



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DİSİPLİNLERARASI AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ KARAR
VERME STİLLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZİ HAZIRLAYAN: SABRİ ÖZER

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ ERSİN UZMAN

ÇANAKKALE - 2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DİSİPLİNLERARASI AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ KARAR
VERME STİLLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZİ HAZIRLAYAN: SABRİ ÖZER

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ ERSİN UZMAN

ÇANAKKALE - 2022



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Sabri ÖZER tarafından Dr. Öğr. Üyesi Ersin UZMAN yönetiminde 31/08/2022 tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “**HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ KARAR VERME STİLLERİ**” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Disiplinlerarası Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı**’nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Prof. Dr. İlknur MAYA

.....

Doç. Dr. Bertan AKYOL

.....

Dr. Öğr. Üyesi Ersin UZMAN (Danışman)

.....

Tez No :10491085

Tez Savunma Tarihi : 31/08/2022

Doç. Dr. Yener PAZARCIK

Enstitü Müdürü

3/11/2022

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

(İmza)

Sabri ÖZER

31/10/2022

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ersin UZMAN'a

Beni bu günlere getiren yaşam kaynağım, bitanem canımdan çok sevdiğim anneme ve canım babama, sakinliğiyle beni yönlendiren tek arkadaşım, canım abime, eşine ve bu yıl beş yaşına basacak olan biricik yeğenim Mehmet Alp'e,

Araştırmamı yürütürken sürekli destek olan ilk göz ağrım Bayramiç ilçesinde görev yapan tüm arkadaşlarıma, Paramedik Selçuk ve Özlem EVREN çiftine,

Çalışmam boyunca manevi desteğini esirgemeyen canım kardeşim, Mehmet GÖSE'ye ve çok sevgili Acil Tıp Teknisyeni Gizem TÜRKER'e,

Bilimsel araştırmalarda yön gösteren çok değerli Öğretim Görevlisi Doktor Aysin AŞKIN, farklı fikir ve önerileriyle destek olan Paramedik Ayhan KISA'ya, sıra arkadaşlarım Öğretim Görevlisi Mehmet KOZYEL'e, Acil Tıp Teknisyeni Sema AYDOĞAN ve İbrahim YURTTUTAN'a,

Halen çalışmakta olduğum Merkez 1 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda görev yapan arkadaşlarıma, Çanakkale 112 İl Ambulans Servisi'ne bağlı tüm birimlerde canla başla görev yapan arkadaşlarıma, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sabri ÖZER

Çanakkale, Eylül. 2022

ÖZET

HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ KARAR VERME STİLLERİ

Sabri ÖZER

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ersin UZMAN

31/08/2022, (82 sayfa)

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde hasta ile ilgili verilecek kararlar kritik öneme sahiptir. Hasta için en uygun kararın en kısa sürede verilmesi gerekir. Literatür incelendiğinde ise acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verirken izledikleri yol ve karar süreçleri hakkında literatürde ciddi bir boşluk olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın amacı, hastane öncesinde görev yapan sağlık personelinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre karar verme stillerini belirlemektir. Bu amaçla, doktor, paramedik, acil tıp teknisyeni ve sürücülerden oluşan katılımcılara Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II uygulanmıştır. Çalışmanın evrenini toplam sayısı 450 olan doktor, paramedik, acil tıp teknisyeni ve sürücü oluşturmuş olup yapılan örnekleme analizi sonucunda katılımcı sayısı 310 olarak belirlenmiştir. Parametrik olmayan Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile verilerin analizleri gerçekleştirilmiştir. Bulgular hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının diğer karar verme stilleri ile karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamalarının dikkatli karar verme stili olduğunu göstermiştir. Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının karar vermeleri gereken durumlarda gerekli bilgiyi araştırdıkları, alternatifleri belirleyip, değerlendirdikten sonra objektif olarak seçim yaptıkları ifade edilebilir. Araştırmada, erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre daha erteleyici ve kaçınan karar verme stiline sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca, tecrübeli katılımcıların tecrübeli olmayanlardan kaçınan karar verme stili puanları daha yüksek bulunmuştur. Evli katılımcılar evli olmayan katılımcılardan daha yüksek kaçınan karar verme stili puanı bildirmişlerdir. Dikkatli karar verme stili işlerinde yeterli olmadığını düşünenlerde daha düşük bulunmuştur. Dikkatli karar verme stili dışında diğer karar verme stilleri (panik, erteleyici, kaçınan) paramediklerle karşılaştırıldığında acil tıp teknisyenlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışma

hastane öncesi acil sağlık çalışanları arasında erkeklerin, evlilerin, acil tıp teknisyenlerinin, acil tıbbi mücadelede zorluk çekenlerin, nöbet hizmetinde ekip sorumlusu olanların ve işinde yeterli olmadığını düşünenlerin desteklenmeleri gerektiğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Hastane ncesi Acil Sağlık Hizmetleri, Hastane ncesi Acil Sağlık alışanları, Karar Verme, Karar Verme Stilleri



ABSTRACT

TITLE OF THESIS

DECISION MAKING STYLES OF PREHOSPITAL EMERGENCY HEALTH CARE WORKERS

Sabri ÖZER

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Master of Science Thesis in Disaster Education and Management

Advisor: Assis. Prof. Ersin UZMAN

31/08/2022, (82 pages)

Decisions to be made about the patient in pre-hospital emergency health services are of critical importance. The most appropriate decision for the patient should be made as soon as possible. When the literature is examined, it is seen that there is a serious gap in the literature about the way and decision processes followed by emergency health care services workers. The aim of this study is to determine the decision-making styles of the pre-hospital health personnel according to their socio-demographic and occupational characteristics. For this purpose, the Melbourne Decision-Making Scale I-II was administered to participants consisting of doctors, paramedics, emergency medical technicians and drivers. The population of the study consisted of 450 doctors, paramedics, emergency medical technicians and drivers, and as a result of the sampling analysis, the number of participants was determined as 310. Analysis of the data was carried out with non-parametric Kruskal Wallis and Mann Whitney U tests. The findings showed that the highest mean scores of prehospital health care workers compared to other decision-making styles were the vigilant decision-making style. It can be stated that pre-hospital healthcare professionals search for the necessary information when they need to make a decision, and make an objective choice after determining and evaluating the alternatives. In the study, it was determined that male participants had a more procrastinating and buck-passing than female participants. In addition, buck-passing scores were higher for experienced participants compared to non experienced. Married participants reported higher buck-passing scores than unmarried participants. Vigilant decision-making style scores were found to be lower in participants who thought they were inadequacy in their job. Other decision making styles scores (buck-

passing, procrastination and hypervigilant) except for vigilant decision making styles were higher for emergency medical technicians compared to paramedics. This study showed that pre-hospital emergency health workers who are men, married, emergency medical technician, having difficulties in emergency medical response, being night shift team leader and feeling inadequacy should be supported.

Keywords: Prehospital Emergency Health Services, Prehospital Emergency Health Workers, Decision Making, Decision Making Styles



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
JÜRİ ONAY SAYFASI.....	i
ETİK BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Amacı.....	4
1.2. Araştırmanın Önemi.....	5
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	7
1.4. Araştırmanın Sayıltıları.....	7
1.5. Tanımlar.....	7

İKİNCİ BÖLÜM

9

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık Hizmetleri.....	9
2.1.1. Acil Sağlık Hizmetleri.....	10
2.1.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri.....	12
2.1.3. Acil Sağlık Hizmetleriyle Görev Yapan Personel Bilgisi.....	13
2.2. Karar Verme.....	14
2.2.1. Karar.....	15
2.2.2. Karar Eyleminin Unsurları.....	15
2.2.3. Karar Türleri.....	16
2.2.4. Karar Alma Süreci.....	19

2.2.5.	Karar Verme.....	20
2.2.6.	Karar Verme Sürecinin Aşamaları.....	22
2.2.7	Karar Verme Sürecinin Özellikleri.....	25
2.2.8.	Kararı Etkileyen Faktörler.....	27
2.2.9.	Karar Verme Stilllerine İlişkin Yaklaşımlar.....	28
2.2.10.	Karar Verme Stilleri.....	30
2.2.11.	Karar Vermede Özsayı.....	32
2.3.	Karar Verme ve Karar Verme Stilleri ile İlgili Yapılmış Çalışmalar.....	33

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL YÖNTEM

39

3.1.	Araştırmanın Modeli.....	39
3.2	Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	39
3.3.	Araştırmanın Etik Yönü.....	40
3.4.	Veri Toplama Teknikleri.....	40
3.4.1.	Bilgi Formu.....	40
3.4.2.	Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II.....	41
3.5.	Verilerin Analizi Ve Değerlendirilmesi.....	41

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

42

ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	42
4.2.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karar Verme Stilllerine İlişkin Bulgular.....	48
4.2.1.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Karar Verme Stilllerine İlişkin Bulgular.....	48
4.2.2.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre Karar Verme Stilllerine İlişkin Bulgular.....	48

4.2.3.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Yaş Guruplarına Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular.....	49
4.2.4.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular.....	50
4.2.5.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular.....	51
4.2.6.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Gelir Durumlarına Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular.....	52
4.3.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular.....	53
4.3.1.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Hizmet Sürelerine Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular.....	53
4.3.2.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Unvanlarına Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular.....	54
4.3.3.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Nöbet Hizmetinde Sürücülük Yapma Durumuna Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular.....	55
4.3.4.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Acil Tıbbi Müdahale Halinde Karar Vermede Zorluk Çekme Durumuna Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular.....	56
4.3.5.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Nöbet Hizmetlerinde Ekip Sorumlusu Olmalarına Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular.....	57
4.3.6.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşlerinde Yeterli Olma Düşüncelerine Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular.....	58

BEŞİNCİ BÖLÜM

60

TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Tartışma ve Sonuçlar.....	60
5.2.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Tartışma ve Sonuçlar.....	64

5.3. Öneriler.....	67
KAYNAKÇA.....	70
EKLER.....	I
EK 1. ETİK ONAY.....	I
EK 2. KURUM İZİNİ.....	II



SİMGELER VE KISALTMALAR

AABT	Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
ASHİ	Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu
ASHY	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1.	Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri puanları	488
Tablo 2.	Cinsiyete göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar.....	4949
Tablo 3.	Yaş grubuna göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar.....	50
Tablo 4.	Medeni duruma göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar	51
Tablo 5.	Eğitim düzeyine göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar.....	52
Tablo 6.	Çalışanların gelir durumuna göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar.....	52
Tablo 7.	Hizmet süresine göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar	54
Tablo 8.	Çalışanların unvanlarına göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar	5555
Tablo 9.	Nöbet hizmetlerinde sürücülük yapma durumuna göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar	55
Tablo 10.	Acil tıbbi müdahale durumunda karar vermede zorluk çekme durumuna göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar	577
Tablo 11.	Nöbet hizmetlerinde ekip sorumlusu olma durumuna göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne İlişkin sonuçlar.....	588
Tablo 12.	İşinde yeterli olduğunu düşünme durumuna göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar	59

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
Şekil 1.	Katılımcıların cinsiyet oranları.....	43
Şekil 2.	Katılımcıların yaş grupları.....	44
Şekil 3.	Katılımcıların medeni durumları	44
Şekil 4.	Katılımcıların eğitim düzeyleri	45
Şekil 5.	Katılımcıların gelir durumları	45
Şekil 6.	Katılımcıların hizmet süreleri.....	456
Şekil 7.	Katılımcıların görev unvanları	45
Şekil 8.	Katılımcıların nöbet hizmetlerinde sürücülük yapma oranları.....	46
Şekil 9.	Katılımcıların tıbbi müdahalede karar verme zorluğu	467
Şekil 10.	Katılımcıların nöbet hizmetlerinde ekip sorumlusu olma durumu.....	478
Şekil 11.	Katılımcıların işlerinde yeterli olma düşüncesi.....	478

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Giriş bölümünde araştırma ile ilgili amaç, önem, sınırlılıklar, sayıtlar ve araştırmanın kapsamını oluşturan kavramların tanımlarına yer verilmektedir.

Sağlık hizmetleri, insan yaşamı için en önemli sektörlerin başında bulunmaktadır. İnsanların kendi yaşamlarına verdikleri önem yanında devletlerin toplumun sağlığı konusundaki hassasiyeti her geçen gün sağlık sektörünün gelişmesine katkı sağlamaktadır (Çanakçı Yüksel, 2018). Sosyal devlet anlayışını benimseyen Türkiye diğer ülkelerde olduğu gibi sağlık alanının gelişmesi, vatandaşlarının kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşması ve bu hizmetlere ulaşımının kolaylaştırılması için adımlar atmaktadır (Öter ve Südaş, 2017). Sağlık Bakanlığının yıllar itibariyle yayınladığı istatistikler yıllar içinde sektöre yapılan yatırımları gözler önüne sermektedir. İstatistikler incelendiğinde 20 yılda önemli sayılabilecek gelişmelerin olduğu görülmektedir. Türkiye’de 2000 yılı itibariyle hastane sayısı toplamda 1.226 iken % 12,5’lik bir artışla 2020 yılı itibariyle 1538’e ulaşmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2000, 2020). Sağlık personeli sayıları ise 2000 yılında 164538 iken % 69,4’lük bir artışla 2020 yılında 1142469 olmuştur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2000, 2020).

Sağlık hizmetleri alanı, günümüzde kendini sürekli yenileyen ve geliştiren bir alan olarak kabul edilmektedir (Çanakçı Yüksel, 2018). Her alanda olduğu gibi bu alanda da müşterilere sunulan seçenekler (kamu-özel sektör ayrımı, ilaç, tıbbi malzeme, tıbbi cihaz ile donanım şirketleri, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, modern tıp uygulamaları) oldukça fazladır. Alternatif sayısı da gün geçtikçe artmaktadır (Çanakçı Yüksel, 2018). Alternatifin arttığı rekabetçi bir ortamda hizmet kalitesine verilen önem de artmaktadır.

Kaliteli bir hizmet müşteri odaklı yaklaşımla mümkündür (Çanakçı Yüksel, 2018). Hizmetin kalitesi sunulan sağlık hizmetinin hastanın ve toplumun ihtiyaç ve beklentilerini karşılmasına bağlıdır. Hastanın memnuniyeti kaliteli bir hizmetin olmazsa olmazıdır. Hastanın memnun olması, hizmeti sunan sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarına bağlıdır. Hasta hastalığı hakkında gerekli cevaplara ulaşamadığında memnuniyetsizlik düzeyi de artış göstermekte, memnuniyet deneyimlere göre şekillenmekte ve olaylar olumsuz sonuçlandığında personele ve müesseseye karşı önyargılar oluşabilmektedir

(Yurtsever, 2015). Sağlık çalışanları verecekleri kaliteli hizmetle bu önyargıları kırabilirler (Başol, 2018). Diğer yandan sağlık kurumları artık sadece olanakları ölçüsünde hizmet veren ve verdikleri hizmetlerde niteliği önemsemeyen klasik müessese olmaktan çıkmışlar; hasta, yakınları ve çalışanın güvenliği ile ilgili tedbirlerini alan, hastanede oldukları sürede hasta ve yakınlarının gereksinimlerini karşılayan, hasta ve personel haklarına ve hasta memnuniyeti konusuna değer veren işletmeler haline gelmişlerdir (Kuruşçu, 2003; aktaran Yurtsever, 2015). Hem sektörde çalışan hem de sektörden hizmet alan bireylere önem veren odağında insan olan bir yaklaşımı benimsemişlerdir.

Sağlık hizmetleri içinde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ön safta yer alan, olay mahallinde acil müdahale ihtiyacı olan bireylere yönelik hizmetlerdir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, ilk başta sağlık kurumlarına gidemeyecek durumda olan hastaların hastaneye gitmelerine yardımcı olmak amacıyla verilen ambulans hizmeti olarak başlatılmıştır (Uslu, 2016). Ambulans hizmetlerinden söz edildiğinde hayat kurtarmak, risklere karşı tedbir almak, tedavi sürecini hızlandırmak, zamanı etkili kullanmak ve ilk ve acil yardım hizmetleri akla gelmektedir (Özyaral, 2005). Hizmetlerin kapsamına bakıldığında oldukça stresli ve çatışma içeren durumlar oldukları açıkça görülmektedir.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri bu hizmetleri yerine getirmekle sorumlu uzman kişiler tarafından yürütülmektedir. Nitelikli bir hizmet sunumu her şeyden önce bu hizmetten sorumlu kişilerin hizmetle ilgili ortam ve koşullara uyum sağlayabilmeleri ile mümkündür. Hastane öncesi acil sağlık çalışanları çalışma hayatlarında strese neden olabilecek ağır iş yükü, uzun nöbet süreleri, yüksek çalışma temposu, fiziksel ve psikolojik güvenliğinin olmayışı, işyerinde zorbalık ve sosyal destekten yoksunluk, ahlaki ikilemler gibi pek çok olumsuz durumla karşı karşıya kalmaktadırlar (Sovold vd, 2021). Ayrıca hastane öncesi acil sağlık çalışanları görevleri gereği afet ve acil durumlara müdahaleleri sırasında kaza, yaralanma ve ölüm gibi travmatik durumlara sıklıkla tanıklık etmekte, müdahale ettikleri vakalarda kendilerine karşı darp, taciz gibi şiddet içeren olaylara maruz kalabilmektedirler (Demren, 2020). Bu gibi zorlu görevler ve gördükleri baskı sağlık personelinin sağlık sorunları yaşamasına (Smith vd, 2019), işe olan ilgisini kaybetmesine (Shanthanna vd. 2020) ve bundan dolayı da tükenmişlik yaşamasına (Schooley vd., 2016), yaşadığı olumsuz sonuçlar nedeniyle de sağlık sektöründe nitelikli iş gücü kayıplarına neden olabilmektedir. Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları bu koşullar kendi sağlıklarını

yitirmelerinin yanında hizmet kalitelerini olumsuz olarak etkileyebilmekte ve hasta memnuniyeti açısından sorunlara yol açabilmektedir. Çalışanın iyi oluşu hangi sektörde olursa olsun iş yaşamının vazgeçilmez bir unsurudur ve çalışanın fiziksel ve psikolojik sağlığının dikkate alınması bir zorunluluktur.

Acil sağlık hizmetleri hasta ve yaralı bireylerin hayatlarını kurtarmayı ve durumlarının daha fazla kötüleşmemesini amaçlayan uygulamaları içermektedir. Hastane öncesi acil sağlık çalışanları görevleri gereği hasta bakımında pek çok farklı seçenek arasından seçim yapmayı gerektiren karmaşık bir ortamda çalışmaktadırlar. Çalıştıkları ortamın belirsizliği, karşılaşılabilecekleri durumların önceden tahmin edilememesi kaygı ve stres düzeylerini artırabilmektedir. Hastane öncesi acil sağlık çalışanları olay mahallindeki sorunları öncelik sırasına koymak, hasta ya da yaralıya hangi tedavinin uygulanacağını belirlemek, hasta ya da yaralıların olay yerinde tedavilerini gerçekleştirmek, hasta ya da yaralıyı acil servise ya da acil servis dışında bir sağlık hizmetine yönlendirmekle ilgili karar vermek durumundadırlar. Bu kararlar ayrıca diğer meslek elemanlarının verdiği kararlardan daha kritik öneme sahiptir. Çünkü bir kişinin hayatta kalması ve hastalık durumuyla başa çıkabilmesi hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının durumla ilgili hızlı ve doğru bir şekilde verecekleri kararlara bağlıdır. Günümüzde olay yerinde hasta ya da yaralının bakımı konusunda verilecek bu kararlar daha da karmaşık hale gelmiştir (Johnson vd., 2017). Acil sağlık çağrısı ile başlayan süreçte acil sağlık çalışanın maruz kaldığı bireysel travma ya da olumsuz olay yeri koşulları da dikkate alındığında hasta ya da yaralı hakkında en iyi kararı vererek güvenli bir ortam sağlayıp hayat kurtarma görevini yerine getirmesi gerekmektedir. Aksi takdirde hasta bakımı ve güvenliği tehlikeye girebilmektedir (LeBlanc, 2009). Bu nedenle hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının nasıl karar verdikleri üzerinde çalışılması bir gerekliliktir.

Literatür incelendiğinde stres ile insanların karar verme süreçleri arasında yakın bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Cohen, vd., 2012). Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının çalıştıkları ortamda bulunan pek çok stres faktörü verdikleri kararları olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Cohen vd., 2012). Kowalski-Trakofler ve diğerleri (2003) hastanın ölüm-kalımı ile ilgili durumlarda stresin mücadele edilmesi gereken bir durum olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu ifade stresin negatif bir şekilde çalışanı etkileyebileceğini vurgulamaktadır. Bu durum araştırmalarla da desteklenmiştir. Regehr ve Leblanc' nin (2017)

yaptıkları bir çalışma akut stresin sözel hafızada bozulma ve karmaşık bilişsel görevlerde yetersiz performansla ilişkili olduğunu göstermiştir. Stres dikkati etkilemekte, dikkatin kaymasına, dağılmasına, daralmasına neden olabilmekte ve kararın hızında etkili olabilmektedir (Mendl, 1999). Karar süreci kişinin yaşadığı stresten etkilenmektedir. Diğer yandan stresli durumlarda karar verme durumunda olan insanlar birtakım çözüm yolları geliştirmişlerdir. Janis ve Mann (1977b) tarafından ileri sürülen stil olarak ifade edilen çözüm yolları insanların davranışlarını anlamaya yardımcı olmaktadır. İş yükünün fazla, iş kontrolünün düşük olmasından kaynaklı stresli bir durumda bireylerin karar vermeyi erteledikleri, karar vermekten kaçındıkları ve paniğe kapıldıkları görülmüştür (Narangerel ve Boz Semerci, 2020). Stresli bir ortamda çalışan hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının karar veren konumunda olmaları ve verdikleri kararların yaratacağı sonuçlar dikkate alındığında benimsedikleri karar verme stillerinin belirlenmesi ve bu stilleri etkileyen faktörlerin araştırılması karar verme konusunda yaşanan sorunların çözümünde yardımcı olabilir. Literatür incelendiğinde ise hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verirken izledikleri yol ve karar süreçleri hakkında ciddi bir boşluk olduğu görülmektedir. Bu çalışmada hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının karar vermelerini gerektiren durumlarda başvurdukları çözüm yollarının belirlenmesine çalışılmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stillerini vurgulamak ve karar verme stilleri üzerinde etkili olan faktörleri incelemektir. Bu nedenle araştırmanın problem cümlesini “Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” sorusu oluşturmuştur.

Bu amaç doğrultusunda araştırmanın alt problemleri;

1. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri ne düzeydedir?
2. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

3. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 4. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 5. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri eğitim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 6. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri gelir durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 7. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri hizmet sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 8. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri unvanlarına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 9. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri nöbet hizmetinde sürücülük yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 10. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri acil tıbbi müdahale halinde zorluk çekme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 11. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri nöbet hizmetinde ekip sorumlusu olmalarına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
 12. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri işlerinde yeterli olma düşüncelerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- şeklinde sıralanmıştır.

1.2. Araştırmanın nemi

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları iş yaşamlarında birçok farklı sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Zamanın ve çevrenin baskısı (Gunnarsson ve Stomberg, 2009), ağır iş yükü, düşük ücret, personel yetersizliği, rol belirsizliği, rol atışması, hasta sayısının artması ve olumsuz iş koşulları (Işıkhan, 2004) bu sorunlardan bazılarıdır. Bu sorunlarla ilişkili olabilecek, başka sorunlara da yol açabilecek önemli sorunlardan biri ise karar vermedir.

Karar verme, günlük insan yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır. Zihinsel bir süreç olarak karar verme bilinçli veya bilinçsiz olarak meydana gelebilmektedir (Wang ve Ruhe, 2007). Bu süreç bazen basit, sıradan, düşünmeksizin gerçekleşebildiği gibi karmaşık, zor ve riskli de olabilmektedir (Güngör ve Özcan, 2022). Acil durumlar ise çok daha karmaşık ve belirsiz olmaları nedeniyle çeşitli türden kayıp ve hasarlara yol açabilmektedir (Zhang vd., 2018). Acil sağlık hizmetlerinde verilen kararlar hastaların kaybına ya da ömür boyu sakat kalmalarına, tedavi sürelerinin uzamasına, maddi ve manevi kayıp yaşamalarına (sevilen kişinin ölümü) neden olabilmektedir. Dolayısıyla karar verme hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde oldukça önemlidir ve özellikle çalışanın karar verme konusundaki becerisi hayat kurtarabilir. Bu nedenle bu çalışma hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stillerinin sundukları hizmet açısından önemine dikkat çekmeyi amaçlamaktadır.

Hastane öncesi acil sağlık çalışanları karmaşık ve belirsiz bir ortamda zaman baskısı altında karar vermektedir. Çalışanların nasıl karar verdiklerinin bilinmesi hızlı, doğru ve yerinde karar vermelerine sağlayacağı katkı açısından oldukça önemlidir. Sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları öngörülmez durumlar onların yapmaları gerekenler konusunda kararsızlık yaşamalarına neden olabilir. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarında karar verme stillerinin araştırılması mevcut durumun ortaya konulması çalışanların hizmet içi eğitimlerle karar verme stilleri konusunda bilinçlenmelerine ve sağlıklı karar verme stili geliştirmelerine, meslek elemanı yetiştiren eğitim kurumlarının eğitim programlarında karar verme konusuna yer vermelerine dayanak oluşturabilir. Kaldı ki karar verme stillerinin öğretilmediği veya edinilemediği (Thunholm, 2004) düşünüldüğünde bu araştırmanın bulguları acil sağlık eğitimini planlamada yararlı olabilir. Sağlık geliştirilmesi ve teşviki için 1986'da 131 ülkenin katılımıyla onaylanan Ottawa Sözleşmesi'nde, sağlık ile ilgili önceliklerin saptanmasında, kararların alınmasında, stratejilerin planlanmasında ve daha optimum sağlığa ulaşmak için bu stratejilerin uygulanmasında toplulukların daha somut ve daha etkili eylemlerinin önemine dikkat çekilmektedir (Aydın, 2019). Bu çalışmada da hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stillerinin ve karar verme stillerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi kurum yöneticilerinin çözüm konusunda harekete geçmelerine ve bu konuda çözümler üretmelerine yardımcı olabilir.

1.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma, Çanakkale Valiliği 112 Acil Çağrı Merkezi, Komuta Kontrol Merkezi ve 112 İl Ambulans Servisi bünyesinde Acil Sağlık Hizmetleri istasyonlarında görev yapan personelle sınırlıdır.

Araştırma, Ekim-2021 ile Aralık-2021 tarihleri arasında temin edilen verilerle kısıtlıdır.

Çalışmada kullanılan ölçme araçları “Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II”, “Bilgi Formu” ile kısıtlanmıştır.

Ulaşılabilir yazılı ve elektronik kaynaklar araştırmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır.

1.4.Araştırmanın Sayıtları

Araştırmanın katılımcıları hastane öncesi acil sağlık hizmetleri personelinin araştırma için hazırlanan bilgi formuna ve literatürde psikometrik özellikleri kanıtlanmış karar verme stillerini belirleyen ölçeğe ilişkin yanıtları gerçek durumlarını yansıtmaktadır.

1.5.Tanımlar

Bu başlık altında araştırma kapsamında yer alan tanımlara yer verilmiştir.

Acil Sağlık Hizmeti: Sağlık sektöründe çalışanların tıbbi araç ve gereç yardımıyla ani gelişen hastalık, kaza ve yaralanma durumlarında sunduğu hizmetlerdir (ASHY, 2000).

Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (AABT): Hastane ortamı dışında olan hasta ve yaralıların profesyonel düzeyde acil müdahalesini başlatan, taşıma sürecini yerine getiren, hasta ve yaralıyı acil sağlık birimlerine ulaştırdıktan sonra gerekli malumat ve raporları verinceye kadar devam ettiren, ambulans sürücülüğünde de bulunan sağlık personelidir (Özel vd., 2016).

Acil Tıp Teknisyeni (ATT): Sağlık meslek lisesinde dört yıllık acil tıp teknisyenliği eğitimi almış bireylerdir (ASHY, 2000).

İstasyon: Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ve ambulansın gelen acil sağlık yardımı çağrılarına göre yönlendirmesinin yapıldığı birimlerdir (ASHY, 2000).

Karar: “Aralarında bir seçme yapma zorunluluğu olan olanaklardan birini seçme edimi ve bu edimin sonucu” dur (Akarsu, 1975:104).

Karar Verme: Karşı karşıya kalınan durumla ilgili istenilen sonuçları elde etmede yardımcı olacak bilgilerin toplanması ve bilgilerden yola çıkarak sistemli, bilime dayalı ve makul bir akıl yürütme süreci ile uygun olanının seçilmesi ve uygulanmasıdır (Sağır, 2006).

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın ikinci bölümü kuramsal çerçeveyi oluşturmaktadır. Bu bölümde, hastane öncesi acil sağlık personeli, karar verme ve karar verme stilleri ile ilgili literatüre yer verilmiştir.

2.1. Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 2022) tanımında “sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”. Sağlık hizmetleri ise ruhsal, sosyal ve bedensel bakımdan sağlığını kaybetmiş, tam bir iyilik durumundan yoksun bireylerin bakım ve tedavisini karşılayan hizmetler bütünüdür. Bu hizmetlerin; pratik, bilimsel geçerliliği olan ve uygun yöntemler ile bir ülkenin veya toplumun karşılayabileceği bir fiyatla ulaşılabilir hale getirilmesi bir zorunluluktur (Tözün ve Sözmen, 2014).

Sağlık hizmeti, uzmanlık alanları farklı sağlık elemanları ile sağlık kurumlarında çevrenin gereksinim ve arzularına göre farklılaşan amaçları yerine getirmek ve koruyucu ve tedavi edici etkinlikler yoluyla toplumun sağlık bakımını gerçekleştirmek için ülke genelinde örgütlenmiş bir biçimde yürütülen sürekli bir hizmettir (Dirican, 1990; aktaran Yıldırım, 2014). Sağlık alanında bir hizmetin gerçekleştirilmesi, diğer sektörlerle karşılaştırıldığında hizmet anlayışı açısından oldukça farklı ve komplekstir (Çanakçı Yüksel, 2018). Çanakçı Yüksel'e (2018) göre bu durumun nedeni, sağlık alanında hizmet verilen müşterilerin acil tedaviye ihtiyaçlarının olması ve normalden daha hassas olmalarıdır. Bu durum hasta bir bireyin memnuniyetinin sağlanması için sağlık hizmetinin noksansız bir biçimde verilmesini gerektirmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un (1961:3597) tanımına göre “Sağlık hizmetleri: insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler”dir. Bu faaliyetler bireylerin ve toplumun sağlığını koruma altına alma ve hasta

olmalarını önlemeyi amaçlamaktadır (Yurtsever, 2015). Koruyucu, önleyici, tedavi edici ve uyum sağlayıcı hizmetleri kapsamaktadır.

Herhangi bir rahatsızlık halinde, sağlık hizmetlerinin sunumunda iki durum ortaya çıkmaktadır (Çanakçı Yüksel, 2018);

- ✓ Hastalığın gelişmesi durumunda kişiyi sağlığına kavuşturmak ve toplumun sağlığını etkilemekte olan hastalıklarla mücadelede çözüm yolları belirlemek.
- ✓ Tamamen iyileşme gösteremeyip ömür boyu bir hastalık ya da engelle yaşamaya çalışan bireylere ihtiyaç duydukları desteği vermek ve kimseye ihtiyaç duymayacakları bir şekilde yaşamaları için olanak sağlamak.

Tüm gelişmiş ülkelerde sağlıklı bir toplumun sağlıklı bireylerle başladığının bilincinde olan bir anlayış vardır. Ayrıca, insanın değerli olduğu ülkelerde en büyük yatırım insana yapılmakta ve bu yatırım insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesini hedefleyen sağlık alanına yapılmaktadır. Bu nedenle, ulusal gelirden sağlık hizmetlerine önemli bir pay ayrılmaktadır (Sarvan, 1994; aktaran Güney Kömürlü, 2010).

2.1.1. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetlerinin, Resmi Gazete'nin "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ"inde (2022) yer aldığı şekliyle; "Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda hastaların sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla yapılması gereken müdahale veya tedaviye yönelik acil serviste yapılan tıbbi hizmetleri" kapsadığı ifade edilmiştir.

Türkiye'de acil sağlık hizmetlerine ilişkin ilk resmi dayanak 1930 yılında oluşturulmuştur. Umumi Hıfzısıhha Kanunu kapsamında belediyelere "İlk Tıbbi İmdat ve Muavenet Teşkilatı" kurma zorunluluğu getirilmiştir. Fakat belediyelerin yeterli kaynağı olmadığı için hizmetlerin gelişimi istenen düzeye getirilememiştir (Çelikli, 2016). 1985 yılında Ankara'da daha sonra İstanbul ve İzmir'de Acil Sağlık Sistemi 077 numarası ile "077 Hızır Acil Servis" adı altında hizmetler vermeye başlamış fakat hizmetler dünya

standartlarının altında kalmıştır (Çelikli, 2016; Erbay, 2020). İl merkezlerinde 112 Komuta Kontrol Merkezleri kurulmuş ve hastane bünyesinde oluşturulan istasyonlarda ambulans ekipleri görevlendirilmiştir (Acil Afet Ambulans Hekimleri Derneği, t.y.). 1994 yılına gelindiğinde acil sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen “112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri” projesi kapsamında sürdürülmüştür (Tekingündüz, 2008). Acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin usul ve esaslar ise 17.05.2000 tarihinde ilan edilen “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (ASHY)” ile belirlenmiştir. Bakanlık tarafından 2003 yılı itibariyle acil yardım ve kurtarma hizmetleri “Acil Sağlık Hizmetleri” olarak isimlendirilmiştir (Tekingündüz, 2008). Başlangıçta acil sağlık hizmetleri tıbbi ekipman yetersizliği ve personelin eğitimsiz olması nedeniyle hastanın evden hastaneye taşınması şeklinde hizmet vermiştir (Acil Afet Ambulans Hekimleri Derneği, t.y.). Hizmetlerin sunumunda başlangıçta 077 Hızır Servislerinde hekim, sağlık memuru, hemşire, ebe ve sürücüler görevlendirilmiş, 2004 yılından itibaren ise 112 istasyonlarında ve hastanelerin acil servislerinde paramedik ve acil tıp teknisyenleri istihdam edilmeye başlanmıştır (Acil Afet Ambulans Hekimleri Derneği, t.y.).

Acil sağlık hizmeti bir hasta için acil durumla karşılaştığında başvuracağı, zamanında ve ihtiyaç duyduğu müdahaleler ile sağlığını geri kazanacağı hizmetlerdir. Acil sağlık hizmetlerinin amacı bu doğrultuda acil tedaviye ihtiyaç duyan hastaların başvurularını alarak onları tedavi edebilecek donanıma sahip olan uzmanlar tarafından en kısa süre içerisinde durumlarını değerlendirmek, rahatsızlıklarını gidermek ya da onları kesin bakıma ulaştırmaktır. Ayrıca acil sağlık hizmeti hastaların kısa sürede tıbbi destek almaları gereken zamanla yarışılan bir hizmet özelliğine sahiptir. Bu nedenle de acil sağlık hizmeti veren profesyonellerin hızlı ve doğru karar vermeleri gerekmektedir.

Acil sağlık hizmetleri hastane öncesinde 112 acil sağlık servisi ve hastane 112 acil sağlık servisi şeklinde yürütülmektedir. Hasta veya yaralıların kendileri veya tanıdıkları kişiler 112 acil çağrı numarasını arayarak 7/24 ücretsiz acil sağlık hizmetlerine ulaşabilmektedirler. Bununla birlikte hastane bünyesinde bulunan 112 acil sağlık servisi birimlerine giderek de hizmet alınabilmektedir.

112 kodlu telefon numarası ile ücretsiz ulaşılabilen acil sağlık hizmetlerine çağrı gelmesi durumunda ilk olarak hasta kişinin durumu, bulunduğu yer ve hasta/yaralı sayısına

ilişkin bilgiler merkez tarafından değerlendirmeye alınmaktadır. Bilgilere ulaşıldıktan sonra ambulans hizmetinin gerekip gerekmediğine tabip karar vermektedir. Sonrasında hasta ya da yaralının yönlendirmesi yapılmakta, hastanın ihtiyaç duyduğu hizmet verilmekte, hasta acil servise nakledilmekte, hastanın acil servis işlemleri yapılmakta ve gerekli kayıtlar tutulmaktadır (Berkiten, 2020).

2.1.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri hasta veya yaralı kişilerin tedavilerinin yapılacağı bir sağlık kuruluşuna taşınması sırasında vefatların azaltılması ve sakatlıkların önüne geçilmesinde büyük öneme sahip hizmetlerin tamamıdır (Devlet Planlama Teşkilatı, 2001). Bu hizmetler hastane dışında hastalara acil tıbbi bakımı içermektedir.

Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri illerde açılan istasyonlar tarafından yürütülmektedir. Verilen hizmetlere göre A, B ve C tipi şeklinde üç tip istasyon bulunmaktadır. A tipi istasyonlar yalnızca ambulans hizmetinde bulunan, 24 saat sürekli çalışan, ihtiyaç halinde birden fazla ekip ve ambulansla hizmet veren, ambulans servisi başhekimliği içerisinde olan ve çalışanlarının kadrolu olduğu birimlerdir. Bu birimler kendi içinde hekim bulunduranlar (A1) ve hekim bulundurmayanlar (A2) olarak ikiye ayrılmaktadır. B tipi istasyonlar ise resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile iletişim halinde olan, sürekli ambulans ve acil servis hizmeti veren; kadroları ve özlük hakları yönünden görev aldıkları kuruma bağlı olan ve ambulans hizmeti olarak da merkezin yetkisi altında bulunan birimlerdir. Son olarak C tipi istasyonlar ise başhekimlik bünyesinde bulunan gün içinde belirli saatlerde ambulans hizmeti veren birimlerdir (ASHY, 2000).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri birey ve toplumun acil yardım ihtiyacını karşılamak amacıyla yıllar itibariyle daha geniş kitlelere ulaştırılmaya çalışılmıştır. 112 acil sağlık hizmetlerinde istasyon başına düşen nüfus 2002’de 138.050 iken yıllar itibariyle azalarak 2020 yılında 27.415 olmuştur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020). İstasyon başına düşen nüfustaki azalma istasyon ve ambulans sayılarındaki artışla açıklanmıştır (Aslan ve Güzel, 2018). Bu durum acil sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç ve verilen önemle yaygınlaştırma çabaları olarak görülebilir.

Sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ile birlikte hizmet kalitesi ve hasta güvenliği konuları daha fazla gündeme gelmeye başlamıştır. Hizmet kalitesi ve hasta güvenliğinin göstergelerle desteklendiği daha kapsamlı analizlere ihtiyaç duyulmaktadır. Mülakatlar veya odak grup çalışmaları gibi ek değerlendirmelerle hastane öncesi acil servislerinin geliştirilmesine katkı sağlanabilir (Pittet vd., 2014).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının hasta ve yaralılara verdikleri bakım hizmetinin başarısında eğitim de oldukça önemlidir. Çeşitli konularda verilecek eğitimler acil sağlık çalışanlarına süreklilik içinde hem mesleki hayatlarında hem de mesleğe başlamadan önce okullarda verilebilir (Demren, 2020).

2.1.3. Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personel Bilgisi

Acil sağlık hizmetleri İl Sağlık Müdürlüğü başkanlığında il ambulans servisi başhekimliği, komuta kontrol merkezi ve acil sağlık istasyonlarının koordineli bir şekilde çalışması ile gerçekleştirilmektedir. İl ambulans servisi başhekimliği il bazında ambulans hizmetlerinin organize edilmesi, yönlendirilmesi ve değerlendirilmesi ile ilgili hizmetleri sağlamaktadır. Komuta kontrol merkezleri ise il ambulans servisi başhekimliği bünyesinde hizmet veren, acil bir hastalık ya da yaralanma hallerinde, bireylerin acil sağlık yardımı çağrılarını cevaplayan, değerlendiren ve uygun gelen ekibi olay yerine yönlendiren birimlerdir. Komuta merkezlerinin acil çağrıları ilettikleri birimler ise acil sağlık istasyonlarıdır (ASHY, 2000).

Acil sağlık hizmetlerinin sunumu 2 aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada; hastane öncesinde 112 Acil Sağlık Hizmetleri (ASHİ) ekipleri tarafından verilen hizmetler, ikinci aşamada ise bir sağlık kuruluşunun acil servisinde çalışan personel tarafından verilen hizmetler şeklindedir. 112 ASHİ ekiplerinin görevi, hasta ve yaralıların olay yerinde gerekli tedavisini yaptıktan sonra, hasta ve yaralıları en yakında bulunan ve uygun olan sağlık kurumuna ulaştırmaktır. Daha sonra gerekli görülen acil tedavi ilgili sağlık kuruluşunda bulunan acil servis ekipleri tarafından uygulanmaktadır (Berkiten, 2020).

112 ASHİ ekiplerinde acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim almış sağlık çalışanları (ATT, doktor, paramedik) ve sürücü görevlendirilmektedir. Her ekipte genellikle biri sürücü

diğerleri sağlık çalışanı olmak üzere üç kişi bulunmaktadı. Sürücü belgesine sahip olanlar sürücü olabildiği gibi ATT ve paramedikler de sürücülük yapabilmektedir. Ancak ATT ve paramediklerin sürücü olabilmeleri sürücü belgesi almalarına ve ambulans sürüş teknikleri konusunda hizmet içi eğitimi tamamlamalarına bağlıdır (Berkiten, 2020).

112 acil sağlık çalışanlarının görevleri, yetkileri ve üstlenecekleri sorumlulukları 2000 yılında yayınlanan “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”nce düzenlenmiştir. Paramediklerin yer aldığı ekip hastayı değerlendirmekte ve hastaneye taşınmasını sağlamakta, hastaya ilaç uygulanması gereken durumlarda danışman hekimin onayı ile yönetmelikle belirlenmiş ilaçları verebilmektedir. Hastaya olay yerinde müdahale bulunma yetkisi ise yalnızca doktora verilmiştir. Doktor hastanın hastaneye naklini gerekli görmediği durumlarda olay yerinde müdahale yetkisini kullanabilmektedir (ASHY, 2000).

Acil sağlık hizmetlerinde hasta ve yaralının çok sayıda olduğu durumlarda hangi hasta/yaralının öncelikle müdahale veya taşınma gereksinimi olduğunun tespit edilmesi gerekmektedir. Böyle bir durumda olay yerinde hiç zaman kaybetmeden hastaların öncelik sırasına konması esastır (ASHY, 2000). İlk müdahale durumu en acil olan hasta ve yaralıya yapılırken en son müdahale durumu en hafif olan hastaya yapılmaktadır. Zamanın iyi yönetimi hasta ve yaralıların daha kısa sürede sağlıklarına kavuşturulmalarını sağlayacaktır (Yılmaz, 2014). Bu nedenle hızlı ve etkin karar vermenin sahadaki önemi ortaya çıkmaktadır.

2.2. Karar Verme

Bu başlık altında, yürütölen araştırma bağlamında karar ve karar verme tanımları ile birlikte kararın unsurları, türleri, karar alma süreci ve özellikleri, kararı etkileyen faktörler, karar verme stillerine ilişkin yaklaşımlar, karar verme stilleri ve karar vermede özsayı ele alınmaktadır.

2.2.1. Karar

Latince “decidere” teriminden gelen karar kelimesi kesmek, direnmek, kesintiye uğratmak ve muhalefeti sona erdirmek gibi anlamlarda kullanılmaktadır (Tosun, 1982).

Karar, kişinin hangi eylemde bulunacağını belirlemesi ve seçenekler arasında yapılacak tercihlere bağlı olarak (Adair, 2017) elindeki olanak ve koşullar çerçevesinde imkan dahilinde muhtemel eylem biçimleri içinden en uygun geleni seçmesidir (Avşaroğlu ve Üre, 2007). Bu seçim bilişsel süreçler aracılığıyla gerçekleşmekte ve eyleme dönüşmektedir. Karar en basit anlamda sonuç elde etmek ya da birtakım sorunlara çözüm bulmak anlamına gelmektedir (Gibson ve Donnelly Jr, 1994; aktaran Eskicioğlu vd., 2012).

Karar verme Heppner'e (1978) göre problem çözmenin bir aşamasıdır, problem tanımlandıktan ve formüle edildikten sonra türetilen alternatifler arasında yapılan seçimdir. Bu seçim yargılara dayalı olarak karar vericinin değerleri ile çelişmeyen seçenekler arasından seçim yapması şeklinde gerçekleşmektedir (Heath vd., 1987). Karar verme bir süreçtir. Driver ve Mock'a (1975) göre bilginin işlendiği bir süreçtir. Bu süreçte Driver ve Mock'a (1975) göre karar vericiler çözüm sayısı ve kullanılan bilginin miktarına bağlı olarak karar vermelerinde farklılıklar göstermektedirler. Çözüm sayısının tek ya da çok olması, kullanılan bilginin miktar olarak azlığı ya da çokluğu karar vericinin karar verme stilini belirlemektedir. Asgari düzeyde bilgi ve tek çözüm katı stili belirlerken, asgari düzeyde bilgi ve çoklu çözüm esnek stili belirlemektedir. Maksimum bilgi ve tek çözüm ise hiyerarşik stili belirlerken maksimum bilgi ve çoklu çözüm bütünleştirici stili belirlemektedir.

2.2.2. Karar Eyleminin Unsurları

Kararlar, içerik ve önem düzeyi bakımından birbirlerinden farklı olsalar da karar vericinin seçeneklerini belirlemesi ve seçeneklerden hangisinin amacına ulaşmasında en uygun olacağına karar vermesi süreci konusunda uzlaşma sağlanmaktadır (Güngör ve Özcan, 2022). Karar alma sürecinin uzlaşılan unsurları (Halaç, 1995) karar almanın hayati önem taşıdığı acil servisler için şu şekilde ifade edebilir:

1. Karar Veren: Hastayı uygun bir şekilde değerlendirmek ve tedavisini kolaylaştırmak için seçim yapan kişi veya ekibi göstermektedir.
2. Amaç veya Ulaşılabilecek Sonuç: Sağlık çalışanının eylemleri ile elde edeceği amaç ve sonuçlardır.

3. Karar Kriteri: Seçim yapmada sağlık çalışanının benimsediği değer sistemidir; hedeflere ulaşma ölçütü şeklinde de ifade edilen karar kriteri, alternatifler arasında bir seçim yapılacağı zaman tek bir ölçütün olduğu karar problemlerinde seçilen alternatif, en olumlu değer olduğu alternatiftir. Karar vermeyi gerektiren çoğu durumda ölçüt sayısı çok sayıdadır (Çanakçı Yüksel, 2018).
4. Seçenekler (Stratejiler): Sağlık çalışanının seçim yapabileceği farklı alternatif faaliyetlerdir. Seçenekler, sağlık çalışanının kontrolünde olan kaynaklara bağlıdır ve kontrol edilebilirler.
5. Olaylar: Sağlık çalışanının seçenek tercihini etkileyebilen kontrolü dışında olan faktörlerdir.
6. Sonuç: Sağlık çalışanının kontrolü dışında olan faktörlere bağlı seçenek tercihinin ortaya çıkardığı değerdir. Karar problemlerinde seçenek ve olay sayısının sınırlı olma zorunluğu vardır (Lezki vd., 2016).

2.2.3. Karar Türleri

Karar günlük yaşamın önemli bir parçasıdır ve günlük yaşamda kişiler çeşitli türden kararlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Alınan kararlar bu çeşitliliğe bağlı olarak farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Temel olarak 2 tür karar vardır; programlanabilir kararlar ve programlanamayan kararlar. Programlanabilir kararlar standart işlem prosedürleri olarak tanımlanabilmekte ve rutin konuları içermektedir (Toygur, 2011). Her seferinde önceden belirlenmiş aynı yol veya yöntemleri kullanarak çözüme ulaşılabilmektedir (Lezki vd., 2016). Programlanabilir karar daha önce alınmış kararların tekrar alınması şeklindedir. Programlanmamış kararlar ise hiç rastlanılmamış ve eşi benzeri olmayan, karmaşıklık ve zorluk oranı yüksek, belirsizlik ortamında alınan, sürecin başında nasıl bir yol veya yöntem izleneceği belirsiz, standart bir prosedürü de bulunmayan kararlardır (Lezki vd., 2016). Programlanmamış kararların yeni ve tekrarlanmamış olmalarından dolayı mevcut çözümleri de bulunmamaktadır (Salles, 2015). Gorry ve Scott-Morton (1971) bilgisayarla ilgili olmadıkları ve sorun çözme eyleminin yapısına daha uygun oldukları için programlanabilir ve programlanamayan kararların yerine yapılandırılmış ve

yapılandırılmamış terimlerini ileri sürmüşlerdir. Ayrıca sınıflandırmaya yarı yapılandırılmış kararı dahil etmişlerdir. Yarı yapılandırılmış kararlar ise yapılandırılmış ve yapılandırılmamış kararların birleşiminden oluşmaktadır. Karar probleminin belli bir bölümü için önceden saptanmış belirli bir yöntemi bulunmakla birlikte, problemin bütünüyle çözümünde yeterli değildir (Lezki vd., 2016).

Kararlar oluştukları düzey açısından da sınıflandırılabilir. Sağlık hizmetleri sunmak üzere oluşturulmuş birimlerde karar vermenin stratejik, taktiksel ve operasyonel olmak üzere 3 düzeyi bulunmaktadır. Stratejik kararlar yönetimin üst birimlerince verilmektedir (Özmen, 2003). Kararın çok karmaşık bir yapıda olması ve belirsizlik ortamında verilmesi, karar sonucunun etkilerinin uzun sürede gerçekleşmesi ve işletmenin sürekliliği açısından önemli etkileri olması gibi özelliklere sahiptir (Lezki vd., 2016). Taktiksel karar ise orta düzeyde yöneticinin verdiği karardır (Özmen, 2003). Risk ortamında kurumun orta vadede hedeflediği faaliyetlerle ilişkilidirler. Stratejik kararların uygulamaya konmasına yönelik kararlardır (Kantarıcı, 1992). Bu tür kararlara yıllık bütçe planlamaları, tedarikçi anlaşmalarının yenilenmesi ve yeni reklam kampanyalarının nasıl olacağı örnek olarak verilebilmektedir (Lezki vd., 2016). Operasyonel kararlar ise yönetimin alt kademesi tarafından verilen kararlardır (Özmen, 2003). Kurumun kısa vadeli hedeflerine ulaşması için yapılan planlamayı içermektedir (Lezki vd., 2016). Organizasyonel faaliyetlerde örgütün varlık ve kaynaklarından etkili ve verimli biçimde yararlanılmasını sağlayan kararlardır. (Usta, 2017). Günlük, haftalık ve aylık faaliyetler için verilen kararlardır ve belirlilik ortamında oluşmaktadırlar. Örnek olarak günlük işlerin hazırlanması, haftalık üretim planlarının yapılması ve aylık stok miktarının saptanması verilebilmektedir (Lezki vd., 2016).

Karar verme; kararın verildiği ortama, yönetim kademesine, kararın yapısına, bağlantılı olma durumuna ve ölçütlere göre de sınıflandırılabilir (Güngör ve Özcan, 2022).

Kararlar verildikleri ortama göre; belirlilik ortamı, belirsizlik ortamı ve risk ortamı olmak üzere 3 sınıfa ayrılabilir (Çiğdem ve Gül, 2021). Belirlilik ortamında verilen karar, alternatif veya çevresel etmenlerin doğuracağı sonuçların önceden bilindiği durumda verilen kararları içermektedir (Güngör ve Özcan, 2022). Bu durumlarda karar vermek daha

kolaydır ve ölçütlerin her biri, alternatifler ve değişken değerler arasındaki ilişkiler hakkında kesin bilgi bulunmaktadır (Güngör ve Özcan, 2022). Bilinen durum çelişkileri ortadan kaldırmaktadır. Kararın belirsizlik ortamında verilmesi durumunda ise alternatif ve çevresel faktörler bilinmekte fakat ölçüt veya alternatiflerden hangisinin sonucu nasıl etkileyeceği bilinmemektedir (Güngör ve Özcan, 2022). Kişinin gelecekte ne olacağına ilişkin bir fikri bulunmamaktadır (Ceylan, 2003). Geleceğin belirsizliğine ilişkin kişinin olasılık değerlendirmesi sübjektiftir bu yönüyle riskten ayrılmaktadır (Ceylan, 2003). Kararın risk ortamında verilmesi durumunda karar vermede bulunan ölçütlerin alabileceği değerin veya gerçekte olma olasılığının bilindiği ve strateji ile verilen kararın doğuracağı risklerin ölçülebildiği durum kastedilmektedir (Güngör ve Özcan, 2022).

Kararlar bağıntılı olma durumu açısından; tek aşamalı ve çok aşamalı karar olarak isimlendirilmektedir. Bu tür kararlar, kararın başka kararları etkileme ya da başka kararlarla ilişkili olma durumuna göre sınıflandırılmaktadır (Lezki vd., 2016). Kararın tek aşamalı olması durumunda, tek bir karar verilmekte ve çıkan sonuçla belirli bir katkı sağlanmaktadır (Lezki vd., 2016). Birbiriyle bağlantısı olan kararların verilmesini zorunlu kılan, alınmasını gerektiren karar problemlerine ise çok aşamalı karar denilmektedir (Lezki vd., 2016). Pratik ve bilimsel değerinin yanında çok aşamalı karardan çok çeşitli problemlerin çözümünde yararlanılabilmektedir (Tamořaitienė ve Zavadskas, 2013).

Kararlar dikkate alınacak kritere göre; tek kriterli ve çok kriterli kararlar şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Kriter nitelikler ve/veya amaçlar anlamına gelmektedir (Hwang ve Masud, 1979). Tek kriterli kararda arzu edilen bir amaç vardır ve bu amaca ulaşmada yararlanılacak yalnızca bir değerlendirme kriteri bulunmaktadır (Lezki vd., 2016). Tek kriterli kararda problemin çözümü en yüksek tercih derecesine sahip alternatiftir ve sezgilere dayalı olarak kolayca çözümlenebilir (şahin, 2022). Çok kriterli karar ise birden fazla kriterin dikkate alındığı kararlardır. Karar probleminde birden çok nitelik ya da birden çok amaç ya da her ikisi bir arada bulunabilir (Hwang ve Masud, 1979). Günümüzde ister bireysel alınsın ister şirketmeler tarafından alınsın tek bir kriterin dikkate alındığı karar sorunları sayıca oldukça azdır (Lezki vd., 2016). Dolayısıyla kararlar genellikle çok kritere dayalı alınmaktadır.

2.2.4. Karar Alma Süreci

Karar alma süreci birtakım işlemlerin yerine getirilmesi ile mümkündür. Doğru ve yerinde kararların alınması öncelikle kişinin seçeneklerini doğru olarak algılayabilmesi ve kendi ihtiyaçlarını dikkate alarak seçeneklerle ilişkilendirmesini gerektirmektedir (Bakırcıoğlu, 2000). Sağlık ile ilgili kararlar olasılıklı olduğundan, çoğunlukla karar belirsizlik koşulları altında alınmaktadır (Kaplan ve Frosch, 2005).

Aralıksız hizmet sunan acil servislere yardım talebiyle çok sayıda hasta gelmektedir. Gelen hastaların başvuru nedenleri incelendiğinde acil olmayan hastaların da bulunduğu gözlemlenmektedir. Acil durumda olmayan hastalar aşırı hasta yoğunluğuna sahip acil sağlık kuruluşlarının işleyişini olumsuz yönde etkilemektedir (Ersel, vd., 2006).

Acil servisin acil olmayan ihtiyaçlar için kullanımı, sağlık sisteminde eksikliklere ve yetersizliklere katkıda bulunan bir unsurdur (Shaw vd., 2013). Karar alma sürecini uzatabilmekte ve acil hastaların tedavisinin gecikmesine sebep olabilmektedir (Shaw vd., 2013). Normal hayatta olduğu gibi sağlık sektöründe de tecrübe ve alışkanlıklar karar alma sürecini etkilemektedir. Habitus teorisi, bireyselleşme teorisi ve rasyonel karar teorisi alışkanlıkları göstermektedir (Lindbladh ve Lyttkens, 2002). Habitus alışkanlıklarda olduğu gibi tekrarlar yoluyla kazanılan zihnin yanında beden de tanıdığı bir şey, farklı durumlarla baş etmeyi sağlayan sezgiye dayalı bir strateji üretme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Calhoun, 2007). Lindbladh ve Hampus Lyttkens'in (2002) yaptıkları çalışmada alışkanlıkların üç yönü olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Bu üç yön alışkanlıklar ve tercihler arasındaki ilişki, bir fayda kaynağı olarak alışkanlıklar ve alışkanlıklar ile normlar arasındaki ilişki şeklindedir. Çalışmada daha düşük sosyal konumlardaki insanların alışkanlıklarına güvenmeye daha meyilli oldukları ve bu duruma bağlı davranışlarını değiştirme olasılıklarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Lindbladh ve Lyttkens, 2002).

2.2.5. Karar Verme

Karar verme kavramının geçmişine bakıldığında karar verme kavramı ve ilgili çalışmaların 1950'li yılların ortalarında literatürde yer almaya başladığı görülmektedir (Hogarth, 2010). Karar vermenin ekonomi, yönetim, biyoloji, psikoloji, sosyoloji ve siyaset

bilimi gibi alanların konusu olduğu ve çalışıldığı gözlenmektedir. 1950'lere kadar kararın nasıl verileceği üzerinde durulduğu ve karar vermenin kurallar çerçevesinde bir kavram olarak ele alındığı, psikoloji biliminde yeni bakış açısıyla da betimleyici modeller geliştirilmeye başlandığı ifade edilmektedir (Kaçar, 2008, aktaran Akpınar vd., 2015).

Karar verme, belirli kriterlere dayalı olarak bir dizi alternatif arasından tercih edilen bir seçeneğin veya bir eylem dizisinin seçildiği insan davranışlarının temel bilişsel süreçlerinden biridir (Wang ve Ruhe, 2007; 73). Demir ve diğerleri (1985) karar vermenin farklı açılardan incelendiğini ve tanımlandığını; hemfikir olunan bir tanımının olmadığını belirtmişlerdir. Karar verme tanımlarını incelemişler ve tanımların ortak özelliklerini;

- ✓ Etkili eylemlerin seçimidir,
- ✓ Eyleme etki eden her türden yargıdır,
- ✓ Yapılan değerlendirmelere dayalı bir hükme varma sürecidir,
- ✓ Amaca ulaşmak için farklı davranışlar gerektiren seçenekler içinden daha etkili olan seçeneği seçme işlemidir,
- ✓ Probleme çözüm sağlama sürecidir,
- ✓ Olay ya da problem hakkında ulaşılan bilgileri değerlendirerek bir hüküm vermedir.
- ✓ Bir süreçtir.

şeklinde sıralamışlardır (Demir vd., 1985).

Karar vermenin insan yaşamında önemli bir yeri vardır. İnsanlar karar vermeyi gerektiren durumlarla herhangi bir zamanda karşı karşıya kalabilirler ve verdikleri kararların istenmeyen sonuçları olabilir. Bazen kişinin vereceği kararın yaşamı üzerinde pek fazla etkisi olmayabilir hatta verdiği karardan vazgeçebilir. Bazen de verdiği kararlar nedeniyle yaşamında olumlu ya da olumsuz köklü değişiklikler yaşayabilir. İnsanlar yaşamları boyunca evlilik kararı, mesleki karar, çocuk sahibi olma kararı gibi kararlar vermek durumunda kalabilirler. Yaşamı önemli ölçüde etkileyebilecek kararlarda kişilerin durum hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları, daha fazla üzerinde düşünmeleri gerekmektedir. Alınacak karar risk taşıyorsa ve kişi için vazgeçilmez ise kararının sonuçlarının ne olacağını ve en uygun seçeneğin ne olacağını belirlemek daha da önem kazanmaktadır (Bacanlı, 2008).

Karar verme davranışının oluşabilmesi için üç koşulun var olması gerekmektedir (Kuzgun, 2000):

- 1- Karar verme davranışının meydana gelebilmesi için kişinin karar verme ihtiyacı doğuran bir seçme sorununun olması ve bu sorunu hissetmesi gerekmektedir. Karşılaşılan sorunun tanımlanması diğer bir ifadeyle, ulaşılmak istenen hedefin belirlenmesi ilk adımdır (Güngör ve Özcan, 2022).
- 2- Güçlüğü ortadan kaldıracak birden fazla seçenek olmalıdır. Karar verilmesi gereken durum tek bir seçenektir ibaretse, karar verme ile ilgili herhangi bir problem ortaya çıkmayacaktır. Çünkü bu tür problemlerde, çözüm tektir ve mutlaka o seçenek uygulanmaktadır (Güngör ve Özcan, 2022).
- 3- Kişinin birden fazla seçenektir birine yönelme özgürlüğü olmalıdır. Karar denildiğinde kişinin en az bir davranış özgürlüğüne sahip olmasından söz edilmektedir (Tosun, 1982). İnsanlar, arada sırada bilinçsiz, istem dışı kararlar vermektedirler (Güngör ve Özcan, 2022).

Karar verme, daima kesinlik içermeyen durumlarda ortaya çıkmaktadır. Karar verirken bireyler ilk başta ellerindeki ipuçlarından yararlanarak bir karara ulaşmaktadırlar. Bazı insanlar karar vermede kontrolün kendi ellerinde olduğuna inanırlarken, bazı insanlar kontrolü dışsal etmenlere dayandırmaktadırlar (Özcan Candangil ve Ceyhan, 2006). Rotter'in (1966) genellenmiş beklenti kavramlaştırmasında ifade edildiği gibi kişi aldığı ödül veya pekiştirmenin kendi davranışlarından kaynaklandığına inanıyorsa içsel kontrol odağı, kendi davranışlarından bağımsız kendi dışındaki güçler tarafından kontrol edildiğine inanıyorsa dışsal kontrol odağı geliştirmektedirler. Dışsal kontrol odağında kişi aldığı ödülü şansa, talihe, kadere ve güçlü kişilere bağlamaktadır (Rotter, 1966). Bu durumda denetim odağı ya da kontrol kaynağının karar verme davranışında önemli bir etmen olduğu söylenebilir (Özcan Candangil ve Ceyhan, 2006). İçsel kontrol odağına sahip olanların kararlarını kendileri verirken dışsal kontrol odağına sahip kişilerin başkalarının isteklerini dikkate alarak karar verdikleri ileri sürülmektedir (Srivastava, 2009).

2.2.6. Karar Verme Sürecinin Aşamaları

Adair'e (2017) göre bireylerin gereksinim duydukları uygulamalı düşünme biçimleri karar verme, problem çözme ve yaratıcı düşünme olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Adair (2017) bu kavramlar arasında ortak yönler olmasına rağmen kavramların birbirinden farklı yönleri olduğunu ifade etmiş ve bunlara açıklık getirmiştir: Karar verme, eylemin belirlenmesi ve seçenekler içerisinde tercihte bulunulmasıdır. Problem çözmenin amacı ise bir çözüme, cevaba ya da sonuca ulaşılmasıdır. Yaratıcı düşünmenin amacı ise yeni fikirlere ulaşmaya çalışmaktır. Problem çözme Marquis ve Huston'a (1992; aktaran Toygar, 2011) göre ise karar vermenin ayrılmaz bir parçası olmakla birlikte sorunları analiz etmeye odaklanan sistematik bir süreci ve karar verme aşamasını da içermektedir.

Karar verme belli aşamalardan oluşan bir seçim sürecidir. Klasik yaklaşım karar verme sürecini 5 adımlı bir süreç olarak tanımlar ve atılacak adımları şu şekilde sıralar (Adair, 2017: 28-29);

1. Amacı belirleme
2. Gerekli bilgileri toplama
3. Uygun seçenekleri oluşturma
4. Karar verme
5. Uygulama ve değerlendirme

Bu yaklaşım aynı zamanda karar verme sürecinde var olan eksikliklerin ya da yanlışlıkların farkına varılmasına ve düzeltilmesine yardımcı olmaktadır (Adair, 2017).

Karar verme sürecinin bir plan dahilinde yürütülmesi, başarıyla uygulanması ve etkili kararların alınabilmesi için ilk adımlar problemin farkına varılması, sorunun tanımlanması ve amacın belirlenmesidir. Çözümlemesine ihtiyaç duyulan bir sorun ya da durumla ilgili hedefin olması ve hedefe ulaşmada alternatiflerin varlığı ve alternatifler arasından seçimi gerekli kılmaktadır (Güngör ve Özcan, 2022). Alternatifler arasından seçim yapıldıktan sonra ise uygun yöntemin uygulanması sürecine geçilmektedir. Sonraki aşamada uygulanan yöntem ile elde edilen sonuçların tartışılması ve analizi yapıldıktan sonra nihai

sonucun tartışılması ile karara ulaşılması gelmektedir (Recchia vd., 2011; aktaran Güngör ve Özcan, 2022). Verilen karar, amaca en uygun seçenektir.

Problemin Algılanması

Karar verme davranışı bu davranışı ortaya çıkaran bir problemin olmasını ve birey tarafından bu problemin hissedilmesini gerektirmektedir (Kuzgun, 1992). Bununla birlikte problemi çözecek çok sayıda seçenek olması ve seçeneklerden birini seçme konusunda bireyin özgürlüğünün kısıtlanmaması öngörülmektedir (Kuzgun, 1992).

Sağlık hizmetleri içerisinde acil servisler tanısı bilinmeyen hastaların en fazla başvurdukları alandır. Çok sayıda hasta veya yaralı ile aynı anda ilgilenmeyi gerektiren durumlarda bütün dikkat, kişilerin yaşamda kalmaları ile ilgili sorunlarının belirlenmesi ve acil olarak uygun müdahalelerinin yapılmasına verilmesi gerekmektedir. Bu durumda, acil servisin hızlı, etkin, profesyonel ve hastayı memnun ve mutlu edecek biçimde müdahale etmesi acil servise başvuran bir hasta ile ilk temasta önemli rol oynamaktadır (Yılmaz, 2009).

Amaç Belirleme ve Sorun Tanımlama

Karar verme sürecinin konusu olan sorunun saptanması ve sınırlandırılmasını içermektedir (Çalık vd., 2020). Problem çözümlenmenin amacı bir çözüme, cevaba ya da sonuca ulaşılmasıdır. (Adair, 2017). Acil servise gelen hastayı değerlendirmede başvuru stratejilerin sistemli, risk yönetimine dayanan amaçları temel alması gerekmektedir (Storrow ve Gibler, 2000; aktaran Yılmaz, 2009).

Acil servislerin en önemli görevi kesintisiz sağlık hizmeti vermeleridir. Bu hizmetin ise ihtiyacı olan hastalara en kısa sürede ulaştırılması ve hizmet önceliğinin en aciliyeti olan hastadan yana olması esastır (Ersel vd., 2006). Hizmete ihtiyacı olan hastanın belirlenmesinde birtakım sorunlar yaşanabilmektedir. Örnek olarak bakımevlerindeki hemşirelerin hastalarını acil servise transfer etme yönünde karar vermeleri hekimler ile aralarında karar birliği, çatışma ve inandırıcılık sorunu ortaya çıkarabilmektedir (Jablonski

vd., 2007). Bu sebeple hemşirelerin de karar s¼recine katılmasının gerekliliği savunulmaktadır (Arslanian-Engoren, 2009).

Bilgi Arayışı

Kritik önem taşıyan bir karar için üç¼nc¼ adım probleme ilişkin gerekli analizlerin yapılması ve bilgilerin toplanmasıdır (G¼ng¼r ve Özc¼n, 2022).

Alternatiflerin Belirlenme

Karar verilecek durumla ilgili b¼t¼n alternatifler bulunur ve belirlenir (Işığıçok, 2015). Karar verme eylemi, birden fazla alternatif i¼erisinden en iyi se¼eneęin se¼ilmesi biçiminde yapılacağı gibi, art arda karar verme se¼eneklerinin farklı kombinasyonları i¼inden en iyisini se¼me şeklinde de uygulanabilmektedir (G¼ng¼r ve Özc¼n, 2022).

Alternatiflerin Değerlendirilmesi ve Se¼im

Se¼enekler gözden ge¼irilir, se¼eneklerin artıları eksileri dikkate alınarak uygun olmayan se¼enekler elenir ve kalan se¼enekler arasından se¼im yapılır. Çok sayıda se¼enek arasından en iyi se¼imi yaparken kararların karmaşıklığı ve önem derecesinin artması karar vericiyi baskı altına alır; bu durum karar vericinin bu s¼reçteki rol¼n¼ daha da önemli hale getirir (G¼ng¼r ve Özc¼n, 2022).

Uygulama ve Değerlendirme

En uygun se¼enek belirlendikten sonra uygulamaya konmasını i¼ermektedir (Işığıçok, 2015). Verilen kararın ne kadar doğru ve etkili bir sonu¼ ortaya çıkardığını değerlendirme s¼recidir. Kararın verilmesi önemli olduğu kadar kararın uygulanması, karardan etkileneceklerin bilgilendirilmeleri ve kararın sonu¼larının takip edilmesi de bir o kadar önemlidir (Işığıçok, 2015). Uygulama sonrasında yapılacak duyarlılık analizinin kararın etkililiğine faydası olacaktır (G¼ng¼r ve Özc¼n, 2022).

2.2.7. Karar Verme Sürecinin Özellikleri

Karar problemleri içerdikleri riske, karmaşıklıklarına, önem derecelerine ve belirsizlik gibi etmenlere bakıldığında birbirlerinden farklı olmaları yanında birtakım ortak özelliklere de sahip oldukları görülmektedir (Güngör ve Özcan, 2022). Bu özellikler şu şekildedir (Tosun, 1982; 161-172):

- ✓ Karar verme işlemi geleceğe yöneliktir ve geleceğin tahmin edilmesini içermektedir. Gelecek belirsizliklerle dolu olduğu için verilen kararlar olumlu sonuçlar oluşturabileceği gibi olumsuz durumlarla da karşı karşıya kalınabilmektedir (Sağır, 2006).
- ✓ Karar verme süreci psikolojik ve teknik güçlüklerle sahiptir. Karar zihinsel ve bilinçli bir çabayı gerektirmektedir. Bazı insanlar kendi kararlarını kendileri vermek yerine kararı başkalarına bırakırlar. Bu durum beceri eksikliğinin yanında zihinsel tembellik ve durgunluk, azim ve iradelerinin olmayışının bir sonucudur. Sürekli değişen faktörler, yetersiz bilgi, belirsizlik ve görüş ayrılıkları karar verme sürecini güçleştirmektedir (Daft, 2003; aktaran Sağır, 2006).
- ✓ Karar süreci her türlü ortaya çıkabilecek maliyetin varsayılan düzeyde tutulmasına (İmrek, 2003, aktaran Deveci, 2018) ve karar vericinin amaçlara ulaşmada kaynaklarını doğru yerde ve doğru zamanda kullanmasına dayanmaktadır (Heller, 1998; aktaran Deveci, 2018).
- ✓ Karar planla, karar verme süreci planlama süreci ile benzerlik göstermektedir. Kararda olduğu gibi planda da çeşitli amaçlar ve amaçlara ulaşmayı sağlayacak araç ve olanaklar bulunmaktadır. Planın karardan farkı daha fazla ayrıntıya sahip olması ve bilimsel niteliğinin bulunmasıdır. Plan bir bakıma kararların toplamından ibaret, kararın gelişmiş biçimidir.
- ✓ Karar süreci belli bir davranış özgürlüğü ile otoriteyi gerektirmektedir. Karar verme sürecinde farklı seçenekler içerisinden seçim yapmada en az bir davranış özgürlüğü bulunmalıdır. Özgürlüğün kısıtlanmış olduğu bir ortamda karar verme

özgürlüğünden de söz edilemeyecektir. Yönetim hiyerarşisi ele alındığında orta ve alt kademelerin üst kademelere göre karar verme ve davranış özgürlüğü daha azdır ve verilebilecekleri kararların sayı ve kalitesi de daha düşük olacaktır.

- ✓ Karar süreci bir sorun çözme sürecidir. Sorun çözme amaca ulaşmada karşılaşılan birtakım zorlukların ortadan kaldırılmasına yönelik önlem ve çarelerin bulunmasıdır. Önlem ve çareler her zaman çok sayıdadır ve aralarında seçim yapmayı gerektirmektedir. Kısaca bir karar verilmesine gereksinim duyulmaktadır.
- ✓ Kararın verilmesi ve uygulanması bir zaman süresi gerektirmektedir. Kararın yerindeliği ve verimi karar sürecinin başından kararın uygulanmasına kadar geçen sürede güdüler ve koşullarda önemli sayılabilecek bir değişimin olmamasına bağlıdır. Sürenin kısa ya da uzun olması güdü ve koşulların değişme olasılığını etkileyebilir. Süre uzadıkça karardan umulan verimlilik azalabilir.
- ✓ Karar süreci pahalıdır (Sağır, 2006:13). Karar sürecinin sonunda verilecek kararın etkin ve verimli olması hem amacın belirlenmesine hem de amaca götürecektir araç ve olanakların ne olacağına ilişkin bilgilere ihtiyaç duyulur. Amaçlar ve araçların çok ve çeşitli olması ise ilgili bilgilerin toplanmasının daha fazla zaman almasına, birtakım teknik araçların kullanılmasına ve daha fazla personele ihtiyaç duyulmasına yol açmaktadır. Karar vermede hangi bilgilere ihtiyaç duyulacağını bilinmemesi de durumu zorlaştırmaktadır.
- ✓ Problem çözme ve karar verme, ikisi de eylemlerin uzun süreli etkilerinin dikkate alındığı stratejik düşünmeye dayalıdır. Stratejik düşünme aşaması karar verme ile son bulmaktadır. Kısacası alternatifler arasında en uygun seçimi yapmaktır (Lyles vd., 1986).
- ✓ Karar verme sürecinde riskleri ve tüm gerçekleşebilecek sonuçları belirlemek ve değerlendirmek çok önemlidir.

- ✓ Karar verme ortamı, karar veren kişinin çevresel faktörlere ilişkin mevcut bilgi düzeyi ile alakalıdır (Güngör ve Özcan, 2022).
- ✓ Alınan kararlar kişilerin kişisel sorumlulukları altındadır ve oluşan sonuçları kabul etmeleri gerekir.
- ✓ Karar analizi ile karar sürecindeki kişi sistematik ve analitik bir yaklaşım kazanmaktadır. Kazanılan bu yaklaşım biçimi karmaşık olan karar problemleri hakkında tüm verilerin toplanması, ne olduklarının belirlenmesi, hangi faktörlerden etkilendiklerinin bulunması ve alternatiflerin ortaya atılması gibi süreçlerle mantık çerçevesinde en iyi çözümü bulmayı hedeflemektedir (Lezki vd., 2016).
- ✓ Karar problemlerinin amacı doğru karar vermek yerine iyi bir karar vermektir. İyi bir karar ise akılcı, etkili, uygulanabilir, verimli ve vaktinde alınmış kararlar olarak yorumlanmaktadır (Lezki vd., 2016).

2.2.8. Kararı Etkileyen Faktörler

Kişi, karar verme sürecinde karar seçeneklerine göre durumu kontrol altına almaya çalışmaktadır. Karar verme sürecine bireysel ve çevresel faktörlerin etkisi çok fazladır. Bireyin yer aldığı kurumun yapısı, kültürü, politikaları, iklimi gibi unsurlarına ek olarak; karar tercihlerinin belirsiz olması, zaman baskısı, hayati riskler ve diğer unsurlardan oluşan karar ortamı süreci etkilemektedir (Nas, 2010).

Bireysel farklılıklar karar verme davranışı üzerinde etkilidirler. Bu farklılıklar içerisinde kişinin yaşam tecrübeleri bireysel farklılıkların en başında gelmektedir (Nas, 2010). Yaşam tecrübeleri kişinin bilişsel süreçlerini etkileyerek, karşılaştığı problemlerin çözümünde birer şablon oluşturmaktadır. Çok seçenekli karar alma süreçleri, öznel kararların alınmasında zorluk ortaya çıkarmaktadır. Bu durum bireyde stresli bir yaşama sebep olabilmektedir. Bu karmaşıklık, bireyin karar verebilmesini olumsuz etkilemektedir (Deniz, 2004).

2.2.9. Karar Verme Stillerine İlişkin Yaklaşımlar

İnsanlar, karar verme davranışı sırasında, daha önce kazandıkları, pek çok iç-dış etmeden etkilenebilen karar verme stili olarak ifade edilen alışkanlıklara sahiptirler (Nas, 2010). Karar verme stillerine dair yaklaşımlar içerisinde disiplinler arası, Jung temelli, bilgi tabanlı, liderlik ve tüketici yönlü yaklaşımlar gösterilebilmektedir (Nas, 2010).

Disiplinler arası yaklaşımda araştırmacıların ortak özelliği, karar vericinin sahip olduğu kişilik özelliklerine odaklanmak yerine karar verici tarafından geliştirilen stiller üzerinde durmalarıdır (Nas, 2010). Disiplinler arası yaklaşımlara örnek araştırmacılar arasında; Dinklage (1967), Janis ve Mann (1977b), Arroba (1978) ve Frederick ve Morrison (1999) yer almaktadır (Nas, 2010). Dinklage (1966) ergenlerin başvurdukları karar verme stratejilerini incelemiş ve tanımlamıştır. Dürtüsel (impulsive), kadercı (fatalistic), itaatkar (compliant), erteleyici (delaying), acı çektirici (agonizing), planlı (planning), sezgisel (intuitive) ve hareketsiz (paralysis) olmak üzere sekiz karar verme stratejisi belirlemiştir. Janis ve Mann ise insanların psikolojik tehditlere karşı geliştirdikleri beş farklı başa çıkma modelinden söz etmişlerdir (Janis, 1985). Bu modeller çatışmasız eylemsizlik (unconflicted inertia), savunucu kaçınma (defensive avoidance) çatışmasız değişim (unconflicted change), aşırı uyanıklık (hypervigilance) ve dikkatlilik (vigilance) şeklinde isimlendirilmiştir (Janis, 1985). Arroba (1978) ise yöneticiler dışında işçilerin karar verme stillerini incelemek istemiş ve işçilerle yöneticilerin karar verme stillerini karşılaştırmak üzere bir çalışma gerçekleştirmiştir. Bu çalışmada Arroba (1978) hiç düşünmeyen (no thought), itaatkar (compliant), mantıklı (logical), duygusal (emotional), sezgisel (intuitive) ve kararsız (hesitant) olarak altı karar verme stili tanımlamıştır. Frederick ve Morrison (1999) da Deci ve Ryan'ın (1985) motivasyon ve kişilikle ilgili çalışmalarından yararlanmışlar ve otonom (autonomous), kontrollü (controlling), kişisel olmayan (impersonal) karar verme stillerini belirlemişlerdir.

Jung temelli yaklaşım Carl Jung'un kuramına dayanmaktadır. Jung geçmişin insan davranışlarını etkilediğini fakat insanların davranışlarını geleceği dikkate alarak düzenlediğini savunmuştur (Nas, 2010). Jung insanların bilgiyi almalarında, bilgiyi düzenlemelerinde ve bir sonuca varmalarında farklılıklar olduğuna inanmıştır (Culp ve Smith, 2001). Jung geliştirdiği psikolojik tipleri bireylerin bilgi işleme ve karar vermede

farklı yollar izlediklerini göstermede kullanmıştır (Bass ve Herbert, 1993). Jung'un psikolojik tiplerinden yararlanarak Mitroff ve Kilman (1975), Keegan (1980) ile Rowe ve Boulgarides (1994) farklı yaklaşımlar ileri sürmüşlerdir (Nas, 2010).

Bilgi yönlü yaklaşım ise bilginin toplanması ile ilgili süreci kapsamaktadır (Nas, 2010). Örnek olarak Driver'ın (1991) Karar Stili Kuramı, Johnson'ın (1978) Bireysel Karar Verme Stili Kuramı, Harren'in (1979) Kariyer Karar Verme Modeli, ve Scott ve Bruce'un (1995) yaklaşımı gösterilebilir. Driver'a (1991) göre insanlar bilginin kullanımı ve çözüme odaklanma ile ilgili bilişsel alışkanlıklar edinmektedirler. Kişiler hiyerarşik stil, bütünleştirici stil, esnek stil, kararlı stil ve sistemik stil olmak üzere beş karar verme stilini öğrenmektedirler. Johnson (1978) ise Bireysel Karar Verme Stili Kuramı'nda karar vermede pek çok faktörün dengelendiğini, karar vermede bilgi toplama ve bilgiyi analiz etmeye dayalı iki kutuplu bir sürecin olduğunu ileri sürmektedir. Bilgi toplama kutbunda spontan stil ve sistematik stil yer alırken bilgiyi analiz etme tarafında ise dışsal stil ve içsel stil yer almaktadır. Harren (1979) Kariyer Karar Verme Modeli'nde kişinin karar verme görevlerini algılaması ve verdiği tepki şeklini dikkate alarak rasyonel, sezgisel ve bağımlı olma üzere üç stil tanımlamaktadır. Scott ve Bruce (1995) ise bağımlı, kaçınan, sezgisel, rasyonel ve spontan stilden oluşan beş farklı karar verme stiline olduğunu göstermiştir.

Liderlik yönlü yaklaşımda ise liderlerin güç paylaşımları ve davranışları açısından farklı stilleri benimsedikleri gösterilmektedir (Nas, 2010). Bu yaklaşımda liderlerin nasıl karar verdikleri açıklanmaya çalışılmıştır. Heller (1973) liderlerin karar süreçlerinin ayrıntılı açıklamada bulunmadan kendi kararı, ayrıntılı açıklama ile kendi kararı, astlarla ön görüşme, ast ile ortak karar alma ve kararın astlara devredilmesi olmak üzere beş farklı şekilde gerçekleşebileceğini ileri sürmüştür. Vroom ve Yetton (1973) ise liderlerin sorun çözmede beş aşamalı karar verme yöntemi geliştirdiklerini ve bu aşamaların her birinde başka bir liderlik tarzını ortaya koyduklarını belirtmişlerdir (Yaman, 1998).

Son olarak karar verme stillerine tüketici yönlü yaklaşımda müşterilerin kâr güdüsü ile tüketicilerin fayda düşüncesinin farklı sonuçlar doğurduğuna odaklanılmaktadır. Tüketicilerin seçim yapma yaklaşımını karakterize eden belli karar verme biçimlerine sahip oldukları ileri sürülmektedir (Sprotles ve Kendal, 1986). Bu yaklaşımı benimseyen Sprotles ve Kendall (1986) yaptıkları çalışmada karar vermenin zihinsel karakteristiklerini 8 faktör

grubu altında incelemişler ve Tüketici Stili Envanterini geliştirmişlerdir. Faktör gruplarını mükemmeliyetçi veya yüksek marka bilinci; marka bilinci; alışılmış markaya sadık; fiyat bilincine sahip; eğlence veya alışveriş bilinci; dürtüsel, dikkatsiz; aşırı çok seçenekle kafası karışmış ile yenilik ve moda bilinci olmak üzere isimlendirmişlerdir (Sprotles ve Kendall, 1986).

2.2.10. Karar Verme Stilleri

Karar verme durumunda, bireyler farklı karar stratejileri kullanmaktadırlar. Karar stresli bir durumdur özellikle alınması gereken zor kararlar ve karşı karşıya kalınan ikilemler çatışmaya neden olmaktadır. Bu durumda insanlar karar verme stresi ile başa çıkmada birtakım tepkiler geliştirmektedirler. Bu tepkiler karar verme stili şeklinde kavramlaştırılmaktadır. Karar verme stili belirli bir karara yaklaşma ve alma yolunu ifade etmektedir (Arroba, 1978: 219). Karar verme stili aynı zamanda insanların belirli bir karar durumunda davranışını tanımlayan sınıflandırmadır ve davranışlardaki farklılıkları incelemede yardımcı olmaktadır (Arroba, 1978). Bu amaçla karar verme literatüründe pek çok sınıflandırmaya gidilmiştir.

Bu sınıflandırmalar arasında Janis ve Mann (1977b) kendi teorilerine (Çatışma Teorisine) dayalı 5 modelden oluşan karar vermede çatışmanın yarattığı strese dayalı bir sınıflandırmadan söz etmişlerdir. Karar vermede yaşanan çatışmanın strese yol açtığını, stresin de yüksek kalitede bir kararın verilmesini engellediğini ileri sürmüşlerdir (Mann vd., 1997). Janis ve Mann'e göre strese neden olan seçilen alternatifin ciddi kişisel, maddi ve sosyal kayıplara yol açacağı endişesi ve kararın hatalı olması durumunda itibar ve özgüven kaybına uğranacağı endişesidir (Mann vd., 1997). Janis ve Mann'ın (1977b) çalışmalarında zor, tehdit etme olasılığı olan bir kararın yarattığı stresle başa çıkmada ileri sürdükleri beş farklı örüntü: savunucu kaçınma (defensive avoidance), çatışmasız değişim (unconflicted change), çatışmasız sadakat (unconflicted adherence), aşırı uyarılma (hypervigilance) ve dikkatli (vigilance) şeklindedir. Çatışmasız sadakat örüntüsünde karar veren kişi kararla ilgili riskler hakkındaki bilgileri görmezden gelmekte ve rahat bir şekilde davranışlarını sürdürmeye devam etmektedir. Çatışmasız değişim örüntüsünde aşırı derecede dikkat çeken veya aşırı ölçüde tavsiyede bulunulan bir durum ortaya çıktığında karar veren kişi bu durumu eleştirmeksizin benimsemektedir. Savunucu kaçınma örüntüsünde ise karar veren kişi kararı

ertelemekte ve sorumluluğu başkalarına bırakarak ya da en az sakınca yaratacak olan alternatifte destek olacak mantıklı açıklamalarla çatışmadan kaçmaktadır. Aşırı uyarılmış örüntüde-karar veren birey çatışmadan kurtulmak istemekte, heyecan ve dikkatinin azalması ile seçimlerinin sonuçlarını görememekte ve zaman baskısı ile aceleci davranarak karar vermektedir. Dikkatli örüntüde karar veren kişiler ise seçim yapmadan önce kararın onları hangi hedefe ulaştıracağını bilmekte, çeşitli alternatifleri gözden geçirmekte, alternatiflerle ilgili araştırma yapmakta ve bilgi toplamakta, tarafsız bir şekilde alternatifleri dikkatli bir şekilde değerlendirmektedirler (Mann vd., 1997: 2).

Bu beş stili ölçmek amacıyla Melbourne Karar Verme Anketi (Melbourne Decision Making Questionnaire) geliştirilmiştir (Mann, vd. 1997). 31 maddeden oluşan anketin daha sonra madde sayısı 22 olarak belirlenmiştir (Mann vd., 1998). Bu çalışmada Mann vd.'nin (1997) çalışmaları sonucunda dikkatli (vigilant), erteleyici (procrastination), kaçınan (passing the buck) ve panik (hypervigilance) olarak belirledikleri dört karar verme stili ele alınmıştır. Bu dört karar stili uyumlu (dikkatli) ve uyumsuz (dikkatsiz: erteleyici, kaçınan ve panik) başa çıkma davranışları olarak da sınıflandırılmaktadır (Friedman ve Mann, 1993). Dikkatli karar verme stiline sahip kişi, karar vermeden önce seçenekleri detaylı incelemekte, seçeneklerin artı ve eksilerini değerlendirmekte, yeni bilgileri araştırmakta ve kararını eyleme dönüştürmek için planlar yapmaktadır (Mann vd., 1989). Bu stildeki kişiler soruna çözüm bulma konusunda iyimserdirler ve bunun için yeterli zamanlarının olduğunu da düşünmektedirler (Friedman ve Mann, 1993). Dikkatsiz stiller ise karar vermede yeteneksizlik olarak yorumlanmaktadır (Mann vd., 1989). Dikkatsiz karar vermede, kişi karar vermeyi gerektiren bir durumda; seçenekleri incelemeyen, durumla ilgili sistematik olarak bilgi elde etmeden, sınırlı alternatiflerden yola çıkarak aceleyle karar vermektedir (Johnston vd., 1997) Erteleyici karar verme stilindeki birey bir sorunla karşılaştığında sorunun çözümünü ileri bir tarihe bırakarak karar vermeyi ötelemeye çalışmaktadır. Kaçınan karar verme stilini kullanan birey sorunu çözmede girişimde bulunmamakta, karar vermekten uzak durmakta, kararı başkalarına bırakmakta ve sorumluluğu bir başka kişiye vererek karar vermekten kurtulmak istemektedir (Mann vd., 1997). Panik karar veren birey ise aceleci ve heyecanlı yapıdadır ve hemen rahatlama arzusundadır (Bouckenhooghe vd. 2007).

2.2.11. Karar Vermede Özsaygı

Bireylerin yaşamları onların kişisel özelliklerinden, yaşadıkları koşullardan, farkındalık düzeylerinden, kendilerine olan saygılarından, karar verme biçimlerinden doğrudan ya da dolaylı olarak etkilenmektedir (Avşaroğlu ve Üre, 2007). Diğer yandan hızla değişen dünya koşulları insanları ani, birdenbire ortaya çıkan çatışma ve ikilemlere maruz bırakmakta, insanlar maruz kaldıkları çatışmaların yarattığı strese çözüm bulmak durumunda kalmaktadırlar. Bu durumda karar verme günlük yaşamda insanların kazanmaları gereken önemli bir beceri olarak görülmektedir.

Karar verme sürecini etkileyen pek çok dışsal ve içsel faktör arasında benlik saygısı da yer almaktadır (Magnano vd., 2015). Olumlu benlik saygısına sahip olmak karar vermede önemli bir ön koşul sayılmaktadır (Mann vd., 1989). Benlik saygısı kişinin kendisi ile ilgili birtakım şeyler düşünürken ve değerlendirirken yaşadığı duygusal tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Heatherton ve Wyland, 2003). Bu tepkilerin kişinin bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkileri üzerinde etkisi bulunmaktadır (Yang vd., 2010). Karar vermede özsaygı ise kişinin karar verme yeteneğine güvenmesidir (Burnett, 1991). Kişilerin fikirlerini rahatlıkla açıklayabilmesi, kendi başına karar verebilmesi ve istediği gibi davranabilme özgürlüğüne sahip olabilmesidir (Atsan, 2017).

Karar vermede özsaygının olumlu ya da olumsuz olması kişinin geçmiş yaşantılarının niteliği ile ilişkilidir (Filipe vd., 2020). Kişi için yaşamındaki önemli kişiler tarafından görmezden gelinmesi, küçük görülmesi, değersizleştirilmesi veya reddedilmesi durumunda düşük benlik saygısı gelişebilmektedir (Heatherton ve Wyland, 2003). Ters durumda kişi yüksek benlik saygısına sahip olabilmektedir. Karar vermede özsaygıda ise kararların zor olması ve olumsuz sonuçlanması durumunda kişilerin karar verme yeteneklerine duydukları güven ve özsaygıları azalabilmektedir (Filipe vd., 2020). Kişi karar verme konusunda kedisini yetersiz hissedip erteleme, kaçınma ya da panik tepkileri sergileyebilecektir.

Karar vermede özsaygı, karar verme sürecinin bir ögesidir ve karar verme stilleri ile yakından ilişkilidir (Burnett, 1991). Karar vermede özsaygı zor kararlarda çevreden gelen taleplerin meydana getirdiği baskı ve stresle tehdit edilmektedir (Chipchase vd., 2017).

Diğer yandan insanlar kendileri ile ilgili olumlu imajlarını sürdürmek istemektedirler (Zhang, 2009). Bu nedenle insanlar yanlış ya da hatalı karar verme endişesi ile karar vermekten kaçınabilirler ya da kararı erteleyebilirler. Bu doğrultuda Filipe ve diğerleri (2020) dikkatli karar verme stiline daha iyi karar verme özsaygısı ile daha güçlü ilişkiye sahipken diğer stillerin daha düşük karar verme özsaygısı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

2.3. Karar Verme ve Karar Verme Stilleri ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

Karar vermeyi ve karar verme stillerini konu alan yurt içinde ve yurt dışında akademik dergilerde yayınlanmış araştırmalardan bazıları bu başlık altında toplanmıştır.

Yılmaz (2009), göğüs ağrısı çeken acil serviste tedavileri yapılan hastalarla ilgili hemşirelerin karar verme becerilerini incelemiştir. Çalışmada, acil servis hemşirelerine EKG eğitimi verilmiş ve eğitimin hemşirelerin hastalar hakkında karar verme yorumlarını güçlendirdiği sonucu elde edilmiştir.

Toygar'ın (2011) çalışması ise, hastane yöneticileri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılanlar hastane yöneticileri başhemşire ve yardımcısı, hastane müdürü ve yardımcısı, başhekim ve yardımcısı olarak hizmet vermektedirler. Çalışmada, problem çözme ve karar verme becerileri yüksek olan yöneticilerin çalışanlarına danışmanlık eden ve onlarla görüşmeler yapan yöneticiler olduğu görülmüştür. Başhemşire ve yardımcılarının karar verme ve problem çözme becerilerinin diğer yöneticilerle karşılaştırıldığında en düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmada başhemşire ve yardımcılarının bu becerilerinin geliştirilmesi için yönetici eğitimi programlarının yararlı olabileceği ifade edilmiştir. Lisansüstü eğitime sahip yöneticiler lisansüstü eğitim almayanlardan karar verme ve problem çözme becerilerinde daha yüksek puanlar almışlar, bu bulguya dayalı yöneticilerin lisansüstü eğitime yönlendirilmeleri önerilmiştir.

Aksu ve Arslan (2020) farklı klasmanlardaki futbol hakemlerinde karar verme stillerini incelemişler ve çalışmalarında Melbourne Karar Verme Ölçeği'ni kullanmışlardır. Araştırma sonuçlarına göre hakemler klasmanları, meslekleri, eğitim durumları ve aylık gelirleri açısından karar verme stilleri ve karar vermede öz saygıda farklılıklar göstermişlerdir. Hakemlerin hakemlik yıllarının, eğitim düzeylerinin artışına bağlı olarak,

dikkatli karar verme stili ve karar vermede özsaygı puanlarında artış yaşanırken, erteleyici, panik ve kaçınan karar verme stili puanlarının azaldığı bulunmuştur. Ayrıca evliliğin hakemlerin karar verme stillerini arttırdığı saptanmıştır.

Akpınar vd. (2015) ise karar verme stillerini üniversitede okuyan hokey sporcularında incelemişlerdir. Araştırmanın sonuçları katılımcıların dikkatli karar verme ve karar vermede özsaygı düzeylerinin yüksek, panik karar verme stilinin orta, kaçınan ve erteleyici karar verme stillerinin ise düşük düzeyde olduğunu göstermiştir.

Atalay (2018) Türkiye’de Muay-Thai antrenörlüğü yapan kişilerin liderlik özellikleri ile karar verme stratejilerini değerlendirmek amacıyla bir çalışma hazırlamıştır. Örneklem grubunda 119 Muay-Thai antrenörü yer almıştır. Çalışmada karar verme stratejilerini belirlemede Mann ve diğerleri’nin (1998) geliştirdiği “Melbourne Karar Verme Ölçeği”nin Türkçe formu kullanılmıştır. Katılımcıların yaş değişkeni açısından karar verme stillerinin farklılaştığı belirlenmiştir. Katılımcıların karar verme stilleri ile liderlik özellikleri ilişkili bulunmuştur.

Sarıkaya ve Atilla (2018), hekimlerin duygusal zekaları ve karar verme stillerini içeren bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada, karar vermenin gerektiği durumlarda başvuru stilleri belirlemede Scott ve Bruce’a (1995) ait Karar Verme Stilleri Ölçeği’nden yararlanılmıştır. Beş boyuttan oluşan ölçek sezgisel, rasyonel, bağımlı, kaçınan ve ani karar verme stillerini belirlemektedir. Hekimlerin karar verme stillerinden aldıkları puanlar hesaplandığında aldıkları puanların ortalamaya yakın değerlerde oldukları görülmüştür. Hekimlerin sezgisel, rasyonel ve bağımlı karar verme stillerinde puanlarının yüksek, ani karar verme ve kaçınan karar verme stillerinde ise puanlarının ortalamadan düşük oldukları belirlenmiştir. Çalışmada demografik değişkenler açısından karar verme stillerinde bir farklılaşma saptanmamıştır. Araştırmanın bulgularına dayalı olarak hekimlerin kaçınan davranış içerisinde olmadıkları belirlenmiştir.

Hablemitoğlu ve Yıldırım (2008), Türk üniversite öğrencileri ile yürüttükleri çalışmada öğrencilerin yaşamlarındaki risk algılarını belirleyici değişkenlerle (cinsiyet, barınma, algılanan ekonomik yeterlilik ve ikamet yeri) karar verme stilleri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışma yüzyüze görüşme yoluyla gerçekleştirilmiş, 263 üniversite

öğrencisinden veri elde edilmiştir. Öğrencilerin risk alguları, betimleyici özelliklerine göre farklılık göstermiştir. Barınma durumlarına göre yurtlarda kalan öğrencilerin, arkadaşları veya aileleri ile evde kalan öğrencilere göre daha rasyonel kararlar (etkili karar) verdikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin karar verme tarzları, kaygı düzeyleri ve eleştirel düşünme düzeyleri arasındaki ilişkileri ortaya koymak için Polat vd. (2019) bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen 326 hemşirenin verileri kullanılmıştır. Hemşirelerin % 91.4'ünün eleştirel düşünme eğilimi düzeyi düşük bulunmuştur. Hemşireler analitik, açık fikirlilik ve merak kategorilerinde diğer kategorilere kıyasla daha yüksek puanlara sahip bulunmuşlardır. En yaygın kullanılan stratejinin bağımsız karar verme stratejisi olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaşlarının artmasına bağlı olarak bağımsız karar verme ve sezgisel karar verme puanlarının arttığı görülmekle birlikte aralarında zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Yaşın açık fikirlilik, bağımsız karar verme, sezgisel karar verme ve rasyonel karar vermede etkisinin olduğu belirlenmiştir. Eleştirel düşünme eğilimi hemşirelerin rasyonel karar verme düzeylerini, yaşları ise bağımsız, sezgisel ve rasyonel karar vermelerini etkilemektedir. Sistematiiklik sadece kararsızlığı olumsuz yönde etkilerken, açık fikirlilik sezgisel karar vermeyi, rasyonel karar vermeyi ve kararsızlığı olumsuz etkilemektedir. Kaygı, bağımsız karar vermeyi olumsuz etkilerken, kararsızlık stratejisini olumlu yönde etkilemektedir. Hemşirelerin çalışma tarzları karar verme stratejilerini etkilememektedir. Kararsızlık stratejisinin açık fikirlilik, sistematiiklik ve özgüven ile olumsuz, kaygı ile olumlu olduğu görülmüştür.

Sarıkaya ve Atilla (2018) araştırma ve uygulama hastanesinde çalışan hekimlerle bir çalışma yürütmüşler, çalışmalarında hekimlerin duygusal zeka ve karar verme düzeylerini incelemişlerdir. Sonuçlar karar verme stillerinde hekimlerin ortalamanın üzerinde puanlar aldıklarını göstermiştir. Çalışmada rasyonel karar vermenin kendi ve başkalarının duygularını değerlendirme, duyguları kullanma ve düzenleme ile olumlu yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmada ayrıca sezgisel karar verme başkalarının duygularını değerlendirme ile olumlu yönde ilişkili bulunurken, kaçınan karar vermenin duyguların kullanılması ile negatif yönde ilişkisi olduğu belirlenmiştir.

Ertural (2019) üniversite öğrencileri üzerinde yürüttüğü betimsel çalışmada karar verme özsaygısı ile karar verme stilleri arasındaki ilişkiyi ele almıştır. Araştırmanın katılımcılarını 278'i kadın ve 189'u erkek toplam 467 üniversite öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II”, “Üst-biliş Ölçeği-30” ve “Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği” öğrencilere uygulanarak elde edilmiştir. Çalışmada kadın öğrenciler panik karar verme stili düzeyi açısından erkek öğrencilerden daha yüksek puanlar almışlardır. Öğrenim görülen fakülte açısından öğrencilerin karar verme stilleri ve kendine güvenli-özsaygılı olma düzeyleri anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır. Sonuçlar ailesinin kararına güvendiğini ifade eden öğrencilerin ailesinin kararına güvenmediğini ifade eden öğrencilerden dikkatli karar verme stiline ve karar vermede özsaygı düzeyinin daha yüksek seviyede olduğunu göstermiştir. Panik karar verme, kaçınan karar verme ve erteleyici karar verme stili düzeylerinin ise ailesinin kararına güvenmediğini ifade eden öğrencilerin tersini ifade eden öğrencilerden düşük olduğu bulunmuştur.

Halama ve Gurnáková (2014), yapı ihtiyacının ve beş büyük kişilik özelliklerinin sağlık profesyonellerinde karar verme stillerini nasıl öngördüğü konusunda bir çalışma hazırlamışlardır. Örneklem farklı alanlardaki (doktorlar, hemşireler, sağlık görevlileri, acil bağlantı operatörleri) 225 sağlık profesyoneli içermektedir. Çalışmada dikkatli karar verme stiline en iyi yordayıcısının yapı ihtiyacı olduğu, dışa dönüklüğün ise erteleyici, kaçınan ve panik karar verme stiline negatif bir yordayıcısı olduğu bulgusuna varmışlardır. Etkileşim analizi, nevrozluğun, panik, kaçınan ve erteleyici karar verme stillerinin tahmininde yapı ihtiyacı ile etkileşime girdiğini göstermiştir. Spesifik olarak, düşük nevrozlu ve düşük yapı ihtiyacı olan kişilerin, diğerlerine kıyasla daha dikkatli olmayan karar verme stilleri kullanma eğiliminde oldukları belirlenmiştir.

Masiero vd. (2018), İtalya'daki bir acil serviste çalışan 93 sağlık profesyoneline tükenmişlik düzeylerini ve olası tükenmişlik yordayıcılarını değerlendiren bir anket doldurtmuşlardır. Çalışmada karar verme stili olarak aleksitimi ve başa çıkma stiline kullanıldığı belirtilmiştir. Kaçınan karar verme tarzının duyguları tanıma ve tanımlama zorluğunun bazı tükenmişlik boyutlarının güçlü yordayıcıları olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İsveçte ambulans hemşirelerinin acil bakım durumlarında karar vermelerini etkileyen faktörler araştırılmıştır (Gunnarsson ve Stomberg, 2009). Ambulans hemşirelerinden görüşme yoluyla veriler toplanmıştır. Hemşirelerden hızlı karar vermek zorunda kaldıkları olayları anlatmaları istenmiştir. Sonuçlar alınan kararları olayın boyutunun ve zorluk derecesinin etkilediğini göstermiştir. Karar vermede deneyimin de önemli olduğu belirlenmiştir. Ortamın belirsizliği, başkalarının beklentileri ve baskılar karar vermede katkı sağlayıcılar olarak bulunmuştur.

Karar verme stillerinin incelendiği bir çalışmada ise acil sağlık çalışanları ve poliklinikte çalışan doktorlar karar verme süreçleri açısından karşılaştırılmıştır (Ryabova, 2015). Katılımcılara Melbourne Karar Verme Anketi uygulanmıştır. Acilde çalışan hekimlerin karar vermeye hazır olma açısından poliklinikte çalışan doktorlardan daha hazırlıklı oldukları görülmüştür. Acil hekimlerinin kendi başlarına karar vermekten kaçınmadıkları, işi daha sonraya bırakmadıkları belirlenmiştir. Acil sağlık çalışanlarının yaşlarına ilişkin sonuçlar yaşın artmasıyla kendi başına karar vermekten kaçınmanın ve çeşitli alternatif durumlar karşısında gereksiz kararsızlığın azaldığını göstermiştir. Acil sağlık çalışanlarının seçenekler arasından seçim yapmaları durumunda seçimleriyle ilgili şüphe duymadıkları, ertelemeyi düşünmedikleri en kısa sürede seçim yapmanın daha iyi olacağını düşündükleri görülmüştür.

Bir başka çalışmada acil tıp teknisyenlerinin acil durumlarda karar vermelerini etkileyen faktörler araştırılmıştır (Safi-Keykaleh, Khorasani-Zavareh ve Bohm, 2020). Nitel araştırma yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen çalışmada karar vermede etkili olan faktörlerle ilgili gruplandırmaya gidilmiş ve bu faktörlerin topluluk ve örgüt kültürünü içeren kültürel; hasta rolü yapma, şiddet, tacizden oluşan etkileşim; yetkinlikler; duygular; otorite; eğitim; hastanın klinik durumu, hava durumu, yer ve zamanı kapsayan özel koşullar ve insan kaynağı ve araç gereçten oluşan örgütsel kaynaklar olduğu belirlenmiştir. Çalışmada acil sağlık personelinin sorumluluklarının daha açık hale getirilmesi, topluluk kültürünün geliştirilmesi, acil servis personeline yönelik insanların beklentilerinin değiştirilmesi, polis in gözetim ve kontrolünün gerekliliği ifade edilmiştir. Bu ifadeler arasında karar verme sürecinin araştırılması da yer almıştır.

Karar verme ve karar verme stillerine ilişkin literatürde çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Karar verme stilleri ile ilgili çalışmaların yalnızca belirli ülkeler ile sınırlı olmayıp dünyanın her yanında farklı konularla birlikte çalışıldığı görülmektedir. Karar verme stillerinin çok sayıda çalışmaya konu olması karar vermenin önemini göstermektedir (Bakewell ve Mitchell, 2003; Bates, 1998; Walsh vd., 2001). Karar verme stili, olayların daha olumlu veya daha olumsuz sonuçlanmasında oynadığı rol nedeniyle önemli olmaktadır. Örneğin tüketicilerin karar verme stilleri, iş dünyasında tüketicilere yönelik pazarlama faaliyetlerinin düzenlenmesinde etkili olmaktadır. Farklı katılımcı gruplarında ise iş tecrübesinin karar verme stillerini etkilediği görülmektedir (Ersever, 1996). Ayrıca, bireyin yaşadığı sosyo-ekonomik çevre ve alınan eğitimler de karar verme stillerini etkilemektedir (Tatlılıoğlu, 2010).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın yöntemine ilişkin bilgiye yer verilmiştir. Araştırmanın modeli, araştırmanın katılımcıları, araştırmada kullanılan araçlar açıklanmıştır. Katılımcılardan hangi bilgilerin ne şekilde alınacağı ve araştırmanın etik yönü açıklanmıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu tez çalışması, nicel araştırmaya dayalı kesitsel tanımlayıcı modelde tasarlanmıştır. Kesitsel çalışmalarda çoğunlukla genel tarama modelleri kullanılmaktadır. Genel tarama modelleri, birden fazla elemanın oluşturduğu bir evrene ilişkin genel bir yargı oluşturma maksadı ile yapılan çalışmalardır. Evrenin bütünü veya evreni temsil edebilecek bir örneklem ile taramalar yapılarak sonuca ulaşılmaktadır (Aziz, 2020: 27-30).

3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Çanakkale Valiliği 112 Acil Çağrı Merkezi, Komuta Kontrol Merkezi ve 112 İl Ambulans Servisi'ne bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları'nda görev yapmakta olan sayıları 450 olan doktor, paramedik, ATT ve sürücü oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü güç analizi GPower 3.1.9.2. programı (Universitaet Kiel, Germany) ile gerçekleştirilmiştir. Güç analizi çalışmaya alınması gereken en küçük örneklem miktarının belirlenmesi ile eşdeğer anlamdadır. Çalışma öncesinde güç analizi yapılarak yüksek güç oranına göre örneklem grubunun büyüklüğü belirlenmektedir. Araştırmanın katılımcıları ise ASHİ çalışanları arasından basit rasgele örnekleme yöntemi ile seçilmişlerdir- Test ailesi olarak "Exact" ve analiz türü olarak "Proportion: Sign test (Binomial Test)" seçilmiştir. Anket uygulaması yapılan çalışmalarda genellikle hedef kitleyi oluşturan evrenden bir örneklem grubu seçilmektedir. Basit rasgele örneklem yöntemi uygulanarak örneklemin belirli bir oran değerinde seçilmesi için "oran testi" uygulanmaktadır. Eğer alanyazında belirlenmiş bir oran bilgisi varsa bu değer kullanılmakta, herhangi bir bilgiye rastlanmamışsa oran değeri %50 alınmaktadır. Bu durumda belirlenmesi gereken en yüksek değer hesaplanmaktadır. Daha önce yapılan

çalışmalarda farklı gruplara uygulanan karar verme düzeyi ile ilgili net bir oran verilmemiştir. Bu nedenle, örneklem sayısının en yüksek olması için p oran değeri hipotetik olarak 0,50 alınarak etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü $d = 0,03$ olarak hesaplanmış ve hata oranı % 5, güç değeri % 95 alınarak örneklem büyüklüğü 310 katılımcı olarak belirlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik onayı Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 25/11/2021 tarih ve 20/41 sayı ile verilmiş olup, çalışmanın yürütülmesi için anket uygulaması yapılmasında bir sakınca olmadığı bildirilmiştir. Ayrıca, etik onayda belirtilen kurallar çerçevesinde anket uygulamaları yüz yüze uygulanmış ve anketlerin uygulanması Covid-19 salgın kurallarına uygun olarak tamamlanmıştır. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu okumaları ve katılmak istiyorlarsa formu onaylamaları istenmiştir. Bu şekilde katılımcıların araştırmaya katılımları gönüllülük ilkesi çerçevesinde gerçekleştirilmiştir.

3.4. Veri Toplama Teknikleri

Anket uygulaması etik onayda belirtilen koşullara uygun olarak yüz yüze yapılmıştır. Anket uygulamasında katılımcılara sosyo-demografik ve mesleki özelliklere ilişkin soruların yer aldığı bir bölüm ile Çolakkadıoğlu ve Deniz'in (2015) Türkçe'ye uyarlanmasını yaptıkları Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II'nin bulunduğu bir bölüm şeklinde oluşturulan bir form uygulanmıştır.

3.4.1. Bilgi Formu

Birinci bölümde katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir durumu bilgilerini içeren sosyo-demografik bilgiler bulunmaktadır. Bu bilgilerin yanı sıra katılımcıların mesleki bilgilerine ilişkin sorulara yer verilmiştir. Mesleğe ilişkin hizmet süresi, iş unvanları, sürücülük yapma durumları, karar vermede çektikleri zorluk, ekip sorumlusu olma ve işlerinde yeterli olma düşünceleri ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

3.4.2. Melbourne Karar Verme Ölçeği I-II

Çolakradioğlu ve Deniz (2015) tarafından uyarlanan ölçek karar verme stillerini ve karar verme sürecindeki benlik saygısını belirlemektedir. Ölçek, 3'lü Likert tipi 0=doğru değil, 1=bazen doğru ve 2=doğru olmak üzere kodlanan 28 maddeden oluşmaktadır. İki kısımdan oluşan ölçeğin ilk kısmında karar verme sürecindeki benlik saygısı (6 madde) ölçülmektedir. İkinci kısım ise dikkatli karar verme stili, erteleyici karar verme stili, kaçınan karar verme stili ve panik karar verme stili olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır (22 madde). Yapılan güvenirlik analizlerinde ölçeğin birinci bölüm için Cronbach's alpha katsayısı 0,697 olarak saptanmış olup kabul edilebilir düzeydedir (Cortina, 1993). Ölçeğin birinci bölümünden madde silindiğinde boyutun güvenirlik düzeyini belirgin olarak artıran bir madde bulunmamıştır. Madde-toplam korelasyon değerleri 0,28-0,53 arasında değişmektedir. İkinci bölüme ait güvenirlik değeri 0,803 bulunmuştur ve oldukça iyi düzeydedir (Cortina, 1993). Ölçeğin ikinci bölümünden madde silindiğinde güvenirliği belirgin şekilde artıran madde bulunmamaktadır. Ölçeğin maddelerine ilişkin puanları ile toplam puanı arasındaki korelasyon değerlerinin 0,05 ile 0,55 aralığında değerler aldığı saptanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Anket uygulamasından elde edilen formlar MS Office ortamında bilgisayara girilerek veri kümesi oluşturulmuştur. Verilerin Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (SPSS) 20.0 (IBM Inc, Chicago, IL, USA) paket programı ile istatistiksel çözümlenmeleri yapılmıştır. Tanımlayıcı ölçüler isimsel değişkenlerde sıklık ve yüzde oranı olarak verilirken oransal değişkenlerde ortalama ve standart sapma ile ortanca olarak verilmiştir. Oransal ölçekli değişkenlerin toplanarak elde edilen puan değerleri Kolmogorov-Smirnov yöntemi ile normal dağılım durumları test edilmiştir. Ancak, verilerin normal dağılım kriterini karşılamadığı görülmüştür. Bu nedenle, parametrik olmayan analiz testleri tercih edilmiştir. İki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, çoklu gruplara göre karşılaştırma yapmada Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Analizlerin tamamında istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak benimsenmiştir.

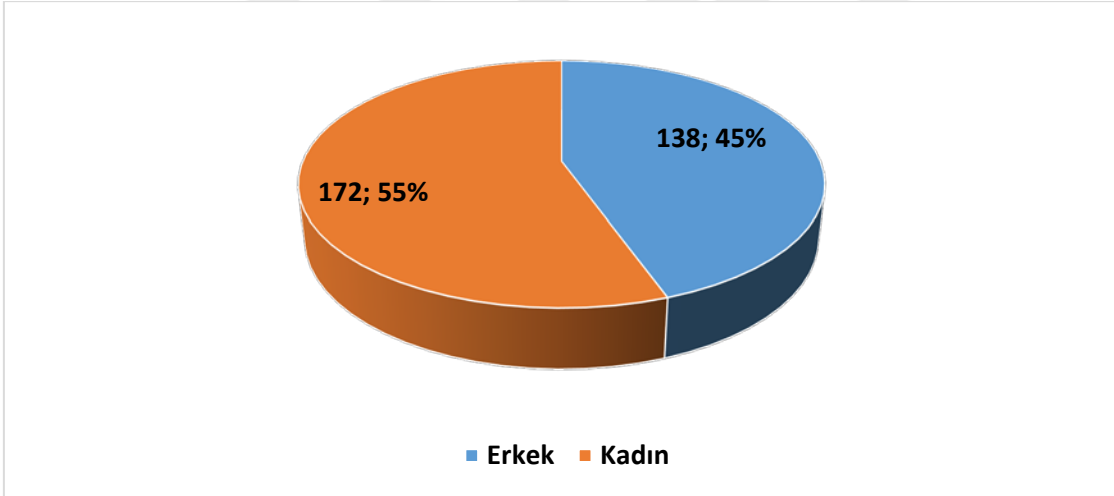
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde, katılımcılara uygulanan ölçek çalışmasının sonuçları sunulmuştur. Öncelikle demografik özellikler hakkında bilgi verilmiş ve gerekli tanımlayıcı ölçüler sunulmuştur. Sonrasında demografik özelliklere göre ölçek ve alt boyutlara ait puanların karşılaştırma sonuçları tablolar yardımıyla verilmiştir.

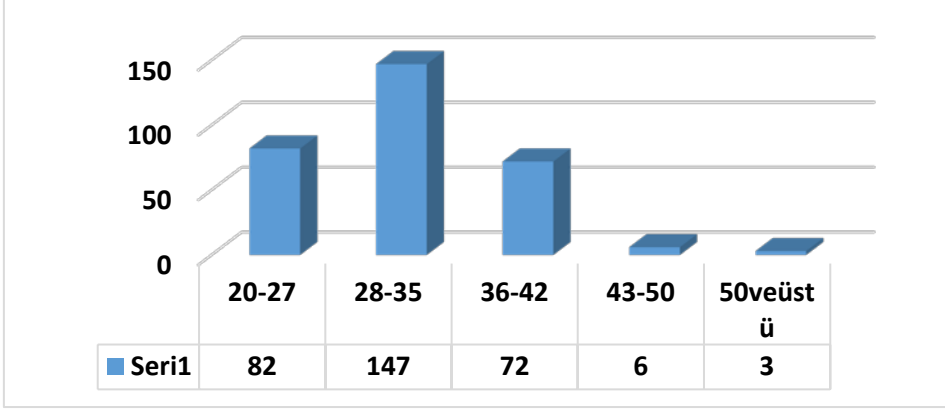
4.1.Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya toplam 310 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde cinsiyet dağılımı oransal olarak yakın değerlerde olmakla birlikte kadınların (% 55) erkeklere (% 45) oranının daha fazla olduğu görülmüştür (Şekil 2).



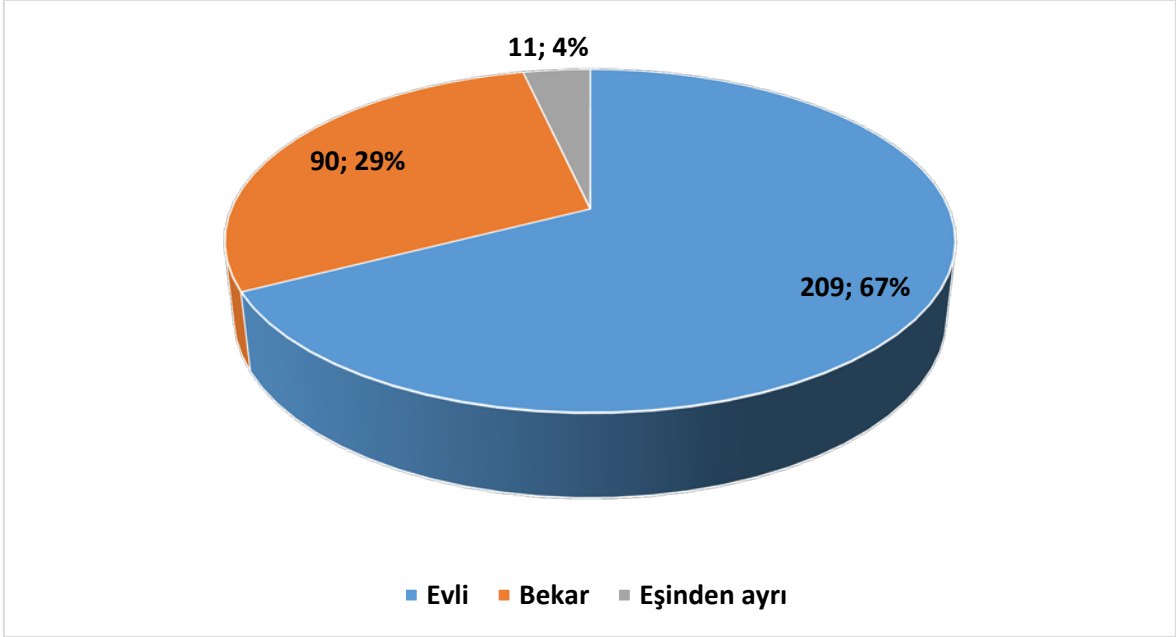
Şekil 2. Katılımcıların cinsiyet oranları

Çalışmadan edinilen bulgular yaşa göre incelendiğinde katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (% 47,4) 28-35 yaş arasında oldukları bulunmuştur. Geriye kalan katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları ise % 26,5'nin 20-27 yaş aralığında, % 23,2'sinin 36-42 yaş aralığında, % 1,9'unun 43-50 yaş aralığında ve üç katılımcının 50 yaş üzerinde olduğu görülmüştür (Şekil 3).



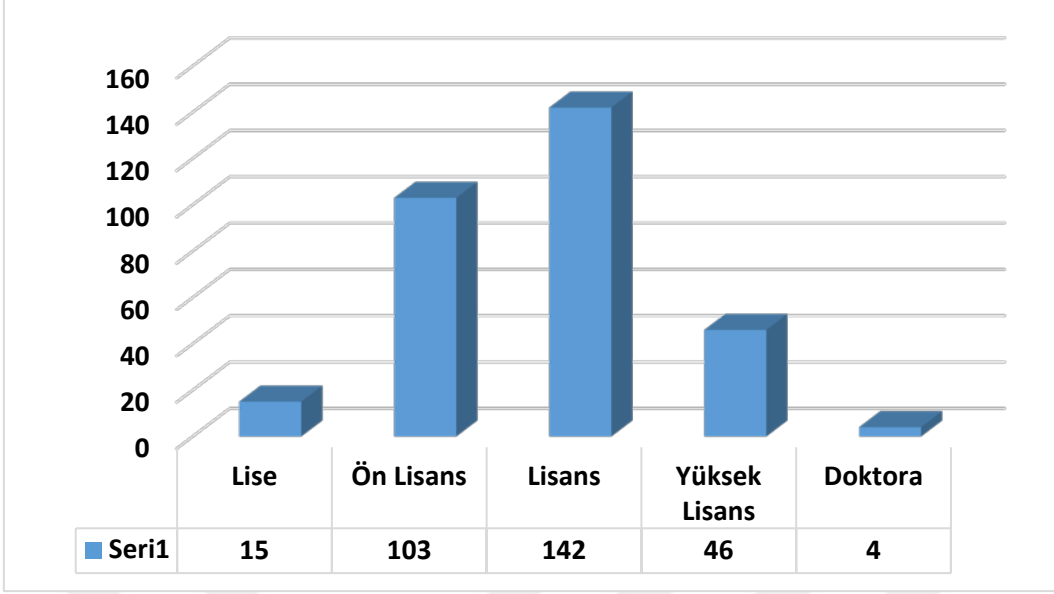
Şekil 3. Katılımcıların yaş grupları

Katılımcıların % 67'si evli, % 29' u bekar, % 4'ü ise eşinden ayrıdır. (Şekil 4).



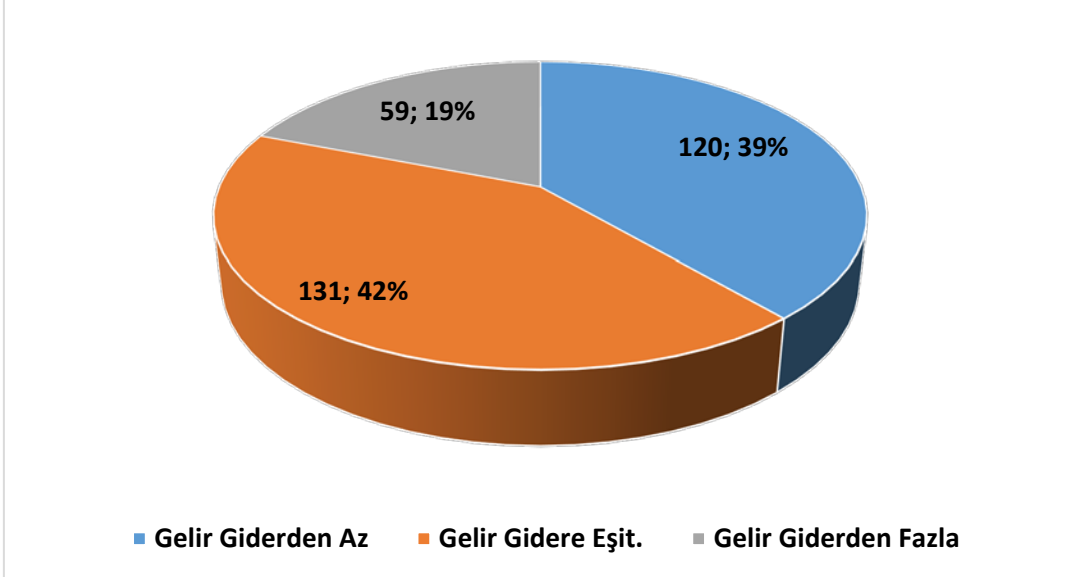
Şekil 4. Katılımcıların medeni durumları

Katılımcıların eğitim düzeyleri gözden geçirildiğinde en yüksek oranda (% 45,8) lisans ve buna yakın oranda (% 33,2) ön lisans mezunu oldukları belirlenmiştir (Şekil 5).



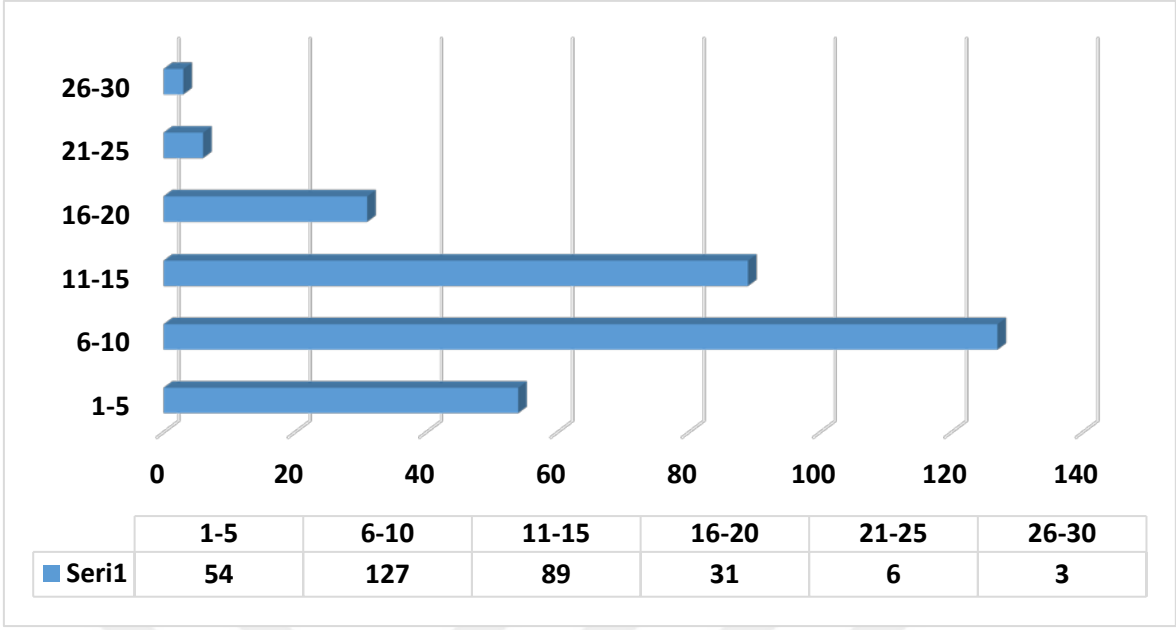
Şekil 5. Katılımcıların eğitim düzeyleri

Katılımcıların gelir düzeyi incelendiğinde % 42,3'nün gelirlerinin giderlerine eşit olduğu, % 38,7'sinin ise gelirlerinin giderlerinden az oldukları anlaşılmıştır (Şekil 6).



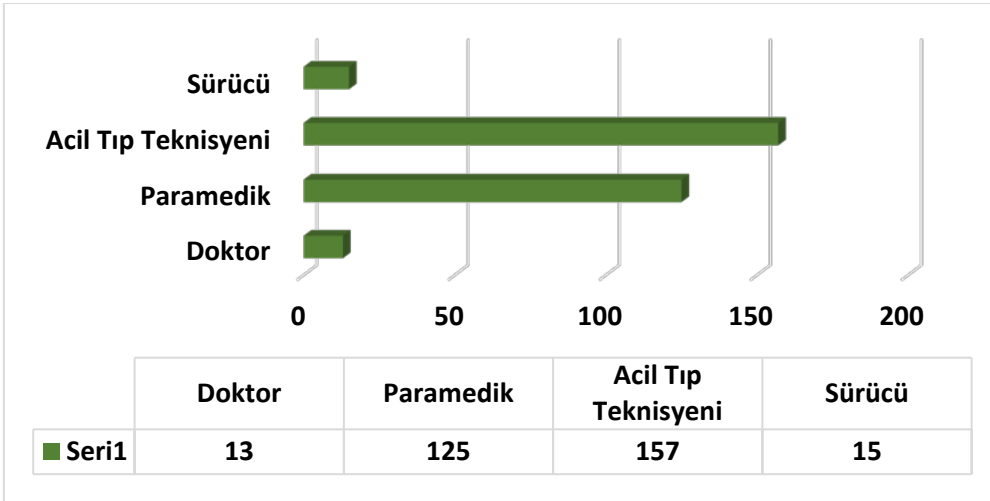
Şekil 6. Katılımcıların gelir durumları

Katılımcıların hizmet süresi genel olarak 6 ile 10 yıl (% 41,3) arasında bulunmuştur. Sonra sırasıyla 11-15 yıl (% 28,4), 1-5 yıl arası (% 17,4), 16-20 yıl arası (% 10) ve 21 yıl ve daha uzun hizmet süresi olan dokuz katılımcının (% 2,9) olduğu görülmüştür (Şekil 7).



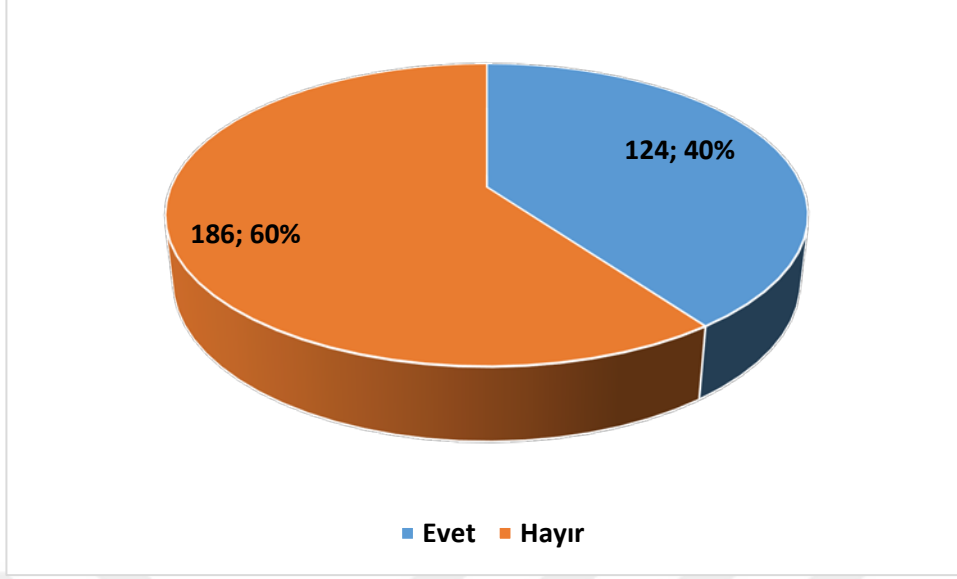
Şekil 7. Katılımcıların hizmet süreleri

Çalışmaya dört farklı unvanda personel katılmıştır. Unvanlarına göre katılımcılar birbirine yakın ve en yüksek oranlarda ATT (% 50,6) ve paramedik (% 40,3) oldukları görülmüş, diğer unvanlar % 4,2 oranında doktor ve % 4,8 oranında sürücüden oluşmuştur (Şekil 8).



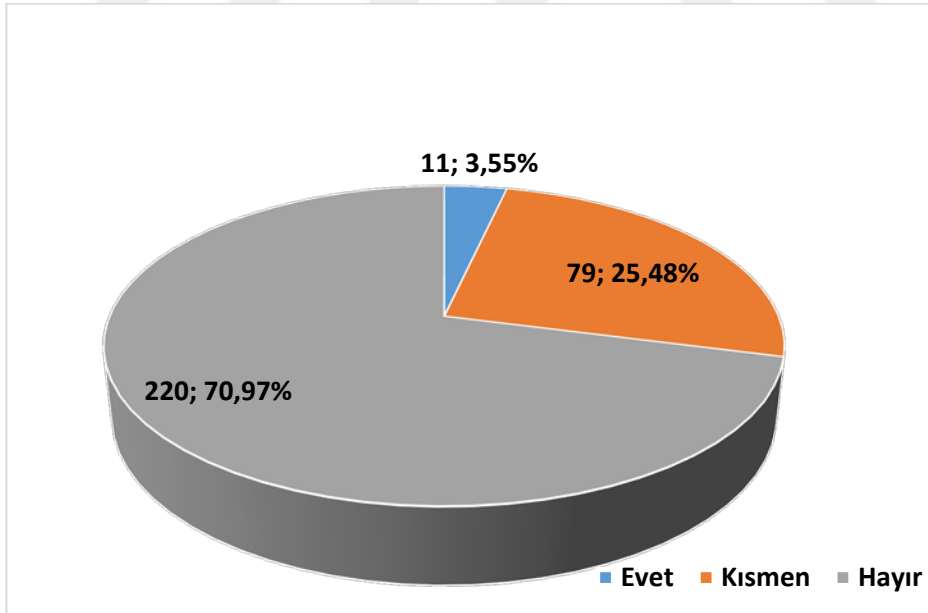
Şekil 8. Katılımcıların görev unvanları

Katılımcıların % 40'ı nöbet hizmetlerinde sürücülük yaptığını, % 60'ı ise sürücülük yapmadığını belirtmiştir (Şekil 9).



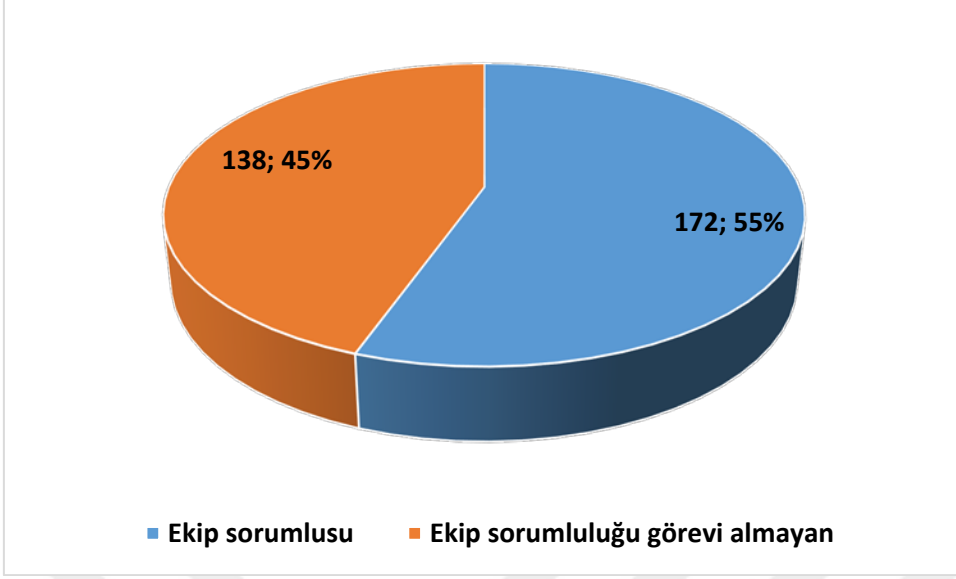
Şekil 9. Katılımcıların nöbet hizmetlerinde sürücülük yapma oranları

Katılımcıların % 71'i tıbbi müdahale durumunda karar vermede zorluk çekmediğini ifade etmektedir (Şekil 10).



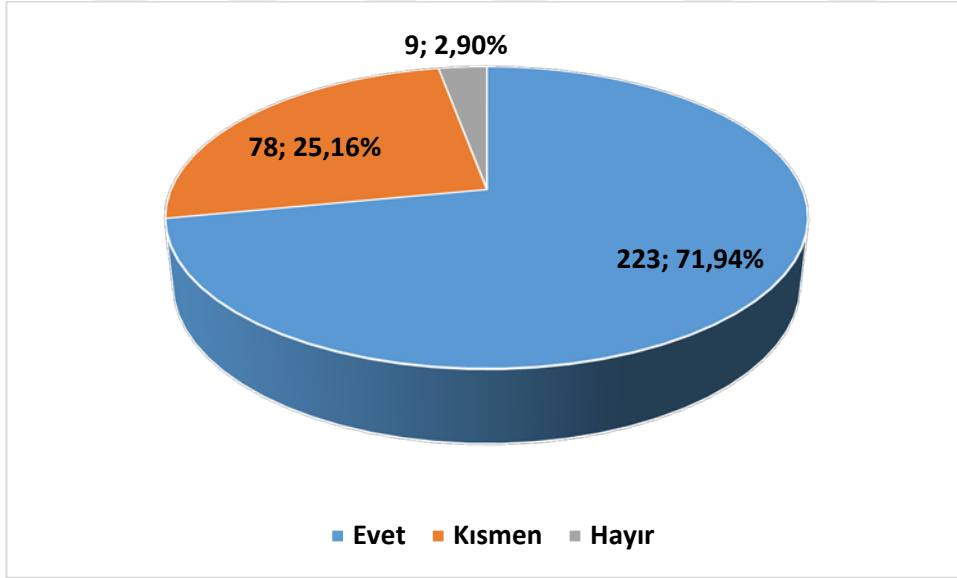
Şekil 10. Katılımcıların tıbbi müdahalede karar verme zorluğu

Katılımcıların yarısından fazlası (% 55,48) nöbet hizmetlerinde ekip sorumlusu olduğunu bildirirken, geri kalanı ekip sorumluluğu görevi almadıklarını belirtmiştir (Şekil 11).



Şekil 11. Katılımcıların nöbet hizmetlerinde ekip sorumlusu olma durumu

Katılımcıların büyük bölümü (% 71,94) işinde yeterli olduğunu düşünmektedir (Şekil 12).



Şekil 12. Katılımcıların işlerinde yeterli olma düşüncesi

4.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stillerine ilişkin bulguları, cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi bağlamında karar verme stillerine ilişkin bulguları verilmiştir.

4.2.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stillerine ilişkin puan ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır (Tablo 1). Katılımcıların özsaygı ortalama puanı $10,20 \pm 1,76$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların dikkatli karar verme alt boyutu $10,26 \pm 1,88$ puan bulunurken erteleyici karar verme stili puan ortalaması $2,08 \pm 2,21$ olarak belirlenmiştir. Kaçınan ve panik karar verme stili puanları birbirine yakın ve sırasıyla $3,92 \pm 2,28$ ve $2,64 \pm 2,10$ şeklinde hesaplanmıştır.

Tablo 1

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri puanları

Karar verme stilleri	Ölçek	Puan	
	Puan aralığı	Ortalama	SS
Özsaygı	0-12	10,20	1,76
Dikkatli	0-12	10,26	1,88
Erteleyici	0-10	2,08	2,21
Kaçınan	0-12	3,92	2,28
Panik	0-10	2,64	2,10

4.2.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların Melbourne Karar Verme Ölçeği'nden aldıkları puanlar cinsiyet bağlamında Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Tablo 2. Katılımcıların

karar vermede özsaygı, dikkatli karar verme stiline ve panik karar verme stiline ilişkin ortalama puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Katılımcıların cinsiyete göre erteleyici karar verme stili ($U = 9447, p < 0,002$) ve kaçınan karar verme stili ($U = 10193, p < 0,031$) puanlarında anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Sıra ortalamalarına göre erkek katılımcıların erteleyici karar verme stili ve kaçınan karar verme stiline kadın katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 2

Cinsiyete göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar

	Erkek (n=138)		Kadın (n=172)		U	p
	Sıra ortalaması	Toplam sıra ortalaması	Sıra ortalaması	Toplam sıra ortalaması		
Özsaygı	160,47	22145,5	151,51	26059,5	11181,5	0,369
Dikkatli	159,46	22006	152,32	26199	11321	0,473
Erteleyici	173,04	23880	141,42	24325	9447	0,002
Kaçınan	167,63	23133,5	145,76	25071,5	10193	0,031
Panik	158,60	21887	153,01	26318	11440	0,581

4.2.3. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Karar Verme Stillere İlişkin Bulgular

Karar verme stillerinin yaş gruplarına göre karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır (Tablo 3). Sonuçlar karar vermede özsaygı ($X^2_{(sd=4, n=310)} = 3,907, p > 0,419$) ve dikkatli karar verme stili ($X^2_{(sd=4, n=310)} = 1,456, p > 0,834$), erteleyici karar verme stili ($X^2_{(sd=4, n=310)} = 4,471, p > 0,346$), kaçınan karar verme stili ($X^2_{(sd=4, n=310)} = 9,101, p > 0,059$) ve panik karar verme stiline yaş grupları bakımından anlamlı bir farklılık ortaya koymamıştır ($X^2_{(sd=4, n=310)} = 1,155, p > 0,885$).

Tablo 3

Yaş grubuna göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar

	20-27 (n=82)	28-35 (n=147)	36-42 (n=72)	43-50 (n=6)	50 ve üstü (n=3)	sd	X ²	p
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.			
Özsaygı	152,74	154,65	165,52	133,58	76,00	4	3,907	0,419
Dikkatli	165,28	152,49	150,81	156,50	146,00	4	1,456	0,834
Erteleyici	154,21	150,39	160,85	193,75	236,17	4	4,471	0,346
Kaçıngan	147,82	148,02	171,16	215,67	235,83	4	9,101	0,059
Panik	159,40	150,87	157,89	180,58	168,17	4	1,155	0,885

4.2.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Karar Verme Stillere İlişkin Bulgular

Katılımcıların medeni durumlarına göre karar verme stilleri Mann Whitney U testi kullanılarak gerçekleştirilmiştir (Tablo 8). Eşinden ayrılmış olanların sayıları az olması sebebiyle boşanmış olanlara dahil edilmiştir. Sonuçlar medeni durumun, karar verme özsaygısında etkin rol oynadığını göstermiştir ($U = 9265,00, p > 0,074$). Karar vermede özsaygı düzeyi evli ve bekar katılımcılarda benzer bulunmuştur. Dikkatli karar verme stili ($U = 9611,00, p < 0,189$), erteleyici karar verme stili ($U = 10305,50, p < 0,731$) ve panik karar verme stili ($U = 10386,00, p < 0,818$) katılımcıların medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Ancak, katılımcıların medeni durumlarına göre kaçıngan karar verme stilinden aldıkları puanların anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür ($U = 8819,00, p < 0,018$). Sonuçlar kaçıngan karar verme stili sıra ortalamalarının evli katılımcıların bekar katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Tablo 4

Medeni duruma göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar

	Evli (n=209)		Bekar (n=101)		U	p
	Sıra ortalaması	Toplam sıra ortalaması	Sıra ortalaması	Toplam sıra ortalaması		
Özsaygı	149,33	31210,00	168,27	16995,00	9265,00	0,074
Dikkatli	150,99	31556,00	164,84	15549,00	9611,00	0,189
Erteleyici	156,69	32748,50	153,03	15456,50	10305,50	0,731
Kaçıngan	163,80	34235,00	138,32	13970,00	8819,00	0,018
Panik	156,30	32667,50	153,84	15537,50	10386,50	0,818

4.2.5. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karar Verme Stillere İlişkin Bulgular

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre karar verme stillerinin karşılaştırılması Kruskal-Wallis testi ile gerçekleştirilmiştir (Tablo 5). Sayıları az olması sebebiyle doktora eğitimi alanlar yüksek lisans eğitimi alanlarla birleştirilmiş ve oluşturdukları grup lisansüstü eğitim olarak isimlendirilmiştir. Analiz sonuçları katılımcıların karar vermede özsaygı puanlarının eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak farklılaşmadığını göstermiştir ($X^2_{(sd=3, n=310)} = 4,338, p > 0,227$). Aynı şekilde eğitim düzeyinin dikkatli ($X^2_{(sd=3, n=310)} = 2,313, p > 0,510$), erteleyici ($X^2_{(sd=3, n=310)} = 0,175, p > 0,982$), kaçıngan ($X^2_{(sd=3, n=310)} = 0,706, p > 0,872$) ve panik karar verme ($X^2_{(sd=3, n=310)} = 3,310, p > 0,346$) puanlarını farklılaştırmadığı belirlenmiştir.

Tablo 5

Eğitim düzeyine göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar

	Lise (n=15) Sıra Ort.	Önlisans (n=103) Sıra Ort.	Lisans (n=142) Sıra Ort.	Lisansüstü (n=50) Sıra Ort.	sd	X²	p
Özsaygı	147,70	146,86	154,81	177,60	3	4,338	0,227
Dikkatli	136,57	148,06	162,11	157,73	3	2,313	0,510
Erteleyici	148,70	155,02	157,25	153,56	3	0,175	0,982
Kaçıngan	158,33	160,30	154,41	147,87	3	0,706	0,872
Panik	121,57	162,18	157,25	146,95	3	3,310	0,346

4.2.6. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Gelir Durumlarına Göre Karar Verme Stillere İlişkin Bulgular

Katılımcıların gelir durumları açısından karar vermede özsaygı ve karar verme stilleri Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 6). Farklı gelir durumuna sahip katılımcıların karar vermede özsaygı puanları anlamlı bir farklılık ortaya koymamıştır ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 2,886, p > 0,236$). Üç farklı gelir durumuna göre katılımcıların karar verme stilleri incelendiğinde gelir durumu dikkatli ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 2,629, p > 0,269$), erteleyici ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 1,065, p > 0,587$), kaçıngan ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 1,295, p > 0,523$) ve panik ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 1,419, p > 0,492$) karar verme stillerinin hiçbirinde anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır.

Tablo 6

Çalışanların gelir durumuna göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar

	Gelir Giderden Az (n=120) Sıra Ort.	Gelir Gidere Eşit (n=131) Sıra Ort.	Gelir Giderden Fazla (n=59) Sıra Ort.	sd	X²	p
Özsaygı	156,33	147,77	170,97	2	2,886	0,236
Dikkatli	145,43	162,30	160,87	2	2,629	0,269
Erteleyici	160,68	154,86	146,38	2	1,065	0,587
Kaçıngan	150,85	154,67	166,80	2	1,295	0,523
Panik	159,77	157,03	143,41	2	1,419	0,492

4.3. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının hizmet süresi, unvan, nöbet hizmetinde sürücülük yapma, bir müdahale durumunda karar vermede zorluk çekme, nöbet hizmetinde ekip sorumlusu olma, işinde yeterli olduğunu düşünme bağlamında karar verme stilleri incelenmiş ve bulgular verilmiştir.

4.3.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Hizmet Sürelerine Göre Karar Verme Stillerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların çalıştıkları birimlerdeki hizmet sürelerine göre karar verme stillerinin karşılaştırılması için Kruskal-Wallis testi ve anlamlı bulunan sonuçlar için ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U testine başvurulmuştur (Tablo 7). Katılımcıların birimdeki hizmet sürelerinin kaçınan karar verme stili ($X^2_{(sd=3, n=310)} = 9,503, p < 0,050$) dışında kalan karar verme stilleri ile ilişkisinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Kaçınan karar verme stili için ikili karşılaştırma testi sonucu 11-15 yıllık hizmet süresine sahip katılımcıların kaçınan karar verme stili sıra ortalamasının 6-10 yıl hizmet süresi olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir ($U = 4329, p < 0,004$). Katılımcıların karar vermede özsaygı ($X^2_{(sd=4, n=310)} = 1,097, p > 0,895$), dikkatli ($X^2_{(sd=4, n=310)} = 3,456, p > 0,485$), erteleyici ($X^2_{(sd=4, n=310)} = 4,232, p > 0,375$) ve panik ($X^2_{(sd=4, n=310)} = 1,966, p > 0,742$) karar verme stillerinde hizmet sürelerine göre anlamlı bir farklılığa ulaşamamıştır.

Tablo 7

Hizmet süresine göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar

	1-5 yıl (n=54)	6-10 yıl (n=128)	11-15 yıl (n=88)	16-20 yıl (n=31)	21 yıl ve üstü (n=9)	sd	X ²	p	Anlamlı Fark
Özsaygı	155,39	151,62	156,63	161,56	179,50	4	1,097	0,895	
Dikkatli	173,81	154,80	146,55	154,94	145,17	4	3,456	0,485	
Erteleyici	154,36	149,72	168,19	138,48	179,11	4	4,232	0,375	
Kaçıngan	148,13	140,79	176,93	165,58	164,78	4	9,503	0,050	6-10 yıl 11-15 yıl
Panik	153,73	152,73	165,05	149,94	131,28	4	1,966	0,742	

4.3.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Unvanlarına Göre Karar Verme Stillere İlişkin Bulgular

Katılımcıların unvanlarına göre karar verme stillerini karşılaştırmada Kruskal-Wallis analizi ve anlamlı bulunan sonuçları değerlendirmede Mann Whitney U ikili karşılaştırma testi uygulanmıştır. Unvanlar karar vermede oldukça etkili bulunmuştur (Tablo 8). Karar vermede özsaygı puanının acil tıp teknisyenlerinde diğer paramediklere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($U = 7184, p < 0,000$). Dikkatli karar verme stili sıra ortalamaları unvanlara göre karşılaştırıldığında sonuç anlamlı bulunmamıştır ($X^2_{(sd=3, n=310)} = 3,052, p > 0,384$). Erteleyici karar verme stili sıra ortalamaları acil tıp teknisyenlerinin paramediklerden ($U = 7663, p < 0,001$) sürücülerin paramediklerden yüksek ($U = 656,50, p < 0,049$) bulunmuştur. Kaçıngan karar verme stilinde de benzer şekilde acil tıp teknisyenlerinin sıra ortalamaları paramediklerden ($U = 6224, p < 0,000$), sürücülerin sıra ortalamaları paramediklerden yüksekti ($U = 572,50, p < 0,013$), Panik karar verme stilinde ise acil tıp teknisyenlerinin sıra ortalamaları paramediklerden yüksek bulunmuştur ($U = 8040, p < 0,008$).

Tablo 8.

Çalışanların unvanlarına göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar

	Doktor (n=13)	Paramedik (n=125)	ATT (n=157)	Sürücü (n=15)	sd	X ²	p	Anlamlı fark
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.				
Özsaygı	142,81	178,84	137,50	160,40	3	15,918	0,001	PRM-ATT
Dikkatli	124,00	162,48	154,08	139,53	3	3,052	0,384	
Erteleyici	150,15	135,41	169,12	185,00	3	12,110	0,007	PRM-ATT PRM-SRC
Kaçıngan	140,69	123,26	180,21	178,37	3	19,976	0,000	PRM-ATT PRM-SRC
Panik	121,19	141,56	169,72	152,60	3	9,114	0,028	PRM-ATT

Paramedik- PRM, Acil Tıp Teknisyeni- ATT, Sürücü- SRC olarak kısaltılmıştır.

4.3.3. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Nöbet Hizmetinde Sürücülük Yapma Durumuna Göre Karar Verme Stillere İlişkin Bulgular

Katılımcıların nöbet hizmetlerinde sürücülük yapma durumları Mann-Whitney U testi kullanılarak incelendiğinde, karar vermede özsaygı ($U = 11097, p > 0,564$), dikkatli ($U = 11346, p > 0,804$), erteleyici ($U = 10106,50, p > 0,059$) ve panik ($U = 11454, p > 0,919$) karar verme stilleri puan ortalamalarında anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır (Tablo 9). Yalnızca, kaçıngan karar verme stilinde sürücülük yapanların sıra ortalamaları sürücülük yapmayan personelden daha yüksek bulunmuştur ($U = 9987, p < 0,044$).

Tablo 9

Nöbet hizmetlerinde sürücülük yapma durumuna göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar

	Evet (n=124)		Hayır (n=186)		U	p
	Sıra ortalaması	Toplam sıra ortalaması	Sıra ortalaması	Toplam sıra ortalaması		
Özsaygı	159,01	19717	153,16	28488	11097	0,564
Dikkatli	157,00	19468	154,50	28737	11346	0,804
Erteleyici	167,00	20707,50	147,84	27497,50	10106,50	0,059
Kaçıngan	167,96	20827	147,19	27378	9987	0,044
Panik	156,13	19359,50	155,08	28845,50	11454	0,919

4.3.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Acil Tıbbi Müdahale Halinde Karar Vermede Zorluk Çekme Durumuna Göre Karar Verme Stilllerine İlişkin Bulgular

Acil müdahale durumunda karar vermede zorluk çeken katılımcıların karar verme stillerinin karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (Tablo 10). Acil müdahale halinde karar vermede zorluk çekmede katılımcılarda dikkatli karar verme stili ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 3,749, p > 0,153$) dışında karar vermede özsaygı ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 33,394, p < 0,000$), erteleyici karar verme stili ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 20,833, p < 0,000$), kaçınan karar verme stili ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 15,074, p < 0,001$) ve panik karar verme stilinde ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 27,062, p < 0,000$) anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Acil tıbbi müdahalede zorluk çektiğini ifade eden katılımcıların zorluk çekmediğini ifade edenlerden karar vermede özsaygı sıra ortalaması düşük ($U = 570, p < 0,002$), erteleyici karar verme stili ($U = 771, p < 0,036$) ve panik karar verme stili ($U = 717, p < 0,021$) sıra ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar kısmen zorluk çektiğini ifade edenler için de saptanmıştır. Acil tıbbi müdahalede kısmen zorluk çektiğini ifade edenlerin zorluk çekmeyenlerden karar vermede özsaygı sıra ortalamaları düşük ($U = 5366, p < 0,000$), erteleyici karar verme stili ($U = 5944,50, p < 0,000$) ve panik karar verme stili ($U = 5506,50, p < 0,000$) sıra ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca kaçınan karar verme stili sıra ortalamaları kısmen zorluk çekenlerin zorluk çekmeyenlerden daha yüksek olduğu görülmüştür ($U = 6132, p < 0,000$).

Tablo 10

Acil tıbbi müdahale durumunda karar vermede zorluk çekme durumuna göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar

	Evet (n=11)	Kısmen (n=79)	Hayır (n=220)				
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	sd	X²	p	Anlamlı Fark
Özsaygı	85	115,13	173,52	2	33,394	0,000	Evet-Hayır Hayır- Kısmen
Dikkatli	196	144,51	157,42	2	3,749	0,153	
Erteleyici	200,82	189,50	141,03	2	20,833	0,000	Evet-Hayır Hayır- Kısmen
Kaçıngan	157,45	188,70	143,48	2	15,074	0,001	Hayır- Kısmen
Panik	203,64	195,33	138,79	2	27,062	0,000	Evet-Hayır Hayır- Kısmen

4.3.5. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Nöbet Hizmetlerinde Ekip Sorumlusu Olmalarına Göre Karar Verme Stillere İlişkin Bulgular

Nöbet hizmetlerinde ekip sorumlusu olma durumlarına göre katılımcıların karar verme stillerinde farklılığın olup olmadığının belirlenmesinde Kruskal Wallis testi kullanılmış, ikili karşılaştırmaları yapmak amacıyla Mann Whitney U testi uygulanmıştır (Tablo 11). Nöbet hizmetlerinde ekip sorumlusu olma durumuna göre katılımcılarda dikkatli karar verme stili ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 1,608, p > 0,447$) dışında karar vermede özsaygı ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 10,561, p < 0,005$), erteleyici karar verme stili ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 17,452, p < 0,000$), kaçıngan karar verme stili ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 24,184, p < 0,000$) ve panik karar verme stili ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 11,246, p < 0,004$) anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Nöbet hizmetlerinde ekip sorumlusu olmayanların ekip sorumlusu olanlardan karar vermede özsaygı sıra ortalamaları düşük ($U = 3877, p < 0,006$), erteleyici karar verme stili ($U = 3938, p < 0,008$), kaçıngan karar verme stili ($U = 3452,50, p < 0,000$) ve panik karar verme stili ($U = 3932,50, p < 0,009$) sıra ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar kısmen ekip sorumlusu olduğunu bildirenler için de saptanmıştır. Nöbet hizmetlerinde kısmen ekip sorumlusu olanların ekip sorumlusu olanlardan karar vermede özsaygı sıra ortalaması düşük ($U = 5559,$

$p < 0,017$), erteleyici karar verme stili ($U = 4754,50$, $p < 0,000$), kaçınan karar verme stili ($U = 4593$, $p < 0,000$) ve panik karar verme stili ($U = 5338,50$, $p < 0,006$) sıra ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 11

Nöbet hizmetlerinde ekip sorumlusu olma durumuna göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne İlişkin sonuçlar

	Evet (n=172)	Kısmen (n=79)	Hayır (n=59)				
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	sd	X²	p	Anlamlı Fark
Özsaygı	169,64	142,11	132,21	2	10,561	0,005	Evet-Hayır Evet-Kısmen
Dikkatli	160,87	151,17	145,64	2	1,608	0,447	
Erteleyici	133,28	183,47	182,82	2	17,452	0,000	Evet-Hayır Evet-Kısmen
Kaçınan	133,28	183,47	182,82	2	24,184	0,000	Evet-Hayır Evet-Kısmen
Panik	140,40	175,36	173,54	2	11,246	0,004	Evet-Hayır Evet-Kısmen

4.3.6. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşlerinde Yeterli Olma Düşüncelerine Göre Karar Verme Stillere İlişkin Bulgular

İşinde yeterli olduğu düşüncesine göre katılımcıların karar verme stillerinde farklılığın olup olmadığını belirlemede Kruskal Wallis testinden yararlanılmış, testin anlamlı çıkması durumunda ikili karşılaştırmalarda için Mann Whitney U testi kullanılmıştır (Tablo 12). Analiz sonuçları katılımcıların karar vermede özsaygı ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 37,467$, $p < 0,000$), dikkatli karar verme stili ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 6,163$, $p < 0,046$), kaçınan karar verme stili ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 10,700$, $p < 0,005$) ve panik karar verme stiline ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 6,670$, $p < 0,036$) işinde yeterli olma düşüncesine göre anlamlı olarak farklılaştığını, erteleyici karar verme stiline ($X^2_{(sd=2, n=310)} = 4,507$, $p > 0,105$) ise anlamlı olarak farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. İşinde yeterli olduğunu düşünen katılımcıların düşünmeyenlerden karar vermede özsaygı sıra ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($U = 373$, $p < 0,001$). İşinde yeterli olduğunu düşünen katılımcıların karar vermede özsaygı sıra ortalamasının ($U = 5193,50$, $p < 0,000$) ve dikkatli karar verme stili sıra ortalamasının ($U = 7287$, $p < 0,028$) kısmen işinde yeterli olduğunu düşünenlerden daha yüksek olduğu

belirlenmiştir. İşinde yeterli olduğunu düşünenlerin kaçınan karar verme stili ($U = 6837,50$, $p < 0,005$) ve panik karar verme stiline ($U = 7185$, $p < 0,021$) ilişkin sıra ortalamaları kısmen işinde yeterli olduğunu düşünenlerden daha düşük bulunmuştur.

Tablo 12

İşinde yeterli olduğunu düşünme durumuna göre Melbourne Karar Verme Ölçeği'ne ilişkin sonuçlar

	Evet (n=223)	Kısmen (n=78)	Hayır (n=9)				
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	sd	X²	p	Anlamlı Fark
Özsaygı	174,04	112,09	72,39	2	37,467	0,000	Evet-Hayır Evet-Kısmen
Dikkatli	163,01	137,84	122,50	2	6,163	0,046	Evet-Kısmen
Erteleyici	149,91	166,22	201,06	2	4,507	0,105	
Kaçınan	145,53	178,39	204,22	2	10,700	0,005	Evet-Kısmen
Panik	147,53	174,34	189,61	2	6,670	0,036	Evet-Kısmen

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, hastane öncesi acil hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri bazı değişkenlere göre belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmada hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının karar verme eylemlerinin anlaşılması amaçlanmıştır. Karar verme sağlık hizmetlerinde kritik bir öneme sahiptir. Acil durumlarda veya krizlerde ne yapılacağına karar vermek en önemli adımdır (Higgins ve Friedman, 2013). Karar verme zorlu bir süreçtir ve bu süreci etkileyen pek çok etmen vardır. Kişiler karar verirken birtakım yollar deneyebilir ve kendilerine stratejiler geliştirebilirler. Bu stratejiler kişilerin günlük yaşamlarında olduğu kadar mesleki yaşamlarında da karar vermelerinde etkili olabilir. Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında karar verme çok daha ciddi bir durumdur çünkü çalışanın geç, hatalı veya yanlış kararlarının sonuçları ağır olabilir. Hastanın tedavi şansı kalmayabilir ve yaşamını kaybedebilir, hastalığın ya da yaranın kötüleşmesine, tedavi sürecinin uzamasına yol açabilir. Karar verme sürecinin anlaşılması hasta açısından en iyi sonuçları elde etmenin yanında hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin de gelişmesine katkı sağlayacaktır (Perona vd., 2019).

5.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karar Verme Stillere Yönelik Tartışma ve Sonuçlar

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir durumuna göre karar verme stillerine ilişkin sonuçlar bu başlık altında ele alınmış ve tartışılmıştır.

- Mann ve arkadaşlarına (1997) göre çatışma durumlarında tek sağlıklı ve rasyonel karar verme biçimi dikkatli karar verme stildir. Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının diğer karar verme stilleri ile karşılaştırıldığında en yüksek puan ortalamalarının dikkatli karar verme stili olduğu belirlenmiştir. Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının bu bulguya göre karar vermeleri gereken durumlarda gerekli bilgiyi araştırdıkları, alternatifleri belirleyip, değerlendirdikten sonra objektif olarak seçim yaptıkları ifade edilebilir. Katılımcıların ortalama puanlarına göre diğer karar verme stilleri incelendiğinde kaçınan karar verme stilini

erteleyici karar verme stiline izlediği, en düşük puan ortalamasının ise panik karar verme stili olduğu görülmüştür. Bulgular ayrıca hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının erteleyici, kaçınan ve panik karar verme stillerinde düşük puanlar aldıklarını göstermiştir. Çalışmada katılımcıların karar vermede benlik saygılarının da yüksek olduğu görülmüştür. Burnett'e (1991) göre karar vermede özsaygı kişinin karar verme yeteneği konusunda kendisine duyduğu güvendir. Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının karar verme konusunda kendilerine güvendikleri ifade edilebilir. Sonuçlar hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının karar vermelerini gerektiren durumlarda başkalarına kararı bırakmadıkları, ertelemedikleri ve paniklemeden sağlıklı karar verebildikleri şeklinde yorumlanabilir.

- Katılımcıların cinsiyeti karar verme stillerini etkilemektedir. Erkek çalışanlar kadınlara göre daha erteleyici ve kaçınan karar vermektedirler. Bu sonuç erkek katılımcıların sorumluluk devri ile ya da geciktirerek, sürüncemede bırakarak karar vermekten kurtulmaya çalıştıkları şeklinde yorumlanabilir. Bu bulgu ile benzer şekilde kaçınan karar verme stiline erkeklerin kadınlardan daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Atılğan ve Tükel, 2019). Fakat erkeklerin erteleyici karar verme stiline kadınlardan daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalara da rastlanmıştır (Hajdarevic, vd., 2013, Yıldırım ve Ertekin Pınar, 2022). Dikkatli karar verme stili açısından ise çalışmada hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının kadın ve erkek olmalarının bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç Mann ve arkadaşlarının (1997), Filipe ve arkadaşlarının (2020) araştırmalarının bulgularını desteklemektedir. Çalışmada panik karar verme stiline de erkek ve kadın katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Ertural (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise kadınların panik karar verme stiline erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, çalışmada erkek ve kadın çalışanların karar vermede özsaygı düzeyleri arasında bir farkın bulunmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Avşaroğlu ve Üre'nin (2007) çalışmalarında da karar vermede özsaygıda kadınlar ve erkekler arasında bir farklılığın olmadığı bildirilmiştir. Yetişkin örnekleme yürütülen bir çalışmada ise kadınların kaçınan, erteleyici ve panik karar verme stiline yüksek puan alırken, dikkatli karar verme stiline düşük puan aldıkları

saptanmıştır (Urieta vd., 2021). Bu sonuçlarla birlikte cinsiyet farklılığının karar vermede etkili olmadığına ilişkin çalışmalarda bulunmaktadır (Avşaroğlu ve Üre, 2007; Kelecek, Altıntaş ve Aşçı, 2013; Davids vd., 2016). Çalışmaların sonuçları cinsiyete göre karar verme stillerine ilişkin bulgularda tutarsızlığın olduğunu göstermektedir. Çalışmada erkek katılımcıların erteleyici ve kaçınan karar verme stillerinin kadınlardan daha yüksek olması kadınların işlerine daha sıkı sarılmaları ve yapıları gereği yaptıkları işte daha titiz olmalarından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, erkekler kadınlara göre daha sakin davranabilmekte ve kendilerine verilen işlerden kaçınabilmektedirler. Bu durum, acil davranılması gereken bir iş ortamında kadınların daha fazla işe bağlılığının olduğunu düşündürmektedir. İlgili yazında karar verme stillerindeki farklılığın kadın ve erkeklerin bilgiyi dikkatlice işleme, kararlar ilgili veriyi depolama, kategorize etme, seçenekler hakkında mantıklı düşünme, sonucu öngörme gibi entelektüel becerilerinde bir farklılıktan kaynaklanmadığı, cinsiyete ilişkin sosyal rol taleplerinden kaynaklanmış olabileceği ileri sürülmektedir (de Acedo Lizárraga, de Acedo Baquedano ve Cardelle-Elawar, 2007).

- Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının karar verme stillerinde ve karar vermede özsaygıda yaşa göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Atalay (2018) tarafından yapılan çalışmada yalnızca 41 yaş üstü katılımcılarda karar vermede özsaygı düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İspanya’da yapılan bir çalışmada ise 18-88 yaş arası yetişkin katılımcının oluşturduğu örnekleme yaşın kaçınan, erteleyici ve panik karar verme stillerinde her iki cinsiyette de U şeklinde bir dağılım gösterdiği gözlenmiştir (Urieta vd., 2021). Çalışmada 60 yaş üstü kişiler ve 30 yaş altı kişiler orta yaş aralığındaki kişilerden daha yüksek puan almışlardır. Gençlerin erteleyici, kaçınan ve panik karar verme stillerine daha eğilimli oldukları belirlenmiştir. Benzer biçimde Davids (2022) gençlerin genellikle erteleyici ve kaçınan karar verme stilini kullandıklarını bulmuştur. Bu çalışmada yaş grupları arasında farklılığın olmaması katılımcıların büyük çoğunluğunun (% 73,9) yaşlarının 35 yaşının altında olmasından kaynaklanmış olabilir.

- Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının medeni durumları kaçınan karar verme stilini etkilemekte ve evli çalışanların kaçınan karar verme stilleri bekar çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Uzunoğlu, Şahin ve Fişekçioğlu (2009) ise çalışmalarında (futbol hakemleri) kaçınan karar verme stilini bekarların daha fazla kullandığını belirlemiştir. Aksu ve Arslan (2020) tarafından yapılan çalışmada evli hakemlerin karar verme stillerinin daha olumlu olduğu bulunmuştur. Bir başka çalışma medeni durumun karar vermede özsaygı ve karar verme stillerinde farklılık oluşturmadığını ortaya koymuştur (Öztürk Çelik, 2020). Benzer şekilde Ghareeb ve Kaya (2022) da karar verme stillerinde evli ve bekar olmalarına göre anlamlı bir farklılık bulamamıştır. Kaçınan karar verme stilinde kişi sorumluluk almaktan kaçınmakta ve kararı başkalarına bırakmaktadır (Ding vd., 2020). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri oldukça yoğun ve stresli bir ortama sahiptir. Bu nedenle çalışanlarda kaygı ve yorgunluk daha yüksek olmaktadır. Evli olan katılımcıların bu yoğunluk içerisinde eş ve çocukları ile ilgili sorunların yükünü daha fazla üzerlerinde hissettikleri düşünülebilir. Bu durum, iş ortamında acil durumlarda kaçınan karar verdiklerini düşündürmektedir.
- Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında eğitim düzeyi ve gelir durumlarının karar verme stilleri üzerinde etkisi bulunmamaktadır. Çalışmanın eğitim düzeyine ilişkin bulgusu literatürde desteklenmektedir (Ghareeb ve Kaya, 2022; Öztürk Çelik, 2020). Yetişkin örnekleme yürütülen bir çalışmada ise daha yüksek eğitime ve yüksek gelir grubuna sahip olan katılımcıların daha dikkatli karar verme stiline sahip oldukları görülmüştür (Wackerbarth ve Tarasenko, 2017). Bir başka çalışmada lisanüstü katılımcıların lisans eğitimi almış olanlardan dikkatli karar verme stili daha yüksek bulunmuştur (Atılğan ve Tükel, 2019). Eğitim durumunun kaçınan ve panik karar verme stillerinde farklılık oluşturduğuna ilişkin bulgularda literatürde yer almaktadır (Uzunoğlu, Şahin ve Fişekçioğlu, 2009). Gelir düzeyine ilişkin yapılan çalışmada ise dikkatli karar verme stili, kaçınan karar verme stili ve karar vermede özsaygıda farklılık olduğu saptanmıştır (Uzunoğlu, Şahin ve Fişekçioğlu, 2009).

5.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Karar Verme Stillere Yönelik Tartışma ve Sonuçlar

Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının hizmet süresi, unvan, nöbet hizmetlerinde sürücülük yapma, nöbet hizmetlerinde ekip sorumlusu olma, acil tıbbi müdahale halinde karar vermede zorluk çekme ve işinde kendini yeterli görme durumlarına göre karar verme stillerine ilişkin sonuçlar bu başlık altında ele alınmış ve tartışılmıştır.

- Çalışanların mesleki tecrübe süreleri kaçınan karar verme stilini etkilemektedir. Hizmet süresi 11-15 yıl olan katılımcıların hizmet süresi 6-10 yıl olan katılımcılardan daha kaçınan karar verdikleri görülmüştür. 11-15 yıl hizmet süresi olanların kaçınan karar verme stiline başvurmaları strese girdiklerini ve karar verme sorumluluğunu bir başkasına verme eğilimi içinde olduklarını göstermektedir (Mann vd., 1997). Hakemlerle yürütülen bir çalışmada ise hakemlik sürelerinin hakemlerin karar vermede özsaygı, kaçınan ve panik karar vermede farklılık oluşturduğunu göstermiştir (Öztürk Çelik, 2020). Okul yöneticileri ile yürütülen bir çalışmada ise hizmet sürelerine göre karar verme stillerinin herhangi birinde ve karar vermede özsaygıda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Izgar ve Yılmaz, 2007).
- Paramedikler ATT'lerden karar verme yeteneklerine daha fazla güvenmektedir. Paramedikler ATT ve sürücülerden daha az kaçınan davranmaktadırlar. Son olarak paramedikler ATT'lerden daha az erteleyici ve panik karar verme eğilimi sergilemektedirler. Acil hizmetlerde doktor ve paramediklerin sorumluluğu daha fazladır. Daha özerk olmaları ve daha fazla bilgi donanımına sahip olmaları nedeniyle karar verme konusunda kendi yeteneklerine daha fazla güvenmiş olabilirler (Deci ve Ryan, 1985; Kuzgun, 1992). Paramediklerin daha az kaçınan, erteleyici ve panik stilleri benimsememeleri sorumluluk bilinci ile ilişkilendirilebilir. Ters durumda ATT'lerin sorumluluklarının daha az olması olumsuz karar verme stillerini benimsemelerine katkı sağlamış olabilir. Doğru seçim konusunda diğerlerinin kendisinden daha iyi bildiğini, bir başka ifadeyle diğerlerinin daha doğru seçim yapacağını ya da sorunun bir başkasının yetki alanı olduğunu rasyonelleştirmiş olabilirler (Janis ve Mann, 1977a).

- Nöbet hizmetlerinde sürücülük yapan kişilerin yapmayanlardan kaçınan davranmaya daha eğilimli oldukları belirlenmiştir. İş yükünün artması kontrolün azalması durumunda kaçınan karar verme eğiliminin arttığı bulunmuştur (Narangerel ve Boz Semerci, 2020). Nöbet hizmetlerinde sürücülük hizmeti yapan çalışanların hastaya hızlı ve güvenli olarak ulaşma sorumlulukları yanında olay yerinde hastaya bakım sağlama sorumlulukları da bulunmaktadır. Bu durum iş yüklerinin artmasına ve dolayısıyla işteki kontrollerinin azalmasına ve karar vermede kaçınan olmalarına katkı sağlamış olabilir. Sorumlu oldukları görevlere sürücülük hizmetinin eklenmesi ile karar verme sorumluluğunu başkalarına bırakmış olabilirler. Çalışanların iş yüklerinin yüksek olduğuna ilişkin algıları onları karar verme sorumluluğundan kaçınmaya eğilimli hale getirebilir (Narangerel ve Boz Semerci, 2020).
- Acil nöbet hizmetlerinde ekip sorumlusu olanların olmayanlardan ve kısmen olanlardan karar verme konusunda yeteneklerine daha fazla güvendikleri bulunmuştur. Ekip sorumlusu olmayan yada kısmen olanların ise daha kaçınan erteleyici ve panik karar verme eğiliminde oldukları görülmüştür. Kurum ya da çalışma ortamı çalışanları karar verme konusunda başkalarına güvenmeye teşvik etmişse, çalışan karar vermesi gereken durumlarda seçimi geciktirebilir, karar konusunda ekip sorumlusuna güvenebilir (Mann vd., 1998).
- Acil tıbbi müdahale halinde karar vermede zorluk çekme durumuna göre zorluk çekmeyenlerin zorluk çekenlerden karar vermede daha özgüvenli oldukları saptanmıştır. Tıbbi müdahalede zorluk çekenler çekmeyenlere göre erteleyici, kaçınan ve panik karar vermeye daha eğilimli bulunmuşlardır. Karar verme stresli bir süreçtir. Bu süreçte zorluk yaşadığını bildiren çalışanların karar vermede olumsuz stilleri benimsemeleri beklenen bir bulgudur. Janis ve Mann (1977a) karar verme çatışmasına bağlı yaşanan stresin derecesinin çalışanın acil eylemlerin ne olacağını araştırmasını ve belirlemesini kolaylaştırabildiği gibi engelleyebileceğini ileri sürmüşlerdir.
- Acil hizmetlerde çalışanlar arasında işinde kendini yeterli görenlerde karar vermede özsaygı düzeyi daha yüksektir. Kendini yeterli görmeyen çalışanlarda ise

panik ve kaçınan karar verme daha yaygın iken dikkatli karar verme düzeyleri işinde yeterli olanlara göre daha düşüktür. İşinde kendini yeterli görmeyen katılımcılarda tecrübe eksikliği bulunabilir. Ayrıca, çalışan kendisini acil durumlarda yetersiz görme eğiliminde ise karar vermede kaçınan davranıp sorumluluğu başkalarına atıyor olabilirler. Toygar (2011) tarafından yapılan çalışmada tecrübeli ve daha fazla sorumluluğa sahip yöneticilerin karar verme becerilerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kendine güvenen, tecrübeli ve işinde kendini yeterli gören katılımcıların daha hızlı karar verme ve problem çözme becerisine sahip oldukları görülmektedir (Aksu ve Arslan 2020; Akpınar vd. 2015).

- Genel olarak bakıldığında hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında çalışılan ortam, yapılan işin türü, cinsiyet, deneyim süresi ve medeni durumda evli olmanın karar verme stilleri üzerinde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir.

5.3. Öneriler

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri oldukça önemlidir. Ani gelişen sonucu hastanın kötüleşmesi ve yaşamını kaybetmesine neden olan herhangi bir olayda ilk müdahale kritiktir. Bu nedenle, vakanın hastaneye ulaştırılması ve yerinde müdahalesi ile sorunun çözülmesi tamamen bu hizmeti sunan çalışanlara bağlıdır. Acil durumlarda yapılan müdahale, kişilerin yaşamasını veya hayattan bağlarının kopmasını belirlemektedir. Vakanın durumu olayın sonucunu büyük oranda belirlerken yapılan müdahalenin doğruluğu, zamanlılığı ve yerindeliği de vakanın durumunu belirleyici olmaktadır. Bu bağlamda, müdahaleyi gerçekleştiren doktor, ATT veya paramedikler ile müdahaleye yetişmeye çalışan sürücülerin önemi ortaya çıkmaktadır. Personelin müdahale esnasında hızlı ve doğru karar vermesi, vereceği kararı ertelememesi, vereceği karardan kaçınmaması ve panik halde karar vermemesi gerekmektedir. Acil müdahaleler doğru ve hızlı karar vermenin gerekli olduğu en önde gelen alanlardır. Bu nedenle hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine eleman yetiştiren eğitim kurumlarında eğitim planlarında ve hastane öncesi acil sağlık hizmeti veren kurumlarda hizmet içi eğitim kapsamında karar verme konusunda farkındalık, bilinçlendirme ve sağlıklı karar vermeyi öğrenmelerine yardımcı olacak düzenlemelere gidilebilir.

Hastane öncesi acil sağlık hizmeti çalışanları belirsiz ortamlar, zaman baskısı ve ciddi sonuçlarla nitelenen bir çalışma ortamında çalışmak durumundadırlar. Olay mahalline gittiklerinde karşılaşacakları durumların belirsizliği, olay yerine hızlı ve sorunsuz ulaşmak zorunda olmaları ve acil müdahalede bulunmaları, bu süreçte verecekleri kararların doğuracağı ciddi sonuçlar stresi arttıran unsurlardır. Yoğun yaşanan stresin karar verme sürecini etkilediği ölçüde karar vermede sağlıklı ve sağlıklı olmayan farklı yolların izleneceği düşüncesi hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının karar verici olma zorunlulukları birlikte ele alındığında bu konuda farkındalıklarının arttırılmasını düşündürmektedir. Farkındalık eğitimleri çalışanların karar verme süreçlerini fark etmelerine, bilinçlenmelerine ve sağlıklı karar verme yollarını öğrenmelerine, doğru kararlar vermelerine fırsat yaratabilir. Motivasyon artırıcı aktiviteler düzenlenebilir. Uyumlu olmayan kaçınan, panik ve erteleyici karar verme eğilimlerini azaltıcı psikolojik destek hizmeti verilmesi, ödül mekanizması oluşturulması veya işe bağlılığı artırıcı aktiviteler geliştirilmesi olumlu sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

Çalışmada erkek çalışanların daha erteleyici ve kaçınan kararlara eğilimli oldukları belirlenmiştir. Medeni durum baz alındığında ise evli çalışanların kaçınan karar verme stilini daha fazla benimsedikleri görülmüştür. Evlilerin sorumluluk devri ile ilgili sorunlarına eğilmek yararlı olabilir. Erkek katılımcıların ve evlilerin karar verme süreçlerine yönelik eğitim çalışmaları yapılabilir.

ATT çalışanlarının karar vermede özsaygıları daha düşük bulunmuş, erteleyici, kaçınan ve panik karar verme stillerine eğilimli oldukları belirlenmiştir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları arasında özellikle ATT çalışanlarının karar verme süreçleri konusunda bilgilendirilmeleri ve güçlendirilmeleri eğitim yoluyla sağlanabilir. ATT çalışanlarının lise mezunu olmaları paramediklerin üniversite mezunu olmaları karar verme stillerini olumsuz olarak etkiliyor olabilir. Eğitim çalışanlar arasında bir hiyerarşi yaratmış ve ATT'lerin kendilerine olan güvenlerini baltalamış olabilir. Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerinin artırılması hatta lisansüstü eğitim almaları teşvik edilebilir. Benzer tarzda işler yapan personelin yasal düzenlemeler ile görev ve yetkileri genişletilebilir. Uzaktan eğitim ile personelin eğitim düzeyleri yükseltilebilir. Bu şekilde çalışanların görev unvanlarında değişim sağlanabileceği gibi gelirlerinde de iyileşme sağlanabilir. Bu durum çalışanın iş motivasyonunun artmasına katkı sağlayarak sağlıklı karar verme stiline eğilimi arttırabilir.

Müdahale durumunda zorluk çektiğini bildiren, ekip sorumlusu olarak çalışan ve nöbet hizmetlerinde sürücülük yapan kişilerin dikkate alınmaları, izlenmeleri, karar verme konusunda güçlendirilmeleri, teori ve uygulamanın birlikte ele alınacağı eğitim programları ile daha iyi karar vermelerine yardımcı olunarak mesleki performanslarına ve iş doyumlarına katkı sağlanabilir. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde (2000) "Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil yardım ve hasta nakil ambulanslarında sağlık personeli, komuta kontrol merkezlerinde çağrı karşılama personeli olarak ve hastane acil servislerinde sağlık personeli olarak çalışırlar." ifadesi çalışanların görevlerini tanımlamakla birlikte "Bu personel gerektiğinde ambulans aracının sürücüsü olarak görev yapar." ifadesi ile ek görev verilmiştir. Araştırmanın bulgularına dayalı olarak bu ek görevin yönetmelikten çıkarılması önerilebilir.

İşlerinde yeterli olduğunu düşünen çalışanların karar verme konusunda kendilerine güvendikleri, dikkatli karar verme stilini benimsedikleri bulgusu ışığında çalışanların sağlık hizmetlerinde kritik öneme sahip olan yerinde ve zamanında karar vermelerine katkı sağlayacak işleriyle ilgili yeterliliklerinin artırılmasına yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenebilir, çalışanların işlerinde yeterli olmadıklarına ilişkin yanlış algılamalarına yönelik psikolojik danışma hizmetleri sunulabilir.

Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının karar vermede özsayıları ve uyumlu karar verme boyutu dikkatli karar verme stilinde oldukça yüksek oldukları görülmektedir. Diğer yandan sosyal beğenirliği yüksek olan kişilerin uyumlu karar verme stillerini abartma ve uyumsuz kalıpları eksik bildirme eğiliminde oldukları ileri sürülmektedir (Pitel ve Mentel, 2017). Bu nedenle karar verme stillerine ilişkin gelecekte yapılacak olan çalışmalarda karar verme stillerinin sosyal beğenirlikle birlikte çalışılması önerilebilir.

Bu çalışmada hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının karar verme stilleri araştırılmıştır. Çalışmada çalışanların bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklere göre karar verme stilleri incelenmiştir. Gelecekteki araştırmalarda çalışanların karar süreçlerini etkileyebilecek duygusal özellikleri çalışılabilir. Karar verme stillerinin işe yansımalarını ortaya çıkarmada iş doyumunu ve iş performansı ile ilişkisi incelenebilir.

Bu çalışma Türkiye'nin batısında yer alan küçük bir şehirde çalışan hastane öncesi acil sağlık çalışanları ile gerçekleştirilmiştir. Farklı iller veya farklı kurumlarda da karar verme stilleri araştırılabilir.

KAYNAKÇA

- Acil Afet Ambulans Hekimleri Derneği (t.y.). Ambulans Tarihçe Erişim adresi: <https://www.aahd.org.tr/tarihce/#:~:text=%C3%9Cıkemizde%20modern%20denilebil%20acil%20sa%C4%9F1%C4%B1k,gezici%20ambulans%20ekipleri%20olu%C5%9Fturularak%20ba%C5%9Flat%C4%B1lm%C4%B1%C5%9Ft%C4%B1r>
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (ASHY) (2000, 11 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 24046) <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4798&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Adair, J. (2017). *Karar Verme ve Problem Çözme*. (çev. ed.). Nurdan Kalaycı, (çev.). Güneş Korkmaz. Pegem Akademi: Ankara.
- Akarsu, B. (1975). *Felsefe Terimleri Sözlüğü*. Türk Dil Kurumu Yayınları: Ankara.
- Akpınar, Ö., Temel, V., Birol, S. Ş., Akpınar, S., ve Nas, K. (2015). "Üniversitede okuyan hokey sporcularının karar verme stillerinin belirlenmesi". *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9, 92–99.
- Aksu, A. ve Arslan, C. (2020). "Farklı klasmandaki futbol hakemlerin karar verme stillerinin incelenmesi". *Spor Eğitim Dergisi*, 4(1), 56–70.
- Arslanian-Engoren, C. (2009). "Explicating nurses' cardiac triage decisions". *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 50–57.
- Aslan, Ş. ve Güzel, Ş. (2018). "Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri". *Journal of Social And Humanities Sciences Research*, 5(31), 4995–5002.
- Atalay, K. (2018). Muay-Thai Antrönerlerinin Liderlik Anlayışları Ve Karar Verme Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Bartın Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Bartın.
- Atılğan, D. ve Tükel, Y. (2019). "Hakemlerin karar verme stillerinin incelenmesi". *Sport Sciences*, 14(2), 22-32.
- Avşaroğlu, S. ve Üre, Ö., (2007), "Üniversite öğrencilerinin karar vermede özsaygı, karar verme ve stresle başa çıkma stillerinin benlik saygısı ve bazı değişkenler açısından incelenmesi". *Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18, 85-100.
- Aydın, N. (2019). "Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi". *Black Sea Journal of Health Science*, 2(1), 21–29.
- Bacanlı, F. (2008). "Kariyer Karar Verme Süreci". R. Özyürek (ed.). içinde *Kariyer Yolculuğu*. (s. 119-140). Ses Reklam İletişim Hizmetleri: Ankara.

- Bakewell, C. and Mitchell, V. W. (2003). "Generation Y female consumer decision-making styles". *International Journal of Retail & Distribution Management*, 31, 95-106.
- Bakırcıoğlu, R. (2000). *İlköğretim Ortaöğretim Yüksek Öğretimde Rehberlik Ve Psikolojik Danışma. 5. Baskı. Anı Yayıncılık: Ankara..*
- Bass, K. and Hebert, F. (1993). Psychological Types, Decision Styles, and Ethical Decision-Making. *Journal of Business Strategies*, 10(2), 79–94. <https://doi.org/10.54155/jbs.10.2.79-94>
- Başol, E. (2018). "Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri." *International Anatolia Academic Online Journal/Sosyal Bilimler Dergisi* 2(1): 76-93.
- Bates, L. (1998). "UK consumer decision-making styles". *Journal of Marketing Management*, 14(1–3), 199–225.
- Berkiten, H. (2020). Acil Sağlık Hizmetleri Sunucularında Motivasyon Faktörlerinin Toplam Kalite Yönetimine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bouckennooghe, D., Vanderheyden, K., Mestdagh, S. and Van Laethem, S. (2007). "Cognitive motivation correlates of coping style in decisional conflict". *The Journal of Psychology*, 141(6), 605-625.
- Burnett, P. C. (1991). "Decision-making style and self-concept". *Australian Psychologist*, 26(1), 55-58.
- Calhoun, C. (2007). "Bourdieu Sosyolojisinin Ana Hatları" Güney Çeğin-Emrah Göker-Alim Arlı-Ümit Tatlıcan (der.) içinde *Ocak ve Zanaat: Pierre Bourdieu Derlemesi* (s. 77-129). Güney Çeğin (çev.). İletişim Yayınları: İstanbul.
- Ceylan, A. (2003). "Belirsizlik Koşulları Altında Sermaye Bütçesi". A. Nurhan (ed.) içinde *Finansal Yönetim*. (s. 191-203) Anadolu Üniversitesi Yayınları: Eskişehir.
- Culp, G. and Smith, A. (2001). "Understanding psychological type to improve project team performance." *J. Manage. Eng.*, 17(1), 24–33.
- Cohen, I., Brinkman, W-P and Neerincx, M. A. (2012). Assembling a synthetic emotion mediator for quick decision making during acute stress. In: Proceedings of the 2012 European conference on cognitive ergonomics. ACM, Edinburgh
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98.

- Çalık, T., Sezgin, F. ve Çalık, C. (2020). *Yönetimde Problem Çözme*. 4. Baskı, Pegem Akademi.: Ankara.
- Çanakçı Yüksel, L. İ. (2018). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Çok Ölçütlü Karar Verme Yöntemleri İle Değerlendirilmesi: Ankara’da Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çelikli, S. (2016). “Kuruluştan bugüne paramedik eğitiminde standardizasyon çabaları ve kırılma noktaları”. *Hastane Öncesi Dergisi*, 1(2), 39-54.
- Çiğdem, R. ve Gül, M. (2021). "Stratejik karar alma açısından üretim maliyetlerinin tahmininde gri tahmin yönteminin kullanılması". *Stratejik Araştırmalar Dergisi*, 4(2), 162-179.
- Çolakkadıoğlu, O. and Deniz, M. E. (2015). “The study on the validity and reliability of Melbourne Decision Making Scale in Turkey”, *Educational Research and Reviews*, 10(10): 1434-1441.
- Davids, E. L. (2022). "The interaction between basic psychological needs, decision-making and life goals among emerging adults in South Africa". *Social Sciences* 11: 316. <https://doi.org/10.3390/socsci11070316>
- Davids, E. L., Roman, N. V. and Leach, L. (2016). "Health behaviour, decision making and perceived parenting: Are male and female learners significantly different?" *Gender & Behaviour*, 14(1): 6860 – 6873.
- de Acedo Lizárraga, M. S., de Acedo Baquedano, M. S. and Cardelle-Elawar, M. (2007). "Factors that affect decision making: Gender and age differences". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(3), 381–391.
- Deci, E. L. and Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Springer Science & Business Media: Berlin.
- Demir, M. H., Bircan, B. ve Tütek, H. (1985). *Yönetimsel Karar Verme*. Bilgehan Basımevi: İzmir.
- Demren, H. H. (2020). 112 Acil Sağlık Hizmetleri Personelinde Psikolojik Sağlamlık Ve Sosyo-Demografik Değişkenlerin İşe Bağlılıkla İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
- Deniz, M. (2004). "Üniversite öğrencilerinin karar vermede öz saygı karar verme stilleri ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine bir araştırma". *Eurasian Journal of Educational Research*, 15, 23–35.
- Deveci, A. (2018). Futbol Hakemlerinin Sosyal Yaşantılarının Karar Verme Becerilerine

- Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hatay.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2001). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Erişim 25 Ekim 2022, <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Sekizinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-Saglik-Hizmetlerinde-Etkinlik-OIK-Raporu.pdf>
- Ding, N., Xu, X., Yang, H., Li, Y. and Heughten, P. V. (2020). "Decision-making styles of Chinese business students". *Journal of Education for Business*, 95(6), 351-358.
- Dinklage, L. B. (1966). Adolescent choice and decision-making: A review of decision-making models and issues in relation to some developmental stage tasks of adolescence. MA: Harvard University Center for Research and Development on Educational Differences: Cambridge.
- Driver, M. (1991). *Decision Styles, Overview of 20 Years Research*. University of Southern California, Decision Dynamics Corporation: Santa Monica, California.
- Driver, M. J. and Mock, T. J. (1975). "Human information processing, decision style theory, and accounting information systems". *The Accounting Review*, 50(3), 490-508.
- Düzova, S. (2015). 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Çalışan Personelin İş Doyumu: Ankara İli Örneği. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erbay, H. (2021). "Türkiye'nin İlk Ambulans Servisi: 077 Hızır Acil". *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 29(3), 323-330.
- Ersel, M., Karcıoğlu, Ö., Yanturalı, S., Yürüktümen, A., Sever, M. ve Tunç, A. (2006). "Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi". *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 6(1), 25-35.
- Ersever, Ö. H. (1996). Karar Verme Becerileri Kazandırma Programının Ve Etkileşim Grubu Deneyiminin Üniversite Öğrencilerinin Karar Verme Becerileri Üzerindeki Etkileri. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/526073>
- Ertural, H. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Özsaygısının Ve Karar Verme Stilllerinin Üst Bilişel Ve Öğrenilmiş Güçlüğe Göre İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Eskicioğlu, Y., Doğu, G. ve Özsoy, S. (2012). "Antrenör ve sporcu gözüyle spor yöneticilerinin kararlarında etik ilkelere bağlılıklarının incelenmesi (Beko Basketbol Ligi örneği)". *İstanbul Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 4(1-2), 13-22.

- Filipe, L., Alvarez, M. J., Roberto, M. S. and Ferreira, J. A. (2020). "Validation and invariance across age and gender for the Melbourne Decision-Making Questionnaire in a sample of Portuguese adults". *Judgment and Decision Making*, 15(1), 135-148.
- Frederick, C. and Morrison, C. (1999). "Collegiate coaches: An examination of motivational style and its relationship to decision making and personality". *Journal of Sport Behavior*, 22, 221-233.
- Friedman, I. A. and Mann, L. (1993). "Coping patterns in adolescent decision making: An Israeli-Australian comparison". *Journal of Adolescence*, 16(2), 187–199.
- Ghareeb, M. ve Kaya, M. (2022). "Futbolcuların karar verme stillerinin bazı demografik değişkenlere göre incelenmesi". *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 5(1), 119-131.
- Gorry, G. A. and Scott Morton, M. S. (1971) "A Framework for management information systems". *Sloan Management Review*, 13, 55-70.
- Gunnarsson, B. M. and Stomberg, M. W.(2009). "Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations". *International Emergency Nursing* 17(2), 83-89.
- Güney Kömürlü, Y. (2010). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Aile Hekimliğine Geçiş Süreci. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Güngör, S. ve Özcan, U. (2022). "Karar kuramı ve karar verme". *European Journal of Science and Technology*, 33, 119–125. <https://doi.org/10.31590/ejosat.1035682>
- Hablemitoglu, S., and Yıldırım, F. (2008). "The relationship between perception of risk and decision making styles of Turkish university students: A descriptive study of individual differences". *World Applied Sciences Journal*, 4(2), 214–224.
- Hajdarevic S., Schmitt-Egenolf M., Sundbom E., Isaksson U. and Hörnsten A. (2013). "Coping styles in decision-making among men and women diagnosed with malignant melanoma". *J Health Psychol.* 18(11):1445–55.
- Halaç, O. (1995). *Kantitatif Karar Verme Teknikleri (Yöneylem Araştırması)*. Alfa Baim Yayım Dağıtım: İstanbul.
- Halama, P. and Gurnáková, J. (2014). "Need for structure and Big Five personality traits as predictors of decision making styles in health professionals". *Studia Psychologica*, 56(3), 171-180.
- Harren, V. A. (1979). "A model of career decision making for college students". *Journal of Vocational Behavior*, 14 (2), 119-133

- Heath, P. A., White, A. L., Berlin, D. F. and Park, J. C. (1987). "Decision making: Influence of features and presentation mode upon generation of alternatives". *Journal of Research in Science Teaching*, 24(9), 821-833.
- Heatherton, T. F. and Wyland, C. L. (2003). "Assessing self-esteem". In S. J. Lopez and C. R. Snyder (Eds.), in: *Positive Psychological Assessment: A Handbook Of Models And Measures* (pp.219–233). American Psychological Association: Washington, DC
- Heller, F. A. (1973). "Leadership, decision-making, and contingency theory". *Industrial Relations*, 12(2), 183 – 199.
- Higgins, G. and Freedman, J. (2013). "Improving decision making in crisis". *J J Bus Contin Emer Plan*. 7, 65–76.
- Hogarth, R. M. (2010). "Intuition: A challenge for psychological research on decision making". *Psychological Inquiry*, 21(4), 338–353.
- Hwang, C. L. and Masud, A. S. M. (1979). "Basic Concepts and Terminology". In: *Multiple Objective Decision Making — Methods and Applications*. Lecture Notes in Economics and Mathematical Systems, (pp 12-20). Springer: Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45511-7_2
- Işığışok, E. (2015). "*Karar Vermeye Giriş*". M. Aytaç ve N. Gürsakal (eds.) içinde *Karar Verme*. (ss.1-32). Dora Basım Yayın Dağıtım: Bursa.
- Işıkkhan, V. (2004). *Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu*. Erişim: http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/17620161282832_Bolum_31_Tukenmislik.pdf
- Izgar, H. ve Yılmaz, E. (2007). "PİO ve YİBO'nda Görev yapan okul yöneticilerinin karar vermede öz-saygı ve karar verme stilleri arasındaki ilişki", 17, 341-351.
- Jablonski, R. A., Utz, S. W., Steeves, R. and Gray, D. P. (2007). "Decisions about transfer from nursing home to emergency department". *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 266–272.
- Janis, I. L. (1985). "Coping Patterns among Patients with Life-threatening Diseases". *Issues in Mental Health Nursing*, 7(1-4), 461–476. doi:10.3109/01612848509009466
- Janis, I. L. and Mann, L. (1977a) "Emergency decision making: A theoretical analysis of responses to disaster warnings", *Journal of Human Stress*, 3(2), 35-48.
- Janis, I. L. and Mann, L. (1977b). *Decision Making: A Psychological Analysis Of Conflict, Choice, And Commitment*. Free Press.: New York.
- Johnson, R. H. (1978). "Individual styles of decision making: A theoretical model for

- counseling". *Personnel and Guidance Journal*, 530-536.
- Johnson, M., O'Hara, R., Hirst, E. *et al.* (2017). "Multiple triangulation and collaborative research using qualitative methods to explore decision making in pre-hospital emergency care". *BMC Med Res Methodol*, 17, 11. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0290-z>
- Johnston, J. H., Driskell, J. E. and Salas, E. (1997). "Vigilant and hypervigilant decision making". *Journal of Applied Psychology*, 82: 614 – 622.
- Kantarıcı, N. (1992). İşletmelerde Bilgi Sistemlerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kaplan, R. M. and Frosch, D. L. (2005). "Decision making in medicine and health care". *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 525–556.
- Kelecek, S., Altıntaş, A. ve Aşçı, F.H. (2013). "Sporcuların karar verme stillerinin belirlenmesi". *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 8(1) , 21-27
- Kowalski-Trakofler, K. M., Vaught, C. and Scharf, T. (2003). "Judgment and decision making under stress: an overview for emergency managers" *Int. J. Emergency Management*, 1(3), 278–289.
- Kuzgun, Y. (2000). *Meslek Danışmanlığı*. Nobel Yayın Dağıtım: Ankara..
- Kuzgun, Y. (1992). "Karar stratejileri ölçeği: Geliştirilmesi ve standardizasyonu", *VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*, 22-25 Eylül 1992, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 161-170.
- LeBlanc, V. R.. (2009). "The effects of acute stress on performance: Implications for Health professions education". *Academic Medicine*, 84(10), 25-33.
- Lezki, Ş., Sönmez, H., Işıklar, E., Özdemir, A. ve Alptekin, N. (2016). *İşletmelerde Karar Verme Teknikleri*. Anadolu Üniversitesi Yayınları: Eskişehir.
- Lindbladh, E. and Lyttkens, C. H. (2002). "Habit versus choice: the process of decision-making in health-related behaviour". *Social Science & Medicine*, 55(3), 451–465.
- Lyles, R. I. and Joiner, C. (1986). *Supervision in Health Care Organizations*. John Wiley & Sons: NewYork.
- Magnano P, Paolillo A., and Giacominielli B. (2015). "Dispositional optimism as a correlate of decision-making styles in adolescence". *SAGE Open*. 5(2):1–12.
- Mann L, Burnett P, Radford M and Ford S. (1997). "The Melbourne Decision Making Questionnaire: an instrument for measuring patterns for coping with decisional conflict". *J Behav Decis Mak*. 10, 1-19.

- Mann, L., Harmoni, R. and Power, C. (1989). "Adolescent decision-making: The development of competence". *Journal of adolescence*, 12(3), 265–278.
- Mann, L., Radford, M., Burnett, P., Ford, S., Bond, M., Leung, K., Nakamura, H., Vaughan, G. and Yang, K. (1998). "Crosscultural differences in self-reported decision-making style and confidence". *International Journal of Psychology*, 33(5), 325–335.
- Marquis, B. L., Huston, C. J. and Propst, J. (1992). "Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application". *Journal for Nurses in Professional Development*, 8(6), 284–287.
- Masiero, M., Cutica, I., Russo, S., Mazzocco, K. and Pravettoni, G. (2018). "Psychocognitive predictors of burnout in healthcare professionals working in emergency departments". *Journal of Clinical Nursing*, 27(13–14), 2691–2698.
- Mendl, M. (1999). "Performing under pressure: stress and cognitive function," *Applied Animal Behaviour Science*, 65(3), 221–244.
- Narangerel, E. O. and Semerci, A. B. (2020). "The effects of workload, work control and self-efficacy in decision making on decision making styles". *Journal of Behavior Studies in Organizations*, 3, 22-32. <https://doi.org/10.32038/JBSO.2020.03.04>
- Nas, S. (2010). "Karar verme stillerine bilimsel yaklaşımlar". *Dokuz Eylül Üniversitesi Denizcilik Fakültesi Dergisi*, 2(2), 43–65. <https://doi.org/10.18613/deudfd.96846>
- Öter, V. ve Südaş, H. D. (2017). "Algılanan hizmet kalitesinin hasta bağlılığı üzerine etkisi: Devlet hastanesi üzerine bir inceleme". *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 43–57.
- Özcan Candangil, S. ve Ceyhan, A. A. (2006). "Denetim odakları farklı lise öğrencilerinin bazı kişisel özelliklerine göre karar vermede öz saygı ve stres düzeyleri". *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2), 71-87.
- Özel, G., Akbuğa Özel, B. ve Özcan, C. (2016). *İlk ve Acil Yardım Teknikerliği Paramedik*. Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara.
- Özer, A. ve Çakıl, E. (2007). "Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler". *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 140–143.
- Özmen, İ. (2003). "Bireysel davranışın bilgi sistemleri ile etkileşimi." *SAU Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 51-59.
- Öztürk Çelik, D. (2020). "Farklı spor dallarında görev yapan hakemlerin karar verme stillerinin incelenmesi". *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 5(4), 385-398.
- Özyaral, O. (2005). "Ambulans ve ilk müdahalede sterilizasyon dezenfeksiyon", 4. *Ulusal*

- Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*, 20-24 Nisan 2005, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun. 344–374.
- Perona M, Aziz Rahman M and O’Meara P. (2019). "Paramedic judgement, decision-making and cognitive processing: a review of the literature". *Australas J Paramed*. 16, 1–12.
- Pitel L. and Mentel A. (2017). "Decision-making styles and subjective performance evaluation of decision- making quality among hospital nurses". *Stud Psychol*. 59(3), 217–31. <https://doi.org/10.21909/sp.2017.03.742>
- Pittet, V., Burnand, B., Yersin, B. and Carron, P. N. (2014). "Trends of pre-hospital emergency medical services activity over 10 years: A population-based registry analysis". *BMC Health Services Research*, 14(380), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-380>
- Polat, Ş., Kutlu, L., Ay, F., Purisa, S. and Erkan, H. A. (2019). "Decision making styles, anxiety levels, and critical thinking levels of nurses". *Japan Journal of Nursing Science*, 16(3), 309–321.
- Recchia, L., Boncinelli, P., Cini, E., Vieri, M., Pegna, F. G. and Sarri, D. (2011). *Multicriteria Analysis And LCA Techniques: With Applications To Agro-Engineering Problems*. Springer -Verlag: London.
- Regehr, C. and Leblanc, V. R. (2017). "PTSD, acute stress, performance and decision-making in emergency service workers". *J Am Acad Psychiatry Law*. 45:184–92.
- Rotter, J. B. (1966), “Generalized Expectancies for Internal vs. External Control of Reinforcement”, *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Ryabova, T. (2015). "Psychological Peculiarities of Decision Making by Health Professionals in Various Conditions". *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(6), 217-222.
- Safi-Keykaleh, M., Khorasani-Zavareh, D. and Bohm, K. (2020). "Factors Affecting Emergency Medical Technicians’ On-Scene Decision-Making in Emergency Situations: A Qualitative Study". *Front Emerg Med.*, 4(4):e88.
- Sağır, C. (2006). Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler Ve Karar Verme Sürecinde Etiğin Önemi: Uygulamalı Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961, 12 Ocak). Resmi Gazete (Sayı: 10705). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>

- Sağlık İstatistikleri Yıllıkları (2000). Ankara: Sağlık Bakanlığı
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/23521,2000-yili11pdf.pdf?0>
- Sağlık İstatistikleri Yıllıkları (2020). Ankara: Sağlık Bakanlığı
<https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf>
- Sarıkaya, M. B. and Atilla, G. (2018). "Hekimlerde duygusal zekanın karar verme stilleri üzerine etkisi". *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(4), 1351–1369.
- Schaufeli, W. B., Marisa, S., Gonzalez-Roma, V. and Bakker, A. B. (2002). "The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach". *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92. <https://doi.org/10.9790/487x-1810041925>
- Schooley, B., Hikmet, N., Tarcan, M. and Yorgancioglu, G. (2016). "Comparing burnout across emergency physicians, nurses, technicians, and health information technicians working for the same organization". *Medicine (Baltimore)*. 95(10):e2856.
- Scott, S. G. and Bruce, R. A. (1995). "Decision-making style: The development and assessment of a new measure". *Educational and Psychological Measurement*, 55(5), 818–831.
- Shanthanna, H., Strand, N. H., Provenzano, D. A., Lobo, C. A., Eldabe, S., Bhatia, A., et al. (2020). "Caring for patients with pain during the COVID-19 pandemic: consensus recommendations from an international expert panel". *Anaesthesia* 75, 935–944. doi: 10.1111/anae.15076
- Shaw, E. K., Howard, J., Clark, E. C., Etz, R. S., Arya, R. and Tallia, A. F. (2013). "Decision-making processes of patients who use the emergency department for primary care needs". *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(3), 1288–1305.
- Smith, E., Holmes, L. and Burkle, F. (2019). "Exploring the physical and mental health challenges associated with emergency service call-taking and dispatching: A review of the literature". *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(6), 619-624.
- Sprotles, G. B. and Kendall, E. L. (1986). "A methodology for profiling consumers' decision making styles". *Journal of Consumer Affairs*, 20(2), 267–279.
- Srivastava, S. (2009), "Locus of Control as a Moderator for Relationship between Organizational Role Stress and Managerial Effectiveness", *The Journal of Business Perspective*, 13, 49-61.
- Şahin, M. (2022). Güncel ve Uygulamalı Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri. Nobel

- Akademik Yayıncılık: Ankara.
- Tamošaitienė, J. and Zavadskas, E. K. (2013). "The multi-stage decision making system for complicated problems". World Conference on Psychology and Sociology 2012, Procedia – Social and Behavioral Sciences, 82: 215–219.
- Tatlıoğlu, K. (2010). Farklı Öz-Anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Öz-Saygı, Karar Verme Stilleri Ve Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Tekingündüz, S. (2008). 112 Acil Sağlık Hizmetleri Performans Toplantıları-2. *Kalite ve Hasta Güvenliği*, Ankara.
- Thunholm, P. (2004). "Decision making style: Habit, style or both?". *Personality and Individual Differences*, 36, 931–944.
- Tosun, K. (1982). *İşletme Yönetimi Genel Esaslar*. 6. Baskı. Savaş Kitap ve Yayınevi.: Ankara:
- Toygar, Ş. A. (2011). Ankara İl Merkezinde Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Görev Yapan Hastane Yöneticilerinin Problem Çözme Ve Karar Verme Becerilerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Tözün, M. ve Sözman, M. K. (2014). "Halk sağlığının tarihsel gelişimi ve temel kavramları" *Smyrna Tıp Dergisi*, 58-62.
- Urieta, P., Aluja A., Garcia L. F., Balada, F. and Lacomba, E. (2021). "Decision-making and the alternative five factor personality model: Exploring the role of personality traits, age, sex and social position". *Front Psychol.* 27(12), 717705.
- Uslu, S. (2016). Ambulans Tipleri ve Özellikleri. Acil Servis Araçları Eğitimi. Atatürk Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi Yayınları: Erzurum.
- Usta, A. (2017). Organizasyonlarda Psikososyolojik Yönetim ve Uygulamaları. Nobel Yayıncılık: Ankara.
- Uzunoglu, Ö. U., Şahin, M. ve Fişekçioğlu, İ. B. (2009). "Türk futbol hakemlerinin karar verme stillerinin klasmanlarına ve bazı değişkenlere göre incelenmesi". *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi*, 11 (1), 32-36
- Wackerbarth, S. B. and Tarasenko, Y. N. (2018). "Does vigilance in decision-making matter for dementia family caregivers?" *Aging & Mental Health*, 22(5), 692-699.
- Walsh, G., Mitchell, V.-W. and Hennig-Thurau, T. (2001). "German consumer decision-

- making styles." *The Journal of Consumer Affairs*, 35(1), 73–95.
- Wang, Y. and Ruhe, G. (2007). "The cognitive process of decision making". *International Journal of Cognitive Informatics and Natural Intelligence*, 1(2), 73–85. <https://doi.org/10.4018/jcini.2007040105>
- WHO (2022). Health and well-being. Retrived: 15.08.2022. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being#:~:text=The%20WHO%20constitution%20states%3A%20%22Health,of%20mental%20disorders%20or%20disabilities.>
- Yaman, A. (1998). Yönetici Hemşirelerin Karar Verme Tarzlarının Vromm-Yetton Modeliyle Sınanmasına Yönelik Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yang, Y. S., Yen, J. Y., Ko, C. H. *et al.* (2010). The association between problematic cellular phone use and risky behaviors and low self-esteem among Taiwanese adolescents. *BMC Public Health* 10, 217 (2010). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-217>
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği (2022, 13 Eylül). Resmi Gazete (Sayı: 31952). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/09/20220913-5.htm>
- Yıldırım, A., (2014). “Sağlık kurumlarında üretim ve süreç yönetimi üzerine bir değerlendirme: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi örneği”. *The Journal of Academic Social Science Studies*, Sayı:29, 457-474.
- Yıldırım, G. and Ertekin Pinar, S. (2022). "The relationship between decision making and gender roles of students studying in healthcare fields". *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2), 696-705.
- Yılmaz, A. İ. (2014). 112 Acil Sağlık Hizmetleri Sunumunu Etkileyen Faktörler (Konya Örneği). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, G. (2009). Göğüs Ağrısı İle Acil Servise Başvuran Hastalarda Hemşirelerin Karar Verme Becerilerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yurtsever, A. (2015). *Acil Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Zhang, L. Q. (2009). "An exchange theory of money and self-esteem in decision making". *Review of General Psychology*, 13(1), 66–76.
- Zhang, Z. X., Wang, L. and Wang, Y. M. (2018). "An emergency decision making method based on prospect theory for different emergency situations". *Int J Disaster Risk Sci* 9, 407–420. <https://doi.org/10.1007/s13753-018-0173-x>



EKLER

Ek 1. ETİK ONAY



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Bilimsel Araştırma Etik Kurulu



Sayı : E-84026528-050.01.04-2100230130
Konu : Başvuru İncelenmesi

30.11.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ersin UZMAN

Yürütücülüğünüzü yapmış olduğumuz 2021-YÖNP-0852 nolu projeniz ile ilgili Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun almış olduğu 25.11.2021 tarih ve 20/41 sayılı kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

KARAR:41- Dr.Öğr.Üyesi Ersin UZMAN'ın sorumlu yürütücülüğünü yaptığı "Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karar verme stilleri" başlıklı araştırmasının, ilgili kurumun izninin alınması ve Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna sunulması koşulu ile Etik Kurul ilkelerine uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ
Kurul Başkanı

EK. KURUM İZİNİ



T.C.
ÇANAKKALE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ÇANAKKALE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÇANAKKALE
KAĞIT NO: 18231034-604.02.01-01-1706



Sayı : E-97769597-799
Konu : Tez Çalışması (Sabri ÖZER)

İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İlgi : 07/12/2021 tarihli ve 18231034-604.02.01-01-1706 sayılı yazımız.

İlgi sayılı yazınız ekinde alınan; Sabri ÖZER'e ait 'Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Karar Verme Stilleri" konulu yüksek lisans tez çalışması kapsamında Komuta Kontrol Merkezi ve Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları bünyesinde çalışma talebi 07/01/2022 tarihinde toplanan Sağlık Hizmetleri Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonunda değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve ilgiliye tebliğini rica ederim.

Op. Dr. Gökhan BAŞTÜRK
İl Sağlık Müdürü