

Helen Erickson, Evelyn Tomlin ve Marry Ann Swain'ın Modelleme ve Rol Modelleme Kuramı

Helen Erickson, Evelyn Tomlin and Marry Ann Swain's Theory of Modeling and Role Modeling

^{id} Amine TERZİ^a, ^{id} Yasemin YILDIRIM^a, ^{id} Fisun ŞENUZUN AYKAR^a

^aEge Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, TÜRKİYE

ÖZET Hemşirelik bakım uygulamalarının iyileştirilmesini sağlamak amacıyla geliştirilmiş birçok kuram bulunmaktadır. Bu kuramlardan biri olan Modelleme ve Rol Modelleme (MRM) Kuramı, Helen Erickson tarafından geliştirilmiş, Evelyn Tomlin ve Marry Ann Swain tarafından ayrıntılı olarak açıklanmış bir hemşirelik kuramıdır. Kuramın gelişiminde, başta Eric Erikson olmak üzere; Piaget, Maslow, Selye ve Lazarus gibi kuramcılarının geliştirmiş olduğu kuramlardan yararlanılmıştır. MRM Kuramı'nda Erikson'ın kuramına benzer şekilde 10 gelişimsel süreç bulunmaktadır ve her bir sürecin başarılı bir şekilde atlatılması sağlığın korunması ve sürdürülmesi açısından önemlidir. Bu kuram; tüm insanların ömür boyu sağlıklı, mutlu yaşama, yaşamlarında anlam ve amaç bulma ve olabildiğince en üst düzeye ulaşma isteği/felsefesine dayanmaktadır. Bakım verilen bireylerin güçlü yönlerine odaklanan stratejiler kullanıldığında, bireylerin hayatı dolu dolu yaşamlarına olanak sağlanmaktadır. MRM Kuramı sayesinde bireylere, var olmanın özünü keşfetmeleri, kendilerini bulmaları veya geri kazanmaları konusunda yardımcı olmaktadır. MRM Kuramı, uygulamaya kolay aktarılabilir bir kuramdır ve günümüze kadar birçok hemşirelik çalışmasında kullanılmıştır. Bu çalışmalar daha sıklıkla, kardiyojoloji, gastroenteroloji, endokrinoloji, obezite gibi alanlarda yapılmıştır. Ayrıca günümüzde hemşirelik eğitiminde, kurslarda ve ders müfredatlarının düzenlenmesinde de bu kuramdan yararlanan eğitim kurumları bulunmaktadır. Bu derlemede, hasta bakımına önemli katkılar sağlayacak, klinik araştırmalarda kullanılabilen, hemşirelik eğitimlerinin düzenlenmesine rehberlik edebilecek MRM Kuramı açıklanmıştır.

ABSTRACT There are many theories developed to improve nursing care practices. One of these theories, Modeling and Role Modeling Theory, is a nursing theory developed by Helen Erickson and explained in detail by Evelyn Tomlin and Marry Ann Swain. In the development of the theory, especially Eric Erikson; theories by developed theorists such as Piaget, Maslow, Selye and Lazarus have been used. In Modeling and Role Modeling Theory, there are ten developmental processes similar to Erikson's theory and successful skipping of each process is important in terms of protecting and maintaining health. It is based on the desire/philosophy of all people to live healthy, happy; find meaning, purpose in their lives and to reach high level as much as possible. When used strategies focusing on the strengths of the individuals who are cared for, individuals are enabled to live life to the fullest. By the virtue of Modeling and Role Modeling Theory, individuals are helped to discover the essence of being, find/recover themselves. This Theory is an easily transferable to practice and has been used in many nursing studies until today. These studies were performed more frequently in fields such as cardiology, gastroenterology, endocrinology and obesity. In addition, today there are educational institutions that benefit from this theory in nursing education, courses and the organization of course curricula. In this review, Modeling and Role Modeling Theory, which will provide important contributions to patient care, can be used in clinical research, and can guide the organization of nursing education, is explained.

Anahtar Kelimeler: Hasta bakımı; hemşirelik; hemşirelik kuramı

Keywords: Patient care; nursing; nursing theory

Hemşirelik kuramları, bakıma ilişkin uygulamaların planlanması, hemşirelik sürecinin sistemli bir şekilde yürütülmesi konusunda hemşirelere rehberlik etmekte, bireylerin iç dünyasının, duygu, düşünce ve görüşlerinin anlaşılmasını kolaylaştırmakta ve bakım kalitesinin artırılmasını sağlamaktadır. Kuramlar,

hemşirelerin klinik alanda gerçekleşen herhangi bir durumda neden sonuç ilişkisi kurmalarına öncülük ederek uygulama alanında karşılaşılabilecek sorunların çözümünü kolaylaştırmaktadır. Hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale'den günümüze kadar birçok hemşire kuramcı uygulama alanında

Correspondence: Amine TERZİ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: a.deniz.a05@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.

Received: 13 Feb 2020

Received in revised form: 30 Jun 2020

Accepted: 6 Jul 2020

Available online: 10 Dec 2020

2146-8893 / Copyright © 2020 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

kullanılabilecek veya hemşirelik uygulamalarına temel oluşturabilecek kuramlar geliştirmişlerdir. Bu kuramlar, birçok hemşirelik çalışmada da kullanılmış ve kuramların hasta bakımındaki etkinliği çalışmalarla değerlendirilmiştir.¹⁻⁴ Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı, bireylerin öz bakım işlevlerini artırma konusunda farkındalık sağlamak; Roy'un Adaptasyon Kuramı, bireylerin hastalığa uyumunu sağlamak; Kolcaba'nın Konfor Kuramı, bireye gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilme konusunda yardımcı olmak amacıyla hemşirelik alanında en çok kullanılan kuramlardan bazılarıdır.⁵⁻⁷ Modelleme ve Rol Modelleme (MRM) Kuramı ise hastaların kendi algısı ve bakış açısı çerçevesinde iç dünyasının değerlendirilmesi üzerine temellenmiş, bu sayede bireyin bakım gereksinimlerin daha iyi anlaşılmasını sağlayacak çok değerli ve uygulamaya kolaylıkla aktarılabilir bir kuramdır.^{8,9} Bu derlemede; hakkında sınırlı sayıda çalışma olan MRM Kuramı'nın açıklanması ve bu kurama ilişkin yapılacak çalışmalara rehberlik edilmesi amaçlanmıştır.

MODELLEME VE ROL MODELLEME KURAMI

MRM Kuramı, 1950'lerin sonlarında Helen Erickson tarafından geliştirilmiştir. Erickson, kuramın oluşumunda, kayınpederinin çalışmalarından etkilenmiş ve profesyonel bir hemşire olarak kendi deneyimlerinden faydalanarak kuramın gelişimine zemin hazırlamıştır. Erickson'a göre, "her insanın dünyaya özgü bir görüşü vardır ve bu görüşü çerçevesinde benzersiz bir role sahiptir. Sağlık profesyonelleri bireylerin bu iç dünyasını keşfederek kendi potansiyellerinin maksimum düzeyde kullanılmasına yardımcı olmalıdır." Erickson bu bakış açısıyla Michigan Üniversitesi'nde yüksek lisans yaptığı sıralarda MRM kuramının teorik bileşenlerini oluşturmaya başlamıştır. Kavramların ve ilişkili bağlantıların açıklanması ise iki meslektaşısı olan Mary Ann Swain ve Evelyn Tomlin ile çalışmaları sonucu oluşturulmuştur.^{9,10}

Erickson ve diğerleri MRM kuramının kavramlarını açıklarken özellikle MRM Teorisi, Piaget'in Bilişsel Gelişim Teorisi, Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi, Erikson'un Psikososyal Aşamalar Teorisi ve Selye ve Lazarus'un Genel Uyum Teo-

risi'nden yararlanmıştır. Bu kuramcıların çalışmalarına benzer şekilde MRM Kuramında da; insan gereksinimleri, kayıp, keder, uyum, gelişim süreçleri, büyüme ve iyilik hali gibi kavramlar bulunmaktadır.⁸⁻¹² Bu kavramların her biri diğeri ile ilişki içerisindedir. Bireyin gereksinimlerinin yeterince karşılanmaması veya bu gereksinimler karşılanırken herhangi bir stresörle karşılaşarak kayıp yaşaması, bireyde keder duygusunun oluşmasına neden olmaktadır. Bireyin bu süreci sağlıklı bir şekilde atlatabilmesi, iç ve dış kaynaklar tarafından destek almasına bağlıdır. Bireyin bu süreçte keder duygusuyla baş edebilmesi için büyüme ve gelişme süreçlerinin değerlendirilmesi ve bu süreçlerdeki destek kaynaklarının gözden geçirilmesi önemlidir.^{9,11,12} Bireyin tüm bu açılarından değerlendirilmesi bireyde kontrol algısının artmasına ve iyilik halinin sağlanmasına yardımcı olacaktır (Şekil 1).

FELSEFİ VARSAYIMLAR VE YAPILAR

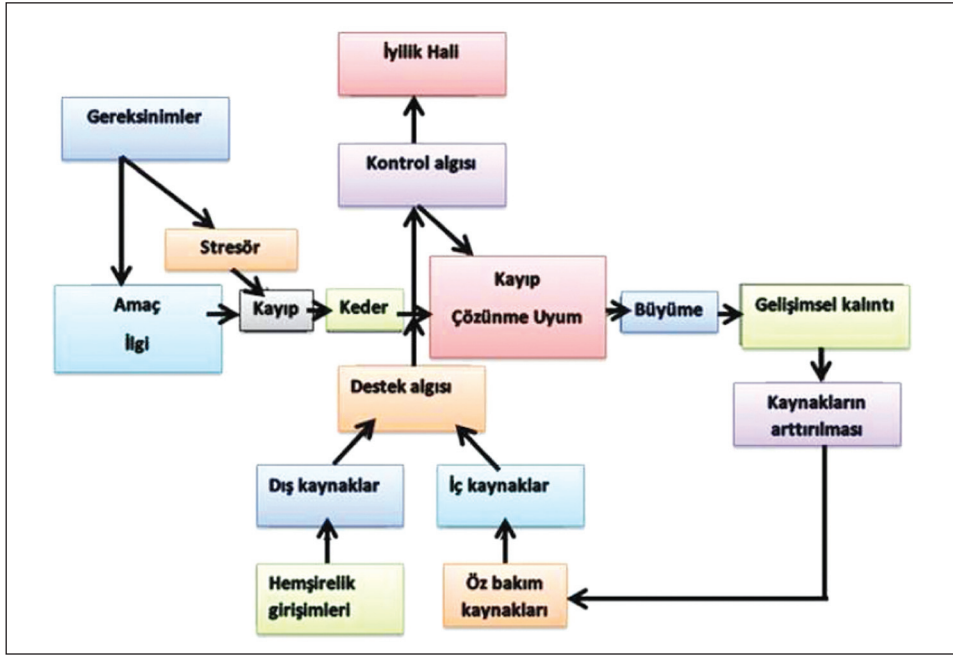
BÜTÜNSELLİK (HOLİZM)

Birey; ruhsal, dürtüsel ve genetik bir temele dayanan kognitif, biyofiziksel, sosyal ve psikolojik alt sistemlerden oluşmaktadır (Şekil 2a). Bu çoklu bileşenler sürekli olarak etkileşim hâindedir ve parçaların her birinden kendinden daha büyük bütüncül bir sistem oluşturmaktadır. Bireyin kendisi tarafından algılanan iyilik hali olarak tanımlanan sağlığına kavuşabilmesi veya sağlığını sürdürülmesi için bu bütüncül sistem çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir.^{8,9}

Bütünsellik kavramının diğeri bir açıklaması ise insan tabiatı gereği bütüncül olduğu görüşüne dayanmaktadır. Bu açıklama; insanın biyofiziksel, sosyal, psikolojik ve kognitif tüm yönlerinin birbiri ile bağlantılı ve etkileşim hâlinde olduğu, bir parçanın başka bir parçayı etkilediği anlamına gelmektedir. Ama bütüncül (Wholistic) bir insanda parçalar birbiri ile ilişkili olmasına rağmen birbiri ile etkileşim hâlinde olması beklenmemektedir.¹⁰⁻¹² Bu nedenle her bir parça önce kendi içinde değerlendirilmeli, sonra bu parçanın diğeri parçalarla ilişkisi araştırılmalıdır (Şekil 2b).

BAĞIMLI-BİREYSELLEŞME

Erickson tarafından oluşturulan bağımlı bireyselleşme, "destek sistemlerine bağımlı olmaya ihtiyaç duyulur-

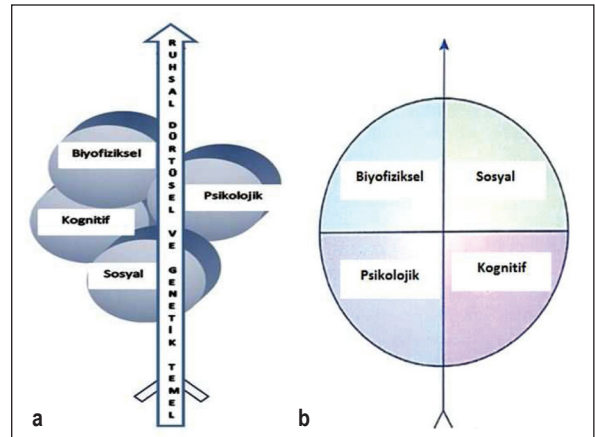


ŞEKİL 1: Modelleme ve Rol Modelleme kuramındaki kavramlar arası ilişkiler.^{9,11,12}

ken aynı zamanda bu destek sistemlerinden bağımsız olmaya da ihtiyaç duyulması” olarak tanımlanmaktadır. Yeni yürüyen bir çocuğun dünyayı keşfederken bağımsız olma isteği varken, aynı zamanda bakım vereni ile düzenli olarak yeniden bağlantı kurma isteği, yani bakım verene de bağımlı olma isteği bağımlı bireyselleşmeye örnek olarak verilebilmektedir. Bağımlı bireyselleşme tüm insanlar için yaşam boyu bir gereksinim olmasına rağmen çoğunlukla yaşlandıkça ve bağımsız olmaları beklendikçe kabul edilebilir bir davranış olarak görülmemektedir.^{8,10}

GEREKSİNİMLERİN KARŞILANMASI, BÜYÜME VE GELİŞME

İnsanlar sürekli bir değişim hâindedir ve davranışları harekete geçiren içsel güdüler taşımaktadır. Bu içsel güdüler; bireylerin gereksinimlerinin karşılanması, adaptasyon süreci, büyüme ve gelişme için bir araç olarak kullanılmaktadır. Erickson ve ark. göre, “Büyüme beden, akıl ve ruhtaki zaman içinde oluşan değişiklikler” olarak tanımlanmakta ve bireysel gelişimi kolaylaştırmaktadır. Gelişme ise “büyüme ürününün holistik sentezi; bir kişinin bedeni, fikirleri, sosyal ilişkilerindeki vb. farklılaşmalar” olarak tanımlanmaktadır. Bireylere, gerekli bilgi yeterli emosyonel destek verildiğinde ve bireyler tatmin edici



ŞEKİL 2: a) İnsan alt sistemleri, genetik yatkınlık ve spiritüel yönelim arasındaki ilişki.^{8,9} b) Bütünsel (Wholistic) Model.⁹⁻¹¹

kararlar almaları konusunda güçlendirildiğinde büyüme ve daha sonra gelişme oluşmakta ve bireylerin sağlığı iyileştirilebilmektedir.^{9,13}

İÇ VE DIŞ KAYNAKLAR

MRM’ye göre hemşire hastayla interaktif, kişiler arası bir ilişkiyi kolaylaştıran konumdur. Bu süreçte, hemşire hastaya büyüme ve iyileşme için yaşam stresörleriyle başa çıkmada gerekli olan iç ve dış kaynakları tanımlama, geliştirme ve harekete ge-

çirme konusunda yardımcı olmaktadır. Sürecin kolay ve hızlı atlatılabilmesi için hemşirenin hastayı koşulsuz olarak kabulü gereklidir. Erickson ve ark. “var olmak, bireyin kendi potansiyelini geliştirmesini kolaylaştıran eşsiz, değerli ve önemli bireysel zorunluktur” iddiasında bulunmuşlardır. ^{9,13,14}

MODELLEME

Hastaların, kendi algısı ve bakış açısı çerçevesinde dünya görüşlerinin anlaşılması ve şekillendirilmesi eylemine “modelleme” denilmektedir. Basitçe ifade etmek gerekirse, modelleme bir bireyin dünya görüşünün aynaya yansımaları oluşturmak için kullanılan süreçtir. Hemşire, hasta için destekleyici ve bakım verici bir çevre oluşturmakta ve bu çevrede “hastanın bakış açısıyla hasta için önemli ve değerli olan kişisel dünya modelini” anlamaya çalışmaktadır. Bireylerin iletişim kurma yolu, düşünceleri, hisleri, eylemleri ve tepkileri bireylerin dünya modelini oluşturmaktadır. ⁸⁻¹⁰

Modelleme süreci hasta durumunun değerlendirilmesi açısından çok önemlidir. Bireye, doğru modelleme yapılabilmesi için bireyle sürekli etkileşim hâlinde olunması gerekmektedir. Bu etkileşimde bireyin üzerinde değerlendirme yapılan durumu nasıl tanımladığı, gerçekleşmesini beklediği şeyin, kaynaklarının ve yaşam hedefleri algısının neler olduğunu öğrenmek amaçlanmaktadır. Bireyi dinlerken ve birey gözlemlenirken edinilen bilgiler doğru yorumlanmalıdır. ¹⁰⁻¹² Modelleme sürecinde öncelikle hastanın durumu tanımlanmalı, daha sonra beklentileri, kaynak potansiyeli amaç ve yaşam görevleri araştırılmalıdır. Durum tanımlanırken; hastanın o probleme bakış açısı, stresörlerinin neler olduğu ve terapötik gereksinim algısı değerlendirilmelidir. Bireyin beklentileri acil olanlar ve kısa vadedeki beklentiler olarak sınıflandırılmalıdır. Kaynak potansiyelinde bireyin sosyal ağ, destek sistemleri gibi dış kaynaklarının yanı sıra öz dayanıklılık, uyum potansiyeli gibi iç kaynakları açıklanmalıdır. Bireyin, güncel amaçlarının neler olduğu ve gelecek planı da sorgulanmalıdır. Bu veriler, birinci kaynak olarak hastanın kendisinden, ikinci kaynak olarak hemşire gözlemleri ve üçüncü kaynak olarak hastanın ailesinden tıbbi kayıtlardan elde edilmelidir. ⁹⁻¹⁴

ROL MODELLEME

Hastanın dünyası modellendikten sonra hemşirenin bireyi “amaçlı girişimler yoluyla sağlığına kavuşma, sağlığı sürdürme veya destekleme konusunda” yardımcı olması süreci “rol-modelleme” olarak bilinmektedir. Rol modellemede hastanın dünyası, hemşire tarafından; karşılıklı hasta-hemşire amaçlarının belirlenmesi, hastanın güçlü yönlerinin, kontrol duygusunun ve pozitif oryantasyonunun desteklenmesi, güven oluşturma girişimleri kapsamında değerlendirilmelidir. Bu girişimler, hastaya “sağlık ve rahatlık algısının optimal düzeyde ifade edilmesini başarması konusunda” yardım etmeyi amaçlamaktadır. ^{8,9}

ÖZ BAKIM BİLGİSİ, ÖZ BAKIM KAYNAKLARI, ÖZ BAKIM EYLEMLERİ

Hemşirelik girişimleri; tüm bireylerin, büyüme ve gelişmelerinde etkili olan unsurları anladıkları ve sağlık durumlarını değiştirdikleri inancına dayanarak tasarlanmıştır. Buna göre insanlar sağlık durumlarını iyileştirmek ve optimize etmek, büyüme-gelişimlerini kolaylaştırmak ve yaşam kalitelerini en üst düzeye çıkarmak için neye ihtiyaç duyduklarını da bilmekteler. Bu doğal bilgiye “öz bakım bilgisi” denilmektedir. ^{8,9,11}

Öz bakım kaynakları, iç ve dış öz bakım kaynaklarından oluşmaktadır. İç öz bakım kaynakları (ya da öz güçlendiriciler) bir bireyin sağlığını desteklemek için kullanabileceği iç kaynakların tümünü ifade etmektedir. Dış öz bakım kaynakları ise hastanın sosyal ağ ve destek sistemlerini içermektedir. Sosyal ağ, bireyin sosyal olarak tanıştığı kişilerdir ve destek sistemleri bireyi desteklediği, harekete geçirdiği ve bireye kaynak sağladığı hissedilen kişilerdir. ¹⁰⁻¹²

Öz bakım eylemi; bireyin öz bakım bilgisini ve öz bakım kaynaklarını optimal düzeyde kullanarak gelişim sağlaması olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca öz bakım eylemi yoluyla bireyler iç kaynakları harekete geçirmekte ve bütüncül sağlığı korumak ve sürdürmek için bireye yardım edecek ek kaynaklar edinmektedir. ^{9,11} Bir kişinin kaynakları harekete geçirme ve baş etme potansiyeli doğrudan kendi gereksinimlerini karşılama düzeyine bağlıdır. Yüksek düzeyde gereksinimlerini karşılayan bireyler, yaşam stresörleri ile olumlu bir şekilde baş etme yeteneğine ve den-

geyi sağlamak için daha büyük bir güce sahipken bu gereksinimlerini karşılayamayan bireyler, kaynakları harekete geçirmede daha az yeteneğe sahiptirler ve stresörlerle yüzleştiklerinde hastalık gelişimi açısından risk altındadırlar.^{8,14}

Hemşirelik girişimleri, hastaların fizyolojik, psikolojik, sosyal, kognitif ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasında onlara yardım edecek öz bakım eylemlerini kullanmada hastalara olanak tanımak için tasarlanmıştır. Tekrarlanan gereksinimlerin karşılanması büyüme ile sonuçlanmakta, sağlıklı gelişimsel sonuçlarla büyüme sürdürülmektedir. Bu kuramın temelinde, bir bireyde yalnızca gereksinimlerinin karşılandığı algısı oluştuğunda bireyin gereksinimlerinin gerçekten karşılandığı anlayışı yer almaktadır.^{9,13,14}

TEORİK TEMELLER

MRM Kuramı'nda teorik temeller oluşturulurken Eric Erickson'ın çalışmalarından yararlanılmıştır. Ancak MRM üzerine yapılan son çalışmalarda bu aşamalar genişletilmiş ve daha kapsamlı hâle getirilmiştir. Bu Kurama göre bireyin gelişimi, yaşına göre 10 gelişimsel süreçten oluşmaktadır.^{9,15} Her bir gelişimsel süreçte, bireyin başarması gereken bir yaşam görevi vardır ve her bir süreç kendinden bir sonraki süreç ile bağlantılıdır. Kendinden bir önceki aşamadaki görevin tamamlanması diğer aşama için kaynak oluşturmaktadır. Her bir aşamadaki yaşam görevinin başarılı bir şekilde çözümlenmesi sonucunda olumlu bir sonuç ortaya çıkarken çözümlenmediği durumda olumsuz bir sonuç ortaya

çıkarmaktadır. Ayrıca her bir aşamanın yararlı bir özelliği ve birey için güçlendirici bir yönü de bulunmaktadır (Tablo 1). Bir kişinin gelişimsel görevlerini sağlıklı bir şekilde çözme yeteneği, kişinin yaşam boyu gereksinimlerini karşıladığı kaynaklara bağlıdır.⁸⁻¹⁰

Kuramda, Eric Erickson'ın felsefi bakışındaki kavramların yanı sıra tanımlanmış gelişimsel süreçlerde bireylerin karşılaşılabileceği durumlar ve bu durumların sonuçları; gereksinimlerin karşılanması, büyüme ve gelişme, stresörler olarak karşılanmayan gereksinimler ve stres yanıtları, strese yanıt durumları; uyarılma ve yitim, adaptasyon, bağlanma nesnesi, kayıp ve keder yanıtı kavramları altında ele alınmıştır.^{9,14,15}

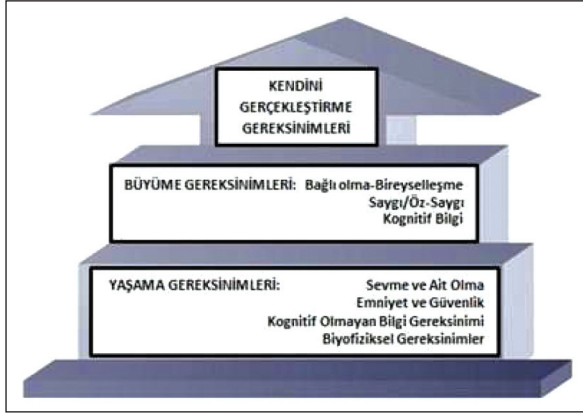
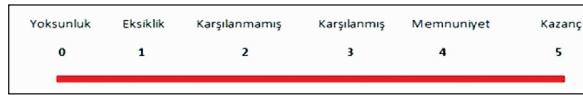
GEREKİSİNİMLERİN KARŞILANMASI, BÜYÜME VE GELİŞME

Gereksinimlerin karşılanması, Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinde tanımladığı gereksinimler üzerine odaklanmaktadır. Hayatta kalma olarak sınıflandırılan içsel gereksinimler, bağımlı bireyselleştirme ya da büyüme ile ilişkili gereksinimler yarı düzenlenmiş bir biçimde ortaya çıkmaktadır.^{9,16} Üst düzey gereksinimler ortaya çıkmadan önce bir dereceye kadar alt düzey gereksinimler karşılanmalıdır (Şekil 3).

Yaşamın erken yıllarında sürekli karşılanmayan gereksinimleri olan bireylerde motivasyon eksikliği olmaktadır. Yaşamın erken yıllarında sürekli gereksinimleri karşılanan bireyler ise yüksek motivasyon

TABLO 1: Gelişimsel aşamalar, kalıntılar, yararlı özellikler ve güçlendiriciler.⁸⁻¹⁰

Aşama/Yaş	Kalıntılar	Yararlı Özellikler	Güçlendiriciler
Ruhun tamamlanması (Doğum öncesi-sonrası)	İkiliğe karşı birlik	Gerçeklik	Farkındalık
Güven oluşturma (Doğum-15. ay)	Güvensizliğe karşı güven	Umut	Geleceğe yönelme
Otonomi kazanma (12-36. aylar)	İç gözleme karşı otonomi	İrade	Öz-kontrol
Girişkenlik kazanma (1-7 yaş)	Sorumluluğa karşı girişkenlik	Amaç	Dürtü
Çaba sarf etme (5-13 yaş)	Aşağılığa karşı yeterlilik	Yeterlilik	Metodolojik problem çözme
Kimlik gelişimi (11-30 yaş)	Rol karmaşasına karşı öz kimlik	Bağlılık	Teslimiyet/fedakarlık
Samimiyet oluşturma (20-50 yaş)	İzolasyona karşı yakınlık	Sevgi	Bireysel bağlanma
Üretkenlik gelişimi (60'lı yaşların ortaları)	Durgunluğa karşı üretkenlik	Bakım	Üretim
Ego bütünlüğü (60'lı yaşlara geçiş)	Çaresizliğe karşı ego bütünlüğü	Bilgelik	Vazgeçme
Dönüşüm (Fiziksel yaşamın sonu)	Bağlantısızlığa karşı yeniden bağlanma	Birlik	Huzur, evreni anlama, sevecenlik/şevkat

ŞEKİL 3: Yaşam boyu gereksinimler.^{9,16}ŞEKİL 4: Gereksinim Durumu Skalası.^{8,9}

sahibi olmaktadır.^{8,9} Bu durumdan yola çıkılarak MRM Kuramı'nda bireyin gereksinim durumunun saptanması için, yoksunluktan kazanç durumuna kadar değişen 0-5 arası bir skala kullanılmaktadır (Şekil 4).

STRESÖRLER OLARAK KARŞILANMAYAN GEREKSİNİMLER VE STRES YANITLARI

Karşılanmayan gereksinimler stresörler olarak tanımlanmaktadır. Stresin çözülmesi için ise bireyin iç ve dış kaynaklarının yeterli olmasının yanı sıra kaynakları harekete geçirme yeteneğinin de iyi düzeyde olması gerekmektedir.^{9,11}

STRESE YANIT DURUMLARI: UYARILMA VE YİTİM

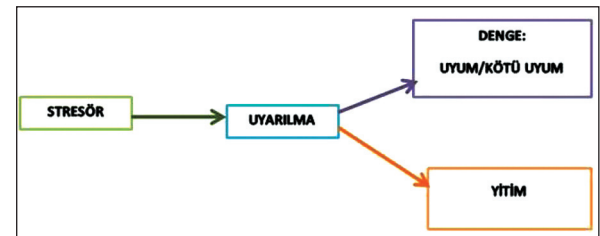
Stres durumunda, uyarılma ve yitim olmak üzere iki tip yanıt vardır. Uygun kaynaklar olduğunda ve kolaylıkla harekete geçirildiğinde uyarılma oluşurken, kaynaklar yetersiz olduğunda ve kaynakları harekete geçirme becerisi yetersiz olduğunda ise yitim oluşmaktadır. Yitim, stresin devam etmesine, kaynakların tüketilmesine, hastalığa ve/veya fiziksel ölüme neden olmaktadır (Şekil 5). Bu durum MRM Kuramı'nda Adaptif Potansiyel Değerlendirme Modeli (APDM) olarak tanımlanmaktadır.^{9,11,12}

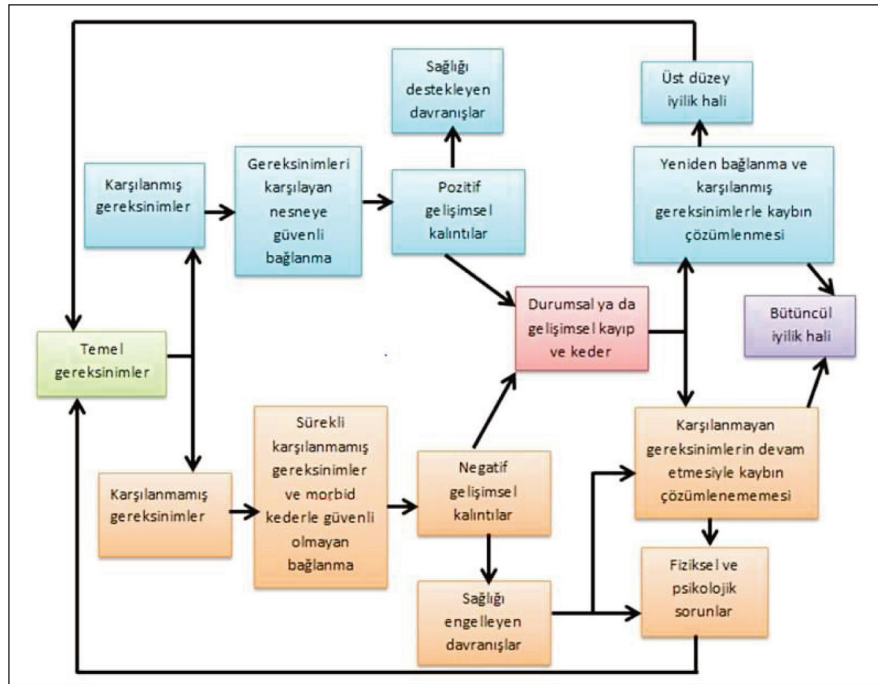
ADAPTASYON, BAĞLANMA NESNESİ, KAYIP VE KEDER YANITI

Adaptasyon gereksinimlerin karşılanmasıyla oluşmaktadır. Bireyin duruma uyum sağlaması ile stres yanıtı azaltılmakta ve yeni kaynaklar oluşturulmaktadır. Gereksinimlerin sürekli olarak karşılanması ise bağlanma nesnesinin oluşturulmasını sağlamaktadır. İnsanlar çeşitli gelişim aşamalarını geçtikçe bu nesnelere değişmektedir. Bağlanma gerçekleştiğinde bağlanma nesnesinin kaybı, kayıp hissi ile sonuçlanacaktır.⁸⁻¹⁰ Kayıp durumsal ve gelişimsel olabilmektedir. Kayıp, gerçektir, korkutucudur ve hissedilir. Durumsal kayıplara; sevilen bir nesnenin kaybı, sevilen/aşık olunan kişi tarafından reddedilme veya birinin evinin büyük bir sel baskınına uğraması örnek olarak verilebilmektedir. Gelişimsel kayıplar; bebeklik döneminde süttan kesilme, okula gitme ya da evden ayrılma gibi gelişimsel bir süreç boyunca oluşan evrelerdir. Kayıp gerçekleştiğinde insanlar keder yaşamaktadır.^{9,10}

Keder süreci, kaynakların harekete geçirilmesini gerektiren keder sürecine geçişin ardışık aşamalarından oluşmaktadır. Bir kişinin uygun kaynakları harekete geçirme yeteneği keder yanıtının sonuçlarını belirlemektedir. Yetersiz kaynaklar ve kaybın üstesinden gelemeyen kişilerin morbid keder olarak bahsedilen durumu; morbid keder durumu ise gelecekteki gelişim süreçlerini etkilemektedir. Bu çoklu teorilerin sentezi MRM kuramının temelini oluşturmaktadır.^{8,9} MRM Kuramı'ndaki diğer kuramlarla ilişkili bağlantılar şu şekildedir:

1. Uyum potansiyeli ve gereksinimlerin karşılanması arasında bir ilişki vardır.
2. Gelişimsel görevlerin çözümlenmesi ve gereksinimlerin karşılanması arasında bir ilişki vardır.
3. Gelişimsel görevlerin çözümlenmesi ve gelişimsel kalıntılar arasında bir ilişki vardır.

ŞEKİL 5: Adaptif Potansiyel Değerlendirme Modeli.^{9,11,12}



ŞEKİL 6: Gereksinimler, bağlanma, gelişim, kayıp, yeniden bağlanma modeli.⁹⁻¹²

4. Gelişimsel kalıntılar ve öz bakım kaynakları arasında bir ilişki vardır.

5. Temel gereksinimlerin karşılanması, bağımlı nesne, kayıp, keder, büyüme ve gelişme arasında bir ilişki vardır.⁸⁻¹⁰

Özetlemek gerekirse; Bireyin yaşam boyu her gelişimsel süreçte karşılanması gereken gereksinimleri vardır. Sürekli olarak karşılanan insan gereksinimleri bağımlı nesnelere oluşturmaktadır. Bu nesnelere bireyler için yaşam boyu gereklidir, eşsiz ve önemlidir. Bir kişi nesnenin kaybolacağını algıladığında, keder yanıtı oluşmaktadır. Başka bir deyişle her kayıp keder sürecini oluşturmaktadır.⁹⁻¹² Bir kişinin kaybı çözümlemede yaşadığı zorluk, kaybedilen nesnenin önemlilik derecesine bağlıdır. Keder yanıtı normaldir ve bireyin kendi ile sınırlıdır. Normal keder süreci yaklaşık bir yılı almaktadır. Kederin çözülmesi için birey yeni yollar ya da bağlanabileceği alternatif nesnelere bulmaktadır.^{9,11,12} Eğer birey, bu nesnelere bulamaz ve durum çözülmezse bütüncül iyilik hâlinde bozulma olacaktır (Şekil 6).

KURAMI UYGULAMA STRATEJİLERİ

MRM Kuramı'nın uygulamada kullanılabilmesi için; ilişkiyi başlatma, verilerin anlaşılması ve proaktif

hemşirelik sürecinden oluşan üç aşama vardır. Her bir aşamada kuramdaki kavramlar aktif olarak kullanılmalıdır.^{8,9}

İLİŞKİYİ BAŞLATMA

İlişkiyi başlatma süreci; birey için bir yol haritasının belirlenmesi ile başlamaktadır. Bu aşamada bireylerin "öz" duygusunun gelişimi üzerine odaklanmakta ve bireylerin başka birine kendini açma konusunda isteğini ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Yol haritasının belirlenmesi için hemşire iyi bir gözlem ve değerlendirme yapmalı, bireyi tanımak için gerçekleşmesi gereken aşamaları tek tek kaydetmelidir.^{8,10}

Sürecin diğer aşaması, besleyici bir ortam oluşturulmasıdır. Bu ortamın oluşturulması için rahatsız edici uyaranların ortadan kaldırılması ve hastanın alanına saygı duyulması önemlidir. Bu amaçla; rahatsız edici ve konforu bozan ses, ışık, koku ve diğer uyaranları belirleme, hastanın fiziksel alanına tanımlama ve saygı duyma, hastayla göz teması kurma, yumuşak tonda konuşma ve hastaya dokunma uygulamaları yapılmaz.^{8,9,11}

İlişkiyi başlatma sürecinin son aşaması ise öyküyü kolaylaştırmadır. Bu aşamada bireyin öz bakım bilgisinin elde edilmesi gerekmektedir. Bu amaçla

hemşire; uyarıların belirlenmesi, hasta-hemşire ilişkisine odaklanma konusunda bireyi cesaretlendirme konusunda hastaya destek olmalıdır. Ayrıca hastanın öz bakım bilgisi hakkındaki inançlarını ve hastanın duruma yönelik algısını belirlemelidir.^{8,9}

VERİLERİN ANLAŞILMASI

Bu süreç; verilerin doğru bir şekilde alınması, verilerin birleştirilmesi/toplanması ve veri analizi aşamalarından oluşmaktadır.^{9,10}

Verilerin doğru bir şekilde alınmasında, MRM kuramında daha önce belirtilen felsefi ve teorik varsayımlar kullanılmaktadır. Bir kişinin öyküsü genellikle eylemleri hakkındaki tüm bilgileri içermekte ve birey hakkında bütüncül bir bakış açısı sağlamaktadır. Ancak hemşire ve hasta tarafından algılanan durumun aynı olduğu konusunda fikir birliği sağlanması bu aşamada önemlidir. Örneğin bir kişi hasta olduğunu söylediğinde, çok stresli olduğunu ifade ediyor olabilirken hemşire bu durumun stres nedeni ile değil enfeksiyon gibi bir hastalık nedeni ile geliştiğini düşünebilmektedir. Bu nedenle, hasta ile aynı dili konuşmak ve hasta ifadelerinin gerçekte ne anlama geldiğini belirlemek önemlidir.⁸⁻¹⁰

Verilen birleştirilmesi/toplanması olarak ifade edilen ikinci aşama ilk kaynaktan elde edilen veriler yorumlandığında oluşmaktadır. Verilerin toplanmasında hasta dışında ikinci ve üçüncü kaynaklara da gereksinim duyulabilmektedir. Bu durumlarda her 3 kaynaktan elde edilen veriler bir puzzle'ın parçaları gibi birleştirilmelidir.^{8,9}

Veri analizi son aşamadır. Bu aşamada toplanan veriler ve hasta durumu arasındaki kuramsal bağlantı analiz edilmektedir. Bu aşama, doğru hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması açısından önemlidir.^{9,13}

PROAKTİF HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirelik bakımı verilen her hastada bakım, MRM kuramında açıklanan kavramlar kapsamında yürütülmektedir. Bu durum hastanın iyilik hâlini kolaylaştırmakta ve konforunu artırmaktadır. Bu aşamanın aktif ve planlı olabilmesi için ilişkiyi başlatma ve verilerin anlaşılması sürecinin optimal düzeyde olumlu olması gerekmektedir. Girişimler daha çok hastanın güçlendirilmesi veya güçlü yönlerinin ortaya çıkarılması ve baş etme stratejileri geliştirilmesine yöneliktir. Bu süreçlerin her biri kuramda açıklanan kavramlar çerçevesinde tartışılmalı ve yorumlanmalıdır.⁸⁻¹²

KURAMIN KULLANIMI

MRM Kuramı; geçmişten günümüze birçok kurumda öğretilmekte ve kullanılmaktadır. Bu kurumlardan bazıları [Tablo 2](#)'de özetlenmiştir. Ayrıca günümüzde; bu kurama ilişkin yapılan çalışmalar, hemşire/aday hemşire görüşleri, konferans, kongre, sempozyum gibi bilimsel etkinlikler kuramın açıklandığı bir web sitesinde paylaşılmaktadır.^{9,14,17}

MRM Kuramı, hipertansiyon, kalp yetersizliği, obezite gibi birçok hastalıkta kullanılmıştır. Kuramın kullanıldığı ve etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalar [Tablo 3](#)'te gösterilmektedir.^{9,13,18-20}

SONUÇ

Sonuç olarak MRM Kuramı hemşirelik bakımında, bakım kalitesini artırmak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için kullanılacak önemli bir kuramdır. Kuramın tüm kavramlarının hemşirelerce ayrıntılı olarak incelenerek, bu kuramla ilgili yapılacak çalışma sayısının artırılması ve kuramın klinik ortamda aktif olarak kullanılması bakımın bilimsel bir zemine dayandırılmasını da sağlayacaktır.^{8,9}

TABLO 2: Modelleme ve Rol Modelleme Kuramının öğretildiği/kullanıldığı kurumlar.^{9,14}

Harding Üniversitesi, Hemşirelik Okulu, Searcy, Arkansas	Pediyatrik Klinik Kursu için kuramsal temel oluşturmaktadır.
Metro State Üniversitesi, Hemşirelik Okulu, St. Paul, Minnesota	Kuramsal temel ve öğrenci danışmanlığında
St. Catherine Koleji, Hemşirelik Okulu, St. Paul, Minnesota	Kuramsal temel ve Müfredat Programında
Austin Texas Üniversitesi, Hemşirelik Okulu	Kuramsal temel ve Değişim Programı
Modern Sağlık Bakımı, Austin, Texas	Bağımsız Hemşirelik Uygulama Ajansı

TABLO 3: Modelleme ve Rol Modelleme Kuramı ve Paradigmasıyla ilişkili çalışmalar.^{13,18-20}

Yazar	Test Edilen	Kaynak
Baas L (2004)	Yaşam kalitesi ile ilgili öz bakım kaynaklarının değerlendirilmesi	Dimensions of Critical Care Nursing. 23(3):131-8.
Baas L, Berry T, Allen G, Wizer M, Wagoner L (2004)	Kalp yetersizliği/Kalp Transplantasyonu olan bireylerde farkındalık	Journal of Cardiovascular Nursing. 19(1):32-40
Lombardo SL, Roof M (2005)	Morbid obezite olan bireylerde MRM uygulaması	Home Healthcare Nurse. 23(7): 425-8
Berry T, Baas L, Henthorn C (2007)	İmplant kardiyak cihaz uzumun öz raporlanması	Journal of Cardiovascular Nursing. 22(6):516-24

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Im EO. The current status of theory evaluation in nursing. J Adv Nurs. 2015;71(10):2268-78. [Crossref] [PubMed]
2. Alligood MR. Theory-based practice in a major medical centre. J Nurs Manag. 2011;19(8): 981-8. [Crossref] [PubMed]
3. Flanagan J. Patient and nurse experiences of theory-based care. Nurs Sci Q. 2009;22(2): 160-72. [Crossref] [PubMed]
4. AliSher AN, Atta S, Yasin I, Sohail M. A Clinical application of nightingale's theory. International Journal of Nursing Care. 2019;7(1):13-6. [Link]
5. Yücel ŞÇ. [Kolcaba's Comfort Theory]. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011;27(2):79-88. [Link]
6. Özkaraman A, Serap Ö, Alpaslan GB. [Use of Roy Adaptation Model in Nursing Care of A Case with Rheumatoid Arthritis]. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1(3):138-52. [Link]
7. Öztürk C, Karataş H. [Orem's Self-Care Deficit Theory of Nursing and Nursing Care in Post-traumatic Epilepsy]. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;11(2):85-91. [Link]
8. Erickson HL, Tomlin EM, Swain MAP. Modeling and Role-Modeling: A Paradigm for Nursing Practice in Modeling and Role Modeling A Theory and Paradigm for Nursing. ABD: EST Company; 2009.
9. Erickson HL. Helen Erickson, Evelyn Tomlin and Marry Ann Swain's Theory of Modeling and Role Modeling. Nursing theories and nursing practice e-book. In: Smith MC, Parker ME, eds. USA: FA Davis Company; 4th ed. 2015. p.185-205.
10. Erickson HL, Tomlin EM, Swain MAP. Helen Erickson, Evelyn Tomlin and Marry Ann Swain's Theory of Modeling and Role Modeling. Nursing Theories and Nursing Practice. In: Parker ME, Smith MC, eds. 3rd ed. ABD: Davis Company; 2010.
11. Erickson ME. Modeling and Role Modeling Theory in Nursing Practice. Modeling and Role-Modeling Theory in Nursing Practice. Nursing Theory: Utilization&Application e-book. In: Alligood MR, ed. 5th ed. USA: Elsevier; 2014. p.303-30.
12. Erickson ME. Modeling and Role Modeling. Nursing Theorists and Their Work. In: Alligood MR, ed. 9th ed. USA: Elsevier; 2017. p.398-413.
13. Lombardo SL, Roof M. A case study applying the modeling and role-modeling theory to morbid obesity. Home Healthc Nurse. 2005;23(7):425-8. [Crossref] [PubMed]
14. The Society for the Advancement Modeling and Role-Modeling. Online Access. Accessed Date: 10.12.17 [Link]
15. Özdemir O, Özdemir PG, Kadak MT, Nasıroğlu S. [Personality Development]. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(4):566-89. [Crossref]
16. Seker,S.E.(Maslow Hierarchy of Needs. YBS Ansiklopedisi, 2014;(1):35-7. [Link]
17. The Society for the Advancement Modeling and Role-Modeling. Online Access. Accessed Date: 10.12.17. Accessed Address: [Link]
18. Baas LS. Self-care resources and activity as predictors of quality of life in persons after myocardial infarction. Dimens Crit Care Nurs. 2004;23(3):131-8. [Crossref] [PubMed]
19. Baas LS, Beery TA, Allen G, Wizer M, Wagoner LE. An exploratory study of body awareness in persons with heart failure treated medically or with transplantation. J Cardiovasc Nurs. 2004;19(1):32-40. [Crossref] [PubMed]
20. Beery TA, Baas LS, Henthorn C. Self-reported adjustment to implanted cardiac devices. J Cardiovasc Nurs. 2007;22(6):516-24. [Crossref] [PubMed]