0,884	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_28	0,889	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_29	0,866	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_30	0,878	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_31	0,892	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_32	0,899	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_33	0,837	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_34	0,838	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_35	0,810	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_36	0,904	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_37	0,907	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_38	0,876	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_39	0,873	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_40	0,773	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_41	0,802	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_42	0,842	<0,001
Henze Zirkler		3.352	<0,001

Tablo 4.9: Tekli ve çoklu normallik testi sonuçları (N_{DFA}: 507).

Normallik Testi	Değişkenler	Test İstatistiği	p value
Shapiro-Wilk	Soru_1	0,629	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_2	0,649	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_3	0,697	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_4	0,734	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_5	0,725	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_6	0,720	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_7	0,784	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_8	0,797	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_9	0,720	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_10	0,885	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_11	0,728	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_12	0,777	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_13	0,776	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_14	0,739	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_15	0,690	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_16	0,730	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_17	0,754	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_18	0,855	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_19	0,812	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_20	0,901	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_21	0,868	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_22	0,898	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_23	0,902	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_24	0,899	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_25	0,899	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_26	0,894	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_27	0,888	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_28	0,896	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_29	0,885	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_30	0,890	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_31	0,887	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_32	0,897	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_33	0,849	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_34	0,802	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_35	0,802	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_36	0,900	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_37	0,908	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_38	0,869	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_39	0,856	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_40	0,811	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_41	0,840	<0,001
Shapiro-Wilk	Soru_42	0,830	<0,001
Henze Zirkler		1,458	<0,001

4.2.4.5. Güvenirlik Analizi Bulguları

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin güvenirliğini belirlemek amacıyla, yarıya bölme (split half) analizi, Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı, bağımsız gruplarda t testi (%27'lik alt ve üst gruplar), paralel form güvenirlik analizi ve test-tekrar test analizi yapıldı.

Yarıya Bölme (Split-Half Yöntemi)

Tablo 4.10: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'ne ilişkin yarıya bölme analizi sonuçları (N_{Toplam}: 928).

İlk yarı (ilk 19 madde) Cronbach Alfa Katsayısı	0,959
İkinci yarı (son 19 madde) Cronbach Alfa Katsayısı	0,959
Spearman-Brown Güvenirlik Katsayısı	0,726
Guttman Split-Half Güvenirlik Katsayısı	0,703

Ölçeğin iç tutarlığını belirlemek amacıyla yarıya bölme (split half) analizi yapılarak ölçeğin iç tutarlılığı incelendi. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetimi Ölçeği'nin ikiye ayrılan maddeler arasında ilişkinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan ilk yarıya (ilk 19 madde) ait Cronbach alfa katsayısı 0,959, ikinci yarıya (son 19 madde) ait Cronbach alfa katsayısı 0,959 olarak bulundu. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin her iki yarısına ilişkin Spearman-Brown güvenirlik katsayısı 0,726 ve Guttman Split-Half güvenirlik katsayısı 0,703 olarak bulundu. Bu durumda güvenirlik katsayılarının 0,700 üzerinde olmasından dolayı, ölçek maddelerinin oldukça iyi bir şekilde güvenilir olduğu söylenebilir (McDonald, 1999; De Grutijter ve Van der Kamp, 2008) (Tablo 4.10).

Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayısı

Ölçek güvenirliğini gösteren göstergelerden biri olan ve ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirecek olan Cronbach alfa katsayısı hesaplandı. Ölçeğin alt boyut Cronbach alfa katsayıları ölçek toplamı 0,966, alt boyut katsayıları ise 0,886-0,963 arasında bulundu.

Alt-Üst %27'lik Grup Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.11: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği %27'lik alt ve üst grup ayırt edicilik analizleri sonuçları (N: 251).

Değişkenler	Grup	n	Ort. ± S.s	Medyan (Min.-Max.)	Z	p
Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer	%27 altı	251	3,50 ± 0,25	3,76 (1-4)	-19,686	0,000**
	%27 üstü	251	4,96 ± 0,047	5,00 (4,88-5)		
Hemşireye Kattığı Değer	%27 altı	251	1,82 ± 0,40	1,93 (1-2,43)	-19,414	0,000**
	%27 üstü	251	4,56 ± 0,37	4,57 (4-5)		
Kuruma Kattığı Değer	%27 altı	251	2,85 ± 0,62	3,00 (1-3,57)	-19,567	0,000**
	%27 üstü	251	4,83 ± 0,19	4,85(4,43- 5)		
Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği	%27 altı	251	2,97 ± 0,49	3,10 (1-3,45)	-19,395	0,000**
	%27 üstü	251	4,67 ± 0,24	4,65 (4,29-5)		

**p<0,01, *p<0,05; Z: Mann-Whitney U Testi

Ölçekte %27'lik alt ve üst grup çeyrekte yer alan maddelerin ortalama puanları üzerinden ayırt edicilik analizi bağımsız iki grup testi ile incelendi. Grupların normal dağılıma uygun olmamasından dolayı (p<0,001), gruplar arasındaki karşılaştırma Mann-Whitney U testi

kullanılarak analiz edildi. Analiz sonucunda, Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği toplam ve alt boyutları ortalama puanlarının %27'lik alt (n=251) ve üst (n=251) çeyrek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi (p<0,01) (Tablo 4.11).

Paralel Form Güvenirliği

Tablo 4.12: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği ile Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirmesi arasındaki korelasyon analizi bulguları (N_{Toplam}: 928).

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği ve Alt Boyutları	**Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirmesi**	
	r	**p**
Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer	0,345	0,000**
Hemşireye Kattığı Değer	0,265	0,000**
Kuruma Kattığı Değer	0,424	0,000**
Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği	0,386	0,000**

**p<0,01, *p<0,05; Spearman rho Korelasyonu

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin paralel form güvenirliğini belirlemek amacıyla Aiken ve diğ. (2002) tarafından geliştirilmiş, dört sorudan oluşan (Perceived Quality of Care on Unit Scale), Türkçe uyarlaması İspir (2020) tarafından yapılmış olan Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirme Ölçeği kullanıldı (Tablo 4.13).

Ölçeğin Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer alt boyutu ile Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirmesi puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde (0,20<r<0,39) anlamlı korelasyon belirlendi (r= 0,345; p<0,01). Hemşireye Kattığı Değer alt boyutu ile Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirmesi puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde (0,20<r<0,39) anlamlı korelasyon belirlendi (r= 0,265; p<0,01). Kuruma Kattığı Değer alt boyutu ile Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirmesi puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta düzeyde (0,40<r<0,59) anlamlı korelasyon belirlendi (r= 0,424; p<0,01). Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği toplam puanı ile Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirmesi puan ortalaması arasında da pozitif yönlü, zayıf düzeyde (0,20<r<0,39) anlamlı korelasyon belirlendi (r=0,386; p<0,01) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği ve Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirmesi tanımlayıcı bulguları ve karşılaştırılması (N_{AFA}: 421) (N_{DFA}: 507).

	Örneklem	N	Ort. ± S.s.	Medyan (Min-Max)	Z	p
Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer	DFA	507	4,34 ± 0,67	4,47 (1-5)	-0,546	0,585
	AFA	421	4,32 ± 0,68	4,41 (1-5)		
Hemşireye Kattığı Değer	DFA	507	3,21 ± 1,07	3,14 (1-5)	-0,332	0,740
	AFA	421	3,17 ± 1,09	3,17 (1-5)		
Kuruma Kattığı Değer	DFA	507	3,92 ± 0,80	4,00 (1-5)	-0,448	0,654
	AFA	421	3,87 ± 0,85	4,00 (1-5)		
Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği	DFA	507	3,85 ± 0,72	3,84 (1-5)	-0,393	0,694
	AFA	421	3,82 ± 0,69	3,84 (1,13-5)		
Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirmesi	DFA	507	2,85 ± 0,46	2,75 (1-3,75)	-0,089	0,929
	AFA	421	2,85 ± 0,45	2,75 (1-3,75)		

**p<0,01, *p<0,05; Z: Mann-Whitney U Testi

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği ve Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirmesi puan ortalamaları AFA ve DFA verilerine göre karşılaştırıldı. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği alt boyut ve toplam puanları ile Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirmesi puan ortalamaları, AFA ve DFA örneklemine göre istatistiksel olarak bir farklılık göstermedi (p>0,05) (Tablo 4.13).

Test-Tekrar Test Analizi

Tablo 4.14: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin test-tekrar test analizi bulguları (N:30).

	n	Test	Tekrar-Test	t	p	%95 güven Aralığı		r^c	p^c
		Ort, ± S,s	Ort, ± S,s			Alt	Üst		
Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer	30	4,15 ± 0,37	4,27 ± 0,48	-1,314[a]	0,199	-0,305	0,066	0,349	0,050*
Hemşireye Kattığı Değer	30	2,96 ±0,80	3,01 ± 0,88	-0,314[a]	0,755	-0,339	0,248	0,565	0,001**
Kuruma Kattığı Değer	30	3,96 ± 0,55	3,86 ± 0,56	0,893[a]	0,379	-0,128	0,328	0,419	0,036*
Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği	30	3,68 ± 0,40	3,73 ± 0,43	-0,687[a]	0,497	-0,205	0,102	0,515	0,004**

**p<0,01, *p<0,05; a: Bağımlı gruplarda t testi; c: Pearson korelasyon analizi

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin ve alt boyutlarının zamana göre değişmezliğini belirlemek amacıyla örneklemde yer alan 30 hemşireye 15 gün ara ile ölçek iki kez uygulandı. Elde edilen sonuçlara göre, 15 gün ara ile uygulanan ölçek toplamı ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi (p>0,05) (Erbil ve

Bakır 2009; Türkmen ve diğ., 2011). İki uygulamaya ilişkin puan ortalamaları arasındaki sınıf içi korelasyon katsayısının (ICC) hesaplanarak az ve orta düzeyde olduğu bulundu (r=0,349-0,565). Ayrıca iç tutarlılık için Cronbach alfa katsayıları incelendi. İki uygulama için elde edilen ölçek alt boyut ve toplam ölçek Cronbach alfa katsayıları da 0,836-0,958 arasında yüksek derecede güvenilir bulundu. Böylece test-tekrar test yöntemi ile ölçeğin geçerliliği ve güvenirliliği sağlandı (Tablo 4.14).

4.2.3. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin Yapısı ve Değerlendirilmesi

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği 3 alt boyuttan ve toplan 38 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin "Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer'" alt boyutunda 17 madde, "Hemşireye Kattığı Değer" 14 madde, "Kuruma Kattığı Değer" 7 madde yer almaktadır. Ölçek 5'li Likert olarak, 1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Ne Katılmıyorum/Ne Katılıyorum, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle Katılıyorum) yanıtlanmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçek toplamı ve alt boyutlarından elde edilen ortalama puan 5'e yaklaştığında hemşirelikte değer temelli yönetim algısı yüksek düzeyde 1'e yaklaştığında ise hemşirelikte değer temelli yönetim algısı düşük düzeyde olarak değerlendirilmektedir (Ek 7).

4.2.4. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular ve Korelasyon Matrisi

Tablo 4.15: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeğine ilişkin tanımlayıcı bulgular ve korelasyon matrisi (N_{DFA}: 507).

	Ort. ± S.s	Medyan (Min-Max)	Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer	Hemşireye Kattığı Değer	Kuruma Kattığı Değer	Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği
Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer	4,34 ± 0,68	4,47 (1-5)	1			
Hemşireye Kattığı Değer	3,21 ± 1,07	3,14 (1-5)	0,475**	1		
Kuruma Kattığı Değer	3,92 ± 0,79	4 (1-5)	0,660**	0,656**	1	
Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği	3,85± 0,71	3,84 (1-5)	0,773**	0,896**	0,836**	1

r: Spearman rho, **p<0,01

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği toplam ve alt boyutlarının tanımlayıcı bulguları ve korelasyon matrisi DFA örnekleminde (n_{DFA}:507) incelendi. Ölçek alt boyutları ve

toplam puan ortalamasının ortalamanın üzerinde (>3.00) olduğu, en düşük ortalamanın hemşireye kattığı değer (3,21 ± 1,07) alt boyutunda, en yüksek ortalamanın ise hizmet sunulan bireye kattığı değer (4,34 ± 0,68) alt boyutunda olduğu belirlendi. Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer ile Hemşireye Kattığı Değer alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta düzeyde (r= 0,475; p<0,01), Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer ile Kuruma Kattığı Değer puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta düzeyde (r= 0,660; p<0,01) anlamlı korelasyon belirlendi. Diğer alt boyutlar arasında ve alt boyutlar ile toplam ölçek puan ortalaması arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon belirlendi (p<0,01) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeğine ilişkin tanımlayıcı bulgular ve korelasyon matrisi (N_{Toplam}: 928).

	Ort. ± S.s	Medyan (Min-Max)	Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer	Hemşireye Kattığı Değer	Kuruma Kattığı Değer	Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği
Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer	4,33 ± 0,68	4,47 (1-5)	1			
Hemşireye Kattığı Değer	3,20 ± 1,09	3,21 (1-5)	0,392**	1		
Kuruma Kattığı Değer	3,91 ± 0,82	4,00 (1-5)	0,591**	0,622**	1	
Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği	3,84± 0,71	3,84 (1-5)	0,716**	0,888**	0,817**	1

r:Spearman rho, **p<0,01

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği toplam ve alt boyutlarının tanımlayıcı bulguları ve korelasyon matrisi araştırmanın toplam örnekleminde (n_{Toplam}:928) incelendi. Ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamasının ortalamanın üzerinde (>3.00) olduğu, en düşük ortalamanın hemşireye kattığı değer (3,20 ± 1,09) alt boyutunda, en yüksek ortalamanın ise hizmet sunulan bireye kattığı değer (4,33 ± 0,68) alt boyutunda olduğu belirlendi. Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer ile Hemşireye Kattığı Değer alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde (r= 0,392; p<0,01), Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer ile Kuruma Kattığı Değer puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta düzeyde (r= 0,591; p<0,01) anlamlı korelasyon belirlendi. Diğer alt boyutlar arasında ve alt boyutlar ile toplam ölçek puan ortalaması arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon belirlendi (p<0,01) (Tablo 4.16).

Tablo 4.17: Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasının çalışılan kurumlara göre karşılaştırılması (N_{Toplam}: 928).

Çalışılan Kurum		N	Ort.± S.s	Medyan (Min-Max)	Kruskal-Wallis H	p	İkili Karşılaştırmalar
Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer	Devlet Hastanesi-1	325	4,26 ± 0,70	4,41 (1-5)	31,062	0,000**	1-4 1-5 1-6 2-5 2-6
	Devlet Hastanesi-2	277	4,30 ± 0,65	4,35 (1-5)			
	Özel Hastane-1	76	4,37 ± 0,69	4,41 (1-5)			
	Özel Hastane-2	66	4,34 ± 0,86	4,71 (1-5)			
	Özel Hastane-3	98	4,48 ± 0,59	4,68 (1-5)			
	Özel Hastane-4	86	4,55 ± 0,62	4,76 (1-5)			
Hemşireye Kattığı Değer	Devlet Hastanesi-1	325	3,03 ± 1,05	3,00 (1-5)	32,310	0,000**	1-5 1-3 1-6 2-5 2-3 2-6
	Devlet Hastanesi-2	277	3,09 ± 1,03	3,07 (1-5)			
	Özel Hastane-1	76	3,50 ± 1,14	3,64 (1,14-5)			
	Özel Hastane-2	66	3,24 ± 1,29	3,39 (1-5)			
	Özel Hastane-3	98	3,45 ± 1,08	3,43 (1-5)			
	Özel Hastane-4	86	3,59 ± 1,05	3,61 (1-5)			
Kuruma Kattığı Değer	Devlet Hastanesi-1	325	3,82 ± 0,82	4,00 (1-5)	28,910	0,000**	2-4 2-3 2-5 2-6 1-4 1-3 1-5 1-6
	Devlet Hastanesi-2	277	3,79 ± 0,82	3,86 (1-5)			
	Özel Hastane-1	76	4,04 ± 0,80	4,14 (1,29-5)			
	Özel Hastane-2	66	4,01 ± 0,87	4,01 (1,14-5)			
	Özel Hastane-3	98	4,08 ± 0,84	4,14 (1,43-5)			
	Özel Hastane-4	86	4,19 ± 0,70	4,14 (1-5)			
Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği	Devlet Hastanesi-1	325	3,73 ± 0,66	3,76 (1,06-5)	38,971	0,000**	1-4 1-3 1-5 1-6 2-3 2-5 2-6
	Devlet Hastanesi-2	277	3,76 ± 0,66	3,71 (1,34-5)			
	Özel Hastane-1	76	3,99 ± 0,76	4,03 (1.50-5)			
	Özel Hastane-2	66	3,88 ± 0,88	3,91 (1,11-5)			
	Özel Hastane-3	98	4,03 ± 0,70	4,03 (1,24-5)			
	Özel Hastane-4	86	4,13 ± 0,68	4,14 (1-5)			

**p<0,01, *p<0,0

Hemşirelerin Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği toplam ölçek ve alt boyutlar puan ortalamaları çalışılan kurumlara göre karşılaştırıldı. Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer alt boyutu çalıştığı kurumlara göre istatistiksel olarak farklılık gösterdi ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, Özel Hastane-2'de çalışanların Devlet Hastanesi-1'de çalışanlardan, Özel Hastane-3'te çalışanların, Devlet Hastanesi-1 ve Devlet Hastanesi-2'de çalışanlardan, Özel Hastane-4'te çalışanların, Devlet Hastanesi-1 ve Devlet Hastanesi-2'de çalışanlardan hizmet sunulan bireye kattığı değer algısı daha yüksek bulundu (Tablo 4.17).

Hemşireye Kattığı Değer alt boyutu da çalışılan kurumlara göre istatistiksel olarak farklılık gösterdi ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, Özel Hastane-3'te çalışanların, Devlet Hastanesi-1 ve Devlet Hastanesi-2'de çalışanlardan, Özel Hastane-1'de çalışanların, Devlet Hastanesi-1'de çalışanlardan, Özel Hastane-4'te çalışanların, Devlet Hastanesi-1 ve Devlet Hastanesi-2'de çalışanlardan, Özel Hastane-2'de çalışanların, Devlet Hastanesi-2'de çalışanlardan hemşireye kattığı değer algısı daha yüksek bulundu (Tablo 4.17).

Kuruma Kattığı Değer Değer alt boyutu çalışılan kurumlara göre istatistiksel olarak farklılık gösterdi ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, Özel Hastane-2'de çalışanların, Devlet Hastanesi-1'de çalışanlardan, Özel Hastane-1'de çalışanların Devlet Hastanesi-1 ve Devlet Hastanesi-2'de çalışanlardan, Özel Hastane-3'te çalışanların, Devlet Hastanesi-1 ve Devlet Hastanesi-2'de çalışanlardan, Özel Hastane-4'te çalışanların, Devlet Hastanesi-1 ve Devlet Hastanesi-2'de çalışanlardan kuruma kattığı değer algısı daha yüksek bulundu (Tablo 4.17).

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği toplam puanı da çalışılan kurumlara göre istatistiksel olarak farklılık gösterdi ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, Özel Hastane-2'de çalışanların, Devlet Hastanesi-1'de çalışanlardan, Özel Hastane-1'de çalışanların, Devlet Hastanesi-1 ve Devlet Hastanesi-2'de çalışanlardan, Özel Hastane-3'te çalışanların, Devlet Hastanesi-1 ve Devlet Hastanesi-2'de çalışanlardan, Özel Hastane-4'te çalışanların, Devlet Hastanesi-1 ve Devlet Hastanesi-2'de çalışanlardan hemşirelikte değer temelli yönetim algısı daha yüksek bulundu (Tablo 4.17).

5. TARTIŞMA

İki aşamadan oluşan araştırmadan elde edilen veriler iki ana başlık altında tartışıldı.

5.1. NİTEL GÖRÜŞMELERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmanın birinci aşamasında, katılımcıların hemşirelikte değer temelli yönetime ilişkin görüşleri keşfedilmeye çalışıldı. Nitel verilerden, "değer kavramı", "sağlık hizmetlerinde değer", "sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim", "hemşirelikte değer temelli yönetim" ve "hemşirelik hizmetlerinin değer katan uygulamaları" olarak beş ana tema elde edildi.

5.1.1. Değer Kavramı

Katılımcıların değer kavramının kendileri için ne ifade ettiğine ilişkin yanıtlarından "bireyin benimsediği ilkeler", "kıymet verilen şey, anlam", "bireye bütüncül bakış" ve "katkı sağlayan nitelik" olarak dört kod elde edildi. Katılımcılar, değer kavramını bireylerin hayatına yön veren, davranış, tutum ve duygularını belirleyen ilkeler olduğunu belirterek birey için kıymetli olma ve önemli olma olarak tanımladı. Bazı katılımcılar değerin bireye bütüncül bakış açısını tanımladığını belirtirken çoğu katılımcı değerin faydalı olma ve katkı sağlama niteliğini tanımladığını ifade etti.

Literatürde değer kavramı tanımlarında da, bireyin benimsediği ilkeler ve insanın ideallerinin gelişmesine katkı sağlayan nitelik (Ersoy, 2018; Karyağdı ve diğ., 2021), kıymet verilen şey/anlam (sozluk.gov.tr., Erişim tarihi: 20 Nisan 2024; Baş ve Dilmaç, 2015), bireyin olmazsa olmazları, davranışlarına ve hayatına yön veren ilkeler (Seyfioğlu, 2019a) yer almaktadır. Bu çalışmada, katılımcıların değer kavramını tanımlamaları değer algılarını göstermekte olup değer temelli sağlık hizmeti ve değer temelli yönetime ilişkin görüşlerini yönlendireceği için sorgulandı. Hemşire yöneticiler ve akademisyenlerin değer kavramına ilişkin değer tanımlarının, Türkçe sözlük anlamı ile ayrıca hastalarla yapılan çalışma bulguları ile (Seyfioğlu, 2019b) benzer olduğu söylenebilir. Katılımcıların öznel bir kavram olan kişilere göre değişen değer kavramına ilişkin ortak anlayışa sahip olmaları istendik bir bulgudur.

5.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Değer

Katılımcıların sağlık hizmetlerinde değer kavramının kendileri için ne ifade ettiğine ilişkin yanıtlarından *"*bireyin sağlığına katkı*"*, *"*bütüncül sağlık hizmeti*"*, *"*hasta memnuniyeti*"*, *"*sağlık kurumlarının tercih edilmesi*"*, *"*kaliteli sağlık hizmeti*"*, *"*sağlık çalışanına güven*"* ve *"*sağlık çalışanının katkısının fark edilmesi*"* olmak üzere yedi kod elde edildi. Katılımcılar, sağlık hizmetlerinde değer kavramını tanımlarken bireyin aldığı hizmetin sağlığını geliştirmesi, mevcut durumdan daha iyi hale gelmesini sağlamayı içerdiğini vurguladılar. Wolf ve diğ. (2024) de çalışmasında, klinisyenlerin sağlık hizmetlerinde değeri, hastaya ve klinik duruma bağlı olarak değişen dinamik bir kavram olarak tanımlayarak bireyin sağlığına katkı sunulduğunda değerin oluştuğunu belirtmişlerdir. Katılımcılardan bazıları, bütüncül sağlık hizmetinin gerekliliğine vurgu yaparak, sağlık hizmetlerinde hasta bireyin bütüncül olarak değerlendirilmesi gerektiğini, hemşirelerin bütüncül yaklaşımı benimsediği ve bütüncül sağlık hizmeti sunumunun hemşirelik hizmetlerinin değerini ortaya koyacağını vurguladı. Hemşirelik, görev odaklı olmaktan ziyade hastaların gereksinimlerine yönelik ve hastalara özel bakım planı oluşturan ve yaptığı tüm görevleri bütüncül bir yaklaşım ile sunan bir sağlık disiplini olarak tanımlanmaktadır (Şengül ve Bulut, 2020). Sağlık hizmetlerinde değer oluşturmak için sağlık hizmetlerinin tümü için bütüncül bir sağlık bakım hizmeti sunabilmek gereklidir. Günümüz koşulları içerisinde hastanelerde tüm birimler bulunmakta fakat birimler birbiriyle koordineli ve entegre çalışmamakta ve bütüncül bir yaklaşım içermemektedir (Seyfioğlu, 2019a). Porter ve diğ. (2008), değer temelli yönetim yaklaşım modelini açıklarken ikinci ilke olarak hastaların tıbbi durumlarının dikkate alınarak entegre hizmet verilebilecek birimler kurulması gerekliliğini vurgulamış, parçalı bir yapıda bulunan sağlık sisteminin düşük değere neden olduğunu belirtmiştir. Amarat (2021), değer temelli sağlık hizmetleri için gerekli unsurların neler olduğuna yönelik yaptığı nitel çalışmada, entegre çalışma birimlerinin oluşturulması, bütüncül sağlık hizmetinin önemi ve gerekliliğinden bahsetmiştir. Katılımcılar, hasta memnuniyetinin, kurumun tercih edilebilir olmasının ve kaliteli sağlık hizmetinin sağlık hizmetinde değeri gösterdiğini ve tanımladığını belirtmiştir. Benzer şekilde, Karaer'in (2021) nitel çalışmasına katılan katılımcılar, sağlık hizmetlerinde değer kavramını kurumdan sağlıklı ayrılabilmek ve kaliteli sağlık hizmeti olarak tanımlamıştır. Çalışmasında katılımcıların değer kavramını hasta memnuniyeti ve kalite olarak tanımladıklarını belirtmiştir. Porter ve diğ. (2008), sağlık hizmetlerinin değer temelli olarak yönetilmesini savunurken modelin uygulanmasıyla birlikte bu uygulamanın hem kaliteli hasta bakımı hem de hasta

memnuniyetinin arttırılmasını sağladığını ifade etmiştir. Değer temelli sağlık hizmetlerinin hareket noktasının hasta memnuniyeti sağlamak olduğunu belirten Seyfioğlu (2019a), bu yaklaşım ile hasta memnuniyetinin artacağını belirtmiştir. Sağlık hizmetinden memnuniyet, sağlık hizmetinin alındığı kurumdan da memnuniyeti artırarak sağlık kuruluşunun yeniden tercih edilmesini sağlayacaktır (Ibrahim, 2020). Katılımcılar ayrıca, hastaların sağlık çalışanına güven duyuyor olmasının değeri gösterdiğini ve sağlık hizmetlerinde değerin anlaşılması için sağlık çalışanının katkısının fark edilmesi gerektiğini de ifade etti. Benzer şekilde, Şengül ve Bulut (2022)'un çalışmasında, değer kavramı, hasta ve hasta yakını boyutuyla değerlendirildiğinde ilişkisel bir boyut olarak tanımlanmıştır. Kişiler hayatlarını olumlu etkileyecek unsurlara sahip olmak isterler. Hasta ve hasta yakını açısından bu durum incelendiğinde onlara iyi bakım veren hemşireler hayatlarına olumlu yansıyacaktır ve bu değer yaratır. Bu durum hasta ve hasta yakınları açısından güven duygusu ile sağlık kurumlarının yeniden tercih edilmesinde katkı sağlayan unsurlardan birisidir. MacLean (2017) sağlık hizmetlerinde değeri, kalite ve memnuniyetin de bakıma dahil edilerek hastaların sağlığına katkı sunma olarak ifade etmektedir. Değer temelli sağlık hizmetlerinde, hastanın odağa alınması, yaşam kalitesinin arttırılması, hastaların iyi oluş hallerinin devam ettirilmesi ve sağlıklarının geliştirilmesi, bunlarla beraber sağlık düzeylerine katkı sağlandığı belirtilmektedir (Porter ve diğ., 2016; Salvatore, 2020). Bu çalışmada, sağlık çalışanının bireyin sağlığına katkı sağladığının fark edilmesi de vurgulanması, hem fert olarak sağlık çalışanının ve sağlık sisteminin bireyin sağlığına kattığı değerin izlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Nitekim, hemşirelik değerinin ortaya koyulması için bu katkının belirlenmesi ve izlenmesi için yapılan çalışmalar sürdürülmektedir (Garcia ve diğ., 2024).

5.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Değer Temelli Yönetim

Katılımcıların sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim kavramının kendileri için ne ifade ettiğine ilişkin yanıtlarından *"*olumlu çalışma ortamı*"*, *"*çalışan memnuniyeti*", "*maliyet etkili hizmet*"* ve *"*takım çalışması*"* olmak üzere dört kod elde edildi. Katılımcılar, sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim için olumlu çalışma koşullarının ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasının önemine dikkat çektiler. Yakusheva ve diğ. (2022a) de, hemşireler için olumlu çalışma ortamının teşvik edilerek değer temelli hemşirelik uygulamalarının belirlenmesi ve gerekli ödüllendirmelerin yapılması ve çalışan memnuniyetinin önemsenmesinin gerekliliğine vurgu yapmıştır. Bu şekilde sağlık hizmetlerinin değer temelli yürütülmesine katkı sağlanacağı belirtilmektedir. Kalisch ve diğ.

(2011), hemşire başına düşen hasta yükünün azalması ile üriner enfeksiyonların azaldığını, daha az gastrointestinal kanama görüldüğünü, pnomöni görülme oranlarının ve mortalitenin azaldığını belirtmiştir. Needleman ve diğ, (2011) de, hemşirenin bakımını üstlendiği hasta sayısının artmasının, artan her bir hasta için mortalitede %7 artışa neden olduğunu, hemşirenin hasta yükünün artmasının ise ölüm riskinde %31 artışa neden olduğunu saptamıştır. Katılımcılar ayrıca, maliyet etkili hizmetin değer temelli yönetimi tanımlayacağını belirtti. Porter ve Teisberg, (2006) değeri hastaya veya sağlık durumuna katkı sağlama ve bakım, tedavi yaklaşımlarında maliyet avantajı sağlama olarak tanımlamıştır. Sağlık hizmetlerinin değer temelli yürütülebilmesi için hasta sonuçlarının ve hizmet maliyetlerinin önemli olduğu (Joseph, 2017; Mark ve diğ., 2016) ve bakım kalitesi korunurken bakımın maliyetlerinin düşmesinin (Choundhry, 2010) gerekli olduğu belirtilmektedir. Seyfioğlu (2019a), sağlık sistemindeki maliyet sorunlarının çözümü için değerin arttırılması gerektiğini ifade ederek, işlem temelli ödemeden sağlık, sonuç ve hedef temelli ödeme sistemlerine geçilmesinin gerektiğini ve bunun değer yaratacağını belirtmiştir. Değer temelli geri ödeme yöntemi sayesinde memnuniyetin, kalitenin ve verimliliğin artacağını, maliyetin ve sağlık harcamalarının azalacağı ve bunlarla birlikte sağlık sonuçlarının iyileşeceği öngörülmektedir (Karaer, 2021). Covid-19 pandemisi öncesinde değer temelli sağlık hizmetlerini benimsemiş ülkelerin pandemi sırasında daha az sıkıntı yaşadığı, değer temelli sağlık hizmetlerini uygulayan ülkelerde sağlık harcamalarının kontrolünün daha kolay ele alındığı ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunumunun yapılabildiği belirtilmektedir (The Global Innovation Hub for Improving Value in Health, 2020). Bu çalışmada, sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim için ifade edilen unsurlardan birisi takım çalışmasıdır. Değer temelli sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin bireye özgü bakım vermeye odaklanarak takım çalışmasına önem vermeleri yönünde teşvik edilmeleri gerektiği belirtilmektedir (Caron, 2017). Özsarı, (2018), benzer şekilde, sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim için hastanın bakımı ve tedavisine dahil olan tüm ekip üyelerinin hastanın sağlığına katkı sağlamak için takım çalışması yapmaları gerektiğini ifade etmiştir. Önceki çalışmalar, takım çalışmasının olumlu hasta sonuçları oluşturmada gerekli olduğunu (Schmutz ve diğ., 2019; Von Knorring ve diğ., 2019; Lafçı ve diğ., 2016), takım çalışmasının etkili olmasının çalışanlar arasında psikolojik güvenlik sağlamada ve sağlık hizmetlerinin güvenli ve etkili sunumunda etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Thomas, 2011; Salas ve Rosen, 2013; Han ve Roh, 2020).

5.1.4. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim

Katılımcıların hemşirelikte değer temelli yönetim kavramının kendileri için ne ifade ettiğine ilişkin yanıtlarından *"*nitelikli hemşire ve hemşire yönetici*"*, *"*hemşire odaklı olma/hemşire memnuniyeti*"*, *"*hemşirenin katkısının karşılığı*"*, *"*teknoloji kullanımı*"*, *"*hasta merkezli bakım*"*, *"*hemşireliğe duyarlı göstergelerin izlenmesi*"* olarak altı kod elde edildi. Katılımcılar, hemşirelikte değer temelli yönetim kavramını, hem hasta bakımında görev alan hemşirelerin hem de hemşire yöneticilerin niteliğinin öneminden bahsettiler, nitelikli hemşirelerin değer yaratacağını vurguladılar. Nitekim, Ergin (2019) çalışmasında değer temelli sağlık hizmeti sunumuna geçilebilmesi için sağlık yöneticilerinin çalışanların niteliğini eğitim yoluyla arttırmaları gerektiğini vurgulamıştır. Bununla birlikte katılımcılar, hemşirelerin memnuniyetinin dikkate alınması ve hemşire odaklı olmanın önemine dikkat çektiler. Seyfioğlu (2019a), maliyeti azaltmak ve değer yaratmak için en önemli faktörün nitelikli insan gücü olduğuna vurgu yaparak, çalışanların kendi niteliklerine uygun birimlerde çalışmalarının değer oluşturduğu belirtilmektedir. Yakusheva ve diğ. (2022a), geleneksel sağlık hizmetleri sistemi içerisinde hemşirelerin işgücü maliyetinin ölçülemediği belirtmektedir. Çalışmasında hemşirelerin sağlık hizmetlerine katkısının karşılığının görünür olmadığı ve bu nedenle verdiği hizmetin karşılığını alamadığı ifade edilmektedir. Kavanagh ve diğ. (2012) çalışmalarında hastanelerde kaliteli sağlık bakım hizmeti için hemşirelerin niteliklerinin yüksek olmasının önemini vurgulamıştır. Çalışmalarda, hemşirelik hizmetlerinin kaliteli ve güvenli verilebilmesinin ortamın kalitesi ve hemşirelerin niteliği ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Dick ve diğ., 2017; Lucas ve diğ., 2023).

Bu çalışmada ayrıca, hemşirelikte değer temelli yönetim için hasta merkezli bakım sağlamanın ve hemşireliğe duyarlı göstergelerin belirlenmesi ve izlenmesinin gerekliliği belirtildi. Şengül ve Bulut (2022), sağlık hizmetlerinde hizmet odaklı yaklaşımdan hasta merkezli yaklaşıma geçilmeye başlandığı ve bu şekilde değer temelli sağlık hizmetlerine geçiş sağlanabileceği belirtilmiştir. Nitel araştırma ile katılımcılara değer formülünde olması gereken unsurlar sorulduğunda (Karaer, 2021); hasta memnuniyeti, komplikasyon gelişme oranı, hastanede iyileşen hasta oranı, güvenli ilaç uygulamaları, hastane kaynaklı gelişen enfeksiyonların oranı, 30 gün içerisinde yeniden yatışı yapılan hastaların oranı, hastane çalışanlarının yeterlilikleri ve yeteneklerinin önemi, hasta ve yakını eğitiminin önemi, sağlık çalışanının hasta ile iletişiminin önemi, malpraktis oranı, aynı işlemin tekrar gerçekleştirilme oranı, 30 gün içinde hastaneye yeniden başvuru oranı ve hastanın hastanede aldığı tedavi ve

bakım sonrası sağlık statüsü gibi unsurların olması gerektiği ifade edilmiştir. Irmak ve Bulut (2022) çalışmalarında kaliteli hemşirelik bakımı sunabilmek için gerekli unsurlardan biri olan hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri, hemşirelik uygulamalarını görünür kılmak için önemli bir yol olarak ifade edilmektedir. Pappas ve diğ. (2015) çalışmalarında sağlık kurumlarında değer temelli yönetim uygulamaları için personel sayısı ve hemşireliğe duyarlı göstergelerin önemsenmesi gerektiği belirtilmektedir. Lisans mezunu hemşirelerin oranında yüzde 10'luk bir artış olduğunda, hasta ölümlerinde ve komplikasyonlarda yüzde 5'lik bir azalma olduğu (Aiken ve diğ., 2003); acil servislerde lisans mezunu hemşirelerin sayısının arttırılmasının hastanelerde 30 günlük yeniden başvuru sayılarının etkilendiği ve iyileştirilmiş sonuçlar ve maliyet göz önüne alındığında hasta başına 400 dolar tasarruf sağlanabileceği (Weiss ve diğ., 2011) ve hastanelerde hemşirelerin eğitim düzeyinin yükselmesi ile konjestif kalp yetmezliği oranlarının düştüğü, mortalite, dekübit ülserleri, postoperatif derin ven trombozu gelişiminin engellendiği ve daha kısa yatış sürelerine olanak sağlandığı belirlenmiştir (Blegen ve diğ., 2013). Bu çalışmada, hemşirelik uygulamalarında teknoloji kullanımının üretilen hizmete değer katacağı ifade edildi. Benzer şekilde, Irmak ve Bulut (2022), hemşirelik hizmetlerinin teknoloji ile uyumlu bir şekilde sunulmasının hemşirelik uygulamalarının verilerinin daha kolay ve hızlı sistematize edilerek verilerin sağlık istatistiklerine ve hasta sonuçlarına yansıtılabileceğini belirtmişlerdir. Çalışmalarda, elektronik sağlık kayıtlarının, hemşireliğin sağlık sonuçlarına katkısını ortaya çıkarmak için gerekli olduğu belirtilerek, teknolojinin hemşirelik verilerinin doğru kullanımı ve analizi açısından değer taşıdığı ifade edilmiştir (Welton ve Harper, 2016; Sensmeier, 2016). Bununla birlikte, Çavmak (2020) ta, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda yaptığı çalışmada değer temelli sağlık hizmetlerine geçiş için nitelikli insan gücünün önemi, hasta merkezli bakımın gerekliliği ve teknoloji kullanımının önemi vurgulamaktadır. Bu çalışma sonuçları ile benzerlik gösteren çalışmasında, Türkiye'nin değer temelli sağlık hizmetlerine geçişi için önerilerde bulunulmaktadır. Kişilerin sağlık hizmetine daha kolay ulaşmasını sağlayan dijital uygulamaların hastalara kolay erişebilirlik sunarken, sağlığın izlenmesi konusunda sağlık çalışanlarını desteklediği ve hastaların çevrimiçi yüksek kaliteli sağlık hizmeti almasını desteklemekle birlikte verilen sağlık hizmetinin değer temelli olmasına olanak sağlandığı (The Global Innovation Hub for Improving Value in Health, 2020) belirtilmektedir. Bu çalışma sonuçları, katılımcıların hemşirelikte değer temelli yönetime ilişkin görüşlerinin ilgili literatür ve önceki çalışma sonuçları ile paralel olduğunu göstermektedir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinde kalite uygulamalarının öncelikli politika olarak benimsenmesi ve yaygınlaşması bu sonuçta etkili olmuş olabilir.

5.1.5. Hemşirelik Hizmetlerinin Değer Katan Uygulamaları

Katılımcıların hemşirelik hizmetlerinin değer katan uygulamalarına ilişkin yanıtlarından "hastaya değer katan uygulamalar'', "hemşireye değer katan uygulamalar'' ve "kuruma değer katan uygulamalar'' olarak üç alt tema elde edildi.

5.1.5.1. Hastaya Değer Katan Uygulamalar

Katılımcıların hemşirelik hizmetlerinin hastaya değer katan uygulamalarına ilişkin yanıtlarından, *"*koruyucu sağlık hizmetleri/hastalıkları önleme*"*, *"*hasta odaklı çalışma*"*, *"*bütüncül hasta bakımı*",* *"*hasta güvenliği sağlama*"*, *"*hasta/sağlıklı birey ve ailesinin eğitimi*"*, "hastanede kalış süresini kısaltma" ve *"*hasta konforu sağlama*"* olarak yedi kod elde edildi. Katılımcılar, koruyucu sağlık hizmetleri/hastalıkların önlenmesinde hemşirelerin önemli rolleri olduğunu, hasta odaklı çalışmanın eksik bir bakımın kalmaması açısından değerli olduğunu, bakımda hastanın merkeze koyularak tüm ihtiyaçlarının karışlanması gerektiğini, bütüncül hasta bakımının hastaya değer kattığını, hasta güvenliğinin önemini ifade ettiler.

Hastanelerde, hemşireler, hekimler ve tüm sağlık profesyonelleri birlikte bütüncül bir yaklaşım ile hasta bakımı sağladıklarında hem kuruma hem de hastalara yarar sağlamış olur (Mark ve diğ., 2016). Şavmak (2021), değer temelli sağlık hizmetinde hastalıkları önleme, erken teşhis etme ve kaliteli bakım sağlamanın amaçlandığını belirtmektedir. Wyat (2020), hasta ve sağlıklı bireylerin ve ailelerinin eğitilmesi gerektiğini ve bu şekilde hastalara değer katılacağını belirtmiştir. Yıldırım ve diğ. (2021), değer temelli sağlık hizmetlerinde Türkiye örneğini sunan çalışmalarında, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile değer temelli sağlık hizmetleri için birtakım çalışmaların yapıldığı, fakat koruyucu sağlık hizmetlerinde istenen düzeyde yol katedilmediği belirtilmektedir. Jarelpane ve diğ. (2023), hemşirelerin, hastalıkları önleme, hasta merkezli olma, hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını da kapsayacak bütüncül bir yaklaşımla hastaya yaklaştıklarını belirterek, bu yaklaşımların içerisinde hasta düşmelerinin önlenmesi, enfeksiyon kontrolünün sağlanması, hasta ve ailesinin eğitimi, ağrı yönetimi gibi birçok unsur bulunduğunu ifade etmektedirler. Bu sonuçlar doğrultusunda, koruyucu sağlık hizmetlerinde özellikle hastalıkları önleme konusunda hemşirelerin katkısının olduğu ve hastaya değer katan hemşirelik uygulamaları içerisinde önemli bir bileşen olduğu görülmektedir.

Katılımcılar ayrıca, hasta/sağlıklı birey ve ailesinin eğitimi, hastaların hastanede kalış sürelerinin hemşirelik bakım kalitesi ile ilişkili olduğunu, iyi bakımın hastaların iyileşme

sürecini hızlandıracağı için hastanede kalış süresini kısaltacağı ve sağlık hizmeti sırasında hastanın konforunu sağlamanın önemli olduğunu belirttiler. Hemşirelerin hastalara, hasta yakınlarına ve topluma eğitim verdikleri eğitimin hemşirelerin ana rollerinden birisidir (Taylan ve diğ., 2012). Hasta eğitimlerinin, hastaların bilgisini arttırdığı ve kronik hastalıklarda öz yönetim geliştirdiği belirlenmiştir (Ernawati ve diğ., 2023). Hasta eğitimlerinin hasta bilgisini arttırarak öz yönetim geliştirdiği, tedavilerine daha iyi uyum sağladıkları ve hemşireler tarafından yapılan hasta eğitimlerinin hastaya değer kattığı ortaya koyulmaktadır (Qi ve diğ., 2021).

Kavanagh ve diğ. (2012), Ulusal Hemşirelik Kalite Göstergelerinin oluşturulması gerektiğini belirterek, hemşireye duyarlı ölçümlerle birlikte komplikasyonlar, maliyetler, hastaların hastanede kalış süreleri ve hastaneye yeniden yatışların azalacağını belirtmektedir. Seyfioğlu (2019a), değer temelli sağlık hizmetinde sonuçların izlenmesinin hastanın iyileşme derecesini, iyi bir bakım ile hastanede kalış süresinin ve iyileşme süresinin kısalması gibi unsurların, değer temelli sağlık için hastaya değer katan uygulamalardan olarak ifade etmektedir. Hemşirelerin hastanın merkeze alınarak kalitesi yüksek sağlık bakım hizmetine odaklanması ve bunu yaparken hasta güvenliğini dikkate alması ile değer temelli hasta bakımına ortam sağlanmış olunacağı belirtilerek değer temelli hasta bakımında hasta ile ilgili tüm sağlık profesyonellerin bütüncül bir yaklaşım ile sürece katılmasının önemli olduğu belirtilmektedir. (Elf ve diğ., 2017). Hemşirelik hizmetlerinin değer temelli olması ile hasta konforunun önemseniyor olması, hemşirelik bakımının etkinliğinin önemli bir çıktısı olarak görülmektedir (Teisberg, 2020). Çalışmaya katılanların ifadelerini doğrular nitelikte olan bütüncül hasta bakımı ile hasta güvenliği ve hasta konforunu sağlama hemşirelik hizmetlerinin hastaya değer katan uygulamalarındandır ve hasta sonuçlarına önemli katkılar sağlayan göstergelerdendir. Çalışmaya katılan hemşire yöneticilerin ve akademisyenlerin görüşlerinden elde edilen bulguların, önceki çalışma sonuçları ve ilgili literatür ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

5.1.5.2. Hemşireye Değer Katan Uygulamalar

Katılımcıların hemşirelik hizmetlerinin hemşireye değer katan uygulamalarına ilişkin yanıtlarından *"*emeğin görünür olması*"*, *"*emeğin maddi karşılığının alınması*"*, "hemşirelerin geliştirilmesi*"* ve *"*görev tanımına uygun çalışılması*"* olarak dört kod elde edildi. Katılımcılar, hemşirelerin hastaya değer katıyorsa ve kattığı bu değeri hasta, hasta yakını, diğer sağlık

profesyonelleri ve topluma ne kadar gösterebiliyorsa mesleğine de o kadar değer katacağını ifade etti. Bazı katılımcılar, verilen hemşirelik hizmetinin maddi karşılığının da bulunması gerektiğini, hemşirelerin eğitimler ile geliştirilmesi gerekliliğini, görev tanımına uygun çalışılmasının sağlanması gerektiğini ifade etti.

Sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenlik hedeflerinin yanında hizmet maliyetlerinin artmasıyla beraber hem kaliteli hem de maliyet etkili bakım sağlama gerekli hale gelmiştir. Yapılan hemşirelik uygulamalarının hesaplanabilir olması ile bakımın değeri hesaplanabilecek ve böylelikle verilen hemşirelik hizmeti görünür hale gelebilecektir (Sönmez, 2015). ICN (2024), 2024 yılı temasında da, sağlıklı insanlar ve sağlıklı ekonomileri yönlendiren bakımın ekonomik gücünün azımsanmayacak bir öneme sahip olduğu, sağlık hizmetlerinin omurgasını oluşturan hemşirelerin ekonomik toplumsal faydalar sağladığını ve bu konunun önemini belirtmiştir (www.ıcn.ch., Erişim Tarihi: 23.04.2024).

Günümüze kadar hemşirelik hizmetinin ekonomik değer olarak görülmediği ve oda fiyatına dahil edildiği görülmektedir. Hasta hizmet paketinin içerisine dahil edilen hemşirelik hizmetlerinin hem nicel hem de ekonomik olarak görünür olması gerekli olduğu belirtilmektedir (Welton ve diğ., 2006; Welton ve Dismuke, 2008; Rutherford, 2012). Welton ve diğ. (2006), hemşirelik bakım maliyetinin, toplam hastane işletme bütçesinin yaklaşık %25'ini ve doğrudan bakım maliyetlerinin %44'ünü oluşturduğunu belirterek, hemşirelik bakımı ödeme oranlarını belirleyen politika yapıcıların mesleği görünmez kıldığını belirtmektedirler. Hemşirelik verilerinin hastanelerde kullanılan bilgi yönetim sistemlerinde daha standardize, ulaşılır ve sistematize edilir bir şekilde kullanılması ve bu hemşirelik verilerinin sonuçlarının analizinin yapılarak değerlendirilebilmesi için hemşirelik terminolojilerine ihtiyaç bulunmaktadır. Hemşirelik mesleğinin görünürlüğünü arttıracak bu yaklaşım ile günümüzde görünürlüğü az olan hemşirelik uygulamalarının kayıtlarının hastane bilgi yönetim sistemlerinde taranabilir ve verilerin analiz edilebilir olması mesleğe değer katacak önemli bir uygulamadır. Hemşirelik verilerinin görülebilir olmasıyla birlikte hastane mali sisteminde de karşılığının olabileceği öngörülmektedir (Korkmaz Arslan ve Emiroğlu, 2012). Bu çalışmaya katılan hemşire yöneticiler ve akademisyenler de hemşirelik hizmetlerinin hemşireye değer katan uygulamalarından olan emeğin görünür olması ve emeğin maddi karşılığının alınması hemşirelik hizmetlerinin hemşireye değer katan uygulamalar olarak ifade etmesi diğer çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Dikmen ve diğ. (2016)'ne göre, hemşirelerin geliştirilmesi ve hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız hareket edebilmeleri görev tanımlarına uygun çalışabilmeleri için

gereklidir. Danacı ve diğ. (2023), lisansüstü eğitime sahip, mesleğine ait bir bilimsel derneğe üyeliği bulunan, kanıta dayalı hemşirelik konusunda bilgi sahibi olan ve mesleği ile ilgili bilimsel çalışmalara dahil olan hemşirelerin profesyonel otonomilerinin daha yüksek olduğunu ve görev tanımlarına uygun çalışabilmeleri için bunun gerekli olduğunu belirtmektedir. Çalışmaya katılan katılımcıların ifadeleri ile benzerlik gösteren bu bulgular, hemşirenin mesleki gelişimi ve bağımsız uygulamaları ile kendisine ve mesleğine değer kattığının altını çizmektedir.

5.1.5.3. Kuruma Değer Katan Uygulamalar

Katılımcıların hemşirelik hizmetlerinin kuruma değer katan uygulamalarına ilişkin yanıtlarından *"*hasta memnuniyetini sağlama*"*, *"*kurumun hemşireler tarafından tercih edilmesi*"*, *"*kurumun hastalar tarafından tercih edilmesi*"* ve *"*hizmet maliyetini azaltma*"* olarak dört kod elde edildi. Katılımcılar, verilen hizmetten hastaların memnun kalması ve tekrarlı sağlık ihtiyaçlarında yine aynı kurumu tercih etmelerini kuruma değer katan uygulamalar olarak ifade etti. Bazı katılımcılar, kurumun hemşireler tarafından tercih edilmesinin ve verilen hizmetin maliyetinin azaltılmasının kuruma değer katacağını ifade etti.

Friedman (2018) çalışmasında, sağlık hizmeti verilen hastanelerde memnuniyeti sağlamak ve değer oluşturmak için hasta odaklı bir yaklaşım sunulmasının önemli olduğunu ifade etmektedir. Kurumların ise bu süreci uygulayabildiklerinde değer yaratmış olacaklarını belirtmektedir. Ergin (2019), değer kavramını kurumlar açısından değerlendirmiş, kurumun daha önce sağlık hizmeti verdiği hastaların aldıkları hizmetten memnun kalarak aynı kurumu tekrar tercih etmelerini sağlamanın kurum açısından değer katan uygulama olduğunu, sağlık kuruluşlarının başarılarının değer oluşturma kapasiteleri ile değerlendirildiğini belirtmektedir. Dick ve diğ. (2017) de, hasta memnuniyeti ile bağlantılı olarak kurumun hastalar tarafından tercih ediliyor olmasının kuruma değer kattığını belirtmişlerdir. Çalışma sonucuyla da benzerlik gösteren tüm bu sonuçlar hasta memnuniyetini sağlama ve kurumun hastalar tarafından tercih edilmesinin hemşirelik hizmetlerinin kuruma değer katan uygulamaları sonucunu doğrulamaktadır.

Diğer yandan, Güler (2021), sağlık kuruluşlarının çalışanlar için sunduğu ücret ve mesai politikaları, kariyer gelişimi veya yükselme fırsatlarının olup olmaması, yöneticilerin tutumları ve kurumun yönetim şekli gibi etkenlerin kurumun çalışanlar tarafından da tercih edilebilirliğinde önemli etkenlerden olduğu, çalışanlar tarafından tercih edilen kurumların işgücü devir oranının düştüğü ve bunun hastaların bakımı, kurumu tekrar tercih etmesi ve

kaliteli sağlık hizmetinin sürekliliği açısından kurumlara önemli faydalar sağladığını belirtmiştir. Çalışma sonucuyla benzerlik gösteren bu sonuçlar, kurumun hemşireler tarafından tercih edilmesinin de hemşirelik hizmetlerinin kuruma değer katan uygulamaları sonucunu doğrulamaktadır.

Kavanagh ve diğ. (2012), hastanelerin hemşireliğe duyarlı değer temelli satın alma uygulamalarına geçiş yapmaları sayesinde, hastaneler için maliyet etkinliği sağladığını belirtmişlerdir. Çalışmada, hemşirelik uygulamalarının önemsendiği hastane ortamlarında hemşirelik hizmetlerinin kaliteli ve verimli olarak verilmesine imkân tanınarak hemşirelik bakım kalitesi artarken kurumun hizmet maliyetini azaltmasına katkı sağlanmış olunacağı da belirtmektedirler. Pappas ve Welton (2015), hasta-hemşire zamanı ile ilgili maliyetlerini bilmeyen sağlık kuruluşlarının, değer temelli ödeme modellerine geçiş ile ilgili değişiklikler nedeniyle giderek daha fazla dezavantajlı duruma düşmelerinin beklendiğini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar hizmet maliyetinin azaltılmasının önemini ve hemşirelik hizmetlerinin kuruma değer katan uygulamaları sonucunu doğrulamaktadır.

5.2. HEMŞİRELİKTE DEĞER TEMELLİ YÖNETİM ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlik ve güvenirlik analizlerine yönelik bulguların tartışması aşağıdaki başlıklar altında sunuldu.

5.2.1. Kapsam (İçerik) Geçerliği

Kapsam geçerliği aşamasında, konunun uzmanları tarafından, ölçeğin tümünün ve ölçekte bulunan her maddenin ölçme aracına uygunluğu ve ölçeğin ölçülmek istenen alanı temsiliyeti değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2018). Kapsam geçerliği için, geliştirilen ölçeğin konusu ile ilgili alanında yeterlilik sahibi en az 3 ve mümkünse 5 veya 5'in üzerinde uzman tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir (Kartal, 2019). Bu doğrultuda, oluşturulan madde havuzu, kapsam geçerliği için 10 uzman tarafından değerlendirildi. Uzman değerlendirmeleri doğrultusunda KGİ hesaplanarak maddelerin KGİ değerleri 0,80-1,00 arasında, toplam ölçek KGİ değeri ise 0,91 hesaplandı. Ölçeklerin kapsam geçerliği için KGİ'nin 0,80 üzerinde olması gerekmektedir (Erdoğan ve diğ., 2015). Taslak ölçekte KGİ değeri<0,80 olan herhangi bir maddeye rastlanmayan ölçeğin kapsam geçerliği sağlandı. Uzmanların önerileri de dikkate alınarak 12 maddenin daha anlaşılır olması için düzenleme yapıldı.

5.2.2. Yüzey Geçerliği

Taslak ölçek uygulanmadan önce soruların zorluğunu, anlaşılırlığını, sırasını vb. belirlemek ve varsa bu sorunların giderilmesi amacıyla örneklem grubuna benzer özelliklere sahip 30 ile 100 arasında bir örneklem grubuna ön uygulama yapılması önerilmektedir (Kishore ve diğ., 2021). Bu nedenle kapsam geçerliği sonrasında taslak ölçeğin yüzey geçerliği için, örneklem grubuyla benzer özelliğe sahip 30 hemşire ile ön uygulama yapılarak ölçekte yer alan maddelerin anlaşılır olup olmadığı test edildi. Yüzey geçerliği sonrasında taslak ölçekte anlaşılmayan herhangi bir maddenin olmadığı belirlendi.

5.2.3. Madde Analizi

Madde analizi, taslak ölçekte yer alan maddelerin madde güvenirliğinin hesaplanması ve ölçek bütünü ile düşük korelasyon gösteren maddelerin ölçekten çıkarılması amacıyla yapılmaktadır (Şahin ve Gülleroğlu, 2013). Bu amaçla, taslak ölçeğe madde analizi yapıldı. Korelasyon değerinin 0,30'dan düşük olması maddenin yetersiz olduğunu, 0,40'tan yüksek olması ise maddenin ayırt edicilik özelliğinin iyi olduğunu göstermektedir (Polit ve Beck, 2012). Analiz sonucunda taslak ölçeğin madde-toplam puan korelasyonu ve madde silindiğinde Cronbach alfa katsayıları incelendi. Analiz sonucunda taslak ölçekte bulunan 42 maddenin madde toplam-puan korelasyon değerleri r=0,496 ile 0,704 arasında bulundu. Taslak ölçekte bulunan 42 maddenin Cronbach alfa katsayısı ise 0,965 olarak belirlendi. Madde çıkarılması ile ölçeğin iç tutarlık güvenirliğinde önemli bir değişiklik olmayacağı görüldü.

5.2.4. Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, ölçeğin hangi kavramları veya özellikleri ölçtüğünü belirlemek için yapılmaktadır (Altunışık, 2010). Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında yapı geçerliği için en sık kullanılan istatistik yöntemlerden biri faktör analizidir. Faktör analizi, ölçeği oluşturan maddeler arasındaki ilişkilerden ortaya çıkan ortak boyutların belirlenmesidir. Ölçek geliştirme çalışmalarında öncelikle AFA yapılmaktadır. AFA, ölçek boyutlarının, tek boyuttan veya çok boyuttan oluşup oluşmadığına dair bilgi vermektedir (Kartal, 2019). Ardından ise önceden belirlenerek, kurgulanmış bir yapının istatistiksel olarak doğrulanması için DFA yapılmaktadır. AFA ile belirlenmiş olan ölçeğin DFA ile doğrulanması yapının geçerliği açısından önemli bir aşama olarak nitelendirilmektedir (Kartal, 2019). Bu doğrultuda, ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek için AFA ve DFA yapıldı. Anti-image korelasyon matrisi değerlendirildi. Matris değeri 0,50'in altında ise maddenin analiz dışı bırakılması önerilmektedir (Durmuş ve

diğ., 2013). Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'ne ait Anti-image matrisine göre 0,50'nin altında bir değer bulunmadı. Bu nedenle, herhangi bir madde analiz dışı bırakılmadı.

5.2.4.1. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA)

Ölçek geliştirilirken maddelerin kendi aralarında ilişkili olması ve buna karşılık az sayıda faktöre yük olması beklenmektedir. Bu nedenle ölçek maddelerinden birbiriyle ilişkili olanları bir araya getirip kavramsal açıdan anlamlı az sayıda yeni faktörün oluşturulması amacıyla AFA kullanılması önerilmektedir (Orçanlı, 2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında örneklemin veri analizi için yeterli büyüklüğe sahip olup olmadığını değerlendirme amacıyla farklı analizler kullanılmaktadır. Araştırmada KMO örneklem yeterlik testi yapıldı. Örneklem uygunluğu ile ilgili diğer bir gösterge de Barlett's testi sonucunun anlamlı olmasıdır. Taslak ölçekte yer alan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu ortaya koymaktadır (Büyüköztürk ve diğ., 2014; Polit ve Beck, 2012). Yapılan analizler sonucunda KMO değeri 0,960 ve Bartlett Küresellik Testi sonucuna göre χ^2 =15727,229 (p<0,00001) olarak bulundu. Bu değerlere göre, değişkenlerin faktör analizine uygun olduğu belirlendi. Ölçeğin yapısını oluşturan 3 faktörün toplam varyansı açıklama oranı % 68,665 bulunarak yüksek düzeyde bir açıklayılık oranına sahip olduğu belirlendi.

Ölçeği taslağında yer alan 42 maddeye faktör analizi uygulandı. Taslak ölçeğe, Temel Bileşenler Analizi kapsamında daha kolay yorumlanabilir olduğundan sıkça kullanılan Varimax dik döndürme yöntemi kullanıldı (Büyüköztürk, 2011). Maddeler üzerinden 2 kez faktör analizi yapıldı. İlk faktör analizi sonucunda faktör ağırlığı eş yükleme ve yeni faktör oluşturan 4 madde taslak ölçekten çıkarıldı. Maddeler çıkarıldıktan sonra, geriye kalan 38 maddelik Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği ifadeleri 3 faktörde incelendi.

AFA'da özdeğer katsayısının 1'in üzerinde olması, faktör yüklerinin <0.30 olması beklenir (DeVellis, 2003; Orçanlı, 2018; Büyüköztürk, 2011). Bu çalışmada her faktör üzerinden elde edilen öz değerlerin 1'in üzerinde olduğu belirlenmiş olup bu değerlerin ölçeğin 3 faktör üzerinden geçerliği sağladığı söylenebilir. AFA sonrasında Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nde yer alan maddelerin madde güvenirliğinin hesaplanması ve ölçek bütünü ile düşük korelasyon gösteren maddelerin ölçekten çıkarılması amacıyla tekrardan madde analizi yapıldı. Analiz sonucunda madde toplam puan korelasyon değeri <0,30 olan madde bulunmadı ve bu nedenle herhangi bir madde çıkarma işlemi gerçekleştirilmedi. Açımlayıcı faktör analizi sonrasında Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nde elde edilen 38

maddeye ilişkin madde toplam-puan korelasyon değerleri r=0,521 ile 0,713 arasında bulundu. Ayrıca ölçek üzerinden elde edilen maddeler için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı ve ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,962 elde edildi. Madde çıkarılması ile ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğinde önemli bir değişiklik olmayacağı görüldü.

5.2.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

AFA ile elde edilen 38 maddeden oluşan ölçeğe DFA yapıldı. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği maddelerinin normal dağılıma uygun olmadığı Henze Zirkler çoklu normallik testi ile belirlendi (p<0,001). Bandalos (2014)'e göre normal dağılmayan veriler üzerinden "Robust Maximum Likelihood" kullanılabilmektedir. Bu nedenle, DFA'da tahmin yöntemi olarak "Robust Maximum Likelihood" tahmin yöntemi kullanılarak regresyon katsayıları hesaplandı. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği standardize katsayı değerleri (0,72-0,93) değerleri arasında yer almakta olup, bütün maddelerin anlamlı olduğu söylenebilir.

Ölçeğin yakınsak geçerliğin sağlanması için Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) ve Yapı Güvenirliği (CR) değerlerinin belirlenmesi ve AVE>0,05, CR>0,70 kriterinin sağlanması önerilmektedir (Hair ve diğ., 2014). "Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer" alt boyutu AVE değeri 0,666, CR değeri 0,977; "Hemşireye Kattığı Değer" alt boyutu AVE değeri 0,726, CR değeri 0,973; "Kuruma Kattığı Değer" alt boyutu AVE değeri 0,637, CR değeri 0,924 olarak belirlendi. AVE değerlerinin 0,05'in üzerinde ve CR değerlerinin 0,70'in üzerinde olduğu saptandı. Bu sonuçlar benzeşme ve ayrışım geçerliğinin sağlandığı gösterdi.

DFA sonucu ulaşılan modelde bulunan faktörlerin uyum indeksleri hesaplandı (Erkorkmaz ve diğ., 2013). Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'ne ilişkin DFA modeli test sonuçlarına göre; DFA'da modelin uyum indeks değerlerinden Chi-square/df (cmin/df) (3,20), CFI (0,99), NNFI (0,99), NFI (0,98), SRMR (0,068), RMSEA (0,066) değerleri iyi uyum ve kabul edilebilir sınırlar içinde yer aldığından dolayı DFA modelinin geçerli olduğu söylenebilir (Şimşek, 2007; Wang ve Wang, 2019). DFA sonrasında ölçekte yer alan maddelerin madde güvenirliğinin hesaplanması ve ölçek bütünü ile düşük korelasyon gösteren maddelerin ölçekten çıkarılması amacıyla tekrar madde analizi yapıldı. Analiz sonucunda ölçeğin madde-toplam puan korelasyonu ve madde silindiğinde Cronbach alfa katsayıları incelendi. Analiz sonucunda madde toplam puan korelasyon değeri <0,30 olan madde bulunmadı ve bu nedenle herhangi bir madde çıkarma işlemi gerçekleştirilmedi. Doğrulayıcı faktör analizi sonrasında ölçekte kalan 38 maddeye ilişkin madde toplam-puan korelasyon

değerleri r=0,520 ile 0,766 arasında bulundu. Ayrıca ölçek üzerinden elde edilen maddeler için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı ve ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,966 elde edildi. Madde çıkarılması ile ölçeğin iç tutarlık güvenirliğinde önemli bir değişiklik olmayacağı görüldü.

5.2.5. Güvenirlik Analizi Bulguları

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin güvenirliğini belirlemek amacıyla, yarıya bölme (split half) analizi, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı, bağımsız gruplarda t testi (%27'lik alt ve üst gruplar), paralel form güvenirlik analizi ve test-tekrar test analizi yapıldı.

5.2.5.1. Yarıya Bölme (Split-Half Yöntemi)

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetimi Ölçeği'nin iç tutarlığını belirlemek amacıyla yarıya bölme (split half) analizi yapıldı. Ölçeğin ilk yarıya (ilk 19 madde) ait Cronbach alfa katsayısı 0,959, ikinci yarıya (son 19 madde) ait Cronbach alfa katsayısı 0,959 olarak bulundu. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin her iki yarısına ilişkin Spearman-Brown güvenirlik katsayısı 0,726 ve Guttman Split-Half güvenirlik katsayısı 0,703 olarak bulundu. Elde edilen güvenirlik katsayılarının 0,700 üzerinde olması, ölçek maddelerinin oldukça iyi bir şekilde güvenilir olduğunu göstermektedir (McDonald, 1999; De Grutijter ve Van der Kamp, 2008).

5.2.5.2. Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayısı

Ölçek güvenirliğini gösteren göstergelerden biri olan Cronbach alfa katsayısı alt boyut ve toplam ölçek için hesaplanarak değerlendirildi. Cronbach alfa katsayısı, $0,0<\alpha<0,39$ olduğunda ölçeğin güvenilir olmadığı, $0,40<\alpha<0,59$ olduğunda düşük güvenilirlikte olduğu, $0,60<\alpha<0,79$ olduğunda oldukça güvenilir olduğu ve $0,80<\alpha<1,00$ olduğunda ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Karagöz, 2014). Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin alt boyut Cronbach alfa katsayıları 0,80'in üzerinde ve ölçek toplamında 0,966 olarak belirlendi. Bu sonuç, ölçeğe verilen yanıtların tutarlığının yüksek olduğunu gösterdi.

5.2.5.3. Alt-Üst %27'lik Grup Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçeklerin iç tutarlıklarının bir göstergesi olarak %27'lik alt ve üst grupların arasında anlamlı bir farklılık olması beklenmektedir (Büyüköztürk, 2011). Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin %27'lik alt ve üst grup çeyrekte yer alan maddelerinin ortalama puanları üzerinden ayırt edicilik analizi bağımsız iki grup testi ile incelendi. Grupların normal dağılma

uygun olmamasından dolayı (p<0,001), gruplar arasındaki karşılaştırmada Mann-Whitney U testi kullanıldı. Analiz sonucunda, Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği ve alt boyutları ortalama puanlarının %27'lik alt (n=251) ve üst (n=251) çeyrek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi.

5.2.5.4. Paralel Form Güvenirliği

Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan ve aynı örneklem üzerinde aynı değişkenin ölçülmesi için iki farklı ölçeğin kullanılarak iki ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olması beklenmektedir (Şencan, 2005). Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin paralel form güvenirliğini belirlemek amacıyla Hemşirelerin Bakım Kalitesi Değerlendirme Ölçeği kullanıldı. Geliştirilen ölçeğin kuruma kattığı değer boyutu ile ile hemşirelerin bakım kalitesi değerlendirmesi puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir korelasyon belirlendi. Diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puanı ile hemşirelerin bakım kalitesi değerlendirmesi arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı korelasyon bulundu (p<0,05). İki ölçek puanları arasında anlamlı korelasyonun saptanması ölçeğin paralel form güvenirliğinin sağlandığını gösterdi.

5.2.5.5. Test-Tekrar Test Analizi

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeğinin ve alt boyutlarının zamana göre değişmezliğini belirlemek amacıyla test-tekrar test analizi yapıldı. Ölçeğin 15 gün ara ile yapılan test-tekrar test sonuçlarına göre; Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği alt boyutlar ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi (p>0,05) (Erbil ve Bakır, 2009; Türkmen ve diğ., 2011). Ölçek puanlarının birinci ve ikinci ölçümler arasındaki sınıf içi korelasyon katsayısının (ICC) orta düzeyde (r=0,349-0,565) olduğu bulundu (Weir, 2005). Test-tekrar test analizi sonuçlarına göre de ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir.

5.3. HEMŞİRELİKTE DEĞER TEMELİ YÖNETİME İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmada, Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalaması ortalamanın üzerinde bulundu. Alt boyutlar kendi arasında değerlendirildiğinde, en

düşük ortalamanın hemşireye kattığı değer alt boyutunda, en yüksek ortalamanın ise hizmet sunulan bireye kattığı değer alt boyutunda olduğu belirlendi. Benzer şekilde, Bayer (2016), hemşirelerin kalite algısını belirlediği çalışmasında, hemşirelerin hasta yararını daha çok önemsediklerini saptamıştır. Jarelpane ve diğ. (2023) hemşirelerin, hastalıkları önleme, hasta merkezli olma, hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını da kapsayacak bütüncül bir yaklaşımla hastaya yaklaştıklarını belirtmektedir. Hemşirelerin sağlık profesyonelleriyle bütüncül bir yaklaşım ile çalışmalarının hastalara yarar sağlayarak değer kattığı belirtilmektedir (Mark ve diğ., 2016). Ayrıca, hasta eğitimlerinin hastanın bilgisini arttırarak öz yönetim geliştirdiği, tedavilerine daha iyi uyum sağladıkları ve hemşireler tarafından yapılan hasta eğitimlerinin hastaya değer kattığı ifade edilmektedir (Qi ve diğ., 2021). Hasta yararını önceliklendirerek, kaliteli hasta bakımını sağlamayı amaç edindiklerinden hizmet sundukları bireye kattıkları değerin daha fazla olduğunu değerlendirmeleri beklenen ve istendik bir sonuçtur. Buna karşın, hemşireler hemşirelik hizmetlerinin hemşireye kattığı değeri daha düşük olarak değerlendirmektedir. Çalışmalarda, Hemşirelik hizmetinin ekonomik değer olarak görülmediği, hemşirelik bakım değerinin hesaplanabilir olmasının mesleğinin görünürlüğü için gerekli olduğu belirtilmektedir (Sönmez, 2015; Welton ve diğ., 2006; Welton ve Dismuke, 2008; Rutherford, 2012; Welton ve diğ., 2006). Bununla birlikte, lisansüstü eğitime sahip, mesleğine ait bir bilimsel derneğe üyeliği bulunan, kanıta dayalı hemşirelik konusunda bilgi sahibi olan ve mesleği ile ilgili bilimsel çalışmalara dahil olan hemşirelerin profesyonel otonomilerinin daha yüksek olduğu ve görev tanımlarına uygun çalışabilmeleri için bunun gerekli olduğunu belirtilmektedir (Dikmen ve diğ., 2016; Danacı ve diğ., 2023). Bu sonuçlar, başta hemşireye kattığı değer olmak üzere hemşirelikte değer temelli yönetim uygulamalarının halen geliştirilmesi gereken alanlarının olduğunu göstermektedir. Nitekim, bu çalışmada, hemşirelerin hemşireye kattığı değer algısı ile kuruma kattığı değer arasında orta (r: 0.660) düzeyde bir ilişki belirlenmiştir. Bu sonucun hemşirelikte değer temelli yönetim uygulamalarının geliştirilmesinde hemşire yöneticilere yol göstereceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu bölümde araştırmanın birinci ve ikinci aşamasında elde edilen sonuçlar sunuldu.

6.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasına Yönelik Sonuçlar

- Katılımcılar ile yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgulardan, "değer kavramı, sağlık hizmetlerinde değer, sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim, hemşirelikte değer temelli yönetim ve hemşirelik hizmetlerinin değer katan sonuçları" olarak 5 ana tema, 3 alt tema ve toplam 36 kod elde edildi.
- Değer kavramı temasını, "bireyin benimsediği ilkeler", "kıymet verilen şey, anlam", "bireye bütüncül bakış" ve "katkı sağlayan nitelik" olarak kodlanan 4 kod oluşturdu.
- Sağlık hizmetlerinde değer temasını, "bireyin sağlığına katkı", "bütüncül sağlık hizmeti", "hasta memnuniyeti", "sağlık kurumlarının tercih edilmesi", "kaliteli sağlık hizmeti", "sağlık çalışanına güven" ve "sağlık çalışanının katkısının fark edilmesi" olmak üzere kodlanan 7 kod oluşturdu.
- Sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim temasını, "olumlu çalışma ortamı", "çalışan memnuniyeti", "maliyet etkili hizmet" ve "takım çalışması" olarak kodlanan 4 kod oluşturdu.
- Hemşirelikte değer temelli yönetim temasını, "nitelikli hemşire ve hemşire yönetici", "hemşire odaklı olma/hemşire memnuniyeti", "hemşirenin katkısının karşılığı", "teknoloji kullanımı", "hasta merkezli bakım" ve "hemşireliğe duyarlı göstergelerin izlenmesi" olarak kodlanan 6 kod oluşturdu.
- Hemşirelik hizmetlerinin değer katan sonuçları teması altında, "hastaya değer katan uygulamalar'', "hemşireye değer katan uygulamalar ve kuruma değer katan uygulamalar'' olarak kodlanan 3 alt tema yer aldı.
- Hastaya değer katan uygulamalar alt teması, "koruyucu sağlık hizmetleri/hastalıkları önleme", "hasta odaklı çalışma", "bütüncül hasta bakımı", "hasta güvenliği sağlama", "hasta/sağlıklı birey ve ailesinin eğitimi", "hastanede kalış süresini kısaltma" ve "hasta konforu sağlama" olarak kodlanan 7 koddan oluştu.
- Hemşireye değer katan uygulamalar alt teması, "emeğin görünür olması", "emeğin maddi karşılığının alınması", "hemşirelerin geliştirilmesi" ve "görev tanımına uygun çalışılması"

olarak kodlanan 4 koddan oluştu.

- Kuruma değer katan uygulamalar alt teması, "hasta memnuniyetini sağlama", "kurumun hemşireler tarafından tercih edilmesi", "kurumun hastalar tarafından tercih edilmesi" ve "hizmet maliyetini azaltma" olarak kodlanan 4 koddan oluştu.

6.1.2. Araştırmanın İkinci Aşamasına Yönelik Sonuçlar

- Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilmesi amacıyla geçerlik-güvenirlik analizleri yapıldı.
- Kırk iki maddeden oluşan Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği Taslağının KGİ değeri 0,91 hesaplanarak kapsam geçerliği sağlandı.
- Hemşirelere ön uygulama yapıldı ve anlaşılmayan maddeye rastlanmadı ve yüzey geçerliği sağlandı.
- Madde analizi için, taslak ölçekte bulunan 42 madde madde toplam-puan korelasyon değerleri r=0,496 ile 0,704 arasında bulundu. Ölçeğin korelasyon değerlerinin yeterli düzeyde olduğu saptandı.
- AFA sonucunda, ölçeğin 38 madde ve 3 alt boyuttan oluştuğu saptandı. Ölçekteki madde faktör yükleri, r=0,521 ile 0,713 arasında bulundu. Ayrıca ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,962 olarak elde edildi.
- DFA'da, "Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer" alt boyutu AVE değeri 0,666, CR değeri 0,977; "Hemşireye Kattığı Değer" alt boyutu AVE değeri 0,726, CR değeri 0,973; "Kuruma Kattığı Değer" alt boyutu AVE değeri 0,637, CR değeri 0,924 olarak belirlendi. AVE değerlerinin 0,05'in üzerinde ve CR değerlerinin 0,70'in üzerinde olduğu saptandı. Bu sonuçlar benzeşme ve ayrışım geçerliğinin sağlandığı gösterdi.
- DFA'da, modelin uyum indeks değerlerinden olan Chi-square/df (cmin/df) 3,20, CFI 0,99, NNFI 0,99, NFI 0,98, SRMR 0,068, RMSEA 0,066 bulunarak iyi uyum ve kabul edilebilir sınırlar içinde olduğu, böylece DFA modelinin geçerli olduğu belirlendi.
- DFA sonrasında, Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nde bulunan maddelerin madde güvenirliğini hesaplamak ve ölçek bütünü ile düşük korelasyon gösteren maddeleri ölçekten çıkarmak için yeniden madde analizi yapıldı. Analiz sonucunda, madde toplam puan korelasyon değeri <0,30 olan hiçbir madde bulunmamaktaydı. Herhangi bir madde çıkarılmadı. DFA sonrasında ise 38 maddeye yönelik olarak madde toplam-puan korelasyon değerleri r=0,520 ile 0,766 arasında bulundu. Ayrıca ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,966 elde edildi. Madde çıkarılması ile ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğinde önemli

bir değişiklik olmayacağı görüldü.

- Ölçeğin alt boyut Cronbach alfa katsayıları ölçek toplamı 0,966, alt boyut değerleri ise 0,886-0,963 arasında bulundu ve ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirildi.
- Ölçeğin ilk yarıya (ilk 19 madde) ait Cronbach alfa katsayısı 0,959, ikinci yarıya (son 19 madde) ait Cronbach alfa katsayısı 0,959 olarak bulundu. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim ölçeğinin her iki yarısına ilişkin Spearman-Brown güvenirlik katsayısı 0,726 ve Guttman Split-Half güvenirlik katsayısı 0,703 olarak bulundu.
- Ölçeğin %27'lik alt ve üst grup çeyrekte yer alan maddelerin ortalama puanları üzerinden ayırt edicilik analizi bağımsız iki grup testi ile incelendi. Ölçek maddelerinin ölçülmesini istenen tutumu ölçmek için ayırt edecek ölçümü yaptığı bulundu.
- Paralel form güvenirliği için benzer ölçekle uygulandığında paralel ölçüm yaptığı bulundu.
- Ölçeğin test-tekrar-test analizi sonuçlarına göre, ölçeğinin ve alt boyutlarının zamana göre değişmezliği için Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin zaman 1 ve zaman 2 arasındaki sınıf içi korelasyon katsayısının (ICC) orta düzeyde olduğu tespit edildi (r=0,349-0,565). Ayrıca iç tutarlılık için Cronbach alfa katsayıları incelendi. Hemşirelik hizmetlerinin "Hizmet Sunulan Bireye Kattığı Değer", "Hemşireye Kattığı Değer" ve "Çalışılan Kurumda Kuruma Kattığı Değer" alt boyutları ve Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin zaman 1 ve zaman 2 için elde edilen Cronbach alfa katsayılarının 0,836-0,958 arasında olmasından dolayı bu değerlerin yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edildi.
- Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, hemşirelik hizmetlerinin hemşireye, hasta/sağlıklı bireye ve kuruma değer katan uygulamaları belirlenerek, Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği geliştirildi.
- Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak değerlendirildi. Geliştirilen Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği, hizmet sunulan bireye kattığı değer 18 madde, hemşireye kattığı değer 13 madde, kuruma kattığı değer 7 madde olarak belirlendi. Ölçek 3 alt boyuttan ve 38 maddeden oluştu. Ölçek, 5'li Likert tipinde 1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Ne Katılmıyorum/Ne katılıyorum, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum olmak üzere beş seçenekli olarak puanlanmaktadır. Ölçek toplamı ve alt boyutlarından elde edilen ortalama puan 5'e yaklaştığında hemşirelikte değer temelli yönetim algısı yüksek düzeyde 1'e yaklaştığında ise hemşirelikte değer temelli yönetim algısı düşük düzeyde olarak değerlendirilmektedir (Ek 7).

6.2. Öneriler

6.2.1. Araştırmanın Birinci Aşamasına Yönelik Öneriler

- Bu çalışma bulguları, hemşirelikte değer temelli yönetime ilişkin ilk çalışma bulguları olarak bundan sonra yapılacak çalışmalara bir temel oluşturmaktadır.
- Değer temelli sağlık hizmetleri ve değer temelli yönetimin daha iyi anlaşılması ve bu konuda çalışmaların yürütülmesi için eğitimler düzenlenebilir.

6.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasına Yönelik Öneriler

- Geliştirilen Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği farklı kurumlarda ve örneklemlerde uygulanabilir, farklı kültürlere uyarlanabilir, ulusal ve uluslararası karşılaştırmaların yapıldığı çalışmalarda kullanılabilir.
- Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği uygulanarak elde edilen bulgular hemşirelik hizmetlerinde değer temelli uygulamaların geliştirilmesinde kullanılabilir. Bu doğrultuda, ölçekten elde edilen bulgular hemşire yöneticilere ve karar vericilere yol gösterecek, hizmetlerin değer temelli bakış açısıyla değerlendirmelerini sağlayacaktır.
- Gelecek çalışmalarda, Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği, hasta memnuniyeti/deneyimi, hemşire memnuniyeti, kalite göstergeleri ile birlikte değerlendirilebilir, hemşirelik hizmetlerinde değer temelli yönetimin hemşire ve hasta sonuçlarına etkisi incelenebilir.
- Hemşirelikte değer temelli yönetimin incelenmemiş boyutları hakkında karma tasarımda ileri araştırmalar yürütülebilir.

7. KAYNAKLAR

Addario, B. J., Fadich, A., Fox, J., Krebs, L., Maskens, D., Oliver, K. and Turnham, T., 2018, Patient value: Perspectives from the advocacy community, *Health expectations,* 21, 57–63.

Ağlamış, M., 2020, Sağlık hizmetlerinde değere dayalı satın alma ve değere dayalı geri ödeme yönetim: Dünya ve Türkiye, *Selçuk sağlık dergisi,* 1, 25-36.

Aiken, L., Clarke, S.P., Cheung, H.B., Sloane, D.M., and Silber, J.H., 2003, Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality, *JAMA,* 290(12), 1617-1623.

Aiken, L., Sloane, D.M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finlayson, M., KanaPak, M., and Aungsuroch., 2011, Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries, *Int Journal oqual health care,* 23(4), 357-364.

Aiken, L.H., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M., Smith, H., Flyn, L., and Neff, D.F., 2011, Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments, *Medical care*; 49:1047–1053.

Aiken, L., Lasater, K.B., Sloane, D.M., Kathleen, E., Rosenbaum, F., Muir, K.J., and McHugh, M.D., 2023, Physician and nurse fell-being and preferred interventions to address burnout in hospital practice factors associated with turnover, outcomes, and patient safety, *JAMA health forum, 4(13), 1-14.*

Akgül, A., 2005, *Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri SPSS uygulamaları,* 2.baskı, Emek Ofset, Ankara, ISBN: 1111120214.

Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., ve Yıldırım, E., 2010, *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri,* Sakarya: Sakarya Yayıncılık, ISBN: 9786057688125.

Amarat, M., 2021, *Değer temelli sağlık hizmetlerine ilişkin paydaş görüşlerinin analizi,* Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi.

Assaroudi, A., Nabavi, F.H., Armat, M.R., Ebadi, A., and Vaismoradi, M., 2018, Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process, *Journal of research in nursing,* 23(1), 42-55.

Bandalos, D. L., 2014, Relative performance of categorical diagonally weighted least squares and robust maximum likelihood estimation, *Structural equation modeling: A multidisciplinary journal,* 21, 102 – 116.

Baumhauer, J.F. and Bozic, K.J., 2016, Value-based healthcare: patient-reported outcomes in clinical decision making, *Clinical Orthopaedics Related Research,* 474, 1375–1378.

Ball, J.E., Murrells, T., Rafferty, A.M., Morrow, E., and Griffiths, P., 2013, Care left undone during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care, *BMJ qual saf*, 23, 116-125.

Baş, V.ve Dilmaç, B., 2015, *Değerler bilançosu,* Çizgi kitabevi yayınları, Konya, ISBN: 978-605-9427-60-9.

Bayer, N., 2016, *Kalite algı ölçeğinin geliştirilmesi ve kalite belgesi alan hastanelerde hemşirelerin kalite algısı,* Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Blegen, M.A., Goode, C., Hye Park, S., Vaughn, T.E., and Spetz, J., 2013, Baccalaureate education in nursing and patient outcomes, *Journal of nursing administration,* 43(2), 89-94.

Block, D. J., 2016, Healthcare sustainability: Managing natural resources in value-based care. *Physician leadership journal*, 3(3), 18-21.

Boateng, G.O., Neilands, T.B., Frongillo, E.A., Melgar-Quinonez, H.R. and Young, S.R., 2018, Best practices for developing and validating scales for health, Social and behavioral Research: A primer*, Frontiers public health,* 6, 149.

Buerhaus, P. I., and Yakusheva, O., 2022, Six part series on value-informed nursing practice, *Nursing outlook,* 70(1), 8–9.

Büyüköztürk, Ş., 2011, *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı,* 17. Baskı, Pegem Akademi, Ankara, ISBN: 978-975-6802-74-8.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, Ş., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş., ve Demirel, F., 2018, Eğitimde *bilimsel araştırma yöntemleri,* 25. Baskı, Ankara: Pegem Yayıncılık, ISBN: 978-9944-919-28-9.

Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. ve Köklü, N., 2014, *Sosyal bilimler için istatistik,* XV. Baskı, Pegem Akademi, Ankara, ISBN: 9789756802335.

Caron, M. A., 2017, Value-based care is here to stay, *Health management technology,* 38(4), 19.

Carpenter, S., 2018, Ten steps in scale development and reporting: A guide for researchers, *Comminication methods and measures,* 12(1), 25-44.

Caspers, BA. and Pickard.,2013, Value-based resource managemet: A model for best value nursing care, *Nursing administration quarterly*, 37(2), 95-104.

Choudhry, N. K., Rosenthal, M. B. and Milstein, A., 2010, Assessing the evidence for value-based insurance design, *Health affairs,* 29(11), 1988-1994.

Cohen, C., Barnes, H., Buerhaus, P., Martsolf, G., Clarke, S., Donelan, K., and Tubbs-Cooley, H., 2021, Top priorities for the next decade of nursing health services research, *Nursing outlook,* 69(3), 265–27.

Çavmak, Ş., 2020, Değer odaklı sağlık hizmetlerinin sunumu: Türkiye sağlık sistemi için öneriler, *International anatolia academic online journal health sciences,* 6(3), 285-301.

Çetinkaya Kutun, F., 2011, *Hastanelerde hemşirelik hizmetleri yönetimi etkinliğinin belirlenmesi,* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Danacı, E., Ağaçdiken Alkan, S., Kavalalı Erdoğan T., Özbudak, E. ve Masat Harbali, S., 2023, Hemşirelerin profesyonel otonomi düzeyleri ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile ilişkili faktörler, *Ege üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi,* 39 (1), 43-54.

De Grutijter, D. N. and Van der Kamp, L. J., 2008, *Statistical test theory for the behavioral sciences,* Chapman&Hall, London, ISBN: 9780429145667.

Değer Çalışmaları II., 2022, *Ankara hacı bayram veli üniversitesi değer çalışmaları uygulama ve araştırma merkezi*, TODAİE Yayınevi, Ankara, ISBN: 978-975-8918-76-8.

DeVellis, R. F., 2003, *Scale development: Theory and applications,* Newbury Park: Sage Publication, ISBN: 0-7619-2604-6.

Dick, T.K., Patrician, A., and Loan, L.A., 2017, The value of nursing care: A concept analysis, N*ursing forum,* 52 (4): 357-365.

Dikmen, Y., Kara Yılmaz, D. ve Yıldırım Usta, Y., 2016, Hemşirelerin otonomi düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, *Uluslararası hemşirelik araştırmaları dergisi,* 8, 72-87.

Donabedian, A., 1980, *Explorations in quality assessment and monitoring,* 1, hhe definitions of quality and approaches to its assessment, Ann Arbor, MI: Health administration press, Michigan. ISBN: 978-0914904489

Donabedian, A., 1988, The quality of care: how can it be assessed?, *Journal of the american medical association,* 260:1743–1748.

Dunton, N., Gajewski, B., Klaus, S., and Pierson, B., 2007, The relatiosnship of nursing workforce charactericstics to patient outcomes, *The online journal of issues in nursing,* 12(3), 1-11.

Durmuş, B., Yurtkoru, S.E. ve Çinko, M., 2013, *Sosyal bilimlerde SPSS'le veri analizi,* 5.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul, ISBN: 9786052422250.

Erbil, N. ve Bakır, A., 2009, Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi, *Uluslararası insan bilimleri dergisi*, 6(1), 290-302.

Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, O., Özdamar, K. ve Sanisoğlu, S.Y., 2013, Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye klinikleri, 3*(1), 210-223.

Elf, M., Flink, M., Nilsson, M., Tistad, M., VonKoch, L. and Ytterberg, C., 2017, Thecase of value-based healthcare for people living with complex long-term conditions, *BMC health services research*, 17, 1–6.

Erdoğan, S., Nahcivan, N., ve Esin, N., 2017, *Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik*, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 3. Baskı, İstanbul, ISBN: 9786053352461.

Ergin, A., 2019, *Hacimden değere: Değer temelli sağlık hizmeti*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü.

Erichsen, A., Bååthe, F., Wikström, E. and Nilsson, K., 2015, Understanding value-based healthcare–an interview study with project team members at a swedish university hospital, *Journal of hospital administration*, 4(4), 64-72.

Ersoy, E., 2018, Sosyolojide değerler ve değer araştırmaları, *Uluslararası sosyal araştırmalar dergis*i, 11, 56.

Ernawati, U., Wilhastuti, T.A., and Utami, Y.W., 2021, Effectiveness of diabetes self-management education (DSME) in type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients: Systematic literature review, *Journal of public health research*, 10, 2240.

ESR, European Society of Radiology., 2017, ESR concept paper on value-based radiology, Insights into imaging, 8(5), 447-454.

Evans, R. H. 1996, An analysis of criterion variable reliability in conjoint analysis, *Perceptual and motor skills*, 82(3), 988-990.

Friedman, J., 2018, 3 ways value-based healthcare is improving patient relationships, *Evariant*, https://www.evariant.com/blog/3-ways-value-basedhealthcare-improves-patient-relationships/ (Ziyaret Tarihi: 1 Aralık 2023).

Friese, C.R., Xia, R., Amir, G., Birkmeyer, J.D., and Benarje, M., 2015, Hospitals in 'magnet' program show better patient outcomes on mortality measures compared to non-'magnet' hospitals, *Health affairs*, 34(6), 986-992.

Fakkert, M., Eenennaam, F. van and Wiersma, V., 2017, Five reasons why value based healthcare is beneficial, *ICU management & practice*, 17(2), 115–117.

Ganguli, I., Thakore, N., Rosenthal, M. B., and Korenstein, D., 2022, Longitudinal content analysis of the characteristics and expected impact of low-value services identified in US choosing wisely recommendations, *JAMA international medicine*, 182(2), 127–13.

Garcia, A.L., and Jenkins, P., 2018, The nursing value model: A structured approach to measuring nursing care, *Nursing informatics*, 261-262.

Garcia, A.L., Harper, E.M., and Welton, J.M., 2019, National clinical research networks: Where is the nurse?, *Nursing economics*, 37(2), 100-102.

Garcia, A., Ivory, C., Swanson, E., Jenkins, P., Caspers, P., Lopez, K., D'agostino, F., Clancy, G., Pruinelli, L., Shirk, H., and Delaney, C., 2024, Operationalizing nursing value, *Nursing economics*, 42(1), 39-50.

Gentry, S. and Badrinath, P., 2017, Defining health in the era of value-based care: Lessons from england of relevance to other health systems, *Cureus*, 9(3), e1079.

Griffiths, P., Jones, S., Maben, J., and Murrells, T., 2008, *State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal*, National nursing research unit, King's College London, https://www.researchgate.net/publication/258021283_Maben_J_and_Grifiths_P_2008_Nurses_in_Society_Starting_the_debate (Ziyaret Tarihi: 19.05.2024).

Gray, M., 2011, *How to get value healthcare*, second edition, offox press, Hawtorne, CA, ABD, ISBN: 978-1-904202-06-6.

Güler. H.N., 2021, Aday çalışanlar açısından özel hastanelerin tercih edilebilirliğinin gri ilişkisel analiz yöntemiyle belirlenmesi, *Journal of business, innovation and govarnance*, 4(2), 149-159.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. and Anderson, R. E., 2014, *Multivariate data analysis: A global perspective*, Upper Saddle River, ISBN: 0135153093.

Han, J.Y. and Roh, Y.S., 2020, Teamwork, psychological safety, and patient safety competency among emergency nurses, *International emergency nursing*, 51,1-5.

Heslop, L. and Lu, S., 2014, Nursing sensitive indicators: A concept analysis, *Journal of advanced nursing*, 70 (11), 2469-2482.

Horton, K., Tschudin, V., and Forget, A., 2007, The value of nursing: a literature review, *Nursing ethics*, 14(6), 716-740.

Hurst, L., Mahtani, K., Pluddemann, A., Lewis, S., Harvey, K., Briggs, A., Boylan, A-M., Bajwa, R., Haire, K., Entwistle, A., Handa, A., and Heneghan, C., 2019, Defining value-based healthcare in the NHS: CEBM report, https://www.cebm.net/2019/04/defining-value-based-healthcare-in-the-nhs/. (Ziyaret Tarihi: 9 Mayıs 2023).

ICN, 2024. https://www.icn.ch/news/international-nurses-day-2024-theme-announced-our-nurses-our-future-economic-power-care (Ziyaret Tarihi: 23.04.2024).

Ibrahim, A., 2023, Nursing leadership role in healthcare transformation – a critical overview, *Saudi journal nursing health care,* 6(9), 310-312.

Jarelpane, A.A., Taha, Z.A., Fadlala, A.A., Segiron, E.I., Osman, A.M., Abdelazeem, E., Balola, H., and Albagawi, B., 2023, The influence of nursing interventions on patient outcomes: a systematic review, *Saudi journal of health syteams research,*1, 1-7.

Jenkins, P., and Welton, C., 2014, Measuring direct nursing cost per patient in the acute care setting, *The journal of nursing administration,* 44(5), 257-262.

Joreskog, K. G., and Sorbom, D., 1996, *LISREL8: User's reference guide,* Moores ville: Scientific Software, ISBN: 0-89498-040-8

Joseph, S., 2017, Transitioning from fee-for-service to value-based health care model, Utica College, *ProQuest Dissertations Publishing,* 10260282.

Irmak, B. ve Bulut, H., 2022, Hemşirelerin hemşirelik bakımına duyarlı kalite göstergeleri hakkındaki görüşleri, *Sağlık akademisi kastamonu,* 7 (2), 286- 299.

İspir, Ö., 2020, *Hemşirelerin güçlendirme algıları ve uygulamalar üzerinde kontrolleri: hemşire ve hasta sonuçları,* Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı.

Jayawardhana, J., Welton, j.M., and Lindrooth, C.R., 2014, Is there a business case for magnet hospitals? Estimates of the cost and revenue implications of becoming a magnet, *Medical care,* 52(2), 400-406.

Kandemir, A., Şantaş, F., ve Uğurluoğlu, Ö., 2013, Sağlık kurumlarında İç çevre analizi, Organizasyon *ve yönetim bilimleri dergisi,* 1-15.

Kaplan, R. S., and Porter, M. E., 2011, How to solve the cost crisis in health care, *Harvard business review,* 1-18.

Karaer, M., 2021, *Değer bazlı ödeme yönetiminin Türkiye sağlık sisteminde uygulanabilirliği üzerine nitel bir araştırma,* Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karagöz, Y., 2014, *SPSS 21.1 Uygulama, Biyoistatistik,* 1. Ed., Nobel Yayınevi, Ankara, ISBN: 6051339795, 9786051339795.

Kartal, M., ve Bardakçı, S., 2019, *Güvenirlik ve geçerlik analizleri,* Akademisyen Kitabevi, Ankara, ISBN: 10, 6052582014.

Karyağdı, N., Atay, Ö., ve Selçuk, M., 2021, *Yeni ekonomide ve ağdaş toplumunda değer temelli yönetim,* Türkiye kalite derneği, KalDer yayınları No: 38, İstanbul, ISBN: 9786254095184.

Kavanagh, K.T., Cimiotti, J.P., Abusalem, S. and Coty, M., 2012, Moving healthcare quality forward with nursing-sensitive value-based purchasing, *Journal of nursing scholarship*, 44(4), 385-395.

Kim, J. Y., Farmer, P., and Porter, M. E., 2013, Redefining global health-care delivery, *Lancet,* 382, 1060-1069.

Kishore, K., Jaswal, V., Kulkarni, V. and De, D., 2021, Practical guidelines to develop and evaluate a questionnaire, *Indian dermatol online journal*, *12*, 266-275.

Kolarczyk, L. M., Arora, H., Manning, M. W., Zvara, D. A., and Isaak, R. S., 2017, Defining value-based care in cardiac and vascular anesthesiology: The past, present, and future of perioperative cardiovascular care, *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*, 32(1), 512-521.

Kopuz, K., ve Akman, E., 2021, Sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim: değer temelli ödeme modelleri, *Sosyal araştırmalar ve yönetim dergisi*, 1, 1-21.

Korkmaz Arslan, G., ve Emiroğlu, O.N., 2012, Hemşirelerin görünürlüğünü arttırmak İçin standardize ve kodlu bir sınıflama sisteminin kullanılması: klinik bakım sınıflama sistemi, *Hacettepe üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik dergisi*, 69-79.

Kuçuradi, I., 1998, *İnsan ve değerleri,* Türkiye felsefe kurumu yayınları, Ankara, ISBN: 9757748199.

Kurtzman, E.T., 2010a, A transparency and accountability framework for high-value inpatient nursing care, *Nursing economics*, 28, 295–306.

Kurtzman, E.T., 2010b, The contribution of nursing to high-value inpatient care, *Policy polit nursing practice*, 11(1), 36-61.

Kutney, L., Stimpfel, A.W., Sloane, D., Cimiotti, J., Quinn, L., and Aiken, L., 2015. Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition, *Medical care*, 53(6), 550-557.

Lafçı, D., Pehlivan, S. ve Demiray, G., 2016, Cerrahi kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri, *Sağlık ve hemşirelik yönetim dergisi*, 3(2), 55-64.

Lincoln, Y. S., and Guba, E. G., 1986, But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation, *New directions for evaluation,* (30), 73-84.

Lindrooth, R., Yakusheva, O., Fairman, J., Weiner, J., Naylor, M., and Pauly, M., 2015, *Increasing the value of health care: The role of nurses*, Leonard Davis Institute for Health Economics, Robert Wood Johnson Foundation INQRI Evidence Brief, (Ziyaret tarihi: 20.05.2024).

Lowe, G., 2018, Value-based healthcare, *The journal for nurse practitoners*, 14(3), 210.

Lucas, P., Jesus, E., Almeida, S., and Araujo, B., 2023, Relationship of the nursing practice environment with the quality of care and patients' safety in primary health care, *BMC nursin*g, 22, 413.

Maben, J., and Griffiths, P., 2008, *Nurses in society: starting the debate*, National nursing research unit, King's college London, https://www.researchgate.net/publication/258021283_Maben_J_and_Grifiths_P_2008_Nurses_in_Society_Starting_the_debate (Ziyaret tarihi: 19.05.2024).

Mac Lean, C., 2017, Value-based purchasing for osteoarthritis and total knee arthroplasty: What role forpatient-reported outcomes? *Journal of the american academy of orthopaedic surgeons*, 25(1), 55-59.

MacDonald, P., and Paunonen, S. V., 2002, A Monte Carlo comparison of item and person statistics based on item response theory versus classical test theory, *Educational and psychological measurement*, 62(6), s. 921-943.

Mark, T. L., Yee, T., Levit, K. R., Camacho-Cook, J., Cutler, E., and Carroll, C. D., 2016, Insurance financing increase for mental health conditions but not for substance use disorders, 1986–2014, *Health affairs*, 35, 958-965.

McHugh, M.D., Rochman, M.F., Sloane, D.M., BerG, R.A., Mancini, M.A., Nadkarni, V.M., Merchant, R.M., and Aikken, L.H., 2016, Better nurse staffing and nurse work environments associated with increased survival of inhospital cardiac arrest patients, *Medical care*, 54:74–80.

Merriam, S. B., and Tisdell, E. J., 2015, *Qualitative research: A guide to design and implementation*, Fourth Edition, San Fransisco, CA: Jossey Bass, ISBN: 978-1-119-00361-8.

Montalvo, I., 2007, The national database of nursing quality indicators (NDNQI), *The online journal of issues in nursing*, 12(3), 11-23.

Morrow, S. L., 2005), Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling, Psychology, *journal of counseling psychology*, 52(2), 250-260.

Moon, L.A., Clancy, G., Welton, J., and Harper., E., 2019, Nursing value user stories, *Computers informatics nursing*, 37(3), 161-170.

Nickitas, D.M., and Frederickson, K., 2015, Nursing knowledge and theory: where is the economic value?, *Nursing economics,* 33(4), 190-191.

Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A. E., Wikström, E., and Sandoff, M., 2017, Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital–a longitudinal interview study, *BMC health services research*, 17(1), 169.

Norton, C., Baillie, L., Tod, A., Deaton, C., Lowes, L., Carrick-Sen, D., and Robb E., 2015, Measuring the impact of nurses and nursing: the core values, *The british journal of nursing,* 24(1), 58.

Orçan, F., 2018, Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi: ilk hangisi kullanılmalı, Eğitimde *ve psikolojide ölçme ve değerlendirme dergis*i, 9(4), 413-421.

Özden, S. A., Tekindal, M., Gedik, T. E., Ferman, E. R. İ. M., Ahmet, E. G. E., ve Tekindal, M. A., 2022, Nitel araştırmaların rapor edilmesi: COREQ kontrol listesinin türkçe uyarlaması, *Avrupa bilim ve teknoloji dergisi,* (35), 522-529.

Özsarı, H., 2018, Değer temelli yönetim anlayışının sağlık yönetimindeki yeri, *Sağlıkta kalite ve akreditasyon dergisi*, 6, 9.

Pappas, S.H., 2013, Value, a nursing outcome, *Nursing administration quarterly*, 37 (2), 122-128.

Pappas, S. and Welton. J.M., 2015, Nursing: essential to healthcare value, *Nurse-leader,* 13(3), 26-38.

Porter, M.E. and Teisberg, E.O. 2006, *Redefining health care: Creating value-based competition on results,* Harvard Business School Press, ISBN: 10-1-59139-778-2.

Porter, M.E., 2008, Value-based health care delivery, *Annals of surgery*, 248(4), 503-509

Putera, I., 2017, Redefining health: Implication for Value-Based healthcare reform, *Cureus, 9,* 3.

Porter, M.E., 2010, What is value in healthcare? *The new england journal of medicine,* 363, 2477-2481.

Porter, M.E., Larsson, S. and Lee, T.H., 2016, Standardizing patient outcomes measurement, N*ew england journal of medicine,* 374 (6), 04-506.

Polit, F.D. and Beck, T.C., 2010, *Essentials of nursing research appraising evidence for nursing practice,* Wolters Kluwer Health-Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, ISBN: 1609130049, 9781609130046.

Polit, F. D. and Beck, C. T., 2012, *Nursing research principles and method*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, ISBN: 13. 978-0781715638.

Qi, X., Xu, J., Chen, G., Liu, H., Liu, J. and Wang J., 2021, Self-management behavior and fasting plasma glucose control in patients with type 2 diabetes mellitus over 60 years old: multiple effects of social support on quality of life, *Health qual life outcomes*, 19(1), 254.

Rogowski, R.A., Staiger, D., Patrick, T., Horbar, J., Kenny, M., and Lake, E.T., 2013, Nurse staffing and NICU infection rates, *JAMA pediatrics*, 167(5), 444-450.

Rutherford, M. M., 2012, Nursing is the room rate, *Nursing economics*, 30, 193–206.

Salas, E. and Rosen, M. A., 2013, Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training, *BMJ quality and safety*, 22(5), 369-373.

Salvatore, F.P, Fanelli, S, Donelli, C.C and Milone M., 2020, Value-based health-care principles in health-care organizations, *International journal of organizational analysis emerald publishing limited*, 1934-883.

Sassen, B., 2023, *Nursing and value-based healthcare. in: Improving person-centered innovation of nursing care*, Springer, Cham, ISBN: 978-3-031-35047-4.

Scott, R. D., Solomon, S. L., and McGowan, J. E., 2001, Applying economic principles to health care, *Emerging infectious diseases*, 7, 282–285.

Shenton, A. K., 2004, Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects, *Education for information*, 22(2), 63-75.

Seggie, F.N. ve Bayyurt, Y., 2017, *Nitel araştırma*, 2. Baskı, Anı Yayıncılık, ISBN: 9786051705002.

Sensmeier, J., Androwich, I.M., Baernholdt, M, Carrol, W.M., Fields, W., Fong, V., Murphy, C., Omery, A., and Rajwany, N., 2019, Demonstrating the value of nursing care through use of a unique nurse identifier, *Online journal nursing inform*, 23(2). https://www.himss.org/resources-demonstrating-value-nursing-care-through-use-unique-nurse-identifier (Ziyaret tarihi: 19.05.2024).

Seyfioğlu, E.F., 2019a, *Değer temelli sağlık hizmetleri pazarlamasına stratejik yaklaşımlar: Bir model önerisi*, Doktora Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Seyfioğlu, E.F., 2019b, Değer Temelli sağlık hizmetleri modeli, *Hacettepe sağlık idaresi dergisi*, 22(4), 799-822

Seyfioğlu, E.F. ve Başdaş N.Ü., 2021, Değer temelli sağlık hizmetlerinde bir değer bileşeni olan hasta sonuçlarının ölçümü ve önemi, *Hacettepe sağlık idaresi dergisi,* 24(2), 399-414

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H and Muller, H., 2003, Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures, *Methods of psychological research*, 8(2), 23-74.

Sim, J., Crookes, P., Walsh, K. and Halcomb, E., 2018, Measuring the outcomes of nursing practice: A delphi study, *Journal of clinical nursing,* 27(1-2), 368–378.

Steinmann, G., Van De Bovenkamp, H., De Bont A. and Delnoij, D., 2020, Redefining value: a discourse analysis on value-based health care, BMC *health services research*, 20(862), 2-13.

Stevens, K., 2013, The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas, *The online journal of issues in nursing,* 18(2).

Schumacker, R. E., and Lomax, R. G., 2004, *A beginner's guide to structural equation modeling*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, ISBN: 9781410610904.

Schmutz J. B., Meier L.L. and Manser T., 2019, How effective is teamwork really? the relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis, *BMJ Open,* 1-16.

Sönmez, B., 2015, Hemşireliğin ekonomik değeri, *Sağlıkla hemşirelik dergisi,* 29.

Streiner D.L. and Kottner J., 2014, Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing, Journal of advanced nursing, 70(9), 1970–1979.

Şahin, D. B., ve Gülleroğlu, H. D., 2013, Likert tipi ölçeklerde madde seçmede kullanılan farklı madde analizi teknikleri ile oluşturulan ölçeklerin psikometrik özelliklerinin incelenmesi, *Asya öğretim dergisi, 1*(2), 18-28.

Şencan H., 2005, *Sosyal ve Davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik,* Seçkin yayıncılık, Ankara, ISBN: 9789753478847.

Şimşek Ö.F., 2007, *Yapısal eşitlik modellemesine giriş, temel İlkeler ve lisrel uygulamaları,* Ekinoks, Ankara, ISBN: 9789944495073.

Tavşancıl, E., 2018, *Ölçme ile ilgili temel kavramlar, Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi,* 6. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, ISBN: 978-605-133-740-1.

Taylan, S., Alan, S. ve Kadıoğlu, S., 2012, Hemşirelik rolleri ve özerklik, *Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi*, 2, 66-74.

Teisberg, E., Wallace, S., and O'hara, S., 2020, Defining and implementing value-based health care: A strategic framework, *Academic medicine,* 95 (5), 682-685.

The Economist Intelligent Unit, 2016, Value-*based healthcare: A global assessment. findings and methodology* https://perspectives.eiu.com/sites/default/files/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology_1.pdf (Ziyaret tarihi: 22.03.2024).

The Essentials: Core competencies for professional nursing education, 2021, American association of colleges of nursing, https://www.aacnnursing.org/About-AACN/AACN-Governance/Committees-and-Task-Forces/Essentials (Ziyaret tarihi: 21.05.2024).

The Global Innovation Hub for Improving Value in Health, 2020, *Value-based health care in the age of covid-19 lessons from health system innovations responding to the pandemic in 12 countries*, Riyadh, https://g20hub.org/. (Ziyaret tarihi: 15.03.2024).

Thomas, E. J., 2011, Improving teamwork in healthcare: current approaches and the path forward, *BMJ qualityand safety*, 20(8), 647-650.

Tsevat, J. and Moriates, C., 2018, Value-based health care meets cost-effectiveness analysis, *Annals internal medicine*, 169 (5), 329-332.

Tong, A., Sainsbury, P., and Craig, J., 2007, Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups, *International journal for quality in health care*, 19(6), 349–357.

Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş. ve Altuntaş, S., 2011, Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geliştirilmesi, *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi,* 14(4), 38-46

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration., 2014, *The future of the nursing workforce: National- and state-level projections, 2012–202*5 https://www.njccn.org/wp-content/uploads/2015/07/The-Future-of-the-Nursing-Workforce-Nationa-and-State-Level-Projections-2012-2025.pdf (Ziyaret tarihi: 05.05.2024).

Wang, J. and Wang, X., 2019, *Structural equation modeling: Applications using mplus*, John Wiley & Sons, e-book, ISBN: 978-1-119-42272-3.

Weir, J. and P., 2005, Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM, *Journal of strength conditioning research, 19* (1), 231-240.

Weiss, M.E., Yakusheva, O., and Bobay, K.L., 2011, Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization, *Health services research*, 46(5), 1473-1494.

Welton, J. M., Fischer, M. H., DeGrace, S., and ZoneSmith, L., 2006, Hospital nursing costs, billing, and reimbursement, *Nursing economics*, 24, 239–262.

Welton, J. M., and Dismuke, C. E., 2008, Testing an inpatient nursing intensity billing model, *Policy, politics, & nursing practice*, 9, 103–111.

Welton, J. M., and Harper, E. M., 2015, Nursing care valuebased financial models, *Nursing economics*, 33, 14–25.

Welton, J, M. and Harper, E.M., 2016, Measuring nursing care value, *Nursing economics*, 34(1).

Welton, J.M, Jenkins, P. and Perraillon, M.C., 2018, Measuring nursing care value, big data, and the challenges of estimating causal effects, *Nursing economics*, 36 (1), 46-51.

Wolf A., Ericshen A., Wilkström E. and Baathe F., 2024. Untangling the perception of value in value-based healthcare – an interview study, *Leadership in health services*, 37 (5), 130-141.

Wyatt, D.A., 2013, The future of nursing: understanding who nurses are, *AORN journal*, 98(3): 267-272.

Wyatt, D., 2020, Our shared purpose: communicating the value of nursing, *AORN journal*, 111(5), 477-478.

Vagias, W. M., 2006, *Likert-type scale response anchors*, Clemson International Institute for Tourism & Research Development, Department of Parks, Recreation and Tourism Management, Clemson University.

Von, K., M., Griffiths, P., Ball, J., Runesdotter, S. and Lindqvist, R., 2019, Patient experience of communication consistency amongst staff is related to nurse–physician teamwork in hospitals, *Nursing open*, 7, 613–617.

Yakusheva, O., Rambur, O., and Buerhaus, B., 2021, The ethical foundations of value-informed nursing practice, *Nursing outlook*, 69(4), 539-541.

Yakusheva, O., Lindrooth., R., and Weiss, M., 2014, Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: a patient-level analysis, *Medical care*, 52(10), 864-869.

Yakusheva, 0., Rambur, B., O'Reily-Jacob, M., and Buerhaus P.I., 2022a, Value-based payment promotes better patient care, incentivizes health care delivery organizatons yo improve outcomes and lower costs, and can empower nurses, *Nursing outlook*, 70(3), *215-218.*

Yakusheva, O., Rambur, B., and Buerhaus, P.I., 2022b, Value-informed nursing practice: What is it and how to make it a reality, *Nursing outlook*, 70(2), 211-214.

Yakusheva, O., Rambur, B., and Buerhaus, P.I., 2022c, Part 6. Education for value-informed nursing practice, *Nursing outlook*, 70(6), 789-793.

Yakusheva, O., Rambur, B., Buerhaus, and P.I.,2020, Value-informed nursing practice can help reset the hospital-nurse relationship, *JAMA health forum,* 1(8), e200931.

Yakusheva, O., Czerwinski, M., and Buerhaus, P., 2022d, Value-informed nursing practice is needed to make our healthcare systems more environmentally sustainable, *Nursing outlook,* 70(3).

Yakusheva, O., Costa, D.K., and Weiss, M., 2016, Patients negatively impacted by discontinuity of nursing care during acute hospitalization, *Medical care,* 55:421–427.

Yakusheva, O., Lindrooth, R., and Weiss, M., 2014, Nurse value-added and patient outcomes in acute care, *Health service research,* 49:1767–1786.

Yakusheva, O., and Weiss, M., Rankings matter: nurse graduates from higherranked institutions have higher productivity, *BMC health service research*, 17:134.

Yakusheva, O., Weiss, M.E., Bobay, K.L., Costa, L., Hughes, R.G., Hamilton, M., Bang, J., and Buerhaus, B.I., 2019, Individual nurse productivity in preparing patients for discharge is associated with patient likelihood of 30-day return to hospital, *Medical care*, 57(9), 688-694.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H., 2008, *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*, 7.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, ISBN: 9789750269820.

Yıldırım, H.H., Arı, H.O., ve Uslu, M.K.B., 2021, Değer temelli sağlık hizmeti: Türkiye örneği, *Türkiye sağlık enstitüleri başkanlığı dergisi,* 33-48.

www.sozluk.gov.tr (Ziyaret Tarihi: 20.04.2024)

EKLER

EK 1.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI – 1. AŞAMA

Davet Mektubu

Sayın .....

Sizi, hemşire yöneticilerin ve akademisyenlerin hemşirelikte değer temelli yönetim uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ve Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilmesi amacıyla yürütttüğüm doktora tez çalışmamın 1. aşaması olan bireysel derinlemesine görüşmeye katılmaya davet ediyorum.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar, yöneticiler ve karar alıcıların uygulamalarını yönlendirmelerine katkı sağlayacağı öngörülmekte olup, bireysel derinlemesine görüşme sırasında ses kaydı alınacaktır. Görüşmenin 1-1,5 saat sürmesi planlanmaktadır. Görüşme yeri ve saati için sizlerle yeniden iletişim kurulacaktır.

Davetimizi kabul ederek, görüşmeye katılmanız ve araştırmama değerli görüşlerinizle katkı vermeniz beni memnun edecektir. Katılıp katılmayacağınıza ilişkin bizleri bilgilendirirseniz seviniriz.

Şimdiden katkı ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Betül Sönmez danışmanlığında, Ece Uysal Kasap tarafından gerçekleştirilecek olan "Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin Geliştirilmesi" başlıklı doktora tez çalışmasının 1. aşaması olan bireysel derinlemesine görüşmeye katılmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, hemşire yöneticilerin ve akademisyenlerin hemşirelikte değer temelli yönetim uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ve Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilmesidir. Araştırmanın genelinden elde edilen sonuçlar, yöneticiler ve karar alıcıların uygulamalarını yönlendirmelerine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Hemşire yöneticiler (üst, orta ve alt düzey) ve akademisyenlerin katılımcı olarak yer alacağı çalışmamıza tahminen 25 kişi katılacaktır. Görüşmenin 1-1.5 saat sürmesi planlanmaktadır. Görüşmeler esnasında ses kaydı alınacak ve not tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Alınan ses kayıtları araştırmanın amacı dışında kullanılmayacak, üçüncü kişilerle paylaşılmayacak ve araştırmacılar tarafından güvenliği bir şekilde saklanacaktır. Alıntılarda kurum veya kişiyi işaret eden tanımlamalara yer verilmeyecektir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

e-posta adresi ve _____ numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri:

e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; □ kabul ediyorum □ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının Adı-Soyadı:

İmzası:

EK 2.

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME REHBERİ

Katılımcı No/ Rumuz.....

Görüşme tarih ve saati (Başlangıç-Bitiş):

Hoş geldiniz.

Öncelikle araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formunu okudunuz ve imzaladınız. Sizden ses kayıt cihazı kullanabilmek için izin istiyorum.

Yanıt:.....

Kayıtlar, belirtilen amaç dışında hiçbir şekilde kullanılmayacaktır, bu konuda güvence veriyorum. Araştırma raporunda da isimleriniz kesinlikle yer almayacaktır.

Başlamadan önce, araştırma prosedürüne ilişkin herhangi bir sorunuz var mı?

Yanıt:.....

Şimdi görüşme sırasında adı geçecek olan kavramları açıklamak istiyorum ve bu konuda anlaşılmayan yer varsa lütfen geri bildirimde bulunun.

Sağlık hizmetlerinde değer, bakım maliyetlerine göre elde edilen hasta sağlığı sonuçları olarak tanımlanmaktadır. Değer temelli sağlık hizmetleri ise kalite ve memnuniyetin de bakıma dahil edilerek, kişi başına düşen sağlık bakım maliyetini düşüren, hasta bakım deneyimini ve nüfus sağlığını iyileştiren bir sistem oluşturmayı amaçlamaktadır. Bu çalışmada, hemşire yöneticilerin ve akademisyenlerin hemşirelik hizmetlerinde değer temelli yönetim uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ve Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Soruları açıklık ve içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın güvenirliği açısından önem arz emektedir. Çalışmaya ayırdığınız zaman ve vermiş olduğunuz katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Görüşme Soruları:

1. Sağlık hizmetlerinde değer kavramı sizin için ne ifade ediyor?
2. Hemşirelik hizmetlerinde değer kavramı sizin için ne ifade ediyor?

3. Sizce hemşirelik hizmetlerinin hastaya, kuruma ve mesleğe değer katan uygulamaları nelerdir?
4. Sizce hemşirelik hizmetlerinin hastaya, kuruma ve mesleğe değer katan uygulamaları nasıl değerlendirilebilir/ölçülebilir?
5. Görüşmede belirtmek istediğiniz ilave görüşleriniz nelerdir?

EK 3. TANITICI BİLGİ FORMU (1. AŞAMA)

1. **Yaşınız:** .....
2. **Eğitim Durumunuz :** ( ) SML ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( ) Diğer.....
3. **Çalıştığınız Kurum:** .....
4. **Ünvanınız:**
5. **Göreviniz:**
6. **Çalıştığınız Birim:** .....
7. **Meslekte Toplam Çalışma Süreniz:**.....yıl
8. **Kurumda Toplam Çalışma Süreniz:**.....yıl
9. **Çalışılan Pozisyonda Toplam Çalışma Süresi:** .....yıl

EK 4.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI – 2. AŞAMA

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Betül Sönmez danışmanlığında, Ece Uysal Kasap tarafından gerçekleştirilecek olan **"Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin Geliştirilmesi"** başlıklı doktora tez çalışmasına katılmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın **amacı,** hemşire yöneticilerin ve akademisyenlerin hemşirelik hizmetlerinde değer temelli yönetim uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ve Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilmesidir. Araştırmanın genelinden elde edilen sonuçlar, yöneticiler ve karar alıcıların uygulamalarını yönlendirmelerine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [redacted] e-posta adresi ve [redacted] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri:

e-posta:

EK 5.

HEMŞİRELERİN BAKIM KALİTESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak, biriminizde hastalara sunulan hemşirelik bakımının kalitesini nasıl tanımlarsınız?
   *Mükemmel *İyi *Orta *Zayıf
2. Son çalıştığınız vardiyada sunulan hemşirelik bakım kalitesini nasıl tanımlarsınız?

   *Mükemmel *İyi *Orta *Zayıf
3. Genel olarak, son bir yıl içinde, hastanenizde sunulan hasta bakımının kalitesini nasıl değerlendirirsiniz:

   *Gelişti *Aynı kaldı *Kötüleşti
4. Hastalarımızın hastaneden taburcu olduktan sonra kendi bakımlarını yapabileceğinden ne kadar eminsiniz?

   *Çok Eminim *Eminim *Kısmen Eminim *Hiç Emin Değilim

EK 6.

Sayın katılımcı,

Bu araştırma, Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği'nin geliştirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Veri toplama amacı ile size verilen anket formundaki her bir soruyu, araştırmanın güvenilir olması için içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanız gerekmekte olup ilgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Uzm. Hem. Ece UYSAL KASAP
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Doktora Öğrencisi

TANITICI BİLGİ FORMU

1.Yaşınız: .....

2. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Hemşirelikte Eğitim Durumunuz : ( ) SML ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü

4.Çalıştığınız Kurum: .....

5. Göreviniz: .....

6. Çalıştığınız Birim: ( ) Servis ( ) Yoğun Bakım ( ) Acil ( ) Ameliyathane ( ) İdari Birimler ( ) Poliklinik ( ) Diğer: (Belirtiniz).....

7. Meslekte Toplam Çalışma Süreniz:.....yıl

8. Kurumda Toplam Çalışma Süreniz:.....yıl

9. Çalışılan Birimde Toplam Çalışma Süresi: .....yıl

Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği - Taslağı		**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Ne Katılmıyorum Ne Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
		1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Hemşireler insana değer verir.					
2	Hemşireler insan odaklı hizmeti benimser.					
3	Bakımda bireylerin değerleri (bireysel, ailevi, sosyal) dikkate alınır.					
4	Bireylerin kendi sağlık bakımı hakkındaki fikirleri ve kararları önemsenir.					
5	Bireyler, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılması için güçlendirilir.					
6	Bireyin ailesinin bakıma katılması desteklenir.					
7	Birey ve ailesi sağlık durumu ve/veya hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olur.					
8	Birey sağlığı geliştirme davranışı kazanır.					
9	Bireyin güvenli hizmet alması sağlanır.					
10	Bireylerin sağlık hizmetinden kaynaklanan komplikasyonla karşılaşma olasılığı çok düşüktür.					
11	Hemşireler bakımını üstlendiği bireyin sağlığındaki gelişmeyi gözlemler.					
12	Hemşireler bakım verdiği bireylerin kendi bakımını sürdürebileceğinden emin olarak taburcu olmasını sağlar.					
13	Taburcu olan bireyler sağlık düzeyini daha yüksek olarak değerlendirir.					
14	Hemşireler bireyin sağlık bakım hizmeti ile ilgili gereksinimleri doğrultusunda disiplinler arası işbirliği yapar.					
15	Hemşireler bireyin mümkün olan en kısa sürede günlük yaşamına devam etmesi için çalışır.					
16	Bireylerin sosyal yaşama uyumu desteklenir.					
17	Bireylerin konforu en yüksek düzeyde sağlanır.					
18	Hastalar ve aileleri kendi sağlıklarına hemşirelerin katkısının farkındadır.					
19	Bireyler ihtiyacı olan sağlık bakım hizmetini eksiksiz alır.					

	Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği - Taslağı	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Ne Katılmıyorum Ne Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
		1	**2**	**3**	**4**	**5**
20	Çalışan odaklı bir yönetim anlayışı benimsenir.					
21	Mesleki etik ilke ve değerler önemsenir.					
22	Çalışma ortamında hemşirenin değerleri (bireysel, ailevi, sosyal) önemsenir.					
23	Sağlık ekibi içinde hemşirelerin fikirleri ve kararları önemsenir.					
24	Hemşireler sağlık ekibinin değerli bir üyesi olduklarını hissederler.					
25	Hemşirelik bakımının bireyin sağlığına katkısı diğer sağlık profesyonelleri tarafından bilinir.					
26	Hemşirelere uzmanlık alanları veya sertifikalarına uygun görevler verilir.					
27	Hemşirelik hizmetlerine verilen değer hemşireler tarafından bilinir.					
28	Hemşirelerin sağlığının geliştirilmesi önemsenir.					
29	Hemşireler insana yakışır çalışma ve dinlenme sürelerine sahiptir.					
30	Hemşirelerin iş, aile ve sosyal yaşam dengesi önemsenir.					
31	Hemşirelere değer katan eğitim, gelişim ve araştırma faaliyetleri desteklenir.					
32	Hemşirelerin, katma değer sağlayan yenilikçi uygulamaları desteklenir.					
33	Hemşireler verdiği katkının (maddi ve manevi) karşılığını alır.					
34	Bireyler aldıkları hemşirelik bakımından memnundur.					
35	Bireyler bu kurumda çalışan hemşirelere güvenir.					
36	Hemşireler bu kurumda çalışmaktan memnundur.					
37	Hemşire devir hızı (ayrılma oranı) düşüktür.					
38	Sunulan hemşirelik bakım hizmeti, bireylerin bu kurumu tercih etmesinde önemli bir unsurdur.					
39	Sunulan hemşirelik bakım sonuçları izlenerek geliştirilir.					
40	Sunulan hemşirelik hizmetleri kuruma ekonomik katkı sağlar.					
41	Hemşireler kurumsal kaynakları etkin ve verimli kullanır.					
42	Hemşirelik hizmetleri güncel teknoloji ve uygulamalar ile entegre yürütülür.					

EK 7.

Görüşlerine Başvurulan Uzmanlar

1- Prof. Dr. Nefise Bahçecik (Hemşirelikte Yönetim)
2- Prof. Dr. Emine Türkmen (Hemşirelikte Yönetim)
3- Dr. Öğr. Üyesi Cennet Ciriş Yıldız (Hemşirelikte Yönetim)
4- Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Amarat (Sağlık Yönetimi)
5- Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Işık (Sağlık Yönetimi)
6- Dr. Emel Gümüş (Hemşirelikte Yönetim)
7- Uzm. Hem. Berra Yılmaz Kuşaklı- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
8- Uzm. Hem. Demet Yurtsever- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
9- Dr. Öğr. Üyesi Öznur İspir (Hemşirelikte Yönetim)
10- Uzm. Hem. Sevgi Duran- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

EK 8. Anti-İmage Matrisi

Anti-İmage Korelasyon Matrisi

		Soru_1	Soru_2	Soru_3	Soru_4	Soru_5	Soru_6	Soru_7	Soru_8	Soru_9	Soru_10	Soru_11	Soru_12	Soru_13	Soru_14	Soru_15	Soru_16	Soru_17	Soru_18	Soru_19	Soru_20	Soru_21	Soru_22	Soru_23	Soru_24	Soru_25	Soru_26	Soru_27	Soru_28	Soru_29	Soru_30	Soru_31	Soru_32	Soru_33	Soru_34	Soru_35	Soru_36	Soru_37	Soru_38	Soru_39	Soru_40	Soru_41	Soru_42
Anti-image Correlation	Soru_1	.848	-,568	,031	-,223	,132	-,119	-,067	,110	-,143	-,048	,120	-,020	-,118	-,052	-,045	-,019	-,077	,001	,064	,023	-,065	,037	-,024	-,053	,066	-,119	-,009	,207	-,106	,018	-,046	,083	,065	,001	-,070	-,006	,011	-,030	-,037		
	Soru_2	-,568	,852	-,256	-,047	-,118	,115	,031	,008	,011	-,043	-,019	,023	,004	,062	-,055	-,126	-,077	-,126	-,091	,069	,047	-,024	,052	,023	,011	,074	,002	-,347	,140	,028	,042	-,115	-,035	,004	-,061	,037	,098	,044	-,049			
	Soru_3	,031	-,256	,864	-,181	-,134	-,031	,008	,011	-,044	-,061	,144	-,110	-,105	,026	-,158	,019	,072	-,055	-,091	,041	,095	,100	,010	,095	,010	,027	,014	,080	-,007	,046	,028	-,055	,057	-,065	,029	,087	,049	-,033	-,015	-,054		
	Soru_4	-,223	-,047	-,181	,849	-,373	-,122	-,084	-,061	,144	,044	-,110	-,105	,021	,048	,105	,066	-,095	,041	,101	-,101	-,051	,027	,008	-,039	-,015	,008	,062	-,030	-,010	,042	-,046	,018	-,059	-,032	,012	,003	-,041	-,010	,110			
	Soru_5	,132	-,118	-,134	-,373	,849	-,312	-,079	,015	-,158	-,143	-,049	,075	-,037	,107	-,028	-,121	,076	,061	-,076	,047	-,074	,023	,016	,002	-,050	,118	,001	-,057	,018	,059	,015	,015	-,003	,010	-,099	-,004	-,044	-,027	,080			
	Soru_6	-,119	,115	-,031	-,122	-,312	,872	,011	-,129	-,113	-,100	,110	,056	,022	-,058	-,048	-,020	-,022	,076	,061	-,051	,062	-,009	-,022	-,025	,055	,023	-,005	,076	,061	,019	-,015	-,037	-,076	,037	-,103	-,020	-,001	-,028	,022	-,044		
	Soru_7	-,067	,031	,008	-,084	-,079	,011	,865	-,325	-,182	,019	-,035	-,092	-,071	,028	,042	-,050	-,066	-,041	-,020	-,042	,041	,100	-,002	-,083	-,041	-,010	-,041	-,036	-,045	-,014	,105	,020	,030	-,001	-,022	,013	,076	-,005	-,029	-,020	,049	,087	,107	-,169
	Soru_8	,110	-,043	,011	-,061	,015	-,129	-,525	,865	-,155	-,021	-,025	-,142	-,035	,028	,042	-,050	-,066	-,041	-,020	-,019	,042	,100	-,002	-,083	-,014	,105	,020	,030	-,001	-,022	,013	-,001	-,025	,042	-,046	,019	-,029	-,011	-,038	,067	-,012	-,029	
	Soru_9	-,143	-,019	-,180	,144	-,158	-,113	-,182	-,155	,865	-,128	,035	-,021	,024	-,170	,014	-,006	,026	,015	-,056	-,019	-,020	,020	-,073	,030	-,001	,021	-,022	,013	-,001	,083	-,038	,018	,010	-,022	,009	,023	-,061	,062	-,031	,020			
	Soru_10	-,048	,025	,067	,044	-,143	-,100	,019	-,021	-,128	,865	-,151	-,084	-,124	-,107	-,026	-,055	-,018	,035	-,044	-,024	,018	,020	-,041	-,001	,021	-,108	,081	-,036	,023	,028	-,043	,007	-,060	,023	-,001	,083	-,036	-,017	-,002	-,073			
	Soru_11	,120	,023	-,151	-,110	-,049	,110	-,035	-,025	,035	-,151	,872	-,281	-,009	-,090	-,120	-,126	-,049	-,054	-,068	,052	,046	-,058	,013	,018	,005	,031	-,003	-,097	-,043	,048	,041	-,007	,012	-,103	-,066	-,088	-,063	-,029	,086	-,052		
	Soru_12	-,020	,004	,026	-,105	,075	,056	-,092	-,142	-,021	,024	-,084	-,281	,872	-,156	-,055	-,126	,082	-,099	-,008	,137	-,070	,053	-,004	-,032	,018	,098	-,010	-,014	,007	-,060	,009	,004	,051	,042	-,066	-,088	-,063	-,029	,071			
	Soru_13	-,118	,062	-,158	,021	-,037	,022	-,071	-,007	,024	-,124	-,009	-,156	,872	-,211	-,185	-,017	-,118	-,016	,000	,016	-,018	-,060	,098	,005	-,023	,028	,080	,053	,009	-,038	,018	-,033	-,050	-,021	,095	-,055	,035	,016	-,012			
	Soru_14	-,052	-,055	,019	,048	,107	-,068	,028	-,035	-,170	-,107	-,090	-,055	-,211	,872	-,226	-,134	-,020	-,033	-,016	-,051	,095	,037	-,035	,024	,031	-,021	,008	,052	-,004	-,027	,029	-,004	,041	-,025	,017	-,078	-,038	,040				
	Soru_15	-,045	-,019	-,046	,105	-,028	-,048	,042	-,050	-,066	-,055	-,120	-,156	-,185	,872	-,320	-,196	-,010	-,011	,006	,041	-,039	-,017	-,044	,035	,016	-,049	-,037	,011	-,038	-,020	,059	-,059	,007	-,083	-,034	-,086	-,052	-,038	,010				
	Soru_16	,001	-,077	,109	,006	-,121	-,020	-,050	-,066	-,066	-,041	-,068	-,126	-,211	-,134	,872	-,196	-,118	-,020	-,111	,002	,002	,051	,004	-,064	-,012	-,057	,099	,014	-,049	-,020	-,059	,013	,062	-,018	-,052	,004	-,088	-,027	,015	,005	,048		
	Soru_17	,064	-,126	,072	-,095	,076	-,022	-,055	-,041	-,018	-,049	-,054	-,068	-,126	-,020	-,010	,872	-,118	-,016	-,111	-,062	,051	,004	-,064	-,012	-,037	,099	,059	,013	,062	,040	-,081	,015	-,044	-,052	,004	-,088	-,027	,015	,005	,048			
	Soru_18	,023	-,091	-,055	-,041	,061	-,008	-,042	-,020	-,019	-,054	-,068	-,068	-,089	-,013	-,011	,871	,007	-,281	-,226	-,059	-,084	-,011	-,057	,113	-,018	-,042	-,010	-,042	-,086	-,044	-,072	-,016	-,141	,018	,107	,007	,010					
	Soru_19	-,065	,069	,022	,101	-,076	,010	,041	-,019	-,056	,044	-,068	-,008	,000	,010	,056	-,089	-,111	-,281	-,155	-,148	-,019	,056	-,053	-,084	,010	-,120	,009	-,010	-,005	,034	-,066	,034	,025	-,044	,034	,023	-,039	-,040				
	Soru_20	,037	,047	-,037	-,101	,047	-,051	,100	,042	-,019	-,024	,052	-,099	,016	,041	,002	-,062	-,226	-,155	-,355	-,028	,031	,003	,010	,050	-,020	,009	,010	-,004	-,034	-,180	-,133	,101	,076	-,050	-,015	-,044	,075	,102	-,045	,001			
	Soru_21	-,024	,052	,100	-,051	-,074	,062	-,002	-,083	-,020	,018	,046	,053	-,018	-,051	,065	-,004	-,060	,026	,051	,002	,051	-,039	-,148	-,355	-,288	-,218	-,102	,050	-,020	,010	,050	-,089	,067	,037	,062	,054	-,009	-,088	-,037	,013			
	Soru_22	-,053	,023	,010	,027	,023	-,009	-,059	-,014	,020	,000	,026	-,004	-,060	,065	-,017	-,044	,004	-,084	-,019	-,028	-,288	-,352	-,027	-,148	-,355	-,288	-,352	-,027	-,264	-,264	-,122	-,095	-,079	-,022	-,081	-,023	-,011	-,038	-,030	,062			
	Soru_23	,006	,011	-,027	,008	,026	-,022	,009	,105	-,073	-,041	-,028	-,032	,098	,037	-,055	-,084	-,011	-,057	-,053	,031	,006	,003	-,102	-,027	,048	-,264	-,244	-,006	-,036	,009	-,016	-,033	-,183	-,092	,003	-,142	-,089	-,031	,050	,062	-,046		
	Soru_24	-,119	,074	-,014	-,039	,002	-,025	-,010	,020	,030	-,001	,013	-,010	,065	,018	,028	-,012	-,037	,113	-,057	-,011	,010	,050	-,066	-,244	,848	-,264	-,122	,076	-,033	-,183	-,031	-,092	-,014	-,050	-,021	,055	-,097	,018	-,021	,018	-,085		
	Soru_25	-,009	,002	,080	-,015	-,050	,055	-,041	,030	-,001	,021	-,010	-,023	,028	-,021	,011	-,049	-,037	,113	-,084	,010	,050	-,066	-,244	,848	-,264	-,122	,076	-,033	-,031	-,092	-,008	-,014	-,050	-,021	,170	-,056	-,033	-,117	,071			
	Soru_26	,207	-,247	-,007	,001	,118	,023	-,056	-,045	-,022	-,108	-,003	,059	-,080	,008	,052	,014	,099	-,018	-,042	-,120	-,020	-,095	-,079	-,122	-,139	,865	-,139	-,033	,003	-,142	,009	,025	-,052	-,101	,019	,034	,019	-,016				
	Soru_27	-,106	,140	-,046	,062	-,093	,005	,083	-,124	,033	,081	-,097	-,014	,053	-,022	,071	,059	-,059	,015	-,010	,009	,030	-,022	-,036	,076	-,033	-,031	-,173	,844	-,495	-,083	-,047	-,160	-,082	-,018	,077	-,013	-,059	,018	,012			
	Soru_28	,018	,028	,028	-,050	-,015	-,015	-,025	,042	-,001	-,036	-,043	,028	,009	-,004	-,038	-,020	,013	-,081	,112	-,180	,005	-,081	,009	-,033	-,031	-,092	-,013	-,495	,849	-,075	-,236	,109	,036	-,127	,052	,031	,033	-,028				
	Soru_29	,028	,042	-,055	-,010	-,067	,077	,080	-,046	,083	-,023	-,060	-,038	,007	-,027	-,041	,077	,062	,040	,004	-,113	,067	-,023	-,016	-,183	-,092	,003	-,083	-,075	,875	-,609	,006	-,045	,049	-,019	,089	,039	-,218					
	Soru_30	-,046	,042	-,055	,058	,018	-,076	-,005	,039	-,008	-,003	,048	,018	,033	-,052	-,004	-,063	-,034	-,086	-,005	-,101	,076	-,071	-,121	-,023	-,008	-,142	-,047	-,046	-,074	-,120	,039	-,036	-,074	,039	-,036	-,058	-,046	,079				
	Soru_31	,083	-,115	,057	,018	,029	,061	-,101	,013	,010	,119	,041	-,033	-,004	-,034	,032	-,048	,034	,076	-,010	-,065	-,032	-,044	-,050	-,021	-,097	,170	-,033	-,031	-,083	-,046	-,236	,109	-,062	,045	-,102	,045	-,066	,054				
	Soru_32	,063	-,063	-,046	,026	-,059	,019	-,029	-,011	,023	-,061	,025	-,054	-,007	,007	-,041	-,027	-,017	-,086	-,052	-,037	-,065	-,052	-,033	-,038	-,036	-,170	-,033	-,075	-,609	-,062	-,120	-,062	-,594	-,044	-,343	-,096	-,059	-,130	-,054	,092			
	Soru_33	-,070	,087	-,066	-,059	-,021	,061	-,020	-,038	-,061	,062	-,017	-,007	,095	-,021	-,050	-,086	-,044	-,075	-,009	-,088	-,009	-,021	-,033	-,021	-,117	-,036	-,033	-,021	-,083	-,018	-,056	-,045	-,059	-,130	-,054	-,096	-,059	-,120	-,054	-,099	-,462		
	Soru_34	,006	,098	,049	,003	-,041	-,001	,049	-,038	,067	,062	-,017	,010	,087	,067	-,009	-,020	-,038	-,061	-,025	-,039	-,015	-,088	-,037	-,030	-,046	-,066	-,046	-,059	-,018	-,046	-,066	-,054	-,054	-,018	-,144	-,043	-,289	-,462				
	Soru_35	,011	-,035	-,053	-,041	-,044	-,028	,087	,067	,062	-,017	,010	-,063	,035	-,029	-,016	-,038	-,007	-,029	-,039	-,045	-,040	-,041	-,040	,001	,033	,062	-,046	-,085	,071	-,016	,012	-,028	-,218	,079	,054	,092	-,124	-,099	-,462				
	Soru_36	-,030	,044	-,015	-,010	-,027	,022	,107	-,012	-,031	-,002	,086	-,029	,016	-,012	-,031	-,002	-,073	-,052	,071	-,012	-,039	-,005	,107	-,045	-,037	-,030	-,062	-,021	-,117	-,019	,033	,039	-,046	-,066	-,054	-,144	-,043	-,289	-,462				
	Soru_37	-,049	-,054	,110	,080	-,044	-,169	-,029	,020	-,061	-,062	-,073	-,052	-,012	-,031	-,040	-,041	-,040	,001	,033	,062	-,046	-,085	,071	-,016	,012	-,028	-,218	,079	,054	,092	-,124	-,099	-,462	-,256	-,099	-,462						

EK 9. Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği

	Hemşirelikte Değer Temelli Yönetim Ölçeği	Kesinlikle Katılmıyorum 1	Katılmıyorum 2	Ne Katılmıyorum/ Ne Katılıyorum 3	Katılıyorum 4	Kesinlikle Katılıyorum 5
1	Hemşireler insana değer verir.					
2	Hemşireler insan odaklı hizmeti benimser.					
3	Bakımda bireylerin değerleri (bireysel, ailevi, sosyal) dikkate alınır.					
4	Bireylerin kendi sağlık bakımı hakkındaki fikirleri ve kararları önemsenir.					
5	Bireyler, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılması için güçlendirilir.					
6	Bireyin ailesinin bakıma katılması desteklenir.					
7	Birey ve ailesi sağlık durumu ve/veya hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olur.					
8	Birey sağlığı geliştirme davranışı kazanır.					
9	Bireyin güvenli hizmet alması sağlanır.					
10	Hemşireler bakımını üstlendiği bireyin sağlığındaki gelişmeyi gözlemler.					
11	Hemşireler bakım verdiği bireylerin kendi bakımını sürdürebileceğinden emin olarak taburcu olmasını sağlar.					
12	Taburcu olan bireyler sağlık düzeyini daha yüksek olarak değerlendirir.					
13	Hemşireler bireyin sağlık bakım hizmeti ile ilgili gereksinimleri doğrultusunda disiplinler arası iş birliği yapar.					
14	Hemşireler bireyin mümkün olan en kısa sürede günlük yaşamına devam etmesi için çalışır.					
15	Bireylerin sosyal yaşama uyumu desteklenir.					
16	Bireylerin konforu en yüksek düzeyde sağlanır.					
17	Bireyler ihtiyacı olan sağlık bakım hizmetini eksiksiz alır.					
18	Çalışan odaklı bir yönetim anlayışı benimsenir.					
19	Mesleki etik ilke ve değerler önemsenir.					
20	Çalışma ortamında hemşirenin değerleri (bireysel, ailevi, sosyal) önemsenir.					
21	Sağlık ekibi içinde hemşirelerin fikirleri ve kararları önemsenir.					
22	Hemşireler sağlık ekibinin değerli bir üyesi olduklarını hissederler.					
23	Hemşirelik bakımının bireyin sağlığına katkısı diğer sağlık profesyonelleri tarafından bilinir.					
24	Hemşirelere uzmanlık alanları veya sertifikalarına uygun görevler verilir.					
25	Hemşirelik hizmetlerine verilen değer hemşireler tarafından bilinir.					
26	Hemşirelerin sağlığının geliştirilmesi önemsenir.					
27	Hemşireler insana yakışır çalışma ve dinlenme sürelerine sahiptir.					
28	Hemşirelerin iş, aile ve sosyal yaşam dengesi önemsenir.					
29	Hemşirelere değer katan eğitim, gelişim ve araştırma faaliyetleri desteklenir.					
30	Hemşirelerin, katma değer sağlayan yenilikçi uygulamaları desteklenir.					
31	Hemşireler verdiği katkının (maddi ve manevi) karşılığını alır.					
32	Bireyler aldıkları hemşirelik bakımından memnundur.					
33	Bireyler bu kurumda çalışan hemşirelere güvenir.					
34	Sunulan hemşirelik bakım hizmeti, bireylerin bu kurumu tercih etmesinde önemli bir unsurdur.					
35	Sunulan hemşirelik bakım sonuçları izlenerek geliştirilir.					
36	Sunulan hemşirelik hizmetleri kuruma ekonomik katkı sağlar.					
37	Hemşireler kurumsal kaynakları etkin ve verimli kullanır.					
38	Hemşirelik hizmetleri güncel teknoloji ve uygulamalar ile entegre yürütülür.					

EK 10.

EK 11.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HEMŞİRELİKTE DEĞER TEMELLİ YÖNETİM ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%17	%15	%11	%10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%5
2	katalog.ticaret.edu.tr İnternet Kaynağı	%3
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
6	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
7	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

X **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Ece UYSAL KASAP
(İmza)

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Ece UYSAL KASAP
(İmza)

ÖZGEÇMİŞ