

Olgu Sunumu

Hastalıkta Belirsizlik Kuramı'na göre bakım verene bakım verme: Olgu sunumu

📍 Sultan Taş Bora, 📍 Kadriye Buldukoğlu

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya

Özet

Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Kuramı (1988-1990), hasta ve bakım verenlerin hastalık süreciyle ilgili yaşanan belirsizliği nasıl yorumladıklarını açıklamak ve belirsizlik altında psikolojik ve davranışsal sonuçları iyileştirecek müdahalelerin seçiminde bir çerçeve sunmaktadır. Bu çalışmada bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatmakta olan şizofreni hastasının bakım verene Hastalıkta Belirsizlik Kuramına (HBK) göre verilen bakımın örneklendirilmesi amaçlanmıştır. Bakım veren GC., bir buçuk aydır klinikte yatmakta olan hastanın yanında refakatçi olarak bulunduğu ve hastaya beş yıldır evinde baktığını, bundan dolayı bazı psikososyal sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Hastalıkta Belirsizlik kuramının temel kavramları; belirsizliğin öncülleri, belirsizlik değerlendirmesi ve belirsizlikle baş etmedir. GC'nin, hastayla ilgili "tam iyi oldu derken yine başa döndük, ne yapacağımı şaşırdım" sözleri ve hastalığın seyrini anlamadığını belirtmesi yaşadığı belirsizliği ve öncüllerini göstermektedir. Bakım verenin hastalığın kronik gidişi ile ilgili bilgi gereksinimi olduğu ve belirsizliği olumsuz bir durum olarak değerlendirdiği görülmektedir. Ağlaması ve çaresizlik duyguları ifade etmesi duygu odaklı baş ettiğini düşündürmektedir. Araştırmacı, bakım verendeki belirsizliğin yönetimi için; belirsizlik yaratan durumları dikkate alarak hastalıkla ilgili bilgilendirme, bilişsel yeniden çerçeveleme, problem çözme ve iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik müdahaleleri kullanmıştır. Kuramın, şizofreni hastalığının bakım verene yaşattığı belirsizlik durumunu iyi açıkladığı ve bakım veren- hemşire etkileşimini desteklediği düşünülmektedir. Ülkemizde HBK'ya temellendirilmiş çok fazla çalışma olmadığından kuramın farklı hastalık grupları ve bakım verenleriyle çalışılması ve araştırmalarla test edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bakım veren; Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Kuramı; psikiyatri hemşireliği; şizofreni.

Konu hakkında bilinenler nedir?

- Hemşire Kuramcı Merle Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Kuramı (HBK), hasta ve bakım verenlerin akut ve kronik bir çok hastalık deneyiminin merkezinde yer alan bilişsel bir stresör olan belirsizliği algılama ve yönetme şekillerini açıklamaktadır.

Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

- Bu makale ile Türkçe literatürde HBK temelinde yapılmış bir araştırma bulunmadığı için kuramı tanıtmak ve kronik hastalıkta bakım veren bir bireyin belirsizlikle ilgili deneyimlerini açıklamada nasıl kullanılacağıyla ilgili fikir oluşturmak amaçlanmıştır.

Uygulamaya katkısı nedir?

- HBK'nın şizofreni hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinin yaşadığı zor deneyimleri açıklama ve onlara yardım etmede etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kuramın hemşirelik eğitiminde kullanılmasının öğrencilerin rutin bakım planlaması içinde hastalıkta belirsizliği fark etmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Şizofreni hastalığı, karmaşık, çok boyutlu ve tedavi edilmesi şen zor ruhsal hastalıklardan biridir. Şizofreninin dünyadaki yaygınlığı %1 olup, hastaların ailesi ve yakın çevreleri de göz önüne alındığında hastalıktan etkilenen kişi sayısının oldukça fazla olduğu görülmektedir.^[1] Şizofreni hastaları ve bakım verenlerinin ilaçların işe yarayıp yaramayacağı, semptomların ilerleyip ilerlemeyeceği, relaps yaşarlarsa nasıl mücadele edecekleri konusunda, ayrıca bakım verenlerin hastalara nasıl bakabilecekleri ile ilgili belirsizlik yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Belirsizliğin kimi zaman umuda götüren bir fırsat, kimi zaman ise bir tehlike olarak algılandığı belirlenmiştir.^[2] Şizofrenide bakım verenlerin korku, hastalık semptomlarıyla ilgili utanç, damgalanma, sosyal destek eksikliği, bakım yükü ve hastalığın seyri konusunda belirsizlik yaşadıkları bilinmektedir.^[3] Şizofre-

İletişim: Sultan Taş Bora, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Turkey

Tel: +90 242 226 13 58 **E-posta:** sultantas9@gmail.com **ORCID:** 0000-0003-0726-938X

Geliş Tarihi: 06.02.2019 **Kabul Tarihi:** 09.11.2019 **Online Yayınlanma Tarihi:** 06.03.2020

©Copyright 2020 Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Çevrimiçi: www.phdergi.org



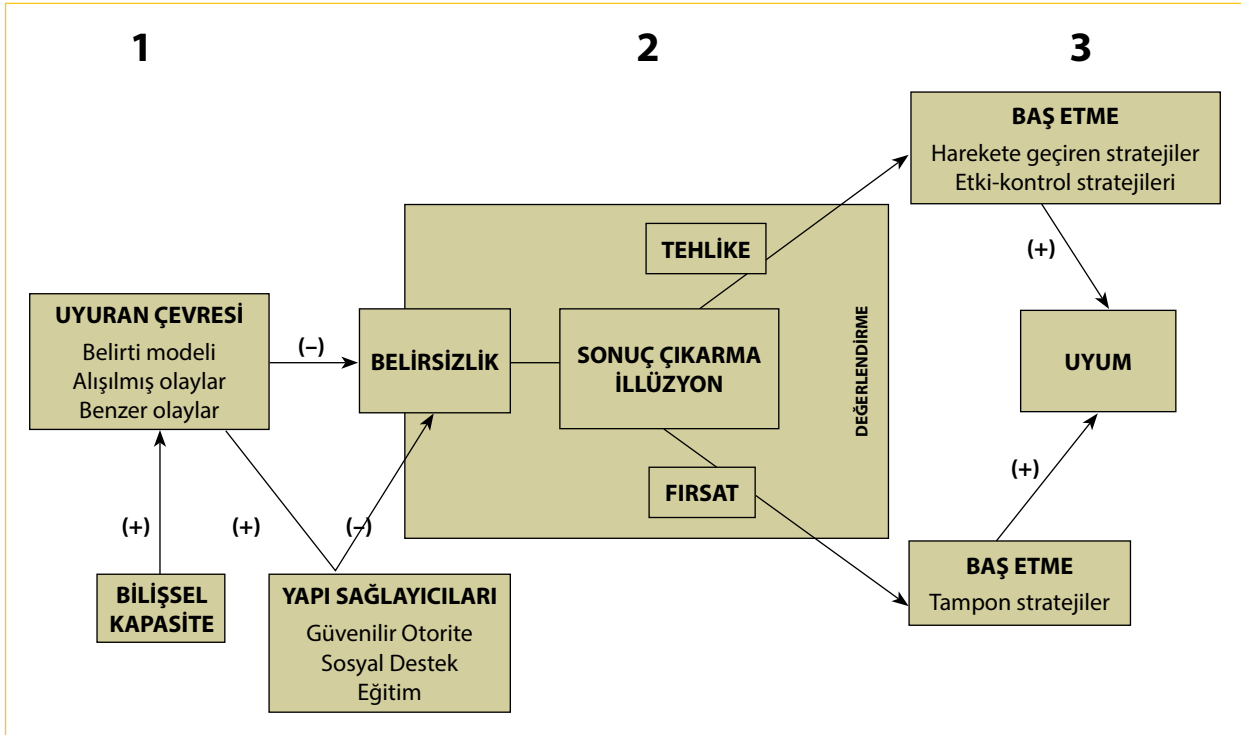
ni hastalığı olan erişkin çocuklarına bakım veren ebeveynlerin, bakım veren rolleriyle ilgili daha fazla formal desteğe ve ruh sağlığı profesyonelleriyle daha iyi iletişim kurmaya gereksinim duydukları belirlenmiştir.^[4]

Belirsizlik, hastalıkla ilgili olayların anlamını belirlemede yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. Bir hastalık yaşantısında belirsizlik; hastalığın şiddeti, tedavinin başarısı, hastalığın bireylerin yaşamına etkisi ve yaşam hedeflerini sürdürmeyle ilgili olarak ortaya çıkabilmektedir.^[5] Hemşire Kuramcı Merle Mishel "hastalıkta belirsizlik" kavramı çerçevesinde 1988 yılında bir orta düzey kuram olan Hastalıkta Belirsizlik Kuramı (HBK)'nı geliştirmiş ve hastalık durumunun bireye ve aileye yaşattığı belirsizliği bilişsel bir stresör olarak ele almıştır. Kuramcı, 1990'da yeniden kavramsallaştırdığı Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramında (YKHBK) ise tekrarlamaya olasılığı olan ve sürekli yönetilmeyi gerektiren kronik bir hastalık durumunda yaşanan sürekli belirsizliği ele almıştır.^[5] Kuram akut ve kronik durumlarda uygulanabilen, hem hasta birey hem de bakım verenlerini kapsayan bir nitelik taşımaktadır.^[6] Demans,^[7] parkinson,^[8] şizofreni^[2] ve lösemide^[9] bakım verenlerde hastalıkta belirsizlik kavramı üzerine çalışmalar yapılmıştır. Mishel (1988) HBK'da, belirsizliği yönetmenin hastalık durumlarına uyum için önemli olduğunu öne sürmekte, bireylerin hastalıkla ilgili olayları bilişsel olarak nasıl işlediklerini açıklamaktadır. HBK, hastalığın akut veya kötüye gidiş gösteren döneminde olan

bireylerin belirsizlik deneyimlerini açıklamaktadır.^[5] Bu olguda bakım veren, hastadaki alevlenme döneminden kaynaklı belirsizlik yaşadığından verilen bakım, HBK'ya temellendirilmiştir.

Kuramdaki temel kavramlar; "belirsizliğin öncülleri, belirsizlik değerlendirmesi, belirsizlikle baş etme ve uyum" dur. YKH-BK'da "yaşama yeni bakış"ı oluşturan "olasılıklı düşünme ve öz-düzenleme" önceki kavramlara eklenmiştir. Belirsizliğin öncülleri olan değişkenler; "uyaran çerçevesi", "bilişsel kapasite" ve "yapı sağlayıcıları"dır.^[5,10] Bunların her biri bireyde belirsizlik algısının oluşmasında olumlu veya olumsuz etki eden faktörlerdir (Şekil 1).

Uyaran çerçevesi, hastalık deneyimlerine eşlik eden uyaranların biçimi, bileşimi ve yapısına atıfta bulunmaktadır.^[11] Sözü edilen uyaranlar, belirsizliği tetikleyici etkisi olan şiddetli, ön görülemeyen ve sonuçlarını tahmin etmenin zor olduğu hastalıkla ilgili olaylardır.^[7] Uyaran çerçevesi; "belirti modeli", "alışılmış olaylar" ve "benzer olaylar" gibi bazı unsurlarla tanımlanır. Bu unsurlar hasta tarafından, belirsizlik durumunu azaltmak için kullanılır. Belirti modeli, semptomların bir model, bir yapı oluşturmaya yetecek tutarlılıkta bulunması anlamına gelir. Belirti modeli; sayı, sıklık, yerleşim, yoğunluk ve süre gibi özellikler içerir.^[12] Şizofreni gibi remisyon ve alevlenmelerle giden hastalıklarda semptomların öngörülemez ve tutarsız yapısı bireyler için bir belirti modeli oluşumunu engelleyerek hastalık durumuyla ilgili belirsizliğe yol açabilmektedir. Alışılmış olay-



Şekil 1. Mishel'in Hastalıkta Algılanan Belirsizlik Modeli. 1. Belirsizliği ortaya çıkaran belirsizliğin öncülleri; uyaran çerçevesi, bilişsel kapasite ve yapı sağlayıcılarıdır. Yapı sağlayıcılar ve bilişsel kapasite uyaran çerçevesini pozitif yönde etkiler; yapı sağlayıcılar ve uyaran çerçevesi de hasta tarafından işlenecek olan bilgiyi sağlama yoluyla belirsizliği azaltabilir. 2. Belirsizlik, zararı anlatan tehlike ya da olumlu bir sonucu gösteren fırsat olarak değerlendirilebilir. 3. Baş etme stratejileri olumlu olarak değerlendirilen belirsizliği sürdürmek ya da tehlike olarak değerlendirilen belirsizliği azaltmak için kullanılır. Baş etme stratejileri belirsizliği istenilen yönde idare etmede etkili olursa uyum meydana gelir.^[10]

lar; bir olayın tekrarlayan, alışılmış ya da bilindik ipuçları içerme derecesini anlatır.^[10] Hastalığın seyri, tedavi seçenekleri ve sağlık hizmeti veren kurumların düzeni konusunda birey için tanınabilir ipuçları olduğunu anlatır.^[12] Klinik yatış yapılması gereken bir durumda, bireylerin karşılaştığı hiç bilmedikleri prosedürler ve tanımadıkları sağlık ekipleri belirsizlik yaratabilmektedir.^[13] Alışılmış olaylar, zaman içinde ve bir ortamda edinilen deneyimler yoluyla gelişir.^[14] Benzer olaylar; hastalıkla ilişkili yaşanan gerçek durum ile o duruma yönelik beklentiler arasındaki tutarlılığı açıklar. Bakım verenin, bakım vermede ne beklediği ve gerçekte ne deneyimlediği arasında fark varsa bu durum stres ve belirsizliğe yol açar, çünkü birey artık geleceğin ne getireceğini bilemez.^[7]

Bilişsel kapasite, kişinin hastalığın oluştuğu koşulları anlamasına ve belirsizliği tanımasına ya da değerlendirmesine olanak tanıyan bilgi işleme yeteneği olarak tanımlanır.^[11] Bilişsel kapasite; ilaçlar, yan etkileri, ağrı ve yorgunluk gibi nedenlerle zayıflayabilir. Teşhis, tedavi, sonuçlar ve prognoz ile ilgili kaygı ve korkular bireylerin bilgi işleme yeteneğini engelleyebilmektedir.^[15]

Yapı sağlayıcıları, belirsizliğe yol açan uyanları doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen, bireyin bu uyanları yorumlamasına yardım eden, işe yarar kaynaklardır. Bu kaynaklar; güvenilir otorite, sosyal destek ve eğitim olup, birey bunları belirsizliği azaltmada kullanır. Güvenilir otorite; hasta ve bakım verenin sağlık profesyonellerine duyduğu güven ve inanç anlamına gelmektedir. Hemşireler ve hemşirelik bakımı, yapı sağlayıcı birer değişken olarak; yorumlama, anlam sağlama ve açıklama yoluyla uyan çerçevesini değiştirebilmektedir.^[15] Güvenilir otorite olarak hemşire, belirsizliği en aza indirerek belirsizlik yaşayan bireyin baş etmesi ve uyumunu kolaylaştıracak uzman gücüne sahiptir. Bu gücü de bireyselleştirilmiş eğitim, danışmanlık ve destek hizmetiyle gerçekleştirir.^[12]

Sosyal destek; bireye, ailesi ve çevresi tarafından verilen ve yaşadığı hastalıkla ilgili deneyimleri açıklamasına yardım eden ilgi, bilgi ve desteği kapsamaktadır. Aynı deneyimleri yaşayan başka bireylerle iletişim ve deneyim paylaşımı bireye tedavi ortamını anlaması için veritabanı sağlar ve "tanıdık olaylar"ı artırır.^[12] Eğitim; uyan çerçevesi ile pozitif bir ilişki içindedir. Güvenilir otoritelerden alınan eğitim bireyin bilgi temelini genişleterek semptomların daha iyi yorumlanmasını ve olayların tanıdıklığını artıracak geniş bir dağarcık sağlar. Bu, bir yapı sağlayıcı olarak eğitimin dolaylı etkisidir. Eğitimin doğrudan etkisi ise bilginin özümseme düzeyini etkilemesidir. Daha az eğitilmiş bireyler kendilerine sağlanan bilgiyi kullanmada daha fazla zamana gereksinim duyar. Bu nedenle bu bireyler daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylere göre daha uzun süre daha fazla belirsizlik yaşantısı deneyimlemiş olurlar.^[14]

Bir hastalık olayının birey veya ailesi tarafından tehlike veya fırsat olarak değerlendirilmesi ve olayla başa çıkma kuramın diğer boyutlarıdır. Kuramda belirsizliğin değerini belirleyen iki değerlendirme süreci "sonuç çıkarma" ve "illüzyon"dur. Sonuç çıkarma, ilişkili durum örnekleri temelinde belirsizliğin değerlendirilmesini anlatmaktadır. Sonuç çıkarma olumlu yönde

gerçekleşirse, belirsizlik bir "fırsat" olarak değerlendirilir. Eğer çıkarımlar tehdit edici bir durum olarak görülürse, belirsizlik "tehlike" olarak değerlendirilir. İllüzyon, belirsizliğin olumlu bir sonuç için potansiyel bir işaret olarak değerlendirilmesine izin verir. Belirsizliğin kesin olmayan ve esnek doğasından dolayı olaylar pozitif bir durumu gösteren bir illüzyon olarak yeniden düzenlenebilir.^[16]

Belirsizlik "tehlike" olarak değerlendirildiğinde zarar verici bir sonuç beklentisi oluşur. Bu beklenti, belirsizliği azaltmaya yönelik baş etme stratejilerini harekete geçirir. Belirsizlik fırsat olarak anlaşıldığında ise pozitif sonuç beklenir ve belirsizliği sürdürmeye yönelik baş etme stratejileri uygulanır. Tehlike değerlendirmelerine kaçınma, iyiye yorma ve diğer uyumsuz başa çıkma stilleri eşlik etme eğilimindedir.^[17] Duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma stratejileri belirsizliği yönetmek için kullanılmaktadır. Bununla birlikte, en sık bildirilen stratejiler pasif duygu odaklı kaçınma stratejileridir. Bu başa çıkma stratejilerinin kullanılması, daha zayıf uyum ve olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Buna karşılık aktif duygu ve problem odaklı başa çıkma stratejileri, sıkıntı ve endişede azalma ile ilişkilidir.^[18] Kabul etme ve gerçekçi değerlendirme gibi uyumlu başa çıkma tarzları ve problem çözme ve planlama gibi araçsal stratejiler olumlu ruh sağlığı göstergeleri ile ilişkilidir. Her iki değerlendirme durumunda da kullanılan baş etme stratejileri etkiliyse, "uyum" ortaya çıkar. Uyumlu yanıtları artırmada, bireyde olayla ilgili olumlu inançlar oluşturma anahtar roldedir.^[17]

Mishel tarafından bildirilen kuramsal açıklamalar ve deneysel verilerin yakından incelenmesi, teorik olarak genişletilebilecek ve yeniden kavramsallaştırılabilecek alanların belirlenmesine yol açmıştır. Bir kişi hastalıkta belirsizliği nasıl yöneteceğini öğrendiğinde hastalık öncesi işlevsellik düzeyinden daha üst düzeyde bir duruma ulaşmış olarak değerlendirilmelidir. Bu haliyle kuram belirsizliğin yıllarca süren sürekli bir deneyim olduğu ve zaman içindeki değişimini vurgulamaktadır.^[5] Kuramın yeniden kavramsallaştırılmasıyla diğer boyutlara ek olarak "öz-düzenleme" ve "olasılıklı düşünme" boyutları eklenmiştir. Eğer değerlendirmeler ve baş etme yanıtları uyuma yönelikse yaşama yeni bir bakışı ifade eden bu iki boyut çıkar.^[7] Öz-düzenleme; normal olarak kabul edilen sürekli belirsizlik durumunu bireyin varoluşu ile bütünleştirerek, onu yaşamın doğal ritmi içinde kabul ederek bireyin de yeni bir düzen anlayışı oluşturmasıdır.^[19] Örneğin bakım verenler hasta olan yakınlarının olumsuz davranışlarını hastalıkla ilişkilendirdiklerinde, bu davranışları kişilik özellikleriyle ilişkilendirdikleri duruma göre daha olumlu bakım verme deneyimi yaşadıklarını belirtmişlerdir.^[7] Olasılıklı düşünme ise hayatta her şeyden daima emin olamayacağımız ve sonuçları ön göremeyeceğimiz inancıdır. Yani koşullu bir dünyaya inanç geliştirmedir. Olasılıklı düşünmeyi geliştirmek için, belirsizliğin doğası, hayatın doğal bir ritmi olarak kabul edilmelidir. Belirsizliğe uyum sağlamak ve her günün yeni olaylar getireceğini kabul etmek olasılıklı düşünme örneğidir.^[7] Belirsizlik bireyler tarafından, yaşamla ilgili görüşlerini yeniden düzenledikleri öz-düzenleme haline ulaşmada temel olarak kullanılır. Bu yeni düzen durumu, orijinal teoride tanımlanmış olan illüzyonlarla aynı değildir.^[5]

Bir Hemşirelik Müdahalesi Olarak Belirsizliğin Yönetilmesi

Belirsizliği yönetmeyle ilgili uygulamalar Mishel tarafından, bireylerin bilgi kazanmalarına, problem çözmelerine, sağlık durumlarını daha idare edilebilir olarak görmelerine yardım etme, hasta ve bakım verici arasındaki iletişimi geliştirme, yan etkilerin yönetimi gibi özbakım becerilerini geliştirme olarak tanımlanmıştır.^[13] Hemşireler; hasta ve yakınlarının beklentileri ve deneyimledikleri arasında bağlantı kurma, tedavinin gerekçesini anlamalarına yardım etme, tanıdık bir terapötik çevre oluşturma, bilgi düzeyini yükseltme, otonomi ve kendi kendini kontrol hissini güçlendirme gibi hemşirelik müdahaleleri ile belirsizliği yönetmede bireylere yardım edebilir.^[12]

Belirsizliği yönetmeyi amaçlayan müdahaleler; bireyin durum hakkındaki görüşünü anlamaya ve belirsizliğin özelliklerini tanımlamaya dayanır. Belirsizliğin öncüllerini keşfetmek hemşireye hastanın belirsizliğiyle ilgili önemli ipuçları verecektir. Hemşirelerin belirsizliği değerlendirebilmek için sorabileceği sorular; sonuçların beklentilerle uyumlu olma, sonuçları kontrol edebildiğine inanma, durumuyla ilgili yeterince bilgilendirilmiş olma ve daha fazla bilgiye ihtiyaç duyma durumunu değerlendirmeye yönelik olmalıdır. Belirsizliğin azalmasına yol açan müdahaleler, hasta ve sağlık profesyoneli iletişimi, bilişsel yeniden çerçeveleme ve problem çözme içerir. Kronik hastalıklarda belirsizliğin yönetilmesindeki temel amaç; belirsizliğin normaleştiği ve yaşamın bir parçası haline geldiği yeni bir bakış açısı sağlamaktır. Bu yeni yaşam perspektifinin gelişimi belirsizlik içinde yaşamının bir sonucu olarak ortaya çıkar ve hemen elde edilemez.^[11]

Sağlık profesyonelleri, hastalardaki belirsizliği azaltmada bir yapı görevi görür. Sağlık profesyonelleri ile açık iletişim kuran hasta ve bakım verenler, problemlerini etkili bir şekilde çözmeye ve ileri planlar yapmalarına izin verecek bilgileri kazanırlar.^[11] Kendini savunuculuğu teşvik etmek için bireylere iletişimde atılganlık becerileri öğretmek onların kendi bakımlarına katılımlarını artıracaktır. Bireylerin hastalıkla ilgili kaygılarını, problemlerinin çözümüne yardım edecek şekilde bilişsel olarak yeniden çerçevelemelerine yardım etmek de belirsizliği yönetme yollarından biridir.^[20] Bilişsel yeniden çerçevelemede; bireyin hastalıkla ilgili olayları bilişsel olarak yönetilebilir ve daha az tehdit edici bir durum olarak algılamasına yardım edilmektedir. Müdahalenin bu bileşeni bireyin, önem verdiği kişilerle hastalıkla ilgili olayları konuşması, dikkatini yaşamın kontrol edilebilir alanlarına çevirmesi, hastalığa verdiği tepkileri yeniden anlama ve ifade etmesini kapsamaktadır. Birey problemini yönetilebilir olarak tanımlıyorsa bu görüşleri ve davranışları desteklenerek pekiştirilir. Bu tür müdahaleler mevcut bilişsel yönelimin güçlendirilmesine yardımcı olur. Bununla birlikte, birey durumu tehdit edici görüyorsa, sorunun niteliği ve nasıl yönetileceği hakkında bilgi sağlayan müdahaleler kullanılır. Kuramın önerdiği bir diğer müdahale olan problem çözme yaklaşımı, hastanın bir sorunu tanımlamasına, alternatif çözümler üretmesine, sorunun en iyi çözümünü bulmasına ve çözümü planlayıp uygulamasına olanak tanır.^[11] Bu süreçte bireylerin çözümleri ve sonuçları raporlandırması ve çözüm-

ler başarılı olduğunda aynı çözümlerin uygulanabileceği diğer problemleri düşünmesi için cesaretlendirme yer almaktadır.^[20]

Hemşireler, hasta ve bakım veren bireylerin hastalıkta belirsizliği yönetmesini kolaylaştırmak için söz edilen müdahaleleri kullanarak çalışır. Bu bağlamda, kuramın hasta ve bakım veren bireylerin deneyimlerini anlama ve onlara verilecek bakımı geliştirmede önemli katkılar sağlayacağına inanılmaktadır. Bu olguda şizofreni hastalığı olan bir bireyin bakım vereninin yaşadığı belirsizliği ve uygulanan hemşirelik bakımını, Hastalıkta Belirsizlik Kuramı bağlamında tartışmak amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Bu olgu çalışmasında, bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatmakta olan şizofreni hastasının bakım verenine HBK'ya göre bakım uygulanmıştır. Araştırmacı, doktora dersi kapsamında uygulama izni alarak kurumda bulunmuştur. Uygulamanın yapıldığı 11–15 Ocak 2016 tarihleri arasında yatan şizofreni hastalarının yanında refakatçi olarak bulunan yakınları klinik ortamda gözlenmiş, bunların içinden kendi isteğiyle araştırmacıyla iletişime geçen ve sorular soran bir bakım verene yönelik yapılan gözlem ve görüşme sonrası hastalık süreciyle ilgili belirsizlik yaşadığı görülmüştür. Bakım verenin hastalıkla ilgili yaşadığı belirsizlik deneyimini anlamak ve belirsizlikle baş etmesine yardım etmek için sözel onam alınmıştır. Bu makalenin yayınlanabilmesi için olgudan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Hasta, 55 yaşında, kadın ve bekardır. Şizofreni tanısıyla 20 yıldır takipli hastanın durumu son bir yılda kötüleşmiştir. Özellikle son bir ayda kendi kendine konuşmaları artmış, kimseyle konuşmamaya ve yemek yememeye başlamıştır. Yakınlarına karşı saldırgan ve şüpheli tavırları olmuştur. Yerlerde ve tavana ışıklı çizgiler şeklinde görsel var sanıları olmuştur. Kişisel bakımını ihmal etmeye başlamıştır. Bu şikayetlerle yatışı yapılan hastanın ruhsal durum muayenesinde özbakımının azaldığı, iletişime isteksiz olduğu, bilinç açık ve oryante olduğu, konuşmalarının amaca uygun olmadığı, görsel var sanılara ek olarak perseküsyon sanrıları olduğu kaydedilmiştir.

Bakım veren GC, 58 yaşında, ilkökul mezunu olup, hastanın ablasıdır. Yaklaşık 1.5 aydır yatmakta olan hastanın refakatçisi olarak klinikte bulunmaktadır. Klinikte yapılan gözlemlerde GC'nin sık sık hemşirelere hastasıyla ilgili sorular sorduğu, kaygılı bir yüz ifadesi taşıdığı, klinikteki diğer hasta yakınlarıyla iletişim halindeyken ağladığı ve sorular sorduğu gözlenmiştir. Bakım verenin araştırmacıyla iletişime geçip hastalık ve bakım verme süreciyle ilgili bazı sorular sorması üzerine, yaşadığı belirsizliği ve özelliklerini tanımlamak amacıyla bir görüşme yapılmıştır. Bu görüşme; veri toplama, bireydeki belirsizlikleri saptama ve bakımı planlama için yapılan bir görüşmedir. Bu görüşmeden gelen veriler müdahaleleri şekillendirmiştir. GC'den alınan bilgiye göre; ailede, baba ve üçüncü kardeşte bipolar bozukluk tanısı olduğu, babanın çok uzun süre ilaç kullanmaya ikna edilemediği ve tedavi almadığı, çocuklarına şiddet uyguladığı öğrenilmiştir. Babaya, son bir kaç yıldır depo enjeksiyon yapıldığından halen remisyondadır. GC, eşi ve ço-

cuklarıyla yaşadığı kendi evinde beş yıldır hastaya baktığını, bundan dolayı bazı psikososyal sorunlar ve aile içi problemler yaşadığını, çocuklarının bakımını ihmal ettiğini belirtmiştir.

Bakım verenin yaşadığı belirsizliğin öncüllerini tanımasına ve belirsizlikle ilgili değerlendirmelerini fark etmesine yardım etmek için yapılan görüşmede elde edilen veriler kuramın kavramları temelinde tablo haline getirilerek sunulmuştur (Tablo 1). Bakım verendeki belirsizlik tanımlandıktan sonra kuramın belirsizlikle baş etmek için önerdiği müdahaleler doğrultusunda bireye hemşirelik bakımı verilmiştir.

Hemşirelik Bakımı

Bakım verende belirsizlik düşüncesini ortaya çıkaran faktörlerin; hastalığın alevlenme ve zaman zaman geriye gidiş gösteren yapısı ve bakım verici olarak uygulamalarının yeterli olup olmadığıyla ilgili kaygılar olduğu belirlenmiştir. Araştırmacı, bakım verendeki belirsizliğin yönetimi için; belirsizlik yaratan durumları dikkate alarak hastalıkla ilgili bilgilendirme, bilişsel yeniden çerçeveleme, problem çözme ve iletişim becerilerini

geliştirmeye yönelik müdahaleleri kullanmıştır. Müdahaleler; araştırmacının uygulamayı yaptığı tarihlerde gereksinimler doğrultusunda bakım verenle yaptığı kısa görüşmeler ve birlikte vakit geçirerek hastayla iletişim ve hastaya yaklaşım konusunda bakım verene rol model olma ve duygularını ifade etmesine destek olma gibi bakımı destekleyici yaklaşımları içermiştir.

Hastalıkla ilgili bilgi verme boyutunda; şizofreni hastalığının nedeni, seyri ve bireylerin yaşamı üzerine etkileri ve tedavisi konusunda bilgi verilmiştir. Kronik ruhsal hastalıkların, alevlenmelerle giden bir seyir izlediği, iyileşmenin yavaş ve küçük adımlarla gerçekleşebileceği, bununla uğraşmanın hastalar ve yakınları için zor olabileceği, bu süreçte hastayı yargılamamak gerektiği anlatılmıştır.

Bilişsel yeniden çerçeveleme boyutunda; hastanın onu tanınamasının, bazı şeyleri hatırlamada güçlük çekmesinin hastalığın doğasında olan bilişsel bozulmalardan kaynaklanabileceği, bakım verenin buna duygusal yaklaşmasının ve kişisel olarak algılamasının hastayı ve kendisini olumsuz etkileyebileceği üzerine konuşularak durumlara farklı bakış açısı getirme ko-

Tablo 1. Bakım verende belirsizliğin bileşenleri

Belirsizliğin öncülleri	
Uyaran çerçevesi	
Belirti modeli	• Hastadaki donuk duygudurum, anlamsız konuşmalar, bazen sorulara cevap vermeme, içe kapanma, kliniğe ilk yattığı döneme göre gerileme olduğunu düşündüren ve birden ortaya çıkan koku var sanıları ve bakım vereni "sen kimsin" diyerek tanınamasının belirsizlik algısını artırdığı düşünülmektedir.
Alışılmış olaylar	• Klinikte, diğer şizofreni hastalığı olan bireylere bakım verenlerle duygu ve deneyim paylaşımının bakım verende belirsizliği azaltabileceği düşünülmektedir.
Benzer olaylar	• Bakım veren, hastasının taburcu olmasını beklerken ortaya çıkan yeni sorunların taburculuğu geciktirmesinin kendisinde şaşkınlık ve umutsuzluğa yol açtığını belirtmiştir.
Bilişsel kapasite	• Bilişsel kapasiteyi ölçen bir uygulama yapılmamıştır. Bakım veren, 58 yaşında ve ilkokul mezunudur. Bununla birlikte bakım verenin "ben ne yapmalıyım, ne yapacağımı şaşırdım" ifadesi, ağlaması, kendini suçlaması ve sürekli problem üzerine düşünmesi pasif duygu odaklı baş ettiğini düşündürmekte, yorgunluk ve duygusal sorunların problem çözme ve baş etme becerilerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.
Yapı sağlayıcıları	
Güvenilir otorite	• Bakım veren, sağlık profesyonellerinin iş yükünün fazla olduğunu ancak onlara ulaştığı durumlarda bakım ve tedaviyle ilgili sorularına yanıt bulduğunu belirtmektedir.
Eğitim	• Bakım veren, şizofreni hastalığı ve bakım verici olma ile ilgili formal bir eğitim almadığını belirtmiştir.
Sosyal destek	• Bakım verenin, "hastaya 5 yıldır evinde baktığını, uzun süredir hastayla ilgilenen tek kişi olduğunu" belirtmesi ve ailede başka bakıma muhtaç bireylerin olması, sosyal desteğinin iyi olmadığını göstermektedir.
Belirsizlik değerlendirmesi	
	• Bakım veren, hastalığın seyrini anlayamadığını, nasıl davranacağını bilmediğini, hiç bir çabasının işe yaramadığını belirtmiştir. "Tam da biraz iyi oldu, taburcu olacağız derken yine başa döndük, merdivenin yukarılarından gene aşağıya yuvarlandık" ve "ben daha ne yapmalıyım hemşire hanım, şaşırdım" sözleri belirsizliği tehlike olarak algıladığını göstermektedir.
	• Yaşadığı duruma ilgili bir fırsat değerlendirmesi ifade etmemiştir. Bakım veren hastalığın seyri ve sonuçları konusunda bilgi eksikliği ve öngörülebilirlikle ilgili belirsizlik yaşamaktadır. Bakım verici rolünde zorlanmayla birlikte nasıl daha etkili bakım verebileceğiyle ilgili sorular sormaktadır.
Belirsizlikle baş etme ve uyum	
	• Bakım verenin ağlaması ve çaresizlik duyguları duygu odaklı baş ettiğini düşündürmektedir.
	• Bunun yanında diğer bakım verenlerle ve hemşire ile kendiliğinden iletişime geçmekte ve baş etmeye yönelik sorular sormaktadır.
	• Hastayı terapötik ortama katma konusunda çaba gösterdiği, bunu yaparken ise kendi özbakımını ve günlük aktivitelerini ihmal ettiği gözlenmiştir.

nusunda tartışılmıştır. Hastayla iletişimde her zaman ismiyle seslenmesi, gün içinde sık sık iletişim halinde olması, nerede olduklarını ve ne yaptıklarını da zaman zaman hatırlatmasının önemli olduğu vurgulanmıştır. Bakım verenin dikkatini yaşamındaki kontrol edilebilir alanlara yöneltmesi önerilmiştir. Bu doğrultuda hastadaki alevlenme belirtilerini tanınması ve erken önlem almasının önemi anlatılmıştır. GC'nin hastalık ve bakım vermeye verdiği tepkileri yeniden anlaması ve ifade etmesi sağlanmıştır. Olumlu ve olumsuz tüm duygularını ifade etmesi konusunda desteklenmiştir. Belirsizliğin, başta bakım verende olumsuz duygulara yol açtığı halde onu yardım aramaya yönelten ve sonucunda umuda götüren bir fırsat olduğu tartışılmıştır.

Problem çözme boyutunda; hastanın günlük işlerini yapması konusunda bakım verenle ayrıntılı bir değerlendirme yapılmıştır. Bakım veren, hastanın bir iş verildiğinde yerine getirdiğini, örneğin çok titiz ve düzenli bir şekilde çamaşır topladığını söylemiştir. Şizofreni hastalarının motivasyonlarının düşük olabileceği, bir işe başlama ve sürdürmede isteksizlik ve işi yapmak için zihinlerini toplamada zorluk yaşayabileceklerinden sözedilmiştir. Evdeki günlük işlerde, strese girmeden yapabileceği işlerin her zaman hastaya hatırlatılarak, her defasında basit açıklamalarla işe yönlendirilmesi konusu tartışılmıştır. Bakım veren, yaşadıkları ilçede hastayı toplum ruh sağlığı merkezine göndermeyi denediği ancak hastanın istekli olmadığını belirtmiştir. Hastanın bir toplum ruh sağlığı merkezine devam etmesinin, toplumsal katılımını artırma ve boş zamanı değerlendirme konusunda çok faydalı olacağı konuşularak bununla ilgili çabası desteklenmiş, bunun kendi günlük yaşamını düzenleme konusunda bakım verene de fayda sağlayacağı üzerinde fikir birliğine varılmıştır.

Bakım verenin tükenmişlik ve yorgunluk yaşamasını önlemek adına kendisine de dinlenecek boş zaman fırsatları yaratması, ruhsal ve fiziksel açıdan yardıma gereksinim duyabileceği söylenmiştir. Uyku ve dinlenmenin bakım verenin bilişsel kapasitesini artıracığı düşünüldüğünden hastasının bu ortamda güvende olduğu, tedavi altında olduğu, dinlenmek ve uyumak üzere klinikten çıkabileceği veya klinikte hastanın uğraşlara katıldığı zamanlarda kendine dinlenmek için vakit ayırabileceği üzerine konuşulmuştur.

İletişim becerilerini geliştirme boyutunda; hasta ve bakım veren arasındaki iletişimi geliştirmek için hasta uğraşı etkinliğine katılması konusunda desteklenmiş ve uğraşı sırasında bakım verenin de aynı ortamda bulunması ve araştırmacı ile hasta iletişimini gözlemlemesi sağlanmıştır. Hastayı terapötik ortama katma konusunda çaba gösterdiği gözlenmiş, bu çabaların sürekliliğinin bireyin iyileşmesinde çok önemli bir yeri olduğu hatırlatılarak olumlu geri bildirim verilmiştir. Bakım veren, bu uygulamalar sonrasında kendisini çok daha iyi hissettiği ve konuşulan alanlarda harekete geçmeye isteklilik duyduğu yönünde geri bildirim vermiştir.

Bu olgu makalesine konu olan uygulama sürecinde, bakım verenin yaşadığı belirsizliğe müdahale etmede HBK'nın psikiyatri klinik hemşirelerine kolaylaştırıcı ve destekleyici bir yol açtığı

deneyimlenmiştir. Bu çıkarım, bakım verenin geribildirimleri ve hemşirenin bakımveren-hasta ilişkisine dair gözlemleri doğrultusunda şekillenmiştir. Bakım verenin yaşadığı belirsizlik saptanmaz ve uygun şekilde müdahale edilmezse bu belirsizliğin ruhsal sağlığı tehdit edici sonuçlara yol açacağı ve kuramda belirtildiği gibi uyuma dönüşemeyeceği düşünülmektedir.

Tartışma

Bu çalışmada, şizofreni hastasına bakım veren bireye Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Kuramı'na göre hemşirelik bakımı verilmiştir. Diğer hemşirelik kuramlarındaki "hasta" temel paradigmasına karşılık, bakım verenlere de uygulanabilirliğiyle merkeze hastalıktan etkilenen "bireyi" koymasının, kuramın güçlü bir yanı olduğu düşünülmektedir. Çalışmada, bakım verenin hastaya nasıl daha fazla yardım edebileceğiyle ilgili kaygı yaşadığı ve sorular sorduğu belirlenmiş, bakım verirken yaşadığı zorluklar gözlenmiştir. Benzer şekilde Baier'in (1995) şizofreni hastalarının ailelerinin yaşadığı belirsizlik deneyimini araştıran HBK temelli kalitatif çalışmasında, bakım verenlerin hastalara nasıl bakabilecekleri ve hastaya bakmak için kendi sağlıklarını ne kadar süre daha erteleyebilecekleriyle ilgili belirsizlik yaşadıkları belirlenmiştir. Bakım verenlerin bazıları belirsizliği umuda götüren bir fırsat bazıları ise bir tehlike olarak algılamıştır. Hepsinin ise bu deneyim sonucunda yaşama bakış açılarının değiştiği bulunmuştur.^[2]

Çalışmada bakım veren, bakım ve tedaviyle ilgili sorularına klinik hemşirelerinin yanıt verdiklerini belirtmiştir. Güvenilir otoriteyle kurulan etkili iletişim ve alınan desteğin belirsizliği hafifletici bir faktör olduğu kuramda belirtilmektedir.^[14] Yanı sıra araştırmacının bireyin hastalıkla ilgili belirti örüntüsü oluşturmaya yardım etmesi, bakım verme davranışı ve sağlık çevresiyle ilgili bilgilendirmesinin de belirsizliğin yönetilmesini kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Benzer bir çalışmada bakım verenlerin bazıları kurum personelleri tarafından kendilerine saygı duyulmadığını, dinlenilmediklerini ve onlarla olumsuz bir ilişki içinde olduklarını belirtmişlerdir. Ancak yakınlarıyla ilgilendikleri için onları da öfkelenmek istemedikleri ve sessiz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Belirsizliği değerlendirme ve baş etmelerinde ise eğitim, sosyal destek gibi yapı sağlayıcılardan çok içsel kaynaklarının kendilerine yardımcı olduğu belirlenmiştir.^[7] Bu olguda bakım veren, şizofreni hastalığı ve bakım verici olma ile ilgili formal bir eğitim almadığını belirtmiştir. Ancak klinikte, refakatçi olarak bakım verenlere izin verildiğinden, birey bakım ortamının merkezinde yer alabilmekte ve güvenilir otoriteler olan sağlık profesyonellerine daha kolay ulaşım sorularını yöneltebilmektedir.

Çalışmada bakım verenin, kendisine yardımcı olacak bir aile bireyinin olmadığını belirtmesi bir yapı sağlayıcı olan sosyal desteğinin yeterli olmadığını göstermektedir. Ancak kuramda da belirtildiği üzere, GC'nin klinikte aynı hastalığa sahip bireylerin bakım verenleriyle iletişim kuruyor olmasının alışılmış olayları artırarak belirsizliğin yönetilmesini kolaylaştırabileceği düşünülmektedir.^[12]

Bilişsel kapasitenin bozulması, problem çözme gibi bilişsel becerileri ve baş etmede kullanılan iletişim becerilerini zayıflatabilmektedir. Cypress'ın (2016) belirttiğine göre yorgunluk, tedavi, sonuçlar ve prognoz ile ilgili kaygı ve korkular bilişsel becerileri olumsuz etkileyebilmektedir.^[15] Bu olguda bakım verenin, uzun süredir tek başına hastanın bakım vericisi olması ve bir süredir yataklı klinikte refakatçi olarak bulunmasının getirdiği yorgunluğun ve duygusal yüklerin onun belirsizlik değerlendirmesini etkilediği ve bu yüzden yaşadığı deneyimi daha tehdit edici olarak algıladığı düşünülmektedir. Kuramda da belirtildiği gibi bilişsel yeniden çerçeveleme yoluyla soruna yeni bir bakış açısı kazandırma ve sorun çözme becerisini geliştirme yoluyla bireylerin bilişsel kapasitesi artırılabilir.^[18] Bunun yanında doğrudan bilişsel becerileri bozan etkene yönelik de müdahale yapılabilir. Örneğin, bu çalışmada da görüldüğü şekilde bilişsel kapasiteyi etkileyen durum yorgunluk olduğunda bakım verene dinlenmesi için gerekli ortam ve zaman sağlanmalıdır.

Araştırmacının kullandığı diğer müdahaleler ise kuramda önerildiği şekilde; bakım verende belirsizlik yaratan durumları dikkate alarak hastalıkla ilgili bilgilendirme, problem çözme ve iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik uygulamalar olmuştur.^[21-24]

Sonuç olarak; bu olguda belirsizliğin başta bakım verende olumsuz duygulara yol açtığı halde onu yardım aramaya yönelten ve sonucunda umuda götüren bir fırsat olduğu düşünülmektedir. HBK'ya temellendirilmiş bakımın, şizofreni hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinin yaşadığı zor deneyimleri açıklama ve onlara yardım etmede etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kuramın hemşirelik eğitiminde kullanılması, öğrencilerin rutin bakım planlaması içinde hastalıkta belirsizliği fark etmelerine ve teori tabanlı uygulama anlayışı geliştirmelerine katkı sağlayacaktır. Ülkemizde, HBK'ya temelli çok fazla çalışma olmadığından farklı hastalık grupları ve bakım verenlerinde kurama dayalı müdahaleler geliştirilmesi ve test edilmesi önerilmektedir.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – S.T.B., K.B.; Dizayn – S.T.B., K.B.; Denetim – S.T.B., K.B.; Finansman - S.T.B., K.B.; Materyal – S.T.B., K.B.; Veri toplama veya işleme – S.T.B.; Analiz ve yorumlama – S.T.B., K.B.; Literatür arama – S.T.B.; Yazan – S.T.B.; Kritik revizyon – S.T.B., K.B.;

Kaynaklar

1. Güner P. Illness perception in Turkish schizophrenia patients: a qualitative explorative study. *Arch Psychiatr Nurs* 2014;28:405–12.
2. Baier M. Uncertainty of illness for persons with schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 1995;16:201–12.
3. Brady N, McCain GC. Living with schizophrenia: a family perspective. *Online Journal of Issues in Nursing* 2005; 10. Retrieved January 29, 2019, from <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No1Jan05/HirshArti->

[cle/LivingwithSchizophrenia.html](https://www.nursingworld.org/Articles/LivingwithSchizophrenia.html).

4. Landon J, Pike B, Diesfeld K, Shepherd D. The experiences of parents providing support to adult children with schizophrenia. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2016;14:385–99.
5. Mishel MH. Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 1990;22:256–62.
6. Mishel MH, Clayton MF. Theories of uncertainty in illness. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company; 2008. p. 55–84.
7. Unson C, Flynn D, Glendon MA, Haymes E, Sancho D. Dementia and Caregiver Stress: An Application of the Reconceptualized Uncertainty in Illness Theory. *Issues Ment Health Nurs* 2015;36:439–46.
8. Hurt CS, Cleanthous S, Newman SP. Further explorations of illness uncertainty: carers' experiences of Parkinson's disease. *Psychol Health* 2017;32:549–66.
9. He S, You LM, Zheng J, Bi YL. Uncertainty and Personal Growth Through Positive Coping Strategies Among Chinese Parents of Children With Acute Leukemia. *Cancer Nurs* 2016;39:205–12.
10. Can Gürkan Ö. Hastalıklarda Belirsizlik Kuramı. In: Ocaçık AF ve Ecevit Alpar Ş, editors. *Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri* İstanbul: İstanbul Medikal; 2013. p. 101–12.
11. Yu Ko WF, Degner LF. Uncertainty after treatment for prostate cancer: definition, assessment, and management. *Clin J Oncol Nurs* 2008;12:749–55.
12. Righter BM. Uncertainty and the role of the credible authority during an ostomy experience. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1995;22:100–4.
13. Neville KL. Uncertainty in illness. An integrative review. *Orthop Nurs* 2003;22:206–14.
14. Mishel MH, Braden CJ. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. *Nurs Res* 1988;37:98–103, 7.
15. Cypress BS. Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel's Theory of Uncertainty of Illness. *Dimens Crit Care Nurs* 2016;35:42–9.
16. Mishel, MH. Uncertainty in Illness. In: Fitzpatrick JJ, Wallace M, editors. *Encyclopedia of Nursing Research*. New York: Springer Publishing Company; 2012. p. 350–1.
17. Mishel MH. Theories of uncertainty in illness. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middle range theories for nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 2014. p. 63–93.
18. Mishel MH, Germino BB, Gil KM, Belyea M, Laney IC, Stewart J, et al. Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psychooncology* 2005;14:962–78.
19. Monsivais D. Self-organization in chronic pain: a concept analysis. *Rehabil Nurs* 2005;30:147–51.
20. Amoako E, Skelly AH, Rossen EK. Outcomes of an intervention to reduce uncertainty among African American women with diabetes. *West J Nurs Res* 2008;30:928–42.
21. Bailey DE, Mishel MH, Belyea M, Stewart JL, Mohler J. Uncertainty intervention for watchful waiting in prostate cancer. *Cancer Nurs* 2004;27:339–46.

22. Gil KM, Mishel MH, Belyea M, Germino B, Porter LS, Clayton M. Benefits of the uncertainty management intervention for African American and White older breast cancer survivors: 20-month outcomes. *Int J Behav Med* 2006;13:286–94.
23. Mishel MH, Germino BB, Lin L, Pruthi RS, Wallen EM, Crandell J, et al. Managing uncertainty about treatment decision making in early stage prostate cancer: a randomized clinical trial. *Patient Educ Couns* 2009;77:349–59.
24. Germino BB, Mishel MH, Crandell J, Porter L, Blyler D, Jenerette C, et al. Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2013;40:82–92.