

HEMŞİRELİK YÖNETİMİNDE

GÜNCEL YAKLAŞIMLAR: KALİTE, KARAR VERME VE AFET YÖNETİMİ

EDİTÖR:
HAVA GÖKDERE ÇINAR



BİDGE Yayınları

Hemşirelik Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar: Kalite, Karar Verme
ve Afet Yönetimi

Editör: Hava Gökdere Çınar

ISBN: 978-625-8821-42-0

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 20.06.2026

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



İÇİNDEKİLER

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE KALİTE: HEMŞİRELİĞE DUYARLI GÖSTERGELER VE ATLANMIŞ HEMŞİRELİK BAKIMI KAVRAMLARI	4
KÜBRA BAĞCI DERİNPINAR	4
HEMŞİRELİK YÖNETİMİNDE ELEŞTİREL DÜŞÜNME, SORUN ÇÖZME ve KARAR VERME: GÜNCEL YAKLAŞIMLAR.....	21
İREM BOYLU	21
HAVA GÖKDERE ÇINAR ²	21
SAĞLIK KURUMLARINDA AFET YÖNETİMİ VE YÖNETİCİ HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARIÇÖZME ve KARAR VERME: GÜNCEL YAKLAŞIMLA.....	56
CENNET SEVAL ÇELİK.....	56
HAVA GÖKDERE ÇINAR ²	56

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE KALİTE: HEMŞİRELİĞE DUYARLI GÖSTERGELER VE ATLANMIŞ HEMŞİRELİK BAKIMI KAVRAMLARI

KÜBRA BAĞCI DERİNPİNAR¹

Giriş

Kalite, bir ürünün, hizmetin ya da sürecin beklenen gereksinimleri karşılama düzeyidir (International Organization for Standardization [ISO], 2015). Sağlık hizmetlerinde kalite, istenen sağlık sonuçlarını artırma ve bunu kanıta dayalı profesyonel bilgiyle uyumlu biçimde sunma düzeyi olarak ifade edilebilir (World Health Organization [WHO], 2025). Sağlık hizmetlerinde kalite, daha kapsamlı olarak, bireylere ve topluma sunulan bakımın güvenli, etkili, insan odaklı, zamanında, hakkaniyetli, entegre ve verimli biçimde gerçekleştirilmesini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır (Institute of Medicine [IOM], 2001; WHO, 2025). Kalite, yalnızca sağlık hizmetinin teknik yeterliliğiyle sınırlı olmayıp hizmetin hasta güvenliği, bakım sonuçları, hasta deneyimi, kaynakların etkin

¹ Öğretim Görevlisi Doktor, Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0001-5135-6048

kullanımı ve hizmet sürekliliği üzerindeki etkileriyle birlikte ele alınmaktadır.

Sağlık sistemlerinde kalite yönetimi, hizmet süreçlerinin standartlaştırılması, ölçülmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi ve sürekli iyileştirilmesini kapsayan sistematik bir yönetim yaklaşımıdır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde kalite hem kurumsal hizmet sunum süreçlerinin hem de bireysel bakım uygulamalarının temel belirleyicilerinden biridir (WHO, 2020; Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2019).

Hemşirelik hizmetleri, sağlık hizmetleri içinde kalite yönetiminin en kritik alanlarından birini oluşturmaktadır. Hemşireler, hastalarla kesintisiz temas hâlinde olan, bakımın sürekliliğini sağlayan, hasta güvenliği risklerini erken fark eden, bakım gereksinimlerini değerlendiren, hastayı ve ailesini eğiten, multidisipliner ekip içinde koordinasyonu destekleyen sağlık profesyonelleridir (Stavropoulou vd., 2022). Bu nedenle hemşirelik hizmetlerinde kalite, yalnızca hemşirelik girişimlerinin doğru uygulanmasıyla değil, bakım süreçlerinin iyileştirilmesi, bakımın hasta sonuçları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımının görünür kılınmasıyla da ilişkilidir. Hemşirelik hizmetlerinde kalite yönetimi, bakımın planlanması, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi süreçlerinde kanıta dayalı, ölçülebilir ve hasta güvenliğini önceleyen bir yaklaşım gerekli kılmaktadır (WHO, 2020).

Hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesinde en önemli kuramsal çerçevelerden biri Donabedian'ın yapı, süreç ve sonuç modelidir. Bu modele göre sağlık hizmetinin kalitesi, hizmetin sunulduğu yapısal koşullar, bakım sürecinde gerçekleştirilen uygulamalar ve bu uygulamaların hasta ya da çalışan sonuçlarına yansımaları üzerinden değerlendirilmektedir (Donabedian, 1988; Bıyık & Türe, 2020; Oner vd., 2021).

Hemşireliğe duyarlı göstergeler, hastaya verilen hemşirelik bakımının kalitesini, başarısını ve hasta sağlığı üzerindeki etkisini doğrudan nicel verilerle ölçmeyi sağlayan somut kalite kriterleridir. Hemşireliğe duyarlı göstergeler kavramı, uluslararası literatürde Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) çalışmaları ve Ulusal Hemşirelik Kalitesi Göstergeleri Veritabanı (NDNQI) aracılığıyla sistematik biçimde ortaya konmuştur. Bu yaklaşım, hemşirelik bakımının kurumsal performans, hasta güvenliği ve kalite iyileştirme süreçlerine yönelik özgün katkısını ortaya koymayı amaçlamaktadır (Montalvo, 2007; Irmak & Bulut, 2022; Stavropoulou vd., 2022). Hemşireliğe duyarlı göstergeler, hemşirelik bakımının yalnızca gerçekleştirilen uygulamalarla sınırlı kalmadığını; hemşire memnuniyeti, hemşire devir hızı, iş yükü, beceri karışımı ve çalışma ortamı gibi yapısal göstergelerin de bakım kalitesiyle doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu göstergelerin düzenli olarak izlenmesi, bakım süreçlerinde riskli alanların belirlenmesini, önleyici stratejilerin geliştirilmesini ve kalite iyileştirme çalışmalarının kanıta dayalı biçimde yürütülmesini sağlar (Montalvo, 2007; Bıyık & Türe, 2020)

Güncel literatürde hemşirelik bakımının görünürlüğü kavramı, hemşireliğe duyarlı göstergelerle yakından ilişkilendirilmektedir. Hemşirelik bakımının önemli bir bölümü değerlendirme, izlem, hasta eğitimi, duygusal destek, riskleri önleme ve bakım koordinasyonu gibi çoğu zaman görünmeyen faaliyetlerden oluşmaktadır. Bu faaliyetler kayıt altına alınmadığında veya göstergelerle ilişkilendirilmediğinde, hemşirelik bakımının hasta sonuçlarına katkısı yeterince ortaya konulamamaktadır. Bu çerçevede “atlanmış hemşirelik bakımı” kavramı, hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesinde güncel ve önemli bir tartışma alanı oluşturmaktadır (Kalisch vd., 2009). Atlanmış hemşirelik bakımı, hastanın gereksinim duyduğu bakımın tamamının ya da bir bölümünün yapılmaması, gecikmesi veya eksik

gerçekleştirilmesi olarak ele alınabilir. Atlanmış hemşirelik bakımı, hemşirelik bakımının görünmeyen yönlerini ortaya koyan ve hemşireliğe duyarlı göstergelerle birlikte değerlendirilmesi gereken önemli bir kalite sorunudur (Chaboyer vd., 2021; Papathanasiou vd., 2024).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Sağlıkta Kalite Standartları ve gösterge yönetimi yaklaşımı çerçevesinde yürütülmektedir. Bu sistemde hasta güvenliği, hasta bakımı, ilaç yönetimi, enfeksiyonların önlenmesi, düşmelerin önlenmesi, basınç yaralanmalarının izlenmesi ve istenmeyen olay bildirimleri gibi başlıklar hemşirelik hizmetleriyle yakından ilişkilidir. Hemşirelik bakımının kalite yönetimi içindeki özgün katkısının daha görünür hâle getirilmesi ve hemşireliğe özgü göstergelerin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı [SHGM], 2020).

Hemşirelik hizmetlerinde kalite yönetimi süreci hemşirelik bakımının hasta sonuçları üzerindeki etkisini görünür kılan, bakım kalitesini ölçen, aksayan süreçleri belirleyen ve sürekli iyileştirme çalışmalarına yön veren veri temelli bir yönetim yaklaşımıdır. Hemşireliğe duyarlı göstergeler ise bu yaklaşımın merkezinde yer almakta; hemşirelik bakımının bilimsel, yönetsel ve klinik değerini ortaya koymaktadır. Bu bölümde hemşirelik hizmetlerinde kalite kavramı, hemşireliğe duyarlı göstergeler odağında ele alınacak; göstergelerin kavramsal temeli, uluslararası konumu, Türkiye’deki yansımaları, hemşirelik bakımının görünürlüğü ve karşılanmayan hemşirelik bakımı kavramları ele alınacaktır.

Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite ve Hemşireliğe Duyarlı Göstergeler

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi izlemek amacıyla belirlenmiş süreçlerden kaynaklanan sapmaları ortaya koyan ölçütler, işaret, gösterge veya indikatör olarak tanımlanır. Bu ölçütler sayı, oran, ortalama, hız, sıklık ya da yüzde gibi nicel ifadelerle ortaya konur. Göstergeler, sağlık kuruluşlarında yürütülen uygulamaların değerlendirilmesi, sorunlu alanların belirlenmesi ve iyileştirme çalışmalarının planlanması için kullanılır (Bıyık ve Türe, 2020). Hemşireliğe duyarlı göstergeler, hemşirelik bakımının hastayı doğrudan etkileyebilecek değişimleri izlemek için kullanılan ölçütlerdir. Bu göstergeler, hemşirelik bakımının kalitesini görünür kılmayı, bakımın hasta sonuçlarıyla ilişkisini değerlendirmeyi ve hemşirelik katkısını ölçülebilir hale getirmeyi amaçlar. Uluslararası literatürde bu yaklaşım, bakımın yalnızca uygulanıp uygulanmadığını değil, bakımın hangi koşullarda verildiğini ve hangi sonuçlara dönüştüğünü birlikte değerlendiren bir kalite çerçevesi olarak ele alınmaktadır (Oner vd., 2021; Bıyık & Türe, 2020; Irmak & Bulut, 2022).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970'li ve 1980'li yıllarda sağlık hizmetlerine erişimdeki sınırlılıklar, artan maliyetler ve sağlık hizmetlerinin etkili biçimde sunulamamasına ilişkin sorunlar ile memnuniyetsizliklerin artmasıyla ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine önem vermeye başlamıştır. Bununla birlikte, hasta bakım kalitesini iyileştirme hedefi öne çıkarken, bakım maliyetlerini azaltma, hastanede kalış süresini kısaltma ve hasta devir hızını artırma gibi yönetsel amaçlar da süreç üzerinde etkili olmuştur. Bu alanda en güçlü örneklerden biri Amerikan Hemşireler Birliği'nin (ANA) çalışmalarıdır. ANA hemşirelik bakımının kaliteye katkısını sistematik biçimde izlemek amacıyla Ulusal Hemşirelik Kalitesi Göstergeleri Veritabanı'nı (NDNQI) geliştirmiştir. NDNQI, birim

düzeyinde yapı, süreç ve sonuç göstergelerini raporlayan ulusal bir veritabanı olarak hemşirelik bakımının izlenmesi, karşılaştırılması ve geliştirilmesinde kullanılır. ANA kaynaklarında, yüksek hemşirelik sayılarının hasta ölümü ve zarar oranlarının daha düşük olmasıyla ilişkili olduğu; bu nedenle hemşirelik istihdamı ve beceri karışımının kalite değerlendirmesinde temel bir yapı göstergesi olduğu vurgulanmaktadır (Gormley vd., 2024).

Hemşirelik uygulamalarıyla ilişkili hasta sonuçlarını tanımlarken “hemşireliğe duyarlı göstergeler” kavramını Maas ve arkadaşları (1996) kullanmıştır. Bu kavram, hemşirelik uygulamalarının doğrudan ya da dolaylı olarak etkilediği yapı, süreç ve sonuç ölçütlerini kapsayacak şekilde geniş bir çerçevede tanımlanmıştır. ANA, hemşireliğin yapı, süreç ve sonuç boyutlarını görünür kılmak amacıyla Donabedian modelini temel alarak hemşireliğe duyarlı göstergeleri benimsemiştir. Bu yaklaşım, hasta bakımını etkileyen hemşirelik yönlerinin sistemli biçimde tanımlanmasına olanak sağlamış; özellikle hemşirelik personelinin sayısı, beceri bileşimi ve bakım sürecine katkısı gibi alanların daha ayrıntılı biçimde incelenmesini mümkün kılmıştır (Maas et al., 1996). Güncel sistematik derlemeler, hemşire istihdamı, mortalite ve nozokomiyal enfeksiyonlar gibi göstergelerin hemşireliğe duyarlı alanların merkezinde yer aldığını göstermekte; böylece hemşireliğe duyarlı göstergelerin bakım kalitesini görünür kılan, ölçülebilir ve karşılaştırılabilir bir çerçeve sunduğunu ortaya koymaktadır (Stavropoulou vd., 2022).

Hemşireliğe duyarlı gösterge terimi ilk kez ortaya atıldığından bu yana 20 yılı aşkın bir süredir, modern sağlık hizmetlerinde kullanımının geliştirilmesinde az ilerleme kaydedilmiştir. Hemşireliğe duyarlı göstergeler, sağlık hizmetleri kalitesinin yalnızca genel kurum performansı üzerinden değil, doğrudan hemşirelik uygulamaları üzerinden de değerlendirilmesini

sağlar. Temel amaç, hemşirelik emeğinin bakım sonuçlarına katkısını ölçülebilir hâle getirmektir (Gormley vd., 2024).

Hemşireliğe duyarlı göstergelerin içeriği ülkeler ve bakım bağlamlarına göre farklılık gösterebilse de uluslararası literatürde sık yinelenen alanlar oldukça benzerdir: hasta düşmeleri, basınç yaralanmaları, hastane kaynaklı enfeksiyonlar, ilaç hataları, hasta memnuniyeti, hemşire memnuniyeti ve bakım saatleri bunların başında gelir. Hemşirelerin görüşlerini inceleyen çalışmalar, enfeksiyon oranı, basınç yaralanması, hasta düşmeleri, hasta memnuniyeti, hemşire memnuniyeti, hemşire eğitim düzeyi ve hastaya ayrılan sürenin bakım kalitesiyle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, hemşireliğe duyarlı göstergelerin yalnızca bir ölçüm aracı olmadığını; aynı zamanda bakımın görünürlüğünü artıran, kaliteyi iyileştirmeyi yönlendiren ve hemşirelik emeğini sağlık sonuçlarıyla ilişkilendiren bir kavramsal çerçeve sunduğunu göstermektedir (Montalvo, 2007; Bıyık & Türe, 2020; Oner vd., 2021; Irmak & Bulut, 2022).

Donabedian'ın yapı, süreç ve sonuç bileşenlerinin klinik sahadaki pratik karşılıklarını takip etmek amacıyla literatürde standart gösterge setleri kullanılmaktadır. Hemşirelik otonomisini görünür kılmak ve bakım kalitesini sürekli iyileştirmek adına veri tabanlarında (NDNQI) birim düzeyinde sistematik olarak izlenen ve raporlanan başlıca hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri şunlardır:

- Hasta günü başına hemşirelik saatleri: kayıtlı hemşire (RN), lisanslı pratik hemşire (LPN/LVN) ve yardımcı sağlık personeli (UAP) ayrımıyla.
- Beceri karışımı (Skill-mix): Toplam hemşirelik bakım saatinin RN, LPN/LVN, UAP ve ajans/şirket personeli dağılımı.
- Kayıtlı hemşirenin eğitim ve sertifikasyon durumu.

- Kayıtlı hemşire memnuniyeti: İş tatmini, kısa form ve çalışma ortamı ölçeği seçenekleriyle.
- Gönüllü hemşire devir hızı ve hemşire boşluk (açık) oranı.
- Hasta düşmeleri ve yaralanmalı hasta düşmeleri: Yaralanma derecesine göre.
- Basınç yaralanması (ülseri) yaygınlığı: Toplum kökenli, hastane kökenli ve birim kökenli olarak, oluşum evresi (Evre 1-4) ile birlikte.
- İlaç uygulama hataları: Hatalı doz, hatalı hasta, hatalı zaman, hatalı ilaç ve hatalı uygulama yolu indikatörleriyle birlikte.
- Pediatrik ağrı değerlendirmesi, müdahale ve yeniden değerlendirme (AIR) döngüsü.
- Pediatrik periferik intravenöz sızma (infiltrasyon) oranı.
- Psikiyatrik fiziksel/cinsel saldırı oranı: Psikiyatri kliniklerinde hasta ve çalışan güvenliğinin takibi amacıyla.
- Kısıtlama (fiziksel/kimyasal) yaygınlığı.
- Hastane enfeksiyonları:
 - Kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu (KİİYE),
 - Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SKİKDE),
 - Ventilatör ilişkili pnömoni (VİP),
 - Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE) ve periferik kateter ilişkili enfeksiyonlar.

Donabedian Modeli Çerçevesinde Hemşirelikte Yapı, Süreç ve Sonuç Göstergeleri

Hemşireliğe duyarlı göstergelerin kuramsal altyapısı, Avedis Donabedian'ın yapı, süreç ve sonuç modeline dayanmaktadır (Donabedian, 1988). Bu modele göre yapı göstergeleri; hemşire sayısı, beceri karışımı ve çalışma ortamı gibi organizasyonel unsurları içerirken; süreç göstergeleri; bakım planı hazırlama, hasta eğitimi, ağrı değerlendirmesi ve güvenli ilaç uygulamaları gibi

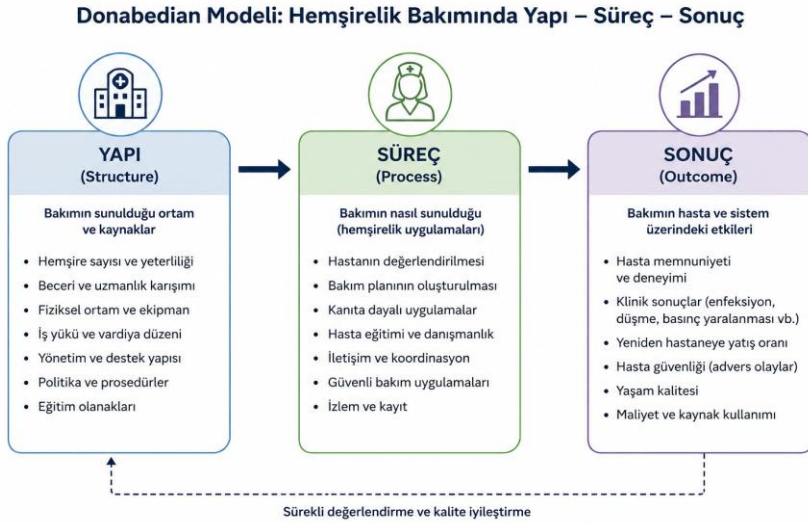
doğrudan klinik girişimleri kapsar (Bıyık & Türe, 2020). Sonuç göstergeleri ise düşme, basınç yaralanması, hastane enfeksiyonları ve ilaç uygulama hataları gibi doğrudan hasta çıktılarına yansıtır (Oner vd., 2021). Donabedian'ın yapı-süreç-sonuç modeli temel alınarak oluşturulan Şekil 1'de hemşirelik bakımında kalite boyutları özetlenmiştir.

Yapı (Structure) Göstergeleri: Bakımın sunulduğu organizasyonel ve fiziksel çevreyi tanımlar. Hasta başına düşen hemşirelik bakım saati, hemşirelik kadrosunun eğitim düzeyi, sertifikasyon durumları, beceri karışımı (skill-mix) ve çalışma ortamının niteliği bu boyutta ele alınır.

Süreç (Process) Göstergeleri: Doğrudan hastaya uygulanan hemşirelik girişimlerini ve klinik süreçleri kapsar. Düşme riski değerlendirmesi, ağrı yönetimi, basınç yaralanmasını önleme protokollerinin uygulanması ve taburculuk/hasta eğitimi süreçleri bu grupta yer almaktadır.

Sonuç (Outcome) Göstergeleri: Yapı ve süreç bileşenlerinin hastanın sağlık durumu üzerindeki doğrudan etkileridir. Hasta düşme oranları, hastane kaynaklı basınç yaralanmaları, kateter ilişkili enfeksiyonlar, ilaç uygulama hataları ile hasta ve hemşire memnuniyeti en temel sonuç göstergeleridir (Bıyık & Türe, 2020).

Şekil 1 Donabedian modeli: Hemşirelik bakımında yapı, süreç, sonuç



Kaynak: Yazar tarafından Donabedian modeli temel alınarak hazırlanmıştır

Hemşirelik Bakımının Görünürlüğü ve Atlanmış Hemşirelik Bakımı (Missed Nursing Care)

Hemşirelik mesleğinin profesyonel otonomisi ve sağlık sistemine sunduğu katma değer, yürütülen bakım faaliyetlerinin ne ölçüde görünür olduğuyula doğrudan ilişkilidir (Kramer & Schmalenberg, 2003; Chaboyer vd., 2021). Hemşirelik uygulamalarının önemli bir bölümünü oluşturan sürekli hasta izlemi, risklerin öngörülmesi, klinik koordinasyon, hasta eğitimi ve emosyonel destek gibi hayati faaliyetler, rutin tıbbi işlemler (ilaç uygulamaları, pansumanlar vb.) gibi somut olarak kaydedilmediğinde veya indikatörlerle ilişkilendirilmediğinde "görünmez" hale gelmektedir. Hemşirelik emeğinin bu görünmeyen yönü ve yoğun klinik ortamlarda bu süreçlerin sekteye uğraması, uluslararası literatürde atlanmış hemşirelik bakımı (Missed nursing

care) kavramı ile ele alınmaktadır. Atlanmış hemşirelik bakımı; hastanın gereksinim duyduğu hemşirelik bakımının tamamının ya da bir bölümünün yapılmaması, eksik bırakılması veya geciktirilerek uygulanması olarak tanımlanmaktadır (Kalisch, 2006; Kalisch vd., 2009).

Donabedian'ın Yapı-Süreç-Sonuç modeli ekseninde değerlendirildiğinde, atlanmış hemşirelik bakımı "Süreç" boyutuyla ilişkilidir (Jones vd., 2015). Süreç göstergeleri, doğrudan hastaya uygulanan ve bakımın niteliğini belirleyen hemşirelik girişimlerini kapsar. Güvenli bir bakım sürecinin işletilebilmesi; yapısal koşulların (yeterli hemşire istihdamı, dengeli iş yükü, uygun beceri karışımı) elverişli olmasına bağlıdır. Yapısal unsurlarda meydana gelen bir yetersizlik (örneğin hemşire başına düşen hasta sayısının artması veya destek personel eksikliği), hemşirelerin zamanı rasyonel kullanamamasına ve kaçınılmaz olarak süreç boyutundaki bazı klinik uygulamaları ertelemesine ya da atlamasına yol açar (Kalisch vd., 2009; Chaboyer vd., 2021). Süreç boyutundaki bu aksamalar ve atlamalar, rastlantısal olmayıp belirli bir görev hiyerarşisini takip ettiği ifade edilebilir:

Öncelikli Süreçler: İlaç uygulamaları, invaziv girişimler veya akut vital bulgu takibi gibi hastanın hayati fonksiyonlarını doğrudan etkileyen teknik süreçler, yasal ve klinik sorumluluklar gereği nadiren atlanır.

İlk Atlanan/Geciken Süreçler: Hastanın mobilizasyonunun geciktirilmesi, ağız/vücut hijyeni bakımlarının ihmal edilmesi, planlı ağrı değerlendirmelerinin zamanında yapılmaması, hasta ve aile eğitimlerinin verilmemesi ya da hastaya ayrılması gereken psikolojik/emosyonel desteğin sağlanamaması gibi süreçler yoğun iş yükü altında ilk feda edilen alanlar olmaktadır (Labrague, 2022; Papathanasiou vd., 2024).

Nitekim perioperatif hemşirelik bakımı kalitesini inceleyen bir araştırmada, hastaların bakım süreçlerinde kendilerine gösterilen "saygı" düzeyini çok yüksek algılamalarına rağmen, psikolojik ve emosyonel süreçleri kapsayan "destek" alt boyutunda düşük memnuniyet puanı verdikleri saptanmıştır. Bu bulgu, cerrahi süreçlerdeki yoğun fiziksel ve teknik iş yükü altında hemşirelerin süreç boyutundaki emosyonel ve psikososyal destek faaliyetlerini istemeden de olsa atlamak durumunda kaldıklarını ortaya koymaktadır (Kızılcık Özkan vd., 2023). Süreç boyutundaki bu atlamalar, Donabedian modelinin nedensellik zinciri gereği doğrudan "Sonuç" boyutunu olumsuz yönde etkilemektedir (Jones vd., 2015). Süreç aşamasında mobilizasyonu atlanan bir hastada sonuç olarak hasta düşmesi ya da derin ven trombozu gelişebilir; hijyen ve kateter bakımı atlanan bir hastada ise hastane enfeksiyonları görülebilir; ağrı değerlendirmesi ve emosyonel desteği atlanan hastalarda ise hasta memnuniyetsizliği ve hastanede kalış süresinde uzama görülebilir (Jones vd., 2015; Chaboyer vd., 2021). Sonuç olarak, atlanmış hemşirelik bakımı, soyut bir kavram olmayıp hemşireliğe duyarlı süreç göstergelerinin klinik sahada ne kadar etkili uygulanabildiğini gösteren majör bir kalite indikatörüdür. Süreç kalitesini artırmak ve negatif hasta sonuçlarının önüne geçebilmek için, atlanmış bakımların arkasında yatan yapısal nedenlerin yönetici hemşireler tarafından analiz edilmesi ve bakımın tüm boyutlarıyla görünür kılınması kritik bir zorunluluktur (Chaboyer vd., 2021).

Türkiye’de Sağlıkta Kalite Göstergeleri

Türkiye’de sağlıkta kalite yönetimi, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve gösterge yönetimi çerçevesinde yapılandırılmıştır. Bu süreç, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” başlığıyla, Sağlık Bakanlığı’nın öncelikli hedefleri arasında yer alan kalite

sistemlerinin temellerini atmıştır. 2005 yılında, sağlık hizmetlerinin tüm süreçlerini kapsayan standartların yayımlanmasıyla süreçler kullanıma hazır hale gelmiştir. 2015 tarihli yönetmelik ve bunu izleyen SKS Hastane rehberleriyle kalite ölçümü ve izleme sistemi daha da güçlendirilmiş; 2020 yılında güncellenen sürümle bölüm bazlı göstergelerin takibi tüm hastaneler için zorunlu hâle gelmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

SKS kapsamında hasta güvenliği, ilaç yönetimi, enfeksiyonların önlenmesi, hasta bakımı ve istenmeyen olay bildirimi gibi alanlar hemşirelik hizmetleriyle doğrudan ilişkilidir. Bununla birlikte, Türkiye’de ANA ve NDNQI örneklerinde olduğu gibi hemşireliğe özgü, ulusal düzeyde yapılandırılmış bir gösterge veritabanı bulunmamaktadır. Buna karşın, basınç yaralanması, düşme, güvenli doğum kontrol listesi kullanımı ve üriner kateter ilişkili enfeksiyonlar gibi göstergeler hemşirelerin sorumluluk alanında yer almaktadır (Irmak & Bulut, 2022; Oner vd., 2021). Gösterge sonuçları kalite yönetim birimleri tarafından izlenmekte, ilgili komitelerde değerlendirilmekte ve iyileştirme süreçlerine temel oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Bu çerçevede hemşire iş yükü, personel sayısı ve ekip çalışması gibi unsurların da bakım sonuçlarını etkilediği görülmekte; hemşirelerin yalnızca veri toplamada değil, sonuçların yorumlanması ve iyileştirme çalışmalarında da aktif rol alması önem taşımaktadır (Oner vd., 2021)

Sonuç ve Öneriler

Hemşirelik hizmetlerinde kalite yönetimi, soyut kavramlardan arındırılmış, Donabedian modeli çerçevesinde yapı, süreç ve sonuç bileşenleriyle formüle edilmiş dinamik bir veri yönetimidir. Hemşireliğe duyarlı göstergeler, bu süreçte hemşirelik emeğinin görünür kılınması ve hasta güvenliğinin artırılması için vazgeçilmez stratejik araçlardır. Bu doğrultuda, literatürdeki

bulgular ve klinik gereksinimler ışığında uygulamaya yönelik geliştirilen öneriler şu şekildedir:

Ulusal Gösterge Veritabanının Oluşturulması: Türkiye bağlamında, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ile tam entegre çalışabilecek, hemşireliğe özgü bağımsız ve ulusal düzeyde yapılandırılmış bir klinik gösterge veritabanı (Ulusal NSI Veritabanı) ivedilikle geliştirilmelidir.

Sürekli Hizmet İçi Eğitimlerin Planlanması: Hemşirelerin veri takibi, indikatör analizi ve kalite iyileştirme süreçlerine yönelik bilgi eksikliklerini giderecek, kanıta dayalı uygulamaları destekleyen sürekli ve sistematik hizmet içi eğitim programları planlanmalıdır.

İş Yükünün Dengelenmesi ve Atlanmış Bakımın Önlenmesi: Kliniklerdeki hemşire iş yükü ve personel dağılımı rasyonel biçimde dengelenmelidir. Böylece hastaların bütüncül bakım ihtiyaçlarının (fiziksel bakımın yanı sıra psikolojik ve emosyonel destek) eksiksiz karşılanması sağlanmalı ve yoğun iş yükünden kaynaklanan atlanmış hemşirelik bakımı minimum düzeye indirilmelidir (Stavropoulou vd., 2022).

Bakım Kalitesinin Periyodik Olarak İzlenmesi: Hemşirelik bakım kalitesinin sürekliliğini ve sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla; hasta algısı, bakım memnuniyeti düzeyleri, klinik servis özellikleri ve ameliyat türü gibi spesifik değişkenler bazında periyodik ve sistematik olarak izlenmelidir.

Kaynakça

Bıyık, S., & Türe, A. (2020). Klinik hemşirelerinin kaliteli hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri: Nitel bir araştırma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 234–243.

Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B. O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37(2), 91–101. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>

Gormley, E., Connolly, M., & Ryder, M. (2024). The development of nursing-sensitive indicators: A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 100227. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100227>

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>

International Organization for Standardization. (2015). *Quality management systems—Fundamentals and vocabulary* (ISO Standard No. 9000:2015). <https://www.iso.org/standard/45481.html>

Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and care left undone: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137.

Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–313.

Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>

Kızılıcık Özkan, Z., Dığın, F., & Dinlegör Sekmen, I. (2023). Hastalarda perioperatif hemşirelik bakımı kalitesi ve etkileyen faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(1), 26–32. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.1147163>

Kramer, M., & Schmalenberg, C. E. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 51(1), 13–19. <https://doi.org/10.1067/mno.2003.4>

Labrague, L. J. (2022). Influence of nurse practice environment on missed nursing care and quality of care. *International Nursing Review*, 69(3), 342–351. <https://doi.org/10.1111/inr.12745>

Maas, M. L., Johnson, M., & Morehead, S. (1996). Classifying nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 28(4), 295–301. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1996.tb00377.x>

Montalvo, I. (2007, September). The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3).

Oner, B., Zengul, F. D., Oner, N., Ivankova, N. V., Karadag, A., & Patrician, P. A. (2021). Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997–2017). *Nursing Open*, 8(3), 1005–1022. <https://doi.org/10.1002/nop2.654>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Performance measurement systems in the health sector and their budgetary implications*.

Papathanasiou, I., Tzenetidis, V., Tsaras, K., Zyga, S., & Malliarou, M. (2024). Missed nursing care; prioritizing the patient's needs: An umbrella review. *Healthcare*, 12(2), 224.

Stavropoulou, A., Rovithis, M., Kelesi, M., Vasilopoulos, G., Sigala, E., Papageorgiou, D., Malliarou, M., & Koukouli, S. (2022). What quality of care means? Exploring clinical nurses' perceptions on the concept of quality care: A qualitative study. *Clinics and Practice*, 12(4), 468–481.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2020). *Sağlıkta kalite standartları: Hastane (Sürüm 6.1)*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1156.

World Health Organization. (2020, November 17). *Quality health services: A planning guide*.

World Health Organization. (2020). *Quality of care guidance and tools*. WHO.

World Health Organization. (2025, May 19). *Quality health services*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.

HEMŞİRELİK YÖNETİMİNDE ELEŞTİREL DÜŞÜNME, SORUN ÇÖZME ve KARAR VERME: GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

**İREM BOYLU¹
HAVA GÖKDERE ÇINAR²**

Giriş

Sağlık hizmetleri, teknolojik gelişmeler, sosyodemografik değişimler, kronik hastalık yükündeki artış ve sağlık bakım gereksinimlerinin giderek kompleks bir hale gelmesi nedeniyle son yıllarda önemli bir dönüşüm süreci yaşamaktadır. Bu dönüşüm sadece sağlık hizmetlerinin sunum biçimini değil, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin bilgiye ulaşma, bilgiyi değerlendirme ve klinik uygulamalara aktarma süreçlerini de doğrudan etkilemektedir (International Council of Nurses, 2023; World Health Organization, 2021). Özellikle hemşireler, hasta ile en uzun süre temas halinde bulunan sağlık profesyonelleri olarak dinamik klinik ortamlarda sürekli karar vermek, öncelikleri belirlemek ve beklenmeyen durumlara hızlı çözümler geliştirmek zorundadır (Ceviz & Özden,

¹ Hemşire, Bursa Şehir Hastanesi, (Yüksek Lisans Öğrencisi) Orcid: 0009-0001-3791-5066

² Doç.Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, (Danışman) Orcid: 0000-0002-5792-5958

2025). Bu nedenle eleştirel düşünme, sorun çözme ve karar verme becerileri, çağdaş hemşirelik uygulamalarının temel bileşenleri arasında yer almaktadır (Zainal et al., 2025).

Hemşirelik yalnızca bakım uygulamalarından oluşan teknik bir meslek değildir. Aynı zamanda sürekli veri toplanmasını, elde edilen bilgilerin analiz edilmesini, alternatiflerin değerlendirilmesini, etik ilkelerin gözetilmesini ve kanıta dayalı kararların verilmesini gerektiren bilişsel bir süreçtir (Benner et al., 2008). Klinik ortamda verilen her karar hasta güvenliği, bakım kalitesi, tedavi sonuçları ve sağlık hizmetlerinin verimliliği üzerinde doğrudan etkiye sahiptir (WHO, 2021). Özellikle yoğun bakım, acil servis ve ameliyathane gibi yüksek riskli kliniklerde çalışan hemşireler çoğu zaman sınırlı süre içerisinde yüksek doğruluk gerektiren kararlar almak durumunda kalmaktadır. Bu durum eleştirel düşünme becerilerinin hasta güvenliğinin vazgeçilmez bir unsuru olduğunu göstermektedir (Doyon & Raymond, 2024).

Son yıllarda hemşirelik literatüründe eleştirel düşünme kavramı, klinik muhakeme (clinical reasoning), klinik yargı (clinical judgment), kanıta dayalı uygulama (evidence-based practice) ve klinik karar verme (clinical decision making) kavramlarıyla birlikte ele alınmaktadır (Melnik & Fineout-Overholt, 2015). Özellikle Tanner'in Klinik Yargı Modeli, Benner'in "Acemiden Uzman" modeli ve Facione'nin eleştirel düşünme yaklaşımı, hemşirelerin karmaşık klinik durumlarda nasıl düşündüklerini ve karar verdiklerini açıklayan önemli kuramsal çerçeveler arasında yer almaktadır (Benner et al., 2008; Facione, 1990; Tanner, 2006). Bu modeller hemşirelik eğitiminin planlanması ve mesleki gelişimin desteklenmesi açısından da önemli katkılar sağlamaktadır.

Diğer yandan sağlık sistemlerinde yaşanan dijital dönüşüm, hemşirelerin karar verme süreçlerinde yeni yaklaşımları beraberinde getirmiştir. Elektronik sağlık kayıtları, klinik karar destek sistemleri,

büyük veri analitiği ve yapay zekâ tabanlı uygulamalar, hemşirelerin daha hızlı, doğru ve kanıta dayalı kararlar almasını destekleyen teknolojiler olarak öne çıkmaktadır (Booth et al., 2021; Buchanan et al., 2024). Bununla birlikte teknolojik sistemlerin etkin kullanılabilmesi, güçlü eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerine sahip olunmasını gerektirmektedir (Buchanan et al., 2024). Teknolojinin tek başına doğru karar vermeyi sağlamadığı, klinik deneyim, etik değerlendirme ve profesyonel muhakeme ile birlikte kullanıldığında bakım kalitesini artırdığı kabul edilmektedir (Topaz & Pruinelli, 2017; Ronquillo et al., 2021).

Yönetici hemşireler açısından değerlendirildiğinde ise karar verme süreci yalnızca klinik bakım ile sınırlı değildir. İnsan gücü planlaması, kaynak yönetimi, kalite geliştirme çalışmaları, hasta güvenliği uygulamaları, risk yönetimi, performans değerlendirme ve değişim yönetimi gibi çok boyutlu yönetsel süreçler de etkili problem çözme ve karar verme becerileri gerektirmektedir (Kuşaklı & Sönmez, 2024). Bu nedenle günümüzde yönetici hemşirelerin sistematik düşünme, veri analizi yapabilme, kalite iyileştirme araçlarını kullanabilme ve teknolojik gelişmeleri yönetim süreçlerine entegre edebilme yeterliliklerine sahip olmaları beklenmektedir (ICN, 2023).

Bu bölümde eleştirel düşünme, sorun çözme ve karar verme kavramları hemşirelik yönetimi perspektifinde güncel literatür doğrultusunda ele alınacak; kuramsal yaklaşımlar, karar verme modelleri, kalite geliştirme araçları ve yapay zeka destekli yeni uygulamalar birlikte değerlendirilecektir. Ayrıca yönetici hemşirelerin karar verme süreçlerindeki rolleri ile gelecekte hemşirelik yönetiminde dijital dönüşümün oluşturacağı fırsatlar ve olası güçlükler tartışılacaktır.

Eleştirel Düşünme

Eleştirel düşünme, bireyin karşılaştığı bilgi, olay veya durumları aynı şekilde kabul etmek yerine sistematik biçimde analiz etmesi, değerlendirmesi ve elde edilen kanıtlar doğrultusunda mantıklı sonuçlara ulaşması sürecidir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık hale gelmesi, eleştirel düşünme becerisini hemşirelik uygulamalarının vazgeçilmez bileşenlerinden biri haline getirmiştir. Eleştirel düşünme, sorgulama, analiz etme, yorumlama, çıkarım yapma, öz değerlendirme ve kanıta dayalı karar verme gibi çok boyutlu zihinsel becerileri kapsamaktadır (Falcó-Pegueroles et al., 2021; Zainal et al., 2025).

Eleştirel düşünme kavramı ilk kez felsefe ve eğitim bilimleri alanında geliştirilmiş olmakla birlikte günümüzde sağlık bilimleri, özellikle hemşirelik eğitimi ve klinik uygulamalarında temel profesyonel yeterliliklerden biri olarak kabul edilmektedir. Amerikan Felsefe Derneği tarafından yürütülen Delphi Projesi kapsamında Facione (1990), eleştirel düşünmeyi "yorumlama, analiz, değerlendirme, çıkarım yapma, açıklama ve öz düzenleme becerilerinden oluşan amaçlı ve öz denetimli yargılama süreci" olarak tanımlamıştır (Facione, 1990). Bu tanım günümüzde hâlen eleştirel düşünme literatürünün temel referanslarından biri olmayı sürdürmektedir.

Hemşirelik açısından eleştirel düşünme, klinik verilerin değerlendirilmesi, hastanın bireysel gereksinimlerinin belirlenmesi, bakım önceliklerinin saptanması, olası komplikasyonların öngörülmesi ve güvenli bakımın planlanması süreçlerinin temelini oluşturmaktadır (Alfaro-LeFevre, 2017). Bu yönüyle eleştirel düşünme, hemşirelik sürecinin bilişsel temelini oluşturan önemli bir yetkinlik olarak değerlendirilebilir. Klinik ortamda hemşireler çoğu zaman belirsizlik içeren, hızlı karar verilmesi gereken ve yüksek risk taşıyan durumlarla karşılaşmaktadır. Bu nedenle mevcut bilgiyi

analiz edebilme, farklı seçenekleri değerlendirebilme ve en uygun klinik kararı verebilme becerisi de gerekmektedir (Jessee, 2021).

Eleştirel düşünme; klinik muhakeme (clinical reasoning), klinik yargı (clinical judgment) ve klinik karar verme (clinical decision making) kavramlarıyla yakından ilişkilidir (Levett-Jones, 2018). Klinik muhakeme, hemşirenin hasta hakkında elde ettiği verileri sistematik olarak anlamlandırma sürecini ifade ederken, klinik yargı bu muhakeme sonucunda ulaşılan profesyonel değerlendirmeyi ifade etmektedir. Klinik karar verme ise bu değerlendirmelerin hasta bakımına yönelik somut girişimlere dönüştürülmesi sürecidir. Dolayısıyla eleştirel düşünme, bu üç sürecin temel bilişsel altyapısını oluşturmaktadır (Alfaro-LeFevre, 2017; Zainal et al., 2025).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, yüksek eleştirel düşünme becerisine sahip hemşirelerin hasta güvenliği göstergelerinde daha başarılı olduklarını, ilaç uygulama hatalarının daha düşük olduğunu, kanıta dayalı uygulamaları daha fazla kullandıklarını ve bakım kalitesini artırdıklarını göstermektedir (Patrician et al., 2024). Ayrıca eleştirel düşünmenin ekip içi iletişim, liderlik, etik karar verme, hasta memnuniyeti ve klinik performans üzerinde de olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (Oh et al., 2025). Bununla birlikte eleştirel düşünme doğuştan kazanılan bir özellik değildir, eğitim, klinik deneyim, mentörlük, yansıtıcı uygulamalar ve sürekli mesleki gelişim yoluyla geliştirilebilen dinamik bir beceridir (Falcó-Pegueroles et al., 2021; Levett-Jones, 2018).

Sonuç olarak eleştirel düşünme hem bireysel klinik uygulamalarda hem de hemşirelik yönetiminde güvenli, etkili ve kaliteli bakım sunumunun temel belirleyicilerinden biridir. Özellikle yönetici hemşirelerin yalnızca klinik süreçleri değil, insan gücü planlaması, kalite geliştirme çalışmaları, kaynak yönetimi ve stratejik karar verme süreçlerini de eleştirel bakış açısıyla

değerlendirebilmeleri, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Eleştirel Düşünmenin Temel Bileşenleri, Gelişimini Etkileyen Faktörler ve Hemşirelikte Kuramsal Yaklaşımlar

Eleştirel düşünme, yalnızca bilgiye sahip olmayı değil, elde edilen bilgiyi sistematik biçimde analiz etmeyi, kanıtları değerlendirmeyi, farklı bakış açılarını göz önünde bulundurmaya ve ulaşılan sonuçları sorgulayarak en uygun kararı verebilmeyi içeren çok boyutlu bilişsel bir süreçtir (Alfaro-LeFevre, 2020; Falcó-Pegueroles et al., 2021). Bu nedenle eleştirel düşünme, birbirini tamamlayan bilişsel beceriler ile bireysel ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucunda gelişen dinamik bir yeterlilik olarak değerlendirilmektedir (Riegel et al., 2021). Özellikle sağlık hizmetlerinin hızla değişen ve belirsizlik içeren yapısı düşünüldüğünde hemşirelerin yalnızca mevcut bilgiyi kullanmaları değil, aynı zamanda yeni durumları analiz ederek uygun klinik yargılara ulaşmaları beklenmektedir. Bu durum, eleştirel düşünmenin hem klinik uygulamalarda hem de yönetim süreçlerinde vazgeçilmez bir profesyonel yeterlilik olduğunu göstermektedir.

Eleştirel düşünmenin en yaygın kabul gören kuramsal çerçevelerinden biri Facione tarafından geliştirilen modeldir. Delphi Paneli çalışmaları sonucunda geliştirilen bu modele göre eleştirel düşünme: Yorumlama (interpretation), analiz (analysis), değerlendirme (evaluation), çıkarım (inference), açıklama (explanation) ve öz düzenleme (self-regulation) olmak üzere altı temel bilişsel beceriden oluşmaktadır. Yorumlama, elde edilen klinik verilerin anlamlandırılmasını, analiz, veriler arasındaki ilişkilerin sistematik biçimde incelenmesini; değerlendirme, kanıtların doğruluğu ve güvenilirliğinin sorgulanmasını; çıkarım, mevcut bilgiler doğrultusunda mantıklı sonuçlara ulaşılmasını; açıklama, ulaşılan kararların bilimsel gerekçelerle ifade edilmesini; öz

düzenleme ise bireyin kendi düşünme sürecini sürekli gözden geçirerek gerekli durumlarda kararlarını yeniden değerlendirmesini ifade etmektedir. Bu beceriler birbirinden bağımsız olmayıp etkili klinik karar verme sürecinde eş zamanlı olarak kullanılmaktadır. Özellikle öz düzenleme becerisi, hemşirelerin kendi bilişsel süreçlerini fark etmelerini sağlayarak mesleki gelişim ve yaşam boyu öğrenme açısından önemli katkılar sunmaktadır (Facione, 1990; Riegel et al., 2021).

Bununla birlikte eleştirel düşünme yalnızca bilişsel becerilere bağlı olarak gelişmemektedir. Bireyin eğitim düzeyi, klinik deneyimi, mesleki yeterliliği, çalıştığı kurumun örgütsel yapısı ve çalışma ortamı gibi birçok bireysel ve çevresel faktör eleştirel düşünme becerilerinin gelişimini doğrudan etkilemektedir. Özellikle hemşirelik eğitimi süresince kullanılan aktif öğrenme yöntemleri, simülasyon uygulamaları, vaka temelli öğrenme ve yansıtıcı düşünme etkinliklerinin öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerini artırdığı bildirilmektedir (Atasayar & İşeri, 2023). Mezuniyet sonrasında ise sürekli mesleki eğitim programları, mentörlük uygulamaları ve kanıta dayalı uygulama kültürünün desteklenmesi, eleştirel düşünmenin sürdürülebilir biçimde geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (İlaslan ve ark., 2023; Kaihlanen et al., 2023).

Klinik deneyim de eleştirel düşünmenin gelişiminde önemli belirleyicilerden biridir. Deneyimli hemşireler, geçmiş klinik yaşantılarından elde ettikleri bilgi birikimini mevcut hasta verileri ile bütünleştirerek daha hızlı ve isabetli klinik yargılara ulaşabilmektedir (Levett-Jones, 2018). Ancak deneyim tek başına yeterli değildir. Deneyimin bilimsel bilgi, kanıta dayalı uygulamalar ve sürekli öğrenme ile desteklenmediği durumlarda rutin uygulamaların sorgulanmadan sürdürülmesi söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle eleştirel düşünmenin gelişimi, yalnızca hizmet yılı ile değil, bireyin öğrenmeye açıklığı ve mesleki gelişime

yönelik tutumuyla birlikte değerlendirilmelidir (Falcó-Pegueroles et al., 2021).

Eleştirel düşünmenin gelişiminde çalışma ortamının özellikleri de belirleyici rol oynamaktadır (Oh et al., 2025; Wei et al., 2024). Açık iletişimin desteklendiği, ekip üyelerinin görüşlerini özgürce ifade edebildiği, hata bildirimlerinin cezalandırılmadığı ve öğrenme fırsatı olarak değerlendirildiği kurumlarda hemşirelerin eleştirel düşünme becerilerini daha etkin kullandıkları bildirilmektedir. Buna karşılık yoğun iş yükü, personel yetersizliği, zaman baskısı, tükenmişlik, yüksek stres düzeyi ve hiyerarşik iletişim kültürü hemşirelerin analitik düşünme süreçlerini olumsuz etkileyebilmekte, karar verme kalitesini azaltabilmektedir. Son yıllarda özellikle "psikolojik güvenlik" kavramı, sağlık ekiplerinde eleştirel düşünmenin gelişmesini destekleyen önemli örgütsel özelliklerden biri olarak değerlendirilmektedir (O'donovan & Mcauliffe, 2020). Çalışanların hata yapma kaygısı yaşamadan fikirlerini ifade edebildikleri ve yöneticiler tarafından desteklendikleri çalışma ortamlarının öğrenmeyi, yenilikçiliği ve hasta güvenliğini güçlendirdiği gösterilmiştir (Grailey et al., 2021).

Yönetici hemşirelerin liderlik yaklaşımı da eleştirel düşünmenin gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Dönüştürücü liderlik anlayışını benimseyen yöneticilerin çalışanlarını sorgulamaya, kanıta dayalı uygulamaları kullanmaya ve karar süreçlerine katılmaya teşvik ettikleri; buna karşılık otoriter yönetim anlayışının eleştirel düşünmeyi sınırlandırabildiği bildirilmektedir (Kok et al., 2023; Välimäki et al., 2024). Benzer şekilde örgüt kültürü, kalite geliştirme faaliyetlerine verilen önem ve sürekli iyileştirme anlayışı da çalışanların problem çözme davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle eleştirel düşünme yalnızca bireysel bir özellik olarak değil, aynı zamanda örgütsel öğrenme kültürünün bir çıktısı olarak değerlendirilmelidir (Senge, 2006).

Eleştirel düşünmenin hemşirelik uygulamalarındaki rolünü açıklamak amacıyla literatürde farklı kuramsal modeller geliştirilmiştir. Bu modellerin ortak amacı, hemşirelerin klinik verileri nasıl değerlendirdiğini, nasıl muhakeme yürüttüğünü ve karar verme sürecini hangi bilişsel basamaklar doğrultusunda gerçekleştirdiğini açıklamaktır (Jessee, 2021; Levett-Jones, 2018). En yaygın kullanılan modeller arasında Facione'nin Eleştirel Düşünme Modeli, Benner'in *Novice to Expert* Modeli, Tanner'in Klinik Yargı Modeli ve Levett-Jones tarafından geliştirilen *Clinical Reasoning Cycle* yer almaktadır (Benner et al., 2008; Facione, 1990; Levett-Jones, 2018; Tanner, 2006).

Facione modeli eleştirel düşünmenin bilişsel bileşenlerini açıklarken Benner'in modeli klinik deneyimin karar verme üzerindeki etkisini ön plana çıkarmaktadır. Benner'e göre hemşireler acemilikten uzmanlığa doğru ilerleyen beş gelişim basamağından geçmekte, klinik deneyim arttıkça olayları bütüncül değerlendirme, öncelikleri belirleme ve sezgisel karar verebilme becerileri gelişmektedir (Benner et al., 2008). Tanner'in Klinik Yargı Modeli ise hemşirelerin klinik karar verme sürecini "fark etme (noticing), yorumlama (interpreting), yanıt verme (responding) ve yansıtma (reflecting)" olmak üzere dört temel aşamada açıklamaktadır (Tanner, 2006). Günümüzde hemşirelik eğitiminde yaygın olarak kullanılan Levett-Jones Klinik Muhakeme Döngüsü ise veri toplama, bilgiyi işleme, sorunları belirleme, hedef oluşturma, girişimleri planlama, sonuçları değerlendirme ve süreci yeniden gözden geçirme basamaklarından oluşan sistematik bir yaklaşım sunmaktadır (Levett-Jones, 2018).

Bu modeller farklı kuramsal temellere dayanmakla birlikte ortak noktaları hemşirelik bakımında eleştirel düşünmenin, klinik muhakemenin ve kanıta dayalı karar vermenin birbirinden ayrılmaz süreçler olduğunu ortaya koymalarıdır (Jessee, 2021; Alfaro-LeFevre, 2020). Özellikle yönetici hemşireler açısından

değerlendirildiğinde bu modeller yalnızca hasta bakımına yönelik kararları değil, insan gücü planlaması, kalite geliştirme çalışmaları, risk yönetimi, kaynak kullanımı ve stratejik yönetim kararlarını da sistematik biçimde değerlendirmeye yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla eleştirel düşünme becerilerinin geliştirilmesi hem bireysel klinik performansın hem de sağlık kurumlarının örgütsel etkinliğinin artırılmasına katkı sağlayan temel unsurlardan biri olarak kabul edilmektedir (Kaihlanen et al., 2023; Wei et al., 2024).

Tablo 1. Eleştirel Düşünme, Klinik Muhakeme ve Klinik Yargıya İlişkin Temel Modeller

Model	Temel Odak	Hemşirelikte Kullanım Alanı
Facione Eleştirel Düşünme Modeli	Bilişsel eleştirel düşünme becerileri	Analitik düşünme ve kanıta dayalı karar verme
Benner – Novice to Expert	Deneyim temelli mesleki gelişim	Klinik yeterlilik ve uzmanlaşma
Tanner Clinical Judgment Model	Klinik yargı süreci	Klinik karar verme ve hasta bakımı
Levett-Jones Clinical Reasoning Cycle	Sistematik klinik muhakeme	Klinik değerlendirme ve bakım planlama

Kaynak: (Benner et al., 2008; Facione, 1990; Levett-Jones, 2018; Tanner, 2006).

Sorun Çözme

Sorun Çözme Kavramı ve Süreci

Hemşireler mesleki uygulamaları sırasında sadece klinik sorunlarla değil, iletişim, organizasyon, kaynak yönetimi, etik ikilemler ve hasta güvenliği gibi farklı alanlarda da çeşitli problemlerle karşılaşmaktadır. Karşılaşılan bu problemlerin sistematik bir yaklaşımla ele alınması ve etkili çözümler geliştirilmesi, bakım kalitesinin sürdürülebilirliği açısından büyük önem taşımaktadır (Braunt & Morris, 2023).

Problem ya da sorun, ulaşılmak istenen durum ile mevcut durum arasındaki fark nedeniyle çözüm gerektiren durum olarak tanımlanmaktadır. Sorun çözme ise bu farkın nedenlerini belirleme,

alternatif çözüm yolları geliştirme, en uygun seçeneği uygulama ve elde edilen sonuçları değerlendirme sürecidir. Başka bir ifadeyle sorun çözme, yalnızca ortaya çıkan problemi ortadan kaldırmayı değil, benzer problemlerin tekrarını önlemeye yönelik sistematik düşünmeyi de içermektedir. Bu yönüyle sorun çözme, eleştirel düşünme ve karar verme süreçleriyle yakından ilişkilidir (Heard et al., 2025).

Sorun çözme sürecinin temelini bilimsel düşünme yaklaşımı oluşturmaktadır. John Dewey tarafından geliştirilen problem çözme yaklaşımı, günümüzde hemşirelik sürecinin temel mantığı ile büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. Her iki yaklaşım da problemi doğru tanımlamayı, veri toplamayı, nedenleri analiz etmeyi, alternatif çözümler geliştirmeyi, uygun girişimleri uygulamayı ve sonuçları değerlendirmeyi esas almaktadır. Bu nedenle hemşirelik süreci, sistematik bir sorun çözme modeli olarak da değerlendirilebilir (Alfaro-LeFevre, 2020; Dewey, 1933).

Etkili bir sorun çözme süreci öncelikle problemin doğru tanımlanmasıyla başlar. Sorunun yalnızca görünen belirtilerine odaklanmak yerine temel nedenlerinin ortaya çıkarılması, geliştirilecek çözümün kalıcılığı açısından önemlidir. Ardından mevcut durum analiz edilerek gerekli veriler toplanır ve olası çözüm seçenekleri belirlenir. Bu aşamada eleştirel düşünme becerileri, bilimsel kanıtlar ve ekip üyelerinin deneyimlerinden yararlanılması çözüm alternatiflerinin niteliğini artırmaktadır. Geliştirilen seçenekler uygulanabilirlik, hasta güvenliği, maliyet, zaman ve kurum olanakları açısından değerlendirilerek en uygun çözüm belirlenir. Son aşamada ise uygulanan çözümün etkisi izlenmeli, hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilmeli ve gerekirse süreç yeniden gözden geçirilmelidir (Yorgancılar & Özlük, 2022).

Sorun çözme doğrusal bir süreçten ziyade sürekli geri bildirim gerektiren döngüsel bir yapıya sahiptir. Uygulama sırasında

elde edilen yeni bilgiler, mevcut çözümün yeniden değerlendirilmesini gerektirebilir. Bu nedenle başarılı problem çözme, yalnızca doğru çözümü bulmak değil, değişen koşullara uyum sağlayabilecek esnek bir bakış açısına sahip olmayı da gerektirir (Langley et al., 2009). Özellikle sağlık hizmetlerinde hastaların klinik durumlarının kısa sürede değişebilmesi, hemşirelerin sorun çözme becerilerini sürekli kullanmalarını zorunlu kılmaktadır (Patrician et al., 2024).

Hemşirelik uygulamalarında sorun çözme süreci yalnızca bireysel klinik kararlarla sınırlı değildir. Yönetimsel açıdan değerlendirildiğinde personel planlaması, iş yükü dağılımı, hasta akışının düzenlenmesi, enfeksiyon kontrolü, kalite geliştirme çalışmaları ve hasta güvenliğinin sağlanması gibi birçok süreç de sistematik problem çözme yaklaşımını gerektirmektedir. Bu nedenle günümüz hemşirelerinden karşılaştıkları sorunları yalnızca deneyimlerine dayanarak değil, bilimsel kanıtlar, ekip iş birliği ve kalite iyileştirme ilkeleri doğrultusunda değerlendirmeleri beklenmektedir (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Yoğun bakım ünitesinde aynı hafta içerisinde üç hastada basınç yarası geliştiğini varsayalım. Sorunun bakım uygulamalarından kaynaklandığını düşünmenin yanı sıra hemşire sayısı, hasta yoğunluğu, pozisyon verme sıklığı, ekipman yetersizliği ve eğitim durumu birlikte değerlendirilmelidir. Böylece sorunun kök nedenleri belirlenebilir ve daha etkili çözüm stratejileri geliştirilebilir (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2019).

Hemşirelikte Sorun Çözmenin Önemi

Sorun çözme becerisi, hemşirelik uygulamalarının temel bileşenlerinden biridir ve güvenli, etkili ve bireyselleştirilmiş bakım sunumunda önemli rol oynamaktadır. Hemşireler mesleklerini icra ederken aynı zamanda bakım sürecini etkileyen iletişim sorunları,

etik ikilemler, kaynak yetersizlikleri, iş yükü, ekip içi koordinasyon eksiklikleri ve beklenmeyen klinik durumlarla da karşılaşmaktadır. Bu nedenle karşılaşılan problemlerin doğru tanımlanması ve sistematik biçimde çözümlenmesi, bakım kalitesinin artırılmasının yanı sıra hasta güvenliğinin sağlanması açısından da kritik öneme sahiptir (Patrician et al., 2024; World Health Organization, 2021).

Sorun çözme becerisi, hemşirelik sürecinin her aşamasında aktif olarak kullanılmaktadır. Hastanın değerlendirilmesi sırasında elde edilen verilerin analiz edilmesi, bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, önceliklerin sıralanması, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesi etkili problem çözme becerisi gerektiren süreçlerdir. Bu nedenle sorun çözme olası riskleri önceden öngörmeyi ve önleyici yaklaşımlar geliştirmeyi de kapsamaktadır (Brunt & Morris, 2023; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Klinik uygulamalarda etkili sorun çözme becerisine sahip hemşireler değişen hasta durumlarını daha erken fark edebilmekte, komplikasyon risklerini değerlendirebilmekte ve uygun girişimleri zamanında planlayabilmektedir. Bunun yanında sistematik problem çözme yaklaşımı, ilaç uygulama hatalarının azaltılması, enfeksiyonların önlenmesi, düşmelerin azaltılması ve bakım kalitesinin geliştirilmesi gibi hasta güvenliği göstergelerine de önemli katkılar sağlamaktadır (Oh et al., 2025; Patrician et al., 2024). Bu nedenle günümüzde sorun çözme becerisi, klinik yeterliliğin temel göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir.

Sorun çözme, hemşirelik yönetimini de doğrudan etkilemektedir. Yönetici hemşireler insan gücü planlaması, vardiya düzenlemeleri, kaynakların etkin kullanımı, kalite iyileştirme çalışmaları ve ekip içi koordinasyon gibi yönetsel süreçlerde sürekli problem çözme becerilerini kullanmaktadır. Yönetimsel problemlerin yalnızca görünen sonuçlarına odaklanmak yerine temel

nedenlerinin belirlenmesi, geliştirilecek çözümün kalıcılığı açısından önemlidir. Bu nedenle yönetici hemşirelerin sistematik düşünme, ekip çalışmasını destekleme ve bilimsel kanıtlardan yararlanma becerilerine sahip olmaları beklenmektedir (American Organization for Nursing Leadership [AONL], 2022; Kaihlanen et al., 2023).

Etkili sorun çözme sürecinin temelinde eleştirel düşünme ve doğru karar verme yer almaktadır. Sorunun doğru analiz edilmediği veya mevcut seçeneklerin yeterince değerlendirilmediği durumlarda alınan kararlar beklenen sonuçları vermeyebilir. Bu nedenle hemşirelikte sorun çözme, eleştirel düşünme ve karar verme birbirini tamamlayan ve birbirinden bağımsız değerlendirilemeyen profesyonel beceriler olarak ele alınmalıdır (Heard et al., 2025; Jessee, 2021). Günümüzde sağlık hizmetlerinin giderek karmaşıklaşması, bu üç becerinin hem klinik uygulamalarda hem de yönetim süreçlerinde daha fazla önem kazanmasına neden olmaktadır (Kaihlanen et al., 2023; Wei et al., 2024).

Karar Verme

Karar Verme Kavramı ve Süreci

Sorunların doğru tanımlanması ve sistematik biçimde analiz edilmesi, etkili karar vermenin ön koşulunu oluşturmaktadır. Bu nedenle karar verme süreci, eleştirel düşünme ve sorun çözme becerilerinden bağımsız değerlendirilemez. Sağlık hizmetlerinde alınan her karar hasta güvenliği, bakım kalitesi, kaynakların etkin kullanımı ve tedavi sonuçları üzerinde doğrudan etkili olduğundan, hemşirelerin bilimsel kanıtlar doğrultusunda doğru ve zamanında karar verebilmeleri beklenmektedir (İlaslan et al., 2023; Oh, Gu & Sok, 2022).

Karar verme, belirli bir amaç doğrultusunda mevcut seçeneklerin değerlendirilerek en uygun alternatifin seçilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç yalnızca bir tercih yapmayı değil

mevcut durumun analiz edilmesini, olası seçeneklerin belirlenmesini, her seçeneğin avantaj ve dezavantajlarının değerlendirilmesini, en uygun kararın uygulanmasını ve sonuçlarının izlenmesini kapsamaktadır. Dolayısıyla karar verme, dinamik ve sürekli geri bildirim gerektiren sistematik bir süreçtir (Dığın & Özkan, 2023).

Karar verme süreci genellikle beş temel aşamada ele alınmaktadır. İlk aşamada karar verilmesini gerektiren durum veya problem tanımlanır. Ardından karar vermeyi destekleyecek güvenilir veriler toplanarak mevcut durum analiz edilir. Üçüncü aşamada olası çözüm seçenekleri belirlenir ve her bir alternatif hasta güvenliği, klinik yarar, etik ilkeler, maliyet, zaman ve uygulanabilirlik açısından değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda en uygun seçenek uygulanır ve son aşamada alınan kararın sonuçları izlenerek beklenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir. Gerektiğinde süreç yeniden gözden geçirilerek karar güncellenebilir (Alfaro-LeFevre, 2020; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Sağlık bakım ortamları çoğu zaman belirsizliklerin hâkim olduğu, zaman baskısının yoğun yaşandığı ve hızlı müdahale gerektiren çalışma alanlarıdır. Bu nedenle hemşireler birçok kararı sınırlı süre içerisinde almak zorunda kalmaktadır. Ancak hızlı karar verme gerekliliği, sistematik düşünmeden uzaklaşılması anlamına gelmemektedir. Aksine, eleştirel düşünme becerileri sayesinde hemşireler mevcut klinik verileri kısa sürede analiz ederek güvenli ve kanıta dayalı kararlar verebilmektedir.

Karar verme sürecini etkileyen birçok bireysel ve çevresel faktör bulunmaktadır. Hemşirenin bilgi düzeyi, klinik deneyimi, eleştirel düşünme becerisi, iletişim yetkinliği ve özgüveni bireysel faktörler arasında yer alırken kurum kültürü, ekip iş birliği, liderlik yaklaşımı, iş yükü, zaman baskısı, kaynak yeterliliği ve çalışma ortamı çevresel faktörler arasında sayılmaktadır. Özellikle destekleyici çalışma ortamları ve etkili ekip iletişimi hem bireysel

hem de ekip düzeyinde daha doğru kararların alınmasına katkı sağlamaktadır (Kaihlanen et al., 2023; Wei et al., 2024).

Yönetici hemşireler de insan gücü planlaması, kalite yönetimi, risk analizi, hasta güvenliği uygulamaları, kaynak yönetimi ve stratejik planlama gibi birçok yönetsel konuda sürekli karar vermektedir. Bu nedenle hem klinik hem de yönetsel kararların bilimsel kanıtlar, etik ilkeler ve hasta odaklı bakım anlayışı doğrultusunda verilmesi, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun temel koşullarından biri olarak kabul edilmektedir (Hughes et al., 2022; Wei et al., 2024).

Hemşirelikte Klinik ve Yönetimsel Karar Verme

Hemşirelikte karar verme genel olarak klinik karar verme ve yönetimsel karar verme olmak üzere iki temel boyutta ele alınmaktadır. Her iki karar türü farklı amaçlara hizmet etse de ortak hedef güvenli, etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır (Connor et al., 2023; Yorgancılar & Özlük, 2022).

Klinik karar verme, hemşirenin hasta bakımına ilişkin en uygun girişimleri belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği bilişsel süreçtir. Hastanın değerlendirilmesi, hemşirelik tanılarının belirlenmesi, bakım önceliklerinin saptanması, uygun girişimlerin planlanması ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesi bu sürecin temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Klinik kararlar çoğu zaman değişen hasta durumu doğrultusunda hızlı biçimde alınmakta ve sürekli yeniden değerlendirilmektedir. Özellikle yoğun bakım, acil servis ve ameliyathane gibi yüksek riskli kliniklerde çalışan hemşirelerin doğru zamanda doğru karar verebilmeleri hasta güvenliği açısından kritik önem taşımaktadır (Oh et al., 2025; Zainal et al., 2025).

Klinik karar verme sürecinde hemşirelerin yalnızca klinik bulguları değerlendirmeleri yeterli değildir. Hastanın bireysel

gereksinimleri, yaşam kalitesi, tercihleri, kültürel özellikleri ve etik ilkeler de karar sürecinin ayrılmaz parçalarıdır. Bu nedenle günümüzde klinik karar verme yaklaşımı, kanıta dayalı uygulamalar ile hasta merkezli bakım anlayışını birlikte ele almaktadır. Böylece hem bilimsel kanıtlar hem de bireyin gereksinimleri doğrultusunda daha güvenli ve etkili bakım sunulabilmektedir (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023; Brunt & Morris, 2023).

Yönetimsel karar verme ise sağlık hizmetlerinin planlanması, organize edilmesi, yürütülmesi ve değerlendirilmesine yönelik kararları kapsamaktadır. Yönetici hemşireler insan gücü planlaması, vardiya düzenlemeleri, kaynakların etkin kullanımı, kalite geliştirme çalışmaları, risk yönetimi, performans değerlendirme ve ekip koordinasyonu gibi birçok konuda sürekli karar vermektedir. Bu kararlar yalnızca çalışanları değil, hasta bakımının sürekliliğini ve kurumun hizmet kalitesini de doğrudan etkilemektedir (Yorgancılar & Özlük, 2022; Hughes et al., 2022).

Yönetimsel karar verme sürecinde sorunların yalnızca mevcut sonuçlarına odaklanmak yerine kök nedenlerinin belirlenmesi, farklı çözüm seçeneklerinin değerlendirilmesi ve ekip üyelerinin karar sürecine katılımının sağlanması önem taşımaktadır. Katılımcı yönetim anlayışı, çalışanların deneyimlerinden yararlanılmasına olanak tanımakta alınan kararların uygulanabilirliğini ve kabul edilebilirliğini artırmaktadır. Bu nedenle yönetici hemşirelerin etkili iletişim, liderlik, stratejik düşünme ve ekip yönetimi becerilerini karar verme süreçleriyle bütünleştirebilmeleri beklenmektedir.

Günümüzde hem klinik hem de yönetimsel karar verme süreçleri teknolojik gelişmelerden önemli ölçüde etkilenmektedir. Elektronik sağlık kayıtları, klinik karar destek sistemleri, kalite göstergeleri ve dijital veri yönetim sistemleri hemşirelere karar verme sürecinde önemli kolaylıklar sağlamaktadır. Bununla birlikte

teknolojik araçlar, hemşirenin profesyonel yargısının yerine geçmemekte doğru kararların alınmasını destekleyen yardımcı sistemler olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla güvenli ve kaliteli bakımın sürdürülebilmesi için teknolojik olanakların eleştirel düşünme, klinik deneyim ve kanıta dayalı uygulamalarla birlikte kullanılması gerekmektedir (Purkuloğlu, Ün & Yürürdurmaz, 2019; Zainal et al., 2025).

Sonuç olarak klinik ve yönetsel karar verme süreçleri birbirini tamamlayan profesyonel uygulamalardır. Klinik kararlar doğrudan bireyin bakım gereksinimlerine odaklanırken, yönetsel kararlar bakımın etkili, güvenli ve sürdürülebilir şekilde sunulmasını sağlayan sistemleri güçlendirmektedir. Bu nedenle hemşirelerin mesleki gelişim süreçlerinde her iki karar verme boyutunu birlikte geliştirmeleri, kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması açısından büyük önem taşımaktadır (Connor et al., 2023; Yorgancılar & Özlük, 2022; Wei et al., 2024).

Sorun Çözme ve Karar Verme Teknikleri

Günümüzde sağlık hizmetlerinde karar verme süreçlerinin daha sistematik, objektif ve kanıta dayalı yürütülebilmesi amacıyla çeşitli sorun çözme ve karar verme tekniklerinden yararlanılmaktadır. Bu teknikler problemlerin kök nedenlerinin belirlenmesi, önceliklerin saptanması, alternatif çözüm yollarının geliştirilmesi ve en uygun kararın verilmesine rehberlik etmektedir (Çerçi, Uyurdağ & Reyhanoğlu, 2022).

Hem klinik uygulamalarda hem de hemşirelik yönetiminde kullanılan bu teknikler, ekip üyeleri arasında ortak bir bakış açısı oluşturulmasına katkı sağlamakta, karar verme sürecini şeffaflaştırmakta ve çözüm önerilerinin daha sistematik biçimde değerlendirilmesine olanak tanımaktadır. Bununla birlikte her teknik farklı amaçlara hizmet etmekte olup kullanılacağı durum problemin niteliğine ve ulaşılmak istenen hedefe göre değişmektedir. Bu

nedenle yönetici hemşirelerin ve klinisyenlerin farklı tekniklerin kullanım amaçlarını ve güçlü yönlerini bilmeleri, uygun yöntemi doğru zamanda seçebilmeleri açısından önem taşımaktadır.

Tablo 2. Hemşirelikte Kullanılan Başlıca Sorun Çözme ve Karar Verme Teknikleri

Teknik	Temel amacı	Kullanım alanı
Ishikawa (Balık Kılçığı)	Sorunun kök nedenlerini belirlemek	Hasta güvenliği, kalite iyileştirme
Neden–Neden (Why-Why)	Problemin temel nedenine ulaşmak	Olay analizi, hata incelemeleri
SWOT Analizi	Güçlü ve zayıf yönleri değerlendirmek	Stratejik planlama, yönetim
Beyin Fırtınası	Alternatif çözüm önerileri geliştirmek	Ekip toplantıları, kalite çalışmaları
Pareto Analizi	Öncelikli sorunları belirlemek	Kalite geliştirme, kaynak yönetimi
İş Akış Şeması	Süreci görselleştirmek	Süreç analizi, bakım standardizasyonu
5N1K	Problemi bütüncül değerlendirmek	Klinik ve yönetsel analiz
2×2 Matris	Önceliklendirme yapmak	Zaman ve kaynak yönetimi

Ishikawa Diyagramı (Balık Kılçığı Diyagramı)

Ishikawa diyagramı, bir problemin ortaya çıkmasına neden olan temel etkenleri sistematik olarak belirlemek amacıyla kullanılan görsel bir analiz tekniğidir. Balık kılçığı görünümünden dolayı bu isimle anılan yöntem, özellikle kalite iyileştirme çalışmalarında ve kök neden analizlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Sorun insan, yöntem, ekipman, çevre, malzeme ve yönetim gibi farklı boyutlarda değerlendirilerek problemin yalnızca görünen nedenlerine değil, altında yatan temel nedenlerine ulaşılması hedeflenmektedir. Hemşirelik uygulamalarında ilaç

uygulama hataları, hasta düşmeleri, basınç yaralanmaları ve enfeksiyon gelişimi gibi olayların analizinde sıkça tercih edilmektedir (Eraydın, Tezcan & Koç, 2019; Silva et al., 2020).

Neden–Neden (Why-Why) Analizi

Neden–Neden Analizi, bir problemin temel nedenine ulaşabilmek amacıyla ardışık olarak "Neden?" sorusunun yöneltildiği basit ancak etkili bir problem çözme tekniğidir. Sorunun ilk görünen nedeni ile yetinilmemesi, her cevabın yeniden sorgulanması ve kök nedene ulaşılması amaçlanmaktadır. Genellikle beş kez "Neden?" sorusunun sorulması önerilmekle birlikte, problemin niteliğine göre bu sayı değişebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde özellikle istenmeyen olayların ve hasta güvenliği ihlallerinin analiz edilmesinde kullanılan pratik yöntemlerden biridir (Eraydın, Tezcan & Koç, 2019).

SWOT Analizi

SWOT analizi; güçlü yönler (Strengths), zayıf yönler (Weaknesses), fırsatlar (Opportunities) ve tehditlerin (Threats) birlikte değerlendirildiği stratejik analiz yöntemidir. Bu teknik, mevcut durumun bütüncül biçimde değerlendirilmesini sağlayarak geliştirilmesi gereken alanların belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Hemşirelik yönetiminde yeni bir uygulamanın planlanması, birimin performansının değerlendirilmesi, stratejik hedeflerin belirlenmesi ve kalite geliştirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (Çilhoroz & Uğurluoğlu, 2020; Challinor, 2023).

Altı Şapkalı Düşünme Tekniği

Edward de Bono tarafından geliştirilen Altı Şapkalı Düşünme Tekniği, problemlerin farklı bakış açılarıyla değerlendirilmesini sağlayan yaratıcı düşünme yöntemlerinden biridir. Her şapka farklı bir düşünme biçimini temsil etmektedir: Beyaz şapka nesnel verileri, kırmızı şapka duyguları, siyah şapka riskleri, sarı şapka olumlu

yönleri, yeşil şapka yaratıcı fikirleri ve mavi şapka ise sürecin yönetimini ifade etmektedir. Özellikle ekip toplantılarında farklı görüşlerin sistematik biçimde ortaya konulmasını sağlayarak daha dengeli ve kapsamlı kararların alınmasına katkı sağlamaktadır (Özkütük, Orgun & Sezer, 2019).

Beyin Fırtınası

Beyin fırtınası, belirli bir probleme yönelik mümkün olduğunca fazla sayıda çözüm önerisi geliştirmeyi amaçlayan grup temelli yaratıcı düşünme tekniğidir. Bu yöntemde katılımcılar, eleştirilme kaygısı yaşamadan fikirlerini özgürce ifade eder ve tüm öneriler değerlendirilmek üzere kayıt altına alınır. İlk aşamada fikirlerin niteliğinden çok sayısına önem verilmekte, değerlendirme ise süreç sonunda yapılmaktadır. Hemşirelikte kalite geliştirme çalışmaları, bakım süreçlerinin iyileştirilmesi ve yeni uygulamaların planlanması sırasında sık kullanılan tekniklerden biridir (Yüksel & Coşkun, 2023).

Pareto Analizi

Pareto analizi, problemlerin öncelik sırasını belirlemek amacıyla kullanılan bir kalite geliştirme tekniğidir. İtalyan ekonomist Vilfredo Pareto'nun geliştirdiği 80/20 ilkesine dayanan bu yöntemde göre, problemlerin büyük bölümü sınırlı sayıdaki temel nedenden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle en sık karşılaşılan veya en fazla etkiye sahip problemlerin belirlenmesi ve öncelikle bunlara odaklanılması önerilmektedir. Hemşirelik yönetiminde hasta güvenliği olaylarının, bakım hatalarının ve kalite göstergelerinin analizinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Baykal & Türkmen, 2022).

İş Akış Şeması

İş akış şeması, bir sürecin başlangıcından sonuna kadar izlenen adımları ve karar noktalarını görsel olarak gösteren analiz

aracıdır. Sürecin daha kolay anlaşılmasını sağlayarak gereksiz işlem basamaklarının, tekrarların ve olası hata noktalarının belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Sağlık kurumlarında hasta kabul süreçleri, ilaç yönetimi, taburculuk planlaması ve bakım süreçlerinin standartlaştırılmasında sıklıkla kullanılmaktadır (Purkuloğlu, Ün & Yürürdurmaz, 2019).

5N1K Yöntemi

5N1K yöntemi, bir problem veya olayın kapsamlı biçimde değerlendirilmesini sağlayan temel analiz tekniklerinden biridir. "Ne, Neden, Nerede, Ne zaman, Nasıl ve Kim?" sorularına verilen yanıtlar aracılığıyla olayın tüm boyutları sistematik olarak incelenmektedir. Bu yöntem özellikle olay bildirimi, hasta güvenliği analizleri ve kalite iyileştirme çalışmalarında bilgi eksikliklerinin giderilmesine ve doğru karar verilmesine katkı sağlamaktadır (İlaslan, 2023).

2×2 Matris Yöntemi

2×2 matris yöntemi, alternatiflerin belirli kriterlere göre önceliklendirilmesini sağlayan karar verme araçlarından biridir. En yaygın kullanım alanlarından biri önem ve aciliyet kriterlerine göre görevlerin sınıflandırılmasıdır. Bunun yanı sıra yarar-maliyet, etki-uygulanabilirlik gibi farklı ölçütler kullanılarak da karar verme süreci desteklenebilmektedir. Hemşirelik yönetiminde zaman yönetimi, kaynak planlaması ve öncelik belirleme süreçlerinde pratik bir araç olarak kullanılmaktadır (Martínez ve DeFrancisco, 2020).

Karar Ağacı

Karar ağacı, farklı karar seçeneklerinin olası sonuçlarını sistematik biçimde değerlendirmeyi sağlayan görsel bir karar verme tekniğidir. Bu yöntemde her karar seçeneği dallar hâlinde gösterilmekte ve her dalın olası sonuçları analiz edilmektedir.

Böylece kararların avantaj ve dezavantajları karşılaştırılabilmekte, en uygun alternatif daha objektif biçimde belirlenebilmektedir. Özellikle karmaşık klinik ve yönetsel problemlerin çözümünde karar verme sürecini kolaylaştırmaktadır (Vicir, 2023).

Delphi Tekniği

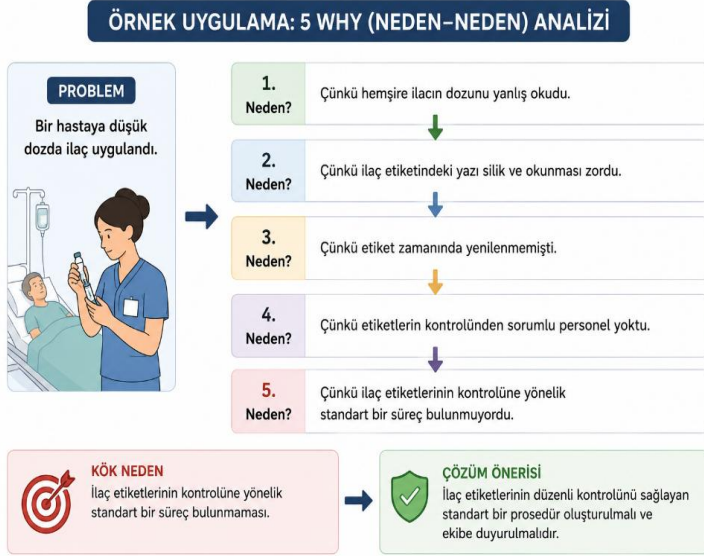
Delphi tekniği, belirli bir konuda uzman görüşlerine dayalı uzlaşa sağlamayı amaçlayan sistematik bir yöntemdir. Katılımcılar birbirlerinden bağımsız olarak görüş bildirir ve birden fazla değerlendirme turu sonunda ortak görüş oluşturulmaya çalışılır. Bu yöntem özellikle bilimsel kanıtların sınırlı olduğu görüş ayrılıklarının bulunduğu veya geleceğe yönelik planlama gerektiren konularda kullanılmaktadır. Hemşirelikte bakım standartlarının geliştirilmesi, rehber hazırlanması ve uzman görüşü gerektiren yönetsel kararların alınmasında önemli bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Yurt ve Kadioğlu, 2019).

Tablo 3. Hemşirelikte Sorun Çözme ve Karar Verme Tekniklerinin Klinik ve Yönetsel Kullanım Alanları

Teknik	Klinik karar vermede kullanım (örnek)	Yönetsel karar vermede kullanım (örnek)
Ishikawa (Balık Kılçığı Diyagramı)	Basınç yaralanması, ilaç hatası veya hasta düşmesi gibi olayların kök nedenlerini analiz etme	Hasta güvenliği olayları, kalite sorunları ve süreç aksaklıklarının nedenlerini belirleme
Neden–Neden (Why-Why) Analizi	Bir bakım hatasının temel nedenine ulaşma	Tekrarlayan yönetsel problemlerin veya iş süreçlerindeki aksaklıkların kök nedenini belirleme
SWOT Analizi	Yeni bir klinik uygulamanın güçlü ve zayıf yönlerini değerlendirme	Birimin stratejik planlamasını yapma, hizmet geliştirme ve değişim yönetimi

Altı Şapkalı Düşünme Tekniği	Karmaşık hasta vakalarında farklı bakış açılarıyla çözüm üretme	Ekip toplantılarında alternatif çözüm önerileri geliştirme ve ortak karar alma
Beyin Fırtınası	Hasta bakımına yönelik yeni uygulama fikirleri geliştirme	Kalite iyileştirme projeleri ve süreç geliştirme toplantıları düzenleme
Pareto Analizi	En sık görülen bakım hatalarını öncelik sırasına koyma	Kalite göstergelerinde en önemli sorun alanlarını belirleme ve kaynakları önceliklendirme
İş Akış Şeması	İlaç uygulama veya taburculuk sürecini standartlaştırma	Klinik iş süreçlerini analiz etme ve iş akışını yeniden düzenleme
5N1K Yöntemi	Bir klinik olayın tüm yönleriyle değerlendirilmesini sağlama	Olay bildirimi, kalite incelemeleri ve süreç analizlerinde sistematik veri toplama
2×2 Matris Yöntemi	Hasta bakım önceliklerini belirleme	Görev, zaman ve kaynak önceliklendirmesi yapma
Karar Ağacı	Tedavi veya bakım seçeneklerinin olası sonuçlarını değerlendirme	Alternatif yönetim kararlarının olası etkilerini karşılaştırma
Delphi Tekniği	Klinik bakım standartları konusunda uzman görüşü alma	Rehber, protokol veya politika geliştirme sürecinde uzman görüş birliği sağlama

Resim 1. Örnek uygulama



Sonuç

Sağlık hizmetlerinde yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hasta bakım süreçlerinin giderek daha karmaşık bir yapıya dönüşmesine neden olmuştur. Bu değişim, hemşirelerin yalnızca uygulayıcı rol üstlenmelerini değil aynı zamanda karşılaştıkları durumları analiz edebilen, bilimsel kanıtları değerlendirebilen, sorunlara etkili çözümler geliştirebilen ve doğru kararlar verebilen profesyoneller olmalarını gerektirmektedir. Bu nedenle eleştirel düşünme, sorun çözme ve karar verme becerileri, günümüz hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelik yönetiminin temel yapı taşları arasında yer almaktadır (Zainal et al., 2025; Heard et al., 2025).

Eleştirel düşünme, hemşirelerin klinik verileri sistematik biçimde değerlendirmelerine ve güvenilir kanıtlar doğrultusunda karar vermelerine olanak sağlarken sorun çözme becerisi karşılaşılan problemlerin yalnızca görünen yönlerine değil, kök nedenlerine

odaklanmayı mümkün kılmaktadır. Karar verme ise bu süreçlerin doğal bir sonucu olarak en uygun bakım girişiminin ya da yönetsel uygulamanın seçilmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla bu üç beceri birbirini tamamlayan ve birbirinden bağımsız değerlendirilemeyen profesyonel yeterliliklerdir (Facione, 1990; Jessee, 2021; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

Hem klinik uygulamalarda hem de yönetim süreçlerinde kullanılan sistematik sorun çözme ve karar verme teknikleri, problemlerin daha objektif biçimde değerlendirilmesine, ekip iş birliğinin güçlenmesine ve bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte herhangi bir tekniğin tüm problemlere uygun olmadığı unutulmamalı; kullanılacak yöntemin problemin niteliğine, kurumun özelliklerine ve ulaşılmak istenen hedefe göre belirlenmesi gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır (Patrician et al., 2024; Yorgancılar & Özlük, 2022).

Hemşirelik eğitiminde öğrencilerin yalnızca kuramsal bilgi ile donatılması yeterli değildir. Eğitim sürecinde eleştirel düşünmeyi destekleyen öğretim yöntemlerinin kullanılması, klinik senaryolar, vaka analizleri, simülasyon uygulamaları ve ekip temelli öğrenme etkinlikleri ile sorun çözme ve karar verme becerilerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Benzer şekilde sağlık kurumlarında oluşturulacak öğrenmeyi destekleyen örgüt kültürü, etkili liderlik anlayışı ve kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılması da bu becerilerin mesleki yaşama aktarılmasını kolaylaştıracaktır (Kaihlanen et al., 2023; Wei et al., 2024).

Sonuç olarak eleştirel düşünebilen, sorunları sistematik biçimde analiz edebilen ve bilimsel kanıtlara dayalı kararlar verebilen hemşireler; hasta güvenliğinin güçlendirilmesine, bakım kalitesinin artırılmasına ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine önemli katkılar sağlamaktadır (Oh et al., 2025; Zainal et al., 2025). Bu nedenle eleştirel düşünme, sorun çözme ve karar verme

becerilerinin hem hemşirelik eğitiminde hem de mesleki gelişim süreçlerinde sürekli desteklenmesi ve geliştirilmesi, geleceğin sağlık hizmetleri açısından stratejik bir gereklilik olarak değerlendirilmelidir (Patrician et al., 2024; World Health Organization, 2021).

Kaynakça

Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *Root cause analysis*. In *Patient Safety Network (PSNet)*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://psnet.ahrq.gov/primer/root-cause-analysis>

Alfaro-LeFevre, R. (2017). Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment: a practical approach (6th edition.). Elsevier.

American Organization for Nursing Leadership. (2022). *Nurse manager competencies*. <https://www.aonl.org/nurse-manager-competencies>

Atasayar, B., & İşeri, Ö. (2023). Eleştirel düşünme eğitiminin öğrencilerin hemşirelik tanıları belirleme, algılama ve eleştirel düşünme motivasyonuna etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 1416–1430.

Baykal, Ü. T., Türkmen, E. E. (2022), *Hemşirelikte Yönetim*. (1. Baskı). İstanbul Akademi. 183-208.

Benner, P., Hughes, R. G., & Sutphen, M. (2008). Clinical reasoning, decisionmaking, and action: Thinking critically and clinically. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Chapter 6). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2643/>

Booth, R. G., Strudwick, G., McBride, S., O'Connor, S., & Solano López, A. L. (2021). How the nursing profession should adapt for a digital future. *The BMJ*, 373, n1190. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1190>

Brunt, B. A., & Morris, M. M. (2023). *Nursing professional development evidence-based practice*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589676/>

Buchanan, C., Howitt, M. L., Wilson, R., Booth, R. G., Risling, T., & Bamford, M. (2020). Predicted Influences of Artificial Intelligence on the Domains of Nursing: Scoping Review. *JMIR Nursing*, 3(1), e23939. <https://doi.org/10.2196/23939>

Challinor, J. (2023). Global Oncology Nursing Recruitment and Retention: A SWOT Analysis. In *Seminars in Oncology Nursing* 39(1), 151361. WB Saunders.

Çerçi, S., Uyurdağ, N., & Reyhanoğlu, N. (2022). Sorumlu hemşirelerin sorun çözme ve klinik karar verme becerilerinin bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 9(3), 427-437.

Çilhoroz, Y. Uğurluoğlu, Ö. (2020). Sağlık hizmetlerinde SWOT analizinin kullanımı üzerine yürütülen çalışmaların incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (2), 218-228.

Dewey, J. (1933). *How we think: A restatement of the relation of reflective thinking to the educative process* (Rev. ed.). D. C. Heath and Company.

Doyon, O., & Raymond, L. (2025). Clinical reasoning and clinical judgment in nursing research: A bibliometric analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 36(3), 339–350. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12484>

Eraydın C., Tezcan B., Koç Z. (2019). Hasta düşmelerinin değerlendirilmesinde balık kılçığı yöntemi ile kök neden analizi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 6(3), 266- 272.

Facione, P. A. (1990). *Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction* (The Delphi Report, ERIC Doc. No. ED315423). American Philosophical Association.

Falcó-Pegueroles, A., Rodríguez-Martín, D., Ramos-Pozón, S., & Zuriguel-Pérez, E. (2021). Critical thinking in nursing clinical practice, education and research: From attitudes to virtue. *Nursing Philosophy*, 22(1), e12332. <https://doi.org/10.1111/nup.12332>

Grailey, K. E., Murray, E., Reader, T., & Brett, S. J. (2021). The presence and potential impact of psychological safety in the healthcare setting: an evidence synthesis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 773. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06740-6>

Heard, J., Scoular, C., Duckworth, D., Ramalingam, D., & Teo, I. (2025). *Critical thinking: Skill development framework* (2nd ed.). Australian Council for Educational Research. <https://doi.org/10.37517/978-1-74286-752-6>

Hughes, R., Meadows, M. T., & Begley, R. (2022). American Organization for Nursing Leadership Nurse Leader Core Competencies: A Framework Reaching Across the Continuum and Leadership Levels. *The Journal of Nursing Administration*, 52(12), 629–631. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001221>

International Council of Nurses. (2023). *Digital health transformation and nursing practice: ICN position statement*. International Council of Nurses.

İlaslan, E., Adıbelli, D., Teskereci, G., Cura, Ş. Ü. (2023). Development of nursing students' critical thinking and clinical decision-making skills. *Teaching and Learning in Nursing*, 18(1), 152-159.

İlaslan, N. (2023). Gezegen Sağlığının Gelişimi İçin Hemşirelik Bakımında Sürdürülebilirliğe 5N1K Tekniği ile Bakış: Geleneksel Derleme. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 15(3):852-9

İlaslan, E. (2023). Yapay Zekâ Sohbet Robotları ve ChatGPT'nin Hemşirelik Eğitiminde Kullanılması. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 73-80. <https://doi.org/10.59398/ahd.1330341>

Jessee, M. A. (2021). Influences of clinical reasoning and clinical judgment on nursing practice. *Nurse Education in Practice*, 12, 50-60, 103089.

Kaihlanen, A.-M., Laukka, E., Nadav, J., Närvänen, J., Saukkonen, P., Koivisto, J., & Heponiemi, T. (2023). The effects of digitalisation on health and social care work: A qualitative descriptive study of the perceptions of professionals and managers. *BMC Health Services Research*, 23(1), 714. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09730-y>

Kok, E. D., Weggelaar, A. M., Reede, C., Schoonhoven, L., & Lalleman, P. (2023). Beyond transformational leadership in nursing: A qualitative study on rebel nurse leadership-as-practice. *Nursing Inquiry*, 30(2), e12525.

Kusakli, B. Y., & Sönmez, B. (2024). The effect of problem-solving and decision-making education on problem-solving and decision-making skills of nurse managers: A randomized controlled trial. *Nurse Education in Practice*, 79, 104063.

Langley, G. J., Moen, R., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, L. P. (2009). *The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance* (2nd ed.). Jossey-Bass.

Levett-Jones, T. (Ed.). (2018). *Clinical reasoning: Learning to think like a nurse* (2nd ed.). Pearson Australia.

Martínez, A., & De Francisco, S. (2020, July). *Essentials for wellbeing: Expanding the symbolic value of healthcare design*. In *Proceedings of the 6th International Conference on Design4Health 2020*.

https://www.researchgate.net/publication/344154697_Essentials_for_wellbeing_Expanding_the_symbolic_value_of_healthcare_design

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (3rd ed.). Wolters Kluwer Health.

O'donovan, R., & McAuliffe, E. (2020). A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams. *International journal for quality in health care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 32(4), 240–250. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa025>

Oh, J. A., Kim, E. A., & Kim, H. R. (2025). Influence of critical thinking disposition, clinical reasoning competence, and nursing practice environment on medication safety competence of hospital nurses. *Healthcare*, 13(5), 542. <https://doi.org/10.3390/healthcare13050542>

Oh, S., Gu, M., & Sok, S.(2022). A Concept Analysis of Nurses' Clinical Decision Making: Implications for Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3596.

Özkütük, N., Orgun, F., & Sezer, H. (2019). Hemşirelik eğitiminde altı şapkalı düşünme tekniğinin kullanımı: İki farklı tekniğin karşılaştırılması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 27(4), 1553–1562. <https://doi.org/10.24106/kefdergi.3150>

Patrician, P. A., Campbell, C. M., Javed, M., Williams, K. M., Foots, L., Hamilton, W. M., House, S., & Swiger, P. A. (2024). Quality and safety in nursing: Recommendations from a systematic

review. *Journal for Healthcare Quality*, 46(4), 203–219.
<https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000430>

Purkuloğlu, E., Ün, A., & Yürürdurmaz, F. (2019). Hemşire karar destek sistemleri uygulamaları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 491–514.

Riegel, F., Crossetti, M. G. O., Martini, J. G., & Nes, A. A. G. (2021). Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20200139. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>

Ronquillo, C. E., Peltonen, L. M., Pruinelli, L., Chu, C. H., Bakken, S., Beduschi, A., Cato, K., Hardiker, N., Junger, A., Michalowski, M., Nyrup, R., Rahimi, S., Reed, D. N., Salakoski, T., Salanterä, S., Walton, N., Weber, P., Wiegand, T., & Topaz, M. (2021). Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. *Journal of Advanced Nursing*, 77(9), 3707–3717.
<https://doi.org/10.1111/jan.14855>

Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization* (Rev. ed.). Doubleday.

Silva, V. G. F. D., Silva, B. N. D., Pinto, É. S. G., & Menezes, R. M. P. D. (2021). The nurse's work in the context of COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl. 1), e20200594. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0594>

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Topaz, M., & Pruinelli, L. (2017). Big Data and Nursing: Implications for the Future. *Studies in Health Technology and Informatics*, 232, 165–171.

Välimäki, M., Hu, S., Lantta, T., Hipp, K., Varpula, J., Chen, J., ... & Li, X. (2024). The impact of evidence-based nursing leadership in healthcare settings: a mixed methods systematic review. *BMC Nursing*, 23(1), 452.

Vicir, M. (2023). *Jinekolojik kanser hastalarında NANDA hemşirelik tanılarının makine öğrenmesi ve veri madenciliği yöntemi ile geliştirilmesi* (Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi). YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Yorgancılar, F. E., & Özlük, B. (2022). Hemşirelik hizmetlerinde yönetsel sorun çözme ve karar verme üzerine bir derleme. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 68-80.

Yurt, S., & Kadioğlu, H. (2019). Delphi uzlaşma tekniğinin hemşirelikte kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(1), 48–53.

Yüksel, M., & Coşkun, T. (2023). Görsel uyaran türü ve sayısının beyin fırtınasında yaratıcılığa etkisi. *Kesit Akademi Dergisi*, 9, 47–69.

Wei, B., Wang, H., Li, F., Long, Y., Zhang, Q., Liu, H., Tang, X., & Rao, M. (2024). Effectiveness of problem-based learning on development of nursing students' critical thinking skills: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educator*, 49(5), E257–E263. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001548>

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025*.

Zainal, N. H., Islam, M. A., Rasudin, N. S., Mamat, Z., Hanis, T. M., Rodzlan Hasani, W. S., & Musa, K. I. (2025). Critical thinking and clinical decision making among registered nurses in clinical practice: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Reports*, 15(5), 175. <https://doi.org/10.3390/nursrep15050175>

SAĞLIK KURUMLARINDA AFET YÖNETİMİ VE YÖNETİCİ HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARIÇÖZME ve KARAR VERME: GÜNCEL YAKLAŞIMLA

**CENNET SEVAL ÇELİK¹
HAVA GÖKDERE ÇINAR²**

Giriş

Afetler; doğa veya insan kaynaklı olup insan sağlığını olumsuz etkileyen olayların tümüne verilen addır. İstenmeyen; can, mal ve sosyal kayıplara yol açan afetlerin iyi yönetilmesi, tüm bireylerin ve yöneticilerin önemli bir görevidir. Sağlık hizmetleri, ortaya çıkabilecek afet durumlarında ilk ve en önemli başvuru alanlarından biridir. Afet anında sağlık hizmetlerinin iyi yönetilmesi ise yönetici hemşirelerin etkinliğine bağlıdır. Yönetici hemşireler, proaktif risk yaklaşımı anlayışında yetkin profesyonellerdir. Afet yönetiminde, önceden belirlenen risk analizi aşamasından başlayarak afet sırası ve sonrasında; etkin triyaj uygulamayı,

¹ Hemşire Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, (Yüksek Lisans Öğrencisi) Orcid: /0009-0008-5797-681X

² Doç. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, (Danışman) Orcid: 0000-0002-5792-5958

kaynakları doğru belirlemeyi, kişiler ve disiplinler arası iletişimi güçlü tutmayı amaçlarlar. Ayrıca kaynakların ve malzemelerin kullanımında tasarruflu davranmayı, insanın fiziksel, sosyal ve ruhsal sağılığını korumayı ve sürdürmeyi kendilerine ana amaç edinmiş önemli sağılık yöneticileridir. Yönetici hemşireler, afet yönetiminde karmaşık ve zorlu görev ile sorumluluklar silsilesine sahiptir. İyi bir yönetim sergileyen yönetici hemşire, sürecin etkili ve başarılı bir şekilde yürütölmesini sağılar.

Afet Nedir?

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından yapılan tanıma göre afet; toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olaylardır. Bu bağlamda afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur (AFAD, 2023).

Afet Yönetimi Nedir?

Afet yönetimi; afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması, afet sonucunu doğuran olaylara zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edilmesi ve afetten etkilenen topluluklar için daha güvenli ve gelişmiş yeni bir yaşam çevresi oluşturulabilmesi için toplumca yapılması gereken topyekûn bir mücadele süreci olarak tanımlanmaktadır (AFAD, 2023). Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu'na (IFRC) göre afet risk yönetimi; yeni afet risklerini önlemek, mevcut riskleri azaltmak ve kalan riski (hazırlık, müdahale ve iyileştirme yoluyla) yönetmek için stratejilerin uygulanmasıdır. Bu süreç, toplumun dayanıklılığının güçlendirilmesine ve kayıpların azaltılmasına katkıda bulunmayı amaçlar. Günümüzde iklim değışikliği, plansız kentleşme, çatışmalar ve halk sağılığı acil durumları gibi faktörler nedeniyle

afetlerin sıklığı ve şiddeti artmakta, bu durum afet yönetimini daha kritik bir hale getirmektedir (IFRC, 2021).

Afet Yönetiminde Temel Kavramlar

Afet yönetimi literatüründe sıklıkla kullanılan temel kavramlar aşağıda açıklanmıştır:

- **Tehlike:** Büyük zarar veya yok olmaya yol açabilecek durum, muhatara (Türk Dil Kurumu [TDK], 2026).
- **Risk:** Zarara uğrama tehlikesi (TDK, 2026).
- **Zarar Görebilirlik:** Farklı tür ve büyüklükteki tehlikeler karşısında, insanların ve yaşam çevrelerinin uğrayabileceği fiziksel, toplumsal, ekonomik veya çevresel kayıpların ölçüsüdür (AFAD, 2023).
- **Acil Durum:** Büyük, fakat genellikle yerel imkânlarla baş edilebilen çapta, ivedilik gerektiren durum ve hâllerdir. 5902 sayılı kanunda ise; toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hâli olarak tanımlanmıştır (AFAD, 2023).

Afetlerin Kayıt Altına Alınması ve Sınıflandırılması

EM-DAT (The International Disaster Database / Acil Durum Olayları Veri Tabanı), afetleri küresel ölçekte insan ve ekonomik kayıpları baz alarak kaydetmektedir. Bir olayın EM-DAT veri tabanına "afet" olarak kaydedilmesi için şu kriterlerden en az birinin gerçekleşmesi gerekmektedir: 10 veya daha fazla ölüm, 100 veya daha fazla kişinin etkilenmesi, olağanüstü hal ilanı veya uluslararası yardım çağrısı yapılması (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters [CRED], 2026).

EM-DAT, afetleri doğal ve teknolojik olmak üzere iki ana tehlike grubuna ayırır (CRED, 2026):

- **Doğal Afetler:** Hidrometeorolojik ve yersel (jeolojik) olmak üzere iki üst başlıkta toplanmaktadır. Çığ, heyelan, kuraklık, kıtlık, ekstrem sıcaklıklar, sel, orman ve çalılık yangınları, kasırga, böcek istilaları ve deniz kabarmaları hidrometeorolojik kökenli afetler olarak tanımlanırken; deprem, tsunami ve volkanik patlamalar yersel afetler olarak gruplandırılmıştır.
- **Teknolojik Afetler:** Bu grup kendi içinde üç alt başlığa ayrılmaktadır: *Endüstriyel Kazalar:* Kimyasal sızıntılar, endüstriyel altyapı çökmeleri, yangınlar, gaz sızıntıları, zehirlenme ve radyasyona maruz kalma. *Ulaşım Kazaları:* Hava, kara ve su yolu ulaşımında meydana gelen kazalar. *Muhtelif Kazalar:* Evsel veya endüstriyel olmayan yapıların çökmesi, patlamalar ve yangınlar (Ekinci ve ark., 2020; Hoyois ve ark., 2007).

CRED verilerine göre afetler 2024 yılında dünya genelinde 167,2 milyon kişiyi etkilemiş olup 2025 raporu tam olarak yayınlanmasa bile artış gösteren bir eğilim gösterdiği düşünülmektedir (CRED, 2025). Türkiye kapsamında yorumlarsak Türkiye’de en çok görülen doğal afet deprem olup 2023 yılında meydana gelen Hatay Depremi’nde CRED raporlarına göre 53.007 kişi hayatını kaybetmiştir (CRED, 2025). Türkiye, INFORM Risk Yönetim Endeksi Raporuna göre 5.4 puanla yüksek risk grubuna aittir (European Commission, Joint Research Centre [INFORM], 2026).

Resim 1: Türkiye, INFORM Risk Yönetim Endeksi Raporu (2026)



Kaynak: European Commission, Joint Research Centre tarafından yayımlanan INFORM Country Risk Profile verilerinden yararlanmıştır, 2026

Afet Yönetimi ve Modelleri

Afet yönetiminin temel amacı; can ve mal kayıplarını en aza indirmek, toplumu doğal, teknolojik ve insan kaynaklı afetlerin etkilerinden korumaktır. Bu süreçte zarar azaltma, hazırlıklı olma, müdahale ve iyileştirme evrelerini kapsayan; riske dayalı ve bütüncül bir yönetim sistemi inşa edilmelidir. Bu sistemde kamu, özel sektör ve sivil toplum gibi tüm paydaşlar ile mevcut kaynaklar etkin bir şekilde mobilize edilerek topluma öncülük edilmelidir (Kadioğlu, 2008; Yaman ve ark., 2020).

Afet yönetiminde iki temel yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar; yalnızca afet sonrası müdahale eylemlerine odaklanan "Geleneksel Afet Yönetimi" ile afet öncesi, sırası ve sonrasındaki tüm süreçleri kapsayan "Modern Afet Yönetimi" yaklaşımlarıdır. Modern afet yönetim felsefesi doğrultusunda geliştirilen üç ana model aşağıda açıklanmıştır:

- **Modern Afet Yönetim Modeli:** Bu model; toplumların afetlerden asgari düzeyde etkilenmesi, can ve mal kayıplarının önlenmesi amacıyla afet öncesi, sırası ve sonrasındaki "hazırlık, acil müdahale, iyileştirme ve zarar azaltma" evrelerini içmektedir. Sistematik bir yaklaşım sunarak süreçlerin netleşmesini sağlayan bu modelin kısıtlı yönü; yürütülecek çalışmaları ve yöntemleri içeren spesifik bir yönetim veya örgütlenme biçimi önermemesidir.
- **Bütünleşik Afet Yönetim Modeli:** Bütünleşik Afet Yönetim Modeli; afet ve acil durum yönetimiyle ilgili geleneksel yaklaşımların ötesine geçerek, sadece olay anındaki müdahale ve kurtarma faaliyetlerine değil, risklerin önceden saptanması ve azaltılmasına odaklanmaktadır. Bu model, yalnızca kriz sürecine odaklanan anlayışın yerini alan kavramsal ve pratik bir yaklaşımdır.
- **Toplum Tabanlı Afet Yönetim Modeli:** Toplum Tabanlı Afet Yönetim Modeli; afet yönetiminin yalnızca resmi kurum ve kuruluşların görevi olmadığını savunan, tüm toplumun karar alma süreçleri dahil olmak üzere sistemin her aşamasında yer aldığı bir yaklaşımdır (Oktay, 2021).

Afet Süreci ve Planlama

Bir afetin yaşam döngüsü genel olarak; afet öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere üç ana aşama ile karakterize edilir. Bununla birlikte afet yönetim planlaması; bu üç ana aşamayı kapsayan beş temel evrede ele alınmaktadır: hazırlıklı olma, zararı azaltma, afete yanıt, iyileştirme ve değerlendirme.

Hazırlıklı Olma;

Afet riski yaratan durumları ve bu durumların eğilimini değerlendirmeyi içerir. Afete hazırlık sürecinde temel eylemler şunlardır: Afet planlamasına yönelik teorik çalışmalar, yerel tepkilere ve muhtemel sonuçlara ilişkin en iyi tahminlere

odaklanmalıdır. Afet planlaması mutlaka saha araştırmalarına dayandırılmalıdır. Temel hazırlık faaliyetleri, rutin operasyonel süreçlerin ötesine geçmelidir.

Çoğu afet; yalnızca daha fazla teçhizat, personel ve malzeme seferber ederek yönetilemez. Halkın Zorunlu Deprem Sigortası (DASK) yapmaya teşvik edilmesi bu noktada kritik bir öneme sahiptir. Buradaki temel amaç; ev sahiplerini ve özel sektörü risk paylaşımına dahil ederek, devletin üzerindeki afet harcamalarının yükünü hafifletmektir.

Toplumun ihtiyaçları kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Önceki afetlerin epidemiyolojik verileri üzerinden, olası bir afet durumunda tahliye gerekliliği doğduğunda taşınması gereken yüksek riskli hastaları belirlemek için ilgili topluluğun ihtiyaç analizi yapılmalıdır. Afet sonrası ilk 24-48 saatte, yerel makamların personeli, tesisleri ve ekipmanları hızla seferber etmesini sağlayan bir afet yanıt planının devrede olması gerekmektedir (Sayın & Dağcı, 2018).

Afet planı; afet öncesi, sırası ve sonrası dönemde yapılması gerekenlerin ve görevli personelin sorumluluklarının ayrıntılı olarak tanımlandığı, stratejik eylem planlarının yer aldığı sistematik bir süreçtir (Yüksel, 2018). Felaketlerin çoğunda hastanelere erişim genellikle bir saatten sonra gerçekleşebilmektedir; bu nedenle ilk günden sonra hayatta kalan kazazede sayısı hızla düşmektedir.

Yönetici hemşireler afet durumlarında sakin kalmalı, olay değerlendirmesi yapmalı ve eldeki imkanlarla en iyi hizmeti vermek için güvenli bir ortam sağladıktan sonra sağlık çalışanlarını yönlendirmeli ve yönetmelidir. Bu süreçte hazırlık aşamasında; Sağlık Bakanlığı Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Uygulama Yönetmeliği ve HAP Hazırlama Kılavuzu esas alınmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı [SB], 2021).

Zararı Azaltma;

Genellikle afet öncesinde öngörüyle tedbirlerin alınarak planlanmasını ve uygulanmasını gerektirir. Örneğin bir bölgeye bir hastane inşa ederken sismik yapı kodlarını dikkate almak önemli bir zararı azaltma yaklaşımıdır. Afet zararlarının azaltılması konusunda ilgili her kesimi kapsayan geniş kapsamlı eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi gerekmektedir (Sayın & Dağcı, 2018).

Afete Yanıt;

Planın gerçekte uygulandığı dinamik evredir. Afete yanıt; yaşamı, mülkiyeti ve çevreyi korumaya yönelik durumu ve gereksinimleri hızla tespit etme, çok yönlü iletişim kurabilme, yeterli sayıda doğru gereç ve eğitimli kadroları afet yerine ulaştırma, acil sağlık hizmetleri ve günlük yaşam destekleri ekiplerinin afet bölgesindeki çalışmalarını kapsar. Afete yanıt aşamasının en önemli ilk kısmını ise "İlk Yardım ve Müdahale" bölümü oluşturur (Şakir & Üçgül, 2019).

Bütün hemşireler "afet hemşireliği" alanında uzmanlaşmak istemese de her hemşire, bir afeti zamanında ve uygun bir şekilde planlamayı ve ona yanıt vermeyi sağlayacak bir bilgi tabanına ve minimum beceri setine sahip olmak zorundadır (Sayın & Dağcı, 2018).

Afet Sonrası Yönetim;

Felaketin etkisinin toplam büyüklüğü, ölçülebilir sağlık sonuçları üzerine etkisi, sağlık dağıtım sisteminin bütünlüğü ve hayatta kalanlara özel sağlık bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini içerir. Eğitim tüm personel için zorunlu olmalıdır. Diğer afet planlarında olduğu gibi, tüm personelin yeterince hazırlandığından emin olmak için tatbikatlar tasarlanmalı ve belirli aralıklarla sürekli yinelenmelidir (Sayın & Dağcı, 2018).

İyileştirme;

Afetin acil durumu sonrasında genellikle yerel düzeyde yürütülen; tekrarlanabilen afet tehlikeleri karşısında daha dirençli olmayı gerektiren ve afet öncesine göre daha üstün standartları yakalama amacını taşıyan çok yönlü uygulamalardır. Afete uğrayanların olay öncesi yaşamlarına dönmelerine ve istikrarın geri getirilmesine odaklanır.

Değerlendirme ve Yeniden İnşa Etme;

Afetten sonra nelerin çalıştığı, nelerin işe yaramadığı; sorunlar, konular ve zorluklar tanımlanarak değerlendirmeleri yapılır. Bu aşamada alınan dersler, bir sonraki beklenen afetlere karşı daha sağlam bir hazırlık yapılanmasını sağlar (Sayın & Dağcı, 2018).

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP);

Ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyinde afet yönetiminin tüm evrelerini kapsayan planları çerçevesinde; hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen planlardır (T.C. SB, 2021).

2010 tarihli Hemşirelik Yönetmeliği'nde hemşirenin görevleri arasında: "Görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve gerekli bilgiyi hasta başında sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden ve doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda ise hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılamaz." şeklinde, afet durumlarında görev süresi tanımlanır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010).

HAP çerçevesinde yönetici hemşirelerin ve birim sorumlularının (Yatan Hasta, Ayaktan Hasta, Ruh Sağlığı, Acil

Servis, Triyaj, Yoğun Bakım, Ameliyathane vb.) görev tanımları net bir şekilde yapılmıştır (T.C. SB, 2021).

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Afet Durumunda Uygulamalar

Sağlık kuruluşlarında, herhangi bir afet durumunda karşılaşılabilecek olan olumsuzlukları en aza indirmek için doğru planlamanın yapılması gerekir. Tıbbi ve idari tüm personel, acil durumda önceliklendirme (triyaj) ilkeleri konusunda eğitilmeli ve yılda en az bir kez afet tatbikatları yapılmalıdır (Tapan, 2022).

Afetlerde Kriz Yönetimi

Kriz yönetiminin, öngörülemeyen olumsuz olaylara yanıt verilmesini sağlamak adına uygun bir şekilde planlanması gerekir (Tapan, 2022). Geçtiğimiz yıllarda küresel ölçekte deneyimlenen COVID-19 pandemisi, afetlerin yerel değil evrensel bir nitelik taşıdığının en büyük göstergesidir. Genel olarak pandemi; fiziksel sağlık, sosyal bağlantılar, ruh sağlığı ve çevresel koşullar da dahil olmak üzere yaşam kalitesinin çeşitli boyutlarını olumsuz etkilemiştir (Ram ve ark., 2025).

Afet Yönetimi ve Dirençlilik Kavramı

Afet dirençliliği; temel yapı ve işlevlerinin korunması ve restorasyonu da dahil olmak üzere, bir tehlikenin etkilerinden zamanında ve etkili bir şekilde kurtulmayı ifade etmektedir (Tariq ve ark., 2021). Sosyo-Ekolojik Perspektif, Sürdürülebilirlik Çerçevesi ve DROP modelleri bu kapsamda ön plana çıkmaktadır (Bronfman ve ark., 2023). Türkiye, INFORM Risk Yönetim Endeksi Raporu'na göre 5.4 puanla yüksek risk grubunda yer almaktadır (INFORM, 2026).

Afet Bilinci ve Stres;

Afetlerin doğrudan ya da dolaylı olumsuz etkileriyle mücadele edilebilmesi için kişinin afetlere ilişkin bilgi düzeyinin ve farkındalığının artırılması gereklidir (Güldü, 2023). Yazıcı ve ark. (2022)'ye göre kişi birebir maruz kalmasa da afetlere ve felaketlere tanıklık etmesi bile onun üzerinde travmatik etkilere neden olabilmektedir (aktaran Güldü, 2023). Afet bilinci arttıkça bireylerin stresle başa çıkma becerileri de artmaktadır (Güldü, 2023). AFAD tarafından bu amaçla "Afete Hazır Türkiye Bilinçlendirme ve Eğitim Projesi" başlatılmıştır (AFAD, 2018).

Türkiye’de Afet Mevzuatı ve Diğer Kuruluşlar

Türkiye’de afet yönetimi ve koordinasyonu alanında dönüm noktası 17 Ağustos 1999 Marmara Depremi’dir. 2009 yılında çıkarılan 5902 sayılı yasa ile AFAD kurularak yetki ve sorumluluklar tek bir çatı altında toplanmıştır (AFAD, 2021). AFAD; bünyesinde TARAP, TAMP ve TASİP planlarını barındırır (Yılmaz & Gülüm, 2024).

Gerdan (2025), yaptığı çalışmada 1999 ile başlayan 25 yıllık çabalara rağmen 6 Şubat 2023 depremlerinin yansımaları nedeniyle ilgili kurumların ne yazık ki yine risk yönetiminden ziyade "kriz yönetimine" odaklanmak zorunda kaldığını belirtmiştir. Kurulduğu 1868 yılından bu yana Türk Kızılayı da afet ve ilk yardım alanlarında önemli roller üstlenmektedir (Türk Kızılayı, t.y.).

Afet ve Kriz Yönetiminde Yönetici Hemşirelerin Rolü;

Kriz ve pandemi sürecinde acil durum planlamaları yapılarak öncelikler belirlenmeli ve tüm hemşirelik bakım algoritmaları gözden geçirilmelidir (Türk Hemşireler Derneği [THD], 2020). Verilen hizmetin kalitesini artırmak adına iletişim geliştirilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır (Jackson ve ark., 2020).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) tarafından hemşirelerin sahip olması gereken temel yeterlilikler 8 alanda (Hazırlık, İletişim, Olay Yönetimi, Güvenlik, Değerlendirme, Müdahale, İyileşme, Hukuk ve Etik) belirlenmiştir (International Council of Nurses [ICN], 2019; aktaran Akpınar & Ceran, 2020). ICN tarafından 2022 yılında yayımlanan güncel kılavuzda ise uluslararası afet ekiplerinde görev yapan hemşirelere yönelik ileri düzey (Level III) yetkinlikler ve liderlik becerileri tanımlanmıştır (ICN, 2022).

Kaynakça

AFAD. (2018). *Afet eğitim ile zihinsel dönüşüm*. <https://www.afad.gov.tr/afet-egitim-ile-zihinsel-donusum> (Erişim tarihi: 25.04.2026)

AFAD. (2021). *AFAD hakkında*. <https://www.afad.gov.tr/afet-egitim-ile-zihinsel-donusum> (Erişim tarihi: 25.04.2026)

AFAD. (2023). *Açıklamalı afet yönetimi terimleri sözlüğü*. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (Erişim tarihi: 25.04.2026)

Akpınar, N. B., & Ceran, M. (2020). Afetlerle ilgili güncel yaklaşımlar ve afet hemşiresinin rol ve sorumlulukları. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 28–40.

Bronfman, N. C., Castañeda, J. V., Guerrero, N. F., Cisternas, P., Repetto, P. B., Martínez, C., & Chamorro, A. (2023). A community disaster resilience index for Chile. *Sustainability*, 15(8), Article 6891. <https://doi.org/10.3390/su15086891>

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. (2025). *Disaster year in review 2024*. EM-DAT. Erişim adresi: <https://emdat.be> (Erişim tarihi: 05.04.2026)

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. (2026). *EM-DAT country profile: Türkiye*. Erişim adresi: <https://public.emdat.be/> (Erişim tarihi: 25.04.2026)

Ekinci, R., Büyüksaraç, A., Ekinci, Y. L., & Işık, E. (2020). Bitlis ilinin doğal afet çeşitliliğinin değerlendirilmesi. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi*, 6(1), 1–11. <https://doi.org/10.21324/dacd.535189>

European Commission, Joint Research Centre. (2026). *INFORM risk index: Country risk profile*. Disaster Risk Management Knowledge Centre. Erişim adresi:

<https://drmkc.jrc.ec.europa.eu/inform-index/INFORM-Risk/Country-Risk-Profile/moduleId/1767/id/419/controller/Admin/action/CountryProfile> (Erişim tarihi: 25.04.2026)

Gerdan, S. (2025). Evaluation of Türkiye's disaster management in the context of the February 06, 2023 Kahramanmaraş-centered earthquakes. *Türk Deprem Araştırma Dergisi*, 7(2), 190–200. <https://doi.org/10.46464/tdad.1580755>

Güldü, Ö. (2023). Afet bilinci ve stresli durumlarla başa çıkma arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Afet ve Risk Dergisi*, 6(3), 638–658.

Hemşirelik Yönetmeliği. (2010). *T.C. Resmî Gazete* (Sayı: 27515). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm> (Erişim tarihi: 25.04.2026)

International Council of Nurses. (2019). *Core competencies in disaster nursing* (Version 2.0). https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf (Erişim tarihi: 25.04.2026)

International Council of Nurses. (2022). *Core competencies in disaster nursing: Level III (Emergency Medical Teams)*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_2022_Disaster-Comp-Report_EN_WEB.pdf (Erişim tarihi: 26.04.2026)

Jackson, D., Bradbury-Jones, C., Baptiste, D., et al. (2020). Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2041–2043. <https://doi.org/10.1111/jocn.15257>

Ram, L. R., Abeysingha, N. S., Deegala, D. M. B. M., Gurau, S., & Dissanayake, S. (2025). Review of the effects of the COVID-19 pandemic on the environment, economy and human wellbeing.

Discover Sustainability, 6, Article 965.
<https://doi.org/10.1007/s43621-025-01818-1>

Sayın, Y., & Dağcı, M. (2018). Afet hazırlığında planlamanın temel ilkeleri. S. D. Öztekin (Ed.), *Afet hemşireliği* içinde (ss. 8–15). Türkiye Klinikleri.

Şakir, Ş., & Üçgül, İ. (2019). Türkiye’de afet yönetimi ve iş sağlığı güvenliği. *Afet ve Risk Dergisi*, 2(1), 43–63.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Hastane afet ve acil durum planı (HAP) hazırlama kılavuzu* (Sürüm 2). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40879,haphazirlamaklavuzusurum214062021pdf.pdf> (Erişim tarihi: 27.04.2026)

Tariq, H., Pathirage, C., & Fernando, T. (2021). Measuring community disaster resilience at local levels: An adaptable resilience framework. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 62, Article 102358. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2021.102358>

Tapan, B. (2022). Afetlerde risk ve kriz yönetimi yaklaşımı. S. Vehid (Ed.), *Afetlerde güncel bilgi ve yaklaşımlar* içinde (ss. 1–4). Türkiye Klinikleri.

Türk Dil Kurumu. (2026). *Güncel Türkçe sözlük*. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 25.04.2026)

Türk Hemşireler Derneği. (2020). *COVID-19 hemşire eğitim rehberi ve bakım algoritmaları*. <https://www.thder.org.tr/uploads/files/thd-covid-2020-2.pdf> (Erişim tarihi: 25.04.2026)

Türk Kızılayı. (t.y.). *Neler yapıyoruz?* <https://www.kizilay.org.tr/neler-yapiyoruz> (Erişim tarihi: 25.04.2026)

Yaman, F., Ayrancı, E., & Helvacıoğlu, İ. H. (2020). Türkiye’nin ulusal afet ve acil durum yönetim sisteminin mevcut

hali ve yeni bir yönetim modeli önerisi. *Dirençlilik Dergisi*, 4(2), 205–220. <https://doi.org/10.32569/resilience.702250>

Yılmaz, H., & Gülüm, E. (2024). Afet acil durum yönetimi ve afet müdahale planı çerçevesinde uygulamalar: Pazarcık ve Elbistan depremi. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 15(1), 1–25.

Yüksel, S. (2018). Afetlerde hastane ve acil birim hazırlığı. S. D. Öztekin (Ed.), *Afet hemşireliği* içinde (ss. 16–22). Türkiye Klinikleri.

