AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN KLİNİK KARAR VERME DÜZEYLERİ İLE ÖZ YETERLİLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sedat KAYA
221502110

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gizem KUBAT BAKIR

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2023

AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN KLİNİK KARAR VERME DÜZEYLERİ İLE ÖZ YETERLİLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sedat KAYA
221502110
ORCID: 0009-0004-7395-3045

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gizem KUBAT BAKIR

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2023



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez araştırmamın planlanması, uygulanması ve sürdürülmesi aşamalarında değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bana yol gösterici olan, bilimsel anlamda desteklerini hiç esirgemeyen, manevi olarak motive eden, tezim süresince bana her daim vakit ayıran ve öğrencisi olduğum için şanslı hissettiğim sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Gizem Kubat Bakır'a,

Çalışmamın istatiksel verilerinin oluşturulmasındaki destek ve yardımları için Doç. Dr. Yalçın Kanbay'a,

Desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve her zaman yanımda olup varlığı ile beni gururlandıran, onurlandıran sevgili eşim Gülşah Kaya'ya,

Bugünlere gelmemde büyük emek ve fedakârlıklarda bulunan annem Yasemin Kaya ve babam Sadık Kaya'ya,

Hayatıma girdiği günden bugüne yaşam kaynağım, sevincim olan canım kızım Gülse Asel Kaya'ya, iş yüklerine rağmen değerli zamanlarını ayırıp anket formlarını doldurarak bana destek veren tüm meslektaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sedat KAYA

Eylül, 2023

ÖZET

AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN KLİNİK KARAR VERME DÜZEYLERİ İLE ÖZ YETERLİLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sedat Kaya
Yüksek Lisans Tezi
Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Gizem Kubat Bakır
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2023

Bu araştırma, ameliyathane hemşirelerinin klinik karar verme düzeyleri ile öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın örneklemi Ankara ilinde bir devlet üniversite hastanelerinde çalışmaya katılmayı kabul eden 94 ameliyathane hemşiresi oluşturmuştur. Kişisel Bilgi Formu, "Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği" ve "Genel Öz Yeterlilik Ölçeği" kullanılarak veriler toplandı. Veriler SPSS (Statistical Package Program for Social Science) 27.0 programı kullanılarak analiz edildi. Parametrik değişkenlerin karşılaştırılması amacıyla iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test) kullanılırken, parametrik olmayan değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskall Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Pearson Korelasyon analizi kullanıldı. Araştırmada hemşirelerin %80,9'u (n:76) kadın, %19,1'i (n:18) erkeklerden oluşmaktadır. Hemşirelerin %63,8'i (60) evli, %36,2'si (34) bekar bireylerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumu değerlendirildiğinde; ön lisans mezunu %9,6 (n:9), lisans mezunu %81,9 (n:77) ve yüksek lisans mezunu ise %8,5 (n:8)' dir. Hemşireler ameliyathanede çalışma süresine göre sınıflandırıldığında; on yıldan az çalışanların oranı %46,8 (n:44), on yıl ve üzeri çalışanların oranı ise %53,2 (n:50)'dir. Hemşirelikte klinik karar verme ölçeğinin bu çalışmadaki en düşük puanı 81, en yüksek puanı 129 olup ölçekten alınan ortalama puan 106,26 ± 12,69'dur. Genel Öz Yeterlilik ölçeğinden alınan en düşük puan 50, en yüksek puan 85 olup, ölçekten alınan ortalama puan 69,62 ± 9,65'dir. Sonuç olarak ameliyathane hemşirelerinde klinik karar verme düzeyi arttıkça öz yeterlilik inanç düzeyi artmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Ameliyathane Hemşireliği, Hemşirelikte Klinik Karar Verme, Genel Öz Yeterlilik

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL DECISION MAKING LEVELS AND SELF-EFFICACY LEVELS OF OPERATING ROOM NURSES

Sedat Kaya
Master Thesis
Deparment of Interdisciplinary Nursing
Surgical Diseases Nursing Master's Programme with Thesis
Thesis Advisor: Dr. Gizem Kubat Bakır
Maltepe University Graduate School, 2023

This research was planned to determine the relationship between the clinical decision-making levels of operating room nurses and their self-efficacy levels. The sample of the study consisted of 94 operating room nurses who agreed to participate in the study in a state university hospital in Ankara. Data were collected using Personal Information Form, "Clinical Decision-Making Scale in Nursing" and "General Self-Efficacy Scale". Data were analyzed using SPSS (Statistical Package Program for Social Science) 27.0 program. While the significance test (t-test) of the difference between two means was used to compare parametric variables, Mann Whitney U test and Kruskall Wallis H test were used to compare non-parametric variables. Pearson Correlation analysis was used to examine the relationships between variables. In the study, 80.9% (n:76) of the nurses were female and 19.1% (n:18) were male. 63.8% (60) of the nurses are married and 36.2% (34) are single individuals. When the educational status of the nurses participating in the study was evaluated; 9.6% (n:9) with an associate degree, 81.9% (n:77) with a bachelor's degree and 8.5% (n:8) with a master's degree. When nurses are classified according to the working time in the operating room; The rate of employees working for less than ten years is 46.8% (n:44), while the rate of employees working for ten years or more is 53.2% (n:50). The lowest score of the clinical decision making scale in nursing in this study was 81, the highest score was 129, and the mean score from the scale was 106.26 ± 12.69. The lowest score obtained from the General Self-Efficacy scale is 50, the highest score is 85, and the average score obtained from the scale is 69.62 ± 9.65. As a result, as the level of clinical decision making increases in operating room nurses, the level of self-efficacy belief increases.

Keywords: Operating Room Nursing, Clinical Decision Making in Nursing, General Self-Efficacy

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ xi
KISALTMALAR xii
1. GİRİŞ 1
1.1 Problem 1
1.2 Amaç 3
1.3 Önem 3
1.4 Varsayımlar 4
1.5 Sınırlıklar 4
1.6 Tanımlar 4
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1 Ameliyathane ve Ameliyathane Hemşireliği 5
2.1.1 Ameliyathane 5
2.1.2 Ameliyathane hemşireliği tanımı ve tarihçesi 5
2.2 Ameliyathane Hemşiresi Görev ve Sorumlulukları 8
2.3 Klinik Karar Verme 11
2.3.1 Hemşirelikte klinik karar verme ve önemi 11
2.3.2 Hemşirelikte karar verme süreci 13
2.3.3 Hemşirelikte klinik karar vermeyi etkileyen faktörler 15

2.3.3.1 Temel teorik bilgi ve eğitim düzeyi 16
2.3.3.2 Karar vericinin yaşı ve cinsiyeti 17
2.3.3.3 Eleştirel düşünme becerisi 17
2.3.3.4 Mesleki deneyim 18
2.3.3.5 Özerklik 19
2.3.3.6 Karar verilen durumun karmaşıklığı 20
2.3.3.7 Karar verilen ortamın özellikleri 20
2.3.3.8 Değerler 21
2.3.3.9 Kurum kültürü 21
2.4 Öz Yeterlilik 21
2.4.1 Öz yeterlilik kavramı 21
2.4.2 Öz yeterlilik kaynakları 22
2.4.2.1 Deneyimler 23
2.4.2.2 Dolayla deneyimler 24
2.4.2.3 Sözel ikna 24
2.4.3 Öz Yeterliliğin birey üzerine etkileri 24
2.4.3.1 Bilişsel sürece etkisi 25
2.4.3.2 Motivasyonel sürece etkisi 25
2.4.3.3 Duyuşsal sürece etkisi 25
2.4.3.4 Seçim sürecine etkisi 26
2.4.4 Hemşirelik ve öz yeterlilik 26

3. YÖNTEM 28
3.1 Araştırma Modeli 28
3.2 Araştırmanın Amacı 28
3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı 28
3.4 Hemşirelerin Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri 29
3.5 Araştırmanın Soruları 29
3.6 Araştırmanın Değişkenleri 30
3.7 Veriler ve Toplanması 30
3.7.1 Veri toplama araçları: 30
3.7.2 Veri toplama yöntemlerinin uygulanması 31
3.8 Araştırmanın Etik Boyutu 31
3.9. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 32
4. BULGULAR 33
4.1 Bulgular 33
4.2 Tartışma 40
4.2.1 Ameliyathane hemşirelerin kişisel bilgilerine ait bulguların tartışılması . 40
4.2.2 Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ve genel öz yeterlilik inanç ölçeklerinin puan ortalamalarına ait bulguların tartışılması 41
4.2.3 Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ve genel öz yeterlilik inanç ölçeklerinin hemşirelerin kişisel bilgi verilerine ait bulguların tartışılması 43
4.2.4 Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ile genel öz yeterlilik inanç ölçeği ve alt boyutlarının birbirleriyle korelasyonuna ait bulguların tartışılması 48
5. SONUÇ ve ÖNERİLER 50
KAYNAKLAR 52
EKLER 68
Ek-1: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği İzni 68

Ek-2: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği İzni 69
Ek-3: Kurum İzni 70
Ek-4: Etik Kurul İzni 71
Ek-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu 72
Ek-6: Kişisel Bilgi Formu 74
Ek-7: Özyeterlilik Ölçeği 75
ÖZGEÇMİŞ 79

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ve genel öz yeterlilik inanç ölçeği çarpıklık, basıklık ve cronbach's alpha değerleri 32

Tablo 2. Ameliyathane hemşirelerin kişisel bilgilerine ait bulgular 33

Tablo 3. Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ve genel öz yeterlilik inanç Ölçeklerinin puan ortalamalarına ait bulgular 34

Tablo 4. Hemşirelerin yaşı ve ölçek puanları arasındaki ilişkye ait bulgular 35

Tablo 5. Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ve genel öz yeterlilik inanç Ölçeklerinin hemşirelerin kişisel bilgi verilerine ait bulgular 36

Tablo 6. Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ile genel öz yeterlilik inanç ölçeği ve alt boyutlarının birbirleriyle korelasyonuna ait bulgular 39

KISALTMALAR

ANA : American Nurses Association (Amerika Hemşireler Birliği)

AORN : Association Of Operationg Room Nurses (Ameliyathane Hemşire Derneği)

DSO : Dünya Sağlık Örgütü

GÖYİY : Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeği

HKKVÖ : Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği

1. GİRİŞ

1.1 Problem

Çağımızda hemşirelik, geçmiş dönemlerden şimdiki zamana kadar, bilimsel, teknolojik, sosyokültürel olarak çeşitli varyasyonlar ile sürekli olarak kendini güncelleyen insan sağlığı ve hastalıklardan etkilenen yaşam kalitesi etkilenen hastaların uygun girişimler ile arttıran uygulamalı bir sağlık otoritesidir (Akça Ay, 2011; Erhan Şentürk, 2012). Ameliyathane hemşireliği "hasta bireylerin sağlık ve iyilik durumların da ki devamlılığı sağlamak üzere fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak gereksinimlerini saptayarak bilimsel verilerin doğrultusunda bilgi ve deneyimleri ile gerekli organizasyonun sağlandığı ve hastalara özel hemşirelik bakım planının uygulandığı bir hemşirelik bilim dalıdır" olarak tanımlanmaktadır (Eti Aslan, 2009; Gümüşkaya, 2010; Alver, 2011). Amerikan Ameliyathane Hemşireler Birliği (Assocation of Operating Room Nurses; AORN), ameliyathane hemşireliğini; komplike ya da basit cerrahi girişimler nedeniyle önleyici, hasta hareketlerini kısıtlayan ya da kendine öz bakımını sağlayamayan/risk altında bulunan hastaların gereksinimlerini karşılamak için, gerekli hemşirelik bakım süreçlerinin tanısını, hemşirelik bakımı planlarını, uygulayan ve yorumlayan profesyonel hemşirelik bilim dalı olarak tanımlar (Alver, 2011 ; Gümüşkaya, 2010; Uludoğan, 2010).

Ameliyathanelerin hastanın öz bakımının sağlanmasının üst düzeyde olduğu, stresli, doğru ve yerinde aksiyon alınmasının hızlı ve pratik uygulamaların hayati öneme sahip olduğu, ekip çalışmasının çok ileri seviyede gerçekleştiği, teknolojinin de gelişmesi ile sürekli kendini yenileyen teknik bir alan olduğu bilinmektedir (Gümüşkaya, 2010; Alver, 2011; Uludoğan, 2010). *Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ)* göre tüm ülkelerde hemşireler yaklaşık 19 milyon kere klinik karar vermektedir (Pramilaa, 2018). Hemşireler, bütün sağlık alanlarında vazgeçilmez karar vericiler olarak bilinmektedir (Thompson vd., 2013).

Sağlık bakım hizmetlerinde klinik karar verme terimi verilen hemşirelik kararlarını nitelendiren bir kavramdır (Marino vd., 2020). İlk kez 1980'lerde bilimsel verilerde kendine yer ulan klinik karar verme, sonrasına hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının

hastalar için sağladıkları sağlık bakım hizmetleri üzerine kritik düşünme, bilimsel veriler doğrultusunda en doğru tanıyı koyabilme adına kognitif bir süreç olarak tanımlanabilir (Özden vd. 2018; Wu vd., 2016; Farčić vd., 2020b). Hemşirelikte klinik karar verme meslek uygulamaları için sağlık bakım hizmetlerinde niteliği ve emniyeti ile olan bağlantısı nedeni ile adına yeni dönemde bilimsel araştırmalarda önem kazanmıştır (Marino vd., 2020). Klinik karar vermeyi etkileyen unsurların farkında olmak, hemşirelerin klinik karar verme yeteneklerini yükselterek nitelikli ve güvenli hasta bakımı verme olasılığını arttırması ön görülmektedir (Özden vd., 2018; Wu vd., 2016; Farčić vd., 2020b). Lauri ve diğerlerinin (2001) yapmış oldukları bir çalışmada yaş, cinsiyet, eğitim/bilgi düzeyi, meslekteki tecrübe ve yer aldıkları kliniklerde karar verme süreci ile yüksek oranda bağlantı olduğu anlaşılmıştır. Bjørk ve Hamilton (2011) Norveçte 2095 hemşire ile yürüttüğü bir çalışmada sezgisel karar verme becerilerini kullanan hemşirelerin, meslekteki tecrübe, eğitim seviyesi, yaş, çalışılan klinik ve cinsiyet ile klinik karar verme kavramı arasında korelasyon olduğu belirlemiştir. Marino ve diğerleri (2020) bazı faktörlerin klinik karar vermeyi etkileyeceğini bunların; mevcut çevrenin, sezgilerin, tecrübelerin, bilgi ve bu bilgilerden elden edilen kaynakların organizasyonları olarak aktarmışlardır.

Hemşireler her zaman toplum sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik bilgi, beceri ve yetkinlikleri ile aktif rol alır. İnsanların sağlığını koruma görevi üstlenen hemşireler için öz yeterlilik kavramı önem arz eder (Uysal, 2016) Yüksek öz yeterliliğe sahip hemşireler, meslekteki organizasyonların planlamasını hasta üzerine aktarımını akademik anlamda başarılarını artırabilmektedir (Monajlovich, 2005). Yapılan bir çalışmada çalışma grubundaki hemşirelerin öz yeterlilik seviyelerinin orta düzey çıktığını, hemşireler arasında yüksek öz yeterlilik seviyesinde bulunan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla kullandıkları gösterilmiştir. Araştırmanın sonucuna göre öz yeterlilik düzeyi arttırılan hemşirelerin planlama ve uygulama da ki davranışlarını hemşirelerin uygulamış oldukları bakım kalitesinin artacağı saptanmıştır (Doğan ve Ayaz, 2015). Öz yeterliliği yüksek olan hemşireler klinik karar verme düzeyini olumlu yönde etkileyerek hasta bakım kalitesini arttırır ve hasta için alınan kararların yerinde ve olumlu sonuçlanmasını sağlar. Hasta ve hasta yakınları adına doğru klinik kararları verebilmek için, öz yeterlilik inançları doğrultusunda gerçekleşmesi gerekmektedir. Öz-etkin kişiler gelecek planlamasını ve analizlerini yapıyor olması da klinik karar vermeyi

etkileyeceği düşünülmektedir. Sonuç olarak hemşirelerin öz yeterlilik düzeyleri klinik karar vermede etkili olacağı düşünülmektedir. Kısıtlı sayıda araştırmaların yapıldığı bir alan olarak gözlemlenen klinik karar verme düzeyleri ile öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmanın bu alandaki gereksinime katkıda bulunması beklenmektedir.

1.2 Amaç

Bu çalışma, ameliyathane hemşirelerinin klinik karar verme düzeyleri ile öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu nedenle aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır,

- Ameliyathane hemşirelerinin kişisel özellikleri ile klinik karar verme düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Ameliyathane hemşirelerinin kişisel özellikleri ile öz yeterlilik düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Ameliyathane hemşirelerinin klinik karar verme düzeyleri ile öz yeterlilik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Ameliyathane hemşirelerinin klinik karar verme düzeyleri ve öz yeterlilik düzeyleri kişisel özelliklere göre fark var mıdır?

1.3 Önem

Hastaneler insanların yaşamsal faaliyetlerinde fizyolojik ve psikolojik etkilenmelerde tedavi edici kurumsal yapılardır. Hastanelerin çalışma koşulları en ağır bölümlerinden biri olan ameliyathaneler, çalışan ve hastalar için fiziksel, kimyasal ve biyolojik riskleri ile tempolu, yoğun bir çalışma alanıdır. Ameliyathanelerde çalışan hemşireler doğru iletişim kaynaklarını kullanabilme, tecrübe, klinik teorik bilgi ve zamanı iyi kullanma gibi üstün becerilere sahip olması gereklidir. Ameliyathane hemşirelerinde doğru karar verebilme bilgi ve becerilileri, cerrahi operasyon geçirecek hastaların problemlerini multidisipliner ekip uyumu içerisinde mesleki konulara yaklaşımında önemli rol oynayacağı düşünülmektedir. Ameliyathane hemşirelerinde öz yeterliliğin yüksek olması; hemşirelerin motivasyonunu, kişisel başarısını ve performansını etkileyeceği gibi kritik durumlarda klinik kararlar alırken deneyim ve öz yeterliliğin vermiş olduğu güven

ile hasta için en doğru kararları alması öngörülmektedir. Yapılan bu çalışmada ameliyathane de çalışan hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerini ve klinik karar verme aşamasında bireysel ve mesleki özellikleri tanımlayarak mevcut durumun anlaşılabilmesi ve iyileştirmeye yönelik çalışmalara katkı verecek verilere ulaşılması planlanmıştır.

1.4 Varsayımlar

Bu çalışmada uygulanan kişisel bilgi formu, hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ve genel öz yeterlilik inanç ölçeğinin eksiksiz ve doğru olarak doldurdukları varsayılmaktadır

1.5 Sınırlıklar

Çalışma, Ankara ilinde bulunan devlet üniversitesi hastanesinin ameliyathanelerinde çalışan çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil etme kriterlerine uyan hemşirelerle sınırlıdır.

1.6 Tanımlar

Ameliyathane hemşireliği; ameliyathane hemşiresi, operasyon ve gerekli uygulamalı işlemler sırasında potansiyel koruyucu refleksleri ya da kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamayan hastaların gereksinimlerini belirleyip, karşılamak için hemşirelik bakım sürecini kullanarak bakımı belirleyerek, koordinasyonu sağlayan sağlık profesyonelleri olarak tanımlanmaktadır.

Öz yeterlilik; Öz yeterlilik: kişinin kendine güvenini, başarı yeteneği ve kendini idare etme becerisine inancı olarak tanımlanabilir.

Klinik karar verme; karar verenin, hasta sağlığını düşünerek değerlere ve inançlarına göre farklı alternatifleri değerlendirerek seçim yapmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Ameliyathane ve Ameliyathane Hemşireliği

2.1.1 Ameliyathane

Ameliyathane; hastanın teşhisi sonucunda, ameliyat olması gerektiren durumlarda tedavinin planlandığı ve uygulandığı alanlardır. Ameliyathaneleri, cerrahi işlemlerin yapıldığı fiziksel ve işlevsel bir alan olarak görebiliriz. Bu alanların fiziksel yönden incelendiğinde; mimarisi, mühendislik planlaması, ekipman ve cerrahi süreçte kullanılan enstrümanlar olarak görebiliriz. İşlevsel yönden bakıldığında ise; tedavi sürecinde güvenliği, emniyeti ve ekonomik koşullarda yürütülebilecek sistemlerden oluştuğu bilinmektedir (Güner ve Demir, 2005; Meyvacı, 1992; Tappen, 1995). Ameliyat sürecinde, ekibin başarısı organizasyonda ki bilimsel ve disipliner tutum ve davranışa bağlıdır. Organizasyondaki olumsuzluklar cerrahi güvenlik konusunda risk oluşturabilir. Tüm kliniklerden bağımsız ve kapalı bir alan olan ameliyathaneler, stresli ve oldukça yoğun iş temposu gerektiren alanlardır. Bu alanlar teknik ve teknolojik anlamda olukça gelişmiştir (Tappen, 1995; Dramalı vd., 2003).

2.1.2 Ameliyathane hemşireliği tanımı ve tarihçesi

Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği tarafından yapılan tanıma göre ameliyathane hemşiresi, operasyon ve gerekli uygulamalı işlemler sırasında potansiyel koruyucu refleksleri ya da kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamayan hastaların gereksinimlerini belirleyip, karşılamak için hemşirelik bakım sürecini kullanarak bakımı belirleyerek, koordinasyonu sağlayan sağlık profesyonelleri olarak" tanımlamıştır (Argon, 1999; Gürsoy vd., 2007). Ameliyathane hemşireliği, diğer hemşirelik alanlarından farklı yönlere sahiptir. Ameliyathaneler; bilimsel/teknolojik yönden sürekli değişim ve yenilik oluştuğu, ekip çalışmasının etkili olduğu, hastaların kendi öz bakımının karşılanamadığı, güvenliğin en üst düzeyde olduğu alanlardır. Ameliyathanelerde çalışacak hemşirelerin bilgi seviyeleri ve yetenekleri tespit edilerek belirlenmelidir. Ameliyathane hemşirelerinin uyumu, bilimsel ve disipliner yaklaşımlar ile temelinin oluştuğu, eğitim organizasyonları ile sağlanmalıdır (Hatipoğlu ve Taştan, 2005; Üstün, 2005; Blanchard vd., 2007). ANA (American Nurses Association)'nın 1973

yılında yayınlamış olduğu "klinik hemşirelik uygulama standartları", ameliyathane hemşireliği uygulamalarını belirlemek amacı ile kullanıldığı görülmektedir. Sonrasında ise Ameliyathane Hemşireliği Birliği AORN (Association of Operationg Room Nurses) ANA'nın çalışmalarını rehber alarak, ameliyathane hemşireliği standartlarını geliştirmek için beraber hareket ederek, klinik uygulama standartlarını geliştirdiği belirlenmiştir.

AORN 1978 yılında tanımlamış olduğu, ameliyathane hemşireliği bakım standartları aşağıdaki gibi belirtilmiştir.

- Standart I: Veri Toplama hastanın anemnezini, fizyolojik, psikolojik, laboratuvar bulgularına vb. yönelik sağlık verilerini ameliyathane hemşireleri temin eder.
- Standart II: Tanılama toplanan verileri uygun hemşirelik bakım planı oluşturmak amacıyla ameliyathane hemşireleri tarafından analiz edilir."
- "Standart III: Planlama Ameliyathane hemşiresi, kişisel olarak belirlenen amaçlar, uygulama standartlarını temel alan bir hasta sağlık bakım planı oluşturur.
- Standart IV: Uygulama oluşturulan bakım planına göre ameliyathane hemşireleri gerekli girişimleri sağlar.
- Standart V: Değerlendirme Ameliyathane hemşireleri, hedefleri doğrultusunda hastaların hemşirelik hasta bakım organizasyonlarında ki her adımını yöntemli ve sürekli olarak analizini gerçekleştirir (Üstün, 2005).

Ameliyathane tarihçesini incelediğimiz zaman, kökeni Arapça sözcük olan *"cerh"* yara, *"cerrah"* ise *"yara ile uğraş veren"* anlamı taşımaktadır. Bu tanımlar doğrultusunda cerrahi hemşireliği, yara bakımını yapan; yaralı hastanın tedavisini sağlayan kişi olarak değerlendirilebilir. Cerrahi ile eş anlamda kullanılan "chirurgia" (şirürji) Latince bir terim olup "el ile yapılan iş" anlamını taşımaktadır. Geçmiş dönemde Yunan ve Latin tıp kitaplarının Arapça 'ya çevirisinde el ile yapılan iş (şirürji), "amel ül yed" şeklinde açıklanmış, yeni dönemde "ameliyat" sözcüğüne evirilmiştir. (Aksoy vd., 2012; Erdil vd., 2009). Tarihsel süreçte cerrahi hastalıkların insanların varoluşu kadar eski olduğu, hastalıkları iyileştirmeye yönelik yapılan cerrahi yöntemlerinde bu döngü de yer aldığı incelenmektedir. Yara ve kırıkların tedavi yöntemleri neolitik devirde mağara resimlerinde ve iskelet araştırmalarında karşımıza çıkmaktadır. Milattan Önce 3000-3500 yıllarında Mısır papirüsleri incelendiğinde, deri grefti, flep ve sünnet uygulamalarının olduğu görülmektedir. Ebers ve E. Smith Papiruslarında meme

kanserinde cerrahi uygulamaları incelenmiştir (Brieger, 1997). Hindistan da zina cezalarında uygulanan burun kesme cezası ile birlikte, bu kişilere yapılan cerrahi işlemler sonucunda, plastik ve estetik cerrahi alanları gelişti. M.Ö. 800'lü yıllar incelendiğinde Hindistan'da ameliyathane hemşireliğinden bahsedilmiş, Hindistanlı hekim Susruta'nın hemşireleri asistan olarak kullandığı görülmüştür (Chani, 2003; Eti Aslan, 2009; Erdil vd., 2009). Avrupa'nın karanlık çağ olarak adlandırdığı, orta çağ dönemde bilim ile tıp alanlarında düşüş dönemine girdiği belirtilmiştir. Dini inançlar ve farklı türde kültürler nedeni ile insan vücutları ve cesetlerin araştırılmasının yasaklandığı bu dönemde dinsel tıp desteklenmiştir (Debakey, 1991). Avrupa'nın bu karanlık döneminde, İslam medeniyetleri, tıp ve bilim için hızlı bir gelişim kaydetmiştir. Bunun en iyi örneği batı dünyasında Avicenna (bilginlerin hükümdarı) olarak bilinen İbni Sina'nın yazdığı kitaplar uzun yıllar batılılar tarafından ders kitabı olarak kullanıldığı anlaşılmıştır (Beg, 2015). Rönesans dönemi ile birlikte anatomi alanlarında ki çalışmalar cerrahi alanda önemli gelişmeler meydana gelmiştir. İlk anatomist cerrahlardan olan Andreas Vesallius 1543 yılında yayınladığı *"İnsan Bedeni Oluşumu Üzerine"* isimli eseri tıp ve cerrahi alanlarında ki gelişmelere yol gösterici olmuştur (Eti Aslan, 2009; Erdil vd., 2009). 1700 ve 1800'lü yıllarda Amerika'nın ilk hastanesi Virginia da kurulmuş, bu hastanede erkek hemşireler hasta tedavilerinde görev almıştır. Aynı dönemde kurulan birçok askeri hastanede hemşireler görev almış alanlarında başarılı olmuşlardır (Eti Aslan, 2009; Erdilvd., 2009). 1873 yıllarında New York'ta açılan Belluve Okulu'nun hazırladığı raporlarda, cerrahi de kullanılan aletlerin hazırlığı, sargı ve bandajlama yöntemleri ve kanama kontrolü ile ilgili bilgilere yer vermiştir. (Grindel, 2004; Russell, 1995: 6-8; Taylor, 2006). 20. yüzyılda hızla gelişen cerrahi alanda, eterli anestezi yöntemleri, asepsi ve antisepsi tanımlanması ile antibiyotiklerin bulunması ile hastanelerde cerrahı asiste edecek kişilerin ihtiyacı duyulmuş scrup ve sircüle hemşirelerin tanımları ortaya çıkmıştır (Grindel, 2004; Russell, 1995: 6-8; Taylor, 2006). Tarihte ilk kez ameliyathane hemşireliği lisans diploması 1903'te Amerika'da verilmiştir. 1905 yılında cerrahların yanında ameliyathane hemşirelerinde eldiven ve steril önlük giymesi gerektiği savunulmuştur. Bu dönemde Amerika da gelişen sağlık sistemi ile birlikte bilgi ve deneyim aktarımı için 1949 yılında Assocation of Operating Room Nurses (AORN) Amerikan Ameliyathane Hemşireler Birliği kurulmuştur. 1960 yıllarda ilk kez yayın

yapan bu birlik, 1969 yılında ise "Profesyonel Ameliyathane Hemşireliği" kavramını kabul etmiştir (Grindel, 2004; Russell, 1995: 6-8; Taylor, 2006).

2.2 Ameliyathane Hemşiresi Görev ve Sorumlulukları

Hastanelerin ameliyathane biriminde çalışan ameliyathane hemşireleri, 19. Yüzyılın başlarında, cerrahi ekibin vaka için gereksinimleri doğrultusunda uygun malzemelerin temini ve vaka esnasında kullanımı için cerrahi ekibe verilmesi olarak görevlendirildiği literatürlerde görülmüştür. Hastaların hastanelere ilk başvuruda bulunduğu andan taburcu oluncaya kadar sağlık bakımı alacağı hemşirelik girişimlerinin uygulanacağı ameliyathanelerin uyanma ünitelerinde hastaları desteklemek gibi görevlerinin olduğu belirtilmiştir. Profesyonel hemşirelikte, ameliyathane hemşireliği ilk kez uzmanlık başlığı ile 19. Yüzyılın sonlarında kabul görmüştür. Bu dönemde, ameliyathane hemşirelerinin, operasyon sırasında hastanın bakımını üstlenip sağlamak, gerekli araç gereci hazırlamak, hastayı çevresel faktörlerden korumak, güvenlik organizasyonunu sağlamak ve olası hastane enfeksiyonunu önlemek gibi hasta için hayati sorumlulukları olduğu aktarılmıştır (McGarvey vd., 2000; Hatipoğlu, 1996).

Ameliyathane Hemşireleri Birliği (AORN-Association of Perioperative Registered Nurses) tarafından geliştirilen diğer bir tanımda Ameliyathane hemşireliği cerrahi invaziv girişimler uygulanan hastaların kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılaması risk altında bulunan hastaların, hemşirelik bakım planı süreçlerini kapsayan, tanılama, bakım ihtiyaçlarının planlama, planları doğrultusunda uygulamaya koyma ve sonuçların analizini yapan profesyonel hemşirelik alanı tanımını yapmışlardır (Atkinson ve Fortunate, 1996).

Ameliyathane hemşireliği, farklı hemşirelik alanlarına ilişkin özelliklerinin yanında kendine has organizasyonları olan bir hemşirelik alanı olarak görülmektedir. Ameliyathane hemşireleri; öğrenmeye açık, ortaya koymuş olduğu bakım planı doğrultusunda denetim ve sonuç analizini yapabilmeli ayrıca iletişimi güçlü, iyi bir gözlemci ve sorun /sonuçları önceden tahmin edebilme gibi kabiliyetleri taşıması gerektiği üzerinde durulmuştur (Atkinson ve Fortunate, 1996; Aksoy, 1996). Ameliyathane hemşirelerinin, alışılagelmiş devamlılık nedeniyle durumlara karşı ilgisiz olmamalı, anlık olaylar karşısında tedbirli olması gerekliliği doğmaktadır (Phillips vd.,

2007). Hastanın, cerrahi işlem sürecinde belli bir zaman için anestezik maddeye maruz kaldığı için, bu süreçte hemşireler kişiyi savunma görevlerini üzerine alması gerekliliği belirtilmiştir (Gümüşkaya, 2010; Coşkun ve Akbayrak, 2001). Profesyonel ameliyathane hemşiresi, operasyon nedeni ile hastaneye yatışı yapılan hastanın, ameliyathaneye ilk geldiği andan, servise alınmasına kadar geçen süreçte, gerekli olan hasta bakımını nitelikli bir biçimde sağlamaktan etik değerler açısından yasal olarak sorumluluğunu kabul etmesi gerekmektedir (Atkinson ve Fortunate, 1996; Ladden, 1999). Ameliyathane hemşireleri üzerine düşen görev ve sorumluluklarını başarı ile uygulayabilmesi için bilgi eksikliği ve beceri düzeyinde düşüklük olması gerekmektedir. Ameliyathane hemşireleri, gelişen tıp ve teknolojik alanda yeniliklere hızlıca uyum sağlayabilmeleri gerekmektedir. (Yıldırım ve Bakır, 2000). Türkiye'de ameliyathane hemşireliğinin görev ve yetkileri 25 Nisan 2007 tarihli ve 5634 sayılı kanunda tanımlandığı görülmektedir (Hemşirelik Kanunu, 2007). Burada belirtilen tanımlamaya göre;

Steril (Scrab) Hemşire

Hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) Ameliyat sırasında steril alan içinde çalışır.
b) Steril alanın korunmasına yönelik aseptik teknikleri uygular. Bulaşmayı (kontaminasyon) önlemek için gerekli önlemleri alır.
c) Ameliyathanede hasta güvenliğine yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlar ve uygular.
d) Bir gün önceden ertesi günün ameliyat ve işlem tiplerini gözden geçirir. Alet ve malzeme ile ilgili hazırlık yapar.
e) Cerrahi işlem süresince ekipte yer alır.
f) Cerrahi el antisepsisini uygular. Steril gömlek ve eldiven giyer. Cerrahi ekibin steril gömlek ve eldiven giymesine yardımcı olur.
g) İşlem sırasında gereken steril alet, diğer malzemelerin hazırlanmasını ve kullanımını sağlar.
h) Hastanın steril örtülmesine yardım eder.
i) Malzemeleri kolay alınabilecek şekilde düzenler ve işlemin tipine göre cerrahın ihtiyacı olan malzemeyi önceden belirleyerek verir.
j) Cerrahi işlem sırasında ihtiyaç duyulan iğne, iplik gibi sarf malzemeleri yeteri kadar hazırlayarak kullanıma hazır hale getirir.

k) İşlem sonrası tüm aletleri, kompresler ve tamponları dolaşıcı hemşire ile birlikte sayar ve kaydeder.
l) Ameliyat sırasında alınan doku örneklerini tanımlayarak dolaşıcı hemşireye güvenli bir biçimde teslim eder.
m) Ameliyat sonrası malzemelerin temizlenmesini, sayılmasını, listeye uygun şekilde hazırlanmasını, steril edilmesini ve kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar. (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011).

Dolaşan (Sirküle) Hemşire:

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) Ameliyathanedeki hastanın hemşirelik bakımından sorumludur.
b) Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında cerrahi ekibin malzeme ihtiyaçlarını sağlar.
c) Hastanın endişesini azaltmak için psikolojik destek sağlar.
d) Hasta için güvenli ve konforlu çevre sağlamada ekibi gözleyerek yardımcı olur.
e) Uygun hasta bakımı ve hasta güvenliği için gereken tüm uygulamalarını yapar.
f) Hastayı işlem sonrası güvenli bir biçimde ünite hemşiresine yazılı ve sözlü şekilde teslim eder.
g) Hastanın kimliğini doğrular, hasta bilgilerini gözden geçirir.
h) Hastanın ameliyat masasına alınmasına, uygun pozisyon verilmesine, güvenliğinin sağlanmasına yardım eder, mahremiyetini korur.
i) Cerrahi işlem süresince odada kalarak ihtiyaca yönelik destek verir. İhtiyaç duyulan tıbbi malzemeyi temin eder. Paket açma standartlarını uygular.
j) Cerrahi doku örneklerini (spesmen) uygun şekilde hazırlar, etiketler, kayıt eder ya da kayıt edilmesi için sekreterliğe teslim eder ve laboratuara gönderilmesini sağlar. (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011).

Ameliyathane hemşireleri uygulamalarını; karışık, değişken yapısı ile farklı cerrahi enstrümanların olduğu fiziksel ortamda yapması gerektiği belirtilmiştir. Bu da rollerini, profesyonel hemşireliğin gerekliliği olarak teknolojik ve davranış bilimlerinin birleşimi ile ortaya çıkarması gerekliliği ortaya çıkmıştır (Conner, 2009; Phillips vd., 2007; Ladden, 1999; Rudolphson vd., 2007). Cerrahi işleme alınan hastaya verilecek bakımının

planlanması ve olası sonuçların belirlenmesi ve bu sonuçlara sistematik ve bilimsel olarak yaklaşması gerekir. Hastaların öncelikli gereksinimlerinin belirlendiği bağımsız hemşirelik bakım ve planlama aktivitelerine bu devamlılıkta yerini alması gerekmektedir. *"ANA tarafından tanımlanan hemşirelik süreci":* Uygun hedef doğrultusunda, önce hastanın anemnezini eksiksiz alma, uygun hemşirelik tanısını belirleme, hemşirelik bakım planlarını oluşturma ve çıkan sonuçları değerlendirme olarak belirtilmiştir (Conner, 2009; Phillips vd., 2007; Velioğlu, 1999). Ameliyathane hemşireliği modern ve uzman standartlarını, tanımlama, yorumlama ve uygulamakla mesul hemşirelik dalıdır. Hemşirelik uygulamaları için oluşturulan standartlar, uygulanan hemşirelik bakımının niteliğini arttırdığı belirtilmiştir (Phillips vd., 2007; Ladden, 1999).

2.3 Klinik Karar Verme

Klinik karar verme, mesleki profesyonelleşme adı altında en temel ögedir ve etkili klinik kararlar verme becerisi, bakım kalitesini etkileyen hemşireler için en önemli etkendir (White, 2003: 113-120). Mevcut durumun tanımlanması ile başlayan ve bu tanım doğrultusunda ilgili planlama ve uygulamanın yapıldığı sonuçların kritikleride dahil her basamakta devamlılık olması beklenmektedir.

2.3.1 Hemşirelikte klinik karar verme ve önemi

Hastanelerde verilen bakımın kompleks bir hale gelmesi hastaları gereksinimleri doğrultusunda hemşirelerdeki karar verme sorumluluğunu da arttırdığı görülmektedir (Azak ve Taşçı, 2009). Kompleks bir bakım için, yaratıcılık, uygun eğitim, teorik bilgi vb. farklı stres kaynakları hemşirelikte klinik karar vermeyi etkileyen belirteçler olarak görülmektedir (Bektaş vd., 2017: 83-92). Uygun klinik karar verme yetenekleri sergilendiğinde; hasta bakımı ve organizasyonu kolaylaşacağı gibi hasta yakınları, hastane ve sağlıkçılara da fayda sağladığı görülecektir (Thompson vd., 2013). Hemşirelik mesleği açısından karar verme, hemşirelikte teorik bilgilerin kullanılması, bu teorik bilginin neticesinde hemşirelik bakım süreci bakımından uygulamaya konulması anlatılmaktadır (Azak ve Taşçı, 2009). İnsanların doğal yapısı için hayati değerde olan karar verme, hemşirelik bakım sürecinin her kademesinde var olduğu açıklanmaktadır (Taşçı, 2005). Hastaneler yapıları gereği "yüksek riskli endüstri" grubuna dahil edilmiştir. Bu endüstriler hastaların sağlığını yaşamsal faaliyetlerini korumakla sorumlu olsa da tersi

durumlarda hastaları sakat bırakma ya da ölümüne neden olabilmektedir. Hastaneler başvuran hastalar bazen hatalı uygulamalar ile karşılaşabilir (Kaya, 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre yanlış uygulama ve planlamaya bağlı malpraktis sonucuna göre ortalama 400 000 insanın hayatını kaybettiği bilgisi aktarılmıştır (Makary ve Daniel, 2016). Yapılan bir çalışmaya göre, Bakım verici rollerinde ki uygulama izlemde yetersizlik, uygun olmayan iletişim kaynaklarını kullanma, ilaç uygulama hataları, hasta güvenliği başlıca hemşireliğin hatalı uygulamaları olarak karşımıza çıkmaktadır (Şahin vd., 2014:. 100-104). DSÖ'ye göre küresel olarak yılda 7,5 trilyon dolar sağlık harcaması yapıldığı belirtilmektedir (Xu vd., 2018). Verilecek olan doğru kararlar sağlık hizmetlerine ayrılan maliyetleri düşürebilir. Doğrusal bir süreç olmayan klinik karar verme, ilişkili klinik karşılaştırmaların farklı bir boyutu olarak özümsenebilir. Hemşireler çeşitli ve birbiriyle ilişkili klinik karar verme durumları kullanabilir. Hemşirelerin kullandıkları bilişsel düşünme becerileri incelenmemiş olsa da tecrübesiz ve deneyimli hemşire gruplar arasında farklılıklar olduğu belirtilmiştir (Levett-Jones vd., 2010: 515-520). Karar verme, mesleğin temel ve güncel verileri uygulamada kullanarak değişken etkileşimleri içine almaktadır. Hemşirelerde hasta bakım süreçlerini iyileştirmek için bilişsel izlemler kullandırılarak karar verme yeteneğinin iyileşmesi ciddi bir öneme sahiptir (Öztürk, 2018). Bu görüş, klinik karar vermenin hemşirelikte, hastanın genel durumunun incelenmesi, elde edilen bulguların değerlendirilmesi, nedenlerin karşıt düşünceler ile tekrar gözden geçirilmesi ve diğer hipotezlerin değerlendirilmesine yardımcı olur ve uygun hipotez ile hangi girişimleri uygulayacağına karar verip uygulamaya konulmasını kapsar (Azak ve Taşçı, 2009). Çok fazla işlenecek verilerin olması ve sonuçlarında ki belirsizlik klinik karar vermeyi kompleks bir süreç haline getirmiştir. Hemşirelerin, uygun veriler ve alanda ki kazanmış olduğu tecrübelerden yola çıkarak değişik teknik ve yöntemler ile farklı verilere erişmesi gerekmektedir. Etkin bir karar için, hastanın anemnezinde ki bilgiler ile mevcut problemin analizi ile karşılaştırılarak ortaya konulan doğru bir hipotezin düzenlenmesi ile ilişkilidir. Hasta bakımından elde edilen verilerin düzeltilmesi ve hemşirelik bakım uygulamalarının profesyonelleşmesi için etkin karar verme hemşireler için çok önemlidir (Azak ve Taşçı, 2009). Uygun bilişsel süreç ve örneklerin alınması ile klinik karar verme hemşirelik eğitimlerinde kendine yer bulacak hemşirelik bakımında ifade edilmesi hafifleyecektir (Sucu vd., 2012).

Hemşirelik mesleği son yıllarda önemli aşamalar kaydederek, mesleğin yetki ve sorumluluklarının artması ile bağımsız rol ve işlevlerinde artış görülmüş mevcut durum bilimsel kaynaklar ile desteklendiği görülmektedir. Karar verme, bakım verme, eğitici, bireysel ve sorumluluklarının farkında olma Profesyonel hemşireliğin görevleri arasında kendine yer bulurken, tedavi edici, rahatlatıcı, rehabilitasyon süreçleri, haberleşme ve organizasyon görevleri de eklenerek mesleki profesyonelliğin artmasına ve gelişmesinde bu roller önemli değerler katmıştır (Aydemir-Gedük, 2018). Karar verme görevi hemşirelik rollerinde ki alt unsur olup hemşirelik mesleğinin bağımsızlığını ilan eden en önemli unsurdur. Bununla birlikte hemşirelerin hastaları temsil etme görevi doğmuştur. Hasta kişilerin durumları göz önünde bulundurularak, hasta ve hasta yakınları alınacak kararlara dahil olması gerekmektedir. Hastaların beklentisi, hastanın genel yaşam bulguları diğer disipliner grupların farklı görüşleri dikkate alınması ve hemşirelerin bu organizasyonların tamamında kendi yeteneklerini göstermesi gerekmektedir. Hemşireler uygun kararları verirken karar verme sürecinden faydalanır. Hemşireler çalıştıkları kliniklere özgü sorunlar yaşar. Her kliniğin farklı özellikleri olduğu gibi bu kliniklerde değişik hasta grupları ve sorunları olabilir. Ancak bu hastaların triaja göre önceliklerinin belirlenmesi gerekmektedir (Taşçı, 2005; Yıldırım, 2011; Birol, 2004).

1. *Birinci Düzey Bakım Öncelikleri;* Yaşamsal faaliyetleri tehdit eden ve öncelikli acil durumlardır. Hastanın durumundaki yaşamsal değerlerin normalin çok altında olduğu ve acilen tedavi planlaması ve uygulanması gereken durumlardır.
2. *İkinci Düzey Bakım Öncelikleri;* hemşirelerin problem notunu daha öncesi aldığı hayati tehlikenin var olmadığı planlı ve hazırlıklı olunan durumdur.
3. *Üçüncü Düzey Bakım Öncelikleri;* uygulanacak girişimlerin en az uygulaması olan, acili yet durumu bulunmayan hemşirelerin minimum zaman verdiği durumlardır.

2.3.2 Hemşirelikte karar verme süreci

Hemşirenin bu meslekte karar verme becerisinin gelişmesi, en etkin kararları alabilmesi ve temel mesleki hemşirelik eğitimini tamamlamış olması zorunlu hale gelmektedir. Karar verme de otoriterlerin temel olarak iki yaklaşım özümsenmektedir. Bunlar, sonuç ve süreç üzerine olan yaklaşımlar olduğu görülmektedir. Sonuç üzerine yoğunlaşan yaklaşımda, verilen kararın neticesinde çıkan sonucu tahmin edebilmesi gerektiği ve karar verme sürecinin anlaşılır hale geleceği görüşü yer verilmektedir. Hangi kararın

verildiğini, kararın sonucunun ne çıkacağı hemşire tarafından bilinmesi gereklidir (Ersever, 1996). Karar verme sürecinin anlaşılmasının, farklı senaryolardaki sonuçları öngörebileceğine neden olacağı görüşü benimsenmiştir. Asıl olan karar verme sürecini özümseyen bu yaklaşımda, kararların nasıl alındığı hakkında teferruatlı bilgi sahibi olmanın kararların en uygun ve yerinde nasıl verilmesi gerektiğini ortaya koyabileceği görüşüne yer verilmektedir. (Ersever, 1996).

Hemşirelikte karar verme süreci adımları aşağıda ki gibi ele alınmıştır (Günerigök, 2019; Yıldırım ve Özkahraman, 2012).

- Sorunları Değerlendirme
- Tanılama
- Sonucu Tahmin Etme
- Planlama
- Uygulama ve Sonucu Değerlendirme

1. *Sorunları Değerlendirme;* karar verme aşamasının başlangıç fazı olarak yorumlanabilir. Karar verme sorunun çözümlenmesi amacını taşımaktadır. Bu süreçte problemi iyi saptayabilmek, önemini, kapsamını, etki mekanizmasını ve sonuçlarını iyi analiz etmek oldukça öneme sahiptir (Yıldırım, 2010).
2. *Tanılama;* bu aşamada mevcut problemin nedeni, problemin ortaya çıkmasında ki etkili unsurlar ve çözüm yolları için bilimsel kaynaklardan veri analizi yapılır. Yapılan analizlerde sorunlara yönelik çözüm yolları saptanır ve yorumlanır (Enç, 1992; Enç, 1993). Tanılama sırasında, karar vermenin gerekliliği belirlenir. Verilen karar ile sorunun etki oranı değerlendirilir. Bir seçim yapılacaksa seçilen durum sonucunda, olumlu ve olumsuz sonuçların uygunluğu saptanır. Kişisel, ailesel, toplumsal ve kurumsal riskler göz önüne alınarak karar alınır. Alınan kararlarda kişinin bireysel tercihler büyük öneme sahiptir. Tercihlerde kişinin ruhani görüşü, değer ve inançları etki etmesi beklenir. Karar vermeyi etkileyen farklı durumlar ise; kliniğin malzeme eksikliği, kurumsal zaman veya kliniğin yeterliliği olarak saptanmaktadır. Karar verme her açıdan riskli bir durumdur ve fiziksel, emosyonel ve sosyal durum da bu riskte önem arz etmektedir. Risk hasta veya kurum ile ilgili olabilmektedir (Yıldırım, 2010).

3. *Sonucu Tahmin Etme;* elde edilen veriler derlenip değerlendirildikten sonra sonuç analizi için seçenekler ortaya konulur. Hemşireler kararlar arasında kritik yaparak en doğru kararı alırlar bu kritikler ile fazla seçenek oluşturulması, bu sürecin etkin bir basamağını oluşturur. Farklı seçeneklerin olması, karar veren hemşirenin; konuya hâkim olma, şeffaf olma, önyargısız olma, deneyici olma, gerekçeli düşünme, konu hakkında verimli bilgi birikimlere ve tecrübelere sahip olma gibi özellikleri etkilediği görülür. Hemşirelerin bu özellikleri taşıması, farklı seçenekleri değerlendirme de sonuçların iyi analizini sağlamaktadır (Yıldırım, 2010; Baumann ve Deber, 1989; Kaya, 2000).
4. *Planlama;* farklı seçenekler arasından, düşük risk içeren, çıkan sonuçların tahmin edilen hedef, diğer seçenekler ile karşılaştırılarak belirlenir. Hemşire planlama yaparken, istenilen en doğru seçeneği göz önünde bulundurmalı ve iyi analiz edebilmelidir (Yıldırım, 2010).
5. *Uygulama;* hemşirelik sürecinin bu bölümün de ortaya konulan planın nasıl uygulanacağı karar verilmesi beklenmektedir. Buradaki amaç minimum risk ile planlamayı hayata geçirmek önemlidir (Yıldırım, 2010).
6. *Sonucu Değerlendirme;* seçilen planı uygulama sırası ve sonrasında değerlendirmesi elde edilir. İstenilen sonuç ve ortaya çıkan sonuç analizi yapılarak hedefe ulaşılıp ulaşılamadığı saptanır. Hedefe ulaşılamadıysa nedenleri ortaya konur. Gerekirse tüm planlama tekrar gözden geçirilir (Lipe ve Beasley, 2004).

2.3.3 Hemşirelikte klinik karar vermeyi etkileyen faktörler

Hastaların sağlık bakım hizmetini karşılayan hemşireler, mesleki bilgi birikiminin vermiş olduğu tecrübe ile karar verme sürecini etkileyen hızlı, değişkenli kompleks yapılarda klinik kararlar alırlar. Özel ve genel olarak birçok unsur klinik karar vermeyi etkilediği bilinmektedir. Yasal mesleki tanımlar, mesleğin etik boyutları ve kültürel yapılar ana hatları ile klinik karar verme sürecini tanımlar. Bilgi, eğitim düzeyi, tecrübe, kişisel özellikler, kompleks görevler kararları doğrudan etkiler (Sucu vd., 2012). Yapılan bir çalışma da tecrübe ve eğitim seviyesi klinik karar vermeyi olumlu etkilerken, iletişim eksikliği, yönetsel sorunların negatif etkilediği belirtilmiştir. (Wu vd.2016: 974-991). Başka bir çalışmada ise göre Klinik karar verme de tecrübe ve bilginin düşük düzey ilişkisi bulunduğu, branşlaşma ve alanda uzmanlığın klinik karar verme üzerinde olumlu

etkisi olduğu belirtilmiştir. (Hoffman vd., 2003: 53-62). Bunların dışında hedeflerin yeterince anlaşılır olmaması, zaman sınırlılığı, fiziksel ve mental hastalıklar, bilinçsizlik ve seçeneklerin doğru verilememiş olması ve araştırmanın yapılmaması da karar vermeyi engelleyen nedenler arasında sayıldığı saptanmıştır (Azak ve Taşçı, 2009). İlgili literatürler tarandığında, hemşirelikte klinik karar vermeyi etkileyen farklı unsurlar vardır. Bu unsurlar klinik karar verme sürecini direkt ya da endirekt etkileyebilmektedir. Bu unsurlar aşağıdaki başlıklarla gösterilmiştir. (Bjørk ve Hamilton, 2011; Azak ve Taşçı, 2009; Sucu vd., 2012; Wu vd., 2016; Hoffman vd., 2003; Farčić vd., 2020b; Ham vd., 2015; Lauri vd., 2001; Nibbelink ve Brewer, 2017; Özden vd., 2018).

1. Temel Teorik Bilgi ve Eğitim Düzeyi
2. Karar Vericinin Yaşı
3. Cinsiyeti
4. Eleştirel Düşünme Becerisi
5. Mesleki Deneyim
6. Özerklik
7. Karar Verilen Durumun Karmaşıklığı
8. Karar Verilen Ortamın Özellikleri
9. Değerler
10. Kurum Kültürü

2.3.3.1 Temel teorik bilgi ve eğitim düzeyi

Klinik karar verme kavramı, bazı unsurlardan etkilenir bunların içerisinde temel teorik bilgi ve eğitim düzeyi önemli bir yere sahiptir (Bjørk vd., 2011; Wu vd., 2016; Lauri vd., 2001; Özden vd., 2018; Dicle ve Durmaz-Edeer, 2013). Bilgi düzeyi, hemşirenin verileri kritik edebilmesi, problemin tanımlanması ve profesyonel hemşirelik bakım sürecini uygulamaya konulmasında önem arz eder (Öztürk, 2018). Hemşirelerin klinik karar verme yeteneklerinde yol gösterici temel teorik bilgi ve bilgidir. Uygulama bilgisi mesleki tecrübeden sağlanır. Yeni bilgiler eğitimlerden, bilimsel araştırmalardan, kitaplardan ve en önemlisi gözlem ile yapılan pratiklerden elde edilir (Sucu vd., 2012). Eksik temel teorik bilgi ve uygulama karar vermeyi olumsuz yönde etkiler. Temel teorik bilgisi eksik olan hemşireler uygun hipotezi üretemez ve etkin karar alamaz. Pratik ve uygulamada yetersiz çalışanlar ise karmaşık sorunlarda az sürede çokça veriyi zorunlu

halde alınan kararlarda hata payı çok yükselir (Öztürk, 2018). Sorunun tespit edilmesi, sorunun çözümüne yönelik çeşitli hipotezlerin iyileştirilmesi, aktif çözümün bulunması ve uygun çıkarımın sağlanması hemşirelerde ki bilgi düzeyinin yüksekliği ile oluşmaktadır. Bu durum hemşirelik mesleğinin bilimsel yapı taşlarının var oluşuna delil olacaktır (Karagözoğlu, 2005). "Artan eğitim düzeyi alınan kararları cesaretle alabilme kabiliyetini, hemşirenin kendine olan güvenini hemen planlama ve organizasyon yapmasını kolaylaştıracaktır" (Bektaş vd., 2017). Yapılan bir çalışmada "hemşirenin eğitim seviyesi ile klinik karar verme yetenekleri arasında pozitif etki yaptığı bildirilmiştir" (Bjørk ve Hamilton, 2011). Aynı durumda farklı bir çalışmada ise eğitim, hemşireler üzerinde alınan kararlarda anlamlı ilişkiye sahiptir (Wu vd., 2016: 974-991).

2.3.3.2 Karar vericinin yaşı ve cinsiyeti

"Hemşirelik mesleğinde cinsiyet ve yaşın klinik karar verme yeteneklerini etkilediği görülmüştür" (Ham vd., 2015: 19-29). Kaynaklar incelendiğinde yaşın klinik karar verme becerisi arasında ilişki olduğunu bildiren fazla sayıda yayın olduğu görülmektedir (Bjørk ve Hamilton, 2011; Lauri vd., 2001; Pramilaa, 2018). Hayati önem taşıyan durumlarda klinik karar verme üzerinde hemşire yaşının pozitif bir etkiye sahipken (Bakalis vd., 2003; Mirsaidi vd., 2012). Farklı bir çalışmada ise *"hemşire yaşının, hemşirelik bakım kararlarını verebilme yeteneği üzerine aksi bir etkiye sahip olduğu bildirildiği görülmüştür"* (Paans vd., 2012: 11). Farklı çalışmalarda cinsiyet ile klinik karar verme yeteneği arasında gerçek bir ilişki olduğu saptanmıştır (Lauri vd., 2001; Mirsaidi vd., 2012; Kaya vd., 2011). Farklı bir çalışma da *"erkek cinsiyeti ve klinik karar verme arasında olumlu ilişki kurulmuştur"* (Bjørk ve Hamilton, 2011).

2.3.3.3 Eleştirel düşünme becerisi

Eleştirel düşünme; verilerin toplanması ile çıkan donelerin ışığında gereksinimlerin belirlenmesi, alternatiflerden elverişli planlamanın seçilmesi ve uygulanması, planlanıp, uygulanan işlem neticesinin ölçümlenmesini içeren düşünme süreci becerisidir. Hastanelerin vermiş oldukları sağlık hizmetlerinde yüksek kaliteye ulaşılması için eleştirel düşünme becerisi olmasa olmaz kritik bir öneme sahiptir. Hemşireden beklenti tüm rol ve işlevlerinde eleştirel düşünmeyi teşhir etmesi beklenmektedir. Yol gösterici niteliği taşıyan eleştirel düşünme artık yerel ve yabancı tüm hemşirelik öğrencilerinin müfredatlarında yer almaktadır. (Gürol-Arslan vd., 2009). Kanıta dayalı meslek grubu

olan hemşirelik için ortaya konulan klinik kararlarda teorik bilgi ve uygulamaların analizinde eleştirel bir bakış açısına sahip olmaları zorunlu hale gelmiştir (Bektaş vd., 2017). Bir araştırma da mesleki deneyimin artması ile eleştirel düşünme becerisinin aynı doğrultuda arttığı saptanmıştır (Martin, 2002).

2.3.3.4 Mesleki deneyim

Hemşirelerin karar vermesini etkileyen majör şartlardan biri olan deneyim, hemşirelerin geçmiş tecrübelerinden bilgilendiği ve bu yeni bilginin kombinasyonu ve anlamlandırılması ile oluşan yeni bilgi ve yetenek olarak nitelenebilir (Bjørk ve Hamilton, 2011). Tecrübe, hemşirelerin kendilerine olan inançlarını pozitif yönde etkiler, kararlar alınırken örüntü tanıma modeli ile hastayı bütünsel olarak tanımayı geliştirmesi beklenmektedir (Bjørk ve Hamilton, 2011). Deneyimin, hemşirelerde hastanın durumuyla ilgili işaretleri tanımlama becerisini geliştirdiği ve hasta ile ilgili bu işaretlerin sentezlenmesinde bilişsel süreçlerin uygulamayı artırdığı belirtilmiştir. Böylece sezgisel karar vermeyi destekleyerek klinik karar verme yeteneklerini iyileştirdiği, hastaya uygun doğru girişimleri planlamayı, organizasyonu ve yanlış karar alma olasılığını en alt düzeye indirdiği saptanmıştır (Benner vd., 2008). Yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşirenin mesleki deneyiminin karar verme sürecinde etkin bir rolü olduğu benimsenmiştir (Bjørk ve Hamilton, 2011; Wu vd., 2016; Farčić vd., 2020b; Ham vd., 2015). Ortaya konulan bir çalışmada, alanlarında uzun yıllar çalışmış deneyimli hemşirelerin, risk içeren kararları alarak, tedaviyi uygun şartlarda yönlendirebildiği, hekimlerin kararlarını sorgulayıp, uygun planla değiştirebildiği belirlenmiştir. Yapılan araştırmaların sonuçları incelendiğinde, deneyimin hemşireler açısından pozitif yönde etkilendiği görüşmüştür (Maharmeh vd., 2016).

Benner (1982), Dreyfus modeline dayalı, hemşirelikte beceri kazanmayı beş düzeyde nitelemiştir (Sucu vd., 2012). Bunlar:

- Tecrübesiz Hemşire (intörn veya yeni mezun)
- Tecrübeli Hemşire (meslekte 1-6 ay arasında çalışan)
- Yetkin Hemşire (meslekte 2-3 yıldır çalışan)
- Orta Kıdemli Hemşire (meslekte 3-4 yıldır çalışan)
- Kıdemli Hemşire (meslekte 5 yıl ve üstü çalışan)

Tecrübesiz hemşireler, kurallara ve kurum yönetmeliklerine bağlı ve iş merkezli görevlerini yerine getirirler. Yeterli deneyimi olmayan hemşireler ise karşılaştığı durumla alakalı işaretleri analiz etmede eksikleri vardır ve olayların tek bir yönünü araştırarak hastanın bakımını planlarlar. Kıdemli hemşireler ise, olayları bütüncül yaklaşım ile algılayan, önceki mesleki deneyimlerine dayalı örüntü tanıma yeteneklerine sahiptir. Mesleki alanlarında uzmanlaşmış hemşireler hasta ile ilgili belirtileri betimlerken çözümsel yaklaşımdan farklı olarak sezgisel yaklaşımı tercih etmektedirler. Kıdemli hemşireler, sezgisel yaklaşımla durumla ilgili belirtileri hemen betimleyerek hasta bakımı ile alakalı kararları ivedilikle alabilirler. Fakat, uzman bir hemşire, başka bir birimde çalışması söz konusu olduğunda ya da herhangi yeni bir klinik tablosu olan hastayla ilk kez karşılaşmada tecrübesizdirler işe yeni başlamış gibi tavır sergilerler (Brykczynski, 2002). Benner (1984)'ın tanımladığı yetenek seviyelerine göre hemşirelerin doneleri nasıl topladığı ve topladığı bu verileri nasıl kullandığı saptanarak, klinik bilgi ve yetenek seviyeleri analiz edilebilir. (Brykczynski, 2002; Orsolini-Hain ve Malone 2007). Uzman hemşirelerde simülasyon ve örnek olaylardan yararlanılarak yapılan çalışmalarda, hastayla alakalı belirtileri hızlı bir şekilde saptayabildikleri ve hemşirelik tanısını doğru koyabildikleri tespit edilmiştir (Lamond vd., 1998; Reischman ve Yarandi, 2002). Doğru hemşirelik tanısı koyabilme uzman hemşireler için dikkatlerini planlamalara has bilgilerinin olması ile açıklandığı belirtilmiştir (Lamond vd., 1998). Uzman hemşireler karar alırken ki ortaya koyduğu yaklaşım, deneyimsiz hemşirelerle karşılaştırıldığında uzman hemşirelerin daha iyi seviyede olduğu saptanmıştır (Hoffman vd., 2003). Deneyimsiz hemşirelerin yüksek kaygı düzeyleri, kontrol kaybına neden olarak yapılan işlerin organizasyonunda başarısızlığa neden olmaktadır. Bu durumun hasta güvenliğini riske attığı bildirilmiştir (Sucu vd., 2012).

2.3.3.5 Özerklik

Hemşirelerin doğru kararlar alabilmesi için hasta bakımında profesyonel özerkliği elinde bulundurması ve organize kararlara daha fazla katılım sağlamaları gereklidir (Alaseeri vd., 2019). Hemşirelik mesleği için özerklik kavramı mesleki anlamda klinik karar alırken ki bağımsızlığı olarak nitelendirilebilir. Özerk hemşireler hasta sağlığını tehdit eden tüm unsurların önlenebilmesi adına yoğun efor sağlar. Özerk olduğunu hisseden hemşirelerin mesleki doyumunun arttığı, klinik karar verme süreçlerine daha fazla katılım sağlayacağı

bilgisi aktarılmıştır. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin özerk olduğu ortamlarda daha iyi verimli oldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin özerkliğini artıran başlıca unsurlardan biri eğitim seviyesinin yüksek olmasıdır (Öztürk, 2018). Yürütülmüş başka bir çalışmaya göre alanda 10 yıldan fazla zaman geçirmiş hemşirelerin özerklik seviyelerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Dorgham ve Al-Mahmoud, 2013).

2.3.3.6 Karar verilen durumun karmaşıklığı

Alınan kararların kalitesi hemşirelerde karar vermeyi etkileyen unsurlardan biridir. Karar verilecek durumlarda, verilecek kararların niteliği, sayısı, çözümü ve başka çözüm yollarının varlığı, güvenilirliği kararsızlıkları arttırır (Sucu vd., 2012; Hedberg ve Larsson, 2004). Hastanın mevcut durumundaki değişkenlerin kolay ya da karmaşık olması, verilen kararların zorluk derecelerinin tespit edilmesini sağlar. Kompleks veriler klinik karar verilen durumların kalitesinde, deneyim ve mesleki etkileşimin belirleyici olduğu anlatılmıştır (Currey, Worrall ve Carter, 2001).

2.3.3.7 Karar verilen ortamın özellikleri

Hemşirelikte karar verilecek ortam, karar vermeyi etkileyen başka bir faktördür. Çalışılan kurumun yapısı, hemşireler ve diğer çalışanlar arasında ki destekleyici eğitim faaliyetleri hemşirenin klinik karar vermesini direk etkiler (Hagbaghery vd., 2004). Yapılan çalışmalar iş yoğunluğunun mesleki gruplar arasında ki uyumun klinik karar verme aşamasında önemli etkiye sahiptir (Hoffman vd., 2003). Günümüz koşullarında ki gelişmiş teknolojik yapıların hasta datalarının toplanması ve dataların doğruluğu ile güvenilirliğine hızlı sürede ulaşmaya ve alınan kararlar da ki doğruluk oranının da bu doğrultuda arttığı saptanmıştır (Hedberg ve Larsson, 2004). Çalışma ortamında ki malzeme eksikliklerinin hasta bakım kalitesini düşürdüğü görülmüştür (Currey, Worrall ve Carter, 2001). Çalışılan ortamlarda ki fiziki özellikler; meslektaş etkileşimleri, kurum ve birim yöneticilerinin destekleyici ve öğrenme ortamlarının iyileştirilmesi ile klinik karar vermede aynı doğrultuda etkileyip geliştirir. Yapılan çalışmalar, çalışma alanının ve klinik yoğun iş yükünün klinik karar vermeyi etkilediği görülmüştür (Hoffman vd., 2003). McCleland (2007) yapmış olduğu bir araştırmada vardiyaların olması gerektiğinden fazla olması klinik karar verme yeteneklerini negatif yönde etkilemektedir. Yönetici hemşirelerin, çalışanlar arasında ki doğru iletişim kaynaklarının kullanılmasına özendirerek, verilen karar verme yeteneklerinin gelişimini sürdürerek hastalar için en

doğru kararların verildiği bir ortam oluşturabilmelidir (Marino vd., 2020). Belirsiz ortamlar, çalışma alanlarında ki klinik karar vermeyi etkileyen önemli faktörlerdendir. Bu ortamlar hemşireler için klinik karar verme aşamasında daha çok sezgisel yaklaşım ve başa çıkma yöntemlerini kullanması önerilir. Hemşirelerin karar verirken geçmiş deneyimini ortaya koyarak durumla ilgili herhangi bir doneye sahip olmaması ilgili hasta ile verilecek kararları riskli ve belirsiz bir ortamda aldığı bildirilmektedir.

2.3.3.8 Değerler

Değerler yaşam alanlarında insanların davranış biçimlerini, doğru ve yanlış kavramlarını değerlendirme şekilleri için kullanılan bir ilkelerdir. Değerlendirmek ise görüş ya da tutum değerini, belirli ölçüde karşılaştırmaktır. İnançlar, farklı kültürler, etik ilke ve tutumlar ve en önemlisi vicdan değerleri oluşturur ve etkiler (Sağır, 2006). Karar verme çerçevesinde değerler, olaylar karşısında karar vericiye kılavuz olan öge olarak düşünülebilir. Değerler açısından kendini geliştiren hemşirelerin karar verirken, eleştirel düşünme yeteneklerini doğrudan etkiler (Göriş vd., 2014). Hemşireliğin mesleki değerleri meslektaşları ile iletişimlerinde öncülük etmekte, hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturmakta ve hemşirelerin aldığı kararlarda yol gösterici olmaktadır.

2.3.3.9 Kurum kültürü

Sağlık bakım uygulamalarının kültürü ve doğası hemşirelerin klinik karar verme yeteneklerini etkileyen önemli bir unsurdur. Çalışılan kurumun kimliği, kurum kültürünü ortaya çıkarır. Kurumdaki sistemik yapılar kuralları ve görev tanımlarını belirler. Bazı çalışmalar da bu kuralların ve görev tanımlarının karar verme aşamasında hemşirelere engel olduğu ifade edilmiştir. Çalışma koşulları ve hastaların genel durumu da yetki kullanımında hemşireleri etkilemiştir (Sucu vd., 2012: 52-60).

2.4 Öz Yeterlilik

2.4.1 Öz yeterlilik kavramı

Öz yeterlilik insanların yaşam süreleri boyunca karşılaşmış oldukları olaylar neticesinde, bu olaylarda ki verimliliklerini ve başa çıkma yöntemleri olarak tanımlanabilir (Bandura, 1994). Sosyal öğrenme kuramı açık bir şekilde ortaya konulan ve şahısların verimlilik düzeylerine yönelik çalışmaların organizasyonunu sağlayabilme ve başarıyı

yakalamasına yönelik inancıdır (Bandura, 1994). Öz yeterlilik kavramını, ayrıntılı bir şekilde inceleyecek olursak, "aksiyon alınması gereken durumlarda, hedefe ulaşabilmek, başa gelebilecek olası zorlukların üstesinden gelebilmek için durumları tasarlayabilme, organizasyonunu sağlayabilme, yönetebilme, kontrolü ele alabilme; duygusal, sosyal ve davranışsal kapasite, bilişsel yeterlilikleri ve farkındalığına olan inancı, karar ve anlayabilme ve tüm akış hakkında ne kadar başarılı olarak düşünebiliriz (Uyanıker, 2014). Hedefe ulaşması zor durumlar, güçlü öz yeterliliğe sahip olan kişiler tarafından seçilir. Öz-etkin kişiler gelecek planlaması, bu planlamalarda karşılaşılabilecek durumların analizini çok iyi yapar. Durum neticesine göre de yapılan planlamalara bağlılıklarının daha fazla olması beklenebilir (Luszczynska vd., 2005). Öz yeterlilik inancı, kişilerin yeteneklerinin bir yükümlülüğü değil, bu yeteneklerini göstererek yapabildiklerine dair muhakemesi sonucudur ve yaşanmışlıklar ile gelişir. Kişiler planlamada ki faaliyetlerinin geçerliliğini yorumlar ve faaliyetlerini başkalarının faaliyetleri ile karşılaştırır. Bunun dışında çevresel olarak başka insanlarca tutumlarının belli klasikleri hangi kriterlerde karşıladığı söylenebilir. Yapılan bir çalışmada, beceri düzeyi yüksek olduğuna güvenen kimseler yetenekli olmasa bile kişilerin pozitif yeterlilik hissini yükselttiğini, öz yeterlilik hissiyatı düşük olan kimseler için ise verimsiz tutumlar gösterme eğiliminde olduğunu belirtmiştir (Lök vd., 2009).

2.4.2 Öz yeterlilik kaynakları

Öz yeterlilik kavramını dört temel kaynak ile aktaran Bandura. Bunları *"deneyimler, dolaylı deneyimler, sözel ikna, fiziksel ve duygusal durum"* olarak ele almıştır. Bunların içerisinde gelişim açısından en önemli kaynak deneyim olarak karşımıza çıkar. Tekrarı olan başarılar ise kişilerin mevcut işinde ki öz yeterlilik algısının gelişimine yardımcı olur. Aksi durumlarda ise başarısızlık öz yeterlilik algısının zayıflamasına neden olacaktır. İstisnai başarısızlık durumlarında ise güçlü bir öz yeterlilik düzeyinde etkilenme olmayabilir (Bandura, 1997: 439-457).

Öz yeterliliğe has kavramlar düzey, güç ve genellenebilir ölçekleri ile ölçümlenir.

- *Öz Yeterlilik Düzeyi:* Yapılması olası işlerde ki zorluk seviyesinin tespitini belirlemek için kullanılır.

- *Öz Yeterlilik Gücü:* Olası güç ve zor durumlar karşısında, başarı adına kendine inancı ve güvenin seviyesini saptamak için kullanılır.
- *Öz Yeterliliğin Genellenebilirliği:* İnsanların farklı haller dışında nasıl genellenebileceğini belirtir. Bu teori, kişilerin başarıya olan inançlarının, verimlilik ve isteklerinin bir kısmını biçimlendirdiği görüşüne dayanır (Bandura, 1982). "Bandura'ya göre öz yeterlilik görüşünün ana özellikleri, duygusal süreçler bilişsel, süreçler ve denetim süreci başlıkları ile incelenir" (Bandura, 1997: 439-457).
- *Bilişsel Süreç;* kişilerin tavırları, bilindik amaçlar için maddi öngörüler ile idare edilir. Şahsi hedeflerin tespiti, kişinin hâkim olduğu yetenekler ile ilgili öz saygısını etkiler. Gelişmiş öz yeterlilik düzeyi, kişilerin; zorluk seviyesi yüksek, önemli hedefleri seçme ve seçilen hedef için daha çok çalışma yatkınlıkları vardır. Aynı zamanda bu kimseler, negatif sonuçların üzerinde durmak yerine muhtemel olumlu neticeleri planlar. Düşüncenin önemli fonksiyonlarından birisi, başa gelecek olayların olasılıklarını değerlendirme ve günlük hayatlarına tesir eden olayların muhakeme yapma fırsatı sunar. Koşulların öz yeterliliğin kilit unsuru olduğu sanılmaktadır (Bandura, 1982; Brewer vd., 2009).
- *Duyuşsal Süreç:* İnsanların beceri kabiliyetlerine olan güveni içinden gelerek değil riskli ya da güç olaylarda yaşanılan gerginlik ve bunalımın şiddetine tesir eder (Bandura, 1982; Bandura, 1997). Duygusal tepkiler fikir sürekliliğini farklılaştırarak eylemleri doğrudan veya dolaylı yoldan işleyerek dönüştürebilir. Bu tepkiler kişilerin güçlüklerle başa çıkabilme inançlarına dayanır. Karşılaşılan güç durumlarla başa çıkabileceklerine güvenen kimseler, bu güç olaylara karşı daha rahat tavır sergileyecektir. Organizasyonu sağlanan güç durumlara karşı kişilerin kaygıları azalabilecektir. Bunlar öz yeterliliğin diğer bir kilit unsuru olarak kabul görmektedir (Ulusoy vd., 2011).
- *Denetim Süreci:* kişilerin yaşanmış olayların öz nedenlere ait tutumunu ifade eder. Kişiler, karşılaştıkları olaylar karşısında, dış güçler veya bireysel kararları gibi iç güçler tarafından otorite sağlayabileceklerine güvenmektedir.

2.4.2.1 Deneyimler

En etkin kaynak olan deneyim, kazanılan başarıları ve bu başarı karşısında almış olduğu mükafatları içerdiğinde kişiler benzeşen tutumları göstermeye yönlendirmektir (Açıksöz

vd., 2016). Başarılar kişilerin öz yeterliliğini güçlendirirken, başarısızlıklarda öz yeterliliği düşürebilmektedir. Kişilerin sürekli başarılı olduğu konularda başarısız olunursa kişi güçlü olan öz yeterliliğinde değişim olmayacaktır (Yıldırım ve İlhan, 2010).

2.4.2.2 Dolayla deneyimler

Kazanılmış tecrübelerle birlikte, başka insanların deneyimlerini inceleyerek de kişiler öz yeterliliklerini iyileştirebilir. Yapılan bu gözlem bireyin kendi tecrübeleri kadar etkili olmayacaktır. Bandura'ya göre farkı kişilerden gözlemlenen rol modellerin kendi düşünceleri ile aynı doğrultuda olması, öz yeterliliğin yükselmesinde etkili olduğunu ifade etmiştir (Bandura, 1997).

2.4.2.3 Sözel ikna

Kişinin başarabileceğine ilişkin olaylarda diğer kişilerce verilen geri dönüşlerdir. Pozitif geri dönüşler kişi de öz yeterliliğin güçlenmesinde etkilidir. Bu durum kişinin yinelenen başarısızlar karşısında öz yeterlilik güçlenmesi süreksiz bir hal alabilmektedir. Güvenilebilir insanların tecrübelerinden yola çıkarak geri dönüşte bulunması kişinin öz yeterliliğinin gelişmesinde yönlendirici gücü fazla olabilmektedir (Bandura, 1997).

2.4.2.4 Fiziksel ve duygusal durum

Kişilerin yaşamış oldukları stres, pesimist düşünceler, tükenmişlikler, heyecan, endişe, bunalım vb. hislerin nasıl değerlendirdiği öz yeterlilikleri üzerine bilgi verir. Yaşanmış pozitif hisler öz yeterlilik düzeyinin artmasını sağlarken olumsuz duygu durumlar azaltabilmektedir. Kişi, hakkında ve olaylar neticesinde negatif hisler içerisinde olduğunda kendine dair düşünceleri de negatif yöne çekebilmektedir (Bandura, 1997; Baysal, 2010).

2.4.3 Öz Yeterliliğin birey üzerine etkileri

Başlangıç kelimesi öz olan görüşlerde, kişinin bireysel olarak kendini yorumlamasına hal ve tutumlarını iyileştirmede efektif olmaktadır. Kişilerin yapmış oldukları seçimler ve haller öz yeterlilik kavramından etkilenmektedir. Bandura'ya göre öz yeterlilik inançları kişiler üzerinde dört ana faktör ile etki eder. Bunlar; bilişsel sürece etkisi, motivasyonel sürece etkisi, duyuşsal sürece etkisi seçim sürecine etkisi olarak karşımıza çıkar (Bandura, 1989; Bandura, 1989b; Bandura, 1993; Bandura, 1994; Telef ve Karaca, 2011).

2.4.3.1 Bilişsel sürece etkisi

Öz yeterlilik seviyesi üstün olan kişiler fazlaca verimli bilişsel kaynak sağlarlar ve etraflarını yönetebilmektedirler. Gösterilen başarılara yönelik pozitif durumlar oluşturarak mevcut durumların incelemesini yapabilmekte, gelecek planlamasında çeşitli bakış açılarına sahip olabilmektedirler. Düşük öz yeterlilik düzeyinde olanlar ise; olumsuzluklar karşısında negatif algı oluşturarak verimliliğini düşürüp hep olumsuz senaryolar üzerinde durmaktadır (Uysal, 2016).

2.4.3.2 Motivasyonel sürece etkisi

Kişiler motivasyonlarını kognitif olarak oluştururlar. Kişiler organizasyonlarında başarı kaynakları ile motive olur. İnsani davranış sebeplerini kavrama ve nasıl oluşum sağladıklarının ölçümlerini değerlendirerek motivasyonun sürekliliğini sağlayan kuramlar geliştirilmiştir (Uysal, 2016). Özellikler kuramı ile motivasyon kuramı ilişkili olup, Weiner'in özellikler kuramının hipotezleri iki bölümden oluşmaktadır. İlki nedensellik konjektürü, diğeri ise bu konjektürle bağlantılı olan karakter tutumlarıdır. Başa gelen durumlar ile birlikte başkalarının yaptıklarını kavramak isteyen kişi, bu tutumların sebeplerini değerlendirmekte ve farklı kişilerin tutumlarının sebeplerini saptayan kişi ise bu tutumların nedeni olarak şahsi tutumları olarak kavrayabilmektedir (Bağcıoğlu, 2018).

2.4.3.3 Duyuşsal sürece etkisi

Kişilerin duygu- durumlarının sıralanmasında öz yeterlilik işleyişi hayli öneme sahiptir. Bandura (1994) kişinin olası tehlikeli durumlar karşısında nasıl bir tutum sergileyeceğini öz yeterlilik inancı belirler. Tehditler karşısında kazanılan tecrübelerinden faydalanarak kontrol altına alan kişi yaşanılan olayı anımsayamazken, bu tehdidi alt edebileceğine inanmayan kişi negatif fikirler nedeni ile etkilenir. Yeterlilik hissi ve kişinin duyguları birbirlerinden etkilenebilirler. Öz yeterlilik inancı kişide başından geçen olayları toparlayabilip niteleyebilmesi, analiz neticesinde ön yargı geliştirebilir. Her olumsuz durumda kendini yetersiz hisseden kişilere göre pozitif duygular yaşayan, kendini yeterli hisseden kişilerin alaka ve motivasyonları çok daha güçlü bulunmaktadır (Bağcıoğlu, 2018).

2.4.3.4 Seçim sürecine etkisi

İnsanlar sosyal alanlarını ve kendi yaşam alanlarını oluşturabilmektedir. Öz yeterlilik, seçilmiş olan sosyal alanlarını ve tutumlarını etkileyerek hayatlarını biçimlendirirler. Kişiler başarılı olacaklarını davranışları gözler önünde bulundururken, başarısız olacağına inandığı davranışlardan sakınabilirler. Yetenek ve başarı kabiliyetlerine güvenen kimseler zorlukla baş edebileceğine inanır. Bununla birlikte kişiler farklı seçimler yaparak her senaryodan deneyimlerini, ilgi alanlarını ve çevre ağlarını geliştirebilir (Uysal, 2016).

2.4.4 Hemşirelik ve öz yeterlilik

Bütün meslek gruplarında öz yeterlilik önemli bir yere sahip olduğu kadar hemşirelik mesleğini de oldukça yakından ilgilendiren bir görüştür. Hemşirelik ayrıca insanların sağlık seviyelerini iyileştirme amacı ile yola çıktıkları için bu kavram hemşireler için ayrıca bir öneme sahiptir. Hemşireler, yüksek tecrübe ve akademik veriler ile yüksek standartta sağlık bakım hizmeti verirler (Sergek ve Sertbaş, 2006; Yardımcı ve Başbakkal, 2011).

Hemşireler, kişilerin, aile veya toplumun sağlık bakım seviyesinin güçlendirmek adına planlama, organizasyonu sağlama ve analizinde sağlık bakım hizmetinin etkin bir üyesidir (Ylimaki vd., 2015). Hemşireler vazifelerini yerine getirirken yeteneklerine ve olgunluklarına inanırken hastaların da öz bakımlarına dair kişisel etkinliklerini de harekete geçirmesi gerekmektedir. Hemşireler için sağlık bakım kalitesini geliştirici tutumları kazandıran öz yeterliliğin yükseltilmesi önem arz etmektedir (Nahçıvan, 2012; Sergek ve Sertbaş, 2006; Gözüm ve Aksayan, 1999; Yardımcı ve Başbakkal, 2011; Pisanti vd., 2015). Öz yeterlilik düzeyi güçlü olan hemşirelerde, mesleklerinde ki uygulama pratiklerini geliştirmekte, akademik olarak iyi bir seviyeye gelmekte ve asıl olan hasta bakım sürecinin niteliğini arttırmaktadır (Monajlovich, 2005). Yapılan bir çalışmaya göre; hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerinin orta seviyede bulunduğu, öz yeterlilik düzeyleri güçlü olan hemşirelerin ise sağlıklı yaşam biçim modellerini daha fazla gösterdiklerini aktarmışlardır. Yine aynı çalışmada, hemşirelik mesleğinde öz yeterlilik düzeylerinin arttırılması sunulan sağlık bakım hizmetlerinin niteliğinin artacağı bilgisi aktarılmıştır (Doğan ve Ayaz, 2015). Başka bir çalışma da ise hemşirelerin öz

yeterlilikleri inancının, güçlü olduğu, öz yeterlilik seviyesi; yaş cinsiyet, çocuk sahibi olma, kendine güven, çalışma ortamı, çalışılan ortamı değiştirme isteği gibi durumların faktörler ile bağlantılı olduğunu ortaya koymuşlardır. Öz yeterlilik seviyeleri güçlü olan hemşireler yapmış oldukları işte mutlu oldukları aktarılmıştır (Baysal, 2010).

3. YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Bu araştırma ameliyathane hemşirelerinin klinik karar verme düzeyleri ile öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ameliyathane hemşirelerinin klinik karar verme düzeyleri ile öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Mart 2023 – Haziran 2023 tarihleri arasında, çalışmanın yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi İbni Sina ve Cebeci Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimliğinden kurum izinleri alınarak, hastanelerin ameliyathanelerinde çalışan bu araştırmaya katılmayı kendi rızası ile kabul eden 94 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

3.4 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Mart 2023 – Haziran 2023 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi İbni Sina – Cebeci Tıp Fakültesi Hastaneleri ameliyathanelerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmanın evrenini hastanede aktif olarak görev alan 144 hemşire oluştururken çalışmada alınması gereken minimum örneklem sayısının belirlenmesinde ise evreni bilinen örneklem yöntemi (Baş, 2010) ile hesaplanan 92 hemşire oluşturmuştur. Bu çalışmada ise 94 hemşireye ulaşılmıştır.

$$n: \frac{N*(t^2*p*q)}{d^2*(N-1) + t^2 (p*q)} \qquad (3.1)$$

N: Hedef kitledeki hemşire sayısı (144)
n: Örnekleme büyüklüğü
t: Anlamlılık (α=0.05 için t=1.96)
p: İncelenen olayın görülme sıklığı (Bu çalışma için %50 olarak alınmıştır)

q: incelenen olayın görülmeme sıklığı (p: %50 olduğundan q değeri %50 olarak alınmıştır)
d: Örnekleme hatası (Bu çalışma için 0.05 olarak alınmıştır)

Evrem ve örneklem şu şekilde hesaplanmıştır:

$$n: \frac{144 * (1.96^2 * 0.50 * 0.50)}{0.05^2 * 143 + (1.96^2 * 0.50 * 0.50)} = 92 \quad (3.2)$$

Yapılan hesaplama sonucu 144 kişilik bir evrende, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile alınabilecek minimum örneklem sayısının 92 kişi olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ise örneklemi 94 hemşire oluşturmuştur.

3.4 Hemşirelerin Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Alınma Kriterleri;

- Araştırmanın yürütüldüğü hastanede ameliyathane biriminde çalışıyor olmak.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler çalışmaya dahil edilecektir.

Dışlanma Kriterleri;

- Araştırmanın yürütüldüğü hastanenin ameliyathanesinde çalışmıyor olan
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler çalışmaya dahil edilmeyecektir.

3.5 Araştırmanın Soruları

- Ameliyathane hemşirelerinin kişisel özellikleri ile klinik karar verme düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Ameliyathane hemşirelerinin kişisel özellikleri ile öz yeterlilik düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Ameliyathane hemşirelerinin klinik karar verme düzeyleri ile öz yeterlilik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Ameliyathane hemşirelerinin klinik karar verme düzeyleri ve öz yeterlilik düzeyleri kişisel özelliklere göre fark var mıdır?

3.6 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: hemşirelerin klinik karar verme ve öz yeterlilik durumları oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, mezuniyet, çalışma süresi, vardiya şekli, cerrahi branş, çalışma memnuniyeti, ameliyathanedeki görev bilgileri oluşturmaktadır.

3.7 Veriler ve Toplanması

3.7.1 Veri toplama araçları:

Çalışmada veri toplama aracı olarak "Kişisel Bilgi Formu, (EK-4)"," Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (EK-5b)", "Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeği (EK-5a)" ve "Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-3)" kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (EK-4); Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacı ile geliştirilen 9 sorudan oluşmaktadır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, mezuniyet, çalışma süresi, vardiya şekli, cerrahi branş, çalışma memnuniyeti, ameliyathanedeki görev yeri soruları yer almaktadır.

Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (EK-5b): Jenkins'in ABD'de hemşirelik öğrencilerinde geliştirildiği, Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Durmaz-Edeer ve Sarıkaya (2015) tarafından yapıldığı, hemşirelikte klinik karar verme ölçeği 40 madde ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçek boyutları; seçenek ve fikirleri araştırmak, amaçları ve değerleri soruşturmak, sonuçları değerlendirmek, bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemektir. Alt ölçekler 10'ar maddeden oluşmaktadır. 18 madde negatif yönlü iken, 22 madde pozitif anlamlıdır. Ölçeğin her bir maddesi 5=Her zaman, 4=sık sık, 3=Ara sıra, 2=Nadiren, 1=Asla olarak değerlendirilmektedir (Jenkins, 1983). Ölçeği ameliyathane hemşireleri dolduracaktır. Ölçekte toplam puan 40 – 200 arasında alt ölçekler ise, 10 – 50 puanlar alınmaktadır. Puan oranı yükseldikçe, karar verme algısının arttığı, düştükçe algıdan uzaklaştığını göstermektedir. Toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları ile değerlendirme yapılacaktır. (Jenkins, 1983; Jenkins, 2001). Türkçeye uyarlanan HKKVÖ'nün bu araştırmada ki Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.70'dir. (Jenkins, 1983; Jenkins, 2001).

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (EK-5a): Sherer ve diğerleri (1982) tarafından orijinali 23 maddeden oluşan genel öz yeterlilik inanç ölçeğinin; Türkiye için 2010 yılında Yıldırım ve İlhan geçerlilik güvenilirlik çalışması yapmıştır. Türkçeye uyarlanan 17 maddeden oluşan genel öz yeterlilik ölçeğinde 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12 ve 17. madde başlama, 3, 13, 14, 15, 16. Maddeler yılmama,1, 8, 9 maddeler sürdürme çabası/ısrar olarak 3 boyutta ele alınmıştır. Genel öz yeterlilik inanç ölçeğinde; 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17. Maddeler ters puanlanmaktadır. Toplam puan 17 – 85 arasında değişmektedir. Puan artışı ile öz yeterlilik inancında artışı göstermektedir. Çalışmamızın cronbach alpha katsayısı 0.80 ve ikinci kez ulaşılabilen toplam 236 kişiden elde edilen veriler üzerinden elde edilen test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur (Yıldırım ve İlhan, 2010: 129-135). Bu araştırmada ki cronbach alpha katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur.

Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-3): Çalışmaya katılan hemşirelere bilgilendirilmiş onam formu açıklanıp imzalatılarak rızaları alınmıştır.

3.7.2 Veri toplama yöntemlerinin uygulanması

Ankara Üniversitesi İbni Sina – Cebeci Tıp Fakültesi Hastanelerinin ameliyathane biriminde çalışan hemşireler ile anket yöntemiyle yazılı olarak yaklaşık 25-30 dk. Sürede yüz yüze yapıldı. Araştırma verilerinin toplanmasında; "Bilgilendirilmiş Onam Formu", "Kişisel Bilgi Formu", "Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği" ve "Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeği" kullanıldı.

3.8 Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yürütülebilmesi için gerekli etik kurul izini 23.02.2023 tarihli Maltepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (EK-2). Çalışmanın uygulanacağı Ankara Üniversitesi İbni Sina-Cebeci Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimliği'nden 05.01.2023 tarihli E-32557014-604.01.02-779004 sayılı kurum izini alınmıştır (EK-1c). Çalışmaya alınan hemşirelerden ise yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (EK-4). Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeği kullanımı için ilgili yazardan kullanım izini alınmıştır (EK-1a). Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği kullanımı için ilgili yazardan ölçek kullanım izini alınmıştır (EK-1b).

3.9. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Araştırma verilerinin analizi, Statistical Package for Social Science (SPSS) 26.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi değerler verilmiştir. Parametrik değişkenlerin karşılaştırılması amacı ile iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test) kullanılırken, parametrik olmayan değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskall Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Pearson Korelasyon analizi tercih edilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği ve Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeği çarpıklık, basıklık ve Cronbach's Alpha değerleri

	Çarpıklık	**Basıklık**	**Cronbach's Alpha**
HKKVÖ	-0.438	-0.402	0.70
GÖYİY	-0.358	-0.730	0.86
GÖYİY (Başlama)	-.740	.245	0.84
GÖYİY (Yılmama)	-.208	-.817	0.65
GÖYİY (Sürdürme çabası/ısrar)	-.406	-.245	0.42

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için tanımlayıcı istatistik ölçüleri olan Çarpıklık ve Basıklık değerleri dikkate alınmıştır (Kalaycı, 2014). Çarpıklık ve Basıklık değerlerinin +2,0 ve -2,0 arasında olması durumunda verilerin normal dağıldığı söylenebilir (George ve Mallery, 2010). Buna göre bu çalışmada kullanılan ölçeklerin Çarpıklık ve Basıklık değerleri açısından incelendiğinde verilerin normal veya normale yakın dağılım gösterdiği belirlenmiştir. HKKVÖ ölçeğinin bu çalışmadaki çarpıklık değeri (-0,438), basıklık değeri (-0,402) olup, ölçeğin iç tutarlılık analizi sonucu Cronbach α güvenirlik katsayısı 0,70 olarak hesaplanmıştır. GÖYİY ölçeğinin bu çalışmadaki çarpıklık değeri (-0,358), basıklık değeri (-0,730) olup, Cronbach α değeri ise 0,86 olarak hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

4.1 Bulgular

Ameliyathanede çalışan hemşirelerde klinik karar verme düzeyi ve öz yeterlilik düzeyi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma bulguları,

- Ameliyathane Hemşirelerin kişisel bilgilerine ait bulgular
- Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği ve Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeklerinin puan ortalamalarına ait bulgular
- Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği ve Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeklerinin hemşirelerin kişisel bilgi verilerine ait bulgular
- Hemşirelikte Klinik Karar verme ölçeği ile Genel öz yeterlilik inanç ölçeği ve alt boyutlarının birbirleriyle korelasyonuna ait bulguları olmak üzere 4 başlıkta incelenmiştir.

Tablo 2. Ameliyathane hemşirelerin kişisel bilgilerine ait bulgular (N=94)

Cinsiyet	Kadın	76	80,9
	Erkek	18	19,1
Medeni durum	Evli	60	63,8
	Bekar	34	36,2
Mezuniyet	Ön Lisans	9	9,6
	Lisans	77	81,9
	Yüksek Lisans	8	8,5
Ameliyathanede çalışma süresi	10 yıldan az	44	46,8
	10 yıl ve üzeri	50	53,2
Ameliyathanede çalışma şekli	Sürekli gündüz	47	50
	Gündüz ve gece	47	50
Görev aldığı cerrahi branş	Genel Cerrahi	17	18,1
	KBB	8	8,5
	Beyin Cerrahi	10	10,6
	Ortopedi	15	16
	Üroloji	10	10,6
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	13	13,8
	Plastik Cerrahi	4	4,3
	Kalp ve Damar Cerrahi	8	8,5
	Çocuk Cerrahi	5	5,3
	Göğüs Cerrahi	4	4,3
Çalışma alanından memnuniyet	Memnun	43	45,7
	Memnun değil	51	54,3
Ameliyathanedeki görev	Yönetici hemşire	6	6,4
	Scrup ve sirküle hemşire	88	93,6

Tablo 2'de hemşirelerin tanımlayıcı verilerine ait frekans analizi gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda hemşirelerin %80.9'u (n:76) kadın, %19.1'i (n:18) erkeklerden oluşmaktadır. Hemşirelerin %63.8'i (60) evli, %36.2'si (34) bekar bireylerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan personelin eğitim durumu değerlendirildiğinde; Ön lisans mezunu %9.6 (n:9), Lisans mezunu %81.9 (n:77) ve Yüksek Lisans mezunu ise %8.5 (n:8)' dir. Hemşirelerin ameliyathanede çalışma süresine göre sınıflandırıldığında; on yıldan az çalışanların oranı %46,8 (n:44), on yıl ve üzeri çalışanların oranı ise %53.2 (n:50)'dir. Ameliyathanede çalışma şekline göre sınıflandırıldığında, hemşirelerin %50'si (n:47) sürekli gündüz çalışan, %50'si (n:47) gündüz ve gece vardiyalı çalışan bireylerden oluşmaktadır. Hemşirelerin görev aldığı cerrahi branşa göre sınıflandırması bulguları ise şu şekildedir. Genel cerrahi %18.1 (n:17), Kulak Burun-Boğaz %8.5 (n:8), Beyin Cerrahi %10.6 (n:10), Ortopedi %16 (n:15), Üroloji %10.6 (n:10), Kadın Hastalıkları ve Doğum %13.8 (n:13), Plastik Cerrahi %4.3 (n:4), Kalp ve Damar Cerrahi %8.5 (n:8), Çocuk cerrahi %5.3 (n:5), Göğüs cerrahi %4.3 (n:4)'dir. Çalışma alanından memnuniyete göre sınıflandırıldığında ise hemşirelerin %45.7'si (n:43) memnun, %.54.3'ü (n:51) memnun olmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin ameliyathanedeki görevlerine göre yapılan sınıflandırılma sonucuna göre %6.4'ü (n:6) yönetici hemşire, %93.6'sının (n:88) scrup ve sirküle hemşire olarak çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği ve Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeklerinin puan ortalamalarına ait bulgular (N=94)

	Min.	**Max.**	**x̄**	***ss***
HKKVÖ	81	129	106.26	12.69
GÖYİY	50	85	69.62	9.65
GÖYİY (Başlama)	17	45	35.62	6.57
GÖYİY (Yılmama)	11	25	19.58	3.53
GÖYİY (Sürdürme çabası/ısrar)	6	15	10.88	2.15

HKKVÖ: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği,
GÖYİY: Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeği, x̄: ortalama, ss: standart sapma.

Tablo 3'de HKKVÖ ve GÖYİY ölçeklerinin bu çalışmadaki skorlarından elde edilen sonuçlar incelenmiştir. HKKVÖ ölçeğinin bu çalışmadaki en düşük puanı 81, en yüksek

puanı 129 olup ölçekten alınan ortalama puan 106,26 ± 12,69 olarak hesaplanmıştır. HKKVÖ'de en düşük puanın 40 en yüksek puanın 200 olduğu bilindiğinden araştırma sonucunda elde edilen veriye göre çalışmaya katılan ameliyathane hemşirelerin klinik karar verme algılarının ortalama düzeyde olduğu görülmüştür.

GÖYİY ölçeğinden alınan en düşük puan 50, en yüksek puan 85 olup, ölçek ortalaması 69,62 ± 9,65 olarak hesaplanmıştır. Ölçek toplam puanı 17 ile 85 arasında değişebilmekte olup araştırma elde edilen verilerin ortalamanın çok üzerinde olduğu görülmüştür. GÖYİY ölçeği üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin birinci alt boyutu olan 'Başlama' boyutundan alınan en düşük puan 17, en yüksek puan 45 olup, başlama alt boyutunun bu çalışmadaki ortalaması 35,62±6,57 olarak hesaplanmıştır. Başlama alt boyutunda ölçek toplam puanının 9 ile 45 arasında olup araştırmada çıkan değerin yine ortalamanın üzerinde bir değer olduğu görülmüştür. Ölçeğin ikinci alt boyutu olan 'Yılmama' boyutundan alınan en düşük puan 11, en yüksek puan 25 olup, bu boyutun ortalaması 19,58±3,53 olarak hesaplanmıştır. Yılmama alt boyutunda ölçek toplam puanının 5 ile 25 arasında olup araştırma verilerinde elde edilen değerin ortalamanın çok üzerinde olduğu görülmüştür. Sürdürme çabası/ısrar alt boyutundan alınan en düşük puan 6, en yüksek puan 15 olup, ortalaması 10,88±2,15 olarak hesaplanmıştır. Sürdürme çabası/ısrar alt boyutunda ölçek toplam puanının 3 ile 15 arasında olup araştırmada elde edilen değerin ortalamanın çok üzerinde olduğu görülmüştür. Elde edilen bu çalışma verilerine göre çalışmaya katılan hemşirelerin öz yeterlilik inanç düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Hemşirelerin yaşı ve ölçek puanları arasındaki ilişkye ait bulgular (N=94)

	HKKVÖ	**GÖYİY**	**GÖYİY-B**	**GÖYİY-Y**	**GÖYİY-S**
Yaş	r:-.071	r:.373	r:.023	r:.130	r:.233
	p:.494	**p:.000****	p:0.824	p:0.212	**p:.024***

HKKVÖ: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği,
GÖYİY: Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeği
GÖYİY-B: Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeğinin Başlama alt boyutu,
GÖYİY-Y: Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeğinin yılmama alt boyutu,
GÖYİY-S: Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeğinin sürdürme çabası/ısrar alt boyutu.

Tablo 4'te Hemşirelerin yaşı ile ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon özetlenmiştir. Çalışmadaki hemşirelerin yaşı ile HKKVÖ puanı arasında istatistiksel

açıdan anlamlı korelasyon bulunmamıştır (p>0,05). Bu sonuç hemşirelikte klinik karar verme düzeyinin, ameliyathanede çalışan bireylerde yaş ile ilişkisinin olmadığını göstermektedir.

Yaş ile GÖYİY puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (p<0,05). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin yaşı arttıkça öz yeterlilik inanç düzeyleri de artış göstermektedir.

Hemşirelerin yaşı ile GÖYİY ölçeğinin alt boyutları olan 'Başlama' ve 'Yılmama' alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Buna karşın Hemşirelerin yaşı ile GÖYİY ölçeğinin alt boyutu olan 'Sürdürme çabası/ısrar' alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur (p<0,05). Ameliyathane hemşirelerinde yaş arttıkça sürdürme çabasının arttığı sonucuna varılabilir.

Tablo 5. Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği ve Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeklerinin hemşirelerin kişisel bilgi verilerine ait bulgular (N=94)

	HKKVÖ			**GÖYİY**		
	$\bar{x} \pm SD$	**Test**	**p**	**$\bar{x} \pm SD$**	**Test**	**p**
Cinsiyet						
Kadın	107.18±12.54	Z:-1.437	0.151	69.70±9.11	Z: -.043	.965
Erkek	102.33±12.96			69.28±11.83		
Medeni durum						
Evli	105.12±11.59	t:-1.157	0.250	69.98±10.17	t:.488	.626
Bekar	108.27±14.41			68.97±8.78		
Ameliyathanede çalışma süresi						
On yıldan az	108.14±13.58	t:1.354	0.179	67.93±8.81	t:-1.607	.112
On yıl ve üzeri	104.60±11.76			71.10±10.13		
Ameliyathanede çalışma şekli						
Sürekli gündüz	105.15±13.12	t:-.844	.401	69.66±10.27	t:.043	.966
Gündüz ve gece	107.36±12.30			69.58±9.04		
Çalışma alanından memnuniyet						
Memnun	106.61±12.48	t:.244	.808	71.79±9.94	t:2.046	**.044***
Memnun değil	105.96±12.99			67.78±9.04		
Ameliyathanedeki görev						
Yönetici hemşire	108.67±8.36	Z:-.402	.687	78.33±5.50	Z:-2.415	**.016***
Scrup ve sirküle hemşire	106.09±12.96			69.02±9.57		

Mezuniyet						
Ön Lisans	[a]95.22±9.51			68.22±12.96	KW:.054	.816
Lisans	[b]107.18±12.69	KW:8.335	**.004****	69.81±9.63		
Yüksek Lisans	[b]109.75±10.49			69.38±5.21		

a<b, *p<0.05, **p<0.005, **HKKVÖ:** Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği, **GÖYİY:** Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeği

Tablo 5'te Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği ve Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeği puanlarının farklı gruplarda karşılaştırılmasına ait bulgular özetlenmiştir. Çalışmadaki kadın hemşirelerin HKKVÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalaması (107,18±12,54) olup, erkek hemşirelerin puan ortalaması ise (102,33±12,96)'dir. Kadın hemşirelerin GÖYİY ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması (69,70±9,11), erkek hemşirelerinin GÖYİY ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ise (69,28±11,83)' dir. Yapılan 'Mann-Whitney U testi' sonucunda HKKVÖ ve GÖYİY ölçek puanları kadın ve erkek grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur (p>0,05). Bu çalışmada, klinik karar verme ve öz yeterlilik düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

Evli hemşirelerin HKKVÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalaması (105,12±11,59), bekar hemşirelerin HKKVÖ ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ise (108,27±14,41)' dir. Evli hemşirelerin GÖYİY ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması (69,98±10,17) olup, bekar hemşirelerin ölçekten aldıkları puanların ortalaması ise (68,97±8,78)' dir. HKKVÖ ve GÖYİY ölçek puanları evli ve bekar gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için yapılan 'Bağımsız örneklemler için t test' sonucunda, iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Ameliyathanede çalışma süresi dikkate alındığında, on yıldan az çalışan hemşirelerin HKKVÖ ölçeği puan ortalaması (108,14±13,58), on yıldan fazla ameliyathanede çalışan hemşirelerin ortalaması ise (104,60±11,76) olarak hesaplanmıştır. GÖYİY ölçek puan ortalamaları on yıldan az çalışan grupta (67,93±8,81), on yıldan fazla çalışan grupta ise (71,10±10,13) olarak hesaplanmıştır. HKKVÖ ve GÖYİY ölçek puanlarının çalışma yılı ile ilişkili olup olmadığını belirlemek için yapılan 'Bağımsız örneklemler için t test' sonucunda, on yıldan az çalışan hemşireler ile on yıldan fazla çalışan hemşireler arasında istatistiksel açıdan anlamlılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Ameliyathanede sürekli gündüz çalışan hemşirelerin HKKVÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalaması (105,15±13,12), gündüz ve gece (vardiyalı) çalışan bireylerin ortalaması ise (107,36±12,30) olarak hesaplanmıştır. GÖYİY ölçeğinden alınan puanların ortalamaları ise sürekli gündüz çalışan hemşirelerin olduğu grupta (69,66±10,27), gündüz ve gece çalışan hemşirelerin olduğu grupta ise (69,58±9,04) olarak hesaplanmıştır. HKKVÖ ve GÖYİY ölçek puanlarının ameliyathanede çalışma şekli açısından değerlendirildiğinde sürekli gündüz çalışan grup ile gündüz ve gece çalışan grup arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma alanından memnun olan grupta HKKVÖ ölçeğinin puan ortalaması (106,61±12,48), memnun olmayan grupta HKKVÖ ölçeğinin puan ortalaması (105,96±12,99) olarak hesaplanmıştır. HKKVÖ ölçek puanlarının çalışma alanından memnuniyet ile ilişkisini belirlemek için yapılan 'Bağımsız örneklemler için t test' sonucunda hemşirelikte klinik karar verme düzeyinin, çalışma alanından memnun olan ve memnun olmayan gruplar arasında farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Öz yeterlilik inanç düzeyi puanı, çalışma alanından memnun olan grupta (71,79±9,94), çalışma alanından memnun olmayan gruptan (67,78±9,04) yüksek bulunmuştur. Öz yeterlilik inanç düzeyi, çalışma alanından memnun olan ve memnun olmayan gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($t:2,046$, $p<0,05$). Bu bulguya göre çalışma alanından memnun olan grubun öz yeterlik inanç düzeyi çalışma alanından memnun olmayan gruptan anlamlı düzeyde yüksektir.

Yönetici hemşirelerin olduğu grupta HKKVÖ puan ortalaması (108,67±8,36), Scrup ve sirküle olarak çalışan hemşirelerin olduğu grupta ise (106,09±12,96) olarak hesaplanmıştır. Yapılan 'Mann-Whitney U testi' sonucunda HKKVÖ ölçek puanı yönetici hemşireler ve Scrup ve sirküle hemşireler arasında farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Yapılan bu çalışmada yönetici hemşirelerin öz yeterlilik inanç düzeyi (78,33±5,50), Scrup ve sirküle olarak çalışan hemşirelerin öz yeterlilik inanç düzeyinden (69,02±9,57) yüksek bulunmuştur. GÖYİY ölçek puanları yönetici hemşireler ve Scrup ve sirküle hemşireler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Z:-

2,415, p<0,05). Bu bulguya göre yönetici hemşirelerin öz yeterlik düzeyleri scrup ve sirküle hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksektir.

Mezuniyet durumu Ön Lisans, Lisans ve Yüksek Lisans olan gruplarda HKKVÖ ölçek puanları istatistiksel açıdan farklılık göstermiştir (KW:8,335, p<0,05). Yapılan 'Kruskal Wallis testi' sonucunda Ön Lisans mezunu hemşirelerin klinik karar verme düzeyi (95,22±9,51), Lisans mezunu hemşireler (107,18±12,69) ve Yüksek Lisans mezunu hemşirelerden (109,75±10,49) anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

GÖYİY ölçek puan ortalamaları Ön Lisans mezunu hemşirelerin olduğu grupta (68,22±12,96), Lisans mezunu hemşirelerin olduğu grupta (69,81±9,63), Yüksek Lisans mezunu hemşirelerin olduğu grupta ise (69,38±5,21) olarak hesaplanmıştır. GÖYİY ölçek puanı Ön Lisans, Lisans ve Yüksek Lisans mezunu hemşireler arasında farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 6. Hemşirelikte Klinik Karar verme ölçeği ile Genel öz yeterlilik inanç ölçeği ve alt boyutlarının birbirleriyle korelasyonuna ait bulgular (N=94)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HKKVÖ (1)	1	r:.355	r:.372	r:.261	r:.056
		p:.000**	**p:.000****	**p:.011***	p:0.594
GÖYİY (2)		1	r:.441	r:.424	r:.268
			p:.000**	**p:.000****	**p:.009****
GÖYİY-B (3)			1	r:.619	r:.363
				p:.000**	**p:.000****
GÖYİY-Y (4)				1	r:.551
					p:.000**
GÖYİY-S (5)					1

HKKVÖ: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği, **GÖYİY:** Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeği **GÖYİY-B:** Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeğinin Başlama alt boyutu, **GÖYİY-Y:** Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeğinin yılmama alt boyutu, **GÖYİY-S:** Genel Öz Yeterlilik İnanç Ölçeğinin sürdürme çabası/ısrar alt boyutu.

Tablo 6'da HKKVÖ, GÖYİY ölçekleri ve GÖYİY ölçeği alt boyutlarına ait korelasyon analizi sonuçları özetlenmiştir. Çalışmadaki hemşirelerin HKKVÖ düzeyleri ile GÖYİY düzeyleri ve GÖYİY-B ile GÖYİY-Y alt boyutu arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur **(p<0,05).** Bu sonuç hemşirelerin klinik karar verme düzeyi arttıkça, öz yeterlilik inanç düzeylerinin arttığını göstermektedir. Bununla birlikte hemşirelerdeki klinik karar verme düzeyi arttıkça 'başlama' ve 'yılmama' düzeyleri de artmaktadır.

HKKVÖ puanı ile GÖYİY ölçeğinin alt boyutu olan ‘sürdürme çabası/ısrar’ alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (p>0,05).

GÖYİY ölçeği toplam puanı ile ölçeğin alt boyutları olan ‘Başlama’, ‘Yılmama’ ve ‘Sürdürme çabası/ısrar’ alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur **(p<0,05).** Bu sonuç, ölçek alt boyutları olan başlama, yılmama ve sürdürme çabası/ısrar davranışlarının öz yeterlilik düzeyine katkısı olduğunu göstermektedir.

GÖYİY-B puanı ile GÖYİY-Y ve GÖYİY-S puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05). GÖYİY-Y ve GÖYİY-S alt boyutlarından alınan puanların birbiriyle korelasyonu istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

4.2 Tartışma

Ameliyathanede çalışan hemşirelerde klinik karar verme düzeyi ve öz yeterlilik düzeyi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma 4 başlık ile ele alınmıştır.

1. Ameliyathane hemşirelerin kişisel bilgilerine ait bulguların tartışılması
2. Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ve genel öz yeterlilik inanç ölçeklerinin puan ortalamalarına ait bulguların tartışılması
3. Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ve genel öz yeterlilik inanç ölçeklerinin hemşirelerin kişisel bilgi verilerine ait bulguların tartışılması
4. Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ile genel öz yeterlilik inanç ölçeği ve alt boyutlarının birbirleriyle korelasyonuna ait bulguların tartışılması

4.2.1 Ameliyathane hemşirelerin kişisel bilgilerine ait bulguların tartışılması

Ameliyathane hemşirelerin %80.9’u kadın, %19.1’i erkeklerden oluşmaktadır. Cangüleç (2020) yapmış olduğu çalışma da kadınlar %69.1 kadın %30.9 erkek bireylerden oluştuğu görülmüştür. Farčić vd., (2020a)’nın yapmış olduğu çalışma da %91.1 kadın, %8.9 erkek hemşirelerden oluşmaktadır. Öztürk (2018) yapmış olduğu çalışma da %.25 erkek, %75 kadın olmak üzere kadın katılımcıların yüksek oranda olduğu bir çalışma yapmıştır. Hemşirelerin %63.8’i (60) evli, %36.2’si (34) bekar bireylerden oluşmaktadır. Uyanıker (2014) yapmış olduğu çalışma da %73.3 evli, %26.6 bekar çalışanlar oluşturmuştur.

Cangüleç (2020) yapmış olduğu çalışma da ise %61.7 evli, %38.3 bekar olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumu değerlendirildiğinde; Ön lisans mezunu %9.6, Lisans mezunu %81.9 ve Yüksek Lisans mezunu ise %8.5' dir. Cangüleç (2020)'in yapmış olduğu çalışmada %9.9 sağlık meslek lisesi, %2.5 ön lisans, %71.6 lisans ve %16 yüksek lisans eğitimi alan katılımcıların olduğu araştırma grubu ile çalışmıştır. Uyanıker (2014)'in yönetici hemşireler ile yapmış olduğu çalışma da %48.3 yüksek lisans eğitimi alan hemşire grubu dikkat çekmektedir. Farčić vd. (2020a)'nın 584 hemşire ile gerçekleştirdiği çalışma da lisans üstü eğitim alan %2.6 çalışma grubu dikkat çekmektedir. Mezuniyet düzeyi yükseldikçe hemşirelerin almış olduğu eğitim nitelikli, bilimsel ve kanıta dayalı profesyonel bir meslek grubu haline gelir. Hemşirelerin ameliyathanede çalışma süresine göre sınıflandırıldığında; on yıldan az çalışanların oranı %46,8, on yıl ve üzeri çalışanların oranı ise %53.2 'dir. Cangüleç (2020)'in çalışmasında 5 yıl üzeri çalışma süresine sahip %49.4 çalışma grubu ile çalışırken Uyanıker (2014) çalışmasında kullandığı grubun %85.8 10 yıl ve üzeri çalışma yılı dikkat çekmektedir. Ameliyathanede çalışma şekline göre sınıflandırıldığında, hemşirelerin %50'si (n:47) sürekli gündüz çalışan, %50'si gündüz ve gece vardiyalı çalışan bireylerden oluşmaktadır. Hemşirelerin görev aldığı cerrahi branşa göre sınıflandırması bulguları ise şu şekildedir. Genel cerrahi %18.1, kulak burun-boğaz %8.5, beyin cerrahi %10.6, ortopedi %16, üroloji %10.6, kadın hastalıkları ve doğum %13.8, plastik cerrahi %4.3, kalp ve damar cerrahi %8.5, çocuk cerrahi %5.3, göğüs cerrahi %4.3'dir. Çalışma alanından memnuniyete göre sınıflandırıldığında ise hemşirelerin %45.7'si memnun, %.54.3'ü memnun olmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin ameliyathanedeki görevlerine göre yapılan sınıflandırılma sonucuna göre %6.4'ü yönetici hemşire, %93.6' sının scrup ve sirküle hemşire olarak çalıştığı belirlenmiştir. Cangüleç (2020) psikiyatri kliniğinde yapmış olduğu çalışma da %14.8 oranda yönetici hemşire bulunmaktadır. Çalışmamız literatür ile uyumlu bulunmuştur (Tablo 1).

4.2.2 Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ve genel öz yeterlilik inanç ölçeklerinin puan ortalamalarına ait bulguların tartışılması

HKKVÖ ölçeğinin bu çalışmadaki en düşük puanı 81, en yüksek puanı 129 olup ölçekten alınan ortalama puan 106,26 ± 12,69 olarak hesaplanmıştır. HKKVÖ'de en düşük puanın

40 en yüksek puanın 200 olduğu bilindiğinden araştırma sonucunda elde edilen veriye göre çalışmaya katılan ameliyathane hemşirelerin klinik karar verme algılarının ortalama düzeyde olduğu görülmüştür. Kullanılan ölçek ile ilgili toplam puan düştükçe karar verme algılarında gerileme, yükseldikçe karar verme algı ve becerilerinin olumlu düzeyde yükseldiği belirtilmektedir (Jenkins, 2001). Cangüleç (2020)' in bir kamu eğitim araştırma hastanesinde psikiyatri hemşireleri ile yaptığı araştırmada 147.25±12,98 puan alınmıştır. Başka bir kamu hastanesinin acil servisinde çalışan hemşireler ile yapılan çalışma da ortalama puan 95.15±9,37 olarak bulunmuş (Öztürk, 2018), üniversite hastanesinde çalışan tüm hemşirelere uygulanan başka bir çalışma da ise 125.1±21,8 puan karşımıza çıkmaktadır (Ay vd., 2016). Hırvatistan da hastanelerde yapılan tüm hemşirelerin dahil edildiği bir çalışmada 135.8±27.6 puan saptanmıştır (Farčić vd., 2020a). Ameliyathane hemşireleri ile yapılan bu çalışma literatür verileri ile karşılaştırıldığında HKKVÖ toplam puanının az farkla düşük olduğu görülmektedir. Ameliyathane hemşirelerinin diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre doğası gereği daha az klinik karar verdikleri olağan olsa da toplam puanın en yüksek 200 olduğu bu ölçek baz alındığında, klinik karar verme yönünden ameliyathane hemşirelerinin becerilerinin gözden geçirilip iyileştirilmesine ve geliştirilmesine yönelik çalışmalara gerek olduğu söylenebilir.

GÖYİY ölçeğinden alınan en düşük puan 50, en yüksek puan 85 olup, ölçek ortalaması 69,62 ± 9,65 olarak hesaplanmıştır. Ölçek toplam puanı 17 ile 85 arasında değişebilmekte olup araştırma elde edilen verilerin ortalamanın çok üzerinde olduğu görülmüştür. Uyanıker'in (2014) yönetici hemşireler ile yapmış olduğu çalışma da 68,29 puan ortalaması ile yönetici hemşirelerin yüksek öz yeterlilik inanç düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. Çalışma karşılaştırıldığında ameliyathane hemşireleri ile yönetici hemşireler arasında anlamlı istatiksel veriye ulaşılamamıştır. GÖYİY ölçeği üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin birinci alt boyutu olan 'Başlama' boyutundan alınan en düşük puan 17, en yüksek puan 45 olup, başlama alt boyutunun bu çalışmadaki ortalaması 35,62±6,57 olarak hesaplanmıştır. Uyanıker'in (2014) yapmış olduğu çalışma da 37,29±4,67 puan bulunmuş çalışma verisi ile uyumlu olduğu görülmüştür. Başlama alt boyutunda ölçek toplam puanının 9 ile 45 arasında olup araştırmada çıkan değerin yine ortalamanın üzerinde bir değer olduğu görülmüştür. Ölçeğin ikinci alt boyutu olan 'Yılmama' boyutundan alınan en düşük puan 11, en yüksek puan 25 olup, bu boyutun ortalaması

19,58±3,53 olarak hesaplanmıştır. Yılmama alt boyutunda ölçek toplam puanının 5 ile 25 arasında olup araştırma verilerinde elde edilen değerin ortalamanın çok üzerinde olduğu görülmüştür. Uyanıker'in (2014) yapmış olduğu çalışmada 19,58±2,49 ortalama puan tespit edilmiş benzer istatiksel veriye ulaşılmıştır. Sürdürme çabası/ısrar alt boyutundan alınan en düşük puan 6, en yüksek puan 15 olup, ortalaması 10,88±2,15 olarak hesaplanmıştır. Sürdürme çabası/ısrar alt boyutunda ölçek toplam puanının 3 ile 15 arasında olup araştırmada elde edilen değerin ortalamanın çok üzerinde olduğu görülmüştür. Uyanıker'in (2014) yapmış olduğu çalışmada 11,43±1,81 puan bulunmuş bu alt boyutta da benzer istatiksel veri ile karşılaşılmıştır. Genç L. (2019)'nin İstanbul da bulunan özel hastaneler zincirinde 301 hemşire ile yapmış olduğu çalışma da sırası ile toplam, başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar verileri; 65,94±9,99, 35,83±7,04, 19,06±3,46, 11,04±2,28 puan elde etmiş karşılaştırılan çalışmaların birbirleri ile istatiksel anlamda uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu çalışma verilerine göre çalışmaya katılan hemşirelerin öz yeterlilik inanç düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Öz yeterlilik düzeyi güçlü olan hemşirelerde, mesleklerinde ki uygulama pratiklerini geliştirmekte, akademik olarak iyi bir seviyeye gelmekte ve asıl olan hasta bakım sürecinin niteliğini arttırmaktadır (Monajlovich, 2005) (Tablo 3).

4.2.3 Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ve genel öz yeterlilik inanç ölçeklerinin hemşirelerin kişisel bilgi verilerine ait bulguların tartışılması

Çalışmadaki kadın hemşirelerin HKKVÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalaması (107,18±12,54) olup, erkek hemşirelerin puan ortalaması ise (102,33±12,96)'dir. Literatür taramasına göre klinik karar verme ve cinsiyet arasında doğrudan ilişki olduğu görülmüştür (Kaya vd., 2011). Norveç'te 2095 hemşire ile yapılan bir çalışmada erkek hemşirelerin istatiksel anlamda kadın hemşirelere göre klinik karar verme becerisinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Bjørk ve Hamilton, 2011). Yapılan başka bir çalışmada cinsiyetin klinik karar vermeyi etkilediğini gösteren istatiksel bir anlam olmadığı bildirilmiştir (Öztürk, 2018). Cangüleç (2020)'in yapmış olduğu çalışma da ise kadınların lehine anlamlı istatiksel veri olduğu bilgisi paylaşılmıştır. Ameliyathane hemşireleri ile yapılan bu çalışma da ise cinsiyet kavramında puanlarda anlamlı bir bulguya rastlanılmamıştır. Araştırma bulgusu literatür bilgisi ile uyumsuz olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin örneklem gurubundaki erkek hemşirelerin sayısının az olması olabilir.

Evli hemşirelerin HKKVÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalaması (105,12±11,59), bekar hemşirelerin HKKVÖ ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ise (108,27±14,41)' dir. Acıbozlar (2006)'ın yönetici hemşireler HKKVÖ kullanarak yaptığı çalışma da medeni durum ile ilgili anlamlı düzeyde istatiksel ilişki olduğu bildirilmiştir. Araştırma verisine göre medeni durumun istatiksel anlamda anlamlı bir bulguya rastlanılmamıştır. Acıbozlar (2006)'ın yapmış olduğu çalışma ile uyumsuz bir sonuç elde edilmiştir. Bunun nedeni örneklem grubunda ki farklılıkların olabileceği öngörülmüştür. Ayrıca bireysel bir özellik olan medeni durumun klinik karar verme becerisini etkilememiş olabilir. Ameliyathanede çalışma süresi dikkate alındığında, on yıldan az çalışan hemşirelerin HKKVÖ ölçeği puan ortalaması (108,14±13,58), on yıldan fazla ameliyathanede çalışan hemşirelerin ortalaması ise (104,60±11,76) olarak hesaplanmıştır. Literatür incelendiğinde deneyim, hemşirelerin kendilerine olan inançlarını pozitif yönde etkiler, kararlar alınırken örüntü tanıma modeli ile hastayı bütünsel olarak tanımayı geliştirmesi beklenmektedir (Bjørk ve Hamilton, 2011). Yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşirenin mesleki deneyiminin karar verme sürecinde etkin bir rolü olduğu benimsenmiştir (Bjørk ve Hamilton, 2011). Ortaya konulan bir çalışmada, alanlarında uzun yıllar çalışmış deneyimli hemşirelerin, risk içeren kararları alarak, tedaviyi uygun şartlarda yönlendirebildiği, hekimlerin kararlarını sorgulayıp, uygun planla değiştirebildiği belirlenmiştir (Maharmeh vd., 2016). Deneyimsiz hemşirelerin yüksek kaygı düzeyleri, kontrol kaybına neden olarak yapılan işlerin organizasyonunda başarısızlığa neden olmaktadır. Bu durumun hasta güvenliğini riske attığı bildirilmiştir (Sucu vd., 2012). Araştırma bulgusu literatür ile uyumsuz çıkmıştır. Bunun nedeni örneklem grubunda ki sayının yetersiz olması ve klinik farklılıklar olabilir değişkenlerin tekrar gözden geçirilmesi gereklidir. Ameliyathanede sürekli gündüz çalışan hemşirelerin HKKVÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalaması (105,15±13,12), gündüz ve gece (vardiyalı) çalışan hemşirelerin ortalaması ise (107,36±12,30) olarak hesaplanmıştır. Bu sonuca göre anlamlı bir istatiksel veri bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde bu konu ile ilgili bilgiye rastlanılmamıştır. Gündüz çalışan ameliyathane hemşirelerinin planlı elektif vakaları aldıkları için klinik karar verirken önceden organizasyonu sağlaması beklenmektedir. Gece vardiyasında çalışan ameliyathane hemşireleri için durum biraz komplikedir çünkü gece vardiyasında planlı olmayan acil olarak alınan, hayatı direk tehdit eden kompleks vakalar alındığı için hemşireler klinik karar verirken daha hızlı karar verdikleri için gündüz vardiyasında

çalışanlara göre HKKVÖ ölçek puanının daha düşük çıkması beklenmektedir. Çalışma alanından memnun olan grupta HKKVÖ ölçeğinin puan ortalaması (106,61±12,48), memnun olmayan grupta HKKVÖ ölçeğinin puan ortalaması (105,96±12,99) olarak hesaplanmıştır. HKKVÖ ölçek puanlarının çalışma alanından memnuniyet ile ilişkisini belirlemek için yapılan 'Bağımsız örneklemler için t test' sonucunda hemşirelikte klinik karar verme düzeyinin, çalışma alanından memnun olan ve memnun olmayan gruplar arasında farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$). Anlamlı bir istatiksel veriye ulaşılamayan çalışma alanı memnuniyeti ile ilgili literatür taraması yapıldığında uyumlu bir bilgiye rastlanılmamıştır. Oysaki çalışma alanından memnun olan hemşirelerin alanlarını tanıma ve anlama anlamında daha fazla araştırma yaparak mesleki doyumu oluşturacağı öngörülmüştür. Yönetici hemşirelerin olduğu grupta HKKVÖ puan ortalaması (108,67±8,36), Scrup ve sirküle olarak çalışan hemşirelerin olduğu grupta ise (106,09±12,96) olarak hesaplanmıştır. Yapılan 'Mann-Whitney U testi' sonucunda HKKVÖ ölçek puanı yönetici hemşireler ve Scrup ve sirküle hemşireler arasında farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Yönetici hemşirelerin, deneyimli olaylara bakış açısı ve karar verme organizasyonlarında ki sıklığı ve pratikliği nedeni ile HKKVÖ puan ölçeğinde anlamlı derecede yüksek olması beklenmektedir. Literatür incelendiğinde anlamlı bir veriye ulaşılamamıştır. Araştırma verisinde anlamlı istatiksel veri bulunamamıştır. Mezuniyet durumu Ön Lisans, Lisans ve Yüksek Lisans olan gruplarda HKKVÖ ölçek puanları istatistiksel açıdan farklılık göstermiştir (KW:8,335, $p<0,05$). Yapılan 'Kruskal Wallis testi' sonucunda Ön Lisans mezunu hemşirelerin klinik karar verme düzeyi (95,22±9,51), Lisans mezunu hemşirelerin (107,18±12,69) ve Yüksek Lisans mezunu hemşirelerden (109,75±10,49) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Klinik karar verme kavramı, bazı unsurlardan etkilenir bunların içerisinde temel teorik bilgi ve eğitim düzeyi önemli bir yere sahiptir (Bjørk vd., 2011). Yeni bilgiler eğitimlerden, bilimsel araştırmalardan, kitaplardan ve en önemlisi gözlem ile yapılan pratiklerden elde edilir (Sucu vd., 2012). Temel teorik bilgisi eksik olan hemşireler uygun hipotezi üretemez ve etkin karar alamaz. Pratik ve uygulamada yetersiz çalışanlar ise karmaşık sorunlarda az sürede çokça veriyi zorunlu halde alınan kararlarda hata payı çok yükselir (Öztürk, 2018). Artan eğitim düzeyi alınan kararları cesaretle alabilme kabiliyetini, hemşirenin kendine olan güvenini hemen planlama ve organizasyon yapmasını kolaylaştıracaktır (Bektaş vd., 2017). Hemşirenin eğitim seviyesi ile klinik karar verme yetenekleri arasında pozitif etki

yaptığı bildirilmiştir (Bjørk vd., 2011). Cangüleç (2020)'in yapmış olduğu çalışma da eğitimin klinik karar verme becerilerini etkilenmesi ile ilgili anlamlı bir istatiksel ilişki kurulamamıştır. Literatür incelendiğinde, çalışma verisi ile uyumlu Cangüleç (2020)'in yapmış olduğu çalışma ile uyumsuz çıkmıştır. Hemşirelerin yaşı ile ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon özetlenerek; çalışmadaki hemşirelerin yaşı ile HKKVÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç hemşirelikte klinik karar verme düzeyinin, ameliyathanede çalışan hemşirelerde yaş ile ilişkisinin olmadığını göstermektedir. Ancak literatür incelendiğinde yaşın klinik karar verme yeteneklerini etkilediği görülmüştür (Ham vd., 2015). Yaşın klinik karar verme becerisi arasında ilişki olduğunu bildiren fazla sayıda yayın olduğu görülmektedir (Bjørk ve Hamilton, 2011; Pramilaa, 2018). Hayati önem taşıyan durumlarda klinik karar verme üzerinde hemşire yaşının pozitif bir etkiye sahipken (Bakalis vd., 2003; Mirsaidi vd., 2012). Farklı bir çalışmada ise hemşire yaşının, hemşirelik bakım kararlarını verebilme yeteneği üzerine aksi bir etkiye sahip olduğu bildirildiği görülmüştür (Paans vd., 2012). Cangüleç (2020)'in yapmış olduğu çalışmada da anlamlı istatiksel bulguya rastlanılmamıştır ($p\geq0.05$). Literatür incelendiğinde araştırma verilerinden elde edilen sonuç ile uyumsuz örnek başka çalışma ile uyumlu çıkmıştır. Bu durum örneklem sayısı ile açıklanabilir.

Kadın hemşirelerin GÖYİY ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması (69,70±9,11), erkek hemşirelerin GÖYİY ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ise (69,28±11,83)' dir. Yapılan 'Mann-Whitney U testi' sonucunda GÖYİY ölçek puanları kadın ve erkek grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$). Literatür taramasında cinsiyetin GÖYİY ile ilişkili verilere ulaşılamamıştır. Evli hemşirelerin GÖYİY ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması (69,98±10,17) olup, bekar hemşirelerin ölçekten aldıkları puanların ortalaması ise (68,97±8,78)' dir. Çalışma verisine göre medeni durum genel öz yeterlilik inancı arasında anlamlı istatiksel veriye ulaşılamamıştır. Bazı literatürlerde benzer sonuçlar elde edilmiştir (Sergek E, Sertbaş G. 2006; Pekmezci G. 2010) GÖYİY ölçek puan ortalamaları on yıldan az çalışan grupta (67,93±8,81), on yıldan fazla çalışan grupta ise (71,10±10,13) olarak hesaplanmıştır. Meslekte geçirilen sürenin kısaca deneyimin genel öz yeterlilik inancı üzerinde istatiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir. Literatürde ki benzer çalışmalar ile aynı sonuçlara ulaşılmıştır (Sergek ve Sertbaş, 2006; Pekmezci, 2010). GÖYİY ölçeğinden alınan

puanların ortalamaları ise sürekli gündüz çalışan hemşirelerin olduğu grupta (69,66±10,27), gündüz ve gece çalışan hemşirelerin olduğu grupta ise (69,58±9,04) olarak hesaplanmıştır. Genel öz yeterlilik inancına göre vardiya sisteminde istatiksel olarak anlamlı sonuca ulaşılamamış, literatürde benzer durumla karşılaşılamamıştır. Öz yeterlilik inanç düzeyi puanı, çalışma alanından memnun olan grupta (71,79±9,94), çalışma alanından memnun olmayan gruptan (67,78±9,04) yüksek bulunmuştur. Öz yeterlilik inanç düzeyi, çalışma alanından memnun olan ve memnun olmayan gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir (t:2,046, p<0,05). Bu bulguya göre çalışma alanından memnun olan grubun öz yeterlik inanç düzeyi çalışma alanından memnun olmayan gruptan anlamlı düzeyde yüksektir. Literatür incelendiğinde çalışma alanında ki memnuniyet ile ilgili veriye ulaşılamamıştır. Yapılan bu çalışmada yönetici hemşirelerin öz yeterlilik inanç düzeyi (78,33±5,50), Scrup ve sirküle olarak çalışan hemşirelerin öz yeterlilik inanç düzeyinden (69,02±9,57) yüksek bulunmuştur. GÖYİY ölçek puanları yönetici hemşireler ve Scrup ve sirküle hemşireler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Z:-2,415, p<0,05). Bu bulguya göre yönetici hemşirelerin öz yeterlik düzeyleri scrup ve sirküle hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksektir. Uyanıker (2014) yapmış olduğu çalışma da yönetici hemşirelerin klinik hemşirelerine göre istatiksel olarak anlamlı öz yeterlilik inancına sahip oldukları yönünde görüş bildirmişlerdir. Bir üniversite hastanesinde 402 hemşire ile yapılan çalışma da öz yeterlilik inanç düzeyinin unvandan bağımsız olduğu araştırma verisinden yapmış olduğumuz çalışmaya göre farklılık göstermektedir. Bu durum çalışma grubunun sayısal anlamda farklı olması ile anlamlandırılabilir. GÖYİY ölçek puan ortalamaları Ön Lisans mezunu hemşirelerin olduğu grupta (68,22±12,96), Lisans mezunu hemşirelerin olduğu grupta (69,81±9,63), Yüksek Lisans mezunu hemşirelerin olduğu grupta ise (69,38±5,21) olarak hesaplanmıştır. GÖYİY ölçek puanı Ön Lisans, Lisans ve Yüksek Lisans mezunu hemşireler arasında farklılık göstermemektedir. Uyanıker (2014) yapmış olduğu çalışma da eğitim durumunun genel öz yeterlilik inancı üzerinde anlamlı ilişkide olduğu istatiksel olarak kanıtlamıştır. Sergek ve Sertbaş (2006)'ın yapmış olduğu çalışma ile araştırma verisi uyumlu çıkmıştır. Ancak başka çalışmalarda eğitim durumunun öz yeterlilik inancı üzerinde istatiksel olarak pozitif etkiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır (Pekmezci, 2010; Uğur, 2010). Bu durum çalışma grubunda ki mezuniyet düzeyinde ki farklılıklar olarak yorumlanabilir. GÖYİY ölçeği toplam puanı ile ölçeğin

alt boyutları olan ‘Başlama’, ‘Yılmama’ ve ‘Sürdürme çabası/ısrar’ alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur (p<0,05). Bu sonuç, ölçek alt boyutları olan başlama, yılmama ve sürdürme çabası/ısrar davranışlarının öz yeterlilik düzeyine katkısı olduğunu göstermektedir. GÖYİY-B puanı ile GÖYİY-Y ve GÖYİY-S puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05). GÖYİY-Y ve GÖYİY-S alt boyutlarından alınan puanların birbiriyle korelasyonu istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Yaş ile GÖYİY puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (p<0,05). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin yaşı arttıkça öz yeterlilik inanç düzeyleri de artış göstermektedir. Hemşirelerin yaşı ile GÖYİY ölçeğinin alt boyutları olan ‘Başlama’ ve ‘Yılmama’ alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Buna karşın hemşirelerin yaşı ile GÖYİY ölçeğinin alt boyutu olan ‘Sürdürme çabası/ısrar’ alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur (p<0,05). Ameliyathane hemşirelerinde yaş arttıkça sürdürme çabasının arttığı sonucuna varılabilir. Literatür incelendiğinde yaşın genel öz yeterlilik inanç düzeyi üzerinde etkisi olmadığını ortaya koyan bazı çalışmalara ulaşılsa da (Uyanıker, 2014; Pekmezci, 2010; Sergek ve Sertbaş, 2006) Uğur (2010)’un İstanbul da 2013 yönetici hemşire ile yapmış olduğu çalışma da yaşın istatiksel olarak anlamlı düzeyde etkisi olduğu bilgisi paylaşılmıştır. Bu durum çalışma grubun da ki kişisel farklılıklar ve çalışma alanı ile alakalı olarak açıklanabilir.

4.2.4 Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği ile genel öz yeterlilik inanç ölçeği ve alt boyutlarının birbirleriyle korelasyonuna ait bulguların tartışılması

Çalışmadaki hemşirelerin HKKVÖ düzeyleri ile GÖYİY düzeyleri ve GÖYİY-B ile GÖYİY-Y alt boyutu arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur **(p<0,05).** Bu sonuç bireylerin klinik karar verme düzeyi arttıkça, öz yeterlilik inanç düzeylerinin arttığını göstermektedir. Bununla birlikte bireylerdeki klinik karar verme düzeyi arttıkça ‘başlama’ ve ‘yılmama’ düzeyleri de artmaktadır. HKKVÖ puanı ile GÖYİY ölçeğinin alt boyutu olan ‘sürdürme çabası/ısrar’ alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (p>0,05).

GÖYİY ölçeği toplam puanı ile ölçeğin alt boyutları olan ‘Başlama’, ‘Yılmama’ ve ‘Sürdürme çabası/ısrar’ alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur **(p<0,05).** Bu sonuç, ölçek alt boyutları olan başlama, yılmama ve sürdürme

çabası/ısrar davranışlarının öz yeterlilik düzeyine katkısı olduğunu göstermektedir. Sağlık kuruluşlarında başarının yakalanabilmesi için yüksek öz yeterliliğe sahip hemşirelere ihtiyaç duyulmaktadır (Dehghani vd., 2020). Öz yeterlilik, çevre baskısı ile baş etme üzerinde etkili olan kişilik unsurudur (Maddux ve Kleiman, 2017). Literatür incelendiğinde öz yeterliliğin hemşireler için bakım niteliğini arttırmakla beraber klinik hataların önlenmesinde ve azaltılmasında da etkili olduğu bilgisi verilmiştir (Holder, 2020). İlmu ve diğerlerinin (2018) yapmış olduğu çalışma da öz yeterlilik kavramının hemşirelerin mesleki ilişkilerini ve iş doyumu ile ilgili beklentilerini arttırdığı ve öz yeterlilik düzeyi yüksek olan hemşirelerin öz güvenlerinin de aynı orantıda yüksek olacağı bilgisi verilmiştir. Ahmed Mohamed ve diğerlerinin (2020) üniversite hastanesinde çalışan 386 hemşire ile yapmış olduğu çalışma da klinik karar verme ve öz yeterlilik arasında pozitif korelasyon bulmuştur. Ravanipoura ve diğerlerinin (2016) hemşirelerin klinik karar verme ve öz yeterlilikleri arasında güçlü ilişkide olduğu çalışma bulguları ile bu çalışma ile aynı paralelde olduğu görülmektedir. Başka bir çalışma da ise; Alizadeh ve diğerleri (2020) deneyim ve yaşın öz yeterlilik düzeyinde istatiksel olarak anlamlı verilere ulaşmıştır. Yaklaşık 10 yıl deneyimi olan hemşirelerin klinik karar verme hususunda daha iyi ortalamaya sahip oldukları 20 yıl ve üzeri çalışan hemşireler içinde yüksek öz yeterlilik puanına sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bu alanda sınırlı sayıda yapılan çalışmaların yaptığımız çalışma ile uyumlu olduğu, hemşirelerde klinik karar verme ve öz yeterlilik düzeyinin ilişkili olduğu saptanmıştır.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ameliyathane hemşirelerinin klinik karar verme düzeyleri ile öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmanın bulgularına göre şu sonuçlara ulaşılmıştır.

- Hemşirelikte klinik karar verme ve öz yeterlilik inancı düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.
- Hemşirelikte klinik karar verme ve öz yeterlilik inancı düzeyi medeni duruma (evli/bekar) farklılık göstermemektedir.
- Hemşirelikte klinik karar verme ve öz yeterlilik inancı düzeyi ameliyathanede çalışma yılına göre farklılık göstermemektedir.
- Hemşirelikte klinik karar verme ve öz yeterlilik inancı düzeyi sürekli gündüz çalışan ve gündüz/gece (vardiyalı) çalışan bireyler arasında farklılık göstermemektedir.
- Hemşirelikte klinik karar verme düzeyi çalışma alanından memnuniyet ile arasında bir fark yoktur.
- Ameliyathanede çalışan hemşirelerde öz yeterlilik inancı düzeyi, çalışma alanından memnun olan hemşirelerde daha yüksektir.
- Hemşirelikte klinik karar verme düzeyi, Ameliyathanede yönetici hemşire ve Scrup ve sirküle hemşire olarak çalışanlar arasında farklılık göstermemektedir.
- Ameliyathanede yönetici olarak çalışan hemşirelerin öz yeterlilik inançları scrup ve sirküle hemşire olarak çalışan hemşirelerin öz yeterlilik inanç düzeyinden daha fazladır.
- Lisans ve Yüksek Lisans mezunu Ameliyathane hemşirelerinin klinik karar verme düzeyi, Ön Lisans mezunu hemşirelerden daha yüksektir.
- Ameliyathanede çalışan hemşirelerdeki öz yeterlilik inanç düzeyi, mezun olunan derece ile fark yoktur.
- Ameliyathane hemşirelerinde klinik karar verme düzeyi arttıkça, öz yeterlilik inanç düzeyi artmaktadır.
- Ameliyathane hemşirelerinde klinik karar verme düzeyinin yaş ile arasında fark yoktur.
- Ameliyathane hemşirelerinde yaş arttıkça öz yeterlilik inanç düzeyi artmaktadır.

Öneriler:

- Yöneticiler tarafından ameliyathane de çalışmayı cazip hale getirecek ücret artışı, hizmet içi eğitim programları, çalışma koşullarında iyileşme gibi planlamalar yapılması önerilir.
- HKKVÖ ölçeklerinin bu çalışmadaki skorlarından elde edilen sonuçlar incelendiğinde HKKVÖ ölçeğinin bu çalışmadaki en düşük puanı 81, en yüksek puanı 129 olup ölçekten alınan ortalama puan 106,26 ± 12,69 olarak görülmüştür. Ölçekteki en yüksek puanın 200 olduğu bilindiğinden hastanedeki ameliyathane hemşirelerinin klinik karar vermeyi etkileyen faktörleri tekrar gözden geçirerek gerekli çalışmaların yapılması önerilir. Klinik karar verme becerileri yüksek olan hemşireler ile olgu çalışması yapılması
- Hemşirelikte klinik karar vermeyi desteklemek için; ameliyathane de rol model olması için yeterli ve yetkin hemşirelere görev verilmesi.
- Ameliyathane de çalışan ön lisans ve lisans eğitimi alan hemşirelerin üst öğrenim eğitimleri için teşvik edilmeli gerekirse çalışma saatleri eğitim durumlarına göre planlanması önerilir.
- Ameliyathane hemşirelerinin yasal yükümlülükleri ile ilgili eğitim planlanması.
- Çalışmanın daha büyük bir örneklem grubu ile farklı bir bölgede yenilenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

Acıbozlar, Ö. (2006). *Yönetici Hemşirelerin Karar Verme Stratejileri ve Yaratıcılık Düzeyleri* (Yayın no: 193595). [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Açıksöz, S., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2016). Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlilik algısı ile klinik uygulamaya ilişkin kaygı ve stres durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58(2), 129 - 135.

Ahmed Mohamed E., Saleh Hassan S., Dakrory Ali El-Said H., (2020). Procrastination and its relation with self-efficacy and clinical decision making among staff nurses. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 8(23), 88-99.

Akça Ay, F. (2011). Mesleki temel kavramlar. F. Akça Ay (Ed.). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler* içinde (ss.16-18). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Aksoy, G., Kanan, N. ve Akyolcu, N. (2012). *Cerrahi Hemşireliği 1*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Aksoy, G. (1996a). Ameliyathane Hemşireliğinde Sürekli Eğitim. *I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı,* Ege Üniversitesi Basımevi, 27-34.

Alaseeri, R., Rajab, A. ve Banakhar, M. (2019). Factors ınfluencing nurses' decision-making process: an ıntegrative literature review. *IOSR Journal of Nursing and Health Science.* 8(4), II. doi:10.9790/1959-0804023648

Alizadeh, I., Salari, A., Ahmadnia, Z., Moaddab, F. (2020). An investigation into selfefficacy, clinical decision-making and the level of relationship between them among nurses in guilan province. *Journal of Guilan University of Medical Sciences,* 29(114), 38-49.

Alver, E. (2011). *Ameliyathane Hemşirelerinin Fiziksel Çevreden Etkilenme Durumlarının İncelenmesi* (Yayın no: 303213). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Entitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Argon G. (1999). Ameliyathane hemşireliği standartları. *2. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı,* 16-17 Eylül, İzmir, 63-64.

Atkinson, LJ, Fortunate N. (1996) *Operating Room Technique,* USA: The Mosby

Ay, E., Karakurt, N., Kavuran, E. (2022). Hemşirelerin sosyotropik otonomik kişilik özellikleri ile klinik karar verme düzeyleri arasındaki ilişki. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(1), 1-41. https://doi.org/10.38108/ouhcd.893821

Aydemir-Gedük E. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258. doi.org/10.17681/hsp.358458

Azak, A. ve Taşçı, S. (2009). Klinik karar verme ve hemşirelik. Turkiye Klinikleri *Journal of Medical Ethics-Law and History,* 17(3), 176-183.

Bağcıoğlu, D. (2018). *Çalışanların Özyeterliliklerinin ve İş Yerindeki Esenlik Algılarının İşe Adanmışlıklarına Etkisi: İlaç Sektöründe Bir Araştırma* (Yayın no: 524091). [Yüksek Lisans Tezi, Kafkas Üniversitesi, Sosyal Bilimler Entitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Bakalis, N., Bowman, G.S. ve Porock, D. (2003). Decision making in greek and english registered nurses in coronary care units. *International Journal Of Nursing Studies,* 40(7), 749-760. https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00014-2

Bandura, A (1994) Self-efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior* (pp. 71-81), Cilt 4, V.S. Ramachaudran (Ed.), New York. Academic Press.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall.

Bandura, A. (1982). The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 13(3), 195-9.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.

Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. Vol. 6. *Six Theories of Child Development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.

Bandura, A. (1993). Perceived self- efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117- 148.

Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (Ed.). (1995). *Self-efficacy in Changing Societies*. Cambridge: Cambridge University Press.

Baş, T. (2010). *Anket (Nasıl Hazırlanır, Uygulanır Değerlendirilir?* (6. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Baumann, A. ve Deber, R. (1989). The limits of decision analsis for rapid decision making in ku nursing, *Image Journal of Nursing*, 2, 69.

Baysal, E. (2010). *Hemşirelerde Öz-Yeterlilik İnancı ve İş Doyumu İlişkisi: Bir Üniversite Hastanesinde Saha Çalışması* (Yayın no: 277911). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Entitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Beg, H. (2015) Surgical principles of Ibni Sina (Avicenna). *Bangladesh Journal of Medical Science*, 14(3), 217-220.

Bektaş, İ., Yardımcı, F., Bektaş, M., White, K. A. (2017) Psychometric properties of the turkish version of nursing anxiety and self-confidence with clinical decision making scale. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 83-92.

Benner, P, Benner, P.E, Tanner, C.A., Chesla, C.A. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics.* Springer Publishing Company. doi.org/10.1891/9780826125453

Benner, P., Hughes, R.G., Sutphen, M. (2008). Clinical reasoning, decision making, and action: thinking critically and clinically. In: R.G. Hughes (Ed.). *Patient Safety And Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp.87-109). (3th.ed.), Agency for Healthcare Research and Quality. Erişim tarihi: 10.06.2023 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2643/

Benner, P. (1982). From novice to expert. *Am J Nurs,* 82, 402-407. doi.org/10.1097/00000446- 198282030-00004

Birol, L. (2004). *Hemşirelik Süreci* (3. Baskı). İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık.

Bjørk, I.T. ve Hamilton, G.A. (2011). Clinical decision making of nurses working in hospital settings. *Nursing Research and Practice*. doi.org/10.1155/2011/524918

Bjørk, I. T. ve Hamilton, G. A. (2011) Clinical decision making of nurses working in hospital settings. *Nursing Research and Practice*. 8, 1-8.

Blanchard, J., Burlingame, B., Kleiner, C. ve Pashley, H.S. (2007) Standards, recommended practices, and guidelines. R. Conner (Clinical Editor). *Aorn Perioperatıve Nursıng Practice* (pp.15-16). London.

Brewer, J.A, Sinha, R., Chen, J.A., Michalsen, R.N. ve Babuscio, T.A. (2009). Nich. Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage pilot study. *Substance Abuse*, 30, 306-17.

Brieger GH. (1997). The Development of Surgery. D.C. Sabiston ve H.K. Lyerly (Ed.), *Textbook of Surgery* içinde (pp.1 – 16), Philadelphia.

Brykczynski, K.A. (2002). Patricia Benner: from novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. In A. Marriner-Tomey, M.R. Alligood (Ed.) *Nursing Theorists and Their Work* (5th.ed.) içinde (pp.165-180), St. Louis, MO: Mosby

Cangüleç, V. (2020). *Bir Psikiyatri Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Klinik Karar Verme Düzeyleri Ve Etkileyen Bireysel Ve Mesleki Özelliklerin İncelenmesi* (Yayın no: 659459). [Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Entitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Chani, P.S. (2003). Susruta and our heritage. *Indian Journal of Plastic Surgery*; 36, 4-13.

Coşkun, H. ve Akbayrak, N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 5, 63-68.

Currey, J., Worrall-Carter, L. (2001). Making decisions: nursing practices in critical care. *Australian Critical Care*, 14(3), 127-131. doi.org/10.1016/S1036-7314(01)80030-8

Debakey, M,E. (1991). A surgical perspective. *Ann Surg*, 213(6), 499–531.

Dehghani, F., Barjhordari-Sharifabad, M., Sedaghati-Kasbaghi, M. ve Fallahzadeh, H. (2020). Effect of palliative care training on perceived self-efficacy of the nurses. *BMC Palliative Care*, 19, 1-6.

Dicle, A. ve Durmaz-Edeer, A. (2013). Examination of clinical decision making perceptions of nursing students. *The New Educational Review*, 33(3), 134-144.

Doğan, R. ve Ayaz, S. (2015). Hemşirelerin egzersiz davranışları, öz yeterlilik düzeyleri ve ilişkili faktörler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18 (4), 287-295.

Dorgham, S.R. ve 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

Dramalı, A. ve Demir, F. (1996) Ameliyathane hemşirelerinin gelişen teknolojiye uyumu. *1. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı*. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 107-114.

Dramalı, A., Candan, Y., Kaymakçı, Ş. ve Demir, F. (2003). İzmir ili hastanelerindeki ameliyathanelerde hemşirelerin çalışma koşulları ve karşılaştıkları risklere yönelik durum saptama. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 19(1-3), 47-61*. Erişim Tarihi:18. 07. 2023 https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/836155

Durmaz-Edeer, A. ve Sarıkaya, A. (2015). Adaptation of clinical decision making in 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* (Yayın no: 308291). [Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Entitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Enç, N. (1993). Kritik durumlarda hemen karar verme. *Hemşirelik Bülteni*, 7(29), 75-77.

Erdil, F. (2009). Dünyada cerrahi hemşireliğin tarihsel gelişimi. M.Yavuz, T. Özbayır, F.D. Korkmaz ve Ş. Kaymakçı (Ed.) *6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Kongre Kitabı*, 3-6 Mayıs 2009 Kuşadası, İzmir, 3-5.

Erhan Şentürk, S. (2012). *Hemşirelik Tarihi.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Ersever, H.Ö. (1996). *Karar Verme Becerileri Kazandırma Programının ve Etkileşim Grubu Deneyiminin Üniversite Öğrencilerinin Karar Verme Stilleri Üzerindeki Etkileri* (Yayın no: 51580). [Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Entitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Eti Aslan, F. (2009) Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 12(1), 104-113.

Farčić, N., Barać, I., Lovrić, R., Pačarić, S., Gvozdanović, Z. ve Ilakovac, V. (2020b). The influence of selfconcept 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

Farčić, N., Barać, I., Plužarić, J., Ilakovac, V., Pačarić, S., Gvozdanović, Z. ve Lovrić, R. (2020a). Personality traits of core self-evaluation as predictors on clinical decision-making in nursing profession. *Plos One,* 15(5), e0233435. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233435

Genç L. (2019). *Hemşirelerde Zaman Yönetiminin Hasta Bakım Tutumlarına Etkisinde Öz Yeterliliklerin Rolü* (Yayın no: 615352). [Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Entitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Gilje, F. ve 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

Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö. ve Şentürk, A. (2014). Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 5(3), 137-142. doi:10.5505/phd.2014.74046

Gözüm, S. ve Aksayan, S. (1999). Öz etkililik yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 2(l), 21-24.

Grindel, C.G. (2004). The leadership role of medical-surgical nurses: what is it? *Medsurg Nursing*, 13(6), 361-2.

Gümüşkaya, O. (2010). *Ameliyathane Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimi* (Yayın no: 260990). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Entitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Güner, İ.C. ve Demir, F. (2005). Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi*, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 255-266.

Günerigök, F. (2019). *Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Karar Verme Sürecinde Özgüven ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi* (Yayın no: 548967). [Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Entitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Gürol-Arslan, G., Demir, Y., Eşer, İ. ve Khorshid, L. (2009). Hemşirelerde eleştirel düşünme eğilimini etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 72-80.

Gürsoy, A.A, Çolak. A. ve Çakar, Y. (2007). Ameliyathane hemşirelerinde iş doyumu, anksiyete ve tükenmişlik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*.:9(1), 28 – 37. Erişim Tarihi: 14.06.2023. https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemarge/issue/52692/694862

Hagbaghery, M.A., Salsali, M. ve 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, E.J., van Rooyen, D. ve Jordan, P.J. (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

Hatipoğlu, S. ve Taştan, S. (2005). Perioperatif hemşirelik nasıl cazip hale getirilir. *4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi*, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 147-154.

Hatipoğlu, S. (1996). Ameliyathane Hemşireliğinin Tarihçesi. *1. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı* (ss.19-26), İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

Hedberg, B. ve Larsson, U.S. (2004). Environmental Elements Affecting The Decision Making Process İn Nursing Practice. *J Clin Nurs*, 13(3), 316-24. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00879.x. PMID: 15009334.

Hoffman, K., Donoghue, J. ve Duffield, C. (2003). Decision making in clinical nursing: investigating contributing factors. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 53-62. doi.org/10.1046/j.1365- 2648.2003.02860.x

Holder, A. (2020). *The relationship of self-efficacy and clinical reasoning of undergraduate nursing students* [Doctoral dissertaion, East Tennessee State University]. Erişim Tarihi: 23/07/2023, https://dc.etsu.edu/etd/3710/

Machmud, S. (2018). The ınfluence of self-efficacy on satisfaction and work-related performance. *International Journal of Management Science and Business Administration*, 4(4), 43-47.

Jenkins, H.M. (1983). *Perceptions of decision making among baccalaureate nursing students as measured by the clinical decision making in nursing scale* [Doctoral dissertation, University of Maryland]. Erişim Tarihi 23/07/2023, https://www.proquest.com/docview/303273267?pq

Jenkins, H.M. (2001). Cinical decision making in nursing scale. In: C.F.Waltz ve L.S. Jenkins (Ed.), *Measurement of Nursing Outcomes* (pp.33-37), volume:1 measuring nursing performance in practice, education and research, Springer Publishing Company,

Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

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. ve İşçi, Ç. (2011). Kulak burun boğaz kliniklerinde çalışan hemşirelerin karar verme stratejileri ve mesleki doyumları. *Fırat Tıp Dergisi*, 16, 25-31.

Kaya, S. (2009). Hasta güvenliği kültürü nedir ve nasıl geliştirilebilir. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 1(1), 32-34. doi:10.18506/anemon.258558

Kaya, H. (2000). Karar verme ve hemşirelik eğitimi. *Hemşirelik Bülten*, 12(46), 75-80.

Ladden, C.S. (1999). Concepts basic to perioperative nursing. In: M.H. Meeker & J.C. Rothrock (Ed.), *Care of the Patient in Surgery* (pp.3-19), 11th ed. Mosby, USA.

Lamond, D. ve Farnell, S. (1998). The treatment of pressure sores: A comparison of novice and expert nurses' knowledge, information use and decision accuracy. *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 280-286.

Lauri, S., Salanterä, S., Chalmers, K., Ekman, S.L., Kim, H.S., Käppeli, S. ve MacLeod, M. (2001). An exploratory study of clinical decision making in 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, S.Y.S., Noble, D., Norton, C.A., Roche, J. ve Hickey, N. (2010). The 'five rights' of clinical reasoning: an educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk'patients. *Nurse Education Today*, 30(6), 515-520. doi:10.1016/j.nedt.2009.10.020

Lipe, S. ve Beasley, S. (2004). Critical thinking in nursing a cognitive skills workbook. *Lıppıncott Wıllıams & Wılkıns United States of America*, 7, 58.

Lök, S., Taşdığın, Ö., Lök, N. ve Yıldız, M. (2009). Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi farklı bölüm öğrencilerinin anatomi dersine olan öz-yeterlilik durumlarının karşılaştırılması, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21, 340-341.

Luszczynska, A., Scholz, U. ve Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: multicultural validation studies, *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457.

Maddux, J. ve Kleiman, E. (2017). Self-efficacy. In R. Biswas-Diener ve E. Diener (Ed.), *Noba textbook series: Psychology.Champaign*, IL: DEF publishers. Retrived from https://nobaproject.com/modules/self-efficacy

Maharmeh, M., Alasad, J., Salami, I., Saleh, Z. ve Darawad, M. (2016). Clinical decision-making among critical care nurses: a qualitative study. *Health,* 8(15), 1807-1819. doi: 10.4236/health.2016.815173

Makary, M.A. ve Daniel, M. (2016) Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353, 1-5.

Martin, C. (2002). The theory of critical thinking of nursing. *Nursing Education Perspectives*, 23(5), 243-247. doi:10.1136/bmj.i2139

Marino, M.A., Andrews, K. ve 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

Mcclelland, L.E. (2007). *Examining the effects of fatigue on decision-making in nursing: a policycapturing approach* [Doctoral dissertation, Clemson University]. Erişim Tarihi: 25/07/2023, https://tigerprints.clemson.edu/all_dissertations/154

McGarvey, H.E., Chambers, M.G.A. ve Boore, J.R.P. (2000). Development and definition of the role of the operating department nurse: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1092-1100.

Meyvacı, G. (1992). *Ameliyathanelerin Yönetsel Ve Örgütsel Etkinlik Koşulları Ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ameliyathane Monobloğu İle İlgili Bir Araştırma* (Yayın no: 18506). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Mirsaidi, G., Lakdizaji, S., Ghojazadeh, M. (2012). Individual-social effective factors on clinical decision making in nurses. *Asian J. Med. Pharm. Res*, 2(2), 38.

Monajlovich, M. (2005). Promoting nurses' self-efficacy: a leadership strategy to improve practice, *The Journal of Nursing Administration*, 35 (5), 271-278.

Nahçıvan, N. (2012). *Sağlık Bakım Sistemi. Hemşirelik Esasları*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayımcılık.

Nibbelink, C.W. ve Brewer, B.B. (2017). Decision-making in nursing practice: an integrative literature review. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(5-6), 917-928. https://doi.org/10.1111/jocn.14151

Orsolini-Hain, L. ve Malone, R. (2007). Examining the impending gap in clinical nursing expertise. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(3), 158-169.

Özden, D., Özveren, H. ve Gülnar, E. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin klinik karar verme düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* 11(1), 41-47.

Öztürk, S. (2018). *Kafa Travmalı Hastalarda Trıss Puanı Hesaplamanın Hemşirelerin Klinik Karar Vermesine Etkisinin İncelenmesi* (Yayın no: 531578). [Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R.M., Krijnen, W.P. ve van der Schans, C.P. (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

Pekmezci, G. (2010). *Hemşirelerin Örgütsel Bağlılıkları ile Öz Yeterlilik Algıları Arasındaki İlişkiler* (Yayın no: 270966). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

AORN (2009). Perioperative standarts and recommended practices. In: Conner R. (Ed). *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN* (ss.11-23.*)*, USA.

Phillips, N. (2007). Berry and Kohn's operating room technique. 11th ed. *Missouri, The Mosby*, 178-191.

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.

Pisanti, R., Doef, M., Maes, S., Lombardo, C., Lazzari, D., Violani, C. (2015) Occupational coping self-efficacy explains distress and well-being in nurses beyond psychosocial job characteristics. *Frontiers in Psychology,* 6(1143),1-14.. Doi: 10.3389/fpsyg.2015.01143

Ravanipur, M., Ahmadian, A., Yazdanpanah, A. ve Soltanian, A. (2016). Assessing the relationship between self-efficacy and clinical decision-making in hospital nurse. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 23(4), 77- 86.

Reischman, R.R., Yarandi, H.N. (2002). Critical care cardiovascular nurse expert and novice diagnostic cue utilization. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 24-34

Rudolphson, G., Post VI, Eriksson, K. (2007). The perioperative dialogue: holistic nursing in practice. *Holist Nurs Pract*, 21(6), 292–298.

Russell, S.S. (1995). Defining medicalsurgical nursing practice. *Medsurg Nursing,* (1), 6-8.

Russell, S.S. (1995). Mastering the magic of the future. *Medsurg Nursing* 4(5), 338, 340.

Sağır, C. (2006). *Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler ve Karar Verme Sürecinde Etiğin Önemi: Uygulamalı Bir Araştırma. Üniversitesi* (Yayın no: 206839). [Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Scott, S.G. ve Bruce, R.A. (1995). Decision making style, the development and of a new measure. *Educational and Psychological Measurement*, 5, 55-65.

Sergek, E. ve Sertbaş, G. (2006). SSK hastanesinde çalışan hemşirelerin sosyo demografik özellikleri ve öz etkililik, yeterlilik düzeyleri. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 9 (1), 41- 48.

Sucu, G., Dicle, A. ve 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, M.R., Yaşar, S., Alparslan, N. vd. (2014). Hemşirelikte malpraktis olgu sunumları. *Adli Tıp Bülteni*, 19(2), 100-104. doi.org/10.17986/blm.2014192767

T.C. Resmî Gazete (2007, 25 Nisan). Hemşirelik Kanunu. Sayı:5634. Erişim Tarihi: 18/07/2023 https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm

T.C. Resmî Gazete (2011, 19 Nisan). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Sayı, 27910. Erişim Tarihi: 18/07/2023, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm

Tappen, R.M. (1995). *Leadershıp And Management*. (Third Edition), Canada: F.A.Davis Company.

Taşçı, S. (2005). Hemşirelikte problem çözme süreci. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 73-78.

Taylor, M.K. (2006). Mapping the literature of medical-surgical nursing. *Journal of the Medical Library Association,* 94 (2 Suppl), E65–E73.

Telef, B. ve Karaca, R. (2011). Ergenlerin öz- yeterliliklerinin ve psikolojik semptomlarının incelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 8(16), 499-518.

Thompson, C., Aitken, L., Doran, D., Dowding, D. (2013). An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education. *International Journal of Nursing Studies.* 50(12), 1720-1726.

Uğur, E. (2010). *Yönetici Hemşirelerin Koçluk Becerileri Ve Öz-EtkililikYeterlilik Algılamaları* (Yayın no: 272572). [Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Uludoğan, S.(2010). *Ameliyathane Hemşirelerinin Yönetsel Sorunlarının İncelenmesi* (Yayın no: 267558). [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Ulusoy, A., Aytar, G.A., Köksal, A.A., Subaşı, G., Ünver, G. ve Erdamar, K.G. (2011). *Eğitim Psikolojisi*. Ankara: Anı Yayıncılık.

Uyanıker, E.A. (2014). *Yönetici Hemşirelerin Genel Öz Yeterlilik İnancı ile Zaman Yönetimi Arasındaki İlişki* (Yayın no: 359548). [Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Uysal, D.A. (2016.). *Hemşirelerin Öz Yeterlilik Düzeyleri ile Ebeveynleri Bakıma Katmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yayın no: 417397). [Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Üstün, Ç. (2005). Genel hemşirelik ve cerrahi hemşireliği etiğine kısa bakış. *4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi,* Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 55-58.

Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*, İstanbul: Alaş Ofset.

White, A. H. (2003) Clinical decision making among fourth-year nursing students: An interpretive study. *Journal of Nursing Education*, 42(3), 113-120.

Wu, M., Yang, J., Liu, L., Ye, B. (2016). An ınvestigation of factors ınfluencing nurses' clinical decisionmaking 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., vd. (2018). *Public spending on health: a closer look at global trends. World health organization.* Erişim Tarihi:08.08.2023, https://iris.who.int/handle/10665/276728

Yardımcı, F. ve Başbakkal, Z. (2011). İlköğretim öğrencilerinin öz yeterlilik düzeylerinin ve etkileyen değişkenlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27 (2), 19- 33.

Yıldırım, A. ve Bakır, S. (2000). *Ameliyathane Hemşireliği* (1.Baskı), Ankara: Öz Aşama Matbaacılık.

Yıldırım, B. ve Özkahraman, Ş. (2012). Hemşirelikte karar verme süreci. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 2(1), 165-173.

Yıldırım, F. ve İlhan, İ.Ö. (2010). Genel özyeterlilik ölçeği: Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21 (4), 301-308.

Yıldırım, B. (2010). *Hemşirelikte eleştirel düşünme uygulamalı yaklaşım.* S.A. Özsoy (Ed.): Aydın: Tuna Matbaacılık.

Yıldırım, Ö.B. (2011). Sağlık profesyonellerinde eleştirel düşünme. F.A. Ay (Ed.), *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler* içinde (ss.106-115). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ylimäki, E.L., Kanste, O., Heikkinen, H., Bloigu, R., Kyngas, H. (2015) The effects of a counselling intervention on lifestyle change in people at risk of cardiovascular disease. European Journal of Cardiovascular Nursing, 14 (2), 153–161.

EKLER

Ek-1: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek-2: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek-3: Kurum İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek-4: Etik Kurul İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu

../../2023

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Sedat Kaya tarafından yürütülen "Ameliyathane Hemşirelerinin Klinik Karar Verme Düzeyleri ile Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Amacı: Bu çalışma ameliyathane hemşirelerinin klinik karar verme düzeyleri ile öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.

b. Araştırmanın
İçeriği:.....

c. Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma □ Tez çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama**

aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

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

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

Ek-6: Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız: …….
2. Cinsiyetiniz:
   a) Kadın b) Erkek
3. Medeni Durumunuz:
   a) Evli b) Bekar
4. Mezun Olduğunuz Okul:
   a)Sağlık Meslek Lisesi
   b) Ön Lisans
   c) Lisans
   d) Yüksek Lisans
   e) Doktora

5. Ne kadar süredir ameliyathane hemşiresi olarak çalışmaktasınız.
   a) 1 yıldan az b) 1 – 5 Yıl c) 5 – 10 yıl
   d) 10 yıl ve üzeri
6. Ameliyathane ortamında çalışma şekliniz.
   a) Sürekli Gündüz
   b) Sürekli Gece
   c) Gündüz ve Gece
7. Ağırlıklı olarak hangi cerrahi bölümlerin ameliyatlarında görev almaktasınız.
   a) Genel Cerrahi
   b) Kulak Burun Boğaz Hast.
   c) Beyin Cerrahi
   d) Ortopedi
   e) Üroloji
   f) Kadın hastalıkları ve Doğum
   g) Plastik Cerrahi
   h) Kalp ve Damar Cerrahi
   i) Çocuk Cerrahi
   j) Göğüs Cerrahi
8. Çalışma alanınızdan memnun musunuz?
   a) Memnunum
   b) Çok memnunum
   c) Memnun değilim
9. Ameliyathanede ki göreviniz.
   a) Preoperatif Hasra Karşılama Hemşiresi
   b) Yönetici Hemşire
   c) Scrup ve Sirküle Hemşire

Ek-7: Özyeterlilik Ölçeği

Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, **lütfen**, size uygun olan bölmeye işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

Hiç …… Çok İyi

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	1	2	3	4	5
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.	1	2	3	4	5
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım.	1	2	3	4	5
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	1	2	3	4	5
5. Her şeyi yarım bırakırım.	1	2	3	4	5
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	1	2	3	4	5
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	1	2	3	4	5
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	1	2	3	4	5
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır.	1	2	3	4	5
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	1	2	3	4	5
15. Kendine güvenen biriyim	1	2	3	4	5
16. Kolayca pes ederim.	1	2	3	4	5
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla başedebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5

Ek-8: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ)

Sevgili meslektaşım,

"Hemşirelikte klinik karar verme ölçeği"; hemşirelerin hastaya bakım verirken karşılaştığı durumlarda yaptığı her bir davranışı tanımlamaktadır.

Bu ölçeği cevaplarken; hasta bakımı sırasındaki davranışlarınızı düşünmelisiniz ve 'şimdi klinikte ben ne yapıyorum' temeli üzerinde düşünerek cevap vermelisiniz. Bu ölçekte doğru veya yanlış cevap yoktur. Klinik ortamda karar veren kişi olarak, genellikle nasıl hareket ettiğinizi değerlendirmeyi amaçlamaktadır. İfadelerin hiçbiri acil durumları içermemektedir.

Bütün soruları dikkatli şekilde cevaplandırınız. Genel davranış şeklinize en yakın cevabı işaretleyiniz.

Örnek ifade: Karar vermeden önce kafamda/zihnimde seçeneklerin listesini yaparım.

Cevap: Daima Sık sık * Ara sıra Nadiren Asla

Sık sık cevabının işaretlenmesi karar vermeden önce kafanızda sık sık alternatiflerin listesini yaptığınız anlamına gelir. Katılımınız ve katkılarınızla eğitim sürecine vereceğiniz katkılarınız için teşekkür ederim.

Not: Şu sıralar klinik ortamda yaptıklarınıza göre cevap verdiğinizden emin olunuz

Ölçekte tanımlanan durumlar için size uygun olan cevabı seçiniz.

D: Daima: Tutarlı olarak her zaman yaptığınız davranış.

S: Sık sık: Çoğu zaman yaptığınız davranış.

AR: Ara sıra: Ara sıra yaptığınız davranış.

N: Nadiren: Nadiren yaptığınız davranış

AS: Asla: Hiçbir zaman yapmadığınız davranış.

Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği		Daima	SıkSık	AraSıra	Nadiren	Asla
1	Klinik bir karar yaşamsal ise ve zaman varsa, seçenekler için ayrıntılı bir araştırmayaparım.	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 faktörleraraştıracağım 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 içingerekli olan kararı alırken yeterince objektif olurum.	D	S	AR	N	AS
11	Tercih edeceğim bir seçenek olmamasına rağmen uzman önerisini veyadüşüncesini dinlerim ya da göz önünde bulundururum.	D	S	AR	N	AS
12	Mevcut bilgilerimi kullanarak, herhangi birine danışmadan zamanında problemiçözerim ya da bir karar veririm.	D	S	AR	N	AS
13	Vermem gereken bir kararın olası bütün sonuçlarını incelemek için hiç zamanayırmam.	D	S	AR	N	AS
14	Bireyle ilgili klinik bir karar verirken birey ve ailenin gelecekteki sağlık veiyiliğini 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 bunuyaparsam, 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 arkadaşlarımın, aynı görüşte olması benim içinönemlidir.	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 arkadaşlarımınsöyleyeceği şeyleri dikkate alırım.	D	S	AR	N	AS
22	Eğitici klinik karar verme durumunda bir seçenek önerirse, diğer seçeneklerіaraştırmaktansa 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 olansonuçların 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 olacaksa ret ederim.	D	S	AR	N	AS
29	Önemli bir klinik kararı değerlendirirken, olumlu ve olumsuz sonuçların listesiniyaparım.	D	S	AR	N	AS
30	Klinik kararlarım için birlikte çalıştığım arkadaşlarımdan seçenek önermeleriniistemem.	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 aklımdatutarım.	D	S	AR	N	AS
34	Karar vermek zorunda kaldığımda, kararın riskleri ve faydaları en sondüşüneceğim şeydir.	D	S	AR	N	AS
35	Klinik karar vereceğim zaman, kurumsal öncelikleri ve standartları göz önündebulundururum.	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 önündebulundururum.	D	S	AR	N	AS
38	Hastanın hedeflerini öğrenmek, her zaman benim klinik karar verme sürecimin birparçasıdır.	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 olmasıgerekir.	D	S	AR	N	AS

ÖZGEÇMİŞ

Sedat KAYA

Eğitim

Derece	Yıl	Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı
Yüksek Lisans	2023	Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Lisans	2009-2013	Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Lise	2004- 2008	Eti Lisesi Yabancı Dil Ağırlıklı Sayısal

İş/İstihdam (Varsa)

Yıl	Görev
2009 – 2010	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Klinik Hemşireliği
2011 – 2013	Medikal Park Hastaneleri Ameliyathane Hemşireliği
2013 – 2014	Başkent Üniv.Tıp Fakültesi Hastanesi Ameliyathane Hemşireliği
2014 – 2017	Bayındır Sağlık Grubu Ameliyathane Hemşireliği
2018 – ----	Ankara Üniv. İbni Sina Hastanesi Ameliyathane Hemşireliği