

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN : Yard.Doç.Dr.Birsen YÜRÜGEN

KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KRİTİK
DURUMLARDA HEMEN KARAR VERME
İŞLEVINİN ANALİZİ

Y.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON BİRİMİ

DOKTORA TEZİ

111568

NURAY ENÇ

İSTANBUL - 1992

İ Ç İ N D E K İ L E R

	SAYFA
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
3. MATERYAL VE METOD	28
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
7. ÖZET / SUMMARY	76 / 77
8. KAYNAKLAR	78
9. EKLER	82
10. ÖZGEÇMİŞ	88

1.GİRİŞ

Erken çocukluk döneminde başlayan karar verme eylemi bireyler bilinçli kaldığı sürece devam eder. Bazı bireyler kolaylıkla karar verebilir, bazıları ise karar vermede güçlük çekerler. Bireylerde kararların sürekliliği değişebildiği gibi kararların niteliği de değişebilir. Bireysel ve profesyonel yaşantımızda verdiğimiz bazı kararlar iyi veya kötü sonuçlara yol açabileceğinden, başarılı karar veren bireyler haline gelmemiz önemlidir.

Hasta bakımında, yapılacak hatalardan doğacak sonuçların bedelinin insan hayatı olması nedeni ile kararların riskinin büyüklüğü herkes tarafından kabul edilmektedir. Bununla birlikte karar riskinin büyüklüğü kararlar verilemeyeceği anlamına gelmez. Ancak alınması zorunlu olan kararlar mümkün olduğu kadar bilimsel ve optimal olmalıdır.

Yoğun bakım veya kritik bakım hemşireliğinin temelinde ve bakım uygulamalarında hemşirelerin karar verme süreci ve yeteneği yatar.

Doğru ve zamanında karar verme, kritik bakım hemşireleri için temel ve hayat kurtarıcı bir beceridir.

Hastanın bilinç düzeyi, solunum durumu, elektrofizyolojisi her an değişikliğe uğrayabilir; böyle durumlar hemen karar vermeyi gerektirir. Genellikle deneyime dayalı olmasına rağmen kararlar bilgiye dayandırıldığında doğru olarak verilebilir.

Kritik bir duruma müdahale eden hemşireler hemen ve doğru karar vermekle kalmayıp kararlarda önceliği de belirleyebilmelidir.

Kritik bakımda hemşirelerin karar vermesi teşhis ve tedavi kararlarını etkileyen değişkenlerin sayısı ve çeşitliliği nedeniyle karmaşık bir süreçtir. Karar verme eylemi ile ilgili çok sayıda değişken; hastalar, hekim ve çevre karar sürecini ve sonuçlarını etkiler.

Kritik hastaların bakımında karar vermenin karmaşıklığı gözönünde tutulduğunda, sistematik ve objektif bir karar sürecini kullanmanın önemi ortaya çıkacaktır.

Kritik durumlarda hemşirenin uygun karar vermesi ve uygulaması hastanın yaşamının devamında etkin rol oynadığından bu çalışma; Hemşirelerin kritik bir durum karşısında önem sırasına göre verdikleri kararlar, bu kararlarının gerekçelerini açıklama durumlarının ve kararlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde (KYBÜ) hemen girişimde bulunulması gereken durumların bilinip bilinmediğinin saptanması amacıyla planlanıp, araştırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.KARAR KURAMI

Kararların dayandığı temel, kuşaklar boyu insanların ilgisini çekmiştir. Ancak, 1950'lerin başından beri matematikçiler ve davranış bilimcileri bu alanda bilimsel kuram ve uygulamalar yapabilmışlerdir (38).

Karar kuramında bilinçli, düşünülmüş, ispatlanabilecek ve anlaşılabilen çeşitli eylem seçenekleri arasından belirlenmiş seçenikle, belli bir hedefe ulaştıran rasyonel karar ele alınır.

Karar kuramı disiplinler arası hatta disiplinler üstü olarak günümüzde sıkça ele alınmaktadır. Çünkü karar kuramı yaklaşımı çeşitli bilim dallarından yardım alarak sorunlu durumları çözmeye çalışmaktadır. Karar kuramı bu özelliğini sistem kuramı ve sibernetik bilimine borçludur (60).

Karar kuramında, karar veren kişinin olasılık dahilinde olan olaylar hakkındaki bilgisi ile aldığı kararlar arasındaki ilişkiler söz konusudur.

Eldeki bilgiler karar veren açısından çok güvenli ve açık seçik bir durum ya da oldukça belirsiz bir ortam oluşturabilir. Belirlilik durumundan belirsizlik durumuna doğru giden bu akış, rastgele ikiye bölünebilir. Orta noktada ise risk durumu vardır (38).

Belirlilik; Karar veren bireyin tüm seçeneklerden haberdar olduğunu gösterir.

Belirsizlik; Eğer karar veren birey her durumun olasılıklarını tahmin edemezse ortada belirsizlik var demektir.

Risk; Belirlilik ile belirsizlik arasındaki orta alanda risk yer alır. Burada karar veren kişi her durumun olasılıklarından haberdardır. Yani belirlilik durumundaki gibi çok bilgi sahibi değilse de belirsizlik durumundaki gibi hiç bilgisizde değildir. Karar veren kişi seçeneklerin olasılıklarını bilmektedir. Ancak bu olasılıklar geçmiş deneyimlerle saptanmıştır. Burada risk herhangi bir olayın olacağıının önceden bilinmemesidir.

2.2.KARAR EYLEMİNİN TANIMI

Karar verme, içinde bulunulan durum ve olanaklar dahilinde, kontrol dışı etkenleri de düşünerek, bilinçli ve objektif olarak toplanan bilgiler, bilimsel yöntemler, araştırmalar, subjektif faktörlerinde etkisi ile bir sorunu çözmek, bir amaca ulaşmak için seçenekler arasından en uygun olanı seçme sürecidir (32).

2.3.KARAR EYLEMİNİN ELEMANLARI

Her karar eyleminde altı eleman bulunur (29).

1. Karar Veren; Mevcut seçeneklerden bir tercih yapan kişi veya grubu yansıtır.

2. **Amaç veya ulaşılabacak sonuç;** Karar verenin faaliyetleri ile elde edeceği amaçlardır.
3. **Karar Kriteri;** Karar verenin seçimini oluşturmada kullandığı değer sistemidir.
4. **Seçenekler;** Karar verenin seçebileceği farklı alternatif faaliyetlerdir. Seçenekler karar verenin kontrolü altındaki kaynaklara bağlıdır ve kontrol edilebilir değişkenlerdir.
5. **Olaylar;** Karar verenin kontrolü altında olmayan faktörlerdir. Karar verenin seçenek tercihini etkileyen durumu olaylar yansıtabilir.
6. **Sonuç;** Her bir seçenek ve olaydan ortaya çıkan değeri yansıtır.

2.4.KARAR VERME SÜRECİ

İyi karar verebilmek için karar verme sürecinin nasıl oluştuğunu, hangi evrelerden geçerek karara ulaşıldığını bilmek gereklidir.

Psikolojik yönüyle karar süreci, bir düşünme ve uygulama sürecidir. Uygulama sonunda nasıl bir yargıya varılıyorsa, karar eylemi sonucunda da bir karar verilir. Duygu ve algıların zihinde işlenmesi, olayların karşılaştırılması, birbirlerine benzeyen ve benzemeyen yanlarının bulunması, bu fark ve benzerliklere göre olayların sınıflandırılması eylemine yargılama denir.

Algılanan olayların ortak olmayan niteliklerini ayırmak, ortak niteliklerini birleştirmek yoluyla kavram ve fikirler oluşturulur. Kavramlar arasındaki ilgi ve ilişkiler araştırılarak ya birbirine yaklaştırılır ya da uzaklaştırılır, bu sürece "yargı", birden fazla yargıyı işlemek yoluyla yeni yargılar çıkarmaya da "yargıya varma" denir (62).

Etkin ve verimli bir davranış biçimi seçebilmek için gerekli araştırmaları yapmak ve bilgileri toplamak gerekir. Karar süreci bu yönü ile teknik araçları gerektirir ve dolayısıyla objektif yani karar veren bireyin dışında kalan bir takım koşullara bağlı bir özellik de kazanır.

Kısaca karar, psikolojik niteliği yönünden (subjektif) karar veren bireyin zihinsel ve ruhsal özellikleriyle kültürel yapısına bağlı olduğu gibi, bireyi etkileyen çevre koşullarına da bağlıdır. Çevre koşulları ya bilgi kaynağı olarak doğrudan doğruya veya bireyin zihinsel, ruhsal, kültürel, moral yapısını etkileme yoluyla dolaylı olarak kararın farklı şekillerde ortaya çıkması, yani bireyin farklı kararlar vermesi sonucunu doğurabilir (62).

2.5.KARAR VERME SÜRECİNİN ÖZELLİKLERİ

Karar, zihinsel ve iradi çabaları gerektirdiğinden herkes bu iki grup işi gereği gibi uygulayabilecek psikolojik yapıda olmayabilir. Bazı bireyler, kararın gerektirdiği zihinsel sentezi başarı ile yürüttükleri halde uygulamaya geçiş azim ve iradesini kendilerinde bulamazlar. Böyle bir tutum ve kişiliğe sahip olanlar hızlı karar vermeyi gerektiren durumlarda başarısızlığa uğrayabilirler.

Karar verme eylemi sanıldığından daha zor bir süreçtir. Bu nedenle bireyler genellikle karar vermeyi gerektiren işlerden hoşlanmazlar ve karar verme durumunda kaldıkça yüzeysel kararlar verme ya da bu eylemi başkasına devretme yoluna giderler.

Karar sürecinin pahalı olması ve fazla zaman alması nedeniyle, bireyler ve yöneticiler bir çok durumda, tahminlere, gelenek ve görenek yöntemlerine göre ya da körlemesine karar vermeyi tercih ederler. Bilimsel olmayan bu yöntemlerin birçok sakıncaları vardır. Bu nedenle, pahalı da olsa bilimsel yöntem ve araçlardan yararlanmaya çalışmak gerekir.

Karar süreci zihinsel, ussal ve iradi özelliklerinden dolayı rasyoneldir. Ancak, karar ve davranışlarda akıl, yargı ve iradenin rolü azalır ve duygu, eğilim, alışkanlık ve bu gibi ussal olmayan güdülerin önemi ve yeri artarsa rasyonellikten söz edilemez. Kararda duygu değil, bilgi ve deneyim ön plana çıkmalıdır.

Karar süreci belli bir davranış özgürlüğü ile otonomi gerektirir. Karardan söz edebilmek için davranış özgürlüğü gereklidir. Bireyin özgürlüğü kısıtlandığında, alabileceği kararların sayısı ve kalitesi de büyük ölçüde sınırlanır.

Karar sürecinde, eylem ve amacın gerçekleşmesi evreleri arasına, kararın çeşit ve niteliğine göre değişen bir zaman süresi girer. Ani karar verilen, hemen uygulamaya geçilen kararlarda kararın verimliliği düşebilir. Bunun yanısıra kararın zamanında verilmemesi, karar vermek için uzun süre beklenilmesi de kararın niteliğini düşürür.

Karar süreci ile planlama süreci arasında yakın bir benzerlik vardır. Kararda olduğu gibi, planlarda da çeşitli seçenekler arasından seçim yapmak söz konusudur. Plan ile Karar arasındaki başlıca fark, planın karara göre daha ayrıntılı olması ve bilimsel bir nitelik taşımasıdır. Plan, bir kararlar toplamıdır.

Karar süreci, aynı zamanda sorun çözme sürecidir. Sorun, önümüze çıkmış bir engeli ifade eder. Amaca giden yol üzerindeki bu engeli yok etmek, durumun getirdiği olumsuz koşulları kaldırmak ve yerine olumlu olanlarını bulmak gerekir.

Bu önlem ve çabaların toplamı, sorun çözme sürecini oluşturur. Sorun çözmede, amaca ulaşma yolu üzerindeki güçlük ve zorlukların yok edilmesi ve çözümlerin belirlenmesi söz konusudur. Bu çözümler, daima birden fazladır, aralarında seçim yapmak, yani bu konuda bir karar vermek gerekir. Her sorun bir veya birden fazla unsurun sonucudur. Hastalık ve huzursuzluğun nedenleri bilindiği zaman, bunları ortadan kaldırma yolları daha kolay bir biçimde saptanabilir, böylece sorunun yeniden ortaya çıkmasına da engel olunabilir. Burada sorun ile onu doğuran etkenler arasında neden-sonuç ilişkisi kurmak söz konusudur. Böylece bilimsel bir yöntem de izlenmiş olur (62).

2.6.KARAR VERME SÜRECİNİN TEKNİĞİ

İyi; etkili ve verimli karar verebilmek için, karara ulaşma konusunda izlenmesi gereken yollar ve atılması gereken adımlar bilinmelidir. Bunun içinde karar verme sürecinin tekniğinin bilinmesinde fayda vardır.

1. Sorunun Saptanması

Karar, aslında bir sorun çözme amacı güder. Bu nedenle sorunun ne olduğunu, önemini, kapsamını, etki ve sonuçlarını açık bir şekilde bilmek gerekir. Örneğin hastalık bir sağlık sorunudur; hastalığı gidermek için, hastalığın kesin tanısını saptamak gerekir. Hastalığın önemi ve kapsamı nedir? Önlem almayı gerektirecek kadar önemli midir?

2. Sorunu Ortaya Çıkaran Nedenlerin Saptanması

Hastalığın niteliği ve önemi gerçekçi bir biçimde saptandıktan sonra nedenlerini araştırmak ve bulmak gerekir. Bu kolay bir iş değildir, bazı zaman gerçek nedenler bilinmediğinden, yanlış önlem ve tedavi yollarına başvurulur. Karar verme durumunda olanlar, nedenlerin araştırılması için gerekli olan zaman, bilgi ve beceriye sahip değillerse konu ile ilgili uzmanlarla işbirliği yoluna gitmelidirler.

3. En Uygun Çözüm Yolunun Belirlenmesi

Hastalığı (sorunu) oluşturan neden ve etkenler saptandıktan sonra, bunları ortadan kaldıracak önlemler aranır. Bu önlemler genellikle birden fazladır, bunların en uygun olanını seçmek gerekir. En uygun olanı seçmekte amaç en etkin ve maliyeti en az olanı belirlemektir.

4. Geçici Kararı Değerlendirme

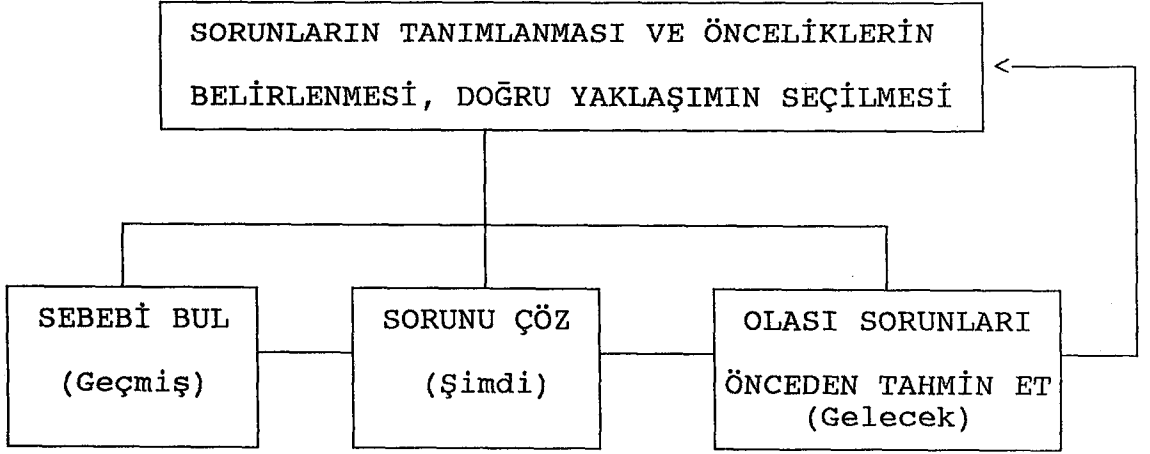
En uygun seçenek belirlendikten sonra, bunun uygulama sonunda meydana getirmesi olasılığı bulunan istenen ve istenmeyen sonuçları saptamak, kararın olumlu ve olumsuz etkilerini birer liste haline getirmek ve bu ikisini karşılaştırıp net sonucu ortaya koymak gereklidir. Net sonuç olumlu olduğu durumda, kararın kesinleşmesi olanaklı olur. Net sonuç olumsuz olursa, karardan vazgeçmek ve yeni bir seçenek arama yoluna gitmek gerekir.

5. Kararın Verilmesi ve Uygulamaya Konulması

Karar sürecinin son adımıdır. Bu adım azim, irade ve sorumluluk gibi manevi nitelikleri gerektirir. Bundan önceki adımlarda daha çok bilgi, düşünce, yargılama, araştırma, ileriye görme, değer biçme gibi zihinsel nitelik ve yeteneklere gerek vardı. Bu son adımda ise zihinsel yeteneklerin yerine cesaret, girişim, sorumluluk yüklenme gibi manevi nitelikler ön plana çıkar.

6. Uygulanan Kararın Değerlendirilmesi

Bu adımda verilen kararın amacı yerine getirip getirmediğini ve uygun olan her kriteri karşılayıp karşılamadığını görmek için bir değerlendirme yapılır. Tekrar olumlu ve olumsuz sonuçlar kontrol edilir. Değerlendirme çözümün kabul edilebilir olmadığını gösterirse "en uygun çözüm yolunun belirlenmesi" adımına geri dönlür. Süreç yeniden çalıştırılır (40,46,62).



WALES VE NARDİ KARAR VERME MODELİ

Marguis, B.L., Huston, C.J.: Management Decision Making for Nurses 101 Case Studies. J.B. Lippincott Co., Philadelphia, 1987. p.6.

2.7. KARAR TÜRLERİ

1. Acil Kararlar

Ani ve kesin karar vermeyi gerektiren önceden tahmin edilemeyen sorunlar nedeniyle alınır.

2. Rutin Kararlar

Günlük olağan sorunlar ortaya çıktığında alınır. Hastanelerdeki standart politikalar ve uygulamalar buna örnek verilebilir.

3. Tartışılabilir Kararlar

Ya yeni ortaya çıkan sorunlardır ya da daha karmaşıktırlar. Yaratıcı bir cevaba ihtiyaç duyarlar, dolayısıyla kararı vermeden önce tartışmak gereklidir.

2.8.KARAR VERMEDE BİREY

Bireyler karar vermek için aynı bilgileri toplar ve aynı karar verme tekniğini kullanırlarsa bağımsız olarak aynı kararlara varmalıdırlar. Fakat bunun her zaman geçerli olmadığını biliyoruz. Bireyler algılama ve değerlendirme yoluyla karar verirler yani duyu ve güdü ile algırlarlar, düşünce ve duyguyla bu algılarını değerlendirirler. Bu nedenle, bireylerin farklı değerlere ve yaşam deneyimlerine sahip olmaları ve farklı biçimde algılayıp düşünmeleri, aynı şartlar altında farklı kararlar vermelerine yol açabilir. Bireylerin değerleri, yaşam deneyimleri, tercihleri, risk alma durumları ve düşünüş biçimleri karar vermeyi etkiler (40).

Rubenstein, kararlarımızın değerlerimize dayalı olduğunu ileri sürmektedir (40). Oluşturulan seçenekler ve karar verme sürecinde seçilen son seçenek değerlerimizle sınırlıdır. Bazı kişilerin inançlarından dolayı bazı seçenekleri seçmeleri mümkün değildir.

Değerlerimiz algılarımızı etkilediğinden bu değerler bilgi toplama ve işleme süreçlerini de etkiler.

Değerlerimiz bize hangi bilginin önemli ya da önemsiz olduğunu gösterir.

Her karar verici karar verme eylemine geçmişten gelen bir dizi deneyimini de katar. Bu deneyimler, eğitim ve karar verme ile ilgili önceki deneyimleri kapsar. Bir kişi ne kadar deneyimli ise ve temeli ne kadar güçlüyse ortaya

çıkarabileceği seçenekleri o kadar çok sayıda olur. Yeni bir davranış gözlediğimizde ya da yeni bir seçenek gördüğümüzde bu seçeneği de seçenekler listemize ekleriz.

Karar verici tüm seçenekler içinden birini diğerine tercih edebilir, bazı seçenekleri diğer kullanılabilir seçeneklerden daha fazla risk taşıyormuş gibi algılayabilir, böylece en az riski olanı seçebilir.

Bilgileri değerlendirme biçimi ve verilen son karar bireyin düşünme becerisine bağlıdır. Bireyler farklı farklı düşünürler. Bazıları sistematik olarak (analitik düşünme) bazıları ise sezgisel olarak düşünürler. Karar vermede hem analitik hem de sezgisel düşünmenin birarada olması tercih edilir.

2.9. İYİ KARAR

Karar, bireysel ve toplumsal yaşantıda önemli olduğuna göre, kararın iyi olup olmadığına karar vermekte önemlidir.

Niçin, karar verilir? Karar, bir amaca ulaşmak için bir eylemde bulunmak, bir çaba harcamak için verilir. Birey, çeşitli sorunlarla karşılaştığında bunları çözmek için karar vermek durumundadır.

Kararların iyi olup olmaması, bireyin sorunlarını hangi ölçüde çözdüğüne bağlıdır. Burada birey kavramından karar verenin sadece kişisel amaçlarını değil, karar dolayısıyla bağlı bulunduğu kişi veya kuruluşun amaç ve hedeflerini de anlamak gerekir.

İyi karar amaca ulaştıran karardır. Kararın amaca ulaştırma derecesi, onun etkin olup olmadığını gsterir. Etkin karar yaptığı etkinin sonucu olarak yeni bir durum, arzulanan bir sonuç meydana getiren karardır. Kararın uygulanması sonunda, istenmeyen sonuçlar da meydana gelebilir.

Bir kararın iyilik derecesi, o kararı verenin kişiliğini meydana getiren bedensel, zihinsel ve ruhsal nitelik ve yeteneklerine bağlı olacaktır. Karar veren bir kişinin, bedensel sağlık durumu ve psikolojik yapısı (yargı, zeka, hafıza, cesaret vb.) ile bilgi, deneyim ve beceri gibi pratik nitelikleri arasında çok sıkı bir ilişki vardır.

Etkili ve verimli karar vermede, karar verenin yetenek ve nitelikleri, yani kişiliği dışında kalan bir takım etkenler de rol oynar. Bunları etkilemek ve değiştirmek çoğu zaman karar verenin bilinci dahilinde değildir (60,62).

Bireyler nasıl iyi (başarılı) karar verici olabilir? Başarılı karar verme yaşam deneyimleri ile renilebilir fakat herkes bu deneme-yanılma yntemiyle iyi karar vermeyi renemez. Ayrıca, karar vermeyi renme yntemi olarak kişinin kendi yaşam deneyimlerini kullanması çok Őeyi Őansa bırakır. Holle ve Blatchley, nitelikli kararın nasıl verileceğini en iyi renme ynteminin profesyonel yaklaşım olduğunu ileri srmektedir (40).

Profesyonel yaklaşım kullanarak karar vermeyi renmek deneme-yanılmayı ortadan kaldırır ve renmeyi doğruluğu

kanıtlanmış bir süreç üzerinde odaklaştırır. Profesyonel yaklaşım, karar vermeye ilişkin daima kuramsal bir sistemin uygulanmasını içerir. Hemşirelik süreci, eğitimciler tarafından etkili bir karar verme aracı (Wales ve Nardi 1984) ve sorun çözme modeli olarak (Griffith Kenney ve Christensen 1986) tanımlanmıştır.

Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımının planlı bir biçimde hastaya verilmesi amacının yanısıra, karar verme sürecinde de hemşireye bir model oluşturduğundan kolaylıkla uygulanabilir (40).

Karar verme konusundaki çeşitli uzmanlar, iyi karar vericilerin hangi niteliklere sahip olduğunu belirlemeye çalışmışlardır. Tam bir fikir birliğine varılmamış olmasına rağmen aşağıdaki nitelikler başarılı bir karar verici için önemli bulunmuştur (40, 60).

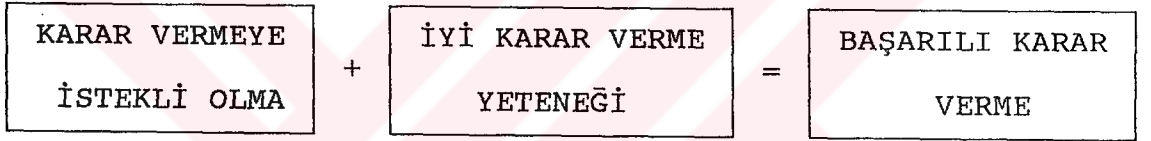
1. Cesaret; Cesaret özellikle önemlidir ve risk alma istekliliğini gösterir.

2. Duyarlılık; İyi karar vericilerin onları durumlara ve bireylere karşı duyarlı hale getiren bir sezgiye sahip olmaları durumudur.

3. Enerji; Bireyler, çevrelerindeki olayların devamlılığını sağlamak için enerji ve arzuya sahip olmalıdırlar.

4. Yaratıcılık; İyi karar vericiler "Yaratıcı düşünürler" olmaya eğilimlidirler. Bunlar sorunları çözmek için yeni yollar geliştirirler.

5. Yetenek; Bir karar vericinin en önemli niteliklerinden biri karar verme yeteneğidir. Genel düşünce iyi bir karar vericinin iyi bir sporcu gibi doğuştan yetenekli olduğu ve yetiştirilemeyeceğidir. Halbuki nasıl iyi bir sporcu doğuştan sahip olduğu yeteneklerini ancak alıştırma, öğrenme ve deneyim ile geliştirilebilirse bir karar verici de doğuştan bazı yeteneklerin olması şartı ile (zeka, insanlarla ilişki yeteneği vb.) yeteneklerini alıştırma, öğrenme ve deneyim ile olgun bir seviyeye getirebilir.



İYİ KARAR VEREN BİREY MODELİ

Marguis, B.L., Huston, C.J.: Management Decision Making for Nurses 101 Case Studies, J.B. Lippincott Co., Philadelphia, 1987. p.4.

2.10. ZAYIF NİTELİKLİ KARARLARA YOL AÇAN DURUMLAR

İyi karar vericinin zayıf nitelikli karar vermemesi için, mutlaka farkında olması gerektiği birkaç önemli nokta vardır.

Bunlardan biri belli bir amacın olmamasıdır; Karar vericiler, genellikle kararın hedefini başlangıçta belirlemeden karar verme sürecinde ilerlemeye başlarlar.

Hemen verilen kararlarda bile durup kararın amacını gözden geçirecek zaman vardır. Hedef sadece açık değil aynı zamanda diğer hedeflerle de çatışmasız olmalıdır. Bir bireyin felsefesi bireysel kararların hedeflerini belirlediği gibi organizasyonların değerleri ve felsefesinde organizasyonel kararların hedeflerini belirler. Açık bir amacı olmayan kararlar veriliyorsa ya da amaç birey veya organizasyonun belirlenmiş felsefesi ile tutarlı değilse zayıf nitelikli kararların verilmesi olasılığı yüksektir.

Zayıf nitelikli kararlara yol açan diğer bir durum yanlış bilgi toplamaktır; Kararlar, kararın verilmesi gerektiği sırada, karar vericinin sahip olduğu bilgi ve verilere dayandığından kişilerin bilgileri nasıl işleyeceklerini ve doğru bilgileri nasıl elde edeceklerini öğrenmeleri önemlidir. Bilginin elde edilmesi, sorunu ve karar anını tanımlamakla başlar ve karar verme süreci boyunca devam eder.

Genellikle bilgi istenmez, gerekli bilginin çoğu aktif olarak aranır. Karar vermenin bu yönü çok önemli olduğundan, çeşitli araçlar bu bilgi toplama işleminde karar vericiye yardımcı olmak amacıyla kullanılabilir.

Bilgi toplama sırasında olayların yanıltıcı olabileceği, abartılı bir biçimde sunulabileceği, konu dışına çıkarılabileceği ya da geçmişe yönelik olabileceğini gözden kaçırmamak gerekir.

Bireyin kendi kendisini tanımaması da zayıf nitelikli kararlara yol açar; Değer karmaşasına ve belirsiz değerlere sahip olmanın karar verme yeteneğini etkilediği saptanmıştır (Blokker ve arkadaşları, 1976) (40). Bu nedenle iyi karar vermede en büyük engellerden biri karar vericinin kendisini tanımamasıdır. Kararlarımız değerlerimizden etkilendiği için bu değerlerin ne olduğunu bilmek önemlidir. Değerlerimiz zamanla değiştiğinden karar vericilerin belirli zamanlarda değerlerini gözden geçirmesi ve gerekirse değerlerini yeniden belirlemesi önemlidir.

Zayıf nitelikli kararlara yol açan diğer bir faktör seçeneklerin sınırlandırılmasıdır; Pek çok seçenek olmasına rağmen karar verici seçeneklerini iki seçenekle sınırlandırabilir. Ancak karar verme sürecinin bu döneminde üretilebilen seçeneklerin sayısı ne kadar çoksa son kararın iyi bir seçim olma şansı o kadar fazla olur.

Kusurlu mantık da zayıf nitelikli kararlara yol açar; Karar verme sürecinin bir noktasında genellikle bilgilerden çıkarımda bulunmak gereklidir. Karar verici toplanan bilgileri ve üretilen seçenekleri gözden geçirmelidir.

Sıklıkla bu noktada bireyler zayıf nitelikli kararlara yol açan kusurlu bir mantık kullanabilirler. Örneğin, aşırı genelleme sonucu "A" bir özelliğe sahipse her "A" nın aynı özelliğe sahip olduğunun ileri sürülmesi gibi.

Zayıf nitelikli kararlara yol açan bir başka faktör seçme ve hareket etme yetersizliğidir; Yeterli bilgi toplamak, mantıklı düşünmek, çok sayıda seçenek arasından seçim yapmak yeterli değildir, son olarak hedefe ulaşmak için harekete geçilmelidir.

Pek çok kişi karar verme sürecinin bu son noktasında zayıftır. Genellikle kendilerini tehlikeye atmamak için harekete geçmeyi ertelemeyi seçerler. Her kararda bir ölçüde risk vardır, bir tür sonuç vardır ve sorumluluk vardır. İsteksiz karar vericiye, uzun vadeli sonuçları ve önemli etkileri olmasına rağmen kararların kalıcı olmadığını hatırlatmak yararlı olabilir.

Bazen nitelikleri zayıf olsa bile, karar verme uygulamasının verilen kararların niteliğini daha iyi hale getirebileceğini akılda tutarak karar vermeye devam etmeliyiz. Holle ve Blatchley'e göre "Kişilerin iyi karar verici olmalarının tek yolu" karar vermek, karar vermek ve karar vermektir." (40).

2.11. HASTA BAKIMI HAKKINDA KARAR VERME

Araştırmalar, karar kuramının hemşirelik uygulamalarında kullanılabilir olduğunu, hemşirelik kararlarının analitik modellere uyarlanabileceğini göstermektedir.

Hastanın gereksinimi olduğunda, bu gereksinimi karşılamak için bir hemşirelik girişimi seçiminde karar verilmesi gerektiğinden, karar verme eylemi hemşirelik sürecinin temelini oluşturur.

Karar kuramına göre, bir hemşirelik girişimini seçme süreci ya da karar verme eylemi, hasta gereksinimini belirlemekle başlar. Ortaya çıkan gereksinimi karşılamak için yapılacak olası hemşirelik girişimleri ve bu girişimlerin olası sonuçları daha sonra belirlenir. Hasta bakımındaki hedeflere göre yapılacak girişim seçilir (27).

Eylemler ve sonuçları kesin olarak biliniyorsa ve diğer çevre etkenleri karar verme sürecinin dışında bırakılabiliyorsa, karar verme eylemi kapalı olarak tanımlanır. Eğer bazı eylemler ve sonuçları bilinmiyorsa ve sürece başka etkenlerde karışiyorsa karar verme eylemi açık olarak tanımlanır (Alexis ve Wilson).

Kapalı bir sistemde; ilişkili faktörlerin tümü bilindiğinden, sonuçlar görülme olasılıklarına ve değerlerine göre düzenlenebildiğinden ve istenen hedefe ulaşmak için en iyi eylemler seçilebildiğinden karar verme eylemi rasyoneldir (Kast ve Rosenzweg) (27).

Hemşirelik uygulaması gibi açık bir sistemde, hasta bakımı ile ilgili değişkenler hakkında tam bir bilgi genelde bulunmamaktadır. Bununla birlikte sınırlı sayıda sonuç belirlenmiş ve düzenlenmişse ve en iyisi olmasada, hasta bakımı hedeflerine ulaşmak için yeterli olan hemşirelik girişimleri seçiliyorsa hemşirelik kararları daha nesnel ve sistematik olabilir (Boulding) (27).

Hemşireler karar kuramının kavramlarını hemşirelik sürecine uygulayarak, hasta bakımıyla ilgili değişkenleri daha iyi belirleyebilmeli ve hemşirelik bakımının hedeflerine daha kolay ulaşabilmelidir.

Kritik bakım ünitelerinde çalışan hemşireler, diğer alanlarda çalışan hemşirelere göre daha fazla karar verme sorumluluğu taşırlar. Zamanında ve doğru karar verme kritik hasta bakımının temelidir. Kritik bakım veren hemşire hasta bakımında fizyolojik ve psikolojik değişikliklere karşı çok dikkatli olmalıdır.

Bakım, hemşirenin ne gördüğüne, ne işittiğine, ne hissettiğine bağlıdır. Çeşitli hastalıklar ile meydana gelebilen küçük değişiklikleri erken tanıyarak, tedavi erken başlatılabilir ve ciddi komplikasyonlar önlenir.

Kritik bakım, ciddi hastalıklar veya acil bir olayın meydana gelmesiyle sağlığı bozulan bireye, teknolojik olanaklarla birlikte kritik bakım bilgisi doğrultusunda bakımın eksiksiz olarak verilmesini içerir (31).

Kritik bakım veren hemşireler, kriz durumlarında içinde buldukları koşullara göre hemen ve doğru karar verebilmelidirler. Bunun için koroner yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kritik düşünme becerisi gelişmiş olmalıdır. Bilişsel bir süreç olan kritik düşünme iyi bir bilgi tabanının edinilmesi, bilgilerin ayıklanması ve sentezi, karar verme ve kararların uygulanması becerilerini gerektirir. Profesyonel hemşire uygulama ortamlarında kritik olarak düşünebilmelidir (15).

Hemşireler kritik durumlarda çabuk ve doğru karar vermekle kalmayıp verdikleri kararlarda önceliği belirleyebilmelidirler. Hemşire, hastanın sağlık

sorunlarını tanımlar tanımlamaz daha acil ve daha az acil olanları belirleyerek öncelikleri saptamalıdır. Hem hemşire hem de hasta için kabul edilebilir olan kısa ve uzun vadeli hedefler karşılıklı olarak tanımlanır, öncelik sırasını belirten liste hazırlanır, hemşirelik girişimleri planlanır böylece sürecin akışı sağlanır.

Koroner yoğun bakım hemşireleri diğer bilgilerinin yanısıra birime özgü klinik bilgiye de sahip olmalıdır.

Klinik bilgi, kuramsal ve bilimsel bilgilerin deneyimlerle gelişen, uygulamalı bilgi arasındaki ilişkileri sistematik yaklaşım yolu ile elde edilen bir bileşim olarak tanımlanabilir. Aynı şekilde klinik bilgi "ne", "nasıl" ve "niçin" lerin yanıtlarını bilmek diye de açıklanabilir (53).

Koroner yoğun bakım gibi kritik bakım birimlerinde hemşireler doğru sonuçlara doğru karar gerekçeleri ile ulaşabilirler. Bu noktada çıkarım ve eylemin birbiri ile ilişkili olup olmadığını bilmek önemlidir. Bu ilişkide doğru eylemin doğru gerekçeye dayandırılması söz konusudur. Böylece hemşireler verdikleri kararın nedenini niçinini açıklayabilirler.

Hemşirelerin karar vermesini etkileyen pek çok faktör vardır. Bunlardan bazıları bilgi, deneyim, uzmanlık, stres, zaman, rol modeli, karar verme tekniklerinin kullanılmasıdır (12,42,53).

Bilgiler, sorunların saptanmasını sağlar; sorunların çözümünde olası girişimler ve bu girişimlerin olası sonuçları hakkında fikir verir. Bunun yanı sıra hedeflerin belirlenmesinde ve hedeflere ulaşmada riski azaltır ve bir eylem şeklinin doğruluğuna yardımcı olurlar (60).

Deneyim, karar vermede önemli bir faktördür. Deneyim, beklenen sonuçların elde edilmesi için gerekli girişimi belirlemede hemşireye yardımcı olur. Houser'in araştırmalarında, önceki klinik deneyimin, hem kritik bakım bilgisi hem de kritik bakım becerileri açısından performansın en iyi belirleyicisi olduğu saptanmıştır (15).

Hemşirenin karar vermesinde rol oynayan diğer bir faktör **uzmanlıktır.** Benner, uzman hemşireyi yapılacak işi parça parça çeşitli yönleriyle değil de, bir bütün olarak algılayabilen kişi olarak tanımlar (15).

Uzman hemşire, belli bir durumda kendisinden hangi tutum ve davranışların beklendiğini ve durumlara göre kararların nasıl değiştirilmesi gerektiğini bilir. Hastanın durumundaki değişiklikleri erken tanıyarak durumu düzeltmek için önlem alabilir.

Kritik bakım hemşiresinin uzmanlık düzeyi hasta durumunun beklenen sonuca ulaşmasına önemli ölçüde katkıda bulunur. Kritik hastalar ve aileleri, kritik bakım hemşiresine bağımlıdırlar. Hastanın, kritik bakım hemşireliğinin tüm konularında uzman olan bir hemşire tarafından ele alınması

başarılı bir sonucun ortaya çıkması için temeldir. Eğer hemşirenin durumu kontrol ettiği görülmezse hasta ve ailesi açısından endişe ortaya çıkabilir.

Zaman da kararların verilmesinde etkin bir rol oynar. Sonuca hızla ulaşmak gerektiği durumlarda, karar ile eylem arasındaki süre çok azdır. Hatta, bu gibi durumlarda karar süreci de en az bir zaman süreci içinde başarılıdır; amaca ulaştıracak çeşitli yollar, hareket biçimleri, yani seçeneklerin karşılaştırılması üzerinde zaman kaybedilmemelidir. Karar sürecinin başlangıcı ile amaca tamamen ulaşma anına kadar geçen sürenin uzunluk ya da kısalığı çok önemlidir. Ani karar verilen, hemen uygulamaya geçilen durumlarda, kararın etkinlik ve verimliliği azalabilir; çünkü çeşitli seçenekleri düşünme ve gereği şekilde yargılama olanağı olmayabilir. Bilgi ve deneyim hızlı karar vermede en etkili faktörlerdir (42,62).

Stres, karar vermede etkili diğer bir faktördür. Hemşirenin durum üzerine odaklanmasını sağlayan stres olumlu bir etki olarak kullanılabilir. Bununla birlikte stres olumsuz bir etki de yaratabilir. Cleland, çevresel stresörlerin artmasının hemşirelerin karar sürecinin niteliğinde gerileme yaptığını belirtmektedir (12). Buna bağlı olarak hasta durumuna müdahalede başarısızlık olabilir.

Aşırı stres, hemşirenin karar verme yeteneğini ve verimliliğini azaltabilir; böylece hata yapmada büyük bir faktör olabilir.

Rol modeli de karar vermede önemli bir faktördür. Özellikle uzman hemşirenin, işe yeni başlayan hemşireye kendi karar vermesini gözlemletmesi deneyimsiz hemşirenin tek başına vereceği kararlarda karar stratejilerini belirlemede yardımcı olabilir (12).

Karar verme tekniklerinin kullanılması da hemşirelerin karar vermesinde rol oynayan bir faktördür. Birçok klinik sorunu çözmeye genellikle yapılandırılmamış karar verme teknikleri kullanılır.

Deneme ve yanılma yapılandırılmamış bilimsel olmayan bir tekniktir. Yaygın olarak kullanılmasına karşın bu strateji sorunların karmaşık, karar süresinin sınırlı ve seçeneklerin her an belirgin olmadığı kritik bakım ortamlarında etkisizdir. Bununla birlikte pek az sayıda hemşire karar verme yeteneklerini arttıracak daha yapısal ve bilimsel teknikleri bilmektedir (42).

Yapısal karar verme tekniği karar veren hemşireye, seçeneklerin riskleri ve yararlarını incelemeye yardımcı olur.

Bağıntılı ve bağıntısız verilerin olduğu bunun yanı sıra belirgin seçeneklerin olmadığı kritik bakım durumlarında yapılandırılmış bir karar verme tekniğinin kullanılması yararlıdır. Çünkü farklı seçenekler ve seçeneklere bağlı

değerler tasarlanır. Hemşire kendi bilişsel ve kişisel eğilimlerini katmaksızın çeşitli seçenekleri düşünerek ve seçeneklere değerler vererek veriler üzerinde daha çok kontrol sahibi olur.

Karar vermede yardımcı olan çeşitli yapılandırılmış teknikler vardır. Örneğin Bayes'in kuramı teşhisleri belirlemede yararlıdır.

Bu kuram, bazı klinik bulguların varlığı ya da yokluğunu gözönünde bulundurarak bir teşhisin olasılığını tahmin eden istatistiksel bir işlemdir. Bu işlem, gözardı edilen temel bilgileri düşünmeye ittiği için hemşirenin klinik yargılar geliştirmesini sağlar.

Algoritmalar da seçenekleri belirlemede hemşireye yardımcı olabilir.

Hemşirelik süreci, karar verme sürecinin çeşitli adımları tanımlanmış olduğundan dolayı yapılandırılmış bir tekniktir (42).

Kritik bakımda objektif ve sistematik karar verme tekniklerinin kullanılması, karar verme eyleminin etkinliğini ve niteliğini artırabilir.

3. MATERYAL VE METOD

Araştırma, Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelerin kritik durumlarda hemen karar verme işlevinin analizi amacıyla yapılmıştır.

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ

Bu çalışma 1990-1991 yılları arasında, İstanbul Üniversitesi "Araştırma ve Uygulama Hastaneleri", Marmara Üniversitesi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı İstanbul Göğüs Cerrahisi Merkezi, Sosyal Sigortalar Kurumu İstanbul Hastanesi, Amiral Bristol Hastanesi, International Hospital ve Florance Nightingale Hastanesi KYBÜ'de çalışmakta olan sorumlu ve ünite hemşireleri ile gerçekleştirilmiştir.

Kritik durumlarda "hemen ve doğru karar verme durumunda" olmaları sebebiyle KYBÜ'de çalışan hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN DENEKLERİN SEÇİMİ

Araştırma kapsamına alınan toplam 50 denek, araştırmayı kabul eden hemşireler arasından rastlantısal örneklem ile seçilmiştir.

3.3 VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplama aracı olarak, literatür bilgilerinin ışığı altında hazırlanan anket formu ile görüşme kılavuzu kullanılmıştır.

Anket formu hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan toplam 10 sorudan oluşturulmuştur.

Görüşme kılavuzu ise, KYBÜ'ne 2 gün önce Anteroseptal Miyokard İnfarktüsü tanısı ile yatırılmış olan 34 yaşındaki bir vak'a örneğini içermektedir. Vak'a örneği uygun bir ortamda bireysel görüşme yoluyla hemşirelere okutulmuş, Vak'a ile ilgili kararlarını 1 dakika içinde öncelik sırasına göre belirtmeleri istenmiş ve yanıtları görüşme kılavuzuna kaydedilmiştir. Vak'a örneğinde öncelikle verilmesi gereken kararlar Literatür bilgisine dayanarak ve uzman hemşirelerin görüşleri alınarak belirlenmiş, deneklerin bu karar noktalarına uymaları beklenmiştir. Bunun yanı sıra örnekleme alınan hemşirelerin vak'a ile ilgili verdikleri kararların gerekçelerini açıklamaları, kararlarını etkileyen faktörleri belirtmeleri, KYBÜ'de hemen girişimde bulunulması gereken hasta bakım durumlarını açıklamaları istenmiştir.

3.4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elde edilen veriler istatistiksel yönden yüzdellik ve χ^2 testi uygulanarak değerlendirilmiş ve sonuçlar tablolar halinde toplanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgular ve bu bulguların istatistiksel değerlendirilmesi verilmiştir.

TABLO - 1

Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

TABLO - 1.1.

Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş	Sayı (N)	%
18 - 25	32	64
26 - 40	18	36
Toplam	50	100

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin %64'ü 18-25 % 36'sı ise 26 - 40 yaş arasındadır. Hemşirelerin büyük çoğunluğu 18-25 yaş arasında bulunmaktadır.

TABLO 1.2.

Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Sayı (N)	%
Evli	10	20
Bekar	40	80
Toplam	50	100

Hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde; % 20'sinin evli, % 80'inin bekar oldukları görülmektedir. Bu sonuca göre hemşirelerin büyük çoğunluğu bekadır.

TABLO - 1.3.

Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımlı

Eğitim	Sayı (N)	%
Sağlık Meslek Lisesi	25	50
Ön Lisans	6	12
Hemşirelik Yüksekokulu	16	32
Yüksek Lisans	3	6
Toplam	50	100

Deneklerin eğitim düzeyine bakıldığında, % 50'sinin Sağlık Meslek Lisesi, % 12'sinin Ön Lisans, % 32'sinin Yüksekokul, % 6'sının Yüksek Lisans Mezunu oldukları görülmektedir. Buna göre araştırma kapsamına alınan hemşirelerin büyük çoğunluğu Sağlık Meslek Lisesi çıkışlıdır.

TABLO - 1.4.

Deneyim Sürelerine Göre Dağılımlı

Deneyim	Sayı (N)	%
1 - 5 yıl	32	64
5 yıl ve üstü	18	36
Toplam	50	100

Toplam deneyim sürelerine göre hemşirelerin dağılımlı incelendiğinde; %64'ünün 1-5 yıl arası, %36'sının ise 5 yıl ve daha fazla deneyime sahip olduğu görülmektedir.

TABLO - 1.5.

KYBÜ'deki Deneyim Sürelerine Göre Dağılımı

Deneyim	Sayı (N)	%
1 - 5 yıl	37	74
5 yıl ve üstü	13	26
Toplam	50	100

Hemşirelerin KYBÜ'deki deneyim sürelerine göre dağılımı incelendiğinde; %74'ünün 1-5 yıl arası, %26'sının 5 yıl ve daha fazla deneyimi olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına giren hemşirelerin büyük çoğunluğunu 1-5 yıl arası deneyime sahip hemşireler oluşturmaktadır.

TABLO - 1.6.

Görevlendirilme Şekillerine Göre Dağılımı

Görevlendirilme Şekli	Sayı (N)	%
İsteyerek	32	64
Kurumca	18	36
Toplam	50	100

Deneklerin görevlendirilme şekillerine göre dağılımı incelendiğinde; %64'ünün kendi istekleri ile, %36'sının kurum tarafından görevlendirildikleri belirlenmiştir. Buna göre, KYBÜ'de isteyerek görev alanlar çoğunluktadır.

TABLO 1.7.
Statülerine Göre Dağılımı

Statü	Sayı (N)	%
Hemşire	40	80
S.Hemşire	10	20
Toplam	50	100

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin % 80'inin Ünite hemşiresi, % 20'sinin Sorumlu hemşire olarak görev yaptığı bulunmuştur.

TABLO - 1.8.

KYBÜ ile ilgili Oryantasyon Programı Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Oryantasyon	Sayı (N)	%
Alan	16	32
Almayan	34	68
Toplam	50	100

Hemşirelerin % 32'sinin KYBÜ'de oryantasyon programına katılmış olduğu, % 68'inin ise katılmadığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre hemşirelerin büyük çoğunluğu oryantasyon programına katılmamıştır.

TABLO - 1.9.

Hizmet-İçi Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Hizmet-içi Eğitim	Sayı (N)	%
Alan	21	42
Almayan	29	58
Toplam	50	100

Hemşirelerin % 42'sinin hizmet-içi eğitimi aldığı, % 58'inin almadığı saptanmıştır. Buna göre hemşirelerin yarısından fazlasının hizmet-içi eğitim almadığı belirlenmiştir.

TABLO - 1.10.

Kritik Bakım Eğitimi Alma Durumlarına
Göre Dağılımı

Kritik Bakım Eğitimi	Sayı (N)	%
Alan	19	38
Almayan	31	62
Toplam	50	100

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin % 62 gibi çoğunluğunun kritik bakım eğitimi almadığı saptanmıştır.

TABLO - 1.11.

Hasta Bakım Protokollerine Sahip Olma Durumlarına
Göre Dağılımı

Hasta Bakım Protokolleri	Sayı (N)	%
Var	14	28
Yok	36	72
Toplam	50	100

Hemşirelerin çalıştıkları üniteye protokollerin varlığı araştırıldığında, % 72 gibi büyük çoğunluk protokollerin olmadığını belirtmişlerdir.

TABLO - 2

Hemşirelerin, Vak'a Örneğinde Verilmesi Beklenen Kararlara Öncelik Sırasına Göre Uyumlu Yanıt Verme Durumlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

TABLO - 2.1.

Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

KARARLAR	EĞİTİM DÜZEYİ								
	SAĞLIK MESLEK LİSESİ	N	ÖN LİSANS	N	YÜKSEK OKUL	N	YÜKSEK LİSANS	N	P
1.Tıbbi Yardım İsteme	1	25	0	6	0	16	1	3	Anlamlı Değil
2.Vital Bulguları Değerlendirme	11	25	2	6	6	16	0	3	Anlamlı Değil
3.Oksijen verme	5	25	1	6	0	16	0	3	Anlamlı Değil
4.EKG örneğini Değerlendirme	0	25	0	6	0	16	1	3	Anlamlı Değil
5.Ağrıyı Tanılama	0	25	0	6	0	16	0	3	Anlamlı Değil
6.Nitrogliserin verme	0	25	0	6	0	16	0	3	Anlamlı Değil
7.Morfin verme	1	25	0	6	0	16	0	3	Anlamlı Değil
8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	0	25	0	6	0	16	0	3	Anlamlı Değil

Bütün karar noktaları açısından öğrenim durumlarına göre kararların öncelik sırasında gruplar arası anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO 2.2.

Deneyim Sürelerine Göre Dağılımı

	KARARLAR	TOPLAM DENEYİM SÜRESİ				
		1-5 YIL	N	5 YIL ve üstü	N	P
ÖNCELİK SIRASI	1.Tıbbi Yardım İsteme	0	32	2	18	Anlamlı Değil
	2.Vital Bulguları Değerlendirme	10	32	9	18	Anlamlı Değil
	3.Oksijen verme	3	32	3	18	Anlamlı Değil
	4.EKG örneğini Değerlendirme	0	32	1	18	Anlamlı Değil
	5.Ağrıyı Tanılama	0	32	0	18	Dağılım Farkı Yok
	6.Nitrogliserin verme	0	32	0	18	Dağılım Farkı Yok
	7.Morfin verme	1	32	0	18	Anlamlı Değil
	8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	0	32	0	18	Dağılım Farkı Yok

Bütün karar noktaları açısından toplam deneyim süresine göre kararların öncelik sırasında gruplar arası anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 2.3.

KYBÜ'deki Deneyim Sürelerine Göre Dağılımı

	KARARLAR	KYBÜ'DE DENEYİM SÜRESİ				P
		1-5 YIL	N	5 YIL ve üstü	N	
ÖNCELİK SİRASI	1.Tıbbi Yardım İsteme	0	37	1	13	Anlamlı Değil
	2.Vital Bulguları Değerlendirme	12	37	7	13	Anlamlı Değil
	3.Oksijen verme	3	37	3	13	Anlamlı Değil
	4.EKG örneğini Değerlendirme	0	37	1	13	Anlamlı Değil
	5.Ağrıyı Tanılama	0	37	0	13	Dağılım Farkı Yok
	6.Nitrogliserin verme	0	37	0	13	Dağılım Farkı Yok
	7.Morfin verme	1	37	0	13	Anlamlı Değil
	8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	0	37	0	13	Dağılım Farkı Yok

Bütün karar noktaları açısından KYBÜ'de deneyim süresine göre kararların öncelik sırasında gruplar arası anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 2.4.

Görevlendirilme Şekillerine Göre Dağılımı

	KARARLAR	GÖREVLENDİRİLME ŞEKİLLERİ				
		ISTEYERE	N	KURUMCA	N	P
ÖNCELİK SIRASI	1.Tıbbi Yardım İsteme	2	32	0	18	Anlamlı Değil
	2.Vital Bulguları Değerlendirme	10	32	9	18	Anlamlı Değil
	3.Oksijen verme	4	32	2	18	Anlamlı Değil
	4.EKG örneğini Değerlendirme	1	32	0	18	Anlamlı Değil
	5.Ağrıyı Tanılama	0	32	0	18	Dağılım Farkı Yok
	6.Nitrogliserin verme	0	32	0	18	Dağılım Farkı Yok
	7.Morfin verme	0	32	1	18	Anlamlı Değil
	8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	0	32	0	18	Dağılım Farkı Yok

Bütün karar noktaları açısından KYBÜ'de çalışma isteğine göre gruplar arası anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 2.5.

Statülerine Göre Dağılımı

	KARARLAR	HEMŞİRELERİN STATÜLERİ				
		HEMŞİRE	N	S. HEMŞİRE	N	P
ÖNCELİK SIRASI	1.Tıbbi Yardım İsteme	1	40	1	10	Anlamlı Değil
	2.Vital Bulguları Değerlendirme	15	40	4	10	Anlamlı Değil
	3.Oksijen verme	6	40	0	10	Anlamlı Değil
	4.EKG örneğini Değerlendirme	0	40	1	10	Anlamlı Değil
	5.Ağrıyı Tanılama	0	40	0	10	Dağılım Farkı Yok
	6.Nitrogliserin verme	0	40	0	10	Dağılım Farkı Yok
	7.Morfin verme	1	40	0	10	Anlamlı Değil
	8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	0	40	0	10	Dağılım Farkı Yok

Bütün karar noktaları açısından KYBÜ'deki statülerine göre kararların öncelik sırasında gruplar arası anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

Tablo 2.6.

KYBÜ ile ilgili Oryantasyon Programı Alma Durumlarına
Göre Dağılımı

	KARARLAR	ORYANTASYON PROGRAMI				
		ALAN	N	ALMAYAN	N	P
ÖNCELİK SIRASI	1.Tıbbi Yardım İsteme	0	16	2	34	Anlamlı Değil
	2.Vital Bulguları Değerlendirme	5	16	14	34	Anlamlı Değil
	3.Oksijen verme	1	16	5	34	Anlamlı Değil
	4.EKG örneğini Değerlendirme	0	16	1	34	Anlamlı Değil
	5.Ağrıyı Tanılama	0	16	0	34	Dağılım Farkı Yok
	6.Nitrogliserin verme	0	16	0	34	Dağılım Farkı Yok
	7.Morfin verme	1	16	0	34	Anlamlı Değil
	8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	0	16	0	34	Dağılım Farkı Yok

Bütün karar noktaları açısından oryantasyon programı alma durumlarına göre kararların öncelik sırasında gruplar arası anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 2.7.

**Hizmet-İçi Eğitimi Alma Durumlarına
Göre Dağılımı**

	KARARLAR	HİZMET - İÇİ EĞİTİM				
		ALAN	N	ALMAYAN	N	P
ÖNCELİK SIRASI	1.Tıbbi Yardım İsteme	2	21	0	29	Anlamlı Değil
	2.Vital Bulguları Değerlendirme	11	21	8	29	Anlamlı Değil
	3.Oksijen verme	2	21	4	29	Anlamlı Değil
	4.EKG örneğini Değerlendirme	1	21	0	29	Anlamlı Değil
	5.Ağrıyı Tanılama	0	21	0	29	Dağılım Farkı Yok
	6.Nitrogliserin verme	0	21	0	29	Dağılım Farkı Yok
	7.Morfin verme	0	21	1	29	Anlamlı Değil
	8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	0	21	0	29	Dağılım Farkı Yok

Bütün karar noktaları açısından hizmet-içi eğitimi alma durumlarına göre kararların öncelik sırasında gruplar arası anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 2.8.
Kritik Bakım Eğitimi Alma Durumlarına
Göre Dağılımı

	KARARLAR	KRİTİK BAKIM EĞİTİMİ				
		ALAN	N	ALMAYAN	N	P
ÖNCELİK SIRASI	1.Tıbbi Yardım İsteme	2	19	0	31	Anlamlı Değil
	2.Vital Bulguları Değerlendirme	10	19	9	31	Anlamlı Değil
	3.Oksijen verme	2	19	4	31	Anlamlı Değil
	4.EKG örneğini Değerlendirme	1	19	0	31	Anlamlı Değil
	5.Ağrıyı Tanılama	0	19	0	31	Dağılım Farkı Yok
	6.Nitrogliserin verme	0	19	0	31	Dağılım Farkı Yok
	7.Morfin verme	0	19	1	31	Anlamlı Değil
	8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	0	19	0	31	Dağılım Farkı Yok

Bütün karar noktaları açısından kritik bakım eğitimi alma durumlarına göre kararların öncelik sırasında gruplar arası anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 2.9.

Verilen Vak'a Örneğine Benzer Vak'a ile Karşılaşma Sıklığına Göre Dağılımı

	KARARLAR	VAK'A İLE KARŞILAŞMA SIKLIĞI								
		NADİREN	N	BAZEN	N	SİK	N	COK SİK	N	P
ÖNCELİK SIRASI	1.Tıbbi Yardım İsteme	3	6	4	5	21	29	7	10	Anlamlı Değil
	2.Vital Bulguları Değerlendirme	5	6	5	5	22	29	10	10	Anlamlı Değil
	3.Oksijen verme	4	6	5	5	26	29	10	10	Anlamlı Değil
	4.EKG örneğini Değerlendirme	1	6	2	5	8	29	3	10	Anlamlı Değil
	5.Ağrıyı Tanılama	2	6	0	5	2	29	1	10	Anlamlı Değil
	6.Nitrogliserin verme	3	6	2	5	20	29	7	10	Anlamlı Değil
	7.Morfin verme	3	6	3	5	12	29	5	10	Anlamlı Değil
	8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	1	6	3	5	10	29	1	10	Anlamlı Değil

Bütün karar noktaları açısından verilen Vak'aya benzer Vak'a ile karşılaşma sıklığına göre kararların öncelik sırasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

1.0. TÜRKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

TABLO - 2.10.

**Hasta Bakım Protokollerine Sahip Olma
Durumlarına Göre Dağılımı**

	KARARLAR	HASTA BAKIM PROTOKOLLERİ				
		VAR	N	YOK	N	P
ÖNCELİK SIRASI	1.Tıbbi Yardım İsteme	6	14	29	36	Anlamlı Değil
	2.Vital Bulguları Değerlendirme	13	14	29	36	Anlamlı Değil
	3.Oksijen verme	12	14	33	36	Anlamlı Değil
	4.EKG örneğini Değerlendirme	3	14	11	36	Anlamlı Değil
	5.Ağrıyı Tanılama	3	14	2	36	Anlamlı Değil
	6.Nitrogliserin verme	7	14	25	36	Anlamlı Değil
	7.Morfin verme	5	14	18	36	Anlamlı Değil
	8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	2	14	13	36	Anlamlı Değil

2.;3.;4.;5.;6.;7.;8. Karar noktaları açısından hasta bakım protokollerine sahip olma durumlarına göre kararların öncelik sırasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

1.Karar noktasında hasta bakım protokolleri olmayanların olanlara göre daha fazla oranda uyumlu yanıt verdiği ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($0.001 < P < 0.01$).

TABLO - 3

Hemşirelerin Vak'a Örneği ile İlgili Verdikleri Kararların Gerekçelerini Açıklama Durumlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

TABLO - 3.1.

Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

KARARLAR	EĞİTİM DÜZEYİ								
	SAĞLIK MESLEK LİSESİ	N	ÖN LİSANS	N	YÜKSEK OKUL	N	YÜKSEK LİSANS	N	P
1.Tıbbi Yardım İsteme	17	17	4	4	11	11	3	3	Anlamlı Değil
2.Vital Bulguları Değerlendirme	14	21	1	4	4	14	2	3	Anlamlı Değil
3.Oksijen verme	11	24	2	5	4	13	2	3	Anlamlı Değil
4.EKG örneğini Değerlendirme	7	7	2	2	4	4	1	1	Anlamlı Değil
5.Ağrıyı Tanılama	1	3	0	0	1	2	0	0	Anlamlı Değil
6.Nitrogliserin verme	14	16	5	5	9	9	2	2	Anlamlı Değil
7.Morfin verme	13	13	3	3	5	5	2	2	Anlamlı Değil
8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	4	7	1	2	4	4	2	2	Anlamlı Değil

Bütün karar noktaları açısından eğitim düzeylerine göre kararlarının gerekçelerini açıklayanlar arasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 3.2.

Deneyim Sürelerine Göre Dağılımı

KARARLAR	TOPLAM DENEYİM SÜRESİ				
	1-5 YIL	N	5 YIL ve üstü	N	P
1. Tıbbi Yardım İsteme	22	22	13	13	Anlamlı Değil
2. Vital Bulguları Değerlendirme	11	25	10	17	Anlamlı Değil
3. Oksijen verme	10	28	9	17	Anlamlı Değil
4. EKG örneğini Değerlendirme	8	8	6	6	Anlamlı Değil
5. Ağrıyı Tanılama	1	3	1	2	Anlamlı Değil
6. Nitrogliserin verme	18	20	12	12	Anlamlı Değil
7. Morfin verme	15	15	8	8	Anlamlı Değil
8. 12 Derivasyonlu EKG Çekme	6	9	5	6	Anlamlı Değil

Bütün karar noktaları açısından deneyim sürelerine göre kararlarının gerekçelerini açıklayanlar arasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 3.3.

KYBÜ'deki Deneyim Sürelerine Göre Dağılımı

KARARLAR	KYBÜ'DE DENEYİM SÜRESİ				
	1-5 YIL	N	5 YIL ve üstü	N	P
1.Tıbbi Yardım İsteme	28	28	7	7	Anlamlı Değil
2.Vital Bulguları Değerlendirme	14	30	7	12	Anlamlı Değil
3.Oksijen verme	12	33	7	12	Anlamlı Değil
4.EKG örneğini Değerlendirme	9	9	5	5	Anlamlı Değil
5.Ağrıyı Tanılama	1	3	1	2	Anlamlı Değil
6.Nitrogliserin verme	22	24	8	8	Anlamlı Değil
7.Morfin verme	17	17	6	6	Anlamlı Değil
8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	9	13	2	2	Anlamlı Değil

Bütün karar noktaları açısından KYBÜ'de deneyim sürelerine göre kararlarının gerekçelerini açıklayanlar arasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 3.4.

Görevlendirilme Şekillerine Göre Dağılımı

KARARLAR	GÖREVLENDİRİLME ŞEKİLLERİ				
	ISTEYERE	N	KURUMCA	N	P
1.Tıbbi Yardım İsteme	23	23	12	12	Anlamlı Değil
2.Vital Bulguları Değerlendirme	15	28	6	14	Anlamlı Değil
3.Oksijen verme	11	29	8	16	Anlamlı Değil
4.EKG örneğini Değerlendirme	9	9	5	5	Anlamlı Değil
5.Ağrıyı Tanılama	1	3	1	2	Anlamlı Değil
6.Nitrogliserin verme	19	20	11	12	Anlamlı Değil
7.Morfin verme	15	15	8	8	Anlamlı Değil
8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	10	13	1	2	Anlamlı Değil

Bütün karar noktaları açısından hemşirelerin görevlendirilme şekillerine göre kararlarının gerekçelerini açıklayanlar arasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 3.5.
Statülerine Göre Dağılımı

KARARLAR	HEMŞİRELERİN STATÜLERİ				
	HEMSİRE	N	S. HEMSİRE	N	P
1.Tıbbi Yardım İsteme	31	31	4	4	Anlamlı Değil
2.Vital Bulguları Değerlendirme	17	35	4	7	Anlamlı Değil
3.Oksijen verme	13	36	6	9	Anlamlı Değil
4.EKG örneğini Değerlendirme	11	11	3	3	Anlamlı Değil
5.Ağrıyı Tanılama	0	3	2	2	Anlamlı Değil
6.Nitrogliserin verme	23	25	7	7	Anlamlı Değil
7.Morfin verme	19	19	4	4	Anlamlı Değil
8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	7	11	4	4	Anlamlı Değil

Bütün karar noktaları açısından hemşirelerin KYBÜ'deki statülerine göre kararlarının gerekçelerini açıklayanlar arasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 3.6.

KYBÜ ile İlgili Oryantasyon Programı Alma Durumlarına
Göre Dağılımı

KARARLAR	ORYANTASYON PROGRAMI				
	ALAN	N	ALMAYAN	N	P
1.Tıbbi Yardım İsteme	10	10	25	25	Anlamlı Değil
2.Vital Bulguları Değerlendirme	8	13	13	28	Anlamlı Değil
3.Oksijen verme	6	14	13	31	Anlamlı Değil
4.EKG örneğini Değerlendirme	3	3	11	11	Anlamlı Değil
5.Ağrıyı Tanılama	2	4	0	1	Anlamlı Değil
6.Nitrogliserin verme	8	9	22	23	Anlamlı Değil
7.Morfin verme	4	4	19	19	Anlamlı Değil
8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	5	5	6	10	Anlamlı Değil

Bütün karar noktaları açısından hemşirelerin oryantasyon programı alma durumlarına göre kararlarının gerekçelerini açıklayanlar arasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 3.7.

**Hizmet-İçi Eğitimi Alma Durumlarına
Göre Dağılımı**

KARARLAR	HİZMET - İÇİ EĞİTİM				
	ALAN	N	ALMAYAN	N	P
1.Tıbbi Yardım İsteme	13	13	22	22	Anlamlı Değil
2.Vital Bulguları Değerlendirme	9	19	12	23	Anlamlı Değil
3.Oksijen verme	11	19	8	26	Anlamlı Değil
4.EKG örneğini Değerlendirme	5	5	9	9	Anlamlı Değil
5.Ağrıyı Tanılama	2	4	0	1	Anlamlı Değil
6.Nitrogliserin verme	12	12	18	20	Anlamlı Değil
7.Morfin verme	9	9	14	14	Anlamlı Değil
8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	2	2	9	13	Anlamlı Değil

Bütün karar noktaları açısından hemşirelerin hizmet-içi eğitim alma durumlarına göre kararlarının gerekçelerini açıklayanlar arasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 3.8.

**Kritik Bakım Eğitimi Alma Durumlarına
Göre Dağılımı**

KARARLAR	KRİTİK BAKIM EĞİTİMİ				
	ALAN	N	ALMAYAN	N	P
1.Tıbbi Yardım İsteme	12	12	23	23	Anlamlı Değil
2.Vital Bulguları Değerlendirme	12	18	9	24	Anlamlı Değil
3.Oksijen verme	9	16	10	29	Anlamlı Değil
4.EKG örneğini Değerlendirme	7	7	7	7	Anlamlı Değil
5.Ağrıyı Tanılama	1	2	1	3	Anlamlı Değil
6.Nitrogliserin verme	10	10	20	22	Anlamlı Değil
7.Morfin verme	8	8	15	15	Anlamlı Değil
8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	3	3	8	12	Anlamlı Değil

Bütün karar noktaları açısından kritik bakım eğitimi alma durumlarına göre kararlarının gerekçelerini açıklayanlar arasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 3.9.

Verilen Vak'a Örneğine Benzer Vak'a ile
Karşılaşma Sıklığına Göre Dağılımı

KARARLAR	VAK'A İLE KARŞILAŞMA SIKLIĞI								
	NADİREN	N	BAZEN	N	SIK	N	COK SIK	N	P
1.Tıbbi Yardım İsteme	3	3	4	4	21	21	7	7	Anlamlı Değil
2.Vital Bulguları Değerlendirme	1	5	2	5	14	22	4	10	Anlamlı Değil
3.Oksijen verme	3	4	2	5	11	26	3	10	Anlamlı Değil
4.EKG örneğini Değerlendirme	1	1	2	2	8	8	3	3	Anlamlı Değil
5.Ağrıyı Tanılama	2	2	-	0	-	1	-	2	Anlamlı Değil
6.Nitrogliserin verme	3	3	2	2	18	20	7	7	Anlamlı Değil
7.Morfin verme	3	3	3	3	12	12	5	5	Anlamlı Değil
8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	1	1	2	3	7	10	1	1	Anlamlı Değil

Bütün karar noktaları açısından hemşirelerin benzer vak'a ile karşılaşma sıklıklarına göre kararlarının gerekçelerini açıklayanlar arasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

TABLO - 3.10.

Hasta Bakım Protokollerine Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımı

KARARLAR	HASTA BAKIM PROTOKOLLERİ				
	VAR	N	YOK	N	P
1.Tıbbi Yardım İsteme	6	6	29	29	Anlamlı Değil
2.Vital Bulguları Değerlendirme	10	13	11	29	Anlamlı
3.Oksijen verme	6	12	13	33	Anlamlı Değil
4.EKG örneğini Değerlendirme	3	3	11	11	Anlamlı Değil
5.Ağrıyı Tanılama	2	3	0	2	Anlamlı Değil
6.Nitrogliserin verme	7	7	23	25	Anlamlı Değil
7.Morfin verme	3	5	9	18	Anlamlı Değil
8.12 Derivasyonlu EKG Çekme	2	2	9	13	Anlamlı Değil

1.;3.;4.;5.;6.;7.;8. karar noktaları açısından hasta bakım protokollerine sahip olma durumlarına göre kararlarının gerekçelerini açıklayanlar arasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır ($P > 0.05$).

Hasta bakım protokolleri olanların olmayanlara göre 2.karar noktasında gerekçelerini açıklama oranının daha fazla olduğu ve aralarında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır ($0.01 < P < 0.02$).

Tablo 4

Vak'a Örneğinde Hemşirelerin Verdikleri Kararları Öncelik Sırasına Göre Belirtme Durumlarının Dağılımı

Karar Noktaları	Öncelik Sırası									T.
	0*	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
Tıbbi Yardım İsteme	15	2	4	13	12	3	-	1	-	35
Vital Bulguları Değerlendirme	8	15	19	5	3	-	-	-	-	42
Oksijen Verme	5	28	8	6	3	-	-	-	-	45
EKG Örneğini Değerlendirme	36	2	5	3	1	3	-	-	-	14
Ağrıyı Tanılama	45	1	-	2	1	-	1	-	-	5
Nitrogliserin Verme	18	2	11	9	5	5	-	-	-	32
Morfin Verme	27	-	1	4	8	4	5	1	-	23
12 derivasyonlu EKG Çekme	35	-	2	3	5	4	1	-	-	15

* Yanıt Yok

Hemşirelerin verdikleri kararları öncelik sırasına göre belirtme durumları incelendiğinde; 1.derecede 3.karar noktası olan Oksijen vermeyi; 2.derecede 2.karar noktası olan Vital Bulguları Değerlendirmeyi; 3. ve 4.derecede 1.karar noktası olan Tıbbi Yardım İstemeyi; 5.derecede 6.karar noktası olan Nitrogliserin vermeyi uygun buldukları görülmektedir.

Diğer taraftan:

- 1.karar noktası olan Tıbbi Yardım İstemeyi, 35 hemşireden 13'ü 3.derecede;
- 2.karar noktası olan Vital Bulguları Değerlendirmeyi, 42 hemşireden 19'u 2.derecede;
- 3.karar noktası olan Oksijen Vermeyi, 45 hemşireden 28'i 1.derecede;
- 4.karar noktası olan EKG Örneğini Değerlendirmeyi, 14 hemşireden 5'i 2.derecede;
- 5.karar noktası olan Ağrıyı Tanılamayı, 5 hemşireden 2'si 3.derecede;
- 6.karar noktası olan Nitrogliserin Vermeyi, 32 hemşireden 11'i 2.derecede;
- 7.karar noktası olan Morfin Vermeyi, 23 hemşireden 8'i 4.derecede;
- 8.karar noktası olan 12 Derivasyonlu EKG Çekimini, 15 hemşireden 5'i 4.derecede önemli karar noktası olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Tablo 5

Hemşirelerin Kararlarını Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

FAKTÖRLER	ETKİLEME DURUMU							
	Etkilemiyor		Olumlu		Olumsuz		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bilgi	-	-	50	100	-	-	50	100
Deneyim	2	4	47	94	1	2	50	100
Stres	19	38	4	8	27	54	50	100
Rol Modeli	22	44	28	56	-	-	50	100
Hekim Otoritesi	10	20	19	38	21	42	50	100
Çalışma Ortamı	8	16	18	36	24	48	50	100
Protokoller	7	14	41	82	2	4	50	100

Tablo 5'de görüldüğü gibi hemşirelerin kararlarını etkileyen faktörler araştırıldığında; bilgi (%100) ve deneyimin (%94) büyük oranda kararlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

Hemşirelerin %82'si protokollerin, %56'sı rol modelinin kararlarını olumlu yönde etkilediğini; %54'ü stresin, %48'i çalışma ortamının, %42'si ise hekim otoritesinin kararlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

Tablo 6

Hemşirelerin KYBÜ'de Hemen Girişimde Bulunulması
Gereken Durumları Bilmelerine
Göre Dağılımı

KRİTİK DURUMLAR	YANIT VERME DURUMU					
	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Kardiyak Standstill	22	44	28	56	50	100
Ventriküler Taşikardi (VT)	34	68	16	32	50	100
Ventriküler Fibrilasyon (VF)	43	86	7	14	50	100
Sık Ventriküler Erken Atımlar (VEA)	22	44	28	56	50	100
Supra Ventriküler Taşikardi (SVT)	12	24	38	76	50	100
Kan Basıncında Ani Düşme	17	34	33	66	50	100
Kalp Hızında Ani Düşme	14	28	36	72	50	100
Miyokard Infarktüsü	11	22	39	78	50	100
Pace-maker Problemleri	1	2	49	98	50	100
Tam Blok	24	48	26	52	50	100
Solunum Problemleri	25	50	25	50	50	100
Akut Akciğer Ödemi	10	20	40	80	50	100

Hemşirelerin hemen karar vermeleri gereken hasta bakım durumları incelendiğinde; Tablo 6'da görüldüğü gibi %86'sı VF'u; %68'i VT'yi; %50'si solunum problemlerini; %48'i tam blok'u; %44'ü kardiyak standstill ve sık VEA'ları belirtmelerine karşın pace - maker problemlerini sadece %2 gibi çok az oranda hemşire hemen girişimde bulunulması gereken durum olarak gördüklerini ifade etmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Giriş ve Genel Bilgi bölümümüzde bahsettiğimiz gibi kritik bakım hemşireliğinin temelinde hemşirenin karar verme süreci yatar. Doğru ve zamanında karar verme ve bu kararları öncelik sırasına göre uygulayabilme Koroner Yoğun Bakım Ünitesi hemşirelerinden beklenen becerilerdir.

Hemşirelerin verilen Vak'a örneğinde kararlarını öncelik sırasına göre belirtme durumları bulguların ışığı altında aşağıda olduğu gibi yorumlanmıştır.

Örnekleme giren hemşirelerin eğitim düzeylerine göre kararlarını öncelik sırasına uygun olarak verme durumları araştırıldığında (Tablo 2.1.), gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Benzer bir araştırmada da çeşitli eğitim düzeylerine sahip hemşireler arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (53).

Hemşirelerin toplam deneyim sürelerine göre kararlara verdikleri öncelik sırası incelendiğinde; 1-5 yıl arası deneyime sahip hemşirelerle 5 yıl ve daha fazla deneyime sahip hemşireler arasında anlamlı bir dağılım farkı bulunamamıştır (Tablo 2.2.). Ancak tablo 2.2'de görüldüğü gibi daha sonraki karar noktalarının ön adımını oluşturan 2.karar noktası - vital bulguların değerlendirilmesine, 5 yıl ve daha fazla deneyimi olanların daha az deneyimlilere göre öncelik verdiği saptanmıştır.

Oysaki bireylerin deneyim süreleri arttıkça verdikleri kararların daha doğru olması beklenir.

Örneklem kapsamına alınan hemşirelerin KYBÜ'deki deneyim sürelerine göre verilen kararların öncelik sırası araştırıldığında, Tablo 2.3.'de görüldüğü gibi 1-5 yıl arası deneyime sahip hemşireler ile 5 yıl ve daha fazla deneyime sahip hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Halbuki Houser'in yaptığı bir araştırmada önceki klinik deneyimin hem temel kritik bilgi hem de temel kritik bakım becerileri açısından performansın en iyi belirleyicisi olduğu saptanmıştır (15). Toth ve Ritchey'in çalışması, Houser'in araştırmasını desteklemektedir. Bu çalışma, kritik bakımla ilgili temel bilgiler yönünden yeni mezun hemşireler ile deneyimli hemşireler arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılığın olduğunu göstermiştir (15). Bizim yaptığımız araştırmada gerek toplam deneyim süresinin gerekse KYBÜ'deki deneyim süresinin karar vermede etkinliğinin olmaması düşündürücüdür.

Tablo 2.4'de görüldüğü gibi hemşirelerin görevlendirilme şekillerine göre kararlarının öncelik sırası araştırıldığında, görevin isteyerek seçilmiş olması veya kurumca verilmiş olması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu da bize isteyerek görev almanın başarılı karar vermede etkili olmadığını göstermektedir.

KYBÜ'leri kritik alanlar olduklarından burada çalışan sorumlu hemşirelerin hasta bakımı hakkında karar vermede rol modeli olmaları beklenirken araştırma sonuçlarına göre (Tablo 2.5.) ünite hemşireleri ile aralarında bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç düşündürücüdür.

Oryantasyon programı almış olmanın karar vermeyi olumlu yönde etkileyeceği düşünülerek hemşirelerin oryantasyon programı alma durumlarına göre kararlara verdikleri öncelikler araştırıldığında, büyük çoğunluğunun oryantasyon programı almadığı (Tablo 1.8.) ve bununda karar vermeyi olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Tablo 2.6.).

Ancak Vital bulguların değerlendirilmesi ile ilgili karar noktasında, oryantasyon programı almayanların kararlardaki önceliğe uyumlu yanıt verme oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Oryantasyon programı almayanların bu karar noktasında yoğunlaşmaları, özellikle KYBÜ'de Vital bulguların diğer servislere göre daha sık takip edilmesi ile açıklanabilir.

Hemşirelerin hizmet - içi eğitim alma durumlarına göre kararlara verdikleri öncelikler incelendiğinde (Tablo 2.7.); hizmet-içi eğitim alanlar ile almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bunun yanısıra hizmet-içi eğitim almayanların daha fazla oranda oldukları görülmüştür (Tablo 1.9.). Bu sonucun karar vermeyi olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Tablo 2.8.'de görüldüğü gibi hemşirelerin kritik bakım eğitimi alma durumlarına göre kararlara verdikleri öncelikler araştırıldığında, kritik bakım eğitimi alanlar ile almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark bulunamamıştır. Ancak kritik bakım eğitimi almayanların daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 1.10.). Bu sonucun karar vermeyi olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Ayrıca 2.karar noktası olan vital bulguların değerlendirilmesine kritik bakım eğitimi alanların almayanlara göre daha fazla öncelik verdikleri görülmüştür (Tablo 2.8.). Buna göre spesifik eğitim programlarının yapılmış olmasının karar vermeyi olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir.

Benzer Vak'alarla karşılaşma sıklığı ne kadar fazlaysa karar verme başarısında o kadar artması beklenirken, bizim araştırmamızda benzer vak'a ile sık karşılaşma oranı %58 olmasına rağmen bu sonucun karar vermeyi olumlu yönde etkilemediği görülmüştür (Tablo 2.9.). Bu sonuca, oryantasyon programının, hizmet-içi, kritik bakım eğitiminin düzenli ve yeterli bir şekilde alınmamış olmasının olumsuz yönde katkıda bulunduğu düşünülebilir.

Kritik durumlara yaklaşımla ilgili protokollerin oluşturulması, bu üniteye çalışan hemşirelerin kritik durumlarda hemen karar vermelerinde etkili olacağı kanısındayız. Bu protokoller sayesinde hemşireler daha hızlı, daha doğru ve kabul edilebilir kararlar verebilecektir. Bu düşünce doğrultusunda yapılan incelemede Tablo 1.11'de görüldüğü gibi hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalıştıkları üniteye protokollerin olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte protokolleri bulunan

Ünitelerde çalışan hemşirelerin karar vermede diğer gruba göre etkin olmadıkları görülmüştür (Tablo 2.10.). Bu da, uygulamada hemşirelik yaklaşımına ilişkin protokollerin olmaması veya yetersiz ve özümledirilmemiş olması şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 2.10.'da görüldüğü gibi hasta bakım protokolleri olmayanların olanlara göre 1.karar noktası olan Tıbbi yardım istemeye uyumlu yanıt verme durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu da bize protokollerin yokluğunun karar vermede belirsizliğe neden olduğunu ve tıbbi yardım istemeye eğilimi arttırdığını düşündürebilir.

Hemşirelerin Vak'a örneği ile ilgili verdikleri kararların gerekçelerini açıklama durumları bulguların ışığı altında aşağıda olduğu gibi yorumlanmıştır.

Örnekleme alınan hemşirelerin eğitim düzeylerine göre verdikleri kararların gerekçelerini açıklamaları incelendiğinde, farklı eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.1.). Verilen kararların neden verildiklerinin açıklanamaması düşündürücüdür.

Hemşirelerin verdikleri kararların gerekçelerini açıklayamamaları, hasta bakımı için verilen kararların sözlü gerekçesini açıklamada hemşirelerin pratik kazanmamış olmasına, dolayısıyla hasta bakım vizitlerinin ve Vak'a tartışmalarının yetersiz ya da hiç yapılmamasından kaynaklanabileceği kanısındayız.

Hemşirelerin toplam deneyim sürelerinin kararların gerekçelerini açıklamada etkili olabileceği düşünülerek yapılan incelemede, 1-5 yıl deneyim süresine sahip hemşirelerle 5 yıldan daha fazla deneyim süresine sahip hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.2.).

Tablo 3.3'de görüldüğü gibi, KYBÜ'de deneyim sürelerine göre 1-5 yıl deneyime sahip hemşireler ile 5 yıldan daha fazla deneyime sahip hemşireler arasında kararların gerekçelerinin açıklanması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Buna karşın KYBÜ'de deneyim süresi 5 yılın üzerinde olan hemşirelerin deneyim süresi 5 yıldan az olan hemşirelere göre 3.karar noktası olan Oksijen verme işlevinin gerekçesini açıklamada daha bilgili olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre daha önce öğrenilmiş olan bazı bilgilerin, belli bir deneyim sürecinden sonra daha anlam kazandığı söylenebilir.

Hemşirelerin görevlendirilme şekillerine göre kararlarının gerekçelerini açıklamaları araştırıldığında, KYBÜ'de isteğiyle görev alma ve kurumca görevlendirilme arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.4.).

KYBÜ'deki statülerine göre hemşirelerin kararlarının gerekçelerini açıklamaları incelendiğinde, Tablo 3.5.'de görüldüğü gibi sorumlu hemşire ve ünite hemşireleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunamamıştır. Sorumlu hemşirenin diğer hemşirelere model olması açısından daha fazla kritik yapabilme becerisine sahip olması beklenir. Ancak sorumlu hemşirelerin 3.karar noktası olan oksijen verme işlevinde diğerlerine göre daha fazla sayıda mantıklı yanıt verdiği saptanmıştır.

Tablo 3.6.'da görüldüğü gibi, oryantasyon programı alan ve almayan hemşireler arasında kararlarının gerekçelerini açıklamaları yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır. Az sayıda hemşirenin oryantasyon programı almış olmasının (Tablo 1.8.) sonucu olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir.

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin hizmet-içi eğitim programı alma durumlarına göre verdikleri kararların gerekçelerini açıklamaları incelendiğinde (Tablo 3.7.), iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bunun yanısıra 3.karar noktası olan oksijen verme işlevinin gerekçesini açıklamada hizmet-içi eğitim programı almış olanların daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuç hizmet-içi eğitim programlarının daha etkin bir şekilde sürdürülmesi gerektiğini göstermektedir.

Hemşirelerin kritik bakım konusunda eğitim alma durumlarına göre kararlarının gerekçelerini açıklamaları incelendiğinde (Tablo 3.8.). Kritik bakım eğitimi alan

hemşirelerde diğerlerine göre 2. ve 3.karar noktası olan Vital bulguları değerlendirme ve Oksijen verme işlevlerine mantıklı yanıt verme sıklığının daha fazla olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç, spesifik eğitim programlarının yapılmış olmasının işlevlerin gerekçelerini açıklamada yardımcı olabileceğini ortaya koymaktadır.

Tablo 3.9.'da görüldüğü gibi verilen Vak'a örneğine benzer Vak'a ile karşılaşma sıklığına göre kararların gerekçelerinin açıklanma durumu incelendiğinde, 2. ve 3.karar noktası olan Vital bulguları değerlendirme ve Oksijen vermenin gerekçesini açıklamada bu tip Vak'a ile sık karşılaşan hemşirelerin diğerlerine göre daha fazla sayıda oldukları gözlenmiştir. Bu da bize aynı Vak'alarla karşılaşma sıklığı arttıkça daha mantıklı ve daha doğru kararlar verilebileceğini göstermektedir.

Tablo 3.10.'da görüldüğü gibi hasta bakım protokolleri olanların olmayanlara göre 2.karar noktasında gerekçelerini açıklama oranının daha fazla olduğu ve aralarında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır. Bu da bize protokollerin, kararların mantıklı gerekçelere dayandırılmasında yardımcı olabileceğini doğrulamaktadır.

Örnekleme kapsamına alınan hemşirelerin verilen Vak'a örneğine ait öncelikle verdikleri kararlar bulguların ışığı altında aşağıda olduğu gibi yorumlanmıştır.

Tablo 4'de görüldüğü gibi, hemşirelerin büyük çoğunluğu (N=28) bizim sıralamamızda 3.karar noktası olan Oksijen vermeye 1.derecede öncelik vermelerine karşın 2.karar noktası olan Vital bulguların değerlendirilmesine 2.derecede öncelik verdikleri görülmektedir. Yine aynı tabloda belirtildiği gibi 5.karar noktası olan ağrıyı tanılama sadece 5 kişi, buna karşılık 6.karar noktası olan Nitrogliserin verme ise 32 kişi tarafından belirtilmiştir. Bu, bize hemşirelerin karşılaştıkları durumların kritiğini yapmadan girişimde buldukları izlenimini vermektedir. Sonuçta eğitimin ve uygulamadaki rol modellerinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelerin kararlarını etkileyen faktörler bulguların ışığı altında aşağıda olduğu şekilde yorumlanmıştır.

Tablo 5'de görüldüğü gibi hemşirelerin kararlarını etkileyen faktörler araştırıldığında, bilgi ve deneyimin kararlarını büyük oranda olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Elde edilen sonuç, bu konuda yapılan diğer araştırmalarla paralellik olduğunu göstermektedir (12,61).

Hemşirelerin %54'ü stresin kararlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Yapılan araştırmalar bu bulgumuzu desteklemektedir (12,61). Daha önce genel

bilgilerde'de belirttiğimiz gibi stresin kararlar üzerine olumlu veya olumsuz etkisi kesin olarak saptanmamış olmakla birlikte, çevresel stresörlerin artması ile stresin hemşirelerin düşüncelerinin niteliğinde gerileme yaptığı belirtilmiştir (12).

Hemşirelerin %56'sı ise çalıştıkları ortamda rol modelinin olmasının kararlarını olumlu yönde etkilediğini bildirmişlerdir (Tablo 5). Yapılan bir çalışmada da rol modelinin %67 gibi oranda hemşirelerin kararlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (12).

Hemşirelerin %42'si ise hekim otoritesinin kendilerini karar vermede olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir (Tablo 5). Bu da bize kritik durumlar karşısında nasıl davranılması gerektiğinin sınırlarının belli olmadığını düşündürmektedir. Hemşirelerin %38 gibi oranı, hekim otoritesinin kararlarını olumlu yönde etkilediklerini belirtmiş olmaları, bize hemşirelerin karar verilmesi gereken durumlarda kendi otonomilerini kullanmada isteksiz davrandıklarını, düşündürmektedir.

Hemşirelerin yaklaşık yarısı (%48) çalışma ortamının kararlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir (Tablo 5). Bu da bize bu ünitelerin organizasyonunun yetersiz olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 5'de görüldüğü gibi, uygulamada meslek üyelerinin çeşitli durumlar karşısında ne tür bir girişimde bulunabileceğine ilişkin protokollerin olması hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%82) kararlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

Hemşirelerin KYBÜ'de hemen girişimde bulunulması gereken hasta bakım durumlarını bilme durumları bulguların ışığı altında aşağıda olduğu gibi yorumlanmıştır.

Tablo 6'da görüldüğü gibi ventriküler fibrilasyon, ventriküler taşikardi ve kardiyak standstill gibi durumların hemen girişimde bulunulması gereken durumlar olarak görülmesine karşın pace-maker problemleri %2 gibi çok düşük oranda hemen karar verilmesi gereken durum olarak belirtilmiştir. Bu sonuç bize hemşirelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını veya pace-maker sorunlarıyla daha az sıklıkla karşılaştıklarını düşündürmektedir.

Sonuç olarak KYBÜ'de hemen girişimde bulunulması gereken durumların bu ünitelerde çalışan hemşireler tarafından bilinmesi beklenirken Tablo 6'da görüldüğü gibi az sayıda hemşire bu durumları belirtmiştir. Bu durum, hemşirelerin yarısından fazlasının (%62) kritik bakım eğitimi almamış olması ile açıklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu çalışmada; İstanbul Üniversitesi "Araştırma ve Uygulama Hastaneleri", Marmara Üniversitesi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı İstanbul Göğüs Cerrahisi Merkezi, Sosyal Sigortalar Kurumu, İstanbul Hastanesi, Amiral Bristol Hastanesi, International Hospital, Florence Nightingale Hastanesi, Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan ve araştırma kapsamına giren hemşirelerin kritik durumlarda hemen karar verme işlevinin analizi araştırılmış ve şu sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin eğitim düzeylerinin, kararları öncelik sırasına göre belirlemede (Tablo 2.1.) ve verdikleri kararların gerekçelerini açıklamada (Tablo 3.1.) etkin olmadığı saptanmıştır.

Hemşirelerin toplam ve KYBÜ'deki deneyim sürelerinin (Tablo 2.2. ; 2.3.); kararların öncelik sırasına göre verilmesini ve verilen kararların gerekçelerinin açıklanmasını olumlu yönde etkilemediği görülmüştür (Tablo 3.2.; 3.3.).

Hemşirelerin KYBÜ'de görevlendirilme şekilleri ile kararların öncelik sırasına göre verilmesi (Tablo 2.4.) ve kararların gerekçelerinin açıklanması (Tablo 3.4.) yönünden bir fark bulunamamıştır.

Sorumlu hemşirelerin kararları öncelik sırasına göre vermeleri (Tablo 2.5.) ve verdikleri kararların gerekçelerini açıklamaları (Tablo 3.5.) yönünden ünite hemşireleri ile aralarında bir fark olmadığı saptanmıştır.

Örneklem kapsamına giren hemşirelerin büyük çoğunluğunun oryantasyon programı, hizmet-içi ve kritik bakım eğitimi almadığı saptanmış (Tablo 1.8.; 1.9.; 1.10.) ve bunun da kararların öncelik sırasına göre verilmesini (Tablo 2.6.; 2.7.; 2.8.) verilen kararların gerekçelerinin açıklanmasını (Tablo 3.6.; 3.7.; 3.8.) olumsuz yönde etkilediği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin verilen örnek Vak'a ile karşılaşma sıklığının kararların öncelik sırasına göre verilmesini (Tablo 2.9.) ve gerekçelerinin açıklanmasını (Tablo 3.9.) etkilemediği bulunmuştur.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalıştıkları ünitelerde kritik durumlarla ilgili hasta bakım protokollerinin olmadığı belirlenmiş (Tablo 1.11.) bunun da kararların öncelik sırasına göre verilmesini (Tablo 2.10.) ve gerekçelerinin açıklanmasını (Tablo 3.10.) olumsuz yönde etkilediği düşünülmüştür.

Bilgi ve deneyimin hemşirelerin büyük çoğunluğunun kararlarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Tablo 5).

Stresin, ve hekim otoritesinin hemşirelerin kararlarını olumsuz yönde etkilediği (Tablo 5), bunun yanısıra rol modeli ve ünitelerde hasta bakımı ile ilgili protokollerin bulunmasının hemşirelerin kararlarını olumlu yönde etkilediği (Tablo 5) saptanmıştır.

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin hepsinin KYBÜ'de hemen girişimde bulunulması gereken durumları belirteemedikleri saptanmıştır (Tablo 6).



6.2. ÖNERİLER

Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, hemşirelerin kritik durumlarda karar verme işlevini yerine getiremedikleri görülmüştür.

Bu durumun kritik hasta bakımını etkileyeceğini düşünerek şu önerilerde bulunabiliriz.

Tüm öğretim kurumları kritik durumlarda uygun kararlar verebilen mezunlar yetiştirmek amacıyla; karar verme ve bağımsız yargılama becerilerini geliştirecek eğitim stratejilerini saptamalıdır.

Hemşirelik süreci, sorunu çözmek için bir eylem planı geliştirmede çatı oluşturduğundan, hemşirelik eğitimi sırasında ve uygulama alanlarında tam anlamıyla uygulanmalıdır.

Hemşirelerin karar vermedeki başarılarını arttırmak için oryantasyon ve hizmet-içi eğitim programları alana özgü durumlara yönelik olmalı ve bu programlar karar verme tekniklerini içerecek şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca bu programların düzenlenmesinde deneyimli eğitimcilerden faydalanılmalıdır.

Yeni mezunlar kritik bakım alanlarına yerleştirilirken uzun oryantasyon ve hizmet-içi eğitim programlarına dahil edilmelidir. Görev ne kadar karmaşıkta uzmanlığın gelişmesi o kadar zaman alacağından yeni mezunlar uzun bir süre uzman hemşireler nezaretinde tüm nöbetlerde denetlenmelidir.

Hemşirelerde kritik düşünme becerisini geliştirmek için uygulama alanlarında sık sık Vak'a tartışmaları yapılmalıdır. Aynı zamanda hemşirelik vizitlerine önem verilmeli ve kritik bakım hemşirelerine doğru gerekçelere dayanan doğru kararlar vermeleri öğretilmelidir.

Hemşirelik girişimleri ile ilgili hasta bakım protokolleri geliştirilmelidir. Bununla birlikte önceliklerin belirlenmesinde yardımcı olacak klinik Algoritmaların geliştirilip kullanılmalarının kritik hasta bakımı açısından faydalı olacağı kanısındayız.

Koroner yoğun bakım ünitelerinde gerek yönetimde gerekse eğitimde sorumluluk alabilecek kişilerin kritik düşünme becerisine ve iyi rol modeli olabilme özelliklerine sahip kişilerden seçilmiş olmalarına özen gösterilmelidir.

Bu çalışmanın daha fazla denekle çeşitli uygulama alanlarında yapılmasının faydalı olacağı kanısındayız.

7. ÖZET

Araştırma, Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelerin kritik durumlarda hemen karar verme işlevinin analizi amacıyla yapılmıştır.

Örnekleme, İstanbul Üniversitesi "Araştırma ve Uygulama Hastaneleri", Marmara Üniversitesi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı İstanbul Göğüs Cerrahisi Merkezi, Sosyal Sigortalar Kurumu İstanbul Hastanesi, Amiral Bristol Hastanesi, International Hospital, Florence Nightingale Hastanesinde Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışmakta olan toplam 50 hemşire alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak anket formu ve görüşme kılavuzu kullanılmış ve hemşirelerle tek tek görüşme yapılmıştır.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik ve X^2 testi kullanılmış ve sonuçlar tablolar halinde toplanmıştır.

Değerlendirme sonuçlarına göre hemşirelerin kritik durumlarda öncelikleri belirleyerek karar veremedikleri, verdikleri kararların gerekçelerini açıklayamadıkları, KYBÜ'de hemen girişimde bulunulması gereken hasta bakım durumlarını yeterince belirtmedikleri saptanmıştır.

SUMMARY

The research is made to analyse the ability of the nurses who work in Coronary Intensive Care Units to decide immediately in critical situations.

The sample consist of 50 nurses working in the Coronary Intensive Care Units of Research and Application Hospital of the University of Istanbul, University of Marmara, Health and Social Welfare Ministry Istanbul Chest Surgery Center, Istanbul Hospital, Amiral Bristol Hospital, International Hospital, Florence Nightingale Hospital.

To collect data, inquiry form and interview guide are used and each nurse is interviewed seperately.

In assessment of the collected data percentage and χ^2 tests are used and the results are collected in tables.

According to the results of the assessment, it is concluded that the nurses can't make decision according to the priorities of a critical situation, that they can't explain the reasons of their decisions and that they didn't state the care situations of the patients in the Coronary Intensive Care Unit who are in need of immediate interference.

8. KAYNAKLAR

1. Abdellah, F.G., Levine, E.: Better Patient Care Through Nursing Research, Macmillan Pub. Co., New York, 1979.
2. Alexander, M.F.: Karar Vermede Faktörler. Ülke düzeyinde Hemşirelik Hizmetleri Workshop, Ankara, s.26, 1988.
3. Andreoli, K.G., Zipes, D.P., Wallece, A.G.: Comprehensive Cardiac Care. The C.V. Mosby Co., St.Louis, Second Edition, 1971.
4. Andreoli, K.G., Zipes, D.P., Wallece, A.G.: Comprehensive Cardiac Care. The C.V. Mosby Co., St.Louis, Sixth Edition, 1987.
5. Aprahamian, C., Thompson, B.M., Gruchow, H.W.: Decision making in prehospital sudden cardiac arrest, Annals of Emergency Medicine, 4:445, 1986.
6. Aspinall, M.J., Tanner, C.A.: Decision Making for Patient Care Applying the Nursing Process. Appleton Century - Crafts, New York, 1981.
7. Babadağ, K., Sabuncu, N.: Acil Hemşireliği. Derleyenler S.Oktay, G.Aksoy, B.Yürügen, İ.Ü.Basımevi, İstanbul, 1990.
8. Baykal, B.: Organizasyonların Yönetimi. Met/Er Matb., İstanbul, 1981.
9. Baumann, A., Deber, R.: The limits of decision analysis for rapid decision making in ICU nursing. Image J.Nurs, 2:69, 1989.
10. Benz, H.G.: Critical Care Nursing. J.B.Lippincott Co., Philadelphia, 5th Edition, 1990.
11. Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T.: İç Hastalıkları Hemşireliği. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara, 1989.
12. Bourbonnais, F.F., Baumann, A.: Crisis decision making in coronary care, Nursing papers, 4:4, 1985.
13. Calender, T.M.: Unit Administration. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1962.
14. Chung, E.K.: Cardiac Emergency Care. Lea Febiger, Philadelphia, 1985.
15. Clark, L.E.: A nurse educator's view of employing new graduates in critical care setting. Focus on Critical Care, 4:16, 1986.
16. Cole, W.H., Puestow, C.B.: Emergency Care Surgical and Medical. Meredith Corporation, New York, Seventh Edition, 1972.

17. Corbett,N.A., Beveridge,P.: Clinical Simulations in Nursing Practice. W.B.Saunders Co., Philadelphia, 1980.
18. Daly, B.J.: Intensive Care Nursing. Medical Examination Pub.Co., New York, 1980.
19. Demir,H. ve diğ erleri: Yönet sel Karar Verme. Bilgihan Basımevi, İzmir, 1985.
20. Demiroğ lu,C., Yazı cıoğ lu,N.: Dolaş ım Sistemi Hastalıkları. Editör: A.Öbek. Taş Yayıncılık, İstanbul, 2.baskı, 1987.
21. Esin,A.: Yöneylem Araşt ırmalarında Karar Yöntemleri. Aitia Yayınları, Ankara, 1981.
22. _____: Ethical principles quiding decision making, The Nursing Clinics of North America, 2:428, 1989.
23. Fawcett,J., Cariello,F.P. and others: Application to critical care nursing practice. Dimensions of Criticial Care Nursing, 4:202, 1987.
24. Fiş ek,K.: Yönetim. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fak. Yayınları, Ankara, 1975.
25. Fry,S.T.: Ethical decision making. Nursing Outlook, 5:248, 1989.
26. Gaul, A.L.: The ethics of clinical judgment in critical care, Critical Care Nurse, 1:24, 1990.
27. Grier,M.R.: Decision making about patient care, Nursing Research, 2:105, 1976.
28. Halaç,O.: Kantitatif Karar Verme Teknikleri. İ.Ü.Yayını, İstanbul, 1978.
29. Halaç,O.: Kantitatif Karar Verme Teknikleri. İ.Ü.Yayını, İstanbul, 2.baskı, 1983.
30. Hatiboğ lu,Z.: İş letmelerde Yönetim, Organizasyon ve Personel Davranış ı. Met/Er Matb., İstanbul, 1986.
31. Hazzard,M.E.: Critical Care Nursing. Medical Examination Pub. Co., Garden City, 1978.
32. Himmetoğ lu,B.: Karar Verme Yeteneğ ini Gelişt irme. Karaca Matb., İzmir, 1971.
33. Huang, S.H., Kessler, C.A., Culloch, C.D., Dasher, L.A.: Coronary Care Nursing. W.B. Saunders Co., Philadelphia, Second Edition, 1986.
34. Hughes,L.: Implications for critical care nursing practice, Focus On Critical Care, 4:9, 1987.

35. Johanson, B.C., Dunga, C.U., Wells, S.J.: Standards for Critical Care. The C.V. Mosby Co., St.Louis, 1981.
36. Johnson,L.J.: The influence of assumptions on effective decision making, The Journal of Nursing Administration, 4:35, 1990.
37. _____: Karar modelleri, İ.Ü.İşletme Fakültesi Dergisi, 2:22, 1987.
38. Kolasa,B.J.: İşletmeler İçin Davranış Bilimlerine Giriş. Çeviri: F.Aykar, K.Tosun ve Arkadaşları, İstanbul, 1979.
39. Luckmann,J., Sorensen,K.: Medical - Surgical Nursing W.B.Saunders Co., Philadelphia, Second Edition, 1980.
40. Marguis,B.L., Huston,C.J.: Management Decision Making for Nurses 101 Case Studies. J.B.Lippincott Co., Philadelphia, 1987.
41. Mason,M.A.: Basic Medical - Surgical Nursing. Macmillan Pub.Co., New York, 4th Edition, 1978.
42. Mclean,S.L.: The decision making process in clinical care of the aged, Critical Care Nursing Quarterly, 1:74, 1989.
43. Meltzer,L.E., Pinneo,R., Kitchell,J.R.: Intensive Coronary Care A Manual For Nurses. Charles Press Pub., Philadelphia, 1969.
44. Newman,W.H.: Yönetim Sevk ve İdare. Çeviri: K.Sürgit, Ankara, 4.baskı, 1985.
45. _____: Nurse decision making, The Journal of Nursing Administration, 5:42, 1990.
46. Özalp,İ.: İşletmelerin Yönetimi ve Organizasyonu Eskişehir, 1981.
47. Persons, C.B.: Critical Care Procedures and Protocols a Nursing Process Approach, J.B. Lippincott Co., Philadelphia, 1987.
48. Phipps, W.J.: Long, B.C., Woods, N.F.: Medical-Surgical Nursing. The C.V.Mosby Co., St.Louis, 1979.
49. Phipps,W.J., Long,B.C., Woods,N.F.: Shafer's Medical-Surgical Nursing. The C.V.Mosby Co., St.Louis, 1980.
50. _____: Resource allocation decisions in critical care nursing, Nursing Clinics of North America, 4:1009, 1989.
51. Scholz,R.W.: Decision Making Under Uncertainty Elsevier Science Pub., North-Holland, 1983.

52. Schwartz,R.H.: Nurse decision making influence, The Journal of Nursing Administration, 6:35, 1990.
53. Sims,K.A., Fought,S.G.: Clinical decision making in critical care, Critical Care Nursing Quarterly, 3:79, 1989.
54. Sürsal,G.: İşletmelerde karar verme süreci. Yönetim Dergisi, 4:112, 1975.
55. Tan,H.: Psikolojik Yardım İlişkileri, Milli Eğitim Basımevi, İstanbul, 1989.
56. Tannenbaum, R.Wescheler, I.R., Massarik, F.: Leadership and Organization. McGraw-Hill Book Co., New York, 1961.
57. Taylor, S.G., Pickens, J.M., Geden, E.A.: Interactional styles of nurse practitioners and physicians regarding patient decision making, Nursing Research, 1:50, 1989.
58. Tekarslan, E., Baysal,C. ve diğerleri: Sosyalpsikoloji. Filiz Kitabevi, İstanbul, 1989.
59. Tekarslan,E.: Kararın anlamı ve genel esasları, Yönetim Dergisi, 1:186, 1980.
60. Tekarslan,E.: Karar Vermede Davranışsal Faktörler, İstanbul, 1982. Doktora tezi.
61. Thompson,D.R., Sutton,T.W.: Nursing decision making in a coronary care unit, International Journal of Nursing Studies, 3:259, 1985.
62. Tosun,K.: İşletme Yönetimi. Mars Basımevi, İstanbul, 2.baskı, 1984.
63. Uyar, G: Hemşirelik sorunları, sorun çözme yaklaşımı ve karar verme, Türk Hemşire Dergisi, 1:3, 1983.
64. Velioğlu,P.: Sağlığa disiplinlerarası ekip yaklaşımı. Editör: P.Velioğlu, Hemşirelik Bülteni, 10:1, 1988.
65. Watson, J.E., Royle,J.R.: Watson's Medical-Surgical Nursing and Related Physiology. Bailliere Tindall Co., Philadelphia, Third Edition, 1987
66. White, N.E. and others: Promoting critical thinking skills, Nurse Educator, 5:16, 1990.
67. Zschoche,D.A.: Mosby's Comprehensive Review of Critical Care. The C.V.Mosby Co, Philadelphia, 1976.

9. EKLER

9.1. UYGULANAN ANKET FORMU

1. Kaç yaşındasınız?

- () 1. 18 - 25
() 2. 26 - 40
() 3. 41 ve üstü

2. Medeni durumunuz nedir?

- () 1. Evli
() 2. Bekar

3. Öğrenim durumunuz nedir?

- () 1. Sağlık Meslek Lisesi
() 2. Önlisans
() 3. Yüksek okul
() 4. Yüksek lisans
() 5. Doktora

4. Kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- () 1. 0 - 1 yıl
() 2. 1 - 5 yıl
() 3. 5 - 10 yıl
() 4. 10 - 20 yıl

5. Bu üniteye kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- () 1. 0 - 1 yıl
() 2. 1 - 5 yıl
() 3. 5 - 10 yıl
() 4. 10 - 20 yıl

6. Bu üniteye çalışmayı kendiniz mi istediniz?

- () 1. Evet
() 2. Hayır

7. Bu üniteyedeki göreviniz nedir?

- () 1. Hemşire
() 2. Sorumlu hemşire

8. Çalıştığınız ünite de oryantasyon programına katıldınız mı?

- () 1. Evet
() 2. Hayır

9. Çalıştığınız kurumda Hizmet-içi eğitime katıldınız mı?

- () 1. Evet
() 2. Hayır

10. Kritik bakım ile ilgili ayrıca bir Hizmet-içi eğitime katıldınız mı?

- () 1. Evet
() 2. Hayır



9.2. UYGULANAN GÖRÜŞME KILAVUZU

Koroner Yoğun Bakım hemşirelerinin kritik durumlarda hemen karar verme işlevinin analizine ait verilerin toplandığı kılavuz.

VAK'A ÖRNEĞİ

Bildiğiniz gibi kritik durumlarda hemşirelerin kısa zamanda en uygun kararı verip, uygulaması, hastanın yaşamının sürdürülmesinde önemli bir rol oynar. Aşağıdaki Vak'a KYBÜ'de yatan bir hastanın hikayesidir. Lütfen Vak'ayı okuyup ilk soruyu sözlü olarak 1 dakika içinde cevaplayınız. Bu sürede olay karşısındaki reaksiyonunuzu (tutum ve davranışınızı) belirtiniz.

VAK'A

Anteroseptal Miyokard infarktüsü tanısı ile 2 gün önce KYBÜ'ne kabul edilen By.Ahmet Ünlü, 34 yaşındadır ve bir iş yerinde yönetici olarak çalışmaktadır.

Nöbet değişimi sırasında By.Ahmet Ünlü'ye bakım veren hemşire arkadaşınızdan hastanızın hazımsızlık şikayeti olduğunu ve vital bulgularının; Nb: 88/dak. Solunum: 18/dak.; TA: 130/90 mmHg; Vücut ısısı: 37.2 °C değerlerde bulunduğunu ve aşağıdaki ilaçların hekim istemine uygun şekilde verildiğini öğrendiniz ve teslim aldınız.

İlaçlar

- Nitrogliserin (1 tbl. SL.LH)
- Morfin (2,5 mg IV.LH)
- Oksijen (6 litre nazal kateter yoluyla LH)

By. Ahmet Ünlü'nün yanına gittiğiniz zaman terlemesi, yüzeysel bir solunumu, renginde solukluk olduğunu gördünüz ayrıca hastanız göğüsünde, şiddetli bir baskı ve ağrı olduğunu belirtti, çok endişeli ve huzursuz görünüyordu.

BU DURUMDA

1. Hastanıza yapılması gereken hemşirelik girişimlerini öncelik sırasına göre sıralarmısınız?

Beklenen Yanıtlar :

- () 1. Tıbbi yardım isterim
() 2. Vital bulguları değerlendiririm
() 3. Oksijen veririm
() 4. EKG örneğini değerlendiririm
() 5. Ağrıyı tanılarım
() 6. Nitrogliserin veririm
() 7. Morfin veririm
() 8. 12 derivasyonlu EKG çekerim
() 9. Diğerleri

2. Seçtiğiniz hemşirelik girişimlerine niçin bu öncelikleri verdiğinizi açıklarmısınız?

Olası Yanıtlar

Tıbbi Yardım İsteme

- () 1. Yanıt Yok
() 2. Gerekli Tıbbi tedavinin yapılması için
() 3. Protokol gereği
() 4. Diğerleri

Vital Bulguları Değerlendirme

- () 1. Yanıt Yok
() 2. Hemodinamik labilitenin kontrolü için temel çizginin sağlanması
() 3. Kan basıncını düşürdüğünden dolayı Nitrogliserin vermeden önce ve sonra kan basıncını değerlendirmek için
() 4. Diğerleri

Oksijen Verme

- () 1. Yanıt Yok
() 2. Kan ve miyokardial oksijenasyonu arttırmak için
() 3. Ağrıyı gidermek için
() 4. Diğerleri

EKG Örneğini Değerlendirme

- () 1. Yanıt Yok
() 2. Ritmi kontrol etmek için
() 3. Ritimdeki değişiklikleri kontrol etmek için VEA, Blok gibi.
() 4. Diğerleri

Ağrının Tanılanması

- () 1. Yanıt Yok
- () 2. Ağrının tipi ve lokalizasyonunu bulmak için
- () 3. Göğüs ağrısı olup olmadığını araştırmak için
- () 4. Ağrının süresini anlamak için
- () 5. Diğerleri

Nitrogliserin Verme

- () 1. Yanıt Yok
- () 2. Koroner arterler üzerine dilatötör etkili
- () 3. Göğüs ağrısını rahatlatmak için
- () 4. Diğerleri

Morfin Verme

- () 1. Yanıt Yok
- () 2. Nitrogliserin etkisiz olursa
- () 3. Ağrıyı çabuk geçirmek için
- () 4. Hastayı sakinleştirmek için
- () 5. Diğerleri

12 Derivasyonlu EKG Çekimi

- () 1. Yanıt Yok
- () 2. Ağrı sırasındaki iskemik değişiklikleri kontrol etmek için
- () 3. İskeminin lokalizasyonunu belirlemek için
- () 4. Diğerleri

3. Böyle bir Vak'a ile karşılaşma sıklığınız ne kadardır?

- () 1. Nadiren
- () 2. Bazen
- () 3. Sık
- () 4. Çok sık

4. Hasta bakımı hakkında hangi faktörler karar vermenizde olumlu veya olumsuz rol oynamaktadır?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Bilgi | <input type="checkbox"/> | 5. Çalışma Ortamı |
| <input type="checkbox"/> | 2. Deneyim | <input type="checkbox"/> | 6. Hekim Otoritesi |
| <input type="checkbox"/> | 3. Stres | <input type="checkbox"/> | 7. Protokoller |
| <input type="checkbox"/> | 4. Rol modeli | <input type="checkbox"/> | 8. Diğerleri |

5. KYBÜ'de hemen karar vermeyi gerektiren kritik hasta bakım durumlarını belirtiniz?

Beklenen Yanıtlar

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Kardiyak Standstill |
| <input type="checkbox"/> | 2. Ventriküler Taşikardi |
| <input type="checkbox"/> | 3. Ventriküler Fibrilasyon |
| <input type="checkbox"/> | 4. Sık Ventriküler Erken Atımlar |
| <input type="checkbox"/> | 5. Supra Ventriküler Taşikardi |
| <input type="checkbox"/> | 6. Tam Blok |
| <input type="checkbox"/> | 7. Kan Basıncında Ani Düşme |
| <input type="checkbox"/> | 8. Kalp Hızında Ani Düşme |
| <input type="checkbox"/> | 9. Miyokard İnfarktüsü |
| <input type="checkbox"/> | 10. Pace-maker Problemleri |
| <input type="checkbox"/> | 11. Solunum Problemleri |
| <input type="checkbox"/> | 12. Akut Akciğer Ödemi |
| <input type="checkbox"/> | 13. Diğerleri |

6. Kritik durumlarda hemşirelik girişimleri ile ilgili ünitenize ait belirlenmiş Hasta Bakım protokolleriniz var mı?

- | | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Evet |
| <input type="checkbox"/> | 2. Hayır |

10. ÖZGEÇMİŞ

1961 yılında İstanbul'da doğan Nuray Enç, ilk, orta ve lise öğrenimini İstanbul'da tamamlamıştır.

1978-1979 Akademik ders yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'na girmiş ve 1981-1982 Akademik ders yılında mezun olmuştur ve aynı yıl İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsünde Koroner Yoğun Bakım hemşiresi olarak görev yapmıştır.

1984 - 1985 Akademik ders yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsündeki Yüksek Lisans programını tamamlayarak Bilim Uzmanlığı diplomasını pekiyi derece ile almayı hak kazanmıştır.

1985 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nun açtığı araştırma görevlisi sınavını kazanarak araştırma görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır. Halen aynı okulda Hemşirelik Esasları Anabilim dalında araştırma görevlisi olarak çalışan Nuray Enç, İngilizce bilmektedir.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ