

OLGU SUNUMU

CASE REPORT

Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasına Bir Örnek: Kalp Yetersizliği Olgusu

An Example Of Watson's Theory Of Human Caring Model: Case Of Heart Failure

Berna Nilgün Özgürsoy Uran¹, Serap Özer², Yasemin Yıldırım²

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir.

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir.

Hemşirelik kuram ve modellerinin sistematik olarak kullanılması ile bakım uygulamalarında bir yapı ve disiplin oluşmaktadır. Ayrıca var olan karmaşıklık ortadan kalkmakta ve bakım uygulamaları kesintisiz bir şekilde sürdürülebilmektedir. Watson'ın İnsan Bakım Modeli; zihnin, bedenin ve ruhun uyumunu, bireyin güçlü-zayıf yönlerini ve tepkilerini içeren davranışlarını bilmeyi gerektiren bir modeldir. Modelin temel aşamaları; iyileştirme süreçleri, kişilerarası bakım ilişkisi ve bakım durumudur.

Bu makalede; İnsan Bakım Modeli kullanılarak kalp yetersizliği olan 53 yaşındaki bir kadın hastada hemşirelik süreci oluşturulmuştur. Ayrıca hemşirelik mesleğinin özünü çok iyi yansıtması ve insan odaklı olması bakımından bu modelin bakım uygulamalarında kolaylıkla kullanılabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Watson, İnsan Bakım Modeli, Kalp Yetersizliği, Hemşirelik Süreci.

By using nursing theories and models systematically, it consists of a structure and discipline in care practices. It also eliminates the existing complexity, and care practices can be continued uninterruptedly. Watson's Theory of Human Caring is a model that requires knowing the behavior including the mind, body and spirit's harmony, individual's strength and weakness and reactions. The main stages of the model are caritas processes, transpersonal caring and the caring moment.

In this article, the nursing process has been established at 53-year-old female patient with heart failure using Theory of Human Caring. Also this model has shown to be used easily in the care practices in terms of being very good reflecting of the essence of the nursing profession and being people-oriented.

Keywords: Watson, Theory of Human Caring, Heart Failure, Nursing Process.

Geliş tarihi: 10.09.2015; **Kabul tarihi:** 22.12.2015

Sorumlu Yazar: Berna Nilgün Özgürsoy Uran

Yazışma adresi: İzmir Katip Çelebi Üniv. Balatçık Kampüsü Havaalanı Şosesi. Merkezi Ofisler I, K: 2 Oda

No: 209 Çiğli 35620 İzmir, Türkiye;

E-posta: bernanilgun@gmail.com

Değerleri ön planda tutarak bütüncül ve insani yaklaşım ile bireylerin yaşamlarını iyileştirmek etkili sağlık bakımının en önemli amacıdır. Bu bakımda kilit role sahip olan hemşirelik disiplini; düşünme ve uygulamaya yön veren değer ve inançları temel almaktadır.^[1] Mesleğe özgü bilgi birikiminin gelişmesiyle birlikte, hemşirelik disiplini de varlığını sürdürmektedir. Bilginin üretimi, kuram ve modellerin test edilmesi ve genellenmesiyle gerçekleşmektedir. Hemşirelik disipliniinde araştırma problemlerinin tanımlanması ve doğrulanması da kuram ve modellerin rehberliğinde mümkün olabilmektedir.^[2,3] Birçok kavramsal ve teorik model 50 yılı aşkın bir süredir hemşirelik disiplininin araştırma ve uygulamalarına yön vermekte ve bakım kalitesini iyileştirmektedir. Hemşirelik uygulamalarında kuram ve modellerin kullanılması; bakımın daha düzenli ve sürekli uygulanabilmesine olanak sağlamaktadır.^[4] Ancak ülkemizde hemşireler tarafından kuram ve modellerin ne kadar sıklıkta ve nasıl kullanıldığı tam olarak bilinmemektedir.^[3] Bu nedenle son yıllarda hemşirelik disipliniinde kuram / model kullanımı daha da önem kazanan bir konu haline gelmiştir.

Bakım uygulamalarında bir yapı, disiplin oluşturan, düzenliliği ve

sürekliliği sağlayan hemşirelik modellerinden son dönemlerde oldukça yaygın olarak kullanılan modellerden biri Watson'ın İnsan Bakım Modeli (İBM)'dir. Bu model hemşirelik disiplininin özünü çok iyi yansıttığı ve insan odaklı olduğu için oldukça popüler bir model olarak kabul edilmektedir. İnsan bakım süreci; zihnin, bedenin ve ruhun uyumunu, bireyin güçlü-zayıf yönlerini ve tepkilerini içeren davranışlarını bilmeyi gerektirmektedir. Ayrıca bakım ilişkisi kapsamında konforun nasıl sağlanacağına, şefkat ve empatinin nasıl sunulacağına dair bilgileri içermektedir. İnsan Bakım Modeli'nin temel aşamaları; iyileştirme süreçleri, kişilerarası bakım ilişkisi ve bakım durumudur.^[5-8]

Kardiyak rahatsızlıkların son evresi olan kalp yetersizliği (KY), sık görülmesi ve görülme sıklığının her geçen yıl artmasının yanında oldukça yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip önemli bir sağlık sorunudur ^[9]. İlerleyici doğası gereği ortaya çıkardığı semptomlar (yorgunluk, dispne, fonksiyonel kapasitede azalma vb) ile yaşam kalitesini önemli oranda kötüleştiren KY'de hastaneye başvuru oranları da oldukça yüksektir. Yapılan çalışmalarda KY olan hastaların % 13.2 - 18.3'ünün taburcu olduktan sonra ilk bir ay içinde^[10], % 30 - 56.6'sının ilk üç

ay içinde ^[11], % 23 - 50'sinin ise ilk altı ay içinde^[12] tekrar hastaneye yattığı bulunmuştur. Türkiye'de yapılan bir çalışmada da hastaların yaklaşık yarısının 90 gün içinde tekrar hastaneye yattığı saptanmıştır.^[13] Aynı zamanda ilerlemiş KY olan hastalar en kritik hastalar arasında olup; sağlık bakım maliyetlerinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. ^[14-16]

Kalp yetersizliği yönetimi; mortalite ve gereksiz hastane yatışlarını azaltmak ve semptom yönetimini sağlamak için ilaç ve cihaz tedavisinin optimizasyonunu sağlamayı, tedaviye uyumu arttırmayı, özellikle öz bakıma ağırlık veren hasta eğitimi, belirtilerin izlemine, esnek diüretik kullanımına hastanın katılımını ve taburculuk sonrası izlemi (düzenli klinik ve/veya ev ziyareti, telefon desteği) içermektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, uygun girişimlerin planlanması, hasta ve ailesine psikososyal destek sağlanması da diğer prensipler arasında yer almaktadır. Bu tedavi ve izlem prensipleri göz önünde bulundurulduğunda; KY olan hastaların yönetiminde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin 2012 yılında yayınlanan kılavuzunda da belirtildiği üzere; hemşireler belirtilen yönetim programı bileşenlerini uygulayarak hasta stabil olana kadar sık ve yakın

izlem ile hastalığın yönetiminde aktif rol almaktadır. ^[17-19]

Bu makalede amaç; kalp yetersizliği olan bir olgu ile İBM'nin kullanımını açıklamak ve model kullanımına yönelik bir örnek oluşturmaktır. Bu olgu çalışmasında İBM'nin seçilme nedenlerinden biri; girişimsel uygulamalar olmadan, ileri bakım uygulamaları ile planlanmış bir yaklaşım sunması ve hastalığa uyum sürecini desteklemesidir. Bu modelin seçilmesinin diğer bir nedeni ise; hemşirelik mesleğinde önemli unsurlardan olan maneviyatı göz önünde bulundurmasıdır. Manevi bakım davranışlarının bireyin iyilik halini artırıcı etkisi olduğu için İBM doğrultusunda bireyler için içsel ve dışsal iyileşme çevresinin oluşturulması, kişilerarası bakım ilişkisinin kurulması, varoluş alanının anlaşılması ve iyileştirilme süreçlerinin kullanılması verilen hemşirelik bakım girişimlerinin etkinliğini arttırmaktadır.

^[20]

İnsan Bakım Modeli kullanılarak oluşturulan bu makaledeki hemşirelik süreci; İzmir ilinde yer alan bir eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji kliniğinde tedavi gören bir kadın olguda, gerekli izinler alındıktan sonra uygulanmıştır.

WATSON'IN İNSAN BAKIM MODELİ

Watson, hemşireliği ahlaki ve insani bir hizmet olarak tanımlamakta; aynı zamanda bilim ve sanat bilgisi gerektiren bir disiplin olarak görmektedir. [2] Watson'ın İBM; özgünlüğün ve yaşam deneyimlerinin önemini vurgulayarak bireyi fiziksel ve ruhsal açıdan bir bütün olarak ele almaktadır. Çünkü birey akıl, beden ve ruh olmak üzere üç alana sahiptir. Bu alanların birbiri ile uyum içinde olması da bireyin "sağlıklı" olduğunu ifade etmektedir. [21]

İnsan bakım modelinde bireylerin manevi gereksinimlerini ve duygularını ifade etmelerinin sağlanması ile manevi bakımın gerçekleştirilebileceği belirtilmektedir. [8] Watson, kuramında sevginin en önemli iyileşme kaynağı olduğunu göstermektedir. Bu sayede de hemşireliği girişimsel ve tıbbi işlemlere odaklı bir meslek olmaktan kurtarmaktadır. [5]

Watson'ın İBM sadece bakım sanatını uygulamayı, şefkat göstermeyi, bireyin ve ailesinin acısını dindirmeyi değil, aynı zamanda iyileştirmeyi de içeren bir modeldir. Ayrıca hemşirenin kendini gerçekleştirmesine de katkıda bulunmaktadır. [21] Bu modelde; değer ve inançlar özel bir öneme sahiptir. Öyle ki, hemşirelik gerçekleştirilmesi gereken bir seri iş değil; insan bakımı

ile ilgili spesifik değer sistemleri ile sürdürülen bir hizmettir. [2]

Modelde; hemşirelerin dikkatli dinleme, göz teması kurma, rahatlatma, dürüst olma, duyarlı ve saygılı olma gibi bakım davranışlarını kullanması ile hastalığın birey tarafından daha etkili olarak algılanabildiği de gösterilmektedir. [8, 22, 23] Watson'a göre bakım sürecinin temel aşamaları; iyileştirme süreçleri, kişilerarası bakım ilişkisi ve bakım durumu / bakım anıdır. [7,8,20,21]

İyileştirme Süreçleri: Watson "iyileştirme süreçleri"ni (İS) hemşireliğin iyileştirici ve bakım verici rolü açısından bir rehber olarak değerlendirmektedir. 1979 yılında geliştirilen, 1985 ve 1988 yıllarında da revize edilen bu süreçler toplamda 10 maddeden oluşmaktadır. [7,20,21,24-26]

İS - 1. İnsani değerler sistemi

İS - 2. İnanç – umut

İS - 3. Kendine ve başkalarına duyarlılık

İS - 4. Yardım eden ilişki

İS - 5. Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme

İS - 6. Bakım sürecinde yaratıcı problem çözme

İS - 7. Kişilerarası öğrenme – öğretme

İS - 8. Destekleyici, koruyucu ve/veya iyileştirici zihinsel, fiziksel, toplumsal ve ruhsal çevre

İS - 9. İnsan yardımına gereksinim duyma

İS - 10. Varoluşçu – fenomenolojik – manevi güçler

Bu iyileştirme süreçlerini kullanmak için bireye içten ve ilgili davranılması, ismi ile hitap edilmesi, işi ve ailesi hakkında konuşmaya teşvik edilmesi, görüşme ortamının ışık, ses, güvenlik ve mahremiyet açısından uygun olması gerekmektedir. [20] Tıbbın tedavi edici faktörlerine karşılık olarak hemşirelik bakımının önemine dikkati çeken Watson, bahsedilen bu iyileştirme süreçlerini yaratıcı problem çözme süreci olarak tanımlamakta ve sürecin özelliklerini şu şekilde açıklamaktadır:[21,24-26]

- İyileştirme süreci doğrusal bir yol izlememektedir.
- Süreçteki bütün aşamalar etkileşim içindedir. Hangi iyileştirme sürecinin bakım anına rehberlik ettiğini bilmek önemlidir.
- Bilimsel bilginin yanı sıra uygulama becerileri, etik ve değerler, sağlık ve yaşam deneyimlerine ilişkin bilgiler de kullanılmaktadır.
- Bakım sürecinin yaratıcı olması gerekmektedir.

İyileştirme süreçleri doğru bir şekilde uygulandığında hemşire iyileştirici bir güç olmakta ve böylece bireye bütüncül yaklaşım sağlamaktadır.[6]

Kişilerarası Bakım İlişkisi:

İnsan bakım modelinin bir diğer

aşaması olan kişilerarası bakım ilişkisi, insan bakım ilişkisinin özel bir türü olarak tanımlanmakta; hemşire ve birey arasındaki bilimsel, profesyonel, etik, yaratıcı ve kişiselleştirilmiş davranışları ve tepkileri kapsamaktadır. Temelinde benlik, varoluşsal alan ve kişilerarası iletişim yer almaktadır. Benlik geçmişten gelen, başkalarına ve yaşama ilişkin algılar ve değerlerden oluşan bir kavram olup; kişiye özgü nitelikler taşımaktadır. Hasta / sağlıklı birey varoluşsal alanlara sahiptir. Bu alan; bireyi birey yapan yaşadığı deneyimlerini, duygularını, düşüncelerini, manevi inançlarını, amaçlarını, beklentilerini ve kendini algılamayı içermektedir. Bu alana özgü değerlendirmeleri yapabilmek için bireyin kendini ifade etmesi, deneyimlerini paylaşması, bedensel olarak hissettiklerini, kültürel ve manevi inançlarını, hedef ve beklentilerini ifade etmesi istenmektedir. Watson'a göre; hemşire ve birey arasındaki iletişim uzun süren terapötik bir ilişkinin sonucu olabildiği gibi, bakım sırasında kısa bir karşılaşma sonucunda da gelişebilmektedir. Böylece hemşire ve bireyin birbirini anlamasını kolaylaştıran bir kişilerarası bakım ilişkisi kurulmuş olmaktadır.[2,7,21]

Bakım Durumu / Bakım Anı:

Bakım durumu / anı, hemşire ve bireyin iletişime geçtiği, insan insana

etkileşimin olduğu anı ifade etmektedir. Bakım durumu/anı; hemşire ve bireyin bir araya gelerek bakımı oluşturduğu durumdur. Hemşire ve birey kendilerine özgü fenomenal alanları ile insan - insana etkileşim için bir araya gelmektedir. Fenomenal alan; bireyin duygularının, bedensel hislerinin, düşüncelerinin, spiritüel inançlarının, hedeflerinin, beklentilerinin, çevresel farkındalıklarının ve algılamalarının anlamını içeren deneyimlerinin tümüne karşılık gelmektedir. Bunların tümü bireyin geçmiş yaşam öyküsüne, şimdiki durumuna ve geleceğine dayanmaktadır. [6,21]

Hemşirenin, hasta / sağlıklı birey ile arasındaki bağları güçlendiren bu aşamada iyileştirme süreçleri kullanılarak planlama yapıldığında; birey ve hemşire arasında daha güvenilir ve saygılı bir iletişim ortamı oluşacak; birey hemşireyi benimseyerek onun kendisi için orada olduğunu, kendisine değer verdiğini bilecektir.

İNSAN BAKIM MODELİNE GÖRE HEMŞİRELİK SÜRECİ

Kalp Yetersizliği Olan Olgunun Profili

Olgunun verileri gerekli açıklamalar yapıldıktan, sözel olarak izin alındıktan sonra toplanmış ve Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre aktarılmıştır.

1.Sağlığı algılama-Sağlığın yönetimi:

53 yaşında olan bayan E. Z, ortaokul mezunu ve ev hanımıdır. Haziran 2013'te bacaklarında, sırtında ve kollarında yaralar oluşması üzerine bir eğitim araştırma hastanesinin dermatoloji polikliniğine başvurmuştur. Eritrodermi tanısı nedeniyle üç günlük klinik yatışı planlanan ve daha sonra oral steroid tedavisi ile taburcu edilen E.Z, ardından 38 °C ateş, üç - dört gündür var olan öksürük, balgam ve ortopne şikayetleri ile tekrar hastaneye başvurmuştur. Genel durumu kötüleşen E.Z, Temmuz 2013 başlarında kronik kalp yetersizliği (KKY) ve atriyal fibrilasyon (AF) tanısı ile kardiyoloji yoğun bakım ünitesine, beş gün sonra da durumunun stabilleşmesi üzerine kardiyoloji kliniğine yatırılmıştır.

E.Z'nin özgeçmişi değerlendirildiğinde; 2003 yılında diyabet (DM), 2005 yılında hipertansiyon (HT) ve koroner arter hastalığı (KAH) tanılarının konduğu saptanmıştır. Herhangi bir zararlı madde kullanımı (sigara, alkol, uyuşturucu, vb) ve alerji öyküsü olmayan olgunun aile öyküsünde; anne diyabet ve baba hipertansiyon nedeniyle yaşamını yitirmiştir. E.Z, iki oğlunun da sağlıklı olduğunu ifade etmiştir.

Bedensel olarak bir engeli olmamasına karşın, bacaklarındaki güçsüzlük nedeniyle daha önce

yaşadığı düşme deneyiminden korktuğu için tualete gitmekten ve evin alt katına inmekten bile çekinen E.Z, eşi veya çocukları olmadan evden çıkamamaktadır.

2. Beslenme-metabolik durum:

Gastrointestinal sisteme ilişkin bir özellik tanımlamayan E.Z, kendi kendine beslenebilmektedir. Ocak 2009'da 85 kg iken, kilo vermek amacıyla 10 gün boyunca endokrinoloji kliniğinde yatmış ve ortalama altı ayda 22 kg vermiştir. Belirtilen tarihten bu yana düştüğü kiloyu korumakta olan E.Z, şuan 63 kg'dır. Boyu 1.55 cm olan olgunun beden kitle indeksi 26.25 olarak hesaplanmıştır. 1400 kkal'lik diyabetik diyetle birlikte kalp koruyucu diyet uygulanan olgu yemeklerini tam olarak bitiremediğini, iştahsız olduğunu, hastane yemeklerini yiyemediğini ifade etmektedir. Ara öğünlerini atlamakta, yemek saatlerine ve ara öğünlerin zaman planlamasına dikkat etmemektedir.

3.Boşaltım: Defekasyon alışkanlığı normal, 13 gündür foley kateter ile mesane boşaltımını gerçekleştiren bayan E.Z, yatak içinde mobildir. Bacaklardaki güçsüzlük nedeniyle yataktan çıkmaya korkan E.Z, kateterden memnun olduğunu, sürekli tualete gitmek istemediğini belirtmektedir. Zaman zaman kateter

yerinde yanma ve sızlama tanımlamaktadır.

4.Aktivite-egzersiz: Aktivite ve egzersiz durumu değerlendirildiğinde; düşme korkusunun yanı sıra ciddi düzeyde dispne yakınmasının olduğu görülmüştür. Bu durum da günlük aktivitelerde kısıtlama oluşturmaktadır. Öyküsünde dikkati çeken en önemli bulgu; 2008 yılından bu yana basit ev işleri dâhil hiçbir işi yapamadığı, hemen yorulduğu, iki katlı olan evde merdiven kullanamadığı ve tüm zamanını üst katta geçirdiğidir.

Son bir aylık düşme öyküsü sorgulandığında; evde üç - dört kez düştüğü, düşme nedenini bilmediği öğrenilmiştir. "İtali Düşme Riski" değerlendirildiğinde toplam skor 21 (yüksek risk) olarak hesaplanmıştır.

5. Uyku-dinlenme: Öksürük, balgam ve ciddi solunum güçlüğü şikâyetleri ile kliniğe yatırılan E.Z'nin uyku düzeni de değişmiş ve fowler pozisyonunda uyuduğu, çok sık uyandığı, dinlenmiş olarak uyanamadığı, gündüz şekerlemelerinin arttığı gözlemlenmiştir. Şu anda öksürük ve balgamının hafif düzeyde olduğunu, ancak ciddi dispne şikâyetinin devam ettiğini ifade etmektedir. Evdeki uyku alışkanlıkları sorulduğunda; gece sık uyandığını, uykuya dalmakta zorlandığını ve biri kanepede diğeri yerde olmak üzere iki

yatak yaptığını belirtmektedir. Yorgunluk tanılması yapıldığında; visüel analog skalaya göre yorgunluk şiddeti 8 olarak belirlenmiştir. E.Z, kâbuslar gördüğü için uyumaktan korktuğunu, geceleri eşini ve annesini sayıklayarak uyandığını ifade etmektedir.

6.Bilişsel algısal durum: Ağrısı ve yorgunluğu olduğu zaman konuşulanlara, anlatılanlara dikkatini veremeyen olgu, öğrenmekte de zorluk çekmektedir. Sürekli olan bir ağrısının bulunmadığını, yorgunluğu ve uykusuzluğu arttığında ağrısının da olduğunu, visüel analog skalaya göre 5 şiddetini geçmediğini belirtmektedir.

7.Kendini algılama-benlik kavramı: Bu alana yönelik olguda umutsuzluk ve tükenmişlik saptanmıştır. Endişeli ve huzursuz görüntüsü dikkat çeken bayan E.Z, genel durumunun daha da kötüleşmesinden, her aktivitede bağımlı olmaktan korktuğunu ifade etmektedir.

8. Rol-ilişki: Emosyonel durumu üzgün ve ajite olan olgu annelik ve eş rolünü yeterince yerine getirememekten, eş ve çocukları işe gittiğinde yalnız kalmaktan ve komşularıyla da görüşmemekten yakınmaktadır.

9.Cinsellik-üreme: Bu alana özgü elde edilen veriler; E.Z, gece sık uyandığı

için eşiyile ayrı yatmayı tercih ettiği, özel yaşantısının olmadığını belirtme yönündedir.

10.Başetme-stres toleransı: Yapılan değerlendirmelerde; eş ve çocukları sürekli destek olsa da E.Z'nin uzun süredir kronik hastalıklarının olması, tedaviden yorulması ve genel durumunun kötüleşmesi nedeniyle aklını kaybetmekten ve ölümden korktuğu belirlenmiştir.

Bayan E.Z, eşine yük olduğunu, ancak eşinin kendisine çok iyi baktığını, onu çok sevdiğini ve ondan destek aldığını belirtmektedir. Bu zamana kadar hep eşinin desteği ile ayakta kaldığını, ona yürekten inandığını, buna karşın zaman zaman hastalıkları ağırlaştığında çok sinirlendiğini ve eline ne geçerse eşine attığını, öfkesini kontrol altına almakta zorlandığını da ifade etmektedir.

Mevcut durumuyla eve taburcu olmak istediği, 10 gündür yıkanamadığı, bu yüzden de rahatsız olduğu, ancak hekimlerin henüz taburculuğa hazır olmadığını söylediği de diğer veriler kapsamındadır.

11.Değer-inanç: E.Z; sürekli dua ettiğini, bu şekilde güç toplayabildiğini, ölümden korkmadığını ancak zihinsel yetilerini kaybetmekten korktuğunu ifade etmektedir.

E.Z'nin fiziksel değerlendirmesi yapıldığında; vücut sıcaklığının 37.6°C, kan basıncının 130/90 mmHg, nabzın 88 atım/dk ve solunum sayısının 32/dk olduğu görülmüştür. Oral anti diyabetik ilaç kullanımına karşın, olgunun açlık kan şekeri (AKŞ) 200 mg/dl'nin üzerinde değerlendirilmiştir. Ayrıca trigliserid değeri 237 mg/dl ile yüksek, HDL kolesterolü 18 mg/dl ile düşük olarak saptanmıştır. Biyokimya analizlerinde lökosit, nötrofil, eozinofil ve kan üre azotu (BUN) değerleri yüksek, lenfosit değeri de düşüktür. Klinikte yatışının ilk günlerinde en fazla 37.8°C olan ateşi, beşinci günde 38 °C'ye yükselince alınan idrar kültüründe herhangi bir üremenin olmadığı, ancak idrarda eritrosit olduğu belirlenmiştir.

İnspeksiyonda kollarda, bacaklarda ve sırtta yaygın döküntüler, hafif ekimozlar, peteşiler ve cilt kuruluğu olduğu saptanmıştır. Ayrıca sürekli oturur pozisyonda olduğu, aynı pozisyonda uyumaya çalıştığı gözlemlenmiştir. Oskültasyonda ise; akciğerlerde hafif raller, istirahat halinde dispne belirlenmiştir. Diğer sistem muayeneleri normal bulunmuştur. İtme ve konuşmasında herhangi bir problem olmayan E.Z, yakın mesafeyi iyi göremediğini ve zorlandığını ifade etmiştir.

İnsan Bakım Modeline Göre Olgunun Değerlendirilmesi

İnsan bakım modeline göre olgunun değerlendirmesi Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Modelin Aşamalarına Göre Hastada Uygulanan Hemşirelik Girişimleri^[2,5-7,9,10,15,19,21,23,24,26]

Modelin Aşamaları	Hemşirelik Girişimleri
<u>İyileştirme Süreçlerinin Kullanılması</u>	
İS – 1. İnsani değerler sistemi	E.Z'ye ilgili, içten, anlayışlı ve sabırlı bir yaklaşım sergilenir. Sağlık öyküsü kapsamlı bir şekilde değerlendirilerek fizik muayene yapılır. Muayene yapılırken mahremiyete özen gösterilir. Hastaya ismi ile hitap edilir.
İS – 2. İnanç-umut	İlaçların düzenli kullanılması ve diyetle özen gösterilmesi sağlanır. Aynı hastalığı olan bireylerle tanıştırlarak paylaşımda bulunması desteklenir. Hastalığı ile ilgili soru sorması, korkularını ve düşüncelerini ifade etmesi konusunda cesaretlendirilir. Tedavi ve bakımına katılmasıyla olumlu sonuçlar alabileceği konusunda desteklenir.
İS – 3. Kendine ve başkalarına duyarlılık	E.Z'nin hastalıkları ve genel durumuyla ilgili bilgi düzeyi ve kendi uygulamaları saptanır, eksik olduğu noktalar ve uygulamalar yargılanmadan dinlenir. Tedavisini düzenli uygulaması, psikolojik bir destek alması, arkadaşlarıyla daha çok zaman geçirmesi önerilir. E.Z'nin durumuyla ilgili olarak ifade ettiği her konuya duyarlı bir şekilde yaklaşılır.
İS – 4. Yardım eden ilişki	E.Z, ile olumlu ve güven verici bir iletişim kurularak kaygılarını ve korkularını ifade etmesi sağlanır. Hastalıkları ve merak ettiği konularla ilgili bilgiler verilir. İlgili alanları ve ailesi hakkında konuşması için teşvik edilir. Kendi bakımına katılması için desteklenir. Gereksinimi olan bakım uygulamaları yapılarak, kendisinin de tedaviye ve bakım uygulamalarına katılması sağlanır.
İS – 5. Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme	Kendini ifade etmesi için zaman tanınır ve merak ettiği sorular yanıtlanır. Korkularını, öfkesini ifade etmesi sağlanır. Eşi açısından çok şanslı olduğu vurgulanarak eşine olan öfkesini azaltması yönünde telkinde bulunulur. Sinirlendiği zaman hiçbir şey yapmadan söylemeden önce 10'a kadar sayması ve derin derin nefes alıp vermesi söylenir.

İS – 6. Bakım sürecinde yaratıcı problem çözme	Diyabette cilt bakımının önemi vurgulanır ve nasıl yapılacağı konusunda bilgiler verilir. Ciltte var olan döküntüler, hafif ekimozlar, peteşiler ve cilt kuruluğunun yaralara sebep olabileceği, DM'den dolayı bu yaraların geç iyileşebileceği anlatılır ve birlikte bu döküntülerin pansumanı yapılır. Bölgenin nasıl temizleneceği, kremin nasıl sürüleceği gösterilerek kendisinin de uygulamasına fırsat verilir. Silme banyo yaptırılır, kıyafetler ve yatak takımları değiştirilir, tırnaklar kesilir ve cilt nemlendirilir. Gündüz aktivitelerinin artırılması, gündüz şekerlemelerinin azaltılması ve gece uykusu gelmeden yatağa girilmemesi önerilir. Ciddi düzeydeki dispnesi de göz önünde bulundurularak olgunun yorulduğunda dinlenmesi, uyurken yastığını biraz yükseltmesi, günlük yaşam aktivitelerinde ve egzersizlerinde yorucu aktivitelerden kaçınması sağlanır. Ağrı olduğu zamanlarda egzersiz yapılmaması ve dinlenmesi söylenir. Uykusuzluk sorunu için, yatmadan önce ılık duş alması, kitap okuması ve gece ışıkları azaltması önerilir.
İS – 7. Kişilerarası öğrenme – öğretme	Diyabetes mellitusta ve KY'de beslenmenin özellikleri ve önemi anlatılır. Tuzdan ve yağdan fakir, ama düzenli ve dengeli beslenmenin yaşanan güçsüzlüğü, dispneyi, yorgunluğu azaltacağı konusunda açıklamalar yapılır. Açlık kan şekeri değerlerinin neden yükseldiği açıklanarak, ara öğün saatlerine dikkat edilmesi önerilir. Ayrıca kan şekeri ve kan basıncı kontrolünün, düşme riski nedeniyle alınabilecek önlemlerin genel sağlık durumu açısından önemi anlatılır. Foley kateter bakımının nasıl ve hangi sıklıkta yapılacağı anlatılır. Güç kazanmasıyla foley kateterin çıkarılacağı söylenir ve rahatlatılır. Beslenme özellikleri, egzersiz önerileri, bireysel hijyen uygulamaları ile ilgili olarak broşürler verilir. Kontrol tarihlerinin ve ilaçları doğru kullanmanın önemi anlatılır. Bu eğitimler sırasında ağrı ortaya çıkarsa, eğitime ara verilir.

İS – 8. Destekleyici, koruyucu ve/veya iyileştirici, zihinsel, fiziksel, toplumsal ve ruhsal çevre	Fiziksel, duygusal ve ruhsal açıdan konforlu ve sağlıklı bir çevre oluşturulur. Ortamda kendisini rahatsız edebilecek etkenler açısından değerlendirme yapılır. Oda oksijen ve nem dengesi açısından düzenlenir. Görüşme anında ayrı odaya almak mümkün değilse, odadaki refakatçiler çıkarılarak fazla kalabalık olmayan, yeterince aydınlatılmış, güvenli, serin ve mahremiyet açısından sakinleştirici bir ortam sağlanarak öykü alınır. Ağrı varsa öncelikle farmakolojik olmayan yöntemlerle (dikkati başka yöne çekme, masaj, sıcak uygulama, vs.); yanıt alınmadığı durumlarda da doktor istemine göre farmakolojik ajanlarla ağrı kontrolü sağlanır. İyileştirme süreçlerinde uygulanan tüm girişimlerin evde de uygulanabileceği söylenerek, evde bakım konusunda da destek verilir.
İS – 9. İnsan yardımına gereksinim duyma	E.Z'nin yardıma gereksinim duyduğu durumlar belirlenir, banyo gereksinimi karşılanır, ağız bakımı yapılır. Foley kateter bakımı günlük olarak yapılır. Ana ve ara öğünlerin tam ve zamanında tüketilmesi sağlanır. Oda yemek öncesinde ve sonrasında çok iyi bir şekilde havalandırılır. Sevilen yiyecekler belirlenir ve diyetle uygun olarak bunların da yenebileceği konusunda olgunun yakınlarına bilgi verilerek evden getirmeleri sağlanır. Az ve sık beslenme, yemekleri baharatlarla tatlandırma konusunda bilgi verilir; yemek öncesinde ve sonrasında ağız bakımı yapılır. Düşme öyküsü olması ve ayaklarında, bacaklarında güçsüzlük olması nedeniyle yatak içinde ya da oturan durumlarda bisiklet çevirme, ayağı sağa sola rotasyon yaptırma ve yatak içerisinde uygulanabilecek diğer aktif pasif egzersizler öğretilerek yapması için desteklenir. Bu egzersizler öğretilerek akşamları da kendisinin uygulaması istenir. Emosyonel destek verilerek, hastalığı ve diğer sorunları ile ilgili hissettiklerini ifade etmesi için teşvik edilir. Dispne nedeniyle yorucu aktivitelerden kaçınılması, günlük yaşam aktivitelerinde önem sırasına göre aktivitelerin sıralanması ve arada dinlenme periyotları ile aktivitelerin yapılması sağlanır. Öksürürken göğüs yastıkla desteklenir, balgam uygun koşullarda imha edilir ve sonrasında ağız bakımı yapılır.

İS – 10. Varoluşçu – fenomenolojik – manevi güçler	Tüm bu girişimler esnasında öksürük, ağrı ve yorgunluk artarsa girişimler sonlandırılarak, dinlenme sağlanır. Tüm süreç basamaklarının uygulanmasıyla ve eğitimlerle E.Z'nin özgüveni artırılır, morali yükseltilir. İnsanlarla daha rahat ve uzun iletişim kurabilmesi için desteklenir.
<u>Kişilerarası Bakım İlişkisinin Kurulması</u>	Dinleyici ve anlayışlı bir tavırla yaklaşılır; yardım etmek ve destek olmak istediğimiz mesajı verilir. E.Z'nin geçmişten günümüze taşıdığı, kendisine ve yaşama ilişkin algılarını, korkularını ifade etmesi sağlanır. Eşi ve çocukları olmadan hiçbir şey yapamayacağını düşünen ve bu nedenle de yalnız kalmaktan korktuğunu ifade eden hasta, zaman içerisinde arttırarak yapacağı egzersizler ile bacaklarını güçlendirebileceği ve böylece merdiven kullanabileceği konusunda cesaretlendirilir. Yalnızlık korkusunu gidermek için, gündüz komşular ile birlikte vakit geçirmesi önerilir.
<u>Bakım Durumu / Bakım Anı</u>	Yukarıda bahsedilen uygulamalara ek olarak; ihtiyaçlar ve öncelikler doğrultusunda planlanan tüm girişimler uygulamaya geçirilir. Hastalığa uyumu geliştirmek için olgunun kendi bakımına katılması, gerekli noktalarda karar alması ve prognozu hakkında doğru bilgi alması sağlanır. Yapılan görüşmelerde ilgili sağlık profesyonelinin de bulunması sağlanır. Durum ve hastalık ile ilgili olarak aktarılan bilgilerin tekrarlanması ve uygulamaya geçirilmesi için desteklenir. Soru sorulmasına imkan verilir. Daha önce verilen eğitim broşürlerinin okunup okunmadığı ve anlaşılmayan noktaların olup olmadığı sorulur ve uyum değerlendirilir. Gevşeme egzersizleri, müzik dinleme ve dokunma yöntemleri kullanılarak anksiyete, korku ve kabuslar azaltılır. Böylece hastanın hemşireye ve sağlık ekibine güveni artırılır.

Girişimlerin Değerlendirilmesi

Bu olgu çalışmasında; artık tedaviden yorulduğunu, sıkıldığını ifade eden bayan E.Z'de gevşeme egzersizleri, müzik dinleme ve dokunma yöntemleri kullanılarak

anksiyete, korku, kabus görme, tıbbi durumla baş edememe gibi olumsuz duyguların azaldığı saptanmıştır. E.Z, bu görüşmenin kendisine çok iyi geldiğini ifade etmiş, dinlenildiği, hisleri ve düşünceleri sorulduğu için memnun olduğu görülmüştür.

On gündür hastanede olduğu için banyo yapamadığı ve bundan dolayı da moralinin bozuk olduğu saptanan olgu, silme banyo ve diğer hijyen uygulamaları ile rahatlatılmış, böylece tedavi ve bakım sürecine daha fazla katılmıştır.

Kendini ifade edebilen, beslenme alışkanlıklarına dikkat eden, küçük basit egzersizler yapan, öksürük ve balgam şikayetleri iyice azalan, uykuları düzene girmeye başlayan olgunun korku ve anksiyetesinin de azalmasıyla daha güler yüzlü olduğu gözlemlenmiştir.

Kişilerarası bakım ilişkisinde; kurulan güvenilir iletişim sayesinde olgu tüm duygularını ifade etmeye istekli olmuştur. Ayrıca kendisini dinlediği için ve durumunu anlamaya çalıştığı için hemşireye olan güveni ve içtenliği artmıştır. E.Z, kendini ifade etmekten memnun olduğunu, bu zamana kadar kendini anlatma fırsatı bulamadığını, hekimlerle konuşmaktan çekindiğini belirtmiştir.

E.Z'ye güven verici bir görüşme ortamı ile bilgi paylaşımı sağlanmış, sağlık bakımı ile ilgili cesaretlendirilmiş, tedaviye uyumu ve katılımı artırılmış, uyum içerisinde hastalıkla baş edebilmesine imkan verilmiş, bütüncül olarak ele alınarak duygusal ve manevi açıdan gereksinimleri karşılanmıştır. Başlangıçta bir an önce hastaneden taburcu olmak isteyen E.Z, tedavisi bitene kadar çıkmak istemediğini belirtmiş; kendisi ile ilgilenilmesinden memnun olduğunu ifade etmiştir.

SONUÇ

Watson IBM; sevgi, şefkat, saygı, güven ve insan kavramlarını bünyesinde barındıran bir model olduğu için uzun yıllardır DM, HT, KKY gibi kronik hastalıkların bakımında

kullanılmaktadır. Uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren en önemli kronik hastalıklardan birisi olan KY'nde bu modelin kullanılmasının hastalığın ortaya çıkardığı ciddi semptomlar sonucunda gelişen birçok olumsuz duygunun azaltılmasında ya da bu duygularla baş etmenin sağlanmasında etkili olmakla beraber; uygulanması kolay bir model olduğu düşünülmektedir. Watson'ın iyileştirme süreçleri kullanılarak verilen bakım, hastalık modeline göre uygulama yapmaktan ya da tıbbın istemlerini yerine getirmekten farklı bir yaklaşım sunmaktadır. Hekim istemlerini yerine getirmenin de ötesinde IBM, hemşireliğin özünü yansıtmaktadır. Bu bakım bireylerin bütüncül olarak ele alınmasını sağlamakta; bireyin memnuniyetini ve güvenliğini de arttırmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Şendir M. Hemşirelik Felsefesi. İçinde T. Aştı, A. Karadağ (Ed). Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık 2012;103-112.
2. Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. Human Science and Human Caring (in) Nursing Models For Practice. 2nd Ed. Planta Tree, Oxford 1997;208-217.
3. İnan ŞF, Üstün B, Bademli K. Türkiye'de kuram / modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16(2):132-139.
4. Moreno M, Durán M, Hernandez Á. Nursing care for adaptation. Nurs Sci Q 2009;22;67-73.
5. Watson J. Love and caring ethics of face and hand – an invitation to return to the

- heart and soul of nursing and our deep humanity. Nurs Admin Q 2003;27(3):197-202.
6. Watson J. Caring as the essence and science of nursing and health care. O Mundo Da Saúde São Paulo 2009;33(2):143-149.
 7. Watson J. Viewpoint: caring science meets heart science: a guide to authentic caring practice. American Nurse Today 2012;7(8).
 8. Özkan Aİ, Okumuş H. Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın insan bakım modeli. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 2012;14(2):61-72.
 9. Jessup M, Abraham W, Casey D, Feldman A, Francis AM, Ganiats TG, et al. ACC/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults. 2009;53(15):1347-1369.
 10. Luthi JC, Burnand B, McClellan WM, Pitts SR, Flanders WD. Is readmission to hospital an indicator of poor process of care for patients with heart failure? Qual Saf Health Care 2004;13(1):46-51.
 11. Esquivel H, Dracup K. Effects of Gender, Ethnicity, Pulmonary Disease and Symptom Stability on Rehospitalization in Patients with Heart Failure. Am J Cardiol. 2007;100:1139-1144.
 12. Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Herrera MC, Otero CM, Chiva MO, Ochoa CC et al. Social network as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients with heart failure. J Card Fail 2006;12(8):621-627.
 13. Karaca S, Mert H. Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14:3.
 14. Oğuz S. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni 2009;11.
 15. Grange J. The Role of nurses in the management of heart failure. Heart 2005;91(2):39-42.
 16. Zoghi M, Özer S. Kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı, İzmir, 2010;135-138.
 17. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K. et al. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arşivi 2012;3:77-137.
 18. Demir M, Ünsar S. Kalp yetmezliği ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(8):119-130.
 19. Özer S, Sezgin D. Kalp yetersizliğinde öz bakım. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni 2015;7(4).
 20. Bayındır Ç.A, Erkoç A, Olgun N. Olgu sunumu: diyabetik ayak enfeksiyonlu hastada taburculuk eğitimi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2014;6(2):129-134.
 21. Cara C. A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. Int Assoc for Human Caring 2003;7(3):51-61.
 22. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. J Clin Nurs 2008;17(15):196-204.
 23. Lukose A. Developing a practice model for Watson's theory of caring. Nurs Sci Q 2011;24(1):27-30.

24. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors / caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm Florianopolis* 2007;16(1):129-135.
25. Jesse E, Alligood MR. Watson's Philosophy and Theory of Transpersonal Caring. (in) *Nursing Theorists and Their Work*. 8th Ed. USA, Elsevier, 2014:79–97.
26. Watson J, Foster R. The attending nurse caring model: integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *J Clin Nurs* 2003;12:360-365.