

## Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Diffüz Büyük B Hücreli Lenfomalı Hastanın Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu

Ahmet Seven<sup>1\*</sup>, Havva Sert<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Afşin Sağlık Yüksekokulu, Kahramanmaraş, Türkiye

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Sakarya, Türkiye

### ÖZET:

Hasta bakım uygulamalarını sistematik hale getirmek, sistematik düşünmeyi geliştirmek ve profesyonel, ortak bir dil kullanımını sağlamak için hemşirelik modelleri geliştirilmiştir. Günümüzde bakım kalitesini artırmak adına klinikte yaygın olarak kullanılan birçok hemşirelik modeli bulunmaktadır. Klinik öncesi hasta bakımında yol gösterici olan bu modeller hemşirelik bakımı için büyük önem taşımaktadır. Watson İnsan Bakım Modeli "kişilerarası bakım ilişkisi", "bakım durumu ve bakım anı" ve "iyileştirme süreçleri" olmak üzere üç temel kavram üzerinde yapılandırılmıştır. Model, temelini hastaya kaliteli bakım verme ve hastayla etkili iletişimi devam ettirmeye dayandırmaktadır. Bu olguda Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma tanılı hastanın Watson'un İnsan Bakım Modeline göre hemşirelik bakımı planlandı. Sonuç olarak Watson İnsan Bakım Modelinin kullanımının hastanın semptomlarını azaltmada etkili olduğu belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım, lenfoma, model, Watson

## According To Watson Human Care Model Diffuse Large B Cell Lymphoma Patient's Nursing Care: A Case Report

### ABSTRACT:

Nursing models were developed to systematize patient care practices, to improve systematic thinking, and to provide professional nursing language. Today, there are many nursing models used in clinics to improve the quality of care. These models are significantly important to nurses as they provide guidance in preclinical patient care. Watson's Human Care Model has been structured on three basic concepts, including "interpersonal care relationship", "care status and the moment of care" and "improvement processes". The model is based on providing quality care to the patient and maintaining effective communication with the patient. In this article, the case of a Diffuse Large B Cell Lymphoma patient whose nursing care was planned according to Watson's Human Care Model. In conclusion, it was determined that using of Watson's Human Care Model (HCM) in the care of patients is effective in reducing the symptoms of patient.

**Keywords:** Care, lymphoma, model, Watson

## GİRİŞ

Diffüz Büyük B hücreli Lenfoma (DBBHL), Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) alt tipleri arasında en sık görülen (lenfoid neoplazmların yaklaşık olarak % 30-40'ını oluşturmaktadır) türüdür (Chapuy vd., 2018; Küppers, 2018; Öztürk, 2011; Schmitz vd., 2018; Pasqualucci ve Dalla-Favera, 2018). DBBHL heterojen bir yayılım gösterdiği için tanı ve tedavi süreci güç olmaktadır (Chapuy vd., 2018; Küppers, 2018; Pasqualucci ve Dalla-Favera, 2018). DBBHL hastalarında farklı belirtiler görülmekle birlikte genelde halsizlik, hemen yorulma, terleme, kilo kaybı, koltuk altı veya kasık lenf bezlerinde büyüme, boyun ve yüzde şişlik, ciltte iyileşmeyen yaralar, nefes almada güçlük ve ani tansiyon düşüklüğü ve sistemlerin etkilenmesine bağlı olarak tutulumlar görülebilmektedir (Chapuy vd., 2018; Küppers, 2018; Öztürk, 2011; Schmitz vd., 2018; Pasqualucci ve Dalla-Favera, 2018). DBBHL hasta profili ve sonuçları yönünden ciddi takip ve bakım gerektiren bir lenfoma türüdür. Bu bağlamda kaliteli hemşirelik bakımının uygulanması hastaların yaşam kaliteleri açısından önem taşımaktadır. Hastalara daha kaliteli bakım sunmak ve yaşam kalitelerini artırmak için klinikte hemşireler tarafından birçok hemşirelik modeli kullanılmaktadır. Bu modeller içerisinde; hastaları spiritüel, fiziksel ve sosyal yönden ele alan, holistik (bütüncül) yaklaşımı ilke edinen İnsan Bakım Modelinin (İBM) DBBHL'lı hastamızın bakımında daha uygun olabileceği düşünüldü. Çalışmaya başlamadan önce kurum izni ve hasta onamı alındı. Olgumuzun sunumu İBM'ye göre verilen bakımın hastamızın bakımı üzerinde etkinliğini belirlemek amacıyla yapıldı.

### Watson'ın İnsan Bakım Modeli (İBM)

1975-1979 yılları arasında Jean Watson tarafından geliştirilen İnsan Bakım Modeli (İBM) hasta bakımı ve hemşirelik uygulamalarında kalitenin artırılması, hastalara bütüncül yaklaşma ve hastalarla etkili iletişimin devam ettirilmesi üzerine geliştirilmiştir (Watson, 2003; Watson, 2009; Watson, 2012; Arslan ve Okumuş, 2012). Watson hemşireliği; etkin bakım sunabilme olarak tanımlanmaktadır (Watson, 2003; Watson, 2009; Öner vd., 2011; Watson, 2012; Ozan ve Okumuş, 2013). Kaliteli bakımın sunulması ise hasta ve hemşire arasındaki sağlam iletişim ile ortaya

çıkılmaktadır. İnsan bakım modelinin temelini "kişilerarası bakım ilişkisi", "bakım durumu ve bakım anı" ve "iyileştirme süreçleri" oluşturmaktadır (Watson, 2003; Watson, 2009; Watson, 2012; Öner vd., 2011) . Watson kişilerarası bakım ilişkisini; hemşire ve birey arasındaki profesyonel, bilimsel, etik, estetik, yaratıcı, bireylere özgü karşılıklı etkileşim ve iletişimden oluştuğunu ifade etmiştir (Watson, 2003; Watson, 2009; Watson, 2012; Ozan ve Okumuş, 2013). Watson'a göre bakım anı; hemşirelerin hasta veya sağlıklı kişilerle iletişime geçme aşamasındaki yer ve zaman olarak tanımlanmaktadır. Watson'a göre hemşireliğin temelini modelin diğer ana kavramı olan iyileşme süreçleri oluşturmaktadır. Bu süreçler; insancılık-adanmışlık değerler sistemi, inanç-umut, duyarlılık, yardım-güven ilişkisi, duyguların ifadesi, problem çözme, öğretme-öğrenme, iyileşme çevresi, gereksinimlere yardım, manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma şeklinde sıralanmaktadır (Watson, 2003; Watson, 2009; Öner vd., 2011; Watson, 2012; Arslan ve Okumuş, 2012; Ozan ve Okumuş, 2013).

### Olgu Sunumu

İlkokul mezunu olan erkek hasta M'ye 2 yıl önce lenfoma tanısı konmuş ve yaklaşık 3 ay önce de 2 kür kemoterapi almıştır. 79 yaşında olan hasta M mide ağrısı, halsizlik, uykuya meyilli olma ve nefes almada güçlük yakınmalarıyla hastaneye başvurmuş ve hasta servise semptom kontrolü için kabul edilmiştir. Hastanın muayenesi ve yapılan PET/CT sonucunda hastanın mide fundusundan dalağa invaze primer mide lenfoması, dalak tutulumu; plevral yüzey, karaciğer kapsülü ve beyin sol oksipital korteksinde metastaz tespit edilmiş. Hasta anemi, plevral effüzyon, diffüz büyük b hücreli lenfoma tanısı ile hematoloji servisine yatırılmıştır. Hastada 15 yıldır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) ve 8 yıldır diyabet (DM) hastalığı mevcuttur. Hasta KOA hastalığı için salmeterol 2x1 (bronkodilatör) ve diyabeti için metformin (1gr) 2x1 ve 20 ünite/gün bazal inülin kullanılmaktadır. Özgeçmiş değerlendirildiğinde 20 yıl önce femur fraktürü ve 4 yıl önce katarakt nedeniyle opera olduğu saptanmıştır. Hasta soy geçmişinde erkek kardeşini ve babasını beyin tümöründen kaybetmiştir. Hastada

iştah kaybı mevcut olup kısıtlı oral alımı vardır. Hasta diyabetli olduğu için diyabetik ve tuzsuz diyet ile beslenmektedir. Hastaya yapılan fizik muayenede inspeksiyon ile hastanın göğüs ön-arka çapında artma olduğu ve hastanın yardımcı solunum kaslarını kullandığı görüldü. Hastanın akciğerleri dinlendiğinde solunum şiddetinde azalmanın olduğu ve kısmi raller ve wheezing sesleri duyuldu. Hasta defakasyona 2 günde bir çıkmakta ve miksiyonu normal düzeyde seyretmektedir. Hasta güçsüzlük ve solunum sıkıntısına bağlı olarak kısıtlı aktivitelerde

bulunmaktadır. Hastanın gece uyku dalma ve gün içerisinde uyukladığı ve günde yaklaşık 6 saat uyuduğu tespit edildi. Problem yaşadığı görüldü. Bilişsel algısal durum değerlendirilmesinde hastanın ağrısının olduğu ve visüel analog skalaya göre ağrısının 5 olduğu belirlendi. 2 lt/dk oksijen tedavisi altında saturasyon seviyesi (SPO2) % 92 olan hasta endişeli ve sinirli görünmektedir. Hastanın vital bulguları stabil olup sırasıyla tansiyonu 125/85 mm Hg, solunumu 24/dk ve ateşi 36.7 °C ölçüldü.

**Tablo 1.** Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Hemşirelik Uygulamaları

İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Uygulamaları
1. İnsani değerler sistemi	Hasta M. ile ismen hitap edilerek iletişime geçildi. Hastaya bakım verme bilinciyle sevecen, şefkatli ve ölçülü yaklaşıldı. Hastanın mahremiyetine özen gösterilerek detaylı sağlık öyküsü alındı. Hastanın fizik muayenesi hastanın mahremiyetine özen gösterilerek yapıldı. Hasta ile işbirliği içerisinde tüm süreçlere aktif katılımı sağlandı.
2. İnanç-umut	Hasta M ile etkili iletişim kurmak için göz teması ve terapötik dokunma kullanıldı. Hastanın kendini ifade etmesi için cesaretlendirildi. Hastanın inançları ve değerleri hakkında bilgi toplandı. Hastanın inançları doğrultusunda hastanın düşünce ve korkularını ifade etmesi sağlandı. Hastanın tedavi ve bakıma katılımı sağlandı. Hastanın benzer hastalığa sahip hastalarla tanıştırılarak paylaşımda bulunması sağlandı. Hastanın tedavi ve bakım ile ilgili olumlu sonuçlar alınabileceği konusunda inanç/umut duygusu desteklendi. Hastaya insan olduğu için değerli olduğu hissettirildi.
3. Kendine ve başkalarına duyarlılık	Hasta M'nin duygularına ve ihtiyaçlarına daha çok cevap vermek için güven dolu yardımcı bir ilişki oluşturuldu. Hastanın kendi değer ve duygularına göre yansımaları desteklendi (dua etme, meditasyon, sanatsal faaliyetler, günlük tutması...) Hastanın durumu ile ilgili bilgi düzeyi, uygulamaları ve eksik olduğu noktalar belirlenip gereksinimi doğrultusunda desteklendi. Hastanın kendisi ve çevresindekilerle ilgili anlamlı ritüeller geliştirmesi sağlandı (affetme, şükran, merhamet...) Hastanın ailesi ve arkadaşları ile zaman geçirmesi sağlandı. Hastanın psikolojik destek alması sağlandı.
4. Yardım eden ilişki	Hasta M'nin ailesi ve sağlık bakım ekibi ile yardıma dayalı ilişkileri geliştirildi. Hastanın bireysel tedavi ve bakımında aktif katılımı sağlandı.(ağız bakımı, bireysel hijyen, banyo, vücut temizliği...) Hasta M'nin gereksinimi olan sağlıklı yaşam tarzı ile ilgili iletişimi desteklendi. Hasta ile sevgi dolu ve problemleri ortak çözmeye yönelik iletişim geliştirildi. Hastanın bağımlılık durumunun en aza indirilerek bağımsızlığı ve bireysel özgürlüğünü teşvik edecek faaliyetler desteklendi. Hastanın bakım ve tedavisinde güvenlik ve etik her zaman ön planda tutuldu.
5. Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme	Hastanın ruhsal durumunu anlamak için sevecen ilişkiler kuruldu. Hastanın korku, öfke, sevinç ve mutluluk gibi duygularını ifade etmesi sağlandı. Hastanın kendi duygularını kendisinin ifade edebilmesi için ortam oluşturuldu. Duygu kontrolünün sağlanmasını yardımcı olundu. Duygu yönetiminde kendisinin başa çıkmasını engelleyen etkenler için önlemler alındı. Hastanın kendini suçlaması veya her olumsuzluğun onun başına geldiği yönündeki inançları tartışılarak hastanın rahatlatılması sağlandı.
6. Bakım sürecinde yaratıcı problem çözme	Hasta bakımında problem çözme yöntemleri hastanın katılımıyla yapıldı. Bakım verirken hastaya gerekçeleri ile anlatıldı ve hastanın aktif olması sağlandı. Hasta bakımın bir parçası olabilmesi için teşvik edildi. Bakım verirken terapötik dokunma, ses tonu, göz temasının kullanılması, doğallık, görsellik, jest, mimik gibi etkin iletişim yöntemleri kullanıldı.

**Tablo 1.** Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Hemşirelik Uygulamaları (Devamı)

<b>İyileştirme Süreçleri</b>	<b>Hemşirelik Uygulamaları</b>
6. Bakım sürecinde yaratıcı problem çözme	<p>Hastanın çevresinin bakım anında rahat, sakin ve gürültüden uzak olması sağlandı. Hastanın mahremiyet duygusu ve alanı göz önünde bulundurularak uygun bakım ve ortam sağlandı.</p> <p>Hastanın bakımına ilişkin soru sorması teşvik edildi.</p> <p>Hastada bakım odaklı bireysel çözüm önerileri ve geçmiş tecrübeleri konuşuldu. Hastanın rahat ve konforu sağlandı.</p> <p>Hastanın rutinde başa çıkma yöntemleri öğrenilerek bakım anında da kullanılabilirliği desteklendi.</p> <p>Hastanın dispnesini rahatlatmak için yatak içinde dik oturma, yatak kenarında birkaç yastık koyarak oturma, dizden destek alarak oturma, arkaya yaslanma, ayakta duvardan destek alma, ayakta sırtı bir desteğe dayama ve sabit bir eşya ya da sandalyeye dayanarak destek alma gibi pozisyonlar verilerek dispnesi azaltılmaya çalışıldı.</p> <p>Hastanın uykusuzluk problemi için gündüz şekerlemelerinin azaltılması ve yatmadan önce ılık duş alınması, ortamın ışığının azaltılması, ortama göre göz bandı kullanımı, yatmadan önce kitap okunması sağlandı.</p>
7. Kişilerarası öğrenme - öğretme	<p>Hastanın kendini ifade etmesi ve çekinmeden tüm sorularını sorması için ortam oluşturuldu.</p> <p>Hastanın yaşamla ilgili tecrübeleri aktif olarak dinlendi.</p> <p>Hastanın düşünceleri ne bildiği hakkında açık uçlu sorular sorularak anlatması teşvik edildi.</p> <p>Hastanın eksik olduğu veya yanlış bilgileri /uygulamaları doğrultusunda hastaya gereksinimi düzeyinde eğitimde bulunuldu (hastalık yönetimi, beslenme, hijyen, ilaç kullanım...).</p> <p>Hastanın gereksinimleri profesyonel sağlık ekibi işbirliği ile yerine getirildi.</p> <p>Hastaya dispnesini azaltmak için büyük dudak ve diyafragmatik solunum öğretildi. Hastalara büyük dudak solunumu yaptırırken, hastanın rahat bir pozisyonda tolere edebileceği şekilde, tercihen dik oturur pozisyonda ağız kapalı olacak şekilde burnundan nefes alması istendi. Burnundan nefes alan hastanın ağzından ılık çalar/mum üfler gibi nefesini ağzından vermesi sağlandı.</p> <p>Hastaya diyafragmatik solunum yaptırırken; hastaya tolere edebileceği pozisyonda (genellikle dik oturur pozisyonda) bir elini diyaframa/karnının üzerine diğer elini göğsünün üzerine koyması söylendi. Hastanın burnundan yavaşça nefes alması nefes alırken karnının üzerindeki elinin yükselmesi gerektiği anlatıldı.</p> <p>Hastanın nefesi ağzından geri vermesi ve nefesi verirken karnının içeriye doğru çekilmesi gerektiği uygulamalı olarak hastaya öğretildi</p>
8. Destekleyici, koruyucu ve/veya iyileştirici, zihinsel, fiziksel, toplumsal ve ruhsal çevre	<p>Hastanın kendini ifade edebileceği ve hastaya güven veren bir çevre oluşturuldu.</p> <p>Hastanın kaygısı güven ortamı sağlanarak giderildi.</p> <p>Hastanın fiziki çevresinin (ses, ışık, temizlik, koku...) konforu sağlandı.</p> <p>Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak yatak kenarlıklarının kaldırıldı.</p> <p>Hastanın olası bir sıkıntıda hasta zilini kullanması gerektiği anlatıldı.</p> <p>Hasta tedavi ve bakımı sırasında hastanın mahremiyeti korundu.</p> <p>Hasta odasının oksijen ve nem adına uygunluğu denetlendi.</p> <p>Hastanın hastalığına ilişkin semptomları hafifletilmeye çalışıldı.</p> <p>Hastanın ağrısı ve dispnesi farmakolojik veya nonfarmakolojik yöntemlerle giderilmeye çalışıldı (masaj, sıcak-soğuk uygulama, dikkati başka yöne çekme...).</p> <p>Hastaların dikkatini başka yöne çekme, gevşeme teknikleri ile dispnesi, ağrısı ve anksiyetesi azaltılmaya çalışıldı. Görsel uyarı ve hayal kurma gibi yöntemler kullanıldı. Görsel gevşemede hastaya gözlerini yavaşça kapatmasını ve nefesine odaklanmasını istendi. Hastaya huzur verici ses, doğa resimleri veya hoş kokulara odaklanması istendi.</p> <p>Hastanın korkularından ve belirsizliklerden uzaklaşması ve rahatlaması sağlandı.</p> <p>Hastanın bireysel bakımında yardımcı olundu ve hastanın da aktif katılımı desteklendi (ağız bakımı, el hijyeni, banyo...).</p>
9. İnsan yardımına gereksinim duyma	<p>Hasta M'nin yardıma gereksinim duyduğu durumlar belirlendi.</p> <p>Hastanın tedavi ve bakımına hasta ailesi/yakınlarının da katılması sağlandı.</p> <p>Hastanın vücut bütünlüğü korundu.</p> <p>Hastanın özeline saygı duyuldu.</p> <p>Hastanın yaşam aktivitelerini yerine getirmede destek olundu.</p> <p>Hastanın tolere edebildiği düzeyde egzersiz yapması sağlandı.</p> <p>Hastaya yatak içerisinde aktif ve pasif egzersizler yaptırıldı.</p> <p>Hastanın mobilize olmasına yardımcı olundu.</p> <p>Hastaya etkili ve rahat nefes alması için nefes egzersizleri öğretilip yaptırıldı.</p> <p>Hastanın gevşemesini sağlayan uygulamalar yaptırıldı (resim, müzik, iş-uğraşı, meditasyon...)</p>

**Tablo 1.** Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Hemşirelik Uygulamaları (Devamı)

İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Uygulamaları
10. Varoluşçu-fenomenolojik-manevi güçler	Hasta M'nin tüm bakımı sürecinde özgüveni artırıldı. Hastanın çevresiyle rahat ve etkili iletişim kurması sağlandı. Hastanın tüm manevi inançlarına saygı duyuldu. Hastanın kendisini rahat hissettiren dini, manevi ritüelleri desteklendi. Hastanın umudunun en yüksek düzeyde tutulması sağlandı. Hastanın dini vecibelerini yerine getirmesinde destek olundu.
11. Kişilerarası Bakım İlişkisinin Kurulması	Hastaya ilk tanışma anından itibaren ona yardım etmek için burada olduğumuz mesajı verilir. Hastanın sorunlarına yönelik dinleyici, anlayışlı ve sakin bir tavırla hasta ile iletişime geçilir. Hastanın sıkıntıları, kaygıları, korkuları araştırılır ve hastanın bunları ifade etmesi için uygun ortam sağlanır. Hastayla iletişimde göz teması ve terapatik dokunma kullanılır.
12. Bakım Durumu / Bakım Anı	Hastanın bakımına ilişkin ihtiyaçları belirlendi. Hastanın bakım ve tedavisine aktif katılımı sağlandı. Hasta bakımına ilişkin merak ettiği her konuda soru sorması teşvik edildi. Hastaya verilen eğitimlerin etkinliğini belirlemek için geribildirim alındı. Hastayla beraber bakım planlandı. Hastanın bireysel ihtiyaçları (temizlik, banyo, ağız bakımı...) belirlendi ve hastanın ihtiyaçlarını gidermesine yardımcı olundu. Hastanın rahat ve konforu sağlandı. Hastanın yaşam kalitesini artırmaya yönelik egzersizler, eğitimler ve yaşam tarzında değişim, hasta ve yakınlarının da aktif katılımı ile planlandı. Hastanın ağrı ve dispnesinin azaltılmasına yönelik uygulamalar yaptırıldı. Hasta için güvenli çevre oluşturuldu. Hastanın korkuları, anksiyetesi ve kaygıları giderilip ve hastanın sağlık bakım ekibine güveni artırıldı.

## TARTIŞMA

Watson İnsan Bakım Modeli'ne göre planlanan hemşirelik girişimlerinin sonucunda;

- Hastanın ilk görüşmede 7 puan olarak değerlendirdiği dispne düzeyinin 1 haftalık verilen verilen bakım sonunda 3 puana düştüğü görüldü. Hasta eskisine göre daha iyi nefes alıp-verdiğini ifade etti.
- Hastanın bakım öncesi ağrı skalasıyla değerlendirilen ağrı şiddetinin 5 olduğu, bakım sonunda ise 3'e düştüğü görüldü.
- Hasta ilk görüşmede tüm hastalıkların kendini bulduğunu ve başına gelenlerin hep kendi suçundan olduğunu ifade ederken, hasta ile benzer hastalığa sahip olan bireylerle hastanın görüştürülmesi sonucunda bu durumunun herkesin başına gelebileceğini ifade etti ve kendini suçlamaktan vazgeçti.
- Hasta kendisiyle konuşulması ve yakından ilgilenilmesi sonucunda kendini çok daha iyi hissettiğini ve korkularının azaldığını huzur bulduğunu ifade etti. Hastanın bakım sonunda anksiyetesinin azaldığı ve sinirlilik halinin geçtiği görüldü.
- Hastanın dispne yönetimi için hastaya öğretilen ve uygulamalı olarak yaptırılan büzük dudak, diyafragmatik solunum, triflo

kullanımı, destekleme pozisyonları, dikkati farklı yöne çekme ve gevşeme teknikleri sonucunda hastanın öksürüğünün azaldığı ve daha rahat nefes aldığı görüldü. Hastanın ilk ölçülen saturasyon seviyesinin (SPO2) % 92'den % 98-99'a çıktığı gözlemlendi.

- Hastaya verilen diyabet eğitimi ile hastanın hastalık yönetimine ilişkin eksiklikleri giderildi. Hasta daha önceden insülini yanlış bölgelere yaptığını ve bundan sonra doğru yere yapacağını, ayak ve el tırnaklarını uygun şekilde keseceğini ve özellikle ayak bakımına daha çok önem göstereceğini ifade etti.
- Hastanın beslenmesi diyetisyenden yardım alınarak düzenlendi. Hasta ilk başlarda çok az oral alırken bakım sonrası oral alımını artırdı. Hastanın sevdiği sıvı ve sulu gıdaları alması sağlandı.
- Hastanın ağız değerlendirme skalasına göre günde 6x1 ağız bakımı yapıldı. Hasta ve yakınları ağız bakımına önem vermediklerini bundan sonra dikkat edeceklerini ifade ettiler. Hasta ve yakınları da bakıma aktif katılarak ağız bakımını yaptı. Yapılan bakım sonunda hastanın değerlendirilmesinde skalaya göre ağız bakımının 3x1'e düştüğü gözlemlendi.
- Hastaya yatağında silme banyo yaptırıldı.

Hasta hafiflediği ve banyodan sonra çok daha rahatladığını ifade etti.

- o Hastanın gündüzleri uyumaması için hastanın kitap okuması sağlandı. Hasta odasının ışık düzeyi azaltıldı ve perdeler çekildi. Hastanın ilk görüşmede gece uyanmaları ve gündüz şekerlemeleriyle beraber toplamda 6 saate yakın uykusunun bakım sonunda gündüzleri uyumadan sadece geceleri yaklaşık 8 saate çıktığı gözlemlendi. Hasta eskisine göre çok daha rahat uyuduğunu ve uykusunu alabildiğini ifade etti.
- o Hastanın manevi gereksinimleri öğrenildi. Hasta hastane ortamında ibadetlerini yapamadığını ifade etti.
- o Hastanın odasında dua ve ibadet etmesine imkân sağlandı.
- o Hastaya kendini rahatlatmak için isteği doğrultusunda manevi birim ile işbirliği yapılarak ibadet gereksinimlerini karşılaması sağlandı. Hasta bu isteğinin karşılanması sonucunda içinin huzurla dolduğunu ifade etti.
- o Hasta inancı doğrultusunda umudunu yitirmemesi gerektiği vurgulandı. Hasta tüm bu hatırlatmaların kendini çok rahatlattığını ve huzurlu hissettirdiğini söyledi.

## SONUÇ

Watson'ın kuramına göre verilen hemşirelik bakımı sonucunda DBBHL'li hasta M'nin mevcut ağrısının azaldığı, solunum sıkıntısının hafiflediği, uykusunun düzene girdiği, psikolojik olarak kendini daha iyi hissettiği ve anksiyetesinin giderildiği, kronik hastalıklarına yönelik özellikle diyabet yönetiminde yanlış bilgilerinin düzeldiği ve genel anlamda hastanın kendisini huzurlu, mutlu hissettiği görüldü. Temelinde sevgi, saygı, güven ve iletişimi barındıran Watson İnsan Bakım Modeline göre tüm süreçleri ele alındığında; "*insan bakım modelinin*" fiziksel, sosyal, psikolojik ve spiritüel/manevi olarak tüm yönleriyle hastalara bütüncül (holistik) yaklaşmayı temel aldığı görülmektedir. Bu nedenle olgumuz sonuçlarında da görüldüğü gibi özellikle kronik hastalıklar olmak üzere pek çok hastalıkta İBM'nin kullanılması hastaların semptomlarının azaltılması, iyilik hali ve

yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olacağı düşünülmekte ve modelin hemşirelik bakımında aktif olarak kullanılmasını tavsiye etmekteyiz.

## KAYNAKLAR

- Arslan, Ö. İ., ve Okumuş, H. (2012). Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2; 61-72.
- Chapuy, B., Stewart, C., Dunford, A., et al. (2018). Molecular subtypes of diffuse large B cell lymphoma are associated with distinct pathogenic mechanisms and outcomes. *Nature Medicine*, 24(5): 679-690. [Doi: 10.1038/s41591-018-0016-8](https://doi.org/10.1038/s41591-018-0016-8)
- Küppers, R. (2018) Pathogenesis and Molecular Genetics of Hodgkin Lymphoma. In S. Hudnall and R. Küppers (Eds), *Precision Molecular Pathology of Hodgkin Lymphoma* (pp. 35-37). *Molecular Pathology Library*. Springer, Cham.
- Ozan, Y. D., ve Okumuş, H. (2013). Tedavi Sonucu Başarısız Olan İnfertil Kadınların Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3): 190-198.
- Öztürk, M. (2011). *Molecular Gene Profiling for the Treatment of Diffuse Large B Cell Lymphoma in Turkish Population* (Master dissertation). Retrieved from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Öner, A.H., Şengün, F., Üstün, B. (2011). Bakım: Kavram Analizi. *DEUHYO ED*, 4 (3):137-140. <http://hdl.handle.net/20.500.12397/4597>
- Pasqualucci, L., and Dalla-Favera, R. (2018). Genetics of diffuse large B cell lymphoma. *Blood*, April 2017(11):764332. <https://doi.org/10.1182/blood-2017-11-764332>
- Schmitz, R., Wright, G.W., Huang, D.W., et al. (2018). Genetics and Pathogenesis of Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med*, 378(15):1396-1407. [DOI: 10.1056/NEJMoa1801445](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1801445)
- Watson, J. (2003). 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*, 27(3): 197-202. [DOI: 10.1097/00006216-200307000-00005](https://doi.org/10.1097/00006216-200307000-00005)
- Watson, J. (2009). Caring as the essence and science of nursing and health care. *O Mundo Da Saúde São Paulo*, 33(2): 143-149.
- Watson, J. (2012). Viewpoint: caring science meets heart science: a guide to authentic caring practice. *American Nurse Today*, 7(8).