



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİYESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÖZEL HASTANELERDE ÇALIŞAN YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN
VE HEMŞİRELERİN ELEŞTİREL DÜŞÜNME DÜZEYİ VE
PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ**

BİRSEN ERKUŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK

İSTANBUL – 2011

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans

Anabilim Dalı : Hemşirelikte Yönetim

Tez Sahibi : Birsen ERKUŞ

Tez Başlığı : Özel Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeyi ve Problem Çözme Becerileri

Sınav Yeri : M.Ü.S.B.F. Hemşirelik Bölümü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Sınav Tarihi : 11/07/2011

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç.Dr. Nefise BAHÇECİK

Kurumu

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

(Unvan, Adı, Soyadı)

Yard. Doç.Dr. Yasemin ERGÜN

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Prof.Dr. Fatma ETİ ASLAN

Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 14.7.2011 tarih ve 26 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

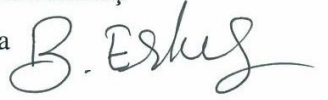
I. BEYAN

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

Tarih 14.07.2011

Birsen ERKUŞ

İmza



II. TEŞEKKÜR

En büyük ideallerimden biri olan yüksek lisans eğitimimde tezimin oluşturulması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında, yol gösteren, destek olan, deneyimlerini paylaşarak akademik gelişimimi sağlayan, meslek hayatında bir çok hemşire yetiştiren Çok Değerli Hocam ve Danışmanım Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK'e,

Ders dönemi boyunca birlikte çalıştığımız ve bilgilerinden her zaman yararlandığım Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Hocalarımızdan, Yrd. Doç.Dr. Yasemin Akbal ERGÜN'e,

Ders ve tez döneminde her zaman destek olan Öğr. Gör. Dr. Leyla Köksal'a,

Geleceğin hemşirelerini yetiştirirken büyük özveri ile çalışan, tez çalışmam boyunca desteklerini hiç esirgemeyen, Çok Değerli Hocalarım Prof. Dr. Fatma Eti ASLAN, Prof. Dr. Nermin OLGUN, Yrd. Doç.Dr. Ükke KARABACAK, Yrd. Doç. Dr. Işıl IŞIK'a,

Başarıları, tutumu ve bakış açısı ile her zaman yol gösteren, öncü olan, tecrübelerini aktaran Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörü Uzm. Saliha KOÇ'a,

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum için büyük gurur duyduğum, meslek yaşamımda bana büyük katkısı olan, bilgisi, deneyimi ve zekasıyla yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Cem ALHAN'a,

Çalışma disiplini, mesleki başarısı ve kişiliği ile örnek olan, çok değerli bilgiler edindiğim, her zaman her konuda destek gördüğüm, tezimde büyük emeği olan Yrd. Doç. Dr. Şahin ŞENAY'a,

Tez çalışmamda verileri toplayabilmem için çok büyük özen ve çaba gösteren ve her biri benim için çok değerli olan, tüm Eğitim ve Gelişim Hemşiresi arkadaşlarıma ve Departman Müdürümüz Uzm. Hem. Şehriban SERBEST'e,

Tezimin istatistik verilerinin analizinde birlikte çalıştığım Dr. Mehmet Murat KAÇARA'a

En sıkıntılı zamanda çok büyük desteğini gördüğüm, yardıma koşan arkadaşım Ayşe YOLAÇAN ve eşi Tandoğan YOLAÇANA'a,

Yardımlarını esirgemeyen çok değerli arkadaşlarım Sevinç KOCAMAN, Şerife ÇAMLIBEL, Behice TAŞÇI, Tezay KARA, Özlem BAŞ ve Ayça DEMİR'e,

Burada ismini yazamadığım çok sevdiğim arkadaşlarıma, dostlarıma,

Tezimi yürüttüğüm hastanelerdeki tüm klinik eğitim hemşirelerine, servis sorumlu hemşirelerine, çalışmama katılım gösteren tüm meslektaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında varlıkları ile büyük destek aldığım, başarımda en büyük paya sahip, çok sevdiğim, çok değerli Annem, Babam, Ağabeyim ve Kardeşlerime,

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM...

Hemşire Birsen Erkuş

Temmuz / 2011

III. İÇİNDEKİLER	Sayfa No
I. BEYAN	II
II. TEŞEKKÜR	III
III. İÇİNDEKİLER	V
IV. KISALTMALAR	VII
V. TABLOLAR LİSTESİ	VIII
VI. ŞEKİLLER LİSTESİ	XIII
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	4
4. GENEL BİLGİLER	8
4.1. ELEŞTİREL DÜŞÜNME	8
4.1.1. Düşünme ve Eleştirel Düşünmenin Tanımı.....	8
4.1.2. Eleştirel Düşünme Süreci.....	12
4.1.3. Eleştirel Düşünmenin ve Düşünürlerin Özellikleri.....	14
4.1.4. Eleştirel Düşünmeyi Etkileyen Faktörler.....	16
4.1.5. Eleştirel Düşünmenin Yararları.....	19
4.1.6. Eleştirel Düşüne Modelleri.....	20
4.1.6.1. Kataoka-Yahiro ve Saylor'un eleştirel düşünme modeli.....	20
4.1.6.2. Düşünmenin boyutları modeli.....	22
4.1.6.3. Benner'in acemilikten uzmanlığa teorisi.....	24
4.1.6.4. Uygulama odaklı eğitimde eleştirel düşünme modeli.....	25
4.1.6.5. Eleştirel düşünce etkileşim modeli.....	26
4.1.6.6. Dreyfus ve Dreyfus'un kazanma modeli.....	27
4.1.7. Eleştirel düşünme stratejileri ve becerileri.....	27
4.2. PROBLEM ÇÖZME	31
4.2.1. Problem ve Problem Çözme Tanımı.....	31
4.2.2. Problem Çözme Süreci Aşamaları.....	36
4.2.3. Problem Çözme Kuramları.....	41

4.2.3.1. Bandura'nın kendine yeterlilik modeli.....	41
4.2.3.2. John Dewey'in yansıtımlı düşünce kuramı.....	42
4.2.3.3. Alex Osborn'un sorun çözme kuramı.....	43
4.2.3.4. Bilgi işlem sistem kuramı.....	43
4.2.3.5. Karl Popper'in sorun çözme kuramı.....	44
4.2.4. Eleştirel Düşünme ve Problem Çözme.....	45
4.2.5. Hemşirelikte Eleştirel Düşünme ve Problem Çözme.....	47
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	61
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	61
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	61
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	61
5.4. Veri Toplama Araçları.....	62
5.5. Verilerin Toplanması.....	65
5.6. Verilerin Analizi.....	66
6. BULGULAR.....	67
6.1. Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri.....	68
6.2. Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin mesleki özellikleri.....	69
6.3. Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile tanıtıcı ve mesleki özelliklerinin karşılaştırılması.....	78
6.4. Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin PÇE genel ve alt boyut puanları ile tanıtıcı ve mesleki özelliklerinin karşılaştırılması.....	117
6.5. Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ile PÇE genel ve alt boyutları puanlarının korelasyonu.....	147
7. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	151
8. KAYNAKLAR.....	204
9. EKLER.....	220
10.ÖZGEÇMİŞ	235

IV. KISALTMALAR

CEDEÖ: California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği

PÇE: Problem Çözme Envanteri

SPSS: Statistical Package of Social Science

ASG: Acıbadem Sağlık Grubu

SML: Sağlık Meslek Lisesi

MSÜ: Merkezi Sterilizasyon Ünitesi

TABLolar LİSTESİ	Sayfa
No	
Tablo 1. Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı	68
Tablo 2. Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı	69
Tablo 3. Yönetici Hemşirelerin Yönetici Olarak Çalışmaktan Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı	71
Tablo 4. Hemşirelerin Çalıştıkları Birimden Memnuniyet Durumlarına Göre Dağılımı	71
Tablo 5. Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Çalıştığı İşin Kendisini Tatmin Etme Durumuna Göre Dağılımı	72
Tablo 6. Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Yöneticisi İle Uyum İçinde Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	72
Tablo 7. Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Çalıştıkları Ekip İle Uyum İçinde Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	73
Tablo 8. Yönetici Hemşire ve Hemşireleri Motive Eden Faktörlerin Dağılımı	73
Tablo 9. Yönetici Hemşireleri ve Hemşireleri En İyi Tanımlayan İfadelere Göre Dağılımı	74
Tablo 10. Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Zaman Ayırdığı Etkinliklere Göre Dağılımı	75
Tablo 11. Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Problem Çözme İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı	76
Tablo 12. Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Eleştirel Düşünme İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı	76
Tablo 13. Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Problem Çözme İle İlgili Destek Aldıkları Bireylere Göre Dağılımı	77
Tablo 14. Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	78

Tablo 15. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	79
Tablo 16. Hemşirelerin CEDEÖ ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	81
Tablo 17. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması	83
Tablo 18. Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması	84
Tablo 19. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması	85
Tablo 20. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması	86
Tablo 21. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Mesleki Deneyim Sürelerine Göre Karşılaştırılması	88
Tablo 22. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Mesleki Deneyim Sürelerine Göre Karşılaştırılması	89
Tablo 23. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yönetici Olarak Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması	91
Tablo 24. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Birime Göre Karşılaştırılması	93
Tablo 25. Hemşirelerin CEDEÖ ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Birim Göre Karşılaştırılması	95
Tablo 26. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Şekillerine Göre Karşılaştırılması	97
Tablo 27. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yönetici Olarak Çalışmaktan Memnun Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması	98
Tablo 28. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Birimden Memnuniyet Durumlarına Göre Karşılaştırılması	99

Tablo 29. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ ve Alt Boyut Puanlarının İşten Tatmin Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması	100
Tablo 30. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının İşten Tatmin Olma Düzeyine Göre Karşılaştırılması	101
Tablo 31. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yöneticileri İle Uyum İçinde Olma Değişkenine Göre Karşılaştırılması	103
Tablo 32. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Yöneticileri İle Uyumlu Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	104
Tablo 33. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ ve Alt Boyut Puanlarının Ekibi İle Uyum İçinde Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması	106
Tablo 34. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Ekip İle Uyumlu Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	107
Tablo 35. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanlarının Motive Eden Faktörler Değişkenine Göre Karşılaştırılması	109
Tablo 36. Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanlarının Motive Eden Faktörler Değişkenine Göre Karşılaştırılması	110
Tablo 37. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanlarının Kendilerini En İyi Tanımlayan İfadeye Göre Karşılaştırılması	111
Tablo 38. Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanı İle Hemşireleri En İyi Tanımlayan İfadeye Göre Karşılaştırılması	112
Tablo 39. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ ve Alt Boyut Puanlarının Zaman Ayırdıkları Etkinliklere Göre Karşılaştırılması	113
Tablo 40. Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanı İle Zaman Ayırdıkları Etkinliklere Göre Karşılaştırılması	114
Tablo 41. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Eleştirel Düşünme Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	115
Tablo 42. Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Eleştirel Düşünme Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	116
Tablo 43. Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Problem Çözme Envanteri ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	117

Tablo 44. Yönetici Hemşirelerin PÇE ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	118
Tablo 45. Hemşirelerin PÇE ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	119
Tablo 46. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması	121
Tablo 47. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması	122
Tablo 48. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması	123
Tablo 49. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması	125
Tablo 50. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması	126
Tablo 51. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması	127
Tablo 52. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yönetici Olarak Çalışma Süreleri Değişkenine Göre Karşılaştırılması	129
Tablo 53. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Birim Değişkenine Göre Karşılaştırılması	130
Tablo 54. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Birim Değişkenine Göre Karşılaştırılması	131
Tablo 55. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Şekillerine Göre Karşılaştırılması	133
Tablo 56. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yönetici Olarak Çalışmaktan Memnun Olma Değişkenine Göre Karşılaştırılması	134
Tablo 57. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Birimden Memnun Olma Değişkenine Göre Karşılaştırılması	135

Tablo 58. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının İşten Tatmin Olma Değişkenine Göre Karşılaştırılması	136
Tablo 59. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının İşten Tatmin Olma Düzeyine Göre Karşılaştırılması	137
Tablo 60. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yöneticileri İle Uyum İçinde Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	138
Tablo 61. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yöneticileri İle Uyumlu Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	139
Tablo 62. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Ekibi İle Uyum İçinde Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	140
Tablo 63. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Ekip İle Uyum Düzeylerine Göre Karşılaştırılması	141
Tablo 64. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel Puanı İle Kendilerini Motive Eden Faktörlerin Dağılımı ve Karşılaştırılması	142
Tablo 65. Hemşirelerin PÇE Genel Puanı İle Kendilerini Motive Eden Faktörlerin Karşılaştırılması	143
Tablo 66. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel Puanı İle Problem Çözmede Destek Aldıkları Kişilere Göre Karşılaştırılması	144
Tablo 67. PÇE Genel Puanı İle Hemşirelerin Problem Çözmede Destek Aldıkları Kişilere Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	145
Tablo 68. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Problem Çözme Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	146
Tablo 69. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Problem Çözme Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	147
Tablo 70. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanı İle PÇE Genel ve Alt Boyutları Puanları İle İlgili Korelasyon Sonuçları	148
Tablo 71. Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanı İle PÇE Genel ve Alt Boyutları Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları	149

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

No

Şekil 1. Düşünme Süreci	9
Şekil 2. Hemşirelik Kararları İçin Eleştirel Düşünme Modeli	22
Şekil 3. Düşünme Boyutları Temel Alınan Model	24
Şekil 4. Eleştirel Düşünme Eylem Modeli	27
Şekil 5. Hemşirelik Sürecinin Bilimsel Yöntem ve Problem Çözme Yöntemi ile Benzerlikleri	55

1.ÖZET

Araştırma özel hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyi ve problem çözme becerilerini belirlemek amacıyla Eylül –Ekim 2010 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini 120 yönetici hemşire ve 1550 hemşire, örneklem grubunu ise 109 yönetici hemşire ve 1314 hemşire oluşturdu. Veri toplama aracı olarak yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerini içeren bilgi formu, California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ), Problem Çözme Envanteri (PÇE) kullanıldı. Veriler, yüzdelik, ortalama, standart sapma, ilişkisiz grup t-testi, oneway anova , scheffe testi ve pearson korelasyon testi ile değerlendirildi. Yönetici hemşirelerin CEDEÖ puanı ($225,28 \pm 20,97$), hemşirelerin ise ($222,86 \pm 21,45$) olarak düşük düzeyde bulundu. CEDEÖ genel puanı yönetici hemşirelerde; 23-27 yaş grubunda ve kendilerini azimli, meraklı, pozitif düşünen ve sezileri kuvvetli olarak tanımlayanlarda, hemşirelerde ise; 33 yaş ve üstünde, yüksek lisans mezunu, çalıştığı birimden ve işten tatmin olan, yöneticileri ve ekibi ile uyumlu çalışan, kendilerini azimli, açık fikirli, sorgulayıcı, araştırmacı, eleştiriye açık, pozitif düşünen, risk alabilen ve sezileri kuvvetli olarak tanımlayan, eleştirel düşünme eğitimi alan, motive eden faktörler arasında ekip çalışması ve kişisel gelişimi önemli bulanlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). Yönetici hemşirelerin PÇE puanı ($102,67 \pm 12,87$), hemşirelerin ($101,12 \pm 15,63$) olarak orta düzeyde bulundu. PÇE genel puanı yönetici hemşirelerde; sağlık meslek lisesi mezunu, çalıştığı işten orta düzeyde memnun olan, motive eden faktörler arasında pozisyon ve kişisel gelişimi önemli bulan, hemşirelerde ise; evli, lise ve ön lisans mezunu, poliklinikte çalışan, 4–6 ve 10 yıl üzerinde çalışma süresine sahip olanlarda düşük ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$).

Bu sonuçlara dayalı olarak yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme eğiliminin ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunuldu.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Eleştirel Düşünme Eğilimi, Problem Çözme Becerisi, Yönetici Hemşire.

2. SUMMARY

Level Of Critical Thinking And Problem Solving Skills Of Administrator Nurses And Nurses Who Works In A Private Hospital

This study is held as an identifier between September 2010 and October 2010 to determine the level of critical thinking and problem solving skills of administrator nurses and nurses who are working in a private hospital. 120 administrator nurse and 1550 nurse create the universe of the study and 109 administrator nurse and 1314 nurse creates the sample group. An identification form which also includes the professional skills of the administrator nurses and nurses, California Critical Thinking Disposition Inventory (CCTDI), Problem Solving Inventory (PSI) are used as data collection tool. Percentage, average, standard deviation, unrelated group t-test, One-way ANOVA, Scheffé test and Pearson correlation test are used to evaluate the data. CCTDI scores are found in low levels which are $(225,28 \pm 20,97)$ for administrator nurses and $(222,86 \pm 21,45)$ for nurses. General CCTDI scores found high and statistically significant difference ($p < 0.05$) in 23-27 age group administration nurses who defines themselves as ambitious, curious, positive thinking and strong intuition and nurses who are with a masters degree, in the age group of 33 and above, satisfied with their work and their department, works in a harmony with their team and administrators, and also defines themselves as ambitious, open-minded, open to criticism, risk-taking and strong intuition. PSI scores found moderate which are $(102,67 \pm 12,87)$ for administrator nurses and $(101,12 \pm 15,63)$ for nurses. General PSI scores found low and statistically significant difference ($p < 0.05$) in health vocational graduated administrator nurses who are moderately happy with their work and who thinks that position and personal development are the important motivational factors, and also nurses who are married, graduated from high school or with a associate degree, moderately happy with their work, thinks that position and personal development are the important motivational factors, works in polyclinic and who works for 4 to 6 years and 10 year or above. Based on these results recommendations made to develop the level of critical thinking and problem solving skills of administrator nurses and nurses.

Keywords: Administrator Nurses, Critical Thinking Disposition, Nurse, Problem Solving Skills.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Bilim ve teknolojiadaki ilerlemelerin sağlık bakım sistemine yansması gereksinimlerin artmasına ve karmaşıklığa yol açmıştır. İnsanların yeni sorunlar ile yüzyüze gelmesi ve bu sorunları çözmek zorunda kalmaları düşünme konusunun önemini artırmıştır (Şenturan 2006, Benner, Sutphen ve Hughes 2008, Doğan Yılmaz 2010). Düşünme, bir sonuca varmak amacıyla bilgileri, kavramları incelemek, karşılaştırmak ve aralarındaki ilgilerden yararlanarak başka düşünceler üretmek işlemi, bilginin anlamlandırılması, gerçeğin anlaşılmasına çalışılması için gösterilen çabadır (McGrath 2003).

Çağımızda bilgi üretiminin sürekli değişmesi ve bunlarla baş edebilme, karışık teknolojileri ele alma, değişik etik konularla karşı karşıya kalma ve çok farklı hasta bireylerle çalışılması eleştirel düşünebilme becerilerine sahip olmayı gerektirmektedir (McGrath 2003). Uygulamalarında hızlı ve doğru kararların alınması ile karşı karşıya olan tüm mesleklerde eleştirel düşünme gücüne sahip olarak akılcı kararların alınması, yeni gelişim ve değişimlere uyum sağlamada büyük önem taşır (Caroll Johnson 2001, Aştı 2002). Eleştirel düşünebilme kişinin bilgilerinin bir dayanağı olduğunu, kanıtları analiz etme ve değerlendirme yetisi olduğunu gösterir. (Benner, Sutphen ve Hughes 2008).

Sağlık alanında profesyonel olmada gerekli ve önemli bir unsur olan eleştirel düşünme; hemşirelik için birçok kaynaktan elde edilen bilgilerin toplanması ve düzenlenmesi, bu bilgi ışığında neye gereksinim olduğuna karar verilmesi, birçok olası yaklaşımlardan birinin seçilmesi, uygulanması ve işlemin sonuçlarının değerlendirilmesi gibi özellikleri açısından vazgeçilmez bir düşünme sürecidir (Facione ve ark.1994, Vaughan, Beth, O'Sullivan ve Smith 1997, Oerman, Truesdell ve Ziolkowski 2000, Girot 2000, Gürol Arslan ve ark. 2009 Bulut, Ertem ve Sevil 2009).

Hızlı teknolojik gelişmeler ve artan hemşirelik araştırmaları hemşireleri "bilgili olmaya" ve eleştirel- bilimsel düşünme becerilerini geliştirmeye itmektedir (Howenstein ve ark

1996, Simpson ve Courtney 2002, McGrath 2003, Potter ve Perry 2009). Eleştirel düşünme istendik, güvenli hemşirelik bakımın verilmesi için gerekli bir beceridir (Clarke ve Holt 2001, Toofany 2008).

Eleştirel düşünme, artık günümüzde, hemşirelik eğitimi ve uygulamasının önemli bir parçası haline gelmiştir (Huber 2000, Clarke ve Holt 2001, Simpson ve Courtney, 2002, Brunt 2005, Mundy ve Denham 2008). Hemşirelik eğitimi aynı zamanda problem çözme ve karar verme yeteneklerini geliştirmelidir (Mundy ve Denham 2008).

Eleştirel düşünme eğilim ve becerilerine sahip olan hemşireler bu becerilerini klinik uygulamalarına da olumlu bir şekilde yansıtmaktadır. Çünkü eleştirel düşünme becerilerini geliştirmiş bir birey gelişimini daha ileriye götürebilir ve zamanı da daha iyi kullanabilir (Bulut, Ertem ve Sevil 2009).

Gelişen teknoloji ve bilgi patlaması, hemşirenin güvenli bakım verebilmesi için gerekli beceriler ile donanımlı olmasını zorunlu hale getirmiştir. Hemşirenin toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt verebilmesi için bilgiyi araması, sorgulaması, eleştirel düşünebilmesi, sorunlara çözüm getirebilmesi (Taylor 2000, McEwen ve Brown 2002) toplumsal duyarlılığa sahip olması gerekmektedir (Rideout 2001, Cooke ve Moyle 2002).

Eleştirel düşünmenin problem çözme ve karar vermede olumlu bir etkisi vardır. (Martin 2002, Kökdemir, 2003). Çünkü problem çözme ve karar verme zeka, entellektüel ve kognitif aktiviteler içerir, karmaşık bir yapıda olup eleştirel düşünme becerisinin kullanılmasını gerektirir (Facione, Facione ve Sanchez, 1994, Simpson ve Courtney 2002, Martin 2002).

Craven ve Hirnle (1996) profesyonel hemşirelerin en sık kullandığı strateji ve süreçleri; problem çözme, karar verme ve eleştirel düşünme olarak belirtmişlerdir. Bugünün sağlık kurumlarında çalışan hemşireler, bakımın değerlendirilmesinde ve kalitenin sağlanmasında problem çözmenin önemini ve gerekliliğini kabul etmelidirler (Yurtaş ve Yetkin 2003, Altıntoprak 2004). Sorun çözmenin kendi rolü olduğunun farkında

olmayan ya da bu becerisini bilimsel olarak kullanmayan bir hemşirenin verdiği bakımın kalitesinin yüksek olması beklenemez (McEwen and Brown 2002, Taylor 2000).

Eleştirel düşünme problem çözmede ve akıl yürütmede kullanılması gereken bir düşünme sürecidir. Problem çözme bireyin bilgiyi almasını süreçten geçirerek bilgiyi kullanmasını gerektirir (Vaughan, Beth, O'Sullivan ve Smith 1997, Boychuk Ducscher 1999). Hemşireler çalışma yaşamında hasta va hasta ailelerinin gereksinimlerini karşılamak, değişik ve karmaşık klinik problemleri çözmek için farklı alternatifleri düşündükten sonra uygun karar alma ve eleştirel düşünme yeteneklerini kullanmaları gerekir ((Roberts, While ve Fitzpatrick 1993, Vaughan, Beth, O'Sullivan ve Smith 1997, Sütçü Çiçek ve Akbayrak 2004, Kaya 2005).

Problem çözme becerisine sahip olan hemşireler olumsuz duygu ve düşüncelerle baş edebilir, uygun çözüm yolları üretebilir ve böylece sağlık bakım hizmetinin kalitesinde artırabilirler (Tezel ve ark. 2009). Problem çözme becerisi mesleki uygulamalar için gerekli olan eleştirel düşünme ile bağlantılıdır. Hemşirelerin eleştirel düşünme ve problem çözme becerileri geliştirmeleri tüm hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturmasının yanı sıra iş doyumunu artırarak işe devamlılığı azaltır örgüte bağlılığı artırır (Öztürk 2006).

Ülkemizde, hemşirelerde eleştirel düşünme ve problem çözme ile ilgili ayrı ayrı çalışmalar yapılmasına karşın eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin birlikte bakıldığı bir çalışmaya rastlanmamış olup daha çok öğrenci hemşirelerde yapıldığı görülmüştür.

Bu bilgi ve görüşlerden yola çıkarak araştırma; yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeylerini ve problem çözme becerilerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4. 1. ELEŞTİREL DÜŞÜNME

4.1.1. Düşünme ve Eleştirel Düşünmenin Tanımı

Günümüz insanının kendini iyi tanıyan, bireysel ve toplumsal gelişmeye önem veren, düşünen, sorgulayan, araştıran, akılcı kararlar alan ve eleştirel düşünme gücüne sahip bir birey olması beklenmektedir (Öztürk 2006, Tunç ve Kıyak 2008, Kelleci ve Gölbaşı 2004, Kaya 1997, Taşçı 2005, Bahar 2006).

Düşünme Eflatun ve Aristo döneminden günümüze kadar pek çok araştırmanın konusunu oluşturmasına karşın düşünmenin tanımı üzerine ortak bir noktaya varılamamıştır. Düşünme gerçeğin anlaşılması için gösterilen zihinsel etkinlik, gerçeğin anlamlandırılması, gerçeğin anlaşılmaya çalışılması için gösterilen çabadır (Günhan Başer 2009).

Literatüre göre; düşünce düşünmenin ürünüdür ve yaşamın her yönünde kullanılır. İnsanların düşünme sürecini bilinçli olarak kullandıkları dört alan vardır bunlar;

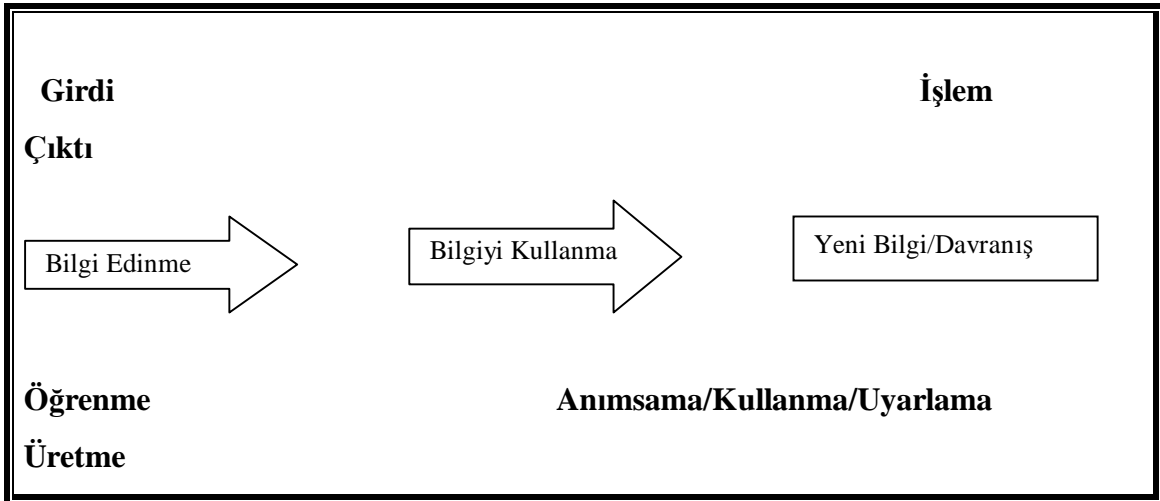
- Bir sorunu çözmeye,
- Belirli amaçları gerçekleştirme,
- Bilgi-olayları anlamlandırma,
- Karşılaştığımız kişileri daha iyi tanımadır.

Düşünme insanın doğuşu ile başlayan, sonraki süreçte doğrudan ve dolaylı olarak geliştirilebilen insana özgü niteliklidir. Düşünme insanın en eski alışkanlıklarından olup insan için bir zorunluluktur. İnsanoğlu bedensel açıdan canlıların en güçlüsü olmamasına karşın, doğanın en güçlü varlığı olduysa bunu yalnızca ve yalnızca düşünmesine borçludur. Düşünebilme ayrıcalığından dolayı diğer canlılardan farklı olarak kendisi üzerine düşünmeye başlaması ile insan, varoluşunun anlamını ve nedenini farkedebilmiş

ve bu yolda edindiği bilgiler ona kendi geleceğini belirleyebilme hak ve olanağı tanımıştır (Aybek 2006, Özeruz Yıldırım 2010).

Düşünme “girdi”, “işlem” ve “çıkıtı”dan oluşan üç boyutlu bir süreçtir. Düşünme sürecinin girdi boyutunu, düşünmenin ön koşulu olan bilgi edinme, öğrenme oluşturur. İşlem boyutunda bilgiyi yeni bir durumda amaca dönük ve bilinçli olarak kullanma yer alır. Çıkıtı boyutunu ise yeni bir bilgiye ulaşma (anlama, kavram-ilke oluşturma, dinsel anlatım vb.) veya bir davranış gösterme (karar verme, sorun çözme, alıştırmaya yapma, düzenleme vb. oluşturur (Şekil 1).

Şekil 1. Düşünme Süreci



Kaynak: Yıldırım Özeruz B. (2010). Hemşirelikte Eleştirel Düşünme, Aydın Tuna Matbaacılık, İzmir. Syf.19.

Thomson'a göre düşünme; anımsama, zihinde arayıp bulma, akıl yürütme, sorun çözme ve eleştiriye yönelik zihinsel süreç olarak tanımlanmaktadır (Kaya 2006).

Son yıllarda yaygınlık kazanan görüşlerden biri de bireylerin “ne” düşündüklerinden çok “nasıl” düşündüklerinin bilinmesi ve bunun bireylere öğretilmesidir. Bu yönelim, bir diğer önemli düşünme türü olan eleştirel düşünme kavramını ortaya çıkarmaktadır (Aybek 2006).

Eleştirel düşünme kavramı Sokrates'e kadar dayanmaktadır. Önceleri eleştirel düşünme kavramından felsefe aracılığı ile davranışlara rehberlik etmeyi amaçlayan mantıklı düşünme anlaşılma idi.

Zaman zaman olayların doğru biçimde tanımlanması olarak ele alınan eleştirel düşünme daha sonra kapsamlı bir biçimde tanımlanmaya başlanmıştır (Kaya 1997, Seferoğlu ve Akbıyık 2006, Ugan, Taşçı ve Ovayolu 2008). Eleştirel düşünme tüm profesyonel disiplinler için önemli bir elementtir. Özellikle yükseköğrenim mezunlarında arzu edilen bir eğitim sonucu olarak görölmektedir.

Kataoka- Yahiro ve Saylor; hemşirelikte eleştirel düşünme ile ilgili yaptıkları çalışmalar sonunda "ne yapacağına ve neye inanacağı hakkındaki kararlara odaklanmış, çözümsüz hemşirelik problemleri hakkında derin ve mantıklı düşünme" olarak tanımlamışlardır (Kataoka- Yahiro ve Saylor 1994).

Huber'e göre; kaliteli hemşirelik bakımı için gerekli bileşenleridir. (Huber 2000).

Kökdemir'e göre; eleştirel düşünme; okunan bulunan ya da söylenen bilgiler hakkında mutlak bir sonuca varmak yerine, alternatif açıklamalar olabileceğininde göz önünde bulundurmak olarak tanımlanmaktadır (Kökdemir 2003).

McGrath'a göre; eleştirel düşünme, ön yargıyı ve tutarlılığı değerlendirme, kaynakları belirleme, çıkarsamaları, nedenleri ve fikirleri anlama, sonuçların uygunluğunu ölçme aşamalarından oluşan problem çözme sürecidir (McGrath (2003).

Bullen; eleştirel düşünmeyi " ne yapmak istediği konusunda makul ve yansıtıcı ve odaklı düşünme olarak tanımlamıştır. (Thompson ve ark. 2003).

Paul; eleştirel düşünmeyi, gözlem ve bilgiye dayanarak sonuçlara ulaşma olarak tanımlamıştır (Günhan ve Başer 2009).

Watson –Glasser'e göre; eleştirel düşünme, bir sorunu tanıma, çözümünü için uygun bilgiyi seçme, açıklanan ve açıklanamayan varsayımları tanıma, ilgili ve sonuca götürücü

hipotezi seçme ve formüle etme, geçerli sonuçlar çıkarma ve çıkarsamaların geçerliliğini yargılama yeteneğinin etkili olmasıdır (Kaya 1997, Seferoğlu ve Akbıyık 2006, Şenturan 2006).

Chaffee; eleştirel düşünmeyi kendi düşüncemizi ve başkalarının fikirlerini daha iyi anlayabilmek ve düşünceleri açıklayabilme becerimizi geliştirmek için gerçekleştirilen aktif organize ve fonksiyonel bir süreçtir (Miller ve Babcock 1996, Dirimeşe 2006, Şenturan 2006).

Eleştirel düşünme; tenkitçi, değerlendirmeci, şüpheli, analitik, sentezci, açık, dikkatli, mantıksal ve bağımsız düşünme anlamlarında kullanılmaktadır (Dirimeşe 2006).

Ulusal Hemşirelik Akreditasyon Komisyonu (NLNAC) tanımına göre; eleştirel düşünme, hem gerçeklere hem de inanışlara dayanan bilginin toplanması, değerlendirilmesi, sunulması, sonuçların oluşturulması, analiz ve müzakere edilmesi sürecidir. Eleştirel düşünme hemşirelikte etik, teşhis ve tedavi unsurlarını ve araştırmalarını içeren klinik kararlarda kendini gösterir. (Benner, Sutphen ve Hughes 2008).

Hwang ve ark. göre; eleştirel düşünme hastanın sorunlarını tespit etmek ve hasta bakımı sağlamak amaçlı öz-denetim kararlarının kullanılmasıdır (Hwang ve ark. 2010).

Eleştirel düşünmenin birçok farklı tanımının olmasına rağmen bütün tanımlarda eleştirel düşünmenin bilgiyi etkili bir biçimde elde etme, karşılaştırma, değerlendirme ve kullanma yetenek ve eğilimi olduğu vurgulanmaktadır. Başka bir deyişle eleştirel düşünme olağan düşünceden farklıdır (Aybek 2006).

Eleştirel Düşünme İle Olağan Düşünme Arasındaki Farklar

(Aybek 2006, Öztürk 2006, Şenturan 2006, Ugan, Taşçı ve Ovayolu 2008).

Olağan Düşünce	Eleştirel Düşünme
Tahmin etme	Karar verme
Tercih etme	Değerlendirme
Gruplandırma	Sınıflandırma
İnanma	Varsayma
Anlama	Mantıksal olarak anlama
Kavramları çağrıştırma	İlkeleri kavrama
Bağıntıları not etme	Diğer bağıntıları not etme
Kanıtız düşünceleri sunma	Kanıtı dayalı düşünceleri sunma
Ölçüte dayanmayan kararlar alma	Kanıtı dayalı kararlar alma

4.1.2. Eleştirel Düşünme Süreci

Eleştirel düşünme, bir süreç olarak ele alınmaktadır ve eleştirel düşünme süreci ile ilgili olarak farklı görüşler bildirilmektedir.

- **Tutarlılık:** Eleştirel düşünen, düşüncedeki tezatlıkları ortadan kaldıracabilmelidir.
- **Birleştirme:** Eleştirel düşünen, düşüncenin tüm boyutlarını ele alabilmelidir.
- **Uygulanabilme:** Kişi anlayabildiklerini de ekleyerek anladıklarını bir modele uygulayabilmelidir.
- **Yeterlilik:** Eleştirel düşünen kişi, deneyimlerini ve sonuçlarını sağlam bir şekilde oturtabilmelidir.
- **İletişim Kurabilme:** Eleştirel düşünen kişi düşündüklerini birleştirerek anladıklarını çevresine anlaşılır bir şekilde iletebilmelidir (Seferoğlu ve Akbıyık 2006, Öztürk 2006, Dirimeşe 2006, Şenturan 2006, Günhan ve Başer 2009).

Clarke ve Holt; eleştirel düşünmenin dayandığı temel becerileri yorumlama, anlam çıkarma, genelleme, muhakeme etme, muhakemeyi değerlendirme olarak belirlemişlerdir

(Clarke ve Holt 2001). Cüceloğlu ise; sorun çözümede kullanılan eleştirel düşünmenin beş aşamada gerçekleştiğini ifade etmiştir.

1. Sorunu tanıma: Ulaşılmak istenen sorunun açık bir şekilde nasıl ifade edileceğinin, sorularının yanıtlanması aşamasıdır.
2. Sorunun sınırlarının belirlenmesi: Sorunun sınırlarının belirlenerek bu sınırlar içerisinde yapılacakların belirlenmesidir.
3. Seçeneklerin belirlenmesi: Her bir seçeneğin avantaj ve dezavantajların ayrıca başka bilgilere olan gereksinimler belirlenir.
4. Çözüm: Hangi seçeneklerin uygulanacağına ve nasıl uygulanacağına karar verilmesi ve bu seçeneği uygulayabilmek için hangi adımların atılmasına karar verildiği aşamadır.
5. Değerlendirme: Uygulanan seçeneğin sorunu tümüyle çözüp çözmediğinin gözlenmesi aşamasıdır. Bu aşamada hangi tür değişikliklerin yapılmasına karar verilir (Kaya 1997, Şenturan 2006).

Kökdemir; eleştirel düşünme sürecinin içerdiği becerileri aşağıdaki gibi sıralamıştır.

- Kanıtlanmış gerçekler ve öne sürülen iddialar arasındaki farklılığı yakalayabilme,
- Elde edilen bilgilere ait kaynakların güvenilirliklerini test edebilme,
- İlişkisiz bilgileri kanıtlardan ayıklayabilme,
- Önyargı ve bilişsel hataların farkında olabilme,
- Tutarsız yargıların farkına varabilme,
- Etkili soru sorabilme,
- Sözlü ve yazılı dili etkili kullanabilme,
- Bireyin kendi düşüncelerinin farkına vardığı üst biliş vardır.
- Bu beceriler, eleştirel düşünme eğitiminin de temellerini oluşturmaktadır (Kökdemir 2003).

4.1.3. Eleştirel Düşünmenin ve Düşünürlerin Özellikleri

Eleştirel düşünme karmaşık bilişsel süreçtir ve üst düzey düşünme ve uygulama ve karar alabilmeyi gerektirir (Baning 2006). Eleştirel düşünme becerisine sahip kişiler, sadece düşünceye değil aynı zamanda düşüncenin sürecine de eleştirel bir bakış açısıyla bakan, sürekli gelişmeyi amaç edinen kişilerdir (Bulut, Ertem ve Sevil 2009).

Eleştirel düşünmenin en önemli özelliği sonunda bir yargıya ya da yoruma varılması gereken durumlarda ya da olgular arasındaki ilişkiler hakkında fikir yürütmek gerektiğinde “**Neden**” sorusunun sorulabilmesidir. Neden sorusu bize sadece yanıtını bulmamız için sorulan bir soru değildir; bu soru aynı zamanda karşılaşılan yanıtlardaki nedensellik ilişkilerinin sorgulanmasında sağlar. Neden sorusu, önermenin hem içinde barındırdığı hem de dışında kalan değişkenleri bulmamıza olanak sağlayabilir ve ancak bu yolla önermenin doğrulanması ya da reddedilmesi mümkün olabilir (Kökdemir 2003, Şenturan 2006, Ugan, Taşçı ve Ovayolu 2008).

Eleştirel düşünme becerisine sahip kişiler;

- Analitik,
- Bilgilendirilebilir,
- Gözlemci, becerikli
- İddia eden, sonuç yönetebilen,
- Risk almaya istekli,
- Esnek ve açık fikirli,
- Yaratıcı, hayal edici,
- Sorumluluk sahibi, disiplinli,
- Meraklı, yenilikçi ve sezileri kuvvetlidir (Kataoka-Yahiro ve Saylor 1994, Facione ve ark. 1996, Nicoteri 1998, Boychuk Ducscher 1999, Simpson ve Courtney 2002, Baning 2006, Swaleh Toofany 2008, Potter ve Perry 2009, Wangesteen ve ark. 2010).

Eleştirel düşünme becerileri, doğayla iç içe olmayı, bilimle ilgili bazı temel kavram ve prensipleri anlamayı, bilimsel düşünme kapasitesine sahip olmayı, bilimsel bilgiyi ve

bilimsel düşünmenin kişisel ve genel problemlerin çözümünde kullanılabilmesini kapsar (Simpson ve Courtney 2002).

Bireyin eleştirel düşünen olabilmesi için öncelikle kendi düşünce sürecin farkına varması, daha sonra başkalarının düşünce süreçlerini inceleyebilmesi, son olarak öğrendiği bilgileri kendi yaşamında uygulayabilmesi gerektiği belirtilmiştir (Özeruz Yıldırım 2010). Eleştirel düşünebilen kişi entelektüel açıdan gelişmiştir. Kendine ve başkalarına karşı açıktır, kendinden emindir, mantıklıdır, eleştirilirken yaptığı seçimden sorumlu, araştırma yapmaya istekli, subjektif verilere dayanan sonuçlarda kararlıdır. (Miller ve Babcock 1996). Eleştirel düşünen kişiler muhakeme yapabilir, aynı zamanda kendi inançlarının, iddialarının farkındadır ve bunlara uygun eylemleri bulunmaktadır (Clarke ve Holt 2001). Eleştirel düşünme mümkün olduğunca önyargılardan uzak olmayı gerektirmektedir. Bu yüzden eleştirel düşünürken diğerlerinin fikirleri dinlenmeli ve açık yüreklilikle değerlendirilebilmelidir (Sarioğlu 2009).

Eleştirel düşünen bireylerin davranışları aşağıdaki şekilde açıklanmıştır. (Miller ve Babcock 1996, Boychuk Ducscher 1999, Şenturan 2006, Aybek 2006).

- Bir sorunun ya da iddianın açık olarak ifade etme, dili doğru kullanma,
- Düşünmeden hareket etmeme,
- Çalışmalarını kontrol etme,
- Bir düşünceyi oluşturmada azimli olma,
- Öne sürülen iddiaları destekleyen nedenleri ve kanıtları araştırma ve sunma,
- Ön bilgileri kullanma,
- Yeterli kanıt bulununcaya kadar karardan şüphe duyma,
- Sezgilere, bilginin düzeyine, diğerlerinin düşünce ve davranışlarına karşı duyarlı olmadır.

4.1.4. Eleştirel Düşünmeyi Etkileyen Faktörler

Düşünmeyi ve eleştirel düşünmeyi birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler arasında fiziksel durum, beslenme, uyku, dinlenme süresi, yaş ve gelişim düzeyi, cinsiyet, zekâ, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi, inançlar, çevresel faktörler, moral ve klinik deneyim sayılabilir (Miller ve Babcock 1996, Craven ve Hirnle 1996, Kaya 1997, Martin 2002, Şenturan 2006).

Bireyin genellikle aceleci, atılgan davranışlar gösterme alışkanlığını geliştirmiş olması, çevreden gelen etmenler nedeniyle, yeterince kavram geliştirememiş olması, başkalarının genellikle bireyin yerine düşünüp karar vermesi, ön yargılar, değerler ve belli grup ve düşüncelerle özdeşleşmek eleştirel düşünmenin niteliğini olumsuz olarak etkiler (Dirimeşe 2006).

Hemşirelerde eleştirel düşünme gücünü azaltan etkenlere bakıldığında düşünme alışkanlıkları, yalnızca bir tercih hakkını seçmek için alıştırılmış olmak, savunucu yanıt verme, değişime dirençli olma gibi faktörler olduğu görülmektedir (Dil Coşkun 2001). Sıklıkla hemşirelik alanında düşünme, öğretim ve değerlendirme; klinik bakım hakkında detaylar ve gerçekleri ezbere öğrenme üzerine odaklanır. Doğru yanlış, kısa cevaplar, karşılaştırma ve çoktan seçmeli sorular, hemşirelerin uygulamalarda yüzleştikleri klinik durumlar hakkında kritik düşüncelerini sağlayacak becerilerin gelişmesini engelleyebilir (Oerman, Truesdell ve Ziolkowski 2000).

Paul düşünme biçimlerine göre düşünmeyi etkileyen dört faktör tanımlamıştır.

- Düşüncesi birbirine benzeyen kişiler ile olmak benzemeyen kişiler ile olmaktan daha kolaydır, bu nedenle insanlar etrafındakilere benzer düşünürler.
- İnsanlar başkaları tarafından kabul görecekları şekilde düşünürler.
- İnsanlar katılmadıklarından korkabilirler benzer politik ya da dini inançları olan kişiler arasında kendi düşüncelerini ifade etmekte isteksiz olabilirler.
- Kişinin menfaatleri eleştirel düşünmeyi etkileyebilir (Miller ve Babcock 1996).

Eleştirel düşünmeyi etkileyen bir diğer etmen de zekâdır ve daha karmaşık düşünme süreçlerini kullanmayı gerektiren eleştirel düşünme belli düzeyde zekâ gerektirir (Sarıoğlu 2009). Belirli düzeyde anksiyeteninde eleştirel düşünmeyi olumlu olarak etkilediği ancak anksiyetenin fazla olması durumunda mantıksal sürecin yeterli kullanılamayacağı belirtilmektedir (Şenturan 2006, Sarıoğlu 2009).

Eleştirel düşünme becerilerinin geliştirilmesi için; mantığı çalıştırma, problem çözümünü gözlemlenme, okuma yazma ve grup tartışmaları na katılma önerilmektedir. Bireyin eleştirel düşünme becerisini geliştirmesi entelektüel kapasitesi ile ilişkilendirilir. Bir dereceye kadar da genetikle önceden belirlenir. Eleştirel düşünme hünerinin gelişmesinde çevre faktörü de önemlidir. Bu yüzden formal veya informal eğitim, bireyin davranışlarını şekillendirme ve kritik düşünme becerisi geliştirmede önemli rol oynar (Özer 2002). Tartışma ve sorgulamaya teşvik etme, grup aktivitelerinin yapılması grupta etkileşimin sağlanması eleştirel düşünmenin gelişmesini sağlamaktadır (Thompson ve ark. 2003, Akkuş, Kaplan ve Kaçar 2010). Klinikte bazı özellikli vakalar üzerinde hemşirelerin tartışması, düşünmesinin sağlanmasının yararlı olabileceği vurgulanmaktadır (Sarıoğlu 2009).

Literatürde eleştirel düşünmeyi artırmak için soru sormanın önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kaya 2006). Soru sorulduktan sonra 3–5 saniye beklenmesi daha üst düzey yanıt verilmesini sağlar (Seferoğlu ve Akbıyık 2006). Sorular oluşturulurken düşünme düzeyini temel alan sorular sorulmalıdır, alt düzey düşünme becerileri, bilme, kavrama ve uygulama üst düzey düşünme becerileri ise; analiz sentez ve değerlendirme basamaklarını kapsamaktadır. Alt düzey düşünme becerileri temel alınarak hazırlanan sorular için kişi önceki becerilerini kullanır, üst düzey düşünme becerileri temel alınarak hazırlanan sorular için kişi daha karmaşık, özgün ve derin düşünmeyi gerçekleştirerek yanıtlamaktadır (Kaya 2006).

Bu sorulara örnek olarak;

- Sağlık ile hastalık nasıl ilişkilendirilir?
- Bu eylem hakkında ne düşünüyorsunuz?

- Kanıt bu, sonuçta bu ise ne tür varsayımlar ortaya koyabilirsiniz?
- Size yapılabileceğini düşüncün böyle bir durumda ne yapardınız?
- Durumu nasıl iyileştirebilirsiniz?
- Çözüm için bir alternatif sunarmısınız?
- Bu olguya ilişkin öncelikleri nasıl sıralarmısınız?
- Bildiklerinizi temel alarak bu sorunun nedenlerini nasıl açıklarsınız?
- Bu görüşü desteklemek için hangi bilgiyi kullanırsınız?

Bir kişinin kendini geliştirerek eleştirel düşünmeye ulaşabilmesi için üç temel adımı atması gerekir:

1. Kişi düşünce sürecinin bilincine varmalı; Düşünceyi, kendi başına olan, insan denetiminin dışında bir süreç kabul edecek yerde, düşünce sürecinin bilincine varmalı ve bilinçli olarak yön verebileceğini bilmelidir. Bu girişimci tutumu gerektirir.

2. Kişi başkalarının düşünce süreçlerini inceleyebilmeli; Başkalarının düşünce süreçlerini inceleyebilen kişi, kendi düşünce süreçleri ile karşıdakinin düşünce süreçlerini karşılaştırma olanağına kavuşur. Karşıdakinin kullandığı düşünce stratejilerini ve sonuca ulaşmak için kullandığı adımları inceleyen insan, kendinin daha etkili düşünmesine olanak sağlar. Bu yaklaşım kişinin kendi kalıplarının bilincinde olmasını ve onların dışına çıkarak yeni görüşlere kendini açık tutmasını gerektirir.

3. Öğrendiği bilgileri günlük yaşamında uygulayabilmeli; Uygulama olmadan, eleştirel düşünme alışkanlığı elde edilemez. Eleştirel düşünmeyi sürekli uygulayan kişi, farkında olmadan, eleştirel düşünmeyi zamanla alışkanlık haline getirir (Aybek 2006, Öztürk 2006).

4.1.5. Eleştirel Düşünmenin Yararları

Eleştirel düşünme kişisel perspektifleri yorumlama ve birebir ilişkileri anlama açısından önemlidir. Ayrıca farklı değerleri tanıma ve sorgulama yoluyla anlamlandırma yeteneğinin gelişmesini sağlar. Çünkü eleştirel düşünenler toplumdaki düşünce farklılıklarını görürler ve daha toleranslı olurlar. Önemli konular hakkında karar

vermeye yardımcı olarak problemin çözümünü kolaylaştırır. Düşünme sürecini hızlandırarak, bireyin çevresinde yer alan durum veya olayların anlaşılmasına yardımcı olur. Bağımsız düşünebilmeyi ve karar vermeyi öğretir, bireyin kendine olan güveninin artmasını sağlar ve yaşantının zenginleşmesine katkıda bulunur (Ugan, Taşçı ve Ovayolu 2008).

Eleştirel düşünme bireylere tek boyutlu değil çok boyutlu görebilme olanağı sağlar (Giroto 2000, Dil Coşkun 2001, Kökdemir 2003, Öztürk 2006, Özeruz Yıldırım 2010).

Eleştirel düşünme ile klinik muhakeme gücü, bilimsel ve mesleki bilgi gelişimi artış gösterir (Cerullo ve Cruz 2010). Önyargıların ve hassas noktaların farkına varılmasını kolaylaştırır. İnanılan şeyleri savunmayı, hakları korumayı destekler, değişime olanak sağlar (Ulupınar 1997). Eleştirel düşünme becerilerinin geliştirilmesi ile bireyin kendisinin ve diğer insanların fikirlerinin olası etkilerinin gözden geçirilmesinin ve kendi düşünme sürecinde düşebileceği hata ve yanlılıkların farkında olmasını sağlayacaktır (Kökdemir 2003). Eleştirel düşünme yeteneği bireyleri doğrulanmamış iddia ve düşünceler arasında bocalamaktan kurtarır. Gerçeğin sorgulanmasına yönelik sorgulama ve eleştiri, bireylerin bilişsel gelişimleri için gereklidir (Seferoğlu ve Akbıyık 2006).

Sözü edilen eleştiri ve eleştirel düşünme çevremizde neler olup bittiğini anlamaya yönelik yapıcı bir çözümlerdir. Bu çözümler sistemi, problemlerin tanımlanmasında ve herhangi bir amaca yönelik çalışmaların başlamasında, karar vermede ve geriye dönük değerlendirmelerde kullanılabilecek bir sistemdir (Kaya 1997, Nicoteri 1998, Martin 2002, Kökdemir 2003).

Bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek şekilde bağımsız yaşayabilmeleri, yaşam boyu karşılaştıkları genel ve öz problemlere çözüm üretecek yetiye sahip olabilmeleri kendilerine olduğu kadar toplumada faydalı olabilmeleri büyük ölçüde eleştirel düşünme becerilerine bağlıdır (Aybek 2006). Eleştirel düşünmenin hasta, personel ve ekip çalışması açısından da birçok yararları vardır (Özeruz Yıldırım 2010).

Hasta açısından;

- Kalış süresinin azalması,
- Kontrollerin azalması,
- Hasta memnuniyetinin artmasıdır.

Personel açısından;

- Personelin moralinin artması,
- Personelin memnuniyetinin artması,
- Farklı bir şeyler yapmanın verdiği mutluluk,
- Geniş bilgi birikimidir.

Ekip çalışması açısından;

- Ekip çalışmasındaki memnuniyetin artması,
- Düşünce paylaşımının artması,
- “Ben” yerine “Biz” kelimesinin daha çok kullanılmasıdır.

Olumlu çalışma ortamını sağlama, yüksek kalitede ve güvenli hasta bakımını sağlama, çalışanın kuruma bağlılığını ve iş doyumunu artmasında eleştirel düşünmenin önemli olduğu belirtilmiştir (Zori , Nosek and Musil 2010).

4.1.6. Eleştirel Düşünme Modelleri

4.1.6.1. Kataoka-Yahiro ve Saylor’un Eleştirel Düşünme Modeli

Bu modelde eleştirel düşünmenin bağımsız karar vermede önemli rolü olduğu belirtilerek, Kataoka-Yahiro ve Saylor (1994) tarafından hemşirelik kararlarının bağımsız bir şekilde alınabilmesi için geliştirilmiştir. Eleştirel düşünmenin beş boyutu üzerinde durulmuştur.

Hemşireliğin temelini oluşturan mesleki bilgi; Birinci boyuttur, hemşirelikle ilgili temel bilginin edinilmesi için gerekli kavram ve bilgilerden oluşmaktadır.

Hemşirelik deneyimi; Bu boyutta, hemşirelerin klinik deneyimleri yer alır. Hemşirelerin klinik deneyimleri, uygulama ve karar verme fırsatlarına sahip olmaları, eleştirel düşünme becerilerini geliştirebilmeleri için gereklidir.

Eleştirel düşünme yeterliliği; Üçüncü boyutta yer alan eleştirel düşünme yeterliliği, psikomotor bir süreçten çok bilişsel süreçlerin kullanıldığı yetenekleri vurgular. Üç grupta ele alınmıştır. Genel eleştirel düşünme becerileri uygulamalı olmayan diğer disiplinler tarafından kullanılır. Klinik eleştirel düşünme becerileri sağlık personellerinin en doğru kararı verebilmek için kullandıkları becerileri içerir. Hemşireliğe özel eleştirel düşünme becerileri ise hemşirelik süreci içerisinde hemşirenin gerçekleştirdiği eylemlerdir.

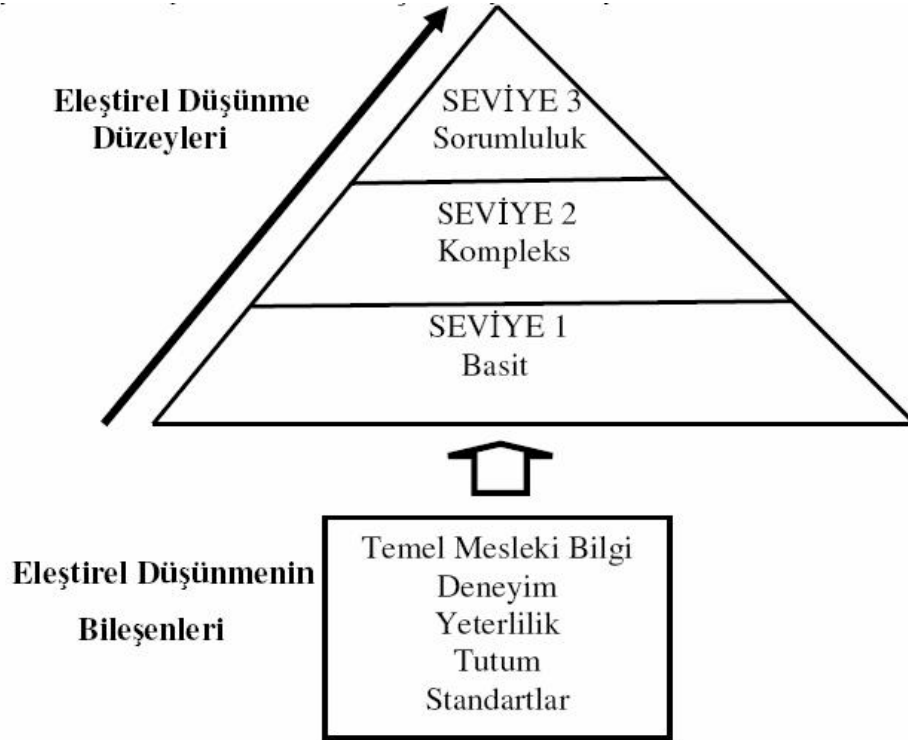
Eleştirel düşünme için gerekli tutumlar; Eleştirel düşünme için gerekli tutumlar güven, bağımsız düşünme, dürüstlük, sorumluluk, risk üstlenme, azim, yaratıcılık, merak, alçak gönüllülük, disiplin, sabır, tarafsızlıktır.

Eleştirel düşünme standartları;

- **Entelektüel standartlar;** Entelektüel bütünlük, entelektüel empati, entelektüel cesaret, entelektüel alçak gönüllülük, sabır, açık olma, kararlı olma, özel olma, doğruluk, tutarlılık, ilgili olma, dürüstlük, mantıklı olma, büyük düşünme.
- **Profesyonel standartlar;** hemşirelik kararlarında etik kriterler, değerlendirme kriterleri ve profesyonel sorumluluğu içerir.

Beşinci boyut olan standartlar, bireylerin eleştirel düşünme becerilerini karşılaştırma ve değerlendirmede gereklidir. Hemşirelik kararları için profesyonel ve etik değerlendirme kriterlerinin kullanımı ise doğru ve güvenilir karar vermeyi sağlar. Kataoka-Yahiro and Saylor (1994) hemşirelik kararları için geliştirdikleri eleştirel düşünme modeli aşağıda özetlenmiştir. (Kataoka-Yahiro and Saylor 1994, Dil Coşkun 2001, Dirimeşe 2006, Potter and Perry 2009).

Şekil 2. Hemşirelik Kararları İçin Eleştirel Düşünme Modeli



Kaynak: Katoaka-Yahiro, M. Saylor, C.A. Critical Thinking Model For Nursing Judgment. Journal of Nursing Education.1994;33(8),351–356.

4.1.6.2. Düşünmenin Boyutları Modeli

Johnson Foundation tarafından 1984 yılında geliştirilen bu model eğitimcilerin düşünce öğretimini nasıl gerçekleştirebileceklerine yönelik çalışmaların sonucunda geliştirilmiştir. Modelde, düşünmenin geliştirilmesinde düşünmenin beş boyutu temel alınmıştır. Bu boyutlar;

Bilişsel farkındalık; Bu boyut bireyin kendi düşünme sürecinin farkında olması şeklinde açıklanmaktadır. Aynı zamanda bireyin kendi düşünme sürecini değerlendirmesini, planlamasını ve düzenlemesini içermektedir. Değerlendirme bireyin kendi düşünme süreci hakkında karar vermesini ve zihinsel algılamasını, planlama amaçların gerçekleştirilmesi için stratejilerin seçilmesini, düzenleme ise amaçlara yönelik gelişimin kontrol edilmesini ve gerekirse değişikliklerin yapılmasını içerir.

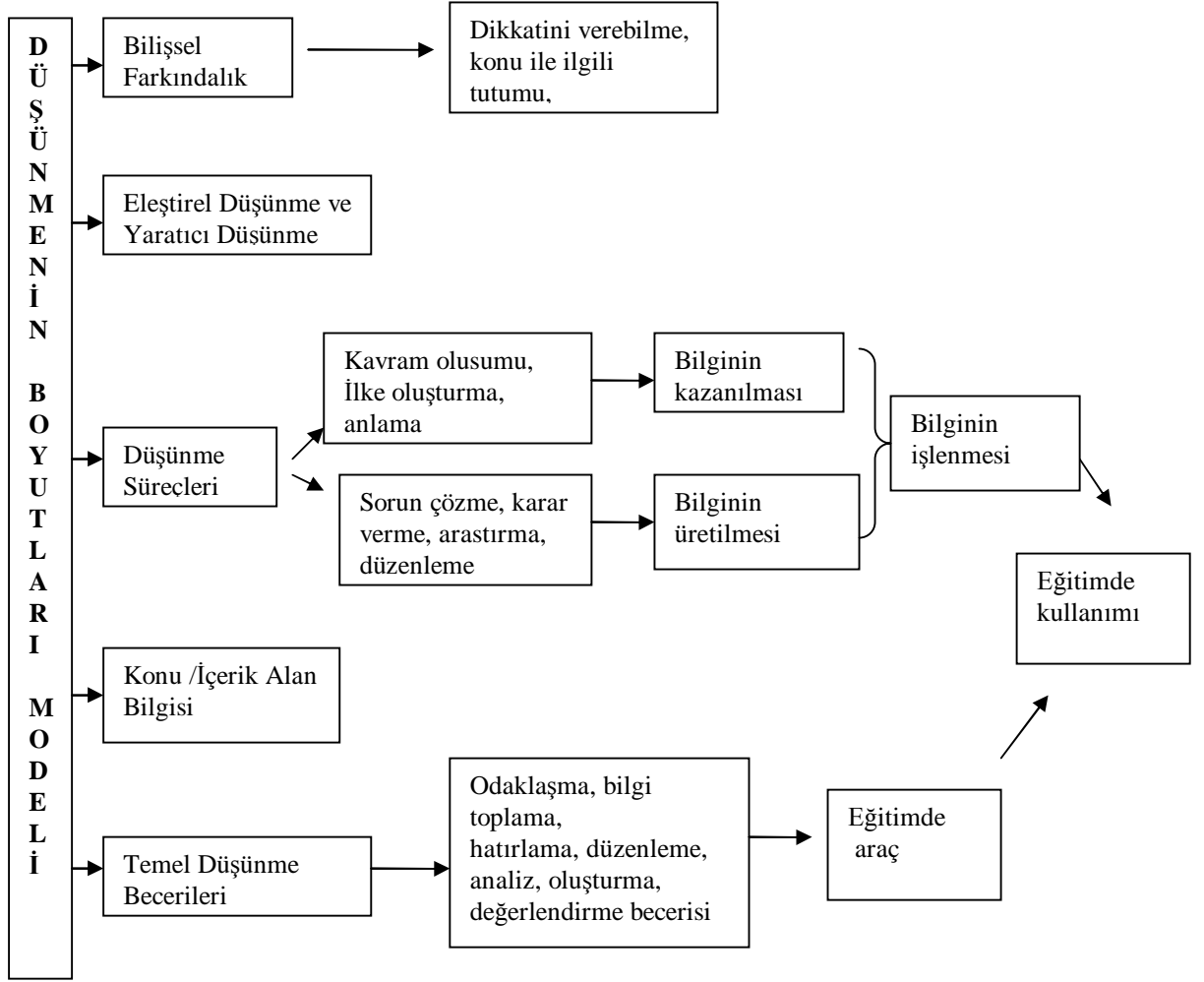
Eleştirel Düşünme ve Yaratıcı Düşünme; Bu boyutta eleştirel ve yaratıcı düşünmenin birbirini tamamladığı ve birlikte çalıştığı şeklinde görüşler yer almaktadır. Modelde eleştirel düşünmenin bir soru üzerinde yoğunlaşma, tartışmaları analiz etme, bir kaynağın doğruluğunu yargılama gibi becerileri içerdiği belirtilmektedir. Yaratıcı düşünmenin ise seçenekler oluşturma ve geniş düşünme becerileri ile birlikte bireyin ileri ölçüde yeterli olma, çalışma ve iç kontrollü iş yapma eğilimlerini içerdiği ifade edilmektedir.

Düşünme Süreçleri; Bu boyut, zihinsel işlemler grubundan oluşmaktadır. Bu boyutta “kavram oluşumu, ilke oluşturma, anlama, sorun çözme, karar verme, araştırma, düzenleme ve sözel anlatım” olmak üzere sekiz düşünme süreci ele alınmıştır. Bu süreçlerin dinamik ve yineleyici biçimde birbirlerini etkiledikleri ifade edilmektedir.

Temel Düşünme Becerileri; Düşünme sürecinde kullanılan temel becerileri içermektedir. Bu beceriler; bir sorunun fark edilmesini ve tanımlanmasını içeren odaklaşma, soruna yönelik bilgi edinilmesini içeren bilgi toplama, gerektiğinde hatırlama, bilgiyi düzenleme, varsayımların analiz edilmesi, bilgiyi birleştirme ve değerlendirme becerisidir. Modelin bu boyutunda temel düşünme becerilerinin bir bütün olarak öğretilbileceği, birbirinden soyutlanmış beceriler olarak ele alınmaması gerektiği vurgulanmaktadır.

Konu/ İçerik Alan Bilgisi; Sözü edilen tüm boyutlar konu alan bilgisinin kazanılmasına yöneliktir. Bu boyutta ise, düşünmenin öğrenilmesiyle konu alan bilgisinin öğrenilmesinin bir bütün olduğu vurgulanmaktadır (Kaya 1997, Şenturan 2006, Dirimeşe 2006).

Şekil 3. Düşünme Boyutları Temel Alınan Model



Kaynak: Dirimeşe E.(2006). Hemşirelerin ve Öğrenci Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Yard Doç.Dr. Aklime Dicle).

4.1.6.3. Benner'in Acemilikten Uzmanlığa Teorisi

Bu yaklaşımla Benner, profesyonel hemşireliğin kazanılmasının aşamalı bir süreklilik içinde gerçekleştiğini ileri sürmekte ve bu aşamaların “acemilik, ilerlemeye başlama, yeterli hale gelme, profesyonellik/ustalık ve uzmanlık” olarak belirtmektedir.

Acemilik; Bu aşamada uygulama deneyimi yoktur. Birinci sınıf hemşirelik öğrencileri bu aşamadadırlar.

İlerlemeye başlama; Yeni mezun hemşireler bu aşamadadırlar. Kişi beceriyi taklit edebilir. Bilgiyi kullanabilmek için ilk önce deneyimlemek gerekir. Kurallar üzerinde serbestlik vardır.

Yeterli hale gelme; Hemşirenin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor gelişimi kişisel olarak bu basamaktadır. Bu aşamada klinik hemşiresi uzman hemşireleri örnek alır.

Beceriklilik; Temelde kişinin kendi deneyimleri yer alır. Amaç belirleme, planlama yapma ve deneyim ile etkili karar verme ve problemi çözme sağlanır. Örnek aldığı profesyoneller ile özdeşim kurar,

Uzmanlık; Bu aşamada hemşirenin deneyimlerinin altında çok büyük bir güven yer almaktadır. Her sorunu kavrayabilir ve problemi çözer. Alternatif çözümler bulur. Durumun iyi anlaşılması, kavrama ve tanıyabilme yeteneğine sahiptir (Martin 2002, Dirimeşe 2006).

4.1.6.4. Uygulama Odaklı Eğitimde Eleştirel Düşünme Modeli

Bu model, bireyin otonom davranmasına odaklanmaktadır. Ford ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Eleştirel düşünmenin gerçek bilgi ile bu davranış arasında bir köprü oluşturduğu ileri sürülmektedir. Modelde “bilgi, eleştirel düşünme ve eylem” olmak üzere üç temel kavram üzerinde durulmaktadır:

Bilgi; Birey konuyla ilgili derinlemesine, kapsamlı bilgiye sahip olmalıdır. Kişinin sosyal, politik, tarih ve ekonomi alanlarında bilgi sahibi olması olayın ortaya çıkmasına yol açan etkenleri anlayabilmek önemli olduğunun üzerinde durulmaktadır:

Eleştirel Düşünme; Düşünmenin gerçeği aydınlattığı, durumu anlamayı ve algılamayı değiştirdiği vurgulanmaktadır. Bu modelde eleştirel düşünmede iki temel öğenin önemli olduğu ileri sürülür. Bu öğelerden biri, bireyin kendi alışkanlıklarını eleştirel biçimde incelemesi, diğeri ise, sosyal değişimi sağlayabilmek için durumu ve sistemin işleyişini eleştirel biçimde anlaması gerektiğidir.

Öz eleştirel düşüncenin, bireyin davranışına rehberlik eden varsayımları incelemesine ve bireyin duruma ilişkin kendi algılarını fark etmesine fırsat verdiği bu iki öğenin bir bütün olduğu, bireyin durumu anlamasının ve açıklamasında bunlara bağlı olduğu belirtilmektedir.

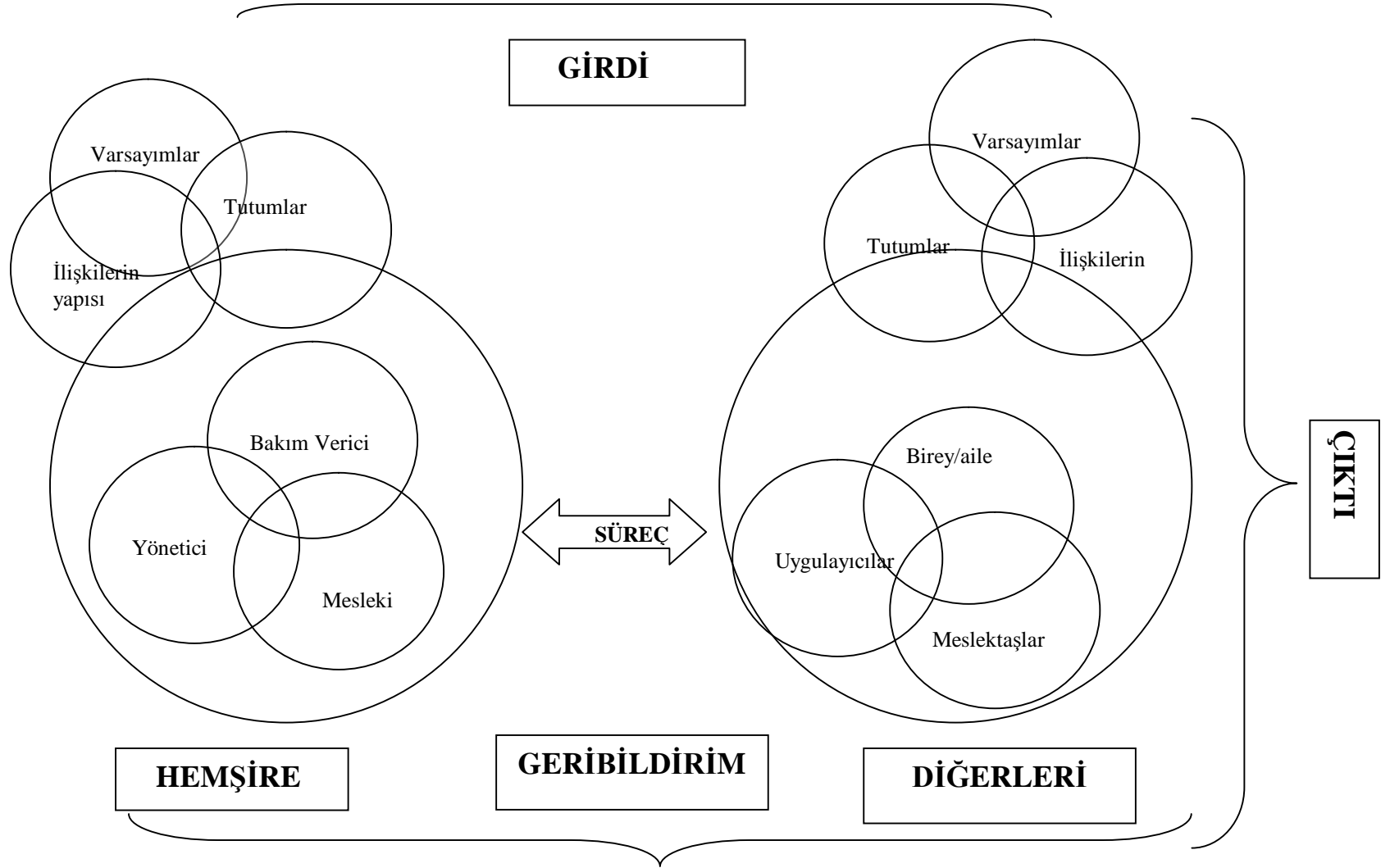
Eylem/harekete geçme; Modelin bu davranış biçiminde kişiler otonom sahibi, sorumluluk sahibidir. Bu modelde eylemin gerçekleştirilebilmesi için iki temel özellik gerekir, gelişmeyi istemek ve etkin katılımdır.

Gelişme, belirli bir konuya yönelik uygun etkinlikler sonucu oluşur. Katılım ise, var olan sosyal durumda yapılacak değişimlerin, eleştirel anlayışla açık olarak ele alınması ve harekete geçilmesi anlamını taşır. Ayrıca, sorumluluk ve değişikliğin gerçekleştirilmesi, işbirliği içinde harekete geçilmesini gerektirir. Bu modelde bilgi ve eylem arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu önemle vurgulanmaktadır (Vaughan, Beth, O'Sullivan and Smith 1997).

4.1.6.5. Eleştirel Düşünce Etkileşim Modeli

Eleştirel düşünme becerisi ve tutumları eleştirel düşünce etkileşim modelini destekler, derinlemesine düşünmek istenilen herhangi bir olayı incelemeye yardım etmek için somut bir araçtır. Bu nedenle problem çözme modeli olarakta değerlendirilip kullanılabilir. Etkileşim çember ve oklar ile gösterilen dinamik bir süreçtir. Eleştirel düşünme etkileşim modelinin ana bileşenleri; odak noktası, dil, varsayımlar, kanıtlar, nedenler, sonuçlar, uygulamalar ve tutumlardır. Modelde eleştirel düşünce becerileri ve tutumları iki genel alanda tanımlanmıştır; bilişsel beceriler ve duyuşsal tutumlardır.

Bilişsel beceriler; bilişsel beceri ilgili konulardan ana konuyu ayırt etme yeteneğini kapsar, ifade edilmiş ya da edilmemiş varsayımları tanımlar, gerçekleri ve görüşler arasındaki farkı bulmaya yarar. Tutumlar ise duyguları davranışa eğilimi ve düşünmeyi içine alır. Tutumlar, eğilimler, alışkanlıklar ve kişisel özellikler eleştirel düşünce için temeldir. Bu modelde hemşirelerin bakım verici, yönetici ve mesleki rollerine odaklanmıştır. Her rol için diğer roller ile etkileşim gerekebilir. Modelin ana amacı diğer kişiler ile etkileşimde başarılı olmaktır. Sistem girdi, süreç, çıktı ve geri bildirimleri kapsamaktadır (Miller and Babcock 1996). Eleştirel düşünme etkileşim modelinin bütün bileşenlerinin ana başlıkları şekil 4'de gösterilmiştir.



Şekil 4: Eleştirel Düşünme Eylem Modeli

Kaynak: Miller MA, Babcock DE. (1996) Critical Thinking Applied to Nursing, MosbyYear Book Inc. St Louis.21-22

4.1.6.6. Dreyfus ve Dreyfus'un Kazanma Modeli: Model, Benner'in acemilikten uzmanlığa teorisine temellenmekte ve deneyime dayanarak sezgisel karar vermeye odaklanmaktadır. Sezgisel karar verme, çözümün ve olasılıkların içgüdüsel olarak hissedilmesini gerektirir. Varsayımlar, sezgiye ve genellikle uygulama alanındaki deneyime dayanarak oluşturulur ve eleştirel düşünme süreci de başlatılmış olur. Varsayımların doğrulanması için bilgi toplanır, bu bilgi ışığında varsayımlar değerlendirilir. Bu işlemlerin gerçekleştirilmesinde tündengelem, akıl yürütme yolu kullanılır ve bu işlemler varsayımlar doğrulanıncaya kadar devam eder (Huber 2000, Şenturan 2006).

4.1.7. Eleştirel Düşünme Stratejileri ve Becerileri

Eleştirel düşünme becerilerinin daha iyi anlaşılabilmesi ve eleştirel düşünme becerilerinin öğretilmesi için Paul ve arkadaşları bu becerileri 35 madde olarak sıralamıştır ve her beceriye ilişkin ilkeleri ortaya koymuştur. Duyuşsal ve bilişsel stratejiler olmak üzere iki ana başlıkta incelemişler. Bilişsel stratejilerde kendi içerisinde “makro ve mikro beceriler” olarak ayırmışlardır. Duyuşsal stratejiler bireyde bağımsız düşünebilme gücünü ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Bilişsel stratejilerde makro beceriler, düşünmeyi gerektiren farklı temel becerileri örgütleme sürecidir. Mikro beceriler ise, bütünü göz ardı etmeden parçaları belirleme ve bütün içinde anlamlandırma becerilerini içermektedir (Dirimeşe 2006).

Duyuşsal Stratejiler
<ul style="list-style-type: none">• Bağımsız ve tarafsız düşünme• Ben merkezli veya toplumsal iç görüler geliştirme• Duygu ve düşünce arasındaki ilişkiyi anlama• Zihinsel alçak gönüllülüğü ve yargıyı geciktirmeyi geliştirme• Sorgulama cesareti geliştirme• İyi niyetli ve dürüst düşünme• Düşünme azmi geliştirme• Düşünme becerisine güven duyma

Kaynak: Yıldırım Özeruz B. (2010). Hemşirelikte Eleştirel Düşünme, Aydın Tuna Matbaacılık, İzmir, Syf.45-47.

Bilişsel Stratejiler	
Makro Beceriler	Mikro Beceriler
<ul style="list-style-type: none"> • Geçerli ve geçersiz genellemeleri fark etme • Benzer durumları karşılaştırma • Görüş geliştirme • Sorunları, sonuçları veya inançları açık hale getirme • Sözcüklerin veya söz öbeklerinin açık hale getirilmesi ve analiz edilmesi • Değerlendirme için ölçüt geliştirme • Bilgi kaynağının güvenilirliğini değerlendirme • Derinlemesine sorgulama • Görüşleri, yorumları, inançları veya kuramları analiz etme ve değerlendirme • Çözüm üretme ve değerlendirme • Eylemleri ve politikaları analiz etme ve değerlendirme • Eleştirel okuma • Eleştirel dinleme • Disiplinler arası ilişki kurma • Soru sorma / Sokratik tartışmayı uygulama • Farklı görüşleri karşılaştırma • Diyalektik düşünme 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerçek uygulama ile idealleri karşılaştırma ve birbirinden ayırt etme • Eleştirel sözcük dağarcığı kullanma • Önemli benzerlikleri ve farklılıkları belirleme • Sayıltıları inceleme ve değerlendirme • İlgili olmayan olgulardan ilgili olanları ayırt etme • Akılcı çıkarımlar, kestirmeler veya yorumlar oluşturma • Kanıtları ve iddia edilen olguları değerlendirme • Çelişkileri fark etme • Sonuçları keşfetme

Kaynak: Yıldırım Özeruz B. (2010). Hemşirelikte Eleştirel Düşünme, Aydın Tuna Matbaacılık, İzmir, Syf.47–51.

Eleştirel düşünme; problem çözme ve karar verme süreçlerini yöneten zihinsel bir motor olarak tanımlanmaktadır (Facione et al. 1994, Simpson and Courtney, 2002).

Eleştirel düşünmede gerekli bilgi tutum ve becerileri tanımlayan Watson ve Glaser'e göre; öncelikle eleştirel düşünen bireyin problemlerin çözümlenmesi gereksinimi duyup bu problemlere yaklaşma isteğinde olması, sonra konu ile ilgili bilgi sahibi ve son olarak

ta bu bilgiyi problem çözüme sürecinde kullanılacak becerilere sahip olması gereklidir (Abaan ve Altıntoprak 2005).

Eleştirel düşünme problem çözümenin daha geniş bir biçimi olarak değerlendirilir ve gerçekçi düşünme ve akıl yürütmenin bir alt sürecidir Eleştirel düşünme becerilerinin artması ile birlikte karar verme ve problem çözüme becerilerinde artış gösterecektir, alınan kararlar daha kaliteli olacaktır (Huber 2000).

4.2. PROBLEM ÇÖZME

4.2.1. Problem ve Problem Çözme Tanımı

Karmaşıklaşan toplum yapısı ve teknolojik gelişmeler, siyasi, sosyal ve ekonomik krizler bireyin daha çok problem ile karşılaşmasına neden olmaktadır (Hurst, Dean and Trickey 1991, Taşçı 2005, Yılmaz ve ark. 2009). Hızla değişen dünya şartları ve çevre koşulları bireyin çok yönlü olarak yetiştirilmesini ve karşılaştığı sorunlara en gerçekçi ve bilimsel çözümleri üretebilmesini zorunlu kılmaktadır, problem çözme becerisinin önemini daha da belirginleştirmektedir (Hurst, Dean and Trickey 1991, Sullivan ve Decker 2001, Taşçı 2005).

Literatürde problem kavramına bakıldığında birçok farklı tanım olduğu görülmektedir.

Problem; Yunanca'da proballo (öne çıkan engel) sözcüğünden türetilmiş problema kelimesinden gelmektedir (Altıntoprak 2004).

Problem; birey ya da toplumların karşılaştığı, başarıya ulaşmaları için çözülmesi zorunlu güçlüklerdir, gerçek durum ile arzulan durum arasındaki farktır (Sullivan ve Decker 2001, Batıgün 2000, Dağlı 2004, Taşçı 2005, Bahar 2006).

Problem; çözümü olan fakat henüz belli koşullar altında çözüme kavuşturulmamış sorunlardır (Dağlı 2004, Kaya 2005).

Problem, bireyin bir hedefe ulaşmasında, engellenme ile karşılaştığı bir çatışma durumunu ifade etmektedir (Morgan 1999).

Problem; zihni karıştırmaları nedeniyle karşılaşan birey tarafından çözme isteği uyandıran ve ilk defa karşılaşılmaları nedeniyle de standart bir çözüm yolu bulunmayan, sadece çözmeye çalışan kişinin sahip olduğu bilgi birikiminin doğru şekilde kullanılması sonucu çözülmesi mümkün olan sorun olarak tanımlanabilir (Türnüklü ve Yeşildere 2005).

Problem, bilinen ya da belirsiz unsurları içeren bir durum sonucu meydana gelir. Bu unsurların tamamıyla bilinmez oluşu, bireyin mevcut problemlere karşı duyarlılığını engeller, öte yandan alışkanlıklar, durumun gerektirdiği hususları alışagelmış veya önceden kazanılmış davranışlarla karşılamak gibi bir sonuca götürür, bu da kişisel problemlerde kişinin kendi algılamalarının önemli olduğu anlaşılmaktadır (Şimşek Alagözlü 2006).

Araştırmacılar problemlerin bazı özelliklere sahip olduğunu belirtmektedir. Problemin üç temel özelliği vardır. Bunlar;

1. Problem, karşılaştıran kişi için bir güçlük durumudur.
2. Kişinin onu çözmeye ihtiyaç duyduğu bir durumdur.
3. Kişi bu problemle daha önce karşılaşmamıştır ve çözümle ilgili bir hazırlığı bulunmamaktadır (Dağlı 2004, Yıldız 2009).

Problem karşısında birey, kendini engellenmiş ve huzursuz hissetmekte ve söz konusu problemi çözmeye ihtiyacı içerisinde girmektedir (Yıldız 2009). Olması istenen durum ile mevcut durum arasında farklılık algılandığında problem çözmeye süreci başlar (Sullivan ve Decker 2001, Kaya 2005, Yılmaz ve ark. 2009).

Problem çözme, bireyin bir bilgiyi almasını, süreçten geçirmesini ve bu bilgiyi kullanmasını gerektirir. Bilgi bireyin bireysel yaşamı ile ilgili olduğu gibi mesleki yaşamı ile ilgili de olabilir.

Problem çözme; tanımlanmış bir zorluğun üstesinden gelme, zorlukla ilgili bilinenleri birleştirme, zorlukla ilgili toplanması gereken veriyi belirleme, çözümler üretme, üretilen çözümleri sınıma, problemlerin daha basit ifade edilişlerini arama becerilerini içermektedir (Serefoğlu ve Akbıyık 2006).

Problem çöme, problem kavramına bağlı olarak “Ne yapılacağının bilinmediği durumlarda yapılacak olanı bilmektir” şeklinde tanımlanabilir. Bir problemle karşılaşıldığı zaman problemin anlaşılması çok önemlidir. Kişi anlayamadığı bir problem için, çözümler öneremez, herhangi bir strateji tespit edip bunu uygulamaya koyamaz. Problem çöme süreci; “Net olarak tasarlanan fakat hemen ulaşılamayan bir hedefe varmak için kontrollü etkinliklerle araştırma yapmadır” (Dağlı 2004).

Problem çöme, her aşamasında farklı yetenek ve beceriler gerektirdiğinden en yüksek düzeydeki zihinsel süreçlerden biridir (şimşek Alagözlü 2006). Yeni bir problemin nasıl çözüleceğini belirlemek, çabaları değerlendirmeye, yeni fikirler üretmeye ve yeni stratejiler geliştirmeye iten entelektüel bir süreçtir.

Problem çöme bilimsel yöntem, karar verme ve problem çöme, sorgulama ve yaratıcı düşünme gibi terimleri içermektedir (şimşek Alagözlü 2006).

Problem çöme; bir konu ile ilgili olası tüm çözümlerin bir araya getirilmesi ve bu nedenle tüm mesleki uygulamaların ortaya konulmasıdır (Taylor 2000).

En genel anlamı ile problem çöme bireylerin sorunlarına yönelik hedeflere ulaşmalarınıdır. (Taşçı 2005, Tunç ve Kıyak 2008).

Problemlerin çözümleri, problemin türü ve karmaşıklığına göre değişir. Bazı problemler tamamıyla mantık yoluyla çözümler, bazı problemler duygusal olgunluğu gerektirir. Bazı problemler ise olaylara yeni bir algılama açıısından bakmayı gerektirir. Problem çözümlerinin ortak yönü, amaca ulaşmayı engelleyen etkenleri kaldırmaktır (Dağlı 2004).

Problem çözmede karşılaşılan en önemli sorunlardan biri, bireylerin problemleri çözmek için hiçbir çaba göstermemeleridir “Yalnız olmaktan şikâyet eden bir kişinin çözümler

olarak sadece üzülmelerini problem çözmek için hiçbir çaba göstermemeye örnek olarak verilebilir (Güner 2000).

Problem çözme becerisi üst düzey zihinsel yeteneklerin kazanılmasını sağlar, kişiyi çözüme götürecekt bilgilerin kazanılması ve kullanıma hazır olacak şekilde birleştirerek bir problemin çözümüne uygulanabilme düzeyidir (Sullivan ve Decker 2001).

Problem çözmeye etkili olan faktörler; bireysel faktörler (zeka, güdülenme, önbilgi-kurulum, işleve takılma) ve toplumsal faktörler, sosyo-ekonomik düzey olarak belirtilmektedir (Saygılı 2000).

Karmaşık problemler bir bütün olarak zor olduğundan, çözüme yönelik belirli stratejiler geliştirilir. Stratejilerden biri, sorunu daha basit alt yapılarına indirgemek ve tüm sorunun çözümüne götürecekt alt amaçlar saptamaktır. Modern bilişsel psikologlar, problem çözümünde deneme-yanılmanın hem de iç görünün geçerli stratejiler olduğunu kabul ederler. Onlara göre, birey problemin çözümüne içgörü yoluyla ulaşmadan önce, birçok deneme yanılmada bulunur ve böylece, değişik çözüm seçenekleriyle tanışıklık kurar. Bu tanışıklık devresi içgörünün oluşabilmesi için gereklidir. İçgörü problemin bütün öğeleri tanındıktan sonra ortaya çıkar (Dağlı 2004).

Problem çözme yönetim sürecinde en önemli aşamalarından biri olarak kabul edilmektedir, günümüzde yöneticilerin günlük iş programlarının büyük bir bölümünü problem çözme işlemleri oluşturmaktadır. Yöneticinin en önemli işi problem çözmektir ve yöneticinin ne kadar iyi olduğu problem çözmeye ne kadar başarılı olduğu ile doğru orantılıdır (Dinç 2000, Hamamcıoğlu ve Akgün 2002).

Yapılan iş ne olursa olsun, ne kadar ileri teknoloji uygulanırsa uygulansın, sonuçta bölüm yöneticileri insanlar ile çalışmaktadır. Zamanlarının çoğunu insanlar ile ilgili sorunları çözmeye konuşmaya çalışanların karşılaştıkları güçlüklerle ilgilenmeye, onları

motive edip açıklamalar yapmaya harcarlar. Problem çözüme tam bir beceridir, problem çözüme becerisi edinmek zaman ve pratik yaklaşım gerektirmektedir. Yönetim tecrübesi bu nedenle aranılan bir özelliktir (Hamamcıoğlu ve Akgün 2002).

Problem çözüme bir zeka belirtisi değil, sadece düşünme ve çözüm sürecinin doğru olarak kullanılmasına bağlı olarak gelişir (Hamamcıoğlu ve Akgün 2002). Problem çözüme becerisinin eğitim yoluyla geliştirilebileceği vurgulanmaktadır (Wang ve ark 2004).

Problem çözüme süreci, problemin doğasını açığa kavuşturmak için gerekli bilgileri araştırmayı, değişik çözüm yolları keşfetmeyi gerektirir. Bu çözüm yolları değerlendirilir ve en iyi çözüm yolu uygulamaya koymak için seçilir, uygulanan çözüm yolu ya da seçenek tekrar değerlendirilir. Sürecin herhangi bir yerinde sıkıntı ile karşılaşılsa süreç tekrarlanır (Dağlı 2004, Kaya 2005).

Problemin çözümü için bazı sorulara yanıt aranması gerekecektir (Huber 2000).

- Bu problemin özelliği nedir?
- Neden, nasıl ve kimi ilgilendiriyor?
- Problemi etkileyen hangi faktörler vardır ve problem için anlamı nedir?
- Problemin çözümü için alternatifler nelerdir?
- Uygun olan çözümler nelerdir, hangileri tercih edilebilir?
- En iyi çözüm hangisidir?
- Bu çözümün etkinliği nedir, işe yarar mı?
- Bu karar doğrumudur?

Bu soruların tamamı problem çözüme süreci boyunca sorulmalıdır.

Problem çözümede başarılı ve başarısız bireyler, davranışları bakımından da farklılık gösterirler. Başarılı bireyler, problemleri yaşamın bir parçası olarak görmekte, problem çözümede yetenek, çaba ve motivasyonun şanstın önemli olduğunu düşünmekte, problemlerin üzerine gitmekte, problemler üzerinde daha fazla düşünmekte, karar

vermekten kaçmamakta, alkol ve uyuşturucu maddeleri daha az kullanmakta ve kendine daha fazla güvenmektedirler (Kaya 2005).

4.2.2. Problem Çözme Süreci Aşamaları

Problem çözme birçok değişkene bağlı olmakla birlikte, problem çözme becerisinin bazı ortak temel yönleri bulunmaktadır. Literatürde birçok problem çözme aşamaları tanımlanmıştır (Huber 2000, Altıntoprak 2004).

4.2.2.1. Ortada bir problem olduğunu anlama ve problemin belirlenmesi

Problem çözme sürecinin en önemli aşaması problemi tanımlamaktır. Burada amaç problemin asıl nedenini ortaya çıkarmaktır (Huber 2000). Sorunun ifade ediliş şekli ve tanımı hayati önem taşır (Taylor 1997, 2000). Eğer sorun iyi tanımlanmaz ise sorun yerine başka bir konu üzerine dikkat çekilebilir ve bu hata hem enerji hem de zaman kaybına yol açabilir insanlar sıklıkla sorunu iyi tanılamadan, problemi çözmeye başlamaktadırlar (Huber 2000).

Problem çözme sürecinin en önemli aşaması olan bu aşamanın temelini, problem olarak görünen potansiyel, gerçek veya kritik sorunların koşullarının tanımlanması oluşturmaktadır. Problem yargı / hüküm veya bir sonuç olarak değil, sonucu ortaya koyacak şekilde tanımlanmalıdır (Sullivan ve Decker 2001). Problem cümlesi bir durumu tanımlayıcı nitelikte olmalıdır. Problem ne kadar spesifik ifade edilebilirse o kadar kolay çözümlenebilir. Bu nedenle ele alınacak problemin kısa açık ve doğrudan tanımlanması gerekir (Ulupınar 1997, Taşçı 2005). Bilgiyi elde edip ne zaman kullanılacağı belirlendikten sonra problemi çözmek daha da kolaylaşacaktır (Potter Perry 2009).

Bir problemi çözebilmek için onun güncel ve gerçek bir problem olduğundan emin olunması gerekir. Bunun için problemin ortaya çıkış biçimlerini ayrıntısıyla tanımlamak, sonrada nedenlerini bulmak gerekir (Sullivan ve Decker 2001, Altıntoprak 2004).

Birey bir problemi uygun bir şekilde tanımlayabilmek için en az üç alanla ilgili unsurlar incelenebilir.

Bunlar;

- Kendini, davranışlarını, bilgisini, heyecanlarını ve problem duruma ilişkin duygularını değerlendirme,
- Bireyin problem durumla ilgili çevresini değerlendirme,
- Problemin açığa kavuşması, hedeflerin, beklentilerin ve çatışmaların farkında olmadır.

Sorunun anlaşılması ve açıklığa kavuşturulması için kim, ne, ne zaman, nerede, niçin ve nasıl sorularının yanıtlanması şarttır (Ulupınar 1997, Taşçı 2005).

4.2.2.2. Veri toplama

Problemin boyutuna, sınırına, nedenine ve aciliyetine göre veri toplamak gerekmektedir. Problemin nedenine ilişkin veri toplamak en zor ve en doğru olanıdır. Verilerin mümkün olduğunca olayı açıklayıcı nitelik ve nicelikte olması, problemin belirlenmesini kolaylaştırır (Huber 2000, Dağlı 2004, Taşçı 2005). Uzun süreli gözlem ve deneyim problem çözme sürecine katkı sağlayan en önemli iki faktördür (Taylor 1997).

Veri toplamada bir kaynak da konu ile ilgili diğer kişilerin ve problem çözücünün kendi deneyimleridir (Sullivan and Decker 2001). Zaman kazanmak için veri toplama sürecinin kısaltılması daha sonra verileri analiz etmede zorluk çıkarıp daha çok zaman harcanmasına neden olacaktır (Huber 2000).

Veri toplamada dikkat edilecek noktalar şöyle sıralanabilir;

- Ne, nerede, nasıl, neden, ne zaman, kim vb. soruların yanıtlarının aranması,

- Bilgilerin doğru bireylerden alınması,
- Doğru ve ilgili verilerin toplanması,
- Verilerin tümüyle objektif ve tarafsız toplandığından emin olunması,
- “Sorun olduğunu düşündüren nedir?” sorusunun daima akılda tutulması gerekir.

Gereksiz bilgi toplanmışsa bunların çıkarılması ve konu ile doğrudan ilgili olanların dikkatle belirlenmesi ya da başka ne tür bilgilere gereksinim olduğuna karar verilmesi gerekebilir. Ancak akılda tutulması gereken nokta, hiçbir zaman gerçeklerin tümü hakkında bilgi toplanamadığıdır. Bireyler bazen konu ile ilgili konuşmak istemezler. Bazen de tüm bilgileri toplamak hem güç hem de masraflıdır. Durum böyle olunca eldeki verilerle en doğruya ulaşmak için çaba harcanması gerekir (Kaya 2005).

4.2.2.3. Çözüm seçenekleri üretme

Probleme çözüm seçenekleri geliştirme bilinen tüm seçeneklerin sınıflanması ve başka seçeneklerin düşünülmesi aşamasıdır. Problemlerin çoğunun birden fazla çözümü vardır. Yapılacak şey bunları ortaya çıkarmaktır. Problemin çeşitli yollardan ele alınması gerekir. (Huber 2000).

Alternatifler üretebilmek için kullanılan en önemli yöntem beyin fırtınasıdır. Başka insanların görüşlerini ve önerilerini toplayıp bunlar arasından seçim yapmak insanlara tek başlarına bulamayacakları yeni fikir ve seçeneklerden oluşan geniş bir birikim sağlar (Sullivan and Decker 2001, Güner 2000, Altıntoprak 2004). Bu aşamada problemin olası çözümü hakkında sayısız fikirlerle önerilerde bulunmaktadır.(Huber 2000, Sullivan and Decker 2001).

Çözüm üretilirken sınır koyulmamalı, anlamsız ve uygulanamaz gibi görünse de dikkate alınmalı ve mutlaka tüm seçenekler yazılmalıdır. (Sullivan ve Decker 2001).

4.2.2.4. Çözüm seçenekleri arasında seçim yapma

Karar vermek için alternatifler daha önce problemi belirleme evresinde geliştirilen ölçütlere göre sistemli bir şekilde değerlendirilerek her alternatifin olası sonuçları ve etkileri gözden geçirilmelidir. Çeşitli çözüm yolları içinden sorunu en az, en kısa zamanda, en kolay ve en güvenilir biçimde çözecek olan yöntem ya da yöntemler karar haline getirilir (Taylor 2000).

Bu bir eleştirel düşünme aşamasıdır, bu nokta analizlerin yapıldığı karar verme aşamasıdır. Tüm potansiyel sonuçları değerlendirebilecek sonuçları etkileyebilecek her şeyi analiz etmeyi sağlayacak geniş bir bakış açısı gerektirir. Örneğin bir sonuç çoğu kişi tarafından negatif olarak görülürken başka bir kişi tarafından daha az negatif algılanabilir (Huber 2000).

Burada seçim yapmada aceleci davranma alternatiflerin değerlendirilmesini engelleyecektir ve küçük bir çözüm bulunmasına neden olacaktır. Verilen kararın en iyisi olup olmadığı, yeterli etkiyi sağlayıp sağlamayacağı iyi düşünülmeli ve karar verilmelidir (Sullivan and Decker 2001).

Üretilen alternatiflerden en uygun olanı ya da birkaçı belirlenir, alternatifler uygulamaya konulmadan önce bazı sorular sormak gerekir (Güner 2000):

- Eğer bu eylem planı izlenirse hangi sorunlar ile karşılaşılabilir?
- Bu engeller ile nasıl baş edilebilir?
- Bu seçenek uygularsa ne tür bir yarar sağlanabilir?
- Bunun için atılacak ilk adım ne olmalıdır?
- Bu adım ne zaman atılacak?

4.2.2.5. Seçilen çözümü uygulama

Problemin çözümü seçildikten sonra uygulamak için değişikliklere açık bir plan geliştirilmelidir (Taylor 2000). Plan çözümlerin başarıyla uygulanması için nelerin gerektiği konusunda bireye fikir verecektir. Çözümleri uygulamaya geçmeden önce çözüme katkıda bulunacak ilgili herkesin kararı benimsemelerini sağlayacak şekilde bilgilendirme yapılması gerekir. Çözümü uygulamaya koymak kesin kararlılık ve çaba gerektirir. Çözümde önemli rol oynayacak kişilerden yardım almak uygulamayı kolaylaştıracaktır (Altıntoprak 2004).

Seçilen çözüm seçeneğinin uygulanması, kararlaştırılan eylemlerin gerçekleştirilmesi evresidir. Çözüm eylemini kararlaştıranların aynı anda kararı uygulamaya koymaları, uygulamanın güçlü olmasını sağlar. Uygulamanın ayrıntılarının izlenmesi, potansiyel engeller için uyanık olunması ve engellerin aşılma yollarının düşünülmesi gereklidir. Seçilen çözümün zayıf noktalarının bilinmesi önem taşır. İlerlemenin izlenebilmesi için özgül hedefler ve konuya göre uygun süreler konulması yararlı olur (Taşçı 2005).

Eğer uygulama programı dikkatlice oluşturulmuşsa ve çok karmaşık uygulamalar içermiyorsa kişi programda adım adım ilerleyebilir (Güner 2000).

4.2.2.6. Çözümün değerlendirilmesi

Seçilen ve uygulanan çözümün problemi ne derece çözdüğünü belirlendiği ve gerekirse diğer aşamaların gözden geçirilip tekrar düzenlendiği problem çözme aşamasıdır. (Sullivan ve Decker 2001). Değerlendirme ne derece güvenilir, geçerli ve yeterli yapılabilmişse, uygulamanın geliştirilmesi de, o derece başarılı olur (Hurst, Dean ve Trickey 1991, Dağlı 2004, Taşçı 2005).

Bazen problemin çözümü çok kolay olabilir, bazende düşünülenenden fazla zaman alabilir. Uzun zaman alabilir. Çözümün uygulanmasından sonra yapılanlar tekrar gözden

geçirilmeli ve kararın alınmasına neden olan beklentiler, sonuçları, elde edilen faydaları ile karşılaştırılmalıdır (Sullivan ve Decker 2001, Potter ve Perry 2009).

Ne olursa olsun seçilen alternatiflerin işe yarayıp yaramadığını değerlendirecek bir tarih belirlemek yararlıdır. O tarihte problem ortadan kalkmayabilir. Fakat problem üzerinde çalışmaya başladıktan sonra, yaşanan sıkıntıda bir azalma olup olmadığına bakılabilir ve sonuca göre seçilen alternatiflerin uygulanmasına devam edilebilir yada geriye dönüp problemin esas kaynağının doğru belirlenip belirlenmediği değerlendirilebilir (Huber 2000, Sullivan and Decker 2001).

4.2.3. Problem Çözme Kuramları

4.2.3.1. Bandura'nın kendine yeterlilik modeli

Bandura'nın kendine yeterlilik modelinde insanların yeteneklerine ve başa çıkma becerilerine inançlarının, problem çözme becerilerini etkilediğini belirtmektedir. Bireylerin problem çözme becerilerini algılarının, gösterecekleri çabanın miktarını etkilediği kabul edilmektedir (Altıntoprak 2004, Atabay 2004).

Modelde bireylerin kendilerine olan inançları üzerinde durur. Bireylerin kendileri ve yetenekleri konusunda genel inançları başkaları hakkındaki beklentileri ve değerlendirmeleri kişisel yaşantıları üzerine temellenmektedir (Atabay 2004, Polat 2008).

Bandura, kendini değerlendirme veya kendi için yararlı olabilecek kararları alabilmenin başarılı performansı ile doğrudan ilgili olduğunu, kişisel problemleri çözmenin; kendini değerlendirmedeki bireysel farklılıkların (problem çözümede kendine güven, yaklaşma, kişisel kontrol); başa çıkma performansı ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (Polat 2008).

4.2.3.2. John Dewey'in yansıtımalı düşünce kuramı

John Dewey'e göre yaratıcı düşünce, daha iyi sonuçların bulunması, yaşamın zenginleştirilmesi için sistemli bir hazırlık, sorunlar ve deneyim gerektirir (Atabay 2004).

John Dewey'in yaratıcı sorun Çözme Modeli:

1. Algılanmış bir problem

2. Sorun üzerinde yaratıcı düşünce süreci

A. Ön gözlem aşaması

B. Soruna ilişkin farklı tanımlamalar önerme

C. Güçlüğü çözülebilir bir problem olarak biçimlendirme

D. Çözümler önerme

E. En iyi çözümü bulabilme

F. Çözümün yolunu iki biçimde sınama

1. Çözümün kendi içindeki elemanlarla içsel tutarlılığı

2. Eylem yada kontrol (gerçek yada imgesel olabilir)

G. Geri dönme (Başarısızlık durumunda C,D;E,F basamaklarına geri dönme).

H. Tutumlar ve istekleri gözden geçirme

I. Sorunun öyküsünü ve çözümünü gözden geçirme

İ. Çözümün başarısını ortaya koyma

3. Yeni dengelerin kurulması ya da yaratma sonrasıdır.

Dewey'in modelinin, özellikle bilim ve matematik alanlarında hala pratik olduğu düşünülmesine rağmen, bilişsel teoristler bu modelin çok fazla basitleştirilmiş olduğunu düşünmektedir (Saygılı 2000, Atabay 2004).

4.2.3.3. Alex Osborn'un sorun çözme kuramı

Beyin fırtınası tekniğini geliştiren ve yaygınlaştıran Osborn'a göre sorun çözme süreci aşağıdaki üç aşamayı kapsar:

1. **Sorun bulma:** Sorunun tanımlanmasını ve hazırlığı gerektirir. Sorunu tanımlama, onu bir karmaşanın içinden çıkarmayı hazırlık ise gerekli verilerin toplanmasını ve çözümlene işlemlerini kapsar.
2. **Düşün bulma** (Düşünceyi geliştirmeyi kapsar, düşün üretme olabildiğince çok sayıda düşünce ortaya atmaktır. Düşün bulma aşaması “denece geliştirme” aşaması olarak kabul edilmektedir.
3. **Çözüm bulma:** Değerlendirme ve seçme aşamasından oluşur. Değerlendirme çeşitli çözümlerin denenmesi ya da başka yolla kontrol edilmesidir. Seçme ise; bir düşünceyi başkaları ile karşılaştırmayı ve onu çözüme ilıştırmeyi içerir.

Yaratıcı sorun çöme süreci bir düşünce ile sona ermez. Sadece yeni başlamış olur. Üretilen düşüncelerden en etkili olanı özenle seçilerek sonuca ulaşılmaya çalışılır, ancak karmaşık durumlar ve yaşam koşulları nedeniyle sorun çözülemeyebilir. Yeniden en baştaki sürece dönerek sorunu tanımlamak gerekir (Saygılı 2000, Atabay 2004).

4.2.3.4. Bilgi işlem sistem kuramı

Gerçekten ister fiziksel ister zihinsel olsun, tüm problemlerin çözümlü zihinsel bir süreç gerektirir, Bilişçiler öğrenmenin zihinsel bir süreç olduğunu, basit ve mekaniksel olarak açıklanamayacağını öne sürmektedirler (Polat 2008).

Newrel ve Simon tarafından 1960’lı yıllarda ortaya atılan ve 1972’de esas çalışmaları yapılan bu kuram, daha sonra pek çok araştırmacı tarafından incelenmiş ve geliştirilmiştir.

Kuramda sorun çözenin üç öge çerçevesinde şekillenmiş bilgi işlem aktivitelerinden oluştuğunu ileri sürmektedir. Bu öğeler; görev iş çevresi(sorunun dış görüntüsü), sorun alanı ve sorun çöme stratejisidir. Bir sorunla karşılaşıldığında, sorunun karmaşıklığına bağlı olarak kişi çözümlü çabuk anlayabilir veya bir sorunu çöme stratejisi seçerek çözümlü ulaşmaya karar verir. Bu sorun çözümlüün iş çevresinden bir sorun alanını formüle etmesine yardım eden bir anlama sürecidir. Sorun alanı sorun çözenin önemli

bir bölümdür. Çünkü çözümle ilgili tüm bilgiyi içerir. Sorun alanının açıklanması sorun çözücünün sorun çözme stratejesini oluşturmasına ve sorunu yorunlamasına yardım eder. Bu dinamik bir süreçtir (Atabay 2004).

Bilgi işlem kuramının ana teması insanın çevresine cevap vermesi ile ilgili hedeflere ulaşmak için bilgiyi farklı yollarla işlemesidir. Birey belli bir problemi çözmek için gerekli tüm bilgi ve becerilere uzun süreli bellekte sahip olabilir, fakat çalışan bellekte bazı bilgiler engeleniyorsa problem çözme süreci etkili olamaz (Altıntoprak 2004).

4.2.3.5. Karl Popper'in sorun çözme kuramı

Popper sorun çözmeyi bir dünya görüşü olarak tanımlamaktadır. Popper'e göre bilim gözlemler ile değil sorunlar ile başlar. Beklentiler gerçekleşmediğinde çatışmalar ile karşılaşıldığında sorunlar ortaya çıkar. Popper, sorun çözmeyi bir sağ kalma sorunu ve yaşamayıda her şeyin üstünde bir sorun çözme süreci olarak kabul eder ve sorun çözmeye uygun toplumların gerekliliğini savunur. Popper'a göre bilimsel bir sorunu anlamak, onu yaşamakla, çözmeye çalışmakla ve çözümde başarısız olmak ile öğrenilir. Sorun bir güçluktur ve bir sorunu anlamak, bir güçlük olduğunu ve bu güçlüğün nerede olduğunu bulmaktan oluşur. Bu kuramlar yeni sorunları bereberinde getirir ve bu sorunların çözülmesiyle yeni kuramlar oluşturulur (Saygılı 2000, Altıntoprak 2004).

4.2.4. Eleştirel Düşünme ve Problem Çözme

Düşünme becerileri “temel işlemler, problem çözme, karar verme, eleştirel düşünme ve yaratıcı düşünme” olmak üzere aşamalı bir biçimde ele alınmaktadır. Temel işlemler; neden sonuç ilişkilerini, benzetmeleri ve ilişkileri belirleme, sınıflandırma ve nitelikleri belirleme olarak ele alınmaktadır. (Serefoglu ve Akbıyık 2006, Ugan, Taşçı ve Ovayolu 2008).

Düşünme becerileri; eleştirel düşünme, problem çözme, okuduğunu anlama, yazma, bilimsel düşünme, yaratıcı düşünme ve yaratıcı problem çözme becerilerinden oluşur.

Düşünme becerileriyle ilgili tanımlamalarda bir takım ortak noktaların varlığı dikkat çekmektedir. Bu ortak noktalar problem çözme ve karar vermede yoğunlaşmaktadır. Bunlara ek olarak problem çözme ve karar verme süreçlerini yaşadktan sonra bilgiyi işleyerek yaşanan soruna bir çözüm sunma veya bir ürün ortaya koyma becerisi kendisini göstermektedir (Serefoğlu ve Akbıyık 2006).

Eleştirel düşünme; problem çözme, karar verme aşamalarında, günlük hayatta ve hemşirelik sürecinde kullanıp geliştirebilecek zihinsel bir aktivitedir. Eleştirel düşünme yolu ile etkili alternatifler geliştirilerek en uygun çözüm yolu seçilebilir (Ugan, Taşçı ve Ovayolu 2008).

Probleme dayalı öğrenme programları değerlendirildiğinde, genel olarak, öğrencilerin eleştirel düşünme, kendi kendine öğrenme, problem çözme, karar verme ve iletişim becerilerini geliştirdiği ayrıca sürekli öğrenme için motivasyon sağladığı belirlenmiştir (Simpson ve Courtney 2002, Cooke and Moyle 2002).

Eleştirel düşünme, bir problemin çözümündeki farklı alternatifleri ve bunların sonucu nasıl etkileyeceğini hesaba katarak mevcut şartlar altında hangi çözümün en doğrusu olduğuna karar vermeye olanak sağlar. (Nicoteri 1998, Huber 2000). Sadece bir çözüm görülürse, bu kişiyi başarısızlığa götürür (Nicoteri, 1998).

Eleştirel düşünme, problem çözmede, gerçekçi düşünmede ve akıl yürütmede elzem olan bir düşünme biçimidir (Vaughan, Beth, O'Sullivan ve Smith 1997, Boychuk Ducscher 1999). Problemi tanımlamayı, olası çözümler üretmeyi, önceden belirlenmiş ya da belirlenmemiş olan varsayımları tanımlamayı, hipotezler ile ilgili kavramları seçmeyi ve açıklamayı, tartışmalar yapma ve çıkarımların geçerliliğini yargılamayı içerir (Kaya 1997, Nicoteri 1998).

Eleştirel düşünme becerisi karmaşık problemlerin çözümünde ve karar verme için oldukça önemlidir. Bir muhakeme sürecidir. Kısa bir süre içinde tanımlama, planlama ve değerlendirme eleştirel düşünme becerisi egzersizleri ile yürütülebilir. (Swaleh Toofany 2008). Eleştirel düşünme becerileri; bilimsel bilgiyi ve bilimsel düşünmenin kişisel ve genel problemlerin çözümünde kullanılabilmesini kapsar (Simpson ve Courtney 2002). Eleştirel düşünme bir sorunu fark etme ile başlar, sorunu tanımlama, soruna ilişkin bilgi toplama ve ilgili bilgiyi seçme, hipotez kurma, hipotezi test etme, sonuç çıkarma, sonuçların geçerliliğine karar verme ve genelleme yapma ile devam eder (Nicoteri 1998, Özer 2002, Wangensteen 2010).

Problem hakkında karar verip harekete geçmeden önce, problemin iyice anlaşılması için var olan bilginin yorumlanıp değerlendirilmesi süreci olarak da ele alınabilir. Eleştirel düşünme daima sistematik ve organizedir, problemi tanımayı, kaynakları değerlendirmeyi, olası ve alternatif çözümler düzenlemeyi içerir (Özer 2002).

Eleştirel düşünme becerilerini geliştirmek için, bakım sürecinde yapılan uygulamalar ve sonuçları sürekli sorgulanmalı ve hasta için daha iyisi nasıl olabilir çabası içinde eleştirel düşünme egzersizleri yapılmalıdır. Eleştirel düşünme egzersizleri yapmanın amacı, tartışma yolu ile daha kompleks durumlarda klinik karar vermek ve problem çözmek için gerekli becerileri geliştirmektir (Oerman, Truesdell ve Ziolkowski 2000).

Sağlık bakım sisteminin değişen gereksinimleri, hastaların gereksinimlerini esnek ve yaratıcı biçimde karşılayan, bakımla ilgili bilgisini kullanan hemşireler gerektirmektedir. Problem çözme hemşirelik uygulamalarının odağıdır ve hemşirelerin sorun çözme becerilerini geliştirmeleri hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Taylor 2000).

Problem çözme bir yöntem, eleştirel düşünme ise bu yöntemi uygularken var olması gereken bir düşünme biçimidir, problem çözme süreci mantıksal eleştirel düşünme

şablonuna uygun şekilde gerçekleştirilirse daha az çaba harcanır (Vaughan, Beth, O'Sullivan ve Smith 1997). Eleştirel düşünme yönü zayıf olan insanlar problemin karışık olmasını önemsemezler, mutlaka kolay bir çözümünün olacağını düşünürler, karışık problemler üzerinde tartışmayı zaman kaybı olarak görürler. Eleştirel düşünmede bir problem için spesifik bir çözümü araştırmak yerine, durumun içerdiği tüm sorunları ve tüm cevap seçeneklerini ortaya çıkarma amaçlanmaktadır. Burada sorun yaşanmasının nedeni eleştirel düşünmenin bir süreç olarak gerekliliğinin yerine getirilmemesidir. Eleştirel düşünme; problem çözme ve karar verme süreçlerini yöneten zihinsel bir motor olarak tanımlanmaktadır (Facione et al. 1994).

Heges'e göre problem çözme "doğrusal bir değerlendirme süreci" iken, eleştirel düşünme problem çözme süreçlerinin her bir basamağında uygun gerçekleri sorgulamayı sağlayan bir süreçtir (Dirimeşe 2006). Ülkemizde çeşitli eğitim düzeylerine sahip hemşireler tarafından yürütülmekte olan hasta bakımının güçlenmesi için hemşirelerin bağımlı fonksiyonlarından çok bağımsız fonksiyonlarını ön plana çıkarmaları ve özellikle kritik karar verme, sorun çözme gibi becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir (Kelleci ve Gölbaşı 2004, Durmaz ve ark. 2007, Gürol Arslan ve ark. 2009).

4.2.5. Hemşirelikte Eleştirel Düşünme ve Problem Çözme

Sosyal ve davranış birimlerinde 1925'li yıllarda oluşturulan eleştirel düşünme, hemşirelikte de 1983 den beri önemsenmeye başlanmıştır. Ulusal Hemşirelik Birliğinde eleştirel düşünmenin değerlendirilmesi mezuniyetde bir yeterlilik kriteridir (Vaughan, Beth, O'Sullivan ve Smith 1997, Foliman 2003, Toofany 2008).

Eleştirel düşünme, artık günümüzde, hemşirelik eğitimi ve uygulamasında çoğunlukla kullanılmaktadır (Huber 2000, Clarke ve Holt 2001, Simpson ve Courtney 2002, Brunt 2005, Mundy ve Denham 2008). Hemşirelik eğitimi aynı zamanda problem çözme ve

karar verme yeteneklerini geliştirmelidir (Mundy ve Denham 2008). Hemşirelikde eleştirel düşünme konusuna ilginin artmasının birkaç nedeni vardır:

- Eğitimdeki eleştirel düşünmeye yönelen ilgi.
- Hemşirelik eğitimindeki eleştirel düşünmeyi geliştirmeyi hedefleyen öğretim yöntemlerinin hayata geçirilmesi.
- Hızlı değişen sağlık bakım alanıdır (Simpson and Courtney, 2002).

Klinik alanda uygulamalarda ve hemşire eğitimciler öğrencilerin başarılı olabilmesi ve eleştirel düşünmeyi artırılabilmesi için yardımcı stratejiler geliştirmelidirler (Mundy ve Denham 2008). Eleştirel düşünme gelişimi ile birlikte nasıl korunabileceği ve yetkinlikleri nasıl artırabileceğide öğretilmelidir (Allen, Rubenfeld and Scheffer 2004, Brunt 2005, Mundy and Denham 2008).

Akılcı kararların alınması, mesleki gelişimin devam ettirilmesi ve alternatif yaklaşımların belirlenmesi, eleştirel düşünmeyle gerçekleştirilir. Toplumda özellikle de sağlık alanında oluşan dinamik değişiklikler, 21.yüzyılın profesyonel hemşirelerine yeni mücadele ortamları yaratır. Değişik alanlarda sunulan hizmetin kompleksliği, kanıt temelli uygulamaların artması, teknolojik bilgi ve uygulamayı da içeren çok boyutlu bakım, hemşireleri esnek olma ve eleştirel düşünmeye zorlamaktadır (Özer 2002).

Hemşirelik eğitiminde kültürel ve organizasyona ilişkin değişimler hemşireliğin psikomotor becerilerin yanı sıra bilişsel becerilerin kullanılmasını da gerektiren bir meslek olduğunu ortaya koymuştur. Böylece eleştirel yaklaşımlar sayesinde klinik uygulamalarda gerekli olan bazı değişimler sağlanabilir (Hicks et al. 2003).

Bilindiği gibi profesyonel hemşireliğin çağdaş rolleri sağlıklı/hasta birey aile ve toplumun sağlık bakımı gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu bakım gereksinimlerinin karşılanmasını kapsar. Bu tanım hemşireliğin karmaşık yapısını ve sorumluluklarını açıkça göstermekte ve hemşirelikte eleştirel düşünmenin gerekliliğini yeterince açıklamaktadır (Kaya 2006).

Profesyonel hemşire olabilmek bir hemşire gibi düşünmeyi öğrenmeyi gerektirir. Bunun için şu soruları sormak gerekir (Marnard 1996, Girot 2000).

- Bir mühendis, bir dişçi, bir doktordan farklı olarak hemşire ne yapar?
- Hemşire hastayla karşılaştığında ne yapar?
- Hemşirenin görevi nedir?
- Sorumluluklarını nasıl yerine getiriyor?
- Ne yapması gerekiyordu ve ne yaptı?
- Sonuçları değerlendirdi mi?

Eleştirel düşünme hemşirelik için vazgeçilmez bir süreçtir, istendik, güvenli hemşirelik bakımının verilmesi için gerekli bir beceridir (Kataoka –Yahiro ve Saylor 1994, Clarke ve Holt 2001, Toofany 2008). Hemşirelik uygulamalarında bağımlı bağımsız karar verme (Banning 2006), hizmette ve karşılaştığı durumlar ile ilgili analiz ve sentez yapabilme, neden sonuç ilişkisi kurabilme, tümevarım tümdengelim mantığı ile düşünme durumları yorumlama gibi entellektüel yetenekleri geliştirir. (Kataoka –Yahiro and Saylor 1994, Oerman, Truesdell and Ziolkowski 2000, Martin 2002).

Hemşirelik bakımının içeriğine ve niteliğine dinamiklik kazandıran eleştirel düşünme becerisinin yetersizliği, hizmette kaliteyi, etkinliği ve yeterliliği meslekte profesyonelliği, otonomi ve güç sahibi olmayı olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle hemşirelik mesleği üyeleri ne kadar iyi düzeyde eleştirel düşünme becerisine sahip olurlarsa o ölçüde toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve yaşam kalitesini artırma yönünde etkin hizmet verebilirler (Dil Coşkun 2001, Allen et al. 2004, Abaan ve Altıntoprak 2005).

Yaratıcı düşünmeyi öğrenmek, hemşirelerin hastalara bakım vermeye, onları desteklemek için hizmet etmeye, kişisel yaşamda seçimlerin yapılmasında daha akılcı kararlar almaya yardım eder. Hem kişisel hem de mesleki yönden kendini

gerçekleştirmeyi teşvik etmeye ve özgüvenin gelişmesine yardım edecektir (Miller and Babcock 1996).

Bir hemşirenin eleştirel düşünme gücünü azaltan etkenler arasında; tutumlar, düşünme alışkanlıkları, davranışlar ve bilişsel engeller yer almaktadır. Ayrıca, “Benim yolum daha iyi” gibi yaklaşımlar ile hastanın vereceği kararı etkileyen bir tutum sergilemek, yalnızca bir tercih hakkını seçmek için alıştırılmış olmak, otomatik bir şekilde savunucu yanıt vermek, yeniliğe ve değişime dirençli olmak, kendi değer sistemlerinin ve düşünme biçimlerinin farkında olmamak eleştirel düşünme yeteneğinin gelişimini, hasta veya ailesi ile kurulacak ilişkinin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Dil Çoşkun 2001, Ugan, Taşçı ve Ovayolu 2008).

Hemşireler çalıştıkları ortamlarda hasta bakımı, ekip çalışması ve yönetimle ilgili, bilerek ve adil karar vermeleri gereken birçok problemlerle karşılaşmaktadırlar (Taylor 2000, Hedberg and Larsson 2004, Kelleci ve Gölbaşı 2004, Abaan ve Altıntoprak 2005).

Karmaşık sorunlarla karşılaşan hemşirelerden bu sorunları etkili bir şekilde çözmeleri beklenmektedir. Farklı gereksinimleri olan hastalara bakım vermek, hastaların sorunlarını belirlemek, öncelik sırasına koymak, girişimde bulunmak, sonuçları değerlendirmek gibi kararları vermek durumunda olan hemşireler hasta bakım kalitesini arttırmak ve bireylere yardım etmek için sorun çözme becerilerini kullanmak durumundadırlar. Hemşireler her zaman rutin durumlarla karşılaşsalar ve her duruma uygulanabilen değişmez kararlar verseler düşünme ve sorun çözmeye gereksinim duyulmazdı. Oysa hemşirelikte çoğunlukla farklı ve karmaşık sorunlar ortaya çıktığından dolayı yenilikçi çözümler gerekir (While ve Fitzpatrick 1993, Taylor 2000, Hedberg and Larsson 2004).

Hemşirelikte problem tanımına baktığımızda; klinik problem yani hastalık; kişilerin fiziksel, akılsal ve sosyal tam bir iyilik halinin yokluğu olarak açıklanmaktadır (Bahar

2006).Problem çözüme süreci hemşireliğin önemli fakat az anlaşılan bir özelliğidir. Bu süreci tam ve doğru olarak anlama, yüksek kalitede hasta bakımının ve profesyonel becerilerin gelişiminin temel gereğidir. Problem çözüme becerisi çağdaş, etkin, nitelikli bir hemşirenin sahip olması gereken yüksek kalitede hemşirelik bakımı vermek için gerekli bir beceridir. Yüksek kalitede hemşirelik bakımı hastaların sağlık sorunlarını tanımayı ve çözmeyi zorunlu kılmaktadır. Bunu başarmanın yolu ise problem çözüme yaklaşımının kullanılmasıdır (Roberts, Fitzpatric and While 1993, Ulupınar 1997, Taylor 2000, Yetkin ve Yurttaş 2003, Kelleci ve Gölbaşı 2004).

Hemşireler çoğunlukla yüksek riskli ve kompleks sorunlar ile karşılaşmaktadırlar. Problem çözmeyi kendi rolü olarak algılamayan bir hemşirenin verdiği bakım kalitesinin yüksek olması beklenemez (Taylor 2000, McEwen and Brown 2002).

Problem çözüme becerisi yüksek olan hemşireler, olumsuz duygu ve düşüncelerle baş edebilir, sağlıklı çözüm yolları üretebilir ve sunulan sağlık bakım hizmetinin kalitesini artırırlar (Tezel ve ark. 2009). Problem çözüme becerisi her türlü hemşirelik işlevi açısından büyük önem taşımaktadır (Burns ve ark.2010).

De la Cuesta; hemşirelikte klinik problem çözüme uygulamalarının çokta başarılı olmadığını belirtmektedir. Klinik uygulamalarda problem çözüme sürecinin kullanılmamasının en önemli nedeni hemşirelerin bilgiye dayalı çalışmamasıdır. Problem çözüme ile hemşirelik bakımının kalitesini artırma arasında bağlantı kurmamaları problem çözmeye karşı negatif tutumlarının olmasına neden olmaktadır (Chang and Gaskill 1991).

Bilimsel problem çözüme yöntemi ile hemşirelikte problem çözüme paralellik göstermektedir. Diğer disiplinlerin sorun çözümede kullandıkları yöntem, hemşirelikte “hemşirelik süreci” olarak adlandırılmaktadır (Gökdoğan 2001). Hemşireliğe bakıldığında bilimsel temelli problem çözülmeye odaklanıldığı, sistematik ve amaç içeren

hasta/aile odaklı olduğu görülür. Hemşireliğin bireyin gereksinimini belirleme ve uygun çözüm yolları bulma gibi zihinsel ve soyut beceriler gerektirdiği 1960'larda gündeme gelmiştir. Abdellah 1960'larda nitelikli hemşirelik bakımı için problem çözme yaklaşımının üzerinde durmuştur. Aynı yılda Orem ise bir sanat olarak hemşireliğin ne yapılacağına karar verme ve planlama gibi zihinsel bir yönü olduğunu vurgulamıştır. Levine ise 1960'da koruyucu ve tedavi edici hemşirelik bakımının sağlam bir bilgi temeline dayandırılması gerektiğini belirlemiştir (Özuruz Yıldırım 2010).

Henderson ise problem çözme süreci ile ilgili farklı görüşler bildirmiştir. Problem çözme süreci ile hemşirelik sürecini ele almış ve bu iki kavramın eş anlamlı kullanıma eğilimli kavramlar olduğunu ifade etmiştir. Ancak farklı anlamlardada kullanılabileceğide savunmaktadır. Çünkü hemşirelik sürecinin, hemşirelik problemlerinin çözüm yöntemlerinden sadece biri olduğu düşünülmüştür. Ayrıca hemşirelik süreci sadece hasta ya da sağlıklı bireylerin bakımında uygulanırken, problem çözme süreci, klinik, yönetim ve eğitim gibi alanlarda da kullanılabilir (Kaya 2005, Ulupınar 1997). Hemşirelik süreci kritik düşünmenin bir elemanıdır, hemşirelere karar verme ve neden yönelik hareket etme olanağı sağlar. Özünde problem çözme ve sistematik yaklaşım vardır.

Hemşirelikte en çok kullanılan problem çözme yöntemi hemşirelik sürecidir. Son yıllarda hemşirelik sürecinin tanınması ve kullanılması ile hemşirelerin problem çözme becerileri gelişme göstermiştir ve hemşirelik sürecinin kullanılması önerilmiştir (Sullivan ve Decker 2001, Wang et al. 2004).

DSÖ, hemşirelik sürecini hemşirelik bakımında bilimsel problem çözme yönteminin sistemli bir biçimde kullanılması şeklinde tanımlamıştır (Collado et al. 1994, Altıntoprak 2004, Erenler 2007, Yılmaz ve ark. 2009).

Kataoka Yahiro ve Saylor eleştirel düşünmenin sadece hemşireliğe özel olmadığını pek çok disiplinde kullanıldığı ve bilimsel yöntem, problem çözme ve karar verme

becerilerini kapsadığını belirtmişlerdir. Klinikte karşılaşılan sorunlarda özel eleştirel düşünme becerilerinin; tanıya yönelik düşünce, klinik sonuca varma ve klinik karar vermeyi kapsadığı belirtilmektedir. Hemşireliğe özel eleştirel düşünme becerisinin de hemşirelik sürecini içerdiği vurgulanmaktadır (Potter ve Perry 2009).

Bilimsel bir problem çözme yöntemi olan hemşirelik süreci, sağlıklı ya da hasta bireyin/ ailesinin problemlerine sistematik ve mantıksal bir yaklaşımı ifade eder. Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımının sunulmasında bireyin sağlığını ya da yaşamını tehdit eden soruna bilimsel yaklaşımlara dayalı çözüm bulan, problemlerin çözümünde kullanılan bir yöntemdir (Sabuncu ve ark. 2000, Yurttaş ve Yetkin 2003, Erenler 2007).

Hemşirelik süreci, sorun çözme birbirini izleyen adımlardan oluşur:

- Sorunu Belirleme
- Sorunu Tanılama
- Planlama
- Uygulama
- Değerlendirmedir.

Hemşirelik süreci aşamaları; veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmedir. Ancak son dönemlerde yapılan yayınlarda “beklenen sonucu tanımlama” sürecin üçüncü aşaması olarak kabul edilmiş ve aşamalar altıya çıkmıştır. Beklenen sonuç; ölçülebilir, gerçekçi hasta odaklı amaçların formüle edilmesi ve kayıt edilmesi anlamında kullanılmaktadır. Tanılama sonrasında yapılacak girişimler ile hastada görülmek istenen durum ve ulaşılmak istenen hedefi göstermektedir (Craven Hirnle 2010).

Hemşirelik; bireyin fiziksel ve ruhsal yönden sağlığını korumayı ve en iyi düzeyde tutmayı hedefleyen bir meslektir. İnsanı tüm boyutları ile tanımak ve anlamak zorundadır. Hastalık gibi nedenlerle, bireyin kendi ihtiyaçlarını karşılayamadığı durumlarda, birey adına bu sorumluluğu hemşire üstlenir. Hemşirelik disiplini, bireysel gelişime yardım eden, sağlığı koruyan ve hastalık sorunlarını iyileştiren kompleks bir

yapıya sahiptir. Bu disiplin için kullanılan bilgi ve deneyim, kritik düşünceler, problem çözüme ve karar verme becerileridir (Erenler 2007).

Hemşirelik süreci; sağlıklı/ hasta bireyin ailenin/ grupların sağlığının sürdürülmesi, hastalıktan korunması, bakım gereksinimlerinin/ sorunlarının belirlenmesi, gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi gibi aşamalardan oluşan sistemli bir yaklaşım olup, bir problem çözüme yaklaşımıdır (Ulupınar 1997, Yurttaş ve Yetkin 2003, Bahar 2006, Öztürk ve Muslu 2007, Erenler 2007).

Şekil 5: Hemşirelik Sürecinin Bilimsel Yöntem ve Problem Çözme Yöntemi ile Benzerlikleri

Hemşirelik Süreci	Bilimsel Yöntem	Problem Çözme Yöntemi
-Birey gereksinimlerinden problemi tanımlar. Veri toplar değerlendirme yapar. -Veriyi analiz ettikten sonra hemşirelik tanısını koyar. - Bakımı planlar; amaçları belirler, hemşirelik girişimlerini geliştirir, bakımı uygulamaya koyar, -Süreci değerlendirir. Gerekli değişiklikleri yapar.	-Problemi tanımlar -Gözlem veya literatürden bilgi toplar -Çözüm geliştirir.	-Olay ya da olgudaki bilgiyi toplar. -Veriyi analiz eder ve problemi belirler. -Bir eylem/aktivite süreci planlar ve uygular. -Planı ve sonucu değerlendirir.

Kaynak: Altıntoprak A.(2004). Hacettepe Üniversitesi Hastanelerindeki Hemşirelerin Problem Çözme Konusunda Kendilerini Algılamaları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. S.Abaan).

Hemşirelik sürecinin temel amacı hemşirenin, bireyin bakımının bilimsel bütüncü ve yaratıcı şekilde yapmasına yardım etmektir. Bu sürecin yararları aşağıda sıralanmıştır.

- Hemşireye çok yönlü eleştirel düşünme alışkanlığı kazandırır,
- Kurumsal bilgiyi uygulama olanağı sağlar,
- Bakımda öncelikleri belirlemeyi sağlar, hastalar için bireyselleşmiş bakım alma olanağı sağlar,
- Araştırmalar için yazılı kaynak oluşturur, yasal dayanak sağlar,
- Planlı, amaca yönelik çalışmayı sağlar ve iş gücü, zaman kaybını önler,
- Mesleğe bilimsel ve profesyonel bir kimlik kazandırır (Karadokavan ve Yeşilbalkan 2004, Bahar 2006).

Hemşirelikte problem çözmede, problem farkedildiğinde problem çözme stratejilerinden ve adımlarından yararlanır. Problem çözmede, problemle başa çıkabilme önemlidir (Özürüz Yıldırım 2010). Problem çözme süreci hastaların karmaşık gereksinimlerini karşılamada hemşirelere yol gösteren bir araçtır (Huber 2000).

Problem çözme becerisi mesleki uygulamalar için gerekli olan eleştirel düşünme ile bağlantılıdır.(Roberts, Fitzpatric ve While 1993). Veri toplama ile başlayan problemin çözümü her zaman çok açık olmayabilir. Böyle bir durumda veri ya da çözümlerin alternatiflerini belirlemede doğru karar ve çözümlere ulaşmada eleştirel düşünme hemşirenin en güçlü silahıdır (Oerman, Truesdell and Ziolkowski 2000).

Hemşirelerin eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerini geliştirmeleri, mesleğin, bilime inanan bilimsel gerçekleri araştırıp uygulayan ve uygulamaların kanıta dayalı olarak gerçekleştiren bir disiplin olmasında oldukça büyük bir öneme sahiptir (Kataoka-Yahiro and Saylor 1994, Kaya 1997, Dil Coşkun 2001, Martin 2002, Öztürk 2006, Bulut, Ertem ve Sevil 2009).

Hemşireler kriz durumlarında içinde buldukları koşullara göre hemen ve doğru karar verebilmelidir. Problem çözme ve eleştirel düşünme becerileri güvenli ve yeterli bakım için gerekli tüm hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturmaktadır. Bu becerilerin çoğu hemşirelik süreci modeli uygulaması ile öğretilir (Burns ve ark.2010).

İstenir düzeyde hemşirelik bakımı, yalnızca iyi bilgiler ile donatılmış hemşireler tarafından değil, kendi problemlerini çözebilmiş, öz güven kazanmış, kendilerini değerli hisseden hemşireler tarafından gerçekleştirilebilir. Problemi tanıma ve çözme iş doyumunu artırır. Düşük iş doyumunu, personel devri, işe devamsızlık, örgütsel bağlılık, işe geç kalma, işi yavaşlatma ve olumsuz duygular gibi örgütsel çıktılar ile ilişkilidir (Öztürk 2006).

Hemşirelerin problem çözme becerilerini nasıl değerlendirdikleri, bu becerilerin nasıl geliştirilmesi açısından önemlidir. Eleştirel düşünmede belirleyici olarak karşımıza çıkan problem çözme ile ilişkili öz değerlendirmelerinin bilinmesi ayrıca hemşirelerin liderlik rollerinin geliştirilmesine de olanak sağlayacaktır (Abaan ve Altıntoprak 2005).

Eleştirel düşünme; soru sorma, anlama ve araştırma teknikleri kullanılarak, öz değerlendirme yapma, sorumluluk verme, rol model olma ile geliştirilebilir, Makaleler ile diyaloga dayalı grup çalışmaları yapılabilir ve klüpler oluşturulabilir, (Profetto-McGrath 2005).

Yönetici hemşirelerin haftalık bültenler hazırlaması, liderlik, yönetim ve kanıta dayalı alıştırmalar ile ilgili makaleler okumaları önerilmektedir. Haftada rutin olarak en az bir kez bülten hazırlamanın eleştirel düşünceleri geliştirebildiği ispatlanmıştır. Kritik problemler ve karmaşık durumlar hakkında yazmak, karar vermede gereklidir. Yazma sürecinde teori ve alıştırma arasında bağlantılar yapılır. Örnek davranışlar ayırt edilir ve uygulamalarda değişiklik doğurabilir (Profetto -McGrath 2005).

Literatürde eleştirel düşünmeyi artırmak için hemşirelik öğrencilerinde simülasyon eğitimine önem verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Hem öğrenme hemde araştırma yöntemi aracı olarak, kavram haritaları kullanılabilir, bir öğrencinin belirli bir konu üzerinde mevcut bilgi ile görsel bir izlenim yaratması sağlanarak öğrenme kolaylaştırılabilir (Banning 2006).

Amerikan Hemşireler Koleji Derneği eleştirel düşünmenin akıl yürütme, sezgi, uygulama, analiz, sentez, yorumlama, çıkarsama, tüme varım, sorgulama ve yaratıcılığı içerdiğini belirtmiştir. Konu ile ilgili eğitimlerin ve etik deneyimlerin aşağıdaki şekilde aktarılması gerektiği önerilmektedir ve problem çözme ile ilgisini belirtmektedir: (Benner, Sutphen and Hughes 2008).

- Uygun etik tabanlı hemşirelik modelleri ve teorileri kullanın.
- Uygulamalarınızın temeli için hemşirelik ve bilimle ilgili bilgileri temel alan araştırmalar yapın, girişimlerinizi kanıta dayandırın.
- Klinik muhakeme ve karar verme becerilerini kullanın.
- Profesyonel uygulamalarınızda yansıtıcı ve işbirlikçi diyaloglar kullanın.
- Problem çözümede yaratıcılığı kullanın.

Eleştirel düşünme yönetici hemşirelerin de temel becerisi olmalıdır. Çünkü hemşire liderler ekiplerinde çalışan hemşirelerin eleştirel düşünme konusundaki becerilerini geliştirmelerine olanak sağlamalıdır (Giot 2000, Kawashima and Petrini, 2004, Banning 2006).

Örgütsel hedeflerden olan hasta memnuniyeti için yönetici hemşire önemli bir rol oynar, fırsatlar ve tehditler gözden kaçırılmaya başlandığı anda örgütte problemler artmaya başlar. Yönetici hemşire günlük iş yaşamında karar verme ve problem çözme ile karşı karşıya kalabilir bunun için de eleştirel düşünmenin güçlü bir etkisi olacağından eleştirel

düşünme becerilerinin (tümevarım, analiz etme, değerlendirme, çıkarsama, akıl yürütme) gelişmiş olması gerekir (Zori and Moisson 1998).

Yönetici hemşireler hasta bakımı ile ilgili standartları uygulamaktan sorumludurlar Buna göre kaliteli bakımın sunumunda kilit kişilerdir Bu bakış açısı ile yönetici hemşirelerin, bilimsel problem çözme yetenekleri ile problem çözme becerisini geliştirmesi ve yaratıcılığın kullanılması gerekir (Taylor 2000).

Çalışanları etkileyebilen bir lider olabilmek için eleştirel düşünme önemlidir. Yönetici hemşireler iş tatmini, kuruma bağlılık ve çalışanın gelişimin artırılması için uygun ortam oluşturmalı ve eleştirel düşünme kullanımını artıracak stratejiler geliştirmelidirler (Zori , Nosek and Musil 2010).

Yönetici hemşireler; hemşirelik alanında çok gerekli olan yenilikleri gerçekleştirebilecekleri stratejik bir konumdadır. Daha etkin ve profesyonel yönetici olmanın en önemli özelliği problem çözme becerisidir. Problem çözme becerisi sayesinde astlarının gereksinimlerini belirleyerek doğru hedefe, etkili biçimde yönlendirebilir. Ancak birçok yönetici hemşire yetersiz yönetici rolü taşımaktadır (Zori and Moisson 1998).

21. yüzyılda hemşirelerin, artık sadece söylenenleri yapan değil, eleştirel düşünme ve karar verme becerilerini kullanarak sorumluluk alan kişiler olmaları gerekmektedir. İşlevsiz bir düşünme sistemi sadece zaman ve enerji kaybına neden olmaz, aynı zamanda hem birey hem de bireyin bulunduğu ortam açısından engellenmişlik duygusu yaratır. Bu nedenle eleştirel düşünme modeline sahip hemşirelerin yetiştirilmesi için, eğitim sırasında alınan dersler hem içerik olarak yeniden düzenlenmeli, hem de ilgili oldukları disipline yönelik problem çözme ve eleştirel düşünme uygulamalarından oluşmalıdır. Çünkü ancak bu tür bir eğitim sonucunda, soyutlama ve akıl yürütme becerisine sahip, sistemli düşünebilen, ölçüm ve karşılaştırma yapabilen, iletişim ve işbirliği becerisi yüksek

hemşireler yetiştirilebilir. Ayrıca hasta bakımında, hemşirelerin edindiği bu bilgileri kullanmaları ve eleştirel düşünme yetilerini geliştirmeleri için desteklenmeleri gerekir (Ugan, Taşçı ve Ovayolu 2008).

Eleştirel düşünme, problem çözmede, gerçekçi düşünmede ve akıl yürütmede elzem olan bir düşünme biçimidir (Vaughan, Beth, O'Sullivan ve Smith 1997, Boychuk Ducscher 1999). Eleştirel düşünme hemşirelerin karar verme sürecini etkiler (Mundy ve Denham 2008, Hwan ve ark. 2010). Eleştirel düşünme, hemşirelere olayları sorgulama ve hasta hakkında karar verme fırsatı sunar. Böylece bağımsız şekilde ilerlemeyi ve gelişmeyi sağlayan kararlar alınarak hastanın gereksinimleri saptanmış, ihtiyaçlarını karşılamaya yardım edecek en uygun girişimler belirlenmiş ve problem çözme yolunda adım atılmış olur (Nicoteri 1998, Girot 2000, Oerman, Truesdell and Ziolkowski 2000, Simpson ve Courtney 2002).

Bu bilgilerden yola çıkılarak bu çalışma;

- Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeylerini belirlemek,
- Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek,
- Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin problem çözme becerilerinde kendi özealgılarını belirlemek,
- Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin problem çözme becerilerinde kendi özealgılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeylerini ve problem çözme becerilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; Acıbadem Sağlık Grubuna bağlı toplam 10 hastanede (Acıbadem Kadıköy, Acıbadem Kozyatağı, Acıbadem Bakırköy, International Hospital, Acıbadem Maslak, Acıbadem Fulya, Acıbadem Kocaeli, Acıbadem Bursa, Acıbadem Adana, Acıbadem Kayseri) Hastanelerinde çalışan yönetici hemşirelerde ve hemşirelerde ilgili kurumların Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğünden kurum izni, Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulu (ATADEK)'den etik kurul izni (Ek.2) alınarak Eylül- Ekim 2010 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Acıbadem Sağlık Grubunda çalışan 120 yönetici hemşire ve 1550 hemşire oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmadan evrenin tamamı araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı tarihte doğum izninde olan, raporlu olan ve yıllık izinde olanlar çalışmaya katılamamıştır, soruların tamamı yanıtlanmayan anketler çalışma dışında bırakılmıştır, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 109 yönetici hemşire ve 1314 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmaya katılım oranı % 86,7'dir.

5.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları 4 bölümden oluşmaktadır. (Ek-1)

1. **Bilgi Formu (Yönetici hemşireler için)**
2. **Bilgi Formu (Hemşireler için)**
3. **California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ)**
4. **Problem Çözme Envanteri (PÇE)**

5.4.1. Bilgi Formu (Yönetici hemşireler için) : Bilgi formu, yönetici hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma süresi, yönetici olarak çalışma süresi, sorumlu olduğu birim, yönetici olarak çalışmaktan duyulan memnuniyet, iş tatmini, ekip ve yönetici ile uyum, motive eden faktörler, kendilerini en iyi tanımlayan ifade, zaman ayrılan etkinlikler, problem çözme ve eleştirel düşünme ile ilgili eğitim alma durumu, problem çözmede destek alınan kişiler ile ilgili toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

5.4. 2. Bilgi Formu (Hemşireler için): Bilgi formu, hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma süresi, çalıştığı birim, çalışma şekli, çalıştıkları birimden duyulan memnuniyet, ekip ve yönetici ile uyum, motive eden faktörler, kendilerini en iyi tanımlayan ifade, zaman ayrılan etkinlikler, problem çözme ve eleştirel düşünme ile ilgili eğitim alma durumu, problem çözmede destek alınan kişiler ile ilgili toplam 16 sorudan oluşmaktadır.

5.4.3. California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği

Araştırmada yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyini belirlemek amacıyla Facione P.A., Facione N.C., ve Giancarlo tarafından 1998 yılında geliştirilen California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği kullanılmıştır.

Türkçeye geçerlilik güvenirlilik çalışması Doğan Kökdemir (2003) tarafından yapılmış olan ölçek toplam 51 maddeden ve doğruyu arama, açık fikirlilik, analitiklik, sistematiklik, kendine güven ve meraklılık olmak üzere 6 alt ölçekten oluşmaktadır.

1. Doğruyu Arama Alt Ölçeği: Bu alt ölçek, alternatifleri ya da birbirinden farklı düşünceleri değerlendirme eğilimini ölçmektedir. Bu alt ölçekten yüksek puan alma kişinin gerçeği arama eğiliminin, soru sorma becerisinin, kendi düşüncesine ters veriler söz konusu olduğunda bile nesnel davranma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. 7 maddeden (6,11,20,25,27,28,49) oluşmaktadır. Doğruyu arama alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 42'dir.

2. Açık Fikirlilik Alt Ölçeği : Açık fikirlilik, kişinin farklı yaklaşımlara karşı hoşgörüsünü ve kendi hatalarına karşı duyarlı olmasını ifade etmektedir. Açık fikirlilikteki temel mantık bireyin karar verirken sadece kendi düşüncelerine değil karşısandakilerin görüş ve düşüncelerine de dikkat etmesidir. Yüksek puan kişinin bu bakımlardan daha iyi durumda olduğuna işaret eder. 12 maddeden (5,7,15,18,22,33,36,41,43,45,47,50) oluşmaktadır. Açık fikirlilik alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 72'dir.

3. Analitiklik Alt Ölçeği : Analitiklik, potansiyel olarak sorun çıkabilecek durumlara karşı dikkatli olma ve zor problemler karşısında bile akıl yürütme ve nesnel kanıt kullanma eğilimini ifade eder. Yüksek puanlar bu eğilimin de yüksek olduğunu göstermektedir. 10 maddeden (2,3,12,13,16,17,24,26,37,40) oluşmaktadır. Analitiklik alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan ise 60'dır.

4. Sistematiiklik Alt Ölçeği : Sistematiiklik, örgütlü, planlı ve dikkatli araştırma eğilimidir. Kaotik bir akıl yürütme davranışı yerine bilgiye dayalı ve belirli bir prosedür izleyen bir karar verme stratejisi kullanma eğilimi demektir. Yüksek puanlar daha sistematiik, dikkatli ve örgütlü düşünme eğilimini göstermektedir. 6 maddeden (4,9,10,19, 21,23) oluşmaktadır. Sistematiiklik alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 36'dır.

5. Kendine Güven Alt Ölçeği : Kendine güven, kişinin kendi akıl yürütme süreçlerine duyduğu güveni yansıtır. Yüksek puanlar bu güvenin yüksek olduğuna işaret eder. Bu alt ölçek toplam 7 maddeden (14,29,35,39,44,48,51) oluşmaktadır. Kendine güven alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 42'dir.

6. Meraklılık Alt Ölçeği: Meraklılık ya da entelektüel meraklılık, herhangi bir kazanç ya da çıkar beklentisi olmaksızın kişinin bilgi edinme ve yeni şeyler öğrenme eğilimini yansıtmaktadır. Yüksek puanlar bu eğilimin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Meraklılık alt ölçeği 9 maddeden (1,8,30,31,32,34,38,42,46) oluşmaktadır. Meraklılık alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan ise 54'dür.

Toplam 6 alt ölçek ve 51 maddeden oluşan ölçeğin Cronbach Alfa değeri Kökdemir tarafından 0.88 olarak bulunmuştur. Dirimeşe ve Şenturan tarafından yapılan çalışmalarda Cronbach Alfa değeri 0.87 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda Cronbach Alpha katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur. Ölçek 6'lı likert tipi bir ölçektir. Her bir madde 1 ve 6 arasında ("Hiç katılmıyorum" 1 puan, "katılmıyorum" 2 puan, "kısmen katılıyorum" 3 puan, "kısmen katılmıyorum" 4 puan, "katılıyorum" 5 puan, "tamamen katılıyorum" 6 puan) değerlendirilmektedir. Ölçekteki 05, 06, 09, 11, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 33, 36, 41, 43, 45, 47, 49, 50 numaralı maddeler ters çevrilerek puanlanmaktadır. 240 puandan az alan kişilerin genel eleştirel düşünme eğilimleri "düşük", 240-300 puan alanların "orta", 300 puandan yüksek alanların eleştirel düşünme eğilimleri "yüksek" olarak değerlendirilmektedir (Kökdemir 2003).

5.4.4. Problem Çözme Envanteri

Problem çözme envanteri, Heppner ve Peterson tarafından 1982 yılında geliştirilmiş olup, ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Taylan(1990) tarafından yapılmıştır. Kişilerin problem çözme becerilerinde kendi öz algılarını değerlendiren bir araçtır. Ölçek 6 puanlı likert tipinde 35 maddeden oluşmaktadır. "1" tamamen katılmayı, "6" ise tamamen katılmamayı göstermektedir. Maddeler problem çözme ile ilgili olumlu ve

olumsuz yargılardan oluşmakta ve gelişigüzel sıralanmaktadır. Puanlamada olumsuz maddeler tersine çevrilmektedir. (1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30, 34 maddeler). Bazı maddeler ise puanlama dışı tutulmaktadır (9, 22, 29. maddeler). Düşük puan (en düşük puan 32), sorun çözmede etkililiği ve başarılı problem çözme ile ilgili davranış ve tutumları, yüksek puan ise (en yüksek puan 192) sorunlar karşısında etkili çözümler bulamamayı göstermektedir. Problem çözme envanterinin Cronbach alfa değerini Bahar (2006) 0.80, Erenler (2007) 0.72; Kaya (2005) 0,75 olarak bulmuştur. Araştırmamızda Cronbach Alpha katsayısı 0,77 olarak bulunmuştur.

Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır:

1. Problem çözme güveni (PÇG): Kişinin yeni problemleri çözme yeteneğine olan inancını ifade eder, 11 maddeden (5,10, 11, 12, 19, 23, 24, 27, 33, 34, 35) oluşmaktadır.

2. Yaklaşma – kaçınma (YK): Gelecekte başvurmak için ilk problem çözme çabalarını yeniden gözden geçirmek ve değişik alternatif çözümler için aktif bir biçimde araştırma yapmayı ifade eder. 16 maddeden (1, 2, 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 30, 31) oluşmaktadır.

3. Kişisel kontrol (KK): Sorunlu durumlarda kişilerin kontrolünü sürdürme yeteneğini ifade eder. 5 maddeden (3, 14, 25, 26, 32) oluşmaktadır (Erenler 2007; Bahar 2006; Kaya 2005).

5. 5. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından, her hastanenin sorumlu hemşire ve klinik eğitim hemşiresi toplantılarında, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra, çalışan sayısına göre hastane eğitim ve gelişim hemşireleri, bölüm sorumlu hemşireleri ve klinik eğitim hemşirelerine kapalı zarf içinde, ilgili yönerge ile birlikte teslim edilerek araştırmaya alınacak kişilere ulaşması sağlanmıştır. Anket ve ölçeklerin uygulanma süresi 45–60 dakikadır.

5.6.Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15,0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken yüzdeler, ortalama, ilişkisiz grup t-testi, oneway Anova (tek yönlü varyans analizi) ve scheffe testi, pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95' lik güven aralığında, anlamlılık düzeyi $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

6. BULGULAR

Araştırma; Eylül - Ekim 2010 tarihleri arasında Acıbadem Sağlık Grubuna bağlı toplam 10 hastanede (Acıbadem Kadıköy, Acıbadem Kozyatağı, Acıbadem Bakırköy, İnternational Hospital, Acıbadem Maslak, Acıbadem Fulya, Acıbadem Kocaeli, Acıbadem Bursa, Acıbadem Adana, Acıbadem Kayseri) Hastanelerinde çalışan 109 yönetici hemşire ve 1314 hemşire üzerinde yapıldı.

Çalışma bulguları;

6.1. Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri,

6.2. Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin mesleki özellikleri,

6.3. Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile tanıtıcı ve mesleki özelliklerinin karşılaştırılması,

6.4. Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin PÇE genel ve alt boyut puanları ile tanıtıcı ve mesleki özelliklerinin karşılaştırılması

6.5. Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ile PÇE genel ve alt boyutları puanlarına ait korelasyon sonuçları başlıkları altında verilmiştir.

6.1. YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN VE HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 1. Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Özellikler		Yönetici Hemşire		Hemşire	
		n	%	n	%
Yaş Grubu	18-22 yaş	-	-	393	29,9
	23-27 yaş	16	14,6	520	39,5
	28-32 yaş	52	47,8	280	21,5
	33 yaş ve üstü	41	37,6	121	9,1
Medeni Durum	Evli	66	60,6	438	33,3
	Bekar	43	39,4	876	66,7
Eğitim Durumu	SML	40	36,8	735	55,9
	Ön Lisans	14	12,8	142	10,8
	Lisans	55	50,4	412	31,4
	Yüksek Lisans	-	-	25	1,9

Yaş grupları incelendiğinde yönetici hemşirelerde 18-22 yaş arasında yönetici hemşire bulunmamaktadır. % 14,6'sı (n=16) 23-27 yaş grubunda, % 47,8'i (n=52) 28-32 yaş grubunda, % 37,6'sının (n=41) 33 yaş ve üstü grubunda olduğu, hemşirelerin % 29,9'nun (n=393) 18-22 yaş grubunda, % 39,5'nin (n=520) 23-27 yaş grubunda, % 21,5'i (n= 280) 28-32 yaş grubunda, % 9,1'nin (n=121) 33 yaş ve üstü grubunda olduğu görülmüştür.

Medeni durumları incelendiğinde; yönetici hemşirelerin % 60,6'sı (n=66) evli, % 39,4'ü (n=43) bekâr, hemşirelerin ise % 33,3'ü (n=438) evli, % 66,7'si (n=876) bekâr olduğu görülmüştür.

Eğitim durumları incelendiğinde; yönetici hemşirelerin % 36,8'si (n=40) SML, % 12,8'i (n=14) ön lisans, % 50,4'ü (n=55) lisans mezunu olduğu, hemşirelerin %55,9'u (n=735) SML, % 10,8'i (n=142) ön lisans, % 31,4'ü (n=412) lisans mezunu, % 1,9'u da (n=25) yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür.

6.2. YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN VE HEMŞİRELERİN MESLEKİ ÖZELLİKLERİ

Tablo 2: Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler		Yönetici Hemşire		Hemşire	
		n	%	n	%
Çalışma Süresi	1 yıldan az	-	-	200	15,2
	1-3 Yıl	-	-	462	35,2
	4-6 Yıl	30	27,5	317	24,0
	7-9 Yıl	22	20,2	117	8,9
	10 Yıl ve Üzeri	57	52,3	218	16,7
Yönetici Olarak Çalışma Süresi	1 yıldan az	24	22,0	-	-
	1-3 Yıl	41	37,6	-	-
	4-6 Yıl	25	22,9	-	-
	7-9 Yıl	19	17,5	-	-
Çalışılan Birim	Yoğun Bakım	25	22,9	253	19,3
	Acil Servis	10	9,2	157	11,9
	Ameliyathane	9	8,3	141	10,7
	Yatan Hasta Katı	47	43	522	39,7
	Poliklinik	9	8,3	177	13,5
	MSÜ	9	8,3	35	2,7
	Özel Dal	-	-	29	2,2
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	109	100	459	34,9
	Sürekli Gece	-	-	52	4,0
	Vardiya	-	-	803	61,1

Meslekteki çalışma süreleri incelendiğinde; yönetici hemşirelerin % 27, 5'i (n=30) 4-6 yıl arasında, % 20, 2'si (n=22) 7-9 yıl arasında, % 52, 3'ü (n=57) ise 10 yıl ve üstünde çalıştığı, 1 yıldan az ve 1-3 yıl arasında çalışan yönetici hemşire bulunmamaktadır. Hemşirelerin % 15,2'si (n=200) 1 yıldan az , % 35,2'si (n=462) 1-3 yıl arasında, % 24'ü (n=316) 4-6 yıl arasında, % 8,9'u (n=117) 7-9 yıl arasında, % 16,7'si (n=219) ise 10 yıl ve üzeri bir sürede çalıştığı görülmüştür.

Yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışma süreleri incelendiğinde; % 22'si (n=24) 1 yıldan az, % 37,6'sı (n=41) 1–3 yıl arasında, % 22,9'u (n=25) 4–6 yıl arasında, % 17,5'i (n=19) 7–9 yıl arasında yönetici olarak çalıştığı görülmüştür.

Çalıştıkları birim incelendiğinde; yönetici hemşirelerin % 22,9'u (n=25) yoğun bakımda, % 9,2'si (n=10) acil serviste, % 8,3'ü (n=9) ameliyathanede, % 43'ü (n= 47) yatan hasta katında, % 8,3'ü (n=9) poliklinikte, % 8,3'ü (n=9) MSÜ' de yönetici hemşire olarak çalıştığı, hemşirelerin % 19,3'ü (n=253) yoğun bakımda, % 11,9'u (n=157) acil serviste, % 10,7'si (n=141) ameliyathanede, % 39,7'si (n=522) yatan hasta katında, % 13,5 (n=177) poliklinikte, % 2,7'si (n=35) MSÜ' de, % 2,2'si (n=29) özel dal hemşiresi olarak çalıştığı görülmüştür.

Çalışma şekilleri incelendiğinde yönetici hemşirelerin % 100'ü (n=109) gündüz çalışmaktadır. Hemşirelerin ise % 34,9'u (n=459) sürekli gündüz, % 4'ü (n=52) sürekli gece, % 61, 1'inin (n=803) ise vardiya şeklinde çalıştığı görülmüştür.

Tablo 3: Yönetici Hemşirelerin Yönetici Olarak Çalışmaktan Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Memnuniyet Durumu	n	%
Evet Memnunum	89	81,7
Kısmen Memnunum	19	17,4
Hayır Memnun Değilim	1	0,9
Toplam	109	100

Yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışmaktan memnun olma durumu incelendiğinde; % 81,7'sinin (n=89) yönetici hemşire olarak çalışmaktan memnun olduğu, % 17,4'ünün (n=19) kısmen memnun olduğu, % 0,9'unun ise (n=1) memnun olmadığı görülmüştür.

Tablo 4: Hemşirelerin Çalıştıkları Birimden Memnuniyet Durumlarına Göre Dağılımı

Memnuniyet Durumu	n	%
Evet Memnunum	866	65,8
Kısmen Memnunum	385	29,3
Hayır Memnun Değilim	63	4,9
Toplam	1314	100

Hemşirelerin çalıştıkları birimden memnuniyet durumu incelendiğinde, % 65,8'inin (n=866) çalıştığı birimden memnun olduğu, % 29,3'ünün (n=385) kısmen memnun olduğu, % 4,9'unun ise (n=63) memnun olmadığı görülmüştür.

Tablo 5: Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Çalıştığı İşin Kendisini Tatmin Etme Durumuna Göre Dağılımı

İşinden Tatmin Olma Durumu	Yönetici Hemşire		Hemşire	
	n	%	n	%
Çok Az	-	-	57	4,3
Az	-	-	76	5,8
Orta	79	72,5	845	64,3
Çok Fazla	30	27,5	336	25,6
Toplam	109	100	1314	100

Yapılan işin tatmin etme durumları incelendiğinde; yönetici hemşirelerin % 72, 5'ni (n=79) orta düzeyde tatmin ettiği, % 27, 5'ini (n=30) ise çok fazla tatmin ettiği görülmüştür. Hemşirelerin % 4,3'ünü (n=57) işin çok az tatmin ettiği, % 5,8'ini (n=76) az tatmin ettiği, % 64,3'ünü (n=845) orta düzeyde tatmin ettiği, % 25,6'sını (n=336) ise çok fazla tatmin ettiği görülmüştür.

Tablo 6. Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Yöneticisi İle Uyum İçinde Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Yönetici İle Uyum İçinde Çalışma Durumu	Yönetici Hemşire		Hemşire	
	n	%	n	%
Evet	84	77,1	983	74,8
Kısmen	24	22,0	301	22,9
Hayır	1	0,9	30	2,3
Toplam	109	100	1314	100

Uyum içinde çalışma durumu incelendiğinde; yönetici hemşirelerin % 77, 1'inin (n=84) yönetici ile uyum içinde çalıştığı, % 22'sinin (n=24) kısmen, % 0, 9'unun (n=1) ise yönetici ile uyum içinde çalışmadığı görülmüştür. Hemşirelerin % 74, 8'inin (n=983) yönetici ile uyum içinde çalıştığı, % 22, 9'unun (n=301) kısmen, % 2, 3'ünün (n=30) ise yönetici ile uyum içinde çalışmadığı görülmüştür.

Tablo 7. Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Çalıştıkları Ekip İle Uyum İçinde Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Ekip İle Uyum İçinde Çalışma Durumu	Yönetici Hemşire		Hemşire	
	n	%	n	%
Evet	94	86,2	939	71,5
Kısmen	15	13,8	355	27,0
Hayır	--	--	20	1,5
Toplam	109	100	1314	100

Ekip ile uyum içinde çalışma durumu incelendiğinde; yönetici hemşirelerin % 86, 2'sinin (n=94) ekip ile uyumlu çalıştığı, % 13, 8'inin (n=15) kısmen uyum içinde çalıştığı görülmüştür. Araştırmaya katılan tüm yönetici hemşirelerin ekipleri ile uyumsuzluk yaşamadığı görülmüştür. Hemşirelerin % 71,5'i (n=939) ekip ile uyumlu, % 27'si (n=355) kısmen uyumlu olduğu, % 1,5'i (n=20) ise ekip ile uyumlu olmadığı görülmüştür.

Tablo 8. Yönetici Hemşire ve Hemşireleri Motive Eden Faktörlerin Dağılımı

*Motive Eden Faktörler	Yönetici Hemşire				Hemşire			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Çalışma Koşulları	49	45,0	60	55,0	430	32,7	884	67,3
Çalışılan Pozisyon	38	34,9	71	65,1	271	20,6	1043	79,4
Ekip Çalışması	3	2,8	106	97,2	604	46,0	710	54,0
Ücret	29	26,6	80	73,4	363	27,6	951	72,4
Kişisel Gelişim	52	47,7	57	52,3	760	57,8	554	42,2
Hiçbir Şey	--	--	109	100	90	6,8	1224	93,2

**Birden fazla cevap verilmiştir.*

Motive eden faktörlerin dağılımı incelendiğinde; yönetici hemşirelerde; % 47,7 (n=52) kişisel gelişim, % 45 (n=49) çalışma koşulları yer alırken hemşireler için % 57,8 (n=760) kişisel gelişim, % 46 (n=604) ekip çalışması olarak yer aldığı görülmüştür.

Tablo 9. Yönetici Hemşireleri ve Hemşireleri En İyi Tanımlayan İfadelere Göre Dağılımı

*Kendilerini En İyi Tanımlayan İfade	Yönetici Hemşire				Hemşire			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Azimli	54	49,5	55	50,5	785	59,7	529	40,3
Meraklı	24	22,0	85	78,0	660	50,2	654	49,8
Hırslı	18	16,5	91	83,5	483	36,8	831	63,2
Adil	71	65,1	38	34,9	620	47,2	694	52,8
Açık fikirli	42	38,5	67	61,5	571	43,5	743	56,5
Sorgulayan	34	31,2	75	68,8	499	38,0	815	62,0
Dürüst	81	74,3	28	25,7	948	72,1	366	27,9
Araştırmacı	31	28,4	78	71,6	446	38,9	868	66,1
Eleştiriye açık	45	41,3	64	58,7	563	42,8	751	57,2
Pozitif düşünen	51	46,8	58	53,2	652	49,6	662	50,4
Risk alabilen	42	38,5	67	61,5	422	32,1	892	67,9
Sezileri kuvvetli	55	50,5	54	49,5	464	35,3	850	64,7

**Birden fazla cevap verilmiştir.*

Kendilerini en iyi tanımlayan ifadelerin dağılımı incelendiğinde; ilk üç sırada yönetici hemşirelerde % 74,3'ü (n=81) dürüst, % 65,1 (n=71) adil, ve %50,5 (n=55) sezilerinin kuvvetli olarak tanımladıkları, hemşirelerdeki sıralamaya bakıldığında %72,1'i (n=948) dürüst, % 59,7 (n= 785) azimli ve %50,2'si (n=660) meraklı olarak tanımladıkları görülmüştür.

Tablo 10.Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Zaman Ayırdığı Etkinliklere Göre Dağılımı

*Zaman Ayrılan Etkinlikler	Yönetici Hemşire				Hemşire			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sinema	45	41,3	64	58,7	806	61,3	508	38,7
Tiyatro	10	9,2	99	90,8	186	14,2	1128	85,8
Konser	12	11,0	97	89,0	285	21,7	1029	78,3
Spor	25	22,9	84	77,1	360	27,4	954	72,6
Kitap okuma	54	49,5	55	50,5	600	45,7	714	54,3
El işi – el sanatı	10	9,2	99	90,8	125	9,5	1189	90,5
Kurs (dil, resim, enstrüman vb)	11	10,1	98	89,9	156	11,9	1158	88,1
Etkinliklere zaman ayıramama	33	30,3	76	69,7	296	22,5	1018	77,5
Diğer					16	1,2	1298	98,8

**Birden fazla cevap verilmiştir.*

Zaman ayrılan etkinliklerin dağılımı incelendiğinde; yönetici hemşirelerin en çok % 49,5'i (n=54) kitap okuma ve % 41,5'i (n=45) sinemaya vakit ayırırken hemşirelerin ise % 61,3 (n= 806) sinema, % 45,7 (n=600) kitap okumaya vakit ayırmaktadır. Yönetici hemşirelerin % 30,3'ü (n=33) ve hemşirelerin % 22,5'i (n=296) etkinliklere zaman ayırmadığı görülmüştür.

Tablo 11. Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Problem Çözme İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı

Problem Çözme Eğitimi	Yönetici Hemşire		Hemşire	
	n	%	n	%
Evet	61	56,0	447	34,0
Hayır	48	44,0	867	66,0
Toplam	109	100	1314	100

Problem çözme ile ilgili eğitim alma durumu incelendiğinde; yönetici hemşirelerin % 56'sı (n=61) problem çözme ile ilgili eğitim aldığı, % 44'ü (n=48) herhangi bir eğitim almadığı, hemşirelerin % 34'ü (n=447) problem çözme ile ilgili eğitim aldığı, % 66'sının (n=867) eğitim almadığı görülmüştür.

Tablo 12. Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Eleştirel Düşünme İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı

Eleştirel Düşünme Eğitimi	Yönetici Hemşire		Hemşire	
	n	%	n	%
Evet	25	22,9	219	16,7
Hayır	84	77,1	1095	83,3
Toplam	109	100	1314	100

Eleştirel düşünme ile ilgili eğitim alma durumu incelendiğinde; yönetici hemşirelerin % 22,9'u (n=25) eleştirel düşünme ile ilgili eğitim aldığı, % 77,1'i (n=84) eğitim almadığı, hemşirelerin % 16,7'si (n=219) eleştirel düşünme ile ilgili eğitim aldığı % 83,3'ü (n=1095) eğitim almadığı görülmüştür.

Tablo 13. Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Problem Çözme İle İlgili Destek Aldıkları Bireylere Göre Dağılımı

*Problem Çözmede Destek Alma	Yönetici Hemşire				Hemşire			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aile	11	10,1	98	89,9	350	26,6	964	73,4
Üst yönetici	73	67,0	36	33,0	499	38,0	815	62,0
Arkadaşları	18	16,5	91	83,5	428	32,6	886	67,4
Meslektaşları	27	24,8	82	75,2	278	21,2	1036	78,9
Destek almıyor	18	16,5	91	83,5	231	17,6	1083	82,4

**Birden fazla cevap verilmiştir.*

Problem çözme ile ilgili destek alınan bireyler incelendiğinde her iki grupta da üst yöneticiden destek alma yönetici hemşireler için % 67 (n=73), hemşireler için % 38 (n=499) oranı ilk sıradadır. Yönetici hemşirelerin % 16, 5'inin (n=18) ve hemşirelerin % 17, 6'sının (n=231) problem çözmede destek almadığı görülmüştür.

6.3. YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN VE HEMŞİRELERİN CEDEÖ GENEL ve ALT BOYUT PUANLARI İLE TANITICI ve MESLEKİ ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 14. Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Yönetici Hemşire				Hemşire			
	n	$\bar{X} \pm SS.$	Min. Puan	Max. Puan	n	$\bar{X} \pm SS.$	Min. Puan	Max. Puan
Genel Toplam	109	225,28±20,97	180,0	275,0	1314	222,86±21,45	158,0	284,0
Doğruyu Arama		28,65±5,23	8,0	40,0		27,23±4,95	9,0	42,0
Açık Fikirlilik		51,92±7,54	34,0	71,0		49,39±7,67	22,0	71,0
Analitiklik		51,94±6,00	30,0	58,0		47,92±6,20	15,0	60,0
Sistematiklik		22,85±3,22	20,0	36,0		27,19±3,99	14,0	36,0
Kendine Güven		29,78±4,41	20,0	38,0		29,05±4,97	9,0	42,0
Meraklılık		40,77±5,59	24,0	53,0		42,06±6,12	35,0	54,0

Eleştirel düşünme eğilimi genel puanları incelendiğinde; yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimi puanı (225,28±20,97) dır. Hemşirelerin (222,86±21,45) olarak bulunmuştur. Yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puan ortalamaları hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksektir. Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin düşük olduğu görülmüştür.

Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, hemşirelerin sistematiklik ve meraklılık alt boyut puan ortalamalarının yönetici hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 15. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Yaş Grubu	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	23-27 yaş	16	233,27±20,43	G.Arası	4242,2	2	2121,1	5,198	,007*
	28-32 yaş	52	218,85±20,62	G.İçi	43255,9	106	408,0		
	33 yaş ve üstü	41	230,35±19,56	Toplam	47498,1	108			
	Toplam	109	225,23±20,97						
Doğruyu Arama Boyutu	23-27 yaş	16	29,68±4,90	G.Arası	50,7	2	25,3	,940	,394
	28-32 yaş	52	27,90±5,51	G.İçi	2861,0	106	26,9		
	33 yaş ve üstü	41	29,03±4,75	Toplam	2911,8	108			
	Toplam	109	28,66±5,12						
Açık Fikirlilik Boyutu	23-27 yaş	16	52,31±8,64	G.Arası	33,9	2	16,9	,295	,745
	28-32 yaş	52	51,32±7,42	G.İçi	6111,4	106	57,6		
	33 yaş ve üstü	41	52,54±7,33	Toplam	6145,4	108			
	Toplam	109	51,93±7,56						
Analitiklik Boyutu	23-27 yaş	16	48,66±4,57	G.Arası	141,9	2	70,9	2,394	,096
	28-32 yaş	52	45,64±6,00	G.İçi	3143,3	106	29,6		
	33 yaş ve üstü	41	47,44±4,90	Toplam	3285,2	108			
	Toplam	109	46,73±5,54						
Sistematiklik Boyutu	23-27 yaş	16	27,77±2,52	G.Arası	78,8	2	39,4	2,951	,057
	28-32 yaş	52	26,56±4,01	G.İçi	1415,4	106	13,3		
	33 yaş ve üstü	41	28,30±3,43	Toplam	1494,2	108			
	Toplam	109	27,41±3,72						
Kendine Güven Boyutu	23-27 yaş	16	31,32±1,94	G.Arası	98,1	2	49,0	2,592	,080
	28-32 yaş	52	28,85±4,42	G.İçi	2007,9	106	18,9		
	33 yaş ve üstü	41	30,34±4,81	Toplam	2106,1	108			
	Toplam	109	29,70±4,46						
Meraklılık Boyutu	23-27 yaş	16	43,57±3,57	G.Arası	519,7	2	259,8	9,621	,000*
	28-32 yaş	52	38,56±5,56	G.İçi	2863,0	106	27,0		
	33 yaş ve üstü	41	42,54±5,22	Toplam	3382,7	108			
	Toplam	109	40,73±5,50						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin “yaş” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla “tek yönlü varyans analizi” tekniği uygulandı. Yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ve meraklılık alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

CEDEÖ genel puanı ve meraklılık alt boyut puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre 23-27 yaş grubunda olan yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puanları ve meraklılık alt boyut puanları yaşları 28-32 yaş arasında olan yönetici hemşirelerin puanlarından daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 16. Hemşirelerin CEDEÖ ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Değişkenler	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	18-22 yaş	393	219,87±21,75	G.Arası	5910,3	3	1970,1	4,312	,005*
	23-27 yaş	520	223,65±21,62	G.İçi	598509,5	1310	456,8		
	28-32 yaş	280	224,03±20,47	Toplam	604419,9	1313			
	33 yaş ve üstü	121	226,49±20,89						
	Toplam	1314	222,82±21,40						
Doğruyu Arama	18-22 yaş	393	26,91±4,83	G.Arası	44,6	3	14,8	,606	,611
	23-27 yaş	520	27,25±5,05	G.İçi	32204,4	1310	24,5		
	28-32 yaş	280	27,33±4,86	Toplam	32249,1	1313			
	33 yaş ve üstü	121	27,68±4,98						
	Toplam	1314	27,20±4,92						
Açık Fikirlilik	18-22 yaş	393	48,12±7,81	G.Arası	1381,3	3	460,4	7,944	,000*
	23-27 yaş	520	49,66±7,79	G.İçi	75935,5	1310	57,9		
	28-32 yaş	280	49,68±7,20	Toplam	77316,9	1313			
	33 yaş ve üstü	121	51,94±7,12						
	Toplam	1314	49,93±7,63						
Analitiklik	18-22 yaş	393	47,53±6,45	G.Arası	79,2	3	26,4	,685	,561
	23-27 yaş	520	47,97±6,07	G.İçi	50531,9	1310	38,5		
	28-32 yaş	280	48,29±6,22	Toplam	50611,1	1313			
	33 yaş ve üstü	121	48,11±6,13						
	Toplam	1314	47,90±6,28						
Sistematiklik	18-22 yaş	393	26,63±4,29	G.Arası	286,5	3	95,5	6,053	,000*
	23-27 yaş	520	27,16±3,94	G.İçi	20672,6	1310	15,7		
	28-32 yaş	280	27,81±3,73	Toplam	20959,1	1313			
	33 yaş ve üstü	121	27,63±3,71						
	Toplam	1314	27,17±3,97						
Kendine Güven	18-22 yaş	393	28,68±5,14	G.Arası	119,8	3	39,9	1,613	,184
	23-27 yaş	520	29,33±4,83	G.İçi	49245,7	1310	24,7		
	28-32 yaş	280	29,05±4,86	Toplam	49332,1	1313			
	33 yaş ve üstü	121	29,32±5,23						
	Toplam	1314	29,08±4,97						
Meraklılık	18-22 yaş	393	41,80±6,53	G.Arası	86,3	3	28,7	,766	,513
	23-27 yaş	520	42,33±5,92	G.İçi	49245,7	1310	37,5		
	28-32 yaş	280	42,02±5,91	Toplam	49332,1	1313			
	33 yaş ve üstü	121	41,71±6,07						
	Toplam	1314	42,06±6,18						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının yaş değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi kullanıldı. CEDEÖ genel toplam, “açık fikirlilik” ve “sistematiklik” alt boyut puanları ile hemşirelerin yaş

grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

CEDEÖ genel puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre 18-22 yaş arasında olan hemşirelerin CEDEÖ genel puanları, ve açık fikirlilik alt boyutu yaşları 33 yaş ve üstünde olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür.

Sistematiklik alt boyutu ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre 18-22 yaş arasında olan hemşirelerin CEDEÖ sistematik alt boyut puanları, yaşları 28-32 yaş arasında olan hemşirelerin sistematik alt boyut puanlarından daha düşüktür ($p<.05$).

Tablo 17. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Medeni Durum	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
CEDEÖ	Evli	66	225,08±19,19	-,197	,844
	Bekar	43	225,45±23,86		
Doğruyu Arama	Evli	66	28,76±5,74	-1,119	,266
	Bekar	43	29,47±4,92		
Açık Fikirlilik	Evli	66	51,42±7,56	-,808	,421
	Bekar	43	52,64±7,54		
Analitiklik	Evli	66	52,25±5,10	,671	,504
	Bekar	43	51,41±7,21		
Sistematiklik	Evli	66	23,10±3,08	1,262	,210
	Bekar	43	22,38±3,40		
Kendine Güven	Evli	66	29,74±4,28	-,047	,962
	Bekar	43	29,83±4,66		
Meraklılık	Evli	66	35,58±4,74	-,074	,941
	Bekar	43	35,69±5,76		

*t-testi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin “medeni durum” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı. CEDEÖ genel, ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin medeni durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Ancak evli olan yönetici hemşirelerin sistematiklik alt boyut puanları daha yüksek bulundu. Açıkfikirlilik alt boyut puanlarında ise bekar olanların daha yüksek bulundu.

Tablo 18. Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Değişkenler	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
CEDEÖ Genel Toplam	Evli	438	224,36±20,56	1,556	,120
	Bekar	876	222,32±22,09		
Doğruyu Arama	Evli	438	27,38±5,07	,474	,635
	Bekar	876	27,24±5,17		
Açık Fikirlilik	Evli	438	50,22±7,25	2,761	,006*
	Bekar	876	48,96±7,83		
Analitiklik	Evli	438	53,35±6,71	,699	,485
	Bekar	876	53,05±6,87		
Sistematiklik	Evli	438	23,46±3,91	2,293	,022*
	Bekar	876	23,08±3,45		
Kendine Güven	Evli	438	29,07±5,48	-,137	,891
	Bekar	876	29,16±4,98		
Meraklılık	Evli	438	36,60±5,81	-1,103	,270
	Bekar	876	37,05±5,67		

*t- Testi *P<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “medeni durum” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı.

CEDEÖ genel puanı ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde, “açık fikirlilik” ve “sistematiklik” alt boyutu puanlarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Evli olan hemşirelerin “açık fikirlilik” ve “sistematiklik” alt boyutu puanları, bekar olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 19. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Eğitim Düzeyleri	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	SML	40	223,06±13,96	G.Arası	1141,3	2	570,6	1,293	,279
	Önlisans	14	233,57±33,72	G.İçi	46767,1	106	441,1		
	Lisans	55	225,09±21,24	Toplam	47908,4	108			
	Toplam	109	225,27±20,91						
Doğruyu Arama	SML	40	27,56±4,57	G.Arası	113,1	2	56,5	1,942	,148
	Önlisans	14	30,29±5,09	G.İçi	3087,6	106	29,1		
	Lisans	55	29,10±6,06	Toplam	3200,8	108			
	Toplam	109	28,64±5,14						
Açık Fikirlilik	SML	40	51,52±5,93	G.Arası	19,6	2	9,8	,170	,844
	Önlisans	14	52,87±8,67	G.İçi	6125,7	106	57,7		
	Lisans	55	52,02±8,33	Toplam	6145,4	108			
	Toplam	109	51,98±7,51						
Analitiklik	SML	40	47,52±4,69	G.Arası	63,9	2	31,9	,883	,416
	Önlisans	14	45,27±5,20	G.İçi	3835,7	106	36,1		
	Lisans	55	45,29±5,76	Toplam	3899,6	108			
	Toplam	109	46,73±5,54						
Sistematiklik	SML	40	27,70±3,12	G.Arası	21,1	2	10,5	1,018	,365
	Önlisans	14	27,08±4,46	G.İçi	1100,5	106	10,3		
	Lisans	55	26,64±2,89	Toplam	1121,6	108			
	Toplam	109	27,48±3,78						
Kendine Güven	SML	40	29,53±4,21	G.Arası	59,8	2	29,9	1,551	,217
	Önlisans	14	31,79±5,85	G.İçi	2046,2	106	19,3		
	Lisans	55	29,41±4,03	Toplam	2106,1	108			
	Toplam	109	29,74±4,42						
Meraklılık	SML	40	41,26±4,34	G.Arası	9,1	2	4,5	,170	,844
	Önlisans	14	40,04±6,52	G.İçi	2854,8	106	26,9		
	Lisans	55	40,73±4,65	Toplam	2864,0	108			
	Toplam	109	40,77±5,57						

Tek yönlü varyans analizi p<0.05

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “eğitim durumu” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” tekniği uygulandı. CEDEÖ genel, ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin eğitim durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>.05$). Ancak önlisans mezunu hemşirelerin CEDEÖ genel toplam ve kendine güven alt boyut puan ortalamaları SML ve lisans mezunu hemşirelerden daha yüksektir.

Tablo 20. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Eğitim Düzeyleri	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	SML	735	220,16±21,47	G.Arası	19059,6	3	6019,88	13,32	,000*
	Ön lisans	142	222,74±20,59	G.İçi	591787,5	1310	451,76		
	Lisans	412	227,13±21,31	Toplam	609847,2	1313			
	Lisans Üstü	25	235,85±17,60						
	Toplam	1314	222,88±21,49						
Doğruyu Arama	SML	735	26,83±4,67	G.Arası	608,24	3	202,74	7,91	,000*
	Ön lisans	142	27,09±5,14	G.İçi	33544,5	1310	25,60		
	Lisans	412	28,06±5,28	Toplam	34152,7	1313			
	Lisans Üstü	25	30,21±4,64						
	Toplam	1314	27,20±4,96						
Açık Fikirlilik	SML	735	48,04±7,33	G.Arası	4234,63	3	1411,54	25,26	,000*
	Ön lisans	142	49,75±7,47	G.İçi	73194,40	1310	55,87		
	Lisans	412	51,35±7,79	Toplam	77429,03	1313			
	Lisans Üstü	25	56,31±6,28						
	Toplam	1314	49,3±7,63						
Analitiklik	SML	735	47,76±6,77	G.Arası	65,35	3	21,78	,469	,704
	Ön lisans	142	48,4±5,32	G.İçi	60858,11	1310	46,45		
	Lisans	412	48,07±5,67	Toplam	60923,46	1313			
	Lisans Üstü	25	47,68±3,51						
	Toplam	1314	47,95±6,25						
Sistematiiklik	SML	735	26,86±4,09	G.Arası	221,2	3	73,7	4,660	,003*
	Ön lisans	142	27,38±3,91	G.İçi	20737,8	1310	15,8		
	Lisans	412	27,64±3,78	Toplam	20959,1	1313			
	Lisans Üstü	25	28,84±4,48						
	Toplam	1314	27,11±3,9						
Kendine Güven	SML	735	28,87±5,10	G.Arası	159,14	3	53,04	2,01	,110
	Ön lisans	142	29,06±5,28	G.İçi	34472,48	1310	26,31		
	Lisans	412	29,44±4,55	Toplam	34631,62	1313			
	Lisans Üstü	25	29,79±4,62						
	Toplam	1314	29,02±4,91						
Meraklılık	SML	735	41,80±6,56	G.Arası	358,83	3	119,61	3,71	,011*
	Ön lisans	142	41,25±6,08	G.İçi	42214,25	1310	32,22		
	Lisans	412	42,62±5,49	Toplam	42573,08	1313			
	Lisans Üstü	25	43,17±3,44						
	Toplam	1314	42,09±6,17						

Tek yönlü varyans analizi p<0.05

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “eğitim durumu” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi kullanıldı. CEDEÖ genel toplam, “doğruyu arama” ve “açık fikirlilik” alt boyut puanları ile hemşirelerin eğitim düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

CEDEÖ genel puanı ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$) “Scheffe testi” sonucuna göre yüksek lisans mezunu hemşirelerin puanı lise ve önlisans mezunu hemşirelerin puanından daha yüksektir. Yüksek lisans ile lisans mezunu hemşireler ile lise ve önlisans mezunu hemşireler arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Doğruyu arama, açık fikirlilik, sistematiklik, ve meraklılık alt boyutları ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık bulundu. ($p<0.05$) “Scheffe testi” sonucuna göre yüksek lisans mezunu hemşirelerin puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 21.Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Mesleki Deneyim Sürelerine Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Deneyim Süresi	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	4-6 Yıl	30	222,76±23,55	G.Arası	565,3	2	282,6	,633	,533
	7-9 Yıl	22	227,57±17,28	G.İçi	47343,0	106	446,6		
	10 Yıl ve Üzeri	57	226,59±21,11	Toplam	47908,4	108			
	Toplam	109	225,21±20,96						
Doğruyu Arama	4-6 Yıl	30	28,0±6,85	G.Arası	18,3	2	9,1	,306	,737
	7-9 Yıl	22	28,56±4,57	G.İçi	3182,4	106	30,0		
	10 Yıl ve Üzeri	57	29,19±4,91	Toplam	3200,8	108			
	Toplam	109	28,63±5,13						
Açık Fikirlilik	4-6 Yıl	30	50,12±7,62	G.Arası	193,0	2	96,5	1,719	,184
	7-9 Yıl	22	51,16±6,97	G.İçi	5952,3	106	56,1		
	10 Yıl ve Üzeri	57	53,10±7,60	Toplam	6145,4	108			
	Toplam	109	45,93±7,56						
Analitiklik	4-6 Yıl	30	46,67±4,45	G.Arası	102,8	2	51,4	1,436	,243
	7-9 Yıl	22	45,83±5,93	G.İçi	3796,8	106	35,8		
	10 Yıl ve Üzeri	57	46,36±5,68	Toplam	3899,6	108			
	Toplam	109	46,75±5,50						
Sistematiklik	4-6 Yıl	30	26,23±4,02	G.Arası	15,4	2	7,7	,739	,480
	7-9 Yıl	22	27,29±3,66	G.İçi	1106,2	106	10,4		
	10 Yıl ve Üzeri	57	27,06±3,13	Toplam	2106,1	108			
	Toplam	109	27,43±3,74						
Kendine Güven	4-6 Yıl	30	29,66±3,75	G.Arası	7,5	2	3,8	,196	,823
	7-9 Yıl	22	30,38±4,38	G.İçi	2098,4	106	19,7		
	10 Yıl ve Üzeri	57	29,60±4,80	Toplam	2106,1	108			
	Toplam	109	29,76±4,42						
Meraklılık	4-6 Yıl	30	40,33±5,34	G.Arası	7,5	2	3,7	,139	,870
	7-9 Yıl	22	41,07±5,01	G.İçi	2856,5	106	26,9		
	10 Yıl ve Üzeri	57	40,52±5,66	Toplam	2864,0	108			
	Toplam	109	40,71±5,58						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “mesleki deneyim süresi” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” tekniği uygulandı. CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin meslekte çalışma süreleri değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Çalışma süresi 10 yıl ve üzerinde olan yönetici hemşirelerin doğruyu arama ve açıkfikirlilik puanları daha yüksek bulundu. Ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 22. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Mesleki Deneyim Sürelerine Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Değişkenler	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	1 yıldan az	200	221,31±23,0	G.Arası	4110,2	4	1027,57	2,22	,065
	1-3 Yıl	462	222,42±21,6	G.İçi	605736,9	1309	462,74		
	4-6 Yıl	317	222,41±22,0	Toplam	609847,2	1313			
	7-9 Yıl	117	221,33±21,7						
	10 yıl ve Üzeri	218	226,54±18,8						
	Toplam	1314	222,80±21,5						
Doğruyu Arama	1 yıldan az	200	27,36±4,95	G.Arası	90,88	4	22,72	,873	,479
	1-3 Yıl	462	27,27±5,48	G.İçi	34061,8	1309	26,02		
	4-6 Yıl	317	27,39±4,93	Toplam	34152,7	1313			
	7-9 Yıl	117	26,44±4,79						
	10 yıl ve Üzeri	218	27,41±4,77						
	Toplam	1314	27,26±5,10						
Açık Fikirlilik	1 yıldan az	200	49,58±7,52	G.Arası	559,17	4	139,79	2,38	,050*
	1-3 Yıl	462	49,06±8,45	G.İçi	76869,86	1309	58,72		
	4-6 Yıl	317	48,97±7,07	Toplam	77429,03	1313			
	7-9 Yıl	117	48,96±7,34						
	10 yıl ve Üzeri	218	50,78±6,96						
	Toplam	1314	49,39±7,67						
Analitiklik	1 yıldan az	200	47,93±6,92	G.Arası	87,23	4	21,81	,46	,758
	1-3 Yıl	462	47,72±5,63	G.İçi	60836,22	1309	46,47		
	4-6 Yıl	317	47,81±6,65	Toplam	60923,46	1313			
	7-9 Yıl	117	47,50±7,17						
	10 yıl ve Üzeri	218	48,35±5,31						
	Toplam	1314	47,94±6,23						
Sistematiklik	1 yıldan az	200	22,50±3,33	G.Arası	280,14	4	70,03	5,38	,000*
	1-3 Yıl	462	23,04±3,34	G.İçi	17018,35	1309	13,00		
	4-6 Yıl	317	23,01±3,62	Toplam	17298,50	1313			
	7-9 Yıl	117	23,57±3,28						
	10 yıl ve Üzeri	218	24,02±4,43						
	Toplam	1314	23,16±3,62						
Kendine Güven	1 yıldan az	200	28,34±5,46	G.Arası	147,90	4	36,97	1,40	,231
	1-3 Yıl	462	29,06±4,83	G.İçi	34483,7	1309	26,34		
	4-6 Yıl	317	29,29±5,57	Toplam	34631,6	1313			
	7-9 Yıl	117	29,31±4,92						
	10 yıl ve Üzeri	218	29,36±4,86						
	Toplam	1314	29,08±5,13						
Meraklılık	1 yıldan az	200	41,62±6,71	G.Arası	176,30	4	44,07	1,36	,245
	1-3 Yıl	462	42,31±5,83	G.İçi	42396,77	1309	32,38		
	4-6 Yıl	317	42,02±6,22	Toplam	42573,08	1313			
	7-9 Yıl	117	41,23±6,72						
	10 yıl ve Üzeri	218	42,34±5,54						
	Toplam	1314	42,06±6,15						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “çalışma süresi” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi kullanıldı. CEDEÖ “açık fikirlilik” ve “sistematiklik” alt boyut puanları ile hemşirelerin meslekte çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

Açıkfikirlilik alt boyutu ile çalışma süresi değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre; çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerin açıkfikirlilik alt boyut puanı, çalışma süresi 1–3, 4–6 ve 7–9 yıl arasında olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Sistematiklik alt boyutu ile çalışma süresi değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre; çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerin sistematiklik alt boyut puanları, çalışma süresi 1 yıldan az, 1–3 ve 4–6 yıl arasında olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir. Çalışma süresi 7–9 yıl arasında olan hemşirelerin CEDEÖ sistematiklik alt boyut puanları, çalışma süresi 0–1 yıl arasında olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 23. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yönetici Olarak Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ Genel ve Alt Boyutlar	Yönetici Olarak Çalışma Süresi	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	1 yıldan az	24	225,16±17,56	G.Arası	100,2	3	33,4	,073	,974
	1-3 Yıl	41	224,37±20,69	G.İçi	47808,1	105	455,3		
	4-6 Yıl	25	226,23±21,57	Toplam	47908,4	108			
	7-9 Yıl	19	226,86±26,43						
	Toplam	109	225,28±21,02						
Doğruyu Arama	1 yıldan az	24	27,17±5,48	G.Arası	123,2	3	41,0	1,402	,246
	1-3 Yıl	41	29,08±5,70	G.İçi	3077,5	105	29,3		
	4-6 Yıl	25	28,53±4,74	Toplam	3200,8	108			
	7-9 Yıl	19	30,73±5,32						
	Toplam	109	28,72±5,46						
Açık Fikirlilik	1 yıldan az	24	49,46±7,38	G.Arası	249,5	3	83,1	1,481	,224
	1-3 Yıl	41	51,88±6,60	G.İçi	5895,8	105	56,1		
	4-6 Yıl	25	52,90±8,13	Toplam	6145,4	108			
	7-9 Yıl	19	53,88±8,44						
	Toplam	109	51,96±7,56						
Analitiklik	1 yıldan az	24	53,95±4,18	G.Arası	182,2	3	60,7	1,716	,168
	1-3 Yıl	41	51,84±5,20	G.İçi	3717,4	105	35,4		
	4-6 Yıl	25	51,89±5,42	Toplam	3899,6	108			
	7-9 Yıl	19	49,75±9,21						
	Toplam	109	51,91±6,01						
Sistematiklik	1 yıldan az	24	23,25±2,75	G.Arası	8,1	3	2,7	,256	,857
	1-3 Yıl	41	22,57±3,23	G.İçi	1113,5	105	10,6		
	4-6 Yıl	25	23,09±3,53	Toplam	1121,6	108			
	7-9 Yıl	19	22,60±3,42						
	Toplam	109	22,86±3,27						
Kendine Güven	1 yıldan az	24	29,85±3,70	G.Arası	15,9	3	5,3	,268	,849
	1-3 Yıl	41	29,53±4,36	G.İçi	2090,1	105	19,9		
	4-6 Yıl	25	29,42±4,92	Toplam	2106,1	108			
	7-9 Yıl	19	30,53±4,81						
	Toplam	109	29,7±4,45						
Meraklılık	1 yıldan az	24	36,9±3,37	G.Arası	89,2	3	29,7	1,125	,342
	1-3 Yıl	41	35,0±4,53	G.İçi	2774,8	105	26,4		
	4-6 Yıl	25	36,0±5,12	Toplam	2864,0	108			
	7-9 Yıl	19	34,3±7,6						
	Toplam	109	35,6±5,1						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının yönetici olarak çalıştıkları süre değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” tekniği kullanıldı. CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalıştığı süre değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Yönetici olarak çalışma süresi 7-9 yıl arasında olan hemşirelerin doğruyu arama ve açıkfikirlilik alt boyut puanı daha yüksek bulundu. Ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 24. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Birime Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Değişkenler	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Yoğun Bakım	25	225,7±14,8	G.Arası	3159,6	5	631,9	1,468	,207
	Acil Servis	10	214,1±29,3	G.İçi	44338,5	103	430,4		
	Ameliyathane	9	234,8±16,2	Toplam	47498,1	108			
	Yatan Hasta Katı	47	223,5±23,5						
	Poliklinik	9	235,5±18,9						
	MSÜ	9	224,5±19,1						
	Toplam	109	225,2±20,9						
Doğruyu Arama	Yoğun Bakım	25	28,7±5,1	G.Arası	171,2	5	34,2	1,287	,275
	Acil Servis	10	28,1±5,0	G.İçi	2740,5	103	26,6		
	Ameliyathane	9	27,1±5,9	Toplam	2911,8	108			
	Yatan Hasta Katı	47	28,3±5,5						
	Poliklinik	9	32,5±4,1						
	MSÜ	9	28,0±4,3						
	Toplam	109	28,6±5,1						
Açık Fikirlilik	Yoğun Bakım	25	52,4±8,7	G.Arası	205,6	5	41,1	,713	,615
	Acil Servis	10	49,1±8,1	G.İçi	5939,7	103	57,6		
	Ameliyathane	9	54,7±6,2	Toplam	6145,4	108			
	Yatan Hasta Katı	47	51,4±7,5						
	Poliklinik	9	53,7±6,5						
	MSÜ	9	51,3±6,6						
	Toplam	109	51,9±7,5						
Analitiklik	Yoğun Bakım	25	46,6±4,6	G.Arası	134,1	5	26,8	,877	,499
	Acil Servis	10	44,8±6,9	G.İçi	3151,1	103	30,5		
	Ameliyathane	9	48,7±3,3	Toplam	3285,2	108			
	Yatan Hasta Katı	47	46,0±6,3						
	Poliklinik	9	48,7±4,2						
	MSÜ	9	47,3±5,4						
	Toplam	109	46,7±5,5						
Sistematiklik	Yoğun Bakım	25	28,2±3,1	G.Arası	150,4	5	30,0	2,306	,059
	Acil Servis	10	24,5±3,9	G.İçi	1343,7	103	13,0		
	Ameliyathane	9	29,1±4,2	Toplam	1494,2	108			
	Yatan Hasta Katı	47	27,3±3,8						
	Poliklinik	9	28,3±2,6						
	MSÜ	9	26,6±3,4						
	Toplam	109	27,4±3,7						
Kendine Güven	Yoğun Bakım	25	29,0±3,5	G.Arası	123,4	5	24,6	1,282	,277
	Acil Servis	10	28,7±5,6	G.İçi	1982,7	103	19,2		
	Ameliyathane	9	33,0±2,5	Toplam	2106,1	108			
	Yatan Hasta Katı	47	29,6±4,8						
	Poliklinik	9	30,5±3,5						
	MSÜ	9	29,6±4,7						
	Toplam	109	29,7±4,4						
Meraklılık	Yoğun Bakım	25	40,5±4,6	G.Arası	72,5	5	14,5	,451	,811
	Acil Servis	10	38,9±7,7	G.İçi	3310,1	103	32,1		
	Ameliyathane	9	42,1±4,0	Toplam	3382,7	108			
	Yatan Hasta Katı	47	40,5±5,9						
	Poliklinik	9	41,5±3,9						
	MSÜ	9	41,5±6,2						
	Toplam	109	40,7±5,5						

Tek yönlü varyans analizi p<0.05

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin“çalıştıkları birim” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi kullanıldı. CEDEÖ genel puanı ile yönetici olarak çalışılan birim değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Poliklinik yönetici hemşirelerinin CEDEÖ genel puan ile doğruyu arama alt boyut ortalaması diğer birimlerde çalışan yönetici hemşirelerden daha yüksek bulundu. Ameliyathane yönetici hemşirelerinin açıkfikirlilik, sistematiklik, kendine güven ve meraklılık alt boyut puanları diğer birimlerde çalışan yönetici hemşirelerden daha yüksek bulundu. Ancak istatıksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 25. Hemşirelerin CEDEÖ ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Birim Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Değişkenler	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Yoğun Bakım	253	225,66±19,25	G.Arası	4698,47	6	939,69	1,960	,068
	Acil Servis	157	223,07±21,68	G.İçi	605148,7	1307	462,65		
	Ameliyathane	141	221,33±20,8	Toplam	609847,2	1313			
	Yatan Hasta K.	522	222,32±22,0						
	Poliklinik	177	222,15±21,7						
	MSÜ	35	215,27±22,1						
	Özel Dal	29	228,09±25,1						
	Toplam	1314	222,80±21,4						
Doğruyu Arama	Yoğun Bakım	253	27,47±4,8	G.Arası	230,29	6	46,06	1,77	,115
	Acil Servis	157	26,76±5,2	G.İçi	33922,4	1307	25,93		
	Ameliyathane	141	27,81±4,7	Toplam	34152,7	1313			
	Yatan Hasta K.	522	27,32±4,9						
	Poliklinik	177	27,16±4,9						
	MSÜ	35	25,33±5,2						
	Özel Dal	29	26,25±5,5						
	Toplam	1314	27,26±4,9						
Açık Fikirlilik	Yoğun Bakım	253	50,59±7,0	G.Arası	1316,66	6	263,33	4,52	,000*
	Acil Servis	157	47,78±7,8	G.İçi	76112,3	1307	58,19		
	Ameliyathane	141	50,47±6,0	Toplam	77429,0	1313			
	Yatan Hasta K.	522	49,05±8,1						
	Poliklinik	177	49,72±7,3						
	MSÜ	35	46,82±7,6						
	Özel Dal	29	49,84±9,0						
	Toplam	1314	49,35±7,6						
Analitiklik	Yoğun Bakım	253	48,27±5,0	G.Arası	262,04	6	52,41	1,13	,342
	Acil Servis	157	48,41±5,3	G.İçi	60661,4	1307	46,37		
	Ameliyathane	141	46,94±6,5	Toplam	60923,4	1313			
	Yatan Hasta K.	522	47,87±6,3						
	Poliklinik	177	47,95±7,4						
	MSÜ	35	47,74±7,0						
	Özel Dal	29	49,16±4,7						
	Toplam	1314	47,98±6,2						
Sistematiklik	Yoğun Bakım	253	27,41±3,8	G.Arası	113,82	6	22,76	1,73	,124
	Acil Servis	157	27,59±4,1	G.İçi	17184,6	1307	13,13		
	Ameliyathane	141	26,81±3,8	Toplam	17298,5	1313			
	Yatan Hasta K.	522	27,22±3,9						
	Poliklinik	177	26,62±4,0						
	MSÜ	35	26,31±4,2						
	Özel Dal	29	28,24±4,3						
	Toplam	1314	27,12±3,9						
Kendine Güven	Yoğun Bakım	253	28,95±4,7	G.Arası	293,09	6	58,61	2,23	,005*
	Acil Servis	157	29,67±4,6	G.İçi	34338,3	1307	26,25		
	Ameliyathane	141	28,18±4,9	Toplam	34631,6	1313			
	Yatan Hasta K.	522	29,14±4,9						
	Poliklinik	177	29,04±5,2						
	MSÜ	35	27,59±5,5						
	Özel Dal	29	31,62±4,9						
	Toplam	1314	29,02±4,9						
Meraklılık	Yoğun Bakım	253	43,04±4,9	G.Arası	427,29	6	85,45	2,65	,021*
	Acil Servis	157	42,88±5,8	G.İçi	42145,7	1307	32,22		
	Ameliyathane	141	41,19±5,9	Toplam	42573,0	1313			
	Yatan Hasta K.	522	41,87±6,4						
	Poliklinik	177	41,56±6,7						
	MSÜ	35	41,44±5,4						
	Özel Dal	29	42,76±6,9						
	Toplam	1314	42,03±6,1						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “çalıştıkları birim” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi kullanıldı. CEDEÖ genel puanı ile çalışılan birim değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken “açık fikirlilik”, “kendine güven” ve “meraklılık” alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

Açıkfikirlilik alt boyutu ile çalışılan birim değişkeni arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre; yoğun bakım biriminde çalışan hemşirelerin açık fikirlilik alt boyut puanları, acil servis, yatan hasta katı ve MSÜ biriminde çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir. Ameliyathanede çalışan hemşirelerin açık fikirlilik alt boyut puanları acil servis, yatan hasta katı ve MSÜ’ de çalışan hemşirelerin, puanlarından daha yüksektir. Poliklinikte çalışan hemşirelerin açık fikirlilik alt boyut puanları acil servis ve MSÜ’ de çalışan hemşirelerin açık fikirlilik puanlarından daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Kendine Güven boyutu ile çalışılan birim değişkeni arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre; acil servis, yatan hasta katı ve poliklinikte çalışan hemşirelerin kendine güven alt boyut puanları, ameliyathanede çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir. Poliklinikte ve acil serviste çalışan hemşirelerin kendine güven alt boyut puanları, MSÜ biriminde çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir. Özel dal hemşirelerinin kendine güven alt boyut puanları yoğun bakım, acil servis, ameliyathane, yatan hasta katı, poliklinik ve MSÜ’ de çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Meraklılık boyutu ile çalışılan birim değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre; yoğun bakım biriminde çalışan hemşirelerin meraklılık alt boyut puanları, ameliyathane, yatan hasta katı ve poliklinikte çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir. Acil serviste çalışan hemşirelerin meraklılık alt boyut puanları ameliyathane ve poliklinikte çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 26. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Şekillerine Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Çalışma Şekli	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Sürekli Gündüz	459	224,94±21,35	G.Arası	2963,7	2	1481,8	3,20	,041 *
	Sürekli Gece	52	222,61±22,11	G.İçi	606883,4	1311	462,9		
	Vardiyalı	803	221,64±21,43	Toplam	609847,2	1313			
	Toplam	1314	222,85±21,47						
Doğruyu Arama	Sürekli Gündüz	459	27,51±4,63	G.Arası	100,64	2	50,33	1,93	,114
	Sürekli Gece	52	26,32±5,52	G.İçi	34052,1	1311	25,97		
	Vardiyalı	803	27,02±5,01	Toplam	34152,7	1313			
	Toplam	1314	27,24±4,93						
Açık Fikirlilik	Sürekli Gündüz	459	50,25±7,52	G.Arası	514,74	2	257,37	4,38	,013 *
	Sürekli Gece	52	49,17±9,01	G.İçi	76914,2	1311	58,66		
	Vardiyalı	803	48,96±7,64	Toplam	77429,0	1313			
	Toplam	1314	49,38±7,63						
Analitiklik	Sürekli Gündüz	459	48,11±6,40	G.Arası	66,44	2	33,22	,716	,489
	Sürekli Gece	52	48,62±5,32	G.İçi	60857,0	1311	46,42		
	Vardiyalı	803	47,71±6,16	Toplam	60923,4	1313			
	Toplam	1314	47,92±6,25						
Sistematiklik	Sürekli Gündüz	459	27,21±4,03	G.Arası	5,53	2	2,77	,210	,811
	Sürekli Gece	52	27,51±4,14	G.İçi	17292,9	1311	13,19		
	Vardiyalı	803	27,10±3,92	Toplam	17298,5	1313			
	Toplam	1314	27,13±3,90						
Kendine Güven	Sürekli Gündüz	459	29,50±4,92	G.Arası	163,4	2	84,7	3,308	,037 *
	Sürekli Gece	52	29,10±3,24	G.İçi	32393,6	1311	24,7		
	Vardiyalı	803	28,72±5,35	Toplam	32557,1	1313			
	Toplam	1314	29,01±4,92						
Meraklılık	Sürekli Gündüz	459	42,13±6,23	G.Arası	19,85	2	9,92	,306	,737
	Sürekli Gece	52	41,72±4,90	G.İçi	42553,2	1311	32,45		
	Vardiyalı	803	42,01±6,13	Toplam	42573,0	1313			
	Toplam	1314	42,03±6,12						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “çalışma şekli” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı. CEDEÖ genel toplam, “açık fikirlilik” ve “kendine güven” alt boyut puanları ile hemşirelerin çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı. Scheffe testi” sonucuna göre; sürekli gündüz çalışan hemşirelerin CEDEÖ genel toplam, “açık fikirlilik” ve “kendine güven” boyutu puanları vardiyalı çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 27.Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yönetici Olarak Çalışmaktan Memnun Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Değişkenler	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
CEDEÖ	Evet	89	223,46±20,46	-,779	,438
	Kısmen	19	227,59±23,67		
Doğruyu Arama	Evet	89	28,76±5,36	,117	,907
	Kısmen	19	28,57±6,02		
Açık Fikirlilik	Evet	89	51,23±7,35	-1,763	,081
	Kısmen	19	54,51±7,93		
Analitiklik	Evet	89	51,79±6,10	-,330	,742
	Kısmen	19	52,20±5,33		
Sistematiklik	Evet	89	22,75±3,31	-1,041	,300
	Kısmen	19	23,57±2,73		
Kendine Güven	Evet	89	29,84±4,36	,479	,633
	Kısmen	19	29,38±4,78		
Meraklılık	Evet	89	35,69±5,01	,150	,881
	Kısmen	19	35,42±5,97		

“Hayır” olarak yanıtlayan 1 kişi olduğu için istatistiksel analize alınmamıştır. t-testi tekniği $p < 0.05$

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin “yönetici olarak çalışmaktan memnun olma durumu” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ t-testi tekniği” uygulandı. CEDEÖ genel, ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışmaktan memnun olma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0.05$). Ancak yönetici olarak çalışmaktan kısmen memnun olan yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puan, açıkfikirlilik, analitiklik ve sistematiklik puan ortalamaları daha yüksek bulundu.

Tablo 28. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Birimden Memnuniyet Durumlarına Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Değişkenler	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Evet	866	223,93±20,73	G.Arası	9027,10	2	4513,55	9,84	,000 *
	Kısmen	385	222,25±21,95	G.İçi	600820,1	1311	458,29		
	Hayır	63	211,21±26,47	Toplam	609847,2	1313			
	Toplam	1314	222,89±21,50						
Doğruyu Arama	Evet	866	27,20±4,93	G.Arası	40,02	2	20,01	,769	,464
	Kısmen	385	27,27±5,02	G.İçi	34112,7	1311	26,02		
	Hayır	63	27,03±7,36	Toplam	34152,7	1313			
	Toplam	1314	27,26±5,10						
Açık Fikirlilik	Evet	866	49,32±7,69	G.Arası	54,20	2	27,10	,459	,632
	Kısmen	385	49,65±7,71	G.İçi	77374,83	1311	59,02		
	Hayır	63	48,77±7,31	Toplam	77429,03	1313			
	Toplam	1314	49,39±7,67						
Analitiklik	Evet	866	48,33±5,80	G.Arası	2147,95	2	1073,97	23,95	,000 *
	Kısmen	385	47,82±7,61	G.İçi	58775,50	1311	44,83		
	Hayır	63	42,81±10,98	Toplam	60923,46	1313			
	Toplam	1314	47,90±6,81						
Sistematiklik	Evet	866	27,43±3,65	G.Arası	218,77	2	109,38	8,39	,000 *
	Kısmen	385	26,92±3,50	G.İçi	17079,7	1311	13,02		
	Hayır	63	25,60±3,64	Toplam	17298,5	1313			
	Toplam	1314	27,11±3,62						
Kendine Güven	Evet	866	29,35±4,91	G.Arası	363,83	2	181,91	6,96	,001 *
	Kısmen	385	28,80±5,35	G.İçi	34267,7	1311	26,13		
	Hayır	63	27,01±6,16	Toplam	34631,6	1313			
	Toplam	1314	29,08±5,13						
Meraklılık	Evet	866	42,32±5,43	G.Arası	379,29	2	189,65	5,89	,003 *
	Kısmen	385	41,73±5,93	G.İçi	42193,7	1311	32,18		
	Hayır	63	39,61±7,05	Toplam	42573,0	1313			
	Toplam	1314	42,00±5,69						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “çalıştıkları birimden memnuniyet durumu” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi kullanıldı. CEDEÖ genel toplam, “analitiklik”, “sistematiklik”, “kendine güven” ve “meraklılık” alt boyut puanları ile hemşirelerin çalıştıkları birimden memnuniyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre; çalıştığı birimden memnun ve kısmen memnun olan hemşirelerin CEDEÖ genel puan, “analitiklik”, “sistematiklik”, “kendine güven” ve “meraklılık” alt boyut puanları çalıştığı birimden memnun olmayan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 29. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ ve Alt Boyut Puanlarının İşten Tatmin Olma Düzeyine Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Değişkenler	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Genel Toplam	Orta	79	226,07±18,80	,684	,496
	Çok Fazla	30	224,43±16,09		
Doğruyu Arama	Orta	79	28,75±4,95	,054	,957
	Çok Fazla	30	28,69±6,68		
Açık Fikirlilik	Orta	79	52,40±7,53	1,267	,208
	Çok Fazla	30	50,32±7,42		
Analitiklik	Orta	79	51,95±5,10	,343	,732
	Çok Fazla	30	51,51±7,84		
Sistematiklik	Orta	79	23,18±2,86	1,228	,222
	Çok Fazla	30	22,23±3,99		
Kendine Güven	Orta	79	29,69±4,09	-,543	,588
	Çok Fazla	30	30,15±5,25		
Meraklılık	Orta	79	35,57±4,77	,021	,984
	Çok Fazla	30	35,65±6,15		

t-testi tekniği p<0.05

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin “çalıştıkları işten tatmin olma durumu” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “t-testi tekniği” uygulandı. CEDEÖ genel, ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin çalıştıkları işten tatmin olma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 30. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının İşten Tatmin Olma Düzeyine Göre Karşılaştırılması

CEDE ve Alt Boyutlar	Değişkenler	N	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Çok Az	57	215,77±28,45	G.Arası	10684,9	3	3561,6	7,78	,000*
	Az	76	224,63±24,17	G.İçi	599162,3	1310	457,3		
	Orta	846	221,51±20,72	Toplam	609847,2	1313			
	Çok Fazla	335	227,03±20,43						
	Toplam	1314	222,84±21,41						
Doğruyu Arama	Çok Az	57	27,73±4,53	G.Arası	194,0	3	64,66	1,508	,211
	Az	76	28,12±4,53	G.İçi	33958,7	1310	25,92		
	Orta	846	27,04±4,92	Toplam	34152,7	1313			
	Çok Fazla	335	27,30±5,20						
	Toplam	1314	27,21±4,91						
Açık Fikirlilik	Çok Az	57	49,45±7,02	G.Arası	45,55	3	15,18	,25	,856
	Az	76	50,00±8,34	G.İçi	77383,4	1310	59,07		
	Orta	846	49,43±7,43	Toplam	77429,0	1313			
	Çok Fazla	335	49,17±8,23						
	Toplam	1314	49,39±7,67						
Analitiklik	Çok Az	57	43,91±9,51	G.Arası	1700,6	3	566,89	12,54	,000*
	Az	76	48,85±7,22	G.İçi	59222,7	1310	45,20		
	Orta	846	47,69±6,00	Toplam	60923,4	1313			
	Çok Fazla	335	48,90±5,13						
	Toplam	1314	47,92±6,22						
Sistematiklik	Çok Az	57	26,34±4,28	G.Arası	315,9	3	105,31	8,12	,000*
	Az	76	27,13±4,72	G.İçi	16982,5	1310	12,96		
	Orta	846	26,92±3,81	Toplam	17298,5	1313			
	Çok Fazla	335	28,01±3,90						
	Toplam	1314	27,15±3,95						
Kendine Güven	Çok Az	57	28,50±6,43	G.Arası	515,5	3	171,86	6,59	,000*
	Az	76	28,78±5,40	G.İçi	34116,0	1310	26,04		
	Orta	846	28,72±4,49	Toplam	34631,6	1313			
	Çok Fazla	335	30,15±5,28						
	Toplam	1314	29,08±5,13						
Meraklılık	Çok Az	57	39,75±7,55	G.Arası	884,0	3	294,69	9,26	,000*
	Az	76	41,66±6,58	G.İçi	41689,0	1310	31,82		
	Orta	846	41,70±6,12	Toplam	42573,0	1313			
	Çok Faza	335	43,48±5,59						
	Toplam	1314	42,02±6,13						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “çalıştıkları birimdeki memnuniyet durumu” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi kullanıldı. CEDEÖ genel toplam, analitiklik, sistematiklik, kendine güven ve meraklılık alt boyut puanları hemşirelerin çalıştıkları işten tatmin olma

düzeylelerine göre istatikselle olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

CEDEÖ genel puanı ile çalışılan birimdeki memnuniyet durumu arasında anlamlı farklılık bulundu “Scheffe testi” sonucuna göre çalıştığı işten çok fazla tatmin olan hemşirelerin CEDEÖ genel puanları, çalıştığı işten çok az ve orta düzeyde tatmin olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir ($p< 0.05$).

Meraklılık, kendine güven ve analitiklik ve sistematiklik alt boyutları ile çalışılan birimdeki memnuniyet durumu arasında anlamlı farklılık bulundu ($p< 0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre çalıştığı işten çok fazla tatmin olan hemşirelerin meraklılık, kendine güven ve analitiklik alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 31. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yöneticileri İle Uyum İçinde Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Değişkenler	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Genel Toplam	Evet	84	223,57±21,73	-1,519	,132
	Kısmen	24	227,83±17,44		
Doğruyu Arama	Evet	84	28,52±5,34	-,888	,377
	Kısmen	24	29,64±5,91		
Açık Fikirlilik	Evet	84	50,68±6,84	-3,261	,001*
	Kısmen	24	56,19±8,59		
Analitiklik	Evet	84	52,01±6,12	,458	,648
	Kısmen	24	51,33±5,56		
Sistematiklik	Evet	84	22,65±3,29	-,823	,412
	Kısmen	24	23,23±2,91		
Kendine Güven	Evet	84	29,66±4,49	-,417	,678
	Kısmen	24	30,08±3,92		
Meraklılık	Evet	84	35,40±5,27	-,412	,681
	Kısmen	24	35,97±4,84		

*t-testi tekniği *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin “yöneticileri ile uyum içinde çalışma durumu” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı.

CEDEÖ genel puan; yöneticisi ile kısmen uyum içerisinde olanların puanları uyum içerisinde olanlara göre daha yüksektir. Ancak CEDEÖ genel, doğruyu arama, analitiklik, sistematiklik, kendine güven ve meraklılık alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yöneticileri ile uyum içinde çalışma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Yöneticisi ile kısmen uyum içinde olan yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puan ortalaması daha yüksek bulundu.

Açık fikirlilik alt boyutu puanları ile yönetici hemşirelerin yöneticileri ile uyum içinde olma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. ($p<0.05$). Bu sonuca göre yöneticisi ile kısmen uyum içinde çalışan yönetici hemşirelerin CEDEÖ açık fikirlilik alt boyut puanı, yöneticisi ile uyum içinde çalışan yönetici hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 32. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Yöneticileri İle Uyumlu Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Değişkenler	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Evet	983	224,15±21,04	G.Arası	8784,67	2	4392,33	9,58	,000*
	Kısmen	301	219,78±21,01	G.İçi	601062,5	1311	458,47		
	Hayır	30	210,82±34,07	Toplam	609847,2	1313			
	Toplam	1314	222,85±21,58						
Doğruyu Arama	Evet	983	27,24±5,03	G.Arası	69,79	2	34,89	1,34	,262
	Kısmen	301	27,18±5,32	G.İçi	34082,97	1311	25,99		
	Hayır	30	28,76±4,94	Toplam	34152,77	1313			
	Toplam	1314	27,26±5,10						
Açık Fikirlilik	Evet	983	49,46±7,68	G.Arası	32,07	2	16,03	,27	,762
	Kısmen	301	49,14±7,54	G.İçi	77396,96	1311	59,03		
	Hayır	30	49,93±8,88	Toplam	77429,03	1313			
	Toplam	1314	49,39±7,67						
Analitiklik	Evet	983	48,42±6,01	G.Arası	2813,40	2	1406,70	31,7	,000*
	Kısmen	301	46,71±7,86	G.İçi	58110,05	1311	44,32		
	Hayır	30	40,70±11,7	Toplam	60923,46	1313			
	Toplam	1314	47,95±6,81						
Sistematiklik	Evet	983	27,33±4,03	G.Arası	112,22	2	56,11	4,28	,014*
	Kısmen	301	26,77±3,72	G.İçi	17186,27	1311	13,10		
	Hayır	30	25,98±4,01	Toplam	17298,50	1313			
	Toplam	1314	27,12±3,99						
Kendine Güven	Evet	983	29,25±4,84	G.Arası	304,51	2	152,25	5,81	,003*
	Kısmen	301	28,64±5,10	G.İçi	34327,10	1311	26,18		
	Hayır	30	26,53±6,93	Toplam	34631,62	1313			
	Toplam	1314	29,01±4,94						
Meraklılık	Evet	983	42,30±5,72	G.Arası	312,43	2	156,21	4,84	,008*
	Kısmen	301	41,48±6,71	G.İçi	42260,6	1311	32,23		
	Hayır	30	38,97±8,95	Toplam	42573,08	1313			
	Toplam	1314	42,04±6,16						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “yöneticileri ile uyumlu çalışma” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi kullanıldı. CEDEÖ genel toplam, analitiklik, sistematiklik, kendine güven ve meraklılık alt boyut puanları hemşirelerin yöneticileri ile uyum içinde çalışma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir (p<0.05). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

CEDEÖ genel puanı, kendine güven, meraklılık ve analitiklik alt boyutları ile yönetici ile uyum içerisinde çalışma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu

($p < 0.05$).“Scheffe testi” sonucuna göre; yöneticisi ile uyum içinde çalışan hemşirelerin CEDEÖ genel puanları, yöneticisi ile kısmen ve uyum içinde çalışmayan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Sistematiklik alt boyutu ile yönetici ile uyum içerisinde çalışma arasında anlamlı farklılık bulundu($p < 0.05$).Yöneticisi ile uyum içinde çalışan hemşirelerin sistematiklik alt boyut puanları, yöneticisi ile uyum içinde çalışmayan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 33. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ ve Alt Boyut Puanlarının Ekibi İle Uyum İçinde Olma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Ekip İle Uyum	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Genel Toplam	Evet	94	225,65±21,09	,252	,801
	Kısmen	15	224,17±21,52		
Doğruyu Arama	Evet	94	28,52±5,49	-,860	,392
	Kısmen	15	29,84±5,11		
Açık Fikirlilik	Evet	94	51,68±7,61	-,850	,397
	Kısmen	15	53,49±7,11		
Analitiklik	Evet	94	52,06±6,04	,423	,673
	Kısmen	15	51,31±5,92		
Sistematiklik	Evet	94	22,94±3,37	,671	,504
	Kısmen	15	22,32±2,05		
Kendine Güven	Evet	94	30,16±4,23	2,233	,028*
	Kısmen	15	27,44±4,93		
Meraklılık	Evet	94	35,67±5,05	,381	,704
	Kısmen	15	35,18±5,87		

*t-testi tekniği *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin “ekibi ile uyum içinde çalışma durumu” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı.

CEDEÖ genel, doğruyu arama, açık fikirlilik, analitiklik, sistematiklik, ve meraklılık alt boyutu puanları ile yönetici hemşirelerin ekibi ile uyum içinde olma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. ($p>.05$). Ancak ekibi ile uyum içerisinde çalışan yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puan ortalamaları kısmen uyum içerisinde olan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksektir.

Kendine Güven alt boyutu puanları ile yönetici hemşirelerin ekibi ile uyum içinde olma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Bu sonuca göre ekibi ile uyum içinde çalışan yönetici hemşirelerin kendine güven alt boyutu puanları, ekibi ile kısmen uyum içinde çalışan yönetici hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 34. Hemşirelerin CEDEÖ Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Ekip İle Uyumlu Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Ekip İle Uyum	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Evet	939	223,94±20,78	G.Arası	4630,4	2	2315,2	5,01	,007*
	Kısmen	355	220,56±22,20	G.İçi	605216,7	1311	461,6		
	Hayır	20	211,91±31,07	Toplam	609847,2	1313			
	Toplam	1314	222,88±21,43						
Doğruyu Arama	Evet	939	27,21±4,91	G.Arası	50,7	2	25,3	,975	,377
	Kısmen	355	27,12±4,92	G.İçi	34102,0	1311	26,0		
	Hayır	20	28,75±3,83	Toplam	34152,7	1313			
	Toplam	1314	27,26±4,91						
Açık Fikirlilik	Evet	939	49,37±7,72	G.Arası	57,3	2	28,6	,486	,615
	Kısmen	355	49,30±7,44	G.İçi	77371,6	1311	59,0		
	Hayır	20	51,03±7,75	Toplam	77429,0	1313			
	Toplam	1314	49,34±7,66						
Analitiklik	Evet	939	48,35±5,53	G.Arası	1397,5	2	698,7	15,39	,000*
	Kısmen	355	47,16±7,31	G.İçi	59525,8	1311	45,4		
	Hayır	20	41,82±9,75	Toplam	60923,4	1313			
	Toplam	1314	47,92±6,26						
Sistematiklik	Evet	939	27,45±3,97	G.Arası	123,4	2	61,7	4,71	,009*
	Kısmen	355	26,64±4,00	G.İçi	17175,0	1311	13,1		
	Hayır	20	25,81±4,41	Toplam	17298,5	1313			
	Toplam	1314	27,10±3,93						
Kendine Güven	Evet	939	29,24±5,02	G.Arası	346,7	2	173,3	6,62	,001*
	Kısmen	355	28,75±5,24	G.İçi	34284,8	1311	26,1		
	Hayır	20	25,56±6,75	Toplam	34631,6	1313			
	Toplam	1314	29,02±4,96						
Meraklılık	Evet	939	42,22±5,81	G.Arası	210,9	2	105,4	3,26	,039*
	Kısmen	355	41,61±6,72	G.İçi	42362,1	1311	32,3		
	Hayır	20	39,09±7,32	Toplam	42573,0	1313			
	Toplam	1314	42,04±6,13						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “ekip ile uyumlu çalışma” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi kullanıldı. CEDEÖ genel toplam, analitiklik, sistematiklik, kendine güven ve meraklılık alt boyut puanları hemşirelerin ekibi ile uyum içinde olma düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. ($p<0.05$) Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

CEDEÖ genel puanı ile ekip ile uyumlu çalışma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p< 0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre; ekibi ile uyum

içinde olan hemşirelerin CEDEÖ genel puanları, uyum içinde olmayan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Analitiklik ve Kendine Güven alt boyutları ile ekip ile uyumlu çalışma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Ekibi ile uyumlu çalışan hemşirelerin analitiklik ve kendine güven alt boyut puanları, ekibi ile kısmen ve uyum içinde çalışmayan hemşirelerin alt boyut puanlarından daha yüksektir.

Sistematiklik alt boyutu ile ekibi ile uyumlu çalışma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Ekip ile uyum içinde olan hemşirelerin sistematiklik alt boyut puanları, ekibi ile kısmen uyum içinde olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Meraklılık alt boyutu ile ekip ile uyumlu çalışma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Ekibi ile uyum içinde olan hemşirelerin meraklılık alt boyut puanları ekibi ile uyum içinde olmayan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 35. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanlarının Motive Eden Faktörler Değişkenine Göre Karşılaştırılması

*Motive Eden Faktörler		n	Ort.±SS	t Değeri	p Değeri
Çalışma koşulları	Evet	49	224,81±19,56	-210	,834
	Hayır	60	225,66±22,21		
Pozisyon	Evet	38	223,86±22,77	-514	,604
	Hayır	71	226,04±20,06		
Ekip çalışması	Evet	3	213,66±9,07	-973	,333
	Hayır	106	225,61±21,13		
Ücret	Evet	29	225,03±21,08	-075	,941
	Hayır	80	225,37±21,06		
Kişisel gelişim	Evet	52	220,51±22,98	-2,311	,023*
	Hayır	57	229,63±18,07		
Hiçbir şey	Evet	-		-	-
	Hayır	109	225,08±20,97		

**Birden fazla yanıt verilmiştir. t- Testi * p>0.05*

CEDEÖ genel puanlarının yönetici hemşirelerin “kendilerini motive eden faktörler” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı. Yönetici hemşirelerin kendilerini motive eden faktörlerden sadece kişisel gelişim faktöründe anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre işinde kendisini kişisel gelişimin motive etmediğini belirten ve bu faktöre hayır yanıtını verenlerin CEDEÖ puanı daha yüksektir.

Tablo 36. Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanlarının Motive Eden Faktörler Değişkenine Göre Karşılaştırılması

*Motive Eden Faktörler		n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Çalışma koşulları	Evet	430	224,46±21,33	1,882	,060
	Hayır	884	222,08±21,48		
Pozisyon	Evet	271	224,46±20,26	1,379	,168
	Hayır	1043	222,44±21,74		
Ekip çalışması	Evet	604	224,26±20,30	2,180	,029*
	Hayır	710	221,76±22,33		
Ücret	Evet	363	222,28±23,07	-,609	,543
	Hayır	951	223,08±20,81		
Kişisel gelişim	Evet	760	225,72±20,49	5,729	,000*
	Hayır	554	218,94±22,13		
Hiçbir şey	Evet	90	220,83±22,41	-,931	,352
	Hayır	1224	223,01±21,38		

**Birden fazla yanıt verilmiştir. t- Testi p<0.05*

CEDEÖ genel puanlarının hemşirelerin “kendilerini motive eden faktörler” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı. Hemşirelerin kendilerini motive eden faktörlerden, ekip çalışması ve kişisel gelişim ile CEDEÖ genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. ($p < 0.05$). Buna göre bu faktörlere evet yanıtını verenlerin CEDEÖ puanı daha yüksektir.

Tablo 37. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanlarının Kendilerini En İyi Tanımlayan İfadeye Göre Karşılaştırılması

*Kendilerini En iyi Tanımlayan ifade	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri	
Azimli	Evet	54	229,11±19,62	1,911	,042*
	Hayır	55	221,52±21,73		
Meraklı	Evet	24	215,08±22,92	-2,781	,006*
	Hayır	85	228,16±19,58		
Hırslı	Evet	18	220,44±16,71	-1,072	,286
	Hayır	91	226,24±21,66		
Adil	Evet	71	227,95±18,65	1,839	,069
	Hayır	38	220,28±24,20		
Açık fikirli	Evet	42	228,71±22,92	1,357	,178
	Hayır	67	223,13±19,51		
Sorgulayan	Evet	34	230,17±18,46	1,653	,101
	Hayır	75	223,06±21,76		
Dürüst	Evet	81	226,72±20,28	1,226	,223
	Hayır	29	221,10±22,70		
Araştırmacı	Evet	31	225,96±24,69	,214	,831
	Hayır	78	225,01±19,46		
Eleştiriye açık olma	Evet	45	226,93±22,28	,687	,484
	Hayır	64	224,12±20,09		
Pozitif düşünen	Evet	51	230,21±20,14	2,350	,021*
	Hayır	58	220,94±20,89		
Risk alabilen	Evet	42	225,64±22,68	,141	,888
	Hayır	67	225,05±19,99		
Sezileri kuvvetli	Evet	55	229,63±20,02	2,226	,028*
	Hayır	54	220,85±21,16		

**Birden fazla yanıt verilmiştir. t- Testi p>0.05*

CEDEÖ genel puanlarının yönetici hemşirelerin kendilerini en iyi tanımlayan ifade değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı. Yönetici hemşirelerin kendilerini en iyi ifade eden özelliklerden azimli, meraklı, pozitif düşünen ve sezileri kuvvetli olarak tanımlayanlar ile CEDEÖ genel puanı arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre bu faktörlere evet yanıtını verenlerin CEDEÖ puanı daha yüksektir.

Tablo 38. Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanı İle Hemşireleri En İyi Tanımlayan İfadeye Göre Karşılaştırılması

*Kendilerini En iyi Tanımlayan ifade		n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Azimli	Evet	785	224,42±20,36	3,227	,001*
	Hayır	529	220,54±22,80		
Meraklı	Evet	660	223,73±21,39	1,480	,139
	Hayır	654	221,98±21,50		
Hırslı	Evet	483	223,74±21,35	1,137	,256
	Hayır	831	222,35±21,50		
Adil	Evet	620	223,80±20,13	1,507	,132
	Hayır	694	222,02±22,54		
Açık fikirli	Evet	571	225,72±21,17	4,270	,000*
	Hayır	743	220,66±21,42		
Sorgulayan	Evet	499	225,75±20,39	3,842	,000*
	Hayır	815	221,09±20,90		
Dürüst	Evet	948	223,53±20,52	1,821	,069
	Hayır	366	221,13±23,63		
Araştırmacı	Evet	446	231,26±19,10	10,631	,000*
	Hayır	868	218,54±21,32		
Eleştiriye açık olma	Evet	563	226,67±20,46	5,636	,000*
	Hayır	751	220,00±21,75		
Pozitif düşünen	Evet	652	224,61±20,82	2,939	,003*
	Hayır	661	221,14±21,94		
Risk alabilen	Evet	422	224,67±19,49	2,107	,035*
	Hayır	892	222,00±22,28		
Sezileri kuvvetli	Evet	464	224,93±19,72	2,588	,010*
	Hayır	850	221,73±22,27		

**Birden fazla yanıt verilmiştir t- Testi *P<0.05*

CEDEÖ genel puanlarının hemşirelerin “kendilerini en iyi tanımlayan ifade” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı. Hemşirelerin kendilerini en iyi ifade eden özelliklerden azimli, açık fikirli, sorgulayıcı, araştırmacı, eleştiriye açık, pozitif düşünen, risk alabilen ve sezileri kuvvetli olarak tanımlayanlar ile CEDEÖ genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. ($p < 0.05$). Buna göre bu faktörlere evet yanıtını verenlerin CEDEÖ puanı daha yüksektir.

Tablo 39. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ ve Alt Boyut Puanlarının Zaman Ayırdıkları Etkinliklere Göre Karşılaştırılması

*Etkinlikler		n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Sinema	Evet	45	227,75±22,75	1,032	,304
	Hayır	64	223,54±19,61		
Tiyatro	Evet	10	235,70±23,00	1,661	,100
	Hayır	99	224,23±20,58		
Konser	Evet	12	241,25±16,17	2,889	,005*
	Hayır	97	223,30±20,71		
Spor	Evet	25	217,72±26,56	-2,086	,030*
	Hayır	84	227,53±18,61		
Kitap okuma	Evet	54	226,66±22,49	,680	,498
	Hayır	55	223,92±19,46		
El işi-el sanatı	Evet	10	231,80±12,23	1,031	,305
	Hayır	99	224,62±21,59		
Kurs (dil kursu, enstüraman, resim vb..)	Evet	11	233,98±19,14	1,446	,151
	Hayır	98	224,31±21,03		
Bunlara ayıracak vakit bulamıyorum	Evet	33	227,03±18,97	,571	,569
	Hayır	76	224,52±21,85		

**Birden fazla cevap verilmiştir. t- Testi *p<0.05*

CEDEÖ genel puanlarının yönetici hemşirelerin zaman ayırdıkları etkinlikler değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı. Yönetici hemşirelerin zaman ayırdıkları etkinliklerden konser ile CEDEÖ puanı arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre konser etkinliğine katılan yönetici hemşirelerin CEDEÖ puanı katılmayan hemşirelerin puanından daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ayrıca spor etkinliğine hayır yanıtına veren yönetici hemşirelerin CEDEÖ puanı evet diyenlere göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 40. Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanı İle Zaman Ayırdıkları Etkinliklere Göre Karşılaştırılması

*Etkinlikler		N	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Sinema	Evet	806	222,41±21,19	-,947	,344
	Hayır	508	223,57±21,87		
Tiyatro	Evet	186	226,24±20,78	2,321	0,20*
	Hayır	1128	222,20±21,52		
Konser	Evet	285	223,40±21,45	,479	,632
	Hayır	1029	222,71±21,46		
Spor	Evet	360	224,08±21,14	1,265	,206
	Hayır	954	222,40±21,56		
Kitap okuma	Evet	600	225,51±20,78	4,133	,000*
	Hayır	714	220,63±21,76		
El işi-el sanatı	Evet	125	222,86±22,18	,000	,989
	Hayır	1189	222,01±21,38		
Kurs (dil kursu, enstüraman, resim vb..)	Evet	156	229,42±21,67	4,095	,000*
	Hayır	1158	221,98±21,28		
Zaman ayıramıyorum	Evet	296	223,82±22,77	,871	,384
	Hayır	1018	222,58±21,06		

**Birden fazla yanıt verilmiştir. t- Testi *p<0.05*

CEDEÖ genel puanlarının hemşirelerin “zaman ayırdıkları etkinlikler” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı. Tiyatroya giden, kitap okuyan ve herhangi bir kursa katılan hemşirelerin CEDEÖ genel puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Tiyatroya giden, kitap okuyan ve herhangi bir kursa katılan hemşirelerin CEDEÖ puanı daha yüksektir.

Tablo 41. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Eleştirel Düşünme Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	Eğitim Alma Durumu	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Genel Toplam	Evet	25	226,84±24,07	,644	,521
	Hayır	84	224,76±20,18		
Doğruyu Arama	Evet	25	28,81±5,38	,143	,887
	Hayır	84	28,72±5,49		
Açık Fikirlilik	Evet	25	53,63±7,90	1,267	,208
	Hayır	84	51,46±7,40		
Analitiklik	Evet	25	50,89±8,31	-1,048	,297
	Hayır	84	52,23±5,15		
Sistematiklik	Evet	25	23,15±3,44	,540	,590
	Hayır	84	22,78±3,16		
Kendine Güven	Evet	25	30,90±4,33	1,466	,145
	Hayır	84	29,46±4,40		
Meraklılık	Evet	25	35,81±6,58	,302	,763
	Hayır	84	35,53±4,68		

t- Testi p<0.05

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğitimi alma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı.

Eleştirel düşünme eğitimi alan yönetici hemşirelerin puanı almayanlara göre daha yüksek bulundu. Ancak CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğitimi alma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$)

Tablo 42. Hemşirelerin CEDEÖ Genel ve Alt Boyut Puanlarının Eleştirel Düşünme Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

CEDEÖ ve Alt Boyutları	Eğitim Alma Durumu	n	Ort.±SS.	t Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Evet	219	227,45±21,18	3,665	,001*
	Hayır	1095	222,19±21,59		
Doğruyu Arama	Evet	219	27,61±4,94	1,258	,209
	Hayır	1095	27,13±5,17		
Açık Fikirlilik	Evet	219	49,58±8,03	,286	,775
	Hayır	1095	49,39±7,68		
Analitiklik	Evet	219	53,64±5,87	1,295	,195
	Hayır	1095	53,06±6,92		
Sistematiklik	Evet	219	24,03±4,41	3,989	,000*
	Hayır	1095	22,92±3,43		
Kendine Güven	Evet	219	30,35±4,55	3,920	,000*
	Hayır	1095	28,82±5,27		
Meraklılık	Evet	219	38,11±5,09	3,450	,001*
	Hayır	1095	36,67±5,73		

*t- Testi *p<0.05*

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “eleştirel düşünme eğitimi alma” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı. CEDEÖ genel toplam, “sistematiklik”, “kendine güven” ve “meraklılık” alt boyutu puanları ile eleştirel düşünme eğitimi alma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Buna göre eleştirel düşünme eğitimi alan hemşirelerin CEDEÖ genel toplam, “sistematiklik”, “kendine güven” ve “meraklılık” alt boyutu puanları almayan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

6.4.YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN VE HEMŞİRELERİN PÇE GENEL ve ALT BOYUT PUANLARI İLE TANITICI ve MESLEKİ ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 43. Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Problem Çözme Envanteri ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

PÇE Genel ve alt Boyutlar	Yönetici Hemşire				Hemşire			
	n	Ort.±SS.	Min. Puan	Mak. Puan	n	Ort.±SS.	Min. Puan	Mak. Puan
Genel Toplam	109	102,67±12,87	68,0	150,0	1314	101,12±15,63	51,0	180,0
Problem Çözme Güveni		31,44±6,76	19,0	54,0		30,03±7,14	14,0	62,0
Yaklaşma – Kaçınma		44,58±7,25	31,0	69,0		43,82±8,78	19,00	84,0
Kişisel Kontrol		19,43±4,73	8,0	28,0		19,60±4,79	5,00	30,0

Problem çözme envanterinden alınan toplam puan incelendiğinde; yönetici hemşirelerin problem çözme envanterinden aldığı puan (102,67±12,87) hemşirelerin ise (101,12±15,63) bulundu. Yönetici hemşireler ve hemşireler kendilerini orta düzeyde problem çözücü olarak görmektedirler.

Tablo 44. Yönetici Hemşirelerin PÇE ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Yaş Grubu	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	23-27 yaş	16	104,64±10,12	G.Arası	345,60	2	172,8	1,04	,356
	28-32 yaş	52	103,84±15,03	G.İçi	17564,1	106	165,7		
	33 yaş ve üstü	41	100,47±10,68	Toplam	17909,7	108			
	Toplam	109	102,61±12,80						
Problem Çözme Güveni Boyutu	23-27 yaş	16	30,05±4,14	G.Arası	415,1	2	207,5	4,85	,010*
	28-32 yaş	52	33,48±7,76	G.İçi	4531,8	106	42,7		
	33 yaş ve üstü	41	29,40±5,47	Toplam	4946,9	108			
	Toplam	109	31,41±6,72						
Yaklaşma -Kaçınma Boyutu	23-27 yaş	16	45,32±6,51	G.Arası	253,8	2	126,9	2,47	,089
	28-32 yaş	52	45,84±8,46	G.İçi	5432,5	106	51,2		
	33 yaş ve üstü	41	42,65±5,34	Toplam	5686,4	108			
	Toplam	109	44,52±7,27						
Kişisel Kontrol Boyutu	23-27 yaş	16	21,43±3,53	G.Arası	204,9	2	102,4	4,89	,009*
	28-32 yaş	52	18,05±4,90	G.İçi	2219,8	106	20,9		
	33 yaş ve üstü	41	20,48±4,33	Toplam	2424,7	108			
	Toplam	109	19,43±4,72						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

PÇE genel ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı.

Yönetici hemşirelerde 28–32 yaş grubundaki hemşirelerin problem çözme güveni alt boyut puanları, yaşları 33 yaş ve üstü olan yönetici hemşirelerin problem çözme güveni boyutu alt boyut puanlarından daha yüksektir (p<.05).

23–27 yaş arasında olan yönetici hemşirelerin PÇE kişisel kontrol boyutu alt boyut puanları, yaşları 28–32 yaş arasında olan yönetici hemşirelerin PÇE kişisel kontrol boyutu alt boyut puanlarından daha yüksektir (p<.05). 28–32 yaş arasında olan yönetici hemşirelerin PÇE kişisel kontrol boyutu alt boyut puanları, 23–27 yaş ve 33 yaş ve üstü gruptan daha düşük ve anlamlıdır (p<0.05).

Tablo 45. Hemşirelerin PÇE ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Yaş Grubu	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	18-22 yaş	393	101,36±16,88	G.Arası	1291,6	3	430,5	1,765	,152
	23-27 yaş	520	101,60±15,40	G.İçi	319581,4	1310	243,9		
	28-32 yaş	280	101,04±14,95	Toplam	320873,0	1313			
	33 yaş ve üstü	121	98,06±13,83						
	Toplam	1314	101,15±15,62						
Problem Çözme Güveni Boyutu	18-22 yaş	393	30,43±7,35	G.Arası	523,2	3	174,4	3,436	,016*
	23-27 yaş	520	30,32±7,48	G.İçi	66485,9	1310	50,7		
	28-32 yaş	280	29,60±6,51	Toplam	67009,1	1313			
	33 yaş ve üstü	121	28,25±5,89						
	Toplam	1314	30,07±7,14						
Yaklaşma -Kaçınma Boyutu	18-22 yaş	393	44,32±9,12	G.Arası	958,5	3	319,5	4,170	,006*
	23-27 yaş	520	44,15±8,79	G.İçi	100389,2	1310	76,6		
	28-32 yaş	280	43,58±8,75	Toplam	101347,8	1313			
	33 yaş ve üstü	121	41,21±7,44						
	Toplam	1314	43,80±8,73						
Kişisel Kontrol Boyutu	18-22 yaş	393	19,14±4,52	G.Arası	180,1	3	60,0	2,627	,049*
	23-27 yaş	520	19,56±4,78	G.İçi	29951,1	1310	22,8		
	28-32 yaş	280	19,96±4,82	Toplam	30131,3	1313			
	33 yaş ve üstü	121	20,24±5,31						
	Toplam	1314	19,60±4,76						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

PÇE genel ve alt boyut puanlarının yaş değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi kullanıldı. PÇE “problem çözme güveni”, “yaklaşma –kaçınma” ve kişisel kontrol alt boyut puanları ile hemşirelerin yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

Problem çözme güveni boyutu ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre; 33 yaş ve üstü olan hemşirelerin problem çözme güveni alt boyut puanları, yaşları 18–22 yaş arası ve 23–27 yaş arasında olan hemşirelerin problem çözme güveni alt boyut puanlarından daha düşüktür

Yaklaşma-kaçınma boyutu ile hemşirelerin yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre; 33 yaş ve üstü olan hemşirelerin problem çözme güveni alt boyut puanları, yaşları 18-22 yaş arası ve 23-27 yaş arasında olan hemşirelerin problem çözme güveni alt boyut puanlarından daha düşüktür

Kişisel kontrol boyutu ile hemşirelerin yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre; 33 yaş ve üstü olan hemşirelerin 18-22 yaş arasında olan hemşirelerin kişisel kontrol alt boyut puanlarından daha yüksektir.

Tablo 46. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Genel Toplam	Evli	66	103,48±13,70	,536	,593
	Bekar	43	101,54±11,48		
Problem Çözme Güveni	Evli	66	32,12±7,53	1,406	,163
	Bekar	43	30,37±5,21		
Yaklaşma - Kaçınma	Evli	66	44,63±7,97	,271	,787
	Bekar	43	44,49±6,28		
Kişisel Kontrol	Evli	66	19,34±4,83	-,484	,629
	Bekar	43	19,60±4,67		

t- Testi p<0.05

PÇE genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin medeni durum değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi” uygulandı. PÇE genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Bekar olan yönetici hemşirelerin PÇE genel toplam puanı daha düşüktür.

Tablo 47. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Değişkenler	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Genel Toplam	Evli	438	98,94±14,2	-3,767	,000*
	Bekar	876	102,29±16,1		
Problem Çözme Güveni	Evli	438	28,94±6,34	-3,748	,000*
	Bekar	876	30,50±7,40		
Yaklaşma - Kaçınma	Evli	438	42,31±8,16	-3,784	,000*
	Bekar	876	44,58±9,01		
Kişisel Kontrol	Evli	438	19,72±4,98	-1,346	,179
	Bekar	876	19,56±4,64		

*t- Testi * p<0.05*

PÇE genel ve alt boyut puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı. PÇE genel, “problem çözme güveni” ve “yaklaşma – kaçınma” alt boyut puanları ile hemşirelerin medeni durumu arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

Bu sonuca göre evli olan hemşirelerin PÇE genel, “problem çözme güveni” ve “yaklaşma – kaçınma” alt boyut puanları, bekar olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür ($p<0.05$). “kişisel kontrol” alt boyutu ile hemşirelerin medeni durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 48. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Eğitim Düzeyi	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	SML	40	98,95±13,76	G.Arası	1525,1	2	762,5	4,017	,021*
	Önlisans	14	100,49±13,38	G.İçi	20122,1	106	189,8		
	Lisans	55	105,92±11,31	Toplam	21647,2	108			
	Toplam	109	102,60±12,89						
Problem Çözme Güveni	SML	40	29,72±6,63	G.Arası	372,8	2	186,4	4,320	,016*
	Önlisans	14	29,16±5,56	G.İçi	4547,1	106	43,1		
	Lisans	55	33,28±6,78	Toplam	4946,9	108			
	Toplam	109	31,43±6,73						
Yaklaşma Kaçınma Boyutu	SML	40	43,69±6,51	G.Arası	315,1	2	157,5	3,109	,049*
	Önlisans	14	41,25±7,70	G.İçi	5371,3	106	50,6		
	Lisans	55	46,13±7,35	Toplam	5686,4	108			
	Toplam	109	44,50±7,29						
Kişisel Kontrol Boyutu	SML	40	19,34±3,73	G.Arası	74,8	2	37,4	2,773	,067
	Önlisans	14	21,05±4,62	G.İçi	1429,6	106	13,4		
	Lisans	55	21,08±3,38	Toplam	1504,4	108			
	Toplam	109	20,43±3,71						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

PÇE genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin eğitim düzeyleri değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı.

PÇE genel puanı, “problem çözme güveni” ve “yaklaşma –kaçınma” alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

PÇE genel puanı ile yönetici hemşirelerin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Lise mezunu olan yönetici hemşirelerin PÇE genel puanları, lisans mezunu olan yönetici hemşirelerin puanlarından daha düşüktür.

Problem çözüme güveni puanı ile yönetici hemşirelerin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Lise ve ön lisans mezunu olan hemşirelerin PÇE “problem çözüme güveni” alt boyut puanları lisans mezunu olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür.

Yaklaşma -Kaçınma puanı ile yönetici hemşirelerin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Ön lisans mezunu olan hemşirelerin PÇE “yaklaşma –kaçınma” puanları lisans mezunu olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür.

Tablo 49. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Eğitim Düzeyi	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	SML	735	100,23±16,21	G.Arası	3086,2	3	1028,7	3,45	,016*
	Önlisans	142	100,35±15,43	G.İçi	390091,6	1310	297,7		
	Lisans	412	103,06±14,65	Toplam	393177,9	1313			
	Yüksek Lisans	25	99,69±13,38						
	Toplam	1314	101,12±15,60						
Problem Çözme Güveni	SML	735	29,84±7,21	G.Arası	352,7	3	117,5	2,31	,075
	Önlisans	142	29,16±7,11	G.İçi	66656,4	1310	50,8		
	Lisans	412	30,72±6,83	Toplam	67009,1	1313			
	Yüksek Lisans	25	29,43±6,65						
	Toplam	1314	30,04±7,12						
Yaklaşma Kaçınma	SML	735	43,71±9,16	G.Arası	380,0	3	126,6	1,79	,146
	Önlisans	142	42,92±8,21	G.İçi	92452,0	1310	70,5		
	Lisans	412	44,31±8,23	Toplam	92832,0	1313			
	Yüksek Lisans	25	42,94±8,25						
	Toplam	1314	43,80±8,76						
Kişisel Kontrol	SML	735	19,25±4,88	G.Arası	263,3	3	87,7	4,74	,003*
	Önlisans	142	20,13±5,23	G.İçi	24248,6	1310	18,51		
	Lisans	412	20,11±4,52	Toplam	24512,0	1313			
	Yüksek Lisans	25	19,86±4,81						
	Toplam	1314	19,62±4,75						

Tek yönlü varyans analizi * $p < 0.05$

PÇE genel ve alt boyut puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı. PÇE genel puan ve “kişisel kontrol” alt boyut puanları ile hemşirelerin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

PÇE genel puanları, ile eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre; lise ve ön lisans mezunu olan hemşirelerin PÇE genel puanları lisans mezunu olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür.

Kişisel Kontrol Boyutu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Lise mezunu olan hemşirelerin PÇE kişisel kontrol alt boyut puanları, ön lisans ve lisans mezunu olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür.

Tablo 50. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Çalışma Süresi	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	4-6 Yıl	30	103,15±13,55	G.Arası	437,6	2	218,8	1,094	,339
	7-9 Yıl	22	105,77±10,79	G.İçi	21209,6	106	200,0		
	10 yıl ve Üzeri	57	101,29±13,20	Toplam	21647,2	108			
	Toplam	109	102,62±12,83						
Problem Çözme Güveni Boyutu	4-6 Yıl	30	30,80±6,52	G.Arası	30,6	2	15,3	,331	,719
	7-9 Yıl	22	32,48±5,76	G.İçi	4916,2	106	46,3		
	10 yıl ve Üzeri	57	31,39±7,38	Toplam	4946,9	108			
	Toplam	109	31,43±6,71						
Yaklaşma -Kaçınma Boyutu	4-6 Yıl	30	52,51±7,05	G.Arası	167,3	2	83,6	1,887	,157
	7-9 Yıl	22	53,77±6,27	G.İçi	4702,1	106	44,3		
	10 yıl ve Üzeri	57	50,69±6,68	Toplam	4869,5	108			
	Toplam	109	51,74±6,73						
Kişisel Kontrol Boyutu	4-6 Yıl	30	20,45±3,59	G.Arası	19,1	2	14,5	,019	,656
	7-9 Yıl	22	20,37±3,63	G.İçi	1504,4	106	14,1		
	10 yıl ve Üzeri	57	20,42±3,90	Toplam	1504,3	108			
	Toplam	109	20,10±3,76						

Tek yönlü varyans analizi p<0.05

PÇE genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin çalışma süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı. PÇE genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin çalışma süresi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). 10 yıl ve üzeri çalışma süresi olan yönetici hemşirelerin PÇE genel puanı ve yaklaşma kaçınma alt boyut puanı daha düşüktür.

Tablo 51. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Çalışma Süresi	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	1 yıldan az	200	100,94±16,51	G.Arası	388209,6	4	1242,05	4,18	,002*
	1-3 Yıl	462	103,32±16,32	G.İçi		1309	296,57		
	4-6 Yıl	317	99,57±13,85	Toplam	393177,9	1313			
	7-9 Yıl	117	100,81±15,94						
	10 yıl ve Üzeri	218	99,01±15,18						
	Toplam	1314	101,12±15,62						
Problem Çözme Güveni	1 yıldan az	200	30,47±6,92	G.Arası	986,2	4	246,56	4,88	,001*
	1-3 Yıl	462	31,02±7,61	G.İçi	66022	1309	50,43		
	4-6 Yıl	317	29,28±6,64	Toplam		1313			
	7-9 Yıl	117	29,59±7,22						
	10 yıl ve Üzeri	218	28,87±6,69						
	Toplam	1314	30,03±7,14						
Yaklaşma-Kaçınma	1 yıldan az	200	44,32±9,07	G.Arası	991,79	4	247,95	3,53	,007*
	1-3 Yıl	462	44,95±9,03	G.İçi	91840,2	1309	70,16		
	4-6 Yıl	317	43,37±7,91	Toplam	92832,06	1313			
	7-9 Yıl	117	42,98±8,85						
	10 yıl ve Üzeri	218	42,22±8,72						
	Toplam	1314	43,81±8,72						
Kişisel Kontrol	1 yıldan az	200	18,80±4,48	G.Arası	199,5	4	49,89	2,68	,030*
	1-3 Yıl	462	19,70±4,51	G.İçi	24312,4	1309	18,57		
	4-6 Yıl	317	18,37±4,94	Toplam	24512,0	1313			
	7-9 Yıl	117	20,32±4,77						
	10 yıl ve Üzeri	218	19,94±5,21						
	Toplam	1314	19,61±4,73						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

PÇE genel ve alt boyut puanlarının “meslekte çalışma süresi” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı. PÇE genel puan, “problem çözme güveni”, “yaklaşma-kaçınma” ve “kişisel kontrol” alt boyut puanları ile hemşirelerin meslekte çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

PÇE genel puanı ve Yaklaşma -Kaçınma Boyutu ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). “Scheffe testi” sonucuna göre çalışma süresi 4–6 ve on yıl ve üzerinde çalışan hemşirelerin PÇE genel puanları ve “yaklaşma –kaçınma” boyutu puanları, çalışma süresi 1–3 yıl arasında olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür. ($p<.05$).

Problem çözme güveni boyutu ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre çalışma süresi on yıl ve üzerinde olan hemşirelerin “problem çözme güveni” alt boyutu puanları çalışma süresi 1 yıldan az ve 1-3 yıl arasında olan hemşirelerin, puanlarından daha düşüktür. ($p<.05$). Çalışma süresi 1–3 yıl arasında olan hemşirelerin “problem çözme güveni” alt boyutu puanları, çalışma süresi 4–6 hemşirelerin puanlarından daha yüksektir. ($p<.05$).

Kişisel kontrol boyutu ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre çalışma süresi 1-3 yıl arasında olan hemşirelerin “kişisel kontrol” alt boyutu puanları, çalışma süresi 4-6 arasında olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 52. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yönetici Olarak Çalışma Süreleri Değişkenine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Yönetici Olarak Çalışma Süresi	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	1 yıldan az	24	102,45±12,54	G.Arası	162,4	3	54,1	,265	,851
	1-3 Yıl	41	102,57±13,38	G.İçi	21484,8	105	204,6		
	4-6 Yıl	25	104,21±14,35	Toplam	21647,2	108			
	7-9 Yıl	19	101,70±11,13						
	Toplam	109	102,65±12,82						
Problem Çözme Güveni	1 yıldan az	24	31,01±6,47	G.Arası	170,8	3	56,9	1,252	,295
	1-3 Yıl	41	30,76±7,14	G.İçi	4776,0	105	45,4		
	4-6 Yıl	25	33,70±7,86	Toplam	4946,9	108			
	7-9 Yıl	19	30,53±4,10						
	Toplam	109	31,45±6,71						
Yaklaşma Kaçınma	1 yıldan az	24	52,38±7,14	G.Arası	66,3	3	22,1	,484	,694
	1-3 Yıl	41	51,82±5,86	G.İçi	4803,1	105	45,7		
	4-6 Yıl	25	52,45±7,58	Toplam	4869,5	108			
	7-9 Yıl	19	50,29±7,04						
	Toplam	109	51,73±6,73						
Kişisel Kontrol	1 yıldan az	24	20,35±3,39	G.Arası	3,3	3	1,1	,077	,972
	1-3 Yıl	41	20,25±4,03	G.İçi	1501,1	105	14,2		
	4-6 Yıl	25	20,44±4,06	Toplam	1504,4	108			
	7-9 Yıl	19	20,73±3,18						
	Toplam	109	20,42±3,72						

Tek yönlü varyans analizi p<0.05

PÇE genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalıştıkları süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı. PÇE genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Yönetici olarak çalışma süresi 7-9 yıl arasında olan yönetici hemşirelerin PÇE genel puanı ve yaklaşma kaçınma alt boyut puanı daha düşük bulundu.

Tablo 53.Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Birim Değişkenine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Çalıştıkları Birim	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Yoğun Bakım	25	102,54±9,07	G.Arası	733,4		146,6	,880	,498
	Acil Servis	10	99,80±15,45	G.İçi	17176,3		166,7		
	Ameliyathane	9	101,02±16,73	Toplam	17909,7				
	YHK	47	105,51±14,55						
	Poliklinik	9	104,64±8,62						
	MSÜ	9	100,96±12,21						
	Toplam	109	102,63±12,83						
Problem Çözme Güveni	Yoğun Bakım	25	33,15±6,80	G.Arası	295,2		59,0	1,307	,267
	Acil Servis	10	31,08±4,63	G.İçi	4651,7		45,1		
	Ameliyathane	9	29,32±7,52	Toplam	4946,9				
	YHK	47	32,69±7,84						
	Poliklinik	9	28,80±3,13						
	MSÜ	9	29,56±5,63						
	Toplam	109	31,41±6,72						
Yaklaşma -Kaçınma	Yoğun Bakım	25	45,29±7,01	G.Arası	165,7		33,1	,619	,686
	Acil Servis	10	45,05±8,95	G.İçi	5520,6		53,5		
	Ameliyathane	9	42,43±6,47	Toplam	5686,4				
	YHK	47	45,78±8,28						
	Poliklinik	9	44,05±5,28						
	MSÜ	9	42,82±5,86						
	Toplam	109	44,57±7,25						
Kişisel Kontrol	Yoğun Bakım	25	18,49±4,64	G.Arası	179,5		35,9	1,647	,154
	Acil Servis	10	17,30±5,03	G.İçi	2245,1		21,7		
	Ameliyathane	9	21,12±4,73	Toplam	2424,7				
	YHK	47	19,54±4,62						
	Poliklinik	9	22,43±4,61						
	MSÜ	9	19,52±4,60						
	Toplam	109	19,49±4,74						

Tek yönlü varyans analizi p<0.05

PÇE genel ve alt boyut puanlarının çalıştıkları birim değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı. PÇE genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin çalıştıkları birim değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Acil serviste çalışan yönetici hemşirelerin PÇE genel ve kişisel kontrol puanı daha düşük bulundu.

Tablo 54. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Birim Değişkenine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Çalıştıkları Birim	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Yoğun Bakım	253	100,84±13,34	G.Arası	5374,04	6	1074,8	3,262	,003 *
	Acil Servis	157	102,93±16,76	G.İçi	387803,8	1307	296,48		
	Ameliyathane	141	99,79±11,42	Toplam	393177,9	1313			
	Yatan Hasta K.	522	102,11±17,38						
	Poliklinik	177	97,23±13,86						
	MSÜ	35	105,34±16,4						
	Özel Dal	29	100,39±18,0						
	Toplam	1314	101,17±15,6						
Problem Çözme Güveni	Yoğun Bakım	253	29,83±6,70	G.Arası	1079,35	6	215,87	3,711	,001 *
	Acil Servis	157	30,39±7,53	G.İçi	65929,8	1307	50,40		
	Ameliyathane	141	29,20±5,17	Toplam	67009,1	1313			
	Yatan Hasta K.	522	30,81±7,89						
	Poliklinik	177	28,12±5,82						
	MSÜ	35	31,45±8,31						
	Özel Dal	29	29,47±7,44						
	Toplam	1314	30,03±7,12						
Yaklaşma Kaçınma	Yoğun Bakım	253	43,58±7,96	G.Arası	1371,87	6	274,3	3,911	,001 *
	Acil Servis	157	44,64±9,38	G.İçi	91460,1	1307	69,9		
	Ameliyathane	141	42,86±6,50	Toplam	92832,0	1313			
	Yatan Hasta K.	522	44,64±9,67						
	Poliklinik	177	41,48±7,54						
	MSÜ	35	46,29±9,73						
	Özel Dal	29	43,07±9,46						
	Toplam	1314	43,81±8,77						
Kişisel Kontrol	Yoğun Bakım	253	19,43±4,59	G.Arası	93,79	6	18,7	,563	,760
	Acil Servis	157	20,02±4,90	G.İçi	24418,2	1307	18,6		
	Ameliyathane	141	19,89±4,62	Toplam	24512,0	1313			
	Yatan Hasta K.	522	19,30±4,71						
	Poliklinik	177	19,64±5,16						
	MSÜ	35	19,73±4,58						
	Özel Dal	29	19,92±4,84						
	Toplam	1314	19,69±4,73						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

PÇE genel ve alt boyut puanlarının çalışılan birim değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı. PÇE genel puan, “problem çözme güveni”, “yaklaşma-kaçınma” alt boyut puanları ile hemşirelerin çalıştıkları birim değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı.

PÇE genel puanı ile çalışılan birim arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre poliklinikte çalışan hemşirelerin PÇE genel puanları, yoğun bakım, acil servis MSÜ ve yatan hasta katında çalışan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür.

Problem Çözme Güveni boyutu ile çalışılan birim arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre poliklinikte çalışan hemşirelerin problem çözme güveni alt boyut puanları, yoğun bakım, acil servis, yatan hasta katı ve MSÜ' de çalışan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür. Ameliyathanede çalışan hemşirelerin problem çözme güveni alt boyut puanları, yatan hasta katında çalışan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür.

Yaklaşma -Kaçınma boyutu çalışılan birim arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre; poliklinikte çalışan hemşirelerin yaklaşma –kaçınma alt boyut puanları, yoğun bakım, acil servis, ameliyathane, yatan hasta katında ve MSÜ'de çalışan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür.

Tablo 55. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Şekillerine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Çalışma Şekli	n	X±SS	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Sürekli Gündüz	459	100,63±16,04	G.Arası	282,5	2	141,2	,471	,624
	Sürekli Gece	52	100,96±13,22	G.İçi	392895,3	1311	299,6		
	Vardiya	803	102,41±15,57	Toplam	393177,9	1313			
	Toplam	1314	101,12±15,64						
Problem Çözme Güveni	Sürekli Gündüz	459	29,72±7,00	G.Arası	70,4	2	35,2	,690	,502
	Sürekli Gece	52	30,04±7,11	G.İçi	66938,7	1311	51,0		
	Vardiya	803	30,25±7,26	Toplam	67009,1	1313			
	Toplam	1314	30,02±7,15						
Yaklaşma -Kaçınma	Sürekli Gündüz	459	43,38±8,92	G.Arası	76,0	2	38,0	,537	,584
	Sürekli Gece	52	44,31±8,33	G.İçi	92756,0	1311	70,7		
	Vardiya	803	44,05±8,67	Toplam	92756,0	1313			
	Toplam	1314	43,83±8,73						
Kişisel Kontrol	Sürekli Gündüz	459	19,78±4,94	G.Arası	33,4	2	16,7	,896	,408
	Sürekli Gece	52	18,71±4,11	G.İçi	24478,5	1311	18,6		
	Vardiya	803	19,50±4,78	Toplam	24512,0	1313			
	Toplam	1314	19,63±4,75						

Tek yönlü varyans analizi $p<0.05$

PÇE genel ve alt boyut puanlarının çalışma şekli değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı. PÇE puanları ile hemşirelerin çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Ancak vardiyalı çalışan hemşirelerin PÇE genel ve problem çözme güveni alt boyut puanları daha yüksektir.

Tablo 56. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yönetici Olarak Çalışmaktan Memnun Olma Değişkenine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Memnun Olma	n	X±SS	t Değeri	p Değeri
Genel Toplam	Evet	89	102,14±13,71	-,542	,589
	Kısmen	19	104,54±7,68		
Problem Çözme Güveni	Evet	89	31,47±6,96	,073	,942
	Kısmen	19	31,34±5,93		
Yaklaşma - Kaçınma	Evet	89	44,42±7,42	-,929	,355
	Kısmen	19	45,29±6,60		
Kişisel Kontrol	Evet	89	19,27±4,85	,093	,926
	Kısmen	19	20,11±4,12		

“Hayır” olarak yanıtlayan 1 kişi olduğu için istatistiksel analize alınmamıştır.

t- Testi p<0.05

PÇE genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışmaktan memnun olma değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi” uygulandı. PÇE genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışmaktan memnun olma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Yönetici olarak çalışmaktan memnun olan yönetici hemşirelerin PÇE genel toplam puanları daha düşüktür

Tablo 57. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Birimden Memnun Olma Değişkenine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Birimden Memnun Olma	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Evet	866	100,93±16,2	G.Arası	364,0	2	182,0	,607	,545
	Kısmen	385	101,82±14,2	G.İçi	392813,8	1311	299,6		
	Hayır	63	99,51±14,8	Toplam	393177,9	1313			
	Toplam	1314	101,12±15,6						
Problem Çözme Güveni	Evet	866	30,04±7,42	G.Arası	23,59	2	11,79	,231	,794
	Kısmen	385	30,11±6,71	G.İçi	66985,5	1311	51,09		
	Hayır	63	29,46±5,67	Toplam	67009,1	1313			
	Toplam	1314	30,03±7,14						
Yaklaşma -Kaçınma	Evet	866	43,57±9,22	G.Arası	343,0	2	171,53	2,43	,088
	Kısmen	385	44,33±7,85	G.İçi	92488,9	1311	70,54		
	Hayır	63	43,95±8,11	Toplam	92832,0	1313			
	Toplam	1314	43,82±8,78						
Kişisel Kontrol	Evet	866	19,71±4,85	G.Arası	16,05	2	8,02	,430	,651
	Kısmen	385	19,40±4,63	G.İçi	24495,9	1311	18,68		
	Hayır	63	19,02±4,52	Toplam	24512,0	1313			
	Toplam	1314	19,65±4,70						

Tek yönlü varyans analizi p<0.05

PÇE genel ve alt boyut puanlarının çalışılan birimden memnuniyet değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı. PÇE puanları ile hemşirelerin çalıştıkları birimden memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 58. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının İşten Tatmin Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	İşten Tatmin Olma	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Genel Toplam	Orta	78	101,25±12,14	-2,062	,042*
	Çok Fazla	30	106,51±14,03		
Problem Çözme Güveni	Orta	78	30,29±6,27	-3,046	,003*
	Çok Fazla	30	34,54±7,18		
Yaklaşma - Kaçınma	Orta	78	43,87±6,62	-,813	,418
	Çok Fazla	30	46,63±8,43		
Kişisel Kontrol	Orta	78	19,42±4,71	-1,521	,131
	Çok Fazla	30	19,49±4,60		

*t- Testi *p<0.05*

PÇE genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin “işten tatmin olma” düzeyine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi ” uygulandı.

PÇE genel ve “problem çözme güveni” alt boyutu puanları ile yönetici hemşirelerin çalıştıkları işten tatmin olma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Bu sonuca göre çalıştığı işten orta düzeyde tatmin olan yönetici hemşirelerin PÇE genel ve “problem çözme güveni” alt boyutu puanları, çalıştığı işten çok fazla tatmin olan yönetici hemşirelerin puanlarından düşüktür. Diğer boyutlar ile yönetici hemşirelerin çalıştıkları işten tatmin olma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Tablo 59. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının İşten Tatmin Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	İşten Tatmin Olma	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Çok Az	57	102,83±12,82	G.Arası	744,3	3	248,1	,828	,478
	Az	76	103,24±14,36	G.İçi	392433,5	1310	299,5		
	Orta Düzeyde	846	100,86±15,63	Toplam	393177,9	1313			
	Çok Fazla	335	101,10±16,21						
	Toplam	1314	101,12±15,60						
Problem Çözme Güveni	Çok Az	57	29,32±6,32	G.Arası	63,8	3	21,2	,416	,741
	Az	76	29,56±6,95	G.İçi	66945,3	1310	51,1		
	Orta Düzeyde	846	30,12±7,06	Toplam	67009,1	1313			
	Çok Fazla	335	29,91±7,53						
	Toplam	1314	30,05±7,11						
Yaklaşma - Kaçınma	Çok Az	57	46,07±8,26	G.Arası	408,9	3	136,3	1,769	,151
	Az	76	44,83±7,43	G.İçi	100938,9	1310	77,0		
	Orta Düzeyde	846	43,70±8,77	Toplam	101347,8	1313			
	Çok Fazla	335	43,47±9,24						
	Toplam	1314	43,85±8,72						
Kişisel Kontrol	Çok Az	57	19,83±4,86	G.Arası	13,5	3	4,5	,241	,868
	Az	76	20,03±4,42	G.İçi	24498,5	1310	18,7		
	Orta Düzeyde	846	19,37±4,78	Toplam	24512,0	1313			
	Çok Fazla	335	20,02±5,02						
	Toplam	1314	19,65±4,71						

Tek yönlü varyans analizi p<0.05

PÇE genel ve alt boyut puanlarının çalıştıkları “işten tatmin olma durumu” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı. PÇE genel ve alt boyut puanları hemşirelerin çalıştıkları işten tatmin olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05).

Tablo 60. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yöneticileri İle Uyum İçinde Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Değişkenler	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Genel Toplam	Evet	84	102,14±13,35	-,843	,401
	Kısmen	24	104,42±11,56		
Problem Çözme Güveni	Evet	84	31,14±6,45	-,714	,477
	Kısmen	24	32,21±8,03		
Yaklaşma - Kaçınma	Evet	84	44,07±7,37	-1,165	,247
	Kısmen	24	46,63±6,70		
Kişisel Kontrol	Evet	84	19,52±4,82	,166	,869
	Kısmen	24	18,90±4,41		

t- Testi p<0.05

PÇE genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin yöneticileri ile uyum içinde olma durumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi” uygulandı. PÇE genel, ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yöneticileri ile uyum içinde olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Yöneticisi ile kısmen uyum içinde olduğunu belirten yönetici hemşirelerin PÇE genel, problem çözme güveni, ve yaklaşma- kaçınma alt boyut puanları daha yüksektir.

Tablo 61. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Yöneticileri İle Uyumlu Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Yönetici ile Uyumlu Çalışma	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Evet	983	101,14±15,83	G.Arası	33,6	2	16,8	,056	,946
	Kısmen	301	102,22±15,53	G.İçi	193144,2	1311	299,8		
	Hayır	30	104,23±10,31	Toplam	393177,9	1313			
	Toplam	1314	101,12±15,69						
Problem Çözme Güveni	Evet	983	30,06±7,24	G.Arası	5,9	2	2,9	,058	,944
	Kısmen	301	30,14±6,92	G.İçi	67003,2	1311	51,1		
	Hayır	30	30,32±5,75	Toplam	67009,1	1313			
	Toplam	1314	30,01±7,16						
Yaklaşma -Kaçınma	Evet	983	43,68±8,82	G.Arası	120,2	2	60,1	,850	,428
	Kısmen	301	44,19±8,77	G.İçi	92711,8	1311	70,7		
	Hayır	30	44,84±5,63	Toplam	92832,0	1313			
	Toplam	1314	43,83±8,78						
Kişisel Kontrol	Evet	983	19,70±4,83	G.Arası	139,4	2	69,7	3,047	,048*
	Kısmen	301	19,04±4,49	G.İçi	29991,9	1311	22,8		
	Hayır	30	18,77±4,74	Toplam	30131,3	1313			
	Toplam	1314	19,62±4,72						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

PÇE genel ve alt boyut puanlarının yönetici ile uyum içinde çalışma değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı. Buna göre “kişisel kontrol” alt boyut puanları ile hemşirelerin yöneticileri ile uyum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$).

Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için “Scheffe testi” uygulandı. “Scheffe testi” sonucuna göre; yöneticisi ile uyum içinde olan hemşirelerin kişisel kontrol alt boyut puanları, yöneticisi ile kısmen uyum içinde olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir.

Tablo 62. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Ekibi İle Uyum İçinde Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Ekibi İle Uyum	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Genel Toplam	Evet	94	102,96±13,17	,616	5,39
	Kısmen	15	100,72±11,12		
Problem Çözme Güveni	Evet	94	31,56±6,74	,399	,691
	Kısmen	15	30,82±7,19		
Yaklaşma - Kaçınma	Evet	94	44,6±7,20	,164	,870
	Kısmen	15	44,49±7,44		
Kişisel Kontrol	Evet	94	19,56±4,97	,833	,407
	Kısmen	15	18,48±3,52		

t- Testi $p<0.05$

PÇE genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin ekibi ile uyum içinde olma durumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi ” uygulandı. PÇE genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin ekibi ile uyum içinde olma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 63. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Ekip İle Uyum Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Ekip İle Uyum	n	Ort.±SS.	Gruplar	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F Değeri	P Değeri
Genel Toplam	Evet	939	101,02±15,94	G.Arası	92,4	2	46,2	,154	,857
	Kısmen	355	101,34±15,15	G.İçi	393085,4	1311	299,8		
	Hayır	20	103,75±8,72	Toplam	393177,9	1313			
	Toplam	1314	101,12±15,66						
Problem Çözme Güveni	Evet	939	29,93±7,12	G.Arası	19,6	2	9,8	,192	,825
	Kısmen	355	30,22±7,36	G.İçi	66989,5	1311	51,0		
	Hayır	20	30,38±4,52	Toplam	67009,1	1313			
	Toplam	1314	30,03±7,16						
Yaklaşma -Kaçınma	Evet	939	43,71±8,94	G.Arası	89,0	2	44,5	,629	,533
	Kısmen	355	44,09±8,52	G.İçi	92743,0	1311	70,7		
	Hayır	20	45,05±4,47	Toplam	92832,0	1313			
	Toplam	1314	43,83±8,72						
Kişisel Kontrol	Evet	939	19,75±4,78	G.Arası	25,8	2	12,9	,693	,500
	Kısmen	355	19,13±4,84	G.İçi	24486,1	1311	18,6		
	Hayır	20	19,87±4,70	Toplam	24512,0	1313			
	Toplam	1314	19,62±4,71						

*Tek yönlü varyans analizi *p<0.05*

PÇE genel ve alt boyut puanlarının ekip ile uyum içinde çalışma değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” testi uygulandı. PÇE puanları ile hemşirelerin ekipleri ile uyum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Ekip ile uyumlu çalışmaya hayır yanıtını veren hemşirelerin PÇE ve yaklaşma kaçınma puanı daha yüksek bulundu.

Tablo 64. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel Puanı İle Kendilerini Motive Eden Faktörlerin Dağılımı ve Karşılaştırılması

*Motive Eden Faktörler		n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Çalışma koşulları	Evet	49	101,38±15,08	-,210	,834
	Hayır	60	103,73±10,76		
Pozisyon	Evet	38	100,97±13,66	-,514	,048*
	Hayır	71	103,59±12,44		
Ekip çalışması	Evet	3	99,31±9,07	-,092	,333
	Hayır	106	104,69±21,13		
Ücret	Evet	29	104,37±13,03	-,076	,941
	Hayır	80	102,06±12,84		
Kişisel gelişim	Evet	52	102,11±14,12	-2,311	,023*
	Hayır	57	103,19±11,73		
Hiçbir şey	Evet	-	-	-	-
	Hayır	109	102,67±12,87		

**Birden fazla yanıt verilmiştir. t- Testi *p<0.05*

PÇE genel puanlarının yönetici hemşirelerin kendilerini motive eden faktör değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi” uygulandı.

PÇE genel puanları ile yönetici hemşirelerin kendilerini motive eden faktörlerden pozisyon ve kişisel gelişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Buna göre; pozisyonunun ve kişisel gelişimin kendisini motive ettiğini belirten yönetici hemşirelerin PÇE puanı daha düşüktür.

Çalışma koşulları ve ekip çalışmasının kendisini motive ettiğini belirten yönetici hemşirelerin PÇE puanı daha düşük bulundu.

Tablo 65. Hemşirelerin PÇE Genel Puanı İle Kendilerini Motive Eden Faktörlerin Karşılaştırılması

*Motive Eden Faktörler		n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Çalışma koşulları	Evet	430	101,73±15,82	,988	,323
	Hayır	884	105,82±17,54		
Pozisyon	Evet	271	101,94±14,20	,126	,331
	Hayır	1043	100,91±15,98		
Ekip çalışması	Evet	604	100,73±16,44	-837	,403
	Hayır	710	102,45±14,90		
Ücret	Evet	363	100,54±15,13	-832	,379
	Hayır	951	103,34±15,82		
Kişisel gelişim	Evet	760	106,43±17,28	,843	,399
	Hayır	554	109,70±17,00		
Hiçbir şey	Evet	90	100,15±13,80	-,610	,542-
	Hayır	1224	101,19±15,76		

**Birden fazla yanıt verilmiştir. t- Testi *p<0.05*

Hemşirelerin PÇE genel puanlarının kendilerini motive eden faktörler değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla iki değişken arasında “t-testi” uygulandı ve anlamlı farklılık bulunmadı. ($p>0.05$). Çalışma koşulları, ekip çalışması, ücret ve kişisel gelişimin kendisini motive ettiğini belirten hemşirelerin PÇE genel puanı daha düşük bulundu.

Tablo 66. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel Puanı İle Problem Çözmede Destek Aldıkları Kişilere Göre Karşılaştırılması

*Destek Aldıkları Kişiler		n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Aile	Evet	11	100,63±13,39	-,153	,879
	Hayır	98	102,90±12,86		
Üst yönetici	Evet	73	104,21±13,40	1,061	,291
	Hayır	36	99,25±11,80		
Arkadaşları	Evet	18	105,44±13,79	,997	,356
	Hayır	91	102,13±12,69		
Meslektaşları	Evet	27	101,66±17,83	-,469	,640
	Hayır	82	103,01±10,88		
Destek almama	Evet	18	101,77±8,07	-324	,747
	Hayır	91	102,85±13,65		

**Birden fazla yanıt verilmiştir. t- Testi *p<0.05*

PÇE genel puanlarının yönetici hemşirelerin problem çözmede destek aldıkları kişilere göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulandı. PÇE genel puanları ile yönetici hemşirelerin problem çözmede destek aldıkları kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Ancak üst yöneticisinden ve arkadaşlarından destek aldıklarını ifade edenlerin PÇE genel puanı daha yüksektir.

Tablo 67. PÇE Genel Puanı İle Hemşirelerin Problem Çözmede Destek Aldıkları Kişilere Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

*Destek Aldıkları Kişiler		n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Aile	Evet	350	101,06±15,99	-1,090	,276
	Hayır	964	101,15±15,50		
Üst yönetici	Evet	499	101,03±21,17	2,119	,870
	Hayır	815	102,13±21,58		
Arkadaşları	Evet	428	101,04±21,70	-1,098	,895
	Hayır	886	103,12±21,36		
Meslektaşları	Evet	278	102,04±20,10	1,534	,125
	Hayır	1034	100,87±21,79		
Destek almama	Evet	231	101,50±21,34	1,407	,160
	Hayır	1083	105,04±21,46		

**Birden fazla cevap verilmiştir. t- Testi p<0.05*

PÇE genel puanlarının problem çözmede destek aldıkları kişiler değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla iki değişken arasında “t-testi tekniği” uygulandı. Buna göre hemşirelerin problem çözmede destek aldıkları kişiler ile PÇE puanı arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Arkadaşlarından destek alanların almayanlara göre PÇE puanı daha düşüktür.

Tablo 68. Yönetici Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Problem Çözme Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Eğitim Alma Durumu	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Genel Toplam	Evet	61	101,64±13,15	-1,174	,243
	Hayır	48	104,05±12,53		
Problem Çözme Güveni	Evet	61	30,69±6,22	-1,328	,187
	Hayır	48	32,45±7,37		
Yaklaşma - Kaçınma	Evet	61	43,38±6,95	-2,102	,038*
	Hayır	48	46,20±7,34		
Kişisel Kontrol	Evet	61	20,02±4,18	,816	,416
	Hayır	48	18,71±5,33		

t- Testi p<0.05

PÇE genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin problem çözme eğitimi alma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi” uygulandı.

PÇE genel puanı ile yönetici hemşirelerin problem çözme eğitimi alma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Problem çözme eğitimi alanların puanı daha düşük bulundu.

Yaklaşma - Kaçınma alt boyutu puanları ile yönetici hemşirelerin problem çözme eğitimi alma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Problem çözme eğitimi alan yönetici hemşirelerin PÇE “yaklaşma – kaçınma” alt boyutu puanları, problem çözme eğitimi almayan yönetici hemşirelerin puanlarından daha düşüktür.

Tablo 69. Hemşirelerin PÇE Genel ve Alt Boyut Puanlarının Problem Çözme Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

PÇE Genel ve Alt Boyutlar	Eğitim Alma Durumu	n	Ort.±SS.	t Değeri	p Değeri
Genel Toplam	Evet	447	101,96±6,67	1,493	,136
	Hayır	867	99,68±15,08		
Problem Çözme Güveni	Evet	447	30,54±7,94	1,855	,064
	Hayır	867	29,71±6,69		
Yaklaşma - Kaçınma	Evet	447	44,09±9,62	,282	,778
	Hayır	867	43,64±8,34		
Kişisel Kontrol	Evet	447	19,83±4,97	1,461	,144
	Hayır	867	19,42±4,61		

t- Testi p<0.05

PÇE genel ve alt boyut puanlarının problem çözme eğitimi alma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla iki değişken arasında “t-testi” uygulandı. PÇE genel ve alt boyut puanları ile hemşirelerin problem çözme eğitimi alma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 70. Yönetici Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanı İle PÇE Genel ve Alt Boyutları Puanları İle İlgili Korelasyon Sonuçları

CEDEÖ Genel Puanı İle PÇE Genel ve Alt Boyutları	n	Ort.±SS.	r değeri	p
CEDEÖ Genel Toplam	109	225,2±20,09	,148	,125
PÇE Genel Toplam		102,67±12,87		
CEDEÖ Genel Puanı		225,2±21,06	-,223	,020*
Problem Çözme Güveni		31,44±6,76		
CEDEÖ Genel Puanı		225,2±21,06		
Yaklaşma - Kaçınma		44,58±6,71	,112	,248
CEDEÖ Genel Puanı		225,2±21,06		
Kişisel Kontrol		19,43±4,73	,550	,000**

*Pearson Çarpım Korelasyon Katsayısı**=.01 düzeyinde anlamlıdır.*

CEDEÖ genel puanı ile PÇE genel ve alt boyutları puanlarını karşılaştırmak için “Pearson Çarpım Korelasyon Katsayısı” tekniği uygulandı. CEDEÖ genel puanı ile PÇE genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak alt boyutlar incelendiğinde CEDEÖ genel puanı ile PÇE “problem çözme güveni” alt boyutu puanları arasında anlamlı negatif doğrusal orta düzeyde bir ilişki bulundu. Buna göre CEDEÖ genel puanı yükseldikçe PÇE “problem çözme güveni” alt boyutu puanları düşmektedir. CEDEÖ puanı ile PÇE “kişisel kontrol” alt boyutu puanları arasında anlamlı pozitif doğrusal düşük düzeyde bir ilişki bulundu. CEDEÖ puanı yükseldikçe, PÇE “kişisel kontrol” alt boyutu puanları da yükselmektedir.

Tablo 71. Hemşirelerin CEDEÖ Genel Puanı İle PÇE Genel ve Alt Boyutları Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları

CEDEÖ Genel Puanı İle PÇE Genel ve Alt Boyutları	n	Ort.±SS.	r değeri	P*
CEDEÖ Genel Puanı	1314	222,86± 21,45	-,017	,201
PÇE Genel Puanı		101,41 ± 5,67		
CEDEÖ Genel Puanları		222,86 ±21,43	-,204	,000*
PÇE Problem Çözme Güveni Boyutu		30,01 ± 7,19		
CEDEÖ Genel Puanları		222,86 ±21,40	-,112	,000*
PÇE Yaklaşma - Kaçınma Boyutu		43,83 ± 8,74		
CEDEÖ Genel Puanları		222,86 ±21,45	,236	,002*
PÇE Kişisel Kontrol Boyutu		19,6 5 ± 4,76		

*“Pearson Çarpım Korelasyon Katsayısı * \leq .01 düzeyinde anlamlıdır.*

CEDEÖ genel puanı ile PÇE genel ve alt boyutları puanlarını karşılaştırmak için “Pearson Çarpım Korelasyon Katsayısı” tekniği kullanılmıştır. CEDEÖ genel puanı ile PÇE genel puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak alt boyutları incelendiğinde “Problem Çözme Güveni” ve “Yaklaşma – Kaçınma” alt boyutları ile CEDEÖ ile arasında, negatif doğrusal yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. Buna göre CEDEÖ puanı yükseldikçe PÇE alt boyutlarından “Problem Çözme Güveni” alt boyutu ile “Yaklaşma – Kaçınma” alt boyutu puanları düşmektedir. CEDEÖ puanı ile PÇE “Kişisel Kontrol” alt boyutu puanları arasında pozitif doğrusal yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. CEDEÖ puanı yükseldikçe PÇE “Kişisel Kontrol” alt boyutu puanları da yükselmektedir.

8. TARTIŞMA ve SONUÇ

Yönetici hemşirelerin CEDEÖ'den aldıkları puan ortalaması $225,28 \pm 20,97$ hemşirelerin ise $222,86 \pm 21,45$ olarak bulunmuştur (Tablo 14). Bu ortalama CEDEÖ'ye göre "düşük" eleştirel düşünme düzeyi olarak sınıflandırılmaktadır.

Eşer ve ark. (2007), Arslan ve ark. (2009), Kıranşal ve ark. (2006), yaptıkları çalışmada hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimini düşük düzeyde bulmuşlardır.

Dirimeşe' nin (2006), çalışmasında hemşirelerin ve öğrenci hemşirelerin, Sarıoğlu (2009) hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimini orta düzeyde bulmuşlardır.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise hemşirelerin eleştirel düşünme eğilim puanlarının orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Walsh and Hardy 1999, Rodriquez 2000, Hicks et al 2003, Wangesteen et al 2010).

Kawashima and Petrini'nin (2004), Japonya'daki öğrenci hemşireler ile çalışan hemşirelerin eleştirel düşünme becerilerini incelemeye yönelik yaptıkları çalışmada, hastanelerde çalışmakta olan hemşirelerin eleştirel düşünme beceri puan ortalamalarının, öğrenci grubuna göre daha düşük olduğu ve orta düzeyde olduğunu bulmuşlardır.

Doğan Yılmaz (2010), hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmasında öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimini orta düzeyde bulmuştur.

Öztürk'ün (2006), Zaybak ve Khorsid (2006), Bulut ve ark. (2009), Atay ve ark (2009), Akkuş, Kaplan ve Kaçar (2010), yaptıkları araştırmalarında hemşirelik öğrencilerinin puan ortalamasını düşük düzeyde bulmuşlardır.

(Kaya 1997, Dil Coşkun, 2001), hemşirelik ve üniversitelerin diğer bölümlerinde okuyan örgencilerin karşılaştırıldığı çalışmalarda, hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyi diğer bölümlerdeki öğrencilerden daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuçlar değerlendirildiğinde bulgularımız literatür ile uyumludur. Hemşirelerde eleştirel düşünme eğilim puanlarının düşük düzeyde olmasının nedeni eğitim sistemindeki farklılıklar, iş yoğunluğu, iş doyumsuzluğu gibi yönetsel nedenlerin yanı sıra bireysel farklılıklar, düşünsel gelişim gösterememe ve farklı bakış açıları geliştirememeye, eleştirel düşünme yerine bağımlı rollerini yerine getirmesinin beklenmesi, hemşirelik sürecini etkin kullanılmaması gibi faktörlerle de ilişkili olduğu söylenebilir (Kelleci ve Gölbaşı 2004, Dirimeşe ve Dicle 2006, Eşer ve ark. 2007, Sarioğlu 2009).

Yönetici hemşirelerin yaş ortalaması $30,18 \pm 6.82$, hemşirelerin ise $25,57 \pm 4.09$, olarak bulundu.

Baykal ve ark. (2006), yönetici hemşirelerde yaptıkları çalışmalarında % 66.9'nun 31–40 yaş Erkan ve Abaan (2006), Devlet hastanelerinde çalışan yönetici hemşirelerin % 67'sinin 31-40 yaş grubunda, özel hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin %50'sinin 21- 30 yaş grubunda, Terzioğlu (2006), %54,8'nin 36-45 yaş arasında olduğunu bulmuştur.

Hemşirelerde yapılan çalışmalarda Kaya (2005), araştırmasında hemşirelerin yaş ortalaması 29.26 ± 5.24 , Dirimeşe (2006) 33 ± 6.1 , Arslan ve ark. (2009), 34.18 ± 8.30 , Sarioğlu (2009), yaş ortalamasını 30.11 ± 6.10 , Erbil ve Bostan (2004), çalışmalarında hemşirelerin % 47,1'nin 20–30 yaş, Erenler (2007), hemşirelerin yarısından fazlasının 26-30 yaş arasında olduğunu belirlemiştir

Wangenstein et al. (2010), hemşirelerde ortalama yaşı 30.9, Zori et al. (2010), yönetici hemşirelerin yaş ortalamasını 47.3, hemşirelerin ise 41.4 olarak belirlemiştir.

Çalışmada 23-27 yaş grubunda olan yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puanları ve meraklılık alt boyut puanları yaşları 28-32 yaş arasında olan yönetici hemşirelerin puanlarından daha yüksektir ($p<0.05$). (Tablo 15). Hemşirelerin CEDEÖ genel toplam, açık fikirlilik ve sistematiklik alt boyut puanları 18-22 yaş grubunda diğer gruplara göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 16).

Kaya (1997), Dil Coşkun (2001), Öztürk (2006), Dirimeşe ve Dicle (2006), Zaybak ve Khorsid (2006), Eşer ve ark. (2007), Arslan ve ark.(2009), Sarioğlu (2009), Doğan Yılmaz (2010), Kantek ve Gezer (2010), çalışmalarında yaş ile eleştirel düşünme gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Martin (1998), Rodriguez (2000), Martin (2002), Kawashima and Petrini (2004), Zhang and Lambert (2008), Wangenstein et al. (2010), Feng et al.(2010), yaşın artmasıyla birlikte eleştirel düşünmenin ve karar vermenin de arttığını bulmuşlardır.

Öztürk ve Ulusoy (2008), hemşirelik lisans ve yüksek lisans öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerini inceledikleri çalışmalarında öğrencilerin yaşları ile eleştirel düşünme gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuş olup, yaşın ilerlemesiyle eleştirel düşünme düzeyi ortalamalarının arttığını saptamışlardır. Bu sonuçlar çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Scott and Markert (1994), Howenstein ve ark. (1996), Sarioğlu (2009), yaş ile eleştirel düşünme arasında negatif ilişki saptamışlardır.

Vaughan-Wroben et al. (1997), yaptıkları araştırmada yaş ile eleştirel düşünme arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Hemşirelerde yaş ilerledikçe eleştirel düşünmede artış gösterirken yönetici hemşirelerde 28-32 yaş arasında düşme olduğu görülmüştür bunun nedeni yönetici hemşirelerin

kendilerinden beklenen rol ve sorumlulukların aynı yaş grubundaki hemşirelerden farklı olması, yönetici hemşirelerin erken yaşta sorumluluklarının artması, farklı birçok sorunla aynı anda karşılaşmanın bilişsel sürecin mantıklı ilerlemesini etkileyeceği ve yetki ve sorumluluk denkliklerinin etkili olabileceği düşünüldü.

Yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 17). Yönetici hemşirelerde sistematiklik alt boyut puanı evli olanlarda, açıkfikirlilik alt boyut puanı ise bekar olanlarda daha yüksek bulundu. Hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak hemşirelerde CEDEÖ “açık fikirlilik” ve “sistematiklik” alt boyutu puanları evli olan hemşirelerde yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 18).

Dil Coşkun (2001), Eşer ve ark. (2007), Öztürk ve Ulusoy (2008), Arslan ve ark. (2009), Doğan Yılmaz (2010)' da çalışmalarında medeni durum ile eleştirel düşünme arasında farklılık bulunmamışlardır. Bu sonuçlar çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Sarioğlu (2009), çalışmasında bekâr olan hemşirelerin eleştirel düşünme eğilim puan ortalaması evli olanlara oranla anlamlı olarak fazla bulunmuştur.

Hemşirelerin açıkfikirlilik ve sistematiklik alt boyutu puanları medeni durum değişkenine göre farklılık göstermesi evlilik ile birlikte düzenli bir hayata geçmeleri ya da sorumluluklarının artması ile birlikte daha sistemli çalışmalarının gerekmesi ile açıklanabilir.

Yönetici hemşirelerde eğitim düzeyi ile eleştirel düşünme eğilimi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19). Ancak ön lisans mezunu yönetici hemşirelerin puan ortalaması lise ve lisans mezunu hemşirelerden daha yüksek bulundu. Hemşirelerde yüksek lisans mezunu olanların CEDEÖ genel toplam puanı lise ve

önlisans mezunu hemşirelerin puanından daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 20). Doğruyu arama, açık fikirlilik, sistematiklik ve meraklılık alt boyut puanları yüksek lisans mezunu hemşirelerin daha yüksek ve anlamlıdır ($p<0.05$). Yüksek lisans ile lisans mezunu hemşireler ile lise ve önlisans mezunu hemşireler arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Yükseköğretim sonucunda eleştirel düşünme yeteneğinin artması beklenmektedir (Baning 2006; Mundy and Denham 2008).

Howenstein (1996), Kaya (1997), Vaughan-Wroben ve ark. (1997), Dil Coşkun (2001), Wangenstein et al. (2010), Kantek Öztürk ve Gezer (2010), Tümkaya ve ark. (2009), eğitim düzeyi arttıkça eleştirel düşünme eğiliminde arttığını bulmuşlardır.

Öztürk ve Ulusoy (2008), çalışmalarında istatistiksel olarak anlamlı olmamak ile birlikte sınıf düzeyleri arttıkça eleştirel düşünme puanının da arttığını bulmuşlardır.

Zhang and Lambert (2008), Çin'de hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında eğitim ile eleştirel düşünme arasında anlamlı farklılık bulmuşlardır.

Giroto (2000), Martin (2002), Hicks ve ark. (2003), Stewart and Demsey (2005) Arslan ve ark. (2009), Şenturan (2006), araştırmalarında, eğitim düzeyi ile CEDEÖ puanı arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını bulmuşlardır.

Maynard (1996), Adams (1999) ve McGrath (2003), lisans öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında sınıf düzeyine göre eleştirel düşüncelerinde anlamlı fark olmadığını belirlemişlerdir.

Brown et al. (2001), 3 hemşirelik programının başlangıç ve sonunda eleştirel düşünme düzeyinin iki grupta değiştiğini ancak bir grupta yükselme olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamsız olduğunu bulmuşlardır.

Çalışmada yüksek lisans mezunu hemşirelerin puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur Öztürk ve Ulusoy'un (2008), araştırma sonuçları çalışmayı desteklemektedir. Yüksek lisans eğitiminde derslerin tartışmaya dayalı olması, kişilerin kendi kendine öğrenmeye ve araştırmaya teşvik edilmelerinin fazla olması gibi nedenlerle bu gruptaki hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyi daha yüksek olduğu belirtilebilir (Öztürk ve Ulusoy 2008).

Drennan (2010), çalışmasında, lisans ve yüksek lisans mezunları arasında bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç çalışma bulguları ile benzerdir.

Önlisans mezunu yönetici hemşirelerin puan ortalaması lise ve lisans mezunu hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de üniversitede okuyan hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda öğrencilerin eleştirel düşünme gücünün orta düzeyde olduğu görülmüş ve üniversite eğitiminin eleştirel düşünme gücünün gelişimini yeterince desteklemediği konunun üzerinde önemle durulması gerektiği sonucuna varılmıştır (Kaya 1997, Dil Coşkun 2001, Öztürk ve Ulusoy 2008, Kantek Öztürk ve Gezer 2010).

Teori ve pratiğin entegrasyonu eleştirel düşünmeyi artıracaktır (Scanlan ve ark. 2002). Hemşire eğitimciler tarafından müfredat programlarına eleştirel düşünme derslerinin entegre edilmesi, araştırma ve düşünmeye yönelik stratejiler geliştirilmesi, özellikle hemşirelik eğitimi sırasında hastanelerde yapılan uygulamalarının etkinliğinin artırılması yararlı olabilir.

Yönetici hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile eleştirel düşünme eğilimi toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 21). Hemşirelerde 10 yıl ve üzerinde çalışanların “açık fikirlilik” ve “sistematiiklik” alt boyut puanlarının yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 22).

Çalışmada yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışma süresi ile eleştirel düşünme eğilimi puanları ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Yöneticilik deneyimi 7-9 yıl arasında olan hemşirelerin doğruyu arama ve açıkfikirlilik alt boyut puanları daha yüksektir.

Arslan ve ark. (2009), çalışmasında da deneyim süresine göre eleştirel düşünme eğilimi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır. Ancak 11 yıl ve üzeri deneyimi olan hemşirelerin “açık fikirlilik” alt ölçek puanı anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu çalışmamızın sonucu ile paralellik göstermektedir.

Dirimeşe (2006), hemşirelik deneyim süresine göre eleştirel düşünme eğilimi toplam puanı arasındaki farkın anlamsız olduğu 1–5 yıl deneyim süresi olan hemşirelerin meraklılık alt ölçek puanının 5 yıl ve daha fazla deneyimi olan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Yapılan çalışmalarda uzman hemşirelerin klinik deneyimi olmayan hemşirelere göre daha iyi eleştirel düşünebildikleri ve karar verebildikleri Girot (2000), Marnard (1996) mesleki deneyim yılı arttıkça daha fazla “analitik” olmaya eğilimli oldukları belirlenmiştir.

Martin (2002), Feng et al. (2010), Drennan (2010), çalışmalarında hemşirelerde klinik deneyime sahip olmanın, eleştirel düşünmeyi olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.

Hawley'in (1998), yaptığı çalışmada, hemşirelerin mesleki deneyim yılı arttıkça eleştirel düşünme eğilim ölçeğinin "analitik" alt ölçeği puanında anlamlı artış saptanmıştır.

Fero et al. (2009), yeni mezunlar ile deneyimli hemşireleri karşılaştırdıkları çalışmada deneyim ile eleştirel düşünme arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır.

Öztürk (2006), çalışma süresi ile eleştirel düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmuştur.

Akkuş, Kaplan ve Kaçar (2010), çalışmada klinik uygulamasına ilişkin olumlu düşünceleri olan öğrencilerin eleştirel düşünme puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ancak, bazı araştırma bulguları bu sonuçları desteklememekte ve klinik deneyimin hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyini etkilemediğini göstermektedir Kaya (1997), Rodriguez (2000), Hicks et al. (2003), Eşer ve ark. (2007), Zhang and Lambert (2008).

Kawashima and Petrini'nin (2004), Japonya'daki öğrenci hemşireler ile çalışan hemşirelerin eleştirel düşünme becerilerini incelemeye yönelik yaptıkları çalışmada, hastanelerde çalışmakta olan hemşirelerin eleştirel düşünme beceri puan ortalamalarının, öğrenci grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Howenstein et al. (1996), Sarioğlu (2009), deneyim yılı ile eleştirel düşünme beceri puanı arasında negatif ilişki olduğunu saptamışlardır.

Hurst ve ark. (1991), deneyimli hemşirelerin eleştirel bir bakış açısından çok, rutin bir şekilde bakım vermeye yoğunlaştıklarını belirtmektedir.

Bu sonuçlar, çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Ancak deneyim ile birlikte hemşirelerin öğrenme isteklerinin artması, daha iyi neden sonuç ilişkisi kurması, farklı olma isteğinin artması, standartların dışında durumlar ile karşılaştığında daha iyi düşünebilmesi beklenirken deneyim ile eleştirel düşünme arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması hemşirelerin mesleklerinde gelişim ve değişime yeterli önem vermediklerini göstermektedir.

Açık fikirlilik olgunluk deneyim ile birlikte artış göstermektedir (Kataoka-Yahiro and Saylor 1994), çalışmada 10 yıl ve üzerinde deneyime sahip hemşirelerin açık fikirlilik puanlarının yüksek olması deneyim ile yaşın ilerlemesiyle birlikte kendini daha iyi ifade etme ve fikirlerini sunmada cesur davranmada artış görülebileceği, sistematiklik puanlarının yüksek olması deneyim ile birlikte sorunların çözümünde daha sistemli hareket etmenin artış gösterebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ve alt boyutları ile çalışılan birim değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 24). Ancak poliklinik yönetici hemşirelerinin CEDEÖ genel puan ile doğruyu arama alt boyut ortalaması, ameliyathane yönetici hemşirelerinin açık fikirlilik, sistematiklik, kendine güven ve meraklılık alt boyut puanları diğer birimlerde çalışan yönetici hemşirelerden daha yüksek bulundu. Hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ile çalışılan birim değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 25). Hemşirelerde ise yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin açık fikirlilik ve meraklılık alt boyut puanları, ameliyathanede çalışan hemşirelerin ise açık fikirlilik puanları daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Yoğun bakımlarda hastaların daha riskli olmaları nedeniyle her değişim yada belirti göz önünde bulundurulmalıdır, bu nedenle hemşirelerin meraklılık puanları daha yüksek çıkmış olabilir. Ameliyathane ve yoğun bakım da çalışan hemşirelerin açık fikirlilik puanlarının daha yüksek olması, belirli bir ekip ile çalışılması ve hemşireler için

otonominin daha fazla olabildiği birimler olması ile ilişkilendirilebilir. Bu birimlerde çalışan hemşirelerin bu özelliklerinin eleştirel düşünmeyi olumlu etkilediği düşünülebilir.

Hicks et al. (2003), yoğun bakım hemşireleri üzerinde yaptıkları bir araştırmada çalışmamızda olduğu gibi hemşirelerin meraklılık puanları yüksek, açık fikirlilik puanı ise daha düşük bulmuştur.

Özel dal hemşirelerinin kendine güven alt boyut puanları diğer birimlerde çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu sonuç hemşirelikte uzmanlaşmanın kendine güveni artırdığını gösterebilir.

Wangensteen et al. (2010), çalışmalarında hemşirelerin çalıştıkları uzmanlık alanlarına göre eleştirel düşüncülerinde anlamlı fark bulmuşlardır.

Howenstein (1996) ve Hawley'in (1998), Dirimeşe ve Dicle (2006), Eşer ve ark. (2007), Arslan ve ark. (2009), çalışmalarında hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre eleştirel düşünme eğilim puanları incelediklerinde puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamışlardır.

Bu sonuçlar çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Hemşirelerin çalıştıkları birim değişkenine göre eleştirel düşünme düzeylerinin anlamlı farklılık göstermemesi her alanda hemşirelerin rol ve sorumluluklarının ve yetkilerinin benzer olduğunu düşündürebilir ancak çalışmanın yapıldığı kurumda hemşirelerin çalıştıkları birimlere özgü görev tanımlarının olması bize hemşirelerin kendilerinden beklenenden çok, rutin hemşirelik bakımına yönlendiklerini düşündürmektedir.

Çalışmada sürekli gündüz çalışan hemşirelerin CEDEÖ genel toplam ve “açık fikirlilik ve kendine güven” puanları, vardiyalı çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir ve anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 26).

Hemşirelerin genellikle şift usülü çalışmaları, sürekli bir uyku rutinlerinin olmaması ve mesai saatlerinin sürekli değişkenlik göstermesi işe bağlı gerginliğin artmasına neden olabilmektedir. Nöbette sağlık çalışanın diğer meslektaşlarından ayrı tek başına kaldığı ve hastanın tüm sorumluluğunu tek başına üstlendiği bu durumun bireyde yalnızlık, çaresizlik duygularına ve yoğun strese yol açtığı belirtilmektedir (Aslan ve ark. 1996, Tel ve ark. 2003).

Vardiyalı çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırmalar, bu şekilde çalışmanın çalışanların fizyolojik, psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını ve bireysel güvenliği ve hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (Wilson 2002, Blachowicz and Letizia 2006).

Sağlıklı yetişkinler gecede ortalama 5 saatten az uyuduklarında, bilişsel performans düşmeye başlar. Hem kısa dönem hem de uzun dönem uyku bozukluğuna bağlı olarak, anlatım ve problem çözme yetilerinde de azalma görülmektedir. Bu şartlar uyku kaybına, gün içindeki işlevlerin bozukluğuna ve yorgunluğa neden olmaktadır. (Sarıcaoğlu ve ark. 2005). Gece vardiyalarında çalışma ile dikkat azalması ve bilişsel işlevlerdeki performansın düşmesi arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır (Gaertner and Folkard 2001).

Uyku ve dinlenme süresi eleştirel düşünmeyi etkilemektedir (Miller ve Babcock 1996, Craven and Hirnle 1996, Kaya 1997, Martin 2002, Şenturan 2006). Sağlık çalışanlarının çalışma saatlerinin özel yaşamı etkilemeyecek şekilde ve çalışanın dinlenmesini dikkate alarak düzenlenmesi gerektiği belirtilmektedir (Tel ve ark. 2003, Taşçı ve ark. 2007). Bu durumun problem çözme de etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada CEDEÖ genel, ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışmaktan memnun olma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır. ($p>0.05$) (Tablo 27). Ancak yönetici olarak çalışmaktan kısmen memnun olan yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puan, açıkfikirlilik, analitiklik ve sistematiklik puan ortalamaları daha yüksek bulundu.

Hemşirelerde ise çalıştığı birimden memnun ve kısmen memnun olan hemşirelerin CEDEÖ genel puan, “analitiklik”, “sistematiklik”, “kendine güven” ve “meraklılık” alt boyut puanları memnun olmayan hemşirelerin puanlarından daha yüksek ve anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 28). “Çalıştığınız birimden memnun musunuz” sorusuna sadece 63 hemşirenin hayır yanıtı vermesi hemşirelerin çok büyük oranda istedikleri birimde çalıştıklarını göstermektedir.

Olumlu çalışma ortamını sağlama, yüksek kalitede ve güvenli hasta bakımını sağlama, çalışanın kuruma bağlılığını ve iş doyumunun artmasında eleştirel düşünmenin önemli olduğu belirtilmiştir (Zori , Nosek ve Musil 2010).

Baykal ve ark. (2006), araştırmaya katılanların yönetici hemşire olarak çalışmaktan çoğunlukla %51 memnun olduklarını belirlemiştir.

Öztürk, Yılmaz ve Demir (2009), çalışmalarında yönetici hemşirelerin %75'i yönetici olmaktan memnun olduğunu belirtmişlerdir.

Sarioğlu (2009), çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin %55'inin, servis hemşirelerinin % 65,4'ünün çalışma ortamından memnun olduğu görülmüştür. Hemşirelerin uygun istihdam edilmemesi, hasta bakım kalitesini düşürmekte ve tıbbi hatalar ile mortalite oranlarını artırmaktadır (Lankshear, Sheldon and Maynard 2005, Tourangeau et al. 2007).

Çalışanın çalıştığı birimden memnun olması, olaylara yaklaşım biçimini, görevini yerine getirme isteğini, motivasyonunu, hasta ve çalışan güvenliğini etkilemesi nedeniyle son derece önemlidir.

Çalışmada yönetici hemşirelerin % 71,6'sı, hemşirelerin % 64,3'ü, iş tatminini orta düzeyde bildirmiştir (Tablo 5). CEDEÖ genel, ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin çalıştıkları işten tatmin olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 29). Hemşirelerde ise çalıştığı işten çok fazla tatmin olanların CEDEÖ genel puanları, çalıştığı işten çok az ve orta düzeyde tatmin olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 30).

Günümüzde hemşirelerde stres ve tükenmişliğin yüksek olması somatik rahatsızlıklara, işten ayrılmalara, işe karşı kayıtsızlık, sürekli işten yakınma, mesleğin geleceğine ilişkin umutsuzluk ve intihar girişimlerine yol açabileceği belirtilmektedir (Karadağ ve ark. 2002, Taşçı ve ark. 2007).

Hemşirelerin düzensiz ve zor iş koşulları, uykusuzluk, yorgunluk, görev, yetki ve sorumlulukların yeterince belirlenmemiş olması, iş doyum düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir (Taşçı ve ark. 2007, Erbil ve Bostan 2004).

Duygulu ve Korkmaz (2008), çalışmasında, hemşirelerin iş doyumunu düşük bulunmuştur. Çam ve Yıldırımın (2010), hemşirelerin iş doyumunu ile ilgili yapılmış tüm çalışmalarını derlemesinde hemşirelerin iş doyumlarının orta veya ortanın altında ve diğer meslek gruplarına göre daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

İş doyumsuzluğunun eleştirel düşünmeyi olumsuz etkilediği belirtilmektedir. (Dirimeşe ve Dicle 2006, Kelleci ve Gölbaşı 2004, Arslan ve ark.2009).

Mesleğini severek yapmak iş doyumunu etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Öztürk (2006), öğrenci hemşireler ile yaptığı çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber mesleği isteyerek seçenlerin eleştirel düşünme puan ortalamasının istemeyerek seçenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Doğan Yılmaz (2010), çalışmada ise mesleği isteyerek seçmenin eleştirel düşünmeyi etkilemediği görülmektedir.

Çalışanların iş doyumunu ile, gerçekleştirilen hizmetin kalitesi ve etkililiği arasında pozitif bir ilişki olduğu söylenebilir (Martin 2002). İş doyumunu düşük olan iş görenin kaliteli bir hizmet sunması ve hasta tatminini sağlaması mümkün değildir. Hastaların yüksek düzeyde kaliteli ve etkin bir sağlık hizmeti alabilmesi ve hizmetten memnun kalması için iş görenlerin de işlerinden ve işyerlerinden tatmin olmuş olmaları gerekmektedir (Tengilimoğlu ve Yiğit 2005).

Çalışanın iş doyumunu kadar yöneticinin iş doyumunda örgütsel etkinlik açısından önemlidir. Eğer yöneticiler işlerinde doyumsuz iseler, onların mutsuzluğu, geniş yönetim etkileri nedeniyle bütün bir örgüte yayılabilir.

Çalışmada yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu yöneticileri ile uyum içerisinde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Yöneticileri ile kısmen uyum içerisinde olan yönetici hemşirelerin CEDEÖ puanları daha yüksek ve anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 31). Hemşirelerde ise yöneticisi ile uyumlu çalıştığını belirtenlerin CEDEÖ genel puanı yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur $p < 0.05$) (Tablo 32).

Baykal ve ark. (2006), çalışmada da yönetici hemşirelerin büyük çoğunluğu kendi yöneticileri ile uyum içerisinde çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Örgütün başarılı olmasında önemli rolleri olan yöneticilerin liderlik davranışları, örgütte çalışanların iş doyumunun artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Şahin Batıgün 1997, Tengilimoğlu ve Yiğit 2005). Yönetim politikası ve liderlik türü, çalışma sırasındaki bağımsızlık derecesi, kişilerarası ilişkiler, fiziki koşullar, bireysel faktörler ve ücret boyutları ile sağlık çalışanlarının iş doyumunu arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, en yüksek ilişkinin yönetim politikaları ve yönetici davranışlarında olduğu görülmüştür (Şahin Batıgün 1997, Tengilimoğlu ve Yiğit 2005). Aynı şekilde Taşçı ve ark. (2007), çalışanın yöneticisi ile ilişkilerinin iş doyumunu etkilediğini belirtmektedirler. Çalışmada çalıştığı işten tatmin olma ile eleştirel düşünme arasında anlamlı farklılık bulunmuştu.

Yöneticilerin karşılıklı bütünlük ve uyumlu işbirliği içersinde personeli esas alan bir yönetim sistemini oluşturmaları, sağlık hizmetlerini başarıya ulaştıracak en önemli faktör olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle hemşirelerin yöneticileri uyum düzeyleri arttıkça CEDEÖ puanlarının artması çalışmamızın sonucu olumludur.

Yöneticisi ile kısmen uyum içerisinde çalışan yönetici hemşirelerin açık fikirlilik puan ortalamalarının daha yüksek olması bu kişilerin fikirlerini paylaşmaları, düşünceleri ifade etmeleri yöneticileri ile olan uyumu etkilediği düşünülmektedir. Bu çağdaş yönetimde istendik bir sonuç değildir, birim sorumluları hastane yönetiminde kilit noktadrlar ve düşüncelerini bir üst yöneticilerine açıklıkla ifade etmeleri, eleştirel düşünme becerisinin artması, sorunların çözümünde daha eleştirel yaklaşma açısından son derece önemlidir.

Ekip çalışmasının önem kazandığı iş hayatında, bir kurumun başarılı olması, çalışanlarına gurur ve mutluluk vermesi, rekabet ortamında varlığını sürdürmesi, etkin ve üretken olması, ekip çalışması ve ekibi etkin bir biçimde yönlendiren liderlerle mümkündür (Ayşe Ormancı 2005).

Çalışmada yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel toplam puanları ile ekip ile uyum düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$). (Tablo 33). Ancak ekibi ile uyum içerisinde çalışan yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puan ortalamaları kısmen uyum içerisinde olan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksektir. Ekip ile uyumlu çalıştığını belirten yönetici hemşirelerin “kendine güven” alt boyutu puanları daha yüksek ve anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 34). Buna göre ekip ile uyumlu çalışmanın yöneticinin kendine olan güveni artırdığı söylenebilir. Hemşirelerin CEDEÖ genel toplam, “analitiklik”, “sistematiklik”, “kendine güven” ve “meraklılık” alt boyut puanları ekibi ile uyum içinde olan hemşirelerin, uyum içinde olmayan hemşirelerin puanlarından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Çalışmada hemşirelerin % 71,5’i ekip ile uyumlu çalıştığını sadece % 1,5’nin uyum içerisinde çalışmadığı bulunmuştur. Yönetici hemşirelerin % 86,2’si ekip ile uyumlu çalıştığı belirlenmiştir.

Erbil ve Bostanın (2004), çalışmalarında ebe ve hemşirelerin % 65,5’i meslektaşları ile ilişkilerinden memnun olduğunu belirlemiştir. Sağlık çalışanlarının iş streslerinin azaltılması için ekip çalışması önerilmektedir (Tel ve ark. 2003).

Günün büyük bir kısmının geçirildiği iş yerinde çalışma arkadaşları ile ilişkiler ve iş ortamının çalışanı destekleyici hale getirilmesi önemlidir. Bu durum çalışanların kendilerine güvenlerinin artmasını, fikirlerini açıklıkla ifade edebilmelerini ekip çalışmasına dayalı olarak sistematik çalışmayı, sorgulamayı dolayısıyla eleştirel düşünebilmeyi sağlayacağı düşünüldü.

Örgütlerin verimini artırmanın en ekonomik yolu çalışanları motive etmektir. İnsanlar yaptıkları işten ve iş çevresinden memnun oldukları sürece daha etkin ve verimli çalışırlar. İhtiyaçları tatmin edilmeyen çalışanlar mutsuz bireylerdir. Mutsuz personel ise örgüt başarısızlığının en önemli etkenidir. Eleştirel düşünme eğiliminde içsel motivasyon

çok önemlidir. Eleştirel düşünmenin geliştirilmesi için çalışanların motive edilmesi ve ulaşılabilir kılınması gerekir (Dirimeşe 2006).

Yönetici hemşirelerin % 100'ü mesleklerini uygularken kendilerini işlerinde motive edecek bir takım faktörler bulduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin ise % 6, 8'i (n=90) kendilerini hiçbir şeyin motive etmediğini belirtmişlerdir.

Yönetici hemşirelerin kendilerini motive eden faktörlerden sadece kişisel gelişim faktörü CEDEÖ ile anlamlı farklılık göstermiştir. Buna göre işinde kendisini kişisel gelişimin motive etmediğini belirten ve bu faktöre hayır yanıtı verenlerin CEDEÖ puanı daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 35) Bu sonuç hemşirelerin sonucu ile çelişmektedir, bu yönetici hemşirelerin kişisel gelişimlerine yönelik gerekli uygulamaların yapıldığını ve motivasyon kaynaklarının kişisel gelişim olmadığını, yönetici hemşirelerin motivasyon kaynaklarının belirlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmada hemşireleri motive eden faktörlerden, ekip çalışması ve kişisel gelişim anlamlı farklılık göstermiştir. Buna göre bu faktörlere evet yanıtı verenlerin CEDEÖ puanı daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 36). Hemşirelerin motivasyon faktörlerinden en yüksek oranda kişisel gelişimi seçmeleri ve eleştirel düşünme açısından ileri derecede anlamlı bir sonuç çıkması kurumların çalışanların kişisel gelişimine önem vermesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Çalışmanın yapıldığı kurumda kişisel gelişimin bir kurum kültürü olarak yerleşmiş olması bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışanların performanslarına göre maddi prim ve ödül verilmesi, başarılarının ödüllendirilmesi yeni başarıları teşvik edecektir (Soykaner 2008). Çalışmada hemşirelerin %72,4'nün yönetici hemşirelerin ise %73, 4 'nün aldıkları ücretin kendilerini motive etmediklerini belirtmesi dikkat çekicidir. (Tablo 8). İş karşılığı alınan

ücretin, yetersiz olduğunun düşünülmesi iş doyumsuzluğuna neden olan önemli faktörlerden biridir (Aydın ve Kutlu 2001, Erbil ve Bostan 2004).

Özdemir (2004), çalışmasında hemşireler motivasyon araçlarından başarının ödüllendirilmesi ve maaşı yetersiz bulmuştur.

Aydın ve Kutlu (2001), çalışmalarında hemşirelerin en düşük doyumunu ücretten aldıklarını belirlemişlerdir. Bu sonuçlar çalışmamızla uyumludur.

Soykaner (2008) ve Özdemir (2004), çalışmalarında sağlık personelinin motivasyonuna etki eden bireysel faktörlerin ortalama puanları arasında aylık gelir durumuna göre anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlardır.

Soykaner (2008), terfinin son derece etkin bir motivasyon aracı olduğunu, sağlık kurumlarında tecrübe ve başarıya dayalı bir terfi sisteminin kurulması personel ve kurumun verimini artıracığını belirtmiştir.

Yönetici hemşirelerin % 65'i, hemşirelerin ise % 79,4'ü çalıştıkları pozisyonun kendilerini motive etmediğini belirtmiştir. Çalışmanın yapıldığı kurumda kariyer planlamanın işe alım ile birlikte herkes için planlandığı ve bir üst pozisyona geçiş kriterlerinin önceden belirlenmiş olması düşünülür ise kişilerin kendileri ile ilgili olarak kariyer planlamada yöneticilerinden ve kurumdan farklı düşündükleri sonucuna varılabilir.

Çalışmada yönetici hemşirelerin kendilerini en iyi ifade eden özelliklerden azimli, meraklı, pozitif düşünen ve sezileri kuvvetli olarak tanımlayanlar ile CEDEÖ genel puanı anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$) (Tablo 37). Hemşirelerin kendilerini en iyi ifade eden özelliklerden azimli, açık fikirli, sorgulayıcı, araştırmacı, eleştiriye açık olarak belirtenler ile CEDEÖ genel puanı ileri düzeyde anlamlı, pozitif düşünen, risk alabilen

ve sezileri kuvvetli olarak tanımlayanlar ile CEDEÖ genel puanı anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$) (Tablo 38).

Şenturan'ın (2006), çalışmasında kişisel özellikler bakımından akıllılık, meraklılık, çekingenlik, heyecanlı olma kendine güven özelliklerinde farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Zaybak ve Khorsid (2006), kendine güvenme, azimli olma, sorgulayıcı olma, yaratıcı olma ve araştırmacı olma gibi özelliklere sahip olan öğrencilerin eleştirel düşünme puan ortalamalarının diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamıştır.

Eleştirel düşünme becerisine sahip kişiler, analitik, bilgilendirilebilir, gözlemci, iddia eden, sonuç yönetebilen, becerikli, risk almaya istekli, esnek ve açık fikirli, yaratıcı, sorumluluk sahibi, disiplinli, meraklı, yenilikçi ve sezileri kuvvetli olarak ifade edilmektedir (Facione et al. 1996, Nicoteri 1998, Kataoka-Yahiro and Saylor 1994, Ulupınar 1997, Boychuk Duchscher 1999, Öztürk 2006, Swaleh Toofany 2008).

Literatür bulgumuzu desteklemekte ve kişisel özelliklerin eleştirel düşünmeyi etkilediğini kanıtlamaktadır.

Çalışmada yönetici hemşirelerde de kitap okuyan ve herhangi bir kursa katılan hemşirelerin eleştirel düşünme puanı daha yüksektir ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 39). Yönetici hemşirelerde konsere etkinliğine zaman ayıranların eleştirel düşünme puanı ayırmayanlara göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Hemşirelerde ise kitap okuyan ve herhangi bir kursa katılan, tiyatroya gidenlerin eleştirel düşünme puanı daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 40).

Literatürde kitap okumanın bireylerin, konuşma, kendini ifade edebilme, yeni bilgilere ulaşma, olayları sentezleyip analiz etme, yorumlama, değerlendirme, problem çözme,

eleştirel düşünme ve karar verme gibi becerilerini geliştirdiği belirtilmektedir (Arıcı 2008, Doğan Yılmaz 2010).

Doğan Yılmaz (2010), çalışmasında öğrencilerin yılda okudukları kitap sayısı arttıkça eleştirel düşünme puan ortalamalarının da istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.

Baykal ve ark. (2006), çalışmasında yönetici hemşirelerin boş zamanlarını çoğunlukla sosyal aktivitelere katılarak geçirdiği, sinemaya-tiyatroya hiç gitmeyenlerin oranının düşük olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda yönetici hemşirelerin en az vakit ayırdıkları etkinlik tiyatro olarak bulunmuştur. Buna karşın Baykal ve ark. (2006), çalışmasında araştırmaya katılan hemşirelerin hemen hemen yarısının hiç kitap okumadığı belirlenmiştir.

Şenturan (2006), hemşirelik öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasında bilimsel, kültürel, sportif ya da başka bir faaliyete katılan öğrencilerin eleştirel düşünme puan ortalamalarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamsız olduğunu saptamıştır.

Zaybak ve Khorsid (2006), çalışmalarında sosyal etkinliklere katılanların eleştirel düşünme puanı daha yüksek ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Kitap okuyan ile okumayanlara arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Kaya (1997), Öztürk (2006), Atay ve ark. (2009), Doğan Yılmaz (2010), Akkuş, Kaplan ve Kaçar (2010), çalışmalarında sosyal ve bilimsel etkinliklere katılan öğrencilerin eleştirel düşünme puan ortalamaları, katılmayan öğrencilerin ortalamalarından yüksek bulunmuş ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Batmaz ve ark. (2003), ise kitap okumanın eleştirel düşünme düzeyini etkilemediğini bulmuşlardır.

Atay ve ark.(2009), çalışmasında sosyal etkinliklere katıldığını ifade eden öğrencilerin eleştirel düşünme puan ortalamaları katılmayanlara göre daha yüksek ve iki ortalama arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu sinema ve kitap okumaya zaman ayırdıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç bu etkinliklerin daha kolay ulaşılabilir olması nedeniyle daha çok yapıldığı, kursa gitme, el iş el sanatı ile uğraşma, spor yapma gibi faaliyetler daha planlı ve düzenli zaman ayrılması gereken aktiviteler olduğu için ve yoğun iş temposu nedeniyle daha az yapılıyor olabilir, çalışmada hemşirelerin % 22,5'i her hangi bir etkinliğe zaman ayıramadığını belirtmesi bu düşüncemizi doğrulamaktadır.

Çalışmada, CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğitimi alma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 41). Ancak eleştirel düşünme eğitimi aldığını belirten yönetici hemşirelerin puanları daha yüksektir. Hemşirelerde eleştirel düşünme eğitimi alan hemşirelerin CEDEÖ genel toplam, “sistematiiklik”, “kendine güven” ve “meraklılık” alt boyutu puanları almayan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 42).

Vaughan-Wroben et al. (1997), Şenturan (2006), hemşirelik sürecinin öğrencilerin eleştirel düşünmelerine katkıda bulunduğunu bildirmişlerdir.

Behrens'in (1996), yaptığı çalışmada eleştirel düşünme tekniklerinin entegre edildiği programda öğrenim gören öğrencilerin geleneksel yöntemlere göre eleştirel düşünme beceri puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Martin (2002), eleştirel düşünme eğitiminin hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerini artırabileceğini belirtmiştir.

Çalışmada yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ile eleştirel düşünme eğitimi alma durumu arasında anlamlı farklılığın olmaması, aldıkları eleştirel düşünme eğitiminin etkin olmaması ya da çok uzun süre önce alınmış olabileceği düşünüldü.

Araştırmamızda hemşirelerin PÇE puan ortalamaları $101,41 \pm 15,63$ yönetici hemşirelerin ise $102,67 \pm 12,87$ olarak bulunmuştur. (Tablo 43). Bu sonuç problem çözme envanterine göre orta düzey olarak değerlendirilmektedir.

Hemşirelerin uygulamaları sırasında, hasta ve sağlıklı bireylerle çalışırken sürekli problemlerle karşılaştığı bu nedenle de problem çözme becerilerine yüksek düzeyde sahip olmaları gerektiği vurgulanmaktadır. Problem çözme becerisi hemşirenin güvenli, uzman ve birey merkezli bir hemşirelik bakımı verebilmesinin önemli bir koşuludur (Roberts, While, Fitzpatrick 1993, Taylor 1997).

Kelleci ve Gölbashi (2004), Kaya (2005), Çiçek (2005), Abaan ve Altıntoprak (2005) ve Adagide (2008), çalışmalarında hemşirelerin problem çözme becerilerini algılama puanları orta düzeyde bulunmuştur.

Bahar (2006), yönetici hemşirelerin problem çözme becerilerini ve yaratıcılık düzeylerini incelediği araştırmada yönetici hemşirelerin kendilerini orta düzeyde problem çözücü olarak algıladıkları görülmüştür.

Terzioglu (2006), yönetici hemşirelerde yaptığı çalışmasında yönetici hemşirelerin kendilerini orta düzeyde problem çözücü olarak algıladıkları görülmüştür.

Tunç ve Kıyak (2008), bir kamu hastanesinde yapılan çalışmada hemşirelerin problem çözme beceri puanlarını orta düzeyde bulmuşlardır.

Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bazı çalışmalarda da (Ulupınar 1997, Sabuncu ve ark.2000, Yurttaş ve Yetkin 2003, Altun 2003, Tezel 2009), çalışmamızın bulgularına benzer şekilde öğrencilerin de kendilerini orta düzeyde problem çözücü olarak algıladıkları bulunmuştur.

Chang and Gaskill (1991), Makhathini and Uys (1996), çalışmalarında hemşirelerin problem çözme beceri puanlarını orta düzeyde bulmuştur.

Roberts, While and Fitzpatrick 1993; Chang and Gaskill 1991 özellikle klinik uygulamalarda hemşirelerin problem çözme sürecine uygun çalışmadıklarını belirtmiştir.

Çalışmada hemşirelerin problem çözme becerilerini orta düzeyde algılamaları hemşirelerin hemşirelik sürecini ve bilimsel problem çözme sürecini zor, teorik, uygulamada zaman alıcı olarak görmeleri (Chang ve Gaskill 1991; Roberts, While ve Fitzpatrick 1993), problem çözümünde bilimsel yöntemleri kullanmamaları, bu yöntemleri kullanmaları yönünde aldıkları desteğin yeterli olmadığı, problemler karşısında rutin işlemlere yöneldiği düşünüldü.

Hemşirelerin ve yönetici hemşirelerin puanları birbirlerine çok yakın hemşirelerin problem çözmede yöneticilere göre kendilerini daha iyi algıladıkları görülmüştür. Aban ve Altıntoprak (2005) çalışmasının sonuçları aynı şekildedir.

Yönetici hemşirelerin daha çok problem çözücü olmaları gerekir, bunun yönetici hemşire seçiminde göz önünde bulundurulması ve rol model olabilmesi için eğitim ve gelişmelerinin bu yönde desteklenmesi gerekir.

Çalışmada yönetici hemşirelerin PÇE genel puanı ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 44). 33 yaş ve üstü olan yönetici hemşirelerin problem çözme güveni 28-32 yaş grubundaki hemşirelerin puanlarından düşük ve anlamlıdır ($p<0,05$). 28-32 yaş arasında olan yönetici hemşirelerin PÇE kişisel kontrol boyutu alt boyut puanları, 23-27 yaş ve 33 ve üstü gruptan daha düşük ve anlamlıdır. ($p<0,05$).

Hemşirelerin PÇE genel puanı ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 45). 33 yaş ve üstü olan hemşirelerin problem çözme güveni ve yaklaşma kaçınma alt boyut puanları, yaşları 18–22 yaş arası ve 23–27 yaş arasında olan hemşirelerin problem çözme güveni alt boyut puanlarından daha düşük bulundu.

Erenler (2007), çalışmasında, 31 yaş ve üzeri hemşirelerin PÇE toplam ve yaklaşma-kaçınma puanları 25 yaş ve altı hemşirelerin puanlarından ileri düzeyde anlamlı düşük bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Ulupınar (1997), Gemlik ve Sur'un (2003), çalışmalarında yaş ile problem çözme becerisi arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile birlikte sorun çözme başarısının arttığı görülmüştür.

Adagide (2008), çalışmasında 15–21 yaş arası kadınların problem çözme, diğer yaş gruplarına göre daha başarısız oldukları görülmektedir.

Yetişkinlerin zihinsel yetenekleri üzerinde yapılan araştırmalar orta yaş döneminde gençlik dönemine kıyasla bir yavaşlama olduğunu ortaya çıkarmıştır. Fakat problem çözmede bireyin yaşla birlikte artan deneyimlerinin daha önemli olduğu belirtilmiştir (Adagide 2008).

Bahar (2006), yönetici hemşireler ile yapmış olduğu çalışmada yaş ile PÇE puanı arasında anlamlı farklılık bulmamıştır ancak, 26–32 yaş arasındaki en genç grubun kendilerini daha iyi problem çözücü olarak algıladıklarını belirlemiştir.

Kelleci ve Gölbaşı'nın (2004), çalışmalarında ise 30 ve altı yaş grubunda olan hemşirelerin kendilerini problem çözme becerisi konusunda daha başarılı algıladıkları belirlenmiştir.

Çiçekoğlu (2005), Kaya (2005), Altıntoprak (2004), Terzioğlu (2006), Tunç ve Kıyak (2008), Kantek ve Gezer (2010), çalışmalarında yaş ile problem çözme becerilerini, algılama arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Problem çözme güveni ve yaklaşma kaçınma alt boyut puanlarının 33 yaş ve üstünde düşük bulunmasında yaş ile birlikte karşılaşılan problem ve çözüm yöntemlerinin artmasının etkili bir faktör olabileceği düşünüldü.

Çalışmada PÇE genel, ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin medeni durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 46) Hemşirelerde ise evli olanların bekar olan hemşirelere göre problem çözmede kendilerini daha başarılı algıladıklarını bulundu ($p<0,05$) (Tablo 47). Hemşirelerin çoğunluğu bekarıdır bunun nedeni çalışan hemşirelerin yeni mezunlardan oluşmasının olabileceği düşünüldü.

Çalışmada evli olan hemşirelerin “problem çözme güveni” daha yüksek ve anlamlıdır ($p<0,05$). Adagide (2008) ve Kaya (2005), çalışmalarında da evli olan hemşirelerin “problem çözme güveni” daha yüksektir.

Adagide (2008), araştırmada bekar kadınların evli ve boşanmış kadınlara göre problem çözme düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Çiçekoğlu (2005), boşanan hemşirelerin problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Altıntoprak (2004), Kelleci ve Gölbaşı'nın (2004), Erenler (2007), Tunç ve Kıyak (2008) ve Yıldız (2009) çalışmalarında hemşirelerin medeni durumuna göre problem çözme becerilerinde bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Kelleci ve Gölbaşı (2004), çalışmalarında evli ve bekar hemşirelerin problem çözme becerileri arasında istatistiksel fark olmadığını ancak evli hemşirelerin kişisel kontrol özelliklerini daha gelişmiş algıladıklarını belirtmişlerdir.

Bahar (2006), çalışmalarında yönetici hemşirelerin medeni durumlarının, problem çözme düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.

Kaya (2005), çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte evli hemşirelerin problem çözme başarı düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde evli hemşirelerin problem çözme güveni'ni istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunurken yaklaşma kaçınma ve kişisel kontrol puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır.

Evlilikle birlikte sorumlulukların artması, yeni bir yaşam biçiminin getirdiği daha fazla problemle karşılaşma gibi durumların evli hemşirelerde problem çözme becerilerini artırdığı düşünülebilir.

Çalışmada PÇE genel puanı, “problem çözme güveni” ve “yaklaşma –kaçınma” alt boyut puanları yönetici hemşirelerin eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 48). SML mezunu yönetici hemşirelerin PÇE genel puanı lisans mezunu hemşirelerden daha düşüktür.

Hemşirelerde ise lise ve ön lisans mezunu olan hemşirelerin PÇE genel puanları ve “kişisel kontrol” alt boyut puanları lisans mezunu olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür. ($p<0,05$) (Tablo 49).

SML mezunu olan hemşirelerin PÇE genel puanları, lisans mezunu olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür. SML ve ön lisans mezunu olan hemşirelerin PÇE “problem çözme güveni” alt boyut puanları lisans mezunu olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür. Ön lisans mezunu olan hemşirelerin PÇE “yaklaşma – kaçınma” puanları lisans mezunu olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür.

Literatürde hemşirelik eğitiminin problem çözme yeteneklerini geliştirmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (Mundy ve Denham 2008).

Çiçekoğlu (2005), çalışmasında ön lisans mezunu hemşirelerin sağlık meslek lisesi, lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelere göre problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak eğitim düzeyi ile problem çözme becerisi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kaya (2005), çalışmasında önlisans örgün öğretim mezunu olan hemşirelerin problem çözme başarı düzeylerinin diğer öğrenim düzeylerinden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptamıştır.

Çiçek (2004), çalışmasında lisans mezunu hemşireler ile SML mezunu hemşirelerin problem çözme puanlarının, eğitim düzeylerine göre anlamlı bir fark bulmamıştır.

Altıntoprak (2004) ve, Ulupınar'ın (1997), çalışmasında lisans üstü ve doktora eğitimi alanların, kendilerini sorun çözmeye daha başarılı algıladıkları görülmüştür.

Kutlutürkan ve ark. (2006), lisans mezunu hemşirelerin kendilerini sorun çözmede daha başarılı algıladıklarını belirtmişlerdir.

Wang et al. (2004, tarafından Taiwan'da yapılan bir çalışmada (2004), üst sınıf hemşirelik öğrencilerinin problem çözme yetenekleri alt sınıflardan yüksek bulunmuştur.

Gemlik ve Sur'un (2003), Kelleci ve Gölbaşı (2004), Yıldız (2009), Tunç ve Kıyak (2008), çalışmalarında mesleki eğitim düzeyinin problem çözme düzeyleri üzerinde etkili olmadığı görülmektedir.

Tümkaya ve ark. (2009), Kantek ve Gezer (2010), yaptıkları çalışmalarda öğrencilerin problem çözme becerileri arasında sınıf düzeylerine göre farklılaştığı bulunmuştur. Son sınıf öğrencilerinin, toplam problem çözme beceri puanlarının birinci sınıfta okuyan öğrencilerinkinden daha düşük olduğu görülmüştür.

Erenler (2007), çalışmasında ön lisans mezunu hemşirelerin PÇE toplam puanları, lise mezunu hemşirelerin puanlarından ileri düzeyde anlamlı düşük bulundu Lisans ve üzeri mezunu hemşirelerin puanları ile lise mezunu ve ön lisans mezunu hemşirelerin PÇE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı Eğitim düzeyine göre hemşirelerin yaklaşma-kaçınma puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu ön lisans mezunu hemşirelerin yaklaşma-kaçınma puanları, lise mezunu hemşirelerin, lisans ve üzeri mezunu hemşirelerin puanlarından anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Çalışmada SML mezunu hemşirelerin problem çözmede kendilerini daha iyi algılamaları lisans eğitimi alan hemşirelerin hemşirelik süreci basamaklarına uygun çalışmadıklarını gösterebilir, lisans mezunu hemşirelerin beklentilerinin farklı olması, uygulama alanlarında tüm eğitim düzeylerine sahip hemşirelerden beklenen işlerin aynı olması, bağımlı fonksiyonların yapılmasına daha çok ağırlık verilmesi yada çalışmanın yapıldığı

sağlık grubunda lisans mezunu hemşirelerin eğitim ve liderlik faaliyetleri daha çok yapabilecekleri konumda bulunmaları kendilerinden beklenen iş yükünün fazla olması bu sonuca yol açmış olabilir. Lisans mezunu hemşirelerin problem çözme becerilerinin daha yüksek olması beklenmektedir. Eğitim düzeyinin artması ile benlik saygısı artış gösterir ve kişiler daha yaratıcı düşünebilirler.

Çalışmada yönetici hemşirelerin yönetici olarak ortalama çalışma süresi 3,8 yıl olarak bulundu.

Öztürk, Yılmaz ve Demir (2009), çalışmasında yönetici hemşirelerin yönetim deneyimini ortalama 7.49 ± 6.19 olarak, Korkmaz ve Aban (2005)'in çalışmasında hemşirelerin %53'6 'sı 5 yıldan az yönetim deneyimine sahip oldukları görülmüştür.

İpekçi ve Serinkan'ın çalışmasında (2005), yönetici olarak çalışma sürelerine bakıldığında % 60'ı 5 yıl ve daha az deneyime sahip oldukları görülmüştür. 6-10 yıl tecrübesi olan % 30 ve 16 yıl üstünde yöneticilik deneyimi olanların oranı % 7 dir.

Terzioğlu (2006), çalışmasında ortalama yönetim deneyimini %35,5'nin 2 yılın altında, %25.8'nin de 16 yıl üzerinde bulmuştur.

PÇE genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin mesleki çalışma süresi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 50). Ancak 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip yönetici hemşirelerin PÇE genel puanı ve yaklaşma kaçınma alt boyut puanı daha düşüktür, yani kendilerini daha iyi problem çözücü olarak algılamışlardır.

PÇE genel ve alt boyut puanları ile hemşirelerin çalışma süresi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 51). Hemşirelerde çalışma süresi 4–6 ve on yıl ve üzerinde çalışan hemşirelerin PÇE genel puanları ve “yaklaşma –

kaçınma” boyutu puanları, çalışma süresi 1–3 yıl arasında olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür. ($p<0.05$). Çalışma süresi on yıl ve üzerinde olan hemşirelerin “problem çözme güveni” alt boyutu puanları çalışma süresi 1 yıldan az ve 1-3 yıl arasında olan hemşirelerin, puanlarından daha düşüktür. ($p<0.05$).

PÇE genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışma süresi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 52). Yönetici olarak çalışma süresi 7-9 yıl arasında olanların PÇE genel puanı ve yaklaşma kaçınma alt boyut puanı daha düşük bulundu.

Hemşire yöneticilerin maliyet etkinliğini değerlendirebilmeleri, değişimi sağlayabilmeleri ve kaliteli bakım verilmesini sağlayabilmeleri için problem çözme becerilerinin yüksek olması gerekir.

Bahar (2006), çalışmasında yönetici hemşirelerin yöneticilik deneyim sürelerinin problem çözme düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.

Terzioğlu (2006), çalışmasında yönetici hemşirelerin deneyim süresi arttıkça problem çözümede kendilerini daha iyi algıladıklarını, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuştur.

Deneyimli hemşirelerin deneyimleri üzerinde düşünerek öğrenmeleri ve bunu uygulamalarına yansıtmaları, uzmanlaşma yolunda önemli bir adım olarak görülmekte ve deneyimlerini uygulamada kullanan hemşirelerin daha etkili problem çözdükleri belirtilmektedir (Scanlan ve ark. 2002),

Bir meslek üyesi olarak çalışmanın kendine güven, karar verme ve bağımsız düşünme gücünü olumlu yönde etkilediği ileri sürülebilir. Chang and Gaskill (1991) hemşirelerin problem çözme becerilerinin çalışma deneyimi ile arttığını belirtmişlerdir.

Taylor'un (1997), çalışmasında deneyimsiz hemşirelerin, veri toplamada, hastadaki semptomları doğru saptamada, var olan problemi doğru tanımlamada ve uygun çözümü bulmada yetersiz oldukları saptanmıştır.

Roberts, While and Fitzpatrick (1993), Wang ve ark (2004), deneyim arttıkça problem çözme başarı düzeyi arttığı belirtilmektedir.

Botti ve Reeve (2003), deneyimin karar vermede önemli olduğunu belirlemişlerdir.

Kaya (2005), çalışmasında 21 yıl ve üstü çalışma deneyimine sahip olan hemşirelerin problem çözme becerilerinin yüksek olduğu bulmuştur.

Erenler (2007), çalışmasında çalışma süresine göre hemşirelerin PÇE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulmuştur.

Kutlutürkan ve ark. (2006), çalışma süresi fazla olan hemşirelerin problem çözme becerilerinin yüksek olduğunu bulmuştur.

Gemlik ve Sur'un (2003), Altıntoprak (2004), Çiçekoğlu (2005), Bahar'ın (2006), Tunç ve Kıyak (2008) ve Yıldız (2009) çalışmasında deneyim süreleri açısından problem çözme düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu, hemşirelerin problem çözme becerilerinin meslekte geçirilen süreye göre farklılaşmadığını göstermektedir.

Bahar (2006), çalışmasında 24–30 yıl deneyimine sahip yönetici hemşireler kendilerini problem çözmede en başarısız grup olarak algılamışlardır.

Kelleci ve Gölbaşı (2004), çalışmalarında çalışma deneyimleri beş yıl ve altında olan grubun kendilerini deneyimli ve ileri yaş grubunda olan hemşirelere göre daha iyi problem çözücü olarak algıladıkları bulmuşlardır.

Çalışmada 1 yıldan az deneyime sahip hemşirelerin 1-3 yıl arasındaki hemşirelere göre puanlarının düşük olmasında bu dönemde kendilerine destek olan rehber hemşirelerin olması ile ilgili olabileceği, 1-3 yıl arası deneyime sahip hemşirelerin kendilerini problem çözmede daha başarısız bulmaları meslekteki sorumluluklarının arttığı, iş hayatındada sorunlarla tek başına çözüm bulma döneminde olmaları ile ilişkili olabileceği, 10 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip hemşirelerin problem çözmede kendilerini daha başarılı bulmaları deneyim ile birlikte değişimin, yeniliğin olması, çalışma yıllarında bir çok problemle ve çözüm yolları ile karşılaşmış olmaları ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Çalışmada PÇE genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin çalıştıkları birim değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 53). Acil servis yönetici hemşirelerin PÇE genel puanları daha düşüktür. Hemşirelerde ise polikliniklerde çalışanların PÇE genel puanları, “problem çözme güveni” ve “yaklaşma kaçınma” alt boyut puanı yoğun bakım, acil servis, MSÜ ve yatan hasta katında çalışan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 54). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin “problem çözme” güveni” alt boyut puanları, yatan hasta katında çalışan hemşirelerin puanlarından daha düşük ve anlamlıdır. ($p<0.05$).

Bahar (2006), çalışmasında yönetici hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre PÇE puanlarının anlamlı farklılık gösterdiğini ve en başarılı grubun yoğun bakımda çalışanlar hemşireler olduğunu belirlemiştir.

Kaya ve ark. (2011), poliklinik hemşirelerinin servis ve ameliyathane hemşirelerine göre daha mantıklı kararlar verdikleri görülmüştür.

Hedberg and Larsson (2004), tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelerin karar vermelerinde çalışılan birimin etkili olduğu belirtilmiştir.

Tunç ve Kıyak (2008), hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile problem çözme becerileri açısından gruplar arasında anlamlı fark bulmamıştır.

Çiçekoğlu (2005), çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile problem çözme becerileri açısından gruplar arasında anlamlı fark olmamasına rağmen dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Poliklinik çalışanlarının kendilerini problem çözmeye daha başarılı bulmaları, polikliniklerin direk hasta bakım alanı olmaması, koplike problemler ile karşılaşmamaları, poliklinik hizmetlerinin daha sistematik ve teknik olması, hasta bakım alanlarının ise hasta, hasta yakını, hekimler, diğer sağlık çalışanları, ziyaretçiler, refakatçiler gibi birçok faktörün olması hemşirelerin aynı anda birçok problem ile karşılaşmalarına neden olabileceği düşünüldü.

Çalışmada PÇE puanları ile hemşirelerin çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 55). Ancak vardiyalı çalışan hemşirelerin PÇE genel ve problem çözme güveni alt boyut puanları daha yüksektir.

Uzun süreli, vardiyalı ve nöbetli çalışma, hemşirelerin özellikle eş ve annelik gibi ek sorumlulukların olması, yaşanan anksiyete ve depresyon, genel sağlık durumu, sosyal aktiviteye katılımı etkileyerek mesleki doyumsuzluğa neden olmaktadır (Aydın ve Kutlu 2001, Kaya ve ark. 2011).

Veasey et al. (2002), göre sağlıklı yetişkinler gecede ortalama 5 saatten az uyuduklarında, bilişsel performans düşmeye başlar. Hem kısa dönem hem de uzun

dönem uyku bozukluğuna bağlı olarak, anlatım ve problem çözme yeteneklerinde de azalma görölmektedir.

Gece çalışması sonucunda ortaya çıkan diğer bir etki de halsizliktir, halsizliğin hafızada, problem çözmede ve karar vermede bozulmaya yol açarak iş üretkenliğini ve performans düzeyini de etkilediği bilinmektedir (Wilson 2002).

Kahraman ve ark. (2011), Aydın ve Kutlu (2001), tarafından yapılan çalışmalarda gece çalışma oranı artıkça iş doyumunun düştüğü bulunmuştur. Buna göre iş doyumunu düşük olması çalışanın problemlere yaklaşma biçimini ve ne kadar önemsedini etkileyecektir.

Yıldız (2009), çalışmasında vardiyalı çalışanların problem çözme beceri puanlarının nöbet tutmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Erenler (2007), çalışmasında çalışma şekline göre hemşirelerin problem çözme yeteneğine güven puanları, kişisel kontrol puanları, PÇE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Çalışma şekline göre sürekli gece çalışan hemşirelerin yaklaşma-kaçınma puanları, diğer vardiya şeklinde çalışan hemşirelerin puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek bulunmuştur.

Nöbet tutan hemşirelerin iş yükünün fazla olmasının, buna bağlı olarak işin gerektirdiklerini yerine getirmede beklenti düzeylerini karşılayamamalarının, yeterli olamama duygusu yaratabileceği, kişisel başarı algılarını zayıflatabileceği, düşünölmektedir.

Çalışmada PÇE genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışmaktan memnun olma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>005$) (Tablo 56). Yönetici olarak çalışmaktan memnun olan yönetici

hemşirelerin PÇE genel toplam puanları daha düşüktür. Hemşirelerde de PÇE genel ve alt boyut puanları çalıştığı birimden memnun olma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>005$) (Tablo 57).

Çalışmada hemşirelerin % 4,9'nun yani 63 hemşirenin çalıştığı birimden memnun olmadığı görülmüştür. % 65,8'inin memnun, % 29,3'ü kısmen memnun olarak bulunmuştur. Yönetici hemşirelerde ise sadece 1 kişi yönetici olarak çalışmaktan memnun olmadığını belirtmiştir.

Kaya ve ark. (2011), çalışmasında hemşirelerin % 55, 1'inin çalıştığı birimi isteyerek seçmediği belirlenmiştir ve bu grubun mesleki doyum puanları daha düşük bulunmuştur.

Altuntaş (2004), çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları birimde % 48'inin kurum tarafından kendi isteği dışında, % 45'inin kendi isteği ile, % 7'sinin de çalışma arkadaşlarının önerileri ile görevlendirildiklerini saptamıştır.

Sağlam (2005), araştırmasında, hemşirelerin % 46'sının tayin/atama, % 38'inin kendi isteği ile acil serviste çalıştığını belirlemiştir. Araştırmasında, hemşirelerin acil serviste çalışmaktan % 28'inin memnun olduğunu, % 48'inin kısmen memnun olduğunu ve % 23'ünün memnun olmadığını saptamıştır.

Erenler (2007), çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları birimi % 55,3'ü kurum görevlendirmesi, % 39,3'ü kendi isteği ile seçtiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin % 39'u çalıştığı üniteden memnun iken, % 13'ü memnun değil ve % 48'i kısmen memnun bulunmuştur. Çalışılan üniteyi seçme durumuna göre hemşirelerin problem çözme yeteneğine güven puanları, yaklaşma-kaçınma puanları, kişisel kontrol puanları, PÇE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çiçekoğlu (2005), çalıştığı birimden memnun olma ile problem çözme puanı arasında anlamlı farklılık olmadığını bulmuştur.

Bu sonuçların çalışmamızın sonuçları paralel olduğu görülmüştür. Hemşirelerin büyük oranda çalıştığı birimden memnun yada kısmen memnun olduğu belirlenmiştir.. Çalışılan birimden memnuniyet, hasta bakımı, iletişim, bakım kalitesini etkileyen bir faktördür istenilen birimde çalışılmaması hemşirenin hasta ve yakınları ile daha çok sorun yaşamasına ve sorunları çözmek için istekli olunmamasına sebep olacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın yapıldığı kurumda işe alım görüşmelerinde çalışanın talep ettiği birimde çalışması esas alınmak ile beraber kurum çalışanlarının eğitim ve gelişim politikalarına göre çalışan başladığı birimde oryantasyon dönemi bittikten sonra yapılan klinik yeterlilik sınavında başarısız olursa farklı bir birime yönlendirilmektedir çalıştığı birimden memnun olmayan 63 kişinin bu nedenle olabileceği düşünüldü.

Çalışmada, işten orta düzeyde tatmin olan yönetici hemşirelerin PÇE genel ve “problem çözme güveni” alt boyutu puanları, çalıştığı işten çok fazla memnun olan yönetici hemşirelerin puanlarından düşüktür ve anlamlıdır ($p<005$) (Tablo 58). Hemşirelerin çalıştıkları işten tatmin olma durumlarına göre PÇE genel ve alt boyut puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>005$) (Tablo 59). Ancak orta düzeyde tatmin olduğunu belirten hemşirelerin PÇE puanı daha düşüktür.

Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, çok dikkatli ve sürekli çalışmayı gerektirmesi nedeni ile sağlık alanında çalışanlarda mesleki doyumun daha da önemli olduğu açıktır (Aydın ve Kutlu 2001, Kaya ve ark. 2011), iş memnuniyeti ile ilgili çalışmalarda hekim ve hemşirelerde iş stresi arttıkça iş memnuniyetinin, üretkenliğinin ve kuruma bağlılığın azaldığı, saptanmıştır (Clegg 2001).

Yurttaş ve Yetkin (2003), çalışmalarında “mesleğinin kendileri için en uygun olduğunu” belirten sağlık yüksekokulu öğrencilerinin de en yüksek düzeyde problem çözme becerilerine sahip oldukları, belirtilmiştir bu sonuç kendini tanıyan, ne isteğini bilen ve kararlı kişiler olduğu ve mesleğini sevmenin ve benimsemenin sorun çözme becerisini etkilediğini göstermektedir.

Kaya ve ark. (2011), çalışmalarında hemşirelerin iş doyumunu düşük bulmuşlardır ve iş doyumunu ile karar verme stratejisi arasında anlamlı farklılık bulmuşlardır.

Kutluhan Türkan ve ark. (2006), hemşirelerde yaptıkları çalışmalarında mesleğini yapmaktan memnun ve çok memnun olanların problem çözme becerilerinin daha iyi olduğunu belirlemişlerdir.

Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin büyük bir kısmının, orta düzey iş tatmininin olması ülkemizde hemşireliğin toplum içinde saygınlığının az olması, bağımsız çalışma olanağının yeterince olmaması, eğitim düzeylerine göre farklı rollerin olmaması, yönetici pozisyonundaki kişiler için yetki ve sorumluluk denkliğinin olmaması, hemşirelerin yaşam standartlarını yükseltecek düzeyde ücret alamamaları, yasal düzenlemelerin istedik düzeyde olamaması nedeniyle hemşirelerin yüksek düzeyde mesleki doyumunu sağlayamadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı sağlık grubundaki çalışanların yaş ortalamasının düşük olması nedeniyle, beklentilerin fazla olması, çalışma hayatına uyum sağlamada zorluk yaşanması, zorluklar ile baş edecek deneyime sahip olmamaları etkili olmuş olabilir.

Çalışmada PÇE genel, ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yöneticileri ile uyum içinde olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 60). Hemşirelerde; yöneticisi ile uyum içinde olanların kişisel kontrol alt boyut puanları, yöneticisi ile kısmen uyum içinde olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 61).

Çalışanlarının gereksinimlerini önemseyen, onları takdir eden ve onlara yetki veren liderlerle çalışan hemşirelerin, hasta bakım kalitesinin de arttığını belirtmeleri, yönetici hemşirelerin çalışanlara uygun liderlik sergilemek zorunda olduklarına bir göstergedir.

Yönetici hemşireler ekip çalışması konusunda hemşireleri yüreklendirerek motive edebilirler. Ekip çalışması, kişilerarası davranışlar ile bilgi ve deneyimi birleştirerek, etkili ve verimli karar verme ihtiyacını karşılayacaktır (Huber 2000).

Çiçekoğlu (2005), çalışmasında yöneticiler ile olan ilişkiler ile problem çözme envanterinden aldıkları puanların arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Yıldız (2009), çalışmasında hemşirelerin problem çözme envanterinden aldıkları puanların yöneticilerle ilişkilerinden memnun olup olmamalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur.

İş yerinde olumlu ilişkiler içerisinde olan hemşirelerin yöneticilere kolaylıkla ulaşabilmeleri, sorunların çözümünde destek görebilmeleri, problem durumları ile daha kolay baş edebilecekleri, kuruma bağlılığın artması, çalışanın kendini güvende hissetmesi için yöneticinin bilgisinin, davranışlarının ve iletişimin çok önemli olduğu düşünüldü.

Çalışmada PÇE genel, ve alt boyut puanları ile hemşirelerin ve yönetici hemşirelerin ekipleri ile uyum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). (Tablo 62) (Tablo 63). Yönetici hemşirelerde ise ekibi ile kısmen uyumlu olanların PÇE puanı uyumlu olduklarını söyleyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni yönetici hemşirelerde kısmen uyumlu olduğunu söyleyenlerin sayısının az olması olabilir. Hemşirelerde ekip ile uyumlu çalışmaya hayır yanıtı verenlerin PÇE puanı daha yüksek bulundu

Yıldız (2009), çalışmasında meslektaşlarıyla ilişkilerinden memnun olanların problem çözme becerilerinin kısmen memnun olanlardan daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Çiçekoğlu'da (2005), arkadaşlarıyla ve hekimlerle ilişkilerini çok iyi olarak değerlendiren hemşirelerin problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğunu; belirlemiştir.

Çalışmada pozisyonunun ve kişisel gelişimin kendisini motive ettiğini belirten yönetici hemşirelerin PÇE puanı daha düşük ve anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 64). Hemşirelerde ise motive eden faktörler ile PÇE puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 65). Çalışma koşulları, ekip çalışması, ücret ve kişisel gelişimin kendisini motive ettiğini belirten hemşirelerin PÇE genel puanı daha düşük bulundu.

Motivasyon, çalışanların gereksinimleri, amaçları, davranışları ve yeterlilikleri konuları ile ilgilidir. Birçok yazar çalışanın motivasyonu ile üretkenlik, iş doyumunu, işe devamsızlık ve işten ayrılmalar arasında ilişki olduğunu savunmaktadır (Batmaz 2002, Sullivan and Decker 2001). Motivasyon ve beklentiler hemşirelerin iş doyumunda da önemli bileşenlerdir. (Huber 2000).

Çalışma koşullarının iyi olması, ekip çalışmasının sağlanması, ücretin çalışanı tatmin edecek düzeyde olması ve kişisel gelişimin sağlanmasının problem çözmeye etkili olabileceği düşünüldü.

Çalışmada, yönetici hemşirelerin problem çözmeye destek aldıkları kişiler ile PÇE genel puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 66). Ancak üst yöneticisinden ve arkadaşlarından destek aldıklarını ifade edenlerin PÇE genel puanı daha yüksektir. Hemşirelerin problem çözmeye destek aldıkları kişiler ile PÇE genel puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 67).

Bahar (2006), çalışmasında problem çözmede destek alınan kişiler ile PÇE arasında anlamlı farklılık bulmuştur. Arkadaşlarından destek alanların PÇE puanı diğer destek alınan kişilerden daha düşük bulunmuştur, çalışmamızda arkadaşlarından destek aldığını belirten yönetici hemşirelerin PÇE puanı daha yüksek bulundu. Hemşirelerde ise arkadaşlarından destek alan hemşirelerin almayanlara göre PÇE puanı daha düşük bulundu.

Tezel ve ark.(2009), hemşire öğrencilerde yaptıkları çalışmada arkadaş sayısının problem çözme becerisini etkilediğini belirlemişlerdir.

Öztürk Can ve ark (2009), çalışmasında öğrencilerin çoğu sorunlarını anlatmak için arkadaşlarını tercih etmekte ve sorunlarını konuştukları kişiler ile sorun çözme puan ortalaması arasında istatistiksel farklılık bulunmamıştır.

Atabay (2004), çalışmasında sorunlarını ailesi ile paylaşan öğrencilerin problem çözme becerilerini daha iyi algıladıklarını belirlemiştir. Çalışmamızda problem çözmede ailesinden destek alanlar ile almayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Tel ve ark. (2003), hemşirelerin, problemlerini daha çok meslektaşları ile konuştukları belirlenmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin sadece % 21,2'si problem çözmede meslektaşlarından destek aldığını belirtmiştir, bu bulgu çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Ulupınar (1997), yaptığı araştırmaya göre, sorunlarını kimseyle paylaşmayan bireyler kendilerini sorun çözmede başarısız görmekteyler. Soruna sistemli yaklaşan, çözüm sürecinde kararlı davranan bireyler sorun çözmede daha başarılı, duygusal davrananlar ise daha başarısız olmaktadır. Çalışmamızda PÇE' de destek alanlar ile almayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yönetici hemşireler ve hemşireler istatistiksel olarak anlamlı olmamak ile birlikte en yüksek oranda üst yöneticisinden destek aldıklarını belirtmiştir. Bu sonuç kişilerin daha çok iş ile ilgili problemler yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada yönetici hemşirelerde PÇE genel ve alt boyut puanları ile problem çözme eğitimi alma arasında anlamlı farklılık bulunmadı Problem çözme eğitimi alanların genel puanı daha düşüktür ($p>0.05$) (Tablo 68). Problem çözme eğitimi alanların yaklaşma kaçınma alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Hemşirelerde de PÇE genel ve alt boyut puanları ile problem çözme eğitimi alma arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 69).

Ulupınar'ın (1997) ve Altıntoprak (2004), Kaya (2005), Erenler (2007), çalışmalarında problem çözme eğitimi alan hemşirelerin kendilerini sorun çözmeye daha başarılı algıladıklarını belirtmişlerdir.

Yılmaz ve ark. (2009), problem çözme eğitimi alan öğrencilerin problem çözme becerileri daha yüksek bulunmuştur.

Çiçek ve Akbayrak (2004) ve Yılmaz, Karaca ve Yılmaz (2009), çalışmalarında problem çözme eğitimi alma durumları ile problem çözme puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Bahar (2006), çalışmasında problem çözme eğitimi alanın yönetici hemşirelerin problem çözme becerilerini artırdığını bulmuştur.

Terzioğlu (2006), çalışmasında yönetim konusunda eğitim alan yönetici hemşirelerin problem çözme becerilerini daha iyi algıladıklarını belirlemiştir. Bu bize kişinin çalıştığı alan ile ilgili eğitim almasının problem çözme becerisini arttırdığını gösterebilir.

Wang et al (2004), problem çözme stratejileri ile ilgili verilen eğitim sonrasında hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.

Chang and Gaskill (1991), Taylor (1997), problem çözme eğitimi alınan hemşirelerin problem çözme becerilerini artırdığını bulmuştur.

Vaughan-Wroben et al.(1997), hemşirelik sürecinin kullanılmasıyla hem eleştirel düşünmenin hemde problem çözmenin artış göstereceğini belirtmişlerdir. Buna karşın Sabuncu ve ark. (2000), çalışmasında hemşirelik sürecinin öğrencilerin problem çözme becerilerini etkilemediğini belirlemiştir.

Problem çözme eğitimi alma durumunun anlamlı farklılık göstermemesinin nedeni olarak hemşirelik sürecinin doğru şekilde anlaşılmadığı ve klinik alanda kullanılmadığı düşünülebilir. Ayrıca alınan problem çözme eğitiminin etkin olmaması ya da ne kadar süre önce aldığı ile ilgili olabileceği düşünüldü.

Çalışmada yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ile PÇE genel puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 70). CEDEÖ genel puanı problem çözme güveni alt boyutu ile anlamlı negatif orta düzeyde ilişki bulundu buna göre CEDEÖ genel puanı yükseldikçe PÇE “problem çözme güveni” alt boyutu puanları düşmektedir. CEDEÖ puanı ile PÇE “kişisel kontrol” alt boyutu puanları arasında anlamlı pozitif düşük düzeyde bir ilişki bulundu. CEDEÖ puanı yükseldikçe, PÇE “kişisel kontrol” alt boyutu puanları da yükselmektedir.

Hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ile PÇE genel puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 71). Problem çözme güveni ve yaklaşma – kaçınma alt boyutları ile CEDEÖ ile arasında, negatif yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. Buna göre CEDEÖ puanı yükseldikçe PÇE alt boyutlarından

“problem çözüme güveni” alt boyutu ile “yaklaşma – kaçınma” alt boyutu puanları düşmektedir. CEDEÖ puanı ile PÇE “Kişisel Kontrol” alt boyutu puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. CEDEÖ puanı yükseldikçe PÇE “Kişisel Kontrol” alt boyutu puanları da yükselmektedir.

Literatürde eleştirel düşünme ve problem çözüme arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az çalışma vardır. Sonuçlar farklılık göstermektedir.

Beşer ve Kısıl (2009), Tümkaya ve ark. (2009), Kantek ve Gezer (2010). Çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinde eleştirel düşünme eğilimleri ile problem çözüme becerileri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir.

Gürleyük (2008), çalışmasında problem çözüme ile eleştirel düşünme becerileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Karar verme, birey tarafından bir durumun, problem olarak algılanması ile başlayıp istendik bir amaca ulaşmak için bir ya da daha fazla seçenek arasından bir davranışa dönük etkinliğin seçilmesini içeren zihinsel bir süreçtir (Sarıoğlu 2009). Dolayısıyla problem çözümenin bir basamağıdır, eleştirel düşünme ise her ikisini de kapsamaktadır.

Hoffman and Elwin (2004), karar verme ile eleştirel düşünme arasında negatif yönde bir ilişki bularak karar verme puanları arttıkça eleştirel düşünme puanlarının düştüğünü saptamışlardır.

Giroto (2002), çalışmasında eleştirel düşünme ile karar verme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Hicks (2003), hemşirelerin klinik karar verme puanı ile eleştirel düşünme puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir.

Kökdemir (2003) çalışmasında eleştirel düşünme eğilimi yüksek olan öğrencilerin, düşük olanlara kıyasla bütün karar verme problemlerinde olmasa bile, birçok problemde daha rasyonel karar verdiklerini eleştirel düşünme eğilimi düşük olanların ise daha çok kestirme yol kullandıklarını saptamıştır.

Yönetici hemşirelerde ve hemşirelerde eleştirel düşünme puanları yükseldikçe PÇE problem çözme güveni alt boyut puanlarının düşmesi, problemin çözümündeki ayrıntıları daha çok görmeleri daha çok alternatif ürettiklerini dolayısıyla problem çözme güvenlerinin arttığını gösterebilir, her iki grupta eleştirel düşünme arttıkça kişisel kontrol alt boyutu puanının da artış göstermesi yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin düşünerek daha çok çözüm yolu buldukları problemin çözüm aşamasında kontrolü sürdürme yeteneklerinin düşük olduğunu göstermektedir.

Çalışmada bulunan sonuçlar:

- Yönetici hemşirelerin yaş ortalamasının $30,18 \pm 6.82$, hemşirelerin ise $25,57 \pm 4.09$, olduğu,
- Yönetici hemşirelerin % 60,6'sının (n=66) evli, hemşirelerin ise % 33,3'ünün (n=438) evli olduğu,
- Yönetici hemşirelerin % 50,4'ünün (n=55) lisans, hemşirelerin % 31,4'ünün (n=412) lisans, % 1,9'u da (n=25) yüksek lisans mezunu olduğu,
- Yönetici hemşirelerin % 52, 3'ünün (n=57) 10 yıl ve üstünde, hemşirelerin % 35,2'sinin (n=462) 1-3 yıl arasında çalıştığı,
- Yönetici hemşirelerin % 37,6'sının (n=41) 1-3 yıl arasında, yönetici olarak çalıştığı,

- Yönetici hemşirelerin % 43'ünün (n= 47), hemşirelerin % 39,7'sinin (n=522) yatan hasta katında çalıştığı,
- Yönetici hemşirelerin %100'nün gündüz, hemşirelerin ise % 34,9'unun (n=459) sürekli gündüz, % 4'ünün (n=52) sürekli gece, % 61, 1'inin (n=803) ise vardiya şeklinde çalıştığı,
- Yönetici hemşirelerin % 81, 7'sinin (n=89) yönetici hemşire olarak çalışmaktan, hemşirelerin % 65,8'inin (n=865) çalıştığı birimden memnun olduğu,
- Yönetici hemşirelerin % 72, 5'nin (n=79), hemşirelerin % 64,3'ünün (n=845) işinden orta düzeyde tatmin olduğu,
- Yönetici hemşirelerin % 77, 1'inin (n=84), hemşirelerin % 74, 8'inin (n=983) yönetici ile uyum içinde çalıştığı,
- Yönetici hemşirelerin % 86, 2'sinin (n=94), hemşirelerin % 71,5'i (n=939) ekip ile uyumlu, çalıştığı,
- Yönetici hemşirelerde; % 47,7 (n=52) kişisel gelişim, % 45 (n=49) çalışma koşulları, hemşirelerde ise %57,8 (n=760) kişisel gelişim, % 46 (n=604) ekip çalışmasının motive ettiği,
- Yönetici hemşirelerin ise %73, 4 'nün, hemşirelerin %72,4'nün aldıkları ücretin kendilerini motive etmediği,
- Yönetici hemşirelerin kendilerini % 74,3'ü (n=81) dürüst, % 65,1 (n=71) adil, ve %50,5 (n=55) sezilerinin kuvvetli olarak, hemşireler ise %72,1'i (n=948) dürüst, % 59,7 (n= 785) azimli ve %50,2'si (n=660) meraklı olarak tanımladıkları,

- Yönetici hemşirelerin % 44'ünün (n=48), hemşirelerin % 66'sının (n=867) problem çözüme ile ilgili eğitim almadığı,
- Yönetici hemşirelerin, % 77,1'inin (n=84), hemşirelerin % 83,3'ünün (n=1095) eleştirel düşünme ile ilgili eğitim almadığı,
- Yönetici hemşirelerin % 67'sinin (n=73), hemşirelerin % 38'inin (n=499) problem çözümede üst yöneticisinden destek aldığı,
- Yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimi puanı (225,14±20,97), hemşirelerin (222 86±21, 45) olarak düşük düzeyde olduğu,
- Yönetici hemşirelerde ve hemşirelerde CEDEÖ ölçeği ile yaş arasında anlamlı farklılığın olduğu (p<0,05)
- Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı (p>0.05). Hemşirelerde CEDEÖ ölçeği "açık fikirlilik" ve "sistematiklik" alt boyutu puanlarının evli olan hemşirelerde daha yüksek olduğu (p<0.05).
- Yönetici hemşirelerde eğitim düzeyi ile eleştirel düşünme arasında anlamlı farklılık olmadığı (p>0.05). Hemşirelerde CEDEÖ genel toplam puanı yüksek lisans mezunu hemşirelerde daha yüksek olduğu (p<0.05).Yüksek lisans ile lisans mezunu hemşireler ile lise ve önlisans mezunu hemşireler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0.05).
- Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile CEDEÖ genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı (p>0.05). Hemşirelerde 10 yıl ve üzerinde çalışanların "açık fikirlilik" ve "sistematiklik" alt boyut puanlarının yüksek olduğu (p<0.05).

- Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ile çalışılan birim değişkeni arasında anlamlı farklılık olmadığı($p>0.05$). Hemşirelerde yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin açık fikirlilik ve meraklılık ameliyathanede çalışanların açık fikirlilik, özel dal hemşirelerinin kendine güven alt boyut puanlarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$).
- Sürekli gündüz çalışan hemşirelerin CEDEÖ genel toplam ve “açık fikirlilik ve kendine güven” puanları, vardiyalı çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu ($p<0.05$).
- Yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışmaktan memnun olma ile CEDEÖ genel toplam ve alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$). Hemşirelerde ise çalıştığı birimden memnun hemşirelerin CEDEÖ genel puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu ($p<0.05$).
- Yönetici hemşirelerin çalıştıkları işten tatmin olma durumu ile genel toplam ve alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$). Hemşirelerde işten çok fazla tatmin olan hemşirelerin genel puanlarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$).
- Yöneticisi ile kısmen uyum içinde çalışan yönetici hemşirelerin CEDEÖ açık fikirlilik alt boyut puanının daha yüksek olduğu $p<0.05$). Hemşirelerde ise yöneticisi ile uyumlu çalışanların CEDEÖ puanının daha yüksek olduğu $p<0.05$).
- Yönetici hemşirelerde ekip ile uyumlu çalışanların CEDEÖ ölçeği kendine güven alt boyut puanlarının yüksek ve anlamlı olduğu ($p<0.05$). Hemşirelerde ekibi ile uyum içinde olanların CEDEÖ genel toplam, analitiklik, sistematiklik, kendine güven ve meraklılık alt boyut puanlarının yüksek ve anlamlı olduğu ($p<0.05$).

•Yönetici hemşirelerde kendilerini azimli, meraklı, pozitif düşünen ve sezileri kuvvetli olarak tanımlayanlar ($p<0.05$). Hemşirelerde; azimli, açık fikirli, sorgulayıcı, araştırmacı, eleştiriye açık, pozitif düşünen, risk alabilen ve sezileri kuvvetli olarak tanımlayanların CEDEÖ genel puanı yüksek ve anlamlı olduğu ($p<0.05$).

•Tiyatroya giden, kitap okuyan ve herhangi bir kursa katılan hemşirelerin CEDEÖ genel puanının yüksek ve anlamlı olduğu ($p<0.05$).

•Yönetici hemşirelerde eleştirel düşünme eğitimi almanın eleştirel düşünme eğilimini etkilemediği, hemşirelerde ise eğitim alanların CEDEÖ genel puanının yüksek ve anlamlı olduğu ($p<0.05$).

•Yönetici hemşirelerin problem çözme envanterinden aldığı puan ($102,67\pm12,87$) hemşirelerin ise ($101,12\pm15,63$) olduğu ve yönetici hemşireler ve hemşirelerin kendilerini orta düzeyde problem çözücü olarak gördüğü,

•Yönetici hemşirelerde ve hemşirelerde PÇE ölçeği puanı ile yaş arasında anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$)

•Yönetici hemşirelerde PÇE ölçeği ile medeni durum arasında anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$). Hemşirelerde ise evli olanların PÇE genel, puanlarının daha düşük olduğu ($p<0.05$).

•Yönetici hemşirelerde lise mezunu olanların PÇE genel puanlarının, lisans mezunu olanlardan daha düşük olduğu ($p<0.05$). Hemşirelerde lise ve ön lisans mezunu olan hemşirelerin PÇE genel puanları lisans mezunu olan hemşirelerin puanlarından daha düşük olduğu ($p<0.05$).

- Yönetici hemşirelerde PÇE ölçeği ile çalışma süresi arasında anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$). Hemşirelerde ise 10 yıl ve üzerinde çalışanların PÇE puanının daha düşük olduğu($p<0.05$).
- Yönetici hemşirelerde yönetici olarak çalışma süresi ile PÇE ölçeği puanı arasında anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$)
- Yönetici hemşirelerde çalıştığı birim ile PÇE ölçeği puanı arasında anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$). Hemşirelerde poliklinikte çalışanların PÇE genel puanları, yoğun bakım, acil servis MSÜ ve yatan hasta katında çalışan hemşirelerin puanlarından daha düşük olduğu ($p<0,05$).
- Hemşirelerin çalışma şekli ile PÇE ölçeği puanı arasında anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$)
- Yönetici hemşirelerde yönetici olarak çalışmaktan memnun olma, hemşirelerde çalıştıkları birimden memnun olma ile PÇE ölçeği puanı arasında anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$)
- Çalıştığı işten orta düzeyde tatmin olan yönetici hemşirelerin PÇE puanlarının daha düşük olduğu, hemşirelerde ise işten tatmin olma ile PÇE ölçeği puanı arasında anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$)
- Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin yöneticileri ile uyum içinde olmaları ile PÇE ölçeği puanı arasında anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$)
- Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin ekip ile uyum içinde olmaları ile PÇE ölçeği puanı arasında anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$)

•Yönetici hemşirelerde pozisyon ve kişisel gelişimi önemli bulanların PÇE puanının daha düşük olduğu ($p<0,05$).

•Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin problem çözmede destek aldıkları kişiler ile PÇE puanı arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$).

•Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin problem çözme eğitimi almaları ile PÇE puanı arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$).

•Yönetici hemşirelerde CEDEÖ genel puanı ile PÇE genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı, ($p>0.05$). CEDEÖ genel puanı ile PÇE “problem çözme güveni” alt boyutu puanları arasında anlamlı negatif doğrusal orta düzeyde, CEDEÖ puanı ile PÇE kişisel kontrol alt boyutu puanları arasında anlamlı pozitif doğrusal düşük düzeyde bir ilişki olduğu,

•Hemşirelerde CEDEÖ genel puanı ile PÇE genel puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$). Problem çözme güveni ve yaklaşma kaçınma alt boyutları ile CEDEÖ ile arasında, negatif doğrusal yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki olduğu, CEDEÖ puanı ile PÇE kişisel kontrol alt boyutu puanları arasında pozitif doğrusal yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. ($p>0.05$).

Çalışmada bulunan sonuçlar doğrultusunda;

•Kurumlar tarafından hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin gelişimini sağlayacak kurum içi ve dışı eğitim etkinliklerinin sağlanması, katılımlarının desteklenmesi, politikaların oluşturulması,

•Kurumlarda lisans mezunu hemşire sayısının artırılması,

- Hemşirelik lisans eğitiminde yeniliğe açık, sorgulamaya dayanan ve öğrencileri aktif katılımcı olmasını sağlayan bir eğitim modelinin, oluşturulması , eleştirel düşünme becerisini artıracak eğitim yöntemlerinin uygulanması,
- Klinik uygulamalarda neden-sonuç ilişkisine dayalı hasta bakım uygulamaları geliştirilmesi
- Çalışanların düşünmesine fırsat veren, yaratıcılığını destekleyen yönetim anlayışının geliştirilmesi,
- Hemşirelerin klinikte bazı özellikli vakalar üzerinde tartışması, vaka üzerinde düşünmesinin sağlanması, hasta bakımı ile ilgili sorular sorulması,
- Eleştirel düşünme becerilerinin geliştirilmesi için; mantığı çalıştırma, problem çözümünü gözlemlenme, okuma yazma ve grup tartışmaları yapılması, grupta etkileşimin sağlanması,
- Hemşirelerin klinikte bazı özellikli vakalar üzerinde tartışması, vaka üzerinde düşünmesinin sağlanması, hasta bakımı ile ilgili sorular sorulması,
- Eleştirel düşünme eğilimlerinin hasta bakımına etkisini inceleyen ileri çalışmaların yapılması,
- Hemşirelere problem çözme becerilerini geliştirmeye, asertif tutumlar geliştirmeye yönelik rehberlik ve danışmanlık programları oluşturulması,
- Kurum hemşirelik politikalarında hemşirelik sürecinin kullanımının benimsenmesi ve benimsetilmesi,
- Çalışanlara hemşirelik sürecinin faydalarının kanıta dayalı uygulamalar ile gösterilmesi,

- Hemşirelerin problem çözme becerilerinin yöneticiler tarafından desteklenmesi, uygun ortam, zaman, araç-gereç temininin sağlanması,
- Yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin en çok karşılaştığı sorunlar ve nedenlerinin araştırılması
- Hemşirelerin problem çözme becerilerinin hasta bakımına yansımalarını değerlendiren ileri çalışmaların yapılması,
- Hemşirelerin problem çözme becerilerini geliştirmeleri için hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Eğitimde probleme dayalı (interaktif) öğretim yöntemlerinin kullanılması,
- Çalışanların motivasyonlarını etkileyen faktörlerin belirli aralıklarla belirlenmesi, elde edilen sonuçlara göre çalışma koşullarında düzenlemeler yapılması,
- Hemşirelerin çalışma saatlerinin özel yaşamı etkilemeyecek şekilde ve çalışanın dinlenmesini dikkate alarak düzenlenmesi, çalışma şeklinin çalışanlar ile birlikte belirlenmesi, sürekli gece vardiyasında çalışmanın önlenmesi,
- Hemşire ücretlerin iyileştirilmesi,
- Kurumların ve yöneticilerin çalışanın kuruma bağlılığını artıracak stratejiler geliştirmesi,
- Hemşireler ile diğer çalışanlar, yönetici hemşireler ile diğer yöneticilerin eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin karşılaştırılması önerilebilir.

10. KAYNAKLAR

1. Adams BL. (1999). Nursing Education For Critical Thinking: An İntegrative Review. J Nurs Educ.;38:111-119.
2. Akkuş Y., Kaplan F., Kaçar N. (2010) Kars Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(15).
3. Allen DG, Rubenfeld MG & Scheffer BK.(2004). Reliability of assessment of critical thinking. Journal of Professional Nursing, 20 (1):15-22.
4. Altun, I. (2003). The Perceived Problem Solving Ability and Values of Student Nurses and Midwives, Nurse Education Today, 23: 575-584.
5. Altuntaş S.Y. (2004). Hemşirelerin İşlerine Karşı Tutumlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman:Yard. Doç. Dr. Ülkü Baykal).
6. Alagözlü ŞŞ.(2006). Hastane Yöneticilerinin Problem Çözme ve Karar Verme Becerilerinin Değerlendirilmesi; Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde Bir Uygulama, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman : Doç. Dr. Yusuf Çelik)
7. Aştı T. (2002). Hemşirelik Mesleğinde Yeni Gelişim ve Yaklaşımlar, Modern Hastane Yönetimi, 6(3):38–42.
8. Atay S., Ekim E., Gökkaya S., Sağım E. (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 16 (1), 39-46.
9. Altıntoprak A.(2004). Hacettepe Üniversitesi Hastanelerindeki Hemşirelerin Problem Çözme Konusunda Kendilerini Algılamaları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Süheyla Abaan).

10. Atabay A.(2004). Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Sorun Çözme Becerilerinin ve Sorun Çözmeyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. A.D. Sever).
11. Arıcı A.F. (2008). Okumayı Niye Sevmiyoruz? Üniversite Öğrencileri İle Mülakatlar. Mustafa Kemal üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5 (10), 91-100.
12. Aybek B. (2006). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Konu Ve Beceri Temelli Eleştirel Düşünme Öğretiminin Öğretmen Adaylarının Eleştirel Düşünme Eğilimi ve Düzeyine Etkisi, Doktora Tezi, Adana (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ahmet Doğanay).
13. Aydın R, Kutlu Y. (2001). Hemşirelerde İş Doyumu Ve Kişilerarası Çatışma Eğilimi İle İlgili Değişkenler Ve İş Doyumunun Çatışma Eğilimi İle Olan İlişisini Belirleme. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5, 37-45.
14. Bulut S, Ertem G, Sevil Ü. (2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(2): 27-38
15. Bahar M. (2006). Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Yönetici Hemşirelerin Problem Çözme Becerileri ve Yaratıcılık Düzeyleri, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç.Dr.Yasemin Akbal Ergün).
16. Banning M. (2006). Measures That Can Be Used To Instill Critical Thinking Skills in Nurse Prescribers. Nurse Education in Practice, 6, 98–105.
17. Batıgün DA. (2000). Problem Çözmeye Yönelik Terapiler: Tanımı ve Değerlendirme, Türk Psikoloji Bülteni, 19, 40-48.
18. Baykal Ü., Yazıcı Altuntaş S., Sökmen S. (2006).Yönetici Hemşirelerimiz Kimlerdir? *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (2) : 55-69.

19. Benner PE., Sutphen M. and. Hughes RG. (2008) *Clinical Reasoning, Decision Making, and Action: Thinking Critically and Clinically. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. AHRQ Publication, 1-18.
20. Botti M, Reeve R (2003). *Role Of Knowledge And Ability İn Student Nurses' Clinical Decision-Making*. *Nursing And Health Sciences*, 5: 39–49.
21. Beşer A. Aygöl K. (2009). *Critical Thinking Dispositions And Problem Solving Skills Among Nursing Students*, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu*, 2 (3), 88-94.
22. Behrens P. (1996). *The Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal And Academic Performance of Diploma School Atudents*. *Journal of Nursing Education*, 35(1), 34-36.
23. Brown JM, Alverson EM, Peppia CA (2001) *The Influence Of Baccalaureate Program On Traditional, Rn-Bsn, Accelerated Students' Critical Thinking Abilities*. *Holistic Nursing Practice*, 5(3): 4-5.
24. Blachowicz, E., Letizia, M. (2006) *The Challenges of Shift Work*, *Medsurg Nursing*, October, 274-280.
25. Brunt,B. (2005). *Critical Thinking İn Nursing: An Integrated Review*. *The Journal Of Continuing İn Nursing*, 36 (2), 60-67.
26. Burns HK., O'Donnell J., Artman J., (2010). *High-fidelity Simulation in Teaching Problem Solving to 1st-Year Nursing Students, A Novel Use of the Nursing Process*, *Clinical Simulation in Nursing* 6, 87-95.
27. Boychuk Ducscher JE. (1999). *Catching The Wave: Understanding The Concept of Critical Thinking*, *Journal of Advanced Nursing*, 29(3): 577-583.
28. Chang MA, Gaskill D. (1991). *Nurses' Perceptions of Their Problem Solving Ability*, *Journal of Advanced Nursing*, 16, 813-819.
29. Clarke DJ, Holt J. (2001). *Philosophy: A Key To Open The Door To Critical Thinking*. *Nurse Education Today*, , 21;71-78.
30. Cooke M. Moyle L.(2002). *Students' Evaluation Of Problem Based Learning*. *Nurse Education Today* 22 (4), 330-339.

31. Carroll-Johnson RM.(2001).Learning to Think. Nursing Diagnosis. Apr-June.12(2), 43-44.
32. Cerullo SB. Cruz ALM. (2010). Clinical Reasoning and Critical Thinking. Rev Lat Am Enfermagem. Jan-Feb;18(1):124-9.
33. Clegg, A. (2001) Occupational Stress in Nursing: A Review of the Literature. Journal of Nursing Management, 9: 101-106.
34. Craven RF. Hirnie CJ. (1996). Critical thinking. Fundamentals of Nursing Human Health and Function, 124-135.
35. Craven RF, Hirnle C.J. (2010) Fundamentals of Nursing. Human Health and Function. Fourth Edition. Lippincott. Williams and Willkins. Philedelphia, 126-137.
36. Çiçekoğlu, P. (2005). Acil Servislerde ve Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerini Algılamaları. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Tez Danışmanı: Yrd. Doç Dr.Ayça Gürkan).
37. Çiçek H. S., Akbayrak N. (2004). Hemşireler ile Diğer Bayan Sağlık Çalışanlarının Problem Çözme Becerileri Arasındaki Farkın İncelenmesi. Hemşirelik Forumu, Dergisi, 7(2), 55-59.
38. Çam O., Yıldırım S. (2010). Job Satisfaction İn Nurses And Effective Factors: Review, Türkiye Klinikleri J Nurs;2(1):64-70
39. Dağlı A. (2004). Problem Çözme ve Karar Verme, Dicle Üniversitesi, Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(7): 41-49.
40. Dil CS.(2001).Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. F Öz).

41. Dirimeşe E.(2006). Hemşirelerin ve Öğrenci Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Aklime Dicle).
42. Dinç A.(2000). Örgütlerde Karar Verme ve Problem Çözme Süreçlerinde Yaratıcı Düşüncenin Yeri ve Önemi, Üst ve Orta Düzey Yöneticilerin Problem Çözme ve Karar Verme Durumlarında Yaratıcı Düşünceye İlişkin Tutumlarının Beş Örnek İşletmede İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. İlhan Erdoğan).
43. Durmaz Ş, Kaçar Z, Can S, Koca R, Yeşilova D. (2007). Çanakkale Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri ve Etkileyen Bazı Faktörler, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,10:4, 63-71.
44. Duygulu S., Korkmaz F. (2008). Hemşirelerin Örgüte Bağlılığı, İş Doyumları ve İşten Ayrılma Nedenleri Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2).
45. Doğan Yılmaz E. (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri ve Kitap Okuma Alışkanlığına İlişkin Tutumları, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman Doç. Dr. Hülya Uçar).
46. Drennan, J. (2010). Critical Thinking As An Outcome of A Master's Degree In Nursing Programme. Journal Of Advanced Nursing, 66(2), 422- 431.
47. Erenler AG. Acil Servis Hemşirelerinin Problem Çözme Becerilerini Algılayışları İle Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman Doç. Dr. Şule Ecevit Alpar).
48. Erkan E, Abaan S (2006) Devlete ve Özel Sektöre Bağlı Hastanelerde Çalışan Servis Sorumlu Hemşirelerinin İşe ve İnsana Yönelik Liderlik Yönelimlerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(13). 2-10.

49. Erbil N., Bostan Ö. (2004). Ebe ve Hemşirelerde İş Doyumu, Benlik Saygısı ve Etkileyen Faktörler, Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(39), 56-66.
50. Eşer İ., Khorsid L., Demir Y. (2007). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Eleştirel Düşünme Eğilimi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(3), 13-22.
51. Facione, N. C. Ve Facione, P. A. (1996). Externalizing The Critical Thinking İnknowledge Development And Clinical Judgment. *Nursing Outlook*,S. 44, Ss.129-136.
52. Fero L J., Witsberger C M., Wesmiller S W., Zullo TG., Hoffman LA. (2009) Critical Thinking Ability Of New Graduate And Experienced Nurses, Journal Of Advanced Nursing, Volume 65,(1) 139–148.
53. Feng RC., Chen MJ., Chen MC., Pai YC. (2010). Critical Thinking Competence and Disposition of Clinical Nurses in a Medical Center, Journal of Nursing Research,18(2) 77-87.
54. Foliman J.(2003). Research on Nurses Critical Thinking, *Nurse Educator*, 28(6): 255-256.
55. Fonteyn NE, Cooper LF (1994) The Written Nursing Process: Is It Stil Useful to Nursing Education?, Journal of Advanced Nursing, 19, 315-319.
56. Girot EA.(2000). Critical Thinkers Or Beter Decision Makers? *Journal of Advanced Nursing*, 31(2): 288-297.
57. Güner P.(2000). Sorunlarla Etkili baş etme Yolu: Problem Çözme, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, Cilt:3(1),62-67.
58. Gürleyük, G.C. (2008). Sınıf Öğretmeni Adaylarının Çeşitli Değişkenler Acısından Eleştirel Düşünme Eğilimleri, Problem Çözme Becerileri Ve Akademik Başarı Düzeylerinin İncelenmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Zonguldak: Yüksek Lisans Tezi.

59. Gemlik N., Sur H. (2003). Özel Hastane Yöneticilerinin Problem Çözme Becerilerini Algılama Düzeylerine İlişkin Bir İnceleme, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 7(1), 1-5.
60. Gökdoğan F.(2001).Hemşirelik Eğitiminde “Yaratıcılık” I. Uluslar arası- V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi, Nevşehir.
61. Gürol Arslan G, Demir Y, Eşer İ, Khorshid L.(2009). Hemşirelerde Eleştirel Düşünme Eğilimini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12: 1, 72-80.
62. Günhan B C., Başer N. (2009). Probleme Dayalı Öğrenmenin Öğrencilerin Eleştirel Düşünme Becerilerine Etkisi, *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi Bahar*, 7(2), 451–482.
63. Hamamcıoğlu N, Akgün SH. (2002). Problem Çözme Teknikleri Beyin Fırtınası Yöntemi, Başkent Üniversitesi Sağlık Birimleri Koordinatörlüğü, Ankara, 6(1):1-6.
64. Hawley,D.P. (1998). The Measurement Of A Critical Thinking Disposition Among Practicing Registered Nurses. In Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Of Doctor Of Philosophy School Of Nursing. New Mexico State University.
65. Howenstein M A, Bilodeau K, Brogna M J (1996). Factors Associated With Critical Thinking Among Nurses. *Journal Continuing Education Nursing* 27(3):100-3.
66. Hoffman K., Elwin C. (2004). The Relationship Between Critical Thinking And Confidence In Decision-Making, *Australian Journal of Advanced Nursing*, Volume 22 (1).
67. Hedberg B, Larsson Us.(2004). Environmental Elements Affecting The Decision-Making Process İn Nursing Practice. *J Clin Nurs*, 13(3):316-24.
68. Hicks F.D., Merritt S.L., Elstein A.S. (2003). Critical Thinking and Clinical Decision Making in Critical Care Nursing: A Pilot Study. *Heart And Lung*; 32.169–180.

69. Hurst K, Dean A, Trickey S.(1991). The Recognition and Non- Recognition of Problem Solving Stages in Nursing Practice, *Journal of Advanced Nursing*, 16:1444-1455.
70. Huber D.(2000). Leadership, and nursing Care Management.WB Saunders Company, Second Edition, Philadelphia, 359.
71. Hwang SY, Yen M, Lee BO, Huang MC, Tseng HF. (2010). A Critical Thinking Disposition Scale For Nurses: Short Form. *J Clin Nurs*. 19(21–22):3171-6.
72. Kelleci M, Gölbaşı Z.(2004). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* , 8(2):1-8.
73. Kelleci M., Gölbaşı Z., Doğan S., Tuğut N. (2011) Entegre Eğitim Programında Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri: Bir İzlem Çalışması, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1): 23-28.
74. Kaya E. (2005). Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin ve Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Ulusoy)
75. Kaya H.(1997). Üniversite Öğrencilerinde Eleştirel Akıl Yürütme Gücü, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul,(Danışman: Doç.Dr.Gülsün Taşocak).
76. Kaya H.(2006). Eleştirel Düşünme ve Soru Sorma, İstanbul Üniversitesi, *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 14(56),71-77.
77. Kaya N., Bolol N, Turan N., Kaya H., İşçi Ç. (2011). Kulak Burun Boğaz Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Karar Verme Stratejileri ve Mesleki Doyumları Fırat Tıp Dergisi;16(1): 25-31.
78. Karadağ G, Sertbaş G, Coşkun Güner İ ve ark. (2002). Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Bunları Etkileyen Bazı Değişkenlerin İncelenmesi, *Hemşirelik Forumu*, 5(6):8-15.

79. Karadakovan A. Yeşilbalkan ÖU. (2004). Öğrencilerin Nörolojik Hastalarda Saptadıkları Nanda Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7 (3).
80. Kantek F., Gezer N. (2010). Bir Sağlık Yüksekokulunda Öğrencilerin Eleştirel Düşünme ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi, International Conference on New Trends in Education and Their Implications, 11-13. November, 2010 Antalya-Turkey.
81. Kahraman G. Engin E. Dülgerler Ş. E. Öztürk (2011). Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi 4(1), 12-18.
82. Kawashima A., Petrini MA. (2004). Study Of Critical Thinking Skills İn Nursing Students And Nurses İn Japan. *Nurse Education Today*, 24 (4), 280-292.
83. Kıranşal N, Adana F, Erdağı S. ve ark. (2006). Kars'ta Çalışan Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin İncelenmesi, 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, Kasım, İstanbul.
84. Korkmaz G., Abaan S. (2005). Servis Sorumlu Hemşirelerinin Liderlik Güç Tipi Algılamaları ve Tercihleri, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 26-4.
85. Kökdemir D. (2003). Belirsizlik Durumlarında Karar Verme ve Problem Çözme. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi., Ankara, (Danışman: Prof. Dr. A Dönmez).
86. Kataoka-Yahiro M, Saylor C. (1994). A Critical Thinking Model For Nursing Judgment, *Journal of Nursing Education*, 33(8): 351-356.,
87. Kutlutürkan S., Fesci H., Görgülü Ü (2006). "İç Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Belirlenmesi, *Dahili Tıp Bilimleri*, 3(4), 185-192.
88. Lankshear, A. J., Sheldon, T. A., & Maynard A. B. (2005). Nurse Staffing And Health Outcomes: A Systematic Review Of The International Research Evidence. *Advances İn Nursing Science*, 28 (2), 163-174.

89. Martin C.(2002). The Theory Of Critical Thinking Of Nursing, *Nursing Education Perspectives*, 23(5): 243–247.
90. Makhathini JTN, Uys LR(1996) An Evaluation of the Problem Solving Ability of Diplomates From a Comprehensive Nursing Programme, *Nurse Education Today*, 16(5):340-349.
91. Maynard CA (1996) The Relation of Critical-Thinking Ability To Profesional Nursing Competence. *Journal Of Nursing Education*, 35(1):12-18.
92. Mcgrath PJ. (2003). The Relationship of Critical Thinking Skills And Critical Thinking Disposition of Baccalaureate Nursing Students. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 569-577.
93. Miller MA, Babcock DE. (1996) *Critical Thinking Applied to Nursing*, MosbyYear Book Inc. St Louis.
94. Morgan, C. T. (1999). *Psikolojiye Giriş, Çev. H. Arıcı ve ark., 13. Baskı, Meteksan Yayınları. Ankara.*
95. Mundy K., Denham SA. (2008). Nurse Educators Still Challenged By Critical Thinking Teaching And Learning İn Nursing, 3, 94–99.
96. Mcewen M, Brown SC (2002). Conceptual Frameworks İn Undergraduate Nursing Curricula: Report Of A National Survey. *Journal Of Nursing Education* 41 (1): 5–14.
97. Nicoteri JA.(1998). Critical thinking skills, *American journal of nursing*, 98(10):62-65.
98. Oerman MH, Truesdell S, Ziolkowski L.(2000). Strategy To Asses, Develop, And Evaluate Critical Thinking. *Journal of Contiuning Education İn Nursing*, 31(4):155-160.
99. Özer N. (2002). Kritik Düşünme, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2).

- 100.**Öztürk N. (2006). Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri ve Eleştirel Düşünmeyi Etkileyen Faktörler, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. H Ulusoy).
- 101.**Öztürk C, Muslu Karayağız G.(2007). Hemşirelik Kararları için Eleştirel Düşünme Modeli'nin Uygulamada Kullanımı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 23(1): 67-74.
- 102.**Öztürk H. , Yılmaz F., Demir N. (2009). Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Sorunları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,; 12: 2.
- 103.**Özgür G., Yıldırım S., Aktaş N. (2008). Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi, Cumhuriyet Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(2).
- 104.**Öztürk Can H. , İkte Öner Ö. Çelebi E. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Eğitimin Sorun Çözme Becerisine Etkisinin İncelenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4 (10), 35-58.
- 105.**Özdemir E. (2004). Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd.Doç. Dr. Nefise Bahçecik).
- 106.**Mcgrath PJ. (2005). Critical Thinking and Evidence-Based Practice, Journal of Professional Nursing, 21(6), 364–371.
- 107.**Potter PA., Perry AG.(2009). Fundamentals of Nursing, Mosby Company, 7.Edition, 219.
- 108.**Rideout,E. (2001).Transforming Nursing Education Through Problem-Based Learning. Canada.
- 109.**Rodriguez,G. Demographics and disposition as predictors of the application of criticalthinking skills in nursing practice. In partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy School of Nursing, 2000; University of Colarado. UMI No: 3002095.

- 110.**Roberts JD, While AE, Fitzpatrick J. Problem Solving In Nursing Practice; Application, Process, Skill Acquisition And Measurement, *J Adv Nurs*, 18:6, 886-890.
- 111.**Sarioğlu Ö. (2009). Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Yoğun Bakım ve Servis Hemşirelerinin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin Karşılaştırılması (Danışman Yrd.Doç.Dr. Yasemin Yıldırım Usta).
- 112.**Sağlam Z (2005). Acil Servis Hemşirelerinin Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N. Sabuncu).
- 113.**Sabuncu N, Orak N, Karabacak Ü, Alpay ŞE (2000) Hemşirelik Süreci Sistemini Öğrenmenin Hemşirelik Öğrencilerinin Kişisel Problem Çözme Becerilerini Algılama Durumlarına Etkisi. 1. Uluslararası, 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Antalya,139-140.
- 114.**Seferoğoğlu SS. Akbıyk C. (2006) Eleştirel düşünme ve öğretimi, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30: 193-200.
- 115.**Scanlan JM, Care WD And Udod S (2002) Unravelling The Unknowns Of Reflection In Classroom Teaching. *Journal of Advanced Nursing*. 38(2): 136-143.
- 116.**Serinkan C., İpekçi İ.(2005). Yönetici Hemşirelerde Liderlik ve Liderlik Özelliklerine İlişkin Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10(1). 281-294.
- 117.**Simpson E. Courtney M. (2002). Critical thinking in nursing education: Literatüre review. *International Journal of Nursing Practice* 8: 89-98.
- 118.**Smith B, Barnett S, Collado, (1994). Problem Solving for Beter Health: World Health Forum, 15(1):9-15.
- 119.**Stewart S, Dempsey LF (2005). A Longitudinal Study of Baccalaureate Nursing Students' Critical Thinking Dispositions., *Journal Nursing Education* 44(2): 814.

- 120.Soykenar M. (2008). Sağlık İşletmelerinde Personelin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde Örnek Bir Uygulama Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. Berna Taner).
- 121.Soylu F. (2007). Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri ve İş Doyumları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç. Dr. Süheyla Abaan).
- 122.Şahin NH., Batıgün A D. (1997) Bir Özel Hastanede İş Doyumu ve Stres. *Türk Psikoloji Dergisi* 12 (39):57-71.
- 123.Şenturan L. (2006). Hemşirelik Öğrencilerinde Eleştirel Düşünme, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Şule Ecevit Alpar).
- 124.Sütçü Çiçek H, Akbayrak N. (2004). Hemşireler ile Diğer Bayan Sağlık Çalışanlarının Problem Çözme Becerileri Arasındaki Farkın İncelenmesi, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(2):55–59.
- 125.Terzioğlu F. (2006). The Perceived Problem Solving Ability of Nurse Managers. *Journal of Nursing Management* 14: 340–347.
- 126.Tunç HA. Kıyak M. (2008). Bir Kamu Hizmet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü ,Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı İstanbul, 168-169.
- 127.Yeşildere S, Türnüklü BE. (2005). Problem, Problem Çözme ve Eleştirel Düşünme, Gazi Üniversitesi, *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 25, Sayı 3: 107-123.
- 128.Yıldırım Özeruz B. (2010). Hemşirelikte Eleştirel Düşünme, Aydın Tuna Matbaacılık, İzmir.17-59.

129. Yetkin A, Yurttaş A. (2003). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Empatik Becerileri ile Problem Çözme Becerilerinin Karşılaştırılması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1):1-13.
130. Taşcı S.(2005). Hemşirelikte Problem Çözme Süreci, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* Hemşirelik Özel Sayısı, 14: 73-78.
131. Taşcı KD, Gök Özer F. Koştu N. (2007). Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Stresle Baş Etme Stratejilerinin Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10: 2.
132. Tel H., Karadağ M., Tel H., Aydın Ş. (2003). Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2., 13-23.
133. Toofany S.(2008). Critical Thinking Among Nurses, *Nursing Management*, 14(9):28-31.
134. Taylor C.(2000). Clinical Problem-Solving İn Nursing: Insights From The Literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4):842-849.
135. Tezcan S. (1992). Epidemiyoloji, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
136. Tourangeau, A. E., Doran, D. M., McGillis H. L., O'Brien Palas L., Pringle D., Tu J. V., & Cranley L. A. (2007). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (1), 32-44.
137. Tezel ve Ark.(2009). Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (4), 1-10.
138. Tengilimoğlu D., Yiğit A. (2005). Hastanelerde Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 375.
139. Tümkaya S., Aybek B., Aldağ H. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi, *EJER*, 36.

140. Thompson SD., Martin L., Richards L., Branson, D. (2003) Assessing Critical Thinking And Problem Solving Using A Web-Based Curriculum For Students, *Internet And Higher Education* 6, 185–191.
141. Ulupınar S.(1997). Hemşirelik Eğitiminin Öğrencilerin Sorun Çözme Becerilerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. Ç Pektekin).
142. Ugan Ö, Taşçı S, Ovayolu N. (2008). Eleştirel Düşünme ve Hemşirelik, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7):18–27.
143. Vaughan-Wrobel, Beth C, O Sullivan P, Smith L.(1997). Evaluatng Critical Thinking Skills of Baccalaureate Nursing Students, *Journal of Nursing Education*, December 36(10): 485.
144. Veasey S, Rosen R, Barzansky B Ve Ark. (2002) Sleep Loss And Fatigue İn Residency Training. *JAMA*, 288: 1116-1124.
145. Yılmaz E, Karaca F, Yılmaz E. (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12: 1, 38-48.
146. Yıldız H. (2009). Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman Doç. Dr. Mehmet Güven).
147. Zaybak A., Khorshid, L. (2006). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 22 (2), 137-146.
148. Zori S, Nosek LJ, Musil CM. (2010). Critical Thinking Of Nurse Managers Related To Staff Rns' Perceptions Of The Practice Environment. *J Nurs Scholarsh*. Sep 1;42(3):305–13.
149. Zori S, Morrison B.(2009). Critical Thinking in Nurse Managers, *Nurs Econ.*, 27(2).

150. Zhang H. and Lambert V. (2008).Critical Thinking Dispositions and Learning Styles of Baccalaureate Nursing Students From China, *Nursing And Health Sciences*, 10, 175–181.
151. Walsh CM, Hardy RC (1999) Dispositional Differences in Critical Thinking Related to Gender and Academic Major. *J Nuts Educ*, 38:149–55.
152. Wangenstein S.,Johansson IS., Björkström ME., Nordström G. (2010). Critical Thinking Dispositions Among Newly Graduated Nurses *Journal of Advanced Nursing*, Blackwell Publishing. 66 (10), 2170-2181.
153. Wang, J.J., Lo, C.H., Ku, Y.L. (2004). “Problem Solving Strategies integrated into Nursing Process To Promote Clinical Problem Solving Abilities of RN-BSN Students”, *Nurse Educ Today*, Nov. 24(8): 589-595.
154. Wilson, J. (2002).The Impacts of Shift Patterns on Healthcare Professionals. *Journal of Nursing Management*, 10: 211-219.

9. EKLER

Ek:1 Veri Toplama Araçları

Ek:2 İzin Yazıları

Anket No:.....

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyi ve problem çözme becerisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmada hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili bilgi formu, eleştirel düşünme düzeyi ölçeği ve problem çözme envanteri kullanılacaktır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için her bir soruyu dikkatle okuyarak, yanıtlamaya çalışınız. Teşekkür ederim.

Birsen ERKUŞ

M.Ü.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Bölümü

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:.....

2. Medeni Durumunuz: () 1. Evli() 2. Bekar

3. Eğitim durumunuz:

() 1. SML () 2. Önlisans () 3. Lisans() 4. Lisansüstü

4. Meslekteki çalışma süreniz:

() 1. 1 yıldan az () 3. 4-6 yıl () 5. 10 yıl üstü
() 2. 1-3 yıl () 4. 7-9 yıl

5. Hangi birimde çalışıyorsunuz?

()1. Yoğunbakım () 4.Yatan hasta katı () MSÜ
()2. Acil servis () 5. Poliklinik
()3. Ameliyathane () 6. Özel Dal

6. Çalışma şekliniz?

() 1. Sürekli gündüz () 2. Sürekli gece () 3. Vardiyalı

7. Çalıştığınız birimden memnun musunuz?

() 1.Evet () 2.Kısmen ()3.Hayır

8. Yaptığınız iş sizi ne kadar tatmin ediyor?

1. Çok az 2. Az 3. Orta 4. Çok fazla

9. Yöneticiniz ile uyum içerisinde çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır

10. Ekip arkadaşlarınız ile uyum içerisinde çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır

11.İşinizde sizi en iyi motive eden faktör nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Çalışma koşulları 4. Ücret
 3. Pozisyon 5. Kişisel gelişim
 3. Ekip çalışması 6. Hiçbir şey

12. Sizi en iyi tanımlayan ifade hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Azimli 5. Açık fikirli 9. Eleştiriye açık olma
 2. Meraklı 6. Sorgulayan 10. Pozitif düşünen
 3. Hırslı 7. Dürüst 11. Risk alabilen
 4. Adil 8. Araştırmacı 12. Sezileri kuvvetli

13. Aşağıda zaman ayırdığınız etkinlikleri işaretleyiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Sinema 5. El işi-el sanatı
 2. Tiyatro 6. Kurs (dil kursu, enstüraman, resim vb..)
 3. Konser 7. Kitap okuma
 4. Spor 8. Bunlara ayıracak vakit bulamıyorum

14. Problem çözme ile ilgili eğitim aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

15. Eleştirel düşünme ile ilgili eğitim aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

16. Problem çözmede kimden destek alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Ailemden 3. Arkadaşımdan 5. Meslektaşlarımdan
 2. Üst yöneticimden 4. Destek almıyorum

Anket no:.....

Değerli Yönetici;

Bu araştırma; yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyi ve problem çözme becerisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmada yönetici hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili bilgi formu, eleştirel düşünme düzeyi ölçeği ve problem çözme envanteri kullanılacaktır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için her bir soruyu dikkatle okuyarak, yanıtlamaya çalışınız. Teşekkür ederim.

Birsen ERKUŞ

M.Ü.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Bölümü

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:.....

2. Medeni Durumunuz: () 1. Evli () 2. Bekar

3. Eğitim durumunuz:

() 1. SML () 2. Önlisans () 3. Lisans () 4. Lisansüstü

4. Meslekteki çalışma süreniz:

() 1. 1 yıldan az () 3. 4-6 yıl () 5. 10 yıl üstü
() 2. 1-3 yıl () 4. 7-9 yıl

5. Yönetici hemşire pozisyonundaki çalışma süreniz:

() 1. 1 yıldan az () 3. 4-6 yıl () 5. 10 yıl üstü
() 2. 1-3 yıl () 4. 7-9 yıl

6. Sorumlu olduğunuz birim?

() 1. Yoğun bakım () 4. Yatan hasta katı
() 2. Acil servis () 5. Poliklinik
() 3. Ameliyathane () 6. MSÜ

7. Yönetici olarak çalışmaktan memnun musunuz?

() 1. Evet () 2. Kısmen () 3. Hayır

8. Yaptığımız iş sizi ne kadar tatmin ediyor?

() 1. Çok az () 2. Az () 3. Orta () 4. Çok fazla

9. Yöneticinizle uyum içerisinde çalışabiliyor musunuz?

1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır

10. Ekibinizle uyum içerisinde çalışabiliyor musunuz?

1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır

11.İşinizde sizi en iyi motive eden faktör nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Çalışma koşulları 4. Ücret
 3. Pozisyon 5. Kişisel gelişim
 3. Ekip çalışması 6. Hiçbir şey

12. Sizi en iyi tanımlayan ifade hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Azimli 5. Açık fikirli 9. Eleştiriye açık olma
 2. Meraklı 6. Sorgulayan 10. Pozitif düşünen
 3. Hırslı 7. Dürüst 11. Risk alabilen
 4. Adil 8. Araştırmacı 12. Sezileri kuvvetli

13. Aşağıda zaman ayırdığınız etkinlikleri işaretleyiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Sinema 5. El işi-el sanatı
 2. Tiyatro 6. Kurs (dil kursu, enstüraman, resim vb..)
 3. Konser 7. Kitap okuma
 4. Spor 8. Bunlara ayıracak vakit bulamıyorum

14. Problem çözme ile ilgili eğitim aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

15. Eleştirel düşünme ile ilgili eğitim aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

16. Problem çözmede kimden destek alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Ailemden 3. Arkadaşlarımdan 5. Meslektaşlarımdan
 2. Üst yöneticimden 4. Destek almıyorum

California Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği

Bu ölçeğin amacı kişinin eleştirel düşünme düzeyini belirlemektir. Aşağıdaki ifadelerin **sizi** ne kadar tanımladığınızı düşünerek, bu ifadelere ne ölçüde katıldığınızı, sizi tam olarak yansıtacak şekilde rakamları daire içine alarak aşağıdaki ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1	2	3	4	5	6
Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum

1. Tüm hayatım boyunca yeni şeyler çalışmak harika olurdu	1	2	3	4	5	6
2. İnsanların iyi bir düşünceyi savunmak için zayıf fikirlere güvenmeleri beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5	6
3. Cevap vermeye kalkışmadan önce, her zaman soruya odaklanırım.	1	2	3	4	5	6
4. Büyük bir netlikle düşünebilmekten gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5	6
5. Dört lehte, bir aleyhte görüş varsa, lehte olan dört görüşe katılırım.	1	2	3	4	5	6
6. Pek çok üniversite dersi ilginç değildir ve almaya değmez.	1	2	3	4	5	6
7. Sadece ezberi değil düşünmeyi gerektiren sınavlar benim için daha iyidir.	1	2	3	4	5	6
8. Diğer insanlar entelektüel merakımı ve araştırmacı kişiliğimi takdir ederler.	1	2	3	4	5	6
9. Mantıklıymış gibi davranıyorum, ama değilim.	1	2	3	4	5	6
10. Düşüncelerimi düzenlemek benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6
11. Ben dahil herkes kendi çıkarı için tartışır.	1	2	3	4	5	6
12. Kişisel harcamalarımın dikkatlice kaydını tutmak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5	6
13. Büyük bir kararla yüzyüze geldiğimde, ilk önce, toplayabileceğim tüm bilgileri toplarım.	1	2	3	4	5	6
14. Kurallara uygun biçimde karar verdiğim için, arkadaşlarım karar vermek için bana danışırlar.	1	2	3	4	5	6
15. Açık fikirli olmak neyin doğru olup olmadığını bilmemek demektir.	1	2	3	4	5	6
16. Diğer insanları çeşitli konularda neler düşündüklerini anlamak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5	6
17. İnanıklarımın tümü için dayanaklarım olmalı.	1	2	3	4	5	6
18. Okumak, mümkün olduğunca, kaçtığım bir şeydir.	1	2	3	4	5	6
19. İnsanlar çok acele karar verdiğimi söylerler.	1	2	3	4	5	6
20. Üniversitedeki zorunlu dersler vakit kaybıdır.	1	2	3	4	5	6
21. Gerçekten çok karmaşık bir şeyle uğraşmak zorunda kaldığımda benim için panik zamanıdır.	1	2	3	4	5	6
22. Yabancılar sürekli kendi kültürlerini anlamaya uğraşacaklarına, bizim kültürümüzü çalışmalılar.	1	2	3	4	5	6

23. İnsanlar benim karar vermeyi oyaladığımı düşünürler.	1	2	3	4	5	6
24. İnsanların, bir başkasının fikrine karşı çıkacaklarsa, nedenlere ihtiyacı vardır.	1	2	3	4	5	6
25. Kendi fikirlerimi tartışırken tarafsız olmam imkansızdır.	1	2	3	4	5	6
26. Ortaya yaratıcı seçenekler koyabilmekten gurur duyarım.	1	2	3	4	5	6
27. Neye inanmak istiyorsam ona inanırım.	1	2	3	4	5	6
28. Zor problemleri çözmek için uğraşmayı sürdürmek o kadar da önemli değildir.	1	2	3	4	5	6
29. Diğerleri, kararların uygulanmasında mantıklı standartların belirlenmesi için bana başvurular.	1	2	3	4	5	6
30. Zorlayıcı şeyler öğrenmeye istekliyimdir.	1	2	3	4	5	6
31. Yabancıların ne düşündüklerini anlamaya çalışmak oldukça anlamlıdır.	1	2	3	4	5	6
32. Meraklı olmam en güçlü yanlarımdan birisidir.	1	2	3	4	5	6
33. Görüşlerimi destekleyecek gerçekleri ararım, desteklemeyenleri değil.	1	2	3	4	5	6
34. Karmaşık problemleri çözmeye çalışmak eğlencelidir.	1	2	3	4	5	6
35. Diğerlerinin düşüncelerini anlama yeteneğimden dolayı takdir edilirim.	1	2	3	4	5	6
36. Benzetmeler ve analojiler ancak otoyol üzerindeki tekneler kadar yararlıdır.	1	2	3	4	5	6
37. Beni mantıklı olarak tanımlayabilirsiniz.	1	2	3	4	5	6
38. Her şeyin nasıl işlediğini anlamaya çalışmaktan gerçekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6
39. İşler zorlaştığında, diğerleri problem üstünde çalışmayı sürdürmemi isterler.	1	2	3	4	5	6
40. Elimizdeki sorun hakkında açık bir fikir edinmek ilk önceliklidir.	1	2	3	4	5	6
41. Çelişkili konulardaki fikrim genellikle en son konuştuğum kişiye bağlıdır.	1	2	3	4	5	6
42. Konu ne hakkında olursa olsun daha fazla öğrenmeye hevesliyimdir.	1	2	3	4	5	6
43. Sorunları çözenin en iyi yolu, cevabı başkasından istemektir.	1	2	3	4	5	6
44. Karmaşık problemlere düzenli yaklaşımımla tanırım.	1	2	3	4	5	6
45. Farklı dünya görüşlerine karşı açık fikirli olmak, insanların düşündüğünden daha az önemlidir.	1	2	3	4	5	6
46. Öğrenebileceğin her şeyi öğren, ne zaman işe yarayacağını bilemezsin.	1	2	3	4	5	6
47. Her şey görüldüğü gibidir.	1	2	3	4	5	6
48. Diğer inanlar, sorunun ne zaman çözümleneceği kararını bana bırakırlar.	1	2	3	4	5	6
49. Ne düşündüğümü biliyorum, o zaman neden seçenekleri değerlendiriyor gibi davranayım.	1	2	3	4	5	6
50. Diğerleri kendi fikirlerini ortaya koyarlar ama benim onları duymaya ihtiyacım yok.	1	2	3	4	5	6
51. Karmaşık problemlerin çözümüne yönelik düzenli planlar geliştirmede iyiyimdir.	1	2	3	4	5	6

Problem Çözme Envanteri

Bu envanterin amacı günlük yaşamınızdaki problemlerinize nasıl tepki gösterdiğinizi belirlemeye çalışmaktır. Lütfen aşağıdaki maddeleri problemlerin nasıl çözümlenmesi gerektiğini düşünerek değil, sorunla karşılaştığınızda gerçekten ne yaptığınızı düşünerek cevaplandırınız. Her maddeyi okuduktan sonra kendinize “gerçekten böyle mi davranıyorum” diye sorunuz. Cevaplarken her bir ifadenin yanındaki rakamlardan birinin üzerine çarpı işareti koyunuz.

1	2	3	4	5	6
Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Çok az Katılıyorum	Çok az Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

1. Bir sorunun çözümünde başarısızlığa uğradığımda neden böyle sonuçlandığını düşünmem	1	2	3	4	5	6
2. Karmaşık bir problemle karşılaştığım zaman, sorunun ne olduğunu belirlememe yardımcı olacak bilgileri toplamak için bir strateji geliştirmeye vakit ayırmam	1	2	3	4	5	6
3. Bir sorun çözmeye ilk çabalarım başarılı olmazsa, sorunumla başa çıkabilme yeteneğimden kuşulanmaya başlarım	1	2	3	4	5	6
4. Bir sorunu çözdükten sonra, neyin yanlış neyin doğru gittiğini analiz etmem (düşünmem)	1	2	3	4	5	6
5. Genellikle sorunlarımı çözebilmek için yaratıcı ve etkili seçenekler bulabilirim	1	2	3	4	5	6
6. Bir sorunu çözmek için belli bir yol izledikten sonra, beklediğim sonuçla ortaya çıkan sonucu karşılaştırırım	1	2	3	4	5	6
7. Bir sorunum olduğunda, sorunu çözmek için çeşitli seçenekleri artık aklıma başka bir yol gelmeyinceye kadar düşünürüm	1	2	3	4	5	6
8. Bir sorunla karşılaştığımda, problem durumu ile ilgili olarak neler olup bittiğini anlamak için sürekli olarak duygularımın ne olduğunu anlamaya çalışırım	1	2	3	4	5	6
9. Bir sorun aklımı karıştırdığında, belirsiz düşünce ve duygularım üzerinde düşünerek bunları somut bir şekilde açıklığa kavuşturmaya çalışırım	1	2	3	4	5	6
10. Başlangıçta çözümü mümkün görünmesede pek çok sorunu çözebilme yeteneğim vardır	1	2	3	4	5	6
11. Karşılaştığım sorunların çoğunun çözümü, bana çok zor gelir	1	2	3	4	5	6
12. Bir sorunla karşılaştığımda sorunu çözmek için aklıma ilk gelen şeyi yapma eğilimindeyimdir	1	2	3	4	5	6
13. Bir problemi çözerken kararlar alırım ve sonunda bunlardan mutlu olurum	1	2	3	4	5	6
14. Küçük ya da büyük olsun sorunlarımı çözmek için zaman ayırmam, her şeyi oluruna bırakırım	1	2	3	4	5	6
15. Bir soruna çözüm yolları düşünürken, tek tek her seçeneğin başarılı olma şansını göz önüne alarak değerlendirme yapmam	1	2	3	4	5	6
16. Bir sorunla karşılaştığım zaman, ondan sonraki adımın ne olacağına karar vermeden önce üzerinde düşünürüm	1	2	3	4	5	6

17. Bir problemi çözerken genellikle aklıma ilk gelen fikri uygulamam	1	2	3	4	5	6
18. Bir karar verirken, seçenekleri karşılaştırırım ve her birinin diğerine göre sonuçlarını tartarım	1	2	3	4	5	6
19. Bir sorunu çözmek için plan yaptığımda, bu planın işe yarayacağından oldukça emin olurum	1	2	3	4	5	6
20. Küçük ya da büyük olsun bir sorunu düşünürken aklıma pek fazla seçenek gelmez	1	2	3	4	5	6
21. Belli bir davranışın sonucunu tahmin etmeye çalışırım	1	2	3	4	5	6
22. Bir sorunu çözmeye çalışırken sıklıkla başvurduğum bir yol, geçmişteki benzer problemleri düşünmektir	1	2	3	4	5	6
23. Yeterli çaba gösterdiğimde ve zamanım olduğunda, karşılaştığım bütün sorunları çözebileceğime inanırım	1	2	3	4	5	6
24. Değişik bir durumla karşılaşsam da ortaya çıkabilecek problemleri halledeceğimden eminim	1	2	3	4	5	6
25. Bir sorunu çözmek için uğraşırken bazen körükörüne dolandığımı, asıl konuya bir türlü ulaşamadığımı hissedirim	1	2	3	4	5	6
26. Bir sorunla karşılaştığımda, ani kararlar veririm ve sonra yaptığımdan pişman olurum	1	2	3	4	5	6
27. Yeni ve zor sorunları çözme yeteneğime güvenirim	1	2	3	4	5	6
28. Seçenekleri karşılaştırmak ve karar vermek için sistematik bir yöntem kullanırım	1	2	3	4	5	6
29. Bir problemi halletme yollarını düşünürken işe yarayacak bir çözümü bulmak için değişik seçeneklerdeki fikirleri nadiren birleştiririm	1	2	3	4	5	6
30. Bir sorunla karşılaştığım zaman, çevremdeki dış etmenlerin bu soruna ne gibi katkıları olduğunu nadiren düşünürüm	1	2	3	4	5	6
31. Bir sorunla karşılaştığım zaman, genellikle ilk yaptığım şey ilgili bilgileri toplamak ve durumu gözden geçirmektir	1	2	3	4	5	6
32. Bazen duygusal bakımdan öyle yüklü olurum ki, belli bir sorunu çözmeme yarayacak seçenekleri göremem	1	2	3	4	5	6
33. Bir karar verdikten sonra, beklediğim sonuçla gerçekleşen sonuç genellikle aynıdır	1	2	3	4	5	6
34. Bir sorunla karşılaştığımda, bunu çözebileceğimden pek emin olamam	1	2	3	4	5	6
35. Bir sorun olduğunu fark ettiğimde, yaptığım ilk şeylerden birisi, sorunun ne olduğunu tam olarak anlamaya çalışmaktır	1	2	3	4	5	6



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Hemşirelikte Yönetim

Anabilim Dalı

Sayı:77

Konu: Birsen ERKUŞ'un tez konu başlığının değişikliği ve tez çalışmasını yapacağı kurumların izin yazıları hk.

Tarih: 17/ 08/ 2010

T. C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ' NE

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans öğrencilerinden Birsen ERKUŞ'un Öğretim Üyelerimizden Yard. Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK Danışmanlığında yürütülecek olan tez konu başlığı "Özel Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeyi ve Problem Çözme Becerileri" şeklinde değişmiştir. Çalışmasını Acıbadem Sağlık Grubu (Acıbadem Kadıköy, Acıbadem Kozyatağı, Acıbadem Bakırköy, Acıbadem International, Acıbadem Maslak, Acıbadem Bursa, Acıbadem Kocaeli, Acıbadem Adana, Acıbadem Kayseri Acıbadem Fulya Hastanelerinde) Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğünde uygulayabilmesi için gerekli iznin alınmasını bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Öğr.Gör.Dr. Leyla KÖKSAL
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkan Vekili



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sayı : B.30.2.MAR.O.42.72.00/ 2565

İstanbul, 18/08/2010

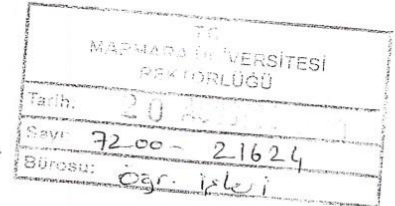
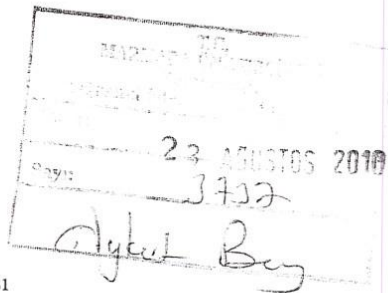
Konu :

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'na

Enstitümüz Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi, Birsen ERKUŞ'un "Özel hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeyi ve Problem Çözme Becerileri." başlıklı tez çalışmasını; Acıbadem Sağlık Grubunda uygulayabilmesi için, Acıbadem Sağlık Grubu; Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü'nden gerekli iznin alınmasını saygılarımla arz ve rica ederim.

Şehirli

Doç. Dr. Ümit S. ŞEHİRLİ
Müdür V.



EKLER :
1-Anabilim Dalı Yazısı

Öğr. İşl. Daire Başkanlığı
20.08.2010
M.



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

27 AGUSTOS 2010

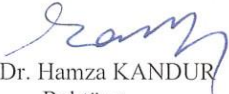
Sayı : B.30.2.MAR.0.72.00.00- 12796
Konu : İzin hk..

İstanbul, ... / ... / 2010

ACIBADEM SAĞLIK GRUBU
Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğüne

İlgi : Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 18/08/2010 tarih ve 2565 sayılı yazısı.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Birsen ERKUŞ'un "Özel Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeyi ve Problem Çözme Becerileri" başlıklı tez çalışmasını grubunuza bağlı (Acıbadem Kadıköy, Acıbadem Kozyatağı, Acıbadem Bakırköy, Acıbadem International, Acıbadem Maslak, Acıbadem Bursa, Acıbadem Kocaeli, Acıbadem Adana, Acıbadem Kayseri, Acıbadem Fulya Hastanelerinin) Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğünde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini rica ederim.


Prof.Dr. Hamza KANDUR
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER :
1.Yazı Örneği (2 sayfa)



T.C.
ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ

TIBBİ ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

SAYI:B.30.2.ACÜ.0.00.00.9000/313

KONU:

04 Mayıs 2010

Sayın Birsen Erkuş

Acıbadem Sağlık Grubu

Hemşirelik Gelişim Departmanı

Eğitim ve Gelişim Hemşiresi

Hemşire Birsen Erkuş tarafından yürütülecek **“Özel Bir Hastane Grubunda Çalışan Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeyi ve Problem Çözme Becerileri”** başlıklı Yüksek Lisans tezi projesi 26 Nisan 2010 tarihinde Komisyonumuzca ele alınarak şu değerlendirmeler yapılmıştır:

- I. Bir Yüksek Lisans tezi olan projenin danışmanının dosyada belirtilmesine,
- II. Araştırma başlığında “Özel bir hastane grubu” yerine “özel hastanelerde” belirlemesinin bilimsel yöntem açısından daha uygun bulunduğuna,
- III. Araştırmanın Amaç bölümünde anlatıldığı gibi problem çözme yeteneğinin belirlenmesinden çok, problem çözme konusunda hemşirelerin kendi öz algı ve değerlendirmelerine yönelik olduğundan hareketle, çalışmanın amaç ve yönteminin bu yönde yeniden düzenlenmesinin önerilmesine,
- IV. Araştırma projesinde Aydınlatılmış Onam bölümünün araştırmanın içeriği ve kapsamı ile uyumlu olarak, ATADEK internet sayfasında belirtilen ölçütlere göre oluşturulmasına,
- V. Anket soruları 100 sorudan fazla olduğundan, araştırmada belirtilen sürede bu çalışmanın yürütülmesinin mümkün görülmediğinden, ilgili bölümün yeniden gözden geçirilmesi;
- VI. Araştırmanın yapılabilmesi için Acıbadem Sağlık Grubu'nda ilgili birimlerden (Acıbadem Tıbbi Hizmetler Direktörlüğü, Hemşirelik Direktörlüğü, başhekimliklerden) idari izin alınması gerektiğine karar (Karar No: 2010/51) verilmiştir.

Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)

Doç. Dr. Yeşim Işıl Ülman (Genel Sekreter)

Prof. R. Beyazıt Çırakoğlu

Prof. Dr. Mert Ülgen

Prof. Dr. Alpay Çeliker

Doç. Dr. Nadi Bakırcı

Gülsuyu Mah. Fevzi Çakmak Cad. Divan Sokak No:1 Maltepe / İSTANBUL

Tel: (0216) 458 08 08 Fax: (0216) 589 84 85

www.acibadem.edu.tr



T.C.
ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ

TIBBİ ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

SAYI:B.30.2.ACÜ.0.00.00.9000/435

KONU: ATADEK 2010/51

13 Haziran 2010

Sayın Birsen Erkuş
Acıbadem Sağlık Grubu
Hemşirelik Gelişim Departmanı
Eğitim ve Gelişim Hemşiresi

Hemşire Birsen Erkuş tarafından yürütülecek **“Özel Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeyi ve Problem Çözme Becerileri”** konulu yüksek lisans tezi 10 Haziran 2010 tarihinde komisyonumuzca tekrar incelenmiş, Yüksek Lisans tezi projesinde, 26 Nisan 2010 tarihli toplantımızda saptanan eksikliklerin giderilmiş olduğu görüldüğünden, Komisyonumuzca tıp etiği açısından uygun olduğuna karar verilmiştir. Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için Acıbadem Sağlık Grubu'nda ilgili birimlerden (Acıbadem Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü) idari izin alınması gerektiğine karar (2010/51) verilmiştir.

Prof.Dr.İsmail Hakkı Ulus

Başkan

Doç.Dr.Yeşim Işıl Ülman

Genel Sekreter

ACIBADEM

27 Ağustos 2010

**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına**

Üniversitenizin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Birsen ERKUŞ'un "Özel Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin ve Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeyi ve Problem Çözme Becerileri" başlıklı tez çalışmasının yapılması için tarafımıza göndermiş olduğunuz, 27 Ağustos 2010 tarihli ve (B.30.2.MAR.0.72.00.00-12796) Nolu izin yazınıza istinaden, çalışmanın Acıbadem Sağlık Grubu Hastaneleri'nde (Acıbadem Kadıköy, Acıbadem Kozyatağı, Acıbadem Bakırköy, Acıbadem İnternational, Acıbadem Maslak, Acıbadem Fulya, Acıbadem Kocaeli, Acıbadem Bursa, Acıbadem Adana, Acıbadem Kayseri) yapılması, Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü tarafından uygun görülmüş olup onay verilmiştir.

Saygılarımla,



Saliha KOÇ

**Acıbadem Sağlık Grubu
Hemşirelik Hizmetleri Direktörü**

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	BİRSEN	Soyadı	ERKUŞ
Doğum Yeri	SİİRT	Doğum Tarihi	01.05.1983
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	36274582164
E-mail	berkus@asg.com.tr	Tel	05365809915

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2005
Lise	Zonguldak Atatürk Lisesi	2000

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Eğitim ve Gelişim Hemşiresi	Acıbadem Sağlık Grubu	2008-
2. Kardiyak Rehabilitasyon Hemşiresi	Acıbadem Sağlık Grubu	2007-2008
3. KVCYBÜ Hemşireliği	Acıbadem Sağlık Grubu	2005-2007

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Zayıf	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Exel, Power Point)	Çok İyi
Open Office	Çok İyi
SPSS	İyi

TARİH	KATILDIĞI EĞİTİM/SEMPOZYUM/SEMİNER/KONGRE
28 Mayıs 2011	Kardiyovasküler Cerrahide Kan Koruması ve Transfüzyon, Acıbadem Üniversitesi, Tıp Fakültesi
02–04 Mayıs 2011	Sağlık Bilimlerinde Nitel Araştırmalar Kursu, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
15 Nisan 2011	2. Geleneksel Bilgi Güncelleme Sempozyumu, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
23–25 Mayıs 2010	Sunuş Tekniği Eğitimci Eğitimi, İstanbul
28-30 Nisan 2010	Sağlıkta Performans Ölçümü Sempozyumu, Skid İstanbul.
28 Mayıs 2010	1. Geleneksel Bilgi Güncelleme Sempozyumu Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
25 Ocak 2010	1. Klinik Rehber Hemşire Eğitim Kursu, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
21 Temmuz 2010	İleri Düzey CPR Eğitimi, Acıbadem Sağlık Grubu
Güz Dönemi	“Kardiyoloji Günleri” Programı, Acıbadem Üniversitesi
20 Nisan 2010	İlaç ve İlaç Uygulamaları Eğitimi, Acıbadem Sağlık Grubu
15 Şubat 2010	Kan ve Kan Bileşenlerinin Uygulanması Eğitimi, Acıbadem Sağlık Grubu
25 Haziran 2010	Preanalitik Hata Kaynakları ve Laboratuvar Süreçleri
12 Mayıs 2010	Hemşirelik Haftası Kronik Hasta Yönetimi Sempozyumu, Acıbadem Sağlık Grubu
18-20 Şubat 2009	Neonatal Resüsitasyon Kursu, (Sağlık Bakanlığı, İstanbul)
18–25 Ocak 2009	İlkyardım Eğitmeni Sertifikası, (Sağlık Bakanlığı, Ankara)
03–07 Kasım 2009	Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbı Kursu, , Antalya
7 Şubat 2009	Kardiyovasküler Cerrahide Hemşirelik Sempozyumu, , Özel Medica International İstanbul Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü
12–13 Kasım 2009	Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitimi, Acıbadem Sağlık Grubu
15 Mayıs 2009	Hemşirelik Haftası Hemşirelikte Yeni Uygulamalar Sempozyumu Acıbadem Sağlık Grubu,
14–15 Kasım 2009	Süreçlerimizi Değerlendiriyoruz Sempozyumu , , Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri

17-21 Ekim 2008	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 10. Ulusal Kongresi, İzmir-Çeşme
25 Ağustos 2008	Temel Elektro-Kardiyografi Eğitimi, Acıbadem Sağlık Grubu,
18 Ağustos 2008	Kalp Damar Cerrahisi (KVC) Hemşireliği Eğitimi
23 Mayıs 2008	Hemşirelikte Araştırma, Acıbadem Sağlık Grubu
18 Nisan 2008	İletişim Teknikleri Çalıştayı, Acıbadem Sağlık Grubu
28 Ocak 2008	Bilgi Güncelleme Eğitimi, Acıbadem Sağlık Grubu
30 Temmuz 2008	Hasta Hakları, Acıbadem Sağlık Grubu
08 Temmuz 2008	Open Office Eğitimi, Acıbadem Sağlık Grubu
04 Haziran 2008	Hasta İlişkilerinde Etkili İletişim Teknikleri, Acıbadem Sağlık Grubu
22 Mayıs 2008	Stres Yönetimi, Acıbadem Sağlık Grubu
31 Mayıs-03 Haziran 2007	Göğüs Kalp Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği XII.Ulusal Kongresi, , Malatya.
10 Aralık 2007	Zor Hasta ve Hasta Yakınlarıyla Başa Çıkmak, Acıbadem Sağlık Grubu
23 Ekim 2007	Sedasyon Analjezi Uygulama Eğitimi, Acıbadem Sağlık Grubu
28 Kasım 2005	Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği, Acıbadem Sağlık Grubu
27 Aralık 2006	Maquet Servo-I Ventilatör Temel Kullanıcı Eğitimi, Simeks
14 Ekim 2005	Artroskopik Girişimler Ve Hemşirelik Uygulamaları, Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi.
9 Temmuz- 2 Eylül 2003	Bilgisayar Meslek Dalı Eğitim Programları Kurs Sertifikası, Zonguldak Merkez Halk Eğitim Merkezi

Yapılan Araştırmalar

- 1) **Erkuş B.**, Senay, S., Toraman F., Karabulut H., Alhan C. Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Hastaların Umutsuzluk Düzeyini Etkileyen Risk Faktörleri, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 10. Ulusal Kongresi.
- 2) Elitoğ N., **Erkuş B.** Acıbadem Hastanesi Kardiyak Rehabilitasyon Hemşireliği Deneyimi Sonuçları, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 10. Ulusal Kongresi.
- 3) Elitoğ N., **Erkuş B.**, CABG Operasyonu Geçirmiş Olan Hastaların Taburculuk Sonrası En Sık Yaşadıkları Problemlerin Tanımlanması, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 10. Ulusal Kongresi
- 4) Elitoğ N., Korkmaz F., **Erkuş B.**, Kalp Damar Cerrahisi Operasyonu Planlanan Hastalarda Nazal Stapylococcus Aureus Taşıyıcılığı, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 10. Ulusal Kongresi.