



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİR PSİKİYATRİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
KLİNİK KARAR VERME DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN
BİREYSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ**

VELAT CANGÜLEÇ

**Tez Danışmanı
PROF. DR. BESTİ ÜSTÜN**

İSTANBUL-2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİR PSİKİYATRİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
KLİNİK KARAR VERME DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN
BİREYSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ**

VELAT CANGÜLEÇ

Tez Danışmanı
PROF. DR. BESTİ ÜSTÜN

İSTANBUL-2020

ÖZET

BİR PSİKİYATRİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KLİNİK KARAR VERME DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN BİREYSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Bu araştırma, psikiyatri hastalarıyla çalışan hemşirelerin klinik karar verme düzeyleri ve bunu etkileyen bireysel ve mesleki özelliklerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı nitelikte yapılan araştırmanın örneklemini İstanbul'da bulunan bir psikiyatri bölge hastanesinde görevli 81 hemşire oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Hemşireleri Tanıtıcı Özellik Formu ve Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre hemşirelerin Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği toplam puan ortalamasının 147.25 ± 12.98 olduğu, en yüksek puan ortalamasını 'Seçenek ve fikirleri araştırmak' alt boyutundan aldıkları ve bunu 'Sonuçları değerlendirmek' alt boyutunun izlediği, en düşük alt boyut puan ortalamasını ise 'Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek' alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir. Cinsiyete göre ölçeğin 'Amaçları ve değerleri soruşturmak' alt boyutunda kadınlar lehine ($U= 506.500$; $p= 0.047$) ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Şu an çalıştığı hastaneden önce başka bir sağlık kuruluşunda çalışma durumuna göre 'Sonuçları değerlendirmek' boyutunda ($U= 471.000$; $p=0.027$), 'Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek' alt boyutunda ($U= 459.500$; $p= 0.020$) ve toplam ölçek puanlarında ($U= 452.500$; $p= 0.017$) daha önce başka bir sağlık kuruluşunda çalışanlar lehine ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çalıştığı birimde klinik karar vermeye ilgili sorun yaşayan hemşirelerin toplam ölçek puanı, sorun yaşamayanlardan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($U= 566.000$; $p= 0.051$). Hemşirelerin; yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sahibi olma, gelir durumu, birimdeki görevi, hemşirelikte çalışma süresi, psikiyatri hastalarıyla çalışma süresi, hastanede çalışma şekli, klinik karar verme ile ilgili eğitim alma durumu, çalıştığı birimde algılanan bağımsız karar verebilme sıklığı, çalıştığı birimde hasta

bakımında kararı veren kişiler değişkenleri ile ölçeğin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin klinik karar verme becerilerinin geliştirilmesine yönelik programlar düzenlenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Klinik Karar Verme, Karar Verme Becerisi, Bireysel Özellikler, Mesleki Özellikler, Psikiyatri Hemşiresi.

ABSTRACT

CLINICAL DECISION MAKING LEVELS OF NURSES WORKING IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL AND EXAMINATION OF AFFECTING PERSONAL AND PROFESSIONAL CHARACTERISTICS

This study was conducted to determine the clinical decision-making levels of nurses working with psychiatric patients and the individual and professional characteristics that affect this. The sample of the descriptive study was 81 nurses working in a psychiatry regional hospital in Istanbul. Nurses Descriptive Feature Form and Clinical Decision Making in Nursing Scale were used as data collection tools. Mann Whitney U Test and Kruskal Wallis H Test were used to evaluate the data. Statistical significance was evaluated at the $p < 0.05$ level.

According to the results of the analysis, the nurses' total score average of the Nursing Clinical Decision Making Scale is 147.25 ± 12.98 , the highest mean score is obtained from the 'Investigating options and ideas' sub-dimension, followed by the 'Evaluating results' sub-dimension, and the lowest sub-dimension mean score is 'To research knowledge and adopting new knowledge objectively'. A statistically significant difference was found in favor of women ($U = 506.500$; $p = 0.047$) in the sub-dimension of investigating the Aims and values of the scale according to gender variable. In the dimension of Evaluating the results according to the status of working in another health institution before the hospital where she/he is currently working ($U = 471.000$; $p = 0.027$), in the sub-dimension of Researching information and adopting new information objectively ($U = 459.500$; $p = 0.020$) and in the total scale scores ($U = 452.500$; $p = 0.017$), a statistically significant difference was found in favor of those working in another health institution before ($p < 0.05$). It was determined that the total scale score of nurses who had problems with clinical decision-making in the unit where they worked was statistically higher than those who did not have any problems ($U = 566.000$; $p = 0.051$). There was not found statistically significant difference between the variables of those who made the decision in patient care and the mean scores of the total and all sub-dimensions of the scale and variables related to the nurses' age, educational status, marital status, having children, income status, role in the unit, working period in nursing, duration of working with psychiatric patients, way of working in the hospital,

training about clinical decision making, perceived frequency of independent decision-making in the unit where he/she works.

In line with the findings obtained as a result of the study, it was recommended to organize programs to improve the clinical decision-making skills of nurses.

Keywords: Clinical Decision Making, Decision Making Skills, Individual Characteristics, Professional Characteristics, Psychiatric Nurse.

TEŞEKKÜR

İhtiyaç duyduğum anda rahatlıkla ulaşabildiğim ve yol gösterici tutumu nedeniyle danışmanım; Prof. Dr. Besti Üstün'e,

Tez sürecinde bilimsel katkıları ile yön veren jüri üyeleri;
Prof. Dr. Perihan Güner'e ve Prof. Dr. Selma Doğan'a,

Anket çalışmasına katılım sağlayan hemşirelere,

ve

Tezin yapılandırılması sürecinde önemli katkılarını sunan arkadaşım;
Klinik Psikolog Ceyda Sardoğan'a

Teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim...

VELAT CANGÜLEÇ

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

11/01/2021

VELAT CANGÜLEÇ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	v
BEYAN FORMU	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Alt Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Karar Verme ve Önemi.....	6
2.2. Karar Verme Süreci.....	6
2.3. Karar Verme Stilleri.....	8
2.4. Karar Vermede Kuram ve Modeller.....	10
2.5. Hemşirelikte Karar Verme ve Önemi.....	14
2.6. Hemşirelikte Karar Verme Süreci.....	17
2.7. Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler.....	21
2.8. Hemşirelikte Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörlerle İlgili Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar.....	30
2.9. Hemşirelikte Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörlerle İlgili Ülkemizde Yapılan Çalışmalar.....	41
2.10. Psikiyatri Hemşireliği ve Klinik Karar Verme Becerisi.....	48
2.11. Klinik Karar Verme Becerisinin Geliştirilmesi.....	52
3. GEREÇ VE YÖNTEM	56
3.1. Araştırmanın Tipi.....	56
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	56
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	56

3.4. Araştırma Değişkenleri.....	57
3.5. Veri Toplama Araçları.....	57
3.5.1. Hemşireleri Tanıtıcı Özellik Formu.....	57
3.5.2. Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ).....	58
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	59
3.7. Verilerin Analizi.....	60
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	60
3.9. Araştırma Etik Boyutu.....	60
4. BULGULAR.....	61
5. TARTIŞMA.....	70
6. SONUÇLAR.....	79
7. ÖNERİLER.....	81
8. KAYNAKLAR.....	82
9. EKLER.....	90

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Niceliksel Makaleler.....	30
Tablo 2. Niteliksel Makaleler.....	33
Tablo 3. Sistematik Derlemeler.....	34
Tablo 4. Karma Yöntem Makaleleri.....	35
Tablo 5. Ruh Sağlığı Hemşirelerinde Karar Verme.....	36
Tablo 6. Hemşirelerin Sunduğu/Sağladığı Tanılar.....	40
Tablo 7. Tez Çalışmaları.....	41
Tablo 8. Araştırma Makalesi.....	45
Tablo 9. Kongre Bildirisi.....	47
Tablo 10. Dünyada Psikiyatrik Bozukluğa Sahip Kişi Sayısı.....	48
Tablo 11. Araştırmaya Dahil Edilen Birimler ve Bu Birimlerde Çalışan Hemşire Sayıları.....	57
Tablo 12. HKKVÖ, Alt Ölçekler, Madde ve Puanları.....	59
Tablo 13. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı.....	61
Tablo 14. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı.....	62
Tablo 15. Hemşirelerin Karar Verme ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	63
Tablo 16. HKKVÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	64
Tablo 17. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre HKKVÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 18. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre HKKVÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	67

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AMATEM	: Alkol ve Madde Tedavi Merkezi
BA-DEM	: Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi
BA-HAR	: Bağımlı Hastalar Ayaktan Rehabilitasyon Merkezi
ÇEMATEM	: Çocuk Ergen Alkol Madde Tedavi Merkezi
DAN-TE	: Bağımlılık Danışma ve Tedavi Merkezi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HKKVÖ	: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
vd.	: ve diğerleri

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi:

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre dünya genelinde 19 milyon hemşire her gün hastaları için klinik kararlar vermektedir (Pramilaa, 2018). Sadece Birleşik Krallık'ta 300 000'den fazla hemşire, bir milyondan fazla kişiyi istihdam eden Ulusal Sağlık Hizmeti'nin % 35'ini oluşturmaktadır (National Health Service, 2010). Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı'nda çalışan hemşire sayısı 190 499 olup, bakanlığın sunduğu sağlık hizmetinin % 18.75'ini oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Hemşireler, herhangi bir sağlık hizmeti sisteminde önemli karar vericilerdir (Thompson ve ark., 2013).

Klinik karar verme, sağlık sisteminde verilen hemşirelik kararlarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Marino ve ark., 2020). Klinik karar verme kavramı ilk olarak 1980'lerde literatürde yer almaya başlamış olup hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanların hastalara sağladıkları bakım hizmeti hakkındaki eleştirel düşünme, tanısal akıl yürütme ve seçeneklerin içinden en uygun olanın seçilmesindeki bilişsel süreç olarak tanımlanmaktadır (Azak ve Taşçı, 2009; Benner ve ark., 2009; Gilje ve Klose, 2000; Marino ve ark., 2020). Klinik karar verme özellikle hemşireler tarafından sağlık hizmetinin kalitesi ve güvenliği ile olan ilişkisi nedeniyle günümüzde önemli bir bilimsel araştırma alanı olmaya devam etmektedir (Marino ve ark., 2020)

Hemşireler genel itibariyle hizmet verdikleri alanlarda riskli ve önemli klinik kararlar almaktadır (Özden ve ark., 2018). Avustralya'da gözleme dayalı olarak 18 hemşire ile yapılan bir çalışmada, her 30 saniyede bir hemşirelerin karar verdiği belirlenmiş (Bucknall, 2000); başka bir çalışmada da hemşirelerin karar verdikleri temel alanlar; girişimsel, planlama, iletişim, birimin organizasyonu, dağıtımı ve yönetimi başlıkları olduğu saptanmıştır (Muir, 2004).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık hizmetlerinde alınan tıbbi hatalı kararların ciddi boyutlara varan maddi kayıplara yol açtığı, Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, bunun ABD bütçesine maliyetinin 17 milyar dolar ile 29 milyar dolar arasında olduğu raporlanmaktadır (<https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>). Safran (2004)

tarafından hemşirelik ve ebelikte malpraktis hakkında yapılan araştırmaya göre İstanbul'da görev yapan sağlık çalışanların yanlış uygulamaları, bilgi, beceri ve özen eksiklikleri veya ihmalleri sonucu hizmet alanın zarar görmesi üzerine yapılan şikayetlerin %21'inin hemşire, %34'ünün hekim ve hemşire, %13'ünün ebe ve hemşireye ait olduğu belirlenmiş; malpraktis olgularının incelendiği başka bir çalışmada ise %62.1'inin sadece hekime, %10.3'ünün ise sadece diğer sağlık personeline (%41.7'si hemşire, %16.7 sağlık memuru, %8.3 ebe) ait olduğu bildirilmiştir (Güzel ve ark., 2002).

Hastayla en fazla zaman geçiren meslek grubunun hemşireler olması dolayısıyla hasta güvenliği açısından hemşirelerin önemli bir rolü bulunmaktadır. Hemşirelikte güvenli ve kaliteli bakım, etkin ve en doğru karar vermede bulunmayla gerçekleşir. Hemşirelik hizmetlerinde en uygun kararın verilmesi mevcut kaynakların etkin kullanımını, bakım-tedavi giderlerini ve komplikasyonların azaltılmasını sağlar. Bununla beraber bakımın kalitesi, hizmet alanın memnuniyeti ve hemşire motivasyonunda etkilidir (İntepeler ve ark., 2014; Özden ve ark., 2018; Wu ve ark., 2016).

Hemşireler, sağlık hizmetlerinde verilen kararların önemli bir kısmından sorumludur (Levett-Jones ve ark., 2010). del Bueno'nun (2005) yaptığı bir çalışmada üniversiteden yeni mezun olan hemşirelerin sadece %30'nun hastalarda ortaya çıkan problemleri tanımlayabildiği, güvenle yönetebildiği ve problemi çözmek için gereken klinik karar verme becerisine sahip olduğu bildirilmiştir. DSÖ, problem çözme, eleştirel düşünme ve klinik karar verme becerilerinin geliştirilmesinin profesyonel hemşirelik hizmeti için hemşirelik eğitim müfredatında yer alması gerektiğini tavsiye etmektedir (World Health Organization, 2009). Sağlık sistemleri, verecekleri önemli klinik kararlar ile sağlık sistemlerinin kalitesine katkıda bulunan hemşirelere ihtiyaç duymaktadır. Hemşirelerin klinik karar verme becerilerini geliştirmek, sağlık sisteminin kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır (Thompson ve ark., 2013).

Klinik karar verme yaklaşımları genel olarak üç ana başlık altında ele alınmaktadır. Bunlar; analitik-sistemik, sezgisel-yorumlayıcı ve yarı-rasyonel yaklaşımlardır (Björk ve Hamilton, 2011). Hemşireler, hemşirelik sürecinde verileri toplama ve sorunu tanımlamada analitik yaklaşımı; hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirmede ise sezgisel yaklaşımı tercih etmektedirler (Lauri ve ark., 2001).

Hemşirelerin sunduğu hizmette hangi yaklaşımı seçeceği olayın yapısına, zaman sınırlılığına ve veri ipuçlarının sayısına bağlı olarak değişmektedir (Muir, 2004). Bjørk ve Hamilton (2011) tarafından yapılan araştırmaya göre klinik karar vermede genel olarak analitik yaklaşımların, sezgisel yaklaşımlardan daha fazla kullanıldığı belirlenmiştir. Sezgisel yaklaşımın veri işleme sırasında daha fazla kullanımda olduğu rapor edilirken, planlama sırasında ise her iki yaklaşımın kullanım düzeyinin eşit olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin çoğu ise klinik karar verme sırasında her iki yaklaşımı sıklıkla birlikte kullandıklarını bildirmişlerdir. Hemşirelikte istenilen olan ise her iki yaklaşımın birlikte kullanıldığı yarı-rasyonel yaklaşımın kullanımını yönündedir.

Klinik karar vermeyi etkileyen faktörleri bilmek, hemşirelerin klinik karar verme becerilerini geliştirme ve kaliteli, güvenli hasta bakımı sağlama olasılığını artıracaktır (Farčić ve ark., 2020b; Özden ve ark., 2018; Wu ve ark., 2016). Lauri ve arkadaşlarının (2001) araştırmasında cinsiyet, yaş, eğitim ve bilgi düzeyi, mesleki deneyim ve çalışma alanının karar verme süreci ile doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bjørk ve Hamilton (2011) tarafından Norveç'te 2095 hemşire ile yapılan çalışmada da sezgisel karar verme yaklaşımının artan kullanımı, mesleki deneyim, eğitim düzeyi, cinsiyet, yaş ve çalışılan birim ile klinik karar verme arasında korelasyon olduğu saptanmıştır. Marino ve arkadaşlarına (2020) göre ise çevre, deneyim, sezgi, bilgi düzeyi ve kaynakların kullanımı gibi etmenler klinik karar vermeyi etkileyen önemli birkaç faktör olduğu belirtilmiştir.

Literatür incelendiğinde hemşirelerde klinik karar vermeye ilgili araştırmaların çoğu; klinik hemşireleri, yoğun bakım hemşireleri, halk sağlığı hemşireleri, hemşire eğitimcileri, yönetici hemşireler ve hemşirelik öğrencilerine odaklanmıştır. Genel hemşirelik alanında yapılan bu çalışmalarda; cinsiyet, yaş, eğitim ve bilgi düzeyi, deneyim, çalışma alanı, özgüven, anksiyete, ağrı yönetimi, davranış, eleştirel düşünme, stratejik düşünme, triaj, liderlik, problem çözme ve etik ikilemler ile klinik karar verme arasındaki ilişkinin incelendiği gözlenmektedir (Acıbozlar, 2006; Avcı ve Başer, 2019; Bektaş, 2017; Bjørk ve Hamilton, 2011; Dicle ve Durmaz-Edeer, 2013; Günerigök, 2019; Lauri ve ark., 2001; Özen ve ark., 2017; Yıldırım ve Taşçı, 2013).

Ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin genel olarak klinik karar verme düzeylerini etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmaya *CINAHL (EBSCOhost), Clinical Key, Cochrane Library, Google Akademik, JSTOR, PubMed, Ovid, Sage*

Journals, Scopus, Springer Link, Taylor&Francis Group, UpToDate, Ulakbim ve YÖK- tez veri tabanlarından yapılan araştırma sonucunda rastlanmamıştır. Halbuki psikiyatri kliniklerinde çoğunlukla alevlenme dönemlerinde olan hastalar yatmaktadır. Hastaların bilişsel ve duygulanım süreçlerinde bozulmalar olmakta ve bu nedenle hastalar sağlıklı karar vermede güçlük yaşayabilmektedir. Bunun yanı sıra psikiyatri kliniklerinde, kendine zarar verme niyeti ya da girişimi, klinikten kaçma girişimi, fiziksel ya da mekanik kısıtlama, personele ya da diğer hastalara karşı fiziksel şiddet tehdidi, fiziksel saldırı, cinsel saldırı, sözlü saldırı, cinsel taciz gibi hemşirelerin hızlı karar vermelerini gerektiren kritik ve beklenmedik olaylar sıklıkla gerçekleşebilmektedir (Gordon ve ark., 2005). Bu sebeple psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin klinik karar verme becerilerinin nasıl olduğunun incelenmesine gereksinim vardır.

Campbell ve arkadaşları (2019) tarafından ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin hastalarda kısıtlama, kendine zarar verme gibi özel durumlarda hemşirelerinin klinik karar verme süreçlerini tanı yöntemleri ve klinik karar vermelerini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla 2007 ile 2017 yılları arasında yayınlanan araştırmaların incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın sonucu olarak; ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin tanı yöntemleri ile klinik karar verme faktörleri arasında ilişki bulunduğu, klinisyene bağlı faktörler, hastaya bağlı faktörler ve çevresel faktörlerin klinik karar vermeyi etkilediğini ve ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin büyük ölçüde sezgilerine güvenerek karar verdikleri bulunmuştur.

Bu araştırmayla psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin klinik karar verme düzeyleri ve bunu etkileyen bireysel ve mesleki özelliklerin belirlenmesi ile hem mevcut durumun tanımlanması hem de iyileştirmeye dönük çalışmalara katkı verecek verilere ulaşılması planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı:

Bu araştırma, psikiyatri hastalarıyla çalışan hemşirelerin klinik karar verme düzeyleri ve bunu etkileyen bireysel ve mesleki özelliklerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Alt Soruları:

1. Hemşirelerin, Hemşirelikte Klinik Karar Verme leği toplam ve alt boyut puan ortalamaları nasıldır?
2. Hemşirelerin, Hemşirelikte Klinik Karar Verme leği toplam ve alt boyut puan ortalamaları bireysel özelliklere göre farklılık gösterir mi?
3. Hemşirelerin, Hemşirelikte Klinik Karar Verme leği toplam ve alt boyut puan ortalamaları mesleki özelliklere göre farklılık gösterir mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KARAR VERME VE ÖNEMİ

Hayat, güne başlamamızdan günü tamamlayana kadar yaptığımız tercihlerden ibarettir. Tercih yapma durumunda kalmak ise beraberinde karar verme sürecini zorunlu kılar. Karar verme, amaca ulaşmak için seçenek/alternatiflerin belirlenmesi, olasılık hesaplamaların yapılması, geliştirilmesi, analiz edilmesi olup iki ya da daha fazla seçenek arasındaki bilişsel süreç olarak tanımlanmaktadır (Dessler, 2013). Hayatın her anında kullanılan ve bir araç olan karar verme, en basit gereksinimlerden en karmaşık olaylara kadar seçenek/alternatifler içerisinde en etkin olanın tercih edilmesi olup sanattır (Yıldırım ve Özkahraman, 2012).

İnsanlar bazen sadece kendileri bazen de çevresindeki kişilerle karar verir. Bazen ise, bir kişi veya bir grup hakkında kararlar alabilmektedir. Kuzgun (2005) göre, karar verme davranışının ortaya çıkabilmesi için, bir problemin bulunması, bu problemin tanımlanması ve bu problemi ortadan kaldırmak için yeterli seçeneklerin olması ve bireyin seçeneklerden birine seçim yapması diğer bir anlatımla karar vermesi gereklidir. Hem bireyler hem de gruplar için karar vermek belli bir öneme sahiptir. Bir kararın etkisi onun önem derecesini belirler. Verilen kararlar bireyin, ailesinin ve toplumun yaşamını doğrudan ya da dolaylı etkileyebilmektedir.

2.2. KARAR VERME SÜRECİ

Karar bir sonucu ifade etse de bu aşamaya gelene kadar olan karar verme aşamaları çok önemlidir. Kararların zaman yönünü gözden geçirmekle karar vermenin süreçsel özelliği açıklık kazanmaktadır. Zaman yönü itibariyle karar verme süreci üç aşamayı kapsamaktadır. Bu aşamalar; problemlerin ortaya çıktığı, verilerin toplandığı ve bir karara gerek olduğunun anlaşıldığı geçmiş zaman, seçenek/alternatiflerin saptanıp, bu seçenek/alternatiflerden uygun olanın tercih edildiği şimdiki zaman, kararların eyleme evrilip çıktıkların değerlendirileceği gelecek zamandır. Kararların bazen hızlı verilmesi gerektiği durumlarda karar vermenin süreçsel özelliği görmezden gelinebilmektedir (Kıral, 2015).

Karar verme bir süreçtir ve bu sürecin basamakları aşağıda yer almaktadır (Kıral, 2015).

1.Problemi tanımlamak: Öncelikle bir sorunun varlığı karar vericiler için söz konusu olmalıdır. Problem, istenilen çıktılarının alınmadığı ya da yetersiz alındığı durumlarda ortaya çıkan bir durum olup karar verme sürecinin birinci basamağını oluşturmaktadır. Bu aşamada problem tanımlanır.

2.Amacı belirlemek: Karar süreci için yön belirleyici önemde olup, karar sürecinin diğer basamakları için belirlenen amaç doğrultusunda irdelenmektedir.

3.Seçenekleri/Alternatifleri oluşturmak: Bu basamakta mevcut veri ışığında seçenekler/alternatifler belirlenir.

4.Seçenekleri/Alternatifleri değerlendirmek: Bu basamakta seçeneklerin/alternatiflerin analizi yapılmaktadır. Hala karar verme basamakları tamamlanmamış olup bu basamak karar vericiye en uygun kararı vermesi için yardımcı bir basamaktır.

5.Karar vermek: Bu aşamada karar verilir. Belirsizliklerin azaltıldığı, uygulanabilir seçeneklerin/alternatiflerin belirlendiği önceki aşamalardan sonra bu basamakta en uygun tercihe karar verilir. Tercihle bulunmak zor bir eylemdir. Bir karar verebilmek için ilgili verilerin toplanması ve bunların analiz edilmesi gerekir. Bu sebeple karar verici muhtemel çıktının sonuçları için iyice muhakeme etmeli ve en fazla yarar sağlayacağı tercihte bulunması beklenir.

6.Kararı uygulamak: Bu basamakta alınan karar uygulamaya sokulur. Bu nedenle bu basamak, en fazla zamanı alan aşamadır.

7.Kararı gözlemek ve değerlendirmek: Karar verme basamaklarından en önemli basamaklardan bir tanesi de alınan kararı uygulamada gözlemek ve çıktılarını değerlendirmektir. Bu deneyim bir sonraki karar verme sürecinde yarar sağlar.

Yıldırım ve Özkahraman'a (2012) göre karar verme anlık bir olay olmayıp basamaklardan oluşan zor bir süreçtir. Basamaklar doğru takip edilse de her zaman doğru karar alınacağını garantiemez. Bu basamakların bilinçli şekilde takip edilmesi karar vermedeki riskleri, sorunları en düşük seviyede tutabilir ve verilen karardan en yüksek fayda karar vericilere sağlayabilir.

Kararlar çeşitli özelliklere ve durumlara göre sınıflandırılmaktadır (Kıral, 2015). *Programlanmış kararlar:* Genellikle örgütün alt kademesindeki yöneticilerin aldığı kararlardır. Belli protokoller çerçevesinde belirlenmiş sınırları vardır ve tekrarlayan olaylara verilen tekrarlanmış yanıtlardır. Bu kararlarda örgüt yapısı, alışkanlıkları ve

çalışma yaklaşımları etkilidir. Yeni yanıt ihtiyacı hissetmeyen yöneticiler bu tür kararları verirken zaman kazanmaktadırlar. Yapılandırılmış ve sıkça karşılaşılan sorunlar olduğu ve çözümünü için deneyimlere başvurulduğundan bu kararlarda risk düşüktür (Kıral, 2015).

Programlanmamış kararlar: Çoğunlukla örgütün üst kademe idarecileri tarafından verilir. Sıkça karşılaşılmayan yeni sorunların olduğu durumlarda alınması gereken karar türüdür. Bu tür kararlarda yapılandırılmış olarak değil, sezgisel ve yaratıcılık gerektirecek şekilde karar verilir. Bu kararlarda risk yüksektir (Kıral, 2015).

Karar verme durumları: Kararlar her zaman geleceğe dair verilir ve belirli risk içermektedir. Belirlilik, belirsizlik ve risk altında olmak üzere üç durum karar vermede söz konusudur (Kıral, 2015).

Belirlilik altında karar verme: Belirlilik altında karar verme nadir olan bir durumdur. Karar verici gereken tüm verilere sahiptir. Girdi ve çıktısı bilinen bir süreç olduğundan olasılık duymaktan yöneticiler tasvip etmez. Her karar vericinin arzuladığı bir karar verme durumudur. Gerçek verilere karar verici sahiptir. Belirli yol ve yöntemlere sahip olduğundan çıktıda bilinebilmektedir. Çıktının ne olacağı bilindiği için ise oldukça kolaydır (Kıral, 2015).

Belirsizlik altında karar verme: Riskin yüksek olduğu, gereken verilerin elde kısıtlı bulunduğu ve çıktının net bilinemediği bir durumdur. Karar vericinin içinde bulunmak istemediği olasılıkların yer aldığı bir karar verme durumudur. Belirsizlik altında karar vermede seçenekler çok azdır ya da hiç yoktur. Belirli bir protokolü olmadığından neye göre karar verilmesi gerektiğini karar verici bilmez (Kıral, 2015).

Risk altında karar verme: Karar verici bu kararlarda verilere ve deneyimlerine güvenerek risk altında karar vermektedir. Karar verici değişime her an hazırdır. Karar verirken seçenekler bilinmesine rağmen hangisinin işe yaracağı bilinmemektedir, karmaşık bir durum içerdiğinden ciddi risk alınmaktadır (Kıral, 2015).

2.3. KARAR VERME STİLLERİ

Karar verme stili, bireyin karar alma durumundaki yaklaşım, tepki ve eylemlerde bulunduğu durum olarak tanımlanır. Karar verirken birçok faktörün karar verme üzerinde etkisi vardır ve karar verme davranışı kişiden kişiye değişiklik gösterir. Karar verme stili karar vericinin bireysel özelliklerinden ve tecrübelerinden kaynaklı kişinin

ürettiği çözüm yollarıdır (Yıldız, 2012). Karar verme stiline meydana gelmesi için aşağıda yer alan üç şartın gerekliliği belirtilmektedir (Kuzgun, 2005). Bunlar:

- a) Karar verme ihtiyacından doğan tercihte bulanma durumu ve bunun birey tarafından farkedilmesi,
- b) Zorunluluğu giderecek fazlaca seçeneğin varlığı,
- c) Bireyin mevcut seçenek/alternatiflerden birini seçme özgürlüğüne sahip olmasıdır.

Birbirinden farklı birçok karar verme stili bulunmakla birlikte her birinden sağlanan verim değişmektedir. Scott ve Bruce, karar verme stillerini öğrenilmiş alışkanlık olarak nitelendirip davranışsal temeller üzerine şekillendirmiş olup karar verme stiline kişisel özellik olmadığını vurgulamışlardır. Karar verme stilleri üzerine gerçekleştirilen ve karar vermeyi, 'bireyin karar verme durumuna maruz kaldığında yansıttığı içselleştirilmiş ve alışılmış cevap' olarak ifade eden tüm çalışmaları sentez etmeye çalışmışlardır. Araştırmacılar karar vermeyi etkileyen faktörlerden daha çok sergilenilen davranışlar arasındaki farkları analiz etmeye çalışmışlardır. Scott ve Bruce tüm çalışmaları kritik etmeleri neticesinde kuramları bir araya getiren ve bunları anlaşılır kılmak amaçlı 'Genel Karar Verme Stili'ni geliştirmişlerdir. Bu çalışmaları neticesinde beş farklı karar verme stili tanımlamışlardır (Avşaroğlu, 2007). Bunlar:

1.Rasyonel Stil: Bu karar verme stiline yapısal ve mantıksal bir yaklaşım mevcuttur. En uygun seçeneğin seçimi için araştırma ve inceleme yapılır. Rasyonel karar verme stiline sahip bireyler daha dikkatli tutuma sahiplerdir.

2.Sezgisel Stil: Karar verme davranışında sezgilerin, hislerin, duyguların ve diğer soyut etmenlerin etkin olduğu durumdur. Sezgisel stili kullananlar diğer bireylerden daha hızlı karar verirler.

3.Bağımlı Stil: Karar vermede bireyin dış yönlendirmelere açık olup dıştan gelen tavsiyelere göre karar vermesidir. Bu stili kullanan bireyler kararlarının sorumluluklarını yansıtmaktadır.

4.Kaçıngan Stil: Karar vermeyi ertelemenin ve karar verme davranışından kaçınmanın baskın olduğu durumdur. Bu stili kullanan bireyler kararlarının sorumluluklarından kaçma eğilimindedir.

5.Spontan Stil: Karar verme durumunda yeterince kritik edilmeyip, anlık karar vermenin baskın olduğu durumdur. Bu stili kullanan bireyler kendiliğinden ve doğal sürecin ruhuna uygun karar verme eğilimindedir.

Taşdelen'in (2001) çalışmasına göre rasyonel stil ile problemlerle başa çıkma düzeyi ve kendisiyle ilgili kararların değerlendirilmesi arasında anlamlı ilişki saptandığı; kaçınan stil ile kendisiyle ilgili kararların değerlendirilmesi, problemlerle başa çıkma düzeyi, mental ve yetenek açısından benlik algısı arasında anlamlı ilişki bildirildiği; bağımlı stil ile kendisiyle ilgili kararların değerlendirilmesi, problemlerle başa çıkma düzeyi, sosyoekonomik durum algısı ve aile içi ilişkiler arasında anlamlı ilişki görüldüğü; spontan stil ile aile içi ilişkiler, mental ve yetenek açısından benlik algısı arasında anlamlı ilişki bildirildiği; sezgisel stil ile herhangi bir değişken arasında ise anlamlı ilişki saptanmadığı raporlanmıştır.

2.4. KARAR VERMEDE KURAM VE MODELLER

Kuram, “Bir olgu ya da olgular kümesini açıklamaya çalışan ve tutarlı önermelerden oluşan kavramsal bir sistem”; model ise “Belli bir düşünceyi yansıtan ve test edilmesine olanak sağlayan düşünsel yapı” olarak tanımlanmaktadır (Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, 2015).

Genel kabul görmüş iki kuramdan biri Gelatt'ın Karar Verme Kuramı, diğeri ise Hilton'un Karar Verme Kuramı'dır. Kuramların anlaşılabilir ve uygulanabilir olması modeller yoluyla sağlanır.

Hemşirelikte klinik düşünme sürecinin açıklanmasında ve yorumlanmasında birçok kuramsal bakış açısı olmasına rağmen genel itibariyle bireylerin karar verme ve yargı üretme süreçleri kritik edilirken benimsenen ve sık kullanılan iki yaklaşım ve bunların alt başlığı olan modeller vardır. Bu iki yaklaşımdan biri olan rasyonel karar vermenin temelini oluşturan analitik(analytical) yaklaşım, bir diğeri ise sezgisel(intuition) yaklaşımdır (Sucu ve ark., 2012).

2.4.1. GELATT'IN KARAR VERME KURAMI

Bu kurama göre sezgisel ve duygusal faktörler kişinin karar verme süreci üzerinde etkisi neredeyse yoktur. Birey kararını rasyonel bir yaklaşımla verir. Bu nedenle karar vermek doğuştan gelen içsel bir yetenek olmayıp bilişsel bir kabiliyettir ve sonradan öğrenilebilir. Bu kuramın varsayımlarından biri de veri miktarı ile karar

verme arasında pozitif ilişki olduğu yönündedir. Bilgi düzeyinde artışın olması ile karar verme sürecindeki risk minimize olur. Bu kurama göre kişinin beklentileri karar yönünün belirleyicisidir. Karar verilirken kararsızlık yaratan koşullar, seçenek/alternatifler ve bunun neticesi olan çıktılar hakkında bilgi sahibi olmanın önemini belirten bir kuramdır. Sonuçların daha öngörülebilir olması için bilgi sahibi olma koşuluyla fikir sahibi olunacağı gerçeğini işaret eder (Bayraktaroğlu ve Demir, 2011).

2.4.2. HİLTON'UN KARAR VERME KURAMI

Hilton'a göre mevcut kuramlar, karar vermeyi açıklamakta eksik olduğunu belirtir. Bu kurama göre karar vermede güdüleyici etken bilişsel tutarsızlığın minimize edilme çabasıdır. Bazı koşullar bu tutarsızlığı artırmaktadır. Örneğin ani karar verme gerekliliği, dış faktörlerin olumsuzluğu, karar sonrası değişiklikte bulunma koşullarının kaybolması, bireysel yetersizliklerin bilincinde olunması, karara temel oluşturacak verilerin belirsizliği ve karar vermenin ertelenmemesine dönük yapılan baskılar bunlardan birkaçıdır (Bayraktaroğlu ve Demir, 2011).

2.4.3. ANALİTİK YAKLAŞIM

Bu yaklaşımın kullanımında durumla ilgili yol gösterici birkaç ilke ile bağdaştırılır ya da bazı kurallar takip edilir. Bu yaklaşıma göre kararlar belirli bir durumun sistematik süreçle çözümlenmesiyle elde edilir. Analitik karar verme; gereken verilerin elde edilmesi, hipotezin oluşturulması, çıktıların kritik edilmesi ve probleme karar verilmesini sağlar. Problem tespit edildikten sonra olası çözümler üretilir. Analitik karar verme yaklaşımında en fazla bilgi işlem modeli ve karar analiz modeli kullanılmaktadır (Sucu ve ark., 2012).

2.4.3.1. Bilgi İşlem Modeli

Bilgi işleme süreci, bireylerin belli kriterlere göre veri toplama, seri şekilde verileri işleme ve sorunu yalınlaştırmak için parçalara ayırma ile bireyin karar verme sürecindeki kısıtlılıklarına çözüm oluşturur. Bu modele göre uzun ve kısa dönem bellek etkileşimi karar verme sürecinde yer alır. Uzun dönem bellek, sembol/şema yapısında depolanan tecrübe ve bilgiyi, kısa dönem bellek ise uyaranlarla toplanan bilgiyi kapsar. Kısa dönem belleğe gelen uyaranlar, uzun dönem bellekte saklanan, temel ve gerçek tecrübelerle toplanan, önceden test edilmiş deneysel bilgiyi etkin kılar. Etkin hale gelen

bilgiyle ipucu özelliği taşıyan yeni veri kritik edilerek uzun dönem bellekteki bilgi ile bağdaştırılır. Ardından kısa dönem bellekte harmanlanır ve geliştirilen yeni bilgi tekrardan kullanılmak üzere depolanır. Araştırmalara göre bu yaklaşım kompleks ve belirsiz bir durumla karşılaşıldığında karar verme stratejisi olarak kullanıldığı ve hataları tanımlamada, karar vermede etkili olduğu bildirilmiştir. Bu modelde mevcut veriye ulaşıldığı ve yeterli zamanın varlığı durumunda karar vermenin tüm süreçlerinde kullanılabilir (Öztürk, 2018; Sucu ve ark., 2012). Bilgi işlem modeli, Simon ve Newell tarafından geliştirilen hemşirelikte karar verme sürecini kolaylaştıran yapay zeka uygulamalarını içeren bir model olarak önerilmiştir (Sucu ve ark., 2012). Öztürk'e (2018) göre bu model doğrudan karar vermeye odaklandığı için daha esnektir oysa karar vermenin amacı uygulama ve değerlendirme şeklinde algılanmaktadır.

Carrol ve Johnson'ın açıkladığı yedi basamaklı bilgi işlem modelinin aşamaları; olayın tanımlanması, açıklamanın formülize edilmesi, diğer açıklamaların seçeneklerin belirlenmesi, tercihlerin ve kullanılabilen kanıtların daha açık hale getirilmesi için veri aranması, tercihte bulunma, uygulama ve değerlendirme'dir (Azak ve Taşçı, 2009).

2.4.3.2. Karar Analiz Modeli

Tıp/sağlık alanında aktif kullanılan bir model olan karar analiz modeli, karar verenin duruma dönük veriyi elde etmesi, bu veriyi analiz etmesi ve doğru kararı vermesi gereken kompleks şartlarda maliyet analizi ile kalite ve politika geliştirmede yararlı bir araçtır. Bu model, bireysel karar alma süreçlerini açıklayıp bunun nasıl geliştirileceğine odaklanır. Karar analiz modelinde uygun karara varmak amaçlı olası tüm seçenek/alternatifler tanımlanır, tanımlanan seçenek/alternatiflerin olasılıkları belirlenir ve yararlılığı en yüksek olan karara ulaşılmaya çalışılır. Bakım sonuçlarının ve alınan kararların sayısal değerlerinin bilinmemesi, bütüncül (holistik) hemşirelik yaklaşımına uymaması ve bakım sonuçlarının her zaman stabil olmaması nedeniyle karar analiz modeli hemşirelik uygulamalarında yakın zamana kadar kendisine yer bulamamıştır (Sucu ve ark., 2012). Günümüzdeyse sağlık bakım hizmetlerinde bilişim sistemlerinin kullanımının artmasıyla hemşirelerin karar vermesini destekleyen yeni ve doğru veriden oluşturulan, kurallara endeksli hazırlanan karar ağaçları ve algoritmalar, bilgisayara dayalı karar destek sistemleri içerisinde yer almakta ve hemşirelerin kullanımına sunulmaktadır (Öztürk, 2018).

2.4.4. SEZGİSEL YAKLAŞIM

Sezgisel karar verme davranışı, içgüdüsel gerçekleşen bir karar verme biçimidir. Ani karar verilmesi gerekli olabilen alanlarda (acil servisleri, yoğun bakım üniteleri vd.) sezgisel kararların daha etkili olduğu bilinmektedir. Burada tek güç karar vericidir, karmaşık olaylara yer yoktur ve bu yönüyle analitik karar verme yaklaşımından ayrılmakta olup hemşirelerin deneyimlerine dayanır ve klinik kararların vazgeçilmez parçasıdır. Araştırmalar neticesinde deneyimli hemşirelerin sezgisel yaklaşımı sıklıkla kullandıkları, işe yeni başlayan hemşirelerin ise kurallar ve protokoller çerçevesinde analitik yaklaşımı kullanmayı tercih ettikleri bildirilmiştir (Öztürk, 2018; Sucu ve ark., 2012).

Sezgisel yaklaşıma göre karar verme; durumun önemli noktalarının tanımlanması, benzeşen ve ayrışan tarafların tespit edilmesi, temel teorik ve uygulama bilgisine ve tecrübeye dayalı olarak yorumlanmasıdır. Analitik yaklaşıma göre sezgisel yaklaşımın avantajları; bilgi işleme sürecinin hızlı olması, ipuçların aynı anda işlenmesi, verilerin algısal düzeyde hızlıca yorumlanmasıdır (Öztürk, 2018; Sucu ve ark., 2012). Sezgisel karar verme yaklaşımının en önemli modeli örüntü tanıma modelidir (Sucu ve ark., 2012).

2.4.4.1.Örüntü Tanıma Modeli

Örüntü kelime anlamıyla ilgilenilen varlıklarla ilgili ölçülebilir ya da gözlenebilir verilerin tanımlanmasıdır. Yapısal, istatistiksel ve akıllı örüntü tanıma sistemleriyle karara ulaşılır. Bu amaçla tanımlanmayan sınıflandırılmış örüntülere belirli bir şekilde yer vermek ve tanımlanan bir sınıfa ait örüntüyü belirlemek amaçlanır. Bireyde örüntü tanıma, beş duyu organı vasıtasıyla özellikle de görme duyusuyla algıladığı verileri, tecrübelerine dayalı öğrenme ve uygulamada karşılaştığı durumlara ilişkin bilgisiyle tercihte bulunabilme, sınıflandırabilme ve karar verebilme yeteneğidir (Sucu ve ark., 2012). Hemşirelikte örüntü tanıma, hemşirenin belleğinde hastayla ilgili depolanan temel teorik ve uygulama bilgisi ile hastanın durumuna ilişkin anahtar niteliği taşıyan verilerin kıyaslanmasıyla elde edilen özelliklerden en iyi eşleşenleri seçme, sınıflandırma ve karara ulaşmadır. Hemşirelikte klinik kararlar daha çok hastanın örüntüsünü tanımlamaya dönük verilir. Örüntü tanıma ve sezgi benzer olmasına rağmen sezgi otomatik olarak algısal gerçekleşirken, örüntü tanıma düşünme süreciyle bilinçli gerçekleşir. Hemşirelerin örüntü tanıma becerisi temel teorik ve

uygulama bilgisi artıkça ve tecrübe edindikçe gelişir. Subjektif ve objektif olarak hasta verileri işlendikçe örüntü tanımlanması klinik karar verme için temel oluşturmaktadır (Öztürk, 2018).

Klinik karar vermede örüntü tanıma modeli, hemşirelik bilimine ve temel mühendislik bilimlerine dayalı verinin yapılandırılarak bilgisayara dayalı karar destek sistemlerinin geliştirilmesinde temel oluşturur. Örüntü tanıma, uzman hemşirelerin performanslarını değerlendirmek için kullanılan temel modellerden biri olarak kabul edilir. Hemşire araştırmacılara göre örüntü tanıma modeli “uzmanların durumu sezgisel kavraması” olarak tümevarım yaklaşımıyla edinmesidir. Sezgisel karar vermenin en önemli niteliği örüntü tanıma ya da benzeşen ve ayrışan tarafları ayırt etme olarak açıklanır. Hemşirelerin klinik karar verme sürecinde bilgisayara dayalı karar destek sistemlerini kullanmalarıyla bilgi işlem modeli ve bir bütün olarak örüntüyü tanıyabilmeleri sağlanır. Bu sistemler, hemşirelerin temel teorik ve uygulama bilgisinin geliştirilmesinde ve etkin klinik kararların verilmesinde önemli rol oynar. Bu nedenle kompleks ve belirsiz klinik koşullarda temel teorik ve uygulama bilgisinin bir model çerçevesinde sentez edilmesi ve bilgisayar sistemleriyle harmanlanarak işlevsel kullanılması önerilmektedir (Öztürk, 2018).

2.5. HEMŞİRELİKTE KARAR VERME VE ÖNEMİ

Hemşirelik açısından karar verme, hemşirelik bilgisinin kullanılması ve bu bilginin hemşirelik süreci çerçevesinde uygulamaya konulmasını ifade etmektedir (Azak ve Taşçı, 2009). Karar verme, insan doğası için yaşamsal önemde olup hemşirelik sürecinin her aşamasında yer almaktadır (Taşçı, 2005).

Sağlık bakım hizmetleri, sunduğu kompleks hizmet bakımından “yüksek riskli endüstri” grubuna girmektedir. Bu endüstriler sağaltıcı olmasıyla birlikte öldürme ya da sakat bırakma gücünde içerisinde barındırmakta olup hizmet almak için başvuruda bulunanlara ara sıra hatalı kararlar neticesinde zarar vermektedir (Kaya, 2009). ABD’de yapılan bir çalışmada tıbbi hataya bağlı ölümlerin tüm ölüm nedenleri içerisinde üçüncü sırada olduğu ve tıbbi hataya bağlı yanlış kararlar neticesinde yılda 400 000 civarında insanın öldüğü bildirilmiştir (Makary ve Daniel, 2016). Şahin ve arkadaşlarına (2014) göre hemşirelerin genellikle karşılaştığı tıbbi hatalar; bakım standartlarını uygulamada ve izlemde yetersizlik, ilaç uygulama hataları, iletişimde yetersizlik, değerlendirme ve

kontrol etme becerisinde ihmal ya da yetersizlik, hasta güvenliği ve koruyuculuğuyla ilgili girişimlerin yetersizliği ve mevcut protokollere uymama olarak bildirilmektedir.

DSÖ'ye göre küresel olarak yılda 7.5 trilyon dolar sağlık harcaması yapılmaktadır (Xu ve ark., 2018). Doğru kararlarla sağlık sistemindeki maliyetler azaltılabilir. Karar vermenin öneminin anlaşılmasıyla ve buna dönük yapılacak çalışmalarla; hastanın tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecine, ailenin hastalığın olumsuz yönleriyle baş etme becerilerine, kurumun kalitesine ve çalışanların motivasyon ve uyumuna önemli etkisi olacaktır.

Klinik karar verme doğrusal bir süreç değildir, ancak bağlantılı klinik karşılaşmaların bir döngüsü olarak kavramsallaştırılabilir. Hemşireler farklı fakat birbiriyle ilişkili klinik karar verme kalıpları kullanır. Her ne kadar hemşirelerin karar verme ve klinik muhakemede kullandıkları bilişsel düşünme stratejileri kapsamlı bir şekilde incelenmemiş olsada, bazı çalışmalar acemi ve uzman hemşireler arasında ve farklı deneyimli hemşire grupları arasında farklılıklar olduğunu göstermiştir (Levett-Jones ve ark., 2010). Karar verme, hemşireliğin temel ve güncel bilgisini uygulamada kullanılarak çok yönlü etkileşimleri içinde barındırır. Hemşirelerde bakım sonuçlarını iyileştirmek için bilişsel stratejilerin kullanılarak karar verme becerisinin geliştirilmesi önemlidir (Öztürk, 2018). Bu yaklaşıma göre hemşirelikte klinik karar verme, hastanın durumunun gözlenmesi, elde edilen verilerin değerlendirilmesi, nedenlerin eleştirel olarak yorumlanması ve alternatif hipotezlerin tespit edilmesini sağlar ve bunların içerisinde en uygun hipotezin seçimi, buna dönük girişimlerin belirlenmesi ve uygulanmasını içerir (Azak ve Taşçı, 2009; Sucu ve ark., 2012). Klinik karar verme karmaşık bir süreç olarak nitelendirilir ve bunun nedeni ise işlenecek verinin fazla olması ve sonuçların belirsizliğine bağlanmıştır. Karar verici olan hemşirenin, temel teorik ve uygulamadan edindiği bilgilere ve farklı yöntemlerle yeni verilere ulaşması gerekir. Hemşirenin etkili karar verebilmesi, hastadan elde edilen verilerin, problemin çözümü adına tıbbi bilgi tabanı ile birleştirilerek bunların karar verme sürecine taşınıp etkin hipotezin oluşturmasına bağlıdır. Hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesi ve profesyonel hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi için hemşirenin etkin karar vermesi önemlidir (Azak ve Taşçı, 2009). Sağlık bakım hizmetleri kapsamında verilen bakımın kalitesinin istenilen düzeyde olması için doğru kararlar vermek günlük bakımın ayrılmaz parçasıdır. Bu süreçte hemşirenin profesyonel

sorumluluğu hastanın bakımını yönetmek ve uygun klinik kararlar almaktır. Karar vermede kullanılan bilişsel süreçlerin ve modellerin anlaşılması ile klinik karar verme hemşirelik eğitiminde kendine yer bulacak ve profesyonel hemşirelik bakımına yansıtılması kolaylaşacaktır (Sucu ve ark., 2012).

Hemşirelik mesleğinde son yıllarda önemli gelişmeler olmakta, hemşireliğin yetki ve sorumluluklarının artmasıyla birlikte bağımsız rol ve işlevlerinde artış olup bu durum bilimsel kaynaklarla da desteklenmektedir. Modern hemşirelik rolleri olan karar verici, bakım verici, araştırmacı, eğitici, yönetici, kariyer geliştirici, özerk ve sorumluluk sahibi olma rolüne ek olarak; rehabilite edici, rahatlatıcı, tedavi edici, danışman rolü, iletişim ve koordinatörlük rolü de eklenmiştir. Mesleğin profesyonelleşmesine ve gelişmesine bu rollerin önemli katkısı olmaktadır (Aydemir-Gedük, 2018).

Karar verici rolü, diğer hemşirelik rollerinin bir alt unsuru olup mesleğin profesyonel bağımsızlığını sağlayan en önemli rolüdür. Hemşire karar verici rolüyle hastanın kendi adına, karar almasını, uygulamasını ve değerlendirmesini sağlayarak sorumluluk almasını desteklemektedir (Aydemir-Gedük, 2018). Bununla birlikte hemşirelerin hastaya vekillik ödevi de bulunmaktadır. Hasta adına alınacak kararda, hasta ve aile karar mekanizmasına dahil edilmeli, hizmet alanın beklentisi, hastanın tıbbi durumu ve diğer disiplinlerin görüşleri dikkate alınmalı ve bu süreçte hemşire karar verme becerisini kullanmalıdır. Oysa sağlık çalışanlarında hasta adına karar verme eylemi olarak nitelendirilen paternalistik anlayışın sık görüldüğü bir gerçektir.

Paternalist lider, takipçileri tarafından otoriter, sorumluluk alan, tek başına karar verici olarak nitelendirildiği gibi bir yönüyle de yardımsever, tatlı-sert ve babacan bir liderlik modelidir (Şendoğdu ve Erdirençelebi, 2014). Paternalist ilişkide taraflar birbirlerine karşı iyi niyetli ve yardımsever davranırken bazen bu durum çıkar kurgusu içerisinde gerçekleşebilmektedir. Liderin izleyicilerine karşı yardımsever tavrı işlemler tamamlanana kadar olabilirken, izleyicilerin bu süreçte lidere zorluk çıkarmayıp yardımcı olabilmektedirler (Köksal, 2011). Geçmişten günümüze sağlık profesyonellerinin paternalistik anlayışları dolayısıyla hastanın özerkliğine zarar vermeleri bakımından eleştiriler söz konusu olsada sağlık hizmeti sunumunda paternalistik anlayışı tümden reddetmek yerine sınırların çizildiği, hastanın/ailenin gerektiği noktalarda karar mekanizmasına dahil edildiği ve hasta/aile adına karar almak yerine hizmet alıcının kendi adına karar verebildiği ve sağlık profesyonellerinin hizmet

alıcıya danışmanlık verdiği anlayış günümüzde benimsenmeye başlanmıştır (Atıcı, 2007).

2.6. HEMŞİRELİKTE KARAR VERME SÜRECİ

Hemşireler; yaşlanan nüfus, artan sağlık hizmeti maliyetleri, önleyici sağlık bakımı yoluyla nüfus sağlığının geliştirilmesi, sağlık sunumundaki eşitsizliklerin azaltılması ve gelişmiş sağlık hizmetleri sistemlerinin karşılaştığı başlıca zorlukların üstesinden gelmede kilit bir role sahiptir (Sucu ve ark., 2012). Hemşireler toplum, aile ve bireylerin sağlığını sürdürme, geliştirme ve koruma çalışmaları çerçevesinde klinik ortamlarda veya birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışırken sahada hastanın hemşirelik bakım gereksinimlerini belirlemek için sürekli olarak karar verme sürecinden yararlanmaktadır. Bunun yanı sıra hemşireler çalıştıkları ortamlarda gerçekleşen çatışmaları sonlandırmak, uygun çözümler üretmek ve buna dair hizmet içi eğitimler planlamak ve uygulamak için sıklıkla karar vermeleri gerekmektedir (Günerigök, 2019; Yıldırım ve Özkahraman, 2012).

Hemşirelikte karar verme sürecinin kavramsal çerçevesine ‘*seçenek ve fikirleri araştırmak*’, ‘*amaçları ve değerleri soruşturmak*’, ‘*sonuçları değerlendirmek*’ ve ‘*bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek*’ alt başlıkları temel oluşturmaktadır (Arslan, 2018; Jenkins, 1983).

Seçenek ve fikirleri araştırmak; bireyin karar verme sürecinde gerekli olduğu kadar sayıda strateji veya kaynağı kullanabileceği seçeneklerin oluşturulmasını tanımlamaktadır. “Klinik bir karar yaşamsal ise ve zaman varsa, seçenekler için ayrıntılı bir araştırma yaparım” olarak örneklendirilebilir.

Amaçları ve değerleri soruşturmak; değerlerin karar verme sürecinde belirleyici olabildiği, çıktıların tercihleri etkilediğini, bu nedenle hedeflerin ve değerlerin açık bir şekilde belirlenmesini ifade etmektedir. “Hastalara, kendi bakımlarıyla ilgili karar verme haklarını kullanmaları için yardım ederim” olarak örneklendirilebilir.

Sonuçları değerlendirmek; karar verme sürecinde bireyin aldığı kararın fiyat-performans, risk alma, amaç ve değerlere uygunluğu yönünden değerlendirilmesini belirtmektedir. “Önemli bir klinik kararı değerlendirirken, olumlu ve olumsuz sonuçların listesini yaparım” olarak örneklendirilebilir.

Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek; bireyin ilgili duruma ilişkin gerek görülen verilerin araştırılmasını, verilere ulaşılmasını ve her yönüyle ilgili verilerin anlaşılmasını mutlak zorunluluk olarak ifade etmektedir. “Karar vermem gerektiğinde mümkün olduğu kadar çok bilgi toplamak için farklı yolları kullanırım” olarak örneklendirilebilir.

Hemşirelikte karar verme klinik ve yönetimsel anlamda iki gruba ayrılmaktadır. Klinik anlamda karar verme; profesyonel hemşirelik bakımını etkileyen faktörleri belirleme, hasta anamnezini alma ve fiziksel muayene sonucunda elde ettiği verileri değerlendirme, hemşirelik tanılarını, girişimlerini ve bakım sonuçlarını içermektedir. Yönetimsel anlamda karar verme; hemşirelerin karar verici rolü çerçevesinde yönetici sıfatını taşması, bağlı bulunulan kurumun misyonuna göre hareket etmesi, etkili iletişim yöntemlerini kullanması, gerekli organizasyonel sistemlerin ve belirli kaynakların geliştirilmesi ve uygulanması süreçlerinde alınan kararlardır (Arslan, 2018).

Hemşireler, çalıştıkları alanlarda hizmet alanların yaşadıkları herhangi bir sorunda sorunu fark etme, bu sorunun hasta/aile için ne anlama geldiğini anlama ve servisin koşulları, demirbaş ve sarf malzeme yeterliliği ile personel sayısını da göz önünde bulundurarak gerekli kararları verirler. Hemşire, kliniğe dair karar verirken karar verme sürecinden faydalanır. İlgili kliniğe has sorunlar ve farklı hasta grupları mevcut olabilir. Bu hastalara hastalıklarına göre triaj uygulanması gerekir. Hemşire, triaj uygulamasında bulunurken aşağıda yer aldığı Şekilde önceliklerini oluşturur (Yıldırım ve zkahraman, 2012).

Birinci Düzey Bakım ncelikleri

Bireyin yaşamını tehdit eden sorunlardır. Hastaya acilen müdahale edilmesi gereken, ertelenemeyen ve hasta stabilitesinin bozulduğu durumlardır.

İkinci Düzey Bakım ncelikleri

Bu problemler yaşamı tehdit etmediği gibi hemşirenin problem notunu önceden aldığı planlanmış ve hazırlığı yapılmış durumlardır.

nc Düzey Bakım ncelikleri

Hasta bakımı ve girişimine dönük konularda en az girişim yapılan, fonksiyon olarak aciliyeti olmayan ve hemşirenin az zamanını alan estetik problemlerdir.

Hemşirelerin karar verme becerilerinin geliştirilmesi temel eğitim süreciyle başlar profesyonel hayatları boyunca da sürer. Temel olarak karar vermeyele ilgili kuramsal görüşlerin oluşturulmasında iki yaklaşım söz konusudur. Bunlar, süreç üzerine yoğunlaşan yaklaşım ve sonuç üzerine yoğunlaşan yaklaşımlardır. Karar verme sürecine odaklanılan yaklaşımda bu sürecin anlaşılmasıyla meydana çıkacak sonuçların etkin şekilde tahmin edilebileceğine neden olacağı görüşü hakimdir. Sonuç üzerine odaklanılan yaklaşımda ise karar verme sürecinin çıktılarının tahmin edilmesinin gerektiği ve karar verme sürecinin anlaşılabilmesini sağlayacağı görüşü hakimdir. Verilecek kararın çıktıları ve bu çıktıların doğru şekilde öngörülmesi istenmektedir (Yıldırım ve Özkahraman, 2012).

“Hemşireliğin bireyin gereksinimlerini belirleme ve uygun çözüm yolları bulma gibi zihinsel ve soyut beceriler gerektirdiği 1960’larda gündeme gelmiştir. Bu dönemde çeşitli hemşire kuramcılar tarafından da hemşirelerin klinik alanda en önemli gereksinimlerinin problem çözme ve karar verme becerileri olduğu belirlenmiştir. Abdellah 1960’larda nitelikli hemşirelik bakımı için problem çözme yaklaşımının üzerinde durmuştur. Aynı yılda Orem ise bir sanat olarak hemşireliğin ne yapılacağına karar verme ve planlama gibi zihinsel bir yönü olduğunu vurgulamıştır. Levine ise 1960’larda koruyucu ve tedavi edici hemşirelik bakımının sağlam bir bilgi temeline dayandırılması gerektiğini belirlemiştir (Taşçı, 2005).”

Hemşirelikte karar verme süreci basamakları şunlardır; sorunları değerlendirme, tanılama, sonucu tahmin etme, planlama, uygulama ve sonucu değerlendirme’dir (Günerigök, 2019; Yıldırım ve Özkahraman, 2012).

1.Sorunları Değerlendirme: Hemşirelikte karar verme sürecinin başlaması için gereken ilk basamaktır. Bu aşamada hasta/ailenin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi için ön değerlendirme yapılır. Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarının temeli olan bu aşamada verilerin doğru, eksiksiz ve zamanında elde edilmesi önemlidir.

2.Tanılama: Bu aşamada karar vermeyi gerektiren durumlarla ilgili elde edilen veriler doğrultusunda var olan koşullar değerlendirilmektedir. Belirlenen amaç doğrultusunda hemşire seçenek/alternatifler için veri toplar. Veriler ışığında bu aşamada sorun tanımlanır.

3.Sonucu Tahmin Etme: Verilerin kritik edilmesi neticesinde uygun çözüm için seçenek/alternatifler belirlenir. Birden fazla seçenek/alternatif üreten karar vericinin

etkili karar vermesinde; ilgili durum hakkında bilgi sahibi olması, açık görüşlü olması, araştırmacı olması, risk alması, mantıklı düşünmesi, konu hakkında yetkin olması gibi özelliklerin etkilediği bilinmektedir.

4.Planlama: Seçenek/alternatifler arasından uygun olan çözümü tercih etmek için yarar ve zararların belirlenmesi gerekmektedir. Belirsizlikleri azaltacak ve riskleri minimize edecek olan seçim belirlenir. Etkin kararın verilmesi, karar verenin gerekli bilgisine, tecrübesine ve eleştirel düşünme gücüne bağlıdır.

5.Uygulama: Karar verme sürecinde planlanan girişimin uygulandığı aşamadır. Bu basamakta en az hata ile uygulama gerçekleştirilir.

6.Sonucu Değerlendirme: Bu basamakta kararın amacı doğrultusunda uygun bir şekilde yerine getirilip getirilmediği ve çıktının değerlendirildiği aşamadır.

Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Karar Verme

Karar verme, her yönetim seviyesinde analiz edilmesi mecburi olunan bir ya da bir dizi problemin çözümü adına değişik seçenek/alternatiflerin bütün taraflarıyla kritik edildiği, en uygun çıktıya götürecekt olanın belirlenmesidir. Bilim insanlarına göre karar verme yönetsel faaliyetlerin tam kalbinde yer almaktadır (Bakan ve Büyükbeşe, 2005). Yönetici konumundaki karar vericiyi, değerlendirme kriteri olarak karar verme becerisi en önemli performans göstergesi sayılmaktadır. Yöneticilerin aldıkları kararlar başarılarını belirler. Mevcut kaynakların doğru alanlarda kullanımı gibi değerlendirilme başlığı bulunmaktadır. Oermann (2015) göre profesyonel hemşirelik bakımı sunan hemşireler, yatarak tedavi hizmeti veren sağlık kuruluşlarında hizmet vermenin yanı sıra, bakımın koordine edilmesi ve sürdürülmesinde, sağlık politikalarının oluşturulması ve toplumun eğitilmesinde görev aldıkları için hemşirelik hizmetleri yönetiminden beklentiler giderek artmaktadır (Akt. Arslan, 2018). Günümüzde yüksek nitelikli bir hemşire için yalnızca psikomotor becerilere sahip olmak ya da tıbbi teknolojiyi kullanabilmek yeterli sayılmamakta; karar verme, stratejik planlama, kalite iyileştirme ve geliştirme, politika oluşturma, hükümet ve sivil toplum örgütleriyle beraber güçlü koalisyonlar oluşturabilme meziyetlerine de sahip olmaları istenmektedir (Al-Hamdan ve ark., 2015). Modern hemşireliğin başlıca bileşenleri ve hemşirelerin sağlık hizmetlerini planlamasında, karar verme süreçlerine katılımında, uygun ve etkili sağlık politikalarının geliştirilmesinde yöneticilik ve liderliğin önemli bir katkısı olduğu belirtilmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumların geçerlilik ve yeterliliğinin sürekliliği

için etkili sorun çözüme ve karar verme becerisine sahip yöneticiler en önemli kaynaklardır. Hemşirelerin mesleki otonomi sahibi olmaları açısından sorun çözüme ve karar verme becerisi hemşireler için geliştirilmesi gerekli olan önemli bir beceridir. Mesleki otonominin güçlendirilmesi amacıyla hemşirelerin karar verici olarak karar verme süreçlerine katılımı ile kuruma bağlılıkları ve iş doyumları arttığı, işe devamsızlıkların ve işten ayrılmaların azalmasında etkili olduğu, yüksek düzeyde verimlilik elde edildiği, paydaşlarla ilişki ve iletişimin geliştiği belirtilmiştir. Yönetici ve liderlerin yetkinliklerini görünür kılmada aldıkları kararların değerlendirilmesi başlıca ölçüt olup bu durum profesyonel hemşirelik uygulamasının temel taşıdır (Arslan, 2018).

2.7. KARAR VERME SÜRECİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık bakım hizmeti veren hemşireler, yoğun bilgi sürecini kullanarak karar verme sürecini etkileyen hızlı, tempolu, çok yönlü karmaşık ortamlarda klinik kararlar alırlar. Bu klinik kararları özel ve genel birçok faktör etkiler. Bu faktörlerden evrensel/mesleki etik ilkeler, kurumsal/toplumsal kültürel yapı ve mesleki/ulusal yasal düzenlemeler genel olarak klinik karar verme sürecini belirler. Belirlenen bu sınırlar içerisinde klinik karar verme sürecini; temel teorik bilgi ve eğitim düzeyi, mesleki deneyim, bireysel özellikler, görevin karmaşıklığı ve niteliği, karar verilen ortamın özellikleri doğrudan etkiler (Sucu ve ark., 2012). Wu ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında eğitim düzeyi, mesleki deneyim, hemşirenin gelişimini destekleyen çalışma ortamının klinik karar vermeyi pozitif yönde etkilediği; yetersiz hasta-hemşire iletişimi, hasta-hemşire oranının yüksek olması ve yöneticilerin olumsuz tutumlarının klinik karar vermeyi negatif yönde etkilediği bulunmuştur. Hoffman ve arkadaşlarına (2003) göre eğitim düzeyi ve mesleki deneyimin klinik karar verme ile anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı; mesleki uzmanlığın, profesyonel kimlik kazanımının ve hemşirenin statüsünün klinik karar vermeyi anlamlı şekilde etkilediği bildirilmiştir. Farčić ve arkadaşlarının (2020a) çalışmasına göre temel öz değerlendirme ile klinik karar verme arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuş ve temel öz değerlendirmesi zayıf olan kişi, pozitif kaynaklara ulaşmaya daha az eğilimli olup riskten kaçınmaya daha çok yatkındır. Karar vermeyi basitleştiren ve etki altında bırakan durumların belirlendiği bir çalışmada; durum ile ilgili sahip olunan özgüven ve yeterlilik, kurumun yapısı, eğitim düzeyi ve desteklenme (ödüllendirme mekanizması) durumunu içeren beş ana etmen

tespit edilmiştir (Hagbaghery, 2004). Bunların dışında amaçların yeterince anlaşılması, zaman kısıtlılığı, fiziksel ve mental hastalıklar, aceleci kişilik yapısında olmak ve seçenek/alternatifleri doğru kritik edilmemesi de karar vermeyi engelleyen sebepler arasında sayılmaktadır (O'Reilly, 2000; akt. Azak ve Taşçı, 2009).

Karar vericinin birey mi grup mu olduğu kararın etkinliğini doğrudan etkileyebilmektedir. Tek kişi tarafından verilen kararların daha hızlı alındığı bilinmesine rağmen bu durum karar vericinin kişilik yapısından ayrı düşünülemez. Grup tarafından alınan kararlarda zaman faktörü ve grup içi iletişim önemlidir. Heller'a (2009) göre karar verme sürecini etkileyen etmenlerden bir diğeri kararın çıktıları ve bu çıktılarının neden olacağı durumlardır. Kararların çıktıları karar verici/ler tarafından genel itibarıyla bilinemez. Bu nedenle karar verici/ler olumsuz sonuçlara maruz kalmamak için gerekli olan güven payına sahip olmak isterler.

Literatür incelendiğinde hemşirelikte klinik karar vermeyi etkileyen birtakım faktörler vardır. Bu faktörler klinik karar vermeyi dolaylı ya da doğrudan etkileyebilmektedir. Bu faktörlerin başlıcaları; temel teorik bilgi ve eğitim düzeyi, karar vericinin yaşı, cinsiyeti, eleştirel düşünme becerisi, mesleki deneyim, özerklik, karar verilen durumun karmaşıklığı, karar verilen ortamın özellikleri, değerler ve kurum kültürü olarak sayılabilmektedir. Güvenli ve kaliteli hasta bakımı için hemşirelerin karar verme becerilerini etkileyen faktörleri anlamak, klinik uygulamalarının çıktılarını iyileştirecektir (Azak ve Taşçı, 2009; Björk ve Hamilton, 2011; Farčić ve ark., 2020b; Ham ve ark., 2015; Hoffman ve ark., 2003; Lauri ve ark., 2001; Nibbelink ve Brewer, 2017; Özden ve ark., 2018; Sucu ve ark., 2012; Wu ve ark., 2017).

2.7.1. Temel Teorik Bilgi ve Eğitim Düzeyi:

Hemşirelerin temel teorik bilgi ve eğitim düzeyi klinik karar verme becerisini etkileyen en önemli faktörlerdendir (Björk ve Hamilton, 2011; Dicle ve Durmaz-Edeer, 2013; Lauri ve ark., 2001; Marino ve ark., 2020; Wu ve ark., 2016). Bilgi, hemşirenin anahtar niteliği olan verilerin kritik edilmesi, problemin tanımlanması ve profesyonel hemşirelik bakımının uygulanmasında önemli rol oynar (Öztürk, 2018). Hemşirelerin klinik karar vermesine rehber olacak veriyi, temel teorik ve uygulamadan edinilen bilgi olmak üzere iki boyutta tanımlanmıştır. Uygulama bilgisi mesleki tecrübeden elde edilir. Yeni teorik bilgiler ise, yapılandırılmış eğitimlerden, kitaplardan, bilimsel araştırmalardan ve gözleme dayalı uygulamalardan elde edilir (Sucu ve ark., 2012).

Hemşirelerin temel teorik ve uygulamadan edindiği bilginin eksikliği karar verme becerisini etkiler. Temel teorik bilgisi yetersiz olan hemşireler uygun hipotezi oluşturamaz ve etkili kararı veremezler. Uygulama bilgisi yetersiz olan hemşireler ise kompleks problemlerde kısa sürede fazla veriyi işleyerek karar vermek zorunda kaldıklarında yanlış karar verme ihtimalleri yükselir (Öztürk, 2018). Problemin tespit edilmesi, problemin çözümüne dönük farklı hipotezlerin geliştirilmesi, etkin çözümün bulunması ve uygun çıktının elde edilmesi için hemşirenin eğitim düzeyinin yüksekliği gereklidir. Bu durum hemşirelik mesleğinin bilimsel temellerinin varlığına kanıt olacaktır (Karagözoğlu, 2005). Eğitim düzeyinin yüksekliğinde; hemşirenin özgüveni artmakta, karar vermesi yönünden cesaretlenmekte ve eyleme geçmesini kolaylaştırmaktadır (Bektaş, 2017). Bjørk ve Hamilton (2011) çalışmasında hemşirenin eğitim düzeyi ile klinik karar verme becerileri arasında pozitif ilişki olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde başka bir çalışmada da hemşirelerin klinik karar verme becerileri ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Wu ve ark., 2016).

2.7.2. Karar Vericinin Yaşı ve Cinsiyeti:

Hemşirelerde cinsiyet, yaş ve ırk gibi demografik faktörlerinin klinik karar verme becerilerini etkilediği bildirilmiştir (Ham ve ark., 2015). Literatürde yaşın klinik karar verme becerisi ile doğrudan ilişkili olduğunu bildiren çok sayıda yayın bulunmaktadır (Bjørk ve Hamilton, 2011; Lauri ve ark., 2001; Pramila, 2018). Acil durumlarda hemşire yaşının klinik karar verme üzerinde olumlu bir etkiye sahipken (Bakalis ve ark., 2003; Mirsaidi ve Lakdizaji, 2012), başka bir çalışmada ise hemşire yaşının, hemşirelik bakım kararlarını verebilme becerisi üzerine olumsuz bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Paans ve ark., 2012).

Araştırmalara göre cinsiyet ile klinik karar verme becerisi arasında doğrudan ilişki olduğu raporlanmıştır (Kaya ve ark., 2011; Lauri ve ark., 2001; Mirsaidi ve Lakdizaji, 2012). Bjørk ve Hamilton (2011) tarafından yapılan çalışmada erkek cinsiyeti ile klinik karar verme arasında pozitif ilişki saptanmıştır.

2.7.3. Eleştirel Düşünme Becerisi:

Eleştirel düşünme; verilerin toplanması, elde edilen veriler doğrultusunda ihtiyaçların belirlenmesi, seçeneklerden uygun olanın seçilmesi ve uygulanması, uygulanan işlem sonucunun değerlendirilmesini içeren düşünme süreci sanatıdır. Sağlık bakım hizmetinde yüksek kalitede bakım sunmak için eleştirel düşünme becerisi gerekli

olup bir hemşireden beklenti tüm rol ve işlevlerinde eleştirel düşünmeyi sergilemesidir. Ulusal ve uluslararası kuruluşlar hemşirelik okulları müfredatında eleştirel düşünmenin yer alması gerektiğini belirtmektedir (Gürol-Arslan ve ark., 2009; World Health Organization, 2009). Hemşireliğin karar verme sürecinde eleştirel düşünme becerisi oldukça önemlidir. Hemşirelerin kendine güvenmesi ve eleştirel düşünme becerisi, klinik karar vermede etkili olan özelliklerdendir. Hemşirenin kendine güven duymasını; temel teorik ve uygulama bilgisi, bireysel özellikleri ve sosyal mesleki etkileşimleri etkiler. Hemşireler anahtar niteliği taşıyan verileri kullanarak problemi tespit etmede, kanıta dayalı temel teorik bilgisiyle karar vermede ve uygulamayı değerlendirmede eleştirel düşünme becerilerini kullanmak zorundadır (Bektaş, 2017). Martin (2002) tarafından yapılan çalışmada mesleki deneyimin artmasıyla eleştirel düşünme becerisinin yükseldiği bildirilmiştir.

Karar vericinin veri edinme, eleştirel düşünme ve algılamadaki farklılıkları karar verme sürecini doğrudan etkileyen faktörlerdendir. Karar süreçleri veri toplanmasına ve bu verilerin işlenmesine dayanmaktadır. Bireylerin veri edinme ve işleme kapasiteleri biyolojik, fizyolojik ve psikolojik açıdan kısıtlıdır. Bu kısıtlılıkların bir yönünü algılama oluşturmaktadır. Algı, maruz kaldığı uyaranlar içerisinde seçici davranmakta olup uygun bulduğunu işlemektedir. Bu sebeple algılama sürecinde bireyin veri işleme kapasitesi bir bakıma daralmaktadır. Bu özelliğe “algının seçiciliği” olarak adlandırılmaktadır. Algı beş duyu organdan toplanılan verileri tecrübeler ve öğrenmelere dayanan esaslara göre ayıklayarak, sınıflandırarak ve kritik ederek gerçekleri algılayarak bireye has bir biçim ve renk almasına yol açmaktadır. Algıları biçimlendiren etkiler; kişilik, bireysel özellikler, tutumlar, tecrübeler, düşünceler, roller, ihtiyaçlar, beklentiler ve değerlerdir (Sağır, 2006).

2.7.4. Mesleki Deneyim:

Birçok çalışma hemşirenin mesleki deneyiminin karar verme süreci üzerinde önemli etkisi olduğunu bildirmiştir (Björk ve Hamilton, 2011; Farčić ve ark., 2020b; Ham ve ark., 2015; Nibbelink ve Brewer, 2017; Wu ve ark., 2016). Mesleki deneyim, hemşirelerin temel teorik ve uygulamalardan edindiği bilgiyi harmanlayıp bundan oluşturduğu yeni bilgi ve beceri olarak nitelendirilir. Mesleki deneyim, klinik karar vermede hemşirenin önsezilerine güvenmesini sağlayan en önemli faktörlerdendir (Marino ve ark., 2020). Wu ve arkadaşlarına (2016) göre önceki klinik deneyimin,

klirik ortamlardaki hemşireler için değerli bir referans olduğunu belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada deneyimli hemşirelerin bazı riskli hemşirelik dışı kararları alma ve hekimleri tedavi kararları hakkında sorgulama gucne sahip oldukları saptanmıştır. Bunun sonucunda deneyimin, hemşirelerin gucn, güven düzeyini ve alınan kararlarla ilgili farkındalıklarını artırdığı görülmüştür (Maharmeh ve ark., 2016). Fari ve arkadaşları (2020b) tarafından yapılan çalışmada 31 yıldan fazla mesleki deneyimi olan hemşireler, daha az tecrübesi olan hemşirelerden ve hemşirelik öğrencilerinden önemli ölçüde daha yüksek karar verme puanına sahip oldukları saptanmıştır. Bu bulgular, mesleki deneyimin hemşirelerin klinik karar verme becerileri üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Benner (1982), Dreyfus modeline dayalı, hemşirelikte beceri kazanmayı beş düzeyde tanımlamıştır (Sucu ve ark., 2012). Bunlar:

- Deneyimsiz Hemşire (intörn veya yeni mezun)
- Deneyimli Hemşire (hemşirelik mesleğinde 1-6 ay arasında alışan)
- Yeterli Hemşire (hemşirelik mesleğinde 2-3 yıldır alışan)
- Usta Hemşire (hemşirelik mesleğinde 3-4 yıldır alışan)
- Uzman Hemşire (hemşirelik mesleğinde 5 yıl ve üstü alışan)

Deneyimsiz hemşireler, kurallara ve kurum protokollerine dayalı ve iş odaklı çalıştıkları, hastanın durumuyla ilgili daha az anahtar topladıkları, hipotezlerini tek bir anahtara dayalı oluşturdukları ve oluşturdukları hipotezlerin tanımladıkları anahtar ile uyumlu olmadığı tespit edilmiştir. Deneyimsiz hemşirelerin hastanın durumuyla ilgili anahtar değiştiğinde, bu anahtarları tanımlayamadığı ve ayrıntıları göremediği belirtilmiştir. Bunun nedeni olarak temel teorik ve uygulama bilgisinin yetersizliğine bağlanmıştır. Deneyimsiz hemşirelerin önceliği yaptıkları iş ve işin düzenlemesi iken deneyimli hemşirelerin önceliği hastanın değişen klinik durumuna özgü akut bakım girişimleridir (Sucu ve ark., 2012; Taylor, 1997). Uzman hemşirelerde örnek olaylar ve simülasyon kullanılarak yapılan çalışmalarda hastayla ilgili anahtarı hızlıca tespit edebildikleri ve hemşirelik tanısını doğru koyabildikleri saptanmıştır (Sucu ve ark., 2012). Lamond ve Farnell (1998) göre uzman hemşirelerin etkin hemşirelik tanısına odaklanmaları alana özgü bilgilerinin olması ile açıklanır. Uzman hemşirelerin karar verme düzeylerinin deneyimsiz hemşirelere nispeten daha iyi düzeyde olduğu bildirilmektedir (Hoffman ve ark., 2003).

Deneyimsiz hemşirelerde yüksek anksiyete, kontrol kaybına neden olup işleri organize etmedeki başarısızlığına neden olmaktadır. Bu durumun güvenli olmayan girişimlerle sonuçlandığı ileri sürülmüştür (Sucu ve ark., 2012). Deneyimli hemşirelerin verilere dayalı hastanın sorununu tespit ederek daha hızlı karar aldıkları görülmektedir. Bu yaklaşıma göre hemşirelerin deneyimli olması, doğru karar verme olasılığını artırmaktadır.

2.7.5. Özerklik:

Hemşirelerin sağlıklı kararlar verebilmeleri için hasta bakımında profesyonel özerkliğe sahip olmaları ve örgütsel kararlara daha fazla katılım sağlamaları gerekmektedir (Alaseeri ve ark., 2019). Hemşirelik için özerklik, profesyonel hemşirelik bakımı için hemşirelerin karar verme becerisi ve uygulamaları içindeki bağımsızlığı olarak isimlendirilmektedir. Hemşirelerin özerkliğini yükseltmek hasta bakımında yaşanabilecek olumsuz sonuçların önlenmesi için doğru strateji olacaktır. Hemşirenin özerk olduğu bir ortamda klinik karar verme sürecine katılımı arttığı için iş doyumunu da yükselmektedir. Araştırmalara göre hemşireler, özerk oldukları iş ortamlarında çalışmayı seçmektedirler. Çalışmalarda hemşirelerin karar verme becerilerinin daha iyi düzeyde olduğunu, multidisipliner çalışmalarda daha atılgan olduklarını ve iş doyumunu daha az yaşadıklarını desteklemektedir. Hemşirelerin özerkliğini artıran başlıca faktörlerden biri eğitim düzeyinin yüksekliğidir (Öztürk, 2018). Dorgham ve Al-Mahmoud (2013) çalışmasına göre 10 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin özerklik düzeyinin yüksek olduğu bildirilmektedir. Nibbelink ve Brewer (2017) göre çeşitli hemşirelik müdahalelerinde özerklik ve bağımsızlığın klinik karar verme sürecine katkıda bulunacağını vurgulamışlardır. Önceki çalışmaların aksine, Wu ve arkadaşlarının (2016) çalışmasına göre daha fazla çalışma esnekliği, özerklik ve daha yüksek düzeyde resmi yetkilendirmenin zayıf klinik karar verme becerisine sahip hemşirelere psikolojik yük getirebileceği ve sonuç olarak karar verme becerilerini engelleyebileceği için önemli olumsuz etkilere neden olabileceği belirtilmiştir.

2.7.6. Karar Verilen Durumun Karmaşıklığı:

Hemşirelerin klinik karar verme becerisini etkileyen önemli faktörlerden bir tanesi de karar verilen durumun niteliğidir. Karar verilmesi gereken durumun niteliğini, durumla ilgili anahtarların sayısı, benzer ve farklı anahtarların olması, anahtarların güvenilirliği ve belirsizlikleri etkiler (Hedberg ve Larsson, 2004; Sucu ve ark., 2012).

Hastanın mevcut durumunun basit ya da kompleks olması, hemşirenin karar verme yükünün tespit edilmesinde önemli değişkenlerdendir. Bucknall (2003) göre hastanın durumu, mevcut verilere ulaşma ve kişilerarası ilişkilerin klinik karar verme becerisini etkileyen faktörler arasında yer aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin klinik karar verme sürecinin kalitesinde, kompleks verilerin, tecrübenin ve meslektaşlar arasındaki etkileşimin belirleyici olduğu bildirilmiştir (Currey ve Worrall-Carter, 2001).

2.7.7. Karar Verilen Ortamın Özellikleri:

Hemşirelerin klinik karar verme becerisini etkileyen faktörlerden bir tanesi de klinik karar verme sürecinin gerçekleştiği ortamdır (Marino ve ark., 2020). Kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin klinik karar verme sürecine katılımı ve klinik karar verme becerisinin özel sektörde çalışan hemşirelere kıyasla daha iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir. Bunun nedeni olarak kamuda çalışan hemşireler, özelde çalışan hemşirelere kıyasla kompleks durumlarda klinik karar vermeyi daha sık deneyimlemektedir (Pramilaa, 2018). Araştırmalara göre ekip uyumunun, çalışma alanının ve klinik yoğunluğun klinik karar vermede önemli faktör olduğu bildirilmiştir (Hoffman ve ark., 2003). Hizmet verilen kurumun yapısı, meslektaşlar ve disiplinler arasındaki destekleyici öğrenme ortamı, hemşirenin klinik karar vermesini etkilemektedir (Hagbaghery ve ark., 2004). Bunun yanı sıra hizmet verilen ortamdaki sarf malzeme ve demirbaş malzeme eksikliği, personel yetersizliği ve dış faktörler klinik karar vermeyi ve hasta bakım kalitesini etkiler (Currey ve Worrall-Carter, 2001). Sucu ve arkadaşlarına (2012) göre çalışılan ortamın fiziksel özellikleri, akran etkileşimleri, yönetici desteği ve öğrenme ortamının geliştirilmesi klinik karar verme becerisini olumlu yönde etkiler. Hemşirelerde fizyolojik ve psikolojik sağlık sorunlarına neden olan yoğun çalışma, karar verme becerisini etkilemektedir (Ham ve ark., 2015). McClelland (2007) tarafından hemşirelerle yapılan çalışmaya göre uzun vardiyalarda çalışmak klinik karar verme becerisini olumsuz etkilemektedir. Hemşirelik yöneticileri personeller arası sağlıklı kişilerarası ilişkileri teşvik ederek ve klinik karar verme becerilerin gelişimini destekleyerek, yüksek kalitede klinik kararların verildiği bir çalışma ortamı kültürü yaratabilmelidir (Marino ve ark., 2020).

Karar verme sürecine olumlu katkı sağlayan klinik karar destek sistemleri, hasta verilerinin elde edilmesinde zaman kazandıran ve doğru kararların alınmasını sağlayan önemli bir etmendir (Bucknall, 2003). Sucu ve arkadaşlarına (2012) göre klinik karar

destek sistemleri aracılığıyla verilere ulaşılarak alınan kararlarda iki kat, interaktif yöntemlerin dahil edildiği karar durumlarında üç kat daha etkin karar verildiğinin saptandığı, uygun çevresel faktörlerin sağlandığı durumlarda verilere ulaşan ile ulaşamayan arasında doğru ve başarılı karar verme arasında ciddi fark olduğu belirtilmektedir. Bakan ve Büyükbeşe'ye (2005) göre karar destek sistemlerin klinik uygulamalarda kullanılması etkin karar verme ve tıbbi hataların önüne geçilmesinde çoğunlukla olumlu katkı sağladığı bildirilmektedir.

Karar verilen ortamın özelliklerinden biride belirsizliktir. Belirsizlik karar verme sürecini doğrudan etkiler. Hemşirelerin belirsiz ortamlarda daha sık sezgisel yaklaşımı ve baş etme becerisini kullanmaları tavsiye edilmektedir. Belirsiz bir durumla baş etmenin en iyi yolu sezgisel yaklaşımın kullanımudur. Eğer birey karar alırken geçmişte, günümüzde ve gelecekte durumun nasıl olduğu ya da olacağı konusunda kesin bir veriye sahip değil ise bu kararın belirsiz ve risk ortamında alınan bir karar olduğu belirtilmektedir.

2.7.8. Değerler:

Değerler, özel ve kamusal alanda insanın nasıl davrandığı, duyduğu ve düşündüğü ile ilgili olup neyin doğru, iyi ve adil olduğunu tanımlamak için kullanılan ilkelere. Değerlendirmek, bir düşünce ya da davranışın değerini, belirli standartlarla kıyaslamaktır. Değerin oluşumu; inanç, kültür, tutum, vicdan ve etik ilkeler gibi birçok unsurdan etkilenir (Sağır, 2006). Karar verme çerçevesinde değerler, bir durum karşısında karar vericiye rehber olan unsur olarak düşünülebilir.

Bir hemşirenin değer sisteminin gelişimi, kişisel, mesleki ve örgütsel inançların alt bileşenlerinden kaynaklanarak kavramsallaştırılabilir. Bunların her biri bilişsel ve psikososyal dinamiklerin karmaşık bir etkileşimi ile sonuçlanan diğer faktörlerden etkilenir (Moylan, 2015). Hemşirelerin profesyonel değerlerinin gelişmişliği karar verme ve eleştirel düşünme becerilerini doğrudan etkilemektedir (Göriş ve ark., 2014).

Hemşireliğin mesleki değerleri paydaşlarla etkileşiminde rehberlik etmekte, hemşirelik uygulamaları için temel oluşturmakta ve hemşirelerin karar vermesinde yol göstermektedir. Hemşirelikte; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, mesleki deneyim, uzmanlık alanı ve pozisyon gibi bireysel ve mesleki özelliklerin profesyonel değerleri etkilediği ve bu değerlerin karar vermede belirleyici olduğu bildirilmektedir (Göriş ve ark., 2014).

Önemli bir değer olan etik konusunda hemşireler, çalıştıkları birimlerde karşılaştıkları sorunlarda etik ilkelere göre hareket ettikleri, verdikleri etik kararların çevresel faktörlerden etkilendiği belirtilmiştir (Sabancıoğulları ve ark., 2018).

2.7.9. Kurum Kültürü:

Sağlık bakım sisteminin kültürü ve yapısı hemşirenin klinik karar verme becerisini etkileyen önemli faktörlerdendir. Kültür, göreve odaklanılan bir ortam; sistemin yapısı ise yetki sınırlarını belirleyen kurallar ve düzenlemeler olarak tanımlanır. Hemşireler, klinik kurallar ve görev tanımı gibi kurumla ilgili değişkenlerin karar vermede kendilerini sınırlandırdığını belirtmişlerdir. Diğer taraftan hastanın durumu ve uygulama koşulları hemşirelerin otoritelerini kullanmalarını etkilemektedir (Sucu ve ark., 2012). Cappelletti ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hemşirelikte klinik kararların; hemşirelik biliminin kültüründen, durumun meydana geldiği ortamdaki ekip arasındaki bilgi toplama ve paylaşımı ilişkisinden etkilendiğini ileri sürülmüştür.

2.8. HEMŞİRELİKTE KARAR VERME SÜRECİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERLE İLGİLİ YURT DIŞINDA YAPILAN ÇALIŞMALAR

Tablo 1. Niceliksel makaleler- Alaseeri ve arkadaşlarının (2019) çalışmasından alıntı yapılmıştır

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/Yöntem	Örneklem	Bulgular
Wu ve ark. (2016)	Hemşirelerin klinik karar verme becerisini etkileyen faktörleri incelemek	Kesitsel, deneysel olmayan ve anket kullanılarak yapılan bir çalışma	Çin’de dahiliye-cerrahi ve acil servislerinde çalışan 216 hemşire ile yapılmıştır	Hemşirelerin klinik karar verme becerilerinde; eğitim düzeyi, mesleki deneyim ve total yapısal güçlendirilme (otoriteye bağlı güç ve karar verme yetkisinin paylaşılması) önemli pozitif etkiye sahiptir
McNamara ve ark. (2015)	Uygulayıcıların uygulama alanı ile ilgili karar vermelerini tanımlamak	Ulusal posta yolu ile yapılan anket	İrlanda’da 2354 hemşire ve ebe ile yapılmıştır	Uygulama hakkında karar verileceği zaman uygulayıcılar; yayınlanmış çalışmalar, uzman meslektaşları ve birim yöneticilerini içeren diğer kaynaklara başvurmaktadır.
Dorgham ve Al-Mahmoud (2013)	Baskın liderlik tarzlarını ve yoğun bakım hemşirelerinin bağımsız karar verme düzeyini değerlendirmek	Tanımlayıcı, kesitsel korelasyon tasarımı	Mısır ve Suudi Arabistan’daki 27 yönetici hemşire ve 74 yoğun bakım hemşiresi ile yapılmıştır	Hemşirelerin mesleki deneyim süresi ve bağımsız karar verme düzeyi arasında pozitif ilişki saptanmıştır
Wolf (2013)	Hemşirelerin klinik karar verme, ahlaki muhakeme ve sağlık hizmeti sunulan çevre arasındaki ilişkiyi araştırmak	Niceliksel, tanımlayıcı, korelasyonel çalışma	ABD’deki acil servisinde çalışan 200 hemşire ile yapılmıştır	Daha az kompleks birimlerde çalışan hemşirelerin uygulamada ve bağımsızlıkta egemen olduğu hastalar hakkında ekip çalışması ve iletişimin varlığı anlamlı bir biçimde doğru karar verme ile ilişkilendirilmiştir

Tablo 1. (Devam)

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/Yöntem	Örneklem	Bulgular
Merrick ve ark. (2012)	Hemşirelerin karar vermesini ve beceri gelişimini destekleyen kurumsal faktörleri tanımlamak	Niceliksel, Anket	Avustralya'da 160 hemşire ile yapılmıştır	Eşit oranda yetki sahibi olma ve denetimsel desteğin elverişliliği, etkili karar vermede hemşireler arasındaki kurumsal olanakları artırmaktadır
Mirsaidi ve Lakdizaji (2012)	Bireysel ve sosyal alandaki hemşirelerin klinik karar verme süreçlerine katılımında etkili faktörleri incelemek	Tanımlayıcı, analitik araştırma, vaka çalışması, anket	İran'da 285 hemşire ile yapılmıştır	Hemşirelerin klinik karar vermeleri; yaş, cinsiyet, çalıştığı birim, işin türü ve mesleki deneyim ile anlamlı derecede ilişkilidir
Paans ve ark. (2012)	Hemşirelik tanılarının doğruluğunu etkileyen bilgi kaynaklarını ve muhakeme becerilerini değerlendirmek	Randomize ve etmensel/faktöryel tasarım	Hollanda'da 249 hemşire ile yapılmıştır	Hemşirelerin tanısal akıl yürütme becerileri; müdahalelerin seçimi ve hasta sonuçlarının elde edilmesinde temel olan doğru hemşirelik tanısı almak için çok önemlidir
Pantazopoulos ve ark. (2012)	Hemşirelerin demografik bilgileri ve klinik kararların doğru tanılanması arasındaki ilişkinin incelenmesi	Tanımlayıcı, niteliksel tasarım, anket	Yunanistan'da dahiliye ve cerrahi alanında çalışan 150 hemşire ile yapılmıştır	Acil tıp ekibini harekete geçirmede hemşirelerin eğitim düzeyi etkilidir
Björk ve Hamilton (2011)	Hemşirelerin klinik karar verme algılarını analiz etmek ve hemşirelerin demografik özellikleri ile bağlamsal değişkenleri karşılaştırmak	Tanımlayıcı, niceliksel, tarama yöntemi, anket	Norveç'teki 2095 hemşire ile yapılmıştır	Sezgisel modellerin artan kullanımı, mesleki deneyim, ileri eğitim düzeyi, erkek cinsiyeti, yaş ve cerrahi birimlerde çalışma ile klinik karar verme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır
Pretz ve Folse (2011)	Hemşirelerin karar vermelerinde sezginin rolünü belirlemek	Niceliksel, korelasyonel tasarım, web tabanlı anket	ABD'deki 145 hemşire ve 30 öğrenci hemşire ile yapılmıştır	Klinik uygulamada deneyimli hemşirelerin sezgiyi sık kullandıkları saptanmıştır

Tablo 1. (Devam)

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/Yöntem	Örneklem	Bulgular
Tai ve Li Ng (2011)	Yoğun bakım hastalarını yaşam destek ekipmanlarından ayırma veya sürdürme kararlarında hemşirelerin kararlarını etkileyen faktörleri değerlendirmek	Niceliksel, kesitsel, anket	Singapur'daki yoğun bakım ünitesinde çalışan 83 hemşire ile yapılmıştır	Hemşirelerin kararlarını etkileyen çeşitli faktörler vardır. Bunlar; kurum politikaları ve hastanın durumudur
Bakalis ve ark. (2003)	Koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışan Yunan ve İngiliz hemşirelerin karar verme sürecini belirlemek	Niceliksel, Anket	Yunanistan ve İngiltere'den 50'şer olmak üzere toplam 100 hemşire ile çalışma yapılmıştır	İngiliz hemşireler iyileşme aşamasında daha fazla özerkliğe sahip olup hastalarda psikososyal iyileşme konusunda Yunan hemşirelere göre daha fazla klinik karar vermişlerdir. Hemşireler klinik deneyimi, karar vermeyi etkileyen en güçlü faktör olarak algılamışlardır

Tablo 2. Niteliksel makaleler- Alaseeri ve arkadaşlarının (2019) çalışmasından alıntı yapılmıştır

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/Yöntem	Örneklem	Bulgular
Maharmeh ve ark. (2016)	Doğal klinik ortamındaki yoğun bakım hemşirelerinin karar aktivitelerini ve karar verme süreçlerini tanımlamak	Keşifsel, tanımlayıcı yaklaşım, mülakat ve gözlem	Ürdün'deki 24 yoğun bakım hemşiresi ile yapılmıştır	Hemşirelikte karar verme süreci; klinik deneyim, özerklik ve hemşirenin savunuculuğu başta olmak üzere birçok faktörden etkilenir
Balakas ve ark. (2015)	Hemşirelikte klinik karar verme için kanıta dayalı uygulamaları dahil ederek ilgili faktörleri tanımlamak	Fenomenolojik/olgusal yaklaşım, odak grup	ABD'deki 20 hemşire ile yapılmıştır	Hemşirelerin klinik uygulamalarında kanıta dayalı kararları kullanmalarının etkileri incelenmiştir
Merrick ve ark. (2014)	Avustralya'daki hemşirelik uygulamalarının işbirlikçi karar vermeyi nasıl desteklediğini keşfetmek	Tanımlayıcı keşif çalışması, yarı yapılandırılmış telefon görüşmeleri	Avustralya'daki 15 hemşire ile yapılmıştır	Profesyoneller arası ilişkiler karar almayı etkiler ve hasta bakımı savunuculuğunu geliştirir
Marshall ve ark. (2013)	Belirsiz durumlarda klinik karar veren hemşirelerin bilgi kullanımını araştırmak	Enstrümental vaka çalışması tasarımı, sesli düşünme yöntemi, retrospektif inceleme ve odak grup görüşmeleri	Avustralya'da yoğun bakım ünitesinde çalışan 22 hemşire ile yapılmıştır	Klinik karar vermenin belirsiz olduğu durumlarda bilgi kaynağı olarak meslektaşların görüşlerine başvurulmuştur
Lavelle ve Dowling (2011)	Mekanik ventilasyondan hastaları ayırmada yoğun bakım hemşirelerinin karar vermelerini etkileyen faktörleri tanımlamak	Niteliksel çalışma, yarı yapılandırılmış görüşme ve olgu	İrlanda'daki yoğun bakım ünitesinde görevli 22 hemşire ile yapılmıştır	Hemşirelerin hastaları ventilasyondan ayırma kararını etkileyen altı ana tema bulunmaktadır, bunlar; fizyolojik etkiler olarak klinik karar vermede yeniden değerlendirme, mesleki deneyim, kendine güven, eğitim düzeyi, yoğun bakım çalışma ortamı ve protokollerin kullanımı olarak belirlenmiştir

Tablo 2. (Devam)

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/Yöntem	Örneklem	Bulgular
Twycross ve Powls (2006)	Pediyatri hemşirelerinin klinik kararları alma biçimlerini anlamak	Niteliksel, sesli düşünme tekniği	İskoçya'daki 27 hemşire ile yapılmıştır	Örneklemdaki tüm hemşireler analitik karar verme modelini kullanmış ve uzmanlık düzeylerinden bağımsız olarak geriye dönük muhakeme stratejileri kullandıkları görülmüştür

Tablo 3. Sistemantik derlemeler- Alaseeri ve arkadaşlarının (2019) çalışmasından alıntı yapılmıştır

Yazar	Araştırmanın Amacı	Örneklem	Bulgular
Ham ve ark. (2015)	Doğru klinik kararlar verirken hemşirelerin ve ebelerin kararlarını etkileyen faktörleri tanımlamak	2000'den 2014'e yılına kadar yayımlanan 38 makale	Profesyonel hemşirelerin ve ebelerin karar verme sürecini etkilediği saptanan faktörler dört alanda sınıflandırılmıştır; kişisel özellikler, organizasyonel faktörler, hasta özellikleri ve çevresel faktörlerdir
Nibbelink ve Brewer (2017)	Hemşirelerin dahiliye ve cerrahi birimlerindeki hastaların bakımında karar vermelerini etkileyen etmenleri ve süreçleri tanımlamak	1998-2015 yılları arasında yayımlanan 17 makale	Hemşirelerin karar vermeleri; deneyim, servis kültürü, eğitim düzeyi, hasta durumunu anlama; durum farkındalığı ve özerklik gibi çeşitli faktörlerden etkilenir
Johansen ve O'Brien (2015)	Hemşirelik uygulama alanı ile ilişkili olan karar verme kavramının anlaşılması	1952'den 2014'e yılına kadar	Hemşirelikte karar verme karmaşık bir süreç olup hemşirelik mesleğinin ayrılmaz bir parçası olarak; süreci ve hasta sonuçlarını etkileyen nitelikleri, öncülleri, sonuçları ve bağlamsal faktörleri vardır
Lane ve Harrington (2011)	Hemşirelerin yaşlı hastalar için fiziksel kısıtlama kullanma kararlarını etkileyen faktörleri araştırmak	1992-2010 yılları arasında yayımlanan 18 çalışma	Hemşirenin fiziksel kısıtlama kullanma kararı, zarar önlemeyi ve hasta güvenliğini artırmaya odaklıdır
Thompson ve Stapley (2011)	Eğitimsel müdahaleler ve klinik kararlar ile ilgili literatürü gözden geçirmek	1960'dan 2010'a yılına kadar yayınlanmış 24 çalışma	Hemşirelerin karar vermelerini geliştirmek için yapılan müdahaleler kompleks olup kanıt çalışmalarında belirsizliği gidermede yetersizdir

Tablo 4. Karma yöntem makaleleri- Alaseeri ve arkadaşlarının (2019) çalışmasından alıntı yapılmıştır

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/Yöntem	Örneklem	Bulgular
Oduro-Mensah ve ark. (2013)	Anne-yenidoğan ünitelerinde hizmet verenler nasıl ve neye göre karar verdiklerini araştırmak	Karma yöntem	Gana'daki anne-yenidoğan ünitesinde görevli 44 hemşire ile yapılmıştır	Uzman görüşüne danışma, liderlik ve kişilerarası ilişkiler, acil durumlarda uzmanların ulaşılabilirliği gibi birçok faktör karar vermeyi etkiler

Tablo 5. Ruh sağlığı hemşirelerinde karar verme- Campbell ve arkadaşlarının (2019) çalışmasından alıntı yapılmıştır

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/Yöntem	Örneklem	Bulgular	Bilgi boşluğu
Crook (2001)	Ruh sağlığı hemşireliğinde klinik karar vermeyi gözden geçirmek	Literatür derlemesi	İngiltere’de yapılan çalışma. Özel tasarım bildirilmemiş	Ruh sağlığı hemşireleri sıklıkla yüksek riskli durumlarda karar vermektedir. Hemşireler, riskli davranışları çevreleyen protokoller nedeniyle kabul etmedikleri kararları alabilirler	Ruh sağlığı hemşireliğinde uzmanlık ve uzman karar vermenin doğası hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir
Welsh ve Lyons (2001)	Ruh sağlığı hemşirelerinin bireyselleştirilmiş bakım planını bildirmek ve bütünsel değerlendirme yapmak için resmi ve resmi olmayan bilgileri nasıl kullandıklarını incelemek	Vaka çalışması tasarımı ilkesini kullanan tanımlayıcı keşif yaklaşımı	İngiltere’de bulunana bir psikiyatrik değerlendirme merkezinde ve kısa süreli tedavi merkezinde çalışan sekiz personelden altı aylık bir süre boyunca veriler toplanmıştır	Deneysel ve örtük bilgi, intihar düşüncesi olan bireylerin değerlendirilmesine ve tedavisine bilgi sağlar	Bildirilmemiş
Muir-Cochrane ve ark. (2011)	Multidisipliner bir sağlık hizmetinin risk değerlendirme uygulamalarını; hizmet dahilinde klinik karar verme, algılama, bilgi ve tutumlar ile klinisyenlerin etkili risk yönetimi prosedürlerinde yaşadıkları engelleri ve kolaylaştırıcıları araştırmak	Katılımcıların risk yönetimi yaklaşımını araştıran yarı yapılandırılmış görüşmelerin kullanıldığı vaka çalışması	Avustralya’da bulunan bir psikiyatri servisindeki 15 üyeden oluşan multidisipliner ekipten oluşmuştur	Katılımcılar, risk değerlendirmeleri hakkında kararlar almak için hem yönetsel görüşü hem de terapötik incelemeyi kullanırlar	Gelecekteki araştırmalar, hizmet alan ve hizmet verenin risk değerlendirmesi ve yönetimi konusundaki bakış açılarını incelemelidir

Tablo 5. (Devam)

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/Yöntem	Örneklem	Bulgular	Bilgi boşluğu
Usher ve ark. (2009)	Lüzum hali psikotropik ilaç reçetesi ve yönetimi ile ilişkili tıbbi ve hemşirelikle ilgili karar verme sürecini keşfetmek	Niteliksel keşif çalışması	Avustralya'daki üç psikiyatrik bakım merkezinden (akut, güvenli ve rehabilitasyon) 19 tıp ve hemşirelik personeli ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır	Lüzum hali ilaçlar hasta talepleri, gerginlik, stres düzeyi, saldırganlık, psikoz ve hasta güvenliği endişesi nedeniyle uygulandı. Irk, tanı, kaynaklar ve çevresel faktörler kararı etkilemiştir	En iyi uygulama kılavuzlarına kıyasla 'lüzum hali' ilaç reçetesi ve uygulamasının kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmesi gerekmektedir
Laiho ve ark. (2013)	Ruh sağlığı hemşirelerinin tecrit veya kısıtlama kullanma konusunda karar verme sürecine dâhil olan farklı faktörleri tanımlamak	Bütünleyici literatür derlemesi	Finlandiya'da yapılan çalışma PsycINFO ve MEDLINE, CINAHL veri tabanlarındaki 32 çalışma seçilerek yapılmıştır	Sonuçlar, tecrit veya kısıtlama kullanımına yol açan durumların her zaman dinamik ve koşullara bağlı olduğunu göstermektedir. Örtük bilgi, kararları büyük ölçüde etkiler	Gelecekteki araştırmalar aynı zamanda dinamik karar verme faktörlerini ele almalı ve bunların farklı durumlarda etkilerini dikkate almalıdır
Riahi ve ark. (2016)	Kısıtlama kullanımında psikiyatri hemşirelerinin karar vermelerini etkileyen faktörleri incelemek	Bütünleyici literatür derlemesi	Arama yapılan veri tabanları: MEDLINE, Cochrane, CINAHL (Ebsco), PsycINFO ve EMBASE. Kanada'da yapılan çalışmada 82 araştırma analiz edildi	Ruh sağlığı hemşirelerinin karar verme süreçleri, birbiriyle ilişkili etik ve güvenlik sorumlulukları, kişilerarası ve personelle ilişkili faktörlerden etkilenir	Kısıtlama kullanımında "son çare'nin" deneyimini ve gerçekleştirilmesini daha iyi anlamak, zihinsel sağlık ortamlarında kısıtlama kullanımını önlemek ve stratejiler sağlamak için araştırmalara ihtiyaç vardır

Tablo 5. (Devam)

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/Yöntem	Örneklem	Bulgular	Bilgi boşluğu
Phillips ve ark. (2015)	Ruh sağlığı hemşirelerinin, kasıtlı kendine zarar verme konusunda risk değerlendirmesini takiben hastalar için eğilim kararlarındaki varyasyonları araştırmak	Katılımcılara kasıtlı kendine zarar vermenin değerlendirilmesi ve yönetimi ile ilgili karar verme konusunda açıklayıcı keşif tasarımı ile anket yapılmıştır	Katılımcılar, Avustralya Psikiyatri Hemşireleri Derneği'nin üyelerinden oluşmuştur. 30 maddelik anket kullanılmıştır	Mevzuatla ilgili sonuçlara ilişkin bir fikir birliği eksikliği vardı. Bu klinik denetim içinde dikkate alınması gereken, karar vermede yüksek düzeyde bir öznellik olduğunu göstermektedir	Klinisyen faktörlerinin eğilim kararlarında oynadığı rolü araştırmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır
Sands (2004)	Avustralya, Victoria'daki psikiyatrik triyaj hemşireliğinin kapsamlı bir tanımını üretmek	Anket ve yarı yapılandırılmış görüşmeler	200 triyaj ruh sağlığı hemşiresine 33 maddelik anketler dağıtıldı. 139 anket geri döndü. 21 katılımcı, yarı yapılandırılmış bir sonraki görüşmeyi kabul etti	Psikiyatrik triyaj hemşireliği karmaşık ve streslidir. Yüksek düzeyde sorumluluk, klinik karar verme ve çoklu rol işlevini gerektirir. Tıp, tanı, değerlendirme ve sevk alanlarıyla örtüştüğü tespit edildi	Güvenilir, yüksek kaliteli kanıta dayalı uygulamayı sağlayan gerekli koşulları araştırmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır
Sands (2009)	Ruh sağlığı triyaj karar vermenin temel özelliklerini, triyaj karar verme sürecini, triyaj karar vermeyi etkileyen etkileri, sorunları ve diğer faktörleri tanımlamak	Karma yöntem araştırma tasarımı	Avustralya-Viktorya'daki psikiyatri triyaj hemşireleri çalışmaya katıldı. Toplam 139 anket dağıtıldı ve 21 yarı yapılandırılmış görüşme yapıldı	Trijaj klinik kararlarını eğitimsel, organizasyonel faktörler ve klinisyene ait faktörler etkiledi. Triyaj klinik karar vermenin yüksek düzeyde sorumluluğa sahip olduğu bulundu	Ruh sağlığı triyaj klinisyenleri için klinik karar verme çerçeveleri, bilgilendirmek için geliştirilmeye ve en iyi uygulamaya rehberlik etmeye ihtiyaç duyar

Tablo 5. (Devam)

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/Yöntem	Örnekleme	Bulgular	Bilgi boşluğu
Mann-Poll ve ark. (2011)	Psikiyatri profesyonellerinin saldırgan hastaları yönetmek için tecrit kullanma kararına katkıda bulunan açıklayıcı bir faktör modeli oluşturmak	Olgu çalışması	Hollanda'daki dört enstitüde yatan hasta servislerinde çalışan 82 ruh sağlığı uzmanı olguları derecelendirdi	Klinisyen özellikleri, hastaların problemleri, davranışları, tanı ve servis özellikleri dahil olmak üzere en az hasta değişkenleri kadar önemlidir	Bilgi açığı bildirilmemiş
Moylan (2015)	Klinik karar verme sürecini teorik bir bakış açısıyla incelemiş ve hemşirelerin saldırgan hasta ile karar vermesine yönelik bir modelin geliştirilmesinde ilgili ilkelerin uygulanmasını tartışmak	Literatür derlemesi	Rapor edilmemiş. ABD	Moylan'ın hemşireler için modeli, klinik karar vermede etkili olduğu bulunan psikiyatrik ortamlardaki saldırgan davranışa göre uyarlandı	Modelin daha fazla araştırılması ve test edilmesi önerilmektedir. Daha sonraki çalışmanın sonuçlarına bağlı olarak modelin modifikasyonları gösterilebilir
Patterson ve ark. (2016)	Ruh sağlığı yasası kapsamında bir hastayı kabul etmenin veya kabul etmemenin arkasındaki karar verme sürecini incelemek için bir çerçeve olarak uygunluğunu belirlemek üzere hemşirelikte durum farkındalığının uygulamasını araştırmak	Tartışma dökümanı	Arama terimleri: Durum farkındalığı ve ruh sağlığı hemşireliği. 2000'den 2016'ya kadar olan makaleler. Avustralya'da gerçekleştirilmiştir	Karar, çevresel ipuçlarının algılanması, kavranması ve yansıtılması (durumsal farkındalık olarak da bilinir) göre verilir	Psikiyatri hemşireleri ile ilgili durumsal farkındalık üzerine sınırlı araştırma vardır. Psikiyatri hemşirelerinin neden kabul ettiği veya kabul etmediğine ilişkin karar vermeyi araştıran daha derin bir düzeyde bir çerçeveyi incelemek için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir

Tablo 6. Hemşirelerin sunduğu/sağladığı tanılar- Campbell ve arkadaşlarının (2019) çalışmasından alıntı yapılmıştır

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/Yöntem	Örneklem	Bulgular	Bilgi boşluğu
Lee ve ark. (2006)	Hemşirelikte tanısal uygulamayı genel kavramlar ve danışanın durumunu etkileyen olası değişkenler ile ilgili literatürün eleştirel incelemesi ve sentezi	Literatür derlemesi	1970'ten 1990 yılına kadar olan veri tabanlarındaki makaleler. Hong Kong	Kavramsal çerçeve, hemşireler için tanı koymada kullanışlıdır. Bu, hemşirelikte tanı uygulamasının altında yatan yapıları ve süreçleri ifade eder	Hiçbir çalışma hemşirelikte tanısal uygulamayı tasvir etmek/açıklamak için kesin bir açıklama ortaya koymadı
Cashin ve ark. (2010)	Avustralya'daki hemşirelerin koyduğu tanılarla ilgili verileri karşılaştırmak	Tartışma kağıdı	Bildirilmemiş	Avustralya'daki ruh sağlığı hemşireleri tanı koyabilir	Belirgin boşluklar/bilgi açığı saptanmadı
Sharma ve ark. (2008)	Hemşireler tarafından bilgisayar destekli teşhis görüşmesi kullanmanın uygulanabilirliğini ve Küresel Ruh Sağlığı Değerlendirme Aracı teşhisi ile psikiyatristlerin klinik tanısı arasındaki uyum düzeyini incelemek	Kesitsel doğrulama çalışması	İngiltere'de 16-75 yaş arasındaki 215 hasta çeşitli merkezlerde psikiyatristler ve hemşireler tarafından değerlendirildi	Küresel Ruh Sağlığı Değerlendirme Aracı, hemşirelere tanı koymada yardımcı olabilir ve hastalar tarafından kabul edilir	Küresel Ruh Sağlığı Değerlendirme Aracı'nın etkinliğini test etmek ve bunu çeşitli ortamlarda uygulamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır
Crowe ve ark. (2008)	Klinik formülasyonların özelliklerini ve tanılardan farklılıkları araştırıldı, vakayı klinik formülasyonların kullanımına uygun hale getirmek için psikiyatri hemşireliği bakımının psikoterapötik doğasından yararlanmak	Vaka çalışmasını kullanan literatür derlemesi	Yeni Zelanda'da yapılan çalışma vaka çalışmasının sunulduğu ve bunun ardından gelen klinik yaklaşımlarda farklılıklar gösteren dört formülasyon	Ruh sağlığı hemşireleri, uygulamalarının temelini oluşturmak için psikodinamik, psikanalitik ve eklektik modeller olmak üzere çeşitli teorik çerçeveler kullanır. Bunlar, bütünsel akıl sağlığı hizmetlerinde danışan merkezli yaklaşıma yardımcı olur. Nörobijolojik yaklaşım kullanılarak, hemşirelik bakımı, psikoeğitimin birincil hemşirelik sorumluluğu olduğu tıbbi odaklı hale gelir	Ruh sağlığı hemşireliği uygulamalarında terapötik ilişkinin temelini oluşturan kuramsal çerçevelerle ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır

2.9. HEMŞİRELİKTE KARAR VERME SÜRECİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERLE İLGİLİ ÜLKEMİZDE YAPILAN ÇALIŞMALAR (Araştırmacı tarafından literatür taranarak elde edilen çalışmalardan alıntı yapılmak suretiyle hazırlanmıştır)

Tablo 7. Tez çalışmaları

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/ Yöntem	Örneklem	Bulgular
Kaya-Çolhan (2016)	Yönetici hemşirelerin duygusal zeka düzeyleri ve karar verme stratejilerini incelemek	Tanımlayıcı	Altı hastaneden 95 yönetici hemşire ile yapılmıştır	Araştırmada yönetici hemşirelerin duygusal zeka düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu, çoğunlukla bağımlı karar verme stratejisini kullandıkları, duygusal farkındalıkları yüksek olan hemşirelerin içtepkisel karar stratejisine ve kararsızlık stratejisine yöneldiği, empati düzeyleri arttıkça da içtepkisel karar verme stratejisini kullandıkları saptanmıştır
Gündoğan-Akdağ (2008)	Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve tutumlarını saptamak, klinik karar verme durumlarını değerlendirmek	Tanımlayıcı	İki ayrı devlet hastanesinde çalışan 168 hemşire ile yapılmıştır	Klinik karar vermede; ağrı şiddetini tanılamada hemşirelerin hastanın davranışlarını gözlemlediği, hemşirelerin %88.1'inin ağrı şiddetini tanımlarken ağrı skalası kullanmadıkları, %42.9'unun ağrı ile ilgili kayıt tutmadıkları, hastanın ağrısını hafifletmede en fazla hasta ve ailesinin bilgi düzeyi konusunda problem yaşadığı, ağrı ile ilgili karar verirken en çok (%48.0) hastanın ağrısını tanımlamak zorunda kaldıkları ve hastanın ağrısının giderilmesinde fazla ilaç verme konusunda endişe taşıdıkları belirlenmiştir
Öztürk (2018)	Kafa travmalı hastalarda Travma ve Yaralanma Ciddiyeti Skoru hesaplamasının hemşirelerin klinik karar vermesine etkisini incelemek	Tanımlayıcı	20 acil servis hemşiresi ve örneklem büyüklüğü power analiz ile belirlenen toplam 225 travma hastası ile çalışma yapılmıştır	Hemşirelerin %70.0'ı daha önce travma hastasına yaklaşım konusunda eğitim almış ve eğitim alan hemşirelerin %50.0'ının bu eğitimi çalıştığı kurumdan aldığı saptanmıştır. Daha önce travma eğitimi almış olmanın Travma ve Yaralanma Ciddiyeti Skoru puanı hesaplanmasında klinik karar vermeye etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin, araştırma öncesi klinik karar verme puan ortalaması 95.15±9.37 iken araştırma sonrası puan ortalaması 116.9±7.63 olarak hesaplanmıştır. Araştırma öncesi ve sonrası elde edilen puanların fark ortalaması pozitif yönde 21.75±9.76 artış göstermiş ve bu artışın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır

Tablo 7. (Devam)

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/ Yöntem	Örneklem	Bulgular
Acıbozlar (2006)	Yönetici hemşirelerin karar verme stratejileri ve yaratıcılık düzeylerini belirlemek	Tanımlayıcı	İzmit ilinde bulunan tüm hastanelerdeki 159 yönetici hemşire ile çalışma yapılmıştır	Yönetici hemşirelerin % 34.6'sı 26-31 yaş grubunda, %76.1'i evli, %64.7'si ön lisans mezunu, % 45.9'unun 1-5 yıl arasında yönetici olarak çalıştığı, %32.1'inin mesleki çalışma yılının 16 yıldan fazla olduğu, %20.1'inin bir sanat dalı ile uğraştığı görülmüştür. Yönetici hemşirelerin karar verme stratejilerinin orta düzeyde (87.68±7.20), yaratıcılık puanlarının ise ortalamasının altında (37.77±20.99) olduğu belirlenmiştir. Karar verme stratejileri alt ölçeğinde yer alan mantıklı karar verme stratejisi ile yaratıcılık puanlarını arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yönetici hemşirelerin yaş, medeni durum, öğrenim durumu, mesleki ve yönetici olarak çalışma yılı, herhangi bir sanat dalı ile uğraşma değişkenlerinin karar verme stratejileri üzerinde istatistiksel olarak etkili bulunurken; yaş, medeni durum, öğrenim durumu, mesleki çalışma yılı, bir sanat dalı ile uğraşma değişkenlerinin yaratıcılık düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak etkili olduğu belirlenmiştir
İdmanlı (2016)	Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, uygulama ve klinik karar verme durumlarını belirlemek	Tanımlayıcı	İzmir ilindeki bir üniversite hastanesinde çalışan 196 hemşire ile yapılmıştır	Hemşirelerin ağrı ile ilgili ifadelerine doğru cevap verme ortalaması 13.63±2.23'dür. Hemşirelerin %49.0'nun ortalamasının altında puan aldıkları tespit edildi. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi puan ortalaması ile hemşirelerin yaşı, eğitim durumu ve kitap-makale okuma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hemşirelerin cinsiyeti, ağrı ile ilgili bilgi alma durumu, hizmet içi eğitim alma durumu ve medeni hali ile ağrı ile ilgili bilgi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hemşirelerin çalışma yılı ile bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptandı

Tablo 7. (Devam)

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/ Yöntem	Örneklem	Bulgular
Uçar (2016)	Yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyon uygulaması yapılan hastalarda mekanik ventilasyondan ayırma sürecinde hemşirelerin hemşirelik bakımı ile ilgili karar verme durumlarını belirlemek	Tanımlayıcı	Ankara ilindeki bir üniversite hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 89 hemşire ile yapılmıştır	Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yaş ortalamaları 29 ± 4.698 bulundu. Hemşirelerin %42.0'ı beş yıldan fazla bir süre yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %86.5'i mekanik ventilasyondan ayırma konusunda eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin hastayı mekanik ventilasyondan ayırma sürecinde hemşirelik bakımı ile ilgili karar verme ölçütleri hastanın klinik göstergeleri, objektif ve subjektif ölçütler şeklinde gruplandırılmıştır. Hemşirelerin karar verirken klinik göstergeler ve objektif ölçütlerden daha çok subjektif ölçütleri kullandıklarını ifade ettiler. Mekanik ventilasyondan ayırma sürecinde karar verirken hemşirelerin 38 ölçütü değerlendirmeleri istendi. Hemşireler bu ölçütlerin yaklaşık yarısını %90.0 ve üzeri oranda kullandıklarını belirttiler
Dönmez (2019)	Yoğun bakım hemşirelerinin klinik karar verme becerilerinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına etkisini değerlendirmek	Tanımlayıcı ve kesitsel	Bursa'da çalışan 148 hemşire ile yapılmıştır	Yaş ortalamaları 28.70 ± 6.47 olan olguların %70.3'ü kadındır. Olguların %52.0'ı lisans mezunudur. Hemşirelerin Karar Verme Stratejileri Ölçeği'nden aldıkları en yüksek puanın mantıklı sistematik karar verme alt boyutundan (34.95 ± 5.21), en düşük puanın kararsızlık alt boyutundan (25.43 ± 5.05) aldıkları saptanmıştır. Hemşirelerin pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapılmasının gerekli olduğunu düşünme, hastaya pozisyon vermeden ve pozisyon değişimi yapmadan önce doktor orderi olup olmadığını kontrol etme ve yoğun bakımda hasta için kullanacağı pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına kendisinin karar verme durumu ile karar verme stratejileri ölçeği puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hemşirelerin pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalar konusundaki düşünceleri ile karar verme stratejileri ölçeği puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hemşirelerin klinik karar verme becerileri pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarını etkilemektedir

Tablo 7. (Devam)

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/ Yöntem	Örneklem	Bulgular
Denizsever (2017)	Hemşirelerin karar verme stilleri ile iş stresi arasındaki ilişkiyi belirlemek	Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı	İstanbul ilindeki bir üniversite hastanesinde görev yapan 337 hemşire ile yapılmıştır	Hemşirelerin Melbourne Karar Verme Ölçeği-I'e göre öz saygı düzeyleri, Melbourne Karar Verme Ölçeği-II'ye göre dikkatli karar verme düzeylerinin yüksek olduğu ve İş Stresi Ölçeği'ne göre de yüksek düzeyde iş stresi yaşadıkları belirlendi. Ayrıca hemşirelerinin deneyimledikleri iş stresi düzeyi ile karar verme stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı
Uysal (2010)	Hemşirelerin, kişilik özellikleri ile karar stratejileri arasındaki ilişkiyi belirlemek	Tanımlayıcı	Bir kamu hastanesinde çalışan 290 hemşire, hemşire unvanıyla çalışan sağlık memurları ve ebeler ile yapılmıştır	Hemşirelerin, genel olarak otonomik kişilik özelliklerine sahip olduğu ve karar stratejilerinden sırasıyla; içtepkisel karar verme, kararsız karar verme, mantıklı karar verme ve bağımlı karar verme stratejisini kullandıkları saptandı. Sosyotropik kişilik özelliklerine sahip hemşirelerin, karar verme stratejilerinden en çok, içtepkisel karar verme stratejisini ve bağımlı karar verme stratejisini kullandıkları, otonomik kişilik özelliklerine sahip hemşirelerin, mantıklı karar verme ve kararsız karar verme stratejilerini kullandıkları saptandı
Buzunoğlu (2019)	Hemşirelerin karar verme stratejilerine ilişkin görüşlerini belirlemek	Tanımlayıcı	Özel bir hastanede çalışan 215 hemşire ile yapılmıştır	Hemşireler karar verirken, öncelikle mantıklı karar verme ve bağımlı karar verme boyutlarını dikkate aldığı ortaya konmuştur
Apaydın (2011)	Yönetici hemşirelerin yönetim becerilerinin karar verme ve yaratıcılıkları üzerine etkisini belirlemek	Tarama modeli	İstanbul ilinde faaliyet gösteren sekiz kamu ve dört özel hastanede görevli 199 yönetici hemşire ile tamamlanmıştır	Araştırmaya katılan yönetici hemşirelerin ve bağımlı karar verme stratejisini kullanma durumları yaratıcılık ve yönetim becerileri düzeylerinden etkilenmediği, içtepkisel karar verme stratejisini kullanma durumları yaratıcılık ve yönetim becerilerinden teknik beceri düzeylerinden etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca yönetici hemşirelerin kararsızlık stratejisini kullanma durumlarının ise yönetim becerilerinden etkilenmediği, yaratıcılık düzeylerinden ise etkilendiği sonucuna varılmıştır

Tablo 8. Araştırma makalesi

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/ Yöntem	Örneklem	Bulgular
Büyükçamsarı ve Eti-Aslan (2018)	Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerinin yaşam bulgularını değerlendirmek ve klinik karar verme durumlarını incelemek	Niteliksel	İstanbul ilindeki üç hastaneden yaş aralığı 24-40 yıl olan, sekiz genel cerrahi kliniği hemşiresi ile yapılmıştır	Bu çalışmada elde edilen veriler cerrahi kliniği hemşirelerinin yaşam bulgularını önerilen sıklıkta izlemedikleri, ölçtükleri ve elde ettikleri değerleri yorumlamadıkları/yorumlayamadıkları ve sonuç olarak klinik karara varamadıklarını göstermiştir. Genç hemşirelerin standart izlem parametrelerine daha yatkın olmasına karşın, orta yaş hemşirelerin bir standarda bağlı kalmadıkları belirlenmiştir. Lisansüstü eğitim alan hemşirelerin kritik düşünmeye eğilimli olmalarına karşın, lise mezunu hemşirelerin kritik düşünme eğilimlerinin daha az olduğu anlaşılmıştır. Mesleki deneyimi en fazla ve en az olan hemşirelerin cerrahi süreci değerlendiremedikleri saptanmıştır. Klinik alanında deneyimli olan hemşireler ölçtükleri ve elde ettikleri verileri yorumlayamamalarına karşın, deneyimi az olan hemşirelerin yorumlamaya yatkın oldukları belirlendi
Kaya ve ark. (2011)	Kulak Burun Boğaz kliniğinde çalışan hemşirelerin karar verme stratejileri ve mesleki doyumlarını, bireysel-mesleki özellikler ve aralarındaki ilişki yönünden incelemek	Kesitsel	Oransız küme örnekleme yöntemi ile seçilen 78 hemşire ile gerçekleştirilmiştir	Hemşirelerin hemen hemen hepsinin kadın (%97.4), yaş ortalamasının 33.50, potansiyel puan dağılımı 20-100 olan Mesleki Doyum Ölçeği puan ortalamasının 65.09, tüm alt boyutlarında potansiyel puan dağılımı 10-40 olan Karar Verme Stratejileri Ölçeği'nin puan ortalamalarının ise İçtepesel Kararda 22.56, Mantıklı Kararda 27.21, Bağımlı Kararda 20.88, Kararsız Kararda 18.95 olduğu görülmüştür. Hemşirelerin yaş, mesleki eğitim durumu, mesleki ve birimdeki deneyim yılı, çalıştığı birim, çalışma şekli, görevi, Kulak Burun Boğaz kliniğini isteyerek seçme durumu ve bu klinikten ayrılma isteği değişkenlerine göre Karar Verme Stratejileri Alt Ölçekleri ve/veya Mesleki Doyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlılık taşıyan farkların olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Bağımlı Karar Alt Ölçeği puanları ile Kararsız Karar Alt Ölçeği ve Mesleki Doyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlılık taşıyan ilişkiler bulunmuştur

Tablo 8. (Devam)

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/ Yöntem	Örneklem	Bulgular
Yurttaş ve ark. (2014)	Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin etik karar verme düzeylerini karşılaştırılmak	Tanımlayıcı	163 hemşire ve 163 hemşirelik öğrencisi ile yapılmıştır	Öğrencilerin ilkesel düşünme puan ortalamasının 46.00+7.13; pratik düşünme puan ortalamasının 18.90+4.01 olduğu ve her iki puan türünün de orta düzeyde bulunduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ilkesel düşünme puan ortalamasının ise 54.74 + 3.80 olduğu ve yüksek düzeyde bulunduğu; pratik düşünme puan ortalamasının 15.01+2.38 olduğu ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Puan türleri karşılaştırıldığında ise her iki grupta hem ilkesel düşünme hem de pratik düşünme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0.00). Aşinalık puan türleri açısından gruplar değerlendirildiğinde ise her iki grubun etik ikilemlere aşına olmadıkları saptanmıştır
Sabancıoğulları ve ark. (2018)	Hemşirelerin etik karar verebilme düzeyleri ile profesyonel benlik kavramları arasındaki ilişkiyi incelemek	Tanımlayıcı ve ilişkisel	Bir üniversite hastanesinde çalışan 358 hemşire ile yapılmıştır	Hemşirelerin profesyonel benlik kavramı ölçeği genel puan ortalaması 111.22±12.58, mesleki memnuniyet alt grup puan ortalaması 13.17±3.37, mesleki yetkinlik alt grup puan ortalaması 22.64±3.13, mesleki tutum ve beceri alt grup puan ortalaması 75.31±8.46 olarak saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin etik ikilem testi ilkesel düşünme puan ortalaması 49.44±6.28, pratik düşünme puan ortalaması 18.17±3.80 ve aşinalık puan ortalaması 15.05±4.14'tür. Hemşirelerin profesyonel benlikleri ile ilkesel düşünme düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki (r=0.19, p<0.01) saptanırken, aşinalık düzeyleri ile negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki (r=-0.19, p<0.01) saptanmıştır

Tablo 8. (Devam)

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/ Yöntem	Örneklem	Bulgular
Demir-Dikmen ve ark. (2012)	Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerini ve bunu etkileyebilecek etmenleri belirlemek	Tanımlayıcı ve analitik	Çalışma 63 hemşire ile yapılmıştır	Hemşirelerin ağrılı hastalar ve ağrı yönetimi konusundaki bilgi ve davranış puanının orta düzeyde olduğu (10.76±1.98) ve yoğunluğunun ağrı tanılması ve yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı belirlendi. Hemşirelerin yalnızca %48.7'sinin ağrı yoğunluğunu tanılamada hastanın davranışlarını gözlemlediği, %66.7'sinin ise hastanın ağrısını ölçmek için ağrı skalası kullanmadığı saptandı. Hemşirelerin yaş grubu, eğitim düzeyi, çalışılan klinik, çalışılan klinikteki görevi ve çalışma yılına göre ağrı ile ilgili bilgi ve davranış toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p≥0.05)
Vatan ve ark. (2012)	Hemşirelerin karar verme sürecine ne kadar katıldıklarını ve ne kadar katılmak istediklerini belirlemek	Tanımlayıcı	Çalışma 171 hemşire ile yapılmıştır	Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 33.36±5.80'dir. Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; karar eylemini çoğunlukla yönetimin gerçekleştirdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 9. Kongre bildirisi

Yazar	Araştırmanın Amacı	Tasarım/ Yöntem	Örneklem	Bulgular
Ay ve ark. (2016)	Sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile klinik karar verme durumları arasındaki ilişkiyi incelemek	Tanımlayıcı	Bir üniversite hastanesinde çalışan 171 hemşire ile yapılmıştır	Hemşirelerin sosyotropik kişilik özelliklerinin otonomik kişilik özelliklerinden daha düşük olduğu; otonomik kişilik özelliklerine sahip hemşirelerin klinik karar verme becerilerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. HKKVÖ puan ortalaması 125.1±21.8 olarak belirlenmiştir

2.10. PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ VE KLİNİK KARAR VERME BECERİSİ

Klinik karar verme, çok yönlü hasta semptom modellerini belirlemeye ve bunları hastanın çıkarına uygun kararlara ulaşmak için tıbbi kanıt tabanı ile entegre etmeye dayanan karmaşık bir süreçtir. Bununla birlikte, psikiyatrik kararlar sıklıkla eksik ve çelişkili bilgilerle çevrilidir ve bir dizi bilişsel hataya ve önyargılara duyarlıdır (Bhugra ve ark., 2011). Bu nedenle ruh sağlığı alanında çalışanların karar verme becerisi önemlidir.

Ruh sağlığı ve psikiyatrik hizmetler üç ana başlıkta gruplandırılır. Bunlar; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerdir. Hastalara sunulan hizmetler ayrı başlık altında sınıflandırılabilmesine rağmen birbirleriyle etkileşimleri olan, birbirini geliştiren ve tamamlayan süreçlerdir. Bütün bu süreçlerdeki ana amaç bireyi; aile ve toplum içerisinde uyumlu ve mutlu olmasını gerçekleştirmek ve koruyucu ruh sağlığı hizmetini etkin kılmaktır (Songur ve ark., 2017).

DSÖ'nün 2017 yılına ait *Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'na* (ICD-10) uygun olarak dünyadaki psikiyatrik bozukluğa sahip kişi sayısı Tablo 10' da gösterilmiştir (Ritchie ve Roser, 2020).

Tablo 10. Dünyada psikiyatrik bozukluğa sahip kişi sayısı (2017)

Bozukluk	Bozukluğu olan kişi sayısı	Bozukluğu Olan Erkek ve Kadınların Payı
Herhangi bir ruh sağlığı bozukluğu	792 milyon	% 9.3 Erkek % 11.9 Kadın
Depresyon	264 milyon	% 2.7 Erkek % 4.1 Kadın
Anksiyete bozuklukları	284 milyon	% 2.8 Erkek % 4.7 Kadın
Bipolar bozukluk	46 milyon	% 0.55 Erkek % 0.65 Kadın
Yeme bozuklukları (klinik anoreksiya ve bulimia)	16 milyon	% 0.13 Erkek % 0.29 Kadın
Şizofreni	20 milyon	% 0.26 Erkek % 0.25 Kadın
Herhangi bir zihinsel veya madde kullanım bozukluğu	970 milyon	% 12.6 Erkek % 13.3 Kadın
Alkol kullanım bozukluğu	107 milyon	% 2 Erkek % 0.8 Kadın
Uyuşturucu kullanım bozukluğu (alkol hariç)	71 milyon	% 1.3 Erkek % 0.6 Kadın

Her geçen gün dünyada psikiyatrik tanı alan birey sayısı giderek artış göstermektedir. Buna neden olarak; birey/aile/toplumun bilgi yetersizliği, sosyal izolasyon, sosyal destek yetersizliği, klinik ağırlıklı tedavi, nüksler ve maliyet sayılabilir (Duran ve Gürhan, 2011). Patel ve arkadaşlarının (2018) multidisipliner bir ekiple gerçekleştirdikleri çalışmada tüm ülkelerde psikiyatrik bozukluk görülme sıklığında artış olduğu buna yönelik ise yerel birimlerin ciddi çalışmalarının olmadığı, 2010 ile 2030 yılları arasında bunun küresel ekonomiye maliyetinin 16 trilyon doları bulacağı tahmin edilmektedir.

Aydın-Er (2009) tarafından psikiyatri kliniğinde yatmakta olan ve Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) Eksen I tanı kriterlerini karşılayan 83 hastayla gerçekleştirilen bir çalışmaya göre örneklemdaki psikiyatri hastalarının % 55.4'ünün anlama, % 67.5'inin değerlendirme ve % 73.6'nın ise muhakeme yeterliliklerinin azaldığı saptanmıştır. Hastaların tedavileriyle ilgili bilgileri hastalıklarıyla ilgili bilgilerden daha fazla anladıkları ve değerlendirdikleri görülmüştür. Psikotik tanıli hastaların, örneklem grubunda yer alan diğer tanıli hastalar arasında en fazla değerlendirme yetisi azalan grup olduğu belirlenmiştir. Hastalığını kavrayan, yıkımı olmayan ve bilişsel işlem becerisi iyi düzeyde olan hastaların karar verme düzeyleri tatmin edici yeterlilikte olduğu; içgörü eksikliği, mesleki ve sosyal faaliyetleri gerçekleştiremeyen ve bilişsel işlem becerisi düşük olan hastaların karar verme düzeyleri yetersiz olduğu izlenmiştir. Hastalık belirtilerinin şiddeti ile karar verme düzeyi arasında ters korelasyon bildirilmiştir.

Karar verme yeterliliği düşük olan psikiyatrik hastalarda kendi değerlerine uygun karar verme ve sağlık bakım hizmetinden yararlanmada gerekli kararı vermede vekile ihtiyaçları vardır. Çünkü bu hastalar; savunmasız olup haklarını korumada ve sosyal haklardan yararlanmada desteğe ihtiyaçları bulunmaktadır. Bu nedenle psikiyatri hemşirelerinin hastaya vekil olma ödevleri vardır. Hasta adına karar verici olan hemşire, hastanın değerlerini bilmeli ve değerleriyle uyumlu kararlar vermelidir. Hastanın karar verme yeterliliğini değerlendirmede multidisipliner işbirliği gerekli olup hukuk, etik ve sağlık bilimi üyelerinden bu ekip oluşmalıdır. Hastanın çevresiyle kurduğu iletişimi, özgeçmiş, kişiliği ve duyguları karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır (Aydın-Er, 2009).

Her alanda olması gerektiği gibi ruh sağlığı alanında da hizmet alanın maksimum fayda görebilmesi adına hizmet verenlerin multidisipliner işbirliğinde

oluşturulacak protokoller ile ortak kararların verilmesi ve bu kararlara uygun girişimlerin sağlanması önemlidir. Hasta birey, kliniğe yatışından taburculuğuna kadar olan süreçte yapılandırılmış bir hizmet modelinde ruh sağlığı profesyonellerinden hizmet alır.

Psikiyatri birimlerinde görev alan ruh sağlığı profesyonelleri; ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi, ruh sağlığı ve hastalıkları hekimi, klinik psikolog, sosyal çalışmacı disiplinleri sayılabilir. Bunlar dışında destek hizmeti sunan diğer iş kolları da mevcuttur. Ayrıca tedavi programına göre; iş uğraşı terapisti, müzik terapisti vd. hastanın sağaltımında görev alır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin bir disiplin olarak yer aldığı ruh sağlığı ekibi içerisinde önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır.

“Amerikan Hemşireler Birliği’nin (ANA) tanımına göre, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; sanat olarak kendiliğın amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyonelidir” (Buzlu ve Özbaş, 2011). Johnson (1997) göre ise ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği; temel teorik ve uygulama bilgisini, mesleki tecrübeyi, hemşirelik becerisini, sosyal bilim ve biyolojik verileri, kendi benliğini terapötik kullanma sanatını birleştiren bir sağlık profesyonelidir (Akt. Buzlu ve Özbaş, 2011).

Hemşirelik sürecinde problem çözme yaklaşımının ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında kullanılmaya başlanmasıyla birlikte ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresine özel roller belirginleşmiştir. Bu roller; karar verici, konsültan, danışman ya da eğitici, terapist, yönetici, araştırmacı, hasta savunuculuğu ve gelişimini destekleyen ve rehabilite edici roller şeklinde sıralanabilir. Sosyal boyutun psikiyatride önem kazanmasıyla beraber, psikiyatri hemşireliği rollerine “tedavi edici ortamı sağlamak” ve “birlikte çalıştığı bireylerle işbirliği yapma” rolleri de dahil edilmiştir (Aydın, 2007). Sağlık sistemi üzerindeki ilave sorumluluk ve artan baskılar, ruh sağlığı hemşirelerinin rollerinde önemli değişim sağlamaktadır (Campbell ve ark., 2019). Ruh sağlığı hemşireleri hastaların bakımı ve tedavisinde benzersiz role sahiptir.

Psikiyatri hastaları bilişsel algısal değişiklikleri olan, fonksiyonel özgürlükleri kısıtlı, yönelimleri bozuk ve düşünce içeriğinde bozukluklara sahip olabilen bir hasta grubudur. Bu hasta grubu hizmet almak için doğru kararları zor verebilmektedir. Bununla birlikte toplumun psikiyatri hastalığına yönelik olumsuz inanç ve davranışları

damgalanmayı beraberinde getirmesi, bu hastalığa sahip hastaların ve ailelerinin toplum içerisinde kabul görmemeleri neticesinde toplumdaki izole olmaktadır. Dolayısıyla tedaviye başvuruların azalmasına, nükslerin ve tekrarlı yatışların artmasına, sosyoekonomik kayba ve hastalığın kronikleşmesine neden olmaktadır. Bundan kaynaklı ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin klinik karar verme becerisi rolleri çerçevesinde daha da önemli olmaktadır (Çam ve Bilge, 2013).

Psikiyatri hemşireleri, diğer hasta kliniklerinden farklı olarak psikiyatri kliniklerinde kilitli kapı girişleri olan çalışma ortamında ve şiddet tehdidi altında psikiyatri hastalarına hizmet verirken suikid ve homocid riski olan hastanın kendine ya da başkasına zarar vermesini engellemek için daima dikkatli olmaları gerekmektedir. Hemşirelerin anlık karar almaları gerekeceği durumlar olabileceği için bu kararların doğru zamanda ve etkili kararlar olması önemlidir. Bu servislerde sıklıkla karar verme davranışında bulunan hemşire, hastanın yararına hasta adına karar alarak hastanın sorumluluğunu üstlenebilmektedir.

Hemşire, hastaya bakım verirken hemşirelik sürecin her aşamasında klinik karar verme becerisini kullanır. Hemşirelik sürecinin ilk basamağı olan tanılama için veri toplanmasına, veri toplama yöntemine, sorunun saptanmasına, bireye özgü hedef belirlenmesine, planlama, uygulama ve sonuçların değerlendirilmesine karar verilmesi gereklidir. Hemşirenin doğru kararlar vermesi hastanın bakım sonuçlarını doğrudan etkileyen bir faktördür. Hemşire kararlarını verirken; kanıta dayalı bilgi, etik ilkelere göre, hastanın değerleriyle uyumlu, hasta yararını önceleyen, çalışanların ve diğer hastaların güvenliğini dikkate alarak ve toplumun/ailenin/hastanın ihtiyaçlarını karşılayan kararlar olmasına dikkat etmelidir.

Psikiyatri klinikleri etik ikilemlerin sıklıkla yaşandığı ortamlardır. Arslantaş'a (2015) göre psikiyatri kliniklerinde; hastaların servise zorunlu yatışları, tedavi reddi, intihar girişimi, hasta kısıtlaması, hasta bilgilerinin saklanması/paylaşılması, hasta onayı dışında EKT uygulanması, ekonomik kaygılardan kaynaklı hastanın remisyonu tam sağlanmadan taburcu edilmesi gibi konular psikiyatri hemşirelerinin sıklıkla etik ikilemde kalmasına neden olmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre psikiyatri birimlerinde çalışan hemşirelerinin %41'inin günde ya da haftada bir ila dört kez insan hakları ve etik konularında sorun yaşadıkları bu nedenle karar verme sürecinde zorlandıkları bildirilmiştir (Grace ve ark., 2003). Bahadır-Yılmaz'a (2013) göre psikiyatrik problemler hastanın kendisi için uygun olan bir tedavide hatalı kararlar

almasına yol açabilmektedir. Bu durumda tedavi ve bakımda önemli role sahip olan hemşireler hastanın beklentisini göz önünde bulundurarak mesleki etik ilkelere uygun olarak gerekli kararı almaları gerekmektedir. Karar sürecinde etik ilkeler baz alınmalı ve hastanın özerkliğine saygı duyularak ve hastanın karar verme kapasitesine bağlı olarak karar mekanizmasına dahil edilmeye çalışılmalıdır.

2.11. KLİNİK KARAR VERME BECERİSİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Karar verme becerisi, *“bir sorun ya da durumla karşılaşıldığında, sorunun ya da durumun tanımlanmasıyla başlayan, en etkili/uygun olanının seçilmesiyle sonuçlanan, birbirleriyle ilişkili belirli adımları içerir”* şeklinde tanımlanmaktadır (Sucu ve ark., 2012). Karar verme becerisi; karmaşık ve sürekli değişen bir sağlık bakımı ortamında etkili kararlar vermesi gereken hemşireler için esas olup (Durmaz-Edeer ve Sarıkaya, 2015) mesleki yetkinliğin sağlanmasında sahip olunması gereken önemli profesyonel niteliklerdendir (Sabancıoğulları ve ark., 2018). Karar verme becerileri yetersiz olan hemşireler, yaklaşan hasta bozulmasını tespit edemezler. Bu nedenle karar verme becerisi, yeterliliğin önemli bir bileşenidir (Levett-Jones ve ark., 2010).

DSÖ, hemşirelik eğitiminde en önemli hedeflerden birinin karar verme becerisinin geliştirilmesi olduğunu belirtmektedir (World Health Organization, 2009). Amerikan Hemşirelik Okulları Derneği'ne göre bakım çıktılarının kalite düzeyinin yüksek olması için hemşirelik öğrencilerinin karar verme becerilerinin geliştirilmesi gerektiğini bildirmektedir. Bundan dolayı hemşirelik okullarında, hemşirelik öğrencilerinin karar verme becerilerinin geliştirilmesine dönük eğitimlerin verilmesi gerekmektedir (Özen ve ark., 2017). Bakım çıktılarının iyileştirilmesinde ve hemşirelik girişimlerinin geleceği için hemşirelerin karar verme becerilerini geliştiren faktörlerin belirlenmesi önemlidir.

Literatüre göre hemşirelerin karar verme becerilerinin geliştirilmesi için bazı önerilerde bulunmaktadır. Bunlar; temel teorik ve uygulama bilgi düzeyinin artırılması, sezgisel karar vermenin güçlendirilmesi (Sucu ve ark., 2012), interaktif eğitim modellerinin kullanılması, simülasyon temelli eğitimin verilmesi, temel teorik ve uygulama bilgi düzeyinin artırılması, özgüvenin yükseltilmesi, anksiyetenin azaltılması, problem çözme becerilerinin kazandırılması (Bektaş, 2017), karar vermeye ilgili eğitimlerin verilmesi, bilgisayara dayalı karar destek sistemlerin uygulamalarda kullanılması, karar vermeye ilişkin yasal düzenlemelere dair eğitimlerin verilmesi,

uygulama alanlarında karar verme araçlarının artırılması, olgu çalışmalarının artırılması (Dönmez, 2019), öğrenim dönemi boyunca karar verme becerilerinin geliştirilmesine yönelik öğretim stratejilerine ağırlık verilmesi (Erkuş, 2018) gibi çalışmalarla hemşirelerde klinik karar verme becerilerinin geliştirilebileceği bildirilmektedir.

Yıldırım ve Taşçı'ya (2013) göre; *“Hemşirelik eğitiminde eleştirel düşünme, problem çözme ve karar verme yeteneklerini geliştirmek için; eleştirel düşünme stratejilerinin müfredata entegre edilmesi, soyut düşünmeyi geliştirme, tartışmalı ve sorgulamalı eğitim, bilgisayar destekli eğitim, sunumda bütün duyguların kullanılması, eğitimde sanatsal etkinlikler kullanmak, kritik olayları analiz etmek, yansıtıcı teknikler kullanmak, vaka çalışmaları yapmak, sunum sonu özet yapmak, teoriyi gerçek olaylarla senaryolaştırmak, öğrenci sunusu yaptırmak, klinikte kavram haritaları kullanmak, problem çözme yaklaşımları kullanmak, öz değerlendirme ve akran değerlendirmesi yaptırmak önerilmektedir.”*

Hemşirelik öğrencilerinin karar verme becerisi hemşirelik okullarında alınan eğitimle birlikte gelişmeye başlayarak okul sonrası meslek hayatı boyunca da devam etmektedir. Öğrencilerin staja çıktıkları süreçte edindikleri tecrübe, özgüvenleri, değerleri, kontrol odakları, maruz kaldıkları stres faktörü ve mentörün yaklaşımı karar verme becerisinin gelişimini etkileyen önemli etmenlerdendir. Karar verme becerisi eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak gelişirken, intörlük eğitiminin yapıldığı dördüncü sınıfta bu gelişim en üst seviyededir. Eğitici ve mentör, öğrenci ve yeni mezun hemşirelerin anksiyetelerini azaltıcı eylemde bulunarak ve özgüvenlerini sağlayacak, eleştirel düşünme ve karar verme becerilerini artıracak stratejiler izlemeleri oldukça önemlidir. Teorik bilginin olgularda uygulama fırsatı ile bilginin pekiştirildiği öğrenme-öğretme stratejileri, hemşirelik öğrencisinin karar verme becerisini pozitif yönde etkilemektedir. Bununla birlikte hemşirelik öğrencileri bilimsel bilgiyi doğru zamanda uygulamalarında yer vererek klinik karar verme becerilerini geliştirmiş olacaktır (Bektaş, 2017).

Van Graan ve Williams (2017) tarafından yapılan çalışma, hemşirelik öğrencilerindeki üst seviye düşünme becerilerini ve karar verme becerisini geliştirmek için öğrenme ortamının oluşturulmasında öğretim-öğrenme stratejisini önermiştir. Kavramsal çerçevede kullanılan ve tanımlanan kavramlar; bağlam olarak hastayı içeren klinik hemşirelik ortamı ve hemşirelik öğrencisi arasında karşılıklı etkileşim aracılığıyla üst düzey düşünme becerilerini geliştiren bilgi, beceri, tutum ve değerlere vurgu

yapmıştır. Bu çalışma teori-uygulama birleşimi, klinik eşlik etme, süpervizyon ve yansıtmanın karmaşıklığını klinik muhakemenin kolaylaştırılmasındaki temel elementler olarak ortaya çıkmıştır.

Kaliteli karar verme günümüzde nitelikli uzman hemşirelerin sahip olması gereken zorunlu bir özelliktir. Güney Afrika Yeterlilik Kurumu ile aynı doğrultuda Güney Afrika Hemşirelik Konseyi tüzüğünde sonuç odaklı, öğrenci merkezli yaklaşım ve uygun klinik süpervizyonla birlikte teoriyi dengelemek ve fırsatları uygulamak için öğrenme ve öğretme stratejilerin kullanımının gelişimi savunulmuştur. Hemşirelik enstitüleri hizmet içi eğitim boyunca kısa öğrenme programları, atölyeler veya sunumları problem çözme ve karar verme becerilerini geliştirmek için uygulamalıdır (Van Graan ve Williams, 2017). Böylece teori ve uygulamanın entegrasyonu hemşirelik öğrencilerinin üst seviye düşünme becerilerini geliştirecektir.

Öğrenciler ilk düzey eğitimden yansıtıcı etkileşimler ve sesli düşünme alıştırmaları yapmalıdır (Van Graan ve Williams, 2017). Öğrencilerin sesli düşünme konusundaki yaklaşımı, karar verme becerisinin değerlendirilmesinde ümit verici bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, eğiticinin bilgiyi nasıl işlendiğini değerlendirmesini sağlayıp koçluk etmesini sağlar. Sesli düşünme yaklaşımını kullanmanın hatalı muhakemeyi ve karar vermeyi düzeltmede yararlı olduğu gösterilmiştir. Öğretim elemanları, sesli düşünme yaklaşımını uzman hemşirelerin karışık bir klinik durumu nasıl ele aldığını hemşirelik öğrencisine göstermede model olabilir. Öğrenciler klinik karar verme becerilerini geliştirmek için bu süreci kullanabilir. Bununla beraber öğrenciler ve öğretim elemanları, eleştirel düşünme kartlarının öğrenci deneyimine ve tehlike yaratmayan yöntem olarak klinik ortamda dersi gözden geçirmede ve uygulamada fayda sağladığını belirtmektedir (Holland ve Ulrich, 2016).

Eleştirel düşünme kartları, eleştirel düşünmenin ve klinik karar verme becerisinin geliştirilmesi ile bağlantılı birçok farklı stratejinin kullanımının bir araya getirildiği öğrenme aktivitesi olarak tasarlanmıştır. Spesifik klinik alanla ilgili soruları içeren kartlar, yenilikçi aktif öğrenme stratejisi olarak öğrencilerin teorik bilgisi ile klinik uygulamalar arasında köprü kurmasını sağlar. Aktif öğrenme stratejisi olarak kartların kullanımı sorgulama, koçluk yapma ve sesli düşünme yönteminin kullanımını birleştirir (Holland ve Ulrich, 2016).

Özen ve arkadaşlarına (2017) göre hemşirelerde karar verme becerisini geliştiren önemli bir faktör de bilgisayarlı klinik uygulamalar ve bilgisayar destekli simülasyonların sıklıkla kullanılmasıdır. Koç'un (2006) çalışmasına göre hemşirelik öğrencilerinin % 89.1'inin hemşirelik bakımında karar vermeyi kolaylaştırması için bilgisayarın önemli bir araç olduğunu belirtmiştir. Karar verme becerisi ile hemşirelik bakımında bilgisayar kullanımı tutumu arasında anlamlı düzeyde korelasyon ilişki saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerin hasta bakımında bilgisayar kullanımına olumlu yaklaşımı önemlidir.

Akalın ve Şahin'e (2020) göre simülasyon yöntemleri; güvenli bir ortamda hastaya tehlike oluşturmaksızın klinik becerilerin uygulanmasını, noksanlıkların hizmet alana ulaşmadan telafi edilmesini, sık karşılaşılmayan olguların tecrübe edilmesini, problem çözme ve klinik karar verme becerilerin geliştirilmesi için hemşirelik öğrencileri ve yeni mezun hemşirelerin öğrenme sürecinde aktif şekilde yer almasını sağlamaktadır. Arslan'ın (2018) çalışmasında hemşirelik okullarında ders içeriği olarak olgu çalışmalarına yer verilmesinin hemşirelik öğrencilerinin karar verme becerilerini geliştirdiği görülmüştür. Bilişim teknolojilerinin hemşirelik bakımında yer alması, hemşirelerin klinik karar verme becerisini geliştirdiği gibi güncel verilerin takip edilmesini de sağlamaktadır (Özen ve ark., 2017).

Hemşirelik eğitiminde web desteğinin alınması, hemşirelik öğrencilerin istediği bilgiye anlık erişmesine, interaktif bir eğitimin yapılmasına, simülasyona dayalı eğitimlerin verilmesi olanağı sağlayarak olgu çalışmalarının yapılmasına ve bu imkan ise öğrencilerin anksiyetesinin giderilmesine, uygulamalarla teorik bilgilerin pekiştirilmesiyle özgüvenlerin artırılmasına, akran ve öğretmenlerle vaka tartışması yapabilmesine, güvenilir uygulamaların hemşirelik bakımında yer almasını sonuç olarak sağlamasına, problem çözme ve klinik karar verme becerilerinin geliştirmesini sağlamaktadır (Bektaş, 2017).

Klinik karar verme becerisini geliştirmeye çözüm olma konusunda dâhil edilmiş çoklu stratejiler, uygulamalarda eğitim boşluğunu azaltmaktadır (Holland ve Ulrich, 2016). Hastane kaynaklı komplikasyon yaşayan hastaların mortalitesi, hemşirelik bakımı ve hemşirelerin klinik karar verme becerilerinin kalitesi ile doğrudan ilişkilidir (Levett-Jones ve ark., 2010). Bu nedenle klinik karar verme becerisi, hemşirelik mesleğinin önemli bir parçası olup bu becerinin geliştirilmesi için yapılacak çalışmalar önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri, İstanbul ilinde bulunan bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesine bağlı birimlerde çalışan hemşirelerden 25 Eylül 2020 – 25 Ekim 2020 tarihleri arasında elde edilmiştir.

Hastane, 1976 yılında hastalarına hizmet vermeye başlamıştır. Hastanede 60 yataklı ve 40 yataklı olmak üzere iki erkek kapalı kliniği, 80 yataklı bir kadın kapalı kliniği, 40 yataklı bir AMATEM kliniği, biri hastane kampüsünde diğeri Tuzla ilçesinde olmak üzere iki adet ÇAMATEM kliniği, uyku polikliniği, nöroloji kliniği ve nöroloji yoğun bakım ünitesi ile hastalara yatarak tedavi hizmeti verilmektedir. Gündüz tedavisi ve ayaktan grup/bireysel psikoterapilerin uygulandığı bir psikoterapi merkezi, bağımlılıkla mücadele için hastalara rehabilitasyon tedavilerin uygulandığı DAN-TE ve BA-HAR merkezi, adli olguların değerlendirildiği ve ilgili resmi raporlamaların yapıldığı bir sağlık kurulu servisi ve çeşitli branşlarında yer aldığı iki adet poliklinik binası ile hastalara hizmet sunulmaktadır. Ayrıca bu hastaneye bağlı İstanbul'un Çekmeköy, Kadıköy, Sultanbeyli, Ümraniye ve Üsküdar ilçelerinde olmak üzere psikotik hastalara yönelik rehabilitasyon tedavileri uygulanan toplamda beş Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini hastaneye bağlı birimlerde görev yapan 139 hemşire oluşturmuş ve 111 hemşire dahil edilme kriterlerini sağlamıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemde 30 hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmemesi üzerine, araştırmaya katılmayı kabul eden 81 hemşire (% 72.9) ile araştırma tamamlanmıştır.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri:

- Klinikte/TRSM'de hastaya doğrudan bakım hizmeti veren hemşireler ve sorumlu hemşireler örnekleme alınmıştır

Örnekleme Dışlanma Kriterleri:

- Hastaya doğrudan bakım hizmeti verilmeyen kliniklerde çalışan hemşireler ve sorumlu hemşireler dışlanmıştır (poliklinikler, kan alma birimi, uyku polikliniği, psikoterapi merkezi, eğitim ve AR-GE birimi, enfeksiyon birimi, kalite birimi, eczane, hemşirelik hizmetleri müdürlüğü)

Tablo 11. Araştırmaya dahil edilen birimler ve bu birimlerde çalışan hemşire sayıları

Klinik/Birim/Ünite	Çalışan Hemşire Sayısı
Acil Psikiyatri Ünitesi	11
Akut Psikiyatri Klinikleri (A-1, E-1, K-1)	46
Bağımlılık Tedavi Birimleri (AMATEM, DAN-TE, BA-DEM, BA-HAR, ÇAMATEM)	29
Toplum Ruh Sağlığı Merkezi	13
Nöroloji Servisi ve Yoğun Bakım Ünitesi	12

3.4. Araştırma Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği'nden elde edilen toplam ve alt boyut puan ortalamalarıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Hemşirelerin; cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sahibi olma ve gelir durumu, hemşirelikte çalışma süresi, psikiyatri alanında çalışma süresi, daha önce çalışılan sağlık kuruluşundaki birimi, görev türü, çalışma şekli, birimde algılanan bağımsız karar verme sıklığı, klinik karar vermeyle ilgili yaşanan sorunlar, verilen bakımda karar verici kişiler ve klinik karar vermeyle ilgili alınan eğitim'den oluşmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Hemşireleri Tanıtıcı Özellik Formu ve Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Hemşireleri Tanıtıcı Özellik Formu: Bu form araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilmiş olup bireysel ve mesleki özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır (Bjørk ve Hamilton, 2011; Dicle ve Edeer, 2013; Lauri ve ark., 2001; Pramila ve ark., 2018; Sedgwick ve ark., 2019).

Bireysel Özellikler: Hemşirelerin; cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sahibi olma ve gelir durumu gibi sosyodemografik özelliklere ait çeşitli soruları içermektedir.

Mesleki Özellikler: Hemşirelerin; hemşirelikte çalışma süresi, psikiyatri alanında çalışma süresi, daha önce çalışılan sağlık kuruluşundaki birimi, görev türü, çalışma şekli, birimde algılanan bağımsız karar verme sıklığı, klinik karar vermeyle ilgili yaşanan sorunlar, hastaya verilen bakımda karar verici kişiler ve klinik karar vermeyle ilgili alınan eğitim gibi soruları içermektedir.

3.5.2. Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ): Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin klinik karar verme düzeyi, Jenkins'in HKKVÖ ile değerlendirilmiştir. HKKVÖ, Jenkins tarafından ABD'de hemşirelik öğrencilerinde geliştirilmiş olup, öğrencilerin klinik karar verme algılarının nasıl olduğunu tanımlamaktadır. HKKVÖ'nün iç tutarlılık Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur (Durmaz-Edeer ve Sarıkaya, 2015; Jenkins, 1983; Jenkins, 2001).

Türkiye'de HKKVÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik çalışması Durmaz-Edeer ve Sarıkaya (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin dil geçerliğinde İngilizceden Türkçeye çeviri ve geri çeviri teknikleri kullanılmıştır. Ölçeğin içerik geçerliği uzman görüşü ile sağlanmıştır. Türkçeye uyarlanan HKKVÖ'nün Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.78'dir.

Bu araştırma kapsamında tüm ölçeğe ait Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı 0.825 olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

HKKVÖ, 40 maddeden ve dört alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin alt ölçekleri sırasıyla; 'Seçenek ve fikirleri araştırmak' (örneğin "Klinik bir karar yaşamsal ise ve zaman varsa, seçenekler için ayrıntılı bir araştırma yaparım"), 'Amaçları ve değerleri soruşturmak' (örneğin "Hastalara, kendi bakımlarıyla ilgili karar verme haklarını kullanmaları için yardım ederim"), 'Sonuçları değerlendirmek' (örneğin "Önemli bir klinik kararı değerlendirirken, olumlu ve olumsuz sonuçların listesini yaparım") ve 'Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek' (örneğin "Karar vermem gerektiğinde mümkün olduğu kadar çok bilgi toplamak için farklı yolları kullanırım") şeklinde dört alt boyuttan oluşmaktadır. Her alt ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 22 madde (1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 20, 26, 27, 28, 29, 33, 35, 36,

37, 38) pozitif ve 18 madde (2, 4, 6, 12, 13, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 30, 31, 32, 34, 39, 40) negatif anlamlıdır. Ölçeğin negatif anlamlı 18 maddesi ters puanlandırılmaktadır. Ölçeğin her bir maddesi 5 = Her zaman, 4 = Sık sık, 3 = Ara sıra, 2 = Nadiren, 1 = Asla olarak değerlendirilmektedir (Durmaz-Edeer ve Sarıkaya, 2015; Jenkins, 1983; Jenkins, 2001).

Ölçek, hemşirelerin kendileri tarafından doldurulmaktadır. Ölçeğin toplamından 40 ile 200 arasında, her alt ölçekten 10 ile 50 arasında puan alınmaktadır ve ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçekten alınan yüksek puan karar verme algısının yüksek olduğunu, düşük puan karar verme algısının düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi her bir alt ölçek ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır (Durmaz-Edeer ve Sarıkaya, 2015; Jenkins, 1983; Jenkins, 2001). HKKVÖ ve alt ölçeklerin madde sayısı, madde numaraları, ölçek ve alt ölçeklerden alınabilecek en düşük/en yüksek değerlere ilişkin bilgiler Tablo 12’de verilmiştir (Durmaz-Edeer, 2012).

Tablo 12. HKKVÖ, alt ölçekler madde ve puanları

HKKVÖ ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Madde Numaraları	Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Değerler	Cronbach Alfa (Durmaz-Edeer, 2012)	Cronbach Alfa (Mevcut Çalışma)
Seçenek ve fikirleri araştırmak	10	1- 3- 6- 7- 16- 22- 27- 30- 32- 37	10-50	0.50	0.55
Amaçları ve değerleri soruşturmak	10	2- 9- 10- 14- 21- 31-33- 35- 38- 40	10-50	0.44	0.21
Sonuçları değerlendirmek	10	13- 17- 18- 23- 25- 26- 28- 29-34- 39	10-50	0.52	0.67
Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek	10	4- 5- 8- 11- 12- 15- 19- 20- 24- 36	10-50	0.40	0.47
Toplam	40	1-40	40-200	0.78	0.825

3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Verilerin toplanması sürecinde Covid-19 pandemisinin yaşanması nedeniyle katılımcıların hepsiyle yüzyüze görüşme yapılamamıştır. Araştırmacı tarafından araştırmanın dahil edilme kriterlerini sağlayan hemşireler, telefonla aranarak ya da WhatsApp uygulaması üzerinden ulaşılarak araştırmanın amacı kendilerine açıklanarak

katılım için davet edilmiştir. Google Form aracılığıyla oluşturulan anket, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere WhatsApp uygulaması üzerinden gönderilmek suretiyle veriler elde edilmiştir.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırma için çalışma grubundan toplanan veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 22.0 paket programında kullanılmıştır. Verilerin Histogram ve çarpıklık-basıklık değerleri incelendiğinde normal dağılım göstermediği belirlenmiş ve non-parametrik testler kullanılmıştır. İki grubun ortalamasını Mann Whitney U Testi; ikiden fazla grubun ortalamasının karşılaştırılması için ise Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Covid-19 salgını dolayısıyla İl Sağlık Müdürlüğü'nün veri toplamaya yedi ay boyunca izin vermemesi nedeniyle tez sürecinin uzaması,
- Covid-19 salgını döneminde yapılan bu çalışmada enfeksiyon riski nedeniyle hemşirelerle yüz yüze görüşme yapılamaması, anketlerin online olarak uygulanmak zorunda kalınması ve bu durumun katılım sayısını etkilemesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

3.9. Araştırma Etik Boyutu

Çalışmaya başlanmadan önce Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 61351342/2019-650 sayılı karar ile 27/12/2019 tarihinde etik kurul onayı (EK-3), çalışmanın ilgili hastanede yapılması için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden 32900231-799-900 sayılı yazılı karar ile 24/07/2020 tarihinde kurum izni (EK-4) alınmış, ardından hemşirelerden Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-1) ile yazılı onamları alınmak suretiyle çalışma yapılmıştır.

4. BULGULAR

Psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin klinik karar verme düzeyleri ve bunu etkileyen bireysel ve mesleki özellikleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 13. Hemşirelerin bireysel özelliklerinin dağılımı (n: 81)

Bireysel Özellikler	Sayı	%
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	56	69.1
Erkek	25	30.9
<u>Yaş</u>		
21-26 yaş arası	29	35.8
27-32 yaş arası	36	44.4
33 yaş ve üstü	16	19.8
<u>Medeni Durumu</u>		
Bekar	50	61.7
Evli	31	38.3
<u>Eğitim Durumu</u>		
Sağlık Meslek Lisesi	8	9.9
Ön Lisans	2	2.5
Lisans	58	71.6
Lisans üstü	13	16.0
<u>Çocuk Sahibi Olma</u>		
Evet	18	22.2
Hayır	63	77.8
<u>Gelir durumu</u>		
Gelir giderden fazla	15	18.5
Gelir gidere eşit	41	50.6
Gelir giderden az	25	30.9

Hemşirelerin bireysel özelliklerinin dağılımı Tablo 13'te yer almaktadır. Hemşirelerin % 69.1'inin kadın, % 44.4'nün 27-32 yaş arası olduğu, bunu % 35.8 oranı ile 21-26 yaş arası hemşire grubunun takip ettiği ve yaş ortalamasının ise 29.02 yıl olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin % 71.6'sının lisans mezunu, % 61.7'sinin bekar, % 77.8'inin çocuk sahibi olmadığı, geliri giderine eşit olanların % 50.6 oranında olduğu, bunu % 30.9 oranıyla geliri giderden az hemşire grubunun izlediği tespit edilmiştir.

Tablo 14. Hemşirelerin mesleki özelliklerinin dağılımı (n:81)

Mesleki Özellikler	Sayı	%
<u>Şu an çalıştığı hastaneden önce başka bir sağlık kuruluşunda çalışma durumu</u>		
Hayır	24	29.6
*Evet	57	70.4
<u>*Evet yanıtını veren hemşirelerin şu an çalıştıkları hastaneden önceki çalıştıkları servis/birim (n=57)</u>		
Dahili Servisler	2	3.5
Aile Sağlığı Merkezleri	2	3.5
Psikiyatri Servisleri	4	7.0
Acil Üniteleri	5	9.0
Yoğun Bakım Üniteleri	10	17.5
Cerrahi Servisler	14	24.5
Birden Fazla Serviste/Birimde Çalışanlar	20	35.0
<u>Su anda çalıştığı birimdeki görevi</u>		
Hemşire	69	85.2
Sorumlu Hemşire	12	14.8
<u>Hemşirelikte çalışma süresi</u>		
0-1 yıl arası	5	6.2
2-4 yıl arası	36	44.4
5 yıl ve üstü	40	49.4
<u>Psikiyatri hastalarıyla çalışma süresi</u>		
0-1 yıl arası	13	16.0
2-4 yıl arası	51	63.0
5 yıl ve üstü	17	21.0
<u>Hastanede çalışma şekli</u>		
Yalnız gündüz mesai (08-16)	21	25.9
Dönüşümlü mesai (08-16/16-08/08-08)	60	74.1

Hemşirelerin % 70.4'ünün daha önce başka bir sağlık kuruluşunda görev yaptığı; bu grup içinde birden fazla serviste/birimde çalışanların oranının % 35 olduğu, bunu takip eden en yüksek oran olan % 24.5'nin ise sadece cerrahi servislerinde çalışanların oluşturduğu saptanmıştır. Hemşirelerin % 85.2'si klinik/TRSM hemşiresi olup, dönüşümlü mesaide çalışanların oranı % 74.1 olarak bulunmuştur. Hemşirelik mesleğinde çalışılan süre ortalamasının 6.44 yıl (77.25 ay), hemşirelikte çalışma süresi beş yıl ve üstü olanların ise %49.4 oranında olduğu, bunu % 44.4 oranıyla iki-dört yıl arasında çalışan grubun takip ettiği görülmüştür. Psikiyatri hastaları ile çalışma süresinin ortalaması 4.07 yıl (48.84 ay) olarak bulunurken, hemşirelerin % 63'ünün iki-dört yıl arası, % 21'inin ise beş yıl ve daha uzun süredir psikiyatri hastaları ile çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 14).

Tablo 15. Hemşirelerin karar vermeyle ilgili özelliklerinin dağılımı (n:81)

	Sayı	%
<u>Klinik karar verme ile ilgili eğitim alma durumu</u>		
Hayır	71	87.7
Evet (üniversite derslerinden, kurumun hizmetiçi eğitim programlarından)	10	12.3
<u>Çalıştığı birimde klinik karar vermeyle ilgili sorun yaşama durumu</u>		
Hayır	51	63.0
*Evet	30	37.0
<u>*Evet diyenlerin tanımladıkları nedenler</u>		
Hekimin sadece kendisinin karar vermek istemesi	7	23.3
Ekip olarak karar verme gereği	4	13.3
Sorumlu hemşirenin/hastane yönetimin yalnız karar verme isteği	10	33.3
Görev tanımının net olmaması	4	13.3
Diğer (personel ve malzeme yetersizliğiyle ilgili faktörler, hastayla ilgili faktörler)	5	16.6
<u>Çalıştığı birimde algılan bağımsız karar verebilme sıklığı</u>		
Sürekli	16	19.8
Ara sıra	60	74.1
Hiçbir zaman	5	6.2
<u>Çalıştığı birimde hasta bakımında kararı veren kişiler</u>		
Hemşire	36	44.4
Sorumlu Hemşire	7	8.6
Hekim	33	40.7
Diğer (yönetim, tedavi ekibiyle ortak olarak)	5	6.2

Hemşirelerin karar verme ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 15’te yer almaktadır. Hemşirelerin % 87.7’si klinik karar vermeyle ilgili bir eğitim almadığını vurgularken, çalıştığı birimde algılanan bağımsız karar verebilme sıklığını en yüksek oranıyla (%74.1) ‘Ara sıra’ yanıtını veren grubun oluşturduğu bulunmuştur. Hemşirelerin çalıştıkları birimde hasta bakımında kararı; % 44.4 oranıyla klinik/TRSM hemşirelerinin verdiği, % 40.7 oranıyla da hekimlerin verdiğini algıladığı görülmektedir.

Hemşirelere “*çalıştığınız birimde klinik karar vermeyle ilgili sorun yaşıyor musunuz*” sorusuna % 37.0 oranıyla ‘Evet’ yanıtı verilmiştir. Yanıtlar incelendiğinde hemşirelerin en fazla (% 33.3) “*sorumlu hemşirenin/hastane yönetimin yalnız karar verme isteği*” yanıtı, bunu % 23.0 oranıyla “*hekimin sadece kendisinin karar vermek istemesi*” yanıtı takip etmiştir.

Tablo 16. HKKVÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

HKKVÖ Toplam ve Alt Boyutlar	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.
Seçenek ve fikirleri araştırmak	39.11±4.07	29	50
Amaçları ve değerleri soruştırmak	35.53±3.01	29	44
Sonuçları değerlendirmek	37.85±4.74	26	49
Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek	34.75±3.76	24	45
Toplam	147.25±12.98	112	178

Hemşirelerin, HKKVÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile ilgili bilgiler Tablo 16’da yer almaktadır. Hemşirelerin HKKVÖ toplam puan ortalaması 147.25±12.98 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin, en yüksek puan ortalamasını (39.11±4.07) ‘Seçenek ve fikirleri araştırmak’ alt boyutundan aldıkları ve bunu ‘Sonuçları değerlendirmek’ alt boyutunun (37.85±4.74) izlediği belirlenmiştir. Hemşirelerin en düşük alt boyut puan ortalamasını ise (34.75±3.76) ‘Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek’ alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 17. Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre HKKVÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:81)

Bireysel Özellikler	Sayı	Seçenek ve fikirleri araştırmak	Amaçları ve değerleri oluşturmak	Sonuçları değerlendirmek	Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek	HKKVÖ Toplam
Cinsiyet		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Kadın	56	39.23±3.69	35.98±2.81	38.37±4.64	35.05±3.30	148.64±11.93
Erkek	25	38.84±4.89	34.52±3.24	36.68±4.86	34.08±4.64	144.12±14.85
U=		682.000	506.500	567.500	588.500	536.000
p=		0.853	0.047	0.174	0.252	0.093
Medeni Durum		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Bekar	50	38.96±4.07	35.26±2.76	37.70±5.02	34.70±3.94	146.62±13.68
Evli	31	39.35±4.12	35.97±3.37	38.10±4.33	34.84±3.50	148.26±11.92
U=		695.000	676.000	709.500	727.500	716.500
p=		0.435	0.333	0.523	0.643	0.570
Yaş		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
21-26 yaş arası	29	39.55±4.22	35.3793±2.65133	37.07±5.15	34.41±3.67	146.41±13.33
27-32 yaş arası	36	38.78±4.257	35.2500±3.03668	37.64±4.67	34.50±3.63	146.17±12.96
33 yaş ve üstü	16	39.06±3.47	36.4375±3.53966	39.75±3.80	35.94±4.20	151.19±12.98
X ² =		0.211	1.933	2.673	1.138	0.771
p=		0.900	0.380	0.263	0.566	0.680
Eğitim Durumu		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Sağlık Meslek Lisesi	8	37.6250±2.50357	35.3750±3.06769	35.2500±5.11999	32.5000±3.25137	140.7500±12.71388
Ön Lisans	2	42.0000±5.65685	34.5000±2.12132	42.5000±2.12132	33.5000±3.53553	152.5000±13.43503
Lisans	58	38.9310±4.29141	35.2759±3.18325	37.9310±4.89132	34.9828±4.00215	147.1207±13.76887
Lisans üstü	13	40.3846±3.42876	36.9231±1.93484	38.3846±3.50092	35.3077±2.59437	151.0000±8.09321
X ² =		4.360	4.935	4.998	3.168	4.614
p=		0.225	0.177	0.172	0.366	0.202

Tablo 17. (Devam)

Çocuk Sahibi Olma		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Hayır	63	39.3810±3.91617	35.3968±2.80863	37.7460±4.76536	34.6032±3.66562	147.1270±12.69556
Evet	18	38.1667±4.55360	36.0000±3.67823	38.2222±4.78423	35.2778±4.14169	147.6667±14.31577
U=		476.500	504.500	533.500	561.000	543.500
p=		0.302	0.475	0.702	0.945	0.789

Gelir Durumu		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Gelir giderden fazla	15	41.3333±4.04734	35.8667±3.15926	38.5333±4.15532	36.0667±3.32666	151.8000±10.56409
Gelir gidere eşit	41	38.6098±3.76748	35.4390±3.13088	37.5122±4.52837	34.7317±3.91806	146.2927±12.74803
Gelir giderden az	25	38.6000±4.26224	35.4800±2.81543	38.0000±5.50000	34.0000±3.66288	146.0800±14.48539
X ² =		4.531	0.312	0.892	2.811	2.849
p=		0.104	0.856	0.640	0.245	0.241

Hemşirelerin HKKVÖ'den elde ettikleri toplam ve alt boyut puanlarının bireysel özelliklere göre istatistiksel olarak farklılaşıp farklılaşmadığı Tablo 17'de incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre hemşirelerin toplam ölçek puanı ve alt boyutlara ilişkin puan ortalamalarında yalnız cinsiyet değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Cinsiyete göre ölçeğin Amaçları ve değerleri soruşturmak alt boyutunda kadınlar lehine (U=506.500; p=0.047) ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Hemşirelerin; 'medeni durumu', 'yaşı', 'eğitim durumu', 'çocuk sahibi olma' ve 'gelir durumu' değişkenleri ile HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p≥0.05).

Tablo 18. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre HKKVÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:81)

Mesleki Özellikler	Sayı	Seçenek ve fikirleri araştırmak	Amaçları ve değerleri soruşturmak	Sonuçları değerlendirmek	Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek	HKKVÖ Toplam
Şu an çalıştığı hastaneden önce başka bir sağlık kuruluşunda çalışma durumu						
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Hayır	24	38.4167±4.52929	34.5417±2.81269	36.0417±5.16240	33.3750±3.59725	142.3750±13.32148
Evet	57	39.4035±3.86310	35.9474±3.01438	38.6140±4.38241	35.3333±3.70489	149.2982±12.38514
U=		567.500	506.000	471.000	459.500	452.500
p=		0.227	0.064	0.027	0.020	0.017
Birimdeki görevi						
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Hemşire	69	39.1014±3.94873	35.5217±3.03707	37.8696±4.98797	34.8261±3.91812	147.3188±13.35212
Sorumlu Hemşire	12	39.1667±4.89589	35.5833±2.96827	37.7500±3.13702	34.3333±2.77434	146.8333±11.10146
U=		373.000	397.000	402.000	381.500	395.000
p=		0.584	0.820	0.873	0.664	0.800
Hemşirelikte çalışma süresi						
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
0-1 yıl arası	5	38.8000±4.43847	33.4000±3.78153	34.8000±6.53452	32.4000±3.28634	139.4000±17.30029
2-4 yıl arası	36	39.9444±3.85408	35.4444±2.22254	38.2500±4.44892	35.0833±3.47542	148.7222±11.41080
5 yıl ve üstü	40	38.4000±4.17440	35.8750±3.45808	37.8750±4.76196	34.7500±4.03033	146.9000±13.71467
X ² =		2.023	1.800	1.765	2.215	1.447
p=		0.364	0.407	0.414	0.330	0.485
Psikiyatri hastalarıyla çalışma süresi						
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
0-1 yıl arası	13	38.3846±4.07305	34.1538±3.67074	35.4615±4.73665	33.5385±3.40625	141.5385±13.90213
2-4 yıl arası	51	39.4510±4.00656	35.7647±2.74655	37.9216±4.70252	35.1176±3.92758	148.2549±12.62195
5 yıl ve üstü	17	38.6471±4.37237	35.8824±3.12014	39.4706±4.37489	34.5882±3.48315	148.5882±12.96659
X ² =		0.859	1.916	5.305	1.479	1.728
p=		0.651	0.384	0.070	0.477	0.421

Tablo 18. (Devam)

Hastanede çalışma şekli		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Yalnız gündüz mesai (08-16)	21	39.4286±4.37689	36.1429±3.18254	39.4286±4.33095	35.5238±4.47905	150.5238±13.85142
Dönüşümlü mesai (08-16/16-08/08-08)	60	39.0000±3.98727	35.3167±2.94291	37.3000±4.79159	34.4833±3.47627	146.1000±12.58153
X ² =		0.906	1.016	2.533	0.348	1.105
p =		0.341	0.314	0.111	0.555	0.293
Klinik karar verme ile ilgili eğitim alma durumu		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Hayır	71	39.0141±4.22067	35.3944±3.13268	37.6901±4.97305	34.6620±3.89851	146.7606±13.68155
Evet	10	39.8000±2.82056	36.5000±1.71594	39.0000±2.44949	35.4000±2.63312	150.7000±5.18652
U =		307.500	257.000	298.500	303.500	267.000
p =		0.494	0.157	0.415	0.457	0.206
Çalıştığı birimde klinik karar vermeye ilgili sorun yaşama durumu		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Hayır	51	38.5294±4.10050	35.1569±2.94192	37.1373±4.64766	34.0784±3.49195	144.9020±12.48880
Evet	30	40.1000±3.88054	36.1667±3.06350	39.0667±4.73384	35.9000±3.97709	151.2333±13.03228
U =		610.500	640.500	621.000	588.500	566.000
p =		0.129	0.221	0.157	0.083	0.051
Çalıştığı birimde algılanan bağımsız karar verebilme sıklığı		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Sürekli	16	38.5625±5.01955	35.3750±2.39096	36.0625±5.25952	34.3125±3.87675	144.3125±14.59095
Ara sıra	60	39.1500±3.70901	35.6500±3.20394	38.1833±4.61204	34.7333±3.70920	147.7167±12.51452
Hiçbir zaman	5	40.4000±5.50454	34.6000±2.60768	39.6000±3.78153	36.4000±4.39318	151.0000±14.37011
X ² =		0.435	0.543	3.219	0.540	0.510
p =		0.805	0.762	0.200	0.763	0.775
Çalıştığı birimde hasta bakımında kararı veren kişiler		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Hemşire	36	39.1667±3.82099	35.4167±3.29827	38.1389±4.29054	35.0000±3.98569	147.7222±13.06601
Sorumlu Hemşire	7	40.4286±5.25538	36.5714±2.63674	37.2857±6.49908	35.0000±1.63299	149.2857±14.36099
Hekim	33	38.9091±4.25267	35.3333±2.94392	37.6970±5.12033	34.6061±3.98387	146.5455±13.53489
Diğer	5	38.2000±3.56371	36.2000±1.78885	37.6000±3.78153	33.6000±3.20936	145.6000±9.20869
X ² =		0.318	2.579	0.155	0.482	0.260
p =		0.957	0.461	0.984	0.923	0.967

Hemşirelerin HKKVÖ'den elde ettikleri toplam ve alt boyut puanlarının mesleki özelliklere göre istatistiksel olarak farklılaşıp farklılaşmadığı Tablo 18'de incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre hemşirelerin toplam ölçek puanı ve alt boyutlara ilişkin puan ortalamalarında daha önce başka bir hastanede çalışma durumu ve çalıştığı birimde klinik karar vermeyle ilgili sorun yaşama durumu değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Şu an çalıştığı hastaneden önce başka bir sağlık kuruluşunda çalışma durumuna göre Sonuçları değerlendirmek boyutunda (U=471.000; p=0.027), Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek alt boyutunda (U=459.500; p=0.020) ve toplam ölçek puanlarında (U=452.500; p=0.017) daha önce başka bir hastanede çalışanlar lehine ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ortalamalar arası farkın tespit edildiği bir diğer değişken ise çalıştığı birimde klinik karar vermeyle ilgili sorun yaşamadır. Çalıştığı birimde klinik karar vermeyle ilgili sorun yaşayan hemşirelerin toplam ölçek puanı sorun yaşamayanlardan istatistiksel olarak daha yüksektir (U=566.000; p=0.051). Hemşirelerin; 'birimdeki görevi', 'hemşirelikte çalışma süresi', 'psikiyatri hastalarıyla çalışma süresi', 'hastanede çalışma şekli', 'klinik karar verme ile ilgili eğitim alma durumu', 'çalıştığı birimde algılanan bağımsız karar verebilme sıklığı', 'çalıştığı birimde hasta bakımında kararı veren kişiler' değişkenleri ile HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p≥0.05).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada hemşirelerin, Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları nasıldır? hemşirelerin, Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları bireysel özelliklere göre farklılık gösterir mi? ve hemşirelerin, Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları mesleki özelliklere göre farklılık gösterir mi? sorularına yanıt aranmıştır.

Literatürde Jenkins'in Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) kullanılarak hemşirelik öğrencileriyle yapılmış çalışmalar yer almaktadır. Örneklemini hemşirelerin oluşturduğu HKKVÖ'nün kullanıldığı yayınlar; Türkiye'de yalnızca bir kongre bildirisine (Ay ve ark., 2016) ve tez çalışmasına (Öztürk, 2018), yurt dışında ise İngilizce yayınlanmış dört araştırma makalesine (Farčić ve ark., 2020a; Farčić ve ark., 2020b; Pramila ve ark., 2018; Sedgwick ve ark., 2019) ulaşılmıştır. Bu çalışmada kullanılan ölçeğin bulunduğu yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır, bu nedenle karar vermeyi ölçen diğer ölçeklerle yapılan çalışma sonuçlarıyla da araştırma bulguları karşılaştırılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin HKKVÖ toplam puanı 147.25 ± 12.98 olduğu saptanmıştır. Ölçeğin toplamından 40 ile 200 arasında, her alt ölçekten 10 ile 50 arasında puan alınmaktadır ve ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan karar verme algısının yüksek olduğunu, düşük puan karar verme algısının düşük olduğunu göstermektedir (Jenkins, 1983, 2001). Türkiye’de HKKVÖ kullanılarak yapılan iki çalışmadan biri olan Öztürk’ün (2018) bir kamu hastanesinin acil ünitesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada 95.15 ± 9.37 puan bulunmuş, Ay ve arkadaşlarının (2016) bir üniversite hastanesindeki tüm hemşirelerle yaptığı çalışmada ise 125.1 ± 21.8 puan saptanmıştır. HKKVÖ kullanılarak yurt dışında yapılan üç çalışma olan; Hindistan’da Pramila ve arkadaşları (2018) tarafından araştırmanın yapıldığı hastanedeki tüm hemşirelerle yapılan çalışmada 110.56 ± 39.85 puan, Farčić ve arkadaşları (2020b) tarafından Hırvatistan’da araştırmanın yapıldığı hastanelerdeki tüm hemşirelerle yapılan çalışmada 124.7 ± 15.2 puan ve Farčić ve arkadaşları (2020a) tarafından yine Hırvatistan’da araştırmanın yapıldığı hastanelerdeki tüm hemşirelerle yapılan çalışmada ise 135.8 ± 27.6 puan bulunmuştur. Bu çalışmalarla karşılaştırıldığında psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin HKKVÖ toplam puanının daha yüksek olduğu izlenmektedir. Psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hastalıkların doğası gereği karar verme zorluğu ve yeti yitimi olan hastalarla çalışmaları, bu becerilerinin daha iyi olmasının nedeni olabilir. Ancak en yüksek puanın 200 olduğu göz önüne alındığında hemşirelerin klinik karar verme becerilerinin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Araştırmada hemşirelerin HKKVÖ’nün alt boyutlarından en yüksek puanı (39.11 ± 4.07) Seçenek ve fikirleri araştırmak’dan almışlardır. Bu alt boyut; bireyin karar verme sürecinde gerekli olduğu kadar sayıda strateji veya kaynağı kullanabileceği seçeneklerin oluşturulmasını tanımlamaktadır. HKKVÖ Seçenek ve fikirleri araştırmak alt boyutundan alınan puan; Öztürk’ün (2018) çalışmasında 21.6 ± 3.36 puan, Pramila ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada 26.38 ± 9.75 puan, Farčić ve arkadaşlarının (2020b) çalışmasında 33.1 ± 4.4 puan ve Farčić ve arkadaşlarının (2020a) çalışmasında ise 33.6 ± 9.6 puan olarak bulunmuştur.

Araştırmada hemşirelerin HKKVÖ’nün Amaçları ve değerleri soruşturmak alt boyutundan aldıkları puan 35.53 ± 3.01 olarak bulunmuştur. Bu alt boyut; değerlerin karar verme sürecinde belirleyici olabildiği, çıktıların tercihleri etkilediğini bu nedenle hedeflerin ve değerlerin açık bir şekilde belirlenmesini ifade etmektedir. HKKVÖ

Amaçları ve değerleri sorduğumuz alt boyutundan alınan puan; Öztürk'ün (2018) çalışmasında 26.15 ± 2.43 puan, Pramila ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında 27.48 ± 10.32 puan, Farčić ve arkadaşlarının (2020b) çalışmasında 32.3 ± 4.7 puan ve Farčić ve arkadaşlarının (2020a) çalışmasında ise 36.6 ± 7.3 puan olarak bulunmuştur.

Araştırmada hemşirelerin HKKVÖ'nün Sonuçları değerlendirmek alt boyutundan aldıkları puan 37.85 ± 4.74 olarak belirlenmiştir. Bu alt boyut; karar verme sürecinde bireyin aldığı kararın fiyat-performans, risk alma, amaç ve değerlere uygunluğu yönünden değerlendirilmesini belirtmektedir. HKKVÖ Sonuçları değerlendirmek alt boyutundan alınan puan; Öztürk'ün (2018) çalışmasında 23.20 ± 3.05 puan, Pramila ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında 28.59 ± 10.72 puan, Farčić ve arkadaşlarının (2020b) çalışmasında 29.1 ± 4.9 puan ve Farčić ve arkadaşlarının (2020a) çalışmasında ise 35.1 ± 9.1 puan olarak bulunmuştur.

Araştırmada psikiyatri hastanesinde çalışan hemşireler HKKVÖ alt boyutlarından en düşük puanı Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek'den (34.75 ± 3.76) aldıkları tespit edilmiştir. Bu alt boyut; bireyin ilgili duruma ilişkin gerek görülen verilerin araştırılmasını, verilere ulaşılmasını ve her yönüyle ilgili verilerin anlaşılmasını mutlak zorunluluk olarak ifade etmektedir. HKKVÖ aynı alt boyutundan alınan puan; Öztürk'ün (2018) çalışmasında 24.25 ± 3.36 puan, Pramila ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında 28.12 ± 11.12 puan, Farčić ve arkadaşlarının (2020b) çalışmasında 30.1 ± 4.4 puan ve Farčić ve arkadaşlarının (2020a) çalışmasında ise 33.9 ± 8.9 puan olarak bulunmuştur.

Araştırmanın karşılaştırıldığı dört çalışma psikiyatri alanı dışındaki hemşirelerle yapılmıştır. Bu araştırmanın HKKVÖ alt boyut puanları dört çalışmadan genellikle yüksek bulunmuştur. Karar verme yeterliliği düşük olan psikiyatrik hastalarda karar verme ve sağlık bakım hizmetinden yararlanmada gerekli kararı vermede vekile ihtiyaçları olabilmektedir. Bu nedenle psikiyatri hemşirelerinin hastalara vekil olma ödevi olup hasta ve ailesi adına karar vermektedirler. Sıklıkla karar verme davranışında bulunmak psikiyatri hemşirelerinin klinik karar verme becerilerini geliştirdiği ve bu durumun ise psikiyatri hemşirelerin karar verme becerilerini pozitif yönde etkilediğini düşündürmektedir. Ancak HKKVÖ alt boyutlarında en yüksek puanın 50 olduğu göz önüne alındığında ölçek alt boyutlarında, hemşirelerin klinik karar verme becerilerinin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Araştırma bulgusuna göre hemşirelerin HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin cinsiyete göre ölçeğin Amaçları ve değerleri soruşturmak alt boyutunda kadınlar lehine ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Literatüre göre cinsiyet ile klinik karar verme arasında doğrudan ilişki olduğu raporlanmıştır (Kaya ve ark., 2011; Lauri ve ark., 2001; Mirsaidi ve Lakdizaji, 2012). Bjørk ve Hamilton (2011) tarafından hemşirelerin klinik karar verme düzeyinin ölçüldüğü çalışmada erkek cinsiyeti lehine istatistiksel ilişki saptanmıştır. Diğer çalışmaların aksine Öztürk'ün (2018) çalışmasında ise cinsiyet ile klinik karar verme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırma bulgusu literatür ile uyumlu olduğu, erkek sayısının düşük olması ve kadınların karar verme sürecinde daha ayrıntılı düşünüp analitik olarak karar vermeleri bulguyu etkilemiştir. Araştırma bulgusu kritik edildiğinde kadın hemşirelerin karar verme becerilerinin daha iyi olduğu söylenebilir.

Araştırma bulgusuna göre hemşirelerin medeni durumu ile HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p \geq 0.05$). 159 yönetici hemşire ile yapılan bir araştırmaya göre ise hemşirelerin medeni durumu ile karar verme becerisi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Acıbozlar, 2006). Bu araştırma bulgusunun Acıbozlar'ın çalışmasıyla uyumsuz olmasının nedeni araştırmanın yapıldığı örneklem farklılığından kaynaklanmış olabilir. Oysa evli olmanın daha fazla sorumluluk gerektirdiği, bireyin sorumluluklarının artmasının ise karar verme becerisini artırdığı düşünülmektedir. Toplumumuzda bekar olanların çoğunlukla ailesinden ayrı yaşamamaları, sorumluluklarının değişmemesinin bir sonucu olabilir. Ayrıca karar verme becerisinin bireysel bir özellik olması nedeniyle de medeni durumdan etkilenmemiş olabilir.

Hemşirelerde çocuk sahibi olma ile HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p \geq 0.05$). Çalışmayla benzer şekilde Acıbozlar (2006) tarafından yapılan araştırmada çocuk sahibi olma ile karar verme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulguların aksine yönetici hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada ise çocuk sahibi olan hemşireler karar verecekleri zaman fazla düşünmeden içten geldiği gibi ve daha kolay karar verdikleri bildirilmiş ve çocuk sahibi olma ile karar verme arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Kaya-Çolhan, 2016). Çocuk sahibi olmanın bireye daha fazla sorumluluk yüklediği, bu durumun karar verme becerisini geliştirdiği düşünülmektedir. Oysa bu araştırma bulgusuna göre çocuk sahibi olmanın karar verme üzerinde etkisinin bulunmaması

düşündürücüdür. Araştırmalar arasındaki farklılığın açıklanması için bu araştırmayla benzer örneklemede çalışmanın tekrarlanmasına ihtiyaç vardır.

Hemşirelerin gelir durumu ile HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p \geq 0.05$). Benzer şekilde başka çalışmada da gelir durumunun karar verme üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı bildirilmiştir (Kaya ve ark., 2011). Bu araştırmada gelir durumunun klinik karar verme üzerine herhangi bir etkisinin bulunmamasının nedeni hemşirelerin benzer gelir grubunda olmasıyla ilişkili olabilir.

Araştırma bulgusuna göre hemşirelerin eğitim durumu ile HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p \geq 0.05$). Araştırma bulgusu ile uyumlu olarak Hoffman ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında eğitim düzeyi ile klinik karar verme arasında anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir. Kaya ve arkadaşlarının (2011) çalışmasına göre ise lisans eğitim düzeyine sahip hemşireler, ön lisans eğitim düzeyine sahip hemşirelere göre karar verecekleri zaman daha fazla kararsız kaldıkları saptanmıştır. Bu çalışmaların aksine literatürde çok sayıda çalışmada eğitim düzeyi ile klinik karar verme arasında pozitif ilişkinin bulunduğu raporlanmıştır (Björk ve Hamilton, 2011; Dicle ve Durmaz-Edeer, 2013; Lauri ve ark., 2001; Wu ve ark., 2016). Araştırma bulgusunu destekleyen çalışmalar olsa da literatür genel itibarıyla klinik karar verme ile eğitim düzeyi arasında pozitif ilişki bildirmektedir. Hemşirelik eğitiminin sonuç kriterlerinden biri öğrencilerin karar verme becerilerinin geliştirilmesidir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunu lisans mezunu hemşirelerin oluşturmasına rağmen klinik karar verme düzeylerinde bir fark olmaması düşündürücü bir sonuçtur. Ayrıca bu sonucun subjektif bir değerlendirme olduğunda göz önünde bulundurulmalıdır. Müfredatlarda bu becerinin nasıl geliştirildiğinin incelenmesine gereksinim olduğu da söylenebilir.

Hemşirelerde yaş ile HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p \geq 0.05$). Literatürde yaşın klinik karar verme ile doğrudan ilişkili olduğunu bildiren çok sayıda yayın bulunmaktadır (Björk ve Hamilton, 2011; Lauri ve ark., 2001; Pramila, 2018). Acil durumlarda hemşire yaşının klinik karar verme üzerinde olumlu bir etkiye sahipken (Bakalis ve ark., 2003; Mirsaidi ve Lakdizaji, 2012), başka bir çalışmada ise hemşire yaşının, hemşirelik bakım kararlarını verebilme becerisi üzerine olumsuz bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Paans ve ark.,

2012). Bulgunun literatür ile uyumsuz olmasının nedeni hemşirelerin genç ve benzer yaş gruplarında olmasıyla ilişkili olabilir.

Araştırma bulgusuna göre şu an çalıştığı hastaneden önce başka bir sağlık kuruluşunda çalışma durumuna göre HKKVÖ Sonuçları değerlendirmek alt boyutunda, Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek alt boyutunda ve toplam ölçek puanlarında daha önce başka bir hastanede çalışanlar lehine ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Literatür daha önceden başka bir sağlık kuruluşunda çalışma durumu ile klinik karar verme arasında pozitif ilişki olduğunu bildirmektedir (Björk ve Hamilton, 2011; Hoffman ve ark., 2003; Pramila, 2018; Wu ve ark., 2016). Önceki klinik deneyimin, klinik ortamdaki hemşireler için değerli bir referans olduğu bildirilmektedir (Wu ve ark., 2016). Araştırma bulgusu literatür ile uyumlu gözükmektedir. Hemşirelerin daha önce başka yerde çalışma deneyiminin olması klinik karar verme becerisi üzerine olumlu etkisi olmuştur.

Hemşirelerin, hemşirelikte çalışma süresi ile HKKVÖ arasında ve psikiyatri hastalarıyla çalışma süresi ile HKKVÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p \geq 0.05$). Hemşirelik mesleğinde çalışılan sürenin ortalaması 6.44 yıl (77.25 ay) olduğu, hemşirelikte çalışma süresi beş yıl ve üstü olanlar araştırmanın yarısını oluşturduğu, bunu ise iki-dört yıl arasında çalışan hemşire grubunun takip ettiği izlenmiştir. Psikiyatri alanında çalışma süresinin ortalaması 4.07 yıl (48.84 ay) olarak bulunurken, hemşirelerin yarısından fazlası iki-dört yıl arası çalıştığı, bunu ise beş yıl ve daha fazla süredir psikiyatri hastaları ile çalışanların takip ettiği görülmüştür. Benner'in (1982) Dreyfus modeline dayalı, hemşirelikte beceri kazanmayı; deneyimsiz hemşire (intörn veya yeni mezun), deneyimli hemşire (hemşirelik mesleğinde 1-6 ay arasında çalışan), yeterli hemşire (hemşirelik mesleğinde 2-3 yıldır çalışan), usta hemşire (hemşirelik mesleğinde 3-4 yıldır çalışan), uzman hemşire (hemşirelik mesleğinde 5 yıl ve üstü çalışan) olarak beş düzeyde tanımlanmıştır (Sucu ve ark., 2012). Bu hastanede çalışan hemşirelerin yarısının uzman hemşire olduğu, yarıya yakının ise yeterli-usta hemşire olduğu saptanmıştır. Maharmeh ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında deneyimli hemşirelerin bazı riskli hemşirelik dışı kararları alma ve hekimleri tedavi kararları hakkında sorgulama gücüne sahip oldukları bildirilmiştir. Bunun sonucunda mesleki deneyimin hemşirelerin gücünü, güven düzeyini ve alınan kararlarla ilgili farkındalıklarını artırdığı bulunmuştur. Hoffman ve arkadaşlarına (2003) göre ise mesleki deneyimin klinik karar verme becerisi üzerinde bir etkiye sahip olmadığı

bildirilmiştir. Bunun aksine literatürde mesleki deneyim ile klinik karar verme arasında doğrudan ilişki raporlanmıştır (Björk ve Hamilton, 2011; Lauri ve ark., 2001; Mirsaidi ve Lakdizaji, 2012; Pramila, 2018; Wu ve ark., 2016). Farčić ve arkadaşları (2020b) tarafından yapılan çalışmada 31 yıldan fazla mesleki deneyimi olan hemşireler, daha az tecrübesi olan hemşirelerden ve hemşirelik öğrencilerinden önemli ölçüde daha yüksek klinik karar verme puanına sahip oldukları saptanmıştır. Smith (2005) tarafından Yunanistan'da yapılan bir çalışmada ise yeni mezun hemşirelerin en az iki yıllık çalışma deneyimi olan hemşirelere göre daha düşük klinik karar verme beceri puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir (Akt. Pramila, 2018). Bu bulgulara göre mesleki deneyimin hemşirelerin klinik karar verme becerilerini etkilemede anlamlı fark beklenmektedir. Literatür ile araştırma bulgusunun uyumsuz olmasını nedeninin anlaşılması için bu değişkenin ayrıntılı incelenmesine gereksinim vardır.

Araştırmanın başka bir bulgusuna göre hemşirelerin birimdeki görevi ile HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p \geq 0.05$). Hoffman ve arkadaşlarının (2003) çalışmasına göre hemşirelerin statüsünün klinik karar vermeyi anlamlı şekilde etkilediği görülmüştür. Benzer şekilde başka bir çalışmada da hemşirelerin klinik karar verme düzeyi yaptıkları işin türü ile anlamlı derecede ilişkili olduğu bildirilmiştir (Mirsaidi ve Lakdizaji, 2012). Sorumlu hemşirelerin klinik karar verme becerilerinin daha yüksek olması beklenmektedir. Bu araştırma bulgusundaki farklılığın sorumlu hemşirelerin araştırmanın yapıldığı dönemde görevlerinde yeni olmalarına bağlı olabilir.

Hemşirelerin hastanede çalışma şekli ile HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p \geq 0.05$). Literatür taramasında bu araştırma bulgusunun karşılaştırılacağı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Uzun süren mesailerin yorgunluk, uykusuzluk, stres artışı, dikkat dağınıklığı vd. gibi kısa ve uzun dönem fizyolojik ve psikolojik sağlık sorunlarına neden olduğu bilinmektedir (Kaya ve ark., 2011). Uzun süren mesailerin hemşirelerin klinik karar verme becerisi üzerinde etkisi olacağı beklentisi olsa da araştırma bulgusu bunu desteklememiştir. Hemşirelerin çalışma şeklinin klinik karar verme üzerine etkisinin anlaşılması için bu ilişkinin test edildiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hemşirelerin klinik karar vermeyle ilgili eğitim alma durumu ile HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p \geq 0.05$). Öztürk'ün (2018) çalışmasında, verilen eğitimin klinik karar

verme düzeyini etkilediği, araştırma öncesi ve sonrası elde edilen puanların fark ortalaması pozitif yönde 21.75 ± 9.76 puan artış gösterdiği ve bu artışın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur. Lauri ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları araştırmada da bilginin karar verme süreci ile doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu iki çalışmada görüldüğü üzere eğitimin karar vermeye etkisi olduğu görülmüştür. Buradan eğitim verildiği zaman karar verme becerisinin olumlu yönde etkilendiği söylenebilir. Ancak bizim çalışmamızda eğitim alma durumunun karar verme becerisi üzerinde fark olmamasının nedeni bu eğitimlerde kullanılan yöntemle ilişkili olabilir.

Araştırma sonucuna göre çalıştığı birimde klinik karar vermeyle ilgili sorun yaşayan hemşirelerin HKKVÖ toplam puanı, sorun yaşamayan hemşirelerden istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.051$). Wu ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında çalıştığı klinikte sorun yaşayan hemşirelerin klinik karar verme becerisinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir. Öğrenci hemşirelerle yapılan bir çalışmada klinik uygulama sırasında sorun yaşayan heşirelik öğrencilerin, sorun yaşamayanlardan klinik karar verme düzeyinde daha düşük puan saptanmıştır (Özden ve ark., 2018). Marino ve arkadaşlarına (2020) göre karar verilen ortam, klinik karar vermeyi etkileyen önemli bir etmendir. Başka bir çalışmada kamu kuruluşlarında çalışan hemşirelerin özel sektörde çalışan hemşirelerden klinik karar verme düzeyinin daha yüksek olduğunun saptandığı, bulgunun kamuda çalışan hemşirelerin sıklıkla kompleks durumlarla karşılaşmaları nedeniyle karar verme becerilerinin gelişmiş olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür (Pramilaa, 2018). Her yeni sorun, bireyin düşünme gücünü zorlayarak problemin çözümü adına çeşitli karar verme davranışında bulunmayı sağlar. Bu araştırmanın bulgusu olan çalıştığı birimde klinik karar vermeyle ilgili sorun yaşayan hemşirelerin klinik karar verme düzeyinin daha yüksek olmasının nedeni psikiyatride çalışan hemşirelerin kompleks durumlarla sıklıkla karşılaşmasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin çalıştığı birimde algılanan bağımsız karar verebilme sıklığı ile HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p \geq 0.05$). Hemşirelik müdahalelerinde özerklik ve bağımsızlığın klinik karar verme sürecine katkıda bulunduğu vurgulanmıştır (Maharmeh ve ark., 2016; Nibbelink ve Brewer, 2017). Hemşirelerin sağlıklı kararlar verebilmeleri için hasta bakımında profesyonel özerkliğe sahip olmaları ve örgütsel kararlara daha fazla katılım sağlamaları gerekmektedir (Alaseeri ve ark., 2019). Bu çalışmaların aksine Wu ve

arkadaşlarının (2016) çalışmasında daha fazla çalışma esnekliği, özerklik ve daha yüksek düzeyde resmi yetkilendirmenin zayıf klinik karar verme becerisine sahip hemşirelere psikolojik yük getirebileceği ve sonuç olarak bu becerilerini engelleyebileceği için önemli olumsuz etkilere neden olabileceği bildirilmiştir. Hemşirelerin çoğu ara sıra bağımsız klinik kararlar verebildiğini belirtmiştir. Karar verici rolü hemşireliğin en temel rollerinden biri olsa da hemşirelerin bu rolünü gerçekleştirmede sorun yaşadıkları gözlenmektedir. Kaya ve arkadaşlarının (2011) çalışmasına göre hemşirelerin cinsiyeti ile algılanan bağımsız karar verme düzeyi arasında ilişki olduğu, erkek hemşirelerin algılanan bağımsız karar verme düzeyinin, kadın hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erkek cinsiyetinde ilişki bulunmamasının nedeni bu araştırmaya katılan erkek sayısındaki yetersizliğe bağlı olabilir. Bununla beraber kadınlara toplumda yüklenen roller nedeniyle kadınların genelde bağımlı kararlar verdikleri dolayısıyla algılanan bağımsız karar verme düzeylerinde düşüklük bulunmuştur.

Araştırmada hemşirelerin çalıştığı birimde hasta bakımında kararı veren kişiler ile HKKVÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p \geq 0.05$). Hagbaghery ve arkadaşlarına (2004) göre hizmet verilen kurumun yapısı, meslektaşlar ve disiplinler arasındaki destekleyici öğrenme ortamı hemşirenin klinik karar verme davranışını etkilemektedir. Hemşireler çalışma ortamını ilgilendiren kararlara daha az katılırken hasta bakımıyla ilgili karar verme süreçlerine daha fazla katılım sağladıklarını bildirmişlerdir (Krairiksh ve Anthony, 2001). Başka bir araştırmaya göre hemşireler karar verme süreçlerine mevcut duruma göre daha fazla katılmak istedikleri, kararı yalnız herhangi bir tarafın almasını istemediklerini, genellikle yönetim ile ortak karar vermeyi arzuladıkları görülmüştür. Hemşireler özellikle hasta bakımını ilgilendiren konularda yönetimle eşit düzeyde kararlara katılmayı talep etmektedirler (Vatan ve ark., 2012). Araştırma bulgusunda ilişki bulunulmamasının nedeni; klinik karar verme, sorumluluk almayı gerektiren bir beceri olması nedeniyle hemşirelerin geleneksel rollerden sıyrılamamasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR

Psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin klinik karar verme düzeyleri ve bunu etkileyen bireysel ve mesleki özelliklerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır:

- Hemşirelerin % 69.1'i kadınlardan oluşmuştur.
- Hemşirelerin en fazla 27-32 yaş arası olduğu, bunu 21-26 yaş arası hemşire grubunun takip ettiği ve yaş ortalamasının 29.02 yıl olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin yarısından fazlasının bekar, % 77.8'inin ise çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir.
- Geliri giderine eşit olan hemşireler araştırmanın yarısını oluştururken, bunu geliri giderinden az hemşire grubu takip etmiştir.
- Hemşirelerin % 71.6'sı lisans mezunu olup, bunları lisans üstü eğitime sahip hemşireler izlemiştir.
- Hemşirelerin % 70.4'ü daha önce başka bir sağlık kuruluşunda görev yaptığı bulunmuştur.
- Hemşirelerin % 85.2'si klinik/TRSM hemşiresi görevinde çalıştığı, çalışma şekli olarak dönüşümlü mesaide çalışanlar % 74.1 oranıyla araştırmanın büyük kısmını oluşturduğu saptanmıştır.
- Hemşirelik mesleğinde çalışılan sürenin ortalaması 6.44 yıl (77.25 ay) olarak bulunduğu, hemşirelikte çalışma süresi beş yıl ve üstü olanlar araştırmanın yarısını oluşturduğu, bunu ise iki-dört yıl arasında çalışan hemşire grubunun takip ettiği izlenmiştir.
- Psikiyatri alanında çalışma süresinin ortalaması 4.07 yıl (48.84 ay) olarak belirlenmiştir.
- Hemşirelerin % 87.7'si klinik karar vermeyle ilgili herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir.
- Hemşirelerin % 74.1'i çalıştığı birimde algılanan bağımsız karar verebilme sıklığını 'Ara sıra' olarak yanıtlamıştır.
- Hemşireler çalıştıkları birimde hasta bakımında; % 44.4'ü klinik/TRSM hemşiresinin, % 40.7'si hekimlerin karar verici olduğunu belirtmiştir.

- Hemşirelerin % 37.0'ı çalıştıkları birimde klinik karar verme ile ilgili sorun yaşadığını belirtmiştir. Yaşadıkları sorunları açıkladıklarında; % 33.3 oranıyla “sorumlu hemşirenin/hastane yönetimin yalnız karar verme isteği”, bunu % 23.0 oranıyla “hekimin sadece kendisinin karar vermek istemesi” şeklinde yanıtlar takip etmiştir.
- Hemşirelerin, HKKVÖ toplam puan ortalaması 147.25 ± 12.98 olduğu, en yüksek puan ortalamasını (39.11 ± 4.07) ‘Seçenek ve fikirleri araştırmak’ alt boyutundan aldıkları, bunu ‘Sonuçları değerlendirmek’ alt boyutunun (37.85 ± 4.74) izlediği, en düşük alt boyut puan ortalamasını (34.75 ± 3.76) ‘Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek’den aldıkları görülmüştür.
- Hemşirelerde cinsiyete göre HKKVÖ Amaçları ve değerleri soruşturmak alt boyutunda kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).
- Daha önce başka bir sağlık kuruluşunda çalışan hemşirelerin HKKVÖ alt boyutlarından Sonuçları değerlendirmek, Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek alt boyutunda ve toplam ölçek puanlarında daha önce başka bir hastanede çalışanlar lehine ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).
- Çalıştığı birimde klinik karar vermeyle ilgili sorun yaşayan hemşirelerin HKKVÖ toplam puanı sorun yaşamayanlardan istatistiksel olarak daha yüksektir ($p = 0.051$).
- Hemşirelerin; ‘yaşı’, ‘eğitim durumu’, ‘medeni durumu’, ‘çocuk sahibi olma’, ‘gelir durumu’, ‘birimdeki görevi’, ‘hemşirelikte çalışma süresi’, ‘psikiyatride çalışma süresi’, ‘hastanede çalışma şekli’, ‘klinik karar vermeyle ilgili eğitim alma durumu’, ‘çalıştığı birimde algılanan bağımsız karar verebilme sıklığı’ ve ‘çalıştığı birimde hasta bakımında kararı veren kişiler’ değişkenleri ile HKKVÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p \geq 0.05$).

7. ÖNERİLER

Psikiyatri hastalarıyla çalışan hemşirelerin klinik karar verme düzeyini etkileyen faktörlerin incelendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlara dayalı olarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Hemşirelerin, HKKVÖ toplam puan ortalaması 147.25 ± 12.98 olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınacak en yüksek puanın 200 olduğu düşünüldüğünde hemşirelerin karar verme becerisinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Üniversitelerin eğitim müfredatlarına ve hastane hizmet içi eğitim planlamalarına hemşirelerin klinik karar verme becerilerinin geliştirilmesine yönelik programların geliştirilmesi önerilir.
- Hemşirelerin çalıştıkları birimlerde klinik karar vermelerinde sorun yaşandığı belirlenmiştir. Hemşirelerin karar verme becerilerini geliştirmesi amacıyla; hemşirelerin klinik ve psikososyal becerilerini geliştirmeleri, teorik ve uygulama bilgilerini sürekli güncelleştirmeleri, ortak bakım protokolleri kullanmaları, eleştirel düşünme ve sorun çözme becerileri geliştirmeleri, hemşireliğin yasal yükümlülükleriyle ilgili eğitim almaları, özgüvenlerini yükseltmeleri, anksiyetelerini azaltmaları, klinik karar verme becerisi yüksek hemşirelerin diğer hemşirelere rehberlik etmeleri ve olgu çalışmaları yapmaları önerilir.
- Hemşirelerde klinik karar verme becerisinin ölçeklerle değerlendirilmesinin sonuçları subjektif ve algıya dayalı olmaktadır. Daha nesnel sonuçlar elde etmek amacıyla farklı araştırma yöntemleriyle çalışılması önerilir.
- Araştırma sonuçlarının genellenmesi için ülkenin farklı bölgelerinde daha büyük örnekleme araştırmanın yenilenmesi önerilir.

8. KAYNAKLAR

- Acıbozlar Ö. (2006). Yönetici Hemşirelerin Karar Verme Stratejileri ve Yaratıcılık Düzeyleri. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Akalın A, Şahin S. (2020). Hemşirelik Eğitiminde Simülasyonun Kullanılması: Türkiye’de Lisansüstü Tezler Üzerine Bir İnceleme. *HEAD*;17(2):139-47. [doi:10.5222/HEAD.2020.37074](https://doi.org/10.5222/HEAD.2020.37074)
- Alaseeri R, Rajab A, Banakhar M. (2019). Factors Influencing Nurses’ Decision-Making Process: An Integrative Literature Review. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. Volume 8, Issue 4, Ser. II. [doi:10.9790/1959-0804023648](https://doi.org/10.9790/1959-0804023648)
- Al-Hamdan ZM, Bawadi HA, Redman RW, Al-Nawafleh AH. (2015). Perception Of Jordanian Nurses Regarding İnvolvement İn Decision-Making. *Applied Nursing Research*, 30, e1-e5. doi.org/10.1016/j.apnr.2015.06.013
- Apaydın M. (2011). Yönetici Hemşirelerin Yönetim Becerilerinin Karar Verme ve Yaratıcılıkları Üzerine Etkisi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Arslan S. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Yönetimsel Problem Çözme ve Karar Verme Becerilerinin Geliştirilmesinde Senaryo Temelli Simülasyon Yönteminin Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Arslantaş H. (2015). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Etik Konular, Kodlar ve Standartlar. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1). [doi:10.5505/phd.2015.18209](https://doi.org/10.5505/phd.2015.18209)
- Atıcı E. (2007). Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33 (1) 45- 50.
- Avcı EÖ, Başer M. (2019). Klinik Karar Verme Sürecinde Hemşirelerin Liderlik Özellikleri. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 1-5.
- Avşaroğlu, S. (2007). Üniversite Öğrencilerin Karar Vermede Özsaygı, Karar Verme ve Stresle Basa Çıkma Stillerinin Benlik Saygısı Ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya.
- Ay E, Karakurt N, Kavuran E. (2016). Hemşirelerin Sosyotropik Otonomik Kişilik Özellikleri ile Klinik Karar Verme Düzeyleri Arasındaki İlişki. IV.Uluslararası ve VIII.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa.
- Aydemir-Gedük E. (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Rollerini. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258. doi.org/10.17681/hsp.358458
- Aydın H. (2007). Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ve Stresle Baş Etme Durumları. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aydın-Er R. (2009). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Karar Verme Yeterliliği. Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kocaeli.
- Azak A, Taşçı S. (2009). Klinik Karar Verme ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 17(3), 176-183.

- Bahadır-Yılmaz E. (2013). Psikiyatride Hastanın Karar Verme Kapasitesi ve Yaşanan Etik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 21(1), 49-53.
- Bakalis N, Bowman GS, Porock D. (2003). Decision Making İn Greek And English Registered Nurses İn Coronary Care Units. *International Journal Of Nursing Studies*, 40(7), 749-760. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00014-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00014-2)
- Bakan İ, Büyükbeşe T. (2005). Katılımcı Karar Verme: Çalışanlar Hangi Düzeyde Kararlara Katılmak İsterler? *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(2), 23-47.
- Bayraktaroğlu S, Demir K. (2011). İşyerinde Karar Verme ve Problem Çözme Yöntemleri, İş ve Meslek Danışmanlığı içinde, *İş ve Meslek Danışmanlığı Derneği Yayınları*, Ankara, ss.466-476.
- Bektaş İ. (2017). Web Tabanlı Öğretimin Pedyatri Hemşireliği İntörnlerinin Klinik Karar Verme Becerilerinde Özgüven ve Anksiyetelerine Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.
- Benner P, Benner PE, Tanner CA, Chesla CA. (2009). Expertise İn Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics. *Springer Publishing Company*. doi.org/10.1891/9780826125453
- Benner P. (1982). From Novice To Expert. *Am J Nurs*, 82:402-407. doi.org/10.1097/00000446-198282030-00004
- Bhugra D, Easter A, Mallaris Y, Gupta S. (2011). Clinical Decision Making İn Psychiatry By Psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 403-411. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01737.x>
- Björk IT, Hamilton GA. (2011). Clinical Decision Making Of Nurses Working İn Hospital Settings. *Nursing research and practice*. doi.org/10.1155/2011/524918
- Bucknall TK. (2000). Critical Care Nurses' Decision Making Activities İn The Natural Clinical Setting. *Journal of clinical nursing*, 9(1), 25-36. doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00333.x
- Bucknall TK. (2003). The Clinical Landscape Of Critical Care: Nurses' Decision-Making. *Journal Of Advanced Nursing*, 43(3), 310-319. doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02714.x
- Buzlu S, Özbaş D. (2011). Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3), 187-193.
- Buzunoğlu C. (2019). Hemşirelerin Karar Verme Stratejilerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Büyükçamsarı N, Eti-Aslan F. (2018). Cerrahi Hemşirelerinin Yaşam Bulgularını Değerlendirme ve Klinik Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 10(1).
- Campbell K, Massey D, Broadbent M, Clarke KA. (2019). Factors İnfluencing Clinical Decision Making Used By Mental Health Nurses To Provide Provisional Diagnosis: A Scoping Review. *International journal of mental health nursing*, 28(2), 407-424. <https://doi.org/10.1111/inm.12553>
- Cappelletti, A., Engel, J. K., & Prentice, D. (2014). Systematic Review Of Clinical Judgment And Reasoning İn Nursing. *Journal Of Nursing Education*, 53(8), 453-458. <https://doi.org/10.3928/01484834-20140724-01>
- Currey J, Worrall-Carter L. (2001). Making Decisions: Nursing Practices İn Critical Care. *Australian Critical Care*, 14(3), 127-131. [doi.org/10.1016/S1036-7314\(01\)80030-8](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(01)80030-8)
- Çam O, Bilge A. (2013). Türkiye'de Ruhsal Hastalığa/Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistematik Derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101. [doi:10.5505/phd.2013.92300](https://doi.org/10.5505/phd.2013.92300)

- Del Bueno DA. (2005). Crisis İn Critical Thinking. *Nursing Education Perspectives*;26 (5);278-82.
- Demir-Dikmen Y, Yıldırım-Usta Y, İnce Y, Türken-Gel K, Akı-Kaya M. (2012). Hemşirelerin Ağrı Yönetimi ile İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(3), 162-172.
- Denizsever S. (2017). Hemşirelerde Karar Verme ile İş Stresi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Dessler G. (2013). *Fundamentals of Human Resource Management*. New Jersey: Pearson Education Ltd.
- Dicle A, Durmaz-Edeer A. (2013). Examination Of Clinical Decision Making Perceptions Of Nursing Students. *The New Educational Review*;33 (3),134-144.
- Dorgham SR, Al-Mahmoud S. (2013). Leadership Styles And Clinical Decision Making Autonomy Among Critical Care Nurses: A Comparative Study. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 1(4), 71-83. <https://doi.org/10.9790/1959-0147183>
- Dönmez S. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karar Verme Becerilerinin Pozisyon Verme ve Pozisyon Değişimi Uygulamalarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bursa.
- Duran S, Gürhan N. (2011). Psikiyatri Servisinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Hasta Taburculuğuna İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 14-20.
- Durmaz-Edeer A, Sarıkaya A. (2015). Adaptation Of Clinical Decision Making İn Nursing Scale To Undergraduate Students Of Nursing: The Study Of Reliability And Validity. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 2(3), 1-9. doi.org/10.17220/ijpes.2015.03.001
- Durmaz-Edeer A. (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakım Yönetimini Öğrenmesinde Bilgisayar Destekli Simülasyon Tekniğinin Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
- Erkuş G. (2018). Etik Eğitiminde Standart Hasta Kullanımının Hemşirelik Lisans Öğrencilerinin Ahlaki Duyarlılık, Ahlaki Muhakeme ve Etik Karar Verme Becerilerine Etkisinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Programı, Doktora Tezi, Ankara.
- Farčić N, Barać I, Plužarić J, Ilakovac V, Pačarić S, Gvozdanić Z, Lovrić R. (2020a). Personality Traits Of Core Self-Evaluation As Predictors On Clinical Decision-Making İn Nursing Profession. *Plos One*, 15(5), e0233435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233435>
- Farčić N, Barać I, Lovrić R, Pačarić S, Gvozdanić Z, Ilakovac V. (2020b). The Influence of Self-Concept on Clinical Decision-Making in Nurses and Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3059. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093059>
- Gilje F, Klose P. (2000). A Study Of Decision Making Among US Psychiatric Nurses. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 14(6), 296-299. doi.org/10.1053/apnu.2000.19092
- Gordon W, Morton T, Brooks G. (2005). Launching the Tidal Model: evaluating the evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(6), 703-712. doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00901.x
- Göriş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. (2014). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 137-142. [doi:10.5505/phd.2014.74046](https://doi.org/10.5505/phd.2014.74046)
- Grace PJ, Fry ST, Schultz GS. (2003). Ethics And Human Rights İssues Experienced By Psychiatric-Mental Health And Substance Abuse Registered Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(1), 17-23. doi.org/10.1067/mpn.2003.9

- Gündoğan-Akdağ R. (2008). Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi, Tutum ve Klinik Karar Verme Durumlarının Değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
- Günerigök F. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Karar Verme Sürecinde Özgüven ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale.
- Gürol-Arslan G, Demir Y, Eşer İ, Khorshid L. (2009). Hemşirelerde Eleştirel Düşünme Eğilimini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 72-80.
- Güzel S, Yavuz MS, Aşirdizer M. (2002). Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulları ile Yüksek Sağlık Şurası Raporları Arasında Çelişki Bulunan ve Adli Tıp Genel Kurulu'nda Görüşülen Malpraktis Olgularının İrdelenmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 7(1), 14-20.
- Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. (2004). The Factors Facilitating And Inhibiting Effective Clinical Decision-Making In Nursing: A Qualitative Study. *BMC nursing*, 3(1), 2. doi.org/10.1186/1472-6955-3-2
- Ham W, Ricks EJ, van Rooyen D, Jordan PJ. (2015). An Integrative Literature Review of the Factors That Contribute to Professional Nurses and Midwives Making Sound Clinical Decisions. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(1), 19–29. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12096>
- Hedberg B, Larsson US. (2004). Environmental Elements Affecting The Decision Making Process İn Nursing Practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 13(3), 316-324. doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00879.x
- Heller R. (2009). Making decisions. Dorling Kindersley Ltd.
- Hemşirelik Terimleri Sözlüğü (2015). TDK. <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 11.12.2020
- Hoffman K, Donoghue J, Duffield C. (2003). Decision Making İn Clinical Nursing: Investigating Contributing Factors. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 53-62. doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02860.x
- Holland C, Ulrich D. (2016). Critical Thinking Cards: An İnnovative Teaching Strategy To Bridge Classroom Knowledge With Clinical Decision Making. *Teaching and Learning in Nursing*, 11(3), 108-112. doi.org/10.1016/j.teln.2016.01.005
- İdmanlı A. (2016). Hemşirelerin Ağrı ile İlgili Bilgi Uygulama ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi. Şifa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- İntepeler ŞŞ, Soydemir D, Güleç D. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 1-18.
- Jenkins HM. (1983). Perceptions Of Decision Making Among Baccalaureate Nursing Students As Measured By The Clinical Decision Making İn Nursing Scale (Doctoral dissertation, University of Maryland).
- Jenkins HM. (2001). Cincial Decision Making In Nursing Scale. Measurement of nursing outcomes, 1, 33-40. In: Waltz, C.F., Jenkins, L.S, (Ed.), 2nd Edition: Volume 1: Measuring, *Measuring Nursing Performance İn Practice, Education And Research*;(Pp. 33-37). Usa: Springer Publishing Company.
- Karagözoğlu Ş. (2005). Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 6-14.
- Kaya N, Bolol N, Turan N, Kaya H, İşçi Ç. (2011). Kulak Burun Boğaz Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Karar Verme Stratejileri ve Mesleki Doyumları. *Fırat Tıp Dergisi*, Cilt.16, Ss.25-31

- Kaya S. (2009). Hasta Güvenliği Kùltürü Nedir ve Nasıl Geliřtirilebilir. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 1(1), 32-34. [doi:10.18506/anemon.258558](https://doi.org/10.18506/anemon.258558)
- Kaya-Çolhan M. (2016). Yönetici Hemşirelerin Duygusal Zekâ Düzeyleri ve Karar Verme Stratejileri, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kıral E. (2015). Yönetimde Karar ve Etik Karar Verme Sorunsalı. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakùltesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(2), 73-89.
- Koç Z. (2006). Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Eğitimi Ve Uygulamalarında Bilgisayar Kullanımı Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 29-40.
- Köksal O. (2011). Bir Kültürel Liderlik Paradoksu: Paternalizm. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(15), 101-122. doi.org/10.12780/UUSBD95
- Krairiksh M, Anthony, MK. (2001). Benefits and Outcomes Of Staff Nurses' Participation İn Decision Making. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 31(1), 16-23.
- Kuzgun Y. (2005). PDR'de Kullanılan Ölçekler.1. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Lamond D, Farnell S. (1998). The Treatment Of Pressure Sores: A Comparison Of Novice and Expert Nurses' Knowledge, İnformation Use and Decision Accuracy. *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 280-286. doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00532.x
- Lauri S, Salanterä S, Chalmers K, Ekman SL, Kim HS, Käppeli S, MacLeod M. (2001). An Exploratory Study Of Clinical Decision Making İn Five Countries. *Journal Of Nursing Scholarship*, 33(1), 83-90. doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00083.x
- Levett-Jones T, Hoffman K, Dempsey J, Jeong SYS, Noble D, Norton CA, Roche J, Hickey N. (2010). The 'five rights' Of Clinical Reasoning: An Educational Model To Enhance Nursing Students' Ability To İdentify And Manage Clinically 'At Risk'patients. *Nurse education today*, 30(6), 515-520. [doi:10.1016/j.nedt.2009.10.020](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.020)
- Maharmeh M, Alasad J, Salami I, Saleh Z, Darawad M. (2016). Clinical Decision-Making Among Critical Care Nurses: A Qualitative Study. *Health*, 8(15), 1807-1819. [doi: 10.4236/health.2016.815173](https://doi.org/10.4236/health.2016.815173)
- Makary MA, Daniel M. (2016) Medical Error-The Third Leading Cause of Death in the US. *BMJ* 353:1-5.artin, C. (2002). The Theory Of Critical Thinking Of Nursing. *Nursing education perspectives*, 23(5), 243-247. [doi:10.1136/bmj.i2139](https://doi.org/10.1136/bmj.i2139)
- Marino MA, Andrews K, Ward J. (2020). Clinical Decision Making at the Bedside. *Nursing Clinics*, 55(1), 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.10.003>
- Martin C. The theory of critical thinking of nursing. *Nurse Education Perspective* 2002;23(5):243-247.
- Mcclelland LE. (2007). Examining The Effects Of Fatigue On Decision-Making İn Nursing: A Policy-Capturing Approach. All Dissertations, Paper 154. https://tigerprints.clemson.edu/all_dissertations/154/
- Mirsaidi G, Lakdizaji S, Ghojzadeh M. (2012). Individual-Social Effective Factors On Clinical Decision Making İn Nurses. *Asian J. Med. Pharm. Res*, 2(2), 38.
- Moylan LB. (2015). A Conceptual Model For Nurses' Decision-Making With The Aggressive Psychiatric Patient. *Issues İn Mental Health Nursing*, 36(8), 577-582. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1019019>
- Muir N. (2004). Clinical Decision-Making: Theory and Practice. *Nursing Standard*;18(36):47-52. doi.org/10.7748/ns2004.05.18.36.47.c3614

- National Health Service (2010). NHS Staff – 1999–2009, Overview. From <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-numbers/nhs-staff-1999–2009-overview>.
- NIH. National Cancer Institute-Cancer Statistics. <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>. Erişim Tarihi: 23.01.2020
- Nibbelink CW, Brewer BB. (2017). Decision-Making In Nursing Practice: An İntegrative Literature Review. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(5-6), 917-928. <https://doi.org/10.1111/jocn.14151>
- Özden D, Özveren H, Gülnar E. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Karar Verme Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1).
- Özen N, Yazıcıoğlu, İ, Çınar, Fİ. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Bakımında Bilgisayar Kullanımına Yönelik Tutumları İle Klinik Karar Verme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. [doi:10.5222/HEAD.2017.112](https://doi.org/10.5222/HEAD.2017.112)
- Öztürk S. (2018). Kafa Travmalı Hastalarda Triss Puanı Hesaplamanın Hemşirelerin Klinik Karar Vermesine Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, Krijnen WP, van der Schans CP. (2012). Do Knowledge, Knowledge Sources And Reasoning Skills Affect The Accuracy Of Nursing Diagnoses? A Randomised Study. *BMC Nursing*, 11(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-11>
- Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, Chisholm D, Collins PY, Cooper JL, Eaton J, Herrman H, Herzallah MM, Huang Y, Jordans MJD, Kleinman A, Medina-Mora ME, Morgan E, Niaz U, Omigbodun O, Prince M, Rahman A, Saraceno B, Sarkar BK, De Silva M, Singh I, Stein DJ, Sunkel C, Unützer J. (2018). The Lancet Commission On Global Mental Health And Sustainable Development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Pramilaa R. (2018). Clinical Decision-Making Skills Among Nurses Working In Selected Hospitals: Comparison Between Government And Private Sector. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences*, 4(1),1-7.
- Ritchie H, Roser M. (2020). "Mental Health". Published online at [OurWorldInData.org](https://ourworldindata.org/mental-health). <https://ourworldindata.org/mental-health>. Erişim Tarihi: 06.02.2020
- Sabancıoğulları S, Uslu-Kol E, Arslantaş AT, Toğantemur F, Ülker F. (2018). Hemşirelerin Etik Karar Verme Düzeyi İle Profesyonel Benlik Kavramları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 105-112.
- Safran N. (2004). Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Sağır C. (2006). Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler ve Karar Verme Sürecinde Etiğin Önemi: Uygulamalı Bir Araştırma. Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- Sağlık Bakanlığı (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>. Erişim Tarihi: 06.11.2020
- Sedgwick M, Awosoga O, Grigg L. (2019). A Pilot Study Exploring The Relationship Between The Use Of Mobile Technologies, Walking Distance, And Clinical Decision Making Among Rural Hospital Nurses. *Health Informatics Journal*, 25(4), 1163-1169. <https://doi.org/10.1177/1460458217747110>

- Songur C, Saylavcı E, Kıran Ş. (2017). Avrupa'da Ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3(4), 276-289. doi.org/10.26449/sssjs.36
- Sucu G, Dicle A, Saka O. (2012). Hemşirelikte Klinik Karar Verme, Etkileyen Etmenler ve Karar Verme Modelleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 52-60.
- Şahin D, Faikoğlu R, Şahin İ, Gökdoğan MR, Yaşar S, Alparslan N, Dereli E, Faikoğlu G. (2014). Hemşirelikte Malpraktis Olgu Sunumları. *Adli Tıp Bülteni*, 19(2), 100-104. doi.org/10.17986/blm.2014192767
- Şendoğdu AA, Erdirençelebi M. (2014). Paternalist Liderlik İle Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bir Araştırma. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 14(27), 253-274. doi.org/10.30976/susead.302226
- Taşçı S. (2005). Hemşirelikte Problem Çözme Süreci. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 73-78.
- Taşdelen, A. (2001). Öğretmen Adaylarının Bazı Psiko Sosyal Değişkenlere Göre Karar Verme Stilleri. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(10), 40-52.
- Taylor C. (1997). Problem Solving İn Clinical Nursing Practice. *Journal Of Advanced Nursing*, 26(2), 329-336.
- Thompson C, Aitken L, Doran D, Dowding D. (2013). An Agenda For Clinical Decision Making and Judgement İn Nursing Research and Education. *International Journal Of Nursing Studies*, 50(12), 1720-1726. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.003>
- Uçar S. (2016). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Hastaların Mekanik Ventilatörden Ayırma Sürecinde Hemşirelik Bakımı ile İlgili Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Uysal M. (2010). Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ile Karar Stratejilerinin İlişkisi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Van Graan AC, Williams MJS. (2017). A Conceptual Framework To Facilitate Clinical Judgement İn Nursing: A Methodological Perspective. *Health Sa Gesundheit*, 22(1), 275-290. doi.org/10.1016/j.hsag.2017.01.004
- Vatan F, Argon G, Dursun-Engin M, Binbir H, Çiçek A. (2012). Hemşirelerin Yönetimsel Kararlara Katılımlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 13-24.
- World Health Organization (2009). Nursing and Midwifery Human Resources For Health. Global Standards For The İntial Education Of Professional Nurses and Midwives, https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf Erişim Tarihi: 13.06.2020
- Wu M, Yang J, Liu L, Ye B. (2016). An Investigation Of Factors Influencing Nurses' Clinical Decision-Making Skills. *Western Journal Of Nursing Research*, 38(8), 974-991. doi.org/10.1177/0193945916633458
- Xu K, Soucat A, Kutzin J, Brindley C, Vande Maele N, Toure H, Aranguren Garcia M, Li D, Barroy H, Flores Saint-Germain G, Roubal T, Indikadahena C, Cherilova V. (2018). Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. World Health Organization. https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/ Erişim Tarihi: 28.11.2020
- Yıldırım A, Taşçı S. (2013). Hemşirelikte Eleştirel Düşünmenin Klinik Karar Vermeye Etkisi. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*; 2(3):187-191.

- Yıldırım B, Özkahraman Ş. (2012). Hemşirelikte Karar Verme Süreci. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 2(1), 165-173.
- Yıldız, K. (2012). Primary school principals decision making styles. *The Journal of SAU Education Faculty*, 24(24), 104-133.
- Yurttaş A, Kara-Kaşıkçı M, Ağaçdiken S, Kavuran E, Şirin M. (2014). Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Karar Verme Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 22(1), 1-8.

9. EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Velat Cangüleç tarafından Prof. Dr. Besti Üstün danışmanlığında/sorumluluğunda yürütülmekte olup, “Bir Psikiyatri Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Klinik Karar Verme Düzeyleri ve Etkileyen Bireysel ve Mesleki Özelliklerin İncelenmesi” başlıklı tez çalışmasına yönelik bazı soruları içermektedir. Araştırma anketinde, 'Hemşireleri Tanıtıcı Özellik Formu' ve 'Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği' olmak üzere iki ayrı form kullanılarak veriler toplanacaktır. Herhangi bir süre kısıtlaması bulunmamakla beraber soruların cevaplanması yaklaşık beş dakika sürmektedir.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılım sırasında herhangi bir nedenle kendinizi rahatsız hissettiğinizde çalışmadan ayrılabilirsiniz. Cevaplarınız ve kimlik bilgileriniz tamamen gizli tutulacaktır. Araştırma hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız Velat Cangüleç'e ulaşabilirsiniz.

Katılım ve desteğiniz için teşekkür ederim...

Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Velat Cangüleç

Yüksek Lisans Öğrencisi

Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu okudum, anladım...

Anket çalışmasına katılmak istiyorum

Anket çalışmasına katılmak istemiyorum

Hemşireleri Tanıtıcı Özellik Formu

A. Bireysel Özellikler Formu:

- 1) *Cinsiyetiniz:*
 Kadın
 Erkek

2) *Yaşınız:*.....

- 3) *Medeni Durumunuz:*
 Bekar
 Evli

- 4) *Çocuk sahibi misiniz?*
 Evet
 Hayır

- 5) *Eğitim Durumunuz:*
 Sağlık Meslek Lisesi
 Ön Lisans
 Lisans
 Lisans üstü

- 6) *Gelir durumunuz:*
 Gelir giderden fazla
 Gelir gidere eşit
 Gelir giderden az

B. Mesleki Özellikler Formu:

1) *Şu anda çalıştığınız birimdeki göreviniz:*

- Hemşire
 Sorumlu Hemşire

2) *Hemşirelik mesleğinde toplam çalışma süreniz:.....*

3) *Psikiyatri hastalarıyla toplam çalışma süreniz:.....*

4) *Şu an çalıştığınız hastaneden önce başka bir sağlık kuruluşunda çalıştınız mı?
Yanıtınız EVET ise hangi servis/birim?.....*

5) *Hastanede çalışma şekliniz:*

- Yalnız gündüz mesai (08-16)
 Yalnız gece mesai (16-08)
 Dönüşümlü mesai (08-16/16-08/08-08)

6) *“Klinik Karar Verme” ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?*

- Evet
 Hayır

7) *Çalıştığınız birimde klinik karar vermeye ilgili herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?
Yanıtınız EVET ise nasıl bir sorun, açıklayınız.....*

8) *Çalıştığınız birimde bağımsız karar verebilme sıklığınız nedir?*

- Sürekli
 Ara sıra
 Hiçbir zaman

9) *Çalıştığınız birimde hasta bakımında en fazla kararı kim veriyor?*

- Hemşire
 Sorumlu Hemşire
 Hekim
 Diğer.....

D: Daima: Tutarlı olarak her zaman yaptığınız davranış.

N: Nadiren: Nadiren yaptığınız davranış.

S: Sık sık: Çoğu zaman yaptığınız davranış.

AS: Asla: Hiçbir zaman yapmadığınız davranış.

AR: Ara sıra: Ara sıra yaptığınız davranış.

Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği		Daima	Sık Sık	AraSıra	Nadiren	Asla
1	Klinik bir karar yaşamsal ise ve zaman varsa, seçenekler için ayrıntılı bir araştırma yaparım.	D	S	AR	N	AS
2	Hastanın sağlık bakım hizmetlerini alması, kültürel değerleri ve inançlarından önce gelir.	D	S	AR	N	AS
3	Karar vermeden önce, hastanın içinde bulunduğu durumla ilgili faktörler araştıracağım seçenek sayısını belirler.	D	S	AR	N	AS
4	Karar vermek için yeni bilgiye ulaşmaya çalışmak yarardan çok zarar getirir.	D	S	AR	N	AS
5	Anlamadığım şeyleri araştırmak için kitapları ya da bilimsel/mesleki yayınları kullanırım.	D	S	AR	N	AS
6	Seçeneklere bakarken rastgele bir yaklaşım benim çok işime yarar.	D	S	AR	N	AS
7	Beyin fırtınası, seçenekler için fikir üretirken kullandığım bir yöntemdir.	D	S	AR	N	AS
8	Karar vermem gerektiğinde mümkün olduğu kadar çok bilgi toplamak için farklı yolları kullanırım.	D	S	AR	N	AS
9	Hastalara, kendi bakımlarıyla ilgili karar verme haklarını kullanmaları için yardım ederim.	D	S	AR	N	AS
10	Benim değerlerim hastanın değerleriyle çeliştiğinde, söz konusu durum için gerekli olan kararı alırken yeterince objektif olurum.	D	S	AR	N	AS
11	Tercih edeceğim bir seçenek olmamasına rağmen uzman önerisini veya düşüncesini dinlerim ya da göz önünde bulundururum.	D	S	AR	N	AS
12	Mevcut bilgilerimi kullanarak, herhangi birine danışmadan zamanında problemi çözerim ya da bir karar veririm.	D	S	AR	N	AS
13	Vermem gereken bir kararın olası bütün sonuçlarını incelemek için hiç zaman ayırmam.	D	S	AR	N	AS
14	Bireyle ilgili klinik bir karar verirken birey ve ailenin gelecekteki sağlık ve iyiliğini düşünürüm.	D	S	AR	N	AS
15	Bilgiye ulaşmak için çok az zamanım ve enerjim var.	D	S	AR	N	AS
16	Karar vermeden önce kafamda/zihnimde seçeneklerin listesini yaparım.	D	S	AR	N	AS
17	Tercih edebileceğim seçeneklerin sonuçlarını incelerken, genellikle 'Eğer bunu yaparsam,sonra. ' şeklinde düşünürüm.	D	S	AR	N	AS
18	Karar vermeden önce en uzak sonuçları bile düşünürüm.	D	S	AR	N	AS
19	Karar verirken, birlikte çalıştığım arkadaşlarımla, aynı görüşte olması benim için önemlidir.	D	S	AR	N	AS
20	Klinik karar verirken bilgi kaynaklarıma hastaları da dahil ederim.	D	S	AR	N	AS
21	Olası kararlarım hakkında düşünürken birlikte çalıştığım arkadaşlarımla söyleyeceği şeyleri dikkate alırım.	D	S	AR	N	AS
22	Eğitici klinik karar verme durumunda bir seçenek önerirse, diğer seçenekleri araştırmaktansa onu benimserim.	D	S	AR	N	AS
23	Bir şey gerçekten çok yararlıysa, bütün risklere bakmaksızın onu tercih ederim.	D	S	AR	N	AS
24	Yeni bilgi için rastgele araştırma yaparım.	D	S	AR	N	AS

25	Geçmiş deneyimlerimin hasta hakkında verdiğim kararlar üzerine az etkisi vardır.	D	S	AR	N	AS
26	Tercih edebileceğim seçeneklerin sonuçlarını incelerken, hastam için olumlu olan sonuçların farkındayım.	D	S	AR	N	AS
27	Geçmişte benzer durumlarda başarıyla kullandığım seçenekleri tercih ederim.	D	S	AR	N	AS
28	Alacağım kararın riskleri, ciddi sorunlara neden olarsa ret ederim.	D	S	AR	N	AS
29	Önemli bir klinik kararı değerlendirirken, olumlu ve olumsuz sonuçların listesini yaparım.	D	S	AR	N	AS
30	Klinik kararlarım için birlikte çalıştığım arkadaşlarımdan seçenek önermelerini istemem.	D	S	AR	N	AS
31	Mesleki değer veya inançlarım, kişisel değer veya inançlarımla tutarsızdır.	D	S	AR	N	AS
32	Benim seçenekleri bulmam büyük ölçüde şans eseri gibi görünmektedir.	D	S	AR	N	AS
33	Klinik ortamda gün içinde yaşadığım deneyimlerde dersin hedeflerini aklımda tutarım.	D	S	AR	N	AS
34	Karar vermek zorunda kaldığımda, kararın riskleri ve faydaları en son düşüneceğim şeydir.	D	S	AR	N	AS
35	Klinik karar vereceğim zaman, kurumsal öncelikleri ve standartları göz önünde bulundururum.	D	S	AR	N	AS
36	Eğer durum gerektiriyorsa, karar verme sürecine başkalarını dahil ederim.	D	S	AR	N	AS
37	Karar verirken, en uç ya da uygulanabilirliği olmayan fikirleri bile göz önünde bulundururum.	D	S	AR	N	AS
38	Hastanın hedeflerini öğrenmek, her zaman benim klinik karar verme sürecimin bir parçasıdır.	D	S	AR	N	AS
39	Ben yalnızca ciddi anlam taşıyan kararların risk ve faydalarını incelerim.	D	S	AR	N	AS
40	Benim iyi bir karar vermem için hastanın değerleri ile benimkilerin tutarlı olması gerekir.	D	S	AR	N	AS