

İç Hastalıkları Hemşirelerinin Sık Karşılaştığı Bir Gerçek; 'Belirsizlik' Kavramına Kuramsal Bakış

Burak Arslan | <https://orcid.org/0000-0002-4981-2806> | burakarslan@hitit.edu.tr

Hitit Üniversitesi, İskilip Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Çorum, Türkiye

ROR ID: <https://ror.org/01x8m3269>

Öz

İç hastalıkları hemşireleri akut ve kronik belirsizlik duygusu yaşayan hasta bireylere bakım vermektedir. Belirsizlik duygusu yaşayan bireyin içinden geçtiği süreç ve belirsizliğe adaptasyon geliştirme biçimlerinin tanınması bu alanda çalışan hemşireler için oldukça önemlidir. Hasta bireylerin yaşadığı belirsizlik süreci hemşire kuramcılardan biri olan Merle Mishel tarafından geliştirilen "Uncertainty of Illness\Hastalığın Belirsizliği" teorisi ile aydınlatılmıştır. Teorinin 1988 yılında geliştirilen ilk halinde akut\kısa süreli belirsizlik duygusu yaşayan bireyin adaptasyon süreci ve bu yolda belirsizliğe yüklediği "fırsat" ve "tehdit" anlamları ele alınmıştır. Sonraki yıllarda (1990) yeniden kavramsallaştırılan teoride uzun süreli\kronik belirsizlik yaşayan bireyler için "kesinliğin olmadığı düşüncesi" ve "hayata yeniden bakış" kavramları açıklanmıştır. İç hastalıkları hemşirelerinin akut ve kronik belirsizlik duygusu yaşayan bireylere yardım edebilmesi için ilgili teorinin kavramlarını ve özünü kavraması gerektiği düşünülmüştür. Bu derleme, Mishel'in "Hastalığın Belirsizliği" teorisini açıklamak amacıyla kaleme alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Belirsizlik, Hasta, Hemşirelik, Mishel

Atıf Bilgisi

Arslan, B. (2024). İç Hastalıkları Hemşirelerinin Sık Karşılaştığı Bir Gerçek; 'Belirsizlik' Kavramına Kuramsal Bakış. *Hitit Sağlık Dergisi*, 2, 40-54.

Geliş Tarihi	29.01.2024
Kabul Tarihi	16.02.2024
Yayın Tarihi	31.03.2024
Değerlendirme	İki Dış Hakem / Çift Taraflı Körleme
Etik Beyan	Bu çalışmanın hazırlanma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyulduğu ve yararlanılan tüm çalışmaların kaynakçada belirtildiği beyan olunur.
Benzerlik Taraması	Yapıldı - Turnitin
Çıkar Çatışması	Çıkar çatışması beyan edilmemiştir.
Finansman	Bu araştırmayı desteklemek için dış fon kullanılmamıştır.
Telif Hakkı & Lisans	Yazarlar dergide yayımlanan çalışmalarının telif hakkına sahiptirler ve çalışmaları CC BY-NC 4.0 lisansı altında yayımlanmaktadır.

A Fact That Internal Medicine Nurses Frequently Encountere; Theoretical View of The Concept of 'Uncertainty'

Burak Arslan | <https://orcid.org/0000-0002-4981-2806> | burakarslan@hitit.edu.tr

Hitit University, Iskilip Vocational School, First and Emergency Aid Program, Corum, Türkiye

ROR ID: <https://ror.org/01x8m3269>

Abstract

Internal medicine nurses provide care to sick individuals who experience acute and chronic feelings of uncertainty. Recognizing feeling of uncertainty and adaptation mechanism is very important for nurses working in this field. The uncertainty process experienced by sick individuals is illuminated by the theory of "Uncertainty of Illness" developed by Merle Mishel, one of the nurse theorists. In the first version of the theory, developed in 1988, the adaptation process of the individual who experienced a feeling of acute/short-term uncertainty and the meanings of "opportunity" and "threat" he attributed to uncertainty were discussed. In the theory, which was reconceptualized in the following years (1990), the concepts of "probabilistic thinking" and "new view of life" were explained for individuals experiencing long-term/chronic uncertainty. It was thought that internal medicine nurses should grasp the concepts and essence of the relevant theory in order to help individuals experiencing acute and chronic feelings of uncertainty. This review was written to explain Mishel's "Uncertainty of Illness" theory.

Keywords; Chronic Disease, Uncertainty, Patient, Nursing, Mishel

Citation

Arslan, B. (2024). A Fact That Internal Medicine Nurses Frequently Encountere; Theoretical View of The Concept of 'Uncertainty'. *Hitit Health Journal*, 2, 40-54.

Date of Submission	29.01.2024
Date of Acceptance	16.02.2024
Date of Publication	31.03.2024
Peer-Review	Double anonymized - Two External
Ethical Statement	It is declared that scientific and ethical principles have been followed while carrying out and writing this study and that all the sources used have been properly cited.
Plagiarism Checks	Yes - Ithenticate
Conflicts of Interest	The author(s) has no conflict of interest to declare.
Grant Support	The author(s) acknowledge that they received no external funding in support of this research.
Copyright & License	Authors publishing with the journal retain the copyright to their work licensed under the CC BY-NC 4.0 .

Giriş

İç Hastalıkları Hemşireliği; diyabet, onkoloji, palyatif bakım, endoskopi, rehabilitasyon, diyaliz alt başlıkları altında, kronik hastalığı olan bireylere profesyonel hemşirelik bakımı veren bir hemşirelik disiplini (https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.13830-ek-2%20ve%203.htm). Kronik hastalık tanısı almak bireyde hastalık ve tedavi sürecine ilişkin belirsizlik duygusu oluşturabilmektedir (Çınar ve ark., 2020). Literatürde kanser hastalarının yaşadığı belirsizlik deneyimine ilişkin araştırmalar yer almaktadır (Lien et al., 2010; Sammarco & Konecny, 2010; Kazer et al., 2011; Çınar ve ark., 2020). Kanser dışındaki tanılara bağlı palyatif bakım alan hastalara ilişkin yapılan bir sistematik derlemede, hastaların belirsizlik yaşadığı ve bu durumun profesyonel bakımın önündeki bir engel olduğu belirlenmiştir (Oishi & Murtagh, 2014). MS hastaları üzerine yapılan bir araştırmada da hastalığa ilişkin belirsizliğin intihar düşüncesini etkilediği bildirilmiştir (Gümüş ve Sezgin, 2016). Başka bir araştırmada ise belirsizlik duygusu yaşayan hastaların kaygı düzeyi yüksek bulunmuştur (Gök, 2022).

Literatür verileri göstermektedir ki kronik hastalığı olan bireyler belirsizlik ve buna bağlı kaygı yaşamaktadır (Çınar ve ark., 2020; Oishi & Murtagh, 2014; Gümüş ve Sezgin, 2016; Gök, 2022). Bu nedenle iç hastalıkları hemşireleri bu duyguyu tanımalı, hemşirelik bakımında ele almalıdır. Belirsizlik duygusu yaşayan hastanın içinde bulunduğu süreci ve bu süreçten anlam bulmasını, belirsizliği fırsata çevirmesini Merle Mishel 1988 yılında açıklamıştır. "Uncertainty of Illness" adıyla ortaya atılan bu teori 1990 yılında yeniden kavramsallaştırılmıştır (Gürkan, 2013; Alligood, 2014). Bu derleme, ilgili teoriye ilişkin kavramların ve teorinin özünün açıklanması amacıyla kaleme alınmıştır.

Hastalığın Belirsizliği Teorisi\ Uncertainty of Illness

Teorinin Temel Kavramları

Teori üç ana tema üzerine kurulmuştur; belirsizlik geçmişi, belirsizlik değerlendirme süreci, belirsizlikle başa çıkma.

Belirsizlik\Uncertainty: Hastalıkla ilişkili olaylara ve bunların anlamına yönelik tahmin yürütememe halidir. Gelecekteki olaylara ilişkin yeterli ipuçlarına sahip olunamadığında yaşanan bilişsel bir durumdur. Birey yaşadığı durumla ilgili süreci ve sonuçlarını tahmin edememektedir (Mishel, 1984).

Bilişsel Şema\Cognitive Shema: Bireylerin hastaneye yatma, hastalık ve tedavi sürecine yönelik kendi kafasında geliştirdiği yorumdur (Mishel, 1988).

Uyarıcı Çerçeve\Tetikleyen Uyarı\Stimuli Frame: Bireyin algıladığı uyarıların şekli, yapısı ve bileşimi anlamını taşır. Üç temel bileşeni vardır: semptom paterni, olayların benzerliği, olayların ahengi veya uyumu. Uyarıcı çerçeve daha sonra bilişsel şema içinde yerini alır (Mishel, 1988).

Semptom paterni semptomların bir kalıba sahipmiş gibi algılanması için yeterli tutarlılıkta ortaya çıkma derecesidir. Bir başka deyişle semptom örüntüsü olarak açıklanabilir (Mishel, 1988).

Olayların benzerliği bir durumun tekrarlama derecesi; olay ahengi ise hastalık deneyimi esnasında tecrübeler ve geleceğe ilişkin beklentilerin uyumudur. Bu üç bileşen belirsizliği azaltır (Mishel, 1988).

Bilişsel Kapasite\Cognitive Capacity: Bireylerin bilgiyi işleme sürecidir. Bireyler belirli bir zamanda ancak belirli bir miktar bilgiyi işleyebilmektedirler (Warburton, 1979). Bu sınırlı kapasite semptom paterni, olay benzerliği ve olayların ahengini anlamayı güçleştirmektedir.

Yapı Sağlayıcılar\Structure Providers: Uyarıcı çerçeveyi yorumlamada yardımcı olan bileşenlerdir. Belirsizliği doğrudan ve dolaylı olarak azaltırlar. Birey yapı sağlayıcı unsurlara inandığında ve onlara dayandığında belirsizliği doğrudan azalır. Yapı sağlayıcılar uyarıcı çerçeveyi belirlemede yardımcı olduğunda bireyin belirsizlik duygusunu dolaylı yoldan azaltmaktadır. Bu yapı sağlayıcılar; eğitim seviyesi, sosyal destek ve güvenilir otoritedir (Mishel, 1988).

Değer Biçme\Appraisal: Olayın birey tarafından nasıl görüldüğüdür; bireyin olaya yönelik düşünce sistemidir. İlişkilendirme ve yaşanmış deneyimleri kullanarak belirsizliği açıklama “sonuç çıkarma” kavramı ile ilişkilidir. İllüzyon ise belirsizliğin fırsat olarak algılanabilecek şekilde yorumlanmasını ifade etmektedir (Mishel, 1988; Gürkan 2013).

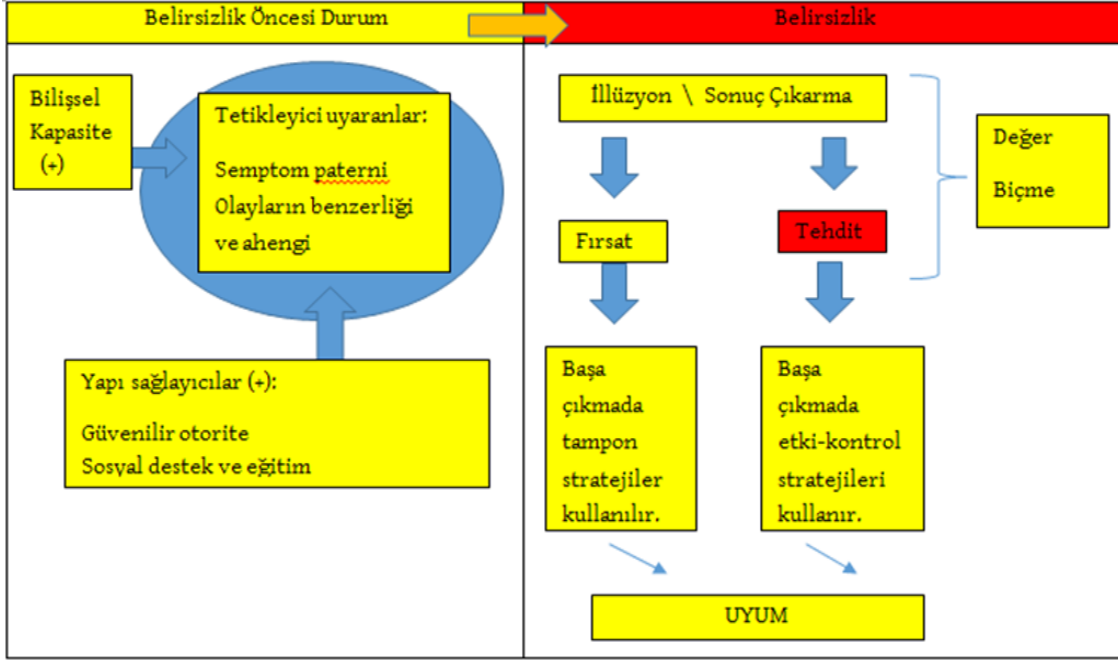
Uyum\Adaptation: Bireylerin ayrı ayrı tanımlanmış davranışsal alanları arasında bir bütün olmasıdır. Bu bütünlük biyolojik, psikolojik, sosyal anlamda olabilmektedir (Mishel, 1988; Gürkan 2013).

Kendilik Organizasyonu\Self-Organization: İstenilen duygulanımın tekrar düzenlenmesidir (Mishel, 1990; Gürkan 2013).

Yaşama Yeni Bakış\New View of Life: Bireylerin bilişsel şemalarını yeniden yapılandırarak belirsizliğe yüklediği anlamı yeniden yorumlamasıdır (Mishel, 1990).

Kesinliğin Olmadığı Düşüncesi\Probabilistic Thinking: Netliğin ve tahmin edilebilirliğin olmadığını ifade ederek belirsizliğin olağanlaştıran düşünce biçimidir (Mishel, 1990).

Şekil-1: Hastalığın Belirsizliği Teorisi Temel Kavramlar Arasındaki İlişki



Temel Kavramların Belirsizlik Kavramı ile İlişkisi

a) Tetikleyici Uyarılar ve Belirsizlik

Hastalığa ilişkin semptomlar bir örüntü halinde, tutarlı bir şekilde görünüyorsa hasta birey tarafından daha az belirsizlik, daha az kafa karışıklığı deneyimlenmektedir (Mishel & Braden, 1988). Hasta tarafından semptomların sayısı, sıklığı, yoğunluğu, evresi, yayılımı değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmede bireyin önceki hastalık deneyimleri, kültürü, sahip olduğu sosyal ağ sistemi ve bu süreçte ona eşlik eden sağlık profesyonelleri etkilidir. Semptomların değerlendirme sürecini semptomların belirginliği ve ayırt edilebilirliği, uyarıların özelliği, yapılan değerlendirmenin sağlıklı ve doğru oluşu da etkilemektedir. Eğer semptomlar özellik bakımından tutarlılık göstermezse hastalığın durumuna ilişkin güvenilir bir değerlendirme yapılamaz, belirsizlik gelişir. Ayrıca remisyon ve alevlenmeler şeklinde ilerleyen semptomlar söz konusu olduğunda da belirsizlik seviyesi artmaktadır (King & Mishel, 1986). Belirtilerin bir düzene ya da tutarlılığa sahip olmadığı romatoid artritli hastalarda belirsizlik düzeyi yüksek bulunmuştur (Braden ve Lynn, 1987). Bunun gibi bağışıklık sistemi problemi olan, bağ dokusu hastalığı veya kalp hastalığı olan bireylerin de daha yoğun bir belirsizlik duygusu yaşayabileceği ifade edilmektedir (Mishel, 1981).

Semptom algısının doğruluğu algısal ve bilişsel yanlılık nedeniyle sınırlanmaktadır. Leventhal, Nerenz ve Steel (2020), duyguların, bireylerin semptomlarını doğru algılamalarında önemli rolü olduğuna dikkat çekmektedir. Örneğin kişi duygu durumu olarak depresif hissediyorsa, hastalığına ilişkin tehdit algılıyorsa semptomları daha yoğun yaşadığını hissedebilmektedir. Semptomların sürekli oluşu ve kişinin yarımsız kaldığı hissi, fiziksel semptomları daha da kötüleştirilmektedir

(Rowat & Knafi, 1985). Semptomların belirgin olmayışı ve tabloya kesin bir tedavi yönteminin olmayışının eklenmesi belirsizliği tetiklemektedir (Mishel, Hostetter, King & Graham, 1984). Hastalar semptomları birbirinden ayırt edemediklerinde de belirsizlik yaşamaktadır. Örneğin bir kanser hastası yaşadığı bir semptomun hastalığın belirtisi mi, yoksa verilen tedaviye ilişkin bir durum mu olduğunu anlayamadığında yaşadığı belirsizlik artmaktadır.

Sonuç olarak hastalığa ilişkin semptomlar tutarlı, tahmin edilebilir, belirgin ve ayırt edilebilir olduğunda hasta bireyler daha az belirsizlik yaşamaktadır. Mishel ve Braden, jinekolojik kanser tedavisi gören kadınlar arasında bir semptom paterni varlığının, daha az belirsizlik ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Mishel & Braden 1988).

Olay aşinalığı belirsizlik kavramı ile ilişkili olabilecek bir yapı sağlayıcı unsurdur. Bireyler daha önceki deneyimleri ve çevrenin etkileri ile oluşturdukları bilişsel şemalarıyla, yeni karşılaştıkları durumları değerlendirmektedir. Bireyin deneyimlerinin yanı sıra kültürel yapısı, sosyal kaynakları ve sağlık profesyonelleri, bilişsel şemalarını şekillendirmektedir. Yeni karşılaşılan olay önceki bilişsel şemalar ile örtüşüyorsa birey olaya aşinadır. Olay aşinalığı belirsizliği önlemektedir (Leventhal et al., 2020).

Sağlık bakım ortamlarında karşılaşılan olayların yeniliği ve karmaşıklığı olay aşinalığını engellemektedir. Yenilik ilk kez karşılaşılan durumları (örneğin ilk kemoterapi tedavisi), karmaşıklık ise beraber ilerleyen birçok olayı (örneğin tanı alma sürecindeki karmaşık tanısal işlemler) ifade etmektedir. Yeni karşılaşılan durumlar hasta ve ailesi için belirsizliği beraberinde getirmektedir. (Mintun, 1984).

Belirsizlikle ilişkili başka bir alt başlık ise geçmiş yaşantılar ile gelecekteki beklentiler arasındaki tutarlılıktır (olay ahengi). Bu tutarlılığı bozan durumlardan bir tanesi hastalığın rekürrensi olarak tanımlanmıştır. Hastalık tekrar bir atak ya da rekürrens ile kendini gösterdiğinde belirsizlik durumu artmaktadır. Webster & Christman'ın myokard enfarktüsü geçirmiş bir hasta grubu ile yaptığı çalışmada ikinci kez atak yaşayan hastaların, ilk kez atak yaşayanlara göre daha yüksek bir belirsizlik duygusu yaşadığı kaydedilmiştir (Webster & Christman'ın 1988). Tedavinin hastada beklenen etkiyi göstermemesi, fiziksel ya da duygusal bir iyileşmeye dönüşmemesi de belirsizliği desteklemektedir. Beklenmeyen ani değişiklikler yaşanması durumu, olay ahengini bozarak belirsizlik duygusu oluşturmaktadır. Levanthal ve ekibi tedavi sürecinde olan bir grup kanser hastasını gözlemlemiş, semptomları hızlı iyileşen hastaların tedavi protokolüne devam ederken bir belirsizlik yaşadığını belirlemiştir. Bu gruptaki hastalar semptomlarının düzelmiş olmasına rağmen tedaviye devam ediyor olmayı tutarsızlık olarak değerlendirmiş, buna bağlı belirsizlik duygusu yaşamıştır (Levanthal et al., 1984).

b) Bilişsel Kapasite ve Belirsizlik ile İlişkisi

Bireylerin yaşadıkları tüm süreçleri anlama ve yorumlamada bilişsel kapasiteleri oldukça önemlidir. Bilişsel kapasite ise hafıza, algı, duyuşsal işleme gibi kişinin dikkat kaynakları ve potansiyelinden etkilenmektedir. Hastalık sürecinde çoğu zaman yaşanan ağrı, alınan ilaçlar, yetersiz beslenme kişinin dikkat potansiyelini azaltmaktadır. Bu durum da kişinin uyarıcı çerçeveyi algılama ve anlamlandırmasını bozmakta, böylelikle belirsizlik duygusu yaşanmaktadır. Ayrıca ağrı, tehlike hissi, rahatsızlık hissi kişinin sempatik sinir sistemini aktive eder, bilişsel kapasitesini bu yolla sınırlandırmakta, problem çözme becerilerini azaltmaktadır (Mandler, 1979).

Hasta birey sağlıkla ilişkili durumunu tehdit altında algıladığında aşırı uyarılmış olmaktadır. Bilişsel kapasitesi ve bununla ilişkili olarak hafıza gücü zayıflamaktadır. Bu durum hastanın geçmişe dair ancak en belirgin noktaları hatırlamasını sağlar. Hasta bu durumda yaşadığı durumu geçmiş bilişsel şemaları ile ilişkilendirmekte güçlük yaşamaktadır (Mandler, 1979).

Hastalık sürecinde kullanılabilen antikolinergik ilaçlar bireylerin farkındalık, bilinç ve alert olma halini azaltmaktadır. Bu durum konsantrasyonu ve kısa süreli dikkati bozmaktadır. Süreçte sedatif ilaçların kullanımı ise bilişsel aktiviteyi baskılamakta, uzun süreli hafızayı olumsuz etkilemekte, dikkati azaltmaktadır. Ayrıca hastanın tanısına göre kullanılacak bazı kemoterapötiklerin nörotoksik etkileri de söz konusu olabilmektedir (Silberfarb, 1983). Sonuç olarak hafıza ve bilişsel kapasite sınırlanmakta, çevreyi yorumlama gücü azalmaktadır. Bu da hasta bireylerin olayları "belirsizlik" olarak yorumlaması ile sonuçlanmaktadır (Mishel, 1988).

c) Yapı Sağlayıcılar ve Belirsizlik

Eğitim, bireyin yaşadığı olaylar ile yapı sağlayıcıları arasında bağlantı kurması konusundaki bilgi birikimini sağlamaktadır. Dolayısıyla eğitim durumu doğrudan ve dolaylı olarak belirsizlik kavramı ile ilişkilidir. Böylece aradaki bağlantı kurulmuş ve yaşanan durum anlamlandırılmış olur (Mishel, 1981; Mishel & Braden, 1988). Lise düzeyi ve daha alt düzeyde eğitime sahip olmanın tedavi ve bakım sistemini daha kompleks ve daha karmaşık olarak algıladığı, bu nedenle daha çok belirsizlik yaşadığı belirlenmiştir (Galloway, 1984; King & Mishel, 1986; Mishel, 1985). Eğitim düzeyi düşük bireylerin belirsizliği daha uzun bir dönem yaşadığı, yaşadığı olayların anlamını yapılandırmak için daha çok zamana ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (Christman et al., 1988; Mishel, 1983).

Sosyal destek bireylerin olayları anlamlandırma sürecinde kendilerine geri bildirimler sağlayarak belirsizliği önlemektedir (Wortman & Dunkel-Schetter, 1979). Sosyal destek mekanizmaları ile durumun tartışılması bireyin bilişsel şema yapılandırmasına katkıda bulunur (Wortman, 1984). Sosyal destek doğrudan üç alanı modifiye ederek belirsizliği giderir; hastalığın durumuna ilişkin belirsizlik, tedavinin karmaşıklığı ve geleceğin belirsizliği... Dolaylı olarak ise sosyal destek semptom paternini güçlendirmektedir (Mishel & Braden, 1988). Bilgi alışverişi yapmak semptomların değerlendirilmesini kolaylaştırmaktadır.

Sosyal destek belirsizliğin önüne geçmek adına iyi bir bilgi kaynağıdır. Bu anlamda bakım vericiler iyi bir sosyal destek mekanizması olabilmektedirler. Bakım vericiler daha önce aynı tanıya sahip bireylerle temasta bulunmuş, o kimselerin benzer sorunlara nasıl çözümler bulduğuna tanıklık etmişlerdir. Bu sayede o anda bakım verdikleri kimselere bu bilgiyi aktararak hastalarını belirsizlikten kurtarabilmektedirler (King, 1983). Sosyal destek mekanizmaları kendi aralarında bilgi aktararak işleyen bir kendi kendine yardım grubuna dönüşebilir ve bu şekilde belirsizliğin önüne geçebilir. Bunun yanında literatürde ev halkı olarak ifade edilebilecek bireylerden ve akrabalarından bakım konusunda destek almanın geleceğin tahmin edilemezliğini azalttığı belirtilmektedir (Mishel, 1988).

Güvenilir otorite kavramı ise hastaların sağlık profesyonellerine duyduğu güven ile ilişkilidir. Otorite olarak genellikle doktor ve hemşireler görülmektedir. Bu profesyoneller semptomların sebep ve sonuçlarına ilişkin hastalarına verebilecekleri bilgilerle uyarıcı çerçeveyi güçlendirebilmektedir. Hastalar yaşadıkları semptomlara ilişkin kendi değerlendirmelerini şüpheli bulup bir sağlık profesyonelinin değerlendirmesi ile bu belirsizliğin üstesinden gelebilmektedir (Levanthal et al., 1984). Bunun yanında hemşireler hastaların deneyimlerine ilişkin onlarla konuşarak, beklentileri ve deneyimledikleri arasında köprü kurarak “olay ahengi”ni sağlamada hasta bireylere yardımcı olabilirler. Böylece yapı sağlayıcıları güçlendirilmiş, belirsizlik duygusunun önüne geçilmiş olacaktır (Mishel, 1988).

Hastalar sıklıkla kendi tedavi ve bakım süreçlerine ilişkin kararları onların yerine sağlık profesyonellerinin vermesini istemektedir. Bu durumda karar verme sorumluluğunu yüklediği sağlık profesyoneline ne kadar çok güveniyor ve inanıyorsa belirsizlik duygusu da o ölçüde azalmaktadır (Mishel & Braden, 1988).

d) Belirsizlik ve Değerlendirme

Belirsizlik mevcut olduğunda, olayı algılama ve sınıflandırma ile ilgili algısal görevler tamamlanmaz ve bilişsel bir şema oluşturulması engellenmektedir (Bower, 1978). Algılayan birey için uyarıcı yeterince açık, yakın, spesifik, düzenli, sınırlı sayıda değilse belirsizlik kolaylıkla gelişebilmektedir. Ayrıca uyarıcı kişinin beklentilerine uygun, var olan şemalarına tanıdık olmalıdır. Uyarıcı bu özellikleri taşımazsa bireyde olaya ilişkin yeterince güçlü bir bilişsel şema oluşmaz ve belirsizlik yaşanmaktadır. Bir olay belirsiz olarak algılandığında şu üç olasılıktan biri gerçekleşmiş olabilir; olay yeterince tanınmamıştır, olay yeterince tanınmış fakat sınıflandırılmamıştır, olay yanlış şekilde sınıflandırılmıştır (Mishel, 1988).

Belirsiz durumların değerlendirmesi iki temel yöntem ile gerçekleşmektedir: sonuç çıkarma ve illüzyon. Sonuç çıkarmada genellikle olay bir tehdit olarak görülür ve kişinin olaya bakış açısı negatiftir. illüzyonda ise birey olayı fırsat olarak görür, olaya bakış açısı pozitifdir (Mishel, 1988).

Sonuç Çıkarma: Kişilik eğilimlerine dayanan çıkarımlar, kişinin kendisiyle ve çevresiyle olan ilişkisine dair inançlarını ifade etmektedir. Bu eğilimler kişinin beceri ve ustalık duygusu, kontrol odağı ile ilişkilidir (Rosenbaum, 1983; Pearlin & Schooler, 1978; Rotter, 1966).

Bireyin belirsizlikle karşılaştığında vereceği tepki, duruma yükleyeceği anlam onun kontrol odağı ile ilgilidir. İç kontrol odaklı bireyler için belirsizlik kontrol edilebilir bir durumdur ve bir fırsata dönüştürülebilmektedir. Dış kontrol odaklı bireyler içinse belirsizlik tehlike olarak algılanır, özellikle güvenilir bir otoritenin bulunmadığı ortamlarda bu şekilde yorumlanması daha olası olmaktadır (Folkman, Schaefer, & Lazarus, 1979).

Belirsizliği değerlendirmede etkili olan başka bir etmen bireyin deneyim ve bilgi düzeyidir. Bu etmenler bireyin geçmiş deneyimleri ile yaşadığı belirsiz durum arasında benzer köprüler kurarak belirsizliği açıklamasına yardımcı olmaktadır (Mishel, 1988).

İllüzyon: Belirsizlik değerlendirilirken onun olumlu yönleri düşünülerek değerlendirme yapılırsa bu duruma illüzyon denir (Taylor, 1983). Bir başka deyişle belirsizlik fırsat olarak görüldüğünde illüzyon ortaya çıkar. Daha eski dönemlerde literatürde illüzyon için bir inkar mekanizması olduğu ve maladaptif bir baş etme yöntemi olduğu belirtilmesine rağmen, sonraları literatürün illüzyona destek çıktığı görülmektedir (Breznitz, 1983; Lazarus, 1983). Belirsizlik durumunda umudun korunması için illüzyonun sürdürülmesi önem taşımaktadır. Ayrıca Lazarus, illüzyonun sürdürülmesinin tehdit edici bir durum ya da kabul edilmesi zor olan durumlarla karşılaştığında değerli olduğunu bildirmiştir. Sağlık profesyonelleri tarafından illüzyon umudun korunması adına kullanılmalı, belirsiz durumun potansiyel olumlu sonuçları üzerinde durulmalıdır (Lazarus, 1983).

e) Belirsizlik, Tehlike, Başa Çıkma

Belirsizlik negatif bakış açısı ve olumsuz bir değerlendirme sonucu tehlike olarak algılanabilmektedir. Yapılan bir araştırma yeni kanser tanısı almış bireyler için de, kanser tedavisi gören durumu stabil hastalar için de durumun bu şekilde olduğunu göstermektedir (Campbell, 1986; Mishel et al., 1984). Belirsizlik tehlike olarak algılandığında yüksek düzeyde anksiyete duygusunu doğurmaktadır. Kalp hastalığı olan bireylerde ve kanser tanısı almış bireylerde yapılan çalışmalar belirsizlik ile depresyon arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Christman et al., 1988; Richardson et al., 1987). Belirsizliğin bir tehlike olarak değerlendirilmesini etkilediği saptanan spesifik öncüller arasında; tanı ve tedavi sırasında güvenilir bir otoritenin kaybı veya yokluğu (Mishel ve Braden, 1988), olay benzerliğinin sağlanamayışı ve semptom kalıbı bulunmaması (King ve Mishel, 1986) gelmektedir. Son olarak belirsizliğin tehlike olarak algılanmasının bireylerde steroid ve katekolamin hormonlarının salınımında artışa neden olduğunu gösteren bir araştırma mevcuttur (Warburton, 1979).

Belirsizlik tehlike olarak algılandığında bununla başa çıkmak için iki temel baş etme yolu söz konusudur: harekete geçme ve duygu yönetimi. Problem odaklı baş etme stratejilerine benzer olan

ilk grupta doğrudan eylem yöntemi yer almaktadır. Doğrudan eylem; stresin kaynağı olan durumu ortadan kaldırmak için harekete geçmek, stres kaynağını yok etmektir (Yöndem, 2002). Bu işlevsel metodun, özellikle kanser ve kalp hastalığı gibi ölümcül olabilecek hastalıklar deneyimleyen bireyler tarafından, belirsizliği azaltmakta en az başvurulan yöntem olduğu ifade edilmektedir (Christman et al., 1988; Molleman, Krobendam, Annyas, Koops, & Sleufer, 1984).

Hemşireler ve hekimler bilgi kaynağı olup hastaları bilgilendirerek belirsizlik duygusunu azaltmakta önemli bir role sahiptir (Molleman et al., 1984). Bunun yanında bireylerin daha önce benzer sorunlar yaşamış bireylerle iletişime geçmesi, onları bilgi kaynağı olarak kullanması da belirsizliği azaltmaktadır (Molleman et al., 1984). Literatürde benzer problemleri yaşayan hasta yakınlarının bilgi alışverişi yapması, hastaların bilgi almak üzere hemşireler ile görüşmeler yapmalarının belirsizliğin üstesinden gelmede etkili olduğu bildirilmektedir (Mishel & Murdaugh, 1987; Bradley & Mikolajczak, 1986).

f) Belirsizlik, Fırsat Algısı, Başa Çıkma

Olumlu bir bakış açısı ile yaklaşıldığında belirsiz durumlar bazen bireyler tarafından fırsat olarak görülebilmektedir. Bu durum illüzyon değerlendirmesi ile açığa çıkar. Bu sonuca ulaşmak bilinçli bir çaba ile olayların olumlu yönüne odaklanmayı gerektirmektedir (Mishel, 1988).

Folkman ve ekibi, çoğu bilgi işleme modelinin yalnızca belirsizliğin azaltılmasıyla ilgili olduğunu belirtmiş; belirsizliğe tolerans konusunun göz ardı edildiğini ifade etmiştir (Folkman et al., 1979). Bununla birlikte belirsizliğin bireyi adapte edici yönüne de vurgu yapılmış, bazı araştırmacılar hastaların umudunu korumak için belirsizliği sürdürmek isteyebileceğine dikkat çekmektedir (Folkman et al., 1979; Holmes & Houston, 1974).

Bireyin durumuna ilişkin değerlendirmeleri olumsuz bir kesinlik içermesi olasılığı taşıyorsa, bireyin belirsizlik evresinde kalması kendisi için daha olumlu bir aşama olarak görülür. Birey olumsuz bir kesinliğe inanmaktansa, belirsizlik içinde kalmayı ve bunu olumlu şekilde yorumlamayı tercih edebilmektedir (Mishel, 1988). Bu durumda tamponlama mekanizmaları belirsizliği ortadan kaldıracak olan yeni girdilerin girişini engellemek üzerine çalışır. Bu mekanizmalar kaçınma, seçici görmezden gelme, öncelikleri yeniden düzenleme ve durumu nötralize etme olarak bildirilmektedir (Breznitz, 1983).

g) Belirsizlik ve Adaptasyon

Belirsizlik durumu nasıl algılanırsa algılandıkça başa çıkma stratejileri başarılı olmuşsa adaptasyon gerçekleşmektedir. Adaptasyon kavramı bireyin biyopsikososyal olarak olağan davranış örüntülerini ifade etmektedir. Adaptasyon yeterli, aşırı aktivasyon içermeyen ve hedefe yönelik davranışın devam etmesine izin veren nötr bir bölgedir. (Mishel, 1988).

Belirsizliğe uyum ile ilişkili yapılan çalışmalarda daha çok psikososyal uyum, sağlık, yaşam kalitesi ve stres kavramları üzerinde durulmaktadır. Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada belirsizliğe uyumun zayıf olması durumunda sağlık sisteminden memnun olmama, aile içi problemler, emosyonel distres, cinsel sorunlar ve iş yaşamına ilişkin sorunların arttığı bildirilmektedir (Campbell, 1986; Mishel et al., 1984; Mishel & Braden, 1987). Myokard enfarktüsü geçirmiş ve hastaneden taburcu olmuş bir hasta grubunda hekimden yeterince destek görmeyen hastaların daha az fiziksel aktivite yaptığı, daha yavaş iyileşme belirtisi gösterdiği ifade edilmektedir (Christman et al., 1988; Painter, 1981).

Hastalığın Belirsizliği Teorisinin Yeniden Kavramsallaştırılması

İlk olarak 1988 yılında oluşturulan belirsizlik teorisinde genellikle hastalıkların akut fazında yaşanan, daha kısa süren belirsizlik durumları ele alınmış ve teori bunun üzerine kurgulanmıştır. Fakat bu teori kronik hastalıklarda, uzun süreli belirsizlik durumunu açıklamak için yeterli olmamış, 1990 yılında teoride yeniden bir kavramsallaştırma yoluna gidilmiştir (Mishel, 1990).

Belirsizlik insan hayatından elimine edilemediğinde, yaşanan uzun süreli belirsizlik insan hayatının organizasyonu ve stabilitesini bozmaktadır. Bu durum bireyin günlük olaylara anlam yüklediği tüm bilişsel yapıları parçalamaktadır. Antonovsky'a göre hastalık ya da tedavi süreci tanımsız, belirsiz, öngörülemez olduğunda bireyin yaşama ilişkin tutarlılık duygusu ortadan kalkmakta ve konfüzyon, dezorganizasyon gelişmektedir (Antonovsky, 1987). Hastalıkta belirsizlik durumu kişinin alışık olduğu bir yaşam durumundan daha yeni, daha kompleks bir duruma geçişi anlamına gelmektedir. Bu belirsizlik dalgaları bir süre ısrarla sürer ve kişinin eşik değerini geçerse, kişi yaşama yeni bir bakış geliştirme yoluna gitmektedir. Belirsizlik gittikçe büyüyen bir etkiyle bu yeni yaşama bakış şeklini güçlendirmektedir. Bu yeni bakış açısı insanlar ve çevrenin de etkisiyle şekillenmektedir. Önceki yaşam deneyimleri, fizyolojik durum, sosyal destek mekanizmaları ve sağlık profesyonelleri de sürece katkı sağlayan kaynaklar arasında yer almaktadır (Mishel, 1990). Sonuç olarak kronik belirsizlik durumunda bireyler yeni bir bakış tarzını hayatlarına entegre etmiş olmaktadır. Bu yeni dünya bireyin "olasılıksal düşünme" ve "koşullara bağlı düşünme" kavramlarını içermekte ve bu kavramlar "illüzyon" kavramından farklı anlamlar taşımaktadır (Mishel, 1990).

Olasılıksal düşünme "kesinliğin olmadığı düşüncesi" olarak tanımlanmıştır. Bu düşünce sisteminde belirsizlik yaşamın doğal bir parçası olarak kabul edilmektedir. Yaşamda her konuda kesinlik ve öngörülebilirlik gerçekçi bir düşünce tarzı değildir. Buradan hareketle kesinlik duygusu yerine durumla ilişkili birçok ihtimalin söz konusu olabileceği düşüncesi geçerli olmalıdır (Mishel, 1990).

Bireyde kesinliğin olmadığı düşüncesinin gelişebilmesi için birey iki temel çevresel kaynaktan güç almaktadır. Bunlar sosyal destek mekanizmaları ve sağlık profesyonelleridir. Bu kaynakların bireye bu anlamda destek verebilmeleri için kesinliğin olmadığı düşüncesine inanmaları gerekmektedir.

Eğer bu kaynaklar sözü edilen düşünce seçeneğini hastalara sunarlarsa, hastalarla birlikte belirsizliği bir pozitif güç olarak kullanabilmektedirler (Mishel, 1990).

Bu sürecin gerçekleşmesini engelleyen dört temel durum söz konusu olabilmektedir (Mishel, 1990):

1. Hastanın etrafında destek veren bireylerin, bireysel olarak kesinliğin olmadığı düşüncesini ya da koşullara bağlı düşünme kavramlarını kendi hayatlarında gerçekleştirememiş olması.
2. Bakım vericilerin ve sosyal destek mekanizmalarının, destek olmak üzere, kendi deneyimlerine ilişkin yapacakları aktarımlarda gecikme olması.
3. Hasta bireyin sosyal kaynaklarla etkileşime geçememesi ve izole olması.
4. Bakım vericilerin kesinlik ve öngörülebilirlik kavramlarına olan ısrarcı bağlılığı.

Bu yeni düşünce sistemine entegrasyon engellenir ya da entegrasyon süreci uzarsa bireyin davranışsal durumu post travmatik stres bozukluğuna benzer şekilde olacaktır. Bunlar kontrol edilemeyen duygusal distres, olumsuz olaylarla ilgili istemsiz düşünce ve hayaller, olumsuz durumu hatırlatıcı kişi, durum düşünce ve duygulardan kaçınma şeklinde olabilmektedir (Green, Lindy & Grace, 1985). Yukarıda belirtilen dört temel engel bu belirtileri uzatabilmekte ve kötüleştirebilmektedir.

Sağlık profesyonellerinin geri bildirimleri hastaların “kesinliğin olmadığı düşüncesi” üzerinde gelişim göstermelerini sağlamaktadır. Hemşirelik aktivitelerinin bu yeni yaşama bakış açısı ile tutarlı olması gerekmektedir. Hemşireler bu anlamda hastalara başarmak için yeni seçenekleri düşünme, hastalığın değişen doğasına uyum sağlama konusundaki alternatifleri bulmada yardımcı olmalıdır. Bu şekilde hemşireler belirsizliğin bir tehdit değil fırsat olarak değerlendirilmesine katkı sağlamalıdır (Mishel, 1990). Bunu yaparken hemşireler hastalarına mekanik düşünmek yerine olasılıksal düşünmeyi öğretmelidir. Hastalara bu düşünce sistemini kullanabilmeyi öğreten sağlık profesyonelleri, hastalar tarafından seçilir hale gelmektedirler (Mishel, 1990).

Sonuç ve Öneriler

Kısa süreli\akut belirsizlik duygusu ile karşılaşan hasta birey belirsizliği yorumlarken bilişsel kapasite, yapı sağlayıcılar, tetikleyici uyaranlar etkili olmaktadır. Bu süreçte belirsizlik duygusu yaşayan birey bunu fırsat ya da tehdit olarak yorumlamakta ve adaptasyon geliştirmektedir. İlgili süreçte hemşireler tarafından:

- Hasta bireyin; bilişsel kapasitesine uygun düzeyde bilgi verilmeli,
- Sosyal destek mekanizmaları harekete geçirilmeli,
- Bilmek istediği kadar bilgi verilmeli, umut duygusu korunmalıdır.
- Belirsizlik duygusuna yönelik pozitif bakış açısı gelişimine katkı sağlanmalıdır.

Uzun süreli\kronik belirsizlik duygusu yaşayan hasta bireylere bakım verirken; yaşamda kesinliğin olmadığı düşüncesinin gelişimi ve yeni bakış açısının geliştirilmesi önem kazanmaktadır.

Kaynaklar

- Allgood, M. (2014) *Nursing Theorists and Their Work*. 8th Edition, Mosby, St. Louis.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4(1), 47-55.
- Bower, G. H. (1979). *Psychology of learning and motivation*. Academic Press.
- Braden, C. J., & Lynn, M. (1987). Antecedents to and outcomes of uncertainty experienced in chronic illness. In *Nursing Advances in Health: Models, Methods and Applications, ANA Council of Nurse Researchers 1987 International Nursing Research Conference, Washington, DC*.
- Bradley, J. C., & Mikolajczak, M. (1986). The effect of a nursing exit interview on the client's perception of uncertainty in illness. *Unpublished manuscript, University of Illinois, Peoria*.
- Breznitz, S. (1983). Denial versus hope: Concluding remarks. *The denial of stress*, 297-302.
- Campbell, L. K. (1986). *Hopelessness and uncertainty as predictors of psychosocial adjustment of newly diagnosed cancer patients and their significant others* (Doctoral dissertation, University of Texas at Austin).
- Christman, N. J., McConnell, E. A., Pfeiffer, C., Webster, K. K., Schmitt, M., & Ries, J. (1988). Uncertainty, coping, and distress following myocardial infarction: Transition from hospital to home. *Research in Nursing & Health*, 11(2), 71-82. <https://doi.org/10.1002/nur.4770110203>
- Çınar, D., Yıldırım, Y., & Aykar, F. Ş. (2020). Kanser tanılı hastanın Merley Mishel'in hastalıkta belirsizlik kuramına göre hemşirelik bakımı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 553-559. <https://doi.org/10.31067/0.2020.306>
- Folkman, S., Schaefer, C., & Lazarus, R. (1979). Cognitive processes as mediators of stress and coping. I: V. Hamilton, & DW Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An informational approach*.
- Galloway, S. C. (1984). *A comparison of the responses of patients with and without a diagnosis of cancer to a bowel resection in the immediate postoperative period*. (Unpublished master's thesis, University of Toronto, Department of Nursing).
- Green, B. L., Lindy, J. D., & Grace, M. C. (1988). Long-term coping with combat stress. *Journal of Traumatic Stress*, 1(4), 399-412. <https://doi.org/10.1002/jts.2490010403>
- Gök, F. (2022). *Kronik hastalığa sahip bireylerde sürekli kaygının belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisi*. (Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi).
- Gümüş, K., & Sezgin, S. (2016). Multiple skleroz hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar düşüncesine etkisi. *Journal of International Social Research*, 9(47).
- Gürkan C.Ö. (2013). Hastalıklarda belirsizlik kuramı. Hemşirelikte Kavram, Kuram Ve Model Örnekleri. Editör: Ayşe Ferda Ocakçı, Şule Ecevit Parlar. İstanbul Tıp Kitapevi, 101-112.
- Hemşirelik Yönetmeliği (2011). Ek-2, Türkiye. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.13830-ek-2%20ve%203.htm>
- Holmes, D. S., & Houston, B. K. (1974). Effectiveness of situation redefinition and affective isolation in coping with stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 212-218. <https://doi.org/10.1037/h0035912>
- Kazer, M. W., Bailey, D. E., Sanda, M., Colberg, J., & Kelly, W. K. (2011). An Internet intervention for management of uncertainty during active surveillance for prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38, 5.
- King, B. (1983). *The psychological impact of systemic lupus erythematosus on the primary caregiver*. (Unpublished master's thesis, University of Arizona).

- King, B. (1986). Uncertainty appraisal and management in chronic illness. In *Paper presented at the Nineteenth Communicationg Nursing Research Conference, 1986*. Western Society for Research in Nursing, Portland, Oregon.
- Lazarus, R. S. (1983). The costs and benefits of denial. In S. Breznitz (Ed.), *The denial of stress*. New York: International Universities Press.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (2020). Illness representations and coping with health threats. *Handbook of psychology and health*, 4, 219-252.
- Lien, C. Y., Chen, S. H., Tsai, P. P., Chen, K. M., Hsieh, Y. I., & Liang, Y. (2010). Effectiveness of nursing instruction in reducing uncertainty, anxiety and self-care in breast cancer women undergoing initial chemotherapy. *Hu li za zhi The Journal of Nursing*, 57(6), 51-60.
- Mandler, G. (1979). Thought processes, consciousness, and stress. *Human stress and cognition: An information processing approach*, 179-201.
- Mintun, M. K. (1984). *Measurement of parental uncertainty in a pediatric intensive care unit*. (Unpublished master's thesis, University of Kansas).
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Rescarch*, 30, 258-263.
- Mishel, M. H. (1983). Parents perception of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research*, 32, 324-330.
- Mishel, M. H. (1984). Perceived uncertainty and stress in illness. *Research in Nursing and Health*, 7, 163-171.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.
- Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1987). Uncertainty: A mediator between support and adjustment. *Western Journal of Nursing Research*, 9, 43-57.
- Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: Antecedents of uncertainty. *Nursing Research*, 37, 98-103.
- Mishel, M. H., Hostetter, T., King, B., & Graham, V. (1984). Predictors of psychosocial adjustment in patient newly diagnosed with gynecological cancer. *Cancer Nursing*, 7, 291-299.
- Molleman, E., Krobandam, P. J., Annyas, A.A.,Koops,H.S.,& Sleufer, D. T. (1984). The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Social Science and Medicine*, 18, 475-480.
- Nerenz, D. R., Leventhal, H., Love, R. R., & Ringler, K. E. (1984). Psychological aspects of cancer chemotherapy. *International Review of Applied Psychology*.
- Oishi, A., & Murtagh, F. E. (2014). The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: a systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliative Medicine*, 28(9), 1081-1098. <https://doi.org/10.1177/0269216314531999>
- Painter, P. (1981). *Perceived uncertainty and its relationship to perceived recovery and activity in the post myocardial infarction patient*. (Unpublished master's thesis, California State University at Los Angeles).
- Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Richardson, J. L., Marks, G. S., Johnson, GC. A., Graham, J. W., Chan, K. K., Selser, J. N., Kishbaugh, C., Barronday, Y., & Levine, A. M. (1987). Path model of multidimensional compliance with cancer therapy. *Health Psychology*, 6(3), 183-207.

- Rosenbaum, M. (1983). Learned resourcefulness as a behavioral repertoire for the self-regulation of internal events: Issues and speculations. *Perspectives on behavior therapy in the eighties*, 9, 54-73.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.
- Rowat, K. M., & Knafi, K. A. (1985). Living with chronic pain: 'The spouse's perspective. *Pain*, 23, 259-271.
- Angela Sammarco, R. N., & Konecny, L. M. (2010). Quality of life, social support, and uncertainty among Latina and Caucasian breast cancer survivors: a comparative study. *Oncology Nursing Forum* 37(1), 93.
- Silberfarb, P. M. (1983). Chemotherapy and cognitive defects in cancer patients. *Annual Review of Medicine*, 34, 35-46.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Warburton, D. M. (1979). Physiological aspects of information processing and stress. *Human stress and cognition*, 33-65.
- Webster, K. K., Christman, N. J., & Mishel, M. H. (1988). Perceived uncertainty and coping post myocardial infarction. *Western Journal of Nursing Research*, 10(4), 384-400.
- Wortman, C. B. (1984). Social support and the cancer patient. Conceptual and methodologic issues. *Cancer*, 53(10), 2339-2362.
- Wortman, C. B., & Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis. *Journal of Social Issues*, 35, 120-155.
- Yöndem, Z. D. (2002). Stresle baş etme stratejileri ölçeği (SBSÖ): Eleştirel bir değerlendirme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(18), 43-47.