

Hemşirelik Uygulamalarında, Araştırmalarında, Yönetiminde ve Eğitiminde Kuramların Kullanımı

The Use of Theory in Nursing Practice, Research, Management and Education

ZELİHA KOÇ*
SELİN KESKİN KIZILTEPE**
TUĞBA ÇINARLI***
ASUMAN ŞENER***

Geliş Tarihi: 15.08.2015, Kabul Tarihi: 24.02.2017

ÖZ

Kuramlar hemşirelere en doğru ve en iyi olanı uygulamak konusunda bilgi verir ve yol gösterir. Kuram uygulamasında amaç klinik alanda bireylerin sağlık düzeylerini yükseltmek için kullanılan hemşirelik uygulamalarını geliştirmektir. Kuramlar, araştırma sonuçlarını özetlemede, yeni ve öncelikli araştırma konularını belirlemede de yol göstericidir. Kuram ve modeller geliştikçe, eğitim programlarına yansımaları da kaçınılmaz olmuştur. Geçmişte kuram, müfredat ders programlarının planlanması ve geliştirilmesinde kavramsal çerçeveyi oluşturmak için bir rehber olarak kullanılmasına karşın, günümüzde hemşireliğin uygulama, araştırma, yönetim ve eğitimi alanlarının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir

Anahtar kelimeler: Hemşirelik; kuram; uygulama; araştırma; yönetim; eğitim.

ABSTRACT

Theories inform and guide nurses in the best and most correct practice. The purpose of theoretical practice is to improve nursing practice used for increasing the health levels of patients in clinical area. Theories also guide in summarizing results of research and determining new and primary research subject areas. As theories and models have developed, the reflection of these to education programs has become inevitable. Although theories were used as a guide in forming the conceptual framework in planning and developing curriculums, today they have become an indispensable part of practice, research, management and education in nursing.

Keywords: Nursing; theory; practice; research; management; education.

Kuram, geniş bir alanı açıklamaya çalışan tutarlı önermelerden oluşan soyut yapı olarak tanımlanabilir. Oldukça geniş bir alanı kapsayan kuram, birden fazla sayılı, denence, ilke, genelleme ve kanuna dayanır.^[1] Kuram, veriye bir bakış açısı getirir veya veriyi düzenleyerek anlamlandırır. Kuramlar birbiri ile ilişkili kavramlardan oluşmakla birlikte,^[2] kavramlar düşünmenin temel taşlarıdır.^[3]

Hemşirelik kuramları klinik çevredeki bazı değişkenlerin hemşirelik bakımı üzerindeki etkilerini önceden tahmin etmeye

olanak sağlayan, araştırmaya dayalı bir dizi ifadedir.^[1] Hemşirelik kuramları, hemşirelik girişimlerinin derinlemesine analizine izin verir. Kuram uygulamasında amaç klinik alanda bireylerin sağlık düzeylerini yükseltmek için kullanılan hemşirelik uygulamalarını geliştirmektir.^[4] Profesyonel bir disiplinin temel amacı da mesleğin uygulama sürecinde kullanılabileceği bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır. Bu doğrultuda hemşirelik bilim alanı, uygulamaları destekleyen kavram ve kuramları oluşturacak bilgileri araştırarak bu mesleği geliştirmeyi amaçlar.^[1]

* Z Koç, Doç. Dr.
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Üniversite Kampüsü, Kurupelit, 55100, Samsun
Tel.: 0 362 312 19 19 Faks: 0 362 457 69 26
e-posta: zelihaceren@hotmail.com

** S Keskin Kızıltepe, Dr. Öğrencisi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun
*** T Çınarlı, Öğr. Gör.; A Şener, Öğr. Gör.
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Samsun

Hemşirelik Uygulamalarında Kuramların Kullanımı

Hemşirelik uygulamaları komplekstir. Kuramlar hemşirelere en doğru ve en iyi olanı uygulamak konusunda bilgi verir ve yol gösterir.^[5] Hemşirelikte yada diğer alanlarda geliştirilmiş kuramlar, ortaya çıkan problemlerin incelenmesini sağlar.^[6] Hemşirelik uygulamalarında kuramların kullanılmaması, yaygın bir şekilde duyuların ve birbirini takip eden istemlerin izlenmesine ve geleneksel uygulamaların devam etmesine neden olur.^[5] Buna karşın klinik uygulamanın büyük ölçüde kuram ve araştırmaya dayandırılmasıyla hemşireler rutine, sağduyuya ve geleneğe daha az bağlı kalırlar.^[4]

Hemşirelik gibi uygulamalı disiplinlerde kuram ve uygulama ayrılmazdır. Araştırmaya dayalı, uygulama ile ilişkili kuramların geliştirilmesi ve bu kuramların kullanımı hemşirelik mesleğinin gelişimi ve otonom hemşirelik uygulamaları için temeldir.^[4] Hemşirelik uygulamaları sadece deneyimle değil aynı zamanda kuramların anlaşılmasıyla gelişir. Hemşirelik, bütün uygulamalı disiplinlerde olduğu gibi, kuramların uygulamaya rehberlik ettiği ve uygulamaların kurama dayanak gösterildiği kuram ve uygulama kombinasyonlarını kullanır. Kuramlar uygulayıcıya düşünce ve yoruma dayalı bilinçli karar vermesinde yardımcı olur. Hemşireler klinik deneyimleri doğrultusunda, eleştirel düşünme yeteneklerini kullanarak kuramsal ve klinik bilgilerini birleştirerek uygulamalarını geliştirebilirler. Nitekim kurama dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanan bir hemşire, hemşirelik problemlerini tanımlayabilecek, önceden tahmin ederek önleyici girişimlerde bulunabilecektir.^[7] Bu nedenle kuram ve araştırmanın, hemşirelik uygulamalarının temeli olduğu konusunda hemşirelerin farkındalıklarının artırılması son derece önemlidir.

Kuramlar hemşirelerin olayların niçin gerçekleştiğini anlamalarına yardımcı olmasına karşın, literatürde hemşirelerin kuramları düşünmek için yeteri kadar zaman ayırmadıkları ve araştırma yapmadıkları bildirilmektedir.^[8] Hemşirelikte, uzun yıllardır devam eden kuram çalışmalarına karşın, hemşireler arasında "kuram ile uygulama arasında boşluk bulunduğu yönünde" yaygın bir görüş bulunmaktadır.^[9] Bu kuram ve uygulama arasındaki ilişki hemşirelerin birçoğu tarafından tek yönlü ve hiyerarşik olarak görülmekte, kuramın uygulamanın üstünde olduğu ve uygulamanın nadiren kuramı etkilediği düşünülmektedir. Bu durum uygulamaların akademik bilgi ile ilişkili olduğuna inanan uygulayıcılar arasında karışıklığa neden olmakta, bazı uygulayıcılar da kuramın uygulama ile hiçbir şekilde ilgisi olmadığını düşünerek, kuramların uygulamaları çarpıtılarından şikayet etmektedirler.^[5,10]

Kuram ve uygulama arasındaki boşluğa birçok faktör katkıda bulunmakla birlikte bunlardan biri de dildir.^[11] Uygulamalarda karşılaşılan çalışma problemlerinin anlaşılabilmesi için kullanılan dil ve terminolojinin bu değişimleri uygulayacak klinik hemşireler tarafından kolaylıkla anlaşılabilmesi büyük önem taşımaktadır.^[4] İdeal hemşirelik kuramlarının nasıl olduğundan

çok uygulanabilir olup olmadığının tartışılması son derece önemlidir. Bu nedenle kavram ve yapıları içeren bir çok kuram uygulanmadan önce açıklanmalı ve en önemlisi anlaşılmalıdır.^[11] Literatürde kuram olmadan da uygulamaların gerçekleştirilebileceği, kuram bilmenin iyi bir uygulamanın garantisi olmadığı, uygulamanın kuramın ışığında geliştiği ve değiştiği fakat uygulama bilgisinin çoğunun kuramdan farklı olduğu da bildirilmektedir.^[4] Bu konuda farklı görüşler bulunmakla birlikte, Larsen ve arkadaşları,^[12] (2002) yapmış oldukları bir hemşirelik literatür çalışmasında kuram ile uygulama arasında bir boşluk bulunmadığını; kuramcılar ve uygulayıcılar farklı çevrelerde bulunmalarına karşın, uygulama da bilginin gelişimi ve kullanılması ile ilgili ortak anlayışı paylaştıklarını, kullandıkları kuramları genellikle tanınamalarına rağmen hemşirelerin kuramsal ilkeleri uygulamalarında günlük olarak kullandıklarını bildirmişlerdir.

Kuram ve uygulama arasındaki boşluğu kapatmak önemli bir sorundur. Literatürde hemşire kuramcılarının ve hemşire araştırmacıların bir çoğunun sınırlı klinik deneyime sahip oldukları ve zaman sınırlamasının klinik hemşireleri ile olan ilişkilerini geliştirme yeteneklerini kısıtladığı bildirilmektedir.^[4] Bu nedenle sorunun çözümlenebilmesi için kuramları önerenler ile araştırmaları yürütenlerin klinik uygulama çevresi içinde direkt olarak yer almalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu konuda literatürde sağlık bakım sunum sisteminin değişen gereksinimleri ve istekleri, kanıta dayalı uygulamaya olan ilginin giderek artması, kronik hastalıklar, nüfusun giderek yaşlanması, çeşitli ırk ve kültürel geçmişe sahip insan sayısındaki artış gibi faktörlerin, etkili bir hemşirelik bakımının tasarlanması, planlanması ve geliştirilmesinde birçok kavramın, kuramın ve ilkenin birleştirilmesine yönelik ihtiyacı artırdığı bildirilmektedir.^[4,13-16]

Kuram ve uygulama arasındaki ilişki, eğitim ve hemşirelikte sık sık tartışılan bir konudur. Kuram akılsal, uygulama ise aksiyonel nitelik taşımaktadır. Kuramların hem uygulayıcılar tarafından kullanılabilir olması hem de uygulamaları geliştirmesi son derece önemlidir.^[17] Hemşireler bilgi, bulgu ve veriler arasındaki ilişkiyi anlayabilmek ve önceden tahmin edebilmek, hangi bilgilerin önemli olduğunu öngörmek ve özel durumlara başa çıkarken hangi girişimlere gereksinim duyulacağını belirleyebilmek için kuramsal bakış açısı geliştirmeye ve kullanmaya ihtiyaç duyarlar.^[18] Örneğin doğum ünitesinde çalışan bir hemşirenin postpartum depresyonun gelişimi, risk faktörleri, belirti ve bulguları ve yönetim stratejileri ile ilgili kuramsal temele sahip olması büyük önem arz etmektedir. Bir hemşire adolesan bir annede postpartum depresyondan şüphelendiğinde, annenin özel ihtiyaçları ile mevcut koşulların yarattığı karmaşık problemleri çözmek için toplanması gereken ek bilgilerin neler olduğunu bilmeli, bu bilgileri analiz etmeli ve yorumlamalıdır. Ayrıca hemşire anne için en uygun bakım planını geliştirebilmeli, amaçlar ve beklenen sonuçları tahmin edebilmelidir. Benzer şekilde, pediatri kliniğinde çalışan bir hemşirede bağışıklık ve hastalığın önlenmesi ile ilgili kuramsal ilkeleri iyi bilmelidir. Bir anne çocuğuna yapılacak bir aşının olası yan et-

kileri ile ilgili endişelerini ifade ettiğinde, hemşire annenin konuyla ilgili kaygılarını daha iyi anlayabilmek için anneden ek bilgiler toplmalıdır. Bununla birlikte hemşire annenin bebeğinin bakımı ile ilgili bilinçli karar verebilmesini sağlamak amacıyla, anneyi aşı güvenliği ve olası komplikasyonlar hakkında güncel ve gerçekçi araştırma veri ve bilgilerini içeren kaynaklara yönlendirebilmelidir.^[4]

Kuram hemşirelik uygulamalarını çeşitli yollarla etkilemektedir. Kuram:^[19]

- Hemşirelik uygulamalarının standartlarını belirler.
- Hemşirelik uygulamaları ile ilgili hedefleri açıklar ve beklenen sonuçları saptar.
- Dikkate alınması gereken var olan/potansiyel sorunları özetler.
- Gerçekleştirilecek girişimleri ve eylemleri ayrıntılarıyla belirler.
- Hemşirelik bakımı alıcılarını ya da hastaları tanımlar.
- Hemşirelik bakımının sorumluluklarını ve yükümlülüklerini organize eder.
- Hasta sınıflama sistemleri ile hangi bilgilerin toplanacağını ve nasıl sınıflandırılacağını tanımlar.
- Kalite güvence programlarına işlerlik kazandırır.

Hemşirelik Araştırmalarında Kuramların Kullanımı

Bilgi, bilen ile bilinen arasında kurulan her türlü bağ olarak tanımlanabilir. Diğer bir tanımla bilgi, özne ile nesne arasında bağ kurma süreci ve bu sürecin sonunda ortaya çıkan üründür.^[3] Bilgiye ulaşmanın yolu gerçekte var olan olayların gözlemlenmesi, gözlenen bu gerçekler arasındaki ilişkiyi açıklayacak hipotezlerin kurulması ve hipotezlerin denenerek genellenebilmesidir. Gözlenen olaylarda değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklayacak hipotezlerin sınanma yolu ise araştırmalardır.^[20] Araştırmanın amacı bir disiplin içinde kuramın test edilmesi ve/veya üretilmesi yoluyla bilgiyi inşa etmektir.^[4] Hemşirelik uygulamalı bir disiplin olduğu için hemşirelik araştırmalarında amaç, daha iyi hasta bakım sonuçlarına ulaşmaktır.^[21] Hemşirelik araştırmaları ile mevcut bir kuramın geçerliliği sınanabilir, kuram geliştirilebilir ya da değiştirilebilir.^[20]

Son yıllarda hemşirelik ve hemşirelik uygulamaları için kavramsal modeller geliştirilmiş ve bu durum hemşireleri araştırmaya yönlendirmiştir. Günümüzde pek çok araştırmacı hem araştırma problemlerini belirlemek hem de planlanan bir araştırmanın kuramsal çerçevesini geliştirmek için hemşirelik kuram ve modellerinden yararlanmaktadır.^[14] Hemşirelik kuramına temellendirilerek tasarlanan araştırmalar, hemşirelik bilimsel bilgi içeriğine katkı sağlar ve hemşirelik uygulamalarını geliştirir.^[6]

Hemşirelik alanında bir araştırmaya başlamadan önce araştırma

tasarımının iyi belirlenmesi son derece önemlidir. Araştırma tasarımı araştırma sorularını cevaplamak için kullanılan plan ya da programlardır. Araştırma tasarımı eleştirel düşünme ve karar verme sonucunda gelişir. Araştırma tasarımı yapılması planlanan çalışmanın nasıl gerçekleştirileceği konusunda bir fikir verir. Araştırma tasarımında amaç araştırma sorularına yanıt bulabilmek için gerekli yol ve yöntemleri içeren bir şema oluşturmaktır.^[22]

Araştırma ve kuram arasındaki ilişki karşılıklıdır. Kuramlar araştırma probleminin belirlenmesinden, araştırmacının kuramsal çerçevesinin oluşturulmasına ve araştırma bulgularının yorumlanmasına kadar geçen tüm süreçte araştırmaya rehberlik eder.^[6] Kuram, elde edilen bulguların daha büyük bir bilgi bütününe yerleştirilmesini veya ilişkilendirilmesini sağlar. Bir çalışma kuramsal bir çerçeveye yerleştirildiğinde, kuram araştırma sürecine yol gösterir. Araştırma sorularını oluşturarak tasarım, analiz ve yorumlamada yardımcı olur. Bu nedenle, bir kuram, kavramsal model ya da çerçeve bir araştırma çalışması için gerekli parametreleri sağlar.^[4]

Kuramlar hemşirelik araştırmalarını yönlendirir. Bir kuramda yer alan bileşenler arasındaki ilişki, araştırma sorularının yanıtlanmasına yardımcı olur. Hemşirelik kuramları ve araştırmaları arasındaki ilişki hemşirelik disiplininin bilimsel bilgi temelini geliştirmeye sağlar. Aynı zamanda bireyin bakımını geliştirmeye yönelik bilgiyi elde etmede kullanışlı olup olmadığını test etmeye yardımcı olur.^[23] Hemşireliğin hedefi kişinin hayatta kalmasına, büyümesine, gelişmesine ve yönlendirilmesine yardım ederek adaptasyonunu sağlamak olmakla birlikte, örneğin Roy'un Adaptasyon Modeli hemşire araştırmacılara bireylerin, ailelerin ve grupların uyum ihtiyaçlarını belirlemede bir çatı oluşturur.

Kuramlar, araştırma sonuçlarını özetlemede, yeni ve öncelikli araştırmaları belirlemede yol göstericidir. Kuramın amacı bilimsel bulguları anlamlı ve genelleştirilebilir yapmak, varolan bilgiyi tutarlı dizgelerle özetlemek, yeni çalışmalara yön vermektir.^[20] Buna karşın literatürde hemşirelik araştırması ve kuram arasındaki ilişkinin iyi anlaşılmadığı, dışarıdan alınan kuramların hemşirelik disiplininin gelişimini engelleyip engellemediği hakkındaki tartışmaların halen devam ettiği bildirilmiştir.^[4] Hemşirelik bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel gereksinimlerini karşılamada diğer disiplinlerden yararlanmaktadır. Bu doğrultuda hemşirelik dışı birçok kuram yıllardan beri hemşirelik uygulamalarında bilgi kaynağı olmuştur. Sistem, temel insan gereksinimleri, gelişim dönemleri ve psikososyal kuramlar hemşirelik model ve kuramlarının gelişiminde ağırlıklı olarak kullanılmıştır.^[18,23,24]

Günümüzde hemşirelik bilim alanında bilgi toplamaya yönelik tanımlayıcı araştırmalar halen devam etmektedir. Tanımlayıcı araştırmalar ile toplanan bu bilgiler hem yeni kuramların gelişmesine katkıda bulunmakta hem de mevcut kuramlarla birleşmektedir. Kuram geliştirmede genellikle niteliksel araştırmalar

planlanır. Ancak her niteliksel çalışmanın kuram geliştirme gibi bir hedefi bulunmamaktadır. Gözleme dayalı çalışmaların ışığında olaylar kavramsallaştırılır ve olaylara etki eden kavramlar belirlenir. Araştırmalarla kavramların etkileri karşılıklı ilişkileri gözlemlenir, çözümlenir ve birleştirilir. Sonuçta bir genellemeye ulaşılır ve kuramlar geliştirilir. Konusu ne olursa olsun kuramlar kesin doğrular değildir. Bir kuram doğrudan sınınamaz. Bir kuramı sınamak için genellikle niceliksel araştırmalar planlanır. Planlanan niceliksel araştırmalar sonucunda kuramlar ya ret edilebilir ya da benimsenebilir, yeni kuramlar geliştirilebilir ya da değiştirilebilir.^[20] Bununla birlikte hemşirelik teorilerinin gelişimi sürecinde sürekli olarak yeni kavramlarla karşılaşıldığı için, bu kavramların ölçülmesi, incelenmesi için uygun ve nitelikli veri toplama araçlarının kullanımına ihtiyaç duyulmaktadır.^[25]

Günümüzde hemşirelik bilim alanında önemli klinik bilgileri ele alan ve hemşirelik bilgi tabanına ekleyen araştırmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Hemşirelik araştırma çalışmalarının büyük çoğunluğu büyük hemşirelik kuramlarını test etmemekte, onları bir araştırma çerçevesi olarak kullanmamakta, bir dizi kuramsal perspektif ve disiplin içerisindeki kavramları, ilkeleri ve kuramları incelemektedir. Hemşirelikte, araştırmacılar genellikle yaşam süreçlerini yöneten ilke ve yasaları, insanın optimum işleyişini, doğum, kayıp, hastalık ve ölüm gibi kritik yaşam durumları sırasında çevre ile etkileşim halinde olan bireylerin davranış örneklerini ve bir kişinin sağlık durumundaki olumlu değişikliklere yol açan süreçleri ele almaktadır. Mevcut bilgi çatısının içine çalışmanın nasıl oturtulduğunu gösterebilmek için, hemşirelerin araştırma raporlarındaki araştırma tasarımına ilişkin kuramsal bakış açısını yorumlamaları son derece önemlidir.^[4]

Hemşirelik bilimi psikoloji, sosyoloji, eğitim, biyoloji gibi birçok bilim dalından yararlanmakta, diğer disiplinlerden alınan bilgiler harmanlanmakta ve hemşireliğe özel bilgi oluşturulmaktadır.^[4] Hinshaw^[16] (2000), hemşirelik araştırmalarını yönlendirmede kullanılan ve gelişmekte olan hemşirelik bilim alanlarını:

- Savunmasız nüfusların ve toplulukların sağlık ihtiyaçları
- Uygulama stratejileri ve sonuçları
- Aile sağlığı
- Sağlık / risk azaltma
- Sağlık ve hastalığın biyo-davranışsal belirtileri
- Kadın sağlığı
- Yaşlı sağlığı ve hastalığı
- İstenen sonuçları optimize etmek için uygun ortam oluşturma
- Genetik araştırmaları
- Yaşam sonu araştırması olarak bildirmiştir.

Hemşireliğin diğer disiplinlerden alınan kuramları kullanmadan ayrı bir bilgi bütünlüğü oluşturup oluşturulmaması gerektiği konusunda farklı düşünceler olmakla birlikte, kuramların

hemşirelik disiplininin ya da bu alanın gelişimini engelleyip engellemediği konusunda da tartışmalar devam etmektedir.^[4] Esposito ve Fitzpatrick^[26] (2011) ilişkisel çalışma tasarımı kullanarak Pender'in Sağlık Geliştirme Model'i rehberliğinde hemşirelerin egzersiz yararları konusunda inançları, egzersiz davranışları ve egzersiz önerileri arasındaki ilişkiyi incelemişler; araştırma sonucunda egzersiz faydaları, fiziksel aktivite ve hemşirelerin hastalara egzersiz önerme durumları arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Bununla birlikte sağlıklı davranışlarla ilgilenen ve sağlığın geliştirilmesine inanan hemşirelerin olumlu rol model olduklarını ve hastalarına sağlık davranışlarını öğretme olasılıklarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Othman ve arkadaşlarının^[27] (2012) Ürdünlü kadınların demografik özelliklerinin, meme kanseri bilgilerinin, kaderci inançlarının ve sağlık inanışlarının mamografi çekirme tutumları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları ilişki arayıcı bir çalışmada hem Sağlık İnanç Modelini hem de Gerekçeli Eylem Teorisi'nin bazı bölümlerini kullanmışlar ve Ürdünlü kadınların meme kanseri hakkında bilgi eksikliği olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca, sosyal normlar ve öz-yeterliliğin Ürdünlü kadınların mamografi çekirme düşüncelerini etkilediğini ortaya çıkarmışlar, kadınların mamografi çekirme arayışlarını güçlendirmek için bilgi ve beceri geliştirmeye odaklanan birtakım uygulamaların yapılmasını önermişlerdir.

Rogers ve arkadaşları^[28] (2012) hareketsiz/sedanter ve toplum içinde yaşayan yaşlılar arasında fiziksel aktiviteyi teşvik etmek amacıyla sign chi do egzersizlerini kullanarak "12-haftalık müdahale"nin etkinliğini araştırmışlar ve bu araştırmada Roy'un Adaptasyon Modeli'ni, bir çerçeve olarak kullanmışlardır. Randomize deneysel tasarım kullandıkları bu çalışmada tekrarlı ölçümler yapmışlar sign chi do'nin fizyolojik fonksiyon adaptasyonu ve benlik kavramı adaptasyonuna etkisini incelemişlerdir. Araştırma sonucunda bu egzersiz hareketsiz yaşlılar arasında fizyolojik fonksiyonu geliştirmek için yararlı olduğu sonucuna varmışlardır.^[28]

Genellikle, yeni kuramlar mevcut kuramlardan yola çıkılarak geliştirilmektedir. Ancak bazen bir çalışma bir kuramı test etmek veya belirli bir durumda onun açıklayıcı değerini değerlendirmek amacıyla yapılabilir.^[4] Örneğin, Dobratz^[29] (2011) Roy'un Adaptasyon Modeli'ne dayanarak "Ölüm ve Ölmede Psikolojik Uyum" kuramını, Riegel ve arkadaşları^[13] (2012) ise Orem'in büyük öz-bakım kuramıyla uyuşan unsur ve kavramları içeren "Kronik Hastalıkların Öz Bakımı kuramını" geliştirmişlerdir.

Ülkemizde yapılan hemşirelik araştırmalarında ise kuram ve model kullanımı oldukça sınırlıdır. İnan ve arkadaşları^[30], Üstün ve Bademli (2013) bu konuda yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin kuram kullanımının sınırlı olduğunu, kuram / model kullanımının araştırma sürecinin tüm basamaklarında yer almadığını ve araştırmaların kuram / model kullanımı basa-

makları doğrultusunda olmadığını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada yüksek lisans tezlerinde Sağlık İnanç Modeli, Precede Modeli ve Transteoretik Model'in; doktora tezlerinde Gelişimsel Hemşirelik Modeli, Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi, İlişkisel Gelişimsel Yaklaşım Modeli, Neuman Sistemler Modeli, Roy Uyum Modeli, Sağlık İnanç Modeli, Eylem Teorisi, Transteoretik Model, Bandura Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı, Pender Sağlığı Geliştirme Modeli, Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli ve Piaget'nin Bilişsel Gelişim Kuramının kullanıldığını, hemşireler tarafından en fazla tercih edilen kuramın; Orem Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi olduğunu bildirmişlerdir.^[30]

Bu modellerden biri olan Sağlık İnanç Modeli Tuzcu ve Bahar'ın^[31] ifadesine göre, 1950'lerin başında, hastalıkların önlenmesi ve erken tanısında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak için Hochbaum ve Rosenstock tarafından geliştirilmiş olan bir modeldir.^[31] Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ise Sosyal Öğrenme Teorisini temel alan, Sağlık İnanç Modeli yapısına benzeyen ve bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörleri tanımlayan bir modeldir. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli eleştirel bakış açısıyla değerlendirildiğinde, bir bireyin kendi sağlığını geliştirmesi için onu motive eden tüm faktörleri yeterli bir biçimde bir araya getirdiği, temel kavramlarının net olduğu, kolay anlaşılabilirliği, Sağlık İnanç Modeli'ni temel aldığı, birçok farklı alanda rahatlıkla uygulanabildiği, hastanın sağlığını kendisinin kontrol etmesine fırsat verdiği, her bireyin davranışını ve tercihlerini göz önünde bulundurması nedeniyle son derece yararlı bir model olduğu bildirilmiştir.^[32]

Tuzcu ve Bahar^[33] (2015) Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modelini kullanarak, Türkiye'de göçmen kadınlar arasında meme kanseri izlemine katılımın önündeki engelleri ve kolaylaştırıcıları belirlemeye yönelik olarak yapmış oldukları mülakata dayalı araştırma sonrasında, kadınların izlemlere katılımlarının önündeki en önemli engelleri bilgi eksikliği, ilgisizlik ve kültürel faktörler olarak belirlemişlerdir. Tuzcu ve arkadaşları^[34] (2016) göçmen kadınlar üzerinde Sağlık İnanç Modeli kullanarak yapmış oldukları yarı deneysel diğer bir araştırma sonrasında ise kontrol grubu kadınlarla karşılaştırıldığında çalışma grubu kadınlarda 3. ayda ve 6. ayda kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi, mamografi oranının daha yüksek olduğu, duyarlılık algısı ve engellerin azaldığı, buna karşın sağlık motivasyonu ve öz-yeterliliğin arttığı bildirilmiştir.

Top ve Ocakcı'nın^[35] (2011) Sağlığı Geliştirme Modeli ve Bilgi İşlem Kuramına temellendirilen hemşirelik girişimlerinin, ağız diş sağlığı davranışı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacı ile yapmış oldukları çalışmada ise, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Gagne'nin Bilgi İşlem Kuramına temellendirilerek düzenlenen girişimlerin ağız diş sağlığı davranışının geliştirilmesinde etkili olduğu bildirilmiştir.

Güneri ve Kavlak'ın^[36] (2011) infertil kadınların umut-umutsuzluk durumlarını Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramına göre

inceledikleri diğer bir çalışmada, infertilite tedavisi sürecinde kadınların umut/umutsuzluk arasında değişen duygular yaşadıkları; olumsuz tedavi deneyimlerinin umutsuzluk ve çaresizlik duygularının yaşanmasına yol açtığı belirlenmiştir.

İz ve Özsoy'un^[37] (2009) Kohlberg'in Bilişsel Ahlak Kuramına göre hemşirelik öğrencilerinin ahlaki yargı yeteneklerini belirlemek üzere yapmış oldukları araştırma sonrasında da, bireyin ahlak gelişiminde ailenin, toplumun ve eğitimin önemli rol oynadığı, bu nedenle etkili kurumsal düzenlemelerin her düzeyde yapılması gerektiği bildirilmiştir.

Bozkurt ve Çam'ın^[38] (2010) çalışan ergenlerin öfke yönetiminde Roy Adaptasyon Kuramı temelli hemşirelik yaklaşımının etkisini belirlemek üzere yapmış oldukları diğer bir çalışmada ise, öfke ile ruhsal belirtiler arasında pozitif ve anlamlı ilişki saptandığı; yaş, ergenlere karşı reddedici ve incitici toplumsal tutumların, ergenlerin eğlenmeye dinlenmeye vakit ayırma, işinden memnun olma durumunun çalışan ergenlerde öfke düzeyi ve öfke tepkilerini belirlemede önemli bulunduğunu bildirilmiştir.

Ersin ve Bahar'ın^[39] (2011) Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli kullanarak, Türk kadınlarında meme kanseri erken teşhis davranışına ilişkin faktörleri kolaylaştırmak amacıyla yapmış oldukları nitel çalışma sonrasında ise, meme kanseri ve erken tanı davranışları ile ilgili bilgi eksikliği, sağlık sigortası ve ulaşım imkanları, mali güçlükler, randevu almada zorluk yaşama, kadın doktor sayısının azlığı, utanma duygusu, ihmal, farkındalık eksikliği, unutma, korku hissi ve kadercilik gibi engelleyici faktörlerin sıkça tartışıldığını bildirmişlerdir. Bilinç düzeyi, ilgili ve hoşgörülü sağlık personeli, ücretsiz sağlık hizmetleri, hastaneye ücretsiz ulaşım, gelişmiş randevu sistemi ve telefonla hatırlatmaların ise kolaylaştırıcı faktörler arasında yer aldığı ve odak grup görüşmelerinin meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili kolaylaştırıcı ve engelleyici faktörleri belirlemede son derece etkili olduğu vurgulanmıştır.

Bu konuda yapılan bir sistematik inceleme çalışmasında da, Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli'ne temellenen eğitimlerin meme kanseri erken tanı davranışları üzerinde son derece etkili olduğu bildirilmiştir.^[40] Ersin ve Bahar^[41] (2011) Türk kadınlarının servikal kanserin erken belirlenmesine yönelik algıladıkları kolaylaştırıcı ve engelleyici faktörleri belirlemek üzere yapmış oldukları diğer bir çalışmada, Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı yarı yapılandırılmış görüşme formundan yararlanmışlar ve elde ettikleri bulgular doğrultusunda, müfredat programlarına ilave olarak ulusal ve bölgesel eğitim programları hazırlanmasının kadınların erken tanı davranışlarının farkına varılmasında ve sürdürülmesinde etkili olabileceğini bildirmişlerdir.

Ersin ve Bahar^[42] (2013) birey, aile ve topluma istendik düzeyde bakım sunulabilmesi için, hemşirelerin bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarının arkasında yatan kültürel

özellikleri tanınmaları gerektiğinin, kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik ifadelerini doğru yorumlayabilmek için grubun kültürel özelliklerini tanımaya yardımcı olacak modelleri-teorileri incelemenin önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Kıssal ve Beşer'in^[43] (2011) Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli'nden yararlanarak yaşlı kadınlar arasında meme kanserinin erken belirlenmesi ile ilgili algıladıkları engeller, bilgi ve kolaylaştırıcıları belirlemek üzere yapmış oldukları bir araştırmada da, yaşlı kadınların izlem ile ilgili engelleri yetersiz bilgi, korku, ihmal, dini inançlar doğrultusunda utanma, doktorun önermemesi ve sağlık bakım profesyonellerinin tutumu; kolaylaştırıcıları ise izlem hakkında bilgilendirilme, kanser izlemlerinin farkında olma, ailede meme kanseri hikayesi ve sosyal destek vb olarak sıraladıkları belirtilmiştir. Aynı çalışmada sağlık bakım profesyonellerinin yaşlı kadınların kanser izlemleri ile ilgili bilgi ihtiyaçları olduğunun farkında olmaları, yaşlı kadınların korkularını ve üzüntülerini anlamaları, izlemlerle ilgili engelleri ve kolaylaştırıcıları bilmeleri önerilmiştir.

Yaşlı kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını artırmada en sık kullanılan iki modelin (Sağlık İnanç Modeli ve Transteorik Model) etkisini inceleyen bir derleme yazısında da, Sağlık İnanç Modeli'nin sağlık davranışının gerçekleştirilmesi için karar vermede bireylerin algılarının önemli olduğunu vurguladığı, Sağlık İnanç Modeli kullanılarak yapılan çalışmalarda algılanan duyarlılık, ciddiyet, engeller ve eylem ipuçlarının yaşlı kadınların meme kanseri tarama uygulamalarına katılımlarını sağlamada önemli etkilerinin olduğu, Sağlık İnanç Modeli değişim aşamalarını içermediği için Transteorik Model ile birlikte kullanılmasının kadınların meme kanseri erken tanı taramalarına katılımı artırmada yardımcı olabileceği vurgulanmıştır.^[44] Yoksul kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişim üzerine etkisini ele alan diğer bir derleme yazısında da, Sağlığı Geliştirme Modeli'nin kavramlarından 'önceki davranışlarla ilişki' ve Sağlık İnanç Modeli kavramlarının birlikte kullanılmasının, yoksul kadınlarda davranış değişimi için uygulanacak girişimlerin planlanmasında etkili olabileceği belirtilmiştir.^[45]

Başkale ve Bahar'ın^[46] (2011) Piaget'in teorisini temel alarak beslenme uygulaması alan beş-altı yaş çocuklarda sağlıklı yiyecek seçimi ve beslenme bilgisi sonuçlarını ele alan bir araştırmada da, uygulama sonrasında çalışma ve kontrol grubunun antropometrik ölçümleri arasında fark bulunmamasına karşın çalışma grubunun beslenme bilgi puanlarının arttığı ve grubun gıda tercihlerinin olumlu yönde değiştiği bu doğrultuda ilköğretim, ortaöğretim ve üçüncü düzey sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin Piaget'in teorisine dayalı beslenme eğitimi vermeleri önerilmiştir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada Piaget'in teorisinin çocukların bilişsel gelişimi ile nasıl ve ne gibi şeyler öğrenmek

istediklerini anlamamıza yardımcı olduğu ve hemşirelerin Piaget'in Bilişsel Gelişim Teorisini kullanarak beslenme ve diğer alanlarda davranış değişimlerini ortaya koyan araştırmalar yapabilecekleri bildirilmiştir.^[47] Bununla birlikte hem pediatri hem de halk sağlığı alanlarında çalışan hemşirelerin çocuklara eğitim verirken Piaget'in kuramını kullanabilecekleri ve çocuğun yaş ve bilişsel gelişimine yönelik daha etkili eğitimler planlayabilecekleri belirtilmiştir.^[48]

Cengiz ve Bahar'ın^[49] (2016) Sağlık İnanç Modeli'nden yararlanarak hastaların fekal ostomi ameliyatlarına uyum sağlamak için algıladıkları engeller ve evde bakım ihtiyaçlarını belirlemek üzere yapmış oldukları diğer bir araştırmada, hastaların hastaneden ayrılarak eve giderken yeni ostomiye uyum sağlama konusunda birden çok engelle karşılaştıkları ve sağlık bakım profesyonellerine ihtiyaç duydukları, ostomi hemşiresi uzmanlarının hizmet ve uygulamalarını hastanede başlatmaları ve evde devam ettirmeleri gerektiğini düşündükleri, ev ziyaretleri veya telefonla iletişim yoluyla öz-bakım becerilerini geliştirmek ve kemoterapi ile ilişkili yan etkileri yönetebilmek için ostomi hemşirelerinin uygulamalarına ihtiyaç duydukları ortaya çıkarılmıştır.^[49]

Araştırmalar hemşirelikte nitelikli bilginin seçimi, güncellenmesi ve sınanması ile mesleksi özerkliğe katkıda bulunur. Hemşirelikte bilgi birikimi, hemşireliği güçlendirir ve onu diğer disiplinlerden ayırır.^[21] Araştırma ile kuram ve uygulama arasındaki bağın sağlanması bir disiplinin gelişmesinde belirleyici rol oynar. Hemşirelikte bilimsel araştırmaların yapılması ve bu araştırmalardan elde edilen sonuçların kullanılması önemlidir.^[50]

Hemşirelik Yönetiminde Kuramların Kullanımı

Sağlık bakım ortamlarında hemşirelik bakımı sunulurken uygulama modellerinden yararlanılır. Bakım ortamlarında kullanılan bu uygulama modelleri hem hemşirelik bakımının sunumu için bir alt yapı sağlar hem de hasta bakım kalitesinin ölçümünde önemli rol oynar.^[51] Hastanelerde kullanılan hasta bakım modelleri ihtiyaca göre değişiklik göstermekle birlikte, 1920'lerde vaka yöntemi, 1950'lerde fonksiyonel hemşirelik, ekip yada modüler hemşirelik, 1960-1970'lerde ise primer hemşirelik sık kullanılmıştır.^[4]

Fonksiyonel hemşirelik, ev ve hastane ortamında hemşireler tarafından kullanılan en eski yöntemlerden biri olmakla birlikte, 1940'lı yıllarda hemşire yetersizliği nedeniyle bu model kullanılmaya başlanmıştır. Fonksiyonel hemşirelik çok az sayıda profesyonel hemşireyle bakımın verilmesine olanak sağlar. Bu yöntemin en önemli dezavantajı hastaya bütüncül bakım anlayışıyla bakım verilememesidir.^[52] Fonksiyonel yöntemde hasta bakımının farklı hemşireler tarafından verilmesi ve hastanın psikolojik ihtiyaçlarının göz ardı edilebilmesi bu yöntemin dezavantajları arasında yer almaktadır.^[4]

Ekip hemşireliği, ikinci dünya savaşı sonrasında parçalanmış

bakımı azaltmak için geliştirilmiştir. Ekip, bir klinikteki bir grup hastanın bakımını üstlenir. Ekip lideri, grubun koordinasyonu ile birlikte ekip üyelerine hasta dağıtımından sorumludur. Bazı durumlarda ekip lideri de hasta olabilir. Beceri, uzmanlık ya da lisans eksikliği gibi nedenlerle diğer ekip üyeleri tarafından yapılamayan bazı görevler ekip lideri tarafından yapılabileceği için ekip lideri ekibe atanan hastaların koşulları ile onların tüm ihtiyaçlarını bilmek ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ile iletişim kurmaktan sorumludur. Bu yöntemde ekip üyeleri sırayla ekip liderine, o da birim yöneticisine rapor verir. Demokratik bir doğaya sahip olması, tüm hastalardan ziyade özel görevler üzerinde odaklanması, işi gerçekleştirmek için ekibe sağlanan özerklik, çalışanlar ile hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek oluşu ekip hemşireliğinin avantajları arasında yer alır. Buna karşın yüksek derecede koordinasyon ve planlamaya ihtiyaç duyulması, ekip liderinin bu yöntemi etkili ve verimli bir şekilde yürütebilmesi için birtakım becerilere sahip olması zorunluluğu bu yöntemin dezavantajları arasında yer almaktadır. Ekip hemşireliği tek başına nadiren uygulanmakla birlikte, sağlık bakım kurumlarında ekip ve fonksiyonel hemşireliğin kombinasyonu daha sık kullanılmaktadır.^[4]

Primer hemşirelik, bireye bütüncül bakım sunulamaması nedeniyle 1960'ların sonu ile 1970'lerin başında başlatılmış olan bir modeldir.^[4] Primer hemşireye tanınan aşırı özgürlük ve sorumluluktan dolayı bu yöntemde iş doyumu yüksektir. Primer hemşireliği uygulamak için daha fazla sayıda hemşire ile yüksek koordinasyon ve iş uzmanlığına ihtiyaç duyulması, görevi yerine getirmek için yetersiz veya az eğitim almış olan hemşirelerin primer hemşire rolünü yerine getirememesi bu modelin dezavantajları arasında yer almaktadır.^[4]

Vaka yöneticisi hemşire en az lisans derecesine sahip olmalıdır.^[53,54] Vaka yönetimi uygulaması kurumdan kuruma değişmektedir. Vaka yöneticisi özel bir toplulukta örneğin, bir hastanenin pediatri, nöroloji, onkoloji, kardiyovasküler, ortopedi ve diğer uzmanlık alanlarında çalışabilir. Vaka yöneticisi hasta kabulünden taburculuğuna kadar olan zamanı koordine eder. Bu model eşgüdüm ve disiplinlerarası işbirliği gerektirir. Hemşireler vaka yönetiminde en büyük profesyonel grubu oluştururlar. Bu rol sosyal çalışanlar, solunum terapistleri, fizyoterapistler ve organizasyona katılan diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte disiplinler arası bir şekilde yürütülmesine karşın hemşirelerin buradaki yetenekleri önemli rol oynamaktadır.

Literatürde yer alan en son yöntem ise hasta odaklı (patient-focused care/patient centered care) bakımdır.^[4] Hasta odaklı bakım modeli, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini arttırmak ve hizmetin maliyetini azaltmak amacıyla geliştirilmiş bir modeldir.^[55] Hasta odaklı bakım ayakta tedavi üniteleri, evde bakım hizmetleri özellikle kronik hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımının yürütüldüğü merkezler ile tamamlayıcı tıp uygulamalarının yapıldığı birimler için uygun bir yöntem olarak kabul edilmektedir.^[56] Hasta Odaklı Bakım Modelinin hedefleri:^[57,58]

- Sağlık hizmeti kurumunu müşteri odaklı kuruma dönüştürmek
- Hasta bakımının sürekliliğini sağlamak
- Hemşireler, doktorlar ve diğer sağlık bakım sunucuları arasında profesyonel ilişkiler geliştirmek
- Hastaneler arası hasta nakillerini en aza indirmek
- Kurumdaki diğer faaliyetler ile karşılaştırıldığında doğrudan bakım faaliyetlerinin oranını artırmak
- Hastaların ihtiyaçlarını tam olarak karşılamak için klinik ortamı yeniden şekillendirmek
- Hastaların ihtiyaçlarına duyarlı olacak bir şekilde işi planlamak ve yerine getirmek için direkt sağlık bakım profesyonellerine yetki vermektir. Burada hizmetin kalitesi artarken, bakım/sağlık hizmeti maliyetinin azaltılması hedeflenmektedir.^[57,58]

Hasta odaklı bakımın ilkeleri, toplam kalite yönetimi ile sürekli kalite iyileştirme sürecinden gelmektedir. Hasta odaklı bakım hemşirelerin hastalarıyla geçirdikleri zamanı artırırken, ihtiyaç duyulan sağlık bakım profesyoneli sayısını azaltmaktadır. Bu modelin kullanımı ile kuramsal olarak, bakım/sağlık hizmeti kalitesi artarken, bakım/sağlık hizmeti maliyetinin azaltılması hedeflenmektedir.^[57] Hasta odaklı bakımda çok yetenekli personel oluşturma amacı ise hasta ile iletişim halinde olan personel sayısını %75 oranında azaltmaktadır.^[59] Literatürde hasta odaklı bakım uygulamasından sonra doğrudan hasta bakımı için ayrılan zamanda artış ile birlikte, hasta memnuniyeti, bakım/hizmetin sürekliliği ve nazokomiyal/hastane enfeksiyon oranları gibi kalite göstergelerinde olumlu eğilimler ortaya çıktıği bildirilmiştir.^[4]

Hemşirelik bakımı uygulama modelleri, hasta bakımı sunumunu ve kalitesini etkilemekle birlikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda kaynakların yeterli ve hemşirelerin özerk olduğu, hemşirelik uygulamalarının hemşire kontrolünde gerçekleştiği, profesyonel hemşirelik uygulamalarının desteklendiği bir kurumda hemşirelerin iş doyumlarının yüksek, tükenmişlik ile fiziksel hastalık ve mesleki özürlülük oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir.^[60,61] Buna karşın bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise farklı organizasyonel yapılarda hemşirelik bakımı ile ilgili hasta memnuniyeti ve hemşire iş doyumu arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir.^[62]

Hasta sonuçları ile hemşirelik personeli arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, her 1 hemşireye 4 hasta oranında %25 oranında yapılan bir artışın, cerrahi prosedürlerden sonraki ölüm riskini %7 oranında artırdığı bildirilmiştir.^[63] Sonuç olarak literatürde hemşirenin iş yükü/hasta sayısı arttıkça hastanın iyileşme olasılığının azaldığı, yaralanma ile sonuçlanan düşmeler, ilaç hataları ve hastane kökenli enfeksiyon olasılığının arttığı,^[64,65] hemşirelerin tükenmişliği ile hastaların idrar yolu ve cerrahi alan enfeksiyonları arasında da anlamlı bir ilişki bulunduğu, hastanelerde tükenmişlik oranı en az %30 oranında azaltıldığında, 6239 daha az enfeksiyon ile birlikte yıllık 69

milyon dolara kadar maliyet tasarrufu sağlanabileceği bildirilmiştir.^[66]

Pappas^[67] (2008) bir kalite geliştirme çalışmasında hastane ödemelerinden hemşire kaynaklı tıbbi hatalar, hasta düşmeleri, üriner sistem enfeksiyonları ve basınç ülserleri gibi olayların maliyetini belirlemek amacıyla bir metodoloji tanımlamıştır. Bu konuda yapılan çalışmalarda tıbbi ve cerrahi hastalarda bu tür olayların hemşire kaynaklı olup olmadığı, hemşirelerin düzeyi ile ilişkisi ve hasta bakımının gerçek maliyetinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Tıbbi ve cerrahi hastaların her ikisinde de meydana gelen hemşire kaynaklı olumsuz olayların hasta başı maliyetini araştırmışlar, maliyetin tıbbi hastalar için ortalama 659 dolar, cerrahi hastalar için 903 dolar arttığını belirlemişlerdir.

Klinik uygulamayı destekleyen bir sağlık kuruluşunun sahip olması gereken kurumsal niteliklerin neler olması gerektiğini belirlemeye yönelik olarak yapılan bir çalışma sonrasında da, bu özellikler yetkinin paylaşılması, yönetimden gelen destek, disiplinler arası işbirliği, etkili iletişim, hasta bakımı sunumu için kaynaklara erişim ve uygulama üzerinde kontrol gibi unsurların önemli olduğu bildirilmiş, bununla birlikte hemşirelerin iş doyumunu artırmak için “destekleyici” bir çevre oluşturulmasının önemi üzerinde durulmuştur.^[61]

Sağlık bakım tüketicileri kaliteli bakım bekler. Birçok sağlık bakım profesyoneli de kaliteli bakım sunmak ister. Kaliteli sağlık bakım sunumunu etkileyen birçok faktör bulunmakla birlikte bu faktörlerden biride kullanılan sağlık bakım modelidir. Sağlık bakım kurumlarında kullanılan her modelin birtakım avantajları ile birlikte dezavantajları bulunmaktadır. Kullanılacak bakım modeli genellikle hasta bakım ünitesinin doğasına ve birime atanan personelin becerisine bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte, bireyin yatarak ve ayakta tedavi alması da bu durumu etkileyebilmektedir.^[4,56] Bunun yanı sıra bakım sunulacak hastaların sahip oldukları özellikler, yapılacak görevin karmaşık olup/olmaması, personelin sahip olduğu beceri ile uzmanlık alanı ve kurumun ekonomik kaynakları, hangi yöntemin kullanılacağına karar verirken göz önünde bulundurulması gereken diğer faktörlere örnek olarak verilebilir.^[4]

Hemşirelik Eğitiminde Kuramların Kullanımı

Kuram ve modeller geliştikçe, eğitim programlarına yansımaları da kaçınılmaz olmuştur.^[68] Geçmişte kuram, müfredat ders programlarının planlanması ve geliştirilmesinde kavramsal çerçeveyi oluşturmak için kullanılan bir rehber olarak görülmesine karşın, günümüzde hemşireliğin uygulama, araştırma, yönetim ve eğitimi alanlarının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir.^[17] Genel olarak hemşirelik eğitiminde kavramlar, modeller ve teorik ilkelere program içeriği, örgütlenmesi, yapısı, öğretim süreçleri ve stratejilerini belirlemede yararlanılmaktadır. Kuram ve modeller hemşirelik eğitimi alanında öğrencinin bilgisini geliştirebilmek ve

ilerletebilmek için kullanabilecek metot ve yaklaşımları önerir. Hemşirelik eğitimi ile ilgili kuramsal çatı yada model hemşirelik eğitim-öğretiminin değerlendirildiği yöntemler ile sunulan materyalleri etkiler. Hemşirelik öğrencilerine mesleki felsefelerini ve değerlerini tanımlamada yardımcı olur.^[4]

Literatür hemşirelik eğitimi ile ilgili birçok kavramla doludur. Probleme dayalı öğrenme, yaşam boyu öğrenme, bilişim, kanıta dayalı eğitim, kalite / performans geliştirme, kültürel ilişkili bakım, kişilerarası iletişim ve mükemmellik bu kavramlara örnek olarak verilebilir.^[24,69] Bununla birlikte kanıta dayalı uygulama, nüfus çeşitliliği, hasta sonuçları, sağlığın teşviki ve bilişim, bilgisayar simülasyonu, hızlandırılmış programlar, kavram temelli müfredat, sanal topluluklar ve uzaktan eğitim hemşirelik eğitiminde yaygın olarak kullanılan kavramlar arasında yer almaktadır.^[70-72]

Hemşirelik programlarının birçoğunda müfredat 1949 yılında yayınlanan Tyler Müfredat Geliştirme Modeline göre düzenlenmiştir.^[4] Tyler, hedeflerin belli bir konu alanında ya da davranışta kullanılabilir gözlenebilir, ölçülebilir öğrenci davranışı olarak ifade edilmesi gerektiğini belirtmektedir.^[73] Tyler için program, “öğelerin seçilmesi ve seçilmiş bulunan bu öğelerin yatay ve dikey bir biçimde örgütlenmesi sonucu elde edilen bir bütünlüktür”. Bu bütünlüğü oluştururken Tyler süreklilik ilkesi, sıralama ilkesi ve bütünleştirme ilkelerini temel kabul etmiştir.^[74]

Tyler Modeline göre eğitim öğrencilerde davranış değişikliği oluşturma sürecidir. İlerlemecilik temel felsefesini belirler. Tümdengelim yönteminden faydalanır. Bu modelin merkezinde eğitim hedefleri vardır. Önce hangi hedeflere ulaşıldığına bakılır. Sonra ulaşılamayan hedeflere niçin ulaşılamadığını belirlemek için, hedef ve öğretim yaşantıları incelenir. *Hedeflerin değerlendirilmesinde, ulaşılamayan hedefler nelerdir? Bu hedefler programın hizmet ettiği gruba uygun mu? Mevcut kaynaklar hedeflere ulaşılması için yeterli mi?* sorularına yanıt aranır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak ulaşılamayan hedefler değiştirilir ya da programdan çıkartılır. Hedeflerde bir hata yoksa hedefin kazandırıldığı öğrenme yaşantısına bakılır.^[74-76]

Tyler değerlendirme sürecinde birey davranışlarının, öğretimin başında ve sonunda olmak üzere en az iki kez ölçülerek hedeflere ulaşma derecesini tayin etmek gerektiğini savunur. Ayrıca davranışların kalıcılığını kontrol etmek için programın bitiminden belli bir süre sonra da, davranışların izleme çalışması ile değerlendirilmesinin önemi üzerinde durmuştur. Bu tür değerlendirmede, bilişsel hedeflere ulaşma derecesini tayin etmek için hedef dayanlı başarı testleri, psikomotor davranışlar için gözlem formları ve duyuşsal hedefler için tutum ölçeklerinden yararlanılabilir.^[74-76]

McEven ve Brown'nun^[24] (2002) lisans, önlisans ve hemşirelik diploma programlarının müfredat çerçevesini belirlemeye yönelik olarak yapmış oldukları çalışma sonrasında ülke çapındaki tüm programların %55'inde hemşirelik sürecinin,

%37'sinde basitten karmaşığa organizasyonun, %36'sında biyopsikososyal modelin ve %33'ünde hemşirelik kuramlarının müfredatın kavramsal çerçevesi olarak kullanıldığını belirlemiştir. Berbiglia^[77] (2011) lisans programlarında Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramının kavramsal çerçeve olarak nasıl kullanıldığını detaylı olarak açıklamıştır. Secrest^[78] (2008) da Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına odaklanan müfredatlarında, revizyon sağlama amacına yönelik olarak araç geliştirme sürecini ve fakültenin rolünü tanımlamıştır. Beckman ve arkadaşları^[79] (2012) de fakültelerinde hemşirelik programının müfredat çerçevesini oluşturan Neuman'ın sistem modelini kullanarak ön lisans programından lisans programına dönüştürülme sürecini tartışmışlardır.

Hemşirelik literatürü incelendiğinde birçok makalede hemşirelik programlarının kavramsal çerçevesini oluşturmada hemşirelik kuramlarının kullandığı görülmektedir.^[24,77] Kavramsal çerçevenin bir parçası olarak yaygın olarak kullanılan ve en çok ele alınan hemşirelik kuramcıları Orem, Roy, Watson, Neuman, Banner, hemşirelik dışı kuramlar ise sistemler kuramı, Maslow ve Erickson'un kuramları ile adaptasyon teoridir. Bununla birlikte literatürde pek çok üniversitenin tek bir hemşirelik kuramı ya da modelini kullanmaktan kaçındığı, birçok kavram ve kuramı kombine eden eklektik yaklaşımı tercih ettiği bildirilmiştir. Genellikle, hemşirelik müfredat sisteminin oluşturulması için yaşam evreleri, vücut sistemleri ve hemşirelik süreci gibi iki ya da üç düzenleyici tema kullanılabilir.^[4]

Müfredat öğrencilere arzu ettikleri eğitimle ilgili sonuçlara ulaşabilmelerini sağlayan öğrenme deneyimlerini sunmak amacıyla tasarlanmaktadır. Müfredatın içeriği, hastaneler, klinikler, toplum gibi konuma; infant, çocuk, genç, yetişkin, yaşlı gibi gelişimsel süreçte ya da kas-iskelet, gastrointestinal, kardiyovasküler, üreme gibi fizyolojik sistemlere dayandırılarak yapılandırılabilir ya da düzenlenebilir. Müfredat çerçevesi geliştirilirken iki alan göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlardan ilki hangi kavramlar ele alınacaktır? İkincisi kavramların tanıtımı ve aralarındaki ilişkinin tasvirinde yapı, dizilim ya da sıralama nasıl olacaktır? Literatürde birçok hemşirelik lisans programının kavramsal çerçevesinin sağlık, insan, çevre ve hemşirelik kavramlarını çok az tanımladığı, bakım, özbakım, büyüme ve gelişme, hemşirelik süreci ve adaptasyon gibi diğer kavramların kavramsal çerçeveyi genişletmek ve netleştirmek amacıyla ilave edilmesi gerektiği bildirilmiştir.^[4,24] Bu doğrultuda müfredat programında ana kavramların her biri tanımlanmalı ve kavramlar arasındaki ilişki ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Ayrıca öğrenilecek kavramların kavramsal özellikleri ve düzenlenen içeriğin sıralaması da mantıksal olarak tutarlı olmalıdır.^[4]

Günümüzde hemşirelik müfredatında değişimler yaşanmakta giderek artan bir şekilde, topluma dayalı ve popülasyon odaklı bileşenler temel müfredata ilave edilmekte, bazı müfredatlar teknoloji ve patofizyolojiye odaklanırken bazı hemşirelik

müfredatları ise hümanistik ve holistik kavramlara odaklanmayı tercih etmektedir. Bununla birlikte günümüzde hemşirelik eğitiminde yeteneklere ve görevlere daha az odaklanan buna karşın içeriğin birleştirilmesi, problem çözme stratejileri ve kavrama dayalı müfredata daha fazla odaklanan bir hemşirelik eğitimi modeli tercih edilmektedir.^[71,78]

Hemşire eğitimcilerin hemşirelik programlarında öğretilen içerik, kavram, ilke ve kuramları düzenli olarak güncellemeleri son derece önemlidir. Günümüzde özellikle ruhsal bakım,^[80] kalite ve güvenlik,^[81,82] genetik/genomics,^[83,84] gerontoloji,^[85,86] ve yaşam sonu bakım/palyatif bakım^[15,87] alanlarında hemşirelik müfredatının güncellenmesine yönelik eğilimler artmıştır. Hemşirelik literatüründe tanımlanan bugün ve gelecekte ele alınması gereken sağlık bakım ihtiyaçları ve alanları:^[14,15]

- Yaşlanan nüfus
- Kanıt dayalı uygulama
- Kültürel çeşitlilik ve sağlık eşitsizlikleri
- Spiritüel bakım
- Teknoloji (bilişim, elektronik medikal kayıtlar, tele sağlık)
- Sağlık sorunlarının küreselleşmesi (hastalıkların yayılması tehdidi)
- Alternatif ya da tamamlayıcı terapiler
- Genetik ve genom
- Palyatif bakım/ yaşam sonu bakım
- Halk sağlığı
- Sağlık reformu
- Sağlık politikası ve yönetmelik sorunları
- Güvenlik/kalite
- Liderlik olarak bildirilmiştir.

Hemşire eğitimciler değişen öğrenci profilini, öğrencilerin kültürel geçmişlerini, uzak ve kırsal kesimden gelen öğrencilerin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmalı ve bu faktörlere bağlı olarak eğitim metotlarında değişiklikler ve modifikasyonlar yapmalıdır. Bununla birlikte, sağlam eğitim kuramları ve araştırmalara dayalı yeni öğrenme stratejileri geliştirilmelidir. Yirmibirinci yüzyılda hemşire eğitimciler geleneksel ders tekniklerini sağlam kuramsal ilkelere dayanan öğrenme teknikleriyle (diyalektik öğrenim, probleme dayalı öğrenme stratejileri, operasyonel öğretim stratejileri, lojistik öğretim stratejileri, internet ve interaktif video konferansları, sanal gerçeklik simülasyonu, vb.) birleştirme konusunda cesaretlendirilmelidir.^[4] Hemşire eğitimcilerin, kuramsal ilkelerin eğitimde nasıl kullanılacağını bilmesi, kendi programlarının kuramsal çerçevesini belirleyebilmesi, çerçevenin programı nasıl şekillendireceğinin farkında olması, öğrencilerin bilgi tabanlarını, klinik düşünme becerilerini ve problem çözme yeteneklerini geliştirebilecek strateji ve teknikler kullanmaları son derece önemlidir.

Sonuç

Hemşirelik bilim alanı, uygulamaları destekleyen kavram ve kuramları oluşturacak bilgileri araştırarak bu mesleği geliştirmeyi amaçlar. Araştırmaya dayalı, uygulamaya ile ilişkili kuramların geliştirilmesi ve bu kuramların kullanımı hemşirelik mesleğinin gelişimi ve otonom hemşirelik uygulamaları için temeldir. Kuramlar hemşirelerin olayların niçin gerçekleştiğini anlamalarına yardımcı olmasına karşın, literatürde hemşirelerin kuramları düşünmek için yeteri kadar zaman ayırmadıkları ve araştırma yapmadıkları bildirilmektedir. Kuram ve uygulama arasındaki boşluğu kapatmak önemli bir sorundur. Bu doğrultuda kuram ve araştırmanın, hemşirelik uygulamalarının temeli olduğu konusunda hemşirelerin farkındalıkları artırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Velioglu P. Hemşireliğin düşünsel temelleri. İstanbul: Alaş Ofset; 1994. s.27-44.
2. Pektekin Ç. Hemşirelik felsefesi. İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık Ltd. Şti.; 2013. s.1-30.
3. Sönmez V. Bilim felsefesi. Ankara: Am Yayıncılık; 2008. s.31, 39, 186.
4. McEwen M, Wills EM. Theoretical basis for nursing, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Wolters Kluwer; 2014. p. 412-29.
5. Billings DM, Kowalski K. Bridging the theory- practice gap with evidence-based practice. J Contin Educ Nurs. 2006; 37(6):248-9.
6. Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin N. Hemşirelikte araştırma. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. s.8, 41.
7. Kikuchi JF. Towards a philosophic theory of nursing. Nurs Philos 2004; 5(1):79-83. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00150.x>
8. Marrs JA, Lowry LW. Nursing theory and practice: Connecting the dots. Nurs Sci Q 2006; 19(1):44-50. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318405283547>
9. Hatlevik IK. The theory-practice relationship: reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. J Adv Nurs. 2012; 68(4):868-77. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05789.x>.
10. Wilson J. Bridging the theory practice gap. Aust Nurs J 2008; 16(4):25. PMID:19013964
11. Hartrick Doane G, Varcoe C. Toward compassionate action: Pragmatism and the inseparability of theory/practice. Adv Nurs Sci. 2005; 28(1):81-90.
12. Larsen K, Adamsen L, Bjerrgaard L, Madsen JK. There is no gap "per se" between theory and practice: research knowledge and clinical knowledge are developed in different contexts and follow their own logic". Nurs Outlook 2002; 50(5):204-12 <http://dx.doi.org/10.1067/mno.2002.127724>
13. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. Adv Nurs Sci 2012; 35(3):194-204. <http://dx.doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
14. Heller BR, Oros MT, Durney-Crowley J. The future of nursing education: ten trends to watch. Nurs Health Care Perspect. 2000; 21(1): 9-13.
15. Lewis DY. Incorporating national priorities into the curriculum. J Prof Nurs. 2012; 28(2):105-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.002>.
16. Hinshaw AS. Nursing knowledge for the 21st century: Opportunities and challenges. Image: J Nurs Scholarship. 2000;32(2):117-23. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2000.00117.x>
17. Velioglu P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar. Birinci baskı, İstanbul: Alaş Ofset; 1999. s.37-48.
18. Masters, K. Nursing theories: A framework for professional practice. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2015. p. 3-21.
19. Fawcett J. Conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship. J Adv Nurs 1992; 17(2):224-8.
20. Seviğ Ü. Araştırma süreci. İçinde: Erefe İ. editör. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. Birinci baskı. İstanbul: Baskı Odak Ofset; 2002. s.49-63.
21. Bayık A. Hemşirelik disiplini ve araştırma. İçinde: Erefe İ. editör. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. Birinci baskı, İstanbul: Baskı Odak Ofset; 2002. s.13-26.
22. Aksayan, S., Emiroğlu, O.N. Araştırma Tasarımı. İçinde: Erefe İ. editör. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. Birinci baskı, İstanbul: Baskı Odak Ofset; 2002. s.65-124.
23. Kaya H, Atar NY, Eskimez Z. Hemşirelik model ve kuramları. İçinde: Aştı TA, Karadağ A. editör. Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı: Birinci baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013.s.79-95.
24. McEwen M, Brown SC. Conceptual frameworks in undergraduate nursing curricula: Report of a national survey. J Nurs Educ. 2002; 41(1):5-14.
25. Erefe, İ. Araştırma tasarımı. İçinde: Erefe İ. editör. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. Birinci baskı. İstanbul: Baskı Odak Ofset; 2002. s.169.
26. Esposito EM, Fitzpatrick JJ. Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise. Int J Nurs Pract 2011;17(4):351-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01951.x>.
27. Othman AK, Kiviniemi MT, Wu YW, Lally RM. Influence of demographic factors, knowledge and beliefs on Jordanian women's intention to undergo mammography screening. J Nurs Scholarship 2012; 44(1): 19-26. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01435.x>
28. Rogers CE, Keller C, Larkey LK, Ainsworth BE. A randomized controlled trial to determine the efficacy of Sign Chi Do exercise on adaptation to aging. Res Gerontol Nurs 2012; 5(2):101-13. <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20110706-01>
29. Dobratz MC. Toward development of a middle-range theory of psychological adaptation in death and dying. Nurs Sci Q 2011; 24(4):370-6. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318411419212>
30. İnan FŞ, Üstün B, Bademli K. Türkiye'de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 16(2):132-9.
31. Tuzcu A, Bahar Z. Göçmen kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlık Geliştirme Modeli kullanımının meme kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2012;28(2):91-103.
32. Bahar Z, Açıl D. Sağlık Geliştirme Modeli kavramsal yapı. DEUHYO ED 2014;7(1): 59-67.
33. Tuzcu A, Bahar Z. Barriers and facilitators to breast cancer screening among migrant women within Turkey. Transcult Nurs 2015; 26(1):47-56. <http://dx.doi.org/10.1177/1043659614526245>
34. Tuzcu A, Bahar Z, Gözüm S. Effects of interventions based on Health Behavior Models on breast cancer screening behaviors of migrant women in Turkey. Cancer Nurs 2016; 39(2):E40-E50. <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000268>
35. Top FÜ. Ergenlerde Sağlık Geliştirme Modeli ve Bilgi İşlem Kuramına temellendirilen hemşirelik girişiminin ağız diş sağlığı üzerine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, 2011.
36. Güneri SE. İnfertil kadınların umut/umutsuzluk durumlarının Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramına göre incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 2011.
37. İz FB. Kohlberg'in Bilişsel Ahlak Kuramına göre hemşire öğrencilerin ahlaki yargı yeteneklerinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 2009.
38. Bozkurt S. Çalışan ergenlerin öfke yönetiminde Roy Adaptasyon Kuramı temelli hemşirelik yaklaşımının etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir, 2010.
39. Ersin F, Bahar Z. Inhibiting and facilitating factors concerning breast cancer early diagnosis behavior in Turkish women: a qualitative study according to the Health Belief and Health Development Models. Asian Pac J Cancer Prev 2011; 12(7):1849-54.
40. Ersin F, Bahar Z. Effect of Health Belief Model and Health Promotion Model on breast cancer early diagnosis behavior: a systematic review. Asian Pac J Cancer Prev 2011; 12(10):2555-62.

41. Ersin F, Bahar Z. Barriers and facilitating factors perceived in Turkish Women's behaviors towards early cervical cancer detection: a qualitative approach. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(9):4977-82. <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.9.4977>
42. Ersin F, Bahar Z. Odak grup görüşmeleri ve Kültürel Bakım Farklılık-Evrensellik Teorisii ilişkisi. *DEUHYO ED*. 2013; 6(3):172-5.
43. Kissal A, Beşer A. Knowledge, facilitators and perceived barriers for early detection of breast cancer among elderly Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011; 12(4):975-84.
44. Kissal A, Beşer A. Yaşlı kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışları artırılabilir mi? Sağlık çalışanlarının sorumlulukları. *DEUHYO ED* 2012; 5(3):116-28.
45. Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlık Geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *DEUHYO ED* 2011; 4(1):34-40.
46. Başkale H, Bahar Z. Outcomes of nutrition knowledge and healthy food choices in 5- to 6-year-old children who received a nutrition intervention based on Piaget's theory. *J Spec in Pediatr Nurs* 2011; 16:263-79. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6155.2011.00300.x>
47. Başkale H, Bahar Z, Başer G, An M. Use of Piaget's Theory in preschool nutrition education. *Rev. Nutr* 2009; 22(6):905-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732009000600012>.
48. Başkale H, Bahar Z. Piaget'nin Bilişsel Gelişim Kuramıyla ilgili bir gözden geçirme. *DEUHYO ED* 2008; 1(2):133-47.
49. Cengiz B, Bahar Z. Perceived barriers and home care needs when adapting to a fecal ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2017; 44(1):63-8. <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000271>
50. Kocaman G. Hemşirelik araştırmalarının değerlendirilmesi ve kullanımı. İçinde: Erefe İ. editör. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. Birinci baskı. İstanbul: Baskı Odak Ofset; 2002. s.271-88.
51. Brennan PF, Anthony MK. Measuring nursing practice models using multi-attribute utility theory. *Res Nurs Health* 2000; 23(5):372-82.
52. Kıvanç MM, Keskin G. Bakımın yönetimi. İçinde: Aştı TA, Karadağ A. editör. Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı: Birinci baskı, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013. s.227-35.
53. Blass TC, Reed TL. Consider case management. *Nurs Manage* 2003; 34(10):81-3.
54. Stanton MP, Swanson M, Sherrod RA, Packa DR. Case management evolution: from basic to advanced practice role. *Lippincotts Case Manag* 2005; 10(6):274-86.
55. Myers S. Patient-focused care: What managers should know. *Nurs Econ*. 1998; 16(4):180-8.
56. Türkmen EE. Hemşirelik hizmetleri yönetimi: Hemşirelik bakım sunum sistemleri. İçinde: Baykal ÜT, Türkmen EE. editör. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2014. s.439-61.
57. Mang AL. Implementation strategies of patient-focused care. *Hosp Health Serv Adm* 1995; 40(3):426-35.
58. Zarubi KL, Reiley P, McCarter B. Putting patients and families at the center of care. *J Nurs Admin* 2008; 38(6):275-81. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NNA.0000312789.95717.81>.
59. Clouten K, Ruth W. Patient-focused care . . . playing to win. *Nurs Manage* 1994; 25(2):34-6.
60. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res* 2000; 49(3):146-53.
61. Flynn L. Extending work environment research into home health settings. *Western J Nurs Res*. 2007;29(7):200-12. <http://dx.doi.org/10.1177/0193945906292554>
62. Kangas S, Kee CC, McKee-Waddle R. Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *J Nurs Admin*. 1999; 29(1):32-42.
63. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16):1987-93.
64. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care*. 2002; 14(1):5-13.
65. Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH, Smith DG. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nurs Res*. 2003; 52(2):71-9.
66. Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care associated infection. *Am J Infect Control* 2012; 40(6):486-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.029>
67. Pappas SH. The cost of nurse-sensitive adverse events. *J Nurs Admin* 2008; 38(5):230-6. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NNA.0000312770.19481.ce>.
68. Ocakçı AF. Hemşirelik Kavram kuram modelleri. İçinde: Ocakçı AF, Alpar ŞE. editör. Hemşirelikte kavram, kuram ve model örnekleri. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013. s.1-13.
69. Speziale HJ, Jacobson L. Trends in registered nurse education programs 1998-2008. *Nurs Educ Perspect* 2005; 26(4):230-5.
70. Giddens JF, Wright M, Gray I. Selecting concepts for a concept-based curriculum: application of a Bench mark approach. *J Nurs Educ*. 2012; 51(9):511-5. <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20120730-02>.
71. Hardin PK, Richardson SJ. Teaching the concept curricula: theory and method. *J Nurs Educ*. 2012; 51(3):155-9. <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20120127-01>.
72. Carlson-Sabelli LL, Giddens JF, Fogg L, Fiedler RA. Challenges and benefits of using a virtual community to explore nursing concepts among baccalaureate nursing students. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2011; 8(1):1-14. <http://dx.doi.org/10.2202/1548-923X.2136>
73. Senemoğlu N. Gelişim öğrenme ve öğretim. Ankara: Pegem Akademi; 2012. s.392.
74. Bilen M. Plandan uygulamaya öğretim. Ankara: Aydan Web Ofset; 1996.s.1-10.
75. Erden M. Eğitimde program değerlendirme. Ankara: Pegem Yayınları; 1993.s.1-30
76. Ertürk S. Eğitimde program geliştirme. Ankara: Meteksan Anonim Şirketi; 1994.s.24-73.
77. Berbiglia VA. The self-care deficit nursing theory as a curriculum conceptual framework in baccalaureate education. *Nurs Sci Q* 2011; 24(2):137-45. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318411399452>
78. Secret J. The role of tool development in Orem-based curriculum. *Self-Care Depend Care Nurs* 2008; 16(2):25-33.
79. Beckman SJ, Boxley-Harges SL, Kaskel BL. Experience informs: Spanning three decades with the Neuman systems model. *Nurs Sci Q* 2012; 25(4):341-6. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318412457053>
80. Burkhart L, Schmidt W. Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education. *J Prof Nurs* 2012; 28(5):315-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.03.003>.
81. Bednash GP, Cronenwett L, Dolansky MA. QSEN: transforming education. *J Prof Nurs* 2013; 29(2):66-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.03.001>.
82. Chenot TM, Daniel LG. Frameworks for patient safety in the nursing curriculum. *J Nurs Educ* 2010; 49(10):559-68. <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20100730-02>.
83. Daack-Hirsch S, Dieter C, Quinn-Griffin MT. Integrating genomics into undergraduate nursing education. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43(3):223-30. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01400.x>
84. Williams JK, Prows CA, Conley YP, Eggert J, Kirk M, & Nichols F. Strategies to prepare faculty to integrate genomics into nursing education programs. *J Nurs Scholarship*. 2011; 43(3):231-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01401.x>
85. Azzaline JB. Creative strategies for a stand-alone gerontology course for the nursing curriculum. *Nurs Educ Perspect*. 2012; 33(3):199-200.
86. Skiba DJ. Technology and gerontology: Is this in your nursing curriculum? *Nurs Educ Perspect* 2012; 33(3):207-9.
87. Stapleton V. End of life care skills are essential for all students. *Nurs Stand* 2009; 24(1):32-3.