

Patricia Benner: Hemşirelik Uygulamalarında Klinik Bilgelik ve Beceri Edinimi

Zeliha Koç¹, Tuğba Çınarlı², Asuman Şener², Selin Keskin Kızıltepe³

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun, Türkiye
²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Samsun, Türkiye
³Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Düzce, Türkiye

Zeliha Koç, Doç. Dr.
 Tuğba Çınarlı, Öğr. Gör.
 Asuman Şener, Öğr. Gör.
 Selin Keskin Kızıltepe, Öğr. Gör.

İletişim:

Doç. Dr. Zeliha Koç
 Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Hemşirelik,
 Samsun, Türkiye
 Tel: +90 362 312 19 19
 E-posta: zelihaceren@hotmail.com

Gönderilme Tarihi : 08 Mart 2016
 Revizyon Tarihi : 09 Mayıs 2016
 Kabul Tarihi : 01 Temmuz 2016

ÖZET

Benner'in düşünceleri Virginia Henderson'dan, çalışmaları da California Üniversitesi'nde profesör olan Hubert Dreyfus'un çalışmalarından önemli derecede etkilenmiştir. Benner, aynı zamanda, stres ve başa çıkma alanında bir mentor olan Richard Lazarus ile birlikte, yıllarca bakım uygulamaları alanında işbirliği yapmış olduğu Jane Wrubel ve Jane Rubins gibi birçok felsefecinin de etkisi altında kalmıştır. Hubert Dreyfus, Dreyfus beceri edinimi modelini geliştirmiştir. Benner, daha sonra bu modeli klinik hemşirelik uygulamalarına adapte etmiştir. Benner'in hemşirelik uzmanlığı ile ilgili teorisi, Dreyfus ve Dreyfus tarafından geliştirilen beceri edinimi teorisi ile yakından ilgilidir. Benner acemilikten uzmanlığa giden yolun; acemilik, ileri düzeyde yeni başlayanlar, yetkili, yetkin ve uzmanlık olmak üzere beş aşamadan oluştuğunu ileri sürmektedir.

Anahtar sözcükler: beceri edinimi, hemşirelik, klinik bilgelik

PATRICIA BENNER: CLINICAL WISDOM AND SKILL ACQUISITION IN NURSING PRACTICES

ABSTRACT

Benner's thoughts were influenced by Virginia Henderson while her studies were influenced by the studies of Hubert Dreyfus, a professor at California University. At the same time, Benner was also influenced by Richard Lazarus, a mentor in the fields of stress and coping, and various philosophers such as Jane Wrubel and Jane Rubins, with whom she had cooperated in the field of care practices for many years. Hubert Dreyfus developed the Dreyfus skill acquisition model. Later, she adapted this model to clinical nursing practices. Benner's theory about nursing expertise is closely associated with the skill acquisition theory developed by Dreyfus and Dreyfus. Benner argues that the path from novice to expert consists of five stages: novice, advanced beginners, competent, proficient and expert.

Keywords: skills acquisition, nursing, clinical wisdom

G ünümüzde, hastaların hospitalizasyon süresinin azalması, sağlık hizmetleri teknolojisinin gelişmesi ve uzmanlaşmanın yaygınlaşması, yüksek beceri düzeyine sahip olan hemşirelere olan ihtiyacı arttırmıştır. Bununla birlikte hemşirelik uygulamalarının karmaşıklaşması ve hemşirelere düşen sorumlulukların artması da, uzun süreli ve devam eden kariyer gelişimini zorunlu kılmıştır. İyi bir hemşirelik uygulaması, hemşirenin bilimsel kanıt ve teknolojik gelişmeler ile yapılandığı,

iyi klinik karar verme sürecini gerektirmektedir (1). İyi klinik karar verme ve klinik bilgelik ise, belirli vakalar yoluyla deneyimsel öğrenmeye bağlı olarak gelişmektedir (2). Bu doğrultuda, deneyimli hemşire ile acemi hemşire arasındaki farklılıkların bilinmesi son derece önemlidir (1).

Dreyfus'un Beceri Edinme Modeli, bu durumun anlaşılabilmesine olanak sağlayan oldukça kullanışlı bir modeldir (1). Dreyfus'un beceri edinimi modeli, bir özellik ya da yetenek modeli olmak yerine, belirli durumlarda ortaya konulan gerçek performans ve sonuçlar üzerine odaklanmaktadır (2). Gardner'ın (2012) ifade ettiği gibi, Dreyfus ve Dreyfus'un (1986) acemilikten uzmanlığa modelinin kökenleri, Hubert Dreyfus'un ilk kez 1972 yılında yayımladığı "Bilgisayarlar neler yapamaz? (*What computers can't do?*)" adlı kitabında yer almaktadır. Hubert Dreyfus'a göre "Bilgisayarlar asla insanlar gibi düşünemez. Çünkü bilgisayarlar birer insan değildir ve asla olamazlar". Dreyfus "Bilgisayarlar neler yapamaz?" isimli kitabından sonra yayımladığı "Makine üstündeki zeka (*Mind over machine*)" adlı kitabında da "bilgisayarların analitik motorlar" olduğundan söz etmiştir (3).

Gardner'ın (2012) belirttiği üzere, Dreyfus ve Dreyfus (1986) "bilgisayarların, çok miktarda bilginin hızlı bir şekilde analizine dayalı mantıklı kararlar doğrultusunda programlanabilir olduklarını, buna karşın sezgisel olma ve sağduyu gösterme konusunda programlanamayacaklarını" savunmuştur. Dreyfus'a göre "Bilgisayarlar, kuralları uygulayabilmekte, hızlı ve doğru mantıksal çıkarımlar yapabilmektedir. Kurallar ve çıkarımlar günlük insan ilişkilerinde önemli bir yere sahip olduğu sürece, bilgisayarlar da mantıksal düşüncenin iyileştirilmesinde ve uygulanmasında önemli bir yere sahip olacaktır". Dreyfus, eğitim için etkili yaklaşımın teorik derslerden daha ziyade çıraklık modeli olduğu konusunda ısrar etmiştir. Hem Dreyfus hem de Benner, hemşirelik uygulamalarını "öğrenilebilir, ancak öğretilmez" olarak açıklamışlardır (3).

Dreyfus'un beceri edinimi modeli, uygulayıcının, belirli bilgi ve deneyim geçmişine bağlı olarak farklı uygulama alanlarında farklı deneyim düzeylerinde olmasına izin verir. Örneğin, yetişkin bakımında uzman düzeyinde nitelikli bir uygulayıcı, küçük çocuk ya da prematüre bebeklerin bakımında aynı beceri düzeyini gösteremeyebilir (2). Hargreaves ve Lane'in (2001) bildirdiği üzere Benner, mesleki deneyimleri yönünden farklı düzeylerde olan hemşireler arasındaki uygulama farklılıklarını belirlemeye çalışmış; hemşirelerin deneyimini Dreyfus ve Dreyfus (1980) tarafından benimsenen beceri edinimi modeli ile eşleştirmeyi başarmıştır (4). Benner, Dreyfus modelinin hemşireliğe

uygulanabilirliğini değerlendirmek ve farklı beceri edinme aşamasında bulunan hemşirelerin performans özelliklerini açıklamak için, altı farklı hastanede 51 deneyimli klinisyen hemşire, 11 yeni mezun hemşire ve beş hemşirelik son sınıf öğrencisi ile bir araştırma gerçekleştirmiş; veri toplama yöntemi olarak, küçük grup anlatı görüşmeleri, bireysel görüşmeler ve katılımcı gözlemleri kullanmıştır. Araştırma sonunda Benner, klinik hemşirelik uygulamalarında Dreyfus Beceri Edinme Modeli'nin kullanımını doğrulayan birçok bulguya rastlandığını bildirmiştir (1).

Masters'ın (2015) bildirdiği üzere, Brykczynski'ye (2010) göre, Dreyfus'un çalışmalarından önemli derecede etkilenen Benner'ın çalışmaları, algısal zeka, nitelikli özel bilgi, ahlaki davranış, devam eden deneyimsel öğrenmenin anlaşılması ve klinik yargı üzerine odaklanmıştır. Benner'ın modeline göre, klinik hemşirelik, uzmanlığı şekillendirmektedir. Benner'ın felsefesi ile ilgili olan ve üzerinde durduğu bir diğer nokta ise ahlaki davranışın anlaşılmasıdır (5). Masters'ın (2015) belirttiği üzere Day ve Benner'a göre (2002), "iyi ahlak, bir mesleğe aidiyet duygusunu içeren, hastayla kurulan bireysel ilişkilerin bir ürünüdür". Bununla birlikte, mesleki ahlak, klinik ve ahlaki yargıların ayrımının yapılamadığı durumlarda, hastanın iyileşmesini destekleyen uygulamaların ve bireyin klinik duruma verdiği cevabın içinde yer almaktadır (5).

Benner'in hemşirelikte klinik bilgelik felsefesine genel bakış

Model bireyleri tanımlamada ve yaşam durumlarına anlam vermede fenomenolojik yaklaşımı kullanır. Haycock'un (2008) ifade ettiği üzere Alexander ve Keller'a (1994) göre Benner, uygulamayı köken alan ve zamanla gelişen hemşirelik bilgisini tanımlama girişiminde bulunmuştur. Klinik durumlar, genellikle teorik açıklamalarla karşılaştırıldığında daha çeşitli ve komplike olduğu için, klinik uygulama bilginin gelişimi için önemli bir fırsattır. Bu nedenle Benner (1984), klinik bilgiyi yükseltmeyi gerektiren klinik karar verme gibi kompleks becerilerin yalnızca teori ile elde edilemeyeceğine inanır. Bununla birlikte, beceri edinimi yoluyla performansın dört yönünün ortaya çıktığı kabul edilir. Bunlar:

- Soyut ilkelere dayanan inançtan somut deneyimlere doğru hareket etme,
- Analitik düşünceden sezgiye geçme,
- İlişkili parçaların bir araya getirilmesine yönelik algıdan, ilişkili parçalar ile ilgili bütüne değişim ve
- Bağımsız izleyicilikten tamamıyla bağımlı katılımcılığa geçiş (6).

Benner'ın hemşirelik uygulamalarıyla ilgili çalışma alanları ve yetkinlikleri, tümevarımsal olarak klinik durum görüşmelerinden ve uygulamalar sırasında hemşirelerin gözlemlenmesinden elde edilmiştir. Alber ve arkadaşlarının (2009) bildirdiği üzere, Benner ve arkadaşlarına (1997) göre, uzman uygulamayı tanımlamak ve uzman hemşirelerin problemleri nasıl değerlendirdiğini ve bilinçli olarak üzerinde düşünmenin dışında sezgisel olarak nasıl hareket ettiklerini göstermek açısından, hemşirelerin anlattıkları önemlidir (7).

Hemşirelerle yapılan bu görüşme ve gözlemlerden, 31 yetkinlik ve yedi çalışma alanı tanımlanmış ve açıklanmıştır. Bu alanlar:

1. Yardım etme rolü
2. Öğretme-rehberlik etme işlevi
3. Tanı koyma ve hastayı izleme işlevi
4. Hızlı değişen durumların etkili bir şekilde yönetilmesi
5. Tedavi ile ilgili uygulamaların, rejimlerin yönetimi ve izlenmesi
6. Sağlık hizmeti uygulamalarının kalitesinin sağlanması ve izlenmesi
7. Organizasyona ve çalışma rolüne yönelik yetkinliklerdir (5).

Yardım etme rolüne yönelik sekiz yetkinlik;

- İyileşmeye uygun bir ortam yaratma ve iyileşmeye odaklanmayı sağlama,
- Rahatlatmaya yönelik önlemler alma, bütünlüğün bozulduğu ve acı yaşanan durumlarda kişiliği koruma,
- Hastanın yanında olma,
- Hastanın, kendi tedavisine katılımını ve tedavisi üzerindeki kontrolünü en üst düzeye çıkartma,
- Acı türlerini yorumlama, acı yönetimi ve kontrolüne yönelik uygun stratejiler seçme,
- Dokunma/temas yoluyla konfor ve iletişimi sağlama,
- Hastaların ailelerine duygusal destek ve bilgi desteği sağlama ve
- Hastaya, duygusal ve gelişimsel değişiklikler sırasında rehberlik etmeyi içerir (5).

Öğretme-rehberlik etme alanındaki beş yetkinlik;

- Bir hastanın öğrenmeye hazır olup olmadığının fark edilmesi (zamanlama),
- Hastalara, hastalığın sonuçlarını ve tedavi sürecini yaşam tarzlarına entegre etmeleri konusunda yardımcı olunması,
- Hastanın kendisinin, hastalığını nasıl yorumladığının öğrenilmesi ve anlaşılması,

- Hastanın durumuna ilişkin bir yorum sunulması ve prosedürlere yönelik mantıklı bir açıklama sağlanması ve
- Bir hastalığın kültürel yönlerinin yaklaşılabılır ve anlaşılabilir hale getirilmesini içermektedir (5).

Tanı koyma ve hastayı izleme alanındaki beş yetkinlik;

- Bir hastanın durumundaki önemli değişikliklerin belirlenmesi ve belgelenmesi,
- Tanılayıcı belirtilerden önce bozukluk ve kötüleşme olacağı tahmin edilmesi,
- Sorunların önceden tahmin edilmesi,
- Hastanın hastalığına ilişkin özel taleplerinin ve deneyimlerinin anlaşılması ve
- Hastanın sağlıklı olma ve çeşitli tedavi stratejilerine yanıt verme potansiyelinin değerlendirilmesini içermektedir (5).

Hızlı değişen durumların etkili bir şekilde yönetilmesi alanındaki üç yetkinlik;

- Hayati risk içeren çok acil durumlarda nitelikli bir performans gösterilmesi,
- Acil durumlarda taleplerin ve kaynakların hızlı bir şekilde eşleştirilmesi ve
- Hekim yardıma gelene kadar hastanın krizinin tespit edilmesi ve yönetilmesini içermektedir (5).

Tedavi ile ilgili uygulamaların ve rejimlerin yönetimi ve izlenmesi alanındaki dört yetkinlik;

- Minimal risk ve komplikasyon ile intravenöz tedavinin başlatılması ve devam ettirilmesi,
- İstenmeyen etkilerin, tepkilerin, tedaviye verilen yanıtların, toksisitenin ve uyumsuzlukların izlenmesi, ilaç tedavisinin doğru ve güvenli bir şekilde sağlanması,
- Cilt bozukluğunun önlenmesi ve cilt bozukluğuna müdahale edilmesi, hareketlilik ve rehabilitasyonun en üst düzeye çıkarılması için hastaların yürütülmesi ve hastalara egzersiz yaptırılması, hareketsizlik riskine karşı mücadele edilmesi ve solunum komplikasyonlarının önlenmesi ve
- İyileşmeyi, konforu ve uygun drenajı destekleyen yara yönetimi stratejisinin oluşturulmasını içerir (5).

Sağlık hizmeti uygulamalarının kalitesinin sağlanması ve izlenmesi alanındaki üç yetkinlik;

- Güvenli tıbbi bakım ve hemşirelik bakımının temin edilmesine yönelik bir yardım/destek sisteminin sağlanması,

- Tıbbi malzeme istemlerinden neyin güvenle çıkartılabileceğinin veya bu istemlere neyin güvenle eklenebileceğinin değerlendirilmesi ve
- Hekimlerden uygun ve zamanında yanıtların alınmasını içermektedir (5).

Organizasyon ve çalışma rolüne yönelik üç yetkinlik;

- Birden fazla hastanın ihtiyaçlarının ve taleplerinin koordine edilmesi, sıralanması ve karşılanması, diğer bir deyişle önceliklerin belirlenmesi,
- En iyi tedaviyi sağlamak için bir tedavi ekibinin kurulması ve devam ettirilmesi ve
- Personel eksikliğiyle ve iş hacmiyle başa çıkılmasını içermektedir (5).

Masters'ın (2015) ifade ettiği üzere, Benner ve arkadaşları (1999), benzer tümevarımsal teknikler kullanarak yapmış oldukları çalışmanın bir uzantısı olarak, yoğun bakım hemşireliği ile ilgili olarak da dokuz çalışma alanı belirlemişlerdir (5). Benner ve arkadaşları tarafından tanımlanan yoğun bakım hemşireliği uygulamasının bu dokuz alanı:

- Stabil olmayan hastalarda yaşamsal fizyolojik fonksiyonların tanımlanması ve yönetilmesi
- Bir krizin nasıl yönetileceğini bilmesi ve kriz yönetme becerisini kullanması
- Durumu kritik olan hastalar için rahatlatıcı önlemlerin alınması
- Hastaların aileleriyle ilgilenilmesi
- Teknolojik bir ortamda oluşabilecek zararların önlenmesi
- Ölümle yüzleşmesi: yaşam sonu hastanın bakımı ve karar verme süreci
- Birden fazla bakış açısının paylaşılması ve görüşülmesi
- Kalitenin izlenmesi ve sağlık durumuyla ilgili bozukluğun yönetilmesi
- Klinik liderliğin, diğerlerine rehberliğin ve danışmanlığın nasıl yapılacağını bilmesi ve bu becerisini kullanması (5).

Yoğun bakım hemşireliği uygulamasının bu dokuz alanı, klinik yargı ve nitelikli davranışın belirlenmesinde ve verilerin yorumlamasında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.

Klinik yargı ve nitelikli davranışın bu altı yönü:

- Geçiş sırasında yargılama: Devam eden klinik durumdaki uygulama nedenlerini yargılama, muhakeme etme
- Nasıl yapılacağını bilme: Şekillendirilmiş akıllı performans olarak da bilinir. Ne yapacağını, ne zaman yapacağını ve nasıl yapacağını bilme

- Yanıt temelli uygulama: Hastaların ihtiyaç ve beklentilerini karşılayan uygulamaları adapte etme
- Temsilci: Kişinin bir duruma göre hareket etme ya da durumu etkisi altına alma hissi ve becerisi
- Algısal zekâ ve duruma dâhil olma becerisi: Dikkat çekici problemlerde sorunla ve kişilerle yakından ilgilenerek bir duruma duyarlı olma ve odaklanma
- Klinik ve etik kararları bağdaştırma: Klinik uygulamaların, hastalar ve aileleri için iyi olacak sonuçlara yönelik etik kavramlardan ayrılmaz olduğu yönündeki anlayışı içermektedir (5).

Alber ve arkadaşlarının (2009) belirttiği üzere Benner ve arkadaşlarına göre hemşireler farklı beceri düzeyine sahiptirler. Benner, acemi hemşiredeki teknik ve kural kaynaklı bakış açısından, uzman hemşiredeki sezgisel karar vermeyi destekleyen yoğun klinik bilgiye doğru, hemşirelik amaçlarının ve süreçlerinin uygulama deneyimi ile değişebileceğini bildirmiştir (7). Benner, hemşirelik yetkinliklerinin ve çalışma alanlarının belirlenmesinin yanı sıra, Dreyfus beceri edinimi modeline dayalı olarak, hemşireliğe uygulanabilecek olan beceri edinimine ilişkin beş aşama belirlemiştir. Bunlar:

- Acemi,
- İleri düzey yeni başlayan,
- Yetkili,
- Yetkin (Usta) ve
- Uzmanlıktır (5).

Beceri ediniminin acemi aşamasında, birey karşılaştığı ve yerine getirmesi beklenen durumlara yönelik hiçbir deneyime sahip değildir (1). Acemilik ağırlıklı olarak görev odaklıdır. Acemi bireyler güvenli bir uygulama göstermekten yoksundur. Sürekli olarak sözlü ve fiziksel ipuçlarına gereksinim duyarlar. (8). Karşılaştıkları yeni durumlara giriş yapabilmelerini sağlamak için objektif nitelikler bakımından bu durumun onlara öğretilmesi gerekmektedir. Acemi bireylere öğretilecek bu nitelikler, etki alanına özgü gerçekler ve eylemler yani göreve ilişkin özelliklerdir. Öğretim yoluyla genel durumlarla ilgili olayların kurallarına ve kuram tabanlı bilgiye sahip olurlar (1). Acemiler uygulamalarında durumların küçük ayrıntılarını göz ardı etmeleri nedeniyle, esnek olmayan ve sınırlı bir performansla sahiptirler. Dikkatlerini yönlendirmede hata eğilimli sezgilere güvenirlir. Bilinçli farkındalık olmadan, önsezerleri ile alternatifler arasından hızlı bir seçim yaparlar. Hemşirelerin dikkatlerini toplamak için kullandıkları bilgiler sadece teorik bilgi değildir. Aynı zamanda hastalarla doğrudan etkileşim yoluyla edindikleri klinik/pratik bilgileri de içermektedir (9).

Bu aşamanın ayırt edici en önemli özelliği, kişinin performansının kontrol edilebilmesi için kurallara gereksinim duyulmasıdır. Bu doğrultuda, acemi uygulayıcılara farklı nitelikler bakımından gösterecekleri eylemler konusunda kılavuzluk edecek kurallar öğretilir. Genellikle kişi, durumla ilgili olan ve olmayan özellikleri ayırt etmekte zorlanır. Acemi birey, öğrenilen beceri alanındaki herhangi bir tecrübeden faydalanmadan, yönergeler aracılığıyla, durumun fark edilebilir özelliklerine dayanarak sonuç çıkarmak veya yapılacak eylemleri belirlemek için kullanacağı kuralları öğrenir. Bu aşama hemşirelik öğrencilerinin seviyesi olarak kabul edilmesine karşın, aşına olmadıkları, daha önce çalışmadıkları bir alanda görevlendirilen tecrübeli hemşireler için de bu özellikler geçerli olabilir (5).

Haycock'un (2008) ifade ettiği üzere, Benner ve arkadaşlarına (1996) göre, acemi hemşireler klinik ortamı, bakımın sınırlarını keşfetmek için bir fırsat, uygulamanın nasıl ilerlediğini tanımlamak için bir yer, kişisel bilgi ve yetenek için bir meydan okuma ve belirli eylemleri gerektiren bir görev dizisi olarak görmektedirler. Ayrıca Benner ve arkadaşları, acemi hemşirelerin soru sormak ve uzman bireylerden yararlanmak amacıyla klinik ortamda rahat olmaları gerektiğini, hatalarını saklamaları gerektiğini hissettiklerinde, bilgilerindeki boşluğu örtmeye çalıştıklarında ve eksikliklerini gizlediklerinde, öğrenme fırsatlarının ciddi anlamda azaldığını ve hasta güvenliğinin tehlikeye atıldığını bildirmişlerdir (6). Acemi bir bireyin erişebileceği ortak nitelikler; ağırlık ölçümü, aldığı-çıkardığı izlemi, sıcaklık, kan basıncı, nabız ve hastanın durumunun nesnel olarak tanımlanması ve ölçülmesi ile ilgili parametreleri içermektedir (1). Acemiler, etki alanında geniş kapsamlı somut bir deneyim edindikten sonra "ileri düzeyde yeni başlayanlar" aşamasına geçer (9).

Yeni mezun hemşirelerin ileri düzey yeni başlayan aşamasında olmaları beklenmektedir. Beceri ediniminin ileri düzey yeni başlayan aşamasında olan hemşireler, gerçek durumlara yönelik olarak önceden deneyime sahip olmaları nedeniyle, uygulama ortamında giriş seviyesinde, kabul edilebilir performans gösteren mezunlardır. Zaman zaman destekleyici ipuçları gerektiren uygulama alanlarında etkili ve beceriklidirler. Bilgileri sürekli gelişim göstermektedir (8). Haycock'un (2008) bildirdiği üzere, Dreyfus ve Dreyfus'a (1996) göre, ileri düzey yeni başlayan aşamasında performans gösterme, gerçek yaşam durumlarıyla başa çıkmada önemli deneyim kazandıktan sonra gerçekleşir. İleri düzey yeni başlayan aşamasında olan hemşire, sofistike uygulama kurallarını kullanması için teşvik edilmelidir. Bu aşamada hemşire, sezgisel olarak spesifik uygulama bileşenlerinin farkına varacak ve durumsal farkındalık

belirgin hale gelecektir. Dreyfus ve Dreyfus'a (1996) göre, acemiler ve ileri düzey yeni başlayanlar klinik ortamda yaşadıkları olumsuz durumları bireysel bilgi ve yetenek eksikliği yerine kuralların yetersiz olmasına bağladıkları için, yaşadıkları olaylarla ilgili olarak kendilerini çok az sorumlu hissederler (6).

İleri düzey yeni başlayan aşamasında olan hemşireler, kurallar rehberliğinde hareket etmeye devam ederler. Görevlerin tamamlanmasına yönelirler. Hastaların bakımını sağlamak için daha tecrübeli hemşirelerin yardımına gereksinim duyarlar. Bu aşamada bulunan bir hemşire, klinik durumlara hastaların ihtiyaçları açısından değil, hemşirenin becerileri ve durumun hemşireye yönelttiği beklentiler açısından bakar (5). İleri düzey yeni başlayanlar dikkatlerini arkadaşlarının uygulamalarına verirler. Güvenilir kaynaklardan iyi ve yararlı bilgileri araştırırlar. Anksiyete ve aşırı yorgunluk yeni başlayan hemşireler için sık karşılaşılan bir deneyim olmakla birlikte, görevlerini yerine getirirken ve öğrenirken anksiyete yaşarlar (2). İleri düzey yeni başlayan hemşireler, önceliklerin belirlenmesi konusunda klinik ortamda desteğe ihtiyaç duyarlar. İleri düzeyde yeni başlayan hemşireler, neyin önemli olup olmadığına henüz karar veremedikleri için, önemli hasta gereksinimlerini karşılarken yeterlilik seviyesine sahip hemşireler tarafından desteklenmeleri gerekmektedir (1). Bu aşamada olan bireyler, "durumsal özellikleri" anlamlandırmaya ve önceden edindikleri deneyim izin verdiğinde de durumun genel özelliklerini kullanmaya başlarlar (9). Daha sonraki süreçte, sürekli uygulama ile gereken performansı gösteren bir hemşire yetkinlik aşamasına geçer (1).

Bir hemşire kendi eylemlerini uzun vadeli hedefler ve planlar olarak görmeye başladığında beceri ediniminin yetkililik aşamasına geçer (1). Beceri ediniminin bu evresi, iki ya da üç yıl süreyle aynı veya benzer durumda görev yapan hemşireler tarafından gösterilir. Yetkili hemşire, hem soyut hem de analitik düşünme yetisine ve planlı düşünme biçimine sahiptir. Hemşire, koordineli ve kendinden emin bir şekilde hareket edebilmektedir. Becerinin bu düzeyinin en önemli özelliği, bilinçli ve kasıtlı planlamanın, verimlilik ve örgütlenmeye yardımcı olmasıdır. Yetkili bir hemşire için plan, bir bakış açısı oluşturmaktadır. Plan, büyük ölçüde problemin bilinçli, soyut ve analitik şekilde düşünülmesine dayanmaktadır (8).

Haycock'un (2008) belirttiği üzere, Dreyfus ve Dreyfus'a (1996) göre, hemşireler bu aşamada plan yapmayı, bakış açısı seçmeyi, hangi bileşenlerin önemli ve nelerin göz ardı edilebileceğini belirlemeyi içeren hiyerarşik bakış açısı

geliştirmeyi öğrenirler. Bu doğrultuda, karar verme kolay bir görev haline gelir (6). Yetkili hemşire, diğer hastalara ilgili geçmiş deneyimlerinden öğrendiği informal ölçütlerle dayanarak, şu an neyin daha fazla ya da daha az önemli olduğuna karar verebilir (2). Yetkili aşamasında olan bireyler, hiyerarşik bir yapıda uzun vadeli planlar açısından eylemlerini düzenlerler. Planlama hala bilinçli, soyut, analitik ve kasıtlı olsa da, bu aşamada verimlilik seviyesinin arttığı gözlenmektedir (9).

Beceri ediniminin yetkili aşamasına ulaşan hemşire, bir durumun hangi özelliklerine dikkat edilmesi gerektiğini ayırt edebilir. Yetkili hemşire, eylemde bulunmak için durumun ilgili özelliklerine dayalı olarak öğrendiği kuralları uygular. Yetkili hemşire, yeni kurallar ve muhakeme prosedürleri geliştirmesi gerektiği için, acemi ve ileri düzey yeni başlayan hemşirelerin aksine sorumluluk duygusu hisseder. Acemi ve ileri düzey yeni başlayanlar, yetkili hemşire ile karşılaştırıldığında yalnızca kuralları uygularlar. Yetkili hemşire ise diğer görevlerinin yanında ayrıca zaman yönetimi ve organizasyona odaklanır (5). Benner, belirli durumlar için beceri ve klinik kavrayış geliştirmenin deneyimsel öğrenme ile ilişkili olduğunu, kişinin hızlı bir şekilde yetkinlik kazanmasının ise onun hizmet sunduğu hasta popülasyonunun kompleks ve çeşitli olmasına bağlı olduğunu bildirmiştir. Örneğin, yüksek işgücüne sahip kalp cerrahi merkezinde çalışan bir hemşirenin erken dönemde daha fazla deneyim kazanacağı, bununla birlikte yüksek işgücüne sahip merkezlerde yeni başlayan hemşirelerin karmaşık postoperatif hastaların tüm sorumluluğunu üstlenmelerinin zaman alacağı vurgulanmıştır (2).

Beceri ediniminin yetkin (usta) aşamasında olan hemşire durumu tümüyle anlar, kavrar ve planlar. Hemşire yetkin aşamasına girdiğinde, karar verme yeteneği, genel kurallar ve ilkeler yerine durumsal ayırım yapma üzerine odaklanır (8). Yetkin hemşire, belirli bir durumda hangi tipik olayların bekleneceği ve bu olaylar karşısında planların nasıl değiştirileceği konusunda deneyimlerinden yararlanır. Yaşanan durumu bir bütün olarak algılar. Bu bütüncül anlayış, bu aşamada bulunan bir hemşirenin karar verme yetisini geliştirir. Hangi özelliklerin ve yönlerin önemli olduğu ile ilgili bir perspektife sahip olduğu için karar vermesi kolaylaşır (8). Haycock'un (2008) ifade ettiği üzere, Dreyfus ve Dreyfus'a (1996) göre, yetkinlik, yalnızca kuramsallığın aksine deneyimlerin sezgisel olarak birleştirilmesiyle belirgin hale gelir (6). Durumun belirli özelliklerinin önemli olup olmadığını belirleme, hemşirenin geri çekilip bir bakış açısı veya bir plan oluşturmasına gerek kalmadan sezgisel olarak öne çıkar. Bu aşamada, hemşirenin kendi becerilerine olan güveni artar. İleri düzey yeni başlayan

hemşirenin aksine, yetkin aşamasında olan hemşirenin odak noktası kendisi değil hasta bireydir. Yetkin aşaması, uzmanlığa bir geçiş olarak da görülebilir (5).

Bu aşamada olan bireyler problemleri sezgisel olarak anlamalarına ve düzenlemelerine karşın, yine de gerçekleştirilecek eylemin seçilmesi için analitik düşünme gerekmektedir (9). Yetkili hemşire, bir durumu genel bir resim olarak görmede, hangi yönlerin daha belirgin ve önemli olduğunu anlamada yeterli deneyime sahip değilken, yetkin hemşire daha az seçenek değerlendirmekte ve sorunun doğru bölgesine odaklanabilmektedir. Yetkili hemşire ve yetkin hemşire, klinik bir vakaya aynı şekilde yaklaşım göstermez ve vakayı aynı şekilde çözmez. Bu durum, yetkin hemşirelerin erken beceri edinme aşaması sırasında öğrendikleri kural ve formülleri içselleştirmelerinden kaynaklanmaz. Yetkili hemşirelerin aksine, yetkin hemşireler artık bu kural ve formülleri uygulamalarını yönlendirmek için kullanmazlar. Araştırmacıların paradigmatları kullanmaları gibi, yetkin hemşireler geçmiş somut deneyimlerini kullanırlar (1). Bu sezgisel kavrayış duyu ötesi güçlere ve güçlü önsözilere değil deneyime dayalı olmakla birlikte, bu durum klinisyenin durumu kavrayışı olarak da açıklanmaktadır (2).

Beşinci aşamada olan bir hemşire uzman olarak sınıflandırılır. Benner (1984), uzman hemşireyi "yararlı olmayan alternatif tanı ve çözümler üzerinde gereksiz yere düşünmeden, sorunun doğru bölgesinde yer alan her bir durum ve olguyu sezgisel olarak kavrayabilme yetisine sahip kişi" olarak tanımlamaktadır (8). Haycock'un (2008) bildirdiği üzere, Dreyfus ve Dreyfus'a (1996) göre, uzman hemşire deneyimsel özgeçmişine bağlı olarak herhangi bir duruma doğru ve zamanında cevap verebilme yeteneğine sahiptir. Uzman hemşire, iç gözlem ya da başkalarının görüşlerini birleştirme yoluyla durumları farklı şekillerde görmeye çalışır. Uzman seviyesindeki hemşire, hız, esneklik, deneyim ve bir durumun genel resmini görebilme ve önemli unsurları belirleyebilme özelliklerine sahiptir (6). Uzman hemşire, durumdan anladığıyla uygun eylemi belirleme arasında bağlantı kurmak için kurallara bağlı değildir. Durumu sezgisel bir şekilde kavrar. Geçmiş deneyimlerine dayalı olarak tekrar eden düzenleri fark etme becerisine sahiptir. Uzman hemşirenin uygulamalarının ayırt edici en önemli özelliği, mevcut özel bilgilere sahip olarak, büyük resmi ve beklenmeyeni görme ve klinik durumu kavramadır (5).

Uzmanlık aşamasında, sadece görevin anlaşılması değil bir sonraki eylemin ne olacağına karar verilmesi de sezgiseldir. Durumu derinlemesine kavradıkları göz önüne

alındığında, uzman hemşireler problemleri çözerken karar almadan doğal bir şekilde hareket edebilmektedirler (9). Bir satranç ustasına, neden ustaca bir hamle yaptığı sorulduğunda “Doğru olduğunu düşündüm ve iyi göründü.” şeklindeki açıklamasında olduğu gibi, uzman bir kişinin yapmış olduğu uygulama ile ilgili sözlü açıklamalarını anlamaya çalışmak içinde çaba sarf edilmemelidir. Hemşirelik uygulaması hakkında konuşabilmek için kullanılan dil oldukça basit, biçimsel ve bağımsız olmalıdır. Burada açıklanması gereken, uzmanın başarmayı amaçladığı hedeflerin ve bunun sonuçlarının neler olduğudur. Aynı zamanda, hastadan bir açıklama isteyerek, uzmanın yapmış olduğu uygulamayı sistematik olarak gözlemek ve değerlendirmek de mümkündür (1). Bununla birlikte Benner, yapmış olduğu çalışmada, beş yıldan fazla deneyime sahip olan, ancak “uzmanlık” kriterlerine uymayan hemşireler olduğunu da bildirmiştir (4).

Gobet ve Chassy’in (2008) belirttiği üzere, Benner’in yapmış olduğu araştırmadan elde edilen birçok sonuç vardır. İçlerinden en çok dikkat çeken, uzmanların kolaylıkla belirlenemeyen ve ölçülemeyen önsezi kullanımınıdır. Uzman hemşirelikte verilerin büyük bir kısmı seziler ile toplanmaktadır. Uzmanlıkta önsezinin rolü ve önemi birçok yazar tarafından vurgulanmakla birlikte, Benner’in hemşirelikte uzmanlık teorisinde seziler önemli rol oynamaktadır. Uzmanlığın önsezi tanımında; hızlı algılama, farkındalığın olması, duyarların varlığı, durumu bütüncül olarak anlamak ve iyi kalitede çözümler üretmek üzere beş özellik vurgulanmaktadır. Özellikle, Benner ve arkadaşları hemşirelik alanında önsezi/önsezginin öneminin anlaşılması ile ilgili pek çok çalışma yapmışlardır. Benner’in teorisine göre, bilinçli problem çözme ve önsezi arasındaki bağ oldukça zayıf olmakla birlikte, önsezi, uzmanların bir karar alma yoludur. Uzmanlar, hiçbir deneyime sahip olmadıkları veya “sezgisel kavrayışlarının” yanlış olduğu ortaya çıktığında, analitik düşünmeye yani bir önceki aşamaya geri dönebilirler (9).

Gobet ve Chassy’in (2008) ifade ettiği üzere, Dreyfus ve Dreyfus (1986), bu süreci “bilinçli rasyonellik” olarak adlandırmaktadır. Bununla birlikte Benner ve arkadaşları, hemşirelik sezgisinin gelişiminde hastaları tanımanın ve duygusal olarak yer almanın önemini vurgulamışlardır. Yeni başlayanların duyguları endişe ile karakterizedir ve bu duygu onların uygulamalarını engelleyebilmektedir. Daha ileri düzeyde olan hemşireler ise bilgilendirici ve yol gösterici ipuçları olarak kullandıkları geniş kapsamlı duygusal tepkilerden yararlanırlar. Bu ipuçları, hemşirelerin algısal bilinçlerini güçlendirmekle kalmayıp, aynı zamanda klinik uygulama becerilerini, etik tavırlarını, hastalar ve aileleri ile duygusal bağlarını şekillendirmektedir (9).

Benner’in felsefesinin başlıca kavramları

Benner, hemşireliğin dört meta paradigma kavramını tanımlamıştır.

Birey

Birey kavramı Benner tarafından “kendini yorumlayan varlık” olarak ele alınmıştır. Benner, “bireyi dünyaya önceden tanımlanmış olarak gelmez, ancak hayatını yaşadığı süre içerisinde tanımlanır” şeklinde açıklamıştır. Benner’in felsefesinde, bireyin tanımlanmasındaki önemli bir ek bileşen de kişinin içinde yer aldığı kavramdır. Benner ve Wrubel (1989) “*somutlaştırma: embodiment*” terimini “vücudun anlamlı durumlara yanıt verme kapasitesi” olarak tanımlamıştır. Böylece somutlaştırılmış bir kişi anlayışı, dünyada yaşamak için durumun rolü, vücudun rolü, kişisel kaygıların rolü ve geçiciliğin rolünü anlamayı gerektirmektedir (5).

Masters’ın (2015) ifade ettiği üzere, Benner ve Wrubel’e (1989) göre, sağlık ve hastalık durumunda hemşirelerin ilgilendiği ve anlamaya çalıştığı somutlaştırma rolü ile ilgili beş boyut vardır. Bunlar:

- Doğmamış oluşum: Ceninin ve yeni doğan bebeğin kültürlenmemiş vücudu.
- Alışılmış beceri sahibi vücut: Zamanla öğrenilen vücut becerilerinde görülen toplumsal olarak öğrenilmiş duruşlar, vücut hareketleri, gelenekler ve beceriler ile tamamlanmış vücut.
- İzdüşümsel/yansıtımlı vücut: Belirli durumlarda hareket etmek üzere ayarlanmış vücut.
- Planlanmış gerçek vücut: Esnek bir duruma bireyin mevcut bedensel uyumunu ya da bu durum üzerindeki izdüşümünü belirtir. Duruma uygun olacak şekilde değişir.
- Olgusal vücut: Kendisinin farkında olan ve kinestetik algılamayı tarif etme ve hayal etme becerisine sahip olan vücut (5).

Durum

Masters’ın (2015) bildirdiği üzere, Benner ve Wrubel ‘çevre’ teriminden ziyade ‘durum’ terimini kullanmayı tercih etmişlerdir. Çünkü ‘durum’ terimi sosyal çevreyle birlikte sosyal tanım ve anlamlılığı da ifade eder. Sosyal ortam kavramı, kavramın tanımlayıcı kelimelerinde kullanılan olgusal bakış açısı ve terminoloji ile uyumludur. Benner ve Wrubel (1989), durumla etkileşime geçen, durumu yorumlayan ve durumu anlayan kişileri açıklamak için “*yerleşik olma: being situated*” ve “*yerleşik anlam: situated meaning:*” kelimelerini kullanmaktadırlar. Masters’ın (2015) ifade ettiği

üzere, Brykczynski'e (2010) göre bu durum, her bireyin kendi kişisel anlamlarını ve bakış açılarını içeren geçmişinin, bugününün ve geleceğinin bu durumları etkilediği anlamına gelmektedir (5).

Sağlık

Sağlık ve hastalık, fiziksel düzeyde değerlendirilebilecek şeylere dayanılarak tanımlanır. Masters'ın (2015) ifade ettiği üzere, Benner ve Wrubel (1989) tanımlarını yaparken, "sağlıklı olma ve hasta olma hallerinin kişide oluşturduğu yaşam deneyimlerine" odaklanmışlardır. Sağlık değerlendirilebilir bir şey olarak tanımlanırken, esenlik sağlık ya da bütünlüğün kişideki deneyimidir. Esenlik/iyilik hali ya da rahatsızlık, dünyada olmanın farklı yollarıdır. Sağlık, sadece hastalık ya da rahatsızlığın yokluğu olarak tanımlanamaz. Birey rahatsızlık hissetmese de hasta olabilir, çünkü rahatsızlık kişide oluşan fonksiyon bozukluğu ya da kaybı iken, hastalık fiziksel seviyede değerlendirilebilen şeydir." Masters'ın (2015) bildirdiği üzere, Brykczynski'e (2010) göre sağlık, insan tarafından sağlık veya bütünlüğün deneyimlenmesi olarak tanımlanmakla birlikte, bir insan, bir hastalığa sahip iken rahatsızlık hissetmeyebilir. Çünkü rahatsızlık, insanın bir kaybı deneyimlemesidir (5).

Hemşirelik

Benner'a göre hemşirelik, hemşireler ve hastalar arasındaki ilişkiyi içeren bir bakım uygulamasıdır. Bu bakım uygulaması, sağlık, hastalık ve rahatsızlıkla ilgili yaşanan deneyimlerin incelenmesini ve bu unsurlar arasındaki ilişkiyi içerir. Benner'a göre, "bakım, yardım etme ve yardım alma olasılığını ortaya çıkardığı için oldukça önemlidir". Bununla birlikte Benner'a göre "hemşirelik bilimi ahlak sanatı, bakım etiği ve sorumluluk tarafından yönlendirilen bir bakım uygulaması olarak görülür" (5).

Benner'ın felsefesinin varsayımları

Masters'ın (2015) belirttiği üzere, Brykczynski'e (2010) göre, Benner'ın felsefesinin varsayımları şunlardır:

- Becerilerin, uygulamaların, amaçların, beklentilerin ve sonuçların içine anlamlar gömülüdür. Bu anlamlar sorgulanmamakta ve bilgi oldukları fark edilmemektedir.
- Ortak bir tarihi kültür ve dil paylaşan insanlar, anlama ve yorumlamaya izin veren, ortak anlamların yer aldığı bir geçmişe sahiptir.
- Becerilerin, uygulamaların, amaçların, beklentilerin ve sonuçların içinde gömülü anlamlar, tamamen açık hale getirilemez. Ancak, benzer bir geçmişe sahip olan biri tarafından yorumlanabilir. Katılımcılar ve uygulayıcılar tarafından doğrulanabilir.

- İnsanlar, entegre ve bütünsel varlıklardır. Zihin-vücut ayırımına yönelik kartezyen anlayıştan uzaklaşmıştır. Zekanın dahil edilmesiyle, beceri uygulamaları deneyim ve uzmanlığa dönüşür (5).

Benner'ın felsefesinin önermeleri

Masters'ın (2015) ifade ettiği üzere Benner, her durumda teorinin öngördüğünden daha fazlasının olduğunu ve nitelikli hemşirelik uygulamalarının, resmi teorinin sınırlarını aştığını öne sürmektedir. Benner'ın felsefesinde yer alan spesifik teorik ilişkiye yönelik ifadeler şunlardır:

- Varsayımların, beklentilerin ve durumların keşfedilmesi, uygulamalı bilgilerde incelenmemiş bir alanı ortaya çıkartabilir. Bu alan, sistematik bir şekilde araştırılabilir, genişletilebilir ya da çürütülebilir.
- Klinik bilgi, öğretilerden ziyade bakış açılarının içinde saklıdır.
- Algısal farkındalık, hemşirelik kararlarının doğruluğu açısından son derece önemlidir.
- Uzmanlık, klinisyenin, gerçek uygulama sırasındaki önermeleri, hipotezleri ve beklentilere dayalı ilkeleri test etmesi ve iyileştirmesi ile gelişir.
- Resmi kurallar sınırlıdır ve gerçek klinik durumlarda, isteğe bağlı, seçmeli (opsiyonel) karar gereklidir.
- Klinik bilgi zamanla gelişir. Her bir klinisyen, diğer klinisyenlerle paylaşabileceği kişisel uygulamalı bilgi deposunu geliştirir (5).

Benner'ın felsefesine yöneltilen eleştiriler

Teorinin güçlü yönleri

Benner'ın, hemşirelik uygulamalarının acemilik ile uzmanlık düzeylerini açıklamakta kullandığı kavramlar kolayca anlaşılabilen ve farklı uygulama ortamları ve değişen demografiler arasında rahatlıkla genelleştirilebilmektedir. Terminoloji, felsefenin çeşitli bileşenleri boyunca tutarlı bir şekilde kullanılmaktadır. Virginia Henderson, Benner'ın "Acemilikten Uzmanlığa: Klinik Hemşirelik Uygulamalarında Mükemmellik ve Güç" çalışmasını inceledikten sonra Benner'ın çalışmasının, hemşireliğin uygulanışını ve hemşirelerin uygulamaya hazırlanışını etkileme potansiyeline sahip olduğunu ifade etmiştir. Masters'ın (2015) ifade ettiği üzere, Brykczynski (2010) göre, modeldeki yetkinlikler ve alanlar, tümevarımsal olarak türetilmiş ve test edilmiştir. Çalışmanın çerçevesi, hemşirelikte uygulamaya ve bilgi gelişimine faydalı olmaya devam edecektir. Bununla birlikte, Benner'ın teorisi oldukça basittir. Hemşirelik teorisi ve uygulaması arasındaki karmaşık etkileşim hakkında önemli öngörüler sağlamak ve uzmanlık araştırmalarında nadir

olarak ele alınan duyguların rolü de vurgulanmaktadır (5). Benner (1984), ana araç olarak genellikle yorumlama fenomenolojisini kullanmasının yanı sıra, hasta sonuçları gibi objektif ölçülere de başvurmuştur (9).

Teorinin zayıf yönleri

Benner'ın modeli en yakın şekilde bir felsefe tanımına uysa da, bazı yönleri teoriymişçesine eleştirilebilmektedir. Bu modelin değerini göstermek için yapılmaktadır. Altmann'ın (2007) bildirdiği üzere, Meleis (1991) bir teorinin eleştirilmesine yönelik açıklık, tutarlılık, basitlik-karmaşıklık, görsel sunum, bulaşıcılık, kullanışlılık (uygulama, araştırma, eğitim ve yönetimde), değerler (kişisel, diğer meslekler ve sosyal) ve sosyal anlamlılık gibi alanların değerlendirilmesini ileri süren bir yöntem tanımlamaktadır (10).

Açıklık, "teori genelinde sınırların kesinliğini, düzenlilik bağlamında bir iletişim, anlamın canlılığını ve tutarlılığını" gösterir. Benner, tüm ana kavramların teorik tanımlarını sağlamakta ancak ampirik ölçüm için gereken operasyonel tanımları sağlamamaktadır. Dreyfus tarafından geliştirilen mantıksal dizilimi takip etmekte ve felsefesini basit ve kısa bir şekilde ifade etmektedir. Benner'ın felsefesi geneldir, ancak duruma bağlıdır. Öğrencilerden uzman uygulayıcılara kadar hemşireliğin birçok yönünü kapsamakta, uygulama ve araştırma gibi hemşirelikle ilgili geniş bir uygulama yelpazesi benimsemektedir (10).

Tutarlılık, "her bir teori bileşeni arasındaki uygunluğun değerlendirilmesiyle" tayin edilmektedir. Benner'ın modeli, birbirleri ile tutarlı olan kavramları içermektedir. Felsefesinin ilk kez öne sürülmesinden bu yana Benner, olguları araştırmaya devam etmiş ve kavramlarını değiştirmemiştir. Ancak, spesifik operasyonel tanımların açıkça belirtilmemesi nedeniyle bunu ölçmek oldukça güçtür (10).

Basitlik-karmaşıklık, "teorinin değerlendirdiği bir dizi olgu ve gelişim gösterebilecek bir dizi ilişkiyle" bağlantılıdır. Teorinin amacına bağlı olarak, ya basitlik ya da karmaşıklık tercih edilebilir. Altmann'ın (2007) belirttiği üzere, Bryczynski'ye göre (2002) model, beceri ediniminin beş aşaması yönünden oldukça basittir. Bireysel hemşire tanımlarından ve gerçek hemşirelik uygulaması gözlemlerinden yola çıkarak hemşirelik uygulaması seviyelerinin belirlenmesi için karşılaştırmalı bir kılavuz sağlamaktadır. Modelin özünü kavramak ve açıklamak oldukça kolaydır. Aşamalar arasında ayırım yapmaya ve tam olarak neyin ilerlemeyi tetiklediğini anlamaya çalışırken karmaşayla karşı karşıya kalınabilmektedir (10).

Teorinin "görsel sunumları" açıklığını daha da arttırabilir. Benner, görsel bir sunum sağlamamakta, ancak aşamalar bir süreklilik içerisindeymiş gibi adlandırılabilir. Bu süreklilik içerisinde ilerleme, acemilikten uzmanlığa şeklinde sıralıdır. Buna karşın, hemşire yabancı bir durumla karşı karşıya kaldığında gerileyebilmektedir (10).

Bulaşıcılık, "başkaları tarafından benimsenip benimsenmemektir". Teoriyi benimseyen kurumun coğrafi konumu-na ve çeşidine bakmak gerekmektedir. Bu felsefe, birçok ülkede farklı birçok kurum tarafından benimsenmiştir. Literatürü inceleyerek ve felsefenin farklı kullanımlarıyla ilişkilendirerek bunu kanıtlamak oldukça basittir. Benner'ın modeli, hemşirelik okulları, hastaneler ve sosyal kurumlar gibi birçok kurum tarafından benimsenmiştir (10).

Teorinin kullanışlılığının değerlendirilmesi; uygulamada, araştırmada, eğitimde ve yönetimdeki kullanışlılığını kapsamaktadır. Benner'ın modeli, değerlendirilecek olan tüm alanlarda kullanılmıştır. Benner'ın modeli, öğrenciler, yeni mezunlar ve eğitim programlarına devam eden hemşireler için öğretmenlik programlarının temelini oluşturmuştur. Benner tarafından önerilen kavramlar baz alınarak birçok araştırma çalışması gerçekleştirilmiştir. Pek çok hemşirelik okulu, eğitim için bir temel olarak bu modeli benimsemiştir. Hemşirelik yönetimleri de; kariyer basamakları, personelin gelişimi ve tanınması yanında, ödül programlarını geliştirmek için bu modeli kullanmıştır (10).

Değerler; kuramcı ve eleştirmenlere, diğer mesleklerle ve topluma ait olanlardır. Değerler, bu felsefede açıkça belirlenmemiştir. Bu felsefe, uygunluk gösteren başka bir meslekten ödünç alınmıştır. Hemşirelik uygulamasına ait bilgi seviyesi, bakımı alan birey ve toplum için oldukça büyük öneme sahiptir (10).

Sosyal anlamlılık "hemşirelik bilimini geliştirme ve hemşirelik disiplini açık bir şekilde ifade etme" girişimimizde, insanlık ve toplum için uygulanabilirliğinin önemini göz ardı etmememiz gerektiği için değerlendirilmelidir. Bu model, uzman uygulayıcıların belirlenmesi ve uygulayıcılarda uzmanlığın daha fazla geliştirilmesi için bir yöntem olarak önerilmektedir. En iyi, en bilgili bakım veren uygulayıcılara sahip olmak istendiği için bu durumun sosyal sonuçları da söz konusudur (10).

Yukarıda bir kuramın eleştirilmesine yönelik açıklamalar dışında, Benner'ın kuramına literatürde getirilen diğer eleştiriler şunlardır:

- Benner ve çalışma arkadaşları, Dreyfus kardeşler tarafından gerçekleştirilen önceki çalışmaya bağlı olarak, sezgi ve bütünsel algının uzmanlık düzeyinde performans göstermek için gerekli olduğunu savunmaktadır. Ancak, böyle yaparak, uzmanlık seviyesinde analitik ve bilinçli problem çözmenin oynadığı rolü küçümsemektedirler (9).
- Benner (1984) tarafından belirlenen "Hastanın duruma yönelik yorumda bulunma ve prosedürler için gerekçe sunma", "Hekimlerden uygun ve zamanında cevap alma" ve "Acil durum yönetimi: acil durumlarda talep ve kaynakların hızlı bir şekilde eşleştirilmesi" gibi yetkinliklerin tümü sezgisel ve dolaylı tanımlama yetisinin önüne geçen, sırasıyla açıklama, iletişim ve organizasyon becerileri ile ilgili olan yetkinliklerdir (9).
- Benner'ın (1984) verdiği örneklerden bazıları, hemşirelerin büyük oranda doğrudan yani açık bilgilere sahip olduklarını ve bunları kullandıklarını açık bir şekilde göstermektedir. Ayrıca, uzmanlık aşamasındaki dolaylı yani kapalı bilgilerin bir çelişki oluşturduğu vurgulanmaktadır. Eğer bilgi sezgisel, algısal ve tarif edilemez ise, Benner ve arkadaşları tarafından kullanılan metodolojinin bir kısmı, genelde sözel yaklaşım ile sınırlı olan bir iletişim kanalı kullanması nedeniyle (özellikle hemşirelerden oluşan küçük gruplardaki kısa görüşmeler), en uygun seçenek olarak görülmektedir (9).
- Benner (1984), uzmanların bazı durumlarda durumla ilgili önceden edinilen bir deneyiminin olmadığını veya sezgilerin yanlış olduğunu, analitik düşünce biçimini kullanmaları gerektiğini belirtmektedir. Ancak teoride, bu gibi durumlarda holistik (bütüncül) sezginin analitik düşünce biçimi ile nasıl birleştirilebileceğine yönelik herhangi bir açıklama bulunmamaktadır (9).
- Gardner'e göre (2012) uzman uygulayıcıların, uygulamalarını açıklamaları istendiğinde verdikleri bilgiler, gerçekte ne yaptıklarının bir yansıması değildir. Benimsedikleri teorilerle gözlenen eylemleri arasında bir uyumsuzluk vardır. Ayrıca, Benner'a göre, uzmanlar uygulama gerçekleştirmeye zorlanmaları halinde performansları kötüye gidecektir. Yani Gardner'e göre, Benner'ın teorisi uzmanlık uygulamalarının teori haline getirilememesi, diğer bir deyişle kuramlaştırılmamasıdır (3).
- Altmann'ın (2007) bildirdiği üzere, McKee ve arkadaşlarına göre, Benner'ın teorisi orta boy bir teori olmaya sadece yaklaşmaktadır (10).
- Hargreaves ve Lane'in (2001) ifade ettiği üzere, bu kuramda hemşirelerde beceri seviyesinin geliştirilmesi için ihtiyaç duyulan zaman diliminin ne olduğu ve belirli bir hemşirede beceri seviyesinin gerçek ilerlemesinin nasıl olduğu yeterince açık değildir (4).
- Altmann'ın (2007) belirttiği üzere, Walker ve Avant (1995) kuram gelişimini meta-teori, *grand* kuram, *middle range* kuram ve uygulayıcı kuram olmak üzere dört düzeyde özetlemiştir. Meta-teori, "hemşirelik için teori temelinin geliştirilmesi ile ilgili felsefi ve metodolojik sorulara odaklanmaktadır". Benner'ın modeli, felsefik olması ve bilgilerin hemşirelik uygulamasında nasıl yer aldığı ile ilgilenmesi nedeniyle bu tür bir teoriye yakındır. Ancak, teorinin geliştirilmesi ile ilgili sorulara cevap vermeye çalışmaz. Teori ise hem kesindir hem de kendi ana kavramsal şemasının kapsamı bakımından daha sınırlıdır. Bu nedenle de test edilebilir. Modelin yönlerinin test edildiği birçok çalışma gerçekleştirilmiş, ancak spesifik olarak Benner'ın modelinin test edildiği hiçbir makale bulunamamıştır (10).
- Altmann'ın (2007) ifade ettiği üzere, McKee ve arkadaşları, önsezinin subjektif doğası nedeniyle bunun objektif ve sürekli olarak tanımlanamayacağını veya ölçülemeyeceğini öne sürmektedir. Bir teoride, teorinin sürekli olarak kullanılabilmesi ve test edilebilmesi için kavramların hem kavramsal olarak hem de operasyonel olarak tanımlanması gerekmektedir. Benner'ın kuramında operasyonel tanımlar belirtilmemiştir. Benner, hemşirelerle pek çok görüşme gerçekleştirilmesi nedeniyle modelinin test edildiğine inanmaktadır. Model, geçerliliği kanıtlanan Dreyfus'un Beceri Edinim Modeline dayanmaktadır. Benner, beceri ediniminin beş aşamasını sistemik olarak tanımlayarak, hemşirelik uygulaması ile ilgili olması nedeniyle Dreyfus modelini doğrulamıştır (10).
- Altmann'ın (2007) bildirdiği üzere, Chitty (2005), profesyonel hemşirelik ile ilgili bir metinde Benner'ın çalışmasını bir felsefe, Marriner-Tomey (1994) ve Marriner-Tomey ile Alligood (2002) ise hemşirelik kuramcıları ile ilgili kitaplarında Benner'ın modelini bir "felsefe" veya "felsefi teori" olarak açıklamaktadır. Bu ikinci sınıflandırma, bu modelin teori mi yoksa felsefe mi olduğu konusunda karmaşaya neden olmaktadır (10).
- Altmann'ın (2007) belirttiği üzere, Marriner-Tomey'e (1994) göre, "felsefe, ampirik yöntemler yerine mantıksal/uygulanabilir yargılama ile olayların doğasını sorgulayarak altında yatan gerçekliğin etkilerinin araştırılması" olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik felsefesi geliştirmenin amacı, hemşirelik uygulamalarını şekillendirmek ve rehberlik etmektir. Benner'ın modeli, hemşirelik yetkinliğinin nasıl ve her bir hemşire için neden farklı şekillerde gelişim gösterdiğini incelemesi nedeniyle bu tanıma uymaktadır. Model, itiraf niteliğinde

olan ve beklentileri karşılamak için abartıya veya manipülasyona tabi olan kişisel anlatılara dayanmaktadır. Anlatılar, gerçekliğin temel araştırması olarak kullanılmaktadır. Teori olabilmesi için ampirik olarak doğrulanmalıdır. Benner'in metodolojisi, nicel araştırmadan geliştirilmemiş olması nedeniyle, ampirik olmadığı şeklinde de eleştirilmektedir (10).

- Hargreaves ve Lane'in (2001) ifade ettiği üzere, Benner'in (1984) araştırması, uzman gibi davranış sergileme yetisinin hemşirenin deneyim kazanmasına bağlı olduğunu öne sürmektedir. Bu nedenle, bu durum bilinen/aşına olunan bir ortamdaki yabancı bir ortama geçildiğinde, artık bir uzman olarak çalışmanın mümkün olmayacağı anlamına da gelmektedir (4).

Hemşirelik uygulamalarına yönelik bir çerçeve olarak benner'in felsefesi

Benner'in yaklaşımı, deneysel veriler ve bilgisayar modelleri kullanımı gibi geleneksel bilim yöntemlerine karşı çıkan fenomenolojiye dayanmaktadır. Benner, "bakımı incelemek için doğal bilim modeline dayalı tamamen nicel ve deneysel ölçümlere güvenemeyiz" şeklinde bir düşünce öne sürmüştür. Benner'in teorisi holistik anlayışa vurgu yapmaktadır (9). Benner'in tanımladığı hemşirelik uygulamalarına yönelik yetkinlik ve alanlar, açık başlangıç ve bitiş noktaları olan kavramlar olmadıkları için, ihtiyaç duyulan anda hangi yetkinlik gerekiyorsa hemşirenin o yetkinlik yoluyla hasta bakım çemberine girdiğinin belirtilmesi gereklidir. Hasta ihtiyaçları, belirli bir alandaki bir yetkinliğin, belirli bir zamanda daha ön planda olmasını gerektirebilir. Uygulamalarında Benner'in felsefesini bir çerçeve olarak kullanan hemşire, her bir uygulama alanını ve bu alanlara ilişkin yetkinlikleri ele alacaktır (5).

Hemşirelik süreci ve Benner'in felsefesi

Özellikle belirtilmemiş olmakla beraber, hemşirelik sürecinin kullanımı, Benner'in felsefesinin yapısına kolaylıkla dahil edilebilmektedir.

Tanımlama ve planlama

Masters'ın (2015) bildirdiği üzere, Brykczynski'ye (2010) göre, hemşirelik sürecinin tanımlama aşamasında hemşire, hastanın endişelerini anlamak için hasta ile görüşür. Böylece, nasıl devam edileceğine dair hastayla beraber ortak bir anlayış geliştirilebilmesi mümkün olur. Hemşire, hastanın ihtiyacı olan hemşirelik bakımını yorumlarken, ön yargılardan uzak durarak mevcut durum doğrultusunda hasta üzerinde çalışır. Hastayı gözlemler ve açıklar. Yardım etme alanı içindeki tanımlama, hastanın özgün durumunun öğrenilmesinde ve değerlendirilmesinde

yer alır. Bu alandaki bir başka değişken, hemşirenin, hastanın duruma benzer durumlarda sahip olduğu deneyim ve geçmiştir. Tanılamada ayrıca, öğrenmeye hazır olmak gibi, öğretme ve rehberlik etme alanındaki ihtiyaçlar da yer alır. Hemşire ve hasta ortak bir şekilde, tanımlamanın sonuçlarına dayanarak bakıma yönelik bir plan oluşturur. Hemşire tanımlama ve izleme alanında, hastanın gelecekteki ihtiyaçlarını öngörerek, hastanın iyileşme potansiyelini ve aynı zamanda, mevcut tedavi stratejilerine hastanın verdiği yanıtları değerlendirebilir (5).

Uygulamaya geçirme

Uygulamaya geçirme aşaması, gerçek hemşirelik uygulamalarının incelenmesi aracılığıyla alanların türetildiği yetkinliklerin tümevarımsal olarak belirlenmesi ile gerçekleşir. Benner'in alanları kolaylıkla gözlemlenebilir. Yardım etme rolündeki hemşirelik bakımı rahatlatma, acı yönetimi ve hastanın ailesine duygusal destekte bulunma gibi yetkinlikleri içerir. Öğretme rolü ile ilgili hemşirelik bakımı uygulamalarında, prosedürlerin gerekçelerinin açıklanması ve öğretilmesi, hastalara, hastalığı ve iyileşme sorunlarını yaşam tarzlarına entegre etmeleri konusunda yardımcı olur (5).

Tanımlama işlevi alanının bir parçası olarak hemşirelik uygulamaları, hastanın durumundaki değişikliklerin belgelenmesini ve hastanın bakım ihtiyaçlarının öngörülmesini içerebilir. Bir hasta krizinin tespit edilmesi ve yönetimi, nitelikli performans ve sorunun kavranması, hızlı değişen durumların etkili bir şekilde yönetilmesi alanında yer alır. Tedaviye yönelik uygulamaların ve rejimlerin yönetilmesi ve izlenmesi alanı, intravenöz tedavinin devam ettirilmesi, ilaçların güvenli bir şekilde sağlanması ve yara yönetimi gibi hemşirelik stratejilerini içermektedir. (5).

Değerlendirme

Bakımın değerlendirilmesi hastanın çıktıklarına ve onun yeganelik durumu içinde hasta çıktıklarının yorumlanmasına dayanır. Buna ilaveten, hemşirenin perspektifiyle değerlendirme sağlık bakım uygulamalarının kalitesini sağlama ve izleme ile ilgili konuları ve işle ilgili yeterlilikleri içerebilir (5).

Sonuç

Benner, uygulamayı köken alan ve zamanla gelişen hemşirelik bilgisini tanımlama girişiminde bulunmuştur. Klinik durumlar genellikle teorik açıklamalarla karşılaştırıldığında daha çeşitli ve komplike olduğu için, klinik uygulama bilgisinin gelişimi için önemli bir fırsattır. Bu nedenle Benner, klinik bilgiyi yükseltmeyi gerektiren

klirik karar verme gibi kompleks becerilerin yalnızca teori ile elde edilemeyeceğine inanır. Benner'ın hemşirelik uygulamalarıyla ilgili çalışma alanları ve yetkinlikleri, tümevarımsal olarak klinik durum görüşmelerinden ve uygulamalar sırasında hemşirelerin gözlemlenmesinden

elde edilmiştir. Benner'ın çalışmaları, algısal zeka, nitelikli özel bilgi, ahlaki davranış, devam eden deneyimsel öğrenmenin anlaşılması ve klinik yargı üzerine odaklanmıştır. Benner'ın modeline göre, klinik hemşirelik uzmanlığı şekillendirmektedir.

Kaynaklar

1. Benner P. From Novice to Expert. *Am J Nurs* 1982;82:402–7.
2. Benner P. Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer* 2005;24:188–99.
3. Gardner L. From Novice to Expert: Benner's legacy for nurse education. *Nurse Educ Today* 2012;32:339–40. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.11.011>
4. Hargreaves J, Lane D. Delya's story: from expert to novice, a critique of Benner's concept of context in the development of expert nursing practice. *Int J Nurs Stud* 2001;38:389–94.
5. Masters K. *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice* 2nd ed., Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2015. p.62–74.
6. Haycock PA. The lived experience of community health care nurses and their mentors in the advanced clinical practice fellowship program. A thesis submitted to the Faculty of D'Youville College Division of Academic Affairs in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in Nursing. Buffalo, NY; 2008.
7. Alber L, Augustus L, Hahn S, Penkert J, Sauer R, Desocio J. Applying Benner's Model to Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner Self-Ratings of Role Competence. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2009;15:126–37. <https://doi.org/10.1177/1078390309333181>
8. Benner P. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984. p.13–34.
9. Gobet F, Chassy P. Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: a discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2008;45:129–39. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.005>
10. Altmann TK. An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: theory or philosophy? *Contemp Nurs* 2007;25:114–23 <https://doi.org/10.5555/conu.2007.25.1-2.114>.