

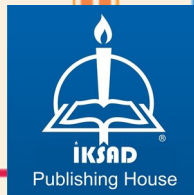
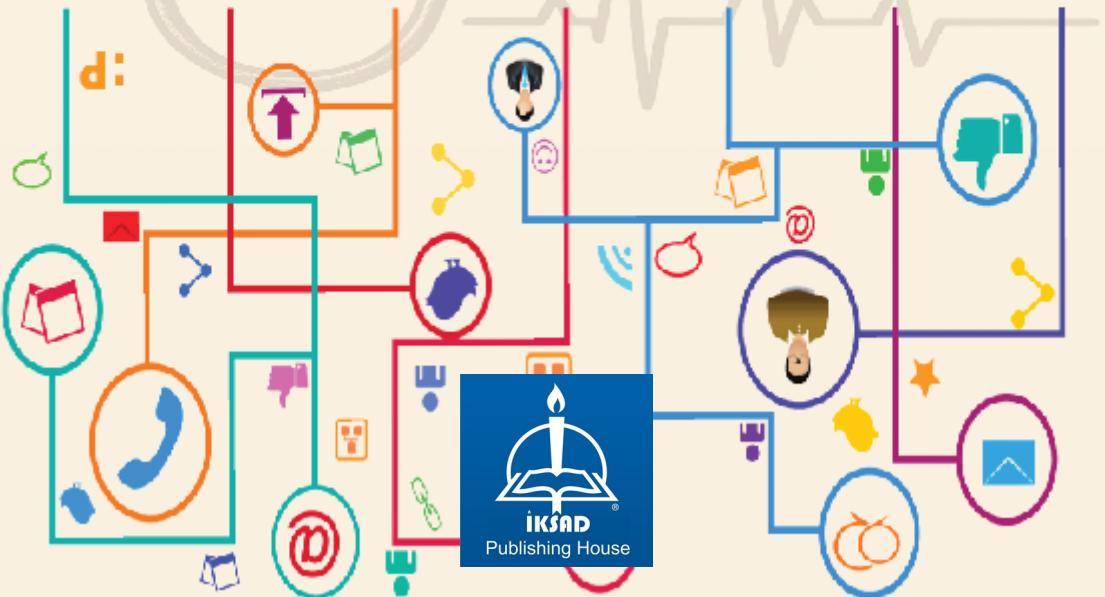


GENEL KAVRAMLARIYLA HEMŞİRELİKTE KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER KURAMLARI

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Bırsel Canan DEMİRBAĞ

Dr. Öğr. Üyesi Leyla ADIGÜZEL



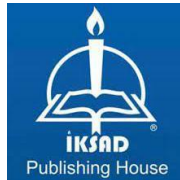
GENEL KAVRAMLARIYLA HEMŞİRELİKTE KİŞİLER ARASI İLİŐİKİLER KURAMLARI

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Birscl Canan DEMİRBAĞ
Dr. Öğr. Üyesi Leyla ADİGÜZEL

YAZARLAR

Prof. Dr. Birscl Canan DEMİRBAĞ
Prof. Dr. Esra YILDIZ
Doç. Dr. Canan SARI
Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR
Dr. Öğr. Üyesi Ayten KAYA
Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÇOLAK
Dr. Öğr. Üyesi Esra ÇAYLAK ALTUN
Dr. Öğr. Üyesi Hülya ZENGİN
Dr. Öğr. Üyesi Kadriye ÖZKOL KILINÇ
Dr. Öğr. Üyesi Leyla ADİGÜZEL
Öğr. Gör. Fatma AYDIN
Dr. Elif SARAC
Arş. Gör. Zeynur EŐ



Copyright © 2025 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or transmitted in
any form or by
any means, including photocopying, recording or other electronic or mechanical methods,
without the prior written permission of the publisher, except in the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses permitted
by copyright law. Institution of Economic Development and Social
Researches Publications®
(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)
TÜRKİYE TR: +90 342 606 06 75
USA: +1 631 685 0 853
E mail: iksadyayinevi@gmail.com
www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.
Iksad Publications – 2025©

ISBN: 978-625-378-260-3
Cover Design: İbrahim KAYA
July / 2025
Ankara / Türkiye
Size: 16x24cm

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	1
-------------------	----------

BÖLÜM 1

HEMŞİRELİK VE İLETİŞİM/ETKİLEŞİM

Dr. Öğr. Üyesi Leyla ADIGÜZEL.....	3
------------------------------------	---

BÖLÜM 2

KİŞİLER ARASI İLETİŞİMİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE KİŞİLER ARASI İLETİŞİM YAKLAŞIMLARI

Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ	
Arş. Gör. Zeynur EŞ.....	25

BÖLÜM 3

SOSYAL ALIŞVERİŞ KURAMI

Prof. Dr. Esra YILDIZ.....	41
----------------------------	----

BÖLÜM 4

ETKİLEŞİM KURAMI

Dr. Öğr. Üyesi Ayten KAYA	
Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR.....	51

BÖLÜM 5

İNSAN İNSANA İLİŞKİ KURAMI

Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÇOLAK.....	67
---------------------------------	----

BÖLÜM 6

BAKIMDA AMACA ULAŞMA KURAMI

Doç. Dr. Canan SARI.....	95
--------------------------	----

BÖLÜM 7

SEMBOLİK ETKİLEŞİM MODELİ (JOAN RIEHL SISCA)

Öğr. Gör. Fatma AYDIN.....	107
----------------------------	-----

BÖLÜM 8

MODELLEME VE ROL MODELLEME TEORİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Leyla ADIGÜZEL.....	119
------------------------------------	-----

BÖLÜM 9

ANNELİK ROLÜ KAZANIMI TEORİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Hülya ZENGİN.....135

BÖLÜM 10

AİLE-ÇOCUK ETKİLEŞİM MODELİ

Doç. Dr. Canan SARI.....159

BÖLÜM 11

HEMŞİRELİKTE KİŞİLERARASI İLETİŞİM KURAMI

Dr. Elif SARAC

Prof. Dr. Esra YILDIZ.....171

BÖLÜM 12

KLİNİK HEMŞİRELİĞİ YARDIM SANATI

Dr. Öğr. Üyesi Esra ÇAYLAK ALTUN

Dr. Öğr. Üyesi Kadriye ÖZKOL KILINÇ.....181

ÖNSÖZ

Hemşirelik mesleği, yalnızca bilgi ve becerilere değil; aynı zamanda insanla kurulan derin, anlamlı ve onarıcı bir iletişime dayanır. Hemşirelik uygulamalarında iletişim, bakımın temelini oluşturan, hasta ile profesyonel arasındaki köprüyü inşa eden ve sağlık hizmetinin niteliğini doğrudan etkileyen bir süreçtir. Bu bağlamda, hemşirelikte iletişim kavramlarını ve iletişim kuramlarını derinlemesine ele almak, mesleki uygulamaları daha bilinçli, daha insancıl ve daha etkili bir düzeye taşımaktadır.

Editörler olarak; hemşirelik öğrencileri, akademisyenler ve uygulayıcılar için referans niteliği taşımasını amaçladığımız “**Genel Kavramlarıyla Hemşirelikte Kişiler Arası İlişkiler Kuramları**” başlıklı bu kitabı sizlerle buluşturmaktan büyük bir mutluluk ve onur duymaktayız.

On iki bölümden oluşan bu kitapta, hemşirelikte iletişim sürecinin tarihsel gelişimi, temel kuramsal yaklaşımları ve kişilerarası etkileşim modelleri bütüncül bir bakış açısıyla sunulmuştur. Sosyal alışveriş kuramından etkileşim temelli modellere, annelik rolü kazanımından klinik hemşireliğin yardım sanatına kadar uzanan kapsamlı içeriğiyle kitap, okuyucuların hemşirelikte kuramsal düşünme becerilerini geliştirmeyi, bakım süreçlerinde iletişim temelli bir farkındalık kazanmalarını hedeflemektedir.

Değerli birikimleri ile bölümlerin yazımında emeği geçen tüm akademisyenlere özverili çalışmaları ve bilimsel katkıları için teşekkür ederiz.

Bu eser, hemşireliğin özündeki iletişim gücünü kavramak ve bu gücü hasta bakımına yansıtmak isteyen tüm okurlarımıza yol gösterici olmayı amaçlamaktadır. İnaniyoruz ki; bu kitap, hemşirelik öğrencilerinin ve klinisyenlerinin yalnızca mesleki bilgi edinmelerine değil, aynı zamanda hasta ile kuracakları her temasın etik, insani ve kuramsal yönünü daha derinden kavramalarına da katkı sağlayacaktır.

Saygı ve sevgilerimizle,

Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

Dr. Öğr. Üyesi Leyla ADIGÜZEL

KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

BÖLÜM 1

HEMŞİRELİK VE İLETİŞİM/ETKİLEŞİM

Dr. Öğr. Üyesi Leyla ADIGÜZEL¹

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15823128>

¹ Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon, Türkiye. leylaozkara@gmail.com. ORCID:0000-0001-8151-1723

GİRİŞ

Bireylerin bilgi ve duygularını aktarma yoluyla birbirini anlama çabası çok yönlü bir süreçtir. İnsanlar geçmişten günümüze kadar çevresini anlamak ve çevresi tarafından anlaşılacak istemiş bu sayede varoluşunu anlamlandırmaya çalışmıştır. İletişim yaratılıştan gelen bir yetenek değil yaşam boyu öğrenilmesi ve geliştirilmesi gereken bir olgudur. İletişim yaratılıştan gelen bir beceri olmasa da kişinin kendine duyduğu güven ve karakterle ilişkili bir kavramdır.

Hemşirelik mesleği, hastalarla sürekli ve etkili bir iletişim kurmayı gerektiren karmaşık bir meslektir. İletişim, hemşirelik uygulamalarının temel bileşenlerinden biridir ve hemşirelerin hastalarla, aileleriyle ve sağlık ekibinin diğer profesyonelleriyle etkileşim kurma biçimlerini şekillendirir. Hemşire hasta iletişiminde sözlü ve sözsüz iletişimi etkin biçimde kullanma, kişisel alan farkındalığı ve iletişimde engellerin etkin çözümü gibi konular diğer iletişim türlerine göre daha fazla önem taşımaktadır. İletişim ve etkileşim, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada kritik bir rol oynar. Bakımın ikliminde hızlı bir değişimi başarmanın temel bileşeni açık bir iletişimdir.

1. İLETİŞİM

1.1. İletişimin Genel İlkeleri

Bireylerin anlaşmak amacıyla duygu, bilgi ve düşüncelerini diğer bireylere farklı teknikler kullanarak aktarması iletişim olarak tanımlanmaktadır (Ernstmeyer & Christman, 2021). Kısaca iletişim bir mesaj oluşturma sürecidir (Riley, 2015). Bu süreç kültürel ve sosyal değerler, fiziksel ortam ve psikolojik koşullardan etkilenebilen bir süreçtir. İletişim insan doğasının içsel bileşenlerinden biridir. İletişimin değeri ve içeriği önemlidir. İçerik iletişimde söylenenleri kapsamaktadır. Bu içeriğin nasıl aktarıldığı ise kişiler arası ilişkiyi tanımlamaktadır. İletişimde aktarılanların taraflarca nasıl anlaşıldığı ise ilişkinin doğasını yansıtmaktadır (Kwame & Petruca, 2021).

İletişim, bireyler arasında bilgi, düşünce ve duyguların paylaşılması sürecidir. Bireyin diğer bireylerle duygu, düşünce, bilgi ve haber gibi olgularda ortak payda oluşturma süreci olarak da tanımlanabilir (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Bireyin sosyal dünyayı anlama ve etkilemesinin sembolik faaliyeti şeklinde de tanımlanmaktadır (Karadağ, Işık, Cankul, & Abuhanoğlu, 2015). Kendini ifade edebilme becerisi insanın en temel ihtiyaçlarından birisidir. Bu sebeple insan her zaman ve her koşulda kendini

ifade etmek için çabalamıştır. İletişim sayesinde insan sadece biyolojik bir varlık olmayı aşır toplumsal bir varlık olma amacını gerçekleştirmiştir (Akçam, Kanbay, & Işık, 2019).

İletişim kişisel bir beceriden daha fazlasıdır ve yaşamın başlangıcından itibaren öğrenilen bir dizi tekniğin bir araya getirdiği bir kavramdır. Öğrenilen tekniklerin yanı sıra kişisel güven ve kişilikle doğrudan ilişkili bir kavramdır. Etkili iletişim kurabilen kişilerin ortak özellikleri incelendiğinde özgüveni yüksek, topluma karşı saygılı, paylaşımcı, çevresine duyarlı ve problem çözme becerisi yüksek bireylerdir. Aksi şekilde inatçı, kendi doğrularından şaşmayan, yeniliklere kapalı, özgüvensiz ve yüksek kaygılı bireylerin sağlıklı iletişim kurmada güçlük yaşadığı da belirtilmektedir. Kişisel özelliklerin yanı sıra iletişimde ortak bir amacın olması hedeflenen mesajın doğru biçimde verilmesini ve anlaşılmasını desteklediği de belirtilmektedir. (Kumcağız, Yılmaz, Çelik, & Avcı, 2011)

İletişim hiçbir zaman tek yönlü değildir. Her mesajın bir vericisi ve alıcısı bulunmaktadır. İletişimin tek taraflı bir olgu olmadığı gerçeği göz ardı edildiğinde hedeflenen mesajların alıcıya sağlıklı biçimde ulaşması mümkün değildir. Üstelik verilen mesajlar alıcı tarafından farklı algılanabilir. Mesajların anlamlandırılması bireysel özelliklere ve subjektif algıya göre değişiklik gösterebilir. Kimi zaman karşımızdaki kişinin söylediğini ne söylediğine göre değil de kendi düşüncelerimize göre algılamamızın sebebi budur. Hasta ile iletişim esnasında yabancı terimlerin kullanılması sonucu hastanın hemşireyi anlayamaması ve bu nedenle endişe hissetmesi de bu duruma verilebilecek bir örnektir. Bu örnekte de yine hasta söylenenleri kısmen anlamakta ve kendi bildiği ölçüde sözcüklere anlam yüklemektedir. (Riley, 2015) Kişiler arası iletişimde verilen mesajın karşıdaki kişi tarafından doğru biçimde anlaşılmasını etkileyen faktörler şu şekilde sıralanabilir ve daha da çoğaltılabilir:

- Çevresel faktörler (resmiyet, samimiyet, akrabalık, mahremiyet, özgürlük ve kısıtlılıklar, fiziki mesafe, diğer insanların varlığı, iklim, günlük ruh hali, bulunulan yerin mimari özellikleri ve mobilyalar vb.)
- Kişisel alan ve çevre (kalabalık, oturma düzeni, roller, statü, pozisyon ve fiziksel özellikler vb.)
- Giyim ve fiziksel görünüm (vücut şekli, ırk, bedensel koku, saç, cinsiyet, postür, yaş vb.)

- Sözsüz ipuçları (göz hareketleri, yüz ifadesi, ses tonu vb)
- İçsel faktörler (gelişimsel evre, konuşma dilindeki uzmanlık, karar verme süreci farklılıkları, farklı değerler ve kendilik kavramı vb.)
- Ben dilini kullanmak (“söylediğin yanlış” mesajı yerine “sana katılmıyorum” mesajını vermek)(Riley, 2015)

İletişimin ilkeleri ele alındığında öncelikle bir süreç olduğu belirtilmelidir. Bununla birlikte başlangıç ve bitiş noktası kesin bir doğru değil bir döngü ile temsil edilebilir çünkü süreklilik içerisinde. İletişim geri dönüşümsüz ve kompleks bir süreçtir ve son olarak tamamen insanın kişiliğini içermektedir.(Sibiya, 2018)

Döngüsel bir süreç olarak tanımladığımız iletişim sürecinin başarılı olabilmesi verici, açık bir mesaj ve alıcının varlığıyla mümkündür. İletişimin amacı sorgulama, bilgilendirme, ikna etme, eğlenme ya da araştırma olabilir. Bir mesajın her zaman tek bir amacı olmak zorunda değildir. Bazı mesajlar aynı anda birden fazla amaca da hizmet edebilir. Örneğin hastaya nasıl olduğunu sorarken hemşire hem bilgi edinmek hem de hastaya neşe vermek isteyebilir. Verilmek istenen mesajın hastaya farklı farklı ifadelerle aktarılması da mümkündür. Buradaki etkileşimin amacı daha kapsayıcı olabilmektir. Hemşire amaçlı ve planlı şekilde yürüttüğü iletişim sayesinde hastalarının sağlığını ve iyi oluşunu geliştirmek için çabalamaktadır.(Bello, 2017; Sibiya, 2018)

İletişim her zaman kelimelere ihtiyaç duymayan ve sürekliliği olan bir kavramdır. İletişim vericinin duygu ve düşüncelerini yansıtan sözel ifadeler ve sözel olmayan ifadelerden oluşmaktadır. Bu sebeple iletişim sözlü ve sözsüz olmak üzere iki türe ayrılmaktadır. Bu iki türün uyum içerisinde olması beklenmektedir. Özellikle sağlık hizmeti veren profesyonellerin hastanın sözlü iletişim kurmadığı durumlarda sözsüz mesajları da algılayıp hastadaki değişiklikleri gözlemlemesi hayati öneme sahiptir (Bello, 2017; Riley, 2015).

1.2. Sözlü iletişim

Sözlü iletişim konuşmaktan daha fazlasını ifade eder. Etkili bir sözlü iletişim, alıcının anlayabileceği kelimeleri kullanarak profesyonel bir ilgi ve saygıyla gerçekleştirilen bilgi alışverişi olarak tanımlanmaktadır. Kapsamlı tıbbi terimler veya argo ifadeler kullanan hemşireler, kendi sözlü iletişim süreçlerinde istenmeyen engeller oluşturabilirler. Hastayla iletişim kurarken, hemşirenin alıcının tercih ettiği iletişim tarzını ve iletişimi etkileyebilecek bireysel özellikleri değerlendirmesi, bu sayede iletişimi alıcının ihtiyaçlarına

uygun bir şekilde uyarlaması büyük önem taşır. Sözlü iletişimde bilgi edinme yolu hastanın gelişim düzeyine göre değişiklik gösterebilir. Ancak hemşire hastaya göre bilgi edinme yolunu uyarlasa da bundan bağımsız biçimde her zaman doğru anlaşıldığından ve anladığından emin olmalıdır (Ernstmeyer & Christman, 2021; Sibiya, 2018).

1.3. Sözsüz iletişim

Sözsüz iletişim ise beden dili, yüz ifadeleri ve diğer fiziksel ipuçları yoluyla gerçekleşir. Hemşirelerin sözsüz iletişim becerileri, hastaların duygusal durumlarını anlamalarına yardımcı olur (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Sözsüz iletişime yüz ifadesi, jest ve mimikler, duruş biçimi ve karşımızdaki kişiyle aramızdaki fiziksel mesafe örnek verilebilir. Sözsüz ve sözlü iletişim arasında bir uyum olması beklenmektedir. Stresli koşullar altında çalışırken sık iletişim kurduğumuz hastaların sözsüz mesajlarındaki değişiklikleri fark etmek zaman zaman zor olabilir. Üstelik hastaların yalnızca iletişim sürecindeki davranışı değil, aynı zamanda bakım sürecinde işbirliği yapıp yapmayacaklarını ve sağlıklarının kendi kendine yönetimini nasıl üstleneceklerini de etkileyen bireysel faktörler bulunmaktadır (Kourkouta & Papathanasiou, 2014; Phutela, 2015).

1.4. Dinleme

Dinleme anlamlı bilgilerin farklı kaynaklardan duyularak anlaşılması eylemi şeklinde tanımlanmakta ve bu eylemin dil-kulak-beyin ilişkisi ile gerçekleştiğini belirtilmektedir. İşitmek ve dinlemek de aynı eylemler değildir çünkü işitme isteğimiz dışında da gerçekleşebilir ancak dinleme amaçlı bir eylemdir (Epçaçan, 2013; Kurudayıoğlu & Kiraz, 2020). Dinleme aktif bir bilgi alma sürecidir ve kişilerarası iletişimi gerektirir. Dinlemen kişiler arası ilişkilere yön verirken konuşanın ifadelerine dikkat verildiğini, sorulanların işitildiğini, anlaşıldığını ve soruların yanıtı için eyleme geçmeye hazır olduğu izlenimini vermelidir.(Tustonja, Stipić, Skoko, Čuljak, & Vegar, 2024) Dinlemeye ilişkin yapılan tanımlamalar geniş perspektifte incelendiğinde dinlemenin sahip olası gereken öğeler şu şekilde sıralanabilir:

- Verilen mesajları doğru anlama çabası
- Kişiler arası iletişim unsuru olması
- Belirlenmiş bir amaç doğrultusunda gerçekleşmesi
- Farklı boyutlara sahip olması
- Sağlıklı bir işitme kabiliyeti gerektirmesi

- Öğrenilebilen veya geliştirilmesi gereken bir dil becerisi olması
- Çeşitli nörobiyolojik süreçler gerektirmesi
- İnsanın seçme özgürlüğünü yansıtmaması
- Hem karmaşık hem de aktif bir süreç olabilmesi
- Dilin dört temel işlevinden biri olması (Epçaçan, 2013).

Dinleme çeşitli fiziksel ve psikolojik faktörlerden etkilenebilir. Fiziksel faktörler incelendiğinde fizyolojik olarak kişinin duyma yetisi, bulunulan ortamın fiziki özellikleri, oturma düzeni kalabalık, mesafe gibi birçok etkenle örneklendirilebilir. Psikolojik faktörler incelendiğinde ise dinleyicinin ruh hali, konunun ilgi çekiciliği, konuşmacıdan kaynaklanan aksaklıklar da dinlemeyi etkileyici etmenler arasında örneklendirilebilir (Epçaçan, 2013).

Dinleme geliştirilebilir bir beceridir. Ve zorlu koşullarda çalışan sağlık profesyonellerinin ve iyi bir dinleyici olması etkili ve açık bir iletişimin temel destekleyicileri arasında yer almaktadır (Dirgar & Olgun, 2022).

1.5. Dokunma

Dokunarak iletişim kurmak en basit, doğrudan ve doğal iletişim yollarından bir tanesidir ve kişiler üzerinde genellikle olumlu etki oluşturur. Dokunmanın iyileştiren ve rahatlatan yönünün belirlenmesiyle sağlık alanında özellikle de hemşireler tarafından hastalara yardım etmek amacıyla kullanılması terapötik dokunma kavramını ortaya çıkarmıştır. İlk defa 1973 yılında Doktor Dora Kunz ve hemşire Dolores Krieger terapötik dokunmayı uygulayan kişilerdir. Ancak iyileştirici dokunmanın tarihinin çok daha eski dönemlere dayandığı kaynaklarda belirtilmektedir. Hemşire Martha Rogers ise geliştirdiği kuramında öz olarak tanımladığı insanın enerji alanları olan açık bir sistem olduğunu ve enerji alanlarındaki dalgalarda gelişen bozulmaların sağlık sorunlarına sebebiyet verdiğini belirtmektedir. Bununla birlikte enerji dalgalarındaki bozuklukların terapötik dokunma ile düzeltilebileceğini öne sürmektedir. Dokunma, hastanın kültürel inançlarını da dikkate alarak saygılı bir biçimde yapılırsa, profesyonel şekilde ilgi ve empatiyi iletmenin en temel aracıdır.. Hemşireler genellikle hastaları değerlendirirken, endişelerini ifade ederken veya rahatlatmaya çalışırken terapötik dokunuşu kullanırlar (Ernstmeyer & Christman, 2021; Turan, 2015).

1.6. Kişisel alan

Sözlü ve sözsüz mesajları doğru biçimde anlamak ve asertif iletişimin yanı sıra karşımızdaki kişilerin bireysel alanının da farkında olmak iletişimde

önemli bir unsurdur. Edward T Hall bireyin kendini merkeze alarak diğer varlıklarla arasındaki mesafelerin belirli anlamlara geldiğini ve bu anlamlara göre tepkiler gösterdiklerini savunmuştur. Proksemi kavramı buradan yola çıkarak kişisel alanın incelenmesini ifade etmektedir ve sağlık ekibi üyeleri de dahil olmak üzere profesyonellerin kurdukları her iletişimde için yönergeler sunar (Türkgeldi, 2016).

Proksemide kamusal alan, insanlar arasında 7,6 metreden daha uzun mesafeyi ifade eder ve bu alanda genellikle fiziksel temastan kaçınılır. Sosyal alan, insanlar arasında 1,2 metre ile 3,6 metre arasındaki mesafeyi ifade etmektedir.. Sosyal etkileşimlerde ve iş ortamlarında en sık tercih edilen mesafe türüdür. Kişisel alan 0,45 metre ile 1,2 metre arasındaki alan olarak belirlenmiştir. Kişisel alana genellikle sadece arkadaş ve aile bireylerinin girmesine müsaade edilmektedir. Vücut ile 45 cm etrafındaki alan ise mahrem alandır ve çok yakın ilişkideki bireyler için ayrılmıştır. Ancak kalabalık bir sokakta yürürken, toplu taşıma aracına bindiğimizde ya da spor yaparken bu alanın işgal edilmesi çok fazla yadırganmaz (Türkgeldi, 2016).

Hemşireler profesyonel sınırları koruyabilmek amacıyla kurdukları iletişimi sosyal alanda sürdürme çabası içerisinde olurlar. Ancak bakım uygulamalarında ya da değerlendirme amacıyla hastanın kişisel alanına girmektedirler. Hemşire bu tür uygulamalar esnasında hastanın bu duruma nasıl bir tepki verdiği ya da ne derece rahatsız olduğuna dikkat etmelidir. Tüm bunlara ek olarak belirtilen kişisel alan bölgelerinin kültür ve inanç kaynaklı kişiden kişiye farklılık gösterebileceği de unutulmamalıdır (Kaya, 2021; Türkgeldi, 2016).

1.7. İletişim stilleri

İnsanlar sözlü ve sözsüz iletişimin yanı sıra farklı stillerde iletişim kurarlar. Birçok kuramcı bu iletişim stillerini incelemiş ve kendi sınıflandırmalarını ve yorumlamalarını yapmıştır. En sıklıkla karşılaştığımız sınıflamalardan biri Bourne'a ait sınıflandırmadır. Bourne iletişim stilleri sınıflandırmasında pasif, saldırgan, pasif agresif, manüplatif ve asertif iletişimdir stili yer almaktadır. Pasif iletişimciler karşısındaki kişinin haklarını önceler ve konuşma metinleri bolca özür ve bağışlama talebi içermektedir. Konuşurken çekingen görünebilir veya haksızlıkla karşılanınca sessiz kalmayı yeğlemektedir (Ernstmeyer & Christman, 2021). Saldırgan iletişimi tercih edenler başkalarının haklarını ihlal ederken kendi haklarını savunma amacıyla olduklarını iddia ederler. Kurdukları iletişimin temelinde

başkalarının düşüncelerinin önemsiz olduğu savı yer almaktadır (Ernstmeyer & Christman, 2021). Pasif agresif iletişimciler adından da anlaşılacağı üzere hem pasif hem de saldırgan iletişim becerilerini aynı bünyede barındırmaları ile karakterizedir. Kendi duygu ve düşüncelerini karşıdaki bireye açık biçimde ifade edemez bundan dolayı da bastırılmış duygu düşünceler bu bireylerde saldırgan ya da içe kapanık davranış biçimi olarak dışarıya yansıtılır (Kaya, 2021). Manüplatif iletişimciler ikna yöntemi olarak mantıklı gerekçeler sunmak yerine karşı tarafın vicdanı, iyi niyeti ve zekasıyla alay eden bir tavırla ilgiyi hep kendine çeken ve karşı tarafı dinlemeden sürekli olarak kendi düşüncelerini dayatmaya çalışan bireylerdir. Bu konuda başarılı olabilmek için şiddet ve baskıya varan davranışlara başvurmadan çekinmezler. Asertif iletişimciler ise, iletişim esnasında kendi fikirlerini savunurken karşıdaki kişinin de hakkına saygılı biçimde hareket eder. İletişimde doğrudan ve yalın bir dili tercih eder ancak tehdit ve saldırıdan kaçınırlar (Kaya, 2021).

Asertif iletişim, dinleyicinin duygularına saygısızlık etmekten kaçınır ve kendisinin duygularını ve ifade biçimini tanımlayarak konuşur.(Kaya, 2021) "Ben hissediyorum ki...", "Anlıyorum ki..." veya "Anlamama yardım et lütfen..." gibi "ben" mesajlarını kullanmaya gayret eder. Örneğin, asertif iletişimi tercih eden bir hemşire bir önceki vardiyadan çıkan meslektaşına , "Hasta odaları neden sürekli dağınık? Senden sonraki vardiyalara gelmek büyük talihsizlik." demek yerine, "Vardiyamın çok büyük bir bölümünü hasta odalarını düzenleyerek geçirmekten usandım. Vardiyanda hasta odalarını düzenli tutmanın neden zor olduğunu anlamama yardım eder misin?" diyerek "Ben" dilini kullanır. İddialı iletişim kullanmak, hastalarla, iş arkadaşlarıyla ve sağlık ekibi üyeleriyle yaşanan sorunları çözmenin etkili bir yoludur (Ernstmeyer & Christman, 2021). Asertif iletişim hemşirenin hasta, hasta yakını, diğer hemşireler ve sağlık ekibi üyeleriyle kurduğu iletişimde başarıya ulaşmasında anahtar rol oynar (Riley, 2015).

1.8. Sağlık Hizmetlerinde Yaygın İletişim Engelleri

- **Dil ve konuşma engelleri:** Hasta ile iletişimde tıbbi terminolojinin ya da yabancı kelimelerin kullanılmasından kaynaklı yanlış anlaşılmalara ya da anlaşmazlıklar yaşanabilir. Bu nedenle sade yalın ve sağlık alışanı olmayan kişilerin de anlayabileceği bir dil kullanılmalıdır. Yakın tarihte yaşanan dış göçlerle birlikte hasta ve hemşirenin aynı dili konuşmaması da günümüzde sık karşılaşılan

bir iletişim engeli haline gelmektedir. Bununla birlikte sağlık kuruluşlarında yeterli tercüme hizmetinin olmayışı da bu engeli aşamaz hale getirmektedir (Ernstmeyer & Christman, 2021; Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi, & Samami, 2015).

- **Dikkat eksikliği:** Bir hemşirenin fazla sayıda hastaya sınırlı bir zaman zarfında bakım verdiği ve hemşire sayısının yetersiz olduğu durumlarda bakım uygulamalarını ve evrak işlemlerini tamamlamak oldukça güç hale gelmektedir. Bu gibi durumlarda bireylere değil de işlere odaklanmak daha kolay hale gelir. Bu sebeple hasta odasına girildiğinde duraklayıp derin bir nefes alarak tüm dikkatin hastaya yönlendirilmesine dikkat etmek gerekir. Hastalar ne kadar yoğun olursanız olun her zaman dikkatinizin merkezinde kalmayı beklerler (Ernstmeyer & Christman, 2021; Kwame & Petruca, 2021).
- **Gürültü:** Hastanelerin ya da diğer bakım verilen ortamların, makine ve insan seslerinin tamamı düşünüldüğünde ve hastaların yabancı bir ortamda olmaları da dikkate alındığında ekstra gürültülü olabileceğini söylemek yanlış değildir. Dolayısıyla birden fazla gürültü etmeni içermesi mümkün bu gibi ortamlarda dikkati dağıtacak ve uyku gibi temel ihtiyaçları engelleyecek seslerin azaltılması iletişim için kıymetlidir (Ernstmeyer & Christman, 2021; Kwame & Petruca, 2021; Norouzinia et al., 2015).
- **Işık:** iletişimde ortamın çok aydınlık ya da çok karanlık olması rahatsız edici ve engelleyici bir faktör olarak algılanabilir. Bu sebeple aydınlatmanın hastanın tercihinin bırakılması önemlidir (Ernstmeyer & Christman, 2021).
- **Kültürel farklılıklar:** Sosyal etkileşim normları ve duyguların ifade edilme biçimleri farklı kültürlerde büyük ölçüde farklılık gösterir. Örneğin, kişisel alan kavramı kültürler arasında farklılık gösterir ve bazı hastalar acı konusunda daha metanetli iken bazıları yoğun sözlü ifadelerde bulunur (Ernstmeyer & Christman, 2021; Norouzinia et al., 2015).
- **Fizyolojik engeller:** İletişim kurarken hastaların potansiyel fizyolojik engellerinin farkında olmak önemlidir. Örneğin, bir hasta ağrı çekiyorsa söylenenleri duyma ve hatırlama olasılıkları daha düşüktür, bu nedenle hastaya eğitim verilmeden önce gerektiği şekilde ağrıkesici sağlanmalıdır. Ancak, sakinleştiricilerin ve belirli

ağrı kesici türlerinin genellikle hastanın mesajları alma ve algılama yeteneğini bozduğunu ve bu nedenle bu tür ilaçları aldıktan sonra sağlık bakım belgelerinin hasta tarafından imzalanamayacağını hatırlamak da önemlidir (Ernstmeyer & Christman, 2021; Kwame & Petrucka, 2021).

- **Sözsüz iletişim için fiziksel engeller: Hasta ile iletişimde** E-posta veya metin yoluyla bilgi sağlamak yüz yüze iletişime göre daha az etkilidir. Ses tonu, yüz ifadeleri ve genel vücut dili gibi bir mesajla ilişkili sözsüz iletişimi görememek genellikle alıcının mesajı yanlış yorumlamasına neden olur. Mümkün olduğunca önemli bilgileri yüz yüze iletişim kullanarak iletmek en iyisidir (Ernstmeyer & Christman, 2021).
- **Algı ve bakış açılarındaki farklılıklar:** Herkesin kendi inançları ve bakış açıları vardır ve "duyulmak" isterler. Hastalar inançlarının veya bakış açılarının değer görmediğini hissettiklerinde, genellikle konuşmadan veya bakım planından uzaklaşırlar. Hemşireler, hastanın bakış açıları, bakış açıları ve inançları kendi bakış açılarından farklı olsa bile, sağlık bakımı bilgilerini yargılayıcı olmayan bir şekilde sağlamalıdır (Ernstmeyer & Christman, 2021; Kwame & Petrucka, 2021; Sibiya, 2018).

1.9. İletişim ve Hemşirelik

Gelişmiş bir iletişim becerisine sahip olmak toplumun tüm kesimlerine kıyasla özellikle sağlık hizmetlerinin sunumunda oldukça elzemdir. İnsan sağlığının korunma ve geliştirilmesi gibi temel bir hakkın ortak amaç olduğu bu iletişim kanalında hemşirenin iletişim becerileri kritik bir öneme sahiptir. Etkili bir iletişimle insan merkezli hasta bakımının sunulması ve bu sayede olumlu sağlık çıktılarının ve hizmet kalitesinin artması mümkündür (Ernstmeyer & Christman, 2021; Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Hemşireler genellikle kriz ve felaket durumlarında bireylerle ilk karşılaşan ya da yanıt verici kişi konumundadırlar. Bu nedenle olağan üstü durumlarda bile gelişmiş iletişim becerilerini kullanmak durumundadırlar. Ancak iletişim konusunda ustalaşmak oldukça güçtür. İletişim becerisi mesleğin başlangıcından itibaren üzerinde durulması ve geliştirilmesi gereken bir beceridir. Farklı tecrübe ve deneyimlerden beslenirken aynı zamanda yaşam boyu dinamik bir öğrenme sürecini gerektirir (Başar, Akın, & Durna, 2015; Sibiya, 2018).

İletişim okuma yazma veya herhangi bir yolla bilgi alışverişinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Açık ve etkili bir iletişimde mesajın alıcı ve verici arasında net bir şekilde iletilmesi gerekmektedir. Hemşire mesleği gereği çok farklı eğitim düzeyi, kültür ve sosyal geçmişe sahip bireyle konuşur ve özellikle hastalar, hasta yakınları ya da aile bireyleri ile iletişim kurarken etkili, şefkatli ve profesyonel bir şekilde hareket etmelidir. İyi bir hasta-hemşire ilişkisi bakım çıktılarını iyileştirebileceği gibi hastanın tedaviye uyumu, sağlık eğitiminin başarılı çıktılar vermesi ve iyileşme sürecinde oldukça önemli bir rol oynar. Eksik ya da etkili olmayan bir iletişim sağlık hizmetlerinin sunumunda karmaşaya ve tehlikeye yol açabileceğinden hemşirenin iletişim konusunda kendisini sürekli geliştiriyor olması önemlidir (Riley, 2015; Sibiya, 2018).

Hemşire ve hasta arasındaki iletişim ilk temaslarından itibaren başlar. Hasta ile etkili bir ilişki kurmak için hemşire onu ilk andan itibaren kazanmalıdır. Bu, ilk görüşme uygun koşullarda yapılırsa gerçekleşir. İlk ve her temasta hemşirenin nezaket ve şefkat göstermesinin gerekmektedir. (Ali, Reza, & Mahvash, 2012) Bunun yanı sıra hasta hemşirenin yanındayken rahat hissetmelidir ancak bu rahatlık profesyonellik sınırları içerisinde kalmalıdır. Hemşire hem prestijini korumalı hem de yanlış anlaşılmalardan korunmalıdır. Bu rahatlığın sağlanması ancak sessiz uygun bir ortam mahremiyetin sağlanmasıyla mümkün olacaktır. Hastalar herkesin girip çıktığı uluorta yerlerde kendilerini özgürce ifade etmekten kaçınmaktadır (Bello, 2017; Kourkouta & Papathanasiou, 2014; McCarthy et al., 2013).

Hemşire hasta ile iletişimde gizliliğe çok dikkat etmelidir. Hastaya yapılan her türlü girişimde kapının kapatılması ya da paravan kullanılması gerekmektedir. Bununla birlikte hastaneye her isteyen her istediği saatte girmemesi, koridorlarda kalabalığın olması da istenmeyen bir durumdur. Hasta hemşire ilişkisine engel olan bir diğer husus ise hasta ya da ziyaretçilerin personele ayrılmış ya da yetkili kişilerin girişiyle sınırlandırılması gereken alanlara rahatça girebilmesidir. Bu konuda sınırların net şekilde çizilmesi ve girilmemesi gereken alanlara ilişkin kuralın hasta ve hasta yakınlarına öğretilmesi önemlidir (Ernstmeyer & Christman, 2021; Kwame & Petrucka, 2021).

Rahat ve uygun bir ortam sağlandıktan sonra hasta ile iletişimde en önemli faktörler arasında hastaya yeterli zamanın ayrılması yer almaktadır. Her hastanın sorununu ortaya koymak için kendine özgü bir yolu ve hızı vardır, ancak hemşireleri tanımak ve onlarla yüzleşmek için gereken güveni

hissetmek biraz zaman alır. Hasta, ister beş dakika ister bir saat olsun, zamanın tamamen kendisine ait olduğu hissine sahip olmalıdır. Hasta, hemşirenin onu dinlemiş ve gözlemlemiş olmasından duyduğu memnuniyetle sorununu daha erken ortaya koyar (Ernstmeyer & Christman, 2021). Bu noktada hemşire hastaya onu anladığına dair geri bildirimde bulunmalıdır ancak kullandığı dili belirlerken çok hassas davranması gerekir. Bu dilin seçiminde yapılan hatalar hemşire ve hasta arasındaki iletişimi önemli düzeyde zedeler. Kimi zaman hemşire tarafından anlatılanları anlamayan hasta kendisini bilgisiz hisseder ve utanır. İletişim kurmaya tereddüt eden hasta soru sormaktan ve çare aramaktan kaçınır ve tedavi süreci sekteye uğrayabilir. Bu sebeple hemşirenin tercihe edeceği dil kendisine söylenileni anlaması beklenen hastanın düzeyinde olmalıdır (Norouzinia et al., 2015; Sibiya, 2018).

Hasta ile iletişimde hemşire dürüstlük ve açık sözlülüğe önem göstermelidir. Hasta ile yaşanan tartışmalarda kuşku yaratan ya da şüphe uyandıran davranışlardan kaçınmak gerekir. Zaman zaman hasta yakınından bilgi almaya ihtiyaç duyulduğunda bu görüşmenin yeri ve zamanı konusunda titiz davranılmalıdır. Hastayla iletişim esnasında hasta yakınıyla temastan ya da sözlü olmayan iletişim yöntemlerinden kaçınmak gerekir. Böyle bir durumda hasta, hasta yakını ile hemşire arasında kendisinde gizlenen bilgilerin de yer aldığı bir iletişimin varlığına inanarak güvensizlik duyabilir (Ernstmeyer & Christman, 2021; Fry, Gallagher, Chenoweth, & Stein-Parbury, 2014).

İletişim her zaman çift yönlü olsa da hasta ve hemşire arasındaki iletişim ele alındığında sağlıklı biçimde sürdürülmesinde sorumluluk tek tarafa yani hemşireye aittir. Tüm iletişim süreci boyunca hastanın stresli ve duygusal değişimler içerisinde olduğu unutulmamalıdır. Hastalar karşılaştıkları yeni durumlara adapte olma aşamasında öfke, saldırganlık, inanmama ya da inkar gibi tepkiler gösterebilir. Bu gibi durumlarda hastanın sağlık ekibi üyelerine yönelttiği öfke kişisel anlaşmazlıklara değil durumsal değişimlere dayandığını unutmamak ve bireysel algılamamak çözüme yaklaştırır (Ernstmeyer & Christman, 2021; Sibiya, 2018).

Son olarak her bireyin iletişim ihtiyaçları farklılık göstermektedir. Hemşire bu farklı ihtiyaçları tespit edip sorunları ona göre ele almalıdır. En önemlisi ise hastanın sorularına sessiz ve kayıtsız kalınmamasıdır. Çünkü sorularına kayıtsız kalan hastalar hayal kırıklığından öfkeye varan geniş bir duygu yelpazesiyle karşı karşıya kalacak ve iletişim ciddi zarar görecektir

(Bello, 2017; Ernstmeyer & Christman, 2021; Norouzinia et al., 2015; Sibiya, 2018)

2. HEMŞİRELİKTE ETKİLEŞİM

Etkileşim kavramı en az iki kişinin kurdukları iletişim neticesinde birbirini etkilediği ve birbirinden etkilendiği durumdur. Hastaların temel ihtiyaçlarının karşılanmasını amaçlayan profesyonel ve terapötik ilişki yoluyla hasta-hemşire arasında bir etkileşim gelişmektedir. Hasta ve hemşire arasındaki etkileşim uzun süren bir bakım sürecinde gerçekleştiği düşünülse de çok kısa süreli temaslar sonucu da etkileşim gelişebilmektedir. Her etkileşim iyileştirici müdahaleler için olanak sağlamaktadır (Lotfi, Zamanzadeh, Valizadeh, & Khajehgoodari, 2019; Vujanić, Mikšić, Barać, Včev, & Lovrić, 2022).

Hasta ve hemşire etkileşimi üç bileşenden meydana gelmektedir. Bunlar terapötik ilişkinin kurulması, tanılamanın gerçekleştirilmesi ve bakım planının uygulamaya geçirilmesidir. Tüm bu aşamaların istenen biçimde gerçekleşmesi için hemşirenin gelişmiş iletişim becerilerine sahip olması gerekmektedir. Burada gelişmiş iletişim becerileri istenilen mesajları doğru biçimde verebilmek ve hastadan gelen mesajları doğru şekilde anlayabilmektir. Profesyonel düzeyde sürdürülen iletişim becerisi hemşirenin hastanın sağlık ihtiyaçlarını, inanç ve beklentilerini anlama konusunda kolaylık sağlar (Lotfi et al., 2019; Özcan, 2012). Orlando'ya göre hastalar farklı koşullarda her zaman gereksinimlerini açıkça ifade edemeyebilirler ancak hemşire iletişim becerilerini etkin biçimde kullanarak bu gereksinimleri belirleyebilmelidir (de Guzman, Jaurigue, & Jimenez, 2019; Vujanić et al., 2022). Hasta ve hemşirenin etkili iletişimi hemşirelik bakımının kalite belirleyicisidir (Özlü et al., 2016).

Hemşire-hasta etkileşimi, hemşirelerin hastaların temel insan ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan sağlık bakımını değerlendirmelerini, planlamalarını ve sunmalarını sağlamak için oluşturulmuş profesyonel ve terapötik bir ilişkidir. Ünlü teorisyenler Watson, Leininger, Boykin ve Swanson teorilerinde 'şefkat' kavramını hemşireliğin özü olarak tanımlanmakta ve etkili, yüksek kaliteli hemşire-hasta etkileşiminin temel unsuru olduğunu öne sürmektedir (Alligood, 2017; Létourneau, Cara, & Goudreau, 2017). Güven, hemşire-hasta ilişkisinin temel unsurudur ve bir anda oluşmaz. Bu güvenin oluşturulması için hastaya yeterince ilgi ve beceriyle yaklaşmak ve empati yapabilmek gerekir.(Yalçın & Aştı, 2011)

Hastalar, hemşirelerine güven duyduklarında, bakım süreçlerine daha açık olurlar (McCabe, 2004). Ek olarak, güvenli ve gizli hemşire-hasta etkileşimi, hastaların sağlanan bakım ve tedavi sonuçlarından duyduğu memnuniyet ve hemşirelerin mesleki doyumu için önemlidir (Wiechula et al., 2016). Ayrıca, çeşitli kaynaklar hemşirelerin öz saygısının, esenliğinin, kişisel başarı duygusunun ve iş tatmininin artması bağlamında insani ilişkilerin olumlu terapötik etkileri olduğunu göstermektedir (Fortuno, Oco, & Clores, 2017; Wiechula et al., 2016). Chung ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi, memnuniyeti, neşesi ile hemşire-hasta ilişkisi kurma yeterlilikleri arasında pozitif korelasyon olduğu ortaya konmuştur (Chung, Chen, Chang, Hsu, & Hsieh, 2021). Bu nedenle, hemşirelerin hastalarla etkileşim kurma yeterlilikleri, sağlıklı yaşam tarzı ve çalışma ortamı memnuniyeti ile önemli ölçüde ilişkilidir. Bu tür şefkatli etkileşimlerin hastaların güvenlik duygusunu artırarak tekrarlayan hastane yatışlarının sıklığının azalmasına katkı sağladığı belirlenmiştir (Feo, Donnelly, Athlin, & Jangland, 2018; Haryani, 2019; Soriano, 2019).

Hasta ve hemşire etkileşimi başta güven ve empati olmak üzere hastanın bağımlılık ya da bağımsızlık düzeyinden, ilgi, saygı, sevgi ve sempati kavramlarından beslenmektedir. Bu kavramlar terapötik bir iletişimin de temel bileşenleridir. Terapötik iletişim ise hastaların doğru şekilde anlaşılması ve gereksinimlerin eksiksiz biçimde karşılanması için zorunludur (Ağaçdiken & Aydoğan, 2017).

2.1. Güven

Güven kişisel arası ilişkilerin sürdürülmesi için gerekli bir duygudur. Sağlık hizmetleri kişiler arası iletişimin en yoğun yaşandığı sektörlerden biridir. Sağlık hizmetleri diğer hizmet sektörlerinin yanı sıra hataya daha duyarlı, karmaşık, değişken ve ertelenemez bir sistemdir. Hastaların belirsizliklere, hataya ya da gecikmeye tahammülleri daha azdır. Aynı zamanda bu sektörde alınan hizmet direkt olarak bireyin sağlığını ve yaşamını etkilediği için güven unsuru olmadan sürdürülebilir bir ilişki ağına sahip olması mümkün değildir (Türkyılmaz, 2021).

Hastalar hastaneye geldikleri andan itibaren hemşirelerin ya da diğer sağlık profesyonellerinin kendisiyle ilgilenmesini, güvenli ve rahat bir ortamın tahsis edilmesini beklemektedir. Çünkü hastaneye başvurdıkları zaman en ilgiye ihtiyaç duydukları ve hassas oldukları zamandır. Bu sebeple

herhangi bir ilgisizliğe ya da iletişim engeline tahammül etmek istemezler (Temel & Aydın, 2018).

Hemşireye ve diğer sağlık çalışanlarına duyulan güveni etkileyen faktörler ele alındığında medyadaki olumlu ya da olumsuz örnek olaylar, sosyal çevrenin etkisi, başkaları tarafından anlatılan olumsuz tecrübeler, mahremiyeti ihlal eden olumsuz deneyimler, hatalı teşhis ya da tedavi endişesi, bilgi eksikliği ya da karmaşıklığı, sağlık personelinin iletişim becerisi ve mesleki tecrübesi gibi daha birçok faktör sayılabilir (Türkyılmaz, 2021).

Hemşire hasta iletişiminde kültür, sağlık inanç davranışları, bilinç, yaş, cinsiyet, ekonomik durum, büyüme gelişme dönemi, algı, emosyonel durum, karşılanmamış gereksinimler, tutum, değer ve inançlar, kişilik, öz saygı, tutum ve davranışların belirleyicisidir. Hemşireler için bu faktörlerin yanısıra terapötik iletişim becerisi, kişiler arası ilişkilerdeki yetkinliği, bütüncül bakış açısı ve profesyonel değerler iletişimdeki davranış ve tutumların ana belirleyicileri arasında yer almaktadır. İki tarafında belirtilen türlü faktörler sonucunda geliştirdikleri tutumlar iletişimi şekillendirmektedir. Hasta-hemşire arasındaki iletişimin güven çerçevesinde ilerlemesi için yeterli zamanın ayrılması gerekir. Aynı zamanda dikkat dağıtıcıların ortamdaki elimine edilmesi önemlidir (Bello, 2017; Türkyılmaz, 2021; Yalçın & Aştı, 2011).

2.2. Empati

Türk dil kurumu empati kavramını duygudaşlık şeklinde tanımlarken çeşitli kaynaklarda empati kişinin kendisini karşısındaki bireyin yerine koyarak olaylara onun bakış açısı ile bakma çabası olarak tanımlanmaktadır (Özdemir, Güler, Şahin, Ünsal, & Kuni, 2019; Öztürk, 2018).

Hemşirenin hastasıyla terapötik ilişki kurarken hastanın ihtiyaçlarını ve algısını belirler, kişilerarası iletişimi başlatır, problemlere çözüm bulur ve problemleri azaltır. Terapötik ilişkilerde iletişimi başlatabilmek için hemşire empatiye ihtiyaç duyar. Başlatılan iletişimin başarılı olması ve sürdürülebilmesi için empati temel bir unsurdur. Empati ahlaki, duyuşsal, bilişsel ve davranışsal bileşenlerden meydana gelen kompleks bir kavramdır. Bu çok boyutlu kavramı içselleştirebilen ve bakıma yansıtan hemşire olaylara objektif bakabilme becerisi kazanır (Ağaçdiken & Aydoğan, 2017). Hemşirelerin altıristik yaklaşıma sahip olması gerektiğini vurgulayan Amerikan Hemşirelik Okulları Birliği, hemşirenin bakım verdiği bireylerin

duygu ve düşüncelerini anlayarak o bireylerin yaşamına girmeyi başardığını belirtmektedir.

Literatürde empati ve şefkat kavramları sıklıkla karıştırılmaktadır. Hemşirelik mesleği her iki kavramı da gerektirdiği ve her iki kavramın amacı da hastayla ilgilenmek amacıyla gerçekleştirildiğinden bu karışıklık olağandır. Ancak şefkat kelime anlamı olarak acının birlikte çekilmesi anlamını taşımaktadır. Şefkat kavramında odak nokta başkasıyla ilgilenmektir ve eylemlerimizdeki niyet karşımızdaki kişinin değil kendi bakış açımızdan beslenmektedir. Empatide ise niyet bizim değil karşımızdaki kişinin bakış açısından beslenmektedir. Amaç ise acıyı dindirmek değil karşımızdaki hastayı anlamaya çalışmaktır. Örneğin kimsesiz olan bir hastaya şefkat duyabiliriz ancak kimsesiz olmanın nasıl bir duygu olduğunu anlayamayız (McKinnon, 2018).

Joyce Travelbee hemşireliği iki birey arasındaki süreç olarak ifade ederken hemşirenin başka bir bireyin psikolojisini anlamasını empati, empatiyi becerebilen hemşirenin hastanın stresli durumlarda yardım etme arzusu taşımalarını sempati olarak tanımlamaktadır. (Özdemir et al., 2019) Peplau ve Orlando gibi kuramcılar ise hasta bireylerin tam bir açıklıkla ifade edemedikleri gereksinimlerinin hemşireler tarafından anlaşılabilmesi gerektiğini bunun için de gelişmiş iletişim becerilerine sahip olmaları gerekmektedir (Ağaçdiken & Aydoğan, 2017). Reynold ve Scott ise empati kurabilen bir hemşirenin hastanın ağrısında, solunum sıkıntısında ve stresinin azaltılmasında daha başarılı olduğunu ortaya koyan çalışmalar yapmıştır (Ağaçdiken & Aydoğan, 2017).

3. SONUÇ

İletişim birden fazla birey arasında gerçekleşen ve birden fazla beceri gerektiren, farklı faktörlerden etkilenen ve beslenen bir kavramdır. Doğuştan gelen ancak geliştirilmesi gereken bir beceridir. Çok farklı koşullarda ve karakterlerde bireylerle mesleki yaşantısında sık karşılaşılan ve kişiler arası iletişimi yoğun biçimde kullanan hemşireler bu tür farklılıklarla etkili baş edebilmek için iletişim becerilerini sürekli geliştirmelidirler. Burada gelişmiş iletişim becerileri hem olumlu sağlık çıktılarını artırır hem de sağlığı geliştirme süreçlerini sürdürülebilir kılmaktadır. Kurulan iletişim esnasında kısa ya da uzun süreli temaslar sonucunda ortaya hasta ve hemşire etkileşimi çıkmaktadır. Hasta ve hemşire arasında kurulan etkileşim sadece hasta açısından faydalı değil aynı zamanda hemşirenin yaşamında neşeyi ve mesleki

doyumunu da artırmaktadır. Bu etkileşim karşılıklı iletişim üzerine kurulur ve iletişimin sağlıklı sürdürülebilmesi için güven, saygı, ilgi, empati ve hastanın hemşireye ihtiyaç duyması gerekmektedir. Olumlu etkileşimler sonucunda hemşirelik sürecinin başarıya ulaşması aynı zamanda da hastanın da sağlığının korunması ve geliştirilmesi ve mevcut sağlık sorunlarının etkin çözümlenmesi de mümkün hale gelmektedir.

4. KAYNAKÇA

- Ağaçdiken, S., & Aydoğan, A. (2017). Hemşirelerde empatik beceri ve etik duyarlılık ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 122-129.
- Akçam, A., Kanbay, Y., & Işık, E. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Artvin Çoruh Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 74-92.
- Ali, F. M., Reza, N., & Mahvash, S. (2012). Exploring nurse-patient communication strategies. *HAYAT-Journal of Faculty of Nursing and Midwifery*, 18(4), 28-46.
- Alligood, M. R. (2017). *Nursing theorists and their work-E-book: nursing theorists and their work-e-book*: Elsevier Health Sciences.
- Başar, G., Akın, S., & Durna, Z. (2015). Hemşirelerde ve hemşirelik öğrencilerinde problem çözme ve iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 125-147.
- Bello, O. (2017). *Effective communication in nursing practice: A literature review*. (Bachelor's Thesis), ARCADA University, ARCADA University.
- Chung, H.-C., Chen, Y.-C., Chang, S.-C., Hsu, W.-L., & Hsieh, T.-C. (2021). Development and validation of nurses' well-being and caring nurse-patient interaction model: A psychometric study. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 7750.
- de Guzman, A. B., Jaurigue, K. A. M., & Jimenez, A. A. B. (2019). A comparison of the nurse-patient interaction criteria among geriatric clients in home health care and community settings: A trade-off analysis. *Educational Gerontology*, 45(3), 176-190.
- Dirgar, E., & Olgun, N. (2022). Türk Diyabet Eğitim Hemşirelerinin İletişim ve Dinleme Becerilerinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Çalışma. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 14(4), 1128-1134.
- Epçaçan, C. (2013). Temel bir dil becerisi olarak dinleme ve dinleme eğitimi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(11), 331-352.
- Ernstmeyer, K., & Christman, E. (2021). Communication. In K. Ernstmeyer & E. Christman (Eds.), *Nursing Fundamentals*. Eau ClaireChippewa Valley Technical College: Eau Claire.

- Feo, R., Donnelly, F., Athlin, Å. M., & Jangland, E. (2018). Providing high-quality fundamental care for patients with acute abdominal pain: A qualitative study of patients' experiences in acute care. *Journal of health organization and management*, 33(1), 110-123.
- Fortuno, A., Oco, D., & Clores, M. (2017). Influential components of caring nurse-patient interaction (cnpi) in a tertiary hospital in the Philippines: Towards improving health outcomes of patients. *International Journal of Nursing Science*, 7(4), 84-90.
- Fry, M., Gallagher, R., Chenoweth, L., & Stein-Parbury, J. (2014). Nurses' experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 22(1), 31-36.
- Haryani, A. (2019). Predictors of Nurse's Caring Behavior towards Patients with Critical Illness. *KnE Life Sciences*, 12-22-12-22.
- Karadağ, M., Işık, O., Cankul, İ. H., & Abuhanoğlu, H. (2015). Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 160-179.
- Kaya, Ü. Ü. (2021). *İletişim Tarzları*. Ankara: Eğiten Kitap Yayıncılık Org. Tic. Ltd. Şti.
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. *Materia socio-medica*, 26(1), 65.
- Kumcağız, H., Yılmaz, M., Çelik, S. B., & Avcı, İ. A. (2011). Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1).
- Kurudayıoğlu, M., & Kiraz, B. (2020). Dinleme stratejileri. *Ana Dili Eğitimi Dergisi*, 8(2), 386-409.
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC nursing*, 20(1), 158.
- Létourneau, D., Cara, C., & Goudreau, J. (2017). Humanizing nursing care: An analysis of caring theories through the lens of humanism. *International Journal of Human Caring*, 21(1), 32-40.
- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing open*, 6(3), 1189-1196.
- McCarthy, D. M., Buckley, B. A., Engel, K. G., Forth, V. E., Adams, J. G., & Cameron, K. A. (2013). Understanding patient-provider conversations:

- what are we talking about? *Academic Emergency Medicine*, 20(5), 441-448.
- McKinnon, J. (2018). In their shoes: An ontological perspective on empathy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 3882-3893.
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2015). Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global journal of health science*, 8(6), 65.
- Özcan, H. (2012). Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: Gümüşhane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 60-68.
- Özdemir, K., Güler, D. S., Şahin, S., Ünsal, A., & Kuni, F. (2019). Hemşirelerde empati ve öfke kontrolünün değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(3), 470-478.
- Özlü, Z. K., Eskici, V., Gümüş, K., Yayla, A., Özlü, İ., Aksoy, D., & Yeşilay, Y. (2016). Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerileri Ve Empati Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 8, 52-71.
- Öztürk, H. (2018). Özel hastanede çalışan hemşirelerin empati algıları. *Osmangazi Tıp Dergisi*.
- Phutela, D. (2015). The importance of non-verbal communication. *IUP Journal of Soft Skills*, 9(4), 43.
- Riley, J. B. (2015). *Communication in nursing* Elsevier Health Sciences.
- Sibiya, M. N. (2018). *Effective Communication in Nursing*. United Kingdom: İntechopen Limited.
- Soriano, G. P. (2019). Psychometric evaluation of the Filipino version of caring nurse-patient interaction scale-patient. *International Journal for Human Caring*, 23(4), 329-333.
- Temel, K., & Aydın, M. (2018). Sağlık hizmetlerinde, hasta-hekim ilişkisinde yaşanan bilgi asimetrisinin ortaya çıkardığı ekonomik sorunlar: Çanakkale örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.
- Turan, N. (2015). Yoğun bakım ünitesinde terapötik dokunmanın önemi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*(3), 134-139.
- Tustonja, M., Stipić, D. T., Skoko, I., Čuljak, A., & Vegar, A. (2024). active listening—a model of empathetic communication in the helping professions. *Medicina Academica Integrativa*, 1(1), 42-47.

- Türkgeldi, S. K. (2016). Proksemi kavramı ve yüz bağlamında duygulanımın imgesi olarak yakın planlar. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*(42), 95-110.
- Türkyılmaz, D. (2021). Tıbbi güven ve güvensizlik. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 15-30.
- Vujančić, J., Mikšić, Š., Barać, I., Včev, A., & Lovrić, R. (2022). *Patients' and Nurses' Perceptions of Importance of Caring Nurse–Patient Interactions: Do They Differ?* Paper presented at the Healthcare.
- Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of advanced nursing*, 72(4), 723-734.
- Yalçın, N., & Aştı, T. (2011). Hemşire-hasta etkileşimi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(1), 54-59.

BÖLÜM 2

KİŞİLER ARASI İLETİŞİMİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE KİŞİLER ARASI İLETİŞİM YAKLAŞIMLARI

Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ¹

Arş. Gör. Zeynur EŞ²

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15823166>

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon, Türkiye. cdemirbag@gmail.com, Orcid ID: 0000-0003-4145-5020

² Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon, Türkiye. zeynuress@ktu.edu.tr, Orcid ID: 0009-0007-8221-7025

GİRİŞ

İletişim tarihinin başlangıcı insanlık tarihiyle oluşmuştur. İnsan sosyal bir varlık olduğu için diğer canlılarla birlikte yaşamak zorundadır. Birlikte yaşayabilmek için de iletişime ihtiyaç duyulmaktadır (Işık, 2014). Kişiler arası iletişimi etkili kurmak, sosyal ilişkilerin sağlıklı olmasının yanında kişilerin psikolojik olarak da sağlıklı olmasına yardımcı olmaktadır (Guerrero, Andersen & Afifi, 2017). Kişiler arası iletişim empatiyi, aktif dinlemeyi ve açık mesajlaşmayı içermektedir. Dolayısıyla kişilerin birbiri ile olan iletişimini güçlendirmenin yanında problem çözme, iş birliği yapma ve çatışmayı yönetebilmek gibi yeteneklerin de gelişmesine yardımcı olmaktadır (Hargie, 2011). Kişiler arası iletişim kavramı da zaman içinde gelişmiş ve değişmiştir. Özellikle 1960’lardan sonra hızlı gelişme göstermiştir (Çubukçu, 2006). Kişiler arası iletişim, son yıllarda Türkiye’de “etkili iletişim”, “kişisel gelişim”, “sorun çözücü iletişim” gibi kavramlarla eğitim kapsamında öne çıkan bir konu olarak gelişmeye devam etmektedir (Doğanay & Keskin 2008).

İLETİŞİM KAVRAMI

İletişim sözcüğü Latince “komunis” kelimesinden köken almaktadır. Bu kelime ortaklık anlamına gelmektedir (Şahin & Aral, 2012). (Tuna, 2012). Shannon ve Weaver’ın modelinde iletişim bir beynin başka beyni etkilemesi şeklinde tanımlanmıştır. Lasswell’in modelinde ise iletişim bireylerin arasındaki mesaj alışverişi şeklinde tanımlanmıştır. (Şahin & Aral, 2012). Türk Dil Kurumu iletişimi “Duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması; bildirişim, haberleşme, komünikasyon” şeklinde tanımlamaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>).

İnsan devamlı olarak etrafıyla etkileşim gereksinim içindedir. İletişim bir insanı biyolojik varlıktan toplumsal varlığa dönüşmesini sağlamaktadır. İnsanın başkalarını anlayabilmesi ya da hayatını devam ettirebilmesi için gerekli bilgileri edinebilmek için iletişime ihtiyacı vardır. İnsan neyi yapıp yapmaması gerektiğini çocukluğun ilk yıllarında aile ve çevresiyle kurduğu iletişimle öğrenmektedir. Ebeveynin çocuğuna yönelik davranış yaklaşımı çocukta ömür boyu kalıcı davranışa neden olabilmektedir. Aile toplum için hangi davranışların uygun, hangilerinin uygunsuz olduğunu iletişim yoluyla çocuğuna öğretmektedir (Tuna, 2012).

KİŞİLER ARASI İLETİŞİM

Kişilere özgü iletişim, iki insan veya bir insanın birden fazla insanlar arasındaki ilişkisine dayanmaktadır. Kişiler arası iletişim ise bir insandan farklı bir insana anlamlı mesajların iletilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Şahin & Aral, 2012).

Kişiler arası iletişim iki veya daha fazla kişi arasında sözel ya da sözel olmayan yollarla kodlar kullanarak meydana getirdikleri iletişim şeklidir. İletişimin kişiler arası olarak kabul edilebilmesi için iletişime katılan kişilerin belli bir yakınlıkta olması, karşılıklı olarak ileti alış verişinin olması ve iletilenlerin yer ve zaman birliğinde olması gerekmektedir (Liman Kaban, 2019).

KİŞİLER ARASI İLETİŞİM TARİHSEL GELİŞİM

Kişilerarası iletişim, 2400 sene önce Batı kültürlerinde incelenmeye başlamıştır. Yunanistan'da Aristoteles'in "Retorik ve Şiirleri" eseri bu alanın önünü açmıştır. Sonraki dönemlerde "Roma Konuşma Sanatı Teorisi" ile İngiltere ve Amerika'da kişiler arası iletişim gelişmeyi sürdürmüştür. Bütün bu çalışmalarla iletişim sosyal bilim dalı, kişiler arası iletişim ayrı bir bilim dalı şeklinde değerlendirilmiştir (Gürüz & Eğinli, 2021).

Birçok akademisyen, kişilerarası iletişim çalışmalarının başlangıcı olarak 1910'ların başında Georg Simmel ve diğer sosyologların çalışmalarına işaret etmektedir (Manning, 2020). Özellikle kişiler arası iletişim de entelektüel tohumların, Piaget'in çocuk etkileşimlerini analiz etmesi ve rol oynama ile atıldığı görülmektedir (Eren, 2018).

KİŞİLERARASI İLETİŞİMİN YILLARA GÖRE TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ

1920'ler ve 1930'lar

1920'lerde ve 1930'larda, farklı disiplinlerden gelen akademisyenler, çalışma gruplarının insani unsurlarının, kişisel iletişim açısından nasıl önemli olduğunu keşfetmeye başlamışlardı ve bu keşif insanların birbirleriyle nasıl etkili konuşabileceklerine dair fikirler sunmuştur. Daha sonra, etkileşim ve ilişkilerin psikolojik refahı nasıl etkilediğine dair çalışmalar yaygınlaşmıştır (Manning, 2020)

Bu yıllarda kişiler arası iletişim çalışmaları için bir çok entelektüel tohum atılmıştır. Bu dönem aynı zamanda Elton Mayo ve Harvard İşletme Okulu'ndaki meslektaşlarının iş ortamlarında sosyal etkileşim ve sosyal ilişkilerin potansiyel gücünü ortaya çıkarmalarına tanıklık etmiştir. Western Electric Hawthorne fabrikasında yürüttükleri çalışmalar, amir-çalışan etkileşiminin beraberinde akran etkileşimlerinin üretkenlik üzerindeki etkisi ile ilgili önemli soruları gündeme getirmiştir. Bu “insan ilişkileri” hareketi, destekleyici iletişimin doğası, açıklık ve bir başkasının işine ilgi göstermenin etkileri hakkında daha sonraki düşünceleri harekete geçirmiştir (Knapp vd., 2011; Eren, 2018).

1950'ler

1950'ler "İletişim Devrimi"nin başladığı yıllar olmuştur. Bu yapılan çalışmaların yanında yeni örgütlerin ve dergilerin kurulmasına da yansımıştır. Birçok akademik disiplinden bilim insanı, iletişimin insan yaşamındaki artan önemini görmüştür. Öncü sosyal psikologlar da 1950'lerde kişilerarası dinamiklerle büyük ölçüde ilgilenmişlerdir (Knapp vd., 2011).

1950'lerde, sözsüz iletişim gibi konuşmaların ritmi veya akışı da ayrı bir araştırma alanı haline gelmiştir (Manning, 2020). Özellikle Edward Hall yalnızca sözcüklere değil, sözsüz süreçlere de önem vermiştir (Eren, 2018). Bu çalışmalar özellikle George Herbert Mead'ın 1930'lardaki felsefelerine geri dönerek, insanların sembolleri öğrenmek ve paylaşmak için başkalarıyla iletişim kurarken anlamın müzakere edildiğini anlamalarını sağlamıştır (Manning, 2020).

Sosyolog Erving Goffman'ın kişilerarası iletişim çalışmaları üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Goffman tarafından yazılan birçok etkili kitaptan ilki “The Presentation of Self in Everyday Life (1959)” tır. Kitapları birkaç nesil lisansüstü öğrenciler için "mutlaka okunması gereken" kitaplardan sayılmıştır (Knapp vd., 2011).

Kişilerarası iletişim, II. Dünya Savaşı'nı izleyen yıllarda iletişimin sosyal bilim disiplinini kurmanın bir parçası olarak ortaya çıkmıştır. Lazarsfeld'in medyanın oy verme davranışı üzerindeki etkilerine ilişkin öncü çalışmaları ve kişisel etki üzerine yaptığı dönüm noktası niteliğindeki çalışması gazetecilik bölümlerinde iletişim araştırmalarına olan ilgiyi artırmıştır. Lewin'in grup süreçlerine ve bunların bireysel davranışlar

üzerindeki etkilerine olan ilgisi 1950'lerin sonlarında özellikle konuşma bölümlerinden çıkan ilk nesil kişilerarası iletişim araştırmacıları üzerinde önemli bir etki yaratmıştır (Berger, 2014).

1960'lar

Kişilerarası iletişimin gelişmesi 1960'lardan önceki yıllarda üretilen fikir ve yazı zenginliğinin yanında, akademik olarak tanımlanabilir bir çalışma alanı olarak toplumsal güçlerden büyük ölçüde etkilenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, Vietnam Savaşı ile ilişkili aktivizmden ve sivil haklar hareketiyle ilişkili olarak kendini geliştirme ve kişisel farkındalık konusunda ortaya çıkan endişe, duyarlılık eğitimi ve bilinç yükseltme gibi yüz yüze iletişim faaliyetlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bundan dolayı kişilerarası iletişime verilen önem ve yapılan çalışmalar artmıştır (Knapp vd., 2011).

Yüz yüze kişisel etkileşimle ilgilenenlerin, çalışmalarına girerken yararlanabilecekleri geçmiş araştırmalar sınırlıydı. Bu teorik temel eksikliği Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin ve Don D. Jackson'ın 1967'de *Pragmatics of Human Communication* adlı kitabının yayınlanmasıyla değişmiştir. Pragmatik İnsan İletişimi'nin yayınlanması, kişilerarası iletişim disiplini iletişimin temel yönlerinden biri haline getirmiştir. Kitap, insanların düşünceli iletişim yoluyla kişisel ilişkilerini nasıl geliştirebilecekleri konusunda tavsiyeler sunmuştur. Ayrıca mesajların hem ilişki hem de içerik boyutlarına sahip olduğu kavramını merkeze almıştır. Watzlawick, Beavin ve Jackson tarafından başlatılan ivme Michael Argyle'in 1967'de sosyal etkileşim ve sosyal beceriler hakkında son teknoloji bir araştırma incelemesi yayınlamasıyla ve Dean Barnlund'un 1968'de kişilerarası etkileşim hakkında bir dizi ampirik ve teorik makale yayınlamasıyla devam etti. Kısa süre sonra kişilerarası iletişim hakkında dersler geliştirilmiş ve konuya adanmış ilk ders kitapları 1970'lerin başında ortaya çıkmıştır. Kişilerarası iletişimin ilk çalışmalarının çoğu teorik değildir, ancak 1970'lerin sonlarına doğru, kişilerarası iletişimle ilgili birçok teori gelişmiş, çoğu kişilerarası etkileşimin psikolojik yönlerini içermiştir (Manning, 2020).

Geçtiğimiz kırk yıl boyunca, kişilerarası iletişim alanının kapsadığı araştırma odakları önemli ölçüde değişime uğramıştır. 1960'larda, kişilerarası iletişim başlığı altında yürütülen araştırmalar, küçük grup süreçlerine duyulan

ilginin bazı kanıtlarıyla birlikte, ikna ve sosyal etki üzerine odaklanmıştır. Tutum değişikliğine ilişkin deneysel çalışmalar o dönemin kişilerarası iletişim ortamına hakim olmuştur (Manning, 2020).

1970'ler

1960'lar ve 1970'ler, kişilerarası iletişimin iletişim çalışmalarının bir alt disiplini olarak ve kendi başına çalışılması gereken bir konu olarak görülmeye başlanmıştır (Manning, 2020). Kişilerarası iletişim ve kişilerarası ilişkilerin çeşitli yönlerini kapsayan kolej ve üniversite derslerin ve bu konuları ele alan kitapların sayısının arttığı görülmüştür (Knapp vd., 2011)

1970'lerde, kişilerarası iletişim araştırmacıları arasında kuram geliştirmeye yönelik ilgi artmaya başlamıştır. Bu ilk kuramsal denemeler, diğer kişilerarası iletişim araştırmacıları tarafından daha sonra yapılacak bir dizi kuramsal önerinin başlangıcını oluşturmuş ve kişilerarası iletişim araştırma topluluğu içinde güçlü bir kuram geliştirme etişinin yerleşmesine yardımcı olmuştur (Berger, 2014).

İletişim disiplinlerinin akademik ve profesyonel derneklerinde, Konuşma İletişimi Derneği'nin (şimdiki adıyla Ulusal İletişim Derneği) Kişilerarası ve Küçük Grup Etkileşimi İlgi Grubu ve Uluslararası İletişim Derneği'nin Kişilerarası İletişim Bölümü gibi vurgu alanlarının resmi olarak kurulması, kişilerarası iletişim süreçlerinin öğretimi ve incelenmesine olan ilginin artmasına işaret etmektedir. Kişilerarası iletişimin yönleriyle ilgilenen kongre programları kural haline gelmeye başlamıştır (Knapp vd., 2011).

1980'ler

1970'lerde kişilerarası iletişimin incelenmesi sağlam bir şekilde yerleştikçe, 1980'lerde kişilerarası bilim insanları, anlamın koordineli yönetimi ve belirsizlik azaltma gibi yeni teorik perspektifler de üretmişlerdir (Knapp vd., 2011). İletişimsel etkinlik bu dönemde hedeflenenlerin uygun şekilde yerine getirilmesi şeklinde görülmüştür (Eren, 2018). İlişki terimi, incelenen sürecin eşanlamlısı olmaktan çok, kişilerarası iletişimi incelemek için bir bağlam haline gelmiştir. Bu bakış açısı sonraki yirmi yıl boyunca büyümeye devam etmiştir (Knapp vd., 2011).

1990'lar

1980 ve sonrası yıllarda kişiler arası iletişim ile ilgili yürütülen çalışmalar da toplumsal yaklaşımlara önem vermeye başlamıştır. Bu yaklaşımda kişilerin iletişimde olduğu süreçte olayların nasıl meydana geldiğine dikkat çekmektedir (Eren, 2018).

1990'larda, kişilerarası iletişim akademisyenleri araştırmalarına nicel ve nitel, mikro ve makro gibi çeşitli yaklaşımlar benimsemeye başlamışlardır. Kişilerarası iletişim için bilgi tabanı oldukça genişlemiştir dolayısıyla benzer düşünen bilim insanları bir araya gelmiş ve kişilerarası iletişimin daha geniş şemsiyesi altında özel ilgi grupları oluşturmuşlardır. Grup davranışı, adlarında kişilerarası iletişim, aile iletişimi, sosyal etkileşim, iletişimden kaçınma ve çekinme ve küçük grup iletişimi gibi terimler kullanan çok sayıda örgütsel varlığı doğurmuştur (Knapp vd., 2011).

1990'lar ayrıca, düzenlenmiş ciltlerin kişilerarası iletişimin çeşitli alanlarına ilişkin bilgi tabanlarını genişlettiği bir zamandır. Bu da, bu alandaki akademik çalışmaların iletişim alanında ve diğer disiplinlerde kazandığı tanınırlığın artmasına yardımcı olmuştur (Knapp vd., 2011).

Akademik derneklerdeki çeşitli ilgi grupları, kişilerarası iletişim konusu etrafında oluşmuştur ve çeşitli kişilerarası iletişim türleri (özellikle aile iletişimi ve sosyal etkileşim) bilim insanlarından önemli ilgi görmüştür. Bu çalışma, bilgisayar aracılı iletişimin, ilişkilerin yorumlayıcı nitel çalışmalarının ve kişilerarası etkileşimin biyolojik yönlerinin popüler konular veya yaklaşımlar haline geldiği 21. yüzyıla kadar devam etmiştir (Manning, 2020).

1990 yılından başlayıp günümüzü de kapsayan dönem "Yenilenme Çağı" olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde kişiler arası iletişimin kavramsallaştırılmasına ilişkin yöntemler sorgulanmaya başlanmıştır (Eren, 2018).

2000'ler

Son zamanlarda kişilerarası iletişimde teknolojinin iletişim için yaygın kullanılması önemli rol oynamaktadır. Mesajlaşma uygulamaları, sosyal medya uygulamaları, görüntülü telefonlar mevcut var olandan farklı bir kişilerarası iletişimi göstermektedir. Ancak aracılı iletişim arttıkça yüz yüze iletişimin değişebilme ihtimali yüksektir (Knapp vd., 2011).

Modernitenin etkisiyle gerçekleşen değişiklikler kişilerin hayat tarzlarının da değişmesine neden olmuştur. Kişilerin hayat tarzlarındaki bu değişiklikler tüm yaşam alanları ile iletişime ilişkin riskleri de yanında getirmiş ve kişiler arası iletişim şekillerini de etkilemiştir (Dikme & Sucu, 2022).

Yakın zamanlara bakıldığında kişilerarası iletişim büyük ölçüde Batı kültüründen gelen öğrencilerle ilgili çalışmalara dayanmaktadır. Son yıllarda hekimler ile hastalar arasındaki iletişimin iyileştirilmesi özel bir ilgi alanı haline gelmiş olup, bazı iletişim bilimcileri bazı tıp fakültelerinde müfredatın bir parçası olarak iletişim becerileri dersleri vermeye başlamıştır. Kişilerarası iletişim ile ilgili olarak doktor-hasta arası iletişimin geliştirilmesine yönelik iletişim becerileri dersleri verilmeye başlanmıştır (Knapp vd., 2011).

21. yüzyılın ilk on yılında yapılan çalışmalar gelecek için tahmin yürütmeye yardımcı olmaktadır. Bazı araştırmacılar, kişilerarası iletişimi sosyal sorunlarla ilişkili incelemeyi ön planda tutmuştur (Knapp vd., 2011).

Özellikle son dönemde pandeminin kişiler arası iletişimde etkisi oldukça fazladır. Pandeminin etkisiyle, toplumsal travma oluşma riskinin yanında toplumdaki kişilerin gelecek kaygısı da artmıştır. Pandemi ve toplumda meydana gelen sosyal olaylar sonucu kişiler arası iletişimi temelden etkileyen unsurlar depresyon oluşmasına neden olmuştur (Dikme & Sucu, 2022).

Günümüzde değerlendirme, politika, hesap verilebilirlik kişilerarası iletişimi araştıran kişiler için giderek artan bir endişe oluşturmaktadır. Kişilerarası iletişim alanındaki akademisyenler, bilgilerini insanların günlük yaşamlarındaki kişilerarası etkinliğini artırmak için kullanmanın değerini giderek daha fazla görmektedirler (Knapp vd., 2011).

KİŞİLERARASI İLETİŞİM YAKLAŞIMLARI

Kişilerarası iletişim, durumsal ve gelişimsel yaklaşım olarak ele alınmaktadır.

Durumsal Yaklaşım

Miller, kişilerarası iletişimde durumsal yaklaşımın ilk ortaya çıkan yaklaşım olduğunu ve kişiler arası iletişimde en etkili yaklaşım olduğunu belirtmektedir (Burlison, 2010). Durumsal yaklaşım iletişimcilerin sayıları

veya birbirlerine olan yakınlıkları gibi kişiler arası iletişimi de kapsayan faktörleri ele alıp, iletişimin meydana geldiği zaman ve mekâna ilişkin durumların değerlendirilmesinin önemli olduğunu ifade etmektedir. (Gürüz & Eğinli, 2008).

Durumsal bakış açısı, iletişim türlerini iletişimsel bağlamın özelliklerine göre ayırır; bunların en önemlileri iletişimcilerin sayısı, bu iletişimcilerin fiziksel yakınlığı, duyuşsal veya iletişim kanallarının (özellikle de sözsüz olanların) mevcudiyeti ve iletişimciler tarafından alınan geri bildirimdir (Burleson, 2010; Gürüz & Eğinli, 2008).

Kişiler arası iletişimin tanımını durumsal yaklaşım "iki kişi arasında gerçekleşen iletişim" şeklinde yapmaktadır. Bu tanıma ikili iletişim (dyadic communication) de denilmektedir (Burleson, 2010; Gürüz & Eğinli, 2008). Durumsal yaklaşıma göre ikili ilişkiye örnek olarak; karı-koca ve işveren-çalışan arasındaki iletişim verilebilir. İkili ilişkide, iki kişinin yakınlığı olmasa bile ikisini kapsayan bir iletişim varlığında bu kişilerarası iletişim şeklinde değerlendirilmektedir. Örnek olarak yoldan geçen birbirini tanımayan iki birey yol sormak amacıyla iletişim başlattıklarında bu iletişim kişilerarası iletişim olarak değerlendirilmektedir (Gürüz & Eğinli, 2008).

İlişkisel kişilerarası iletişim için, ikili öncelik, iki anlayışı/bilinci ve ikili koalisyon özelliklerinin olması şarttır (Gürüz & Eğinli, 2008).

- İkili öncelik: İkili ilişkiler, gruplar içinde belli konularda ve ortak noktalarda iletişimlerini ifade etmektedir. Gruplarda ikili ilişki kuranların konu ve zamana bağlı değiştiği ve farklı önceliklerin var olduğu görülmektedir.
- İki anlayışı/bilinci: Kişiler arası iletişimi etkileyen faktörlerden biri de tarafların ilişkileri hakkında ne düşündükleridir. Bu anlayışa göre iletişimi kuran tarafların ilişkileri güçlendikçe karşılıklı duygu ve düşünce bağlamındaki iki bilinci de güçlenmektedir. Kişiler arası iletişimde artan iki bilinci ile oluşan ilişki bireylerden daha önemli hale gelmektedir.
- İkili koalisyonlar: Kişiler arası iletişimde iki taraf arasındaki ilişki tarafların isteklerine, amaçlarına ve çıkarlarına göre şekillenmektedir. Bu koalisyonlar yıkıcı veya yapıcı özellikte olabilmektedir. Örnek olarak anne çocuk arasındaki yakınlaşma da

babanın dışarda kalması aile içi iletişimde yıkıcı etki gösterebilmektedir (Gürüz & Eğinli, 2008).

Gelişimsel Yaklaşım

Durumsal yaklaşımdaki yetersizlikler için Miller alternatif olarak gelişimsel yaklaşımı önermiştir. Gelişimsel yaklaşım mesajların üretilmesi ve yorumlanması süreçlerine odaklanan belirli bir sosyal etkileşim türü olarak kavramsallaştırılmıştır (Burleson, 2010).

Gelişimsel yaklaşım kişiler arası iletişim sürecini iki kişi ile sınırlamamaktadır. Ayrıca bu iletişim sürecinin yalnızca yüz yüze olması gerekmediği üzerinde durmaktadır. Kişilerin birbirleri ile etkileşimlerini önce sosyal roller yoluyla kurduklarını belirtmektedir (Gürüz & Eğinli, 2008)

Miller (1978), kişiler arası iletişimi "kişisel olmayandan kişilerarası olana doğru gelişen bir süreç içinde oluşan iletişim" şeklinde tanımlayarak gelişimsel özelliğine dikkat çekmiştir. İletişimin zamanla farklılaşabileceğini bu nedenle dinamik olduğunu belirtmektedir (Gürüz & Eğinli, 2008).

Gelişimsel yaklaşım, kişisel olmayan kişiler arası iletişim boyutundan kişiler arası boyutuna geçişinde etkisi olan üç etkeni açıklamıştır (Gürüz & Eğinli, 2008)

- Psikolojik bilgi: İnsanların birbirleriyle kurduğu ilişkilerin birbirleri ile ilgili sahip oldukları psikolojik bilgi ve düşüncelere bağlı olduğunu belirtmektedir. Bu psikolojik bilgi, kişilerin etkileşim kurarken yakın veya uzak hissetme özelliğiyle kişiler arası iletişime şekil vermektedir. Kişiler arası iletişimde kişisel olmayan seviyedeki ilişkiler için sosyal roller belirleyicidir. Ancak kişisel boyuta geçildiğinde psikolojik bilgiler kişiler arası iletişimde belirleyici olmaktadır.
- Açıklayıcı bilgi: Kişiler arası iletişimde bireylerin yakınlık seviyeleri arttıkça birbirleri ile ilgili kazandıkları bilgiler ilişkiye açıklayıcı yön getirmektedir. Bu yön sahip olunan ilişkiye olumlu ya da olumsuz nitelik kazandırabilmektedir. Açıklayıcı bilgilerin arttığı ilişkide kişiler etkileşimlerine ilişkin yargılar elde edebilmekte ve davranışların nedenlerini daha kolay açıklayabilmektedirler.
- Kişilerin oluşturdukları kurallar: Kurulan ilişki kişiler arası değilse, bireyler toplum ve kültürün getirdiği kurallara göre iletişim

kurmaktadırlar. Fakat zamanla artan yakınlık seviyeleriyle psikolojik bilgi artar ve davranışlar ön görülmeye başlamaktadır. Dolayısıyla bireylerin kişisel ilişkilerinde kendi kurallarını oluşturmaları gerekmektedir (Gürüz & Eğinli, 2008).

SONUÇ

İnsan, çevresiyle kurduğu iletişim ile birlikte toplumsal bir varlık haline gelmektedir. İletişim, kişiler arasında duygu, düşünce ve bilgi alışverişini ifade etmektedir. Kişiler arası iletişim, iki veya daha fazla kişi arasında sözel ya da sözel olmayan yollarla anlamlı mesajların iletilmesinden meydana gelmektedir. Kişilerarası iletişimin tarihsel gelişim sürecine bakıldığında, Batı kültürlerinde ilk olarak Aristoteles'in şiirleriyle incelenmeye başlandığı ve zamanla Roma, İngiltere ve Amerika'da gelişmeye devam ettiği görülmektedir. 1920'ler ve 1930'larda akademisyenler, kişiler arası iletişimin insan ilişkileri ve psikolojik refah üzerindeki etkilerini araştırmaya başlamıştır. 1950'lerde ise kişilerarası iletişim ayrı bir araştırma alanı haline gelmiştir. Bu dönemde sözsüz iletişim ve sosyal etkileşim gibi konular ön plana çıkmıştır. 1960'larda toplumsal hareketlerin etkisiyle kişilerarası iletişim akademik bir alan olarak önem kazanmıştır. 1970'lerde, iletişim derneklerinde kişilerarası iletişime odaklanan bölümler kurulmuş, bu alanda kuramsal çalışmalara ilgi artmıştır. 1980'lerde iletişim, hedefe uygun bir etkinlik olarak görülmeye başlanmış ve "ilişki" kavramı bağlam olarak ele alınmıştır. 1990'larda teknolojinin yaygın kullanımı, iletişim biçimlerini değiştirmiştir. 21. yüzyılın ilk on yılında, sosyal sorunlarla ilişkili kişilerarası iletişim araştırmaları önem kazanmış ve akademisyenler, etkin iletişim sağlamak için bu bilgileri kullanmanın gerekliliğini kavramıştır. Son dönemde meydana gelen pandemi süreci ise, kişilerarası iletişimi derinden etkileyerek toplumsal travma ve depresyon gibi sorunlara yol açmıştır.

Kişiler arası iletişim yaklaşımlarına bakıldığında durumsal yaklaşım, kişilerarası iletişimi etkileyen faktörleri, iletişimci sayısı, yakınlık, duyuşal kanallar ve geri bildirim gibi durumsal koşullara göre değerlendirmekte ve iki kişi arasında gerçekleşen iletişim olarak görmektedir. Gelişimsel yaklaşım ise kişilerarası iletişimi yalnızca iki kişiyle sınırlamayıp, sosyal roller aracılığıyla etkileşimlerin kurulduğunu ve yüz yüze olmanın gerekliliğini reddetmektedir.

İletişimin dinamik olduğunu bu nedenle zamanla deėiőebileceėine değinmektedir.

KAYNAKÇA

- Benoit, W. L., & Holbert, R. L. (2010). Political communication. In *The handbook of communication science* (pp. 437-452). SAGE Publications, Inc..
- Berger, C. R. (2005). Interpersonal communication: Theoretical perspectives, future prospects. *Journal of communication*, 55(3), 415-447.
- Burleson, B. R. (2010). The Nature Of İnterpersonal Communication. Berger, C. R., Roloff, M.E. & Roskos-Ewoldsen, D.R. (Ed.) *The Handbook Of Communication Science*, 1(2), 145-163.
- Charles R. Berger. (2014). Interpersonal Communication (Vol. 00006). De Gruyter Mouton.
- Çubukçu, H. (2006). Kişilerarası İletişimde Devingenlik: Yeni Bir İletişim Modeline Doğru. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 23(1).
- Dikme, H., & Sucu, İ. (2022). Kişilerarası İletişim Boyutuyla Covid 19 Pandemisinin Sosyo-Pskolojik Yansımaları. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 5(12), 1818-1828.
- Doğanay, Ü., & Keskin, F. (2008). İletişim Çalışmalarında Kişilerarası İletişimin Yeri: Türkiye’deki Kişilerarası İletişim Eğitimi Üzerine Bir Değerlendirme. *Kültür Ve İletişim*, 11 (1)(21), 9-32.
- Eren, G. (2018). Kişiler arası iletişim nedir, ne değildir?. Ulağlı, S. (ed.) *Kişilerarası İletişim Güncel Yaklaşımlar ve Kuramsal Temeller*. Motto Yayınları.
- Guerrero, L. K., Andersen, P. A., & Afifi, W. A. (2017). *Close encounters: Communication in relationships*. Sage Publications.
- Gürüz, D., & Eğinli, A. T. (2021). Kişilerarası iletişim. *Nobel Akademik Yayıncılık*. 9. Basım. İstanbul
- Hargie, O. (2021). *Skilled interpersonal communication: Research, theory and practice*. Routledge.
- Işık, M. (2014). Kişilerarası İletişimde Kaynak Olgusu Ve Kaynağın Özellikleri. *Selçuk İletişim*, 1(1), 70-77.
- Katz, E., Lazarsfeld, P. F., & Roper, E. (2017). *Personal influence: The part played by people in the flow of mass communications*. Routledge.

- Knapp, M. L., Daly, J. A., Albada, K. F., & Miller, G. R. (2011). Background and current trends in the study of interpersonal communication. *The Sage handbook of interpersonal communication*, 3-22
- Tuna, Y. (2012). İletişim Kavramı Ve İletişim Süreci. Vural, İ. (ed.) İletişim. *Ankara: Pegem Akademi*. 1-23.
- Lewin, K. (1945). The research center for group dynamics at Massachusetts Institute of Technology. *Sociometry*, 8(2), 126-136.
- Liman Kaban, A. (2019). Kişilerarası İletişimde Duygusal Bulaşmanın Rolü: Öğretmen Öğrenci İletişimi Üzerine Bir Araştırma. Maltepe Üniversitesi *İletişim Fakültesi Dergisi*, 6(1), 87-108.
- Manning, J. (2020). Interpersonal communication. *The SAGE international encyclopedia of mass media and society*, 2, 842-845
- Şahin, S., & Aral, N. (2012). Aile içi iletişim. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 55-66.
- Tuna, Y. (2012). İletişim Kavramı ve İletişim Süreci. Vural, İ., Tuna, Y., Birsen, Ö., Erzurum, F., Küçük, M., & Çolak, F. Ü. (ed.) İletişim. *Ankara: Pegem Akademi*, 2-23.
- Türk Dil Kurumu. İletişim Tanımı. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>

BÖLÜM 3

SOSYAL ALIŞVERİŞ KURAMI

Prof. Dr. Esra YILDIZ¹

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15823196>

¹ Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakóltesi, Hemşirelik Bölümü, Erzurum, Türkiye.
esrazengin82@gmail.com. ORCID: 0000-0003-4445-7064

1.GİRİŞ

Hemşireler insan ihtiyaçlarına ilişkin bilgileri edinmek, yorumlamak, anlamak ve kaydetmek için sözlü ve yazılı olmak üzere tüm iletişim yöntemlerini kullanırlar. Hemşirelerin kendi değerleri ve inançlarının ve bunların başkaları ile iletişimlerinin bakım verdiği toplum üzerinde etkileri mevcuttur. İnsanların iletişim kurmalarının birçok farklı yolu ve bunların sağlık-hastalık, insan, toplum ve diğer faktörlerden nasıl etkilenebileceğini göz önünde bulundurmalıdır.

Hemşireler; eğitim rolünü yerine getirirken; model olma-model alma ve etkili iletişim yoluyla sağlıklı davranışlarını geliştirmek için her fırsatı değerlendirmelidir. İnsanların bir arada yaşamaya başladığı çok eski çağlardan beri iletişim, hayatta kalabilme ve gelişebilme için gerekli olan ve ortaya çıkan önemli bir erken beceridir. Bu, insanların anlayışlarını paylaşmalarını, birbirlerini korumalarını ve hayatta kalmak için günlük yaşamlarında karşılaştıkları sorunları çözmenin yeni yollarını geliştirmelerini sağlamıştır. Sosyal işbirliğiyle bağlantılı olan iletişim yetenekleri toplum olabilmeyi sağlar.

2. KURAMCININ ÖZGEÇMİŞİ

George Caspar Homans (11 Ağustos 1910 - 29 Mayıs 1989) Amerikalı sosyolog, Amerikan Sosyoloji Derneği'nin 54. başkanı ve sosyal alışveriş teorisinin mimarlarından biridir. Homans bilim dünyasında en çok sosyal davranış alanındaki araştırmaları ve The Human Group, Social Behavior: Its Elementary Forms adlı eserleri, teoriye yaptığı katkılar ve sosyal davranışı açıklamak için geliştirdiği farklı önermelerle tanınır. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'nin ikinci başkanı John Adams'ın üçüncü büyük torunudur (https://en.wikipedia.org/wiki/George_C._Homans).

Sosyal Alışveriş Kuramı ilk defa 1950 yılında J. W. Thiboult ve H. H. Kelley tarafından yazılan The Social Psychology of Groups adlı kitapta görülmüş, ancak ilk defa George Homans tarafından kişilerarası iletişim sürecine uyarlanmıştır. Sosyal alışveriş teorisinin temel bileşenleri Homans (1961, 1974) ile ortaya çıkmıştır. Sosyal etkileşimin psikolojik önermelerle açıklanabileceğine inanıyordu. Homans'a göre, sosyal etkileşim, en az iki kişi arasında az veya çok maliyetli veya ödüllendirici olan somut veya soyut malların değişimidir. Sosyal etkileşim karşılıklı olarak ödüllendiriciyse devam

edecektir (Aytekin & Ateş, 2023). Blau (1964) Homans'ın teorileştirmesini değişim ilişkilerini ve bunların ortaya çıkan özelliklerini de içerecek şekilde genişletmiştir. O, insanların birbirlerine kaynak sağladığını ve yükümlülüklerini yerine getirdiğini teorileştirmiştir (Byrd, 2006)

3. KURAMIN TEMEL İÇERİĞİ

Bu teori genellikle ekonomi, siyasal ve diplomatik ilişkilerin inceleyen bilimlerin kullandığı karşılıklı fayda sağlamanın kişilerarası ilişkilere uyarlanmasıyla ortaya çıkan bir kuramdır (Poyraz, 2020). Sosyal alışveriş kuramı; tüm toplumlardaki bireyler karşılıklı yarar sağlamak için iletişim kurarlar. Sosyal alışveriş teorisi, değişimi hem ekonomik hem de sosyal sonuçlar doğurabilecek bir sosyal davranış olarak görür. Sosyal alışveriş teorisi genel olarak insan etkileşimlerini ekonomik ilişkilerle karşılaştırarak analiz edilmiştir. Blau, bu kavram anlaşıldığında, sosyal değişimleri yalnızca ekonomik ilişkilerinde değil, aynı zamanda arkadaşlık gibi diğer sosyal ilişkilerde de her yerde gözlemlemenin mümkün olduğunu belirtmiştir (Yıldırım & Durmaz, 2021). Sosyal Alışveriş Teorisi, davranışların toplum ve çevre ile etkileşim kurmaya çalışan insanların maliyet-fayda analizlerinin sonucu olarak düşünülebileceğini ileri sürer. Bir kişi bir davranışla, onu gerçekleştirerek kaybettiğinden daha fazla ödül elde edebileceğine inanıyorsa, o zaman kişi davranışı gerçekleştirir. Tersine, kişi maliyetin faydadan daha ağır basacağını hissettiğinde, davranışı gerçekleştirmez (Cook, Cheshire, Rice, & Nakagawa, 2013).

Homans, sosyal değişimi, en az iki kişi arasında, somut veya soyut ve az çok ödüllendirici veya maliyetli bir faaliyetin değişimi olarak tanımlamıştır. Homans, sosyal davranış ve sosyal etkileşim tarafından üretilen sosyal örgütlenme biçimlerini, A'nın davranışının B'nin davranışını nasıl pekiştirdiğini (aktörler A ve B arasında iki taraflı bir ilişkide) ve B'nin davranışının karşılığında A'nın davranışını nasıl pekiştirdiğini göstererek açıklamıştır. Bu, "alt-kurumsal" düzeyde açıklanan devam eden sosyal etkileşimin açık temelidir. Mevcut tarihsel ve yapısal koşullar verili olarak alındı. Değer, kişinin pekiştirme geçmişi tarafından belirlenir ve bu nedenle bir değişim ilişkisine girerken de verili olarak alınır. Homans'ın temel odağı, karşılıklı güçlendirmenin (ve bunun eksikliğinin) sosyal süreçlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan sosyal davranıştır. İlişkiler, güçlendirmenin

başarısızlığı temelinde de sona erebilirdi. Çalışmasının ana vurgusu olan ikili değişim, çalışmalarının çoğunun temelini oluşturur (Mitchell, Cropanzano, & Quisenberry, 2012; Poyraz, 2020). Teori, örgütsel davranışın örgütler içindeki sosyal değişim süreçlerinin sonucu olduğunu varsayar. Teorinin merkezinde, insanların olumlu eylemlere olumlu, olumsuz eylemlere ise olumsuz tepki vereceği sosyal beklentisi olarak tanımlanabilecek karşılıklılık normu yer alır. Bu, çalışanların işverenlerinden (olumsuz) olumsuz muamele gördüklerinde, örgüte karşı tutum ve davranışlarını değiştirerek karşılık verdiklerini gösterir. Bunlar aynı zamanda hemşirelik profesyonellerinin kuruma bağlılığı, algıladığı destek ile mesleğe bağlılık ve hizmetlerin sürdürülebilirliğini de açıklamayı sağlar. (Trybou, De Pourcq, Paeshuyse, & Gemmel, 2014). Hemşireler kendilerine önem verildiğini gördüğü, saygıyla davranıldığı ve mesleki katkılarının örgüt tarafından desteklendiği örgütle bir ilişkiye değer vermektedir (O'Donohue & Nelson, 2007).

4. KURAMIN TEMEL KAVRAMLARI

Homans'ın temel önermeleri, sosyal davranış çalışmasını ödülleri ve cezalar açısından çerçeveleştirilerek, genel olarak ödüllendirilen davranışın devam edeceğini vurgulamıştır (İnci, 2019).

İlk önermesi, başarı önermesi, olumlu sonuçlar üreten davranışın tekrarlanma olasılığının yüksek olduğunu belirtir.

İkinci önerme, uyarıcı önermesi, geçmişte bu gibi durumlarda ödüllendirilen davranışın benzer durumlarda gerçekleştirileceğini belirtir.

Üçüncü önerme olan değer önermesi, bir eylemin sonucu bir aktör için ne kadar değerliyse, o eylemin gerçekleştirilme olasılığının da o kadar yüksek olduğunu belirtir.

Dördüncü önerme, yoksunluk-doygunluk önermesi, azalan marjinal fayda genel idealini ortaya koyarak uyarıcı önermeyi nitelendirir: bir kişi yakın zamanda bir eylem için belirli bir ödülü ne kadar sık aldıysa, o ödülün ek bir birimi o kadar az değerlidir.

Son olarak, beşinci önerme, bireylerin farklı ödül durumlarına ne zaman duygusal olarak tepki vereceğini belirtir. İnsanlar beklediklerini alamadıkları zaman öfkelenir ve saldırganlaşırlar. Homans (1974) daha sonra adil bir getiri oranı almadıklarında öfkelenebileceklerini savunarak, diydik

değişim analizine dağıtım adaletinin normatif kavramını dahil etmiştir (Cook et al., 2013).

5.SOSYAL ALIŞVERİŞ TEORİSİ VE HASTA-HEMŞİRE ETKİLEŞİMİ

Sosyal alışveriş, birbirleriyle doğrudan temas halinde olan bireyler arasındaki etkileşimle ilgilenir ve hasta-hemşire etkileşiminin doğasını incelemek için potansiyel olarak yararlıdır. Ancak, genel olarak sosyal etkileşim değişim perspektifinin odak noktasıdır ve bu nedenle hasta-hemşire etkileşimi bağlamına uyan teorinin yönlerinin açıklanması gerekir. Ev ziyaretleri sırasında hasta-hemşire etkileşimi, karşılaşmanın hedeflerinin halk sağlığı hemşireliği uygulamasının, sağlık teşvikinin ve hastalık ve yaralanmaların önlenmesinin genel hedeflerinden türetildiği benzersiz bir sosyal etkileşim türüdür. Değişim perspektifinin temel varsayımı, sosyal ilişkinin karşılıklı doğasıdır. Değişim kavramı, insanların karşılıklı ödül değişimi yoluyla sosyal etkileşimde birbirlerini nasıl etkilediğini kavramsallaştırır. Hasta-hemşire etkileşimi bir değişim süreci ve hasta ve hemşire için ödüllendirici veya maliyetli olarak görülür. Hasta, hemşirenin sağlayabileceği belirli kaynakları bekler.

Değişim perspektifinin kaygısı, hangi kaynakların değiştirilmesi gerektiği değil, hangi kaynakların değiştirildiğidir. Sosyal değişim teorisi, hasta-hemşire etkileşimi için potansiyel bir çerçeve olarak tanımlanmıştır. Sağlık ziyaretçilerinin bakış açısından sağlık ziyareti uygulamasına ilişkin temellendirilmiş bir teori çalışmasında, Chalmers (1992), verme ve alma davranışlarının hasta-hemşire etkileşimini karakterize ettiğini bulmuştur(Chalmers, 1992). Donohue (2003), değişim teorisinin bir kadın sağlığı kliniğinde hasta-hemşire uygulayıcı etkileşimini anlamada ve açıklamada yardımcı olduğunu bulmuştur(Donohue, 2003).

Örnek vaka anne çocuk ziyareti ile açıklık sağlanmaya çalışıldı. Anne-çocuk ev ziyaretleri üzerine yapılan bir saha araştırmasında sosyal değişim teorisi yararlı bir açıklayıcı araç olarak ortaya çıkmıştır (Byrd, 2006). Hasta hemşire etkileşimi, kaynakların karşılıklı değişimi olarak ortaya çıkmıştır ve sosyal değişim teorisi, hemşirenin ev ziyareti sürecini nasıl başlattığını, sürdürdüğünü ve sonlandırdığını açıklamada yardımcı olmuştur. Hemşirenin

üç farklı örüntüde -tek, kısa ve uzun vadeli- gerçekleştirdiği, çocuk odaklı olarak etiketlenen belirli bir ev ziyareti süreci ortaya çıkmıştır (Byrd, 2006).

5.1.Hemşirelik stratejileri

Hemşire, bir ziyaret planlamak için ön görüşme yapar. İlk telefon görüşmesinde, annenin sorularını yanıtlamayı, toplum kaynakları hakkında bilgi vermeyi ve bebeği tartmayı hedeflendiği açıklanır. Ziyaretin başlarında, hemşire genellikle kendisi hakkında bilgi paylaşılır. Bir ziyaret sırasında, hemşire genellikle annenin öncelikli beklentilerini karşılamayı, ihtiyaç duyulan bilgileri edinene kadar ertelenir (örneğin, ziyaretin sonuna doğru bebeği tartmak). Hemşire, tek bir ziyaret sırasında ev ziyaret sürecini başlatmak ve ilerletmek ve süreci bir dizi ziyaret boyunca sürdürmek için sosyal değişim kavramlarına benzer kavramlara dayalı stratejiler kullanmalıdır. Hemşire bu durumda bir kaynak sağlayıcısı rolündedir. Hizmet verdiği birey aile ve toplumla ilişkileri-iletişimleri başlatıp sürdürür. Bir değişim işleminin gerçekleşmesi için, danışan hemşirenin verebileceği değerli bir kaynağa sahip olduğunu algılamalıdır (Byrd, 2006).

5.2.Hasta sonuçlarıyla bağlantılar

Yapılan girişimler, sağlık bilgisi ve bakım vermenin onaylanması potansiyel olarak anne öz güvenini ve öz yeterliliğini artıracaktır. Bebeğin fiziksel değerlendirmesi olası durumların erken teşhisini sağlayacaktır. Hasta-hasta ailesi, potansiyel olarak toplum kaynaklarıyla bağlantı kurması sağlanacaktır. Hemşire, her anne için çok önemli olan sağlık bilgileri sağlamanın yanı sıra ziyaret sırasında güven sağlanır ve artan sosyal destek sonucunda iletişim sağlanır. Ziyaretten anne memnuniyeti başka bir olası sonuçtur. Bu sonuçlar sosyal değişimin beklenen fayda sağlandığında elde edilen değişim kuralının işleyişini açıklamaktadır. Hemşireler tarafından sağlanan her bir fayda birey-aile ve toplum tarafından yapılan iletişim girişiminin geri dönüşünde sağlanan fayda ile ilişkilerin bağı güçlenecektir.

5.3.Hasta sonuçları

Sosyal alışveriş teorisi, hasta-hemşire etkileşimindeki varyasyonları hasta sonuçlarıyla ilişkilendirmede potansiyel olarak yararlıdır. Hasta ve hemşire arasında hangi kaynakların değiştirildiğini analiz etmek, olası

sonuçları ortaya çıkarmanın bir yoludur. Örneğin, hangi bilgilerin değiştirildiğini analiz etmek, bebek bakımı hakkında artan anne bilgisi, artan ev güvenliği, kurşun zehirlenmesinin önlenmesi, aşılarla uyum ve doğum sonrası komplikasyonların azalması gibi olası sonuçları belirlemenin bir yoludur.

6.SONUÇ

İyi uygulanmış iletişim teknikleri, kişilerarası bağlantının merkezi kavramı kabul edilmezse tek başına etkisizdir. Hemşirelik bağlamında, birincil faktör hemşire ile hasta veya hizmet kullanıcısı, iş arkadaşı, aile üyeleri veya bakım vericiler arasındaki ilişkidir.

7.KAYNAKLAR

- Aytekin, H., & Ateş, E. (2023). Kişilerarası İletişim ve Sosyal Alışveriş Kuramı. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 10(99), 2274-2279.
- Byrd, M. E. (2006). Social exchange as a framework for client-nurse interaction during public health nursing maternal-child home visits. *Public health nursing*, 23(3), 271-276.
- Chalmers, K. I. (1992). Giving and receiving: an empirically derived theory on health visiting practice. *Journal of Advanced Nursing*, 17(11), 1317-1325.
- Cook, K. S., Cheshire, C., Rice, E. R., & Nakagawa, S. (2013). *Social exchange theory*: Springer.
- Donohue, R. K. (2003). Nurse practitioner–client interaction as resource exchange in a women's health clinic: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 717-725.
- İnci, M. (2019). Toplumsal Mübadele Kuramından Sosyal Sermaye Kavramsallaştırmasına: Rasyonel Seçim Kuramı. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 11(2), 93-107.
- Mitchell, M. S., Cropanzano, R. S., & Quisenberry, D. M. (2012). Social exchange theory, exchange resources, and interpersonal relationships: A modest resolution of theoretical difficulties. In *Handbook of social resource theory: Theoretical extensions, empirical insights, and social applications* (pp. 99-118): Springer.
- O'Donohue, W., & Nelson, L. (2007). Let's be professional about this: Ideology and the psychological contracts of registered nurses. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 547-555.
- Poyraz, E. (2020). Interpersonal Communication and Social Exchange Theory. *International Journal of Social and Economic Sciences*, 10(1), 1-14.
- Trybou, J., De Pourcq, K., Paeshuyse, M., & Gemmel, P. (2014). The importance of social exchange to nurses and nurse assistants: Impact on retention factors. *Journal of Nursing Management*, 22(5), 563-571.

Yıldırım, Y., & Durmaz, V. (2021). Sosyal ve Ekonomik Değişim Davranışı Ölçeği Uyarlama ve Karşılaştırma Çalışması. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 16(2), 105-115.

BÖLÜM 4

ETKİLEŞİM KURAMI

Dr. Öğr. Üyesi Ayten KAYA¹

Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR²

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15823203>

¹ Ordu Üniversitesi, İkizce Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakım Programı, Ordu, Türkiye. a.kaya085252@hotmail.com . ORCID: 0000-0002-7684-3675

² Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ordu, Türkiye. hac32@gmail.com . ORCID: 0000-0002-0371-0556

GİRİŞ

Hemşirelik mesleğinin bilimsel bir temele oturtulması amacıyla geliştirilen kuramsal yaklaşımlar, bakım uygulamalarını daha sistemli, etkili ve anlamlı hale getirmeyi hedeflemektedir. Kuramlar, hemşirelerin içgörü ve değerlendirme becerilerini bilimsel temele oturtturarak modern hemşirelik anlayışına katkıda bulunmaktadır (Orlando, 1961; Faust, 2002; Alligood, 2022). Hemşirelikte insan merkezli yaklaşımı öne çıkaran önemli kuramlardan birisi Ida Jean Orlando tarafından geliştirilen Etkileşim Kuramı'dır. Etkileşim Kuramı, hemşirelik girişimlerinin teknik uygulamalarla sınırlı olmadığını; bireyin ihtiyaçlarını anlamaya dayanan düşünülmüş, sistematik ve iletişim temelli karar süreçleri içerdiğini savunmaktadır (Haapoja, 2014). Orlando'nun Kuramı, hemşirelikte hasta merkezli yaklaşımın önemini vurgulamakta ve klinik uygulamalarda iletişimi iyileştirici bir süreç olarak kullanmaktadır (Orlando, 1961; Faust, 2002; Alligood, 2022). Bu bölümde Ida Jean Orlando'nun özgeçmişi, kuramın temel kavramları, kuramın yapısı, kuramın hemşirelik uygulamalarındaki yeri ve diğer kuramlarla karşılaştırmaları verilmiştir.

1.KURAMCININ ÖZGEÇMİŞİ

1.1.Ida Jean Orlando'nun Yaşamı ve Mesleki Gelişimi

Ida Jean Orlando, 12 Ağustos 1926'da New Jersey'de İtalyan göçmen bir ailenin çocuğu olarak dünyaya gelmiştir. 1947 yılında New York Medical College'dan mezun olarak hemşirelik mesleğine adım atmıştır. 1951 yılında St. John's Üniversitesi'nden Halk Sağlığı Hemşireliği lisans derecesini, 1954'te Columbia Üniversitesi Teachers College'dan Ruh Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans derecesini almıştır (UK Essays, 2018). Orlando; klinisyen, danışman, araştırmacı ve eğitimci olarak hemşirelikte çeşitli alanlarda görev yapmıştır. Akademik kariyerine Yale Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde öğretim üyesi olarak başlamış, burada Ruh Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nın direktörlüğünü yürütmüştür. Ayrıca birçok saha araştırması, klinik danışmanlık ve ulusal/uluslararası projelerde görev almıştır (Haapoja, 2014). 1961 yılında yayımladığı “Dinamik Hemşire-Hasta İlişkisi: İşlev, Süreç ve İlkeler” adlı eseri, hemşire-hasta etkileşimine dair çığır açıcı bir yaklaşım sunarak Deliberatif Hemşirelik Süreci'ni tanımlamıştır (Orlando, 1961). 1972'de yayımlanan ikinci kitabı olan “Hemşirelik Sürecinin Disiplini

ve Öğretimi” ise kuramın öğretimsel boyutunu detaylandırmıştır (Ida Jean Orlando, 2020). Orlando, ABD’de psikiyatri hemşireliği alanında araştırma fonu alan ilk hemşire olarak dikkat çekmiş, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü’nün desteğiyle çok sayıda önemli projeler yürütmüştür. Orlando psikiyatri, kadın doğum, dahiliye ve acil servis gibi kliniklerde çalışmış, McLean Hastanesi’nde danışmanlık yapmış ve birçok üniversitede dersler vermiştir. 1992 yılında Massachusetts Hemşireler Derneği tarafından “Hemşirelikte Yaşayan Efsane” unvanına layık görülmüş, 28 Kasım 2007’de 81 yaşında vefat etmiştir (Faust, 2002; Alligood, 2022).

2. KURAMIN TEMEL KAVRAMLARI

Orlando’nun Etkileşim Kuramı, hemşirelik sürecini yapılandıran bir dizi temel kavramlar üzerine kurulmuştur. Kuram birbiriyle ilişkili profesyonel hemşireliğin işlevi, davranış sunumu, ani tepki, hemşirelik süreci disiplini ve iyileştirme olmak üzere beş kavram etrafında şekillenmiştir. Bu kavramlar, hemşirelik uygulamalarında hastayla etkili iletişim kurularak doğru müdahalelerin yapılmasını sağlamaktadır. Kuramın kavramları aşağıda alt başlıklar hâlinde verilmiştir (Hiçdurmaz, 2017; Velioğlu, 1999)

2.1. Profesyonel Hemşireliğin İşlevi

Orlando’ya göre hemşirenin temel rolü, hastanın acil yardım ihtiyacını belirlemek ve bu ihtiyaca yönelik müdahalede bulunmaktır. Hemşire, yalnızca gözleme dayalı değil, empatik yaklaşım ve etkileşimle bireyin ifade edemediği ihtiyaçları da fark edebilmelidir.

2.2. Davranış Sunumu

Hasta tarafından sergilenen her davranış, hemşire için potansiyel bir yardım çağrısı olabilir. Bu davranışlar açık ya da örtük olabilir ve fiziksel, sözel ya da duygusal yollarla ifade edilebilir. Hemşirenin bu davranışları dikkatle gözlemlemesi ve yorumlaması beklenir.

2.3. Anında (İşsel) Tepki

Hemşire, gözlemlediği hasta davranışına karşı düşünsel, duygusal ya da fiziksel bir tepki geliştirir. Bu tepkiler otomatik olabilir; ancak Orlando’ya göre doğrudan müdahale yerine önce bu tepkilerin doğrulanması gereklidir.

Bu yaklaşım, refleksif değil, düşünülmüş bir hemşirelik uygulamasını teşvik eder.

2.4. Hemşirelik Süreci Disiplini

Bu kavram, hemşirenin gözlemlerini ve içsel tepkilerini hasta ile paylaşarak durumu doğrulamasını ve anlam netliği sağlamasını ifade eder. Amaç, hemşirenin varsayımlarla değil, hasta ile kurduğu gerçek iletişimle müdahalede bulunmasıdır.

2.5. İyileştirme

Doğrulama sonucu planlanan bilinçli hemşirelik müdahalesi, hastanın sıkıntısını hafifletmeyi veya ortadan kaldırmayı amaçlar. Müdahale sonrası olumlu bir değişim gözleniyorsa, süreç başarıyla tamamlanmış sayılır.

Bu beş temel kavram kuramın uygulamada sistemli ve etkili biçimde kullanılmasını sağlar. Kuramın her bir kavramı, hasta merkezli bakımın ayrılmaz bir parçası olup, birlikte kullanıldığında hemşirelik hizmetinin kalitesini artırır (Velioğlu,1999; Fawcett, 2005; Hiçdurmaz, 2017)

3. KURAMIN METAPARADİGMA BİLEŞENLERİ VE KLİNİK UYGULAMA ÖRNEKLERİ

Orlando'nun Etkileşim Kuramı hemşirelik disiplinde kabul gören dört temel metaparadigma bileşeni insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramlarını içermektedir. Aşağıda dört temel kavram klinik örneklerle verilmiştir (Nursing Process and Orlando Process Discipline-A Case Scenario, 2015).

3.1. İnsan

Orlando, bireyselliği ve hemşire-hasta ilişkisinin dinamik doğasını vurgularken insan kavramını kullanmaktadır. Kurama göre, ihtiyaç sahibi insanlar hemşirelik uygulamasının odak noktasını oluşturmaktadır. Birey yalnızca fiziksel bir varlık değil; davranışları, duyguları ve sözel olmayan mesajlarıyla değerlendirilmesi gereken bütüncül bir varlıktır. Hemşirelikte bireyin özgünlüğüne ve değişen gereksinimlerine duyarlılık esastır.

Klinik Örnek: Bir hasta hemşireye “iyiyim” der ancak yüzünde gergin bir ifade vardır. Hemşire hastanın sözel ve sözel olmayan verilerini değerlendirerek hastaya daha fazla destek sunar. Böylece birey kendini ifade edemediği durumlarda da hemşirelik süreci etkin biçimde işler.

3.2. Sağlık

Orlando'nun Etkileşim Kuramı'nda "sağlık" kavramı, bireyin yardım gereksinimlerini karşılayabilme kapasitesi üzerinden tanımlanır. Sağlık durumu, bireyin yaşadığı sıkıntıyı ifade edebilme ve buna yönelik yardım isteyebilme yetisiyle ilgilidir. Özellikle bireyin çaresizlik yaşadığı ya da ihtiyacını dile getiremediği durumlar, hemşirelik müdahalesini başlatan temel sağlık göstergesi olarak kabul edilir.

Klinik Örnek: Ameliyat sonrası bir hasta, fiziksel olarak stabil görünmesine rağmen "kendimi iyi hissetmiyorum" der. Hemşire, bu ifadenin ardındaki duygusal stresi fark ederek hastayla iletişim kurar ve psikososyal destek sağlar. Bu durum, hemşirenin sağlık kavramını bütüncül biçimde değerlendirdiğini gösterir.

3.3. Çevre

Orlando'nun kuramında çevre kavramı açık şekilde tanımlanmamıştır. Ancak bazı yorumcular, çevrenin kuram içinde dolaylı olarak yer aldığını belirtmektedir. Özellikle bireyin ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde çevresel etkenlerin (aile desteği, sosyal ortam, kültürel yapı vb.) göz önünde bulundurulması, çevre kavramının hemşirelik müdahalelerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Klinik Örnek: Evde bakım hizmeti verilen bir hasta tedaviye uyum göstermemektedir. Hemşire, hastanın yaşam koşullarını ve aile desteğini değerlendirerek bakım planını yeniden yapılandırır. Bu yaklaşım, çevresel koşulların hasta bakımına etkisinin göz önüne alındığını ortaya koyar.

3.4. Hemşirelik

Orlando'ya göre hemşirelik, bireyin acil yardım gereksinimlerini karşılamaya yönelik bilinçli ve sistematik bir müdahale sürecidir. Hemşirelik yalnızca teknik becerilerle değil; aynı zamanda gözlem, empati, değerlendirme ve iletişim yoluyla yardım sunma sürecidir.

Klinik Örnek: Yoğun bakım ünitesindeki bir hasta, konuşamasa da hemşire yüz ifadelerinden huzursuz olduğunu fark eder. Hastayla etkileşime geçerek çevresel koşulları (gürültü, ışık, pozisyon) değerlendirir ve uygun değişiklikler yapar. Müdahale sonrası hastanın yüz ifadesi rahatlar. Bu örnek, hemşireliğin düşünülmüş eyleme dayalı bir meslek olduğunu göstermektedir.

(Thompson, 2017: Nursing Process and Orlando Process Discipline-A Case Scenario, 2015: Gonzalo, 2024)

4. KURAMIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ

4.1. Güçlü Yönleri

- *Hasta Merkezli Yaklaşımı Teşvik Etmesi:* Kuram, hemşirelik uygulamalarında bireyin özgün ihtiyaçlarını merkeze alarak bireyselleştirilmiş bakım sunmayı teşvik eder.

- *İletişime Dayalı Karar Süreci:* Etkileşim kuramı, hemşirelik kararlarının hasta ile iletişim kurularak doğrulanmasına dayandığı için klinik hataları azaltma potansiyeline sahiptir.

- *Klinik Uygulamalara Uygunluk:* Kuram, özellikle akut bakım, psikiyatri, dahiliye gibi doğrudan hasta etkileşimi gerektiren alanlarda kolayca uygulanabilir niteliktedir.

- *Refleksif Hemşirelik Yaklaşımı:* Hemşirelerin içsel tepkilerini fark ederek otomatik müdahalelerden kaçınmalarını sağlar, bu da etik ve düşünülmüş uygulamaların gelişmesini destekler.

- *Eğitimde Kullanılabilirlik:* Öğrencilere, hemşirelik sürecini yapılandırmada temel sağlayarak mesleki muhakeme becerilerini geliştirme fırsatı sunar (Ida Jean Orlando, 2020; Chinn, Kramer, & Sitzman, 2022).

4.2. Sınırlı Yönleri

- *Çevre Kavramının Belirsizliği:* Kuramda çevre metaparadigması açık şekilde ele alınmamış, dolaylı biçimde değinilmiştir. Bu durum, çevresel faktörlerin bakım üzerindeki etkisini değerlendirmede sınırlılık yaratabilir.

- *Acil Durumlar İçin Uygun Olmayabilir:* Etkileşim ve doğrulama gerektiren süreç, zaman baskısının yoğun olduğu acil müdahale gerektiren durumlarda uygulanması zor olabilir.

- *Yorumlamaya Açıklık:* Hemşirenin içsel tepkileri ve hasta davranışlarını yorumlaması subjektif olabilir bu da uygulamada değişkenliğe neden olabilir.

- *Sistem Temelli Yaklaşımlarda Sınırlı Kullanım:* Kuram bireysel düzeyde güçlüdür; ancak toplum sağlığı, epidemiyoloji gibi makro düzeydeki sistem yaklaşımlarında kullanımı sınırlıdır (Ida Jean Orlando, 2020; Chinn, Kramer, & Sitzman, 2022).

5. KURAMDA YER ALAN KAVRAMLARIN DİĞER KURAMLAR İLE RŞILAŞTIRILMASI

5.1. Ida Jean Orlando’nun Etkileşim Kuramı ile Hildegard E. Peplau’nun Kişilerarası İlişkiler Kuramının Karşılaştırılması

Her iki kuram da hemşirelik uygulamalarında hemşire-hasta etkileşimini merkezine almaktadır. Hildegard Peplau, kuramını psikodinamik hemşirelik yaklaşımı çerçevesinde yapılandırmış ve hemşire-hasta ilişkisinin terapötik bir süreç olduğunu vurgulamıştır. Ida Jean Orlando, hemşirenin hastanın anlık yardım ihtiyacını tanıması ve buna bilinçli müdahale etmesi üzerine kurulu bir model geliştirmiştir. Orlando’ya göre her hasta davranışı potansiyel bir yardım çağrısıdır ve hemşirenin görevi bu davranışı analiz ederek doğru ve anlamlı müdahalede bulunmaktır (Thressiamma, 2010).

Metaparadigma bileşenleri açısından Peplau, “insan” kavramını ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan ve gelişen bir organizma olarak tanımlamaktadır. Orlando ise, insanı yardıma ihtiyacı olan birey olarak görmektedir. Peplau’nun kuramında “çevre” kavramı dolaylı olarak kültürel yapı ve bakım ortamı üzerinden tanımlanırken; Orlando’nun kuramında çevre doğrudan yer almaz ve yalnızca bireysel düzeyde ele alınmaktadır. Sağlık, Peplau’ya göre kişiliğin yapıcı ve üretken bir şekilde gelişmesidir; Orlando ise sağlığı, yardım gerektiren durumun giderilmesiyle ilişkilendirir. Hemşirelik kavramı Peplau’da terapötik kişilerarası bir süreçken, Orlando’da bilinçli ve doğrulanmış hemşirelik eylemini ifade etmektedir (Basavanthappa, 2007; May, 2013). Hemşirenin rolü iki kuramda da farklılık göstermektedir. Peplau, hemşireyi kişilerarası ilişkilerde aktif bir terapötik ajan olarak tanımlarken, Orlando hemşirenin temel görevinin hastanın anlık yardım ihtiyacını tanımak ve buna uygun yanıt vermek olarak sınırlamaktadır (May, 2013). İletişim ve etkileşim açısından Peplau, iletişimi kişilerarası ilişkilerin temel bileşeni olarak görür. Orlando ise iletişimi, hemşirenin içsel tepkilerini hastayla iş birliği içinde doğrulaması ve yardım ihtiyacının bilinçli eyleme dönüştürülmesi süreci olarak açıklar (Thressiamma, 2010; Forchuk, 1991).

Klinik uygulama yönleri açısından bakıldığında Peplau’nun kuramı daha çok psikiyatri hemşireliği ve terapötik ilişki üzerine odaklanırken, Orlando’nun kuramı hasta merkezli yaklaşımı benimseyerek tüm hemşirelik alanlarına uyarlanabilir. Peplau’nun süreci uzun süreli ve aşamalı ilişki

kurmayı içerirken, Orlando'nun süreci anlık yardım ihtiyacını belirlemeye yöneliktir. Peplau hemşireyi, hastanın gelişimine katkı sağlayan rehber olarak konumlandırırken, Orlando hemşirenin bilinçli müdahale yoluyla yardım sağlayan bir profesyonel olduğunu savunur. Uygulama açısından da Peplau'nun kuramı danışmanlık ve psikososyal destek uygulamalarında etkiliyken; Orlando'nun kuramı bireysel müdahale ve klinik karar alma süreçlerinde işlevseldir (Basavanthappa, 2007). Peplau'nun modeli bireyin gelişimini temel alan uzun vadeli terapötik ilişkilerde etkili olsa da çocuklar ve akut hasta grupları için sınırlı olabilmektedir. Orlando'nun kuramı ise, pratik ve kısa süreli hemşirelik kararlarını destekler; ancak çevre ve uzun vadeli bakım süreçlerine yeterince vurgu yapmaz. Her iki yaklaşım da hemşirelik eğitiminde ve farklı klinik gruplarda etkili biçimde kullanılmaktadır (Forchuk, 1991).

5.2. Ida Jean Orlando'nun Etkileşim Kuramı ile Jean Watson'ın İnsan Bakımı Kuramının Karşılaştırılması

Jean Watson'ın İnsan Bakımı Kuramı, hemşireliği yalnızca fiziksel bakım süreçleriyle sınırlı görmeyip bireyin zihinsel, duygusal ve ruhsal boyutlarını da kapsayan bütüncül ve insancıl bir bakım yaklaşımı olarak tanımlar. Watson'a göre hemşirelik, bireyin varoluşsal boyutuna dokunarak onun içsel dünyasında anlam yaratmaya çalışan bir etkileşim sürecidir. Bakım ilişkisi iyileştirici bir bağ olarak tanımlanırken, kuramda maneviyat, değerler ve öznel deneyimler ön plandadır (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2021). Orlando'nun Etkileşim Kuramı ise, daha çok hastanın anlık yardım ihtiyacına ve hemşirenin bu ihtiyaca verdiği bilişsel-duygusal tepkiye odaklanır. Orlando, hemşirenin hastanın mesajını doğru algılayıp bu mesajı hasta ile birlikte doğrulaması gerektiğini vurgular. Kuramda etkileşim süreci sistematik, gözleme dayalı ve kısa süreli klinik karar verme sürecine odaklanır (Orlando, 1961).

Metaparadigma kavramları açısından ele alındığında Watson'ın İnsan Bakımı Kuramı insan, sağlık ve hemşirelik kavramlarını tanımlarken çevre kavramını tanımlamamıştır. Orlando'nun kuramında

da bezer şekilde çevre kavramına doğrudan değinilmemiş dolaylı açıklanmıştır. Watson insan kavramını saygı duyulması, beslenmesi, anlaşılması ve yardım edilmesi gereken değerli bir kişi olarak tanımlamıştır. Sağlık kavramını genel fiziksel, zihinsel ve sosyal işlevselliğin yüksek olması, hastalığın yokluğu veya hastalığın yokluğuna yol açan çabaların varlığı olarak tanımlamaktadır. Hemşirelik kavramını ise, profesyonel, bilimsel ve etik bakım etkileşimleri aracılığıyla insanların sağlık hastalık deneyimlerinin incelendiği bir bilim olarak tanımlamaktadır (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2021; Jean Watson: Theory of Human Caring, 2024).

İda Jean Orlando'nun Etkileşim Kuramı ile Jean Watson'ın İnsan Bakımı Kuramı, hemşirelik bakımına insan merkezli yaklaşım getirmeleri açısından benzerlik gösterse de, odaklandıkları alanlar ve bakım anlayışları bakımından önemli farklılıklar içerir. Orlando'nun kuramı, hemşirenin hastanın anlık yardım ihtiyacını fark ederek hızlı ve bilinçli bir müdahalede bulunmasına dayalıdır. Bu modelde hemşirelik süreci gözlem, algı, doğrulama ve tepkiye odaklanan sistematik bir karar verme süreci olarak tanımlanır. İletişim, problem çözmeye yönelik olup hasta davranışlarının doğrulanmasına dayanır. Kuramın temelinde acil yardım ihtiyacına yönelik profesyonel müdahale yer alır ve bakım ilişkisinde işlevsellik ön plandadır. Kuramın kullanım alanı genellikle akut bakım ortamlarıdır; burada hızlı karar verme ve etkili müdahale önceliklidir. Orlando'nun yaklaşımı orta düzeyde kuramsal bir yapıya sahiptir ve manevi unsurlar bu kuramda ele alınmaz. Bununla birlikte, kuram uzun vadeli bakım süreçlerine yönelik sınırlılıklar içerebilir (Orlando, 1961; Fawcett & DeSanto-Madeya, 2021).

Watson'ın İnsan Bakımı Kuramı ise bireyin bütüncül, insancıl ve varoluşsal yönlerini kapsayan bir bakım anlayışı sunar. Bu kuramda iletişim; sevgi, empati, duygusal bağ ve şefkat temelli bir anlayışla şekillenir. Watson, hemşireliği yalnızca fiziksel bakım değil; aynı

zamanda sevgi, maneviyat ve anlam yaratma süreci olarak tanımlar. Bakım ilişkisi yalnızca işlevsel bir bağ değil, aynı zamanda iyileştirici ve ruhsal bir süreçtir. Kuramın uygulama alanı daha çok palyatif bakım, uzun süreli bakım ve psikiyatri gibi alanlardır. Uygulama biçimi, duygusal destek sağlama, hastanın yaşantısına anlam katma ve ruhsal iyileşme süreçlerini içerir. Watson'ın kuramı, yüksek düzeyde felsefi ve teorik derinliğe sahip olup maneviyatı temel bileşenlerden biri olarak kabul eder. Ancak kuramın eleştirel bir yönü, klinik karar verme süreçlerinde zaman zaman soyut kalabilmesidir (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2021; Jean Watson: Theory of Human Caring, 2024).

Orlando'nun kuramı akut durumlarda hızlı müdahale için pratik bir model sunarken; Watson'ın kuramı, bireyin iç dünyasına temas eden derinlikli ve anlamlı bir bakım ilişkisi oluşturmayı amaçlar. Bu iki yaklaşım birlikte ele alındığında hem klinik etkinlik hem de insancıl bakım bütüncül biçimde sağlanabilir (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2021).

5.3. Ida Jean Orlando'nun Etkileşim Kuramı ile Dorothea Orem'in Öz Bakım Eksikliği Teorisinin Karşılaştırılması

Öz Bakım Eksikliği Teorisi, bireylerin öz bakım aktivitelerini gerçekleştiremediklerinde "öz bakım eksikliği" yaşadıkları ve hemşirelik bakımına ihtiyaç duydukları görüşüne dayanmaktadır. Orem, bireyi öz bakım kapasitesine sahip bir varlık olarak tanımlar; hemşireliği ise bu kapasitenin yetersiz kaldığı durumlarda devreye giren planlı ve sistematik bir destek süreci olarak görür (Maruca, 2023). Orlando ise, hemşireliği hastanın anlık yardım ihtiyacını gözlem, algı ve doğrulama yoluyla belirleyerek bilinçli bir müdahalede bulunma olarak görür. Bu bağlamda, her iki kuram da hasta merkezli yaklaşımlar sunmakta; ancak kuramsal yapı, süreçler ve bakım hedefleri açısından önemli farklılıklar içermektedir (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2021).

Orem'in kuramı, "öz bakım", "öz bakım eksikliği" ve "hemşirelik sistemi" olmak üzere üç temel kavram üzerine inşa edilmiştir. Hemşirelik

sistemleri bireyin kapasitesine göre tam, kısmi veya destekleyici-eğitici olarak yapılandırılır. Orem'in kuramı, bireyin uzun vadeli öz yönetimini geliştirmeye ve bağımsızlık kazanmasına odaklanır (Maruca, 2023). Orlando'nun kuramı ise kısa süreli, dinamik ve etkileşim temelli olup, hemşirenin hastanın davranışlarını yorumlayarak anlık yardım ihtiyacına bilinçli yanıt vermesine odaklanır. Orem, hemşireyi bireyin öz bakım gereksinimlerini analiz eden ve planlamalar doğrultusunda uygulamalar gerçekleştiren bir rehber olarak tanımlar. Orlando ise, hemşireyi hastanın ifade ettiği ya da edemediği davranışları gözlemleyen, içsel tepkilerini hasta ile doğrulayan ve bu doğrultuda müdahalede bulunan aktif bir gözlemci olarak ele alır (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2021).

Metaparadigma açısından Orem'in kuramı, kişi, çevre, sağlık ve hemşirelik bileşenlerini açıkça tanımlarken; Orlando'nun kuramında çevre unsuru belirgin şekilde ele alınmaz. Orem bireyin fiziksel, sosyal ve bilişsel yeterliliklerini ön plana çıkarırken; Orlando, bireyin davranışsal düzeydeki yardım çağrısına hemşirenin verdiği yanıtı temel alır. Her iki kuramın uygulama alanları da farklılık gösterir. Orem'in kuramı, kronik hastalık yönetimi, yaşlı ve engelli bireylerin bakımı gibi uzun süreli hizmetlerde etkiliyken; Orlando'nun kuramı daha çok akut bakım, psikiyatri ve iletişim güçlüğü olan hastalarda tercih edilmektedir. Orem planlı, uzun vadeli hedeflere odaklanırken; Orlando kısa süreli, gözleme dayalı müdahalelerle bireysel sıkıntının çözümüne odaklanır (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2021; Ali, 2023). Orem'in kuramı bireyin kendi bakımını üstlenmesine yönelik bir yol haritası sunarken, Orlando'nun kuramı bireyin anlık yardım ihtiyacını hemşire-hasta etkileşimi ile çözmeye odaklanan pratik bir model sunmaktadır. Her iki yaklaşım da hemşirelik bakımının bireysel gereksinimlere göre şekillendirilmesini savunulmaktadır (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2021).

5.4. Ida Jean Orlando'nun Etkileşim Kuramı ile Madeleine Leininger'in Transkültürel Hemşirelik Teorisi'nin Karşılaştırılması

Ida Jean Orlando'nun Etkileşim Kuramı ile Madeleine Leininger'in Transkültürel Hemşirelik Kuramı, hemşirelik bakımında insan merkezli yaklaşımlar sunmaları bakımından benzerlik göstermektedir. Ancak

odaklandıkları kuramsal yapılar ve uygulama biçimleri bakımından önemli ölçüde farklılaşmaktadırlar (Orlando, 1961; Leininger & McFarland, 2002). Leininger'in Transkültürel Hemşirelik Kuramı, bireyin sağlık ve hastalık deneyimlerinin kültürel değerler, inanç sistemleri, yaşam biçimleri ve çevresel koşullar doğrultusunda şekillendiğini vurgular. Etkili hemşirelik bakımının sunulabilmesi için bireyin kültürel yapısının anlaşılmasını ve bu bağlama uygun müdahalelerin geliştirilmesi gerektiğini savunur. Kuram, Sunrise Modeli aracılığıyla hemşireye kültürel bakımın korunması, düzenlenmesi ve yeniden yapılandırılması olarak üç temel yaklaşım önerir (Leininger & McFarland, 2002).

Orlando'nun Etkileşim Kuramı, hemşirenin hastanın sözel veya sözel olmayan davranışlarından doğan yardım ihtiyacını doğru biçimde yorumlamasını ve buna uygun bilinçli hemşirelik girişiminde bulunmasını öngörür. Bu modelde hemşirelik, gözlem, içsel yorumlama ve hastayla kurulan iletişim aracılığıyla doğrulama sürecine dayalıdır. Orlando'nun Kuram'ı, bireysel ve anlık yardım gereksinimlerine yanıt vermeye odaklanan dinamik bir yapıya sahiptir. Hemşire, empatik bir gözlemci olarak hastanın ihtiyacını belirleyip hızlı müdahale eder (Orlando, 1961). Her iki kuramda da hasta merkezde yer almakla birlikte, bireyin tanımlanma biçimi farklıdır. Orlando'ya göre hasta, davranışları aracılığıyla yardım çağrısında bulunan bir bireydir. Buna karşılık Leininger, hastayı kültürel kimliği ve değerleri çerçevesinde anlam üretme kapasitesine sahip bir birey olarak tanımlar (Leininger, 1977).

Uygulama bakımından Orlando'nun kuramı, kısa süreli, hızlı müdahale gerektiren akut klinik ortamlarda işlevsellik gösterirken; Leininger'in kuramı, uzun vadeli kültürel değerlendirme ve planlama süreçlerinin gerekli olduğu toplum sağlığı, palyatif bakım ve göçmen sağlığı gibi alanlarda daha uygundur. Leininger'in modeli, hemşirelik bakımına kültürel duyarlılığı entegre ederek bütüncül bir yaklaşım sunar (Leininger, 1991). Orlando'nun Etkileşim Kuramı bireysel davranışlara dayalı hızlı ve empatik müdahaleyi temel alırken, Leininger'in Transkültürel Hemşirelik Kuramı bireyin kültürel yapısına uygun planlı ve anlamlı bakım sağlamayı amaçlar. Bu iki yaklaşımın birlikte değerlendirilmesi, hem bireyin anlık ihtiyaçlarına etkin biçimde yanıt verilmesini hem de bakımın kültürel uygunlukla güçlendirilmesini sağlayabilir (Betancourt, 2015; Smith, 2023).

6.SONUÇ

Ida Jean Orlando tarafından geliştirilen Etkileşim Kuramı, hemşirelik uygulamalarında hemşire-hasta ilişkisinin önemine vurgu yaparak, bakım sürecinde hastanın ifade ettiği ya da dolaylı olarak gösterdiği yardım ihtiyacına odaklanmayı temel alır. Bu kuram, hemşirenin yalnızca teknik uygulamaları gerçekleştiren bir kişi değil, aynı zamanda hastanın davranışlarını gözlemleyerek ihtiyaçlarını belirleyen ve bu doğrultuda karar verip eylemde bulunan aktif bir profesyonel olduğunu savunur. Orlando'nun kuramında hemşirenin görevleri, hastanın davranışlarını anlamak, bu davranışlara uygun şekilde yanıt vermek ve sonuç olarak hastanın sıkıntısını azaltmaya yönelik bilinçli bir hemşirelik süreci yürütmektir. Kuram, özellikle hasta ile aktif iletişim kurulabilen klinik ortamlarda etkili olmakta, bireysel bakımın merkezine hastanın anlık ihtiyaçlarını yerleştirmektedir. Ancak, bilinci kapalı ya da iletişim kuramayan hastalarla uygulanabilirliği sınırlılık içermektedir.

KAYNAKÇA

- Ali, N. S. (2023). Optimizing quality of care by integrating Orem's self-care deficit theory with Orlando's nursing process theory. *i-manager's Journal on Nursing*, 13(2), 48–51. <https://doi.org/10.26634/jnur.13.2.19853>
- Alligood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Elsevier.
- Basavanthappa, B. T. (2007). Peplau's interpersonal relations theory. In *Nursing theories* (1st ed., p. 12). Jaypee Brothers Medical Publishers. https://doi.org/10.5005/jp/books/10558_8.
- Betancourt, D. A. B. (2015). Madeleine Leininger and the transcultural theory of nursing. *The Downtown Review*, 2(1), Article 1. <https://engagedscholarship.csuohio.edu/tdr/vol2/iss1/1>
- Chinn, P. L., Kramer, M. K., & Sitzman, K. (2022). *Knowledge development in nursing: Theory and process* (11th ed.). Elsevier.
- Faust, C. (2002). Ida Jean Orlando: Nursing process theory. In J. B. George (Ed.), *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (5th ed., pp. 253–278). Pearson Education.
- Fawcett, J. (2005). Orlando's theory of the deliberative nursing process. In *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (pp. 506–527). F.A. Davis Company.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. A. (2021). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (4th ed.). F.A. Davis Company.
- Forchuk, C. (1991). A comparison of the works of Peplau and Orlando. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(1), 38–45. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(91\)90008-s](https://doi.org/10.1016/0883-9417(91)90008-s)
- Gonzalo, A. (2024, April 30). Ida Jean Orlando: Deliberative nursing process theory. *Nurseslabs*. <https://nurseslabs.com/ida-jean-orlandos-deliberative-nursing-process-theory/>.
- Haapoja, A. (2014). The nursing process: A tool to enhance clinical care – A theoretical study. <https://core.ac.uk/download/pdf/38105708.pdf>.
- Hiçdurmaz, D. (2017). Ida Jean Orlando: Hemşirelik süreci teorisi. In A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. Göçmen Baykara (Eds.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri* (pp. 257–286). Akademi Basın ve Yayıncılık.

- Ida Jean Orlando (2020). Nursing-Theory.org. <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Ida-Jean-Orlando.php>
- Jean Watson: Theory of Human Caring, 2024. <https://nurseslabs.com/jean-watsons-philosophy-theory-transpersonal-caring/>.
- Leininger, M. (1977). Caring: The essence and central focus of nursing. *Nursing Research Foundation Report*, 12(1), 2–14.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (Eds.). (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Maruca, A. (2023). Empowering health journey: Dorothea Orem's self-care deficit theory in patient empowerment. *Research & Reviews: Journal of Nursing and Health Sciences*, 9(4), 88. <https://doi.org/10.4172/JNHS.2023.9.4.88>
- May, B. A. (2013). Orlando's nursing process theory in nursing practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization and practice* (pp. 285–302).
- Nursing Process and Orlando Process Discipline – A Case Scenario. (2015). *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 5(2), 212–216. <https://doi.org/10.5958/2349-2996.2015.00042.7>.
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles*. G.P. Putnam's Sons.
- Smith, M. C. (Ed.). (2023). *Hemşirelik kuramları ve hemşirelik uygulaması* (N. Bayer, A. Malatyali, & Z. Gölbaşı, Çev. Eds.; 5. ed.). Hipokrat Yayınevi. (Orijinal eser 2020 yılında F.A. Davis Company tarafından *Nursing Theories and Nursing Practice* adıyla yayımlanmıştır.)
- Thompson, C. J. (2017). What is the nursing metaparadigm? *Nursing Education Expert*. <https://nursingeducationexpert.com/metaparadigm/>.
- Thressiamma, P. M. (2010). Orlando's nursing process theory. In *Procedures & theories of community health nursing* (1st ed., p. 10). Wockhardt Institute of Nursing. https://doi.org/10.5005/jp/books/11444_22.
- UK Essays. (2018, November). Biography of nursing theorist Ida Jean Orlando. <https://www.ukessays.com/essays/nursing/biography-of-nursing-theorist-ida-jean-orlando-9499.php>
- Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. Alaş Ofset.

BÖLÜM 5

İNSAN İNSANA İLİŞKİ KURAMI

Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÇOLAK¹

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15823241>

¹ Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon, Türkiye. b.colak9367@gmail.com ORCID: 0000-0002-0850-9114

1.GİRİŞ

Tarih boyunca savaşlar, salgın hastalıklar ve tıbbın ilerlemesi, özellikle 18. yüzyılın ikinci yarısından itibaren hemşirelik alanında önemli değişimlere yol açmıştır. Bu gelişmeler, hastaların bakım ve tedaviye olan ihtiyacını artırarak hemşireliğin daha sistematik bir yapıya kavuşmasını sağlamıştır. Hemşirelik kavramı, ilk kez 1860 yılında Florence Nightingale tarafından tanımlanmış ve bu sayede hemşirelik teorisi ile uygulamasının temelleri atılmıştır. O günden itibaren, Clara Weeks-Shaw, Isabel Hampton Robb, Bertha Harmer, Lavinia Dock, Isabel Stewart ve Hildegard E. Peplau gibi birçok önemli hemşirelik teorisini, mesleğin gelişimine katkıda bulunmuştur. Özellikle 1960'lı yıllarda, ABD'de Faye Abdellah, Virginia A. Henderson, Ida J. Orlando, Ernestine Wiedenbach ve Myra E. Levine gibi hemşirelik teorisyenleri, alana dair yeni yaklaşımlar geliştirerek hemşirelik bilimde önemli ilerlemeler sağlamışlardır (Stasková & Tóthová, 2015). Bu dönemde, New Orleanslı bir psikiyatri hemşiresi, eğitimci ve hemşirelik teorisini olan Joyce E. Travelbee (1926-1973), ruh sağlığı hemşireliğinde kişilerarası ilişkiler ve müdahaleler üzerine önemli çalışmalar yapmıştır. 1966 yılında yayımladığı *Hemşireliğin Kişilerarası Yönleri* adlı eserinde, hemşirelik uygulamalarında insan-insan ilişkisi kavramını merkeze almıştır. Bu kitap, hemşirelerin mesleki rollerinde kişilerarası etkileşimlerin önemini vurgulamak amacıyla yazılmıştır. 1971'de yayımlanan ikinci baskıda ise hemşire-hasta ilişkisini "insan-insan ilişkisi" olarak ele alarak, hemşirelikte bu kavramın rolünü daha ayrıntılı bir şekilde açıklamıştır (Travelbee, 1964; Kantorski, 2002; Stasková & Tóthová, 2015).

Travelbee'nin İnsan-İnsan Modeli, hemşire ve hasta arasındaki bireysel ve özgün kişilerarası ilişkileri temel alan bir teori olarak kullanılmıştır. Bu model, tedavi sürecinde uyumu sağlamayı amaçlamaktadır. Hemşirenin rolü, hastanın deneyimlerini sorgulamasına ve aynı zamanda yaşamını, yeni bir anlam çerçevesinde değerlendirmesine yardımcı olmaktadır. Teori aynı zamanda, insan sağlığıyla ilgili kapsamlı klinik bakımın sağlanabilmesi için hastanın öznel ve ruhsal yönlerinin göz önünde bulundurulması gerektiğini de vurgulamaktadır (Moreira de Freitas vd., 2018).

2.JOYCE TRAVELBEE'NİN BİYOGRAFİSİ VE KARIYERİ

Travelbee, 1960'larda hemşireliğin kişilerarası yönleriyle ilgilenen ve mesleğe psikiyatri hemşireliği alanında başlangıç yapmış olan bir hemşiredir. Travelbee, 1926 yılında doğmuş ve hemşirelik teorisyeni olarak yaptığı çalışmalarla tanınmıştır. 1956 yılında Louisiana Eyalet Üniversitesi'nden Hemşirelik Bilimleri Lisans derecesini almıştır. 1959 yılında ise Yale Üniversitesi'nden Hemşirelik Bilimleri Yüksek Lisans derecesini kazanmıştır.

Kariyeri ağırlıklı olarak psikiyatri hemşireliği ve hemşirelik eğitimi alanlarında yoğunlaşmıştır. New Orleans, Louisiana'daki DePaul Hastanesine bağlı Hemşirelik Okulu'nda psikiyatri hemşireliği eğitmeni olarak çalışmıştır. Daha sonra Louisiana Eyalet Üniversitesi bünyesindeki Charity Hastanesi Hemşirelik Okulu'nda, New York Üniversitesi'nde ve Mississippi Üniversitesi'nde görev almıştır. Travelbee, 1973 yılında Florida'da bir doktora programına başlamış ancak aynı yıl kısa süren bir hastalık sonrası hayatını kaybettiği için programı tamamlayamamıştır. 47 yaşında, hayatının en verimli döneminde hayatını kaybetmiştir (Travelbee, 1966; Meleis, 2012; Shelton, 2016).

1960'ların ortalarında yayın yapmış ve hemşirenin, hastaların acıyı algılayış biçimlerini keşfetme rolünü ön plana çıkarmış olan Travelbee, hemşirelik bakımında maneviyatın önemini tartışmıştır (Meleis, 2012; Shelton, 2016). Travelbee, 1966 ve 1971 yıllarında yayımladığı *Interpersonal Aspects of Nursing* (Hemşireliğin Kişilerarası Yönleri) adlı kitabında İnsan-İnsana İlişki Modeli'ni geliştirmiştir. 1969'da ise *Intervention in Psychiatric Nursing: Process in the One-to-One Relationship* (Psikiyatri Hemşireliğinde Müdahale: Bire Bir İlişki Süreci) adlı ikinci kitabını yayımlamıştır (nursing-theory.org).

Travelbee, teorisini oluştururken Viktor Frankl ve Rollo May gibi düşünürlerle fikir alışverişinde bulunmuş ve onların çalışmalarından etkilenmiştir (Meleis, 2012). Ayrıca Travelbee'nin teorisi, Hildegard Peplau ve Jean Orlando'nun kişilerarası ilişki teorilerini genişletmiş ve bu fikirlerin bir sentezini oluşturarak, terapötik insan ilişkileri alanındaki katkılarını derinleştirmiştir (Pokorny, 2014). Hemşirelikteki düşünce ekolleri açısından, Travelbee, diğer önemli teorisyenler olan King, Orlando, Paterson ve Zderad,

Peplau ve Wiedenbach ile etkileşim teorisyenleri arasında yer almaktadır (Meleis, 2012).

Travelbee'nin sağlık, hemşirelik, ilişkiler ve hemşirelik terapötikleri ile ilgili kavramları net bir şekilde tanımlanmış olup, varsayımlarının bütünlüğü bu tanımlar aracılığıyla korunmuştur. Teorisi, insanlığa dair pozitivist bir bakış açısı ile bir hesaplaşmaya dayanmaktadır. Travelbee, hastaların büyük ölçüde bakım nesneleri haline geldiğini ve bu nedenle tam anlamıyla insan olarak görülmediklerini savunmuştur. Teorisinin başlıca ilham kaynakları, Danimarkalı varoluşçu Søren Kierkegaard ve Avusturyalı psikiyatrist Viktor Frankl'dır (Shelton, 2016).

3. İNSAN İNSANA İLİŞKİ KURAMI GENEL ÇERÇEVE VE AMACI

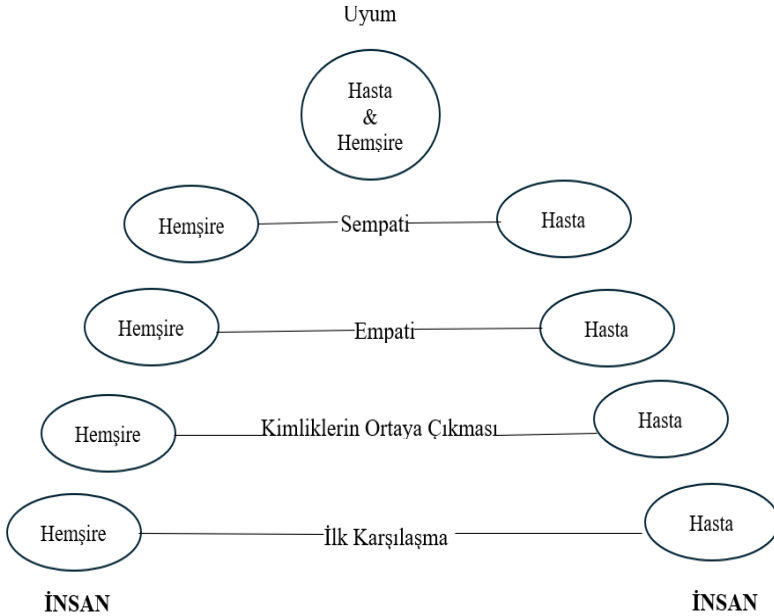
Psikiyatri hemşiresi olarak görev yapan Travelbee, 1960'lı yıllarda hemşireliğin kişilerarası boyutlarıyla ilgilenmeye başlamıştır. Travelbee, hastaların büyük ölçüde bakım nesneleri olarak görüldüğünü ve bu nedenle insan olarak algılanmadığını savunmuştur. Bu düşünceden hareketle, kuramını varoluşçu felsefeye dayandırmış ve varsayımlarını bu felsefi akımdan türetmiştir (Meleis, 2012; Pokorny, 2014).

Varoluşçuluk, 1940'lar ve 1950'lerde Avrupa'da gelişmiş, Sartre, Camus ve Beauvoir gibi düşünürler tarafından temsil edilen bir felsefi akım olarak insanın varoluşunu ve kendini gerçekleştirme sürecini merkeze almıştır. Bu felsefi anlayış, insanın varoluş süreçlerini ve özünü incelemesi nedeniyle geniş kitlelere ulaşmış, klasik felsefeye karşıt bir duruş sergilemiştir. Ancak varoluşçuluk, ortak temalara sahip olsa da filozoflar arasında farklı yaklaşımlar içermektedir. Akımı ilk kez açıkça benimseyen düşünür Jean-Paul Sartre olsa da Kierkegaard, Heidegger, Jaspers, Nietzsche, Camus, Kafka, Dostoyevski ve Simone de Beauvoir gibi isimler de bu felsefi akımın önemli temsilcilerindendir (Gürdal, 2019; Ilgar ve Ilgar, 2019).

Danimarkalı filozof ve din adamı Søren Kierkegaard, varoluşçuluğun öncüsü olarak kabul edilmektedir. Varoluşçuluğun temelinde, “varoluş özden önce gelir” anlayışı yer almakta ve insanın kendi varoluşunu kendisinin inşa ettiği vurgulanmaktadır. I. Dünya Savaşı sonrasında Almanya'da ortaya çıkan bu felsefi akım, savaşın yarattığı olumsuz koşullar nedeniyle bireyin topluma yabancılaşmasını, yalnızlık ve bunalım duygularının artmasını ele almıştır. Bu

bağlamda, varoluşçu filozoflar, bireyin geçmişe ya da geleceğe değil, “an”a odaklanması gerektiğini savunmuşlardır (Kızılkaya ve İçöz, 2023). Varoluşçuluğun temel kavramlarından biri olan “öz-varoluş ilişkisi”, insanın kendi özünü seçebilmesi, buna bağlı olarak özgürlük ve sorumluluk bilinci geliştirmesi gibi konuları ele almaktadır. Ayrıca, ölüm, yalnızlık, varoluşsal boşluk gibi sorunlar hem varoluş felsefesini hem de varoluşçu terapileri etkilemiş, modern insanın karşılaştığı problemlerin bu kavramlar çerçevesinde incelenmesine yol açmıştır (Gürdal, 2019; Ilgar ve Ilgar, 2019).

Travelbee, geliştirdiği kuramsal çerçevede varoluşçu felsefenin etkilerini açıkça ortaya koymuş ve özellikle Søren Kierkegaard ile Viktor Frankl’dan ilham almıştır. İnsan doğasının karmaşıklığını gelişim aşamaları üzerinden değerlendirerek, varoluşçu felsefenin varsayımlarını hemşirelik alanında işlevsel bir şekilde sentezlemiştir. Kuramı, hemşire-hasta ilişkisi, acı çekme ve ağrı kavramları etrafında şekillenmiş olup, bu kavramlar arasındaki ilişkileri inceleyen hiyerarşik bir model sunmaktadır. Aynı zamanda, merkezi kavramları izole edip kavramsallaştırarak zincirleme bir yapı oluşturmuş ve değişkenler arasındaki ilişkileri yorumlayarak kapsamlı bir çerçeve geliştirmiştir (Meleis, 2012). Şekil 1’de modelin yapısı gösterilmiştir.



Şekil 1. İnsan İnsana İletişim Modeli (Parola vd., 2020)

Travelbee'ye göre, hemşirenin hasta ile anlamlı ve terapötik bir iletişim kurabilmesi için, belirli aşamalardan oluşan bir ilişki sürecini tamamlaması gerekmektedir. Bu süreç beş temel aşamadan oluşur: ilk karşılaşma, kimliklerin ortaya çıkması, empati, sempati ve uyum. İlk aşama olan **ilk karşılaşma**, hemşire ile hastanın geçmiş deneyimlerinden etkilenecek birbirleri hakkında ilk izlenimlerini oluşturduğu noktadır. Ardından gelen **kimliklerin ortaya çıkması** sürecinde, hemşire ve hasta birbirlerinin yalnızca rolleriyle değil, bireysel kişilik özellikleriyle de tanınmaya başlandığı bir anlayış geliştirir. Üçüncü aşama olan **empati**, hemşirenin hastanın yaşadığı duygusal deneyimleri anlamaya çalıştığı ve onun perspektifinden bakma çabası gösterdiği aşamadır. Bunu izleyen **sempati** aşamasında ise hemşire, hastanın yaşadığı sıkıntılardan etkilenecek onun acısını hafifletme arzusu duyar ve destekleyici bir tutum geliştirir. Son olarak, **uyum** ya da dostça ilişki aşaması, karşılıklı güvenin inşa edildiği, ilişkinin derinleştiği ve hastanın psikolojik olarak desteklendiği noktayı ifade eder. Bu aşamalar, hemşirelik bakımında yalnızca fiziksel gereksinimlerin değil, duygusal ve psikososyal ihtiyaçların da karşılandığı, bütüncül ve insancıl bir yaklaşımı yansıtır (Travelbee, 1971; Pokorny, 2014; Parola et al., 2020; Damar & Türkmen, 2019).

4. KURAMDAKİ KAVRAMLAR VE HEMŞİRELİK GİRİŞİM AŞAMALARI

4.1. Kuramın Gelişim Basamaklarındaki Temel Kavramlar

Joyce Travelbee'nin insan-insana ilişki kuramı, hemşirelikte etkili iletişimin temelini oluşturan aşamalı bir sürece dayanmaktadır. Bu süreç, hemşirenin hasta ile anlamlı bir ilişki kurmasını sağlayan belirli gelişim basamaklarını içerir. Her bir basamak, hasta ile hemşire arasında güven, empati ve anlayışın gelişmesini mümkün kılan temel kavramlarla şekillenir. Aşağıda, kuramın gelişim basamaklarında yer alan bu temel kavramlar ele alınmaktadır.

4.1.1. İlk karşılaşma: Hemşire ile hasta arasında kurulan ilk iletişimi ifade eder ve profesyonel ilişkiyi başlatmanın temel adımıdır. Bu aşama, hemşire ve hasta arasında ilk izlenimlerin oluştuğu, sözel ve sözel olmayan iletişimin başladığı bir süreçtir. Hemşire, hastayı genellikle tedavi ve bakım

gereksinimleri olan bir birey olarak algılarken, hasta da hemşireyi sağlık hizmetini sunan bir profesyonel olarak görme eğilimindedir. Yani bu aşamada taraflar birbirlerini birey olarak değil, rollerine göre algırlar. Ancak, bu ilk izlenimler bazen kalıplaşmış rollerle sınırlı kalabilir ve bu durum, profesyonel ilişkiyi derinleştirmek ve kişisel bir bağ kurmak için engel oluşturabilir. İlk karşılaşma aşaması, sadece fiziksel değil, aynı zamanda duygusal bir süreçtir. Bu aşamada, her iki taraf da birbirlerine karşı bir tür değerlendirme yapar. Hemşire hastayı gözlemler, onun ihtiyaçlarını anlamaya çalışır, bir yandan da hasta, hemşirenin davranışlarını ve tutumlarını değerlendirmeye başlar. Bu gözlemler ve değerlendirmeler, hemşirenin ve hastanın gelecekteki etkileşimlerini belirleyecek olan temeli atar. Ancak, ilk karşılaşma sonrasında, kalıplaşmış rollerin devam etmesi, profesyonel ilişkinin sağlıklı bir şekilde gelişmesini engelleyebilir. Bu kalıplaşmış algılar, her iki tarafın birbirini sınırlı bir biçimde görmesine neden olabilir. Hemşire, hasta ile bir insan olarak empati kurmayı başaramazsa, tedavi süreci istenilen verimliliğe ulaşmayabilir. Aynı şekilde, hasta da hemşirenin sadece bir sağlık çalışanı olduğuna odaklanarak, ilişkilerini yüzeysel tutabilir. İlk karşılaşma aşamasının en kritik noktası, tarafların birbirlerini sadece rollerine göre değil, bir insan olarak görmeye başlamalarıdır. Hemşire, hastayı tedavi edilmesi gereken bir birey olarak değil, bir insan olarak kabul etmeli ve ona kişisel bir değer atfetmelidir. Aynı şekilde, hasta da hemşireyi sadece bir sağlık profesyoneli olarak görmektense, onu bir insan olarak da anlamaya çalışmalıdır. Bu süreç, hemşirelik pratiğinde ilişkinin derinleşmesi ve güvenin oluşturulması için çok önemlidir. Profesyonel ilişkiyi sürdürebilmek ve güçlendirebilmek, her iki tarafın da bu ilk izlenimlerden sıyrılarak daha insancıl ve kişisel bir bakış açısı geliştirmesini gerektirir. Sonuç olarak, ilk karşılaşma aşaması, sadece iletişimsel bir başlangıç değil, aynı zamanda hemşirenin ve hastanın bir arada ve insan olarak var olabilmelerinin temellerinin atıldığı bir dönemdir. Bu aşamada doğru ve empatik bir yaklaşım, ilişkinin sağlıklı bir biçimde gelişebilmesi için kritik bir rol oynar (Travelbee, 1971; Parola vd., 2020; Pokorny, 2014; Dertli ve Başdaş, 2022; Sarı ve Gürhan, 2023).

4.1.2. Kimliklerin ortaya çıkması: Bu aşamada, hemşire ve hasta artık birbirlerine yalnızca belirli roller üzerinden yaklaşmazlar. Yani, hasta

sadece tıbbi bir duruma sahip olan ve bakıma ihtiyaç duyan bir kişi olarak görülmez; aynı zamanda duyguları, düşünceleri, geçmişi ve bireysel deneyimleri olan bir insan olarak ele alınır. Hemşire, hastaya yalnızca teşhis ve tedavi çerçevesinde yaklaşmak yerine, onun psikolojik, sosyal ve duygusal durumunu da dikkate alarak bütüncül bir bakış açısı geliştirir. Benzer şekilde, hasta da hemşireyi yalnızca bir sağlık çalışanı olarak değil, kendisini anlamaya çalışan, duygu ve düşüncelerine değer veren bir birey olarak görmeye başlar. Yani hemşire, sadece ilaç veren, yara pansumanı yapan veya sağlık eğitimi veren biri olmaktan çıkar; hastanın korkularını, umutlarını, beklentilerini önemseyen, ona moral ve destek sağlayan bir insan hâline gelir. Bu süreçte kişisel kimliklerin ortaya çıkmasıyla hem hasta hem de hemşire ilişkilerini anlamlandırmaya ve birbirleriyle bir bağ kurmaya başlarlar. Bu bağ, sadece tıbbi bir süreçle sınırlı kalmaz; taraflar karşılıklı olarak birbirlerini anlamaya ve empati geliştirmeye çalışır. İnsan, varlığı aracılığıyla kim olduğunu keşfeder ve bu keşif, kişinin kendisini ve başkalarını nasıl algıladığıyla doğrudan ilişkilidir. Yani hasta, hastane ortamında yalnızca bir “hasta” kimliğiyle değil, tüm hayat deneyimleriyle var olmaya devam eder. Hemşire de sadece görevini yerine getiren biri değil, karşısındaki insanın ihtiyaçlarını, kaygılarını ve beklentilerini önemseyen bir birey hâline gelir. Bu süreç, hemşire-hasta ilişkisinin yüzeysel olmaktan çıkıp daha anlamlı ve insani bir hâl almasını sağlar. Hemşire hastayı anlamaya, hasta da hemşirenin desteğini kabul etmeye başladıkça aralarındaki güven duygusu güçlenir ve bakım süreci daha etkili bir hâle gelir (Travelbee, 1971; Parola vd., 2020; Pokorny, 2014; Dertli ve Başdaş, 2022).

4.1.3. Empati: Bir başkasının duygu, düşünce ve yaşantılarını onun perspektifinden anlayabilme ve bu duygulara karşı duyarlılık geliştirme yetisidir. Bu kavram, bireyin karşısındaki kişinin yaşadığı duygusal durumu içselleştirerek, sanki kendisi yaşıyormuş gibi anlamasını ifade eder. Empati yalnızca duygusal bir etkileşim değil, aynı zamanda bilişsel bir anlayış sürecidir (Davis, 1983). Travelbee’ye göre empati aşaması hemşirenin; hastanın duygu, düşünce ve deneyimlerini anlamaya başladığı kritik bir süreçtir. Bu aşamada hemşire, hastanın içinde bulunduğu durumu yalnızca dışarıdan gözlemlemekle kalmaz; onun hissettiklerini içselleştirerek, olaylara hastanın bakış açısından yaklaşmaya çalışır. Empati, hastanın yalnızca tıbbi

durumunu değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını da anlamayı gerektirir. Bu süreçte hemşire, hastanın yaşadığı zorlukları, korkuları, umutları ve beklentilerini daha derinlemesine kavrayarak, ona yönelik bakımını daha anlamlı ve bireyselleştirilmiş bir hâle getirir. Ancak burada önemli olan nokta, hemşirenin hastayla özdeşleşmek yerine, onun yaşadığı duyguları anlayıp destekleyici bir tutum sergilemesidir. Yani, hemşire hastanın yerine geçmez ya da onun duygularını birebir yaşamaz; bunun yerine, hastanın hissettiklerini anlamaya ve ona uygun bir yanıt vermeye çalışır. Bu aşamada hasta da hemşirenin kendisini gerçekten anladığını hissetmeye başlar. Bu durum, hasta-hemşire arasındaki güvenin güçlenmesine ve hastanın kendisini daha rahat ifade edebilmesine olanak tanır. Hastalar, kendilerini anlayan bir sağlık profesyonelinin varlığında, kaygılarını daha kolay paylaşabilir ve tedavi sürecine daha olumlu bir şekilde katılabilirler. Empati aşaması, hemşirenin hastaya yalnızca fiziksel bakım sağlamakla kalmayıp onun duygusal ve psikososyal ihtiyaçlarını da gözettiği bir noktadır. Bu sayede hasta, yalnızca bir "tedavi alıcısı" olmaktan çıkıp, birey olarak değer gördüğünü hisseder. Bu aşamanın başarısı, hemşirenin aktif dinleme, anlayış ve içten bir ilgiyle yaklaşma becerisine bağlıdır (Parola vd., 2020).

4.1.4.Sempati: Sempati, bir başkasının yaşadığı duygusal durumu anlamakla birlikte, onun için üzülmeye, acıma ya da onun duygularını paylaşma eğiliminde olma halidir. Empatiden farklı olarak, sempati bir kişiye karşı duygusal yakınlık ve destek verme isteğini ifade eder. Başka bir deyişle sempati, başkasının yaşadığı sıkıntıya karşı içten bir üzüntü ve acıma hissidir; bu, bireyin diğerinin duygularını yansıtması değil, o duygulara karşı duyarlılık göstermesidir (Decety & Jackson, 2004). Travelbee'ye göre empati ve sempati kavramlarını net bir şekilde ayırt etmek önemlidir. **Empati**, bir bireyin başka bir kişinin duygu ve düşüncelerini anlama yetisidir. Hemşireler açısından empati, hastalarının davranışlarını öngörmelerine, düşüncelerini ve duygularını doğru algılamalarına yardımcı olur. Ancak empati, özünde tarafsız bir süreçtir ve elde edilen anlayışa dayalı olarak harekete geçmeyi zorunlu kılmaz. Öte yandan, **sempati**, bir başkasının sıkıntısını anlama, bundan etkilenme ve bu sıkıntıyı gidermeye yönelik içsel bir istek duyma sürecidir (Travelbee, 1964). Travelbee'ye (1966) göre sempati, "bir bireyin başka bir kişinin sıkıntısını anlayabildiği, onun sıkıntısından etkilenip bu

sıkıntıyı hafifletme arzusu duyduğu bir süreçtir. Kişi, başkasının duygularını paylaşır ve merhamet hisseder". Empatik bir hemşire, hastasının sıkıntısını algılayabilir, kaynağını tanımlayabilir ve bu sıkıntının nasıl bir davranışa yol açacağını öngörebilir. Buna karşılık, sempatik bir hemşire hastasının sıkıntısını hisseder, bundan etkilenir ve aktif olarak bu sıkıntıyı hafifletmek için çaba gösterir (Travelbee, 1964, 1966). Travelbee (1964), sempatiyi şu şekilde tanımlamıştır: "Sempati, empatiye kıyasla daha sıcak ve eyleme geçmeye yönelik bir dürtü içerir". Bazı görüşler, aşırı sempati göstermenin hemşirelerin hastalarının duygusal yükünü gereğinden fazla üstlenmesine ve kendi ihtiyaçlarını ihmal etmelerine yol açabileceğini öne sürmektedir. Bu görüşe göre, "aşırı sempatik" bir hemşire, hasta ağladığında onunla ağlayan veya hasta depresyona girdiğinde kendisi de depresif hisseden kişidir (Travelbee, 1964). Ancak Travelbee (1964), bu durumu şu sözlerle eleştirmektedir: *"Bu sempati değildir. Böyle bir durumda hemşire, hastaya odaklanmak yerine, hastada 'kendini' görmektedir. Hemşire, hastanın sıkıntısını gidermeye çalışmak yerine, hastayı kendi karşılanmamış duygusal ihtiyaçlarını tatmin etmek için kullanmaktadır"*.

Sempati göstermek, kendimizden bir parça vermek anlamına gelir ve bu süreçte hemşireler duygusal olarak kırılgan hale gelebilir. Kendimizi derinlemesine açmak ve paylaşmak, bağlılık gerektirdiğinden duygusal riskler içerebilir. Bu nedenle, bir hemşirenin başka bir insana sempati duyması cesaret gerektirir; çünkü sempati göstermek, zaman zaman duygusal acıyı da beraberinde getirebilir (Travelbee, 1964, 1971). Özellikle, hemşirelerin kendilerini hastalarına yardım edemeyecek kadar güçsüz hissettikleri veya ne kadar çaba gösterecek kadar hastalarının sıkıntısını gideremedikleri durumlarda bu zorluklar daha da belirgin hale gelir. Ancak hemşireler, hastalarının sıkıntısını hafifletmek için harekete geçtiklerinde içsel yardım etme dürtülerini tatmin edebilirler. Başarıya ulaştıklarında kişisel olarak tatmin olmuş hissederler; ancak başarısız olduklarında hayal kırıklığı yaşayabilirler. Bu hayal kırıklığı, zamanla duygusal tükenmeye yol açabilir ve bazı hemşireler bu acıdan kaçınmak için duygularını bastırabilir veya inkâr edebilirler (Travelbee, 1964, 1966). Bu bağlamda, bazı hemşireler başarısız olma riskini almak istemeyebilir ve duygusal olarak hastalarından uzaklaşmayı tercih edebilirler. Travelbee (1964) bu durumu şöyle ifade etmektedir: *"Hemşireler genellikle empati göstermeleri için teşvik edilir,*

ancak sempati duymamaları konusunda uyarılırlar". Bunun sonucunda, hemşireler hastalarının sıkıntılarından etkilenmemeye veya duygusal olarak incinmemeye çalışırken, aynı zamanda insanlarla kurdukları anlamlı ilişkilerden de mahrum kalabilirler.

4.1.5.Uyum: Bireyin içsel ihtiyaçları ile dış çevrenin talepleri arasında bir denge kurarak psikolojik ve davranışsal olarak çevreye etkili biçimde yanıt verebilme sürecidir. Bu süreç, bireyin stres, değişim ya da yeni durumlarla baş edebilme kapasitesini yansıtır (Taylor, 2010). Travelbee'ye göre ise hemşire ile hasta arasındaki ilişkinin daha derinleştiği ve karşılıklı güvenin oluşturulduğu aşamadır. Bu aşama, hastanın duygusal ihtiyaçlarının daha iyi anlaşıldığı ve hemşirenin, hastanın bireysel durumuna göre bakım stratejileri geliştirmeye başladığı bir süreçtir. Hemşire ve hasta arasındaki iletişimde uyum sağlanır; yani her iki taraf da birbiriyle uyumlu bir şekilde etkileşime girer. Bu süreçte, hemşire, hasta ile empatik bir ilişki kurarak, hastanın duygusal, psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarını daha iyi anlamaya çalışır. Uyum aşamasında, hemşire hastayı yalnızca fiziksel açıdan değil, duygusal ve psikolojik açıdan da ele alır. Hemşirenin dikkatli bir şekilde dinlemesi ve hastaya uygun bir şekilde yanıt vermesi, bu sürecin başarılı olmasına yardımcı olur. Ayrıca, hasta, hemşirenin kendisini anlamasını ve ona karşı duyarlı olmasını takdir eder, bu da güven duygusunun pekişmesine yol açar. Sonuç olarak, uyum aşaması, hemşirenin hasta ile güçlü bir bağ kurduğu, güven ve empatiye dayalı, anlamlı bir ilişki oluşturduğu kritik bir dönüm noktasıdır (Travelbee, 1971).

4.2.Kuramı Destekleyici Kavramlar

Travelbee'nin kuramı yalnızca iletişim basamaklarıyla sınırlı kalmayıp, hemşirelik uygulamalarında insani değerleri temel alan birtakım destekleyici kavramlara da dayanmaktadır. Bu kavramlar, bireyin bir insan olarak görülmesi, acının anlamlandırılması, empati, anlamlı ilişki kurma ve varoluşsal anlayış gibi unsurları içermektedir. Kuramın bütüncül yapısını güçlendiren bu kavramlar, hemşirelik uygulamalarında daha derinlikli ve insancıl bir yaklaşımın benimsenmesini sağlar.

4.2.1.Ağrı: Ağrı, gerçek ya da olası doku hasarıyla ilişkili olan ya da böyle bir hasarla tanımlanan, hoş olmayan duysal ve duygusal bir deneyimdir

(IASP, 2020) Travelbee'ye göre ağrı, yalnızca biyolojik ya da fizyolojik bir belirti değil; bireyin yaşadığı acı çekme sürecinin bir parçasıdır. Ağrı, hemşire-hasta ilişkisinde sadece giderilmesi gereken bir semptom değil, anlamlandırılması gereken öznel bir deneyim olarak görülmelidir. Bu nedenle hemşire, yalnızca ağrıyı azaltmaya değil, hastanın bu deneyimle baş etmesine ve ona bir anlam yüklemesine de yardımcı olmalıdır (Travelbee, 1966; Pokorny, 2014).

4.2.2.Acı Çekme: Acı çekme, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal veya ruhsal düzeyde tehdit altında hissettiği, kontrol kaybı yaşadığı ve anlam arayışına girdiği, derin bir sıkıntı ve rahatsızlık deneyimidir. Bu durum yalnızca ağrıya indirgenemez; insanın bütüncül varlığına dokunan, genellikle bir anlamlandırma süreciyle şekillenen öznel bir yaşantıdır (Cassell, 1991).

Travelbee, acı çekmeyi basitten şiddetli düzeye kadar değişen bir hoşnutsuzluk duygusu olarak tanımlamaktadır. Bu tanım, acı çekmenin bireysel bir deneyim olduğunu ve herkesin acıyı farklı şekillerde yaşayıp anlamlandırabileceğini ortaya koyar. Travelbee, "Her insan, insan olduğu için acı çeker ve acı, insan olmanın ayrılmaz bir parçasıdır" diyerek, acının insan yaşamında kaçınılmaz bir gerçek olduğunu vurgular. Ancak hemşire, yalnızca hastanın yanında bulunan bir sağlık personeli değil, aynı zamanda onun acısıyla başa çıkmasını sağlayan bir rehber olmalıdır (Meleis, 1985; Marriner, 1986; Travelbee, 1971).

Acı çekmenin bireyin herhangi bir hastalıkla nasıl başa çıktığını etkilediği, dolayısıyla hastalık sürecindeki başa çıkma stratejilerinin belirlenmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Hemşirelerin rolü ise yalnızca fiziksel ağrıyı gidermekle sınırlı kalmaz; aynı zamanda hastanın acı çekme deneyimine anlam katmasına destek olmak ve bu süreçte psikososyal bir destek sunmaktır. Özellikle hastalığın acı verici ve ağrılı olduğu durumlarda, hemşireler hastaların yaşadığı acıyı anlamaya, onların deneyimlerine empatik bir yaklaşımla yaklaşmaya çalışarak hastaların bu süreci anlamlandırmalarına yardımcı olurlar. Acı çekme deneyiminin anlamlandırılması, hastanın baş etme stratejilerini güçlendirebilir, duygusal

dayanıklılığı artırabilir ve umutsuzluk gibi olumsuz duyguları azaltabilir. Bu bağlamda, hemşirenin hasta ile kurduğu güven ilişkisi, acı çekmenin olumsuz etkilerini hafifletmede kritik bir öneme sahiptir (Dikmen vd., 2024).

4.2.3.Umut: Umut, bireyin mevcut zorlayıcı durumlara rağmen gelecekte olumlu bir sonuca ulaşabileceğine dair inancını sürdürebilmesini sağlayan psikolojik bir güçtür. Hemşirelik bakımında umut, hastaların acı, hastalık ve ölüm gibi olumsuz deneyimlerle başa çıkmasını kolaylaştıran, iyileşme sürecine katılımı artıran ve yaşam kalitesini destekleyen temel bir kavramdır (Peden vd., 2015).

Travelbee'ye göre umut, bireyin acı çekme, hastalık ya da ölüm gibi zorlayıcı durumlarla baş edebilmesini sağlayan, yaşamına anlam katma sürecinde rehberlik eden temel bir motivasyon kaynağıdır. Hemşire, hastanın umut duygusunu doğrudan veremez; ancak uygun bir ortam sağlayarak, bireyin umudu deneyimlemesine olanak tanır (Parola et al., 2020).

Umut, acı çeken bireylerin başa çıkma mekanizmalarını güçlendiren önemli bir psikolojik kaynak olarak kabul edilmektedir. Hemşireler doğrudan umut veremezler, ancak bireylerin umutlarını deneyimleyebilmeleri için uygun ortamlar oluşturur ve destekleyici müdahalelerde bulunurlar (Peden, vd., 2015). Hemşirenin hastanın umudunu korumasına ve umutsuzluğu önlemesine yönelik çabaları, hemşirelik bakımının vazgeçilmez bir parçasıdır. Özellikle palyatif bakımda bu umut, gerçekçi ve aydınlatıcı olmalıdır. Hemşire, hastaya yaşamının sonuna kadar yanında olacağını ve mümkün olan en iyi bakımı sunarak onurlu bir yaşam sonu süreci sağlayacağını hissettirmelidir. Hemşirelerin hastaya sadece fiziksel bakım sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda hastanın ve ailesinin hastalık deneyimine anlam yüklemesine yardımcı olmaları gerektiği vurgulanır. Bu bağlamda, hemşirenin kurduğu etkileşim, umudu desteklemede kilit rol oynar. Travelbee'nin ortaya koyduğu gibi, hemşireler yalnızca fiziksel bakım sunmanın ötesine geçerek, hastaların hastalık, acı çekme ve ağrı deneyimlerine anlam kazandırmalarına yardımcı olmalıdır (Travelbee, 1966). Bu anlam kazandırma süreci, hastaların güçlenmesine ve yaşamın son döneminde bile yaşam kalitelerini korumalarına katkıda bulunabilir. Umut verme süreci, hastanın bireysel inançlarına ve değerlerine duyarlı olarak yapılandırılmalı ve hastanın kendini ifade etmesine, duygularını paylaşmasına olanak tanıyan bir ortam sağlanmalıdır. Bu sayede,

hemşireler yalnızca teknik bir rol üstlenmekten öte, hastaların psikososyal ihtiyaçlarını da gözетerek bütüncül bir bakım sunabilirler.

4.2.4.İletişim: İletişim, hemşirelikte insan insana ilişki kurmayı sağlayan ve bakım sürecinin amacına ulaşmasına yardımcı olan temel bir unsurdur (Velioğlu, 1999). Travelbee'nin hemşirelik modelinde iletişim, yalnızca bilgi aktarımından ibaret değil, aynı zamanda anlamlı bir insan ilişkisi kurma süreci olarak ele alınmaktadır. Bu model, hemşirenin hasta ile empatik bir bağ kurmasının, hastanın fiziksel, duygusal ve psikososyal gereksinimlerini anlamada kritik bir rol oynadığını vurgular. Travelbee'ye göre, bir bireyi tanımak, yalnızca prosedürleri uygulamaktan çok daha fazla önem taşır; çünkü hastanın ihtiyaçlarını doğru bir şekilde belirleyebilmek, kurulan bu ilişkinin kalitesine bağlıdır. Özellikle palyatif bakım ortamında, hastaların acı çekme tetikleyicileri daha yoğun olarak deneyimlenir. Bu durum, hemşirenin hastanın deneyimlerine anlam kazandırmasına ve acı çekme sürecini hafifletmesine yönelik iletişim becerilerini daha önemli hale getirir. Her ne kadar palyatif bakım ile birinci basamak sağlık hizmetleri arasında belirgin farklar bulunsa da, her iki durumda da iletişim, etkili bir bakımın temel taşı oluşturur. Bu nedenle, Travelbee'nin modeli palyatif bakım süreçlerinde uygulanan hemşirelik bakımı için oldukça uygun ve işlevseldir (Meleis, 2012; Travelbee, 1971).

4.2.5.Etkileşim: Etkileşim, iki bireyin birbirini karşılıklı olarak etkilediği, sözel veya sözel olmayan iletişim biçimleriyle kurulan ilişkileri ifade eder (Travelbee, 1971). Travelbee'nin hemşirelik modeli, etkileşimi yalnızca bir iletişim biçimi olarak değil, hemşirelik bakımının merkezinde yer alan dinamik bir süreç olarak ele alır. Ancak bu etkileşim, hastalık bağlamıyla sınırlandırılmıştır; yani, modelde etkileşim daha çok hastalığın getirdiği acı ve ağrı deneyimleriyle ilişkilendirilir. Bu yaklaşım, palyatif bakım ortamlarında, hastaların acı çekme süreçlerini anlamlandırmak ve bu süreçlere yönelik uygun müdahaleler geliştirmek açısından oldukça değerlidir (Meleis, 2012; Travelbee, 1969). Travelbee'nin kuramı, acı ve ağrı deneyimlerinin hemşire-hasta etkileşimi yoluyla anlamlandırılabilceğini savunur. Bu anlamlandırma süreci, hemşirenin empatik yaklaşımıyla desteklenir ve hastaların yalnızlık, çaresizlik ve umutsuzluk gibi duygularını hafifletmeyi amaçlar. Hemşire-hasta

etkileşimi, yalnızca fiziksel bakım vermekten öte, hastanın duygusal ihtiyaçlarını anlamayı ve desteklemeyi içeren bütüncül bir yaklaşımı gerektirir.

4.2.6.Holistik yaklaşım: Holistik (Bütüncül) yaklaşım, bireyi sadece biyolojik değil; fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve ruhsal yönleriyle bir bütün olarak ele alan bir anlayıştır. Sağlık hizmetlerinde holistik yaklaşım, hastalığı değil bireyi merkeze alır ve kişinin tüm ihtiyaçlarını dikkate alarak bakım sunmayı hedefler (Dossey & Keegan, 2013). Travelbee'nin “İnsan-İnsana İlişki Kuramı”, holistik hemşirelik anlayışının temelini oluşturan kuramlardan biridir. Travelbee'ye göre hasta yalnızca bir “hastalık taşıyıcısı” değil, anlam arayan, acı çeken, kendine özgü değer ve inançlara sahip bir “insandır” (Travelbee, 1971).

Travelbee, hemşire-hasta ilişkisinin yüzeysel değil, anlamlı ve insana dokunan bir ilişki olması gerektiğini savunur. Bu yaklaşımda hemşire, hastanın sadece fiziksel ihtiyaçlarını değil, onun varoluşsal sıkıntılarını, acıyla başa çıkma şeklini, inançlarını ve duygularını da gözетerek bakım sunmalıdır. Bu da doğrudan holistik yaklaşımı yansıtır.

4.2.7.İnsancıl ve etkili yaklaşım: İnsancıl (hümanistik) yaklaşım, bireyin saygı, empati, değer verme ve anlayışla karşılanmasını esas alan, kişinin bir “insan” olarak bütün yönleriyle görülmesini savunan bir anlayıştır. Etkili yaklaşım ise bu insani bakış açısının profesyonel beceriyle bütünleştirilerek, bireyin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına uygun, amaçlı ve bilinçli bir şekilde yanıt verilmesini ifade eder (Watson, 2008). Travelbee'nin kuramı, hemşirelik bakımının yalnızca teknik değil, aynı zamanda insani bir ilişki süreci olduğunu vurgular. Ona göre hemşire, sadece görevlerini yerine getiren bir sağlık çalışanı değil, karşısındaki insanın duygularını, acısını, korkularını anlayarak ona yaklaşan bir bireydir (Travelbee, 1971).

Travelbee, hemşirelik uygulamalarında empati, anlam bulma, anlamlı iletişim ve insani dokunuş gibi öğelere sıkça yer verir. Bu yaklaşım, hastayla etkili bir iletişim kurarak onun bireysel ihtiyaçlarını gözетmeyi ve hemşirelik bakımını kişiselleştirilmiş, insani temelli bir ilişki çerçevesinde sunmayı gerektirir. Bu yaklaşım, hemşireliği etkili ve dönüştürücü kılar. Hemşire, diğer insanla ilişki kuran bir insandır. Bu ilişki, acının ve umutsuzluğun

paylaşıldığı, anlamın arandığı ve insanlığın ortaya çıktığı bir süreçtir (Travelbee, 1971). Travelbee, hemşire-hasta ilişkisinde insancıl yaklaşımı benimseyerek, hemşirenin yalnızca teknik becerilerle değil, insani değerlerle de donatılmış olması gerektiğini savunmuştur (Pokorny, 2014).

5. TRAVELBEE'YE GÖRE HEMŞİRELİĞİN DÖRT TEMEL KAVRAMI

Hemşireliğin temelini oluşturan dört temel olgu; **insan, sağlık, çevre ve hemşirelik** her hemşirelik kuramcısı tarafından farklı şekillerde ele alınmıştır. Travelbee de bu kavramları kendi bakış açısıyla yorumlamış ve hemşirelikte insandan insana ilişkiyi merkeze alarak, hemşire-hasta etkileşiminin önemini vurgulamıştır (Travelbee, 1971; Sarı ve Gürhan 2023; Dikmen vd., 2024).

5.1. İnsan: Joyce Travelbee, insanı benzersiz ve yeri doldurulamaz bir birey olarak tanımlamaktadır. Ona göre, insan, geçmişte yaşamış, şu anda var olan ya da gelecekte var olacak hiçbir bireye tam olarak benzemeyen, kendine özgü düşünceleri ve duyguları olan bir varlıktır (Shelton, 2016). İnsan, biyolojik ve sosyal bir organizma olarak çevresi, kültürü ve kalıtımı tarafından şekillendirilir ve sürekli bir değişim içindedir. Bu değişim sürecinde, birey ya kendisiyle yüzleşir ya da kaçınma davranışı sergileyerek bu yüzleşmeden uzaklaşmaya çalışır. Travelbee, insanın yalnızca biyolojik yönüyle değil, aynı zamanda psikososyal ve kültürel boyutlarıyla da ele alınması gerektiğini vurgular (Meleis, 2011; Dikmen vd., 2024).

İnsan, yaşamı boyunca evrimleşen ve gelişen bir varlıktır; her zaman şimdiki zamanda var olur ancak sürekli olarak değişim ve dönüşüm içindedir. Travelbee'ye göre, birey yaşadığı olaylar karşısında anlam arayışına girer ve bu süreçte seçimler yaparak kendini inşa eder. İnsan, yaşamı boyunca acı çeker, seçimler yapar ve bu seçimler doğrultusunda kendisini yeniden tanımlar. Hemşirelik bakımında da bireyin bu özelliklerinin dikkate alınması gerektiğini savunan Travelbee, her insanın bireyselliğini kabul eden, insan merkezli bir bakım anlayışını teşvik eder (Karakut ve Bucak, 2016; Sarı ve Gürhan, 2023).

Travelbee'nin insan anlayışı, hemşire-hasta ilişkisinin temelini oluşturmaktadır. Ona göre, hemşirelerin insan kavramını anlamaları büyük önem taşır, çünkü başka bir bireyle kurdukları ilişkiler bu kavrayış tarafından

şekillenir. Hemşirelik sürecinde, bireyin sadece fiziksel ihtiyaçlarına değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal gereksinimlerine de duyarlılık gösterilmelidir. İnsan, içinde bulunduğu çevre ve kültürel yapıdan etkilenirken, aynı zamanda kendi insanlığını anlama sürecinden geçer ve bu süreçte gelişim gösterir. Travelbee, bu bağlamda hemşirelerin bireyi anlamaya yönelik çabalarının, onların mesleki rollerinde daha bilinçli ve etkili olmalarını sağlayacağını ifade etmektedir (Shelton, 2016). Bununla birlikte, Travelbee insanı yalnızca bireysel bir varlık olarak değil, aynı zamanda ilişkisel bir varlık olarak da ele almaktadır. Ona göre, insan diğer insanlarla kurduğu ilişkiler sayesinde kendini anlamlandırır ve gelişim gösterir (Meleis, 2011). Bu bağlamda, hemşirelik süreci yalnızca hastaya müdahale etmekten ibaret değildir; bireyin duygusal, sosyal ve ruhsal gereksinimlerini de gözetmeyi içerir. Hemşire, hastanın yaşadığı acıyı anlamaya, ona umut vermeye ve onun bireyselliğini desteklemeye çalışmalıdır. Ayrıca, Travelbee insanın yaşam deneyimlerini yorumlama biçiminin onun psikolojik durumunu ve sağlık algısını doğrudan etkilediğini vurgular (Shelton, 2016). Bu nedenle, bireylerin sağlık ve hastalık süreçlerinde yalnızca fiziksel tedaviye değil, aynı zamanda psikososyal desteğe de ihtiyaç duyduklarını belirtir. Örneğin, aynı teşhisi alan iki bireyin hastalık deneyimi tamamen farklı olabilir; biri bu süreci anlamlandırarak kabul ederken, diğeri inkâr edebilir veya yoğun bir kaygı yaşayabilir. Bu durumda, hemşirenin bireyin sağlık algısını ve psikososyal durumunu dikkate alarak kişiye özel bir bakım yaklaşımı benimsemesi gerektiğini savunur (Velioğlu, 1999).

Travelbee'ye göre insan, yalnızca içinde bulunduğu kültürel ve sosyal çevreyle sınırlı değildir, aynı zamanda kendi seçimleriyle de varlığını inşa eder (Velioğlu, 1999). İnsan, yaptığı seçimler aracılığıyla kendini sürekli olarak yeniden şekillendirir ve bu süreçte hem özgürlük hem de sorumluluk taşır. Bu varoluşçu bakış açısı, hemşirelerin bireyin sağlıkla ilgili kararlarını anlamalarına ve ona destek olmalarına yardımcı olur. Son olarak, Travelbee insanın anlam arayışının yalnızca bireysel bir süreç olmadığını, aynı zamanda toplumsal dinamiklerle de şekillendiğini belirtir (Karakut ve Bucak, 2016). Bireyin yaşadığı çevre, toplumsal rolleri, inançları ve geçmiş deneyimleri, onun sağlık ve hastalık süreçlerini algılayışını etkiler. Bu nedenle, hemşirelerin bireyin tüm bu yönlerini göz önünde bulundurarak bakım sunması gerektiğini ifade eder. Travelbee'nin bu insan anlayışı, hemşirelik

uygulamalarında bireyin sadece hastalık belirtilerine odaklanmak yerine, onun fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerini de dikkate alan bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesini teşvik etmektedir.

5.2.Sağlık: Joyce Travelbee, sağlığı hem öznel (subjektif) hem de nesnel (objektif) bir kavram olarak ele almaktadır. Ona göre sağlık, yalnızca fiziksel olarak değerlendirilebilecek bir durum değil, aynı zamanda bireyin kendi sağlığını nasıl algıladığıyla da ilgilidir. Bu bağlamda, sağlık ve hastalık durumları yalnızca tıbbi ölçümler ve fiziksel değerlendirmelerle belirlenmez; bireyin kendini nasıl hissettiği, sağlık durumunu nasıl yorumladığı da son derece önemlidir. Öznel sağlık, Travelbee'ye göre, bireyin kendisini nasıl hissettiği, sağlıklı ya da hasta olup olmadığını nasıl algıladığı ile doğrudan ilişkilidir. Kimi zaman birey, fiziksel açıdan sağlıklı olduğu halde kendisini kötü, hasta ya da güçsüz hissedebilir. Bunun aksine, tıbbi olarak hastalığı olan bir birey, kendini iyi ve güçlü hissedebilir. Bu nedenle, sağlık bireyin içsel deneyimlerine, psikolojik durumuna ve kendi algısına göre değişkenlik gösterebilir. Nesnel sağlık, ise tıbbi değerlendirmelere dayanır. Fiziksel muayene, laboratuvar testleri, biyolojik ölçümler ve doktorların gözlemleri sağlık durumunun nesnel yönünü oluşturur. Örneğin, bir bireyin kan testleri, tansiyon ölçümleri veya fiziksel muayene sonuçları normal değerlere sahipse, tıbbi olarak sağlıklı kabul edilir. Ancak, Travelbee'ye göre bu durum bireyin kendini nasıl hissettiği ile örtüşmeyebilir (Shelton, 2016; Parola, vd., 2020).

5.2.Çevre: Joyce Travelbee'nin kuramında çevre kavramı net bir şekilde tanımlanmamış olsa da, hemşirenin hastanın bulunduğu ortamı dikkatli bir şekilde gözlemlemesi gerektiği vurgulanmıştır (Meleis, 2012; Shelton, 2016). Travelbee'ye göre, hemşire yalnızca hastanın fiziksel belirtilerine odaklanmamalı, aynı zamanda onun çevresel koşullarını, içinde bulunduğu psikososyal durumu ve ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurmalıdır. Bu doğrultuda, hemşirenin gözlem yaparak hastanın herhangi bir gereksinim içinde olup olmadığını anlaması büyük önem taşımaktadır. Hastaların içinde bulunduğu çevre, sağlık ve hastalık süreçlerini doğrudan etkileyebilir. Örneğin, hastane odası, hijyen koşulları, ışık, sıcaklık, gürültü gibi fiziksel faktörler hastanın iyileşme sürecini hızlandırabilir veya olumsuz etkileyebilir. Bunun yanı sıra, hastanın sosyal destek mekanizmaları,

yalnız olup olmadığı, ailesiyle ve yakın çevresiyle olan ilişkileri gibi psikososyal faktörler de sağlık durumunda belirleyici rol oynar (Shelton, 2016).

Travelbee'nin kuramında çevre yerine daha çok insanların yaşadığı ağrı, acı, umut ve hastalık gibi deneyimlere odaklanılmıştır (Shelton, 2016). Hastalar yalnızca fiziksel olarak değil, ruhsal ve duygusal olarak da acı çekebilirler. Bu nedenle hemşirelerin, hastaların çevresini gözlemleyerek onların yalnızlık, korku veya çaresizlik gibi duygular içinde olup olmadığını anlamaya çalışması gerekmektedir. Hastaların yaşadığı fiziksel ya da duygusal acılar, onların çevreyi nasıl algıladığını etkileyebilir. Örneğin, fiziksel olarak konforlu bir ortamda bulunan bir hasta, yoğun duygusal sıkıntı yaşadığında bu çevreyi olumsuz olarak deneyimleyebilir. Aynı şekilde, umut duygusu hastalar için hayati bir önem taşımakta olup, sosyal destek mekanizmaları ve çevresel faktörler hastanın umutlu olup olmamasında belirleyici olabilmektedir (Meleis, 2012). Hastalık sürecinin birey tarafından nasıl deneyimlendiği de çevresel faktörlere bağlı olarak değişebilir. Örneğin, ailesinden uzakta olan bir hasta kendini yalnız ve çaresiz hissedebilirken, sevgi ve destek gören bir hasta hastalığını daha olumlu bir ruh haliyle karşılayabilir. Çevre, hastanın yaşadığı ağrı, acı, umut ve hastalık gibi deneyimlerle doğrudan ilişkilidir. Hemşireler, hastanın fiziksel, duygusal ve psikososyal çevresini dikkate alarak bakım sürecini daha etkili bir hale getirebilirler. Travelbee'nin bu bakış açısı, hemşire-hasta ilişkisinde bireyin bütüncül bir şekilde ele alınmasını sağlayarak, hemşirenin hasta üzerindeki olumlu etkisini artırmasına yardımcı olmaktadır (Meleis, 2012; Shelton, 2016).

5.4.Hemşire: Joyce Travelbee, hemşireliği insan-insana ilişki kurma süreci olarak tanımlamaktadır. Ona göre, hemşirelik yalnızca hastaya bakım sağlamaktan ibaret değil, aynı zamanda bireyin hastalık ve acı deneyimlerini anlamlandırmasına yardımcı olan bir süreçtir (Karakut ve Bucak, 2016). Hemşirenin; bireyi, aileyi ve toplumu hastalık ve acıyı önleme veya bu durumlarla baş etme sürecinde desteklemesi hemşireliğin temel amaçlarından biridir. Bu süreç, başkalarını etkileme ve değişimle yakından ilişkili olup, hemşirenin birey ve aileyle kurduğu kişilerarası etkileşim sayesinde gerçekleşir (Pokorny, 2014; Shelton, 2016).

Travelbee, hemşirelerin bireyin yalnızca fiziksel belirtilerine değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel yönlerine de odaklanması gerektiğini vurgular. Ona göre, hemşirelik, hastalığın ve acının insan üzerindeki etkisini azaltmak için profesyonel bir destek sunmanın ötesinde, bireyin bu deneyimlerle anlam bulmasını sağlamaya yönelik bir süreçtir (Meleis, 2012). Hastalık ve acının her birey tarafından farklı şekillerde deneyimlendiğini belirten Travelbee, hemşirenin her hastayı benzersiz bir insan olarak görerek ona özel bir bakım sunması gerektiğini savunmaktadır. Bireyin kültürü, semptom yükü ve hastalığı algılama biçimi, onun tedaviye ve bakım sürecine verdiği tepkiyi doğrudan etkileyebilir. Bu nedenle, hemşirenin hastaya özgü bir yaklaşım benimsemesi, hastalık sürecinin birey üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmede önemli bir rol oynar (Travelbee, 1963; Meleis, 2012; Shelton, 2016).

Travelbee'ye göre, hemşire-hasta ilişkisi belirli aşamalardan geçerek terapötik hale gelir. Bu süreçte iyi iletişim, hemşireliğin temel bileşenlerinden biri olup, hemşirenin hastalarla anlamlı bir bağ kurmasını sağlar (Shelton, 2016). Travelbee, hemşirenin hastalara yönelik bilgi edinmesi, hemşirelik gereksinimlerini belirlemesi ve hemşirelik bakımının amacına ulaşması için iletişim kurmaya çabalaması gerektiğini vurgular (Travelbee, 1971). İyi bir hemşire-hasta ilişkisi kurabilmek için empati, sempati ve güven temelli bir bağ geliştirilmesi önemlidir. Hemşire, bireyin ihtiyaçlarını anlayarak, ona hem fiziksel hem de psikolojik açıdan destek olmalı ve hastanın hastalık deneyimiyle başa çıkmasını kolaylaştıracak stratejiler sunmalıdır (McKenna vd., 2014).

Travelbee'nin psikiyatri hemşireliği alanındaki deneyimleri, birçok bakım ortamında hemşirelik pratiğinin şefkatten yoksun olduğunu gözlemlemesine yol açmıştır. Bu nedenle, hemşirelik mesleğinin daha insancıl bir yaklaşıma ve bakım odaklı bir dönüşüme ihtiyacı olduğunu savunmuştur (Shelton, 2016). Bu düşünceyle, hemşire-hasta ilişkisini, hemşirenin hastayla anlamlı bir insan-insan ilişkisi kurduğu, bireyin hastalık ve acı süreçleriyle başa çıkmasına yardımcı olduğu bir süreç olarak tanımlamıştır (Travelbee, 1971). Bu sürecin yalnızca fiziksel bakım sağlamaktan ibaret olmadığını, aynı zamanda bireyin hastalık sürecinde anlam bulmasına rehberlik etmeyi içerdiğini vurgulamaktadır. Hemşire, hastanın karşılanmamış ihtiyaçlarının

neden olduğu sıkıntıyı hafifletmeye yardımcı olmalı ve bireyin bu deneyimlere anlam katmasını desteklemelidir (Shelton, 2016).

İnsan-insana ilişki, bireyin palyatif bakım sürecine geçişinde hemşirelik bakımının sağlanmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Geçiş süreci doğası gereği savunmasızlıkla ilişkilidir ve bu süreçte hemşirenin yaklaşımı belirleyici olmaktadır. Travelbee, “Bir hemşirenin herhangi bir hastaya verdiği bakımın kalitesi, hemşirenin hastalık, acı çekme ve ölüm hakkındaki inançları tarafından belirlenir” diyerek hemşirelerin kendi inanç ve değerlerinin hasta bakımına nasıl yansıdığını açıklamaktadır (Travelbee, 1966).

Travelbee, hemşirenin yalnızca bir sağlık çalışanı olmadığını, aynı zamanda hastanın yaşadığı sürece duyarlı olması gereken bir birey olduğunu savunmuştur. Ona göre, hemşirenin hastaya söylediği ya da yaptığı her şey, hemşirelik mesleğinin temel amacına hizmet etmeli ve hastanın deneyimlerine anlam katmalıdır. Hemşire ve hasta, birbirleriyle etkileşim içinde olan iki insan olarak karşılıklı bir iletişim sürecine girerler. Bu süreç, yalnızca fiziksel bakım sağlamakla sınırlı kalmaz; aynı zamanda hastanın, ailesinin ve toplumun hastalık, acı ve zorlayıcı yaşam deneyimleriyle başa çıkmasını destekleyen kişilerarası bir etkileşimi içerir (Sarı ve Gürhan, 2023). Travelbee’ye göre, hemşirelik yalnızca klinik beceriler ve teknik müdahalelerle sınırlı kalmamalıdır. Hemşire, hastanın, ailesinin veya toplumun yaşadığı hastalık ve ıstırapı anlama ve yönetme sürecinde bir rehber ve destek kaynağı olmalıdır. Hastalarla kurulan etkileşim, onların hastalık süreçlerine anlam katmalarına yardımcı olur. Bu noktada Travelbee, hemşirenin iletişim becerilerinin hayati bir öneme sahip olduğunu vurgular. İletişim, hemşirenin hastaya yönelik yaklaşımını belirleyen temel araçlardan biridir ve terapötik bir etkileşim sağlanmadığında, hasta ile kurulan bağ zayıf kalabilir. Bu süreçte, hemşire hastanın fiziksel, duygusal ve psikososyal ihtiyaçlarını anlamalı ve ona rehberlik etmelidir. Hemşire, yalnızca bir sağlık çalışanı değil, aynı zamanda hastanın sıkıntılarının farkına varan ve onun bu sıkıntılarla başa çıkmasını sağlayan bir destekçidir. Çoğu insan hastalık ve acıyı anlamsız olarak görse de, bu sonunda bireysel gelişimin teşvik edilmesine yol açabilir. Bakım durumu, sağlık iyileşmesini ve rehabilitasyonunu teşvik ederek hastaya yardımcı olabilir, onu cesaretlendirebilir ve destekleyebilir. Hastanın acıya teslim olmasını engellemek, onun hastalık sürecinde daha güçlü bir anlam bulmasına yardımcı

olmak ve yaşam kalitesini artırmak hemşirenin en temel sorumlulukları arasındadır. Bu doğrultuda, hemşire hastaya bilgi vermeli, eğitim sağlamalı ve etkili başa çıkma stratejileri sunmalıdır (Wadensten ve Carlsson, 2003; Pokorny, 2010; Shelton, 2016; Karakut ve Bucak, 2021).

6.SONUÇ

Joyce Travelbee'nin İnsan-İnsana İlişki Modeli, hemşirelik pratiğinde empati ve sempati kavramlarının önemini vurgular. Travelbee'ye göre, **empati**, bir bireyin başkalarının duygularını ve düşüncelerini anlama sürecini ifade ederken; **sempati**, bu anlayışın bir adım ötesine geçerek, kişiyi başkalarına yardım etme isteğiyle harekete geçiren bir duygudur. Hemşirelerin sempati ile hastalarının sıkıntılarına duyarlı olmaları, onların bakım sürecine daha derinlemesine katılım sağlamalarını sağlar. Ancak, aşırı sempati hemşirenin kendi duygularına odaklanmasına neden olabilir ve bu da hastanın gerçek ihtiyaçlarını gözden kaçırmaya yol açabilir. Bu nedenle Travelbee, hemşirelerin duygusal olarak hastalarına yakın olmalarını fakat duygusal olarak tükenmemelerini önerir. Travelbee, insan-insana bir ilişki kurmanın yalnızca geçirilen zamanın miktarıyla değil, bu zamanın nasıl değerlendirildiğiyle ilgili olduğunu belirtir. Hemşirelerin hastaya sadece fiziksel bakım sağlamakla kalmayıp, **aynı zamanda hastanın ve ailesinin hastalık deneyimine anlam yüklemesine yardımcı olmaları gerektiği vurgulanır**. Özellikle palyatif bakımda, hemşirelerin **hastanın benzersizliğini tanıması ve ona umut aşılması** gerektiği ifade edilir. Travelbee'ye göre, hemşirelerin kendi yaklaşımlarını ve önyargılarını sorgulamaları, hastalarla yüzeysel değil, derinlemesine bir ilişki kurmaları gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, hemşirelerin empati ve sempatiyi dengeli bir şekilde kullanmaları, bakım sürecinde anlamlı ve etkili ilişkiler kurabilmelerine olanak tanır. Kuram, hemşirenin sadece hastayı fiziksel olarak değil, **holistik olarak** ele almasını gerektirir. Hemşirelerin bu kuram çerçevesinde hastalarına derinlemesine bir bakış açısıyla yaklaşmaları, bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artıracak önemli bir adımdır.

Bu modelin temel varsayımlarından biri, **acı ve umut kavramlarının** hemşirelik bakımındaki kritik rolüdür. Acı, yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda zihinsel ve duygusal boyutları olan bir deneyimdir. Fiziksel acının değerlendirilmesi ve yönetilmesi genellikle daha kolaydır; örneğin, bir yara

gözle görülüp klinik ölçütlerle analiz edilebilir. Ancak duygusal acı ve ıstırapın anlaşılması çok daha öznel bir süreçtir. Hemşire, bu tür acıları değerlendirirken hastanın sözlü ve sözsüz ifadelerine dikkat etmeli, onun ihtiyaçlarını anlamaya yönelik duyarlı bir yaklaşım sergilemelidir. Öte yandan, **umut**, bireyin geleceğe dair beklentileriyle doğrudan bağlantılıdır. Travelbee'ye göre hemşirenin en önemli görevlerinden biri, hastaya umut aşılama ve onun zorlayıcı süreçlerle başa çıkma gücünü artırmaktır. Hastaların umut duygusuna sahip olmaları, yalnızca psikolojik dayanıklılıklarını artırmakla kalmaz, aynı zamanda tedavi süreçlerinde daha aktif rol almalarını da sağlar. Bu nedenle, hemşireler yalnızca klinik müdahalelerle değil, aynı zamanda hastalarına moral ve motivasyon vererek onların sağlık yolculuklarına olumlu katkıda bulunmalıdır (Shelton, 2016).

Sonuç olarak, Travelbee'nin İnsan-İnsana İlişkiler Modeli, hemşire-hasta etkileşiminin sadece fiziksel bakım sağlamaktan ibaret olmadığını, aynı zamanda hastanın yaşadığı süreci anlamlandırmasına yardımcı olan güçlü bir kişilerarası ilişki süreci olduğunu ortaya koyar. Hemşire, yalnızca tıbbi müdahalelerle değil, aynı zamanda terapötik iletişim becerileriyle hastasının yanında olmalı ve onu **bütüncül bir yaklaşımla** desteklemelidir (Bulson ve Bulson, 2011). Bu modelin uygulanması, hemşirelerin yalnızca klinik beceriler değil, aynı zamanda insani ve duygusal becerilerle de donatılmalarını sağlar.

7.KAYNAKÇA

- Bulson, J. A., & Bulson, T. (2011). Nursing process and critical thinking linked to disaster preparedness. *Journal of Emergency Nursing*, 37(5), 477.
- Cassell, E. J. (1991). *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford University Press.
- Damar, E., & Türkmen, A. (2019). İnsan insana ilişki modeli ile trakeostomili çocuk hastanın ailesine yaklaşım: Olgu Sunumu. *Pediatric Practice and Research*, 7(Ek), 421-424.
- Davis, M. H. (1983). *Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). *The functional architecture of human empathy*. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>.
- Dertli, S., & Başdaş, Ö. (2022). Çocuğu otizm tanısı alan ebeveynlerin adaptasyon sürecinde insan insana ilişki modeli'nin kullanılması. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 31(3), 237-242.
- Dikmen, R., İlkin, E., Kaplan, S., & Şahin, S. (2024). İnfertilite Tedavisi Başarısız Olan Hastanın Joyce Travelbee'nin İnsan İnsana İlişki Modeli'ne Göre İncelenmesi: Olgu Sunumu. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 7(2), 191-204.
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2013). *Holistic nursing: A handbook for practice* (6th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Gürdal, G. (2019). Varoluşçu Sinema: Ingmar Bergman Sinemasının Varoluşçuluk ile Olan İlişkisi Üzerine. *Academic Journal of Philosophy*, (12), 150-181.
- İlgar, M. Z., & İlgar, S. C. (2019). Varoluşçu Psikolojik Danışma ve Psikoterapi: Teori ve Pratiği. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 23(1), 193-220.
- International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP announces revised definition of pain*. Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>

- Joyce Travelbee - Nursing Theorist. <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Joyce-Travelbee.php>.
- Kantorski, L. P. (2002). Mental health care in Brazil. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (Wiley-Blackwell)*, 9(3), 251-3. 10.1046/j.1365-2850.2002.00522.x.
- Karakut, Ş., & Bucak, F. K. (2021). Covid-19 Tanısı Alan Hastanın Joyce Travelbee'nin İnsan İnsana İlişki Modeli'ne Göre İncelenmesi: Olgu Sunumu. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 6(10), 54-62.
- Kızılkaya, M., & İçöz, F. J. (2023). "Kış Uykusu" Filminin Varoluşsal Yaklaşım Çerçevesinde Değerlendirilmesi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 114-122.
- Marriner A. Nursing Theorists and Their Work, The C.V. Mosby Company, 1986.
- McKenna, H., Pajnikhar, M., Murphy, F. (2014). Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice, with Wiley E-Text. Second Edition. John Wiley and Sons.
- Meleis AI. Theoretical Nursing, London S.B. Lippincott Company. 1985
- Meleis, A. (2012). Theoretical nursing: Development and progress (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Moreira de Freitas, R. J., de Moura, N. A., Feitosa, R. M. M., Cavalcante Guedes, M. V., de Freitas, M. C., de Fátima da Silva, L., & Macêdo Monteiro, A. R. (2018). Nursing Process Based On The Joyce Travelbee Model. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 12(12), 3287-3294. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235051p3287-3294-2018>.
- Parola, V., Coelho, A., Fernandes, O., & Apóstolo, J. (2020). Travelbee's Theory: Human-to-Human Relationship Model - an adequate framework for palliative nursing care. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e20010. doi:10.12707/RV20010.
- Peden, AR., Staal, J., Rittman, M., Gullett, D.L. (2015). Nurse-Patient Relationship Theories: Hildegard Peplau, Joyce Travelbee and Ida Jean

- Orlando. Parker ME, Smith MC, editors. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Fourth Edition. FA Davis Company.
- Pokorny, M. (2014). Nursing theorists of historical significance-Joyce Travelbee. *Nursing Theorists and Their Work*. 8th ed. Maryland Heights, MO: Mosby, 50-51.
- Sarı, T., & Gürhan, N. (2023). Travelbee İnsan İnsana İlişkiler Modeli Değerlendirmesi ve Analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 274-278.
- Shelton, G. (2016). Appraising Travelbee's human-to-human relationship model. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 7(6), 657-661. Epub 2016 Sep 1. PMID: 29588870; PMCID: PMC5866131.
- Stasková, V., & Tóthová, V. (2015). Conception of the human-to-human relationship in nursing. *Kontakt*, 17(4), e184-e189. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.09.002>.
- Taylor, S. E. (2010). *Adjustment and coping: The psychology of adaptation to change*. *Annual Review of Psychology*, 61, 1-20. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100618>.
- Travelbee, J. (1963). What do we mean by rapport? *The American Journal of Nursing*, 2, 70-72. doi:10.1177/0032329211420047.
- Travelbee, J. (1964). What's wrong with sympathy?. *The American journal of nursing*, 64, 68-71.
- Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. *Nursing Management (Springhouse)*, 1(1), 44.
- Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. İstanbul, Alaş Ofset.
- Wadensten, B., & Carlsson, M. (2003). Nursing theory views on how to support the process of ageing. *Journal of advanced nursing*, 42(2), 118-124.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

BÖLÜM 6

BAKIMDA AMACA ULAŞMA KURAMI

Doç. Dr. Canan SARI¹

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15823254>

¹ Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksek Okulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Yaşlı Bakımı Programı, Trabzon, Türkiye. canan.sari@trabzon.edu.tr.
ORCID: 0000-0002-3686-5343

GİRİŞ

Hemşireliğin bilimsel alanda temele dayandırılması amacıyla kuramcılar tarafından pek çok kuram ve teori oluşturulmuştur. Amaca ulaşma teorisi 1960'lı yılların ortalarında King tarafından geliştirilen bir teoridir. Geliştirilen teori doğrultusunda kişiler arasında yer alan kişilerarasındaki sistem ve etkileşim üzerine odaklanmıştır. King tarafından geliştirilen teori kapsamındaki temel kavramlar insan/birey, sağlık/hastalık, çevre ve hemşireliktir. İlgili kitap bölümü kapsamında kuramı geliştiren teorisyenin kısa bir özgeçmişi sunularak, sonrasında kuramın içeriği ve model ile ilgili temel kavramlar verilmiş, hemşireliği kişilerarası ilişkiler yönü ile tanımlayan diğer kuramcılarının benzer kavramları ile karşılaştırılmıştır.

1. KURAMCININ ÖZGEÇMİŞİ

Imogene Martina King, 30 Ocak 1923'te Iowa eyaletinin West Point şehrinde doğmuş, cerrah olan amcasının yönlendirmesi ile hemşire olmaya karar vererek 1945 yılında St. John's Hospital Hemşirelik Okulu'ndan hemşirelik diplomasını almıştır. Daha sonra hemşirelikte lisans eğitimi almak amacıyla St. Louis Üniversitesi'nde kayıt yaptırır ve 1948 yılında lisans diplomasını alır. Bu süreçte yaşadığı ekonomik sıkıntılardan dolayı servis hemşiresi ve özel hemşire olarak çalışmak zorunda kalmıştır (Pektekin, 2013).

Mezuniyet sonrasında 1958 yılına kadar St. Louis'deki St. John's Hastanesi dahiliye cerrahi hemşireliğinde eğitimci olarak çalışmış olup ayrıca da aynı kurumda yöneticilik görevinde yapmıştır. 1961-1966 yılları arasında Chicago Loyola Üniversitesi'nde doçent olarak görev yaptığı süreçte hemşirelikte yüksek lisans programlarını geliştirmiş ve 1972 yılında profesör ünvanını almıştır. 1980 yılında Southern Illionis Üniversitesinden onursal doktora unvanı almıştır (Ocakçı, 2013).

1980 yılında *“Hemşirelikte Bir Teori: Sistemler, Kavramları Süreç”*, 1981 de *“Hemşirelik Kuramı; Sistemler, Kavramlar, Süreç”* ve 1986 da *“Hemşirelikte Müfredat programı ve Öğretim; Kavramlar ve Süreç”* adlı kitabı yayınlandı. Ayrıca farklı kitaplarda bölüm yazarlığı ve profesyonel dergilerde makale yazarlığı yapmıştır. 1990 yılında ise emekli olmasına rağmen konuk olarak üniversitede ders vermeye devam etmiştir. Birçok hemşirelik derneğine üye olan King 2007 yılında hayatını kaybetmiştir (Aksoy, 2021).

2. KURAMIN TEMEL İÇERİĞİ

King'in kuramı, hemşirelikteki bilimsel ilerlemenin bir parçası olarak geliştirilmiştir. Teorisini 1960 yılında oluşturmaya başlarken insanı dinamik birer varlık olarak tanımlamış, çevresiyle açık bir etkileşim halinde olduğuna vurgu yapmıştır. Bu yaklaşım çerçevesinde King'e göre "Aynı yaklaşım tüm bireylere uygundur" ifadesinin yanlış olduğunu savunmuştur. Bu nedenle geliştirdiği kuram kapsamında hemşire ile hasta arasındaki amaca yönelik etkileşim ve hastanın fonksiyonel durumuyla ilgili memnuniyetinin değerlendirilmesinin önemli olduğuna vurgu yapmıştır (Imogene King, 2017).

Hemşirelik biliminin mevcut durumundan memnun olmayan King felsefe ve psikoloji gibi diğer disiplinlerin bilimsel bilgi içeriğini öğrenmeye çalışmıştır. Kuramını oluştururken Lydia Eloise Hall, Helen Ericson, Hildegard Elizabeth Peplau ve Ida Jean Orlando gibi pek çok teorisyenden yararlanmıştır. Ayrıca kuramını oluştururken gelişimsel paradigma, sistemler, adaptasyon, psikoanalitik ve stres gibi pek çok paradigmadan yararlanmıştır (King, 1990). Buna ilavaten yaptığı bir çalışma doğrultusunda hastaların hastaneye geliş durumuna göre cerrahi bir işlem ve acil durum başvurusu olarak iki gruba ayırmış, her iki grupta yer alan bireyleri hasta hemşire ilişkileri açısından gözlemlemiştir (King, 2007). Bu gözlemin gerekçesini ise teorisinde yer alan sorulara cevap oluşturmak olarak belirtmiştir. Bu sorular ise;

- Hemşire kimdir?
- Hemşirelik nedir?
- Hemşireliğin amacı nedir?
- Hemşirelik süreci nedir?
- Hemşirelik nerede ve nasıl uygulanmaktadır?
- Bir sanat olarak hemşirelik nedir?
- Hemşireler kimlerdir ve uygulama eğitimleri nasıl olmalıdır?
- Toplumda hemşireye kimin ihtiyacı vardır (Aksoy, 2021)?

King'in kuramının kavramsal çerçevesinde üç ayrı etkileşim sisteminden yararlanılmaktadır. Bu sistemler kişisel sistemler, kişisel arası sistemler ve toplumsal sistemlerdir. King'e göre kişisel sistemi bireysel olarak tanımlamış içinde algı, benlik, beden imgesi, büyüme ve gelişme, zaman, kişisel mekan ile öğrenme kavramlarından oluştuğunu ifade etmektedir

(Nursing Theories and Theorists: The Definitive Guide for Nurses, 2025; Aksoy, 2021). Kişilerarası sistemin ise belli bir zaman ve amaç doğrultusunda iki ve daha fazla kişinin etkileşimi olarak tanımlanmış, içinde etkileşim, iletişim, hedef çıktı, rol ve stres kavramlarına yer verilmiştir. Diğer taraftan toplumsal istemeler ise belli bir amaç doğrultusundaki büyük grupları tanımlanmış, içinde organizasyon, otorite, toplumsal statü, karar verme ve güç kavramlarından oluşmaktadır (Aksoy, 2021).

2.1. Teori İle İlgili Temel Varsayımlar

King kuramı kapsamında 8 hipotez geliştirilmiştir. Bu hipotezler ise şunlardır;

- Hasta/sağlıklı birey - hemşire etkileşiminde algılamalar doğru ise amaçlı etkileşim beklenir.
- Eğer hasta/sağlıklı birey ile hemşire amaçlı etkileşimde bulunursa hedefe ulaşılması beklenir.
- Hasta/sağlıklı birey - hemşire etkileşiminde algılamalar doğru ise amaçlı etkileşim beklenir.
- Eğer hasta/sağlıklı birey ile hemşire amaçlı etkileşimde bulunursa hedefe ulaşılması beklenir.
- Hasta/sağlıklı birey - hemşire etkileşiminde algılamalar doğru ise amaçlı etkileşim beklenir.
- Eğer hasta/sağlıklı birey ile hemşire amaçlı etkileşimde bulunursa hedefe ulaşılması beklenir.
- Hasta/sağlıklı birey - hemşire etkileşiminde algılamalar doğru ise amaçlı etkileşim beklenir.
- Eğer hasta/sağlıklı birey ile hemşire amaçlı etkileşimde bulunursa hedefe ulaşılması beklenir (Ocakçı ve Alpar, 2013).

3. KURAMIN TEMEL KAVRAMLARI

3.1. İnsan/birey: İnsan spiritüel bir varlıktır ve kendine özgü değerleri bulunmaktadır. Benzersiz bir bütündür, çevre ile etkileşimde bulunan açık bir sistemdir. Bireylerin kendilerine özgü değerleri vardır, gerçekçi düşünebilir, karar verebilir, istek, ihtiyaç ve amaçlarının farklı olduğu düşünülmektedir. King insanı aynı zamanda tepki veren, sosyal ve zamana uyum sağlayabilen algılayan, düşünen, soru soran, amaçları olan, bu

amaca ulaşabilmek amacıyla strateji geliştirebilen ve karar verebilen bir varlık olarak tanımlanmıştır (King, 1992; Alligood, 2010).

3.2. Sağlık/hastalık: King'e göre sağlık, günlük yaşamda maksimum potansiyele ulaşmak için kişinin kaynaklarını optimum şekilde kullanarak iç ve dış ortamdaki strese sürekli uyum sağlamayı gerektiren bir yaşam deneyimidir. Hastalık ise, kişinin günlük yaşamı içerisinde dinamik devam eden sürece müdahale etmesidir. Hastalık normalden sapma yani bir kişinin biyolojik yapısında veya psikolojik yapısında bir dengesizlik veya bir kişinin sosyal ilişkilerindeki bir çatışmadır (Ocakçı ve Alpar, 2013; Aksoy, 2021).

3.3. Çevre: Bireyin dışında olan ve bireyi olumlu-olumsuz yönde etkileyebilen tüm etmenler çevreyi oluşturmaktadır. King kuramında çevre kavramını açıklarken 2 ayrı terimden yararlanmıştır. Bunlar iç ve dış çevre kavramlarıdır. King'e göre iç çevre; hücreler, organlar, sistemler, hormonlar, iken dış çevre; insanı dıştan etkileyen hava, ısı, yemek, diğer insanlar, hayvanlar, makineler vb. faktörlerden oluşmaktadır. Çevrenin düzenlenmesi sağlığı iyileştirmektedir (Ocakçı ve Alpar, 2013; Pektekin, 2013; Aksoy, 2021).

3.4. Hemşirelik: Bireylerin rollerini bağımsız olarak yerine getirmeleri için yardımcı olmaktır. Süreç; kişilerarası ilişkilerden etkilenebilmektedir. King'e göre hemşireliğin amacı bireylerin kendi rollerini yerine getirebilmeleri için sağlıklarını korumalarına yardım etmektir. Hemşirelik kişinin yeniden sağlığına kavuşturulması, sürdürülmesi, geliştirilmesi, hastalığın bakımı, iyileştirilmesi ve ölüm öncesi bakım kapsar (Ocakçı ve Alpar, 2013; Pektekin, 2013; Aksoy, 2021).

4. KURAMDA YER ALAN KAVRAMLARIN DİĞER KURAMCILARIN KAVRAMLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

4.1. Lydia Eloise Hall

Hall teorisinde king benzer şekilde hasta merkezli bir bakım kapsamında terapötik hemşireliğine odaklanarak başarılı olacağına inanmıştır. Hall teorisinde hasta merkezli terapi üzerine odaklanmıştır. Hall'ı teorisinde king'e benzer şekilde hemşire, sağlık, insan ve çevre kavramlarına yer

vermiştir. Her iki kuramda da hemşirelik kavramı kapsamında hastalar ile kişiler arası ilişkilerin doğru kurulması olarak tanımlamıştır (Ocakçı, 2013). Fakat King kuramının bilinci kapalı olan hastalar veya yenidoğan hastalarında kullanımı kısıtlı olduğu düşünülürken, Hall teorisinin çoğunlukla rehabilitasyon hemşireliği özelleştirdiği bilinmektedir. Bu kapsamda Hall teorisinde insan kavramını 16 yaşın üzerinde, akut hastalığını geçirmiş uzun süreli bakıma ihtiyacı olan birey olarak tanımlarken King'e göre insan açık etkileşimi olan spiritüel bir varlık olarak tanımlamaktadır (Akçay ve ark., 2020; King, 2007).

Hall tarafından hastalık kavramı bir davranış tipi olarak düşünülürken, sağlık ise bireyin davranışlarını bilinçli olarak ve uygun şekilde yapması olarak düşünülürken, King tarafından iç ve dış ortamdaki strese sürekli uyum sağlamayı gerektiren bir yaşam deneyimi olarak ifade etmiştir. Buna ilaveten Hall tarafından ifade edilen çevre kavramında hasta ile olan ilişkiye yer verilirken, King çevre kapsamında içi ve dış çevre olarak ikiye ayırarak detaylandırmıştır (Pektekin, 2013; Soydan, 2020).

4.2. Hildegard Elizabeth Peplau

Teorisini hasta ve hemşire arasındaki ilişkiye göre temellendiren Peplau, hemşireliği hasta ve hemşire arasındaki ilişkiye sınırlandırmıştır. King'e benzer şekilde teorisindeki dört kavramı hemşire, çevre, insan ve sağlık olarak sınıflandırmıştır (Çalışkan ve Gürhan, 2019; Alligood, 2010; Nursing Theories and Theorists: The Definitive Guide for Nurses, 2025).

Peplau hemşireyi teröpatik kişilerarası ilişkiyi sağlayan bir süreç olarak ifade etmiş, King'e göre hemşire kavramı hemşirelik olarak ifade edilmiş bu noktada hasta olan bireylerin rollerini bağımsız yerini getirmesine destek olan birey olarak tanımlamıştır. Buna ilaveten King kuramı kapsamında hasta bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkı sağlayan birey olarak tanımlanırken Peplau kuramında sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi üzerine katkısı bulunmamaktadır. Fakat bunun yanı sıra her iki kuramda olan temel nokta kuramın bilinci kapalı hastalarda kullanımının sınırlı olmasıdır. (Pektekin, 2013; King, 2007).

Peplau insanı değişken bir dengede yaşayan organizma olarak tanımlamıştır. Çevre ise bu organizma dışındaki bakım veren yetişkinler, ailenin ekonomik durumu ve sağlıklı bir prenatal çevre olarak ifade edilmiştir.

King'e göre ise insan spiritüel bir varlık olarak tanımlanırken benzer şekilde çevre kavramı kapsamında hem iç hem de dış çevreden kaynaklanan kavramlara yer verilmiştir (Çırlak, 2019; Pektekin, 2013).

4.3. Ida Jean Orlando

Teorisinde King'e benzer şekilde hasta ve hemşire arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Bu noktada King'e benzer şekilde hemşirelik sürecinden yararlanarak bu süreci hastanın davranışı, hemşirenin tepkisi ve hemşirenin davranışları olmak üzere üç gruba ayırmıştır. King ise amaca ulaşma kuramı sürecinde hemşire hemşirelik sürecini Orlando'da olduğu gibi hastanın değerlendirilmesi, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını kullanmıştır (Pektekin, 2013; Ransome ve ark., 2018; Aksoy, 2021).

Orlando'ya göre hemşire ayrıca hemşirelik mesleğini insan, çevre ve sağlıkla ilgilenir şeklinde tanımlayarak King'in teorisinde yer alan kavramların tamamını hemşire ifadesi altında toplamıştır (Pektekin, 2013; Aksoy, 2021).

Orlando hastanın kendini ifade etme şeklini açıklarken hastaların kendilerini ifade etme şekillerinin farklı olduğunu, hastaların davranışsal olarak hemşireye bir ipucu gönderdiği kısaca duygularını doğrudan ifade edemedikleri zaman dolaylı şekilde kendilerini ifade etmeye çalıştıklarını, bu süreçte hemşirenin hastanın kurduğu dolaylı iletişimi fark etmesi gerektiği vurgulanmıştır. Diğer taraftan benzer şekilde King'in kuramında iletişimin doğru sağlandığında amaçlı etkileşim olduğu ve bu durumda hedefe ulaşılabileceği ifade edilmiştir. (Alligood, 2010; Can ve ark., 2019).

Orlando'nun teorisinde hemşire kavramı hastanın sözel ve sözel olmayan davranışlarını gözlemleyerek gereksinimleri saptayan, hem fiziksel hem de sosyal ve ruhsal gereksinimlerini sağlayan kişi olarak tanımlanırken King hemşire yerine hemşirelik kavramını kullanmış ve bireylerin rollerini bağımsız olarak yerine getirmeleri için yardımcı olmak olarak ifade etmiştir (Pektekin, 2013; Keskin ve Teke, 2020; King, 2007).

Diğer taraftan King tarafından oluşturulan kuramdaki tanımlamaların oldukça açık olduğu, literatürden elde edilen kavramların kullanıldığı düşünülürken Orlando'nun teorisini oluştururken 2000 hasta ve hemşire ilişkisini kaydettiği, analizlerini değerlendirdiğini ifade etmesine rağmen

neredeysse teoriye ait tüm varsayımların nasıl geliştirildiğinin net olarak ifade edilmemiştir (Pektekin, 2013; Ransome ve ark., 2018).

5. SONUÇ

King tarafından geliştirilen kuram ile hasta – hemşire etkileşiminin ve hasta algısının önemini vurgulamıştır. Kuram kapsamında hemşire bireylerin rollerini bağımsız olarak yerine getirilmesi için yardımcı olmak olarak ifade etmiştir. Buna ilaveten kişilerarası ilişkiler yönü ile tanımlayan hemşire kuramcılarının kullandıkları temel kavramların benzerlik göstermesine rağmen, kavramlar içinde yer alan alt boyutlar birbirinden farklıdır. Bu durum hemşirelik alanında geliştirilen kuramların çeşitliliği ve farklı hasta grupları tarafından kullanılabilirliğini ortaya koymaktadır. King tarafından oluşturulan amaca ulaşma teorisi hala hemşirelik eğitiminde ve araştırmalarda kullanılmaya devam etmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Akçay, N., Gercek, E., & İşbay, B. (2020). Hall'ın Öz-Bakım-Tedavi Kuramı Bakış Açısıyla Overyan Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS). *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 3(2), 44-49.
- Aksoy, B. (2021). *Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla*. 1. Baskı. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 259-272.
- Alligood, M. R. (2010). Family healthcare with King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly* 23(2): 99-104.
- Imogene King, 2017. Erişim adresi: <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Imogene-King.php> Erişim tarihi: 05.04.2025
- Keskin, A., & Teke, Z. B. (2020). İda Jean Orlando'nun Etkileşim Modeline Göre Kronik Böbrek Yetmezliği Tanılı Hemodiyalize Giren Hastanın İncelenmesi Ve Hemşirelik Bakımı: Vaka Sunumu. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 19-28.
- King, I. M. (1990). King's conceptual framework and theory of goal attainment. ME Parker (Ed.), *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing 73-84.
- King, I. M. (2007). King's structure, process, and outcome in the 21st century. *Middle Range Theory Development Using King's Conceptual System*, 3-11.
- King, I. M. (1992). King's theory of goal attainment. *Nurs Sci Q*. 5(1):19-26.
- Ocakçı, A.F., Ecevit Alpar, Ş. (2013). *Hemşirelik Kavram Kuram ve Modelleri*. Ocakçı AF, Ecevit Alpar Ş (Ed.), *Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri*. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 31-39.
- Ocakçı, A.F., Ecevit Alpar, Ş. (2013). *Hemşirelik Kavram Kuram ve Modelleri*. Ocakçı AF, Ecevit Alpar Ş (Ed.), *Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri*. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 67-73.
- Pektekin Ç (2013). *Kuramlar-Bakım Modelleri*. Pektekin Ç (Ed.), *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 95-99.
- Pektekin, Ç. (2013). *Kuramlar-Bakım Modelleri*. Pektekin Ç (Ed.), *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik*

Yaklaşımlar. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 99-105.

Soydan, D., Yanık, T. Ç., & Oğlu, A. Ç. (2020). Akciğerde Kitle ve Pnömoni Tanılı Bireyin Bakım-Öz-Tedavi Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 127-132.

BÖLÜM 7

SEMBOLİK ETKİLEŞİM MODELİ

Öğr. Gör. Fatma AYDIN¹

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15823293>

¹ Gümüşhane Üniversitesi, Şiran Dursun Keleş Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Eczane Hizmetleri Bölümü, Eczane Hizmetleri Programı, Gümüşhane, Türkiye. fatma.celebi@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-4524-2631

GİRİŞ

Hemşirelik kuramları; hemşireliğin temel kavramlarını açıklayan, bu kavramlar arasındaki ilişkileri tanımlayan ve hemşirelik uygulamalarına bilimsel bir temel sunan yapılardır. Kuramlar, hemşirelere problem çözme sürecinde analiz ve sentez yoluyla sistematik düşünme becerisi kazandırmakta; çok boyutlu ve derinlemesine düşüncelerine olanak sağlayarak bakım sürecine rehberlik etmektedir. Bu bağlamda hemşirelik pratiğini yönlendiren önemli kuramlardan biri de Joan Riehl-Sisca'nın Sembolik Etkileşim Kuramı'dır. Bu kuram, bireyin sosyal etkileşimler yoluyla anlam oluşturma sürecine odaklanmakta ve hemşirelik bakımında iletişim, empati ve sembollerin yorumlanmasını temel alan özgün bir yaklaşım sunmaktadır.

1. KURAMCININ ÖZGEÇMİŞİ

Joan Riehl Sisca 1930 yılında Davenport, Iowa'da doğmuştur. Çocukluğunun ve gençliğinin büyük bir kısmını Illinios Eyaletine bağlı Chicago şehrinin fakir bir mahallesinde geçirmiştir. Illinois Üniversitesinde Lisans eğitimini BSN (Bachelor of Science in Nursing) derecesiyle tamamlamıştır.

Mezuniyetten sonra cerrahi ve psikiyatri kliniklerinde eğitimci hemşire olarak, geriatri hastanesinin yoğun bakım ve kardiyak bakım kliniğinde supervizör hemşire ve sorumlu hemşire olarak Texas ve California'da görev yapmıştır. Los Angeles'taki fakülteye gitmeden önce California State Üniversite'sinde 3 yıl pediatri hemşireliğini öğretmiştir. Los Angeles'ta hemşirelik kuramları ve bu kuramların klinik uygulamalara entegrasyonu üzerine eğitimler düzenlemiş; bu eğitimler sonucunda mezun olan öğrenciler için kuramlara ilişkin kitaplar yazmaya başlayınca kendi kuramının temelini oluşturmaya başlamıştır.

Doktora tez çalışmaları sonucunda, 1980 yılında "Sembolik Etkileşim Modeli"ni geliştirmiştir. Aynı yıl, Rahibe Callista Roy ile "Hemşirelik Uygulamaları İçin Kavramsal Modeller" adlı kitabı yayımlamıştır. 1985 yılında, Pensilvanya'daki Indiana Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde doçent doktor unvanı almıştır. "Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)", "Amerikan Sosyologlar Derneği" ve "Amerikan Bilimde İlerleme Derneği"

gibi birçok saygın kuruluştaki aktif üyelik yapmıştır. Sisca, 1999 yılında vefat etmiştir (Demirbağ, 2021; Prezi, 2019)

2. SEMBOLİK ETKİLEŞİM KURAMI

Sembolik etkileşimcilik kuramı, 20. yüzyılın başlarında Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmış ve çağdaş sosyolojide önemli bir yaklaşım olarak kabul edilmiştir. Başlangıçta toplumsal etkileşimin doğası, insan benliğinin oluşumu, bireylerin sosyal rolleri benimsemesi, zihinsel süreçlerin ve toplumsal yaşamın şekillenmesi gibi konulara odaklanan kuram, zamanla gelişerek daha geniş bir kuramsal çerçeveye kavuşmuş ve farklı disiplinlerde uygulama alanı bulan evrensel bir yaklaşıma dönüşmüştür (Yikebali ve Bulut, 2018).

Sembolik etkileşimcilik, 20. yüzyılın başlarında George Herbert Mead'in fikirlerinden yola çıkarak şekillenmiş, bireyler arası ilişkileri ve toplumsal davranışları semboller aracılığıyla açıklamayı amaçlayan mikro düzeyde bir sosyolojik kuramdır. 1950'li yıllarda yapısal işlevselci kuramların sosyal değişimi ve çatışmaları açıklamada yetersiz kalması, sosyolojik düşüncede bireye ve etkileşime odaklanan yeni arayışları doğurmuştur.

Bu kurama göre bireyler, sosyal dünyadaki davranışlarını başkalarının onlara attığı anlamları göz önünde bulundurarak şekillendirir. İnsanlar, sosyal rollerini ve benlik algılarını; jest, mimik, dil ve taklit gibi sembolik unsurlar yoluyla oluşturur ve sürdürür. Böylece bireyin davranışı, yalnızca içsel süreçlerin değil, aynı zamanda toplumsal bağlamın ve karşılıklı etkileşimin bir ürünüdür.

Sembolik etkileşim kuramı, Mead, Blumer ve Cooley gibi düşünürlerin benlik, davranış ve rol kavramlarına ilişkin katkılarıyla gelişen, birey merkezli bir sosyal etkileşim teorisidir. Bu yaklaşıma göre bireyler, toplumsal kurallara uygun davranarak anlamlı sosyal ilişkiler kurar; bu etkileşimler zamanla grupları ve toplumları şekillendirir.

Mead'e göre birey, toplumsal gerçekliği sabit bir yapı olarak değil, sürekli gelişen bir süreç olarak deneyimler. Bireyin gelişimi sosyal bir süreçtir ve bu süreçte "rol alma" önemli bir yer tutar. Rol alma, bireyin kendini başkalarının yerine koyarak düşünmesiyle gerçekleşir. Mead, benliği hem özne ("Ben") hem de nesne ("Beni-bana") olarak iki boyutta tanımlar. "Ben", bireyin özgün, spontan tepkilerini yansıtırken; "Beni-bana", bireyin toplumsal

normlara uygun şekilde kendini düzenlediği sosyal yönünü ifade eder. Bu iki yönün etkileşimi bireyin davranışlarını oluşturur.

Sembolik etkileşim, bireylerin jestler ve semboller aracılığıyla iletişim kurmasını temel alır. Mead, bu süreci yalnızca dışsal bir eylem olarak değil, aynı zamanda zihinsel bir oluşum olarak da değerlendirir. Bu bağlamda, birey davranışını sergilemeden önce toplumsal tepkileri zihinsel olarak öngörür ve anlamlandırır. Böylece semboller aracılığıyla gerçekleşen etkileşim, insan davranışlarının temelini oluşturur (Doğan ve Oral, 2020).

Sisca, 1980 yılında geliştirdiği modelin temelinde sembolik etkileşimcilik yaklaşımının yer aldığını ifade etmiştir. Bu yaklaşımı, bireylerin birbirlerinin davranışlarına yalnızca tepki vermekle kalmayıp, onları yorumlayıp anlamlandığı bir etkileşim biçimi olarak tanımlar. Sisca bu süreci "düşünen davranış" olarak adlandırır; yani bireyin, sosyal ilişkiler içinde gerçekleşen etkileşimleri zihinsel olarak değerlendirerek yanıt vermesi.

Bu bağlamda iletişim yalnızca kelimelerle sınırlı değildir; söylenenlerin ötesinde, o ifadelere yüklenen anlamlar ve içsel yorumlar da büyük önem taşır. Bu anlamlar; bireyin toplumsal rolü (örneğin hasta, hemşire, doktor), bulunduğu fiziksel mekân (hastane, ev, okul), geçmiş yaşam deneyimleri ve o anki zihinsel durumu gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak şekillenir (Riehl & Roy, 1980).

Hemşirelik bakımını hemşire ve hasta arasındaki etkileşim temelinde yapılandırır. Riehl, kuramını özetle "davranışların yorumlanması" olarak tanımlamaktadır. Modelin merkezinde, bu etkileşimde kullanılan sembollerin tanınması, anlamlandırılması ve uygun şekilde yorumlanması yer alır. Hemşirenin hasta ile etkili iletişim kurabilmesi için yalnızca sözlü ifadelerle değil, aynı zamanda empati ve sözsüz iletişim unsurlarıyla da çalışması gerekir. Bu yaklaşım, özellikle sözel iletişim kuramayan hastalarla semboller aracılığıyla hemşirelik tanılarının konulmasına ve uygun girişimlerin uygulanmasına olanak tanır.

Model kapsamında semboller, FANCAP formülasyonu kullanılarak analiz edilir. Hemşire, hastanın eylem, tepki ve düşüncelerini yorumlayarak değerlendirir; elde edilen bu veriler sembol niteliği taşır. FANCAP değerlendirme aracındaki başlıklar doğrultusunda hemşirelik problemleri tanımlanır, bakım süreci planlanır ve uygun müdahaleler uygulanır.

FANCAP;

Sıvı Dengesi (Fluids),
 Havalanma (Aeration),
 Beslenme (Nutrition),
 İletişim (Communication),
 Aktivite (Activity)

Ağrı (Pain) başlıklarından oluşur. Bu değerlendirme, fizyolojik, çevresel, psikolojik ve sosyokültürel boyutlardan elde edilen verilerle hemşirelik bakımının bütüncül bir şekilde yürütülmesini amaçlar (Kalaycı ve Olgun, 2020).

3. KURAMDAKİ TEMEL KAVRAMLAR

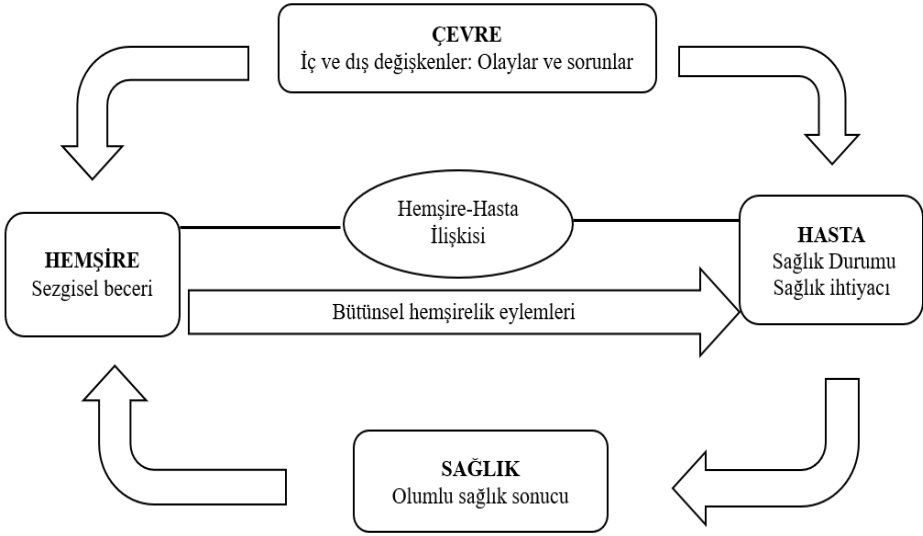
Kurama göre hemşire-hasta etkileşimin özünde kişi, çevre, hemşirelik ve sağlık vardır (prezi, 2019).

3.1. İnsan

Sisca, insan kavramını; genetik ve sosyal etkenlerle şekillenen, gelişen ve değişen bir benlik olarak tanımlar. Bu anlayış, hemşireyi, hastayı ve diğer sağlık profesyonellerini kapsar. Her birey, kendi yaşantıları ve algıları doğrultusunda davranış sergiler (Demirbağ, 2021; Mairink, Gradim, & Panobianco, 2022).

3.2. Çevre

Benlik, iç ve dış faktörlerle etkileşim hâlinindedir ve bu faktörlerden etkilenir. Sisca, çevreyi benliği etkileyen koşullar olarak tanımlar. Benlik, bireyin içinde yaşadığı toplum ve kültürü şekillendiren iç ve dış koşullarla sürekli bir etkileşim içerisinde (Demirbağ, 2021; prezi, 2019).



Şekil 1: Hemşire-hasta İlişkisi

3.3. Hemşire

Sisca'ya göre hemşire, hasta ile kurduğu terapötik etkileşim aracılığıyla, bireyin en iyi yaşam kalitesine ulaşmasını ve sağlık potansiyelini gerçekleştirmesini sağlayan profesyonel bir destek kaynağıdır. Bu terapötik süreç, hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur. Sembolik etkileşim modelinde hemşire, yalnızca fiziksel bakım veren değil; aynı zamanda iletişimi yorumlayan, anlamlandıran ve hasta ile kapsamlı bir terapötik ilişki kurabilen aktif bir klinik yorumlayıcıdır. Kendi etkileşimlerini ve hasta ile olan iletişimini analiz edebilecek düzeyde yorumlama becerisine sahip olması beklenir. Empati kurabilen, sözsüz iletişimi anlayan ve yorumlayan hemşire; hastanın açıkça ifade edemediği ihtiyaçları sezebilmeli ve bu doğrultuda bakım planını şekillendirmelidir. Örneğin, sözlü bir şikâyet olmaksızın ağrı ifade eden yüz buruşturmaları gibi tüm sözsüz iletişimleri veya sembolleri gözlemler. Ayrıca hemşire, sağlam bir bilgi temeline sahip olmalı, çok katmanlı iletişim kurabilmeli ve bu iletişimi terapötik düzeyde kullanarak hasta ile kurduğu ilişkiyi ilerletebilmelidir. Sisca'nın modelinde hemşirelik, yüksek düzeyde farkındalık, gelişmiş iletişim becerileri ve insani duyarlılık gerektiren profesyonel bir mesleki uygulama olarak tanımlanır (Demirbağ, 2021; Riehl and Roy, 1980; prezi, 2019).

3.4. Sağlık

Sisca'ya göre sağlık, bireyin kendine ilişkin görüşü doğrultusunda şekillenen ve bu görüşün; kişinin kendisinden, diğer kişilerden ve sosyal ilişkilerinden elde ettiği bilgilerle etkilendiği bir sağlık-hastalık sürecidir (Demirbağ, 2021; Riehl and Roy, 1980; prezi, 2019).

4. KURAMDAKİ AÇIKLANAN DİĞER KAVRAMLAR

4.1. Rol Alma

İnsani davranışın bir unsuru, belirli bir durumun birey için taşıdığı anlama ilişkindir. Bu bağlamda, rol alma süreci devreye girer. Örneğin, hemşire, hasta için söz konusu durumun anlamını anlayabilmek adına, o kişinin rolünü üstlenmelidir. Hemşire, olaylara hasta bakış açısından bakmaya çalışarak, nihai eylemi doğrulanmış gözlemlere dayandırır. Ayrıca rol alma, bir bireyin çeşitli durumlarda başka bir kişinin gerçeklik algılarını bilişsel olarak içselleştirmesiyle gerçekleşir. Hemşirenin hastanın eylemlerini uygun şekilde değerlendirmesini ve yorumlamasını içerir. Hemşire, hasta ile doğru ve yerinde bir ilişki kurduğunda etkili bir müdahaleyi planlayabilir (prezi, 2019).

4.2. Benlik

Benlik algısı ya da benlik kavramı, bu modelin bir diğer temel unsurudur. Hemşire, bireyin durumu tanımlamasına yardımcı olmak için kişilerarası etkileşimde benlik duygusunu kullanır. Hemşirenin kişiler arası etkileşimde benliğini kullanması, hasta durumu tanımlamasına yardımcı olur. Böylece hemşire ve hasta, yaşanan deneyimin anlamını birlikte yorumlayabilir ve netleştirebilir (prezi, 2019).

4.3. Bağlantılar

“Örgütler, kurumlar, iş bölümü ve karşılıklı bağımlılık ağlarını içeren eylemlerin karmaşık bağlantıları, sabit yapılar değil, hareket halinde olan durumlardır.” Riehl bu kavramdan, hasta değerlendirmesinin genellikle hastanın ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla çeşitli kaynakların kullanılmasını gerektiren dinamik bir süreç olduğu sonucunu çıkarır; özellikle de uzun dönemli bakımda bu önemlidir (prezi, 2019).

5. Kuramda Yer Alan Kavramların Diğer Kuramcıların Kavramları ile Karşılaştırılması

5.1. Virginia Henderson

Henderson, zihin ve bedenin birbirinden ayrılamaz olduğunu ve hemşirenin bu iki unsuru eşit derecede önemli görmesi gerektiğini ifade eder. Ona göre hemşire, hastanın (ve ailesi ile yakın çevresinin) kendini ifade edemediği durumlarda onların yerine konuşarak bir “yorumlayıcı” rolü üstlenir. Henderson, bu durumu empati olarak tanımlar ve bunun; dikkatle dinlemeyi, sürekli gözlem yapmayı ve sözsüz davranışların yorumlanmasını gerektirdiğini vurgular. Bu düzeydeki bir iletişim, hemşirenin yalnızca bilgi ve becerisini değil, aynı zamanda kişiliğini, psikolojik donanımını ve içsel kaynaklarını da sürece katmasını gerektirir. Terapötik ortaklık kurmak ve bunu sürdürebilmek, sembolik etkileşim yaklaşımının hemşirelikte bir beceri olarak kullanılmasında esastır (Riehl & Roy, 1980).

Riehl’in modeli, bu nedenle hem hemşireliğin en temel hem de en gelişmiş becerilerinden beslenerek geliştirilmiştir. Hemşire-hasta etkileşiminin ideal kavramı, bireyler arası ilişkide zekâ ve bilginin kabul edilmesiyle daha karmaşık bir hâl alır. Riehl, etkileşimi insanların birbirleriyle ilişki kurmasının benzersiz bir yolu olarak görür. Onun modeli, etkileşimi sadece bilgi edinme ve iletme aracı olarak kullanan diğer modellerden farklı olarak, etkileşimin terapötik kullanımına vurgu yapmasıyla ayrılır. Ayrıca, hemşire ile hasta/birey arasında etkili bir etkileşim kurulması, empatik bir yaklaşım sergilenmesi, sözsüz iletişim unsurlarının hemşire tarafından doğru şekilde yorumlanması ve bu yorumların hemşirelik tanı ve girişimlerine yansıtılması gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (Riehl & Roy, 1980; Özkan ve Aktaş, 2021).

5.2. Hildegard Elizabeth Peplau

Peplau göre insan, hemşire ve hasta olmak üzere iki yönlü bir yapı içerisinde ele alınır. Kuramda birey; psikolojik, biyolojik ve sosyal değişkenleri içinde barındıran, yaşam boyu dengeyi sürdürmeye çalışan dinamik bir varlık olarak tanımlanır. Peplau’ya göre insan, ortaya çıkan ihtiyaçlara özgün şekillerde yanıt verme kapasitesine sahiptir ve birey bu ihtiyaçlardan kaynaklanan gerilimi azaltmak amacıyla kendine özgü baş etme yolları geliştirir. İnsan sadece gereksinimleri olan bir varlık değil; geçmiş deneyimleri, değerleri, hedefleri ve beklentileri doğrultusunda davranışlarını

şekillendiren aktif bir özne olarak kabul edilir (Karadağ, Çalışkan ve Baykara, 2017).

Riehl-Sisca'nın sembolik etkileşim modeline göre insan hem genetik hem de sosyal etkilerle şekillenen, zamanla gelişen ve değişen bir benliğe sahip bir birey olarak görülür. Bu modelde birey, çevresiyle sürekli etkileşim içinde olan; sembollere anlam yükleyen ve bu semboller aracılığıyla kendini ve çevresini anlamlandıran aktif bir varlıktır. Benlik ise bu etkileşimler sonucunda oluşan ve sürekli değişim gösteren bir yapıdır. Riehl, hemşirenin bu sembolik ifadeleri doğru yorumlayarak bireyin sözel olmayan ya da doğrudan ifade edemediği ihtiyaçları fark edebilmesini, etkili hemşirelik bakımının temel koşullarından biri olarak görür. Bu açıdan bakıldığında insan, bu kuramda yalnızca bakım verilen bir kişi değil, anlam oluşturan ve etkileşimde aktif rol alan bir iletişim ortağıdır (Riehl & Roy, 1980; Özkan ve Aktaş, 2021).

5.3. Ida Jean Orlando

Joan Riehl-Sisca, insanı genetik ve sosyal etkenlerle şekillenen, gelişen ve değişen bir benlik olarak tanımlar. Bu yaklaşım, bireyin çevresiyle sembolik etkileşimler kurarak kendi benliğini yapılandırıldığını ve davranışlarının da bu etkileşimlerin anlamına göre şekillendiğini öne sürer (Demirbağ, 2021). Orlando insanı, karşılanmamış yardım gereksinimleri olan bir varlık olarak ele alır. Ona göre bireyler, fiziksel ya da psikolojik sınırları nedeniyle ihtiyaçlarını her zaman açıkça ifade edemezler; bu durum, hemşirenin hastanın davranışlarını gözlemleyerek gizli yardım çağrılarını fark etmesini gerekli kılar (Karadağ, Çalışkan ve Baykara, 2017).

Riehl-Sisca'nın sembolik etkileşim modeline göre hemşire, yalnızca fiziksel bakım sunan bir sağlık çalışanı değil; aynı zamanda hasta ile kurduğu terapötik ilişki aracılığıyla, bireyin yaşam kalitesini ve sağlık potansiyelini en üst düzeye çıkarmayı hedefleyen bir klinik yorumlayıcıdır. Bu bağlamda hemşire, sözlü ve sözsüz iletişim unsurlarını anlamlandırabilen, hastanın açıkça ifade edemediği ihtiyaçları sezebilen ve etkileşim sürecini bilinçli biçimde yöneten profesyonel bir destek kaynağıdır (Demirbağ, 2021; Riehl and Roy, 1980). Orlando'nun kuramında hemşire, hastanın mevcut yardım gereksiniminin fark edilmesi ve karşılanması üzerinden tanımlanır. Orlando'ya göre hemşirelik, profesyonel ve bağımsız bir meslek olarak ele

alınmakla birlikte, işlevi hastanın davranışına verilen anlamlı bir tepkiyle başlar. Hemşirenin görevi, hastanın davranışlarını gözlemleyerek bu davranışların altında yatan yardım ihtiyacını belirlemek ve buna uygun profesyonel bir yanıt üretmektir (Karadağ, Çalışkan ve Baykara, 2017).

6.SONUÇ

Joan Riehl-Sisca'nın Sembolik Etkileşim Kuramı, bireyin davranışlarını anlamlandırma sürecini temel alarak hemşirelik bakımına derinlik kazandırmaktadır. Kuram, hemşire-hasta etkileşimini sözlü ve sözsüz iletişim unsurlarıyla bütüncül olarak ele alır. FANCAP formülasyonu ile hemşire, hastanın çok yönlü ihtiyaçlarını değerlendirebilir ve bireye özgü, anlam temelli bir bakım süreci planlayabilir. Bu yaklaşım, hemşirelik uygulamalarında iletişimi güçlendirirken, hasta bakımının niteliğini de artırmaktadır.

KAYNAKLAR

- Demirbağ, B. C. (Ed.). (2021). *Hemşirelik kuramları kavram haritalarıyla*. Akademisyen Kitabevi.
- Doğan, B., & Oral, S. (2020). Toplumsal Gerçekliğin İnşasında Etnometodoloji ve Sembolik Etkileşimcilik Kuramlarının Etkisini Kavramak. *Hafıza*, 2(1), 39-50.
- Joan Riehl Sisca Sembolik Etkileşim Kuramı. Erişim Adresi: https://prezi.com/p/4wgb_xwla0w/joan-riehl-sisca-and-symbolic-interactionism-theory/ Erişim Tarihi: 30.04.2025
- Joan Riehl Sisca Sembolik Etkileşim Kuramı. Erişim Adresi: <https://prezi.com/tcy87af5pvgl/joan-riehl-sisca-the-riehl-interaction-model/> Erişim Tarihi: 30.04.2025
- Kalaycı, M., & Olgun, N. Nursing Care of a Patient with Chronic Kidney Failure in Intensive Care Unit, According to Riehl's Symbolic Interaction Model: A Case Report. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 3(3), 329-334.
- Karadağ, A., Çalışkan, N., & Baykara, Z. G. (2017). Hemşirelik teorileri ve modelleri: Akademi basın ve yayıncılık.
- Mairink, A. P. A. R., Gradim, C. V. C., & Panobianco, M. S. Use of the Symbolic Interactionism theory in Nursing research.
- Özkan, E., & Aktaş, Y. Y. (2021). H1N1 Tanısı Sonrası Gelişen ARDS Nedeniyle ECMO Tedavisi Uygulanan Hastada Riehl'in Sembolik Etkileşim Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 12(27), 68-74.
- Riehl, J. P., & Roy, C. (1980). *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed.). Appleton-Century-Crofts.
- Yikebali, M., & Bulut, D. Y. (2018). Sembolik Etkileşimcilik ve Çağdaş Sosyal Teori: Topluma Yeni Bakışlar.

BÖLÜM 8

MODELLEME VE ROL MODELLEME TEORİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Leyla ADIGÜZEL¹

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15823313>

¹ Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon, Türkiye. leylaozkara@gmail.com. ORCID:0000-0001-8151-1723

1.GİRİŞ

Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin ve Mary Ann P. Swain bir araya gelerek Modelleme ve Rol Modelleme Teorisi'ni geliştirmiştir. Bu kuramcılar hemşirelik alanına yaptığı çığır açıcı katkılarla modern hemşireliğin evriminde önemli bir figür olarak yer almaktadır. İlk olarak 1983'te tanıtılan bu yenilikçi görüş, hastalara kendi benzersiz bakış açılarından bakmanın önemini vurgular ve böylece hasta bakımına daha kişiselleştirilmiş bir yaklaşımı teşvik eder.

Modelleme ve Rol Modelleme Teorisi, yalnızca bütüncül hemşireliğin ilkelerini örneklendirmekle kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmeti sağlayıcılarının bireysel hasta ihtiyaçlarını derinlemesine anlamaları gerektiğini de yeniden doğrular. Erickson, bu teorik bakış açısıyla, bakımın kalitesini artıran, nihayetinde hemşirelik bakışını yeniden şekillendiren ve mesleğin bireyselleştirilmiş, hasta merkezli bakıma olan bağlılığını yeniden teyit eden empatik, şefkatli bir uygulamayı destekler.

2.TEORİSYENLERİN ÖZGEÇMİŞİ

2.1. Helen C. Erickson

Helen C. Erickson 1936'da Amerika Birleşik Devletleri'nde doğdu. Çocukluk yaşamı, bütüncül hemşireliğe ve hasta merkezli bakıma adanmış hemşirelik kariyerinin temelini oluşturdu. Hemşirelik yolculuğuna başlayarak, 1957'de hemşirelik teorisi geliştirme konusundaki kapsamlı keşfinin başlangıç noktası olan lisans diplomasını aldı. Destekleyici bir ortamda büyüyen Erickson, başkalarına şefkatle bakmanın önemini erken dönemde fark etti. Bu çocukluk yaşantısı, dünya görüşünü şekillendirdi ve gelecekteki mesleki çabalarını etkiledi. Helen C. Erickson, 15 yıllık pratik hemşirelik deneyiminden sonra Michigan Üniversitesi'nde lisansüstü eğitimine başladı. Geniş hemşirelik bilgisini yapılandırılmış, teorik bir çerçeveye oturtmaya çalıştı. Bu dönemde, hemşirelik teorisi gelişimine etkili katkıları için gerekli donanımı ona sağlayan farklı hemşirelik dereceleri kazandı (M. E. Erickson, 2021; Morrow & Erickson, 2025).

Akademik kariyeri boyunca Michigan Üniversitesi, Güney Carolina Üniversitesi ve Austin'deki Teksas Üniversitesi dahil olmak üzere çeşitli kurumlarda önemli pozisyonlarda çalıştı. 1975'ten 1997'ye kadar hem öğretim hem de araştırmayla uğraştı ve Modelleme ve Rol Modelleme

Teorisi çalışmalarına yoğunlaştı. Erickson'ın hemşirelik örgütlerindeki atamaları ve idari rolleri, hemşirelik uygulamasında bütünsel bakımı iletme konusundaki liderliğini ve bağlılığını öne çıkardı.

Helen C. Erickson, 1970'lerden bu yana hemşirelik teorisine önemli katkılarda bulunmuş ve hemşirelik eğitimi ve uygulamasının bakışını şekillendirmiştir. Bütüncül bakımdaki temel çalışmaları, hastaların ihtiyaçları ile sağlık sonuçları üzerindeki çevresel etkilerin birbirine bağlılığını vurgular.(Dossey, Keegan, Barrere, & Helming, 2015) Erickson, akademik ve klinik çabalarıyla, terapötik hemşire-hasta ilişkisinin daha derin bir şekilde anlaşılmasını sağlayan bütüncül bir yaklaşımı savunmuştur (Morrow & Erickson, 2025; Smith, 2019).

Erickson'ın müfredat geliştirme girişimleri, hemşirelik eğitimine bütüncüllük ile ilgili ilkelerin de eklenmesini sağlayarak büyük bir dönüşüme imza attı. Teorileri, yalnızca hastalığın tedavisini değil aynı zamanda genel refahın teşvikini de hedefleyen hemşirelik müdahalelerine rehberlik etmektedir. Austin'deki Texas Üniversitesi'nde Profesör olarak çalışmış, bu sayede öğretileri ve mentorluğu aracılığıyla nesiller boyu hemşirelik öğrencilerini ve profesyonellerini etkilemiştir. Mesleki olarak da üstlendiği rol ve düzenlediği Ulusal sempozyumlar ve konferanslar düzenleyerek hemşirelik eğitimi geliştirme konusundaki kararlılığını ortaya koyan Erickson sağlık profesyonelleri arasında söylem ve iş birliğini kolaylaştırmıştır. Bu katkılar aracılığıyla bakımı hemşirelik pratiğine entegre etmenin önemini vurgulamaktadır. Erickson'un kariyeri boyunca yaptığı çalışmalar çeşitli ödüllerle tanınmış ve bu da onun alana olan etkisini ve özverisini doğrulamıştır. Günümüzde, hemşirelik teorisine ilişkin içgörülerini akademik çevrelerde ve klinik ortamlarda yankı bulmaya devam ederek bütüncül hemşirelik eğitimi şekillendirmektedir (McKenna, ajnkihar, & Vrbnjak, 2025).

Erickson'un temel varsayımları, bütüncül hemşireliğin her hastanın benzersiz dünya görüşünü kavramayı gerektirdiğini öne sürer. Bu yaklaşım, etkili hemşirelik bakımı sunmak için çok önemlidir. (Morrow & Erickson, 2025) Modelleme ve Rol Modelleme Teorisi'nde, kolaylaştırma, destekleme, koşulsuz kabul ve güvenin kurulması gibi kavramlar temel hemşirelik rollerini tanımlar. Karşılıklı hedef belirleme, sağlık odaklı sonuçların sağlanmasında

hayati bir rol oynar ve bütüncül hemşirelik ilkelerine olan bağlılığını yansıtır (Alligood, 2013).

2.2. Evelyn M. Tomlin

Evelyn M. Tomlin (d. 1929), Pasadena City College, Los Angeles County General Hospital ve University of Southern California’da lisans eğitimi görmüştür. Ardından 1976’da University of Michigan’dan psikiyatrik hemşirelik alanında yüksek lisans derecesini tamamlamıştır (M. E. Erickson, 2021).

Kariyerine Los Angeles County General Hospital’da klinik eğitmen olarak başlayan Tomlin, daha sonra Afganistan’da İngilizce öğretmenliği yapmış, Amerikan ve Avrupa topluluklarında okul hemşiresi ve aile hemşiresi olarak çalışmıştır. Ayrıca ABD Büyükelçilik Hastanesi’nde hizmet vermiş; Ann Arbor’daki Ziyaretçi Hemşire Derneği’nde görev almış, St. Joseph’s Mercy Hastanesi’nde koroner ve solunum yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmış, acil serviste başhemşirelik yapmış ve sonunda University of Michigan’da yardımcı profesör olarak akademik hayata dönmüştür (Nurse Key, 2010).

Tomlin, Erickson ve Swain ile birlikte geliştirdiği Modelleme ve Rol Modelleme Teorisi kapsamında, kişinin dünyasına modeller aracılığıyla derinlemesine anlayış getirilmesi (modelleme) ve bu anlayış üzerinden sağlığı destekleyici roller oluşturulması (rol modelleme) prensiplerini merkezine alır. Bu yaklaşım, bireyin biyopsikososyal sistemlerinin dengesini sürdürmesine ve güçlenmesine odaklanır (Erickson, Tomlin & Swain, 2009)(Terzi, Yıldırım, & Şenuzun Aykar, 2020).

Modelleme ve Rol Modelleme teorisi; Erikson’un psikososyal gelişim evreleri, Maslow’un ihtiyaç hiyerarşisi, Selye ve Lazarus’un stres yaklaşımları gibi pek çok kuramsal kaynaktan beslenmiştir. Teori, hemşirelik eğitiminde ve uygulamasında bireyin güçlü yönlerine odaklanarak empatinin ve kişiselleştirilmiş bakımın önemini vurguluyor (Terzi et al., 2020). Örneğin, hasta tükenmişlik sendromunu önleme veya kronik hastalarda bütüncül bakım yaklaşımlarında Modelleme ve Rol Modelleme Teorisinin kullanımının etkili olduğu çeşitli çalışmalarla doğrulanmıştır (Bickford, Marion, & Gazaway, 2015; Jasemi, Valizadeh, Zamanzadeh, & Keogh, 2017). Teori, klinik uygulamaya kolayca aktarılabilir bir çerçeve sunar; pedagojik içerikli

hemşirelik programlarında, kardiyoloji, endokrinoloji, gastroenteroloji gibi alanlarda uygulanmaktadır (Bickford et al., 2015).

2.3.Mary Ann Price Swain

Mary Ann Price Swain (d. 1941) lisans eğitimini psikoloji alanında DePauw Üniversitesi'nde tamamlamış, ardından University of Michigan'dan hem master hem de doktora derecelerini psikoloji alanında (1964 ve 1969) almıştır (M. E. Erickson, 2021).

Akademik kariyerine DePauw Üniversitesi'nde psikoloji ve araştırma yöntemleri eğitimi vererek başlamış, ardından University of Michigan School of Nursing'e geçmiştir. Burada 1975'te doktora programının direktörlüğünü üstlenmiş, 1977–82 yılları arasında hemşirelik araştırmaları bölüm başkanı olarak görev yapmış ve 1983'te akademik işlerden sorumlu yardımcı rektör olmuştur.

Swain, Modelleme ve Rol Modelleme Teorisinin öncül aşamalarında önemli bir rol oynamış; özellikle kavramsal ve uygulamalı araştırmalarla teorinin bilimsel temellerini güçlendirmiştir. 1972–74 yıllarında University of Michigan'da araştırma direktörü olarak çalışırken, teoriyi kavramsal olarak doğrulamış; teorinin adaptasyon potansiyelini değerlendiren Adaptive Potential Assessment Model adlı modelin geliştirilmesine öncülük etmiştir (M. E. Erickson, 2021).

Swain'in araştırmaları; stres ve adaptasyona dönük kaynakların değerlendirilmesi, hipertansiyon ve uyum süreçlerinde hasta uyumunu etkilemeyi amaçlayan hemşirelik müdahaleleri gibi konularda yoğunlaşmıştır. Kariyerinin ilerleyen dönemlerinde Swain, 1993–2010 yılları arasında Binghamton Üniversitesi'nde akademik işler başkan yardımcısı olarak görev yapmıştır. Emeklilik sonrası dönemde ise kadınlara destek veren kuruluşlarda çalışmıştır.

Swain'in Modelleme ve Rol Modelleme Teorisine katkısı, teoriyi bütüncül hemşirelik bakımına entegre etmesiyle sınırlı kalmamış, aynı zamanda araştırma metodolojileri ve istatistiksel araçlarla teorinin geçerlik, güvenilirlik ve müdahale temelli uygulamalarını zenginleştirmiştir. Bu yaklaşım, hemşirelikte hem kuramsal hem de uygulamalı bilgi temelli bakımı desteklemiş ve bugüne dek Modelleme ve Rol Modelleme Teorisinin eğitim

ve klinik alanlardaki geçerliliğini artırmıştır (M. E. Erickson, 2021; McKenna et al., 2025).

3.MODELLEME VE ROL MODELLEME TEORİSİNDE TEMEL KAVRAMLAR

Helen Erickson ve meslektaşları tarafından tasarlanan Modelleme ve Rol Modelleme Teorisi, hemşirelik uygulamalarında kişiselleştirilmiş bakımı geliştiren birkaç temel kavramı vurgular. Bu kavramları anlamak, hasta merkezli bakım sunmayı amaçlayan sağlık profesyonelleri için önemlidir. "Modelleme", "rol modelleme", "bütüncül yaklaşım", "bireysellik", "koşulsuz kabul" ve "besleyici bakım" gibi temel terimler, bu çerçeve içinde temel tanımlar olarak hizmet eder. Her terim, genel yaklaşıma farklı bir anlam katarak hasta bakımında bireyselliği teşvik eder (H. C. Erickson, Tomlin, & Swain, 2010; M. E. Erickson, 2021; McKenna et al., 2025; Meleis, 2011; Papathanasiou, Sklavou, & Kourkouta, 2013).

3.1.Bireysellik

Rol Modelleme Kuramı'nın temelinde bireysellik yer alır ve her hastanın kendine özgü deneyimleri ve içgörülerini sağlık yolculuğunun önemli bileşenleri olarak kabul edilir. Erickson, bu bireyselliği kabul etmenin hasta ihtiyaçlarını daha derinden anlamayı teşvik ettiğini vurgulamaktadır.(Jeddi, Aghebati, Ghavami, & Rezaeitalab, 2023) Hemşireler, hastaları benzersiz bireyler olarak kabul ettiklerinde kişiselleştirilmiş bakım için etkili stratejiler geliştirebilirler (McKenna et al., 2025; Smith, 2019).

Bu yaklaşım hastaların bağımsızlığını güçlendirir, özerklik duygularını artırır ve terapötik deneyimlerinde memnuniyetlerini artırır. Benzersiz bakış açılarına odaklanmak, nihayetinde daha şefkatli ve duyarlı bir sağlık hizmeti sunma ortamını teşvik eder (M. E. Erickson, 2021; Terzi et al., 2020).

3.2.Modelleme

Modelleme, hemşirenin hastanın dünyasını yine hastanın bakış açısından anlama sürecini içerir. Bu hem hasta hem de hemşirenin kendi durumunu nasıl algıladığına dair farkındalık ve saygı gerektirir. Bu süreçte hastanın kendi dünyasına ilişkin benzersiz olan modeli anlamak ve bu modeli şekillendirirken hem bilinçli hem de bilinçsiz süreçlerin eşit derecede katkısı

olduğunu dikkate almak gerekir (M. E. Erickson, 2021; Smith, 2019; Terzi et al., 2020).

Modellemede hemşire, net biçimde hastayı anlamak için hastanın kişisel bakımı, potansiyeli, mevcut kaynakları, gelişim durumu, hedefleri ve algılanan ihtiyaçlarını bilmelidir (M. E. Erickson, 2021; Meleis, 2011).

Modelleme Süreci: Hastanın Gerçekliğini Anlamak

Modelleme, hemşirenin hastanın kendi gerçekliğine ilişkin benzersiz algısını anlama sürecini temsil eder. Bu bilişsel süreç birbiriyle bağlantılı birkaç adımı içerir:

1. Veri Toplama: Hastanın deneyimleri, algıları ve ihtiyaçları hakkında bilgi toplama
2. Yorumlama: Bu bilgilerin hastanın yaşam bağlamı içinde anlamlandırılması
3. Doğrulama: Doğruluğu sağlamak için hastayla sürecin teyit edilmesi
4. Sentez: Hastanın yaşam modelinin kapsamlı bir kavramsal çerçevesini oluşturma (Smith, 2019).

Hemşireler hastanın bakış açısını modelleyerek, sağlık durumlarını nasıl algıladıklarına dair derin bir anlayış geliştirirler. Bu anlayış, hem bilinçli hem de bilinçsiz süreçleri kapsamalıdır, çünkü her ikisi de bu teoride eşit derecede önemli kabul edilir.

Etkili modellemeyi kolaylaştırmak için gerekli değerlendirme aşağıdaki bilgileri içermelidir içerir:

- Kişisel bakım bilgisi ve uygulamaları
- Stres faktörleri ve başa çıkma yeteneği
- Destek kaynakları ve bunların nasıl kullanıldığı
- Gelişim geçmişi ve güncel roller/görevler
- Sağlık deneyimlerine yüklenen kişisel anlam (McKenna et al., 2025; Smith, 2019).

3.3.Rol Modelleme

Rol Modelleme, hemşirenin hasta için bireysel olarak anlamlı olan müdahaleleri planlayıp uyguladığında gerçekleşir (M. E. Erickson, 2021; Smith, 2019). Bu süreç şu aşamaları içerir:

- Hastanın modelini kullanarak büyümeyi ve iyileşmeyi destekleyen müdahaleleri planlamak
- Hastanın sağlık için ihtiyaç duyduğu kaynakları harekete geçirme becerisini kolaylaştırmak
- Hastanın uyum potansiyelini desteklemek
- Hemşirenin amacının insanların iyileşmesine ve gelişmesine yardımcı olmak olduğunu anlamak (M. E. Erickson, 2021; Meleis, 2011).

Rol Modelleme Süreci: Büyüme ve İyileşmeyi Kolaylaştırma

Modelin ikinci önemli bileşeni olan rol modelleme, bakım sağlayıcının hastaya özel belirlenen bakım modelini bilinçli bir şekilde kullanmasını içerir. Bu süreç:

1. Hastanın modelini geçerli olarak kabul eder
2. Hastanın dünya görüşüyle uyumlu müdahaleleri planlar
3. Bireyin sağlık için ihtiyaç duyduğu kaynakları harekete geçirme yeteneğini kolaylaştırır
4. Gelişimsel görevler boyunca bireysel ilerlemeyi destekler
5. Müşterinin iyileşmeye yönelik içsel kapasitesini besler (Meleis, 2011).

Modelleme ve rol modelleme teorisinde, hemşirenin görevin, dışarıdan çözümler dayatmak yerine, doğal süreci destekleyen, uygun koşullar yaratarak insanların iyileşmesine ve büyümesine yardımcı olmak olduğu ortaya konulmuştur (M. E. Erickson, 2021; Smith, 2019; Terzi et al., 2020).

3.4.Bütüncül Yaklaşım

Bütüncül yaklaşım, hemşirelik bakımında bireyin sadece biyolojik yönüyle değil; psikolojik, sosyal, kültürel, ruhsal ve çevresel boyutlarıyla bir bütün olarak değerlendirilmesini ifade eder. Bu anlayış, hemşirenin bireyin sağlığını ve iyilik hâlini tüm yönleriyle kavramasını ve bakım planını bu çok boyutlu değerlendirme doğrultusunda oluşturmasını öngörür (Dossey et al., 2015; Papathanasiou et al., 2013).

Modelleme ve Rol Modelleme temelde bütüncüldür ve insanların parçalarının toplamından daha fazlası olduğunu kabul eder. Amerikan Holistik Hemşireler Derneği, Modelleme ve Rol Modelleme Teorisinin holistik hemşirelik

uygulamaları için örnek bir teori olarak kabul etmiştir (M. E. Erickson, 2021; Smith, 2019).

Teoride temel varsayımlar:

- Zihin, beden ve ruh tek bir birim olarak işlev görür
- Bütünsel bakım sağlamak, hastanın fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarının birbiriyle bağlantılı olduğunu anlamakla mümkün olabilir (Alligood, 2013; Meleis, 2011).

Bu bütünsel yaklaşımda hemşirelerin dikkat etmesi gereken noktalar şu şekildedir:

- Fiziksel semptomları duygusal ve ruhsal yönleri ile de ele almak
- Yaşanan her bir deneyimin tüm yönlerinin birbiriyle bağlantılı olduğunu kabul etmek
- Sadece semptomları incelemek yerine, altta yatan sorunları ele almak (Dossey et al., 2015; Papathanasiou et al., 2013).

3.5.Besleyici Bakım

İngilizce literatürde “*Nurturance*” kelimesiyle ifade edilen kavram Türkçe hemşirelik literatüründe hastanın fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal gereksinimlerine duyarlı bir şekilde yanıt vermeyi içeren **besleyici, destekleyici ve şefkat temelli bir bakım yaklaşımı** olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, özellikle bireyin bütüncül refahını önceleyen hemşirelik kuramlarında öne çıkmaktadır (M. E. Erickson, 2021; Smith, 2019).

Modelleme ve Rol Modelleme Kuramı besleyici bakım kavramını hemşirenin, bireyin benzersiz dünyasını anlayarak, onun için uygun rol model olacak şekilde bakım vermesi olarak tanımlar. Bu yaklaşımda hemşire, yalnızca bir sağlık çalışanı değil, aynı zamanda bireyin güven ve bağ kurabildiği, ihtiyaç duyduğu desteği sağlayan bir figürdür (McKenna et al., 2025).

Bu kavram Watson’ın İnsan Bakımı Kuramı’nda da “şefkatli varoluş” ve “duygusal olarak yanında olma” ilkeleriyle benzer bir kavramsal zemine sahiptir. Bu yönüyle, besleyici bakım hemşirelik uygulamalarında yalnızca teknik yeterliliği değil, aynı zamanda **empati, koşulsuz kabul ve bireyselleştirilmiş bakım** ilkelerini de vurgular (M. E. Erickson, 2021).

Günümüzde bu kavram hemşirenin hastayla kurduğu terapötik ilişkinin temelini oluşturmakta ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde belirleyici bir faktör olarak değerlendirilmektedir (McKenna et al., 2025; Meleis, 2011).

3.6.Koşulsuz Kabul

Tüm insanların değerli olduğuna ve durumlarından veya koşullarından bağımsız olarak saygıyı hak ettiğine dair inanç, Modelleme ve Rol Modellemenin temel taşlarından birini oluşturur. Teori, insanların kabul edilmek için içgüdüsel bir dürtüye sahip olduğunu ve bu kabulün gelişimsel zorluklarla başa çıkmak için bir ön koşul olduğunu varsayar (M. E. Erickson, 2021; Smith, 2019).

4. TEORİNİN HEMŞİRELİK EĞİTİMİNE VE UYGULAMALARINA ETKİSİ

Modelleme teorisinde sunulan gelişimsel ve bütüncül bakım kavramları hemşirelik eğitimini ve uygulamasını önemli ölçüde etkilemiştir (Koren, 2017; Meleis, 2011). Modelleme ve Rol Modelleme teorisinin hemşirelik eğitimindeki kullanım alanları incelendiğinde:

- Hemşirelik programları için müfredat yönergeleri oluşturulmasında,
- Bütüncül bakım yaklaşımı öğreten kurslarda,
- İleri düzey uygulama hemşireleri için eğitim çerçeveleri oluşturulmasında,
- Bütünsel yaklaşımlara odaklanan teori tabanlı klinik uygulamaları içeren çalışmalarda güçlü etkileri gözlenmektedir (Alligood, 2013; M. E. Erickson, 2021).

Günümüzde birçok hemşirelik programında kullanılan ders kitapları, özellikle üniversite düzeyinde hemşireliğin bütüncül çerçeveleri benimsediği kurumlarda, Modelleme ve Rol Modelleme teorisinin kavramlarını içermektedir (H. C. Erickson et al., 2010).

Hemşirelik uygulamalarında Rol Modelleme Teorisi'nin uygulanması hasta bakımı standartlarını ve memnuniyeti önemli ölçüde artırır. Bu teoriye dayanan bakım stratejileri benimseyen hemşireler hastalara güven ve açık iletişimi teşvik eden bireyselleştirilmiş bakım verebilirler (Khalilabad, Aghebati, & Vashani, 2020). Bu yaklaşım yalnızca bakım kalitesini

iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda hastaların iyileşme yolculuklarında aktif olarak rol almalarını da sağlar. Özellikle odak noktasına yalnızca belirli sağlık sorununu almak yerine hastayı bir bütün olarak tedavi etmek holistik hemşirelik bağlamında önemlidir (M. E. Erickson, 2021).

Rol Modelleme Teorisi, her hastanın benzersiz ihtiyaçlarını ve deneyimlerini kabul eder ve onurlandırır. Sağlık profesyonelleri hasta bakımını etkileyen karmaşık dinamikleri daha iyi anlayabilir. Bu özel yaklaşım, hemşirelerin hastalarıyla bakım planları oluşturmalarına olanak tanır. Teorinin şekillendirdiği hemşirelik uygulaması hastanın duygusal ve psikolojik refahına ilişkin kişisel içgörülerini de dikkate almak gerektiğini kabul eder (McKenna et al., 2025; Meleis, 2011)

Bütüncül hemşirelikte, Rol Modelleme Teorisinin pratiğe entegre edilmesi, sağlık hizmeti sonuçlarını iyileştirmede büyük önem taşır. Bu uygulamaların gerçekleştirilmesi sağlık hizmeti sağlayıcılarının etkileşimlerini hem empatik hem de bilimsel olarak sağlam bir şekilde yapılandırmalarına yardımcı olur ve nihayetinde bütünsel hemşireliğin ilkelerini geliştirir. Hemşireler, bu uygulamalara odaklanarak, hastalarına yalnızca acil sağlık sorunlarında değil, aynı zamanda dayanıklılık ve uzun vadeli iyilik halini teşvik etmede de destek olabilirler (M. E. Erickson, 2021).

5. TEORİNİN DİĞER TEORİLERLE BENZERLİK VE FARKLILIKLARI

Modelleme Rol Modelleme Teorisi büyük ölçüde temel psikolojik ve gelişimsel teorilerden etkilenmiştir. Piaget'nin Bilişsel Gelişim Teorisi ve Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisindeki kavramlar teori üzerinde önemli etkiler oluşturmuştur. Bu teorinin evrimi, değişen sağlık hizmeti ihtiyaçlarına cevap verirken bütüncül hemşireliğin dinamik ve etkin kalmasını sağlar. Teori, prensiplerini uyarlayarak hemşirelik uygulamasındaki ilerlemeleri kolaylaştırır ve bakıma bütünsel bir yaklaşımın önemini vurgular (Butterworth, 2022; M. E. Erickson, 2021).

Hildegard Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Kuramı ile Modelleme Rol Modelleme Teorisi karşılaştırıldığında her iki kuram da terapötik ilişkiye önem verir. Modelleme Rol Modelleme Teorisinde bireyin modeli ön plandayken, Peplau'da ilişki dinamiği temel unsurdur (M. E. Erickson, 2021; Jojan & Carroll, 2025; Vogelsang, 2022).

Jean Watson - İnsan Bakımı Kuramı ile teorinin benzerliği ise her iki kuramda da bütüncül ve insani bakımın vurgulanmasıdır (Gunawan, Aunguroch, Watson, & Marzilli, 2022; Smith, 2019).

Madeleine Leininger Kültürel Bakım kuramında Modelleme ve Rol Modelleme kuramıyla benzer biçimde bireysel farklılıklara saygılı yaklaşır. Ancak iki teorinin farkı Leininger kültürel farklılıklara odaklanırken Modelleme ve Rol Modelleme kuramı ise bireyin kendi içsel dünyasına odaklanır (Lasmaida & Dedi, 2024; McKenna et al., 2025).

6. SONUÇ

Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin ve Mary Ann P. Swain tarafından geliştirilen Modelleme ve Rol Modelleme Teorisi temelde her bireyin bir yaşam görüşü olduğunu ve bu görüş doğrultusunda içsel faktörlerin şekillendiğini ortaya koyar. Her bir bireyin eşsiz olduğunu bu sebeple her bireye ait kıymetli ve eşsiz bir modelin olduğunu belirtirken hemşirelik bakımının bireye ait eşsiz model doğrultusunda şekillendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Teorinin alt kavramları incelendiğinde bireysellik, bütüncüllük, koşulsuz kabul, besleyici bakım, modelleme ve rol modelleme kavramlarının bir araya gelerek teoriyi meydana getirdiğini görmekteyiz. teori bireylere kendi benzersiz yaşam modeline uygun olan bireysel ve bütüncül bakımı sunduğundan sağlık hizmetlerinin sunumunda ve özellikle hemşirelik bakımında memnuniyeti artıracak bir yaklaşım içermektedir. Aynı zamanda hemşireye geniş bir perspektiften bakımı şekillendirmek ve bireysel özellikleri dikkate almak koşuluyla özgür bir bakım ortamı sunar. Teorisyenler ortaya koydukları bakış açısıyla hemşirelik eğitiminde ve uygulamalarında ciddi ilerleme ve gelişmelerin de önünü açmıştır.

7. KAYNAKÇA

- Alligood, M. R. (2013). *Nursing theory: Utilization & application*: Elsevier Health Sciences.
- Bickford, C. J., Marion, L., & Gazaway, S. (2015). Nursing: Scope and standards of practice. *American Nurses Association*, 3, 1-97.
- Butterworth, G. (2022). Thought and things: Piaget's theory *Thinking in perspective* (pp. 65-89): Routledge.
- Dossey, B. M., Keegan, L., Barrere, C. C., & Helming, M. A. B. (2015). *Holistic nursing: A handbook for practice*: Jones & Bartlett Publishers.
- Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. P. (2010). *Modeling and role modeling: A theory and paradigm for nursing*. Prentice-Hall: Michigan University.
- Erickson, M. E. (2021). Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin, Mary Ann P. Swain: Modeling and Role-Modeling. *Nursing Theorists and Their Work E-Book: Nursing Theorists and Their Work E-Book*, 394.
- Gunawan, J., Aungsuroch, Y., Watson, J., & Marzilli, C. (2022). Nursing administration: Watson's theory of human caring. *Nursing Science Quarterly*, 35(2), 235-243.
- Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., & Keogh, B. (2017). A concept analysis of holistic care by hybrid model. *Indian journal of palliative care*, 23(1), 71.
- Jeddi, H., Aghebati, N., Ghavami, V., & Rezaeitalab, F. (2023). The effect of self-care nurturance using the theory of modeling and role-modeling on self-efficacy in stroke patients: a randomized controlled trial. *Holistic Nursing Practice*, 37(2), E24-E35.
- Joan, L., & Carroll, K. (2025). Peplau's Theory of Interpersonal Relations: Scholarly Practice. *Nursing Science Quarterly*, 38(1), 27-30.
- Khalilabad, R. P., Aghebati, N., & Vashani, H. R. B. (2020). The effect of self-care program based on modeling and role modeling theory on body image nurturance in patients with colorectal cancer: a randomized clinical trial. *Holistic Nursing Practice*, 34(4), 199-209.
- Koren, M. E. (2017). Mindfulness interventions for nursing students: Application of modelling and role modelling theory. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1710-1716.

- Lasmaida, S. A., & Dedi, B. (2024). Literature Review Teori Transcultural Nursing Madeleine Leiningen. *Journal of Social Research*, 3(2), 668-681.
- McKenna, H. P., Pajnkihar, M., & Vrbnjak, D. (2025). *Fundamentals of nursing models, theories and practice*: John Wiley & Sons.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Morrow, M. R., & Erickson, H. L. (2025). Helen L. Erickson: Country Girl to Internationally Known Nurse. *Nursing Science Quarterly*, 38(3), 233-241.
- Papathanasiou, I., Sklavou, M., & Kourkouta, L. (2013). Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2(1), 1-5.
- Smith, M. C. (2019). *Nursing theories and nursing practice*: FA Davis.
- Terzi, A., Yıldırım, Y., & Şenuzun Aykar, F. (2020). Helen Erickson, Evelyn Tomlin ve Marry Ann Swain'in Modelleme ve Rol Modelleme Kuramı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(4).
- Vogelsang, L. (2022). Peplau's theory of interpersonal relations: Application to asynchronous nursing education. *Canadian Journal of Nursing Informatics*, 17(3-4).

BÖLÜM 9

ANNELİK ROLÜ KAZANIMI TEORİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Hülya ZENGİN¹

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15823322>

¹ Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.
hozkara61@gmail.com. ORCID: 0000-0003-1310-0361

GİRİŞ

Ebeveynlik rolünün kazanılmasına ilişkin çalışmalar, bu rolün kazanılmasını etkileyen birçok faktör ve süreç nedeniyle karmaşıktır.

Araştırmacıların bu ve diğer faktörleri belirleme ve inceleme çabalarına rağmen, ebeveyn rolüne geçişin anlaşılması zor olmaya devam etmektedir. Bu süreçte kadınlarla yapılan araştırmalar, çok çeşitli ortamlarda ailelerin hemşirelik bakımını geliştirerek faydalı olmuştur. Mercer, bu sürecin anlaşılmasına en çok katkıda bulunan araştırmacılar arasındadır. Ek araştırmalara dayanarak teorisini geliştirmeye ve rafine etmeye devam etmiştir.

1. ANNELİK ROLÜ KAZANIMI TEORİSİ

1.1. Teorisyenin Özgeçmişi

Ramona Thieme Mercer'in hemşirelik kariyeri 1950 yılında Alabama'daki St. Margaret Hemşirelik Okulu'ndan diploma almasıyla başlamıştır. Pediatri, doğum ve bulaşıcı hastalıklar alanlarında kadrolu hemşire, başhemşire ve eğitmen olarak çalıştıktan sonra 1960 yılında okula geri dönmüş ve New Mexico Üniversitesi'nden 1962 yılında hemşirelik alanında lisans derecesiyle mezun olmuştur. Daha sonra 1964 yılında Emory Üniversitesi'nden anne-çocuk hemşireliği alanında yüksek lisans derecesi almış ve 1973 yılında Pittsburgh Üniversitesi'nde anne sağlığı hemşireliği alanında doktorasını tamamlamıştır (Meighan, 2018). Mercer 1977 yılında doçentlik, 1983 yılında ise profesörlük ünvanı almıştır. Dr. Mercer, halen San Francisco'daki California Üniversitesi'nde Aile Sağlığı Hemşireliği onursal profesörüdür (Coşkun Potur, 2013).

1.2. Teori Gelişim Süreci

Annelik rolü kazanımı teorisi orta düzey bir hemşirelik teorisidir. Orta düzey teorinin kavramsal çerçevesi, klinik uygulamaya en spesifik olan çerçevedir. Kesin, test edilebilir hemşirelik uygulama soruları önerir ve hastanın yaş grubu, aile durumu, sağlık durumu, konumu ve hemşirenin eylemleri gibi ayrıntıları içermektedir. (Meighan, 2018). Mercer'in Annelik Rolü Kazanımı Teorisi, 1960'ların sonu ve 1970'lerin başında konuyla ilgili yaptığı kapsamlı araştırmalara dayanmaktadır. Teorinin geliştirilmesi için ilk teşvik, Mercer'in Pittsburgh Üniversitesi'nde danışmanı olan Reva Rubin'den

gelmiştir; Mercer'in annelik rolü kazanımını tanımlama ve anlama konusundaki doktora çalışması, uzun yıllar boyunca obstetrik hemşirelik bakımı için temel bir teori olarak hizmet etmiştir. Rubin'in annelik rolü kazanımını etkileyen değişkenlere ilişkin kavram ve iddiaları Mercer'in araştırmasının temelini oluşturmuştur. Rubin hamilelik ve doğumdan sonraki ilk ay boyunca annelik rolü kazanımına odaklanırken, Mercer doğumdan sonraki ilk yılı da kapsayacak şekilde genişletmiştir (Mercer, 1985). 1981 yılında Mercer, annelik rolünü etkileyen faktörleri incelemek için bir çerçeve sunmuştur. Buna ek olarak Mercer, rol kazanımı teorisinde ebeveynleri, yüksek riskli hamileliğin etkisini ve annenin hastalığını da dikkate almıştır. Annenin doğuştan anomalili bir bebeğe sahip olmasıyla başa çıkma becerisi Mercer'in ilk araştırma ilgi alanları arasındaydı. Ayrıca, emziren annelerin, adölesan annelerin ve doğum sonrası hastalığı olan annelerin ihtiyaç ve endişelerinin yanı sıra babaların doğum sürecindeki stres ve komplikasyonlara tepkilerini de incelemiştir (Meighan, 2014; Mercer, 1994). Mercer'in Annelik Rolü Kazanımı Teorisi ilk olarak 1991 yılında Los Angeles, California'da Uluslararası Araştırma Konferansında bir sempozyum sırasında tanıtılmıştır. 1995 tarihinde yazdığı, "Anne Olmak: Rubin'den Günümüze Kadar Annelik Kimliği Hakkında Araştırma" adlı kitabında basitleştirilmiş ve anlaşılır hale getirilmiştir (Coşkun Potur, 2013). Nelson'un bir geçiş dönemi olarak annelikle ilgili 9 nitel araştırmanın meta-sentezini 2003 yılında yayınlamasının ardından Mercer, "annelik rolü kazanımı teorisinin anne olarak benliğin sürekli genişlemesini içermediğini" belirterek, annelik rolü kazanımı ifadesinin anne olma terimiyle değiştirilmesini önermiştir (Fouquier, 2013; Nelson, 2003). Kadınların büyüme, gelişim ve yeni bir benlik tanımı süreciyle birlikte anne olmanın yaşamı dönüştüren deneyimi, Annelik rolü kazanımı terminolojisinde yeterince detaylı bir şekilde ele alınmamaktadır. Çocuğun gelişimsel zorlukları ve hayatın gerçekleri, annenin yetkinlik ve özgüven duygularında aksamalara neden oldukça, anne kimliği de sürekli bir evrim sürecine girer. Bu bağlamda, anne kimliğinin ilk dönüşümünü ve devam eden gelişimini ifade etmek için "annelik rolü kazanımı" yerine, daha kapsamlı bir perspektif sunan "anne olma" kavramı tercih edilmektedir (Mercer, 2004).

1.3. Annelik Rolü Kazanımı – Anne Olma Teorisi

1.3.1. Annelik Rolü Kazanımı: Mercer'in Orijinal Modeli ve Teorisi

Mercer'in annelik rolü kazanımı modeli Bronfenbrenner'in (1979) iç içe geçmiş mikrosistem, mezosistem ve makrosistem çemberleri içine yerleştirilmiştir. Mercer tarafından önerilen orijinal model 2000 yılında değiştirilmiş ve başlangıçta ikinci çemberde bulunan ekzosistem terimi mezosistem terimiyle değiştirilmiştir. (Meighan, 2018) Mercer bu değişikliğin modeli Bronfenbrenner'in terminolojisiyle daha tutarlı hale getirdiğini şu şekilde açıklamıştır:

1. Mikrosistem, annelik rolü kazanımının gerçekleştiği yakın çevredir. Aile işleyişi, anne-baba ilişkileri, sosyal destek, ekonomik durum, aile değerleri ve stres faktörleri gibi faktörleri içerir. Bu yakın çevrenin içerdiği değişkenler, anneliğe geçişi etkileyen diğer değişkenlerden biri veya birkaçı ile etkileşim halindedir. Bir birey olarak bebek, aile sisteminin içine gömülüdür. Aile, aile sistemi ile diğer sosyal sistemler arasındaki değişim üzerinde sınırlar ve kontrol sağlayan yarı kapalı bir sistem olarak görülür. Annelik rolünün kazanılmasında en etkili olan mikrosistemdir. Mercer 1995'te daha önceki kavramlarını ve modelini genişleterek babanın rol kazanımındaki önemini vurgulamış ve babanın “anne-bebek ikilisinde gelişen gerilimi dağıtmaya” yardımcı olduğunu belirtmiştir. Annelik rolünün kazanılması baba, anne ve bebeğin etkileşimleri yoluyla gerçekleşir (Meighan, 2014).
2. Mezosistem, mikrosistemdeki kişileri kapsar, etkiler ve onlarla etkileşime girer. Mezosistem etkileşimleri, gelişmekte olan annelik rolüne ve çocuğa ne olacağını etkileyebilir. Mezosistem, kreş, okul, iş ortamı, ibadet yerleri ve yakın toplumdaki diğer varlıkları içerir.
3. Makrosistem, belirli bir kültürde var olan genel prototipleri veya aktarılan kültürel tutarlılıkları ifade eder. Makrosistem, diğer iki sistem üzerindeki sosyal, politik ve kültürel etkileri içerir. Annelik rolünün kazanılmasını etkileyen sağlık bakım ortamı ve mevcut sağlık bakım sistemi politikaları bu sistemden kaynaklanmaktadır (Mercer, 1995). Kadın ve çocuklarla ilgili ulusal yasalar ve annelik

rolünün kazanılmasını etkileyen sağlık öncelikleri makro sistem içinde yer alır (Meighan, 2018).

Hem annenin hem de bebeğin özellikleri ve davranışları, annelik rolü kimliğini ve çocuk sonuçlarını etkileyebilir. Mercer'in modelinde yer alan anne özellikleri ve davranışları empati, bebek ipuçlarına duyarlılık, benlik saygısı ve benlik kavramı, çocukken alınan ebeveynlik, olgunluk ve esneklik, tutumlar, hamilelik ve doğum deneyimi, sağlık, depresyon ve rol çatışmasıdır.

1.3.2. Anne Olmak: Gözden Geçirilmiş Bir Model ve Teori

Mercer, teorisinin yapı taşları olarak hem kendi araştırmalarını hem de başkalarının araştırmalarını kullanmaya devam etmiştir. 2003 yılında annelik rolünün kazanımı teorisini yeniden incelemeye başlamış ve son araştırmalara dayanarak anne olma teriminin süreci daha doğru bir şekilde yansıttığını öne sürmüştür. Mercer'e (2004) göre, rol kazanımı kavramı devam eden bir süreçten ziyade bir bitiş noktası önermektedir ve bir anne olarak benliğin sürekli genişlemesini ele almayabilir. Mercer'in vardığı sonuçlar büyük ölçüde kadınların anne olmalarının bilişsel ve davranışsal boyutlarına ilişkin güncel hemşirelik araştırmalarına dayanmaktadır (Mercer, 2004). Walker, Crain ve Thompson'ın devam eden bir süreç olarak annelik rolünün kazanılmasına ilişkin soruları, Mercer'in teorisini yeniden gözden geçirmesine katkıda bulunmuştur. Koniak-Griffin de annelik rolü kazanımının davranışsal ve bilişsel boyutlarını sorgulamıştır. Hartric çalışmasında, 3 ila 16 yaş arasındaki çocukların annelerinin sürekli bir kendini tanımlama sürecinden geçtiğini bildirmiştir. McBride ve Shore, anneler ve büyükanneler üzerine yaptıkları araştırmada, annelik rolü kazanımı teriminin “dalgalı bir süreçten ziyade durağan bir durumu ima ettiği” için kullanımdan kaldırılması gerekebileceğini öne sürmüştür (Meighan, 2018).

Son olarak, dokuz nitel çalışmanın bir sentezinde Nelson (2003), anne olduklarında kadınlarda devam eden büyüme ve dönüşümü tanımlamıştır (Nelson, 2003). Mercer, annelikte karşılaşılan yeni zorlukların, kendine olan güveni yeniden kazanmak için yeni bağlantılar kurmayı gerektirdiğini kabul etmiş ve annelik rolüne ulaşma terimini anne olma terimiyle değiştirmeyi önermiştir. Nitel çalışmalar, katılımcıların tanımlayıcı terimlerini kullanarak annelik rolü edinim aşamalarını belirlemiştir (Mercer, 2004). Bu çalışmaların

birçoğunun sonuçlarının derlenmesi, Mercer'in annelik rolü kimliğine giden aşamaların isimlerinde aşağıdaki değişiklikleri önermesine yol açmıştır:

- Bağlılık ve hazırlık (hamilelik)
- Tanışma, pratik ve fiziksel iyileşme (ilk 2 hafta)
- Normalleşmeye yaklaşma (ikinci haftadan 4 aya kadar)
- Anne kimliğinin bütünleştirilmesi (yaklaşık 4 ay)

Bu aşamalar Mercer'in teorisindeki orijinal aşamalara paraleldir, ancak annelik deneyimini daha eksiksiz bir şekilde kucaklar ve yeni annelerin deneyimlerini tanımlamalarından türetilen terminolojiyi kullanır (Mercer, 2004, 2006).

Mercer'e göre teori oluşturma, araştırmalar kavramların netleştirilmesi, eklemeler ve çıkarmalar için kanıt sağladıkça devam eden bir süreçtir. Daha yeni çalışmaların çoğu hem Rubin hem de Mercer'in bulgularını desteklese de Mercer daha fazla netlik ve tutarlılık için orijinal teorisinde değişiklik yapılması gerektiğine dair kanıtların farkına varmıştır. Bu anlayışla, annelik rolü kazanımı teriminin kullanımdan kaldırılmasını önermiştir. Mercer, annelikte sürekli büyümeyi çağrıştıran anne olmanın, bir rolden çok daha büyük bir süreci tanımladığını kabul etmektedir. Bazı roller sonlandırılabilse de annelik yaşam boyu süren bir bağlılıktır (Mercer, 2004).

2. HEMŞİRELİK METAPARADİGMALARININ TEORİDE İNCELENMESİ

2.1. Hemşirelik

Mercer, hemşirelerin, doğum döngüsünde kadınlarla en uzun süreli ve yoğun etkileşime sahip sağlık profesyonelleri olduğunu belirtmiştir. Hemşireler, ailelerin ve çocukların sağlığını geliştirmekten sorumludur; hemşireler, bu hastalar için değerlendirme stratejileri geliştirme ve paylaşma konusunda öncüdür. Kişisel bir iletişimde hemşirelik tanımı şu şekildedir:

“Hemşirelik, üç ana odak noktasına sahip dinamik bir meslektir: sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, sağlık ve işlevselliğin en üst düzeye ulaşması için profesyonel yardıma ihtiyaç duyanlara bakım sağlanması ve mükemmel hemşirelik bakımı sağlamak için bilgi tabanını geliştirmek üzere araştırma yapılması. Hemşireler, bireylere, ailelere ve toplumlara sağlık hizmeti sağlar. Hastanın durumunu ve ortamını değerlendirdikten sonra, hemşire hastayla hedefleri belirler, öğretme, destekleme, hastanın kendi

kendine sağlayamayacağı bakımı sağlama ve çevre ve hastayla etkileşim kurma yoluyla hastaya yardım sağlar.”(Meighan, 2018)

Mercer, bir kadının hamilelik sırasında ve doğumdan sonraki ilk yıl aldığı yardım veya bakımın kendisi ve çocuğu için uzun vadeli etkileri olabileceğini vurgulamaktadır. Anne-çocuk ortamlarındaki hemşireler, bu dönemde hem bakım hem de bilgi sağlamada önemli bir rol oynamaktadır (Mercer, 2006).

Tablo 1. Annelik Rolü Kazanımı ve Anne Olma Aşamalarının Karşılaştırılması (R. Mercer, 1981; Mercer, 2004)

Annelik Rolü Kazanımı Aşamaları	Anne Olma Aşamaları
• Beklentiler aşaması	1. Bağıllık ve hazırlık
Bu dönem hamilelik döneminde başlar ve hamileliğe yönelik sosyal ve psikolojik uyum sürecini kapsar. Annelik rolüne ilişkin beklentiler araştırılır. Kadın, rol gereği başkalarından bilgi arar ve kendini anne olarak görselleştirir.	
2. Formal aşama	2. Tanışma, pratik ve fiziksel iyileşme
Bu evre bebeğin doğumuyla başlar ve doğumdan sonraki iyileşme sürecini kapsar. Bu rol alma aşamasında kadın, roldeki diğer kişilerden veya profesyonellerden öğrenir ve onların davranışlarını taklit eder. Pratik yaparak yetkinlik kazanır.	
3. İnformal aşama	3. Normalleşmeye Yaklaşma
Bu evre, kadının geçmiş deneyimlerine ve gelecek hedeflerine dayanarak annelik rolünü kendisine uyacak şekilde yapılandırmasıyla başlar. Kadın, bebek işaretlerini öğrenir ve kendine özgü bir annelik tarzı geliştirir. Mercer bunu "yerleşmek" ve yeni bir aile olmak olarak tanımlamaktadır.	
4. Kişisel aşama	4. Anne kimliğinin bütünleştirilmesi
Bu evre, kadının anneliği kendi öz sistemine entegre etmesi, rolünü içselleştirmesi ve kendini yetkin bir anne olarak görmesiyle başlamaktadır. Diğer aşamaları sağlıklı bir şekilde yerine getiren anne bu evrede anneliğin keyfini çıkarmaya başlar.	

2.2. İnsan

Mercer insanı özel olarak tanımlamaz, ancak benlik ve öz benlikten bahseder. Benliği, onu yerine getirilen rollerden ayrı olarak görür. Anne bireyleşmesi yoluyla kadın, kendini anne-bebek ikilisinden soyutlayarak kendi kişiliğini yeniden kazanabilir. Öz benlik, kültürel bir bağlamdan gelişir ve durumların nasıl tanımlandığını ve şekillendirildiğini belirler. Öz saygı ve öz güven kavramları anne rolünün elde edilmesinde önemlidir. Anne ayrı bir birey olarak hem bebeğiyle hem de babayla ya da partneriyle etkileşim halindedir. Hem onları etkiler hem de her ikisinden de etkilenir (Mercer, 1985).

2.3. Sağlık

Mercer, teorisinde sağlık durumunu anne ve babanın önceki sağlıkları, mevcut sağlıkları, sağlık görünimleri, hastalığa karşı direnç-duyarlılıkları, sağlık endişeleri veya kaygıları, hastalık yönelimleri ve hasta rolünü reddetmeleri olarak tanımlar. Yenidoğanın sağlık durumu, mevcut hastalığın derecesi ve genel sağlık açısından ebeveynlerin değerlendirmesine göre bebek sağlık durumudur (Mercer, 1986). Bir ailenin sağlık durumu doğum öncesi stresten olumsuz etkilenir. Sağlık durumu, çocuk sahibi ailelerde ilişkilerden duyulan memnuniyet üzerinde önemli bir dolaylı etkidir. Sağlık ayrıca çocuk için istenen bir sonuç olarak görülür. Hem anne hem de bebek değişkenlerinden etkilenir. Mercer, çocuk doğurma ve büyütme süreçlerinde sağlık bakımının önemini vurgulamaktadır (Mercer et al., 1988; Mercer et al., 1986).

2.4.Çevre

Mercer, çevreyi Bronfenbrenner'ın ekolojik çevre tanımından kavramsallaştırmış ve modelini ilk olarak buna dayandırmıştır. Bu model, anne rolü ediniminin geliştiği ekolojik etkileşimli çevreleri göstermektedir (Erkuran, 2021). Mercer'e göre, "Bir rolün/kişinin gelişimi çevreden ayrı düşünülemez; gelişen kişi ile yakın çevrenin değişen özellikleri, çevreler arasındaki ilişkiler ve çevrelerin yerleştirildiği daha geniş bağlamlar arasında karşılıklı bir uyum vardır." Çevre içindeki stresler ve sosyal destek hem anne hem de baba rolü edinimini ve gelişen çocuğu etkiler (Meighan, 2018).

3. TEORİNİN ALT KAVRAMLARI

Mercer, çalışmaları için hem anne hem de bebeklere ait değişkenleri literatür taramasına ve çeşitli disiplinlerdeki araştırmacıların bulgularına dayanarak seçmiştir. Birçok faktörün annelik rolü üzerinde doğrudan veya dolaylı bir etkiye sahip olabileceğini tespit etmiş ve bu da çalışmalarının karmaşıklığını artırmıştır. Mercer'in araştırmalarında anneye ait faktörler arasında ilk doğum yaşı, doğum deneyimi, bebekten erken ayrılma, sosyal stres, sosyal destek, kişilik özellikleri, benlik kavramı, çocuk yetiştirme tutumları ve sağlık yer almaktadır. Bebeğe ait değişkenler olarak mizaç, görünüm, duyarlılık, sağlık durumu ve işaret etme becerisini dahil etmiştir. Araştırması, ilgilenilen değişkenleri ölçmek için çok sayıda araç gerektirmiştir (Meighan, 2018).

3.1. Annelik Rolü Kazanımı

Annelik rolü kazanımı, annenin bebeğine bağlandığı, rolün içerdiği bakıcılık görevlerinde yetkinlik kazandığı ve rolden zevk ve memnuniyet duyduğu, zaman içinde meydana gelen, etkileşimsel ve gelişimsel bir süreçtir. “Annenin rolünü yerine getirirken, uyum, güven ve yetkinlik hissi yaşadığı kişisel duruma doğru hareket, annelik rolüne ulaşmanın -anne kimliğinin- son noktasıdır” (R. T. Mercer, 1981). Annelik rolü gelişimi, anne davranışlarının benimsenmesine doğru ilerleyen bir süreçtir. Anne kimliğinin inşa edilmesi ile annelik rolüne ulaşılır. Bu süreç yeni doğan, evlat edinilen ya da aileye katılan her çocukta yeniden ortaya çıkmaktadır (Mercer, 2004).

Annelik rolü kazanımı, rol ediniminin dört aşamasını takip eden bir süreçtir; bu aşamalar Thornton ve Nardi'nin 1975 tarihli araştırmasından uyarlanmıştır.

- a. Beklenti aşaması: Beklenti aşaması hamilelik sırasında başlar ve hamileliğe ilk sosyal ve psikolojik uyumları içerir. Anne rolün beklentilerini öğrenir, rol hakkında hayaller kurar, rahimdeki fetüsle ilişki kurar ve rol yapmaya başlar.
- b. Formal aşama: Bu aşama bebeğin doğumuyla başlar ve anne rolünü öğrenmeyi ve üstlenmeyi içerir. Rol davranışları, annenin sosyal sistemindeki diğer kişilerin resmi, uzlaşmaya dayalı beklentileri tarafından yönlendirilir.

- c. İnformal: İnformal aşama, annenin sosyal sistem tarafından aktarılmayan rolüyle başa çıkmak için kendine özgü yollar geliştirmesiyle başlar. Kadın, geçmiş deneyimlerine ve gelecek hedeflerine dayanarak yeni rolünü mevcut yaşam tarzına uygun hale getirir.
- d. Kişisel: Kişisel ya da rol-kimlik aşaması, kadının rolünü içselleştirmesiyle ortaya çıkar. Anne, rolünü yerine getirme biçiminde bir uyum, güven ve yeterlilik duygusu yaşar ve annelik rolüne ulaşılır.

Rol edinme aşamaları birbiriyle örtüşür ve bebek büyüyüp geliştikçe değişir (Meighan, 2018).

3.2. Annelik Kimliği

Annelik kimliği, anne olarak içselleştirilmiş bir benlik görüşüne sahip olmak olarak tanımlanır. Annelik kimliği bir ay içinde kazanılabileceği gibi birkaç ay da sürebilir. Annelik kimliği kazanma, sosyal destek, stres, aile işleyişi ve anne ile baba arasındaki ilişkiden etkilenmektedir. Mercer'e göre: “Kişisel rol kimliği aşamasına, anne bu rolü kendi benlik sistemine entegre ettiğinde, benlik ve diğer roller arasında bir uyum sağladığında ulaşılır; anne olarak kimliğinde güvenlidir, bebeğine duygusal olarak bağlıdır ve rolünde bir uyum, tatmin ve yeterlilik hisseder.” (Meighan, 2018).

3.3. Doğum Deneyimi Algısı

Bir kadının doğum ve doğum sırasındaki performansına ilişkin algısı, onun doğum deneyimine ilişkin algısıdır. Doğum, anneliğe resmen giriş olarak görülmektedir. Annenin doğum sırasında yaşadığı deneyim, onun bilgi birikimi, benlik kavramı ve süreç üzerindeki algıladığı kontrol ile ilişkilidir. Doğum sırasındaki performans algıları, daha sonra annelik rolündeki yeteneklerin göstergesi olarak hizmet edebilir (Meighan, 2018). Performansın değerlendirilmesine yönelik pekiştirme, kişinin eşinin, diğer aile üyelerinin ve övgü ya da eleştiri sunabilecek tıbbi bakım personelinin tutumlarına göre değişir. Annenin doğum sonrası erken dönemde bebeğiyle teması, bebeğin sağlıklı olması, doğum sırasında duygusal ve fiziksel destek alma, gebeliğe ilişkin pozitif tutum ve spontan vajinal doğum yapma gibi etkenler annenin

daha pozitif doğum deneyimi algısı yaşamasına katkıda bulunan etkenlerdendir (Mercer et al., 1983).

3.4. Benlik Saygısı

Mercer ve arkadaşları benlik saygısını “bireyin başkalarının kendisini nasıl gördüğüne dair algısı ve bu algıları kabul etmesi” olarak tanımlamaktadır. Benlik saygısı, bireyin başkalarının kendisini nasıl gördüğüne dair algısı ve bu algıyı kabul etmesi olarak tanımlanır. Benlik ile ideal benlik arasında bir uyum vardır ve böylece kişinin kendisiyle gurur duyması sağlanır. Yetkinlik duygusu benlik saygısından doğrudan etkilenir ve her ikisi de bireylerin stres faktörleri ile başa çıkmak için kullandıkları kişilik özellikleridir. Benlik saygısı ve yetkinlik duygusu arasında bağlantı kuran başka kanıtlar da vardır. Hamilelik sırasında benlik algılarının farklı yönleri, doğum öncesi stres ve doğum sonrası dönemde bireyin yetkinlik duygusu ile ilişkilendirilmiştir. Hamilelik sırasında ve doğumu takip eden ilk yılda daha fazla stres yaşayan kadınlar daha az olumlu benlik imajına sahip olma eğilimindedir (Mercer et al., 1986). Benlik saygısı ve/veya yetkinlik, annelik yeterliliğinin tutarlı yordayıcılarıdır. Bir kadının genel öz imajını kabul etmesi ve yaşam olayları üzerindeki algılanan kontrolü annelik rolünü üstlenmede merkezi bir öneme sahiptir (Mercer, 1994).

3.5. Benlik Kavramı (Öz Saygı)

Mercer benlik kavramını “öz tatmin, öz kabul, öz saygı ve benlik ile ideal benlik arasındaki uyum ya da uyumsuzluğu içeren genel benlik algısı” olarak tanımlamaktadır. Olumlu bir benlik kavramı, bireyin başkalarıyla ilişki kurma becerisini etkiler ve böylece annelik rolünün kazanılması sürecini kolaylaştırır. Olumsuz bir benlik kavramı anneliğe zor adapte olmakla ilişkili olabilmektedir. Güvenli bir benlik duygusu annelik için bir ön koşul olabilir (Mercer, 1986).

3.6. Esneklik

Roller katı bir şekilde sabitlenmemiştir; bu nedenle rolleri kimin yerine getirdiği önemli değildir. “Çocuk yetiştirme tutumlarının esnekliği, gelişim arttıkça artar. Yaşı daha büyük olan anneler, bebeklerine daha az katı bir şekilde tepki verme ve her durumu kendine özgü nüanslara göre görme

potansiyeline sahiptir”. Esneklik ve empati gibi öğrenilmiş özellikler ve mizaç, annelik rolü edinmeyi etkilemektedir. Özellikle empati, annelik rolü için büyük önem taşımaktadır (Meighan, 2018).

3.7. Çocuk Yetiştirme Tutumları

Çocuk yetiştirme tutumları, annelerin çocuk yetiştirme konusundaki tutumları veya inançlarıdır (Mercer, 1986a). Annelerin çocuk yetiştirme konusundaki tutumları, annelik davranışlarını doğrudan etkilemekte ve çocuğun sosyalleşmesi üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğuna inanılmaktadır.

3.8. Sağlık Durumu

Sağlık durumu, “Anne ve babanın önceki sağlıkları, mevcut sağlıkları, sağlık görünüşleri, hastalığa karşı direnç-duyarlılıkları, sağlık endişesi kaygıları, hastalık yönelimleri ve hasta rolünü reddetmeleri” olarak tanımlanır (Mercer et al., 1986). Annenin hastalığı, öz güveni azaltır ve annelik görevini aksatan yorgunluğa neden olur. Hastalık, annelik rolüne geçiş sürecini geciktirebilir. Obstetrik risk durumlarında, artan belirsizlik ve bedensel işlevlerdeki bozukluklar nedeniyle annelik rolü yeterliliğine ulaşmada ve bu yeterlilik üzerindeki etkilerde farklılıklar olması beklenir (Mercer, 1994).

3.9. Kaygı

Mercer ve arkadaşları (1986) kaygıyı “stresli durumları tehlikeli veya tehdit edici olarak algılamaya ve duruma özgü bir durum olarak algılamaya yönelik belirli bir eğilimin olduğu bir özellik” olarak tanımlamaktadır (Mercer et al., 1986).

3.10. Depresyon

Mercer ve arkadaşlarına göre depresyon, “bir grup depresif semptom ve özellikle de depresif ruh halinin duygusal bileşenine sahip olmak”tır. Depresyondaki anneler kendilerini daha fazla evlilik sorunu yaşayan, evliliklerinde daha az mutlu olan ve duygusal ve araçsal desteği daha az sağlayabilen eşlere sahip olarak değerlendirmişlerdir; depresyondaki anneler depresyonda olmayan annelere kıyasla duygusal veya araçsal desteği daha az sağlayabilmiş ve eşleriyle sorunları konuşabilmişlerdir (Mercer et al., 1986)

3.11. Rol Zorlanması-Rol Çatışması

Rol zorlanması, kadının annelik rolü yükümlülüğünü yerine getirirken hissettiği çatışma ve zorluktur. Yeni bir rol üstlenirken, eşten ve sosyal ağdan alınan geri bildirimler, yetkin performansın onaylanması açısından önemlidir. İster bir çocuğun ister birden fazla çocuğun annesi olarak yeni bir rol üstlenilsin, geçiş kadının benlik saygısının istikrarını bozar. Bedensel işlevlerde, ruh halinde, bilişte sıkıntı, belirsizlik ve değişen bir zaman perspektifi yaşar (Mercer, 1994).

3.12. Tatmin

Mercer, tatmini “bir kadının bebeğiyle etkileşimde bulunurken ve anneliğin doğasında bulunan olağan görevleri yerine getirirken deneyimlediği tatmin, keyif, ödül veya haz” olarak tanımlar (Mercer, 1985). Mercer, anne yaşı ile annelik rolünden alınan doyum arasında ilişki olabileceğini belirtmiştir. İlk annelik deneyimini 35 yaşından sonra yaşayan kadınlar, yeni roller edinme konusunda daha fazla olgunluk ve deneyim avantajına sahip olabilir. Bununla birlikte, kariyer ve evlilik gibi diğer rollere daha uzun süre bağlı kalmaları, annelik rolüne daha fazla duygusal ve sosyal uyum gerektirebilir ve bu rolden duydukları memnuniyeti azaltabilir (Mercer, 1994). Ergenlik çağındaki genç, anneliğin çok zaman alıcı olduğunu ve bu rolden çok az haz aldığını düşünebilir, ancak daha önceki bir çalışmada gençler özgürlük kaybı yaşamalarına rağmen anneliğin çok tatmin edici olduğunu bildirmişlerdir. İlk kez çocuk doğurma yaşı olan yirmili yaşlardaki bir kadının toplumdan daha fazla olumlu destek alması ve dolayısıyla bu rolden daha fazla haz duyması beklenebilir (Mercer, 1980).

3.13. Bağlanma

Bağlanma, ebeveyn rolünün ve kimliğinin bir bileşenidir. Bir bireye karşı kalıcı bir şefkatli ve duygusal bağlılığın olduğu bir süreç olarak görülür. Anne ve bebeğin erken ayrılması, çocukla bağ kurma veya etkileşim kurma fırsatlarını azaltır. Bu nedenle annelik rolünün kazanılması süreci gecikebilmektedir (Meighan, 2018). Bağlanma davranışları, bebeğe yakınlık arayışını ve bunu sürdürmeyi ve bebekle memnuniyet verici deneyimler paylaşmayı içerir. Bağlanma, ebeveyn ve bebek arasında tatmin edici deneyimlerle sonuçlanan etkileşimli bir süreç ve ebeveynin bebeğe bakma

taahhüdünü motive eden duygusal bir bağdır. Yüksek riskli gebelikte bağlanma süreci, erken doğum nedeniyle ebeveyn-bebek ilişkisi geliştirmek için zamanın olmaması ve fetal ve/veya maternal strese yanıt olarak yaşanan ebeveyn stresi nedeniyle karmaşıklaşabilir (Mercer & Ferketich, 1990).

3.14. Bebek Mizacı

Kolay ve zor mizaç, bebeğin annede yetersizlik ve hayal kırıklığı duygularına yol açan anlaşılması zor ipuçları gönderip göndermemesiyle ilgilidir. Kolayca avutulamayan ve rahatlatılamayan bir bebek, kadının yeterlilik algısını ve anne olma konusunda güvenini azaltarak anneliğe geçişi daha da zorlaştırabilir (Mercer, 1986).

3.15. Bebek Sağlık Durumu

Bebek sağlık durumu, annenin bebeğini ayırmasına neden olan ve bağlanma sürecini etkileyen hastalıkla ilgilidir. Anne ve bebeğin sağlık sorunları nedeniyle ayrılması süreci geciktirir. Anne, bebeğin ölebileceği korkusuyla annelik rolüne geçişi başlatmakta isteksiz olabilmektedir (Mercer, 1986).

3.16. Bebek Özellikleri

Özellikler arasında bebek mizacı, görünümü ve sağlık durumu yer alır (R. Mercer, 1981). Annelik davranışına uyumu yüksek olan annelerin kolay mizaçlı bebeklere sahip olduğu görülmüştür. Bebeklerini zor olarak tanımlayan anneler aynı zamanda aile uyumu konusunda önemli endişeler yaşadıklarını daha sık bildirmişlerdir. (Mercer, 1986)

3.17. Bebek İpuçları

Bebek ipuçları, anneden bir tepki alan bebek davranışlarıdır. Bebeğin gelişim aşaması ve ebeveynlere ipucu gönderme veya onlardan yanıt alma becerisi göz önünde bulundurulmalıdır. İlk kez bebek sahibi olan ebeveynler, bebeklerinin iletişim becerilerini öğrendiklerinde genellikle şaşırırlar. Ebeveynlerin ayrıca bebek büyüdükçe ve geliştikçe bebek davranışlarının ve işaretlerinin nasıl değiştiğini anlamaları gerekir (Meighan, 2014). Annenin

gelişmekte olan annelik kimliği ile etkileşime giren bebeğin gelişimsel tepkilerinin örnekleri aşağıdakileri içerir:

- a. Anne konuşurken onunla göz teması kurar; kavrama refleksi
- b. Annenin bakımına yanıt olarak gülümseme refleksi ve sakinleşme
- c. Anne ile tutarlı etkileşimli davranışlar
- d. Anneden yanıtlar almak; hareketliliği artırmak (Meighan, 2018)

3.18. Aile

Mercer ve arkadaşları aileyi “genel aile sistemi içinde alt sistem bireylerini (anne, baba, fetüs/bebek) ve çiftleri (anne-baba, anne-fetüs/bebek ve baba-fetüs/bebek) içeren dinamik bir sistem” olarak tanımlamaktadır (Mercer et al., 1986).

3.19. Aile İşlevselliği

Aile işlevselliği, ebeveynin uyum, ortaklık, büyüme, sevgi ve kararlılık gibi aile parametrelerinden memnuniyeti, aile ile okul veya iş yeri gibi sosyal birimler arasında algılanan ilişki, aile içi ilişkiler ve aile ile birey arasındaki ilişkiler olarak tanımlanmaktadır. Stresli durumlarda, dış çevredeki ve aile üyelerinin iç işleyişindeki değişimler aileyi bir bütün olarak etkiler (Mercer et al., 1986). Aile işlevselliği, aile dışındaki birçok güç tarafından etkilenir. Tüm çocuk bekleyen aileler, birey içi, bireyler arası ve aile içi sınırlar ve ilişkileri içeren bir dereceye kadar stres, beklenti ve değişim yaşarlar. Aile, bir bütün olarak işlev gören, bireyler, çiftler ve alt sistemlerden oluşan dinamik bir sistem olarak tanımlanmıştır. Bireyler anne adayı, baba adayı ve doğmamış bebeği, çiftler ise anne-baba, anne-doğmamış bebek ve baba-doğmamış bebeği kapsamaktadır. Aile sistemindeki bir birey veya çiftin yaşadığı stresin toplam sistemin işlevini etkileyeceği varsayılmıştır. (Mercer et al., 1988)

Aile işlevselliği, hamilelik sırasındaki stresli yaşam olaylarıyla olumsuz yönde ilişkilidir. Risk altındaki bebeklerin aileleri aile meseleleri, cinsel yaşam ve kutlamalar konusunda daha az uzlaşma bildirmiştir; bu da risk altındaki bir bebeğin doğumunun yarattığı kaygının aile işleyişini etkilediğini göstermektedir (Mercer et al., 1986).

3.20. Baba veya Yakın Partner

Baba veya yakın partner, annelik rolü edinme sürecine başka hiçbir kişi tarafından kopyalanamayacak bir şekilde katkıda bulunur. Babanın etkileşimleri gerginliği azaltmaya ve anne rolünün kazanılmasını kolaylaştırmaya yardımcı olur. Mercer, babanın ya da yakın partnerin rolünün önemini vurgulamak için önceki kavramlarını genişletmiştir. Mercer'e göre, baba (ya da annenin yakın partneri) rol edinme sürecine başka hiçbir destekleyici kişi tarafından tekrarlanamayacak bir şekilde katkıda bulunur. Donley tarafından tanımlandığı üzere, annenin bebeğe bağlanması, ebeveynlerin ilişkisinin duygusal alanı içinde gelişir. Babanın etkileşimleri gerginliğin dağılmasına yardımcı olur ve annenin rol kimliğini kolaylaştırır. Babanın rol kimliği de bebeğin gelişimi ve annenin rol kimliği ile ortaya çıkar ve artar (Meighan, 2018).

3.21. Stres

Stres, olumlu ve olumsuz algılanan yaşam olaylarından ve çevresel değişkenlerden oluşur (Mercer & Ferketich, 1990). Stresin hastalık riskini artırdığı bildirilmektedir; ancak stresin etkisi etkili sosyal destekle azaltılabilir. Annelik rolüne geçişte eşten alınan duygusal destek en faydalı destek olarak görülmektedir. Normal bir gebeliğin beklenen ilerleyişi ve süresi öngörülebilirdir. Bununla birlikte, annenin veya bebeğin sağlığını tehdit eden gebelik komplikasyonu gibi stres faktörleri, hem anne hem de bebek için sonucun öngörülebilirliğini azaltabilir ve bir bütün olarak aile için ek zorluklar yaratabilir (Mercer, 1986).

3.22. Sosyal Destek

Mercer ve arkadaşlarına (1986) göre sosyal destek “fiilen alınan yardım miktarı, bu yardımdan duyulan memnuniyet ve bu yardımı sağlayan kişilerdir ağıdır.

Sosyal desteğin dört alanı aşağıdaki gibidir:

1. Duygusal destek: “Sevildiğini, önemsendiğini, güvenildiğini ve anlaşıldığını hissetmek”
2. Bilgilendirme desteği: “Sorun ve/veya durumla başa çıkmada faydalı olacak bilgiler sağlayarak bireyin kendisine yardım etmesine yardımcı olmak”

3. Fiziksel destek: Doğrudan bir yardım türü
4. Değerlendirme desteği: “Rol alan kişiye rolde nasıl bir performans sergilediğini söyleyen bir destek; bireyin kendisini bu rolü yerine getiren diğer kişilerle ilişki içinde kalarak değerlendirmesini sağlar”(Mercer et al., 1986).

3.23. Anne-Baba İlişkisi

Anne-baba ilişkisi, ikisi arasındaki amaçlanan ve gerçek değerleri, hedefleri ve anlaşmaları içeren eş ilişkisinin algısıdır. Anne-bebek arasındaki bağ, ebeveynlerin ilişkisinin duygusal alanı içerisinde gelişir (Mercer, 1986).

4. TEORİNİN VARSAYIMLARI

Annelik rolü kazanımı için Mercer şu varsayımları belirtmiştir:

- Yaşam boyu sosyalleşme yoluyla edinilen nispeten istikrarlı bir öz benlik, bir annenin olayları nasıl tanımladığını ve algıladığını belirler; bebeğinin ve başkalarının anneliğine verdiği tepkilere ilişkin algıları, yaşam durumuyla birlikte, tepki verdiği gerçek dünyadır.
- Annenin sosyalleşmesine ek olarak, gelişim düzeyi ve doğuştan gelen kişilik özellikleri de davranışsal tepkilerini etkiler.
- Annenin rol ortağı, bebeği, büyüme ve gelişme yoluyla annenin annelik rolündeki yeterliliğini yansıtacaktır (Meighan, 2018).
- Bebek, anne rol alma sürecinde aktif bir ortak olarak kabul edilir, rol uygulamasını etkiler ve bundan etkilenir (R. Mercer, 1981).
- Baba veya annenin yakın partneri, başka hiçbir destekleyici kişi tarafından kopyalanamayacak şekilde rol edinimine katkıda bulunur.
- Anne kimliği, annelik bağıyla eş zamanlı olarak gelişir ve her biri diğerine bağlıdır (Meighan, 2014).

5. TEORİNİN ALT KAVRAMLARININ DİĞER KİŞİLERARASI İLETİŞİM TEORİLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Mercer'in çerçevesi ve çalışma değişkenleri Rubin'in birçok kavramını yansıtmaktadır. Rubin'in çalışmalarına ek olarak Mercer, araştırmasını hem

rol hem de gelişim teorilerine dayandırmıştır. Mead'in (1934) rol canlandırmaya ilişkin teorisini ve Turner'ın (1978) çekirdek benliğe ilişkin teorisini kullanarak rol teorisine yönelik etkileşimci bir yaklaşıma dayanmıştır. Ayrıca, Thornton ve Nardi'nin (1975) rol edinme süreci, Burr ve diğerlerinin (1979) çalışmaları Mercer'in teorisinin şekillenmesine yardımcı olmuştur. Werner'in (1957) gelişimsel süreç teorileri de katkıda bulunmuştur. Ayrıca Mercer'in çalışması von Bertalanffy'nin (1968) genel sistem teorisinden de etkilenmiştir (Meighan, 2018). Annelik rolü kazanımı modeli, Bronfenbrenner'ın (1979) iç içe geçmiş daireler kavramını, annelik rolü üzerindeki etkileşimsel çevresel etkileri tasvir etmenin bir aracı olarak kullanmaktadır. Araştırma konusunun karmaşıklığı, Mercer'in annelik rolü kazanımını etkileyen değişkenleri belirlemek ve incelemek için çeşitli teorik kaynaklara dayanmasına yol açmıştır. Çalışmalarının çoğu Rubin'in teorilerini test etmek ve genişletmekle ilgili olsa da teorisini geliştirirken ve genişletirken sürekli birçok farklı teoriye başvurmuştur (Meighan, 2014).

5.1. Reva Rubin'in Annelik Kimliği Teorisi

Annelik rolü kazanımı terimi 1960'larda Reva Rubin tarafından kadınların annelik rolü kimliğini kazanmasıyla sonuçlanan geçiş sürecinin bir parçası olarak ortaya atılmıştır. Rubin, bir kadının annelik kimliğini üstlenebilmesi için başarılması gereken 4 annelik görevi olduğunu gözlemlemiştir. Bu görevler şunlardır: 1) kendisi ve çocuğu için güvenli bir geçiş yolu aramak, 2) çocuğun diğer önemli kişiler tarafından kabul edilmesini sağlamak, 3) doğmamış çocuğa bağlanmak ve 4) kendinden vermeyi öğrenmek. Bu çerçeve, çocuk doğuran kadınların öznel deneyimlerinin anlaşılmasını sağlayarak, hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının anneliğe geçiş sürecinde kadınların ihtiyaçlarını ve bakımını ele alma konusundaki etkinliğini zenginleştirmiştir (Fouquier, 2013).

Rubin annelik rolüne ulaşmayı "bağlanma" (çocuğa bağlanma) ve "annelik rolü kimliği" (kendini rolde görme ve bu konuda rahatlık hissi) süreci olarak tanımlamıştır. Rubin'in annelik rolü kazanımını etkileyen değişkenlere ilişkin kavram ve iddiaları Mercer'in araştırmasının temelini oluşturmuştur (Rubin, 1977). Rubin hamilelik ve doğumdan sonraki ilk ay boyunca annelik rolü kazanımına odaklanırken, Mercer kavramlarını doğumdan sonraki ilk yılı da kapsayacak şekilde genişletmiştir. Buna ek

olarak Mercer, rol kazanımı teorisinde ebeveynleri, yüksek riskli gebeliğin etkisini ve annenin hastalığını da dikkate almıştır. Mercer'in Annelik rolü kazanımı aşamalarından Beklenti aşaması, Rubin'in annenin fetüsü ayrı bir birey olarak kabul etmesini ve yeni bebek hakkında hayal kurmasını içeren bilişsel işlemler ve fantezi aşamalarıyla yakından ilişkilidir (Meighan, 2018).

Rubin'e (1984) göre, bir kadının annesi en güçlü annelik rol modelidir. Annenin kendi annesiyle iyi bir ilişkiye sahip olması son derece önemlidir. (Rubin, 1967) Mercer, anne-kız ilişkilerinin annelik rolüne erken geçişte kritik öneme sahip olduğunu ve annenin rolünde güven ve yetkinlik kazanmasıyla birlikte rolün ilerleyen aşamalarında daha az önemli hale geldiğini belirtmiştir (Mercer, 1985).

5.2. Kathryn Elaine Barnard'ın Aile Çocuk Etkileşim Modeli

Barnard'ın aile çocuk etkileşim modeli incelendiğinde model, ebeveyn davranışları, gözlemlenebilen yenidoğan davranışları, çevre ve tüm bunların etkileşimini içeren dört temel kavramdan oluşmaktadır. Barnard, ebeveyn-çocuk etkileşim modeli sistem teorisine interaktif sistemler adını vermiştir. Model temel olarak anne ve çocuk arasındaki birincil ilişkiyi değerlendirmek için kullanılır. Ebeveyn ya da bakım vericinin fiziksel sağlığı, ruhsal sağlığı, baş etmesi ve eğitim düzeyi ebeveyn davranışlarını etkileyen temel kavramlardır (Küçük, 2021). Benzer şekilde Mercer'in anne olma teorisinde de anne özellikleri olarak annenin sağlık durumu, anksiyete, depresyon kavramları incelenmektedir (Meighan, 2018). Annenin fiziksel ve ruhsal sağlığının her iki kuramda da ortak olarak ele alındığı görülmektedir. Ebeveyn çocuk etkileşiminin sağlanması için annenin ipuçlarına duyarlılık, stresle baş etme ve sosyal bilişsel gelişimi destekleme gibi gözlemlenebilir davranışları göstermesi beklenmektedir. Barnard etkileşimin sağlanması için gerekli yenidoğan/çocuk davranışlarını, ipuçlarının açıklığı ve bakım verene karşılık verme olarak belirtmiştir (Sarı & Demirbağ, 2018). Mercer mizacının kolaylığı ve bebek ipuçlarının açıklığının annelik rolü kazanımını kolaylaştırdığını belirtmektedir. (Meighan, 2014) Her iki kuramda da çevre kavramı yer almaktadır. Mercer annelik rolü gelişiminde etkili olan çevreyi mikrosistem, mezosistem ve makrosistem olarak tabakalandırmıştır. Barnard ise aile çocuk etkileşiminin temel kavramlarından birinin çevre olduğunu belirtmektedir (Küçük, 2021; Meighan, 2018).

6. SONUÇ

Mercer'in Anne Olma Teorisi, hemşirelik bakımının değerlendirilmesi, planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde çok yararlıdır. Teori, çok çeşitli ortamlarda ve farklı popülasyonlarda uygulanabilir. Mercer'in teorisi sadece uygulama için bir çerçeve değil, aynı zamanda hemşirelik araştırmaları için de bir referans çerçevesi sağlar. Çok sayıda faktörün etkisi nedeniyle, annelik rolü kimliği süreci karmaşıktır (Meighan, 2014). Annelik rolü kazanımı teorisinin, hemşireler ve ebeveynlikle ilgilenen diğer disiplinler için hem araştırma hem de uygulamada yararlı olduğu gösterilmiştir. Mercer'in teorisinin ve modelinin kullanışlılığını ve netliğini geliştirmeye olan bağlılığı açıktır ve teorisini kullananlara iyi hizmet etmiştir. Mercer'in hem kendi araştırmalarını hem de başkalarının araştırmalarını kullanması çalışmasını güçlendiriyor. Anne olma teorisini benimseme önerisi sağlam bir şekilde araştırma sürecine dayanmaktadır. Annelik ve ebeveynlik rolünün kazanılması çok karmaşık, çok düzeyli bir süreçtir. Mercer'in teorisi ve çalışmaları bu süreci mantıklı ve anlaşılır kılmakta ve uygulama, eğitim ve araştırma için sağlam bir temel sağlamaktadır (Meighan, 2018).

KAYNAKÇA

- Coşkuner Potur, D. (2013). Annelik Rolü Yeteneği- Anne Olmak. In A. F. Ocakcı & Ş. E. Alpar (Eds.), *Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri* (pp. 67-83).
- Erkuran, H. (2021). Annelik Rolü Kazanımı Teorisi. In (pp. 307–318). Akademisyen Kitabevi. In B. C. DEMİRBAĞ (Ed.), *Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla* (pp. 307-318). Akademisyen Kitabevi.
- Fouquier, K. F. (2013). State of the science: does the theory of maternal role attainment apply to African American motherhood? *J Midwifery Womens Health*, 58(2), 203-210. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00206.x>
- Küçük, E. (2021). Aile-Çocuk Etkileşim Modeli. In B. C. Demirbağ (Ed.), *Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla* (pp. 295-306). Akademisyen Kitabevi.
- Meighan, M. (2014). Mercer's Becoming a Mother Theory in Nursing Practice. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theory Utilization& Application* (pp. 332-349). Elsevier.
- Meighan, M. (2018). Maternal Role Attainment— Becoming a Mother. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (pp. 432-449). Elsevier.
- Mercer, R. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30, 73-77.
- Mercer, R. T. (1980). Teenage motherhood: the first year. Part i: the teenage mother's views and responses part ii: how the infants fared. *JOGN Nurs*, 9(1), 16-27. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1980.tb01301.x>
- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing research*, , 30(2), 73–77.
- Mercer, R. T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing research*, 34(4) 198–204.
- Mercer, R. T. (1986). The relationship of developmental variables to maternal behavior. *Res Nurs Health*, 9(1), 25-33. <https://doi.org/10.1002/nur.4770090106>

- Mercer, R. T. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing research*, 43(1), 38–43.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh*, 36(3), 226-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(5), 649-651. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *J Adv Nurs*, 15(3), 268-280. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01813.x>
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L., DeJoseph, J., May, K. A., & Sollid, D. (1988). Effect of stress on family functioning during pregnancy. *Nurs Res*, 37(5), 268-275. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3419943>
- Mercer, R. T., Hackley, K. C., & Bostrom, A. G. (1983). Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nurs Res*, 32(4), 202-207. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6553242>
- Mercer, R. T., May, K. A., Ferketich, S., & DeJoseph, J. (1986). Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family. *Nurs Res*, 35(6), 339-346. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3640350>
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 32(4), 465-477. <https://doi.org/10.1177/0884217503255199>
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. 2. Models and referants. *Nursing Research*, 16, 342-346. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00006199-196716040-00012>
- Rubin, R. (1977). Binding-in in the postpartum period. *Maternal-child nursing journal*, 6, 67-75.
- Sarı, C., & Demirbağ, B. C. (2018). Kathryn Elean Barnard'ın Ebeveyn Çocuk Etkileşim Modeli ile Down Sendromlu Bir Çocuğa Hemşirelik Bakımı. *STED*, 27, 441-447.

BÖLÜM 10

AİLE-ÇOCUK ETKİLEŞİM MODELİ

Doç. Dr. Canan SARI¹

¹ Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksek Okulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Yaşlı Bakımı Programı, Trabzon, Türkiye. canan.sari@trabzon.edu.tr.
ORCID: 0000-0002-3686-5343

GİRİŞ

Hemşireliğin bilimsel alanda temele dayandırılması amacıyla kuramcılar tarafından pek çok kuram ve teori oluşturulmuştur. Bu süreçte geliştirilen teorilerden biri de Barnard ebeveyn çocuk etkileşim modelidir. Geliştirilen model kapsamında çocukların davranışları ile bakım vericilere mesaj vermek istedikleri, verilen mesajın karşı taraftan doğru algılandığında ise etkileşimin olumlu yönde geliştiği ifade edilmiştir. Barnard tarafından geliştirilen modeldeki temel kavramlar hemşire, çevre, sağlık ve kişidir. İlgili kitap bölümü kapsamında kuramı geliştiren teorisyenin kısa bir özgeçmişi sunulurken, sonrasında kuramın içeriği ve modellerle ilgili temel kavramlar ile kuramcılarının benzer kavramları karşılaştırılmıştır.

1. KURAMCININ ÖZGEÇMİŞİ

Kathryn Elaine Barnard babası işçi ve annesi ev hanımı olan tek çocuklu bir ailede büyümüştür. 1956 yılında Nebraska Üniversitesi'nin Hemşirelik programında eğitimine başlayıp, 1960 yılında üniversiteden derece ile mezun olmuş aynı yıl başhemşire olarak Nebraska Üniversitesinde çalışmaya başlamıştır (Washington State Nurses Association, 2016; Küçük, 2021).

1961 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nin Boston Eyaletine taşınarak, Boston Üniversitesi'nde master programına başlamış, aynı yıl özel görevli hemşire olarak çalışmıştır. 1962 yılında Washington Üniversitesine kabul edilerek, 1965 yılında yardımcı doçent olmuştur (Küçük, 2021; Barnards-child-health-assessment-interaction-theory, 2019).

Mental retardasyonu ve zihinsel engeli olan çocuklar, prematür bebeklerin uyku sırasındaki pozisyonlarına göre uykuyu ifadeleriyle ilgili çalışmalar yapmıştır. 1971 yılında hemşirelik çocuk değerlendirilmesinin gelişimi ile ilgili bir araştırmada proje başkanlık yapmıştır. 1972 yılında Washington Üniversitesi'nde Erken Çocukluk Gelişimi ve Ekoloji alanında doktorasını bitirerek, Pediatri Hemşireliği bölümünde Profesör olmuştur (Tomey ve Alligood, 2006).

Kitaplarındaki önemli konu başlıkları okul çağı çocukları, erken doğanlar, düşük ve yüksek riske sahip yetişkin ve adolesan anneliğin etkileri, erken doğan bebekler ve anneleri arasındaki iletişimi geliştirmek için hastane ve ev ziyaretlerinin yararlılığıdır. Buna ilaveten 1969 - 1993 yılları arasında 15

büyük ödül kazanmıştır. Bu ödüllerden bazıları hemşirelikte en yüksek onur ödülü, hemşirelikte bilim ve eğitimi ve uygulamayı birleştirdiği için M Scot Ödülü, anne ve çocuk sağlığındaki liderliği için Marta May Eliot Ödülü, yılın hemşire bilimcisi ödülü ve 2006 yılında Yaşayan Efsane Ödülü'dür (Barnards-child-health-assessment-interaction-theory, 2019). 2001 yılında Barnard, bebek ruh sağlığı uygulayıcılarının mesleki gelişimini desteklemek Hemşirelik Yüksek Okulu ve İnsan Gelişimi ve Engellilik Merkezi'ne destek olacak Bebek Ruh Sağlığı ve Gelişimi Merkezi'ni kurmuştur (Barnards theory in nursing, 2009).

2. KURAMIN TEMEL İÇERİĞİ

Barnard'ın bir kuram geliştirme düşüncesi olmamasına karşın, uzun soluklu çocuk değerlendirme çalışmaları, Çocuk Sağlığı Değerlendirmede Etkileşim Kuramını geliştirmesine neden olmuştur. Barnard kendini teorisyen olarak tanımlamakta ve teorisinin orta düzey teori olduğunu belirtmektedir. Barnard'ın teorisinin adı Ebeveyn- Çocuk Etkileşim Modeli (PCI)'dir (Yıldız ve ark., 2017; Sarı ve Demirbağ, 2019; Küçük, 2021).

Modelin ana fikri bebek ve ebeveyn birbirinin bireysel karakterlerinden etkilenmesi ve ihtiyaçların karşılıklı olarak karşılanması olarak belirlenmiştir. Barnard çalışmalarında öncelikle fiziksel ve mental engelli çocuklar ve aileleri ile iletişime odaklanmıştır. Buna ilaveten çevrenin, çocukların ve ailelerin gelişimini nasıl etkilediği, sağlıklı çocukların büyüme ve gelişmelerini değerlendirme yöntemleri konularına da yönelmiştir (Theories in Psychiatric Nursing & Conceptual Models, 2020).

Barnard'ın teorisini oluştururken etkilendiği kişi Florance Blanke'dir. Teorisini desteklemek, risk altındaki aileleri belirlemek ve doğru bir şekilde ölçmek için Dr Barnard; Hemşirelik Çocuk Değerlendirmesi Beslenme Ölçeği (NCAFS) ve Hemşirelik Çocuk Değerlendirme Öğretim Ölçeği (NCAS) olarak bilinen değerlendirme ölçeklerini tasarlamıştır. Hemşirelikte internet aracılığıyla Çocuk Değerlendirme Eğitimi olarak adlandırılan bu program (NCAS), ilk olarak ABD'nin 19 eyaletinde 8 haftalık bir seri halinde sesli videolar halinde gösterilmiştir. Bu ölçekler, düşük sosyo-ekonomik, preterm bebekler ve ergen annelerin bebekler dahil olmak üzere risk altındaki gruplar için hem değerlendirme hem de sonuç ölçütleri olarak test edilmekte ve güvenilir bulunmuştur. PCI Modeli halen devam eden araştırmalarda

kullanılmakta ve bugün bilinen bilinen dergilerde yayınlanmaktadır (Ransome ve ark., 2018; Sarı ve Demirbağ, 2019).

2.1. Model İle İlgili Temel Kavramlar

2.1.1. *Çocuklar bakıcılarına mesaj vermektedir.*

- Çocuklar bakıcısına ajitasyon, ağlama yada uykusuzluk gibi belirtilerle mesaj vermektedir. Bazen bakıcılar çocukların mesajını anlamayabilir ya da yanlış anlayabilir. Eğer yanlış bu mesaj yanlış anlaşılırsa uyum süreci kesintiye uğrar.

2.1.2. *Çocuğun bakıcısına mesaj verme yeteneği*

- Çocuklar bakıcılarına gereken mesajı veremez ise uyum süreci oluşmaz.

2.1.3. *Çocukların mesajına bakıcıların duyarlı olması*

- Bakıcıların çocukların mesajına uyabilmesi için önce bu mesajı algılayabilmesi gerekmektedir.

2.1.4. *Bakıcıların yetenekleri çocukların stresini azaltabilir*

- Bu durumda yapılacak olan ilk adım çocuklarda oluşan stresin nedeninin belirlenmesi olmalıdır. Sonrasında stresi azaltmak için yapılması gereken davranışlar bakım verici tarafından bilinmeli ve uygulanmalıdır.

2.1.5. *Ebeveynlerin sosyal ve duygusal gelişme faaliyetleri*

- Çocukların hem sosyal hem de duygusal olarak büyüme ve gelişmesi ebeveyn uyumuna bağlıdır (Sarı ve Demirbağ, 2019; Küçük, 2021).

3. KURAMIN TEMEL KAVRAMLARI

3.1. Hemşire: 1966 yılında Barnard hemşireliği hastanın bağımsızlığının tanımlandığı ve bakımının desteklenmesiyle yoluyla oluşan bir süreç olarak tanımlamıştır. Bu süreç eğitim, teröpati ve restorasyonu içeren bir faaliyet değişimidir. Fakat 1981’de bir hemşirelik konferansında hemşireliği insanın sağlık problemlerinin teşhis ve tedavisinden sorumlu kişi olarak

tanımlamıştır (Tomey ve Alligood, 2006; Sarı ve Demirbağ, 2019; Küçük, 2021).

3.2. Çevre: Teorinin esas noktasıdır. Bakım veren kişiyi etkileyen olaylar da dahil olmak üzere, bireyin karşılaştığı herhangi bir tecrübe, insan, obje, yer yada ses olabilir. Barnard çevreyi canlı ve cansız olmak üzere iki gruba ayırır. Canlı olarak çevre bakımı üstlenen kişi, cansız olan çevre ise çocuğun etrafındaki objeler olarak tanımlanabilir. Model kapsamında çocuğun bulunduğu çevrede sağlığını etkileyebilecek canlı ve cansız tüm etmenler ve mevcut kaynaklar değerlendirilmelidir. Çocuğun sosyal ve fiziksel çevresinin değerlendirilmesinin önemli olduğunu vurgulamıştır. Sosyal çevre faktörleri, çocuk sağlığı sonuçlarının belirlenmesinde önemli olduğu düşünülmüştür (Tomey ve Alligood, 2006; Sarı ve Demirbağ, 2019; Küçük, 2021).

3.3. Sağlık: Sağlığın tanımını yapmamakla birlikte, sağlık bakımının tanımını yapmıştır. Sağlık bakımının öncelikli amacını da hastalıkların önlenmesi olarak tanımlanmıştır (Sarı ve Demirbağ, 2019).

3.4. Kişi: İki tarafında dahil olduğu bir etkileşime katılan birey olarak tanımlar. Kişi bebek, çocuk ya da adölesan olabilir. Model kapsamında çocuk ise huy ve düzenleme olarak iki kavramı alır. Bakım verici açısından düşünüldüğünde bakım vericilerin eğitim düzeyi, fiziksel sağlığı ve baş etme becerilerinin değerlendirilmesinin, çocuk sağlığını değerlendirmede dikkate alınması gerektiğini öngörmektedir (Tomey ve Alligood, 2006; Sarı ve Demirbağ, 2019).

4. KURAMIN ALT KAVRAMLARI

4.1. Başetme: Barnard başetme durumunu tanımlarken öncelikle sorunların ortaya çıkmadan yani daha etkili olmadan, gelişmeden önce tespit edilmesi ve tanımlanması gerektiği ifade edilmiştir.

4.2. Etkileşim: Teorisi kapsamında Barnard bakım vericileri eşsiz olarak tanımlamıştır. Buna ilaveten bakım vericilerin ve çocukların birbirinden etkilendiğini ifade etmiştir. Etkileşim sürecinde karşılıklı besleyici ilişkilerin değerli olduğunu düşünmektedir. Kısa yapılan gözlemlerin geçerli birer kanıt olabileceği düşünülmüştür. Barnard, anne-çocuk-çevre sürecinin etkileşimli

olduğunu ve ana-babanın ve çocuğun bireysel özelliklerinin birbirinden etkilendiğini ve birbirlerinden etkilendiğini fark etmektedir. Ayrıca, bu özellikler sistemin ihtiyaçlarını karşılamak için değiştirilebileceğini düşünmektedir. PCI Modeli, ebeveyn ile çocuk arasındaki etkileşimli ilişkinin bilişsel büyüme ve gelişimi doğrudan etkilediğini önermektedir. Anne-çocuk etkileşimi çocuğun sağlığını belirleyeceğinden önemlidir (Tomey ve Alligood, 2006; Sarı ve Demirbağ, 2019).

4.3. Adaptasyon ve uyum süreci: Barnard'a göre bu süreç temel özellikler doğrultusunda değişebilir. Bu süreçte özellikle çocuk tarafından başlatılan davranışların adaptasyon ve etkileşim sürecinde önemli fırsatlar olduğunu düşünmektedir. Barnard'a göre ebeveyn ve çocuk, "işaret iletişimi" kurma sorumluluğunu taşırlar veya çevrelerindeki ipuçlarını doğru bir şekilde gönderir ve alırlar. Bu süreçte her iki tarafın da verilen mesajı uygun yorumlanması ve zamanında yanıt vermesi iletişim sürecini devam ettirmenin önemli unsuru olarak ifade edilmiştir. Çocuk sağlığını değerlendirmede temel amaç sorunları gelişmeden önce saptamak ve en etkili zamanda müdahaleyi yapmaktır. Bakım veren kişinin kendine özgü bir stili, beceri düzeyi ve uyum kapasitesi vardır. Bu kapasite çevre desteğinden etkilenir. Uyumlu bir ebeveyn çocuk etkileşiminde; ebeveyn davranışı çocuğu, çocuğun davranışı da ebeveyni etkiler ve her ikisi de değişir (Ransome ve ark., 2018; Sarı ve Demirbağ, 2019).

5. KURAMDA YER ALAN KAVRAMLARIN DİĞER KURAMCILARIN KAVRAMLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

5.1. Hildegard Elizabeth Peplau: Peplau teorisinin temeline hasta ve hemşire ilişkisini yerleştirmiştir. Buna ilaveten psikodinamik hemşireliğin tüm klinik hemşirelik süreçlerinde olması gerektiğine inanmıştır. Bu doğrultuda hemşireliğin kişiler arası sürece ve hemşire hasta arasındaki ilişkiye temellendiğine inanmıştır. Barnard'a benzer şekilde teorisindeki dört kavramı hemşire, çevre, insan ve sağlık olarak sınıflandırmıştır (Çalışkan ve Gürhan, 2019; Sarı ve Demirbağ, 2019).

Peplau hemşireyi teröpatik kişilerarası ilişkiyi sağlayan bir süreç olarak ifade etmiş, Barnard' dan farklı olarak hemşireyi iletişimi sağlayan olgunlaştırıcı bir güç olarak ifade ederek iletişim sürecinde hemşirenin 6 rolü

olduğunu ifade etmiştir. Bu roller yabancı, kaynak kişi, eğitici, lider, vekil ve danışman rolü olarak gruplandırılmıştır (Pektekin, 2013).

Peplau insanı değişken bir dengede yaşayan organizma olarak tanımlamıştır. Çevre ise bu organizma dışındaki bakım veren yetişkinler, ailenin ekonomik durumu ve sağlıklı bir prenatal çevre olarak ifade edilmiştir. Barnard'a benzer şekilde teorisini çevredeki gözlemlere temellendirmiştir. Buna ilaveten sağlığı kişiliğin gelişimi, yaratıcılığı yapıcılığı içeren bir sembol olarak ifade edilmiştir. Ayrıca Peplau'nun kuramında kişiler arası iletişimden bahsetmesine rağmen çocuk grubu hastalarda kuramın genelleştirilemeyeceği, hasta bakım ve iletişiminde sosyal çevre üzerine odaklanmadığı bilinmelidir (Çırlak, 2019; Küçük, 2021).

5.2. Ida Jean Orlando: Teorisini Barnard'a benzer şekilde hasta ve hemşire arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Bu noktada Barnard'dan farklı olarak hemşirelik sürecinden yararlanarak bu süreci hastanın davranışı, hemşirenin tepkisi ve hemşirenin davranışları olmak üzere üç gruba ayırmıştır. Orlando'ya göre hemşire; hemşirelik süreci disiplin teorisindeki standart hemşirelik süreci olan tanı, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi içermektedir. Ayrıca hemşirelik mesleğini insan, çevre ve sağlıkla ilgilenir şeklinde tanımlayarak Bernard'ın teorisinde yer alan kavramların tamamını hemşire ifadesi altında toplamıştır (Pektekin, 2013; Sarı ve Demirbağ, 2019).

Orlando hastanın kendini ifade etme şeklini açıklarken Barnard'a benzer şekilde hastaların kendilerini ifade etme şekillerinin farklı olduğunu, hastaların davranışsal olarak hemşireye bir ipucu gönderdiği kısaca duygularını doğrudan ifade edemedikleri zaman dolaylı şekilde kendilerini ifade etmeye çalıştıklarını, bu süreçte hemşirenin hastanın kurduğu dolaylı iletişimi fark etmesi gerektiği vurgulanmıştır (Can ve ark., 2019; Sarı ve Demirbağ, 2019; Küçük, 2021).

Orlando'nun teorisinde Barnard'ın teorisinde olduğu gibi hemşire hastanın sözel ve sözel olmayan davranışlarını gözlemleyerek gereksinimleri saptar ve hemşirelik bakımını uygulaması gerektiği böylece kişilerin yalnız fiziksel gereksinimleri değil sosyal ve ruhsal gereksinimlerinin de belirlenmesi gerektiği ifade edilmiştir. Diğer taraftan Barnard'ın teorisini oluştururken belirlediği kavramlar oluşum mekanizması teorisinde açıkça ifade edilmesine rağmen Orlando'nun teorisini oluştururken 2000 hasta ve hemşire ilişkisini kaydettiği, analizlerini değerlendirdiğini ifade etmesine rağmen neredeyse

teoriye ait tüm varsayımların nasıl geliştirildiğinin net olarak ifade edilmemiştir (Pektekin, 2013; Sarı ve Demirbağ, 2019; Ransome ve ark., 2018).

5.3. Joyce Travelbee: Travelbee kişilerarası ilişkiler kuramını oluştururken bakımın amacını birey, aile ve toplumun hastalıklar ve acı ile başetmesi veya gelişiminin önlenmesi amacıyla yardım etmek olarak tanımlamıştır. Temel kuram felsefesini de hastalık durumu, ağrı ve acı çekme süreçlerine yönelik oluşturmuştur (Ocakçı, 2013; Çalım ve Saruhan, 2014).

Barnard'an farklı olarak kuramın temel kavramlarına hasta/hastalık ifadesine de yer vermiştir. Bu noktadan hareketle hastayı başkalarının gereksinimine ihtiyaç duyan insan olarak tanımlamış; hastalığı ise bireyin aile ve çevresini etkileyen sosyal bir sorun olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda çevre tanımını net şekilde açıklamayarak hastalığı da çevresel bir faktör olarak değerlendirip acı ve ıstırap üzerine yorumlamıştır. Travelbee Barnard'a benzer şekilde insan kavramını tanımlarken çevreden etkilendiğini ifade ederken, aynı zamanda kültürden etkilendiğini de belirtmiştir. Buna ilaveten sağlık tanımlaması yaparken sadece fiziksel sağlık ifadesine yer vermemiş, ruhsal olarak ta kişinin tam bir iyilik halinde olması gerektiğine inanılmıştır. Buna ilaveten Travelbee benzer şekilde kuramında başetme ve etkileşim terimlerine yer vermiştir. Bu anlamda başetme teriminde hemşirenin rolüne vurgu yaparak, iletişimi bakımın amacına ulaşmasındaki kolaylaştırıcı süreç olarak tanımlamıştır (Pektekin, 2013; Çalım ve Saruhan, 2014; Sarı ve Demirbağ, 2019).

5.4. Sister Callista Roy

Roy ve Barnard'ın kuramında yer alan kavramların birbirine benzer olmasına rağmen, içerik olarak farklıdır. Roy'a göre modeldeki insan kavramı adapte edilecek kişiyi ifade ederken, Barnard'a göre karşılıklı etkileşimde bulunan kişi olarak tanımlanmıştır. Her iki kuramda yer alan cansız çevre kavramı birbirine benzerdir (Pektekin, 2013; Sarı ve Demirbağ, 2019). Barnard'a canlı çevreyi bakımı üstlenen kişi olarak tanımlarken; Roy'a göre çevre adaptasyon sürecini etkileyen tüm faktörlerdir. Aynı zamanda Barnard'a göre hemşire kişinin sağlık problemlerinden sorumlu olan kişi olarak tanımlanırken; Roy'a göre ise kişinin yaşadığı sürece uyum sağlamasında görevli olan birey olarak ifade edilmiştir. Diğer taraftan Barnard sağlık kavramı

kapsamında sağlık bakımının tanımını yaparken Roy bu durumu yaşam boyu yaşanan sürece adapte olma olarak ifade etmiştir. Adaptasyon süreci kapsamında Barnard her iki tarafın da verilen mesajı uygun yorumlanmasını iletişim sürecini devam ettirmenin önemli unsuru olarak tanımlarken; Bireyin uyarılara verdiği pozitif cevap “uyum”, negatif cevap ise “uyumsuzluk” olarak ifade etmiştir (Sarı ve Demirbağ, 2019; Sarı ve Demirbağ, 2022).

6. SONUÇ

Barnard’ın geliştirdiği kuram ile ebeveyn ve çocuk etkileşimi kapsamında gelişim sürecinin başarılı şekilde tamamlanacağı düşüncesine dayanmaktadır. Bu süreçte hem ebeveynlerin hem de desteklenmesinde görev hemşirelere düşmektedir.

Özellikle ebeveyn çocuk ilişkisinin olumlu başlayıp sürdürülmesinde hemşirelerin rehber görevi üstlendikleri belirtilmektedir. Buna ilaveten hemşire kuramcılarının teorilerini oluştururken kullandıkları temel kavramlar benzerlik göstermesine rağmen, içerik olarak farklılıkları bulunmaktadır. Bu durum hemşirelik alanında geliştirilen kuramların çeşitliliğini ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

- Barnards-child-health-assessment-interaction-theory, 2019. Erişim adresi: <https://nursology.net/nurse-theories/barnards-child-health-assessment-interaction-theory/>. Erişim adresi: 20.04.2025.
- Barnards theory in nursing, 2009. Erişim adresi: <https://www.scribd.com/document/730104040/BARNARDS-THEORY-in-nursing>. Erişim tarihi: 29.04.2025.
- Can, S., Yıldırım Usta, Y., ve Can Çiçek, S. (2019). Orlando'nun Hemşirelik Süreci Teorisi'nin Uygulamada Kullanımına Bir Örnek: Olgu Sunumu. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi, 11(1), 46-48.
- Çalım, S. İ., ve Saruhan, A. (2014). Travelbee Kuramı'na Göre Verilen Kişilerarası İletişim Eğitiminin Ebelerin İletişim Becerilerine ve Annelerin Doğum Memnuniyetine Etkisi. Life Sciences, 14(4), 104-121.
- Çalışkan, B.B., ve Gürhan, N. (2019). Majör Depresyon Tanılı Bir Olgunun Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Teorisi Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı Olarak Ele Alınması: Olgu Sunumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 35(3), 163-171.
- Çırlak, A. (2019). Hildegard E. Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Kuramının Klinik Uyum Sürecinde Yeni Mezun Hemşire-Rehber Hemşire İlişkisine Uyarlanması: Bir Özel Hastane Örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 22(1), 71-77.
- Küçük, E. (2021). Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Demirbağ BC (Ed.). Aile Çocuk Etkileşim Modeli. 1. Baskı, Ankara. Akademisyen Kitapevi, Ankara, sayfa: 295-307.
- Ocakçı, A.F. (2013). Hemşirelik Kavram Kuram ve Modelleri. Ocakçı AF, Ecevit Alpar Ş (Ed.), Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri. 1. Baskı. İstanbul. Medikal Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 57-66.
- Pektekin Ç (2013). Kuramlar-Bakım Modelleri. Pektekin Ç (Ed.), Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 53-61.
- Pektekin Ç (2013). Kuramlar-Bakım Modelleri. Pektekin Ç (Ed.), Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 95-99.

- Pektekin Ç (2013). Sister Callistra Roy ve Adaptasyon Kuramı. Pektekin Ç (Ed.), Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 111-119.
- Ransone, S.H., Graff, J.C., Bush, A.J., Oxford, M., & Wicks, M.N. (2018) Psychometric evaluation of the nursing child assessment teaching (NCAT) scale in a community-based sample. Res Nurs Health. 41(3):301-311.
- Sarı, C., Demirbağ, B.C. (2019). Kathryn Eleam Barnard'ın Ebeveyn Çocuk Etkileşim Modeli ile Down Sendromlu Bir Çocuğa Hemşirelik Bakımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 27(6): 441-447.
- Sarı, C., & Demirbağ, B. C. (2022). Temiz Aralıklı Kateterizasyon Uygulamasında Roy Adaptasyon Teorisi'ne Temellendirilmiş NANDA Tanıları ile NIC Girişimlerini İçeren Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 4(3), 293-308.
- Theories in psychiatric nursing & conceptual models, 2020. Erişim adresi: <https://pmhealthnp.com/kathryn-barnard-child-interaction-theory/>, Erişim tarihi: 29.04.2025.
- Tomey, M.A., Alligood, M.R. (2006). Nursing Theorists and Their Work. 4. Edition, By Mosby Year Book, Londra : Mosby Elsevier. 50-71.
- Yıldız, D., Kızıler, E., & Fidancı, B.E. (2017). "Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Modeli" Doğrultusunda Hemşirelik Yaklaşımları. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 9(1), 71-78.
- Washington State Nurses Association. Kathryn Barnard, 2016. Erişim adresi: <https://www.wsna.org/hall-of-fame/2016/kathryn-barnard>. Erişim tarihi: 13.04.2025.

BÖLÜM 11

HEMŞİRELİKTE KİŞİLERARASI İLETİŞİM KURAMI

Dr. Elif SARAC¹

Prof. Dr. Esra YILDIZ²

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15823368>

¹ Milli Savunma Bakanlığı, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Özel Bakım Merkezi/Bilkent/Ankara/Türkiye. elif.sarac@msb.gov.tr, ORCID ID: 0000-0002-4126-9327.

² Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı/Erzurum/Türkiye. esra.yildiz@atauni.edu.tr, ORCID ID: 0000-0003-4445-7064.

1. HEMŞİRELİKTE KİŞİLERARASI İLETİŞİM KURAMI

“Kuram” terimi Yunan dilindeki “theoria” kelimesinden türetilerek dilimize uyarlanmıştır. Kuram veya diğer anlamı ile teori, bilimde bir olgunun, gözlem ve deneylerle yapılan bir açıklamasıdır (Türk Dil Kurumu, 2022). Toplumda gerçekleşen bir olayı açıklamak için kullanılan düşünce sistemidir, denilebilir. Hemşirelik mesleğinde teorikten pratiğe, okul müfredatlarından sahaya tüm eğitim ve uygulamalar temel kuramlara ve kavramlara dayandırılarak gerçekleştirilmektedir. Literatürde kuramlara verilen bir diğer isim modellerdir. Bu kuram ve modellerin kullanılmasının amacı ise kanıta dayalı bilimsel uygulamalar ile hemşirelik biliminin geliştirilmesidir. Ayrıca, kullanılan kuram ve kavramlar öğrencilikten uzmanlığa tüm hemşirelerin ortak bir dil geliştirmelerini de sağlamaktadır (Pazarcıkcı ve Uçak, 2021).

Tüm insanlığın temel ihtiyacı olduğu gibi, hemşirelik mesleğinin de vazgeçilmez unsuru iletişimidir. Sosyal bir varlık olan insanın, günlük hayatını sürdürebilmesi ve ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için iletişim kurması gerekmektedir (Tutar, 2016). Sosyal bilimlerin, başta; sosyoloji, psikoloji ve felsefe olmak üzere uzun yıllardır ele aldığı ve incelediği kişilerarası iletişim günümüzde bir disiplin haline gelmiş olup hemşirelik mesleğinde de adına kuram oluşturulmuştur. Bunun nedeni, temelini insanın, bakım ve ihtiyaçlarının oluşturduğu hemşirelikte en önemli unsurun bireyle iyi iletişim sağlanmak olmasıdır. Bu kapsamda iletişimin önemini vurgulayan kavramlardan birisi Hildegard Peplau'nun “Kişilerarası İletişim” kuramıdır. Peplau; dünyada hemşireliğin kurucusu olarak bilinen F. Nightingale'den sonra en iyi bilinen ilk kuramcılardan biridir (Pehlivan ve Güner, 2016).

Kuramın temel prensipleri, bireyler arasındaki ilişkiler üzerine kurduğu teoriler, diğer teorilerden nasıl farklılaştığı ve hemşirelik pratiği üzerindeki etkileri bu bölümde ele alınacaktır.

2. HEMŞİRELİKTE BİR KURAMCI HILDEGARD PEPLAU

Hildegard E. Peplau hemşireliğinin bir uzmanlık dalı olan psikiyatri hemşireliğinin mimarı olarak kabul edilir. Peplau 1909 yılı Pennsylvania Reading doğumludur. 1931 yılında ilk hemşirelik mezuniyetini Pennsylvania Pottstown' dan almıştır. Mezuniyet sonrası eğitimini bitirdiği bölge

Pensilvania ve sonrasında New York'ta hemşire olarak çalışmıştır (Yıkar ve ark., 2024). Lisans derecesini aldıktan sonra Peplau, Erich Fromm, Frieda Fromm-Reichmann ve Harry Stack Sullivan ile özel bir psikiyatri kliniğinde (Chestnut Lodge) psikolojik sorunları bulunan hastaları değerlendirdi. Peplau 1943'ten 1945'e kadar Ordu Hemşiresi olarak görev yapmıştır. İngiltere'deki 312. Saha İstasyonu Hastanesi'nde görev yapması ise ona Amerikan ve İngiliz psikiyatrisinin önde gelen isimleriyle çalışma fırsatı vermiştir.

1950'lerin başında, Teachers College'da lisansüstü hemşirelik öğrencileri ile ilk derslerine başlamıştır. 1954 ile 1974 yılları arasında Rutgers Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nin öğretim üyesi olması psikiyatri hemşireliğinde ilk lisansüstü programı oluşturmasını kolaylaştırmıştır. 1950 ve 1960'lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hemşirelere yönelik yaz çalışma atölyeleri düzenleyerek kişilerarası kavramlar ve görüşme tekniklerinin yanı sıra bireysel, aile ve grup terapisi dersleri vermiştir (Forchuk, 2021).

Peplau, Dünya Sağlık Örgütü'nde de danışman olarak görev yapmış ve farklı ülkelerdeki üniversitelerde davetli profesör olarak çalışmıştır. Ayrıca ABD hükümeti için politika oluşturma etkinliklerine bir hemşire olarak katılması bir toplumda politika oluşturma ve geliştirme çalışmalarında hemşirelerin önemini dünyaya vurgulayan bir etkinlik olmuştur (Forchuk, 2021). Rutgers'daki görevinden emekli olduktan sonra Belçika'daki Leuven Üniversitesi'nde 1975-1976 yıllarında ilk Avrupa lisansüstü hemşirelik programının oluşturulmasına büyük katkıları olan Peplau hemşireliğin öncü isimlerinden biri olmuştur.

Çalışmaları boyunca kişilerarası güven, sözlü ve sözsüz iletişim, hastanın bakım ve tedavisi için müdahaleler, öz farkındalık, hemşire-hasta etkileşiminde teknikler ve terapötik iletişim konuları üzerinde durmuştur (Olufunke ve Oluwakorede, 2016).

3.KİŞİLERARASI İLETİŞİM TEORİSİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Peplau lisans eğitimini tamamladıktan sonra psikolojik sorunları olan hastalarla çalışmıştır. Bu dönem Sullivan'ın kişilerarası teorisini hemşirelik alanına uyarlama çalışmalarına başladığı bir dönemdir. Sullivan'ın teorisinden bahsetmek gerekirse bu teoride; kişilerarası ilişkiler yasalar, gelenekler veya

karşılıklı anlaşmayla düzenlenebilir ve bu ilişkiler toplumların temelini oluşturur. Bahsi geçen yasa, gelenek ve ilişkiler toplumdaki bireylerin sosyal bağlamda birbirleriyle iletişim kurması ile ortaya çıkar ve karşılıklı uzlaşmalar sayesinde de gelişirler (Shives, 2008). Ayrıca Sullinvan’a göre, kişilik ve hastalıklar bu sosyal iletişim ve kişilerarası deneyimlerin sonucu oluşur.

Peplau, kişilerarası ilişkiler kuramındaki iletişim ve ilişki kavramlarını Sullivan’ın teorisinden uyarlayarak, sorun çözme becerilerinin geliştirilmesinde hasta-hemşire ilişkisinin önemine odaklanmıştır. Peplau hastaların, kişilerarası ilişkilerde zorluklar yaşamaları nedeniyle konuşamamalarının psikiyatrik bozukluklarının temeli olduğuna inanmıştır. Bu nedenle kişilerarası iletişim ve terapiyi bu sorunları çözen bir unsur olarak görmüştür. Ayrıca bu teoriye göre, hasta-hemşire ilişkisi açıkça bir sosyal ilişkidir. Bu sosyal ilişkinin tedavi ve bakım süreçlerine ve sonuçlarına etkileri derindir. Peplau’nun teorisi, psikiyatri klinikleri başta olmak üzere, kronik hastalıkların bakım ve tedavisinde, evde bakıma ihtiyacı olan bireylerde ve sağlığı geliştirmenin her alanında etkilidir.

Peplau’nun teorisi hemşirelik bakımını, terapötik ilişkilerin geliştirilmesi yoluyla kişisel, kişilerarası ve sağlık sorunlarının üstesinden gelmeye yönelik bir süreç olarak tanımlamıştır. Ayrıca, sağlığın geliştirilmesinde kişilerarası ilişkilerin klinisyen-hasta ikilileriyle sınırlı olmadığını, aile üyeleri, arkadaşlar ve toplum gibi sosyal ağları da kapsadığını vurgulamaktadır. Peplau teorisi sayesinde hemşirelik uygulamaları ile hemşirelik müfredatının da geliştirilmesini etkileyen bir hemşirelik yaklaşımı yaratmayı başarmıştır.

4.KURAMIN TEMEL KAVRAMLARI VE AŞAMALARI

Peplau’nun kuramında sağlıklı veya hasta bireyler ile hemşire arasındaki terapötik ilişki; oryantasyon, tanımlama, yararlanma ve çözümleme olmak üzere dört aşamada gerçekleşir ve bu dönemlerde hemşirenin yabancı, kaynak kişi, eğitim, liderlik, vekil kişi ve danışmanlık olmak üzere farklı rolleri bulunmaktadır (Velioğlu, 2012). Terapötik ilişkinin aşamaları;

4.1.Oryantasyon

Peplau bu aşamada hemşire ile hastanın ilk karşılaştıklarında birbirine yabancı olduklarını belirtir. Yabancı rolünü üstelenerek birey/hastaya nazik davranması gerektiğini ifade eder. Hemşire, herhangi bir duygu ya da yargı içermeyen, varsayımlarda bulunmadan hastayı ya da başvuran bireyi değerlendirmelidir görüşünü savunur (Pektekin, 2013). Hasta ya da bireyin inanç ve değerlerinin, yaşam tarzının belirlenerek bakım planına dahil edildiği bu aşama, bir anlamda hasta ile hemşirenin birbirleri arasında uyum ve oryantasyonun sağlandığı dönemdir. Sorunların belirlenebilmesi için veri toplanılan aşamadır. Hemşire bir yandan hasta/bireyin sorununa yönelik tanı koyarken, diğer yandan hasta ya da bireyin var olan sorununu kendisinin anlamasına ve tanımlamasına olanak tanır. Ayrıca kuramın bu aşamasının hedefi bireyin kendi gereksinimini fark edip hemşire ile birlikte müdahale ve tedavi çalışmaları için bir motivasyona sahip olmasıdır (Velioğlu, 2012; Kurt, 2014).

4.2.Tanımlama

Bu aşama, hasta/bireyin sorularının tanımlanıp bu sorunlara yönelik iş birliği içerisinde müdahale çalışmalarının planlandığı aşamadır. Hasta hemşireye güvenerek duygu ve düşüncelerini paylaşır. Hemşire hasta ile bakım ihtiyaçlarına ilişkin bilgileri ve çözüm yöntemlerini paylaşır ve hasta artık sağlık gereksinimlerine dair bilgilere sahip olmuştur (Pektekin, 2013). Peplau'ya göre eğitici, danışman ve liderlik rolleri hemşirenin bu aşamada sahip olduğu rolleridir.

4.3.Yararlanma

Hemşirenin kaynak rolünü üstlendiği bu aşama, hastanın sorunlarına ilişkin daha çok bireysel sorumluluk aldığı bir süreçtir. Bu süreçte hastanın sorunlarıyla baş etme becerilerinin geliştirilmesine odaklanılmaktadır (Velioğlu, 2012). Farklı senaryolar ve oyunlar ile öğrenme pekiştirilerek hastanın hemşire ile olan terapötik ilişkisinden optimal düzeyde yarar sağlaması hedeflenir (Pektekin, 2013; Demir, 2017). Kuramda belirtilen terapötik ilişkinin son aşamasına geçilmeden, hastanın son bilgi ve birikiminin değerlendirildiği, problemi çözmesinin sağlandığı bu aşamada hasta/birey

yeni sorunlarla karşılaştığında öz yönetimi ve güç kaynakları sayesinde kendi kendine yetebilir hale gelecektir.

4.4.Çözümleme

Bu aşama belirlenmiş hedeflere ilişkin çözümlerin sunulduğu bu hedeflere ve çözümlere ulaşıldığı aşamadır. Süreç, yeni hedefler belirlenerek hastanın kendi kendine bağımsız olarak girişimler planlaması ile devam etmektedir (Demir, 2017). Önceki aşamalarda hemşire-hasta arasında sağlanan güven ilişkisi hastanın hem kaynak kişiye yani hemşireye hem de sorunlarla baş etmedeki öz becerisine yani kendine de güvenini artırmıştır. Bu güven ve sorunları çözümleyebilme becerisi daha önce başarı ile tamamlanan aşamalar sayesinde. Hemşire-hasta arasındaki bu iletişim dönemlerinde yaşanan herhangi bir eksiklik ya da ilişkiler arasında kurulamayan denge, aşamaların başarı ile tamamlanamamasına ve bir önceki hatta ilk iletişim aşamasına dönülmesine neden olabilmektedir.

5.SONUÇ

İnsan davranışları genelde kişilerarası, özelde ise ikili ilişkiler çerçevesinde gelişir ve ilerler. Bu ilişkiler sosyal psikoloji alanında ayrıntılı olarak incelenmektedir. Sağlık alanında ise psikiyatri hemşireliğinde bir önder olan Peplau hemşirelik girişimlerinin temelinde insanın sosyal bir varlık olduğu gerçeğini, sürekli iletişim gereksinimi içerisinde olduğunu ve ilişkilerinin temelinde alma, verme eğiliminde bulunduğunu belirtmiştir. Hasta/bireylerin sorunlarının çözülebilmesi için ilk olarak ilişkilerinin geliştirilmesini ve hemşirelik girişimlerinin ise bu yönde planlanması gerektiğini savunmuştur. Hasta ve hemşire arasındaki terapötik ilişki üzerinde durarak bu ilişkiyi ayrıntılı bir şekilde aşamalandırmıştır.

Hemşirelik girişimlerinde teori kullanımı planlanan bakımın sistematik ve etkin olmasını sağlar. Hasta-hemşire ilişkisinde Peplau'nun kişilerarası ilişkiler teorisinin kullanımı ile bireyin kendi bakım sürecine katılımı desteklenir. Hasta ya da bireyin bağımsız karar verme yetisinin geliştirilmesinde, gereksinimlerine yönelik müdahalelerin planlanması ve uygulanmasında Peplau'nun mevcut teorisinin kullanılması önerilmektedir.

8.KAYNAKÇA

- Aytekin H, Ateş E. Kişilerarası İletişim ve Sosyal Alışveriş Kuramı. Uluslararası Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırma Dergisi. 2023; 10(99), 2274-2279. 10.5281/zenodo.8396654.
- Demir S. Hildegard E. Peplau: Kişilerarası ilişkiler teorisi. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara Z, editör. Hemşirelik teorileri ve modelleri. 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2017. p.122-44.
- Forchuk, C. Overview of Peplau's Theory. "From Therapeutic Relationships to Transitional Care". E-book: Routledge, 2021. (13). 1st edition.
- Gürüz, D., & Eğinli, A. T. (2011). Kişilerarası İletişim-Bilgiler-Etkiler-Engeller. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- Kurt, İ. (2014). Yetişkinlerde öğrenme ve öğretme. In Yetişkin Psikolojisi (2. Baskı, pp. 149–210). Ankara: Akçağ Yayınları.
- Olufunke, OC., Oluwakorede, O. (2016). Peplau's theory of psychodynamic nursing and the nurse-patient interaction: a literature review. South American Journal of Nursing Special Edition, 1-13.
- Pazarcıkcı F, Uçak A. Hemşirelik Eğitiminde Hemşirelik Kuram ve Modellerinin Kullanılmasının Önemi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 2021; 4(2), 25-33.
- Pehlivan, T., ve Güner, P. (2016). Kuramların psikiyatri hemşireliğinde Kullanımı. Journal of Psychiatric Nursing,7(2):100–104. Doi: 10.5505/phd.2016.46036.
- Pektekin Ç. [Hildegard Elizabeth Peplau: the theory of interpersonal relations]. Hemşirelik Felsefesi, Kuramlar, Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013. p.53-60.
- Poyraz, E. (2020). Interpersonal Communication And Social Exchange Theory. International Journal of Social and Economic Sciences, 10(1), 1–14. <https://ijses.org/index.php/ijses/article/view/265>
- Senn FJ. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: Application in Emergency and Rural Nursing. Nursing Science Quarterly 2013; 26(1): 31– 5. doi: 10.1177/0894318412466744.
- Shives LB. Basic concepts of psychiatricmental-healthnursing. 7th ed. United States of America: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.

- Tutar, H. (2016). Sosyal Psikoloji Kavramlar ve Kuramlar (3 b.). Ankara: Seçkin Yayınları.
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri (2023). <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 7.03.2025).
- Velioğlu P. [Hildegard Elizabeth Peplau: the theory of interpersonal relations]. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın; 2012. p.234-259.
- Yıkar SK, Işık B, Nazik, E. Kadın Sağlığı Hemşireliğinde İletişim Kuramının Gelişimi: Hildegard E. Peplau. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED) 2024, 10(2), 119-128.

BÖLÜM 12

KLİNİK HEMŞİRELİĞİ YARDIM SANATI

Dr. Öğr. Üyesi Esra ÇAYLAK ALTUN¹

Dr. Öğr. Üyesi Kadriye ÖZKOL KILINÇ²

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15823383>

¹ Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Tokat, Türkiye. esracaylak86@gmail.com. Orcid ID: 0000-0003-4333-4484

² Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon, Türkiye. kadriyeozkol@gmail.com. Orcid ID: 0000-0003-4227-7422

1. GİRİŞ

Modern hemşirelik kuramları, yalnızca klinik bilgi ile sınırlı olmayan; bireyin, toplumun ve sağlık çalışanlarının bütüncül ihtiyaçlarını merkeze alan kapsamlı çerçeveler sunmaktadır. Bu kuramlardan biri olan Yardım Etme Sanatı Teorisi, hemşire Ernestine Wiedenbach tarafından geliştirilmiş ve hemşirelik pratiğinde etik, empati ve sanatı bütünleştiren bir yaklaşım olarak öne çıkmıştır. Kişi kendi sağlığını iyi olarak algılıyor ise, sağlıklı insan davranışları göstereceğini savunan Wiedenbach, bireydeki bu sağlık ve hastalık algılamalarını fark ederek hemşireliği bu yönüyle ele almıştır. Wiedenbach, hemşireliği bir “yardım etme sanatı” olarak tanımlayarak bu mesleği yalnızca teknik becerilerle sınırlı görmeyip, aynı zamanda derin bir insani etkileşim süreci olarak değerlendirmiştir. Özellikle hemşire-hasta ilişkisini profesyonel bir yardım süreci olarak ele alması bakımından, kişilerarası ilişkiler bağlamında özgün bir model sunmaktadır. Bu bölümde, Wiedenbach'ın kuramı, kişilerarası ilişkiler yönünden incelenecek ve güncel uygulama alanları değerlendirilecektir.

2. KURAMCININ ÖZGEÇMİŞİ

Ernestine Wiedenbach'ın hemşireliğe olan ilgisi; çocukluğunda büyükannesine bakım veren hemşirenin davranışlarının yanında, genç bir tıp öğrencisi olan kız kardeşinin hastanedeki gözlemleri ile hemşirelik rollerine ilişkin anlattıklarından oluşmuştur. Ernestine Wiedenbach 1900 yılında zengin bir ailenin çocuğu olarak Almanya'nın Hamburg kentinde doğmuştur (Velioğlu, 2012).

1922'de Wellesley College'inden, 1925 yılında John Hopkins Hemşirelik Okulundan mezun olmuştur. 1934'te de Columbia Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşiresi Sertifikası almış ve master programını tamamlamıştır (Velioğlu, 2012; Tomey & Alligood 2006). John Hopkins'te eğitimini tamamladıktan sonra New York'da bir hastanede ve Halk Sağlığı Merkezlerinde çeşitli görevler üstlenmiştir. Hastaneden ayrıldıktan sonra yoksulların durumunun iyileştirilmesi birliğinde (Association for Improving Conditions of the Poor-AICP) halk sağlığı hemşiresi olarak çalışmıştır. 1946'da New York Merkez Doğum Birliğinden Hemşire-Ebe Sertifikası aldıktan sonra evde doğum servisinde ebe-hemşire olarak görev yapmıştır. Colombia Üniversitesi Teachers Collage'de ve Yale

Üniversitesi'nde doğum hemşireliği öğretmeni olarak çalışmıştır (Velioğlu, 2012; Tomey & Alligood 2006). 1951 yılına kadar burada ders veren Wiedenbach, 1954 yılında doğum hemşireliği alanında yardımcı doçent olmuştur. Sonrasında Yale Üniversitesinde Hemşirelik Okulu yüksek lisans programı kurarak doçent olmuştur. Burada anne ve yenidoğan sağlığı hemşireliği ana bilim dalı başkanlığı yapmıştır (Nursing Theory, 2025). 1952'den 1976'ya kadar Yale Üniversitesi'nde Doğum Hemşireliği Bölümünde Profesör olarak çalışmıştır. Kariyerinin büyük bir bölümünü Yale Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde geçirmiştir. Burada hemşirelik eğitime teorik bir temel kazandırma çabaları doğrultusunda önemli çalışmalara imza atmıştır (George, 2011).

1966'da emekli olduktan sonra bile öğrencilere ve öğretim görevlilerine kanıta dayalı hemşireliğin gerekliliği konusunda seminerler vermiştir. Görme engelliler için hazırladığı kitapların yanında Braille daktilosunda hazırladığı Lamaze doğum kılavuzu da dahil olmak üzere, birçok kitap yazmış ve profesyonel hemşirelik örgütlerinde aktif olarak yer almıştır. Ernestine Wiedenbach, 8 Mart 1998'de 98 yaşında ölmüştür (Smith & Parker, 2015).

3. KURAMIN TEMEL İÇERİĞİ

Wiedenbach'ın teorisi, bireyin ihtiyaç duyduğu yardımın hemşire tarafından tanınması ve etik değerlerle donanmış bir profesyonellik içerisinde sunulmasını esas almaktadır. Hemşire-hasta ilişkisini, yardım etme sürecinin merkezine koymaktadır. Hemşirenin, hastanın ihtiyaçlarını anlamak ve bu ihtiyaçlara uygun yardım sunmak için etkili iletişim kurması ve empati yeteneğini kullanması gerektiğini savunmaktadır. Bu yaklaşım, hemşirelikte kişilerarası ilişkilerin önemini vurgulamakta ve hemşirenin, hastanın bireysel özelliklerini ve değerlerini dikkate alarak bakım sunmasını teşvik etmektedir (Baysan et al., 2019).

Ernestine Wiedenbach bireyin onuru, değerleri, otonomisi ve bireyselliğine saygı felsefesi ile yola çıkmıştır (Çolak, 2021). 1950'lerin sonu ve 1960'ların başında Yale'de hakim olan fikirlerle uyumlu bir hemşirelik kavramı geliştirmiş, hemşirelik odağını, tıbbi modelden hasta modeline kaydırmış ve bakım kavramını hemşireliğe tanıtmıştır. İlk çalışmalarında (1963), tüm hemşireliği kapsayan bir kavram geliştirmeye çalışarak modeli bir teoriye dönüşmüştür. Teori, şu temel soruyu ele almıştır:

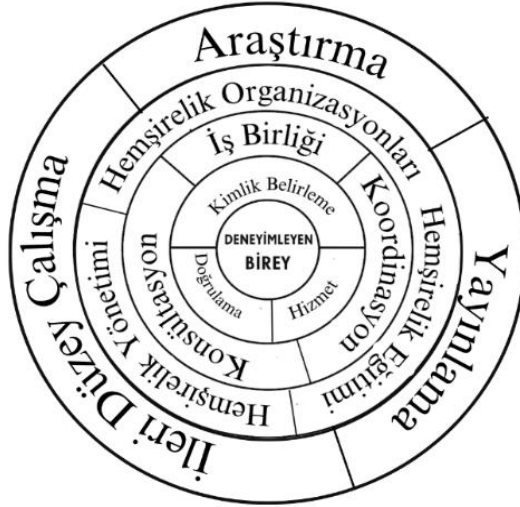
- ✓ Hemşireler hastaların ihtiyaçlarını karşılamalarına nasıl yardımcı oluyor?

Wiedenbach'ın teorisi bireyselleştirilmiş bakımı ve hemşirenin hastanın ihtiyaçlarını yetenekli ve şefkatli eylemlerle destekleme rolünü vurgulamıştır. Bu teori, hemşirenin bireysel hasta ihtiyaçlarını tanıma, kişiye özel müdahaleler sağlama ve bu müdahalelerin etkinliğini doğrulama rolünü ele almaktadır. Üç ana bileşen etrafında şekillenmektedir (Thenesha.k & Vasantha.S, 2024):

1. *Yardım İhtiyacının Belirlenmesi*: Hastanın yardıma olan ihtiyacının tanınması,
2. *İhtiyaç Duyulan Yardımın Yönetimi*: Yetenekli, şefkatli eylemlerle gerekli yardımı sağlama,
3. *Doğrulama*: Sağlanan yardımın hastanın ihtiyaçlarını karşıladığını ve refahına katkıda bulunduğunu teyit etme.

Wiedenbach'a göre yardım kavramı hemşireliğin ayrılmaz bir parçasıdır (Meleis, 2012). Bu yüzden kuramının temelinde de yardım gereksinimi vardır. Kuram amaca yönelik olup hasta merkezlidir. Kuramda hemşirelerin ne yaptığını ve neyin olması gerektiğini ve sanat ile hemşireliğin ayrılmaz olduğunu vurgulamıştır (Çolak, 2021). Ayrıca Wiedenbach, hastaların korkularını ifade etmelerine izin vermenin yollarına da odaklanmıştır (Meleis, 2012). Wiedenbach'a göre, hemşireler hemşirelik felsefelerini (merkezi amaç ve durumun değerlendirilmesi) keşfederek durumun gerçekliğiyle (fiziksel, fizyolojik, psikolojik, duygusal ve ruhsal) ilgili bir yardımcı model geliştirmektedirler. Sürekli bir gözlem ve doğrulama süreci boyunca, hemşirelerin gözlemleri tutarsızlıkları (normalden sapmalar) belirlemeye ve hastaların ihtiyaçlarını fark etmelerini sağlamaya odaklanmaktadır. Hemşireler “ihtiyaç duyulan yardımı sağlamak” için eylem planları yapmaktadırlar. Plan, uygulanmadan önce hastalar tarafından doğrulanmalıdır. Hemşireler kendilerini, hastaları veya uygun başkalarını terapötik ajan olarak kullanmaktadırlar (Meleis, 2012). İhtiyaçlar yalnızca hemşire algılarını, hislerini ve düşüncelerini hastanın algıları, hisleri ve düşünceleriyle doğrularsa tespit edilmektedir. Bu nedenle, hemşirelerin eylemleri karşılıklı olarak anlaşılmalı, etkileri tam olarak bilinerek kararlaştırılmalı, hasta tarafından ya da hemşire tarafından veya her ikisi

tarafından yönlendirilmelidir. Hemşire tarafından yönlendirildiğinde, kasıtlı olmalı ve hasta ihtiyaçlarına dayanmalıdır (Meleis, 2012).



Şekil 1: Profesyonel Hemşirelik Uygulama Odağı ve Bileşenleri
(Nickel ve ark, 1992) (Ernestine Wiedenbach'ın orijinal çalışmasıdır. Görsel Yale Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Wiedenbach Okuma Odası'ndan alınmıştır.)

Wiedenbach kuramında hastanın ihtiyaçlarını karşılamak adına hemşirelik bilgi ve becerilerinin uygulanmasını sanat olarak tanımlamıştır. Wiedenbach'a göre hemşirelik uygulamaları boyunca bireyin yardıma ihtiyacı belirlenir, sonra bu ihtiyaç giderilir ve kişinin ihtiyacının giderilip giderilmediği değerlendirilir. Dolayısıyla bu kuram bireyin eğitim, diğer bir deyişle yardım ihtiyaçlarını saptama, uygun planlama, yöntem-teknikler kullanılarak yardımın gerçekleştirilmesi ve son olarak sunulan eğitimin değerlendirilip yardım gereksiniminin karşılanıp karşılanmadığını saptamak adımlarında hemşirelere rehberlik eder (Baysan et al., 2019). Ayrıca Wiedenbach'ın kuramı, birey merkezli bakım anlayışını da güçlendirmiştir. Özellikle hemşire-hasta ilişkisinde empati, güven ve anlayışa dayalı bir iletişim modeli sunması nedeniyle klinik uygulamalarda önemli bir yere sahiptir. Ayrıca bu kuram, hemşirelerin mesleki otonomi kazanmasını ve etik karar alma becerilerini geliştirmesini teşvik etmektedir (Alligood, 2022).

- Birey merkezli bakım anlayışını güçlendirir.
- Hemşire-hasta ilişkisini profesyonel ve insani bir temele oturtur.

- Klinik karar alma sürecinde etik duyarlılığı artırır.

4. KURAMIN TEMEL KAVRAMLARI

4.1. Hemşirelik

Wiedenbach hemşireliği “yardım etme sanatı” olarak görmektedir. Bu felsefe yaşamı bir ödül olarak algılama; her bir insan varlığının değer, bağımsızlık, bireysellik ve inancına saygıyı amaçlayan bir yardım etme sanatı olarak tanımlamaktadır (Muslu & Altuğ Özsoy, 2017). Hemşirelik stilleri, becerinin kendisinin tamamlanmasının nihai hedef olması yerine, belirli bir hasta merkezli amaca ulaşmak için yürütülür. Beceriler, çeşitli eylemlerden oluşur ve hareketin uyumu, kesinlik ve kendini etkili kullanma ile karakterize edilir.

4.2. İnsan

Wiedenbach'a göre insan, kendi kendini yönetecek yeterli potansiyele sahiptir. Hemşirelerin yalnızca bireyin durumu nedeniyle kendisine yöneltilen taleplerle gereğince baş edebilmesini önleyen bir engel bulunduğu zaman araya girmektedir. Buradan Wiedenbach'ın insanı bir bütün olarak gördüğü ve bir alandaki engellerin, bireyin bütün baş etme niteliğini etkilediği anlaşılmaktadır.

4.3. Sağlık

Wiedenbach kuramında sağlık konusuna özellikle değinmemektedir. Fakat, DSÖ'yü desteklemiştir. Wiedenbach'ın tanımlamasına göre sağlıkla ilgili bir sorunu ima eden hastadır. Hemşirelik, becerileri doğrudan teoride yer almasa da hemşireliğin belirli bir tanımı hasta merkezli olması ve yardıma ihtiyaç kavramları ile ilgili çıkarımlar ve ilişkiler sağlar ve geçmiş varsayımların hemşire hasta durumlarıyla ilgili olduğu anlamına gelir

4.4. Çevre

Wiedenbach çevre kavramını doğrudan tanımlamamaktadır. Ancak, çevre yardım gereksinimine yol açan bir engeli içerdiği ya da yarattığı zaman devreye girmektedir. Çevre Wiedenbach'ın teorisinde doğrudan tanımlanmayan bir kavramdır ancak teorisyen terime ilişkin birkaç çıkarım sağlar. Bu tür bir açıklamada, teorisyen çevrenin “bireyin kendisinden gelen

taleplere yeterince karşı gelen engelleri aşma çabasını kolaylaştırması gerektiğini” belirtmiştir (Wiedenbach, 1964). Bu ifadeden, çevrenin hastanın ihtiyaçlarını karşılama ve ele alma konusunda engeller içerebileceği çıkarımı yapılmıştır.

5. KURAMIN ALT KAVRAMLARI

5.1. Hasta

Gereksinimi olan birey olarak tanımlanan hastayı, sağlık alanında çalışanlardan bakım, eğitim veya yardım alan birey olarak kabul etmektedir. Bu duruma göre hasta olmak için rahatsızlığın olması gerekmez, koruyucu ya da sağlık bakım gereksinimi olan herhangi biri de hasta olarak nitelendirilebilmektedir (Velioğlu, 2012).

5.2. Yardım Gereksinimi

Hastanın hemşirenin (sözel olsun veya olmasın) yardım etmesiyle karşılanabilecek her türlü gereksinimdir. Profesyonel hemşirenin odağı, hastanın duyduğu gereksinimin belirlenmesidir. Bu kavram, kuramın özüne değinmektedir. Hastaya müdahale edebilmesi için hasta yardım gereksinimini algılamış olmalıdır. Ayrıca yardım gereksiniminin belirlenmesi hastanın duyusundan kaynaklanması gerektiğine göre bu kavram hemşirenin sorumluluk alanıyla ilgilidir. Yardım gereksiniminin karşılanmasıyla birey içinde bulunduğu durumda, tüm sorunları ile başa çıkma yeteneğini tekrar kazanma ve geliştirme gücüne sahip olmaktadır (Velioğlu, 2012).

Yardım süreci dört temel adımdan oluşur:

1. Gözlem: Hastanın durumunu fark etmek. Hemşire, bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal durumunu dikkatlice gözlemler.
2. Tanılama: Yardım gereksinimi belirlenir.
3. Amaç Belirleme: Yardımın türü ve kapsamı netleştirilir.
4. Müdahale: Yardım profesyonelce ve etik değerler doğrultusunda uygulanır.

Bu yapı, hemşirelik sürecini yalnızca müdahale ile sınırlamaz; aynı zamanda hastayla kurulan ilişkinin kalitesini de değerlendirme kapsamına alır.

5.3. Amaç

Hemşirenin ayrıntılı olarak tasarladığı şeyi başından sonuna kadar başarma isteği, varlığı ve yaptığı işin nedeni olarak tanımlanmaktadır. Amaca ulaşmak için hemşire hasta ilişkisi kritik önemdedir. Klinik hemşireliğin görevinin ilk amacı hastanın iyiliği için aktivitelerin spesifik olarak yönlendirilmesidir. Bütün aktivitelerinde daha iyisi için niyetlenmektir (Velioğlu, 2012). Wiedenbach, hemşirenin temel amacını bireyin iyi olma hâlini desteklemek olarak tanımlar. Bu süreçte hemşire, bireyin ihtiyaçlarını belirler, yardımın niteliğine karar verir ve bu doğrultuda eyleme geçer. Burada hemşirenin aktif, bilinçli ve kasıtlı bir şekilde hareket etmesi önemlidir.

5.4. Felsefe

Teorinin temelini oluşturan bu unsur, hemşirenin birey hakkındaki inançlarını, değerlerini ve tutumlarını kapsamaktadır. Wiedenbach'a göre hemşirenin kendi etik değerleri, hasta bakımını doğrudan etkilemektedir. Yardım sunma süreci, yalnızca bilgiye değil; aynı zamanda hemşirenin içsel, etik anlayış ve empatisine de dayanmalıdır (Wiedenbach, 1964). Amaç, felsefeyi yansıtmakta ve felsefenin temelini oluşturmaktadır. Felsefe hemşireyi görevinde motive etmekte, yaptığı hakkında düşüncelerini yönlendirmekte ve onun kavramlarını etkilemektedir. Wiedenbach, hemşirenin bireysel felsefesinin, verdiği bakımı son derece etkilediğine inanmaktadır (Bırol, 2013; Velioğlu, 2012).

5.5. Uygulama

Hastanın yardım gereksinimini karşılamak için disipline edilmiş duygu ve düşüncelerin koordinasyonudur. Klinik hemşireliğin açıkça yaptığı işlerin hepsi uygulamaları oluşturmaktadır. Düşünülerek başarılı ve hasta merkezlidir. Amaç, uygulamayı yönlendirmektedir. Uygulamanın etkin olabilmesi için bilgi, yargı ve beceri üçlüsü gereklidir (Velioğlu, 2012). Bu süreçte hemşire, bireyin ihtiyaçlarını belirler, yardımın niteliğine karar verir ve bu doğrultuda eyleme geçer. Burada hemşirenin aktif, bilinçli ve kasıtlı bir şekilde hareket etmesi önemlidir.

- Hastanın ya da bireyin iyi olma hâline katkı sağlanmalı,
- Amaca ulaşmak için hemşire hasta ilişkisi kritik önemdedir.

5.6. Tanımlama

Tanımlama, hastanın bireyselliğini, deneyimlerini ve hastanın durumunu algılayışını ifade etmektedir. Hasta dört aktiviteye göre tanımlanmaktadır. Bunlar;

- Hastanın gereksiniminin olup olmaması,
- Hastanın gereksinimini tanımlayıp tanımlayamaması,
- Gereksinimini karşılamada yeteneğini ne kadar kullanabileceği,
- Hastanın kendi kendine karşılamada yetersiz kaldığı gereksinimini ifade etmek için başka kelimeler kullanıp kullanmamasına dikkat edilmektedir.

5.7. Yardım (Hizmet)

Yardım, ihtiyaç duyulanan sağlanmasıdır. Yardım ihtiyacının tanımlanması ve bunun hasta için kabul edilebilir olması gerekmektedir.

5.8. Onaylama (Geçerlilik)

Onaylama, verilen yardımın bir sonucu olarak hastanın fonksiyonel yeterliliğinin düzelmiş olmasının kanıtıdır.

5.9. Koordinasyon

Hemşire, hastaya verilen bakımın parçalanmaması için tüm hizmetleri belirli bir sıralama ve düzen içerisinde yürütmektedir. Rapor etme, konsültasyon ve danışma koordinasyonun temel elemanlarıdır.

5.10. Sanat

Sanat arzu edilen sonuca ulaşmak için bilgi ve becerinin kullanılmasıdır. Hastaların ihtiyaçlarını anlayabilme yeteneğidir. Ayrıca hemşirelerin hastaların aktiviteleri ile ilgili sezgilerini geliştirmeleridir. Hemşirenin empati, sezgi ve yaratıcılığını kullanarak hastayla kurduğu ilişkiyi temsil etmektedir (Wiedenbach, 1964). Sanat bireysel bir faaliyettir. Bakım sanatı, hasta ile teke tek iletişimde bulunan hemşire tarafından gerçekleştirilmektedir. Hemşirenin şimdiki durumuna özgü bilinçli tepkileri teşkil etmektedir (Velioğlu, 2012; Bennett & Foster, 1990).

5.11. Hemşirelik Uygulaması

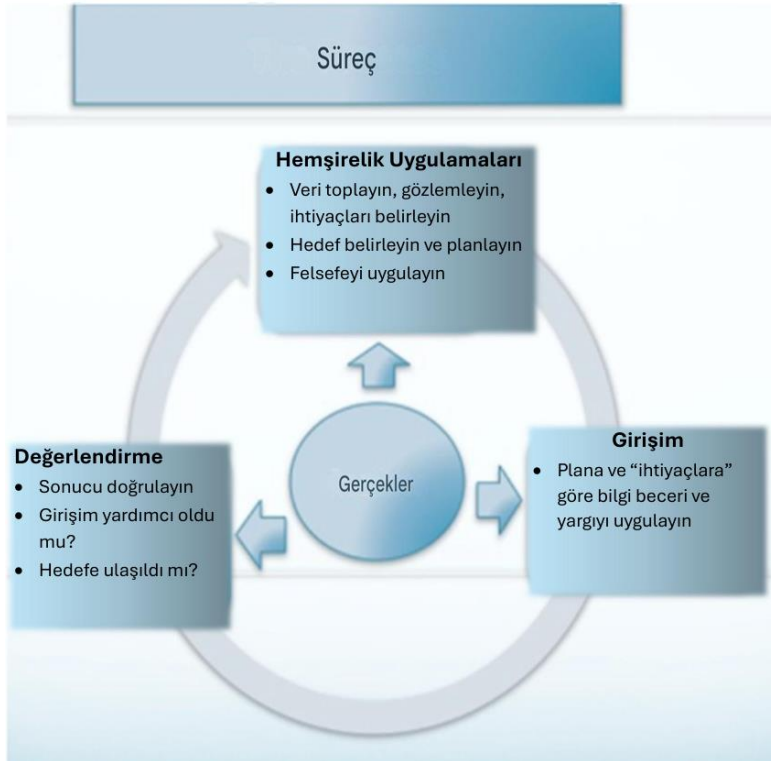
Bu kavram, hastanın ve hemşirenin duyduğu yardım gereksiniminden doğan etkinliği ifade etmektedir. Wiedenbach'a göre klinik hemşireliği, bir yardım sanatıdır (Velioğlu, 2012). Hasta, gereksinimi olan birey, hemşire ise bu gereksinimleri karşılayan kişidir. Klinik hemşireliğin dört önemli unsuru vardır (Birol, 2013; Tomey & Alligood, 2006).

Meslek felsefesi; onun inançlarının nasıl etkilediği ve yaşamı hakkında düşündükleri için bir yoldur. Hemşirelikte motivasyon düşünülebilir.

Amaç; aktivitelerinde başarmayı istemek bir amaçtır. Bütün aktivitelerinde daha iyisi için niyetlenmektir.

Uygulama; bütün aktivitelerini hastaların ihtiyaçları doğrultusunda uygulamaktır.

Sanat; hastaların ihtiyaçlarını anlayabilme yeteneği ve hastaların aktiviteleri ile ilgili sezgilerini geliştirmektir.



Şekil 2: Klinik Hemşirelikte Uygulamanın Yorumlanması (George, 2011)

Uygulamanın bileşenleri veya hemşirelik uygulaması sırasında gösterdiği belirli etkinlikler şunlardır;

1. Yardım gereksiniminin belirlenmesi
2. Gerekli yardımın belirlenmesi
3. Kaynakların eşgüdümü (yardım kaynakları ile sağlanan yardımın koordinasyonu)
4. Sağlanan yardımın gerçekten gerekli yardım olduğunun kanıtlanması.

Bu yapı, hemşirelik sürecini yalnızca müdahale ile sınırlamaz; aynı zamanda hastayla kurulan ilişkinin kalitesini de değerlendirme kapsamına alır. Hemşirelik uygulaması aynı zamanda ilişkisel bir birimdir. Çünkü hastanın duyduğu yardım gereksiniminin dışında bir değeri ve özelliği yoktur.

6. YARDIM ETME SANATI TEORİSİ'NİN GÜNCEL UYGULAMA ALANLARI

Türkiye’de hemşirelik uygulamaları, büyük ölçüde Florence Nightingale modeli ve sistem kuramı etrafında şekillenmiştir. Ancak son yıllarda birey merkezli bakım anlayışının güçlenmesi, lisans ve lisansüstü düzeyinde hemşirelik eğitimi alanında kuram temelli eğitime geçişle birlikte, Wiedenbach’ın kuramı da akademik literatürde daha sık yer almaya başlamıştır.

Hemşirelik eğitimi, öğrencilerin teorik bilgilerini klinik uygulamalara entegre etmelerini gerektirmektedir. Wiedenbach'ın teorisi, hemşirelik öğrencilerine, hastaların bireysel ihtiyaçlarını anlama ve bu ihtiyaçlara uygun yardım sunma konusunda rehberlik etmektedir. Ayrıca, öğrencilerin empati ve iletişim becerilerinin geliştirmesine katkı sağlayacaktır (Çolak, 2021).

Wiedenbach’ın kuramı, özellikle hasta merkezli bakım uygulamalarının güçlendiği günümüz sağlık sistemlerinde yeniden değer kazanmıştır.

6.1. Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik hastalıklarla yaşayan bireylerin hemşirelik bakımı, yalnızca fiziksel değil aynı zamanda duygusal ve sosyal destek gerektirir. Yardım Etme Sanatı Teorisi, bu bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik empati temelli yaklaşımları destekler. Özellikle palyatif bakım hizmetlerinde

hemşirenin etik duyarlılığı ve yardım sürecindeki bilinçli yaklaşımı önem kazanmaktadır (Alligood, 2022).

6.2. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği

Wiedenbach'ın doğum hemşireliği geçmişi, teorisini bu alanda oldukça etkili kılmıştır. Kadın sağlığı ve doğum süreçlerinde hemşire, bireysel tercihleri dikkate alan, duygusal destek sunan ve güven inşa eden bir rol üstlenir. Doğum öncesi ve sonrası süreçte kadının fiziksel olduğu kadar ruhsal gereksinimlerini de göz önünde bulundurmak, teorinin temel ilkeleriyle örtüşmektedir (George, 2011).

6.3. Toplum Sağlığı ve Evde Bakım Hizmetleri

Yardım Etme Sanatı Teorisi'nin birey odaklı yapısı, evde bakım hizmetlerinde önemli avantajlar sağlar. Hemşireler, bireyin günlük yaşam ortamında ihtiyaçlarını daha iyi gözlemleyebilir ve daha kişisel çözümler geliştirebilir. Bu yaklaşım, özellikle yaşlı bireyler ve bakıma muhtaç hastalar için nitelikli bakımın temelini oluşturur.

7. KURAM ELEŞTİRİ VE SINIRLILIKLARI

Wiedenbach, Ida Orlando, James Dickoff ve Patricia James'ten etkilenmiştir (ve belki de tersi de doğrudur). Bu tür bir etki, hemşirelerin eylem ve tepkilerinin açıklanmasında ve algıların, duyguların, düşüncelerin ve eylemlerin yorumlanması ve doğrulanmasına odaklanmasında görülür. Bu nedenle, Orlando altında bulunan paradigmatik kökenler tartışmasının da gözden geçirilmesi yararlı olacaktır (Meleis, 2012).

Ernestine Wiedenbach, hemşireliği bilimsel olduğu kadar sanatsal ve etik bir uygulama olarak gören nadir teorisyenlerden biridir. Yardım Etme Sanatı Teorisi, hemşirelik mesleğine insan merkezli, bilinçli ve etik temelli bir yaklaşım kazandırmıştır. Bu bağlamda, hemşirelik eğitimi ve uygulamaları açısından kuram hâlâ güçlü bir referans noktası olma niteliğini korumaktadır. Teori, günümüz hemşirelik uygulamalarında birey merkezli ve bütüncül yaklaşımın desteklenmesinde güçlü bir kuramsal araçtır. Birey-odaklı yapıyla dikkat çekerken, hemşirelik pratiğinde insani yönü koruma amacı açısından hâlen geçerliliğini sürdürmektedir. Ernestine Wiedenbach, hemşireliğe “yardım etme”yi profesyonel bir sanat olarak kazandırmıştır.

Onun teorisi, hasta bakımında etik, empatik ve insani yaklaşımı temel alır. Hastanın kendi koşullarını açıklaması üzerine odaklanmıştır, bundan dolayı da farklı bir hemşirelik modelidir. Çünkü hasta merkezlidir. Bu yönleri kuramı diğer kuramlara göre öne çıkarırken, diğer taraftan teorinin soyut yapısı, kültürel farklılıkları, teknolojik ve mekanikleşmiş sağlık sistemlerinde uygulanabilirliğini sınırlayabilmektedir. Toplumsal ya da kültürel bağlamı yeterince kapsamamış olması yönüyle eleştirilmektedir. Hasta, hemşirelik ve yardım gereksinimi geniş kapsamlıdır. Bununla birlikte yardım gereksinimi kavramı, hastanın kendi yardım gereksinimini kabul etmesine temellenmiştir. Bu kavramlar çocuklar, komadaki hastalar, fiziksel ve psikolojik olarak yetersiz bireyler için uygulanabilir değildir.

8. SONUÇ

Ernestine Wiedenbach'ın Yardım Etme Sanatı Teorisi, hemşirelik disiplinine insan onurunu, bireyselliği ve etik duyarlılığı temel alan özgün bir yaklaşım kazandırmıştır. Kuram, hemşirelik uygulamalarını yalnızca teknik bilgi ve becerilere indirgemek yerine, yardım sürecini empati, sezgi ve etik değerlere dayandırarak mesleğin sanatsal boyutunu ön plana çıkarmaktadır. Bu bağlamda, birey merkezli bakım anlayışının güçlendirilmesi, hemşire-hasta ilişkilerinin profesyonel ve insani temeller üzerine inşa edilmesi ve klinik karar alma süreçlerinde etik farkındalığın artırılması yönünden kuram önemli katkılar sunmaktadır. Bununla birlikte, teorinin soyut ve yoruma açık yapısı, kültürel farklılıkları sınırlı biçimde ele alması ve günümüz mekanikleşmiş sağlık sistemlerinde uygulama zorlukları taşıması, bazı sınırlılıklarını ortaya koymaktadır. Kuramın uygulamaya daha etkin biçimde yansıtılabilmesi için hemşirelik eğitim programlarında vaka temelli öğrenmeye, etik karar verme becerilerinin geliştirilmesine ve klinik uygulama alanlarında kuramsal yönelimli destek yapılarına gereksinim duyulmaktadır. Wiedenbach'ın kuramı, hemşireliği yalnızca bir meslek değil, aynı zamanda bir “yardım sanatı” olarak tanımlayan bütüncül bakış açısıyla günümüzde de geçerliliğini koruyan önemli bir kuramsal çerçeve niteliğindedir.

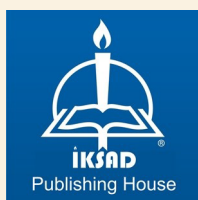
Ancak, teoriye dair uygulama örnekleri hâlâ sınırlı düzeydedir. Bunun en önemli nedeni, teorinin bireysel yorumlamaya açık yapısı ve hemşirelik uygulamalarının zaman baskısı ve iş yükü gibi yapısal kısıtlamalar altında gerçekleşmesidir. Bu nedenle, teoriye dayalı hemşirelik uygulamalarının

artırılması için eğitim programlarında vaka temelli öğrenme, etik karar verme becerilerinin geliştirilmesi ve uygulama sahalarında klinik destek mekanizmalarının güçlendirilmesi önerilmektedir.

9. KAYNAKÇA

- Alligood, M. R. (2022). *Nursing Theorists and Their Work* (10th ed.). Elsevier.
- Baysan, A., Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Z. Ç., & Ayker, F. Ş. (2019). Stoması Olan Bireylerin Wiedenbach'ın Hemşirelik Kuramına Dayalı Eğitimi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 20-25.
- Bennett, A., Foster, P. (1990). Ernestine Wiedenbach. George J. B. (Ed.), *Nursing Theories: A Base For Professional Nursing Practice* (3rd ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Birol L. (2013). *Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım* (10. Baskı). Berke Ofset Matbaacılık. 68-71.
- Çolak, Z. (2021). Klinik Hemşireliği Yardım Sanatı. Demirbağ B. C. (Ed.), *Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla*. Akademisyen Kitabevi. 247-258.
- George, J. B. (2011). *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice* (6th ed.). Pearson.
- Meleis A.I.(2012). *Theoretical Nursing. Development and Progress* (5th ed.). Wolters Kluwers, Philadelphia.
- Muslu, L., & Altuğ Özsoy, S. A. (2017). Hemşirelik, Estetik ve Sanat. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(4), 287-291.
- Nickel, S., Gesse, T., & MacLaren, A. (1992). Ernestine Wiedenbach Her Professional Legacy. *Journal of Nurse-Midwifery*, 37(3), 161-167.
- Nursing Theory. (2025). Ernestine Wiedenbach. <https://nursingtheory.org/nursing-theorists/Ernestine-Wiedenbach>. Erişim Tarihi: 05.05.2025
- Smith M. C., Parker, M. E. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice* (4th ed.). F. A. Davis Company.
- Thenesha.k, Vasantha.S. (2024). Enhancing Labor Comfort: Applying Wiedenbach's Helping Art of Clinical Nursing Theory to Birthing Ball Use. *African Journal of Biological Sciences*, 6(14), 12485- 12493.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2006). *Nursing Theorists and Their Work* (6th ed.), St. Louis: Mosby Inc,
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. Akademi Basın ve Yayıncılık. 472-500.

Wiedenbach, E. (1964). *Clinical Nursing: A Helping Art*. Springer Publishing Company.



ISBN: 978-625-378-260-3