

# Hemşirelikte Klinik Karar Verme, Etkileyen Etmenler Ve Karar Verme Modelleri

## Decision Making in Clinical Nursing: Decision-Making Models and Affecting Factors

GÜLTEN SUCU\*  
AKLİME DİCLE\*\*  
OSMAN SAKA\*\*\*

Geliş Tarihi: 25.02.2012, Kabul Tarihi: 21.05.2012

### ÖZET

Klinik karar verme, topluma kaliteli ve güvenli bakım sunma ve hasta bakım sonuçlarını geliştirmede yaşamsaldır. Hemşireler sağlık bakım sisteminde çok yönlü ve karmaşık ortamlarda yoğun bilgi kullanarak kısa sürede klinik kararlar almak zorundadır. Hemşirenin doğru ve etkili klinik karar vermesini; bilgisi, deneyimi, bireysel özellikleri, görevin karmaşıklığı ve ortamın özellikleri etkiler. Klinik karar vermenin sınırlarını ise yasalar, etik ilkeler ve kültürel yapı belirler. Hemşirelikte klinik karar verme sürecinde analitik ve sezgisel yaklaşım kullanılmaktadır. Bu yaklaşımların ve bunlara temellenen modellerin hemşirelik hizmetlerinin kalitesinde önemli etkileri olduğu belirtilmektedir. Klinik karar vermenin anlaşılması, hemşirelik alanlarında doğru klinik karar vermeyi sağlayacak yöntemlerin geliştirilmesine yardım eder. Klinik karar vermenin geliştirilmesi de topluma güvenli sağlık bakım hizmetinin sunulmasına katkı sağlar. Bu derlemede hemşirelikte klinik karar verme, karar vermeyi etkileyen etmenler, karar vermeyi destekleyen yaklaşımlar ve karar verme modellerinin tartışılması amaçlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Karar verme; karar verme modelleri; hemşirelik.

### ABSTRACT

Decision making in clinical settings is vital in order to provide safe, top quality care for the community and to improve patient care outcomes. Nurses have to make clinical decisions in complex, information-intensive environments. Knowledge level, personal characteristics, past experience, job complexities and environmental factors can all have an effect on the accurate and efficient clinical decisions that nurses make. Laws, ethical principles and culture determine the boundaries of clinical decision making. An analytical and intuitive approach must be used for effective clinical decision making in nursing. It is stated that these approaches and the models that they are based on affect the quality of nursing practice. An understanding of clinical decision making helps develop new methods that lead to correct clinical decision making in nursing. The development of clinical decision making contributes to the safe delivery of health care services to society. Clinical decision making in nursing, factors affecting decision making, decision-making models and approaches that support decision making will be discussed in this review.

**Key words:** Decision making; decision-making models; nursing.

**S**ağlık bakım hizmetleri kapsamında kaliteli ve güvenli bakımın sunulması için doğru kararların verilmesi gereklidir. Bu süreçte hemşirelerin en önemli sorumluluğu, hastanın bakımını yönetmek için doğru klinik kararlar almaktır.<sup>[1]</sup> Hemşirelik bakımında doğru klinik kararı vermek, günlük bakım sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır ve hemşirelerin üstlendiği profesyonel bir sorumluluktur.<sup>[2,3]</sup> Doğru ve zamanında klinik karar verme, hemşirelik bakım kalitesini geliştirme ve topluma güvenli bakım sunmada önemli rol oynar. Günümüzde hemşirelik uygulamaları daha karmaşık hale gelmiş, sağlık bakım sisteminde verimlilik gereksinimi artmış ve hemşirelerin doğru karar vermeleri daha da zorlaşmıştır. Karar vermeye temel oluşturan bilişsel süreçlerin ve kullanılan modellerin anlaşılması, klinik karar vermenin hemşirelik

eğitiminde kullanılmasını ve hemşirelik bakım uygulamalarına yansıtılmasını kolaylaştıracaktır.

Hemşirelikte karar verme ile ilgili yapılan çalışmaların birçoğu karar vermeye temel oluşturan bilişsel süreçlere odaklanmıştır. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin analitik ve sezgisel bilişsel süreçleri ve bunlara dayalı rasyonel modelleri kullandıkları belirlenmiştir.<sup>[4,5]</sup> Lauri ve ark.<sup>[4]</sup> hemşirelerin verileri toplama, problemi tanımlamada analitik; bakımı planlama, uygulama ve değerlendirmede sezgisel bilişsel süreci kullandıklarını saptamışlardır.<sup>[4]</sup> Araştırmacılar, eğitim, deneyim, bilgi, çalışma alanı, cinsiyet ve yaşın karar verme süreci ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.<sup>[4,5]</sup> Björk ve Hamilton,<sup>[5]</sup> klinik karar vermede hemşirelerin (n=2095) deneyimleri arttıkça sezgisel

\* G Sucu  
Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu, Antalya  
Tel: 0 242 310 61 13 Faks: 0 242 227 45 64  
e-posta: gultensucu@akdeniz.edu.tr

\*\* A Dicle,  
Dokuz Eylül Üniversitesi  
Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir  
Tel: 0 232 412 47 75 Faks: 0 232 412 47 98  
e-posta: aklime.dicle@deu.edu.tr

\*\*\* O Saka  
Akdeniz Üniversitesi, Biostatistik ve  
Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, Antalya  
Tel: 0 242 249 60 00 Faks: 0 242 249 69 03  
e-posta: saka@akdeniz.edu.tr

bilişsel süreci kullanma düzeylerinin arttığını belirtmiştir.

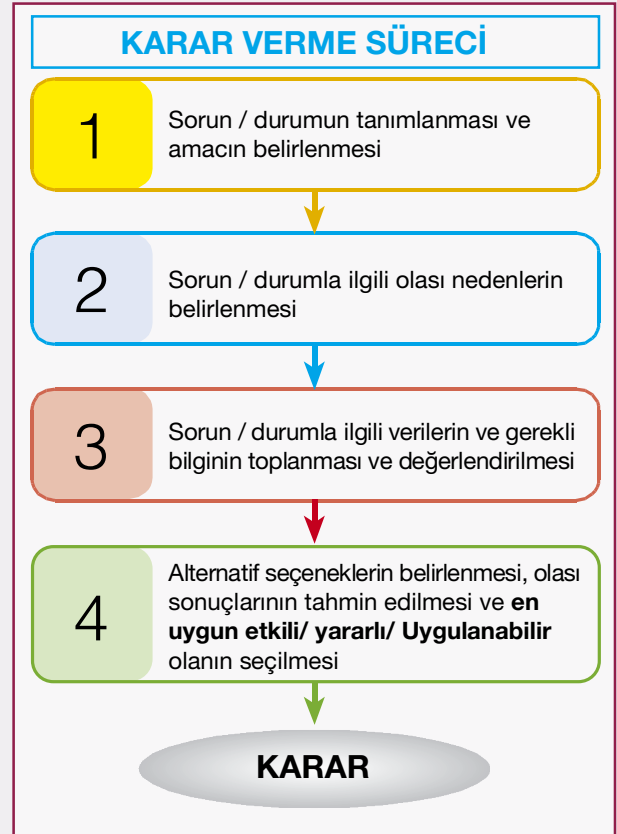
Hemşirelik uygulama alanlarında klinik karar vermenin anlaşılmasına ve karar vermeyi etkileyen etmenlerin tanımlanmasına gereksinim vardır. Doğru ve etkili karar vermeyi kültürel yapı, yasal ve etik ilkeler çerçevesinde; hemşirenin bireysel özellikleri, eğitimi, alandaki deneyimi, yapılacak işin ve ortamın özellikleri etkiler.<sup>[6,7,8]</sup> Bu etmenlerin etkisini azaltmak, etkili karar vermeyi sağlamak için hemşirelikte farklı karar verme modellerinin güçlü ve zayıf yönlerinin incelenmesi önerilmiştir.<sup>[4]</sup> Ülkemizde hemşirelikte klinik karar verme ve karar verme süreçlerini içeren çalışmalar incelendiğinde sadece bir çalışmaya ulaşılmıştır.<sup>[9]</sup> Bu çalışmada hemşirelikte karar verme ve karar vermede kullanılan yaklaşımlar incelenmiştir. Ancak hemşirelerin karar verirken hangi modellere temelli karar aldıkları, karar almaya etkileyen etmenlerin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu derlemenin, ülkemizde hemşirelikte karar vermede kullanılan modelleri belirlemede ve karar vermeyi etkileyen etmenleri saptamada, araştırmaların planlanmasına ve gerekli ölçüm araçlarının geliştirilmesine katkı vereceği düşünülmüştür. Bu girişimlerin hemşirelerin karar verme becerisine katkı sağlayacağı öngörülmüştür.

### Klinik Karar Verme

Karar, “bir iş ya da sorun hakkında düşünülerek verilen kesin yargı”, karar verme ise “bir sorunu ya da durumu sonuca bağlamak” olarak tanımlanmıştır.<sup>[10]</sup> Karar verme eylemi, birey ve görev arasındaki etkileşim<sup>[11,12]</sup> ya da iki ya da daha fazla seçeneğin değerlendirilerek en uygun ve yararlı olanın seçilmesindeki zihinsel süreç olarak ifade edilir.<sup>[13]</sup> Karar verme becerisi, bir sorun ya da durumla karşılaşıldığında, sorunun ya da durumun tanımlanmasıyla başlayan, en etkili/uygun olanının seçilmesiyle sonuçlanan, birbirleriyle ilişkili belirli adımları içerir.<sup>[14]</sup> Sonuç olarak, kararlar bilişsel sürecin, karar vermede hem analitik hem sezgisel sürecin çıktısıdır ve kararın içeriği, karar vericinin bilgisine dayanır.<sup>[15]</sup> Hemşirelerde bilişsel stratejiler kullanılarak karar vermenin geliştirilmesi, bakım sonuçlarının iyileştirilmesine katkı sağlar.<sup>[16]</sup>

Klinik karar verme, doğrusal olmayan, çok yönlü etkileşimleri içeren hemşireliğin temel ve güncel bilgisini uygulamada kullanılabilir becerisidir.<sup>[17]</sup> Bu yaklaşıma göre klinik karar verme, hemşirenin hastanın durumunu gözlemesi, gözlemlenen verileri değerlendirmesi, nedenlerini eleştirel olarak sorgulaması, alternatif hipotezleri belirlemesini sağlar. Bunların içinden en olası hipotezi seçmesi ve seçtiği hipoteze yönelik en doğru girişimleri belirlemesi ve uygulamasını içerir.<sup>[4]</sup> Klinik karar verme, profesyonel hemşirelik bakımında istenen hasta bakım sonuçlarına ulaşmak için bir dizi kararları içinde barındıran karmaşık bir süreçtir.<sup>[18]</sup> Karmaşık bir süreç olmasının nedeni ise işlenecek bilginin çok fazla olmasına ve sonuçların belirsizliğine bağlanmıştır.<sup>[19]</sup> Karar verici olarak hemşirenin temel teorik ve uygulama bilgisine, farklı yöntemlerle yeni bilgilere ulaşması gerekir. Hemşirenin etkili karar verebilmesi, hastadan elde ettiği

bilgiler ile sorunun çözülmesinde en doğru bilgiyi seçip tıbbi bilgi tabanı ile bileştirerek, bunları karar verme sürecine taşımaya ve doğru hipotez oluşturma becerisine bağlıdır.<sup>[20]</sup> Bu nedenle hemşirenin doğru karar verme becerisi, hasta bakım sonuçlarının geliştirilmesinde<sup>[21]</sup> ve profesyonel hemşirelik uygulamalarının geleceği için temeldir.<sup>[19]</sup>



Şekil 1: Karar verme süreci (Şekil yazarlar tarafından oluşturulmuştur).

### Klinik Karar Vermeyi Etkileyen Etmenler

Hemşireler, karar verme sürecini etkileyen hızlı, tempolu, çok yönlü karmaşık ortamlarda yoğun bilgi sürecini kullanarak klinik kararlar alırlar.<sup>[8]</sup> Klinik karar verme sürecini genel ve özel birçok etmen etkiler. Bu etmenlerden kurumsal/toplumsal kültürel yapı, evrensel/mesleki etik ilkeler ve mesleki/tulusal yasal düzenlemeler genel olarak klinik karar verme sürecini belirler. Belirlenen bu sınırlar içinde klinik karar verme sürecini özel olarak deneyim, bilgi, eleştirel düşünme becerisi, bireysel özellikler, görevin karmaşıklığı ve niteliği, karar verilen ortamın özellikleri doğrudan etkiler.<sup>[6,7,8]</sup> Bu makalede klinik karar vermede bilişsel süreçleri doğrudan etkileyen özel etmenlere odaklanılmıştır. Bu nedenle genel etmenler Şekil 2’de kesikli çizgi ile gösterilmiştir.

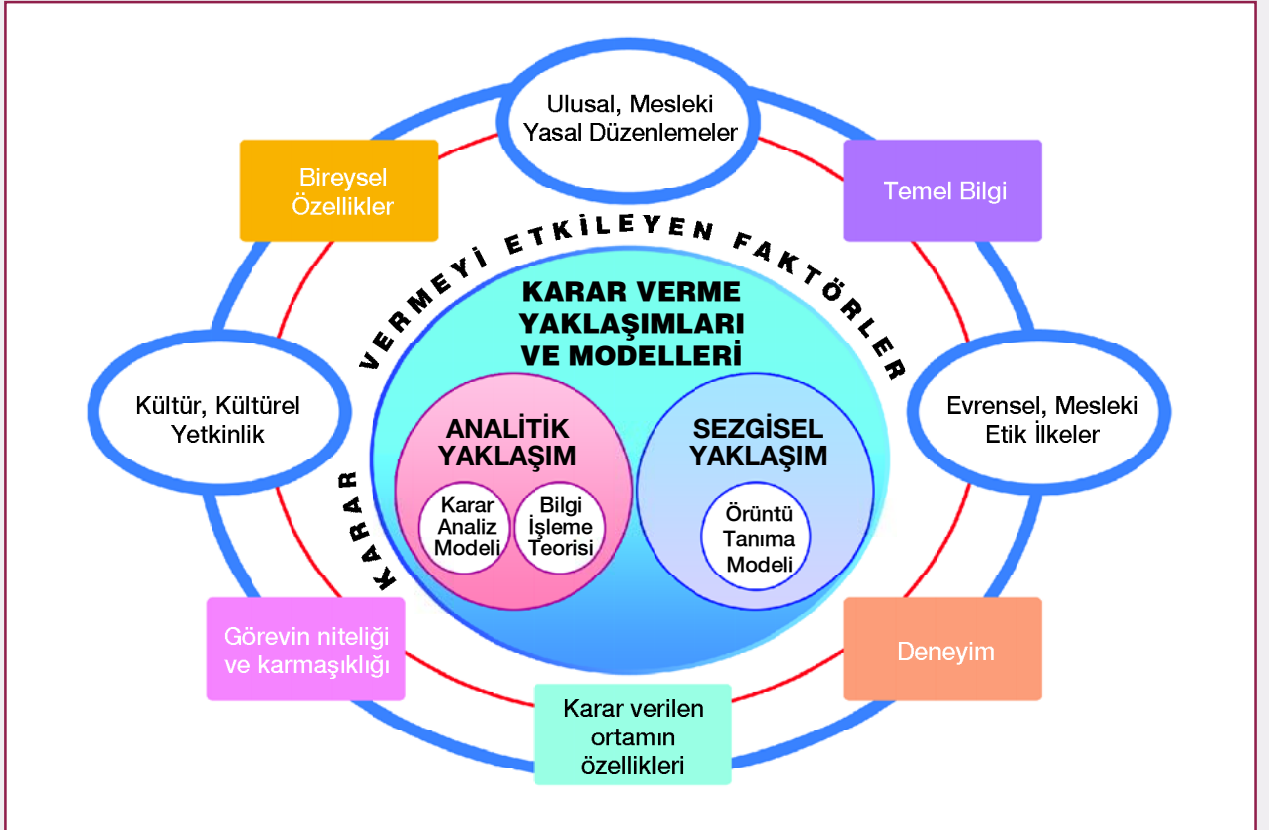
## Deneyim

Hemşirelerin karar vermesini etkileyen en önemli etmenlerden biri olan deneyim, hemşirelerin eski bilgileri ile klinikte belli bir grup hastanın bakımında öğrendiği yeni bilginin birleştirilmesi ve anlamlandırılması ile oluşturduğu yeni bilgi ve beceri olarak tanımlanabilir.<sup>[6]</sup> Deneyim, hemşirelerin kendilerine olan güvenini artırır, karar vermede örüntü tanıma modeli ile hastayı bir bütün olarak tanımayı geliştirir.<sup>[6]</sup> Deneyimin, hemşirelerde hastanın durumuyla ilgili ipuçlarını tanımlama yeteneğini geliştirdiği ve hasta ile ilgili ipuçlarının yorumlanmasında bilişsel süreçleri kullanmayı artırdığı gösterilmiştir. Böylece sezgisel karar vermeyi güçlendirerek klinik karar verme becerilerini geliştirdiği, hastaya uygun doğru girişimleri planlamayı ve yanlış karar alma olasılığını azalttığı saptanmıştır.<sup>[22]</sup>

Benner (1984), Dreyfus modeline dayalı, hemşirelikte beceri kazanmayı deneyimsiz (lisans son sınıf öğrencisi veya yeni mezun hemşire), deneyimli (1-6 ay arasında çalışan hemşire), yeterli (2-3 yıllık hemşire), usta (3-4 yıllık hemşire) ve uzman (5 yıl ve daha fazla çalışan hemşire) olmak üzere beş düzeyde tanımlamıştır.<sup>[23]</sup> Deneyimsiz hemşireler, kurallara ve kurum politikalarına dayalı ve iş merkezli çalışırlar. Yeterli deneyimi olmayan hemşireler karşılaştığı durumla ilgili ipuçlarını ayırt

etmede yetersizdirler ve durumun tek bir yönünü ele alarak hastanın bakımını planlarlar. Uzman hemşireler ise, durumu bütünü ile algılayan, geçmiş deneyimlerine dayalı örüntü tanıma becerisine sahiptir. Alanında uzmanlaşmış hemşireler hasta ile ilgili ipuçlarını tanımlarken analitik yaklaşımdan daha çok sezgisel yaklaşımı kullanırlar. Uzman hemşireler, sezgisel yaklaşımla duruma ilgili ipuçlarını hemen tanımlayarak hasta bakımı ile ilgili kararları zaman kaybetmeden alabilirler. Ancak, uzman bir hemşire, deneyimi olmayan başka bir yerde çalışmaya başladığında veya herhangi yeni bir klinik durumla ya da hastayla ilk kez karşılaştığında deneyimsizdir ve bu durumda deneyimsiz hemşire gibi davranış göstermektedir.<sup>[24]</sup> Benner (1984)'ın tanımladığı beceri düzeylerine göre hemşirelerin veriyi nasıl topladığı ve topladığı bu bilgiyi nasıl kullandığı belirlenerek, klinik bilgi ve beceri düzeyleri değerlendirilebilir.<sup>[23,24]</sup>

Uzman hemşirelerde, simülasyon ve örnek olaylar kullanılarak yapılan çalışmalarda, hastayla ilgili ipuçlarını hızla belirleyebildikleri ve hemşirelik tanısını doğru koyabildikleri saptanmıştır.<sup>[25,26]</sup> Uzman hemşirelerin doğru hemşirelik tanısına odaklanmaları alana özgü bilgilerinin olması ile açıklanmıştır.<sup>[25]</sup> Uzman hemşirelerin karar verme algılarının deneyimsiz hemşirelere göre daha iyi düzeyde olduğu belirtilmektedir.<sup>[27]</sup> Deneyimsiz hemşirelerin, hastanın durumu ile ilgili çok az



Şekil 2: Karar verme modelleri ve etkileyen etmenler (Şekil yazarlar tarafından oluşturulmuştur).

ipucunu tanımladıkları, hipotezlerini tek bir ipucuna dayalı olarak oluşturdukları ve oluşturdukları hipotezlerin tanımladıkları ipuçları ile uyumlu olmadığı saptanmıştır.<sup>[28]</sup> Benner ve ark. (1984), deneyimsiz hemşirelerin hastanın durumu ile ilgili ipuçları değiştiğinde, bunları ayırt edemediğini ve ince ayrıntıları belirleyemediğini belirtmişlerdir. Bu sonucu, eğitim ve deneyime dayalı öğrenmenin sınırlı olmasına bağlamışlardır. Deneyimli hemşirelerin önceliği hastanın değişen klinik durumuna özgü akut bakım girişimleridir. Buna karşın deneyimsiz hemşirelerin önceliği yaptıkları iş ve işin düzenlenmesidir. Deneyimsiz hemşirelerde yüksek anksiyete kontrol kaybına, işlerini düzenlemede başarısızlığa neden olmaktadır. Bunun da güvenli olmayan uygulamalar ile sonuçlandığı ileri sürülmüştür.<sup>[15,28]</sup>

Yapılan çalışmalarda, uzman hemşirelerin karar verirken deneyimsiz hemşirelerden daha fazla sayıda ve daha farklı ipucu topladıkları gösterilmiştir. Hastanın durumunu tanımlamak için ipucu özelliği taşıyan verileri daha fazla sınıflandırdıkları saptanmıştır.<sup>[29,30]</sup> Bu ipuçlarına dayalı hastanın problemini belirleyerek daha hızlı karar aldıkları belirtilmiştir.<sup>[31]</sup> Bu yaklaşıma göre hemşirelerin deneyimli olması, doğru karar verme olasılıklarını artırmaktadır.

## Temel Teorik Bilgi

Hemşirelik eğitimi ve uygulamasında edinilen temel teorik bilgi ve bunun kullanımı klinik karar vermeyi etkileyen en önemli etmenddir. Bilgi, hemşirenin ipucu özelliği olan verileri yorumlaması ve sorunu tanımlaması, hemşirelik girişimlerini planlaması ve planladığı girişimleri uygulamada önemli rol oynar.<sup>[32]</sup> Hemşire, karar verme sürecinde, teorik ve uygulama bilgisini birlikte kullanır. Benner (1984) hemşirelerin karar vermesine rehber olacak bilgiyi, teorik ve uygulama bilgisi olarak iki alt boyutta tanımlamıştır.<sup>[24]</sup> Hemşireler yeni teorik bilgileri, bilimsel araştırmalardan, kitaplardan ve gözleme dayalı uygulamadan elde ederler. Uygulama bilgisi ise deneyimle oluşur.<sup>[4,24]</sup> Hemşirelerin belirli alanlarda teorik ve uygulama bilgisinin eksik olması, durumla ilgili doğru karar verme becerilerini etkiler. Özellikle temel teorik bilgisi sınırlı olan hemşireler doğru hipotezi oluşturamazlar ve doğru kararı veremezler. Uygulama bilgisi sınırlı olan hemşireler ise karmaşık sorunlarda çok kısa sürede çok fazla veriyi analiz ederek karar vermek zorunda kaldıklarında hata yapma eğilimleri artar.<sup>[33]</sup> Hemşirelerin doğru klinik karar vermeleri için temel teorik ve uygulama bilgisinin yeterli olması gerekir.<sup>[4,24]</sup>

## Bireysel Özellikler

Hemşirelerin bireysel özelliklerinden özellikle kendine güvenmesi ve eleştirel düşünme becerisi klinik karar vermelerinde etkilidir. Hemşirelerin kendine güvenmesi; etkili karar vermede önemli rol oynar. Hemşirenin kendine güven duymasını da; bireysel özellikleri, teorik ve uygulama bilgisi, sosyal ve mesleki etkileşimleri etkiler.<sup>[7]</sup>

Hemşirenin eleştirel düşünme becerisinin geliştirilmesinde, eleştirel düşünme tutumları ve adımlarının kullanılması gerekir. Hemşireler ipucu özelliğini taşıyan verileri kullanarak sorunu belirlemede, kanıta dayalı teorik bilgi ile karar vermede ve uygulamalarını değerlendirmede eleştirel düşünme becerilerini kullanmak zorundadır.<sup>[34]</sup> Karar verme sürecinde verilerin analizinde ve hipotezlerin test edilmesinde eleştirel düşünme becerisi oldukça önemlidir.<sup>[14,16]</sup> Ancak literatürde, karar verme ve eleştirel düşünme becerisi arasında ilişki olduğu belirtilse de, araştırma bulgularının birbirleri ile uyumlu olmadığı görülmektedir. Girot,<sup>[35]</sup> klinik uygulamada karar verme ve eleştirel düşünme arasında ilişki olmadığını, Shin<sup>[19]</sup> karar verme ve eleştirel düşünme arasında zayıf ama anlamlı ilişki olduğunu, Martin<sup>[36]</sup> klinik uzmanlık düzeyinin artmasıyla eleştirel düşünme ve karar vermenin arttığını saptamıştır. Yoğun bakım hemşirelerinde yapılan çalışmada, eğitim, deneyim ve eleştirel düşünme yeteneğinin, karar verme ile ilişkili olmadığı saptanmıştır.<sup>[29]</sup> Bir başka çalışmada yoğun bakım ve klinikte çalışan hemşireler arasında, klinik karar verme ve eleştirel düşünme arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur.<sup>[11]</sup> Eleştirel düşünme ve karar verme arasındaki ilişkinin incelendiği çoğu çalışmada pozitif ilişki ya da ilişkinin olmadığı saptanırken, Hoffman ve Elwin'nin<sup>[37]</sup> yaptığı çalışmada bu iki değişken arasında negatif ilişki bulunmuştur. Bazı araştırmacılar, bu iki beceri arasında yetersiz ilişkiyi değerlendirmede kullanılan ölçüm araçlarının ve örneklem sınırlılığı ile açıklamışlardır. Bu çalışmaların sonuçları, eleştirel düşünme yeteneği fazla olan hemşirelerin klinik karar vermede daha fazla tereddüt ettiklerini ve klinik problemin yanıtını aramak için zaman harcamaya eğilimli olduklarını desteklemektedir.

## Karar Verilen Durumun Karmaşıklığı

Hemşirelerin karar vermesini etkileyen en önemli etmenlerden biri de durumun niteliğidir. Karar verilmesi gereken durumun niteliğini, durumla ilgili ipuçlarının sayısı, benzer ve farklı ipuçlarının olması, ipuçlarının güvenilirliği ve belirsizlikleri etkiler.<sup>[38]</sup> Hastanın sağlık durumunun basit ya da karmaşık olması, hemşirenin karar verme yükünün belirlenmesinde önemli değişkenlerdendir. Bucknall'ın<sup>[39]</sup> hastanın durumu, kaynaklara ulaşma ve kişilerarası ilişkilerin, klinik karar vermeyi etkileyen etmenler arasında yer aldığını göstermiştir. Currey ve Worrall-Carter,<sup>[40]</sup> hemşirelerin klinik karar verme kalitesinde, deneyimin, karmaşık hasta verilerinin ve meslektaşlar arasındaki etkileşimin belirleyici olduğunu saptamışlardır.

## Karar Verilen Ortamın Özellikleri

Hemşirelerin klinik karar vermesini etkileyen diğer etmen, klinik karar verme sürecinin gerçekleştiği ortamdır. Çalışılan kurumun yapısı, meslektaşlar ve diğer ekip üyeleri arasındaki destekleyici öğrenme ortamı, hemşirenin klinik karar vermesini doğrudan etkilemektedir.<sup>[7]</sup> Yapılan çalışmalar, uyumun, klinik yoğunluğunun ve çalışma alanının klinik karar vermede önemli etmen olduğunu göstermiştir.<sup>[27]</sup> Ayrıca günümüzde sağlık

bilişiminin/teknolojinin de hasta verilerinin toplanmasında, doğru verilerin elde edilmesinde zaman kazandırdığı ve doğru kararların alınmasını desteklediği saptanmıştır.<sup>[39]</sup> Bunun yanı sıra çalışma ortamındaki malzeme eksikliğinin ve diğer çevresel etmenlerin karar vermeyi ve hasta bakım kalitesini etkilediği belirtilmiştir.<sup>[40]</sup> Klinik karar vermede çalışılan ortamın fiziksel özellikleri, akran etkileşimleri, yönetici desteği ve öğrenme ortamının geliştirilmesi klinik karar vermeyi olumlu yönde etkiler ve geliştirir.

Belirli ya da belirsiz ortamlarda karar verme, karar verme sürecini doğrudan etkiler. Belirsizlik, karar vermede her zaman her yerde kaçınılmaz bir gerçektir. Hemşirelerin, belirsiz bir ortamda sezgisel karar verme yaklaşımını kullanmaları ve baş etme mekanizmalarını geliştirmeleri önerilmektedir. Sezgisel karar verme yaklaşımı belirsiz bir durumla baş etmenin en iyi yoludur.<sup>[41]</sup>

Sağlık bakım sisteminin yapısı ve kültürü klinik karar vermede hemşire katılımını etkileyen diğer bir etmenddir. Sistemin yapısı, yetki sınırlarını belirleyen kurallar ve düzenlemeler; kültür ise görevlere odaklanan bir ortam gibi tanımlanır. Hemşireler, klinik karar vermede ön koşul olarak bir otorite; bakımın kaliteli ve zamanında verilmesinde önemli bir etmen olarak düşünülmemelidir. Hemşireler, iş tanımı ve klinik kurallar gibi kurumla ilgili değişkenlerin karar vermede kendilerini sınırladığını belirtmişlerdir. Diğer yandan hastanın durumu ve uygulama ortamı hemşirelerin otoritelerini kullanmalarını etkilemektedir. Hemşirenin iş yükünün fazla olmasının yanı sıra hemşirelik rolleri dışında birçok işin yapılması, hasta ile olan ilişkileri ve hasta ile ilgili kararlara etkili bir şekilde katılımı engellemektedir.<sup>[7]</sup>

## Klinik Karar Verme Yaklaşımları ve Modelleri

Klinik karar verme, hastanın gereksinimlerini tanımlama, bakım yönetimine karar verme, doğru ve güvenli girişimleri uygulamada bilgi ve deneyimle gelişen bilişsel süreçleri içerir.<sup>[3]</sup> Karar vermede kullanılan süreçler, bilişsel stratejilerin kullanımını geliştirerek bakım sonuçlarını iyileştirir.<sup>[28]</sup> Hemşirelikte karar vermede birçok kuramsal bakış açısı olmasına rağmen analitik (analytical) ve sezgisel (intuition) yaklaşım (Şekil 2) benimsenen ve sık kullanılan iki yaklaşımdır.<sup>[13,17,38]</sup>

### 1. Analitik Karar Verme Yaklaşımı:

Analitik karar verme yaklaşımına göre kararlar, belirli bir durumun sistematik süreçle analiz edilmesiyle alınır.<sup>[11]</sup> Analitik karar verme, ipucu özelliği taşıyan verilerin toplanması, hipotezin oluşturulması, sonuçların yorumlanması ve soruna karar verilmesini sağlar. Sorun belirlendikten sonra olası çözümler üretilir.<sup>[4,14]</sup> Analitik karar vermede, olası sonuçların tanımlanması, sonuçlara değerlerinin atanması, alternatifler ve beklenen sonuçlar arasındaki ilişki olasılığının belirlenmesi yapılandırılmış bir sürece dayanır.<sup>[14]</sup> Analitik karar verme yaklaşımında en çok karar analiz modeli ve bilgi işleme teorisi kullanılmaktadır.

### a. Karar analiz modeli:

Karar analiz modeli tıbbi tanıya karar vermede sık ve yaygın kullanılan bir yaklaşımdır. Tıp/sağlık alanında kullanılan karar analiz modeli, karar vericinin durumla ilgili veriyi toplaması, bilgiyi sentezlemesi ve doğru kararı vermesi gereken karmaşık durumlarda, maliyet analizi, kalite ve politika geliştirmede yararlı bir araçtır.<sup>[14,42]</sup>

Karar analiz modeli, bireysel karar alma süreçlerini açıklar ve nasıl geliştirileceğine odaklanır. Bu modelde, en iyi karara ulaşmak için, olası tüm alternatif kararlar tanımlanır, tanımlanan alternatiflerin olasılıkları belirlenir ve bunların arasından en iyi karara ulaşmak için olası kararların yararlılığı hesaplanır.<sup>[14,18,42]</sup> Karar analiz modelinde en sık kullanılan çözüm yöntemleri arasında; karar ağacı çözümleri ve algoritma temelli yapılandırılmış çözümler yer almaktadır. Karar ağacında, her bir karar olasılığı belirlenir ve bu kararlara durumun insidansı, yararlılık oranı ya da olasılığı gibi sayısal değerler verilir, daha sonra karar verici için en iyi yararlılık değeri olan karar alınır. Yararlılığın ölçümü karar analiz modelinin en önemli özelliğidir. Yararlılık, "0" en kötü, "100" en iyi olasılık sonucunu gösteren sayısal rakamlarla ölçülür.<sup>[43]</sup> Algoritma temelli yapılandırılmış çözümlerde ise geliştirilen algoritma süreçlerini izleyerek yarar olasılıkları hesaplanır ve olası sonuçlar elde edilir.<sup>[13,18]</sup>

Hemşirelik uygulamalarında karar analiz modeli kullanılmamaktadır. Bunun nedeni olası kararların ve bakım sonuçlarının sayısal değerlerinin bilinmemesi, bütüncül hemşirelik yaklaşımına uymaması ve bakım sonuçlarının her zaman stabil olmaması şeklinde açıklanmıştır.<sup>[16]</sup>

Günümüzde ise, sağlık bakım hizmetinde bilişim sistemlerinin kullanımının artmasıyla algoritmalar ve karar ağaçları hemşirelik uygulamalarında kullanılmaya başlanmıştır. Hemşirelerin karar vermesini destekleyen yeni ve doğru bilgiden oluşturulan, kurallara dayalı hazırlanan karar ağaçları, algoritmalar bilgisayara dayalı karar destek sistemleri içinde yer almakta ve hemşirelerin kullanımına sunulmaktadır.<sup>[18,44,45]</sup>

### b. Bilgi işleme teorisi:

Klinik karar verme araştırmalarına rehber olan ikinci model bilgi işleme teorisidir. Bu teoride, bilimsel yaklaşım olarak hastanın durumunu belirlemede "hipotez-tümdengelim" yaklaşımı kullanılmıştır.<sup>[16,17,18,38]</sup> Teori, eski ve yeni bilgiler arasındaki ilişkilerin ortaya konulması mantığına dayanmaktadır. Bilgi işleme teorisi dört analitik bileşenden oluşur. Bunlar; ipucu özelliği taşıyan verileri elde etme, hipotez oluşturma, bu verileri çözümlenme, hipotezi değerlendirme ve doğru karara ulaşmadır.<sup>[12,17,18]</sup> Bu yaklaşımda, problemin tanımlanması, girişimin uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesiyle ilgili karar verme süreci tanımlanmıştır.<sup>[46]</sup>

Bilgi işleme süreci, bireylerin seçici olarak veri toplama, seri halde verileri işleme ve problemi basitleştirmek için parçalara ayırma ile bireyin karar verme sürecindeki sınırlılıklarına çözüm

oluşturur.<sup>[18]</sup> Bu modele göre karar verme süreci, uzun ve kısa dönem bellek etkileşimini içerir. Kısa dönem bellek uyarılarla elde edilen bilgi, uzun dönem bellek sembol/şema yapısında depolanan bilgi ve deneyimleri kapsar. Kısa dönem belleğe gelen uyarılar, uzun dönem bellekte depolanan, temel ve gerçek deneyimlerle elde edilen, daha önce test edilmiş deneysel bilgiyi aktif hale getirir.<sup>[17]</sup> Aktif hale gelen bilgi ile ipucu özelliği taşıyan yeni bilgi değerlendirilerek uzun dönem bellekteki bilgi ile ilişkilendirilir. Daha sonra kısa dönem bellekte işlenir ve geliştirilen yeni bilgi yeniden kullanılmak üzere depolanır.<sup>[14]</sup> Araştırmalar bu yaklaşımın belirsiz, karmaşık bir durumla karşılaşıldığında karar verme stratejisi olarak kullanıldığını ve klinik karar vermede, hataları tanımlamada etkili olduğunu göstermiştir.<sup>[47]</sup> Bilgi işleme teorisi, mevcut bilgiye ulaşıldığında ve zaman yeterli olduğunda klinik karar vermede tüm süreçlerle kullanılır.<sup>[12]</sup> Bilgi işleme teorisi, Newell ve Simon (1972) tarafından geliştirilen yapay zekâ uygulamalarını içeren ve hemşirelikte karar verme sürecini kolaylaştıran bir yöntem olarak önerilmiştir.<sup>[16]</sup>

## 2. Sezgisel Karar Verme Yaklaşımı

Sezgisel yaklaşıma göre karar verme, bir durumun en önemli yönlerinin tanımlanması, benzerliklerin ve farklılıkların zaman kaybetmeden ayırt edilmesi, geçmiş bilgilere ve deneyime dayalı olarak durumun yorumlanmasıdır.<sup>[4,17,34]</sup> Sezgi, durumu analitik süreçler gerekmeden bir bütün olarak algılama ile elde edilen bilgidir. Sezgisel yaklaşımın, analitik yaklaşıma göre avantajları; bilgi işleme sürecinin hızlı olması, ipuçlarının aynı anda kullanılması, verilerin algısal düzeyde hızla değerlendirilmesidir.<sup>[4]</sup> Sezgisel karar verme yaklaşımının en önemli modeli örüntü tanıma modelidir.

### a. Örüntü tanıma modeli

Örüntü, genel anlamda, ilgilenilen varlıklar ile ilgili gözlenebilir veya ölçülebilir bilgilerin tanımlanması olarak adlandırılabilir. Örüntü tanıma (pattern recognition) bilimin, mühendisliğin ve günlük hayatın geniş bir alanındaki etkinlikleri içerir. Örüntü tanıma, bilgisayar ya da yapay zeka da algılayıcılarla alınan işaret ve görüntüyü işleme, özellik çıkarma, sınıflandırmadır. Karara ulaşmada, istatistiksel, yapısal ve akıllı örüntü tanıma sistemleri ile gerçekleşir. Bu amaçla bilinmeyen sınıflandırılmış örüntülere belirli bir şekil vermek ve bilinen bir sınıfa ait olan örüntüyü teşhis etmek amaçlanır. İnsanda örüntü tanıma, beş duyu, özellikle görme duyusu ile algıladığı verileri geçmiş deneyimlerine dayalı öğrenme ve uygulamada karşılaştığı durumlara ilişkin deneyimleri ışığında seçebilme, sınıflandırabilme ve karar verebilme yeteneğidir.<sup>[48]</sup> Hemşirelikte örüntü tanıma, sağlıklı birey/hastayla ilgili hemşirenin belleğinde saklanan/akılda tutulan temel ve uygulama bilgisi ile hastanın durumuna ilişkin ipucu özelliği taşıyan verilerin karşılaştırılması ile elde edilen özelliklerden en iyi eşleşenleri seçme, sınıflandırma ve karara varmadır.<sup>[18,49,50]</sup> Bu model, hemşirenin yeni karşılaştığı hasta ile ilgili ipucu özelliği taşıyan verileri, daha önce edindiği teorik ve uygulama bilgisiyle aynı ya da benzer hastalarda karşılaştırmasını ve seçtiği veriyeye dayalı karar verme sürecini

içerir.<sup>[49]</sup> Hemşirelikte klinik kararlar daha çok hastanın örüntüsünü tanımaya dayalı verilir.<sup>[51]</sup> Klinik karar vermede örüntü tanıma modeli, temel mühendislik bilimleri ve hemşirelik bilimine dayalı bilginin yapılandırılarak bilgisayara dayalı karar destek sistemlerinin geliştirilmesinde temel oluşturmuştur.

Güntümüzde, örüntü tanıma, uzman hemşirelerin performanslarını değerlendirmek için kullanılan temel modellerden biri olarak kabul edilir. Hemşire araştırmacılara göre örüntü tanıma modeli, tümevarım yaklaşımıyla “uzmanların durumu sezgisel kavraması”dır. Thompson’un belirttiğine göre; Benner ve Tanner (1987) sezgiyi “kurallar olmadan anlama” olarak tanımlamışlardır.<sup>[17]</sup> Sezgisel karar vermenin en önemli özelliğini de örüntüyü tanıma ya da benzerlikleri ve farklılıkları ayırt etme olarak açıklamışlardır.<sup>[16,18,52]</sup> Hemşirelerin sezgiye dayalı kararlarda duruma ilgili deneyimini kullanması gerekir. Örüntü tanıma ve sezgi çok benzer olmasına rağmen örüntü tanıma düşünme süreciyle bilinçli gerçekleşirken, sezgi otomatik olarak algısal gerçekleşir.<sup>[51]</sup> Hemşirelerin örüntü tanıma becerisi ise bilgisi arttıkça<sup>[21,49]</sup> ve deneyim kazandıkça gelişir.<sup>[26]</sup> Hoffman ve Elwin,<sup>[37]</sup> hemşirelerin, karar verme sürecinin bir parçası olarak hastanın durumu ile ilgili ipucu özelliği taşıyan verileri tanımladıklarını, tanımlanan ipuçlarını hastanın diğer verileri ile ilişkilendirerek teorik ve uygulama bilgileri ile değerlendirdiklerini belirtmişlerdir. Özellikle de ipuçlarını tanıma sürecinde örüntü tanımayı ve benzerlikleri belirleyerek sınıflandırdıkları saptanmıştır. Cioffi,<sup>[53]</sup> objektif ve subjektif hasta verilerini kullanarak örüntüyü tanımanın klinik karar vermek için temel olduğunu belirtmiştir. Deneyimsiz ve uzman hemşireler arasında bir bütün olarak örüntü tanıma kapasitesi açısından farklılıklar olduğu, deneyimsiz hemşirelerin hastanın örüntüsünü tanımadada analitik modeli kullandığı saptanmıştır.<sup>[52]</sup>

Hemşirelerin klinik karar verme sürecinde bilgi işleme teorisi ve bir bütün olarak örüntüyü tanıyabilmelerini destekleyen sistemlerin/araçların kullanılması önerilmiştir. Bu sistemler, hemşirelerin mesleki teorik ve uygulama bilgisinin geliştirilmesinde ve doğru klinik karar verilmesinde önemli rol oynar. Bunun için belirsiz ve karmaşık klinik durumlarda teorik ve uygulama bilgisinin bir model çerçevesinde birleştirilmesi ve bilgisayar sistemleriyle bütünleştirilerek etkileşimli kullanılması önerilmektedir.

## Hemşirelikte Karar Vermeyi Destekleyen Yaklaşımlar

Hemşirelerin kısa sürede, hızlı karar verilmesi gereken durumlarda, doğru klinik kararı verebilmeleri için gereksinimleri olan bilgiye en kısa zamanda erişmeleri önemlidir. Hemşirelik alanında klinik karar verme, hemşirelik bilgisinin kullanılması ve uygulamaya konulmasını ifade etmektedir.<sup>[33]</sup> Hemşireler tarafından alınan klinik kararlarda, girişimlerin seçilmesi, uygulanması, değerlendirilmesi yeterli olmayabilir. Bazı durumlarda hasta ile ilgili verilecek kararlarda hastanın ailesi ve yakınları ile iletişim kurulması gerekebilir. Bunlara ek olarak

ulaşılabilen kanıtlar, kaynaklar, hasta tercihleri gibi karar vermeyi karmaşık hale sokan çok sayıda etken vardır. Bunların üstesinden gelmek, klinik karar verme sistemleri ile gerçekleşebilir. Hemşirelerin klinik karar verme performanslarını artırmak, hasta güvenliğini sağlamak için kurumsal protokoller, en iyi uygulama kaynakları kabul edilen klinik rehberler geliştirilmektedir. Karar verme sürecinin geliştirilmesinde, eğitim yaklaşımlarından kendi kendine öğrenme yöntemi, örnek olgu çalışmaları ve karar ağaçları kullanılmaktadır. Bunun için kullanılan güncel yaklaşımlardan biri de doğru karar vermeyi sağlayan ve interaktif etkileşimli Bilgisayara Dayalı Karar Destek Sistemleridir (BDKDS)<sup>[18,44,45]</sup> Son zamanlarda farklı hemşirelik uygulamalarında, bu sistemlerin kullanımı hızla artmaktadır. Tıp biliminin temel kuramına göre belirli çevresel koşullar sağlandığında bilgi kaynaklarına erişebilen kişi, erişemeyen kişilere göre her zaman daha başarılı ve daha doğru kararlar alır. Bunun bilgisayar aracılığıyla bilgiye ulaşılarak karar verilirse iki kat, bilgisayarla interaktif olarak karar verilirse üç kat daha etkili olduğu belirtilmektedir.<sup>[45]</sup> Bu yaklaşıma dayalı geliştirilen BDKDS, hasta özellikleri ve uygun bilginin eşleştirilmesini sağlayan yazılım programlarıdır.<sup>[44,54]</sup> BDKDS, kanıta dayalı önerilerle birleştirildiğinde kanıtların uygulamada kullanımını kolaylaştır<sup>[18,54]</sup> ve hemşirenin doğru karar vermesini sağlar.<sup>[44,54]</sup> Hastane bilgi sistemleri ile bütünleştirilen BDKDS, hemşirelerin klinik karar vermede, yaşadıkları güçlüklerle bir çözüm olarak geliştirilmiştir. Bu uygulamaların etkisi değişik araştırmalarla değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmaların bazılarında memnuniyet yüksek bulunmuş, hemşirelerin klinik karar vermede kullandığı belirtilmiştir. Bu çalışmalarda sistemin kullanılması ve hemşirenin memnuniyetinin her zaman yeterli olmayacağı, sağlık bakım sonuçlarına yansımalarının da değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.<sup>[44,54]</sup>

## Sonuç

Hemşireler, mesleğine özgün teorik ve uygulama bilgisini etkili ve verimli biçimde kullanarak doğru kararlar almak, topluma kaliteli ve güvenli bakım sunmak zorundadır. Hemşirelerin nasıl karar verdikleri, karar verirken hangi karar verme modellerini kullandıkları, kararlarını etkileyen olumlu/olumsuz etmenleri tanımlamak önemlidir. Bu bilgiler hemşirelerin klinik karar verme becerilerini geliştirmeye yardım edecek yeni bilimsel yöntemlere ve stratejilere temel oluşturacaktır. Hemşirelerde karar verme becerisinin geliştirilmesi için hemşire eğitimcileri ve yöneticilere büyük sorumluluklar düşmektedir.

Hemşire eğitimcileri, öğrencilerin kişisel gelişimini, eleştirel düşünmesini, teorik/uygulama bilgisini geliştirecek stratejiler kullanmalıdır. Öğrencilere, ipucu özelliği taşıyan verileri fark ettirme ve analitik karar verme adımlarına göre karar verme becerisinin geliştirilmesi hedeflenmelidir. Öğrencilerin örneği tanımasını, yeni şemalar oluşturmasını kolaylaştıracak gerçeğe yakın durum/hasta simülasyonlarını eğitim süreci ile birleştirmelidir.

Hemşire yöneticiler ulusal hemşirelik eğitim fırsatlarının sınırlılığını düşünerek, çalışan hemşirelerin gelişimsel özellikleri, deneyim süresine göre risk oluşturabilecek durumları bilmelidir. Yeni mezun hemşirelerin analitik karar verme modeliyle protokol ve prosedürlere dayalı çalıştığını, karmaşık durumlarla ipuçlarını ayırt etmede güçlük yaşayacağını düşünmelidir. Yöneticiler çalışan hemşirelerde karar vermeyi geliştirmek için çalışma ortamlarını olumlu akran/yönetici desteğinin sunulduğu, rehberlik (mentörlük) desteği ile güvenli öğrenme ortamlarına dönüştürmelidir.

Hemşire araştırmacılar, liderler ve teorisyenler, karar analiz modellerinin hemşirelik uygulamalarında kullanılması için pozitivist bilimsel ölçütlerine uygun bilgi üretmelidir. Hemşireler, eğitimciler, yöneticiler ve araştırmacılar hemşirelerin daha iyi karar vericiler olmasını sağlamak için işbirliği yapma ve topluma hesabını verebileceği güvenli bakım sunma sorumluluğunu yerine getirmek zorundadır.

## KAYNAKLAR

1. Salehi SH, Bahrami M, Hosseini SA et al. Critical thinking and clinical decision making in nurse. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Winter 2007;12(1):13-16.
2. Bakalis N, Bowman GS, Porock D. Decision making in Greek and English registered nurses in coronary care units. International Journal of Nursing Studies 2003;40(7): 749-760
3. Botti MR. Role of knowledge and ability in student nurses' clinical decision-making. Nursing and Health Sciences 2003;5(1):39-49.
4. Lauri S, Salanterä S, Chalmers K, et al. An exploratory study of clinical decision-making in five countries. Journal of Nursing Scholarship 2001;33(1):83-90.
5. Bjørk IT, Hamilton GA. Clinical decision making of nurses working in hospital setting. Nursing Research and Practice 2011;8:1-8.
6. Radwin LE. Empirically generated attributes of experience in nursing. Journal of Advanced Nursing 1998;27(3):590-95.
7. Hagbagheri AM, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: A qualitative study. BioMed Central Nursing 2004;3(2):1-11.
8. Hedberg B, Larsson US. Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. Journal of Clinical Nursing 2004;13(3):316-324.
9. Azak A, Taşçı S. Klinik Karar Verme ve Hemşirelik. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği- Hukuku Dergisi 2009;17(3):176-83.
10. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. "Karar" Retrived: May 19, 2010, from <http://tdk.org.tr/TR/Genel/SozBul.aspx?&Kelime=karar>
11. Lauri S, Salanterä S. Decision-making models in different fields of nursing. Research in Nursing & Health 1998;21(5):443-452.
12. Banning MA. review of clinical decision making: Models and current research. Journal of Clinical Nursing 2008;17(2):187-195.
13. Rashotte J, Carnevale FA. Medical and nursing clinical decision making: A comparative epistemological analysis. Nursing Philosophy 2004;5(2):160-174.
14. İraz R. Organizasyonlarda karar verme ve iletişim sürecinin etkinliği bakımından bilgi teknolojilerinin rolü. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2004;11(1):407-422.
15. Benner P, Tanner C, Chesla C. From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. Advances in Nursing Science 1992;14(3):13-28.

16. Taylor C. Clinical problem-solving in nursing: Insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing* 2000;31(4):842-849.
17. Thompson CA. Conceptual treadmill: The need for 'middle ground' in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1999;30(5):1222-1229.
18. O'Neill ES, Dluhy NM, Chin E. Modelling novice clinical reasoning for a computerized decision support system. *Journal of Advanced Nursing* 2005;49(1):68-77.
19. Shin KR. Clinical thinking ability and clinical decision-making skills among senior nursing students in associate and baccalaureate programmes in Korea. *Journal of Advanced Nursing* 1998;27(2): 414-418.
20. Junnola T, Eriksson E, Salanterä S et al. Nurses' decision-making in collecting information for the assessment of patients' nursing problems. *Journal of Clinical Nursing* 2002;11(2):186-196.
21. Aitken LM. Critical care nurses' use of decision-making strategies. *Journal of Clinical Nursing* 2003;12(4):476-483.
22. Benner P, Hughes RG, Sutphen M. Clinical Reasoning, Decision making, and Action: Thinking Critically and Clinically. In: Hughes RG eds. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. (3th.ed.), Agency for Healthcare Research and Quality.2008.p.87-109. Retrieved Mays 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2643/>
23. Orsolini-Hain L, Malone R. Examining the impending gap in clinical nursing expertise. *Policy, Politics & Nursing Practice* 2007;8(3):158-169.
24. Brykczynski KA. Patricia Benner: from novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. In A Marriner-Tomey, MR Alligood (eds.) *Nursing theorists and their work*, (5th.ed.), St. Louis, MO: Mosby 2002;165-180.
25. Lamond D, Farnell S. The treatment of pressure sores: A comparison of novice and expert nurses' knowledge, information use and decision accuracy. *Journal of Advanced Nursing* 1998;27(2):280-286
26. Reischman RR, Yarandi HN. Critical care cardiovascular nurse expert and novice diagnostic cue utilization. *Journal of Advanced Nursing* 2002;39(1):24-34.
27. Hoffman K, Donoghue J, Duffield C. Decision-making in clinical nursing: Investigating contributing factors. *Journal of Advanced Nursing* 2004;45(1):53-62.
28. Taylor C. Problem solving in clinical nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 1997;26(2):329-336.
29. Hicks D, Merritt SL, Elstein AS. Critical thinking and clinical decision making in critical care nursing: A pilot study. *Heart & Lung* 2003;32(3):169-180.
30. Hoffman KA, Aitken LM, Duffield CA. Comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2009;46(10):1335-1344.
31. Tabak N, Bar-Tal Y, Cohen-Mansfield J. Clinical decision making of experienced and novice nurses. *Western Journal of Nursing Research* 1996;18(5):534-47.
32. Bakalis NA, Watson R. Nurses' decision-making in clinical practice. *Nursing Standard* 2005;19(23):33-39.
33. O'Neill ES, Dluhy NM, Fortier P et al. Knowledge acquisition, synthesis and validation: A model for decision support systems. *Journal of Advanced Nursing* 2004;47(2):134-142.
34. Katoaka-Yahiro M, Saylor C. A Critical thinking model for nursing judgment. *Journal of Nursing Education* 1994;33(8):351-356.
35. Girot EA. Graduate nurses: Ciritical thinkers or beter decision-maker? *Journal of Advanced Nursing* 2000;31(2):288-297.
36. Martin C. The theory of critical thinking of nursing. *Nurse Education Perspective* 2002;23(5):243-247.
37. Hoffman K, Elwin C. The relationship between critical thinking and confidence in decision-making. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2004;22(1):8-12.
38. Hedberg B, Larsson US. Observations, confirmations and strategies - useful tools in decision-making process for nurses in practice? *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12(2):215-222.
39. Bucknall TK. The clinical landscape of critical care: Nurses' decision-making. *Journal of Advanced Nursing* 2003;43(3):310-319.
40. Currey J, Worrall-Carter L. Making decisions: Nursing practices in critical care. *Australian Critical Care* 2001;14(3):127-131.
41. Thompson C, Dowding D. Responding to uncertainty in nursing practice. *International Journal of Nursing Studies* 2001;38:609-615.
42. Narayan SM, Corcoran-Perry S, Drew D et al. Decision analysis as a tool to support an analytical pattern of reasoning. *Nursing & Health Sciences* 2003;5(3):229-243.
43. Thompson C, Dowding D. Decision analysis. In C Thompson, D Dowding (eds.), *Clinical decision making and judgement in nursing*, (1th ed.), Churchill Livingstone, Edinburg, 2002.p:131-146.
44. Randell R, Mitchell N, Dowding D et al. Effects of computerized decision support systems on nursing performance and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy* 2007;12(4):242-249.
45. Friedman CP. Fundamental theorem of biomedical informatics. *Journal of American Medical Informatic Association* 2009;16(2):169-170.
46. Bucknall TK. Critical care nurses' decision making activities in the natural clinical setting. *Journal of Clinical Nursing* 2000;9(1):25-36.
47. Offredy M, Meerabeau L. The use of 'think aloud' technique, information processing theory and schema theory to explain decision-making processes of general practitioners and nurse practitioners using patient scenarios. *Primary Health Care Research and Development* 2005;6:45-49.
48. Rothe H. Approaches to pattern recognition, advanced pattern recognition techniques. *NATO-RTO lecture series 214, Lisbon Portugal,1998,1-29.*
49. Cioffi J, Markham R. Clinical decision-making by midwives: Managing case complexity. *Journal of Advanced Nursing* 1997;25(2):265-272.
50. King L, Macleod CJ. Intuition and the development of expertise in surgical ward and intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2002;37(4):322-329.
51. Manias E, Aitken R, Dunning T. Decision-making models used by 'graduate nurses' managing patients' medications. *Journal of Advanced Nursing* 2004;47(3):270-278.
52. Blum CA. Using the Benner intuitive-humanistic decision-making model in action: A case study. *Nurse Education Practice* 2010;10(5):303-307.
53. Cioffi J. Nurses' experience of making decisions to call emergency assistance to their patients. *Journal of Advanced Nursing* 2000;32(1):108-114.
54. Anderson JA, Willson P. Clinical decision support systems in nursing: Synthesis of the science for evidence-based practice. *Computers, Informatics, Nursing* 2008; 26(3):151-158.



## Kendi Kendini Değerlendirme

## SORULAR

(1) Aşağıda verilen seçeneklerden hangisi, hemşirelerde karar verme becerisinin geliştirilerek elde edilmesi beklenen sağlık bakım sonuçlarından değildir?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesi</li> <li>b. Hemşirelik bakım kalitesinin geliştirilmesi</li> <li>c. Topluma güvenli bakım sunulması</li> <li>d. Maliyetin azaltılması</li> <li>e. Protokollere uygun optimal bakım verilmesi</li> </ul>
(2) Deneyimli bir hemşire yoğun bakımda karşılaştığı karmaşık bir klinik durumda hastasının bakımını planlarken klinik karar vermek için daha çok hangi karar verme yöntemini kullanır?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Analitik karar verme yaklaşımı</li> <li>b. Karar analiz modeli</li> <li>c. Sezgisel karar verme yaklaşımı</li> <li>d. Bilgi işleme teorisi</li> </ul>
(3) Yeni mezun bir hemşirenin hastasının bakımına yönelik klinik karar vermede aşağıda verilen etmenlerden hangisi belirleyici değildir?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Teorik ve uygulama bilgisi</li> <li>b. Bireysel özellikleri</li> <li>c. Klinik deneyimi</li> <li>d. Yasalar ve yönetmelikler</li> <li>e. Klinik protokoller</li> </ul>
(4) Aşağıda verilen ifadelerden hangisi deneyimsiz hemşirelerin karar verme sürecini doğru olarak açıklamaktadır?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Durumu bütünü ile algılar.</li> <li>b. Kurum protokollerine dayalı ve iş merkezli çalışır.</li> <li>c. Örüntü tanıma becerisine sahiptir.</li> <li>d. Hastaya yönelik tüm ipuçlarını toplayabilir.</li> </ul>
(5) Aşağıdakilerden hangisi işe yeni başlayan hemşirelerin klinik karar verme becerisini geliştirmek için yönetici bir hemşirenin kullanacağı doğru bir yaklaşım değildir?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hemşirelerin kişisel gelişimini, eleştirel düşünmesini, teorik/uygulama bilgisini geliştirecek stratejiler kullanır.</li> <li>b. Hemşirelerin örüntüyü tanımasını kolaylaştıracak, gerçeğe uygun örnek olay veya hasta simülasyonlarının kullanıldığı oryantasyon programları düzenler.</li> <li>c. Hemşirelerin gelişimsel özellikleri, deneyimi süresine göre risk oluşturabilecek durumları bilir.</li> <li>d. Klinik karar verme becerisini etkileyen olumlu/olumsuz etmenleri kontrol altına alarak güvenli öğrenme ortamı yaratır.</li> <li>e. Hemşirelerin bir an önce deneyim kazanmaları için karmaşık klinik durumlarda riskli hastaların bakım sorumluluğunu verir.</li> </ul>
(6) Klinik karar vermek için "ipucu özelliği taşıyan verilerin toplama, hipotez oluşturma, verileri çözümlenme, hipotezi değerlendirme ve doğru karara varma" adımlarını içeren model aşağıdakilerden hangisidir?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sezgisel karar verme</li> <li>b. Karar analiz modeli</li> <li>c. Örüntü tanıma modeli</li> <li>d. Bilgi işleme teorisi</li> <li>e. Bilgisayarlı karar destek sistemleri</li> </ul>
(7) Analitik karar verme yaklaşımı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Belirli klinik bir durumun sistematik süreçle analiz edilmesidir.</li> <li>b. Karar analiz modelinde analitik karar verme yaklaşımı kullanılır.</li> <li>c. Bilgi işleme teorisinde analitik yaklaşıma göre karar verilir.</li> <li>d. Klinik bir durumun, geçmiş bilgiye veya deneyime dayalı yorumlanmasıdır.</li> <li>e. Alternatif olasılıkları belirlenmesini ve olası kararların yararlılığının hesaplanmasıdır.</li> </ul>
(8) Hemşirelerin yeni karşılaştığı hastayla ilgili "ipucu özelliği taşıyan verileri toplama, teorik ve uygulama bilgisiyle aynı ya da benzer hastalarla karşılaştırması ve seçtiği veriye dayalı karar verme sürecini" kapsayan model aşağıdakilerden hangisidir?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Karar analiz modeli</li> <li>b. Analitik karar verme yaklaşımı</li> <li>c. Bilgi işleme teorisi</li> <li>d. Örüntü tanıma modeli</li> <li>e. Klinik protokollere dayalı karar verme</li> </ul>