

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

BAKIMDA VARLIĞINI SUNMA EĞİTİMİNİN
ONKOLOJİDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN, HASTALARI
İLE OLAN BAKIM ODAKLI HASTA-HEMŞİRE
ETKİLEŞİMLERİNE VE BAKIM DAVRANIŞLARINA
ETKİSİ

Emel DÜDENER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

BAKIMDA VARLIĞINI SUNMA EĞİTİMİNİN
ONKOLOJİDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN, HASTALARI
İLE OLAN BAKIM ODAKLI HASTA-HEMŞİRE
ETKİLEŞİMLERİNE VE BAKIM DAVRANIŞLARINA
ETKİSİ

Emel DÜDENER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi Saliha HALLAÇ

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2019-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında y¼ksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 20/06/2019

İmza

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOğLU
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Figen İNCİ
Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. İlkay BOZ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Kerime BADEMLİ
Akdeniz Üniversitesi

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri üyeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.



Öğrenci

Emel DÜDENER



Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ

TEŞEKKÜR

Yükseklisans öğrenimim süresince bilgi ve deneyimini benimle paylaşan, benim yoluma ışık tutan, etik değerlere bağlılığını ve hemşirelik felsefesine bakış açısını örnek aldığım, tez çalışmamın her aşamasında varlığını bana içtenlikle, sevgiyle, sabırla ve ilgiyle sunan çok kıymetli ve değerli tez danışmanım, sevgili hocam Dr.Öğr.Üyesi Saliha HALLAÇ'a,

Yükseklisans eğitimim boyunca ders aldığım, gelişimime katkı sağlayan ve emek veren değerli hocalarıma,

Araştırmanın istatistiksel değerlendirme aşamasında değerli katkıları olan Prof.Dr.Mehmet Ziya FIRAT'a,

Yükseklisans eğitimimin her aşamasında destek sağlayan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Tezin uygulama aşamasında araştırmaya katılan hemşire meslektaşlarıma kurumsal destekleri nedeniyle Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yöneticilerine ve araştırmanın yapıldığı klinik sorumlu hemşirelerine,

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederek katkı sağlayan ve deneyimlerimi zenginleştirendeğerli hemşire arkadaşlarıma,

Bütün hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen, çok değerli anneme, babama ve kardeşlerime,

Her zaman desteğini, sevgisini, saygısını esirgemeyen, bu yolda beni hep yüreklendiren kıymetli yol arkadaşım, sevgili Hayati DÜDENER'e, yaşamda anlam bulma sebebim oğlum Atakan'a bana gösterdikleri sabır ve anlayıştan dolayı sevgi, saygı veteşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Amaç:Araştırmanın amacı bakımda varlığını sunma eğitiminin onkoloji hastalarıyla çalışan hemşirelerinin bakım odaklı hasta- hemşire etkileşimine ve bakım davranışlarına etkisini incelemektir.

Yöntem:Bu araştırma randomize kontrollü bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini onkoloji kliniklerinde çalışan 59 hemşire oluşturmuştur. Örneklem 26 girişim, 26 kontrol toplam 52 hemşireden oluşmuştur. Veriler “Hemşireleri Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Bakım Davranışları Ölçeği-24” ve “Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Girişim grubundaki hemşirelere “Bakımda Varlığını Sunma Eğitim Programı” uygulanmıştır. Verilerin normal dağılım göstermiştir. İstatistiksel analizde t testi, varyans analizi, Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular:Girişim grubundaki hemşirelerin kontrol grubuna göre farklı ölçüm zamanlarında bakım davranışları puan ortalamalarında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin farklı ölçüm zamanlarında bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi genel ve alt boyutlarından yeterlilik, önemlilik ve uygulanabilirlik için girişim grubunun lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubundaki hemşirelerin öntest puan ortalamaları kontrol grubuna göre düşük olmasına rağmen, son test puan ortalamalarında artış ve izlem ölçümünde de bir miktar artarak ya da azalarak bu seviyenin korunduğu saptanmıştır. Ancak kontrol grubunda ise puan ortalamalarında anlamlı değişimin olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Sonuç:Bu çalışma bakımda varlığını sunma eğitiminin hemşirelerin bakım kalitesi algısına ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışları önemli, uygulanabilir bulmaya ve yeterli hissetmeye ilişkin olumlu etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda hemşirelerin bakım davranışlarına ve hasta hemşire etkileşimlerine katkı verecek eğitimlerin devam etmesi ve kurumsal katkıyla desteklenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler:Bakım davranışı, Hasta hemşire etkileşimi, Onkoloji hemşireliği, Varlığını sunma

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to investigate the effects of “The Training of Presence in Care” of nurses working with oncology patients on care-oriented patient-nurse interaction and caring behaviors.

Method: This is a randomized controlled study. The population of the study consisted of 59 nurses working in oncology clinics. The sample selection consisted of 52 nurses working with oncology patients, 26 interventions and 26 controls in accordance with the criteria of inclusion, exclusion and exemption by randomization and blinding. The data were collected by using the "Nurses Introductory Features Form", "Caring Behaviors Scale-24" and "Caring Nurse-Patient Interaction Scale". The training was applied to nurses in the intervention group.

Results: According to the control group of nurses in the intervention group, there were no statistically significant differences in the mean scores of caring behaviors at different measurement times ($p>0.05$). A statistically significant difference was found in favor of the intervention group for caring nursing patient interaction general, sub-dimensions of importance, competence and feasibility in nursing interventions ($p<0.05$). Although the pretest mean scores of the nurses in the intervention group were lower compared to the control group, it was found that the posttest mean scores increased and the level of follow-up was maintained by a little increasing or decreasing. It was determined that there was no significant change in the posttest and follow-up scores of the nurses in the control group according to the pre-test mean scores ($p>0.05$).

Result: This study showed that the the training has a positive effect on nurses working with oncology patients with respect to care quality perception and viewing importance, competence and feasibility of attitude and behaviours related to care-focused patient nurse interactions. In this context, it can be suggested to continue the trainings which will contribute to caring behaviors and patient-nurse interactions of nurses and to support them with institutional contribution.

Keywords: caring behaviours, patient- nurse interaction, oncology nursing, presence

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLARDIZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Araştırmanın Amacı	1
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Varlığını Sunmanın Felsefi Temelleri	4
2.2. Varlığını Sunmanın Kuramsal Temelleri	6
2.2.1. Varoluşçu Yaklaşım	6
2.2.2. Hümanistik Yaklaşım	7
2.2.3. Bütüncü (holistik) Yaklaşım	7
2.3. Hemşirelikte Varlığını Sunmanın Yeri, Müdahale Olarak Varlığını Sunma	9
2.3.1. Varlığını Sunma ve Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimi	10
2.3.2. Varlığını Sunma ve Bakım Davranışları	11

2.3.3Varlığını Sunma veBakım Anı;“An’da Olma”, “Orada Olma”, “Onunla Olma” ve “Onunla Yapma”	14
2.3.4.Varlığını Sunmada İletişim Becerileri	17
2.3.5.Varlığını Sunma ve Manevi Bakım	22
2.4. Onkoloji Hemşiresi Olma ve Onkoloji Hemşiesini Güçlendirmeye YönelikMüdahaleler	24
3.GEREÇ ve YÖNTEM	26
3.1.Araştırmanın Şekli	26
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer	26
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27
3.3.1.Araştırmaya Alınma Ölçütleri	28
3.3.2.Araştırmadan Dışlama Ölçütleri	28
3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri	28
3.3.4.Randomizasyonve Körleme	32
3.3.5.Etki Büyüklüğü	34
3.4.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	35
3.4.1.Araştırmanın Sınırlılıkları	35
3.4.2.Araştırmanın Güçlükleri	35
3.5.Araştırmanın Etik Boyutu	35
3.6.Veriler Toplama Araçları	36

3.6.1.Hemşireleri Tanıtıcı Özellikler	36
3.6.2. Bakım Davranışları Ölçeği	36
3.6.3. Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimi Ölçeği	37
3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması	38
3.8. Araştırmanın Uygulaması	40
3.9. Verilerin Değerlendirilmesive Analizi	45
4.BULGULAR	46
5.TARTIŞMA	55
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	63
6.1.Sonuçlar	63
6.2.Öneriler	64
KAYNAKLAR	65
EKLER	75
Ek 1. Etik Kurul Kararı	
Ek 2. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Yazılı Kurum İzni	
Ek 3. Bakım Davranışları Ölçeği-24 Kullanım İzin Yazısı	
Ek 4. Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimi Ölçeği Kullanım İzin Yazısı	
Ek 5. Aydınlatılmış Onam Formu	
Ek 6. Hemşireleri Tanıtıcı Özellikler Formu	
Ek 7. Bakım Davranışları Ölçeği-24	

Ek 8. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği

Ek 9. Bakımda Varlığını Sunma Eğitim Programı Oturum Planları

ÖZGEÇMİŞ

96

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1.	Hemşirelere ait özelliklerin dağılımı	29
Tablo 3.2.	Hemşirelerin hemşirelik bakımını tanımlama biçimi, bakım davranışları ve kullandıkları metaforlar	31
Tablo 3.3.	Bakım davranışları ölçeği, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi Ölçeğine alt boyutları ortalamaları dikkate alınarak hesaplanan araştırmanın güç ve etki büyüklüğü sonuçla	34
Tablo 3.4.	Bakım davranışları ölçeği, genel, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik İçin cronbach alfa katsayıları	38
Tablo 4.1.	Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına göre Bakım davranışları ile bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi alt boyutları puan ortalamaları	47
Tablo 4.2.	Bakım davranışları ölçeği ve alt boyutlarının farklı ölçüm Zamanlarındaki girişim-kontrol gruplarına göre puan Ortalamaları	49
Tablo 4.3.	Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimiölçeği ve alt boyutlarının farklı ölçüm zamanlarındaki girişim-kontrol gruplarınagöre puan ortalamaları	51

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1.	Araştırmanın Şekli	26
Şekil 3.2.	Araştırmanın Consort Şeması	33
Şekil 3.3.	Araştırmanın Akış Şeması	43
Şekil 4.1.	Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına görebakımdavranışları arasındaki fark	48
Şekil 4.2.	Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına göre bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi genel puan ortalamaları arasındaki fark	52
Şekil 4.3.	Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına görebakımodaklı hasta hemşire etkileşimi yeterlilik alt boyutu arasındaki fark	52
Şekil 4.4.	Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına görebakımodaklı hasta hemşire etkileşimi uygulanabilirlik alt boyutu arasındaki fark	53
Şekil 4.5.	Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına görebakım odaklı hasta hemşire etkileşimi önemlilik alt boyutu arasında fark	53

SİMGELER ve KISALTMALAR

BDÖ-24	:	Bakım Davranışları Ölçeği
BOHHEÖ	:	Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimi Ölçeği
TDK	:	Türk Dil Kurumu
Ort	:	Ortalama
Ss	:	Standart Sapma

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bireyin varoluşunu gerçekleştirmesi, korunması ve sürdürülmesinde ona yardımcı olmak “iyi hemşirelik bakımı”nın temeli olarak düşünülebilir (Ergül ve Bayık, 2004). Bakım, profesyonel hemşireliğin göstergesi ve özüdür (Fawcett, 2005). Hemşirelik bakımı, hizmete hazır ve mevcut olma yoluyla varlığını sunmayı, hasta için orada olmayı ve hastayla olmayı gerektirir. Hemşire için böylesi bir varoluş, etkileşim ve bakım verilen ortamın, hastanın iyileşmesi için güvenli bir yer haline gelmesini sağlar (Burkhardt ve NagaiJacobson, 1994). Varlığını sunma, hemşire ve hasta için insandan insana bağlanma ve derin bir temas kurma deneyimi (Hood ve Leddy, 2011) ve iyileşmeye teşvik eden bir bakım yoludur (Covington, 2003).

Bakım davranışları, hastayı dinleme ve göz teması kurma, varlığını sunma, hastada güven oluşturma, hastanın sorumluluğunu alma, terapötik dokunma, duyarlılık, hastaya ismiyle hitap etme, açık ve ulaşılabilir olma, hasta merkezli olma, açıklayıcı bilgi verme, kültürel farklılıkları dikkate alma gibi bazı temel iletişim becerilerini içerir (Özcan, 2006; Watson, 2008). Bakım davranışlarının gerçekleştirilmesi, kişinin nasıl bir hemşire olduğu veya olmak istediği ile doğrudan ilişkili olup hemşirenin otantik veya gündelik varoluşunun biçimini yansıtır. Bakım davranışları ve bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi yoluyla; hemşirelerin bakımda varlığını sunabilmesi, an’da, orada olma, onunla olma, onunla yapma ve tanıklık etme ile karakterize, hümanist, holistik, otantik bakım yaklaşımını içeren terapötik ve iyileştirici bir bakım anlayışını sergileyebilir (Fawset, 2005; Parse, 2010). Bu nedenle Amerikan Onkoloji Hemşireliği Komitesi amacını, kanser hastalarının gereksinimlerini karşılamaya yönelik müdahaleler için hemşirenin varlığını sunma konusunda hemşireleri eğitmek olarak açıklanmıştır (Kottschade, 2014). Hemşirenin varlığını sunması konusunda yapılan bir çalışmada M (Manuel) tekniği ile dokunmanın önemli bir araç ve anlamlı derecede etkili olduğu bulunmuştur (Bischoff ve Buck, 2014). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların hemşirenin varlığını algılaması arttıkça memnuniyetinin arttığı saptanmıştır (Bozdoğan, 2014).

Ulaşılabilen literatür doğrultusunda hemşirelerle yapılmış bakımda varlığını sunma, bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimi ve bakım davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen deneysel ya da yarı deneysel başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu anlamda bu araştırmanın, gerek konunun kapsamı, gerek yöntem bilimsel açıdan özgün ve tek çalışma olduğu düşünülebilir. Bu bağlamda bu araştırmanın amacı, bakımda varlığını sunma eğitiminin onkoloji hastalarıyla çalışan hemşirelerin bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimine ve bakım davranışlarına etkisini incelemektir. Dolayısıyla bu çalışmada bakımda varlığını sunma eğitiminin, onkoloji hastalarıyla çalışan hemşirelerin bakım davranışlarına ve hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimine etkisi var mıdır? sorusuna yanıt aranacaktır.

1.2.Araştırma Hipotezleri

1(H1): Bakımda varlığını sunma eğitimi uygulanan onkoloji hastalarıyla çalışan hemşirelerin bakım davranışları genel puan ortalamalarında eğitim sonrası ve izlemde kontrol grubuna göre fark vardır.

2(H1): Bakımda varlığını sunma eğitimi uygulanan onkoloji hastalarıyla çalışan hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi genel puan ortalamalarında eğitim sonrası ve izlemde kontrol grubuna göre fark vardır.

3(H1): Bakımda varlığını sunma eğitimi uygulanan onkoloji hastalarıyla çalışan hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi önemlilik boyutu puan ortalamalarında eğitim sonrası ve izlemde kontrol grubuna göre fark vardır.

4(H1): Bakımda varlığını sunma eğitimi uygulanan onkoloji hastalarıyla çalışan hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi yeterlilik boyutu puan ortalamalarında eğitim sonrası ve izlemde kontrol grubuna göre fark vardır.

5(H1): Bakımda varlığını sunma eğitimi uygulanan onkoloji hastalarıyla çalışan hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi uygulanabilirlik boyutu puan ortalamalarında eğitim sonrası ve izlemde kontrol grubuna göre fark vardır.

2.GENEL BİLGİLER

Bir bilim alanı olarak hemşirelikte, modern hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilen Florence Nightingale'in "hemşire hastalıkla değil, hasta ile uğraşır" ve "hemşire, hastayla profesyonel bir ilişki kurmak için varlığını sunarak birlikte olur, hemşire ve hasta olarak birbirlerini tek bir varlık olarak algılar ve birlik duygusu ile onu anlamaya, empati kurmaya çalışır" diyerek sözcüklerin daha ötesinde bir anlam yüklediği (Karimi ve Alavi, 2015) bakımın estetik, insan yönüne ve bütüncülüğüne vurgusu hemşireliğin en önemli değişimi olarak düşünülebilir.

Yanısıra psikiyatri hemşireliği kuramcılarında Peplau, Freud'un psikodinamik kuramından etkilenerek hemşirelik bakımının fiziksel boyutunun yanısıra psikososyal boyutuna vurgu yapmış ve hemşireliği, hasta ile hemşire arasında kurulan özel, anlamlı, amaçlı bir kişilerarası etkileşim süreci olarak tanımlamıştır (Varcorolis, 2010). Ayrıca etkileşime dayalı bu sürecin, hemşireyi ve hastayı, birlikte ileriye doğru götüren ve geliştiren bir dinamiğe sahip olduğundan sözetmektedir.

Bu iki temel anlayıştan yola çıkarak kendini var etmeye çalışan psikiyatri hemşireliği bireylerle çalışırken "insan olma"nın doğası gereği hem bireyi hem kendi dünyasını dikkate alarak var olmaya çalışmaktadır. Kendi dünyasını tanıma, anlama ve yorumlama biçimi ise başkalarının dünyasını tanıma, anlama ve yorumlama biçimiyle olan etkileşimden ortaya çıkmaktadır. Bu anlayışın ışığında bakımı fiziksel ya da psikososyal olarak ayırmak; bir bütünü parçalamak ve o bütünü parçalarıyla birlikte anlamaya çalışmaktan uzaklaşmaktır. Bütün, parçalarıyla var ise ve parçaların toplamından daha fazla ise (Bertalanfy, 1968) hemşirelik hem kendini hem de bakımın öznesi olan insanı biyopsikososyal bütünlük içinde anlamaya ve yorumlamaya çalışmaktır. Ancak bu o kadar kolay ve uygulanabilir değildir. Hemşirelik, hastanın dünyasına girme, ona odaklanma ve gerektiğinde bütüncül bir bakımla mümkün hale gelebilir.

Bütüncül bakım, hemşirelik bakımı vermek üzere hazır oluşluğu ve bakım için orada mevcut olma yoluyla varlığını sunmayı gerektirir. Dolayısıyla hemşire hasta için orada bulunduğundan, hasta hemşire ilişkisinin gerçekleştiği ortam, iyileşme için güvenli bir

yer haline gelir (Burkhardt ve Nagai Jacobson, 1994). Varlığını sunma, hastalar için bütüncül olarak hemşire ile birlikte yaşadığı deneyimi ve acıyı anlamlı bir biçimde sözle ifade etmesine ve yorumlamasına olanak sağlayan bir bağlantı olabilir (Fredriksson, 1999). Bu bağlamda hemşirelik bakımı ve tedavi için kişi ötesi ve yüce bir araç haline gelerek, hemşire ve hasta için insandan insana bağlanma deneyimi ve iyileşmeye teşvik eden bir yola dönüşebilir (Covington, 2003).

2.1.Varlığını Sunmanın Felsefi Temelleri

Varoluşçuluk kavramı, 19. Yüzyılda Sören Kirkegaard tarafından sistematize edilmiştir. Sonraki zamanlarda ise Karl ve Martin Heidegger tarafından geliştirilmiştir. Varoluşçuluk felsefesinde insan varoluşunun anlamı söz konusudur. Hegel'in "her felsefe çağını düşüncelerde dile getirir" sözü varoluşçu felsefe için de geçerlidir. Bunun anlamı zaman içinde insanın kendini algılama biçiminin değiştiği yönündedir. Antik çağda insanın kendini evrenin bir parçası olarak algılamasıyla başlayan süreç günümüzde insanın kendisini evrenin eksenine konumuna getirip sonuçta, kendi kendisi için sorunsal haline getirmiştir (Akarsu, 1994). Yani insan kendini özne haline getirerek varlığını, özünü (kendini) sorgulamaya başlamıştır. Evrenin ne işe yaradığı, yaşamın anlamı sorusu yerine varoluşun anlamı ve kendisi için varolmanın anlamını sorgulamaya başlamıştır. Bu sorgulama bir anlamda varlığın anlamının sorgulanması ve "varlık kendini nerede ve nasıl ortaya çıkarır?" sorusu aracılığıyla "varoluş nasıl olur?" sorusunun yanıtını bulmaya çalışır. Aslında bu sorgulama, anlam yaratma-anlam bulma çabasıdır. Bu noktada insan kendi anlamını ve kendisi için yaşamın anlamını sorgulamaya ve yanıt bulmaya çalışır. Bu da onun kendini tasarlama ve olma biçimini, bir anlamda kendini gerçekleştirmesini ve aşkınlığını sağlar (Hallaç, 2017). Bu felsefi temel, kavram olarak "varlık", "varoluş" ve "olma" kavramlarının açıklanmasını gerektirir.

Kavram Olarak Varlık ve Varoluş

Varoluşçuluk felsefesinin önemli bir kavramı "varlık", varoluştan, yani "insan olma" sürecinden önce gelir (Akarsu, 1994) Türk Dil Kurumu (TDK)' na göre varlık; kalıcı olan, ömür, hayat, var olma durumu, mevcudiyettir (tdk.gov.tr, Erişim tarihi: 17 Mayıs 2019). Varlık İngilizce karşılığı "presence", Latince karşılığı "praesentia" olarak ifade edilmektedir (Aktaran Bozdoğan Yeşilot ve Öz, 2014).

Varlık biliminde öz (essential) ve varoluş (existential) kavramları önemli olup varoluşçu felsefenin temelini oluşturur. Varoluş bilimi, ontolojidir ve Yunancada varolma anlamına gelen “ontos” sözcüğünden türetilmiştir. Varoluş (existence) terimi Latincedeki “ex-sister” kökünden gelir ve belirlemek, ortaya çıkmak anlamına gelir. Varoluş, varlığın “ne olduğunun tanımını” ve “doğasını” oluşturur (Aktaran Gençtan, 1992; Akarsu,1994). Varoluş, TDK ’ya göre; birşeyin ne olduğu, nasıl olduğu değil, var olduğu olgusu, mevcudiyetidir (www.tdk.gov.tr, Erişim tarihi: 17 Mayıs 2019). Varoluş, bireyin özüne saygı duyan ve onurlandıran bir şekilde yaklaşmak ve rekabet etmek yerine kaliteli olarak birlikte ve beraber olmayı yansıtacak şekilde davranmaktır ve iyileşmenin özüdür. Varoluş iyileşme potansiyelini ve refahı teşvik eden ortak bir deneyime girmektir (Mariano, 2016). İnsanın kendi varoluşunu algılamasına giden yol, kişinin kendisini nasıl varedemediğini görmesinden gelir. Çünkü varolmadan yapılanlar öz’den (kişinin kendinden) doğmaz (Gençtan, 1992). Varoluşu anlamının yolu ise olmayı anlamaktan geçer. Olmak olgunlaşmak, canlılık ve hareket ögelerini içerir ve “olmak” “yapmak” tan önce gelir. Erich Fromm’un aktardığına göre; Heraklit ve Hegel, olmak’ın bir değişimi ifade ettiğini ve/veya olgunlaşmakla eşanlamlı olarak anlaşılması gerektiğini vurgulamışlardır. Çünkü canlı olan yapılar geliştiklerinde “olmak” tadırlar ve sadece değişebildikleri sürece vardır (Fromm, 1997). Değişim ise kişinin hiçlikten doğan kaygısının bir ürünü ve varolma çabasıyla ilişkilidir.

Heidegger, temelde insanlardaki ölüm anksiyetesinin, kişilerin otantik varlığında rolü olduğunu söyler (Çüçen,2003). Bireyin kendi ölümüyle yüzleşmesi ve olmama (=hiçlik) korkusu, otantik olmayan bir hayattan, otantik olan bir hayata rehberlik etmektedir. Bireyin kendi ölümüyle yüzleşmesiyle artan “yalnızlık”, hayatta önemli olanı farkedebilme ve “kendi” olmaya zorlayan bir hayat deneyimidir. Böyle bir durumda önceden tanımlanmış bir hayat değil, yaşandıkça tanımlanan bir hayattan söz edilmektedir (Aktaran Özkan ve ark., 2013).

Otantik varoluşun temelinde insanın dünyaya fırlatılmışlığı ve sonsuz seçenekler içerisinden özgürce seçimlerini yapabilmenin verdiği sorumlulukla ortaya çıkan kaygı yatar. Bu kaygı, aynı zamanda insanın yaşam karşısındaki hiçliği ve ölümlülüğünü hatırlatır (Hallaç, 2017). Ölümlü olma ile yüzleşen insan, acı çeker, ölümü sorgular ve

ölümlük karşısındaki duruşu yaşama karşı durumunu ve tutumunu belirler. Bu nedenle varoluşçuluk felsefesinden doğan varoluşçu yaklaşım bir teknik belirlemez, bir teknik oluşturmaz, fakat insanın yaşantılar, deneyimler karşısındaki tutumlarını inceler. Yani varoluş, yaşam karşısındaki bir tutumdur, sorumluluktur ve kaynağı kaygıdır(Aktaran Özkan ve ark., 2013). Güleç (2016) varoluşçu yaklaşımı benimseyen varoluşçuların, otantik varoluşu “otantisite” sözcüğü ile açıkladıklarından söz etmektedir. Buna göre; Varoluşçu yaklaşım, yaşama karşı en uygun cevabın onunla tutarlı olan tutumun adına “otantisite” derler. Otantik bir varoluş doğaya ötekilere ve kendisine açık bir yaşam tarzını ima eder. Otantik bireyler, tüm bu ilişki düzeylerine açık olmaları nedeniyle kendilerinden herhangi birşey gizlemeden yaşamı önlerine serdiği olanakları ortalama insanlara göre çok daha iyi, derinden ve farkında olarak değerlendiren kişilerdir. Otantik varoluş; insanın göstermek istemediği yönler açığa çıkar kaygısı gütmeyen, insan ilişkilerinde kendiliğindenlik ve özgürlük alanı içinde gerçekleşir. Bu da onu otantik yapar” (Güleç, 2016).

2.2.Varlığını Sunmanın Kuramsal Temelleri

2.2.1.Varoluşçu Yaklaşım

İkinci Dünya Savaşı dönemi, insanların düşünsel ve toplumsal sürecinde kayda değer izler bıraktığı bir dönemdir. Bu dönemin zor ve yıkıcı olması, insan için hayata anlam verenin bu dünya değil, insanın kendisi olduğuna önem veren varoluşçu filozofların ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu anlayışın temelinde, II Dünya savaşında yahudi esir kamplarında her türlü işkenceye ve acıya tanıklık eden ve yaşayan Victor Frankl'n kendi yaşantısından yola çıkarak oluşturduğu logoterapi yatmaktadır (Frankl, 2014).

Varoluşçu yaklaşımın ilkelerini kullanan, varoluşçu terapinin önemli temsilcilerinden biri olan Irwin Yalom (2013)' a göre varoluşçu anlayış, ne bastırılmış çekişmelerle, ne de içselleştirilmiş çatışmalarla uğraşır, onun yerine bireyin varolmanın getirileriyle yüzleşmesinden kaynakalanan çatışmalar üzerinde durmaktadır. Varolmanın getirileri ise, insanoğlunun dünyadaki varlığının bir parçası olarak doğasında barındırdığı nitelikleri ve bundan doğan kaygıdır. İnsan bu getirileriyle kendi doğasını keşfedebilir ve bu keşif derin kişisel düşünmeyle mümkündür. Bunun koşulu ise

yalnızlık, sessizlik, zaman ve deneysel dünyamızı dolduran her türlü oyalanmalardan kurtularak içe doğru yapılan yolculuktur.

Varoluşçu felsefede insan; kendi gerçek varlığını doğrulamak ve korumak için uğraşır, diğerlerine ulaşma gereksinimi vardır, öz farkındalığı vardır, kendisine özel bir dünyasının ve bu dünyanın tehdit altında olabileceğinin farkında olmandır. İnsan, kendi yaşamında etkiler bırakacak kararları bilinçli bir şekilde verebilecek ve bu verdiği kararlardan doğabilecek sonuçları da üstlenen bir varlıktır; yani her eyleminin sorumlusu kendisidir ve bu nedenle vereceği her karar yeni bir bunaltıyı neden olabilecektir (Göka, 1997; Kurdak, 2014).

Bütüncü bir bakış açısıyla bakıldığı zaman, hiç bir şey bilerek görmezlikten gelinmez. Bütüncü gözlem, sadece “bakmak” değil; bilinçli ve derinden bakmaktır. Bütüncül süreç; biyopsikososyal yönden bireyin varoluşuyla ilgili bütün gözlemde aktif varolduğunu düşünür. Bu nedenle bireyi bir bütün olarak ele almak varoluşsal bir bakışı gerektirir (Kurdak, 2014).

2.2.2. Hümanistik Yaklaşım

Varoluşçu felsefe ve yaklaşımdan köken alan, Abraham Maslow ve Carl Rogers’ın temsil ettiği hümanistik yaklaşım, ilke olarak iyiliği ve insan doğasını kuramının başına koyar (Topses, 2012). Maslow insan gereksinimlerinden söz eder ve bu gereksinimleri “insan gereksinimleri piramidi” içerisine yerleştirir. Piramidin tabanında temel solunum, cinsellik, yeme-içme, boşaltım gibi fizyolojik gereksinimler tanımlanırken üste çıkıldıkça güvenlik, barınma, sevgi, saygı, ait olma ve kendi olma/kendini gerçekleştirme gereksinimleri tanımlanmıştır. Bu hiyerarşide insanın alttaki bir gereksinimi karşılanmadıkça üstteki gereksinimlere geçişi zordur ancak her zaman şart değildir. Hümanistik yaklaşımın ana kavramı kendini gerçekleştirmedir, kendini gerçekleştirme ise kişinin olma güdüsü ile ilişkilidir (Aktaran Hallaç, 2017).

2.2.3. Bütüncü (holistik) Yaklaşım

Holizm; insanı biyopsikososyal, spiritüel anlamda ilişkiler bütünü olarak tanımlar ve bütünün parçadan daha iyi olduğu anlayışı savunur. Ayrıca bireylerin bireysel/ kendine ait özelliklerinin karşılıklı etkileşimlerinin çevreyle birlikte anlamaya çalışır (Varcoralis,

2010). Geleneksel hemşirelikte holistik bakış açısı; hasta ve hasta yakınları ile kültürel ve spiritüel içeriklerin birleştirilmesi ile teorik bilginin, kullanılarak hastanın tedavi ve taburcu olma planlarını içerir (Fortinash, 2008). “Holistik bakım” terimi 1980 yılında Rogers, Neuman ve Parse, gibi teorisyenlerle hemşirelik literatüründe yerini almıştır (Cox, 2003). Betty Neuman sadece hastalığı ön plana çıkaran geleneksel bir modeldense bireye bütüncül yaklaşımı önemseyen sağlık-bakım sistemler modelini ön plana çıkarmıştır. Model gücünü hasta olmadan önce bireyi koruma, eğitimin öneminden alır. Neuman bu modelde gestalt teorisinden yararlanmıştır. Gestalt teorisi homeostatik sürecin, sağlıklı yaşamın devam etmesine olanak sağlayan bir süreç olabileceğini öngörür. Rogers ‘a göre; “üniter insan ve çevre sürekli etkileşim halinde olan enerji alanına sahiptir. Birey bütün olarak çevresiyle sürekli etkileşimdedir eğer bütün parçalara ayrılırsa anlaşılamaz” diyerek holistik bakımın önemini vurgulamıştır (Velioğlu, 2012). Joyce Travelbee (1971), “Bir hemşire yalnızca fiziksel ağrıyı azaltmak için veya fiziksel bakım değil, bireye holistik (bütüncü) bir bakım verir” şeklinde ifade etmiştir (Aktaran Ergül ve Bayık, 2004; Varcoralis, 2010).)

Holistik yaklaşımda; birey fiziksel, psikolojik, bilişsel ve kültürel boyutları ile bir bütünü oluşturmaktadır. Bu boyutlar bir bütünü oluşturur (Daştan ve Buzlu, 2010). Bu yaklaşımda bireylerin iyilik halinin devamını sağlayacak ve buna katkı oluşturacak yaşam biçiminin oluşmasını sağlayan, bu oluşumu anlamlandıran felsefe ve tutumdur. Hemşireler bireyi ve ailesini kapsamlı değerlendirerek biyopsikososyal ve manevi gereksinimlerine yönelik hemşirelik girişimlerini planlayıp, uygulayabilirler (Kocaman, 2005). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA); holistik hemşireliği özellikli bir durum olarak ve insanın bütünüyle ilgilenen bir meslek olarak tanımlamıştır (Aktaran, Varcoralis, 2010). Ülkemizde ise; 19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’te hemşirenin holistik bakımın önemine atıfta bulunan; “Hemşire, hastayı bütüncül olarak ele alır, günlük yaşam sürecinde gerekli olan iletişim ve bağımsız yaşam becerilerinin kazandırılmasını sağlar. Kendine bakımı geliştirerek yaşam kalitesini artırmayı öğretir, destekler ve gözler” şeklinde maddelere yer verilmiştir (www.turkhemsirelerderneği).

2.3. Hemşirelikte Varlığını Sunmanın Yeri, Müdahale Olarak Varlığını Sunma

Hemşirelik uygulamalarında varoluşçu felsefenin uygulanmasına öncülük eden, Rahibe Madeleine Clamence Vaillot, 1966 yılında Gabriel Marcel felsefesi aracılığı ile hemşire hasta ilişkilerini kayda almak için hemşireleri teşvik etmiştir (Zerwekh, 1997). İyi hemşirelik bakımı her koşulda, an'da, yardım etmeyi gerektirir ve iyileştirmeye odaklıdır. Bu yardım sadece ötekini/gereksinimi olana değil, yardım edeni de iyileştiren bir süreçtir. Bu süreçte hemşire ve hasta etkileşirken karşılıklı öğrenir ve kendini geliştirir. Bu anlayış, Buber'in "Sizin yardıma ihtiyacınız olsa bile ötekilere yardım edebilirsiniz ve böylelikle kendinize yardım etmiş olursunuz. Başkasına konfor sağlayan kimse derinlerde kendini rahatlatır, varlığını sunmanın getirdiği büyümeyle rahatlamış olur" ifadesiyle karşılık bulur (Zerwekh, 1997). Hastanın sağlığına ve iyiliğine katkıda bulunmak hemşirenin mesleğe bakışını etkileyen önemli bir fırsattır. Hastadan gelen çağrıya verilen yanıt, hemşireyi bakım için bir mıknaş gibi çeker. Bakım için gereken enerjinin, hemşire hasta ilişkisinin derinliklerinde yattığı görülür. Asıl anahtar nokta bu enerjiyi nasıl kullanabileceğinin altında yatar (Koerner, 2011).

Varlığını sunma, bir ilişkide bir başkasına derinden bağlanma yoludur. Varlığını sunma amaçlı, özgün ve geçerli bir ilişki oluşturması, hastaya çektiği acıyı ve hastalık deneyimini paylaşması için güvenli bir alan sağladığını gösterir. Böylelikle bütüncül bir yaklaşımla hemşire, varlığını sunma sürecini kucaklar ve fiziksel, duygusal ve ruhsal düzeylerde tedavi edici bir ortam sağlamak için varolur. Buna paralel olarak Liehr, gerçek varolmanın; bireyin sağlığının, desteklenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için çok önemli olduğunu vurgulamaktadır (Covington, 2003).

Hofling ve arkadaşları (1967), hemşireler tarafından hastaya destek duygusunu aktarmanın bazı yollarını tanımlamışlardır.

- Gergin ve kaygılı durumlarda hastayla birlikte kalmak
- Hasta gerçekleri ve durumları açıklıkla göremediği ve bunlara üzüldüğü zaman onun yanında bulunmak
- Hastanın duygu ve gereksinimlerine karşı duyarlı olmaya çalışmak
- Yapıcı ve özel olarak ilgisini çeken deneyimleri hasta ile birlikte planlamak
- Hastanın kendi güç, gelişim ve başarılarını görmesine yardımcı olmak
- Güvenli sınırlar içinde hastanın kendi yeteneklerini sınamasına izin vermek

Uzmanlık alanı kanserde acı yönetimi ve yas danışmanlığı olan Pettigrew, varlığını sunmayı; yardım olarak tanımlamaktadır ve onu odaklanılmış ilgi ve kendini an'a verme gerekliliği olarak belirtmektedir (Zerwekh,1997). Hemşirenin varlığını sunmada zorunlu bir unsur haline gelen hemşirenin yardım edici rolü Benner, tarafından da hemşirelik uygulamalarında ilk önemli rol olarak olarak tanımlanmıştır (Thompson, 2005). Bu anlamda bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışlar ile bakım kalitesi algısını yansıtan bakım davranışları önemli iki ögedir.

2.3.1. Varlığını Sunma ve Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimi

Varoluşsal humanistik yaklaşım; odağını insan, insan gereksinimleri ve etkileşimi koymuştur. O nedenle, varoluşçu humanistik yaklaşımı benimseyen hemşirelik anlayışı; insanın biricikliği ve eşsizliğine odaklanır. Bu bağlamda hasta-hemşire ilişkisi koşulsuz saygıyı gerektirir, Bu ilişki bütünüyle insancıl bir ilişkidir ve karşılıklı etkileşime, empatik ilişkiye, yargısız ve eleştirisiz olarak bireyi ve varlığını olduğu gibi kabul etmeye dayalı bir ilişkidir (Topses, 2012). İnsan kendi varlığının ve kendisine neler olduğunun bilincindedir. Bu nedenle kendi sorumluluğunu üstlenme yeteneğine sahiptir. İnsan “zaten var olan bir obje” değil, sürekli olarak gelişmekte olan bir varlıktır (Gençtan 1992). Bu bağlamda varoluşsal iyilik; “anlam ve amaç”, “güvenli ve dengeli kimlik” ve “ait olma duygusu”nu içerir. Bu görüş hemşirelerin, hastalarının iyileşmelerinde bireye saygı duymalarına ve onlarla destekleyici bir iletişim kurabilmeleri için “iyileştirici ilişki” kurmalarına yardımcı olur. Varoluşsal sorunları anlayan “iyileştirici” bir ilişki ve iletişimde bu kaygılar her bir bireyin gelişimini ve özünü anlamının önemli parçalarıdır (Kurdak, 2014).

Watson “İnsan Bakım Kuramı” nda iyileştirici faktörlerden söz etmektedir. Bu faktörler bakım odaklı hasta hemşire etkileşimine vurgu yapmaktadır. Hemşirenin bakım anında hastayla kuracak olduğu bakım odaklı etkileşim, onun varlığını sunmasının bir aracı olarak görülür. Burada ortaya çıkan bakım, hemşire ve bireyin, yaşam deneyimleri ve varoluşsal alanlarında bütünleşme yoluyla meydana gelmektedir. Watson bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminin en önemli unsurları olarak vurguladığı on iyileştirici faktörü şöyle tanımlamaktadır (Watson, 2008, 2012):

1. **Hümanizm (İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi):** Hümanizm ve adanmışlık gibi değerleri benimseme, kendine ve bireye, sevgiyle, şefkatle yaklaşma
2. **İnanç-umut:** İnanç ve umudu aşılama ve karşısındakini onurlandırma
3. **Duyarlılık:** Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, kendine ve bireylere duyarlı olma
4. **Yardım-güven ilişkisi:** Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirme, otantiklik
5. **Duyguların ve hislerin ifadesi:** İnsanların öykülerini gerçekten dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların kabul edilmesi ve desteklenmesi
6. **Problem çözme:** Bakıma karar vermek için yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanmasına yardım, bakımın bir parçası olma,
7. **Öğretme-öğrenme:** Bireysel gereksinimlere ve anlama tarzına uygun öğrenme ve öğretmeyi sağlama, öğrenme çevresi oluşturma
8. **İyileşme çevresi:**Fiziksel ve ruhsal benlik için bireysel bütünlüğe saygılı iyileştirici çevre oluşturma
9. **Gereksinimlere yardım:** Temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olma
10. **Maneviyat: Varoluşsal – fenomenolojik - spiritual güçleri göz önünde tutmak:** Ölüm ve yaşamın varoluşsal boyutlarını göz önünde bulundurma, gizemleri ortaya çıkarma ve mucizelerin olmasına izin verme.

2.3.2. Varlığını Sunma ve Bakım Davranışları

Hemşirelikte varlığını sunma aslında hemşirelerin bildiği bir kavram ve uygulamak istediği bir tekniktir; varoluş sadece orada olmayı, dinlemeyi, yakından hissetmeyi, dokunmayı ve özenli bir şekilde fiziksel bakımı içermektedir (Zerwekh,1997). Ancak hemşireler personel ve zaman yetersizliği, bilgi eksikliği gibi bazı nedenlerden dolayı bunu uygulayamadıklarını ifade etmektedirler Ayrıca hemşirelikte varlık kavramı birçok bakım kavramının (bakım sanatı, estetik bilme, holistik bakım, manevi bakım) içinde yer almakta ya da birlikte kullanılmaktadır(Peggyve Maeona, 2008).

İsveç'te yapılan postpartum psikoz görülen kadınlarda hemşirelerin varlığını sunma adlı çalışmanın verilerine göre, varlığını sunma hemşirelikte çok kullanılan ve pratikte

önemli bir yeri olan kavram olarak ifade edilmiştir. Çalışmada hemşirelerin hemşirenin varlığını tanımlarken kullandıkları ifadelerden “hemşirenin varlığını koruma için kullanması”, “hemşirenin varlığını iyileşme için kullanması” ve “hemşirenin varlığını öğrenme için kullanması” temalarıyla ortaya çıkmıştır (Engqvist ve ark. 2010).

Çalışmanın sonucuna göre hemşireler varlığını sunmanın önemli olduğunu, anne ve bebeğin yararı için geliştirici bir strateji olduğunu belirtmişlerdir. Varlığını sunmanın bakım vermenin bir yolu ve iletişim tekniği olduğunu algılar, kullanmaya istekli ve gönüllü varlığını sunmayı öğrenebilir, güçlenebilir ve hastayla olan etkileşimine, bakımına katkı sağlayabilir.

Hemşirelik bir bakım sanatıdır ve bu sanatı sergilemek öznel bir davranıştır. Hemşirelik sanatı; varlığını sunmada gerçek varlığını yaşayan hemşire tarafından yaşanır (Parse, 2010). Hemşirelik sanatı sağduyu, bilgiler ve tecrübeden doğmuştur. Estetik bilgilerin, sanatın değerlendirilmesinden ve kişisel farklılıklara öznel duyarlılıktan dolayı kazanıldığı belirtilmektedir (Yıldırım, 2013). Hemşirelik eylemleri sanatsal becerilere benzer, bu nedenle estetik, hemşirelik uygulamalarında bir dönüştürücü sanat veya eylem olarak kabul edilir (Peggy ve Maeona, 2008). Orem'e göre estetik bilme, "etkili ve doyum verici hemşirelik bakımını oluşturma ve sunmada hemşire tarafından kendi yaratıcılık ve tarzının dışı vurumu" olarak tanımlanmaktadır. (Marriner, 1996'dan aktaran Velioğlu, 1999). Hemşirelikte estetik bilme; hemşirelik sürecinin en iyi şekilde yönetilmesini, hastalara bütüncül yaklaşmayı, bakım planının derinliğini ve etkinliğini, hastaların sanatsal ifadelerle kendilerini daha kolay ve anlaşılır ifade etmelerini, hemşirelik bilgisinin çeşitliliğini ve karmaşıklığını anlamayı sağlar (Yıldırım, 2013).

Varoluşçu hemşirelik kuramcılarında Parse, “Human Becoming- İnsan Olma” kuramında; insanın sağlık ve hastalığın anlamına ışık tutacak şekilde kendi deneyimlerini tanımlamasının, onun varoluşuna katkı sağladığını ifade etmektedir. Parse'nin kuramı insan olma, anlam, ritmiklik ve aşkınlığı içerir. Anlam şeyleri yorumlamayı ifade eder ve “o an” an'da oluşur. Bu bağlamda anlam insan deneyimlerini anlama ve çözme süreci olarak adlandırılır. İnsanın evren etkileşiminde tekrarlayan doğal paradoksal örüntüleri vardır ve bunlar arasında olmak söz konusudur. Bu paradoksal örüntüler insanın iki uç arasındaki “olma hali”, seçimleri ve olanaklarını

ifade eder. Bu yönüyle insan olanaklar varlığı olarak görülebilir. Olanakların ötesine ulaşma, kendini ileriye atma ise aşkınlık halidir ve insan umudu ve hayalleri için, olma yolunda özgürce seçimler yapar, seçimlerden fırsatlar yaratır, kendini biçimler. Bu nedenle “umut” insan olma kuramının ana kavramlarından bir diğeridir (Fawcett, 2005; Parse, 2010). Sonuç olarak hemşire olma yolunda, bireysel duygulardan, düşüncelerden, yargılardan ve sabitliklerden kaçınmayı öğrenmelidir. Hemşire girişimlerinde kişiyi kontrol etme, değiştirme, yargılamaktan ziyade kişiyle orada onunla olma, onun olduğu an’a gitme ve onunla yapmayı öğrenmelidir. Bu da ancak hastanın yanında, onun elini tutarak ve onunla birlikte bakım yaparak gerçekleşir (Fawcett, 2005).

Patterson ve Zderad 1976 yılında varoluşsal düşünceden köken alan ve kuramlarının da adı olan “Hümanistik Hemşireliği” yayınlamışlardır (Fawcett, 2005). Hemşirelik etkileşimi zaman ve mekânda sınırlıdır, ancak bu deneyimin içselleştirilmesi, her bireyin bakış açısına yeni bir şey eklemektedir. Bu etkileşimde hiç biri daha önce olduğu gibi aynı değildir. Her biri, bir araya gelmekten daha fazlasıdır. Hemşire ile hastayı bir araya getiren, bakımdır. Çift sarmallı DNA molekülü gibi birbirine geçen örüntü, bireylerin kendine özgü yapılarıdır. Hemşirelerin hastalarla aktif olarak varlığını sunması, hastanın ve hemşirenin bu yapılarına ve dünyalarına bağlıdır. Hemşire hastayı ortak bir deneyimi paylaşma ve yaşama için açık olmaya cesaretlendirir (Kleiman, 2010). Bu anlamda bütün olarak baktığımızda bakım, insanın bu evrende insan olarak varlığıyla ilgili temel bir ögesidir. Bakanda bakılında bir varlıktır. Bakım yaşantılar karşısında kaygıdır, zahmet, emek, çabadır. Yaşama katılma, yaşamı geliştirme, yaşamın ona sunduğuna katılma, onun sorumluluğunu hissetmektir. Bakım öznedir, bireyseldir özenle kanat germe, merhanet, şefkat, yaşamın sunduğuna, yaşamın verdiği karşı vermedir (İnam, 2017). Hemşire hastaya bakım verirken onunla birlikte sürekli bir etkileşim kurmaktadır, hastanın her an ulaşabileceği mesafede, sürekli onunla birlikte bir deneyimi paylaşmaktadır (Hallaç ve Öz, 2011). Ulaşılabilirlik hastaya ve yaşantılarına karşı ilgi duyma ve anlamaya açık olmayı ifade eder ki bu hastaya varlığını sunmanın önemli bir yoludur (Bozdoğan Yeşilot ve Öz, 2014).

2.3.3. Varlığını Sunma ve “Bakım Anı”; “An’da Olma”, “Orada Olma”, “Onunla Olma” ve “Onunla Yapma”

Var olmak kasıtlı olarak dikkatini vermeyi, öteki insana karşı duyarlı olmayı ve ötekilerle paylaşılan insanlığın ısrarlı farkındalığını gösterir (Zerwekh,1997). Var olmak kasıtlı olarak an’da olmaktır (Burhardt ve Nagal-Jacdoon, 1994). Bakım, insandan insana olan bir yapıda hemşire ve bireyin, yaşam deneyimleri ve varoluşsal alanlarıyla bütünleşmesiyle olur. Bakım anı, hemşire ve bireyin nasıl bir iletişim kuracaklarına karar verme imkanı sağlar. Bakım anı olduğu zaman derin ve içsel bir etkileşim sağlayarak bakım alan ve verenin bakımdan memnun olmalarını sağlar (Arslan Özkan ve Okumuş, 2012). Bakım, hedef odaklı bir görev olmayıp bilme alanında bilgi ve anlayış gerektirir (Watson, 2012).Bakım anında yararlanan sadece hasta olmaz hemşire de elektromanyetik alana sahip olduğundan, başkasının biyo-alanına girdiğinde değişir ve değiştirir (Shields ve Wilson, 2016). Hemşire ilişkilerinde “olmak” ı yaşarken hasta ve diğerlerinin gözünde hakiki karşılanma yaşar. Kendini kusurlu olarak kabul etmesi daha açık, şeffaf ve savunmasız olma kapasitesini yaratır. Bu özgünlük, başkaları tarafından nasıl görüldüğü ve nasıl algılandığı konusunda kilit rol oynar. Hastanın yolculuğunda, mücadele ve hislerini anlayabilmek hemşireyi ayrıcalıklı kılar. Bu yolculuk, kendiliğinden kişinin potansiyelini görebilmek için olanak sağlar (Koerner, 2011).

Bakım anında hastayı dikkatle dinleme, göz teması kurma, dokunma, saygılı olma, fiziksel ve zihinsel hazır bulunma, duygusal olarak açık ve ulaşılabilir olma, birey merkezli olma, bilgi verme, güler yüz gösterme, bunlar hemşirenin orada hastanın yanında bakıma hazır olduğunu, orada, onunla birlikte olduğunu anlatan bakım davranışlarıdır (Watson 2012).

Onunla (hastayla) olma; tamamen hastayla beraber değildir. ‘Hemşireler için en verimli zaman hasta için bir şey yaptığı zaman olarak görülür, ancak aslında en verimli zaman hastayla beraber olunan zamandır (Thompson, 2005).

Hemşirelerin an’da olma uygulamalarının dört yolu vardır.

1. Sözcükler olmadan orada olma“**benim varlığımın onların varlığıyla paylaşımı-sözcüklerin ötesinde**”

2. Dikkatini verme “hastaların yanına pürdikkat gitmek ve onların size neler olduğunu anlatmasını beklemek”
3. Yoğun bir şekilde odaklanarak var olma
4. Duygusal olarak orada olma “*orada ol, onlarla buldukları yerde ol*”.

Bu olma halleri, bir kişinin diğeriyle ilişki içindeyken gösterdiği dikkatin niteliğinin ve özelliklerinin farklı yönlerini ifade eder. Bu anlamda aktif bir iletişimin kurulması varlığını sunmanın derinliği ve kalitesi ile mümkündür (Thornton ve Mariano, 2016). “Bir hemşire kalp merkezli olursa karşısındaki kişinin kalp seviyesine yaklaşabilir”. Bu cümlenin anlamı hemşirenin karşısındaki bireyin yaşantısına, deneyimine ve içinde bulunduğu durumun anlamının ne olduğunu anlamaya çalışması ve odaklanmasıdır. Bu durumda kişiye derin, psikolojik, kalp gözüyle ve spiritüel seviyede iletişim kurar. Hemşire bu özenli, iyileştirici, derin ilişkiye girmeden önce kendi varlığına derinlemesine erişip dinlenebilir ve rahatlayabilir (Thornton ve Mariano, 2016). Wilby (2005) kanser hastalarının rahatlatan ve rahatsızlık veren hemşirelik eylemlerini tanımlamaya yönelik yaptığı çalışmada, hastaların duygularına duyarlı olma, fiziksel ve duygusal gereksinimleri karşılama ve katılımlarını sağlama, hastalıkları hakkında bilgi verme, gereksinimleri karşılanırken orada olma ve onları kontrol etme, sıcak, samimi, şefkatli bir yaklaşım gösterme için hastayla olmanın hastaları rahatlatıcı iyi hissetmesini ve iyi olmasını sağlayıcı hemşirelik eylemleri olarak ifade etmiştir.

Parse “beden olarak yanında olma” ‘dan söz eder. Beden olarak orada olma, gerçekten varlığını sunma, orada olma, tanıklık etme ve “an be an” onunla olmanın özel bir yoludur. Sağlıklı olarak orada olmanın yöntemleri vardır. Bu yöntemler hemşire olarak hastanın deneyimini anlamayı ve orada olmayı öğrenmeyi ve “hemşire olarak orada olma deneyimi”ni yaşantılamayı kolaylaştırır (Fawcett, 2005, Parse, 2010).

1. Orada olmak için oraya gelme, beş duyuyu kullanma, farklılıklara duyarlı olma, kişisel olarak olma, paradoksal (aykırı, farklı) deneyimleri fark etme, tanıklık etme
2. Yüzyüze tartışma ve bağlantı kurma; bunun için bazı sorular orada olmaya yardımcı olabilir.

- “Ne yapıyorsun? Nasıl yapıyorsun?”
 - “Neler düşünüyorsun? Günün nasıl geçti?”
 - “Şu anda senin için önemli olan şey ne?”
 - “Şu an daha çok neye ihtiyacın var?”
3. Açıklaştırma; orada olmanın bir yolu olarak açıklaştırma için aşağıdaki sorular kullanılabilir.
- “.....senin için anlamı ne?”
- “Yardıma ihtiyacın olabilecek şey ne?”
- “.....umudunu nasıl artırabilirsin? “
4. Sözcüksüz orada olma (Sessizliği kullanma), alınan ve verilen mesajların farkında olma
- Örnek: ağlarken sessizce yanında olma, mendil uzatma, omzuna dokunma
5. Hikayeler, filmler, fotoğraflar, müzikler, ritmik hareketler, metaforlar, ifadeleri yorumlama.

Ayrıca Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemtemi’nde (Nursing Interventions Classification - NIC) “Var Olma/Yanında Bulunma” girişimini gerekli zamanlarda hem fiziksel hem de psikolojik olarak bir başkasının yanında bulunma olarak tanımlanmaktadır. Bu girişim altında yer alan aktiviteler şöyle sıralanmaktadır (Bulecek ve ark., 2017);

- Kabullenici tutum sergileyiniz
- Hastanın deneyimlerinizi algıladığınızı ve empatinizi sözel olarak iletiniz
- Hastanın geleneklerine ve inançlarına duyarlı olunuz
- Güven ve pozitif bir saygı (ortamı) oluşturunuz
- Hastanın endişelerini dinleyiniz
- Sessizliği uygun şekilde kullanınız
- Uygun şekilde şefkatinizi ifade etmek için hastaya dokununuz
- Bir yardım edici olarak fiziksel anlamda ulaşabilir olunuz
- İnteraktif cevaplar beklemeksizin fiziksel olarak yanında olmaya devam ediniz
- Gerektiğinde hasta ve aileye mesafe koyunuz

- Ünitelerde bulunan diğerleri ile ilk etkileşim sırasında hastanın yanında kalmayı teklif ediniz
- Ulaşılabilir bir konumda olduğunuzun farkında olması için hastaya yardım ediniz, ancak bağımlı davranışları pekiştirmeyiniz
- Korkuyu azaltmak ve güvenliği geliştirmek için hastanın yanında kalınız
- Ebeveynlere çocuklarını destekleme rolünde yardım ediniz ve onların güven duymalarını sağlayınız
- Anksiyete dönemleri sırasında hasta ile kalınız, güvenlik ve emniyet güvencesi veriniz
- Uygun şekilde diğer destek kişilerle (örn; rahip, imam) temas kurmasını teklif ediniz.

2.3.4.Varlığını Sunmada İletişim Becerileri

Hemşirelikte iletişim hastaya bakım vermede terapötik bir araçtır. Hemşire kuramcılarında Peplau, Orlando ve Travelbee hemşireliği hastayla kurulan amaçlı ve yardım etmeye yönelik bir etkileşim süreci olarak ifade ederler. Hemşirelikte iletişim bakım verirken en önemli tedavi aracıdır (Özdemir, 2011). Travelbee hemşireliğin insan insana bir ilişki olduğunu, hastanın yaşamdan bir anlam çıkarmasının önemini ve bu yolda hemşirenin hedefinin de hastaya gelişiminde yardımcı olması olarak ifade etmiştir (Terakye, 1995). Ancak bu yardımın bir yolu olarak iletişim teknikleri, hastaya ulaşmada, onun iletmek istediklerini iletmesinde ve iletişimi açık tutmada etkili olan iletişim becerileridir. Etkili iletişim hastanın kendini ifade etmesini kolaylaştırır (Özcan,2006).Etkili iletişim, hasta-hemşire arası güven oluşumuna, mesleki doyumun artmasına ve hemşire-hasta arasındaki terapötik ilişkinin gelişmesine katkı sağlar (Kocaman, 2005). Etkili iletişimde, sadece bireysel özellikleri içermez, karşılıklı olarak iletişimde kullanılan sözcüklerle birlikte sözsüz tepkilerin ne olduğu ve söylenenlerin nasıl söylendiği önemlidir (Kumcağız ve ark., 2011). Yapılan bir çalışmada hastalar iyi iletişim kuran hemşirelerden aldığı bakımdan kendini daha iyi hissettiğini, iletişimi etkin olmayan hemşireden aldığı bakımdan ise endişe duyduğunu, güven sorun yaşadığını belirtmişlerdir (Arifoğlu, 2011).

Kendini Tanıma ve Kendiliğın Terapötik Kullanımı

Hemşirelik bakımında öncelik hemşirenin kendini, duygularını, tepkilerini tanımasıdır. Peplau, hemşirenin kendilik anlayışına ve kendiliğın terapötik kullanımına büyük önem vermiştir. O`na göre; kişinin nasıl bir hemşire olduğu, hastanın hastalığı sırasında hemşirelik bakımı alırken neler öğreneceğinde önemli farklar yaratır. Kendini tanıma, bireyin güçlü,zayıf ve gelişmeye açık yönlerini bilmesi, duygularını tanıması, bu farkındalığı düşünce ve davranışlara rehber olacak şekilde kullanabilmesi ve kendini net bir biçimde ifade edebilmesidir (Üstün, Akgün ve Partlak, 2005). Kendini tanıyan birey, dış dünyada yaşanan olayların ve iç dünyasındaki yaşananların çoğunlukla farkındadır. (Cüceloğlu, 1998). Sağlık çalışanları terapötik süreçlerin bir parçası olarak kişilikleri, anlayışları, algıları ve kararlarında bilinçli olarak kullandıklarında kendiliğın terapötik kullanımı meydana gelir. Travelbee “nin “kendini terapötik olarak kullanma” şeklinde ifade ettiğı kendini açmada; hemşire deneyimlerini, mevcut durumla ilgili duygu ve düşüncelerini, bireyin davranışları ile ilgili görüşlerini paylaşır (Kaya, 2011). Hemşire yargılayıcı olmayan, hastayı duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını tanıma ve açıklamaya cesaretlendirecek iletişim kurmalıdır. Kendiliğın terapötik kullanımı; bireyin kendi bilincini ve tüm iletişim yeteneklerini hastanın yararına kullanmasıdır. Bu durum karşımızdaki bireyi anlayabilme kadar kendi davranışlarımızı da anlayabilmemizi sağlar (Karaca, 2010). Kendini tanımayan ve kendinin farkında olmayan hemşire, bireylerle ilişkilerinde ve iletişiminde sıkıntılar yaşayabilir (Terakye, 1995). Hemşirenin daha kaliteli bakım verebilmesi; kendi duygu, düşünce ve gereksinimlerinin farkında olarak kendini tanıması, iletişimde hasta merkezli iletişime odaklanması, hastayı tarafsız ve empatik bir yaklaşımla bütüncül olarak değerlendirmesi ile olur (Dil, 2007). Hemşirenin hasta ile iletişiminde, bilgi vermesi ve olası durumlarla ilgili duygu ve düşüncelerini ben dilini kullanarak iletmesi, çatışmaları önler, belirsizlikleri giderir. Bu yolla, hastanın endişelerinin, heyecanlarının, hatta korkularının önüne geçilmiş olur (Demirel, 2016).

Ben Dili Kullanımı

Ben dili kullanımı; bireyin karşılaştığı davranış ve durum karşısında bireysel tepkisini, kendi duygu ve düşüncelerini açıklayan ifade şeklidir (Demiray ve ark., 2008; Kasapoğlu, 2008). Kişi “ben” diye başlayan kendine ait duygularını, düşüncelerini ve isteklerini ifade eder (Işık, 2010). Ben dili kullanımı davranışa yönelik olup davranışı

değiştirme sorumluluğunu karşıdaki bireye devreder (Kasapoğlu, 2008). Ben dili kullanımı dört bölümden oluşur

1-Olayla ilgili belli bir davranışı işaret etmek

2-Davranışın birey üzerinde yarattığı etkiyi, neler hissettirdiğini belirtmek

3-Davranışı nasıl yorumladığını ifade etmek

4-Beklenen davranışı, tercih edilen davranışa iletmek

Ben dili ile tepki vermede, cümlelerin gerçekten “ben hissediyorum”, “ben istiyorum” kısmı vurgulanmış olur. Örneğin; “konuşurken yüzüme bakmadığın zamanlar, söyleyeceklerimi karıştırıyorum. Kendimi çok kötü hissediyorum. Çünkü bana yeterince önem vermiyormuşsun gibi geliyor. Oysa beni dinlerken yüzüme bakman daha hoşuma gidecek” gibi bir ifade (Işık, 2010), karşıdaki bireyin savunmaya geçmesini, saldırgan bir tavır sergilemesini önlenmiş olur. Bu anlamda iletişimi kolaylaştırıcı teknikler, sözel ve sözsüz iletişim teknikleri ve terapötik dokunmanın öğrenilmesi önemlidir (Kaya, 2011).

Sözel ve Sözsüz İletişim

Sözel iletişim, günlük hayatta kullandığımız sözcüklerden oluşur. Sözel iletişim teknikleri; kendini tanıtmak, bilgi verme, hastaya odaklanma ve başka objelerle ilgilenmeme, hastaya ismiyle hitap etme, içeriği yansıtma, özetleme, soru sorma, alternatif sunma, cesaretlendirme, kendini açma ve geri bildirim verme, empati kurma, gibi yöntemleri kapsar (Shives, 2008, Özcan, 2006). Sözsüz iletişim, hisler, duygular, modun davranışlar üzerinde etkisine denmektedir. Sözsüz iletişimde kişinin gerçek hisleri açığa çıkmaktadır çünkü insanlar hisleri üzerinde çok az kontrole sahiptir. Ses ipuçları, jestler, fiziksel görünüş, mesafe, pozisyon veya postür, dokunuş ve yüz ifadeleri sözsüz iletişimin unsurlarını oluşturur (Shives, 2008). İnsan sözlerini seçerek sözlü davranışını kontrol edebilir ancak, sözsüz davranışı her zaman kontrol edemeyebilir. Bu yüzden, sözsüz iletişim çoğu kez bireyleri gerçek duygularını ileten daha güvenilir bir kaynaktır. Bu nedenle hemşirelikte, bireylerin sözlü iletişimlerden daha fazla, sözsüz iletişimlerine duyarlı olması oldukça önemlidir. Yani hastanın ne söylediğinden çok, nasıl söylediği ve nasıl neyi söylemeye çalıştığının anlaşılması önemlidir (Özcan, 2006, Kaya, 2011).

Empati; İletişimde önemli öğelerden olan empati aynı zamanda varlığını sunmada önemli bir araçtır. “Hemşire olmak” hemşirelerin neyi yaptığından çok nasıl yaptığı ile ilgilidir. İnsan olma ve insan odaklı yaklaşım “olmak” pratiğini sağlamaya yardımcı olur. Gerçeklik, kabullenme ve empatik anlayış, olaylara karşıdakinin bakış açısı ile yaklaşmayı kolaylaştırır. Hemşirelerin empatinin önemini kavraması, empatik tepki vermesi hasta hemşire arasında güvenli ilişkinin kaynağını oluşturur. Hemşire kendi potansiyeline yolculuk ederken yaşananlar ile kendi gerçekliğini yaşar (Koerner, 2011). Empati dinleme ve fark etme, ayırımında olma, anladıklarını iletme ve kontrol etme sürecidir (Anlayarak, yani aktif veempatik dinleme, kişiye duyduğumuz saygı ve ilginin iletilmesidir (Özcan, 2006). Bu süreçkişilerarası ilişkilerde karşılıklı olarak bireylerin birbirini dinlemesiyle ilişkili olup, “dinleme becerisini” kullanmayı gerektirir (Cevahir ve ark.,2008; Güdek,2013).

Aktif dinleme hemşirenin karşıdaki bireyi insana varlığı olarak kabul ettiği, bilinçli, amaçlı ve dikkatli yaklaşım biçimidir (Burkharaltve Nagai-Jacobson, 2016). Hemşire hastayı dinleyerek varlığını sunarken,

- Kasıtlı olarak anda kalmalı
- Hastaya bütün bir insan olarak odaklanmaya devam etmeli
- Gereksinimi anlamaya çalışarak uygun şekilde yanıtlamalı ve gerekirse düzeltmeli
- Sessizlik ve sukunet içinde diğer kişi ile olmayı öğrenmeli
- Söylenmemiş olan şeylerin hastanın bile hikayesinin bir parçası olduğunu bilerek dinlemeli
- Tüm duyuları ile dinlemeli
- Konuşmanın akıcı, açıklaştııcı olmasına izin vermelidir (Burkharalt, ve Nagai-Jacobson,2016).

Ancak bu ilkeler yerine getirilerek gerçekleştirilen dinleme hastanın yaşantılarının anlaşılmasına ve hemşire olarak, onunla, orada olmayı sağlayabilir.

Terapötik Dokunma; Cüceloğluna (1998) göre “dokunma”, çocuk gelişimi açısından yeme içme kadar önemlidir. Özellikle erken dönemlerde kucaklama, okşama, öpme gibi yollarla çocukla kurulan bedensel temas, duygusal ve sosyal gelişim açısından önem taşır (Cüceloğlu, 1998). Kişilerarası iletişimde temasın dokunmanın sevgiye dayalı ve arkadaşlığa ve aile içi özelliklere dayalı formlarında psikososyal ve fiziksel iyileştirici etkisi vardır.Kişilerarası ve kişisel ilişkilerde ve her türlü toplumsal işlevsellik alanlarında beden en önemli fiziksel alandır. Kişisel alan kişiyi koruyan ve sınırlarını belirterek hem somut gerçeklikteki hem de örtük bir biçimde mahrem ve özel alanı temsil eder. Bu anlamda dokunma her iki taraf içinde rahatsızlık verecek şekilde kullanılmamalı, mahremiyete uygun davranılmalıdır (Yazıcı,2011).

Hemşireler terapötik dokunuşa sahip olmak için iki özelliğe de sahip olmalıdır. Bu iki özellik açık görüşlü insanlar, olaylar kesinleşmeden karar vermemektedir. Yargılayıcı insanlar, esnek olmayan, başkalarının ihmal ettiği riskleri hesaplayıp, olayın sonuçlarını hesaplayarak kendi değer yargılarına göre karar verirler (Shives,2008).

Literatürde, terapötik dokunmanın biyolojik sonuçlarının incelendiği iki çalışmada; terapötik dokunmanın immünglobulin seviyesi ve supresör T hücreleri üzerinde değişiklik yarattığı, immune sistemi güçlendirdiği; plasebo çalışması olarak yapılan terapötik dokunma ve plasebo terapötik dokunmanın genetik hipotansiyonlu ve periferik vazokontraksiyonu olan hastalarda gerçek terapötik dokunma lehine vazodilatasyon ve rahatlama beliritisi ortaya çıktığını gösteren sonuçlardan söz edilmektedir (Aktaran Laraya ve Stuart, 2005). Hamilelik, doğum ve doğum sonrasında M tekniği adlı çalışmanın verilerine göre, M (Manuel) tekniği İngiliz yoğun bakım hemşiresi Dr. JaneBuck’le tarafından geliştirilmiştir. Bu teknik hastaları rahatlatmaya yönelik olarak kullanılmıştır. Bu tarz dokunma için hemşire standart masaj kursuna gitmiştir. Bu teknik standart masajdan farklı bir tekniktir. Standart masaj da uygulanan basınç 0-10 arasında 5’ e denk gelmektedir, bu teknikte ise 3’e denk gelmektedir.Hastayı rahatlatmak ve sakinleştirmek için sağlık profesyonellerinin kullandığı basit bir yöntemdir.Varlığını sunmada dokunma araç olarak kullanılmıştır. Hemşire ve ebeler dokunmayla ilgili formal bir eğitim almadıklarını ve çoğu kez dokunmaktan kaçındıklarını ifade

etmişleridir. Bu çalışmada da M tekniği ile dokunmanın anlamlı derecede rahatlatmada ve sakinleştirmede etkili olduğu bulunmuştur (Bischoff ve Buck, 2014).

Bu bağlamda Özcan (2006) hasta- hemşire iletişiminde kullanılan iletişim şekli, bireyin duygu ve düşüncelerinden söz etmesini kolaylaştırıyorsa, iletişimin sürdüğünü, hasta duygularından ve düşüncelerinden rahatça söz edebiliyorsa terapötik tekniklerden hangisinin kullanıldığının önemli olmadığını, birey kendini ifade edebildiği sürece iletişimin açık olduğunu ve kullanılan iletişim şeklinin uygun olduğunu vurgulamaktadır.

2.3.5.Varlığını Sunma ve Manevi Bakım

Bireye bakım verirken genelde fiziksel bakım ön plana çıkmakta manevi bakım gözden kaçmakta ya da gözardı edilmektedir. Manevi bakım fiziksel bakım vermeden önce bize yol gösterici olabilir, onun için öncelikle maneviyatın ve manevi bakım kavramının anlaşılması önemlidir. Hemşirenin temel sorumluluğu, bireyin manevi kaynaklarını, bir başka deyişle manevi başatme stratejilerini değerlendirebilecek bir bakış açısına sahip olmasıdır. Ross (1994) maneviyatı, “bireyin, materyalin ötesinde ilişkili olduğu herşey ve bunların temel anlamlarına ilişkin içsel kaynaklarının toplamı” biçiminde tanımlamaktadır. Manevi boyutun aşağıda belirtilen üç tür gereksinimlerden oluştuğunu ifade etmektedir(Aktaran Ergül ve Bayık, 2004).

- 1.Yaşam, acı çekme ve ölüm kavramlarının anlamı, amacı ve gücünü bulmagereksinimi
- 2.Yaşama umudu gereksinimi
- 3.Kendi içinde diğer insanlara ve üstün güce yönelik inanç ve güven duyma gereksinimi

Hemşirenin bireyin manevi gereksinimlerini tanıması önemlidir. Manevi gereksinimlerin, fiziksel gereksinimlere göre ölçümü daha güçtür (Kostak ve ark. 2010). Manevi bakım; hastaların spirütüel bakış açısını değerlendirmeyi, empati yapmayı, hastayı dinlemeyi ve ona yeterli zaman ayırmayı ayrıca terapötik iletişim tekniklerini kullanılmayı gerektirir. Hemşireler manevi bakımı sağlarken *aktifdinleme*, *sessizce hasta ile birlikte oturma* yöntemlerini kullanmalıdır. Hastayı etkin dinlemek, sıcak bir şekilde

gülümsemek, dokunmak, elini sıkmak, bilgi vermek, ağırlı müdahaleleri dikkatli ve sakin bir şekilde yapmak, manevi bakımı diğerk bakım alanlarına entegre etmenin yollarıdır (Çetinkaya ve ark. 2007).

Yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerin manevi bakımı çok önemlidir. Varlığın yok olması anlamına gelen ölüm, bireyde kendini koruma dürtüsü nedeniyle korku ve endişe meydana getirir (Koç, 2002). Kanser olma, ölümle eşleştirildiği için hem hasta birey hem de ailesi için zor bir dönemdir. Ölümün yaklaştığını bilmek, tedavi sürecindeki olumsuzluklar ve tedaviye bağlı semptomlar, ölüm kaygısının yaşanmasına neden olmaktadır. Yalom kanserin bir çeşit ölümle yüzleşme anlamına geldiğini belirtmiştir (Yalom 2013). Ölümün anlamı herkes için farklı olabilir ve buna bağlı olarak da her bireyin ölüm kaygısı birbirinden farklıdır. Hemşire, ölüm kaygısı yaşayan bireylere verdiği hemşirelik bakımında otantikliğini kullanır ve bireye özgü bakım verir. Hutchinson(1997), manevi bakımda hemşirenin amacı, bireylerin manevi bakış açısını değiştirmek değil onları desteklemek ve manevi yönlerini açığa çıkarmak ve gerektiğinde manevi gereksinimlerine yanıt bulabilmektir diye ifade etmiştir (Aktaran Ergül ve Bayık, 2004).

Eğlence ve Şimşek (2014)'in maneviyatla ilgili yapmış olduğu bir çalışmada hemşirelerin %59.4'ü manevi bakım hakkında bilgisi olduğunu ancak zaman ve personel yetersizliğinden hastaların manevi gereksinimlerini karşılayamadıklarını, diğerleri ise bu gereksinimleri karşılayabilmek için hastalara zaman ayırarak onları dinlediklerini ve onlarla konuştuklarını ifade etmişlerdir. Öz (2004) çalışmasında, yalnız olan, korku ve anksiyete yaşayan, hastalığı duygusal ve dinsel nedenlere bağlayan, herhangi bir nedenle yaşam biçimini değiştirmesi gereken, hastalıklarına sosyal anlam yükleyen, ölüm sürecinde olan bireylerin manevi desteğe gereksinimi olduğunu vurgulamıştır. Hemşire hayatının son dönemlerini yaşayan bir hastanın veya yas dönemindeki bir birey veya ailesinin yanında fiziksel olarak ya da duygusal olarak, şefkat ve merhamet içeren bir iletişimle ve dokunma ile manevi olarak hastanın yanında olabilir ve varlığını sunabilir (Watson, 2012). Hemşirenin hastayla birlikte olması,hastanın korku ve kaygılarını yönetebilmesini sağlamada önemlidir.

2.4. Onkoloji Hemşiresi Olma ve Onkoloji Hemşiresini Güçlendirmeye Yönelik Müdahaleler

Toplumda kanser vakalarının artması onkoloji hemşireliğindeki gelişmelerde önemli bir etken olmuştur. Hemşireler hasta bireyle tüm gün ilgilenmekte ve bakım vermektedirler, bu durum hemşire ve hasta arasında yakın bir ilişkinin varlığına sebep olmaktadır. Onkoloji hemşireliğinin amacı; öncelikle hastalığı önleme, toplumdaki bireylerin sağlıklı yaşayabilmesi için yeterli bilgilendirme ve kanser tanısı alan bireylerin yaşam kalitesini artırmaktır (Ünlü ve ark, 2010). Kanserin doğası, hastalık hakkında bilgi verme, kemoterapi gibi yan etkileri çok olan tedaviyi yönetme, hastalarda inkar, öfke, reddetme duyguları ile baş etme, tedaviye uyumsuzluk, hasta ve aileleriyle terminal dönemde yaşanan çatışmalar, terapötik iletişim kurmada yetersizlik gibi birçok durum onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerde iletişim hatalarına neden olmaktadır (Onan, 2009). Hemşirelik bakımı verirken, bakımın bireyin kültürüne uygun olması önemlidir. Bireyin bazı inanışları, hastalığı algılayış biçimi ve buna karşın oluşturduğu tutum ve davranışlar verilen hemşirelik bakımını etkilemekte ve oluşabilecek iletişim hatalarına da engel olmaktadır (Pehlivan ve ark, 2013).

Onkoloji hastaları ve aileleriyle yakın ilişkide çalışma, onkoloji hemşirelerinde stres, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu yaratmaktadır (Medland ve ark, 2004, Onan ve Işık, 2010; Günüşen ve Üstün, 2010). Onkoloji hemşirelerinin psikososyal iyilik halini güçlendirmede eğitim verme önemli bir müdahaledir. Hemşirelere yönelik eğitimler yoluyla çeşitli çalışmalarda semptom yönetimi (Onan ve Işıl, 2010;), onkoloji hemşirelerinin özellikle kendini tanıma, etkili iletişim becerileri, stresle başa çıkma ve problem çözme (Medland ve ark, 2004; Kelsey, 2005; Demir Ünal, 2005; Onan ve Işıl, 2010 Jacobsen ve arkadaşları, 2012) gibi müdahaleler hemşirelerin iyi bakım uygulamalarını geliştirmede hemşire ve hasta tarafından bakımın algısını ve bakım odaklı müdahalelere ilişkin olumlu, ilgili tutum ve davranışları etkilemede katkı sağladığı vurgulanmaktadır. Günüşen ve Üstün (2010)'nün kanser hastalarıyla çalışan tükenmişlik yaşayan hemşirelere yönelik destek grup müdahalesi ile gerçekleştirdikleri çalışmada hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin azaldığı, kişi yönelimli müdahale olarak bu tür destek gruplarının uzun süreli izleme yürütülmesinin ve sonuçlarının değerlendirilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır.

Sonuç olarak bakımda varlığını sunma ile ilgili olarak literatürde iyi bakım uygulamalarının gerçekleşmesi için hemşirelerin sahip olması gereken özellikler içerisinde, **kişisel özellikler**; bakım, orada olma, şefkat gösterme, kendisine ve başkalarına saygı gösterme, **mesleki özellikler**; hasta merkezli olma, mesleki bakım standartlarına ve etik kodlara saygı duyma gibi kritik düşünme becerilerini kullanma, güçlü mesleki ve alan bilgilerini kullanma gibi **bilgiye dayalı özellikler** ve güvenli, yeterli hemşirelik bakımını uygulama gibi **mesleki beceriler** sıralanmıştır. Bu özelliklerin etkili hemşirelik bakımını ve kanser hastalarının iyi oluşunu artırdığı bulunmuştur. Hemşirelerin iyi bakım uygulamalarının yardım edici hasta hemşire ilişkisi ile sağlanabileceği bu nedenle mesleki bilgi ve beceriler, kişisel ve mesleki özelliklerin hemşirenin iyi bakıma ilişkin tutum ve davranışlarını etkilediği vurgulanmıştır (Rchaidia ve ark., 2009).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma öntest, sontest ve izlemdüzeninde randomize kontrollü bir çalışmadır (Erdoğan, Nahcivan ve Esin, 2014).

Araştırma Grubu	Ön-test	Müdahale	Son-Test	İzlem Bir ay sonra	Kontrol grubu Müdahale
Girişim Grubu	I. Ölçüm	Bakımda Varlığını Sunma Eğitimi	II. Ölçüm	III. Ölçüm	-----
Kontrol Grubu	I. Ölçüm	-----	II. Ölçüm	III. Ölçüm	Bakımda Varlığını Sunma Eğitimi

Şekil 3.1. Araştırmanın Şekli

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi bünyesinde bulunan Tıbbi Onkoloji Kliniği, Kemoterapi Ünitesi, Hematoloji Kliniği ve Kemik İliği Transplantasyon Ünitesinde yapılmıştır. Araştırma alanı olarak; Antalya ilinde yapılandırılmış ve ayrı bir kemoterapi ünitesi ve Kemik iliği transplantasyon ünitesi bulunması, Akdeniz Üniversitesini diğer hastanelerden ayıran bir özellik olması sebebiyle Akdeniz Üniversitesi seçilmiştir.

Tıbbi Onkoloji Birimi, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yerleşkesi içerisinde yer alan poliklinik, ayaktan kemoterapi ünitesi ve yataklı klinik hizmeti veren bir birimdir. Tıbbi onkoloji polikliniğinde iki hemşire çalışmaktadır. Tıbbi onkoloji polikliniği H blokta olup, iki eğitim hemşiresi çalışmaktadır. Her bir hemşirenin ayrı eğitim odası olup hasta ve hasta yakınlarına alınan ilaç protokolüdoğrultusunda beslenme, ilaç bilgisi ve evde uygulama şekli, yaşam koşulları, korunma ve önleme yolları, tedavi protokolü, yan etkilerle başa çıkma, cinsellik vs. gibi konuları içeren düzenli eğitimler yürütmektedirler. Tıbbi onkoloji yataklı tedavi kliniği K Blok ikinci katta yer almaktadır. Klinik iki bölümden oluşmakta Tıbbi Onkoloji 1 ve Tıbbi Onkoloji 2 olarak ayrılmaktadır. Her iki bölüm 23 yatak olmak üzere toplam 46 yatak kapasitesindedir. Hemşireler her iki

bölümden sorumludur. Bir klinik sorumlu hemşiresi, iki örnek alma hemşiresi, 24 klinik hemşiresi olmak üzere toplam 27 hemşire çalışmaktadır. Mustafa Samur Kemoterapi Ünitesi; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yerleşkesi içerisinde K Blok üçüncü katta yer almaktadır. Ünite de günlük ortalama hizmet verilen hasta sayısı 60-80 arasında değişmektedir. Ünite de bir sorumlu hemşire ile dokuz klinik hemşiresi çalışmaktadır. Hemşireler kemoterapi ünitesinde gününbirlik kemoterapi tedavisi alan bireylerle çalışmaktadırlar. Hematoloji Kliniği; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yerleşkesi içerisinde A-1 Blok sekizinci katta yer almaktadır. Klinik 28 yatak kapasitesindedir. Klinikte, bir servis sorumlu hemşiresi ve 13 klinik hemşiresi çalışmaktadır. Klinikte yatarak tedavi alan bireyler, öncesinde kemoterapi (KT), enfeksiyon tedavisi, destek tedavilerinden herhangi biri veya tamamı uygulanmış ya da uygulanacak bireylerdir. Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yerleşkesi içerisinde A-1 Blok sekizinci katta yer almaktadır. Ünite altı yataklı olup, bir sorumlu hemşire ve beş hemşire çalışmaktadır. Kemik İliği Transplantasyon Ünitesinde; kemik iliği nakli yapılmış, nakil sonrası tedavi takip ve kemoterapi alan bireyler yatmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği, Mustafa Samur Kemoterapi Ünitesi, Hematoloji Kliniği ve Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi'nde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleminde herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış, araştırma için belirlenen araştırmaya alınma, dışlama ve çıkarılma ölçütleri dikkate alınarak seçilen tüm hemşireler örneklemini oluşturmuştur (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2012). Tıbbi onkoloji kliniğinde 27, onkoloji poliklinikliniğinde iki, kemoterapi ünitesinde 10, hematoloji kliniğinde 14 ve kemik iliği transplantasyon ünitesinde altı olmak üzere toplam 59 hemşire çalışmaktadır. Araştırmanın örneklemini, iki hemşire araştırmaya katılmaya gönüllü olmadığı, dört hemşire ön uygulamaya katıldığı ve bir hemşire uygulama aşamasında eğitim programının üç oturumuna sağlık sorunu nedeni ile devam edemediği için toplam 52 hemşire oluşturmuştur. Hemşirelere ait özellikler Tablo 3.1.'de ve hemşirelerin kendi ifadelerine göre hemşirelik bakımını tanımlama biçimleri, bakım davranışları ve kullandıkları metaforlar Tablo 3.2.'de verilmiştir.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

3.3.2. Araştırmadan Dışlama Ölçütleri

- Deneysel başka bir çalışmaya dahil olma

3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri

- Eğitim oturumlarına iki kez den fazla gelmeme
- Araştırmadan çekilme hakkını kullanma

Tablo 3.1 Hemşirelere ait özelliklerin dağılımı

Hemşirelerin Özellikleri	Grup				Genel (n= 52)		İstatistik	
	Girişim (n=26)		Kontrol (n=26)		Sayı	%	χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%				
Çalıştığı Birim								
Tibbi Onkoloji	13	50.00	12	46.15	25	48.08		
Kemoterapi	5	19.23	5	19.23	10	19.23		
Hematoloji	5	19.23	6	23.08	11	21.15		
Kemik İligi	3	11.54	3	11.54	6	11.54	0.1309	0.9879
Cinsiyet								
Kadın	23	88.46	25	96.15	48	92.31		
Erkek	3	11.54	1	3.85	4	7.69	1.0833	0.2980
MedeniDurum								
Evli	9	34.62	11	42.31	20	38.46		
Bekar	17	65.38	15	57.69	32	61.54	0.3250	0.5686
Okul								
Yuksek Lisans	1	3.85	5	19.23	6	11.54		
Lisans	22	84.62	17	65.38	39	75.00		
Onlisans	3	11.54	3	11.54	6	11.54		
Meslek Lisesi	-	-	1	3.85	1	1.92	4.3077	0.2301
KlinikPozisyon								
Sorumlu Hemşire	-	-	2	7.69	3	5.77		
Klinik Hemşiresi	26	100.0	22	84.62	47	90.38		
Eğitim Hemşiresi	-	-	2	7.69	2	3.85	2.5248	0.2830
	Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		t	p
Yaş	30.31 ± 7.95		31.46 ± 8.83		30.88 ± 8.34		-0.49	0.6228
Meslekte Çalışma Süresi (ay)	68.96 ± 97.69		117.62 ± 115.94		93.29 ± 108.95		-1.64	0.1080
Klinikte Çalışma Süresi (ay)	19.08 ± 27.33		49.54 ± 62.84		34.31 ± 50.38		-2.27	0.0278*

*p<0.05

Tablo 3.1’de hemşirelere ait özellikler yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile hemşirelerin meslekte ve klinikte çalışma süreleri açısından girişim ve kontrol grubu puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunun girişim grubundan daha fazla çalışma süresine sahip olduğu ve klinikte çalışma süresi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Hemşirelerin klinikte çalışma süresi dışında diğer tüm özellikler açısından istatistiksel olarak fark saptanmamış olup, iki grup arasında homojenlik olduğu görülmüştür ($p > 0.05$).

Tablo 3.2’de hemşirelerin kendi ifadelerine göre hemşirelik bakımını tanımlama biçimleri, bakım davranışları ve kullandıkları metaforlar yer almaktadır. Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki hemşireler kendi ifadelerine göre; kendi bakımlarını tanımlarken bütüncül, iletişim temelli, gereksinim belirleme ve hasta odaklı bakımı vurgulamışlardır. Aynı şekilde bakım davranışlarını tanımlama biçimlerine bakıldığında yarıdan fazla oranda güven, saygı, dokunma, bilgi verme, dinleme, empati, samimiyet, şefkat, güler yüz, kullanımı, zaman ayırma, senin için buradayım mesajı vererek varlığını sunmayı tanımlayan iletişim becerilerini kullanmaktadırlar. Bir kısmı bütüncül, bireye özgü bakım diyerek hümanistik bakımı ve problem çözme yöntemini kullanarak bakım vermeyi tanımlamaktadır. Çok az bir kısmı ise, fiziksel, gündelik, psikolojik, prosedürel gibi ifadelerle bakım davranışlarını tanımlamaktadır. Bu bağlamda araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin hem verdikleri bakımı tanımlama biçimi ve hem de bakım davranışlarının genellikle iletişim temelli, bütüncül ve hümanistik öğeleri içerdiğini söyleyebiliriz.

Hemşirelerin verdikleri bakıma ilişkin metaforik benzetmelerinin kontrol grubundaki iki hemşire dışında olumlu benzetmeler kullandıkları görülmektedir. Olumlu benzetmeler kullanan hemşireler genellikle bakımı tamamlayıcı, onarıcı, kurtarıcı, olmazsa olmaz olarak algıladıkları; olumsuz benzetmeler kullanan hemşirelerin ise tamamlanamayan ve ikinci sınıf olarak gören bir algıya sahip oldukları söylenebilir.

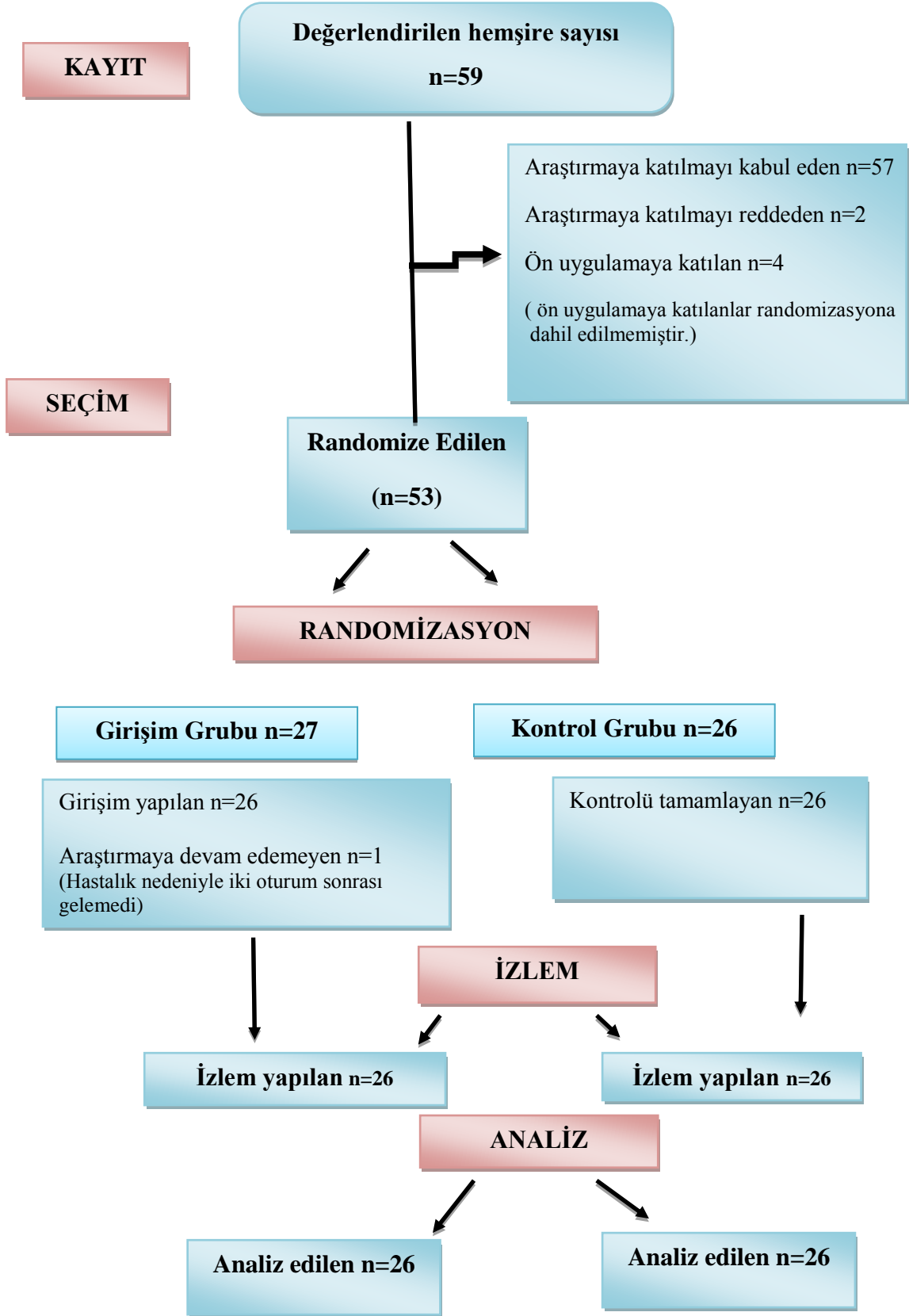
Tablo3.2. Hemşirelerin hemşirelik bakımını tanımlama biçimi, bakım davranışları ve kullandıkları metaforlar

Hemşirelerin hemşirelik bakımını tanımlama biçimi, bakım davranışları ve kullandıkları metaforlar	Genel	Girişim Grubu	Kontrol Grubu
	Sayı	Sayı	Sayı
*Hemşirelerin verdikleri hemşirelik bakımını tanımlama biçimi			
Bütüncül bakım	14	10	4
İletişim temelli bakım (insan sevgisine dayalı, insan odaklı bakım,özverili bakım, anne çocuk ilişkisine benzeyen bakım, mutluluk, etkili iletişim ile dokunarak bakım, dinleyerek yapılan bakım, hastanın yerine kendimi koyarak verilen bakım, gözlemleyerek bakım, tedavi edici bakım)	10	4	6
Hasta gereksinimlerini belirlemeye yönelik bakım	6	3	3
Hasta odaklı bakım	3	3	0
Profesyonel bakım (kanıta dayalı bakım, bilgileri en doğru şekilde uygulamaya aktarma	4	2	2
Etik ilkeler doğrultusunda bakım	1	1	0
Yoğunluk nedeniyle tedavi odaklı bakım	1	1	0
Hemşirelerin kullandıklarını ifade ettikleri bakım davranışları			
İletişimin öğelerini kullanma (içtenlik, samimiyet, kabul, saygı, güven güler yüz şefkat, cesaretlendirme)	14	9	5
Bilgi verme	7	4	3
Empatik iletişim	7	2	5
Dinleme	4	1	3
sizin için buradayım mesajı verme,	1	1	0
Zaman ayırma	1	0	1
Dokunma	1	1	0
Bütüncül bakım	5	4	1
Bireye özgü bakım	5	4	1
Etik ilkelere mahremiyete uygun davranma	6	3	3
Problem çözme	4	3	1
Fiziksel bakım, gündelik bakım	3	1	2
Psikolojik bakım	1	0	1
Hasta bakım prosedürlerine göre bakım	1	0	1
Hemşirelik bakımına ilişkin kullandığı metaforlar(n=35)			
Olumlu	33	16	17
**Girişim grubu:(Fedakar anne, bozulmuş bir araba, çiçek, şöför, ağaç, göz yaşı, hayat ağacı, su ve elektrikli olmazsa olmaz, yaşamak gibi, evcil hayvan, çiçeğe su vermek, bir ev)			
**Kontrol Grubu: (yapıştırıcı, yılbaşı ağacı, can simidi, nehir, anne bebek ilişkisi, saat, çocuk-çiçek, yemeğe katılan tuz, ağaç, bulaşık makinesi, yapboz, oksijen, hayat ağacı, nergis çiçeği, melek)			
Olumsuz	2	0	2
Türk kadını gibi her şeyi yaparsınız ama yinede 2. sınıf vatandaşı olursun, tamamlanmamış heykel ve tamamlanamıyor)			

* İfadeler birden fazladır.

3.3.4. Randomizasyon ve K rleme

Araştırmada basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerini karşılayan hemşirelerin yönlü k rleme yöntemi ile zarf çekerek girişim ve kontrol grubu olacak şekilde sırayla atanmıştır. Her klinikteki çalışmaya katılmayı kabul eden hemşire sayısına göre yarısı girişim yarısı kontrol olacak şekilde kağıtlara X ve Y harfleri yazılmış (X: Kontrol; Y: Girişim) ve zarflar içine yerleştirilmiştir. Zarflar karışık olarak bir kap içerisine konulmuş ve hemşirelerden zarfları çekmeleri istenmiştir. Hemşirenin çektiği zarf araştırmacı tarafından alınarak zarf içindeki harfe göre girişim ve kontrol grubuna kişi ataması yapılmıştır. Araştırmanın Tasarımı (Consort şeması) şekil 3.2.'de verilmiştir.



Şekil 3.2. Araştırmanın CONSORT Şeması (Moher, 2009).

3.3.5.Etki Büyüklüğü

Etki büyüklüğü, deneysel bir çalışmada bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni ne kadar etkilediğini görmemizi sağlar. Diğer bir ifade ile bağımlı değişkendeki varyasyonun ne kadarının bağımsız değişken tarafından açıklandığını söyler. Etki büyüklüğü sadece uygun bir istatistiksel anlamlılık testi uygulandıktan sonra hesaplanabilir. Varyans analizi (ANOVA) ile etki büyüklüğü hesaplanırken t-testinde kullanılan Cohen's d'den ziyade η^2 (Eta kare) kullanılmaktadır. Etki büyüklüğü $\eta^2 \leq 0.1$ ise küçük, $0.1 < \eta^2 < 0.4$ ise orta $\eta^2 < 0.4$ ise büyük olarak adlandırılır. Etki büyüklüğü $\eta^2 = 0.45$ ise, etkinin büyük olduğu varsayılabilir. Bu, bağımlı değişkendeki varyasyonun %45'nin bağımsız değişken tarafından açıklandığı anlamına gelmektedir(Richardson, 2011). Bu çalışmada kullanılan her bir ölçek için ayrı ayrı etki büyüklüğü hesaplanmıştır (Tablo 3.3.).

Tablo 3.3.Bakım davranışları ölçeği, bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği ve alt boyutları ortalamaları dikkate alınarak hesaplanan araştırmanın güç ve etki büyüklüğü sonuçları

Ölçekler	Güç	Genel		Kısmi Etki Büyüklüğü η^2		
		η^2	Yorum	Grup	Zaman	Grup*Zaman
BDÖ	0.999	0.03	Küçük	0.0129	0.0009	0.0129
BOHHEÖ	0.999	0.12	Orta	0.0821	0.0024	0.0478
BOHHEÖ önemlilik	0.999	0.07	Küçük	0.0393	0.0111	0.0173
BOHHEÖ yeterlilik	0.997	0.13	Orta	0.0832	0.0036	0.0488
BOHHEÖ uygulanabilirlik	0.996	0.11	Orta	0.0704	0.0002	0.0455

Araştırmada kullanılan bakım davranışları ölçeği, bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği ve alt boyutlarından önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutları için etki büyüklüğü bakıldığında bakım davranışları ve BOHHE önemlilik için küçük diğer ölçekler için orta olduğu görülmektedir. Bu etki büyüklükleri bağlamında araştırmanın gücü her bir ölçek için 0.99 olarak hesaplanmıştır.

3.4.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

3.4.1.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği, Mustafa Samur Kemoterapi Ünitesi, Hematoloji Kliniği ve Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi'nde çalışan ve araştırmanın girişim grubunda olan 26, kontrol grubunda olan 26 hemşire olmak üzere toplam 52 hemşireden elde edilen sonuçlarla sınırlıdır.

3.4.2.Araştırmanın Güçlükleri

Bu araştırmanın ön uygulama ve uygulama aşamasında, bazı hemşirelerin nöbet listelerinin düzenlenmesi, klinik içi iş akışının yoğun olması, hastalık ve rapor gibi sebeplerle araştırmaya katılma ve devam etmede, eğitim programının başlama saatini ayarlama gibi konularda güçlükler yaşanmıştır. Hemşirelerle yapılacak bu tür çalışmalarda bu değişkenlerin dikkate alınarak planlama yapılması ve ön uygulamada bu gibi faktörlerin değerlendirilmesi; uygulama aşamasında yaşanabilecek güçlükleri kontrol altına alma, araştırma etiği, araştırma sürecinin aksamaması ve hemşirelerin memnuniyeti, katılımı, devamlılığı açısından önemli olabilir.

3.5.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik boyutu için, Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Etik Kurul Karar No: 124) alınmıştır (EK 1). Araştırmanın uygulanabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği ve Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden yazılı kurum izni alınmıştır (EK 2). Araştırmada kullanılacak Bakım Davranışları Ölçeği-24 kullanım izni (EK 3) için Yrd. Doç. Dr. Şerife Kurşun ve Prof. Dr. Nevin Kanan ve Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği kullanım izni (EK 4) için Araş.Gör. Nurdan Yalçın Atar ve Prof. Dr. Türkinaz Atabek Aştı ile e-posta yoluyla iletişim kurulmuş olup gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında hemşirelere araştırma hakkında açıklayıcı bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden "Aydınlatılmış Onam Formu" aracılığıyla yazılı onam alınmıştır (EK 5).

Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

“Bakım Davranışları-Bakım kalitesini algılama düzeyi” ve “Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi- Bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışlar”

Bağımsız Değişkenler

Bakımda varlığını sunma eğitimi

3.6.Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Hemşireleri Tanıtıcı Özellikler Formu” (EK 6), “Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24)” (EK 7), ve “Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ)” (EK 8), kullanılmıştır. Veriler hemşirelerin öz bildirimine dayalı olarak toplanmıştır.

3.6.1.Hemşireleri Tanıtıcı Özellikler Formu

Hemşireleri tanıtıcı özellikler formu, sosyo-demografik özellikleri içeren yedi, hemşirelerin kendi hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerini içeren üç soru olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2.Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24)

Bakım Davranışları Ölçeği-24(BDÖ-24), Wu ve arkadaşları (2006) tarafından oluşturulmuştur. BDÖ-24, Wolf ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen hasta ve hemşireler tarafından çift yönlü tanılamaya uygun 42 maddelik “Bakım Davranışları Ölçeği-42 (Caring Behaviors Inventory-42)”nin kısa formudur (Wu ve arkadaşları 2006’dan akt. Kurşun ve Kanan, 2012). Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması ülkemizde Kurşun ve Kanan (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek hasta ve hemşirelerin bakım sürecini değerlendirmelerini sağlamakta olup, hemşirelerin kendi kendilerini değerlendirmelerini ve hasta algılamalarını karşılaştırmak amacıyla da kullanılmaktadır. Ayrıca ölçek, cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde verilen hemşirelik bakımını (dinleme, eğitim, karar vermede hastayı da kapsayan bakım davranışları) değerlendirmek amacıyla da kullanılmaktadır. Ölçek altı puanlı likert tipinde olup, 24 maddeden oluşmaktadır. Derecelendirme, “asla (1), hemen hemen asla (2), bazen (3), genellikle (4), çoğu zaman (5) ve her zaman (6)” şeklinde yapılmakta ve

puanlanmaktadır. Ölçek, güvence (8 madde= 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24), bilgi-beceri (5 madde= 9, 10, 11, 12, 15), saygılı olma (6 madde= 1, 3, 5, 6, 13, 19) ve bağlılık (5 madde= 2, 4, 7, 8, 14) olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan en küçük 24 en büyük 144' tür. Toplam ölçek ve alt boyutlar için, alınan puan arttıkça hasta ve hemşirelerin bakım kalitesi algılama düzeyleri artmaktadır. Tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra 24'e bölünmesi ile 1-6 arasında toplam ölçek puanı; alt boyutlarda yer alan maddelerin puanları toplanarak elde edilen puanın madde sayısına bölünmesi ile 1-6 arasında alt boyut ölçek puanları elde edilmektedir. Alt boyut ve toplam ölçek puanı arttıkça hasta ya da hemşirelerin bakım kalitesi algılama düzeyleri artmaktadır. Wu ve arkadaşları (2006) tarafından oluşturulan ölçeğin iç tutarlılığı hem hasta hem de hemşireler için 0.96, alt gruplar içinde 0.82-0.92 arasında değişmektedir. BDÖ-24'ün alt boyut ve tüm ölçek için Cronbach Alfa katsayısı incelendiğinde; hasta grubunda güvence: 0.93, bilgi-beceri: 0.89, saygılı olma: 0.90, bağlılık: 0.90 ve tüm ölçek için 0.97; hemşirelerde ise güvence: 0.94, bilgi-beceri: 0.81, saygılı olma: 0.90, bağlılık: 0.85 ve tüm ölçek için 0.96'dır (Kuşun ve Kanan, 2012). Bu araştırmada BDÖ ölçeği Cronbach alfa katsayısı Tablo 3.4.' de gösterilmektedir.

3.6.3. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ)

Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ), Cossette ve arkadaşları (2005) tarafından hemşirelerin bakıma ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirebilmek için, Watson'ın Bakım Kuramı temel alınarak 2005 yılında geliştirilmiştir (Cossette ve arkadaşları 2005'den akt. Atar ve Aştı 2012). Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Atar ve Aştı (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek beşli likert tipi olup, 70 maddeden oluşmaktadır. Maddeler hiç (1), biraz (2), orta derece (3), çok (4) ve son derece (5), şeklinde derecelendirilmektedir. BOHHE ölçeği 10 alt ölçekten ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Alt ölçekler; 1.Hümanizm, 2.Umut, 3.Duyarlılık, 4.Yardım edici ilişki, 5.Duyguların ifade edilmesi, 6.Sorun çözme, 7.Öğretim, 8.Çevre, 9.Gereksinimler, 10.Maneviyat'dır. Her bir değişken için ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek olası puan 70-350 arasındadır (Atar ve Aştı ,2012). Bu araştırmada ortalamalar her bir maddenin derecelendirildiği 1- 5 arasındaki puanlar üzerinden yapılmıştır (Fortune ve ark. 2017). BOHHEÖ'nün madde-toplam puan korelasyonu ve Cronbach Alpha yöntemlerine göre değerlendirildiğinde ölçeğin toplam

ölçek Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı önemlilik boyutu için 0.99, yeterlilik boyutu için 0.98, uygulanabilirlik boyutu için 0.99 olarak bulunmuştur. Ölçeğin 10 alt ölçeğinin alfa güvenilirlik katsayıları, önemlilik boyutu için 0.89-0.94, yeterlilik boyutu için 0.86-0.93, uygulanabilirlik boyutu için 0.88-0.94 arasında olduğu saptanmıştır (Atar ve Aştı, 2012).Bireylerin ölçeklerden aldıkları puan arttıkça, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışlarını önemli bulma, uygulanabilir bulma ve yeterli hissetme olumlu yönde artmaktadır. Bu araştırmada kullanılan BOHHE ve alt boyutları için Cronbach Alfa katsayısı Tablo 3.4.' de gösterilmektedir.

Tablo 3.4.Bakım davranışları, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi genel, önemlilik, yeterlilik, ve uygulanabilirlik için cronbach alfa katsayıları

Ölçümler	Ölçekler				
	BDÖ	BOHHEÖ	BOHHEÖ önemlilik	BOHHEÖ yeterlilik	BOHHEÖ uygulanabilirlik
Öntest	0.92	0.97	0.97	0.97	0.97
Sontest	0.94	0.98	0.98	0.98	0.98
İzlem	0.94	0.98	0.98	0.98	0.98

3.7.Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması araştırmacı tarafından formların ve varlığını sunma eğitim programının anlaşılabilirliğini, işlerliğini ve süresini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Ön uygulama; Akdeniz Üniversitesi Hastanesionkoloji kliniğinden bir sorumlu hemşire, bir klinik hemşiresi ve hematoloji kliniğinden bir sorumlu hemşire, bir klinik hemşiresi olmak üzere toplam dört hemşireyle yapılmıştır. Bütün oturumlar Akdeniz Üniversitesi HastanesiA Blok 8. kat Hematoloji Kliniği toplantı odasında yapılmıştır. Ön uygulamada belirlenen gereksinimler doğrultusunda uygulama aşamasına geçmeden önce yapılan düzenlemeler aşağıda yer almaktadır.

1.Oturum: Tanışma, Varlığını sunma: Varlık, Varoluş, Otantiklik

Bu oturum için süre 90 dk olarak planlanmıştır. Ancak aydınlatılmış onam formu, tanıtıcı özellikler formu,BDÖ -24, BOHHEÖ'nin doldurulması 30 dakika sürmüştür. Bu nedenle oturum için planlanan 90 dakikalık süre 105 dakikaya çıkmıştır. Sürenin uzaması katılımcıların çalışma planlarını aksatmıştır. Bu nedenle hemşireler tarafından

ölçeklerin eğitim öncesi bir günde doldurulmasının hem eğitime katılanların yorulmaması hem zaman yönetimi açısından daha iyi olacağı önerisi getirilmiştir. Bu nedenle araştırmanın uygulama aşamasında ölçüm araçlarının ve formların hemşirelerden aydınlatılmış onam alındıktan hemen sonra doldurulmasına karar verilmiştir. Oturum süresi 75 dakika olarak yeniden düzenlenmiştir.

2.Oturum: Bölüm 1-Hemşirenin Kendini Tanıması ve Bölüm 2-Hasta Hemşire İlişkisi

Bu oturumda hemşireler; Bölüm1- Bölüm 2 şeklinde ara vermeden eğitimin devam etmesinin yorucu olduğunu, iki eğitim arasında 10 dk mola verilmesinin eğitimin daha aktif ve verimli olmasını sağlayacağını önermiştir. Bu nedenle uygulama aşamasında bu oturum için iki bölüm arasında 10 dakika ara konulmuştur. 90 dk planlanan eğitim süresi 100 dk olarak değiştirilmiştir.

3.Oturum: Bölüm 1- İletişim Teknikleri ve Bölüm 2- Ben Dili Kullanımı

Bu oturumda hemşireler, Bölüm 2' de yer alan terapötik iletişim ve terapötik olmayan iletişim tekniklerinin anlatım sırasının tekrar değerlendirilmesini istemişlerdir. Bölüm 2'de önce terapötik olmayan tekniklerin daha sonra terapötik tekniklerin anlatılmasının konunun anlaşılabilirliği açısından daha uygun olacağını önermişlerdir. Bu nedenle uygulama aşamasında bu oturum için programda Bölüm 2'de önce terapötik olmayan sonra terapötik olan tekniklere yer verilmiştir.

4.Oturum: Bölüm 1- Varlığını Sunma: OradaOlma ve Bölüm 2- Varlığını Sunma: Onunla Olma –Onunla Yapma,

Bu oturumda bir değişiklik yapılmamıştır.

5.Oturum: Varlığını Sunma: Maneviyat ve Programın Değerlendirmesi

Bu oturumda hem oturum konusu tartışıldığı hem de varlığını sunma eğitim programının genel değerlendirilmesi yapıldığı için planlanan süre yetmemiştir. Bu nedenle uygulama aşamasında bu oturum için 30 dakika süre eklenmiştir.

Ön uygulamada gerek formların doldurulma zamanı, gerek varlığını sunma eğitim programı oturumlarında işleyiş açısından değişiklik yapılmasına karar verildiği için ön uygulamaya katılan hemşireler örnekleme dahil edilmemiştir.

3.8.Araştırmanın Uygulanması

Uygulama başlamadan önce araştırmacı hemşirelerle ilk karşılaştığında kendisi ve araştırma hakkında açıklayıcı bilgi vererek sözel ve aydınlatılmış onam aracılığı ile yazılı onamlarını almıştır. Hemşireler randomizasyon ve körleme yöntemi kullanılarak girişim ve kontrol gruplarına atandıktan sonra girişim grubundaki hemşirelere eğitim konusunda planlama yapmak için araştırmacının iletişim bilgileri verilmiş ve hemşirelerinden iletişim bilgileri alınmıştır. Bu aşamada girişim grubuna atanan hemşirelere grup eğitimi oturumları ile ilgili takvim planı konusunda bilgi verilmiş ve ortak bir kararla hemşirelerin hangi grupta olacağı kararlaştırılmıştır. Grup eğitimleri için Tıbbi Onkoloji kliniği, Poliklinik ve Kemoterapi Ünitesindeki hemşireler için K Blok Onkoloji kliniği toplantı odası ile Hematoloji kliniği ve Kemik İliği Transplantasyon Ünitesindeki hemşireler için A-1 blok 8. kat Hematoloji kliniği toplantı odası kullanılmıştır. Örnekleme dahil olacak hemşire sayısına göre girişim grubu için, her grupta ortalama 12-13 hemşire olacak şekilde gruplar oluşturulmuştur. Buna göre; girişim grupları için hemşirelerle iletişim kurularak ilk grup eğitimi oturumu için gün, saat ve yer bilgisi verilmiştir. “Bakımda varlığını sunma eğitim programı” için toplam beş oturum gerçekleştirilmiştir. Her bir oturum için konu, amaç, hedef davranışlar, süre, yöntem, işleyiş planı ve değerlendirmenin yer aldığı literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış bir eğitim programı oluşturulmuştur. “Bakımda Varlığını Sunma Eğitim Programı” oturumları ve konu başlıkları (EK 9) yer almaktadır. Her bir oturumun süresi farklı planlanmıştır.

1.Oturum: Tanışma, Varlığını sunma: Varlık, Varoluş, Otantiklik; 75 dakikalık süre, işleyiş planı doğrultusunda ilk 15 dakikatanışma, eğitim programının tanıtımı 50 dakika oturum içeriğine ilişkin eğitim ve son 10 dakika oturumun sonlandırılması olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

2.Oturum: Bölüm 1-Hemşirenin Kendini Tanıması ve Bölüm 2-Hasta Hemşire İlişkisi; 100 dakikalık süre, Bölüm 1, 45dakika. Bölüm 2,45dakika şeklinde uygulanmış olup iki bölüm arasında 10 dakika mola verilmiştir.

3.Oturum: Bölüm 1- İletişim teknikleri ve Bölüm 2- Ben dili kullanımı; 60 dakikalık süre olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

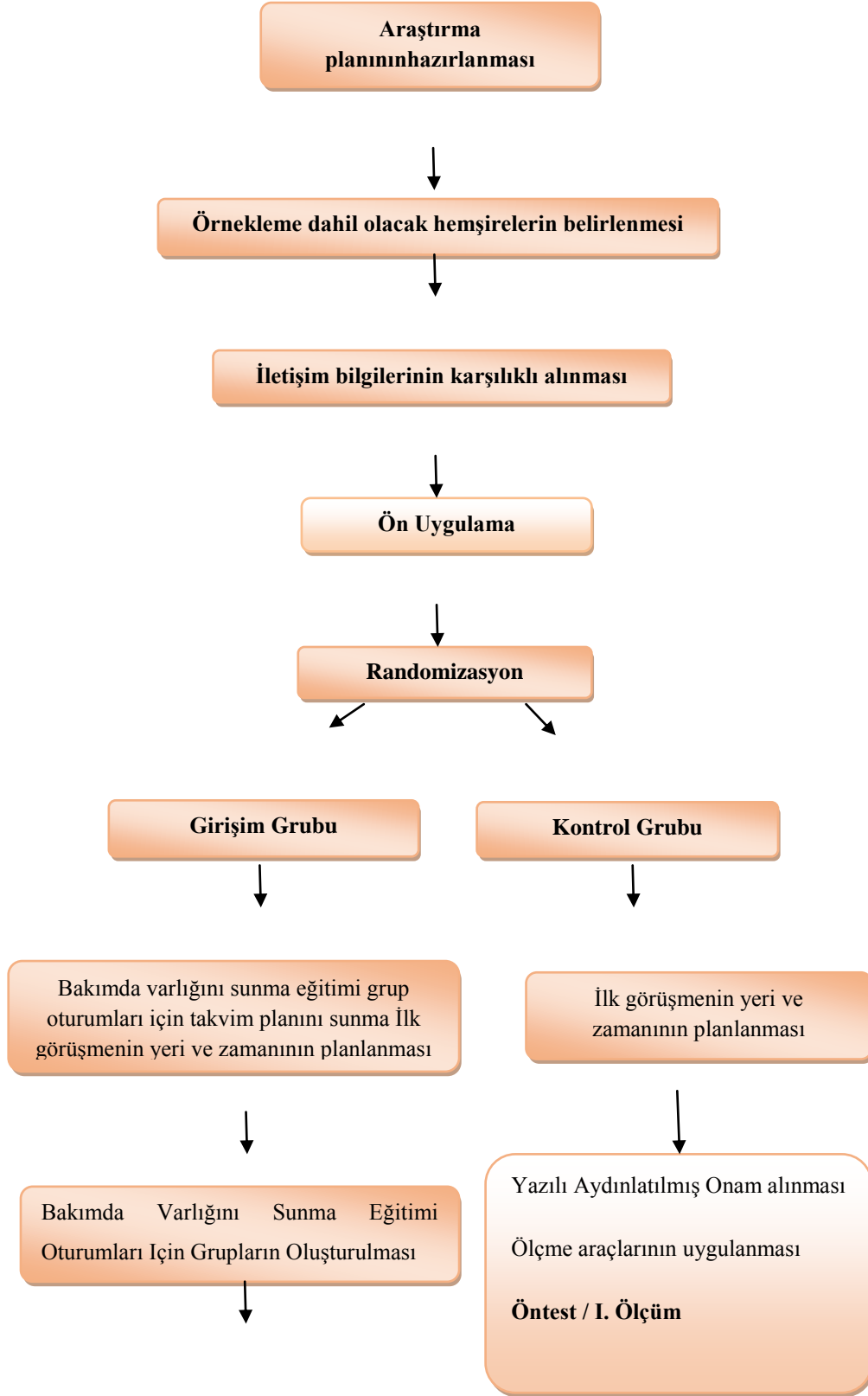
4.Oturum: Bölüm 1- Varlığını Sunma: OradaOlma ve Bölüm 2- Varlığını Sunma: Onunla Olma –Onunla Yapma; 75 dakikalık süre olarak planlanmış. Bölüm 1, 40 dakika, Bölüm 2,35 dakika şeklinde uygulanmıştır.

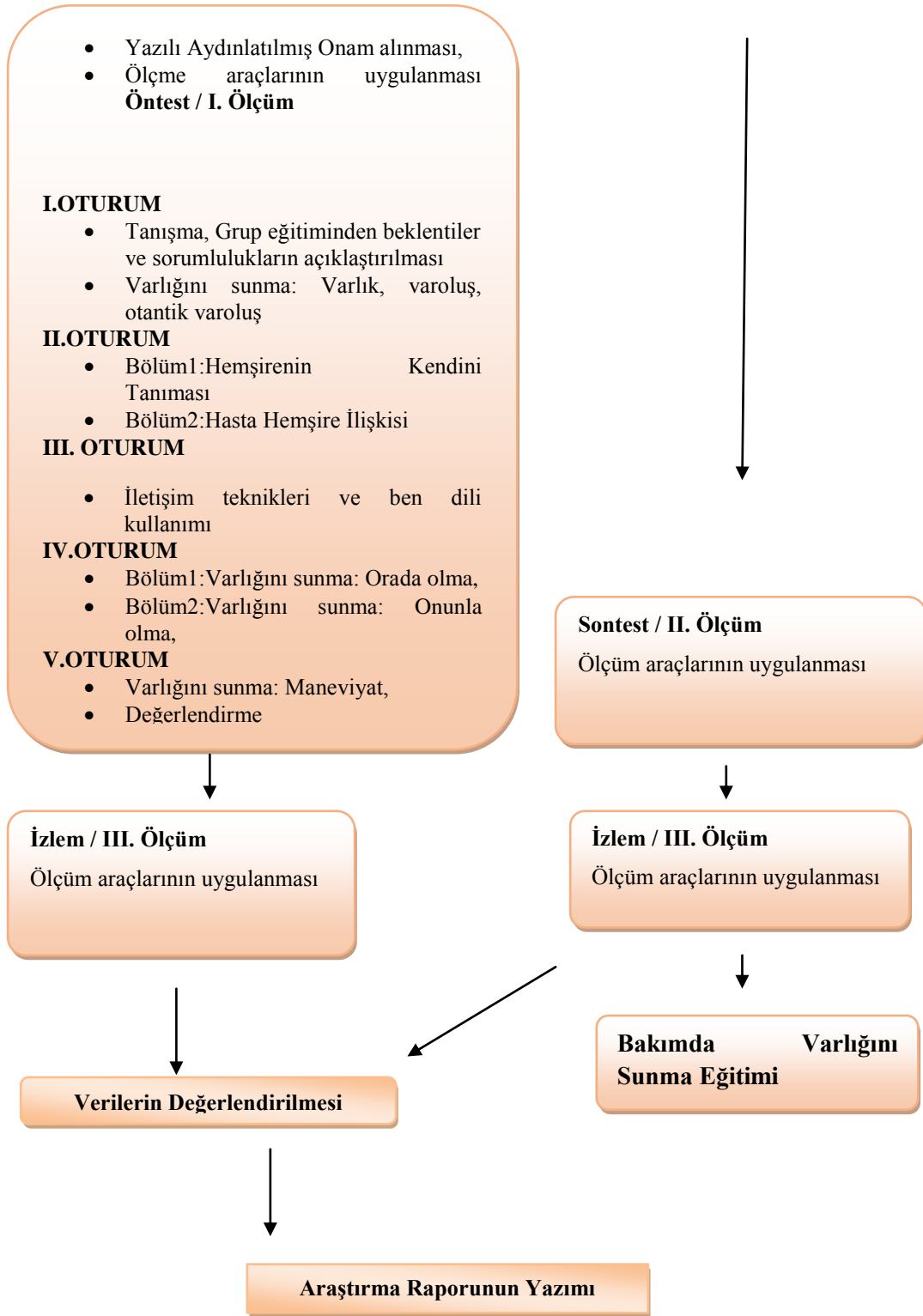
5. Oturum: Varlığını Sunma: Maneviyat ve Programın Değerlendirmesi; 60 dakikalık süre planlanmış olup 45 dakika konu içeriği 15 dakikadeğerlendirme şeklinde uygulanmıştır.

Eğitim oturumlarında interaktif öğrenme yöntemlerine ve bireylerin katılımını desteklemeye yönelik konuya uygun etkinliklere yer verilmiştir. Toplantı odasında eğitimler için gereksinim olduğunda kullanılmak üzere barkovizyon, flipchart gibi araçlardan yararlanılmıştır. Uygulama sonrası değerlendirmelerde gelen geri bildirimler kişilerin ifadesi olarak verilmiştir. *“Hasta odasına girerken artık kapıyı çalarak giriyorum”, “hastanın tansiyonunu ölçerken, damaryolu açarken hastaya şefkatle dokunuyorum”, “hastanın tansiyonunu ölçtüğüm zaman nazıkçe kıyafetini düzeltiyorum”, “artık hastayla iletişimimde empatiyi daha kuvvetli kullanıyorum”, “hasta odasından çıkarken ışığı kapatmamı isteyip istemediğini soruyorum”, “hasta odasına girdiğimde kapıyı kapatıyorum ve hastama odaklanıyorum bütün diğer sorunları kapıda bırakıyorum”, “hastanın yanına gittiğim zaman bakım an’ını yaşıyorum, sadece hastamla ilgileniyorum”, “hasta tepkili olduğu zaman bendili kullanıyorum (bu davranışınız beni üzüyor)”, “hasta yakını ile tartıştım sonrasında gidip bendili kullanarak konuştum, hem hasta hemde hasta yakını özür diledi ve evime huzurla gittim.Çünkü yanlış anlamalar bitmişti”, “sosyal hayatta ben dili kullanmaya başladım”, “hastama hayır diyebiliyorum, öncelikleri sıralayabiliyorum”, “hastama geri bildirim veriyorum ,koridorda yürürken sizi yürürken görmek beni mutlu ediyor diyorum”, “hasta teslimlerinde kıdemlim gibi televizyonun fişini çekiyordum, artık hastaya bilgi vererek sesini kısmasını rica ediyorum”, “sabah bakım saatinde geceyi nasıl geçirdiğini soruyorum ve onu içtenlikle dinliyorum”,” artık sabah evden çıkarken bugün hastaneye hangi amaçla ve ne yapmak için gidiyorum diye kendime soruyorum, böylelikle günümü daha etkin kullanıyorum ”*

Araştırmada kontrol grubunda yer alan hemşirelere ölçüm araçları girişim grubundaki hemşirelerle paralel olarak uygulanmıştır. Bu hemşirelere bakımda varlığını sunma

eğitimi izlem ölçümü tamamlandıktan sonra yapılmıştır. Eğitim bu gruptaki hemşirelerin uygunluğuna göre ayrı ayrı iki grupta, her bir grup için tek seferde toplam altısaatte yapılmıştır. Uygulama sonrası değerlendirmelerde gelen geri bildirimler kişilerin ifadesi olarak verilmiştir. “eğitimlerde beş hafta boyunca sıkılmadan nasıl eğitime devam ettiler diye düşünmüştüm halbuki eğitim içeriği çok faydalıymış”, “hastayla kurduğum iletişimde tepkilerimin ne kadar yanlış olduğunu farkettim”, “sen dilini ne kadar çok kullandığımı farkettim”. Araştırmanın Akış Planı Şekil 3.3.’de yer almaktadır.





Şekil 3.3.Araştırmanın akış planı

3.9.Verilerin Değerlendirilmesi Ve Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS (Statistical Analysis System) 9.4 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır. İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda t testi, üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Varyans Analizi (F testi) uygulanmıştır. Farklı zamanlarda aynı bireylerden alınan ölçümlerinin analizinde hem grafiksel yöntemler hem de tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. Grubun homojenitesini ölçmek için ki-kare testi, cronbach alfa için güvenilirlik analizi yapılmıştır. Ölçek ifadelerinin, alt boyutların ve ölçek genel puanlarının ortalama ve standart sapmaları tanımlayıcı istatistik tablosu şeklinde sunulmuştur. Ölçek alt boyut ve genel puan ortalamaları arasındaki ilişkiler için korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Pearson korelasyon testi yapılmıştır. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bakımda varlığını sunma eğitim programının onkoloji hastalarıyla çalışan hemşirelerin bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimine ve bakım davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada, girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin eğitim öncesi, sonrası ve izlem ölçümlerinden elde edilen hemşirelerin bakım davranışları ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine yönelik bulgular yer almaktadır. Bulgular tablo ve şekil olarak gösterilmiştir.

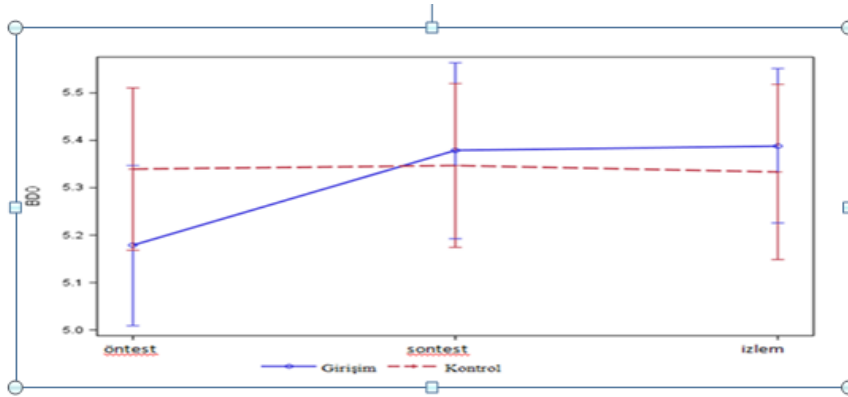
Tablo 4. 1. Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına göre bakım davranışları ile bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi alt boyutları puan ortalamaları

Gruplar– Ölçüm zamanı		Bakım Davranışları ile Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimi ve Alt Boyutları									
		BDÖ		BOHHEÖ Genel		BOHHEÖ Önemlilik		BOHHEÖ Yeterlik		BOHHEÖ Uygulanabilirlik	
Grup	Zaman	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	
Girişim	Öntest	5.18±0.42	4.07±0.43	4.49±0.40	3.88±0.66	3.84±0.51					
	Sontest	5.38±0.46	4.52±0.39	4.73±0.32	4.45±0.46	4.38±0.51					
	İzlem	5.39±0.40	4.50±0.42	4.72±0.28	4.44±0.47	4.35±0.59					
Kontrol	Öntest	5.34±0.42	4.36±0.34	4.68±0.33	4.26±0.45	4.13±0.39					
	Sontest	5.35±0.43	4.41±0.44	4.74±0.36	4.31±0.51	4.17±0.57					
	İzlem	5.33±0.46	4.44±0.42	4.73±0.38	4.37±0.49	4.22±0.50					
Varyansanalizi		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
Zaman		0.98	.3776	6.47	.0020*	3.05	.0502*	6.56	.0018*	5.49	.0050*
Grup		0.13	.7186	0.34	.5580	1.67	.1979	0.52	.4721	0.03	.8591
GrupxZaman		0.98	.3780	3.77	.0254	1.32	.2694	3.85	.0234	3.58	.0304

p<0.05*

Tablo 4.1.' de girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına göre bakım davranışları, bakım odaklı hemşire- hasta etkileşimi ve alt boyutlarının puan ortalamaları yer almaktadır. Hem girişim hem kontrol grubundaki hemşirelerin eğitim öncesi bakım davranışları ve bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi genel, önemlilik, uygulanabilirlik ve yeterli hissetme puan ortalamalarının genellikle orta düzeyin üzerinde olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu ile zamana göre bakım davranışları puan ortalamaları incelendiğinde ise; girişim grubundaki hemşirelerin bakım davranışları puan ortalaması öntest 5.18 ± 0.42 , sontest puan 5.38 ± 0.46 , izlem 5.39 ± 0.40 olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki hemşirelerin bakım davranışları öntest puan ortalamalarının girişim grubuna göre daha yüksek olduğu öntest (5.34 ± 0.42); saptanmış olup bu ortalamanın son test (5.35 ± 0.43) ile izlem (5.33 ± 0.46) ölçümünde değişmediği görülmektedir. Ancak girişim grubundaki hemşirelerin öntest puan ortalamalarının kontrol grubuna göre düşük olmasına rağmen sontest puan ortalamalarının kontrol grubunun üstünde olacak şekilde bir artış gösterdiği ve bu ortalamanın izlem ölçümünde de korunduğu görülmektedir (Tablo 4.1., Şekil 4.1.). Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin BDÖ puan ortalamalarında zaman içinde ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.1., Tablo 4.2.). Ayrıca farklı zamanlarda elde edilen BDÖ puan ortalamalarının zamana göre değişmediği, diğer bir ifade ile grup x zaman etkileşiminin olmadığı da bu tablodan görülmektedir.



Şekil 4.1. Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına göre bakım davranışları arasındaki fark

Tablo 4.2. Bakım davranışları ölçeği ve alt boyutlarının farklı ölçüm zamanlarındaki girişim-kontrol gruplarına göre puan ortalamaları

Bakım davranışları ölçeği ve alt boyutları	Ölçüm Zamanları						İstatistik	
	Ön test		Son test		İzlem			
	Ort ±SS		Ort ±SS		Ort ±SS		F	p
BDÖ								
Girişim	5.18±0.42		5.38±0.46		5.39±0.40		1.99	0.1437
Kontrol	5.34±0.42		5.35±0.43		5.33±0.46		0.11	0.9939
t/p	-1.38	0.1738	0.26	0.7980	0.46	0.6494		
Güvence								
Girişim	5.25±0.49		5.38±0.49		5.49±0.49		1.86	0.1632
Kontrol	5.44±0.45		5.34±0.48		5.32±0.55		0.46	0.6343
t/p	-1.52	0.1359	0.29	0.7705	1.29	0.2043		
Bilgi Beceri								
Girişim	5.31±0.55		5.58±0.55		5.61±0.45		2.59	0.0815
Kontrol	5.57±0.41		5.55±0.42		5.60±0.53		0.08	0.9195
t/p	-1.96	0.0561*	0.21	0.8330	0.06	0.9553		
Saygılı Olma								
Girişim	5.15±0.49		5.34±0.47		5.27±0.44		1.04	0.3588
Kontrol	5.22±0.53		5.31±0.50		5.29±0.43		0.21	0.8121
t/p	-0.50	0.6201	0.26	0.7980	-0.20	0.8419		
Bağlılık								
Girişim	4.98±0.56		5.22±0.53		5.14±0.57		1.36	0.2634
Kontrol	5.08±0.58		5.24±0.54		5.11±0.50		0.62	0.5390
t/p	-0.64	0.5224	-0.09	0.9283	0.18	0.8563		

*p<0.05

Tablo4.2.'de BDÖ ve alt boyutlarının farklı ölçüm zamanlarındaki girişim-kontrol gruplarına göre puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde BDÖ ve alt boyutlarının bilgi beceri alt boyutu öntest puan ortalaması (p<0.05) hariç farklı ölçüm zamanlarındaki girişim-kontrol gruplarına göre puan ortalamaları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Aynı zamanda

girişim ve kontrol gruplarının kendi içinde farklı ölçüm zamanlarındaki puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

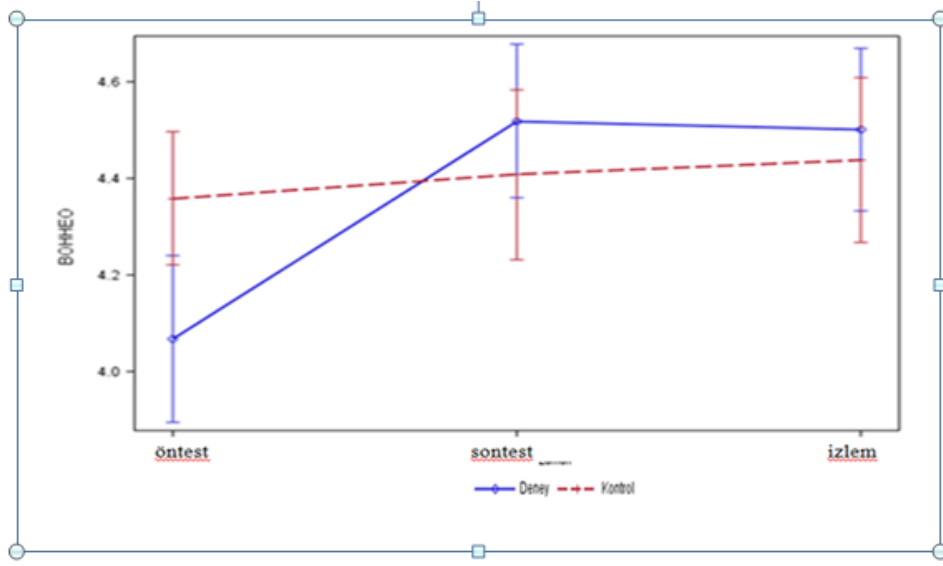
Tablo 4.1.'de hemşirelerin girişim ve kontrol grubu ile zamana göre BOHHEÖ puan ortalamaları incelendiğinde; girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin **zamana göre BOHHEÖ genel, BOHHEÖ önemlilik, BOHHEÖ yeterlilik ve BOHHEÖ uygulanabilirlik alt boyutları**, puan ortalamalarında gruplar arasında ve grup zaman etkileşiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ancak, zaman içinde girişim grubunun lehine değişim olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (BOHHEÖ genel $F=6.47$; **$p=.0020$** ; BOHHEÖ önemlilik $F=6.47$; **$p=0.0502$** ; BOHHEÖ yeterlilik $F=6.56$; **$p=0.0018$** ve BOHHEÖ uygulanabilirlik $F=5.49$; **$p=0.0050$** (**Tablo 4.1**). Yanısıra Tablo 4.3. incelendiğinde, BOHHEÖ genel, önemlilik, uygulanabilirlik ve yeterlilik alt boyutlarında girişim grubunun kendi içinde farklı ölçüm zamanlarındaki puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), kontrol grubunun kendi içinde ise fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). (**Tablo 4.3.**).

Tablo 4.3.Bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimiölçeği ve alt boyutlarının farklı ölçüm zamanlarındaki girişim-kontrol gruplarına göre puan ortalamaları

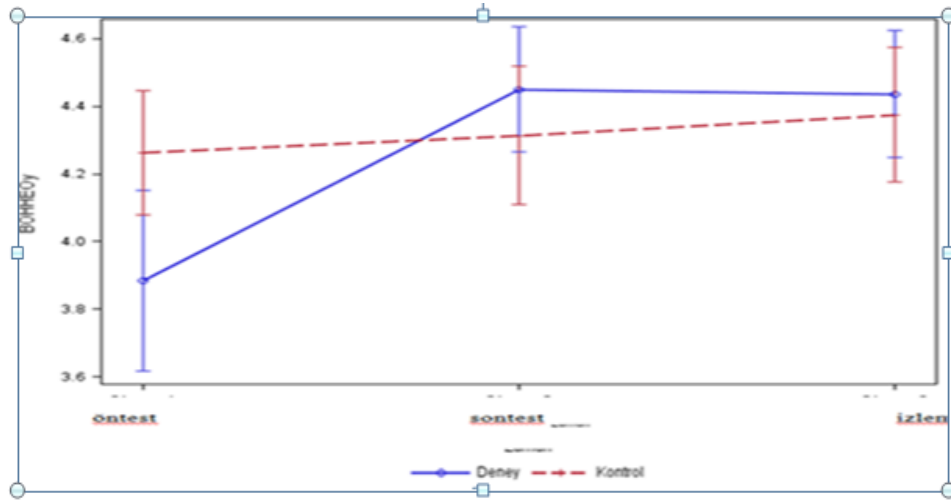
Gruplar	Ölçüm zamanları						İstatistik	
	Öntest		Sontest		İzlem		F	p
	Ort ±SS		Ort ±SS		Ort ±SS			
BOHHEÖ								
Girişim	4.07±0.43		4.52±0.39		4.50±0.42		9.96	0.0001*
Kontrol	4.36±0.34		4.41±0.44		4.44±0.42		0.26	0.7702
t/p	-2.70	0.0094*	0.96	0.3397	0.54	0.5917		
BOHHEÖ Önemlilik								
Girişim	4.49±0.40		4.73±0.32		4.72±0.28		4.42	0.0154*
Kontrol	4.68±0.33		4.74±0.36		4.73±0.38		0.19	0.8300
t/p	-1.98	0.0537*	-0.13	0.8942	-0.04	0.9691		
BOHHEÖ Yeterlilik								
Girişim	3.88±0.66		4.45±0.46		4.44±0.47		9.38	0.0002*
Kontrol	4.26±0.45		4.31±0.51		4.37±0.49		0.35	0.7079
t/p	-2.41	0.0199*	1.02	0.3131	0.46	0.6450		
BOHHEÖ Uygulanabilirlik								
Girişim	3.84±0.51		4.38±0.51		4.35±0.59		8.35	0.0005*
Kontrol	4.13±0.39		4.17±0.57		4.22±0.50		0.21	0.8114
t/p	-2.33	0.0236*	1.40	0.1682	0.85	0.3973		

p<0.05*

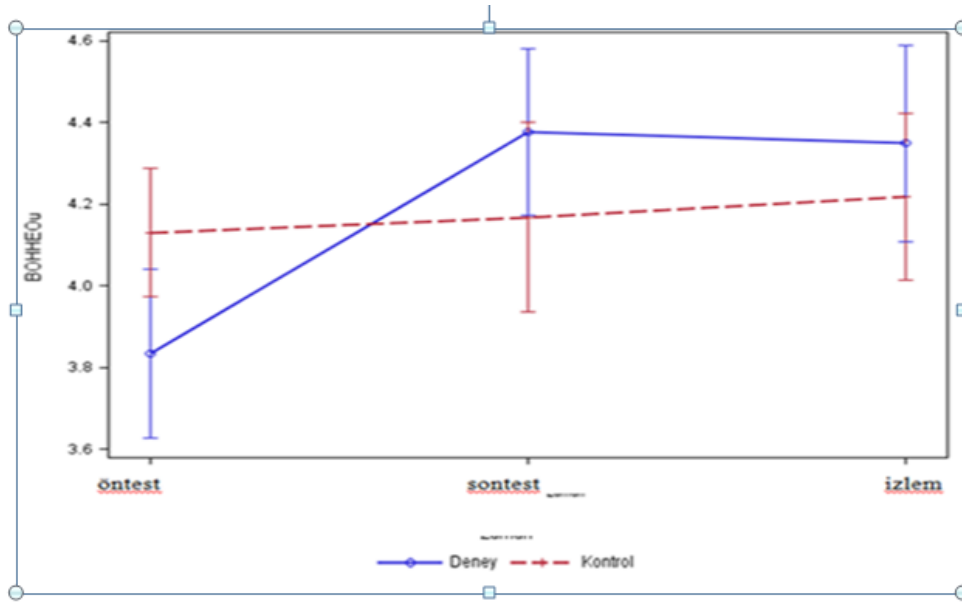
Ayrıca girişim ve kontrol gruplarının BOHHEÖ ve alt boyutlarına ilişkin öntest, son test ve izlem puan ortalamaları grafiklerle gösterilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına göre bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi genel (Grafik 2), BOHHEÖ yeterlilik (Şekil 4.3), BOHHEÖ uygulanabilirlik (Şekil 4.4) ve BOHHEÖ önemlilik (Şekil 4.5) puan ortalamaları arasındaki fark görülmektedir.



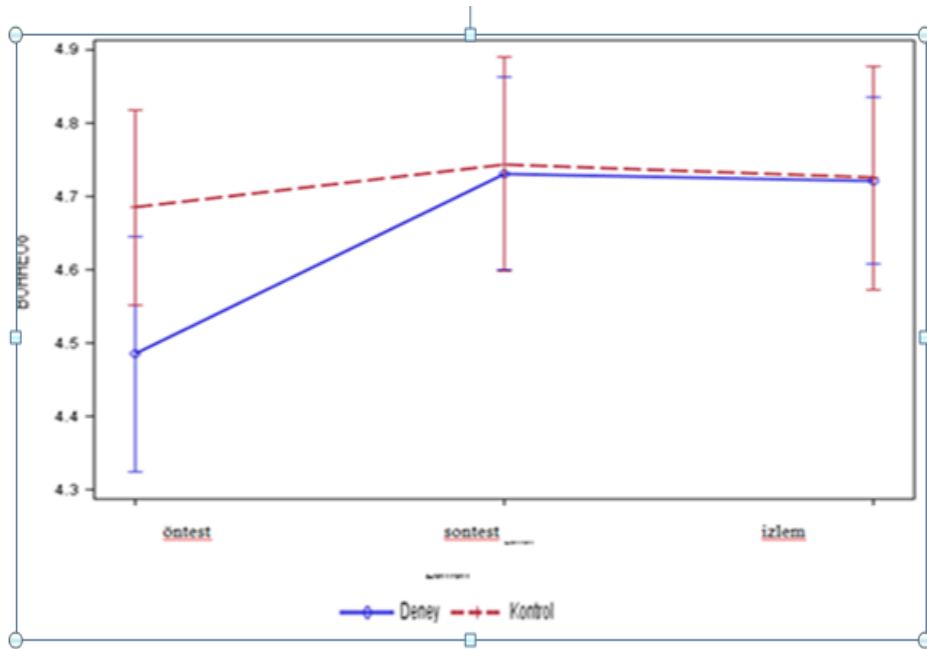
Şekil 4.2. Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına göre bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi genel puan ortalamaları arasındaki fark



Şekil 4.3. Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına göre bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi yeterlilik alt boyutu arasındaki fark



Şekil 4.4. Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına göre bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi uygulanabilirlik alt boyutu arasındaki fark



Şekil 4.5. Girişim ve kontrol grubundaki hemşirelerin ölçüm zamanına göre bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi önemlilik alt boyutu arasındaki fark

Tablo 4.3.;Şekil 4.2., Şekil 4.3. ve Şekil 4.4. incelendiğinde BOHHEÖ, BOHHEÖ yeterlilik ve BOHHEÖ uygulanabilirlik için girişim grubundaki hemşirelerin öntest puan ortalamaları kontrol grubuna göre düşük olmasına rağmen sontest puan ortalamasında kontrol grubunun puan ortalamasının üstüne çıkacak şekilde artış gösterdiği ve bu artışın izlem ölçümünde BOHHEÖ genel (Şekil 4.2.) ve alt boyutları olan yeterlilik (Şekil 4.3.) ve uygulanabilirlik(Şekil 4.4.) için bir miktar azalarak seviyesini koruduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2., Tablo 4.3. ve Şekil 4.5. incelendiğindeBOHHEÖ önemlilik alt boyutu için girişim grubunda önteste göre sontest puan ortalamasında artış olduğu ve izlem ölçümünde de bu artış seviyesinin bir miktar azalarak devam ettiği görülmektedir. Kontrol grubunda ise önteste göre sontest ve izlem ölçümünde bir miktar artış olmakla birlikte zaman içinde değişim olmadığı görülmektedir.Girişim ve kontrol grubunun BOHHEÖ önemlilik alt boyutupuanortalamalarında zaman içinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 4.2. ve Tablo 4.3.**).

Ancak girişim grubundaki hemşirelerin BOHHEÖ önemlilik alt boyutu puan ortalamaları önteste kontrol grubu puan ortalamasından daha düşük olmasına ve gruplar arasında ve grup zaman etkileşiminde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasına rağmen sontest ölçümünde kontrol grubu puan ortalamasına yaklaşmış olduğu ve izlem ölçümünde de bu seviyeyi koruduğu görülmektedir(**Tablo 4.1., Tablo 4.3.; Şekil 4.5.**).

5.TARTIŞMA

Araştırmada; bakımda varlığını sunma eğitiminin onkolojide çalışan hemşirelerin, hastaları ile olan bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimlerine ve bakım davranışlarına etkisi değerlendirilmiştir. Bireyin varoluşunun tüm boyutlarını korumasında, sürdürmesinde veya elde etmesinde ona yardımcı olmak, iyi hemşirelik bakımının temelidir. İyi hemşirelik bakımı her koşulda, an'da yardım etmeyi gerektirir ve iyileştirmeye odaklıdır. Bu yardım sadece ötekine (gereksinimi olana) değil, yardım edeni de iyileştiren bir süreçtir. Bu süreçte hemşire hastaya varlığını sunarken etkileşir ve karşılıklı öğrenme ile kendini geliştirir (Aktaran Zerwekh, 1997). Bu anlamda hemşirenin varlığını sunmasında bakım kalitesi algısını belirleyen bakım davranışları ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışları önemli iki değişkendir.

Bu araştırmada hem kontrol hem girişim grubundaki hemşirelerin bakım davranışları ölçeği ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi ölçeği önemlilik, uygulanabilirlik ve yeterli hissetme boyutları ön test puan ortalamalarının genellikle orta düzey üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durum araştırma kapsamındaki hemşirelerin kendi ifadelerine göre verdikleri hemşirelik bakımını tanımlama biçimi ve bakım davranışlarının kapsamıyla ilgili olabilir. Çünkü hemşireler iletişim temelli, bütüncül ve hümanistik öğeleri içeren bir bakım anlayışını ve bunlara özgü bakım davranışlarını ifade etmişlerdir. Elde edilen bu sonuçlar araştırma kapsamındaki onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin mevcut donanımlarında yansıtan özellikler olarak ele alınabilir. Yılmaz ve arkadaşlarının (2017), yaptığı çalışmada palyatif bakım kliniğinde verilen hemşirelik bakımının kalitesinin hemşireler ve hastalar tarafından oldukça olumlu algılandığı saptanmıştır. Benzer şekilde farklı onkoloji kliniklerinde yapılan tanımlayıcı karşılaştırmalı tipteki iki çalışmada da verilen hemşirelik bakımı kalitesi algısının hastalar ve hemşireler tarafından olumlu algılandığı belirtilmektedir (Ahmed ve ark., 2013; Compton ve ark., 2019). Bu sonuç araştırmanın bu yöndeki sonuçlarıyla da benzerlik göstermektedir.

Kontrol grubundaki hemşirelerin girişim grubuna göre; bakım kalitesi algısı, bakım odaklı hasta hemşire etkileşimine ilişkin tutum ve davranışları önemli bulma,

uygulanabilir bulma ve kendini yeterli hissetme boyutlarında puan ortalamalarının eğitim öncesinde yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum araştırma kapsamındaki kontrol grubu hemşirelerinin girişim grubundaki hemşirelere göre daha uzun mesleki ve klinik çalışma süresi nedeniyle daha zengin deneyimlere sahip olmasına bağlı olabilir.

Felsmann ve arkadaşları (2015)'nin yapmış olduğu bir çalışmada, hemşirelik öğrencilerinden birinci ile dördüncü ve beşinci sınıflar arasındaki yetkinliği artırma konusunda üst sınıflar lehine gruplar arasında fark olduğu, ikinci ile üçüncü sınıftaki öğrenciler arasında ise fark olmadığı saptanmıştır (Felsmann ve ark., 2015). Öğrenci hemşirelerle yapılan birkaç çalışmada hemşirelik öğrencilerinin sınıf ilerledikçe teorik bilgi ve deneyimlerinin artmasına bağlı olarak bakım davranışlarının diğer sınıflara göre yüksek olduğu (Erzincanlı ve Yüksel, 2018; Türk ve arkadaşları 2018) ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını önemli bulma, uygulanabilir bulma ve yeterli hissetme düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Kalender ve ark., 2016). Bayraktar ve Eşer (2017) hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada, meslekte çalışma yılı daha çok olan hemşirelerin, deneyimlerine bağlı olarak bakım odaklı hemşire hasta etkileşimini önemli bulduklarını, ancak uygulanabilir bulmadıklarını saptamışlardır. Bu anlamda çalışma süresi deneyimlerin zenginliğini ve algıyı etkileyen bir faktör olarak düşünülebilir. Elbette deneyimler sadece niceliksel bir değişken değil, aynı zamanda olumlu, olumsuz yaşantılar ve bu yaşantılar karşısında oluşan tutumlarla da bağlantılı olarak algıları etkileyebilir (Felsmann ve ark. 2015). Benner (1984), klinik yetkinliği yükseltmeyi gerektiren karmaşık becerilerin yalnızca teori ile elde edilemeyeceğine, deneyimlerin önemli olduğuna vurgu yapmaktadır. Kişilerin algıları, deneyimlerine ve kültürlerine göre şekillenerek bireylerin davranışlarını ve tutumlarını organize etmede önemlidir.

Kontrol grubundaki hemşirelerin farklı ölçüm zamanlarında bakım kalitesi algısı, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi ile ilgili tutum ve davranışları önemli bulma, uygulanabilir bulma ve yeterli hissetme boyutları, eğitim sonrası eğitim öncesine göre değişiklik göstermemiş olup bu değişmezlik izlem ölçümünde de devam etmiştir.

Bu sonuç, hemşirelerin bakım kalitesi algısı ve hemşire hasta etkileşimi ile ilgili tutum ve davranışların sürekliliği için, deneyimlerin tek başına yetmediğini gösterebilir.

Hemşirelerin bakım algıları, bakım odaklı davranış ve tutumları aynı zamanda profesyonelliğin göstergeleri olarak düşünülürse; profesyonelliğin sadece yaşantılarla sürdürülemeyeceği başka kriterlerle de desteklenmesi gerektiği söylenebilir. Nitekim Miller ve arkadaşları (1993), hemşireliğe özgü profesyonel kriterleri tekerlek biçiminde oluşturmuş olup, merkeze hemşireliğin en önemli niteliği olan eğitim ve bilimsel temeli; etrafına ise eğitim için hazır oluşu, otonomi, yeterlilik ve sürekli eğitim unsurlarını yerleştirmiştir (Aktaran Karadağ ve ark., 2004). Yılmaz ve arkadaşları (2017), palyatif bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre hasta bakım ortamlarında bakım kalitesinin sürekliliğinin sağlanması için farkındalığı artırıcı hizmetiçi eğitimleri ve mezuniyet sonrası programları önermişlerdir.

Girişim grubundaki hemşirelerin bakımda varlığını sunma eğitimi sonrası bakım kalitesini algısı farklı ölçüm zamanlarına göre incelendiğinde, eğitim öncesine göre artış yönünde bir değişim göstermiştir. Bu artış izlem ölçümünde de seviyesini korumuştur. İstatistiksel olarak gruplar arasında, zaman içinde ve zaman grup etkileşiminde anlamlı fark olmasa bile, girişim grubunda kendi ölçüm zamanları içinde bakım kalitesi algısının olumlu yönde değiştiği görülmüştür.

Gruplar arasında zaman grup etkileşimine bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da; girişim grubundaki hemşirelerin kontrol grubuna göre eğitim öncesi bakım kalitesi algısı düşük olmasına rağmen; eğitim sonrası ve izlem ölçümünde kontrol grubunun üstünde bir artış göstermesi dikkat çekici başka bir sonuçtur. Tüm bu sonuçlara göre; bakımda varlığını sunma eğitiminin çoğu zaman girişim grubundaki hemşirelerin bakım kalitesi algısını olumlu yönde etkilediğini söyleyebiliriz. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların hemşirenin varlığını algılaması arttıkça, memnuniyetinin arttığı saptanmıştır (Bozdoğan, 2014).

Bu sonuçlara göre; 1(H1) hipotezi olan “bakımda varlığını sunma eğitimi uygulanan onkoloji hastalarıyla çalışan hemşirelerin bakım davranışları genel puan ortalamalarında eğitim sonrası ve izlemde kontrol grubuna göre fark vardır.” hipotezi istatistiksel olarak doğrulanmamıştır. Ancak bu istatistiksel sonucun yanı sıra, girişim grubunda kontrol grubuna göre BDÖ puan ortalamalarında eğitim sonrası ve izlem

ölçümünde eğitim öncesine göre, kontrol grubunun üzerinde olacak şekilde bir artış yönünde değişim göstermiş olması ve kontrol grubunda genellikle değişim olmaması bakımında varlığını sunma eğitiminin etkili olduğunu gösterebilir.

Bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi hemşirelerin hemşirelik bakımına ilişkin davranışları önemli bulma, uygulanabilir bulma ve kendini yeterli hissetmeyle ilgilidir. Bakımda varlığını sunma eğitiminin, girişim grubundaki hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışları; uygulanabilir bulma, önemli bulma ve kendilerini yeterli hissetmede etkisi olmuştur. Bu etki uygulanabilir bulma, önemli bulma ve kendini yeterli hissetme boyutlarında istatistiksel olarak girişim grubu lehine fark yaratacak şekilde değişim meydana getirmiş ve olumlu etkilenmiştir.

Literatürde Benner'a göre; deneyimleri az olan hemşirelerin, neyin önemli olup olmadığına karar vermede zorlandıkları ancak sürekli uygulama yaparak yetkinlik aşamasına geçtikleri vurgulanmaktadır. Yetkin aşamasında olan hemşirenin odak noktası ise kendisi değil hasta bireydir (Aktaran Koç ve ark., 2018). Görüldüğü üzere bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminde neyin önemli olup neyin önemli olmadığı ve tekrarlı performans göstererek, yetkin olmada; hemşireyi acemilikten ustalık aşamasına doğru yönlendirmede teori kadar bilinçli farkındalıkla yürütülen klinik deneyimde önemlidir. Bu anlamda araştırmada girişim grubuna uygulanan bakımda varlığını sunma eğitimi hemşirelerde bilinçli farkındalık yaratmış ve bu duyarlılıkla hemşirelerin eğitimde edindiklerini uygulamada kullanmaya başlamaları, önemli bulma, uygulanabilirlik ve kendini yeterli hissetme boyutlarında kontrol grubuna göre anlamlı farklılık saptanmasının nedeni olabilir. Nitekim hemşireler uygulamanın son oturumunda; bu eğitim sayesinde her bir oturumdan sonra öğrendiklerini klinikte çalışmalarını sırasında kullanmaya çaba gösterdiklerini, kendilerine ait olumsuz yada uygun olmayan bazı kişisel ve mesleki yönlerini farkettiklerini, bunları düzeltme yönünde hasta merkezli ve insancıl yaklaşımlar sergilemeye çalıştıklarını vurgulamışlardır. Hemşirelerin eğitim sonunda yaptıkları bu değerlendirmeler, bir taraftan kendi mesleki değerleri ve uygulamalarına ilişkin bakım algısı ile tutum ve davranışlarındaki değişimleri de işaret etmektedir diyebiliriz. Can ve Acaroğlu (2015)'nin yaptıkları çalışmada hemşirelerin

mesleki değer algıları yükseldikçe bireyselleştirilmiş bakım algılarının da yükseldiği saptanmıştır.

Rchaidia ve arkadaşları (2009)'nın kanser hastalarının iyi hemşire algısı ile ilgili yapmış olduğu sistematik derlemede bakım, orada olma, şefkat gösterme, kendisine ve başkalarına saygı gösterme gibi kişisel özellikler; hasta merkezli olma, mesleki bakım standartlarına ve etik kodlara saygı duyma gibi mesleki özellikler; kritik düşünme becerilerini kullanma, güçlü mesleki ve alan bilgilerini kullanma gibi bilgiye dayalı özellikler ve güvenli, yeterli hemşirelik bakımını uygulama gibi iyi hemşire özellikleri olarak tanımlanan özelliklerin etkili hemşirelik bakımını ve kanser hastalarının iyi oluşunu artırdığı bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerin iyi bakım uygulamalarının yardım edici hasta hemşire ilişkisi ile sağlanabileceği, bu kişisel ve mesleki özelliklerin hemşirenin iyi bakıma ilişkin tutum ve davranışlarını etkilediği vurgulanmıştır.

Ölmekte olan 14 hastaya kendilerinin ve ihtiyaçlarının hastane hemşireleri tarafından gerçekten anlaşıldığı bir anı anlatmaları istenen bir çalışmada; insanın değerli olarak görülmesinin, empatik ilişkinin geliştirilmesinin merkezinde olduğunu vurgulanmıştır. Bunun için bir hastanın şu sözlerini örnek verilmiştir *“hemşireler bugün nasılsın? derlerdi ve ağlamaya başlardım. Size gösterdikleri bu şefkat size sarılmaları, onların tatlı ruhlarının sizin ruhunuza işlemesi.... Bunların tümü her insanın istediği şeylerdir.”* (Zerwekh,1997).

Kelsey (2005)hemşirelerin ve diğer sağlık bakım profesyonellerinin etkili iletişim becerilerini kullanma konusunda motivasyon eksikliği olduğunu ve iletişim becerilerini geliştirmede sınırları olduğunu ifade etmiştir. Bu bağlamda kanser hastaları ile çalışmada etkili iletişimi artırma,hemşire-hasta arasında yakın ve güvenli bir ilişkiyi sağlama ve varlığını sunmada iletişim becerileri eğitiminin önemli olduğunu vurgulanmaktadır. İletişim becerileri eğitiminin yanısırakişi merkezli terapötik ilişki kurmayı sağlayan hümanistik yaklaşımı kullanma; hastadan uzak olmayan, bakımın merkezi olan hastanın yanında olma; içten, samimi ve güven veren, tutum ve kabul gösterme; motivasyonu, değişimi ve büyümeyi sağlayan hastayla bütünleşmeyi artıran çözüm odaklı yaklaşımları kullanmanın önemli olduğu belirtilmiştir.

Wilby (2005)'nin kanser hastalarının rahatlatan ve rahatsızlık veren hemşirelik eylemlerini tanımlamaya yönelik yaptığı çalışmada, hastaların duygularına duyarlı olma, fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılama ve katılımlarını sağlama, hastalıkları hakkında bilgi verme, gereksinimleri karşılanırken orada olma ve onları kontrol etme, sıcak, samimi, şefkatli bir yaklaşım gösterme için hastayla olmanın hastaları rahatlatıcı, iyi hissetmesini ve iyi olmasını sağlayıcı hemşirelik eylemleri olduğu ifade edilmiştir.

Rchaidia ve arkadaşları (2009)'nın yaptığı sistematik derlemede iyi bakım uygulamalarının gerçekleşmesi için hemşirelerin sahip olması gereken özellikler, bakım, orada olma, şefkat gösterme, kendisine ve başkalarına saygı gösterme gibi kişisel özellikler; hasta merkezli olma, mesleki bakım standartlarına ve etik kodlara saygı duyma gibi mesleki özellikler; kritik düşünme becerilerini kullanma, güçlü mesleki ve alan bilgilerini kullanma gibi bilgiye dayalı özellikler ve güvenli, yeterli hemşirelik bakımını uygulama gibi mesleki beceriler olarak sıralanmıştır. Bu özelliklerin etkili hemşirelik bakımını ve kanser hastalarının iyi oluşunu artırdığı bulunmuştur. Hemşirelerin iyi bakım uygulamalarının yardım edici hasta hemşire ilişkisi ile sağlanabileceği bu nedenle mesleki bilgi ve beceriler, kişisel ve mesleki özelliklerin hemşirenin iyi bakıma ilişkin tutum ve davranışlarını etkilediği vurgulanmıştır.

Jacobsen ve arkadaşları (2012) onkoloji çalışanlarının mesleki yaşamlarını geliştirmede iletişim becerileri eğitimi almanın önemli olduğunu; işyeri stresini azaltmada, hastalarla iyi ilişkiler kurmada ve bu yolla hastaların anksiyetesini azaltma, daha iyi hasta bakım sonuçları elde etme ve tıbbi hataları azaltmada etkili olduğunu vurgulamışlardır. Ülkemizde Demir Ünal (2005)'in kanser hastalarıyla çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelere verilen yardım becerileri eğitiminin; hemşirelerin empatik eğilim, empatik beceri ve iletişim becerileri düzeylerinin eğitim öncesine göre eğitim sonunda önemli ölçüde arttığı saptanmıştır. Günüşen ve Üstün (2010)'nün kanser hastalarıyla çalışan tükenmişlik yaşayan hemşirelere yönelik destek grup müdahalesi ile gerçekleştirdikleri çalışmada hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin azaldığı kişi yönelimli müdahale olarak bu tür destek gruplarının uzun süreli izleme yürütülmesinin ve sonuçlarının değerlendirilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır.

Akpınar (2014)'ın hemşirelere uyguladığı sorun çözme eğitiminde, deney grubundaki hemşirelerin kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma puan ortalamalarının öntest, sontest ve üç aylık izlemde anlamlı düzeyde arttığı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının ise öntest, sontest ve izlemde anlamlı bir azalış görüldüğü belirtilmiştir. Hemşirenin varlığını sunması konusunda yapılan birkaç çalışmanın sonucu da bu literatür bilgisini destekler niteliktedir. İngiliz yoğun bakım hemşiresi Dr. Jane Buck'le tarafından oluşturulan M (Manuel) tekniği ile dokunma hamilelik, doğum ve doğum sonrasında kullanılmış ve varlığını sunmada bu teknikle dokunmanın önemli bir araç ve anlamlı derecede etkili olduğu bulunmuştur (Bischoff ve Buck, 2014). Kanser işbirliği gruplarında “hemşirenin varlığı” konulu çalışmada, kanser işbirliği gruplarının iç yapıları, fonksiyonları ve amaçları güncellenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda onkoloji hemşireliği komitesinin amacı; semptomların kontrol edilmesi, tedavi olanların hikâyesi ve destek anlamında işbirliği, bütünleştirici ve bilimsel çalışmaları yürütmek, hastaları eğitmek ve tüm bunlar için hemşirenin varlığını sunma konusunda hemşireleri eğitmek olarak açıklanmıştır (Kottschade, 2014).

Bakım veren bir hemşire olma konusunda klinik eğitimin öğrenci hemşirelerin öğrenme ve gelişimleri üzerine etkisini inceleyen kalitatif bir çalışmada; öğrencilerin öğrenme ve gelişimi için bakım ilişkisini bir odak ve motivasyon olarak gördükleri ifade edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda öğrencilerin mesleki büyümelerini desteklemek ve hemşire olmaları için klinik eğitimde bakım ilişkisinin bir gereklilik ve odak olduğu vurgulanmıştır (Sandvik ve ark. 2014). Bu sonuçlara göre; bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği genel, önemlilik, uygulanabilirlik ve yeterlilik alt boyutları için kurulan hipotezler sırasıyla “2(H1)”, “3(H1)”, “4(H1)” ve “5(H1)” doğrulanmıştır.

Sonuç olarak, bu araştırmanın tüm sonuçları dikkate alındığında kontrol grubundaki hemşirelerin bakım kalitesi algısı ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşimini önemli bulma, uygulanabilir bulma ve yeterli hissetme konusundaki tutum ve davranışlarının tüm ölçüm zamanlarında değişim göstermemesi; buna karşın girişim grubundaki hemşirelerin eğitimle birlikte bakım kalitesi algısı ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşimini önemli bulma, uygulanabilir bulma ve yeterli hissetme yönündeki tutum ve

davranışlarının son test ölçümünde önteste göre artış göstermesi ve bu artış seviyesinin genellikle izlem ölçümünde korunarak devam etmesi bakımında varlığını sunma eğitiminin önemini ve olumlu yönde etkisini ortaya koyan sonuçlar olarak değerlendirilebilir.

Bu bağlamda sonuçlar hem araştırmanın kendi çalışma grubunun özellikleri, hem de literatür bilgisiyle birlikte değerlendirildiğinde; genel olarak hemşireleri güçlendirmeye yönelik verilen eğitimlerin bilgilendirme, farkındalık yaratma, bilgiyi uygulamaya aktarmada istekli olma, kullanma ve hemşirelik bakım sonuçlarını etkileme konusunda olumlu bir değişim yaratmada etkisi olduğu söylenebilir. Bu anlamda verilecek eğitimlerin kurumsal organizasyonlarla, hizmetiçi eğitim programları yoluyla yapılandırılması ve bir kez değil, belirli aralıklarla devam ederek süreklilik kazanması ve yapılması hemşirelerin bireysel ve mesleki donanımlarını güçlendirmede önemli olabilir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Bu çalışmabakımda varlığını sunma eğitiminin onkoloji hastalarıyla çalışan hemşirelerin bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimine ve bakım davranışlarına etkisi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ulaşılabilen literatür doğrultusunda varoluşçu felsefe ve varoluşçu kuramsal bilgiler ışığında araştırmacı tarafından geliştirilen bakımda varlığını sunma eğitiminin kullanılması; bakım davranışları ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi değişkenlerinin birlikte inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle özgündür. Bu araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

1. Hem girişim hem kontrol grubundaki hemşirelerin bakım davranışları ölçeği öntest puan ortalamaları genellikle orta düzey üzerindedir.
2. Hem girişim hem kontrol grubundaki hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi ölçeği genel, önemlilik, uygulanabilirlik ve yeterli hissetme boyutları ön test puan ortalamaları orta düzey üzerindedir.
3. Girişim grubundaki hemşirelerin bakımda varlığını sunma eğitimi sonrası bakım davranışları (bakım kalitesi algısı) farklı ölçüm zamanlarına göre incelendiğinde, eğitim öncesine göre artış yönünde bir değişim göstermiştir. Bu artış izlem ölçümünde de seviyesini korumuştur. İstatistiksel olarak gruplar arasında, zaman içinde ve zaman grup etkileşiminde anlamlı fark olmasa bile, girişim grubunda kendi ölçüm zamanları içinde bakım kalitesi algısı olumlu yönde değiştirmiştir. Bakımda varlığını sunma eğitimi girişim grubundaki hemşirelerin bakım kalitesi algısını olumlu yönde etkilemiştir.
4. Gruplar arasında zaman grup etkileşimine bakıldığında girişim grubundaki hemşirelerin kontrol grubuna göre eğitim öncesi bakım kalitesi algısı düşük olmasına rağmen; eğitim sonrası ve izlem ölçümünde kontrol grubunun üstünde bir artış göstermiştir.
5. Bakımda varlığını sunma eğitiminin, girişim grubundaki hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışları; uygulanabilir bulma, önemli bulma ve kendilerini yeterli hissetmede etkili olmuştur.

6. Kontrol grubundaki hemşirelerin; bakım kalitesi algısı, bakım odaklı hasta hemşire etkileşimine ilişkin tutum ve davranışları önemli bulma, uygulanabilir bulma ve kendini yeterli hissetme boyutlarında puan ortalamaları eğitim öncesinde girişim grubuna göre yüksektir.
7. Kontrol grubundaki hemşirelerin farklı ölçüm zamanlarında bakım kalitesi algısı, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi ile ilgili tutum ve davranışları önemli bulma, uygulanabilir bulma ve yeterli hissetme boyutları, eğitim sonrası eğitim öncesine göre değişiklik göstermemiştir. Bu değişmezlik izlem ölçümünde devam etmiştir.

6.2.Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

1. Onkoloji hastaları ile çalışanhemşirelerinmesleki ve kişisel donanımlarına katkı verecek iletişim ve problem çözme becerilerini, bakım algısını olumlu etkileyecek, bakımda varlığını sunmayı destekleyecek, bakım davranışlarına ve bakım odaklı hasta hemşire etkileşimine ilişkin tutum ve davranışlarıgeliştirmeye yönelik eğitimlerin verilmesi
2. Kurumsal organizasyonlar, hizmetiçi eğitimler, kurslar ve seminerler gibi etkinliklerle eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması
3. Eğitimlere katılacak hemşirelerin motivasyonu ve daha fazla katılımı için kurumsal katkılarla (izin verme,çalışma takviminin ayalanması gibi) desteklenmesi
4. Farklı örnekleme gruplarında benzer çalışmaların yapılarak niceliksel ve niteliksel sonuçlarının değerlendirilmesi
5. Hemşirelik bakım sonuçları olarak; hemşirelerin bakım kalitesi algısı ve bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimini ölçmede birbirini destekleyen ölçüm araçları olarak değerlendirilmesi ve kullanımı
6. Bakımda varlığını sunma eğitiminin gerek yetişkin ve çocuk onkoloji kliniğinde çalışan, gerek diğer kliniklerde çalışan hemşirlere de verilerek sonuçlarının değerlendirilmesi ve yaygınlaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

AhmedEman M., El GamilAida E, AhmedNagwa M., SayedAhmed A. Oncology Nurses' Versus Oncology Patients' Perceptions of Caring Behaviors Given to Patients in Oncology Units. Ahmed Med. J. Cairo Univ., 2013, 81\2, 11-20.

Akarsu B. Çağdaş Felsefe. İnkilap Kitapevi, İstanbul, 1994.

Akpınar H. Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelere Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin, Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarına, Tükenmişlik Düzeylerine Ve Sorun Çözme Becerilerine Olan Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 2014, Doktora Tezi, İstanbul.

ArifoğluB.,RazıG. Birinci Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Empati ve İletişim Becerileriyle İletişim Yönetimi Dersi Akademik Başarı Puanı Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011,4(1), 7-1.

Arslan-Özkan İ, Okumuş H. Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. Turkish Journal of Research & Development in Nursing. 2012; 14(2)61-72.

Atar Y.N, Aştı A.T. Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği,İstanbul Üniversitesi Florance Nigtingale Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 2012; 129-139.

Bayraktar D, Eşer İ. Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimler Dergisi, 2017; 20:3.

Benner P. From Novice To Expert: Excellence And Power İ n Clinical Nursing Practice. (1984) Menlo Park, C A: AddisonWesly.

Bertalanffy L. General System Theory. George Brazellar, Newyork, 1968.

Bischof M, Buckle J. The M Tecnique for Pregnancy, Laborand Post-Partum, Intenational Journal of Childbirth Education, 2014; 29,4.

Bozdoğan S. Kanser Hastalarının Hemşiresinin Varlığını Değerlendirmelerinin Hümanistik Hemşirelik Kuramı Bağlamında İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı, 2014, Doktora Tezi, Ankara.

Bozdoğan Yeşilot,S., ÖzF. Hemşiresinin Varlığı: Kuramsal Bir Bakış. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2014;7(2):94–99.

Bulechec G M, Butcher H K, Dochterman J M, Wagner C. Nursing Interventions Classification (NIC) Sixth Edition. Elsevier Inc. 2013; Çeviren: Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). Altıncı Baskı. Nobel Tıp Kitapevi, 2017.

Burhardt M.A, Nagal-Jacdoson, M.G. Reawakening spirit in clinical practice. Journal of Holistic Nursing, 1994; 12(1): 9-21.

Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2015; 23(1): 32-40.

Cevahir R., Çınar N., Sözeri C., Şahin S. Ebelik Öğrencilerinin Devam Ettikleri Sınıflara Göre Empatik Becerilerinin Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(7), 1-15.

ComptonEmily K., GildemeyerK, ReichRichard R., Mason Tina M. Perceptions of caring behaviours: A comparison of surgical oncology nurses and patients.Journal of Clinical Nursing, 2019;28,1680–1684.

Cossette S, Caraa C, Ricarda N, Pepin,J. Assessing nurse–patient interactions from a caring perspective: Report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse–Patient Interactions Scale. International Journal of Nursing Studies, 2005; 42, 673–686.

Covington H. Caring Presence. Journal of Holistic Nursing, 2003; 21(3), 301-317.

Cox T. Theory and examplars of advanced practice spiritual intervention. *Complementary Therapies In Nursing and Midwifery*, 2003; 9(1):30-3.

Cüceloğlu D. *Yeniden İnsan İnsana. Remzi Kitabevi*, İstanbul, 1998; 93

Çetinkaya B., AltundağS., AzakA. Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007; 8(1): 47 – 50.

Çüçen AK. *Heidegger'de Varlık ve Zaman. Asa Kitapevi*, Bursa, 2003.

Daştan NB, Buzlu S. Meme kanser hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010; 3 (1): 73-9.

Demiray U., Eroğlu E., Gökdağ D., Tuna Y., Ünlü S., Yılmaz A. , Yüksel H. *Etkili İletişim. Pegem Akademi*, Ankara, 2008.

Demir Ünal S. *Onkoloji Hastaları İle Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerilerine Yardım Becerileri Eğitiminin Etkisi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı, Doktora Tezi, Ankara 2005.*

Demirel Y. *Sağlık Hizmetlerinde Sağlıklı İletişim. Akademisyen Tıp Kitabevi. 2016.*

Dil S. *Kendini Tanıma Ve İletişim Yönetimi Dersinde Farklı Bir Öğretim Stratejisinin Uygulanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2007.*

Eglence R., Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014; 5(1):48-53.

Engquist I, Ferszt G, Nilsson K. Swedish registered psychiatric nurses' descriptions of presence when caring for women with post-partum psychosis: An interview study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2010; 19, 313–32.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin M. *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. Nobel Tıp Kitapevleri*, İstanbul, 2014.

Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım.Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 8 (1):37-45.

Erzincanlı S, Yüksel A. Öğrenci hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimler Dergisi, 2018; 21(1): 10-17.

Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. F.A. Davis Compania, Philadelphia, 2005; 51-59, 553-585.

Felsmann M., Andruszkiewicz, A., Kosobucka, A.The adaptation of the Caring Nurse-Patient Interaction scale (CNPI-70) to polish conditions on the basis of nursing students self-assessment of their caring competencies. Medical and Biological Sciences, 2015, 29/2, 47-55.

Fredriksson L. Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. Journal of advanced nursing, 1999.

Frankl V. The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy. New York, New York: Plume, 2014.

Fromm E. Sahip Olmak ya da Olmak. Arıtan Yayınevi, İstanbul, 1997.

Fortune F.A, Delia B, Michael A. 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 2017, 7(4): 84-90.

FortinashK.M.,Worret,P.A. PsychiatricMentalHealthNursing.Atimes Mirros Company, 2008; 1.

Gençtan E. Varoluş ve Psikiyatri. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1992.

Göka E. Varoluşun Psikiyatrisi. Vadi Yayınları, Ankara,1997.

Güdek K. Terapötik İletişim Ve Sosyal Çalışma. Nobel Tıp, İstanbul, 2013

- Güleç C. Ustaca Yaşamak ve Otantik Varoluş. Pusula Yayınevi, Ankara, 2016.
- Günüşen Parlak N, Üstün B. Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2010; 3 (1), 40-51.
- HallaçS., ÖzF. Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 2011; 3(4):595-610.
- Hallaç S. Varoluşsal boyuttan hastalık olgusuna bakış. Türkiye Klinikleri J Psikiyatri Nursing Special Topics, 2017; 3(1):83-92.
- Hofling C.K, Leninger M, Bregg E. Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar. Vehbi Koç Vakfı Yayınları 1981.
- Hood J.L, Leddy S. Conceptual Basis Of Professional Nursing. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams&Wilkins, Pennsylvania, 2010.
- Hutchinson M. Healing The Whole Person: The Spiritual Dimension Of Holistic Care, Learn Well İnstitutue, 1997.
- Işık M. Genel ve Teknik İletişim. Eğitim Akademi Yayınları, Konya, 2010.
- İnam A. Bakım Kavramı Üstüne Bir Yorum. Hemşirelik Teorileri ve Modelleri, 2017; 54-56.
- Jacobsen P.B, Jimmy C, Steensma D.P. Caring fort he Whole Patient: The Science of Psyhosocial Care. Journal of Clinical Oncology, 2012; 30(12).
- Kalender N, Tosun, N, Çınar, F.İ, Bağçivan G, Yaşar Z. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2016; 58:277-281.
- Karaca S. Hemşireler için vazgeçilmez bir kavram: kendini tanıma.Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; Cilt:3,Sayı:1:83.

Karadağ A, Hisar F, Özhan Elbaş N. Hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin davranışsal envanter. Hemşirelik Forumu Dergisi, 2004; 7(4):14.

Karimi H., Alavi N.M. Florence Nightingale: The Mother of Nursing. Medical-Surgical Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University Nurses Midwifery Stud. 2015;4(2).

Kaya F. Hemşirelerin İletişim Ve Empatik Beceri Düzeyleri İle Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının Karşılaştırılması. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Mersin, 2011.

Kasapoğlu A. İletişimde Ben-Dili. Hikmet Yurdu, 2008; 1(2) 49-60.

Kelsey S. Improving nurse communication skills with the cancer patient. Cancer Nursing Practice, 2005;4(2).

Kleiman S. Josephine Paterson and Loretta Zderad's Humanistic Nursing Theory(Chapter 19). Nursing Theories And Nursing Practice,2010; 337-350.

Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 9(1) 49.

Koç M. Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. Sakarya üniversitesi ilahiyat fakültesi dergisi, 2002;6.

Koerner J. Healing The Essence of Nursing Precence, Springer Pulishing Company, 2011; 93-95

Kostak A.M., Çelikkalp Ü., Demi M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri.Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı, 2010; 220.

Kottschade A.L., Bell, J., Klinger K., Loveie Smith E.M.. Nursing's Presence In The Changing Cooperative Group Setting. Seminars in Oncology Nursing. 2014;30(1).32-37.

Kumcağız H.,YılmazM., BalcıS., Avcıİ. Hemşirelerin iletişim becerileri. Dicle Tıp Dergisi, 2011; 38(1) 49-56.

Kurdak H. Sağlıkın varoluşsal boyutu ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J FamMed-Special Topics, 2014; 5(3):23-8.

Kurşun Ş, Kanan N. Bakım Davranışları Ölçeği-24'üntürkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012;15:4.229.

Laraia T.M, Stuart G.W. Principles and practice of psychiatric nursing. Complement and alternative therapies, 2005; 624.

Mariano C. Holistic Nursing a Handbook for Practice. By Jones&Bortlett Learning, LLC an Ascond Learning Company, 2016; 55.

Medland J, Howard-Ruben J, Whitaker E. Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and support in the workplace. Oncology Nursing Forum, 2004; 31(1).

Miller B.K, Adams D, Beck L. A behavioural inventory for professionalism in nursing. Journal of Professional Nursing, 1993; 9:290-295.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Ann Intern Med 2009;151(4):264-9.

Onan N. Onkoloji Birimlerinde Çalışan Hemşirelere Uygulanan Stresle Başa Çıkma Eğitiminin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 2009,i Doktora Tezi, İstanbul.

Onan N, Işıl Ö. Onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerde stres, tükenmişlik ve başa çıkma: literatür gözden geçirme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı 2010;266.

Öz F. İnsan, spiritual gereksinimler ve hemşirelik. Klinik Bilimler & Doktor, 2004; 10(3):266-273.

Özcan A. Hemşire- Hasta İlişkisi ve İletişim. Sistem Ofset, Ankara, 2006.

Özkan İ.A, Teskereci G, Kulakaç Ö. Varoluşçu Felsefe Bakış Açısına Göre Jinekolojik Kanser Yaşantıları: Bir Niteliksel Meta-Sentez Çalışması. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 2013; 5(3): 313-329.

Özdemir G. Ebelik Ve Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerileri Ve Yaşam Yönelimlerinin Stresle Baş etme Tutumları Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 2011.

Parse R R. Rosemarie Rizzo Parse's Human Becoming. Theories&Nursing Practice, 2010; 227-289.

Peggy L.C, Maeona K.K. Integrated Theory and Knowledge Development In Nursing, Seventh Edition, 2008; 2, 42-43.

Pehlivan S, Yıldırım Y, Fadıoğlu Ç. Kanser, kültür ve hemşirelik. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;4(4).

Richardson T.E. Eta Squared And Partial Eta Squared As Measures Of Effect Size In Educational Research. Educational research review, 2011; 6(2), 135-147.

Rchaidia L, Casterle B.D, Blaeser L, Gastmans C. Canser patients perceptions os the good nurse: a literature review. Nursing Ethics, 2009; 16(5), 528-542.

Sandvik A.H, Eriksson K, Hilli Y. Becoming a caring nurse-A Nordic study on student's learning and development in clinical education. Nurse Education in Practice, 2014; 14, 286-292.

Shields D A, Wilson D R. Holistic Nursing a Handbook for Practice. By Jones&Bortlett Learning, LLC an Ascond Learning Company, 2016;203.

ShivesL.R. Basic Concept Of Psychiatric-Mental Health Nursing. Wolters kluwer, lippincott Williams&wilkins, 2008.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Hatiboğlu Basım ve Yayım, Ankara, 2012.

Terakye G. Hasta Hemşire İlişkileri. Aydoğdu Ofset,Ankara, 1995.

Thomson G.T. Theconcept of precencing in perioperative nursing. AORNJournal,2005; 82(3), 465-468.

Thornton L, Mariano C. Holistic Nursing a Handbook for Practice. By Jones&Bortlett Learning, LLC an Ascond Learning Company, 2016; 471.

Topses G. Davranışçı Ve Varoluşçu–Hümanistik Psikolojik Danışma Kuramlarının Ayırtedici ve Örtüşen Nitelikleri. International Journal of New Trends in Arts, Sports & Science Education (IJTASE), 2012; 1(3), 67-75.

Türk Dil Kurumu, www.tdk.gov.tr. Erişim tarihi. 17.05.2019.

Türk Hemşireler Derneği. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/yonetmelik.aspx> ([Erişim](#) tarihi:29.11.2015).

Türk G, Adana F, Erol F, Çevik Akyıl R, Taşkırın N. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçme nedenleri ile bakım davranışları algısı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi, 2018; 7(3) 1-10.

Uzelli Yılmaz D, Akın Korhan E, Khorshid L. Bir palyatif bakım kliniğinde hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. Journal of Human Sciences, 2017; 14 (3), 2968-2980.

Ünlü H, Karadağ A, Taşkın L, Terzioğlu F. Onkoloji alanında çalışan hemşirelerin yerine getirdikleri rol ve işlevler.Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2010;1, 13-28.

Üstün B., Akgun E., Partlak N. Hemsirelikte İletisim Becerileri Öğretimi. Okullar Yayınevi, İzmir, 2005; 23-29.

Varcoralis E.M., Halter, M.J. Psychiatric Mental Health Nursing. Louis, Missouri, 2010.

Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Bölüm II: Hemşireliğin Doğası ve Hemşireliğin Kavramsal Çerçevesi. Alaş Ofset, İstanbul, 1999.

Velioğlu P. Hemşirelikte Temel Kavram ve Kuramlar. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 2012.

Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring, Boulder. University Press of Colorado, 2008.

Watson J. Human caring science: A theory of nursing. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, 2012.

Wilby M.L. Cancer patient's descriptions of comforting and discomforting nursing actions. International Journal for Human Caring, 2005;9(4).

Wu Y., Larrabee June H., Putman Heidi P. Caring behaviors inventory a reduction of the 42-item instrument. Nursing Research, 2006; 55\1,18-25.

Yalom I.D. Varoluşçu Psikoterapi. Kabalıcı Yayıncılık, İstanbul, 2013.

Yazıcı H. Kişilerarası İlişkiler Ve Etkili İletişim, Kişilerarası İlişkilerde Sözsüz İletişim, Pegem Akademi, Ankara, 2011; 158-172.

Yıldırım A. Estetik bilme ve hemşirelik. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013; 2(1).

Yılmaz Uzelli D, Korhan Akın E, Khorshid L. Bir palyatif bakım kliniğinde hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. Journal of Human Science, 2017; 14,3.

Zerwekh VJ. The Practice of Presencing. Seminars in Onkology Nursing, 1997; 13(4), 260-262.

EKLER

Ek-1

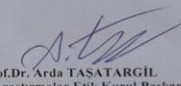
Etik Kurul Kararı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2016

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Saliha HALLAÇ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bakımda Varlığını Sunma Eğitimi'nin Onkolojide Çalışan Hemşirelerin, Hastaları ile Olan Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşimlerine ve Bakım Davranışlarına Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 124	Tarih: 17.02.2016
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın başhekimlikten izin alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.		


Prof. Dr. Arda TASATARGIL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Arda TASATARGIL
Başkan

Öğr. Gör. Dr. M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Can CEVİZOL
Uye

Prof. Dr. Murat CANPOLAT
Uye

Prof. Dr. Dilara İNAN
Uye

Prof. Dr. Necmiye HADİMİOĞLU
Uye

Prof. Dr. Gülay ÖZBİLİM
Uye

Doç. Dr. Gulsüm Özge BAYSAL
Uye

Doç. Dr. Mehmet TÜRKAY
Uye

Doç. Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN
Uye (İznil)

Doç. Dr. Ali Berkant AYCI
Uye

Doç. Dr. Dile KİPİRİN KORGUN
Uye

Av. Mustafa AÇIKEL
Uye

Turgut ALTUN
Uye (İznil)

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Yazılı Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/04/2016-E.35932



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü



Sayı : 26708535-302.14.06
Konu : Yrd.Doç.Dr.Saliha HALLAÇ izin
istemi

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 16/03/2016 tarihli ve 29008 sayılı yazı,

Enstitünüz Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden Arş.Gör.Emel DÜDENER'in "Bakımda Varlığını Sunma Eğitimi'nin Onkolojide Çalışan Hemşirelerin Hastaları ile olan Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimine ve Bakım Davranışlarına Etkisi" başlıklı tez çalışmasını Hastanemiz Tıbbi Onkoloji Kliniği ile Polikliniği, Kemoterapi Ünitesi, Hematoloji Kliniği ve Kemik İliği Transplantasyon Ünitesinde çalışan hemşirelerle yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Bülent AYDINLI
Başhekim

Adres: Akdeniz Üniversitesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)
Telefon: 2422496000 Faks: 2422496040
e-Posta: yazisi@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ: www.akdeniz.edu.tr

Bilgi için: Habibe AYDINER
Unvanı: Sekreter

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bakım Davranışları Ölçeği-24 Kullanım İzin Yazısı

11 / 190 < > ⚙

Cevap: Bakım Davranışları Ölçeği rica Gelen Kutusu x 📄 🖨 📧 Kişiler (3)

"ŞERİFE KURŞUN" 📧 21 Ara (6 gün önce) ☆ 📄 🖨 📧 "ŞERİFE KURŞUN"
 Alıcı: bana 📧 skursun@selcuk.edu.tr
 📧 Ayrıntı yok

Merhaba Emel, ölçeği çalışmada kullanabilirsin. Tez çalışmada başarılar diliyorum.
 İyi çalışmalar....

Yrd.Doç.Dr.Şerife Kurşun
 Selçuk Üniversitesi
 Sağlık Bilimleri Fakültesi
 Hemşirelik Bölümü

Konya/TÜRKİYE

18/12/15 22:17, Emel KINACI <emelkinaci@gmail.com> yazmış:

Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksekisans Programı öğrencisiyim. "Onkoloji hemşirelerinin bakım davranışlarına yönelik yapılan grup eğitiminin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine ve bakım davranışlarına etkisi" konulu tez çalışmamda sizin ve Sayın Prof.Dr. Nevin Kanan tarafından geliştirilmiş olan Bakım Davranışları- 24 ölçeğini kullanabilmem konusunda izninizi ve ölçeğe ulaşabilmem konusunda desteğinizi rica ediyorum. Danışmanım ve kendi adıma çalışmalarınızda kolaylıklar diler, ilginiz için şimdiden teşekkür ederim.

Hemşire Y.L. Öğrencisi Emel DÜDENER


Danışman Öğretim Üyesi
 Yard. Doç. Dr. Saliha HALLAÇ
 Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu

⋮

Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimi Ölçeği Kullanım İzin Yazısı

← 📧 🕒 🗑️ 📁 📧 Diğer 12 / 190 < > ⚙️

Ölçek 📧 Gelen Kutusu x 📄 🖨️ 📧 [Kişiler \(3\)](#)

 **NURDAN YALCIN** 📧 21 Ara (6 gün önce) ☆ 📄 🖨️ 📧 **NURDAN YALCIN**
Alıcı: bana 📧 yalcinnur@yahoo.com
📧 📧 📧 [Ayrıntıları göster](#)

Merhabalar Emel Hanım

Ölçeği kullanabilirsiniz. Size yardımcı olması için ölçekle ilgili doktora tezimde yer alan açıklamaları ve konu ile ilgili diğer makalemi de ekte gönderiyorum, kaynak göstererek kullanabilir, aklınıza takılanlara yanıt

Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Meslektaşım;

Adım Emel Düdener, Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans yapmaktayım. Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbı Onkoloji Kliniği, Kemoterapi  nitesi, Hematoloji Kliniği ve Kemik İliği Transplantasyon  nitesinde yapılacaktır. Bakımda varlığını sunma eğitimi'nin onkolojide çalışan hemşirelerin bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimine ve bakım davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla bu tez çalışmasını yapıyorum.

Bu amaç doğrultusunda, grup eğitimleri yapılacaktır. Bu eğitimler haftada bir gün olmak üzere toplam sekiz kez, her biri bir saat olan grup oturumlarına katılacaksınız. Oturumların günü ve saati grubun durumunun uygunluğuna göre sizlerle birlikte karar verilecektir. Bu konuların başlıkları, oturum tarihleri, saati ile ilgili bilgiler yazılı olarak size verilecektir. Sizlerin cevaplamaşı için tanıtıcı özellikler formu, Bakım Davranışları  leği-24 ve Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi  lekleri kullanılacaktır. Bu formları samimi ve açık bir Şekilde cevap vererek doldurmanız kanser tanısı alan bireylerle çalışan hemşirelerin bakım davranışlarının belirlenmesine ve kanser hastalarıyla çalışan hemşirelere, hastaların bakım ve tedavisine yönelik önemli bilimsel katkılar sağlayacaktır. Toplanan bu veriler yalnızca araştırma için kullanılacak ve başkalarıyla paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılmak gönüllük esasına bağlıdır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır. Katıldığınız ve samimi yanıtlarınız için teşekkür ederim.

Emel DÜDENER

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü

Katılımcının İmzası :Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Yüksek Lisans  ğrencisi

Tarih :

Hemşireleri Tanıtıcı Özellikler Formu

Kişi No:

Çalıştığınız Kurum:

- Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniği
- Akdeniz Üniversitesi Kemoterapi Ünitesi
- Akdeniz Üniversitesi Hematoloji Kliniği
- Akdeniz Üniversitesi Kemik İliği Transplantasyonu Ünitesi

1) Yaşınız

2) Cinsiyetiniz

- 1. Kadın
- 2. Erkek

3) Medeni durumunuz

- 1. Evli
- 2. Bekar
- 3. Ayrılmış

4) Eğitiminiz durumunuz

- 1. Yüksek lisans
- 2. Lisans
- 3. Önlisans
- 4. Sağlık meslek lisesi
- Diğer

5) Meslekte toplam çalışma süreniz:(ay/yıl)

6) Kliniğinizde çalışma süreniz:.....(ay/yıl)

7) Kliniğinizde ki çalışma pozisyonunuz:

1. Sorumlu Hemşire
2. Klinik Hemşiresi
3. Eğitim Hemşiresi

8) Verdiğiniz hemşirelik bakımını nasıl tanımlarsınız?

9) Verdiğiniz hemşirelik bakımını bir şeye, nesneye, objeye benzetirseniz neye benzetirsiniz? Neden?

10) Siz hastalarınıza bakım verirken hangi bakım davranışlarını kullanıyorsunuz?

TEŞEKKÜRLER

Bakım Davranışları Ölçeği-24

	Asla (1)	Hemen hemen asla (2)	Bazen (3)	Genellikle (4)	Çoğu zaman (5)	Her zaman (6)
1. Hastayı dikkatle dinleme						
2. Hastayı eğitme ya da bilgilendirme						
3. Hastaya bir birey olarak davranma						
4. Hastaya zaman ayırma						
5. Hastaya destek olma						
6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma						
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9. Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10. Hastaya güven verme						
11. Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12. Araç-gereci beceriyle kullanma						
13. Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14. Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						
15. Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16. Hastaya istekle gitme						
17. Hastayla konuşma						
18. Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19. Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20. Hastanın çağırısına hemen yanıt verme						
21. Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22. Hastaya ilgi gösterme						
23. Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama						
24. Hastanın semptomlarını hafifletme						

Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği

Değerli Hemşireler,

Klinik eğitiminizi göz önünde bulundurarak hasta bireylerin bakımında aşağıda sıralanan tutum ve davranışları ne kadar önemli bulduğunuzu: bu tutum ve davranışlar konusunda kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissettiğinizi: bu tutum ve davranışları ne kadar uygulanabilir bulduğunuzu belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır, sizin kişisel görüşünüz önemlidir. Lütfen görüşünüze en uygun olan sayıyı daire içine alınız.

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz?					gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?					ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz?				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta derece	(4) Çok	(5) Son derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta derece	(4) Çok	(5) Son derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta derece	(4) Çok	(5) Son derece
1- Hümanizm : Hümanistik-alturistik bir değer sistemi oluşturmak															
1. Hastayı bir bütün olarak ele almak, sadece sağlık sorunu ile ilgilenmediğini hissettirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Hastanın bakış açısından bakmaya çalışmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Hastayı önyargıda bulunmadan, olduğu gibi kabul etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Hasta kadar yakınlarına da saygı göstermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Hastayı utandıracak bir tutum içinde olmamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Hasta ve yakınlarına karşı insancıl ve sevecen olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2- Umud: İnanç ve umut aşılama	ne kadar önemli ?					ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?					ne derecede uygulanabilir ?				
7. Hastanın bana gereksinimi olduğunda, yanında olacağını hissettirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Hastayı kendine güvenmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Hastanın dikkatini, kendisinin ve sağlık durumunun olumlu yönlerine çekmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Hastanın iyileşme çabasını önemsemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Hastayı umutlu olabilmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Hastanın iyileşmesi için nedenler bulmasına yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Hastanın sağlık durumunu hakkında ne bildiğini dikkate almak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
3 –Duyarlılık: Bireyin kendisine ve diğer bireylere karşı duyarlılık geliştirmesi															
14. Hastaya, bakım uygulamalarına yönelik isteklerini sormak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Hasta ve yakınlarına, duygularımın anlaşıldığını hissettirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Hasta ile mevcut durumu ve geçireceği aşamaları konuşmak için doğru zamanı planlayabilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Hastanın durumuna yönelik kendi duygularınızı uygun bir şekilde ifade edebilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Hastanın sağlık durumundan yakınlarımın nasıl etkilendiği konusunda hastayı bilgilendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Hasta yakınlarımı, hastanın sağlık durumundaki gelişmelerden haberdar etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4 –Yardım edici ilişki: Yardım edici-güven verici bir bakım ilişkisi geliştirmek	<u>ne kadar önemli?</u>					<u>ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz ?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir?</u>				
20. Hasta ve yakınları konuştuğunda dikkatle dinlemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Hastaya, isminizi ve görevinizi açıkça ifade ederek kendinizi tanıtmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Hasta size gereksinim duyduğunda en kısa sürede yanıt vermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Yapacağım dediğiniz şeyleri yapmak, güvenilir olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Bakım verirken hastaya ve yapılan uygulamaya odaklanmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Hasta konuşurken sözünü kesmemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26. Hastanın düşünce ve davranışlarını olumsuz bir şekilde eleştirmemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
5 – Duyguların ifade edilmesi: Olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesini onaylamak ve desteklemek															
27. Hastayı, duygu ve düşüncelerini özgür bir şekilde ifade edebilmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. Hasta sinirlendiğinde sakin kalabilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Hastanın, durumu ile ilgili duygularının farkında olmasını sağlamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. Hasta zor anlar yaşadığında yanında olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31. Hastaya, baş edilmesi güç olan duygularını ifade etmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. Hastaya ağrı, üzüntü ve korku gibi duygularını ifade edebilme fırsatı vermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6 – Sorun çözüme: Yaratıcı problem çözmeyi temel alan bir bakım sürecinin sistematik kullanımı															
	<u>ne kadar önemli?</u>					<u>ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz,?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir?</u>				
33. Hastaya, sağlık durumunu dikkate alan, gerçekçi hedefler belirlemesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34. Hastaya, (genel ya da sağlık durumundan kaynaklanan) stres ile baş edebilmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35. Hastaya, farklı bir bakış açısından bakabilmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36. Hastaya, sorunlarını etkili bir şekilde çözebilecek yöntemleri öğrenmesi ve kullanması için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37. Hastanın davranışlarının sonuçlarını, hasta ile birlikte tanımlamaya çalışmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38. Hasta ve yakınlarını, gereksinimlerini karşılayabilecek uygun kaynaklar konusunda bilgilendirmek (örn: toplum sağlığı merkezleri vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
7 – Öğretim: Bireyin bütünlüğüne ve sınırlarına önem veren, gerçek bir öğretim-öğrenme sürecinin geliştirilmesi															
39. Hastayı, hastahkları ve tedavileri ile ilgili sorular belirlemesi ve ifade etmesi için desteklemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40. Hasta ve yakınlarının, yapılan açıklamaları doğru bir şekilde anlayıp anlamadığını kontrol etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41. Hastanın bilinçli kararlar verebilmesi için gerekli olan bilgiyi sağlamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
42. Hastaya, bakım ve tedavilerini uygulamadan önce işlemi açıklamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43. Hasta ya da yakınlarının anlayamayacağı bir dil ya da terim kullanmamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44. Hastaya, bakımını kendi başına yapabilmesi için fırsat vermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
45. Hastaya bilgi verirken ya da sorularını cevaplarırken, hastanın anlama düzeyine saygı göstermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
46. Hastaya, ilaçlarını nasıl programlayacağını ve hazırlayacağını öğretmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
47. Hastaya, tedavilerinin yan etkilerini önlemeye ya da gidermeye yönelik belirtileri ve uygulanacak yöntemleri anlatmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8- Çevre: Destekleyici, koruyucu ve/veya iyileştirici mental, fiziksel, sosyal ve manevi ortamın sağlanması	<u>ne kadar önemli?</u>					<u>ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz ?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir?</u>				
48. Hasta, yalnız kalmaya gereksinim duyduğunda anlayış göstermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
49. Hastanın rahatlamasını sağlamak (örn;sırt masajı önermek, pozisyonunu değiştirmesine yardım etmek, ışıklandırmayı düzenlemek vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
50. Hastaya bakım verdikten sonra odayı eski düzenine getirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
51. İlaçların, hastanın şikayetlerini (örn; mide bulantısı, ağrı, konstipasyon, anksiyete vb.) hafifletip hafifletmediğini kontrol etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
52. Hastanın mahremiyetine saygı göstermek (örn; hastaların üzerini gereksiz yere açık bırakmamak)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
53. Hastanın yanından ayrılmadan önce gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığını kontrol etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
54. Hastanın, önem verdiği bireylerin getirmesinden hoşlanacağı şeyleri açıklamasına yardım etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Bakımda Varlığını Sunma Eğitim Programı Oturum Planları

OTURUM 1

Konu: Tanışma ve programı tanıtmak

Varlığını sunma: Varlık, varoluş, otantik varoluş

Amaç: Her bir hemşirenin

1. Grup üyeleri ile tanışarak ve “Bakımda Varlığını Sunma Programını” tanıyarak hazır olması
2. Varlık, varoluş ve otantik varoluşu açıklayabilmesi

Hedef Davranışlar: Her bir katılımcı;

1. Diğer katılımcılarla tanışacak,
2. “Bakımda Varlığını Sunma Eğitim Programı”ndan beklentilerini ifade edecek,
3. “Bakımda Varlığını Sunma Eğitim Programı”ndaki sorumluluğunu ifade edecek,
4. Her bir katılımcı varlık, varoluş varlığını sunma, kavramlarını tanımlayacak
5. Bakımda varlığını sunma tekniğini kullanmanın önemini açıklayacak

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

Araç Gereç: Barkovizyon, bilgisayar, yazı tahtası, tahta kalemi, kağıt ve kalem

İşleyiş:

İlk 15 dakika

1. Katılımcılar daire şeklinde oturtulur.
2. Araştırmacı kendini tanıtır.
3. **Etkinlik 1:** Katılımcılara el aynası dağıtılır. Her bir katılımcının elindeki aynaya bakarak, “*ismim, ben.....birisiyim*” etkinliği ile kendilerini tanıtmaları istenir. Bu etkinliğin amacı her bir katılımcının kendine ilişkin hangi boyuttaki özelliklerini ifade ettiklerini belirleyerek farkındalık yaratmaktır.

4. “Varlığını Sunma Eğitimi” nin amacı, içeriği hakkında katılımcılara bilgi verilir.
5. Katılımcıların eğitimden beklentilerini paylaşmaları istenir.
6. Eğitimin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için oturumlarda dikkat edilmesi gereken ilkeler ve sorumluluklar katılımcılar ile birlikte belirlenir.

50 Dakika

7. **Etkinlik 2:** “*Hemşire varlığını nasıl/ne yaparak sunar?*” sorusu sorularak hemşirelerin konuyla ilgili bilgi bulaşı olmadan ilk düşünceleri/bilgileri alınır.
8. Katılımcılara İletişimde Varlığını sunma: Varlık, varoluş, otantik varoluş ile ilgili eğitim verilir. **Eğitim içeriği;**

- Varlığını sunma: Varlık, varoluş,
- Varlığını sunma: Otantik varoluş
- Varlığını sunma: Hemşirenin varoluşu

10 dakika

9. **Etkinlik 3:** “ Benim için hemşire olarak varolmak.....” cümle tamamlama etkinliği”yaptırılır.
10. Oturum özetlenir.
11. Katılımcıların oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
12. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi vererek oturum sonlandırılır.

OTURUM 2/Bölüm 1

Konu: Hemşirelikte Kendini Tanıma

Amaç: Katılımcıların hemşirelikte kendini tanımasının önemini fark etmesi

Hedef Davranışlar: Her bir katılımcı;

1. Kendini tanıma, kişisel farkındalık ve kendini açma kavramları arasındaki ilişkiyi tartışacak
2. Kendini tanımanın boyutlarını açıklayacak
3. Hemşirelikte kendini tanımanın önemini ifade edecek.
4. Grupta hemşire kimliğine ilişkin en az bir özelliğini paylaşacak

Süre: 45 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

Araç Gereç: Barkovizyon, bilgisayar, yazı tahtası, tahta kalem, el aynası, kağıt ve kalem

55 dakika

İşleyiş:

1. Oturum konusu söylenir.
2. Oturum öncesi grupta paylaşmak istedikleri bir şey olup olmadığı sorulur.
3. Katılımcılara kendini tanımayla ilgili eğitim verilir.

Eğitimin içeriği;

- Kendini tanıma, kişisel farkındalık ve kendini açma kavramı
- Kendini tanımanın boyutları
- *Etkinlik 1.* “ Kendimi gruba tanıtırken hangi boyutları öne çıkardım” etkinliği
- Kendini Tanıma ve Johari penceresi
- *Etkinlik 2.*“Hemşire Olarak Kendi Johari Penceresini Oluştur” çalışması
- Hemşirelikte kendini tanımanın önemi
- *Etkinlik 3.* “Nasıl Geri Bildirim Veriyorum?” etkinliği

Son 5 dakika

1. Bölüm özetlenir.
2. Katılımcıların “*ben..... bir hemşireyim*” etkinliği ile hemşirelik kimliğine ilişkin kendilerini nasıl tanıttıkları belirlenerek farkındalık geliştirilir.

10 dk ara

OTURUM 2/ Bölüm 2

Konu: Hasta Hemşire İlişkisi

Amaç: Katılımcıların hasta hemşire ilişkisinin fazlarını ve temel öğelerini kavrayarak hasta bakımında kullanmaya istekli olması

Hedef Davranışlar: Her bir katılımcı;

1. Hasta hemşire ilişkisinin anlamını açıklayacak,
2. Hasta hemşire ilişkisinin fazlarını tanıyacak,
3. Hasta hemşire ilişkisinin temel öğeleri açıklayacak,
4. Hasta hemşire ilişkisinde temel öğelerin önemini açıklayacak,
5. Hasta bakımında hasta hemşire ilişkisinin temel öğelerini kullanmaya istekli olduğunu ifade edecek

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma, demonstrasyon

Araç Gereç: Barkovizyon, bilgisayar, yazı tahtası, tahta kalemi

Süre: 45 dakika

İşleyiş:

40 dakika

1. Hasta hemşire ilişkisinin anlamı
2. **Etkinlik 1.**” Hasta hemşire ilişkisinin anlamı”
3. Hasta hemşire ilişkisinin fazları
4. Hasta hemşire ilişkisinin temel öğeleri
5. **Etkinlik 2.** “ Ne kadar güveniyorum?” “Kimlere güveniyorum” etkinliği
6. **Etkinlik 3.** “Dinleme” çalışması
7. Bakım vermede hasta hemşire ilişkisinin önemi

5 dakika

8. Bölüm özetlenir.
9. Katılımcıların oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
10. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi vererek oturum sonlandırılır

OTURUM 3

Konu:İletişim teknikleri ve ben dili kullanımı

Amaç: Terapötik ve terapötik olmayan iletişim tekniklerini tanıyabilmesi

İletişimde ben dili kullanımının önemini kavrayarak kendi tepkilerini fark edebilmesi

Hedef Davranışlar: Her bir katılımcı;

1. Terapötik ve terapötik olmayan iletişim tekniklerinden en az beşer tane sıralayabilecek,
2. Terapötik ve terapötik olmayan iletişim tekniklerinin günlük çalışma yaşamındaki etkilerini açıklayacak,
3. Ben dili ile tepki vermenin basamaklarını sıralayacakEn az iki tane örnek durum için hem terapötik ve terapötik olmayan teknikleri kullanarak verdiği tepkilerin olası sonuçlarını açıklayacak
4. En az iki tane örnek durum için ben dili ile tepki verecek
5. İletişimde terapötik tekniklerin ve ben dili kullanmanın önemini açıklayacak

Süre: 60 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

Araç Gereç: Barkovizyon, bilgisayar, yazı tahtası, tahta kalem, kağıt ve kalem

İşleyiş:

İlk 5 dakika

1. Oturum gündemi hatırlatılır.
2. **Etkinlik 1:** Her katılımcı "*Hastayla iletişim.....*" cümle tamamlama çalışması yapılır.
3. Oturumun amacı açıklanır.

45 Dakika

4. Katılımcılara İletişimde terapötik tekniklerin kullanımı teknikleri, ben dili

kullanımı ile ilgili eğitim verilir. **Eğitim içeriği;**

- Terapötik ve terapötik olmayan iletişim teknikleri
- **Etkinlik 2.** Terapötik ve terapötik olmayan tepkiler örnek durum çalışması.
- Ben dili kullanımı/ hayır diyebilme/ istekte bulunabilme.
- **Etkinlik 3.** Ben dili kullanımı/ hayır diyebilme/ istekte bulunabilme örnek durum çalışması.

10 dakika

5. Oturum özetlenir.
6. **Etkinlik 4.** “İletişim tekniklerini kullanmak benim için.....”
Çalışması.
7. Katılımcıların oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
8. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi vererek oturum sonlandırılır.

OTURUM 4/Bölüm 1

Konu:Varlığını sunma: Orada olma,

Amaç: Katılımcıların varlığını sunmanın bir yolu olarak “orada olma hali”ni kavrayarak hasta bakımında kullanmaya istekli olması

Hedef Davranışlar: Her bir katılımcı;

1. Hasta hemşire ilişkisinde “bakım anı” kavramını anlamını açıklayacak,
2. Hemşire hastaya bakım verirken “an’da olma” kavramını tanıyacak,
3. Terapötik dokunmanın önemini açıklayacak,
4. Varlığını sunmada orada olmanın anlamını açıklayacak
5. Bakım anında orada olmanın yollarını ifade edecek

Süre: 75 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

Araç Gereç: Barkovizyon, bilgisayar, yazı tahtası, tahta kalemi

İşleyiş:

İlk 5 dakika

1. Oturum gündemi tekrar edilir.
2. **Ekinlik 1:** Katılımcıların “Beni hemşire olarak otantik yapan.....” etkinliği ile hemşirenin otantikliğine ilişkin farkındalık geliştirilir

30 dakika

İşleyiş

3. “Orada olma” eğitimi verilir. Eğitim İçeriği;
Bakım anı
An da olma, Orada olma
Terapötik dokunma

Etkinlik 2: benim için orada olmanın yolu..... cümlesini tamamlar.

Son 5 dakika Bölüm özetlenir.

OTURUM 4/ BÖLÜM 2

Konu: Varlığını sunma: Onunla olma –onunla yapma,

Amaç: Katılımcıların “onunla olmak” kavramını kavrayarak hasta bakımında kullanmaya istekli olması

Hedef Davranışlar: Her bir katılımcı;

- 1-Kendiliğin terapötik kullanımı nedir açıklayabilecek
- 2-Empatik dinleme kavramını açıklayabilecek.
- 3-Bakım anında onunla olma onunla yapma kavramlarını açıklayabilecek

Süre: 35 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

Araç Gereç: Barkovizyon, bilgisayar, yazı tahtası, tahta kalem, kağıt ve kalem

30 dakika

İşleyiş:

1. Oturum konusu söylenir.
2. Katılımcılara Varlığını sunma, Onunla olma, eğitimi verilir.
 - Kendiliğin Terapötik Kullanımı, Tanımı Ve Önemi
 - **Etkinlik 1:** Son zamanlarda sahip olduğun üç terapötik karşılaşmayı belirleyin.
 - Empatik Dinleme Tanımı Ve Önemi
 - Varlığını sunma, Onunla olma, Kavramlarının Hemşirelikteki Yeri ve Önemi

Son 5 dakika

3. Oturum özetlenir.
4. Katılımcıların oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
5. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi vererek oturum sonlandırılır

OTURUM 5

Konu: Varlığını sunma: Maneviyat,

Amaç: Katılımcıların manevi bakımı tanımlayabilmesi

Hedef Davranışlar: Her bir katılımcı;

- Her bir katılımcı *maneviyat* kavramlarını tanımlayacak
- Her bir katılımcı hasta bakımında *varlığını sunmada maneviye)*'ın önemini ifade edebilecek

Süre: 60 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

Araç Gereç: Barkovizyon, bilgisayar, yazı tahtası, tahta kalemi

İşleyiş:

İlk 5 dakika

3. Oturum gündemi tekrar edilir.
4. **Ekinlik 1:** Katılımcıların “Benim için manevi bakım.....” etkinliği ile hemşirenin manevi bakım konusunda farkındalık geliştirilir.

46 dakika

- Maneviyat Kavramının Tanımı ve Önemi
- Maneviyat Hemşirelikteki Yeri ve Önemi

10 dakika

1. Oturum özetlenir.
2. Katılımcıların oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır
3. Eğitimin genel değerlendirilmesi yapılır ve oturum sonlandırılır

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Emel	Uyruğu	T.C.
Soyadı	Düdener	Tel no	
Doğum tarihi	13.08.1981	e-posta	emelkinaci@gmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Seydişehir Sağlık Meslek Lisesi	1999
Lisans	Akdeniz Üniversitesi- Hemşirelik	2006
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği	2014-

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi	2001-2002
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2002-halen devam etmekte

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	ÜDS	44

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
III. Akdeniz Hemşirelik Günleri, düzenleme kurulu üyeleri	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	03-06 Nisan 2014
XII. Klinik sorumlu hemşireler sempozyumu, düzenleme kurulu üyesi	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	26-28 Mayıs 2016

Yayınlar ve Bildiriler:

- Düdener E. Sağlıkta Őiddetle İlgili Yapılan alışmalardan OluşturulanDerleme. 35.UlusalKulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi, Kasım 2013, Antalya.
- Düdener E. Sağlık alışanlarının Őiddete Maruziyet Sıklığı. Ulusal SağlıkHukuku Kongresi, 2014 (Poster bildiri). Ankara

