

Watson İnsan Bakımı Modeli'ne Göre Eroin Bağımlılığı Olan Bir Hastada Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care in a Patient with Heroin Addiction According to the Watson Human Care Model: Case Report

Ufuk Doğan¹ , Eren Aslanoğlu¹ 

1. Fırat Üniversitesi, Elazığ

Abstract

The main purpose of care theories in nursing science is to guide nursing practices and to carry out these practices in a systematic way. Care theories allow nurses to better understand the individual needs of patients and to develop personalised care plans appropriate to these needs. Watson's Human Care Theory aims to provide nursing services in a humane, compassionate, aesthetic and ethical framework based on this understanding. In the literature, it is known that this theory is used effectively in situations such as chronic diseases and emergencies or traumatic situations (e.g. injury, burns). However, studies directly applying this theory in specific areas such as substance use disorder are quite limited. Our case is a 33-year-old male patient who has been using various substances for 21 years. For the last 3 years, he has been using opiates especially orally (in the form of foil/smoke inhalation). The patient stated that he had serious problems in his family relationships, interpersonal relationships and work life. He applied for inpatient treatment with the support and guidance of his family upon the addition of paranoid thoughts and perceptions of evil in recent months. The case was evaluated holistically with the Human Care Model and significant progress was made in risk awareness, self-assessment skills and efforts to improve social relations. The increase in the individual's belief in treatment and motivation supported his active participation in the recovery process.

Keywords: Watson Human Care Model, substance abuse, addiction, nursing care, psychiatric nursing

Öz

Hemşirelik biliminde bakım kuramlarının temel amacı, hemşirelik uygulamalarına yön vermek ve bu uygulamaları sistematik bir şekilde yürütmektir. Bakım kuramları, hemşirelerin hastaların bireysel ihtiyaçlarını daha iyi anlamalarına ve bu ihtiyaçlara uygun, kişiselleştirilmiş bakım planları geliştirmelerine olanak tanır. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı, bu anlayışı temel alarak hemşirelik hizmetlerini insancıl, şefkatli, estetik ve etik bir çerçevede sunmayı hedefler. Literatürde, bu kuramın kronik hastalıklar, acil veya travmatik durumlarda (örneğin yaralanma, yanık gibi) etkili bir şekilde kullanıldığı bilinmektedir. Ancak, madde kullanım bozukluğu gibi spesifik alanlarda doğrudan bu kuramın uygulandığı çalışmalar oldukça sınırlıdır. Olgumuz 33 yaşında erkek hasta olup 21 yıldır çeşitli maddeler kullanmaktadır. Son 3 yıldır ise özellikle oral yolla (folyo/duman çekme şeklinde) opiyat kullanımı devam etmektedir. Hasta, aile ilişkilerinde, kişilerarası ilişkilerinde ve iş hayatında ciddi sorunlar yaşadığını ifade etmektedir. Son aylarda paranoid düşünceler ve kötülük görme algılarının eklenmesi üzerine ailesinin desteği ve yönlendirmesiyle yatarak tedavi için başvurmuştur. İnsan Bakım Modeli ile bütüncül olarak değerlendirilen olguda; risk farkındalığı, öz-değerlendirme becerileri ve sosyal ilişkileri iyileştirme çabalarında belirgin ilerleme kaydedilmiştir. Bireyin tedaviye inancı ve motivasyonundaki artış, iyileşme sürecindeki aktif katılımını desteklemiştir.

Anahtar kelimeler: Watson İnsan Bakım Modeli, madde bağımlılığı, bağımlılık, hemşirelik bakımı, psikiyatri hemşireliği

Giriş

Madde kullanım bozukluğu, psikoaktif maddelerin tekrarlayıcı ve kontrolsüz kullanımına bağlı olarak gelişen, nöroadaptif değişikliklerle karakterize edilen bir klinik tablodur. Bu bozukluk, bireyin madde alımını sınırlandırmadaki yetersizliği ve madde arayış davranışlarının ön planda olduğu kronik bir beyin hastalığı olarak kabul edilmektedir. Madde bağımlılığı sadece bireyi değil toplumu da ciddi düzeyde etkilemektedir (1). Madde kullanım bozukluğunun tedavisinde psikoterapi ve farmakoterapi ile bunların beraber kullanıldığı birçok farklı yöntem bulunmaktadır. Madde kullanımı olan hastalar tedavilerine ayakta devam ettikleri gibi yataklı servislerde de devam edebilmektedir. Türkiye'de 2023 yılı verilerine göre, 138 madde bağımlılığı tedavi merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerde farklı madde tipleri ve alkol kullanımına bağlı oluşan kötüye kullanımların tedavisi yapılmaktadır. Bu verilere göre en çok kullanılan madde türü incelendiğinde ayakta başvuran hastaların %31'i, yatarak tedavi gören hastaların ise %25'i opiyat bağımlılığı nedeniyle tedavi altına alınmıştır. Bu durum, opiyat kullanım bozukluğunun ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir (2,3). Opiyat kullanım bozukluğu, diğer madde kullanım bozuklukları gibi, kronik kullanım sürecinde tolerans gelişimine neden olmaktadır; bu durum, aynı etkileri elde etmek için giderek artan dozlarda opiyat alımını gerektirmektedir. Bu artan dozlar ve kronik kullanım sonucunda, kullanıcılarda hem fiziksel hem de psikolojik sorunlar ortaya çıkmakta ve ölümlerle sonuçlanabilmektedir (4,5).

Madde kullanım bozukluğunun tedavi sürecinde, yalnızca tıbbi destek değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal destek de büyük önem taşımaktadır. Toplumun ve sağlık hizmetleri sunan hekim, hemşire ve psikolog gibi ekip üyelerinin, bu bireylere daha fazla anlayış ve yardım sağlaması, bağımlılığın olumsuz etkilerini azaltmada kritik bir rol oynamaktadır (6,7). Tedavi ekibinin bir üyesi olarak hemşire, bütüncül bakım yaklaşımı çerçevesinde yalnızca bireyin değil, aynı zamanda ailesinin ve sosyal çevresinin de sağlık ve iyilik halini desteklemeye yönelik hizmet sunmaktadır (8). Hemşirelik, teorik bilgi, araştırma ve klinik uygulamanın entegrasyonu ile şekillenen multidisipliner bir sağlık disiplini. Temelini bilimsel metodoloji, etik değerler ve profesyonel becerilerin oluşturduğu bu disiplin, insan sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik bütüncül bir yaklaşım sunmakla beraber mesleklerinin bilimsel ve kuramsal boyutlarıyla da ilgilenmektedir (9). Hemşirelik alanının ilgilendiği kuramlardan biri de Watson İnsan Bakım Modelidir. Bu model iyileştirici faktörler ve iyileştirme süreçleri, kişilerarası bakım ilişkisi, bakım anı, bakım iyileştirme bilinci kavramlarından oluşmaktadır (10). Hemşirelik mesleği, teorik bilgi, araştırma bulguları ve klinik uygulamaların dinamik etkileşimiyle şekillenen bir disiplindir. Bu disiplinin felsefi derinliği, Jean Watson'ın 1979'da ortaya koyduğu ve zaman içinde geliştirdiği "İyileştirici Faktörler" kuramıyla daha da belirgin hale almıştır. Watson'ın bu yaklaşımı, hemşirelik bakımının yalnızca teknik bir süreç olmadığını, aynı zamanda insani değerlerle örülü bir etkileşim olduğunu vurgulamaktadır (11-12). Modelde açıklanan diğer bir kavram ise; hemşire ve hasta arasındaki özel ve derin anlam taşıyan terapötik bağ olan "Kişilerarası bakım ilişkisidir." Bu ilişki, yaratıcı ve etik bir temelde şekillenerek bireylerin özgün ihtiyaçlarına ve koşullarına göre kişiselleştirilir. İnsan; beden, zihin ve ruhun ayrılmaz bir bütünüdür ve bakım sürecinde bu bütünlük esas alınmaktadır (13). Bu ilişki, hemşire ve hasta arasında saygıya dayalı bir iletişim ve etkileşim oluşturur. Bu etkileşimde, yüksek düzeyde bir enerji alanı oluşur ve bu enerji, manevi bir bağın gelişmesine olanak tanır. Bu bağ, her iki tarafı da mevcut anın ötesine taşır ve derin bir iyileştirici etki yaratmaktadır (14).

Kişilerarası bakım ilişkisi, empati, samimiyet, doğruluk, düzenlilik, duyarlılık, güvenilirlik, saygı, ahlaki ve etik sorumluluk ile içtenlik duygularını içermektedir. Bu şekilde, hemşire ve hasta arasında zaman, mekân ve fiziksel durumu aşan terapötik bir ilişki kurulmaktadır (15-16). Bu noktada, Jean Watson'ın vurguladığı "Bakım Anı" kavramı devreye girer. Bakım Anı, hemşire ve bireyin yaşam deneyimleri ile varoluşsal alanlarının birleşmesiyle oluşan bir durumdur. Bu birleşme, birbirini anlamayı sağlayarak bireyin iyileşmesine yardımcı olmaktadır. Watson'a göre, bakım anı, hemşirenin bireyle bir araya geldiği, bireyler arası iletişim ve etkileşimin olduğu yer ve zamandır. Bu an, hemşirenin bireye bakım sağlamak için bir fırsat sunduğu anlamına gelmektedir (10). Hemşirelerin geleneksel bakımın ötesine geçerek, hastalara sevgi, şefkat ve nezaketle yaklaşımları, modern sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaktadır. Bu yaklaşımla, hastaların iyileşme süreçlerine olumlu katkı sağlanmakta ve genel yaşam kaliteleri yükseltilmektedir. Bu nedenle, Watson'ın bakım-iyileştirme-sevgi kavramları, günümüzde sağlık hizmetlerinde temel bir ilke olarak kabul

edilmektedir (17). Bir diğer kavram olan otantik ilişki, hemşire ve hasta arasındaki iletişimin maskesiz ve doğal olmasını vurgulamaktadır. Hemşireler, hastalarına gerçekten ilgi gösterdiklerinde ve onların ihtiyaçlarını samimiyetle karşıladıklarında, hastalar da kendilerini güvende hissederek duygularını ve düşüncelerini daha kolay paylaşabilmektedir. Bu etkileşim, bakım sürecinde güçlü ve sağlıklı bir bağ kurulmasına yardımcı olmaktadır (18). Watson hasta ile hemşire arasındaki ilişkiyi vurguladığı kadar iyileştirici çevre kavramını da vurgulamış ve bu çevreyi oluşturmak kuramı için büyük bir önem taşımaktadır. İyileştirici çevre, hastanın kendini rahat ve huzurlu hissettiği bir ortamdır. Klinik ortamlar, yalnızca tıbbi tedaviyi değil, aynı zamanda hastaların fiziksel, duygusal ve manevi rahatlığını sağlayarak olumlu katkılar sunmaktadır (18).

Watson, hemşirelerin bireylere bakım sağlamak için 10 iyileştirici faktör kullanmasını öngörür. Bu faktörler, sağlık ve bakım sürecini tanımlar ve yönlendirir. Bu 10 faktörün ilk üçü, bakım biliminin felsefi temelini oluşturur ve bu temel, hemşirelerin işlerini etik, değerler ve insani boyutlarla bütünleştirmesine yardımcı olur. Bakım modelinin iyileştirici faktörleri arasında İnsani değerler sistemi, İnanç ve umut, Kendine ve başkalarına duyarlılık, Yardım eden ilişki, Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme, Kişilerarası öğrenme-öğretme, Bakım sürecinde yaratıcı problem çözme, Destekleyici çevre, İnsan yardımına gereksinim duyma, Varoluşçu – fenomenolojik – manevi güçler olarak 10 faktör bulunmaktadır (19-20). Bu çalışma, Watson İnsan Bakım Modeli'nin, opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış bir hastada hemşirelik bakım sürecine olan etkilerini derinlemesine incelemeyi amaçlamaktadır. Özellikle kronik madde kullanımına bağlı gelişen fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların yönetiminde bu modelin nasıl bir rol oynadığı araştırılacaktır.

Olgu

33 yaşındaki erkek hasta, evli ve yeni doğmuş bir kız çocuğu babasıdır. Hasta, ortaokul terk olup inşaat sektöründe çalışan iki kardeşi ile birlikte geçimini sağlamaktadır. Son bir yıldır madde kullanımı sebebiyle çalışmadığını ifade etmektedir. Hastanın eşi, yaklaşık 3 ay önce boşanma kararı alarak kendi ailesinin yanına yerleşmiştir. Hasta sosyal izolasyon, aile içi çatışmalar ve şüpheli davranışların artması üzerine, ailesinin desteğiyle ilk kez Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) polikliniğine başvurmuştur.

Hasta öyküsünde ilk kez 12 yaşında kannabinoid kullanımı olduğunu, aralıklı olarak alkol tükettiğini ancak sürekli kullanmadığını belirtmiştir. Son üç yıldır opiyat kullanımı mevcut olup, son bir yılda günlük 1-2 gram dozunda oral opiyat kullanımı tarif etmektedir. Hasta intravenöz madde kullanım öyküsünü reddetmiştir. Son bir yılda madde kullanımına bağlı olarak agresif tavırlar ve eşine yönelik paranoid düşünceler geliştirdiğini ifade etmiştir. Daha önce birkaç kez kendi başına bırakma girişimlerinde bulunmuş ancak başarısız olmuştur. Hasta, opiyat yoksunluğunu ilaç desteği olmadan şiddetli şekilde yaşadığını ve bu süreçle başa çıkamadığını ifade etmiştir. Diğer bırakma denemelerinde, maddeyi bıraktıktan kısa bir süre sonra madde kullanan arkadaş çevresine yeniden dahil olması ve karşılaştığı sosyo-psikolojik zorluklarla (örneğin kaygı, sosyal baskı, baş etme becerilerinin yetersizliği) baş edememesi nedeniyle tekrar madde kullanımına başladığını bildirmiştir. Olgumuz, kullandığı maddenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşamına olan olumsuz etkilerinin farkındadır. Bağımlılığının kendisine ve çevresine zarar verdiğini ifade etmekte, bu durumdan rahatsızlık duymakta ve değişim konusunda düşünsel bir farkındalık sergilemektedir. Ancak, davranışsal düzeyde değişim için henüz yeterli adım atmamıştır. Bu durum, içgörüsünün kısmi olduğunu ve destekle güçlendirilebileceğini göstermektedir. Aile, hastanın mevcut durumunda destek sağlamakla birlikte, geçmişteki başarısız tedavi girişimleri nedeniyle hastaya karşı bir güvensizlik ve umutsuzluk hissi taşımaktadır.

Hasta, AMATEM polikliniğinde uzman psikiyatrist tarafından değerlendirilmiştir. DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) kriterlerine göre yapılan değerlendirme sonucunda hastaya opiyat kullanım bozukluğu, ağır düzeyde (DSM-5 kodu: 304.00) ve kannabis kullanım bozukluğu, orta düzeyde (DSM-5 kodu: 304.30) tanısı konulmuştur.

Hastanın hastaneye yatışı sırasında, madde kullanımı sonrası ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin başlaması üzerine idrar örneği alınmıştır. İdrar örneği, standart koşullarda sabah ilk idrar örneği olarak steril idrar kabına alınmış ve AMATEM laboratuvarında immünokromatografik yöntem ile analiz edilmiştir. Laboratuvar sonuçları Tablo 1'de belirtilmiştir.

Tablo 1. Hastanın laboratuvar sonuçları

Test Parametreleri	Sonuç (IU/ml)	Referans Aralığı
Kannabinoid	>100 IU/ml (pozitif)	<20 IU/ml (negatif)
Amfetamin	<70 IU/ml (negatif)	<70 IU/ml (negatif)
Benzodiazepin	<23 IU/ml (negatif)	<23 IU/ml (negatif)
Opiat	>4000 IU/ml (pozitif)	<300 IU/ml (negatif)
Kokain	<20 IU/ml (negatif)	<20 IU/ml (negatif)
İdrar pH	7.1	5.0-8.0
İdrar Dansitesi	1.029	1.005-1.030

Hasta, AMATEM yataklı servisinde gönüllülük esasına uygun olarak yatışa alınmıştır. Hastanın opiyat yoksunluk belirtilerini değerlendirmek amacıyla Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) kullanılmıştır. Hastanın yatış anındaki COWS skoru 24 (orta-ağır düzeyde yoksunluk) olarak ölçülmüştür. Tedavi süreci boyunca hastanın COWS skorları günlük olarak değerlendirilmiş ve takip edilmiştir. Tedavinin 7. gününde COWS skoru 6'ya düşmüş, belirgin klinik iyileşme gözlenmiştir.

Opiyat kullanım bozukluğu tedavisinde hastaya buprenorfin/nalokson kombinasyonu başlanmıştır. Başlangıçta 2 mg buprenorfin/0.5 mg nalokson sublingual tablet şeklinde günde tek doz olarak başlanmış, klinik duruma göre doz kademeli olarak artırılarak 8 mg buprenorfin/2 mg nalokson günlük doza çıkmıştır. Hastaya ek olarak günlük tek doz Mirtazapin 30 mg başlandı. Bu kombinasyon, opiyat yoksunluk semptomlarını hafifletmek, depresif semptomlarını yönetmek ve tedavi sürecini desteklemek amacıyla tercih edilmiştir. Bu dozlarda verilen ilaçlar ile hastanın yoksunluk belirtilerinde belirgin azalma sağlanmıştır. Tedavi boyunca hastaya bireysel psikoterapi ve grup terapileri uygulanarak psikososyal destek sağlanmıştır.

Hastanın başvurduğu AMATEM, Türkiye'nin doğu bölgesinde yer alan ve bu bölgenin coğrafi ve sosyoekonomik şartlarına uygun hizmet veren bir bağımlılık tedavi merkezidir. Özellikle doğu bölgesinde yaşayan ve madde bağımlılığı ile mücadele eden hastalara yönelik hizmet sunan klinik, 12 odalı bir yapıya sahip olup toplam 24 hastaya aynı anda yataklı tedavi imkanı sağlamaktadır. Yılda ortalama 380 hastaya yataklı hizmet veren servis, başta opiyat ve metamfetamin (methamphetamine) kullanım bozukluğu olmak üzere çeşitli madde kullanım bozukluklarına yönelik tedavi programları uygulamaktadır.

Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi

1. Kişilerarası Bakım İlişkisi

Kişilerarası bakım ilişkisini değerlendirmek amacıyla modelin İnsani değerler sistemi aşaması, Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme, Varoluşçu – fenomenolojik – manevi güçler ve yardım eden ilişki aşamaları ile ele alınarak benlik, varoluşsal alan ve özneler arasılık olmak üzere üç temel kavram üzerinde odaklanıldı. Benlik kavramı çerçevesinde, bireyin hem şimdiki hem de geçmişteki kendilik algıları detaylı bir şekilde analiz edildi. Bu analiz, bireyin kendini nasıl tanımladığını ve zaman içinde bu tanımın nasıl evrildiğini anlamaya yönelikti. Varoluşsal alan kapsamında ise, bireyin hayatına dair anlam arayışı, amaçları ve değerleri incelendi. Bu inceleme, bireyin varoluşsal kaygılarını ve yaşamına yüklediği anlamı anlamaya odaklandı. Son olarak, özneler arasılık kavramı altında, bireyin başkalarıyla kurduğu ilişkiler ve bu ilişkilerin dinamikleri değerlendirildi. Bu değerlendirme, bireyin sosyal bağlarını ve bu bağların onun üzerindeki etkilerini anlamayı hedefledi. Bu üç kavram, kişilerarası bakım ilişkisinin daha derinlemesine anlaşılmasına ve bireye özgü bir bakım planının geliştirilmesine katkıda bulundu. Olgunun geçmişine dair algıları incelendiğinde, iş hayatının düzenli olduğu ama madde kullanımı sonrasında iş hayatının düzensiz olduğu, çocukluğundan maddeye başlama sürecine kadar aile ilişkilerinin gayet iyi olduğu ancak arkadaş ortamının çok kötü olduğu sigara alkol kannabinoid kullanan ve akademik başarıları düşük bir çevrede yetiştiği öğrenildi. Şimdiye dair algıları değerlendirildiğinde; eşine fiziksel şiddet uygulamadığını ancak sözel şiddet ve psikolojik baskı yaptığını kabul ediyor, eşinin, kendisinin madde kullanmaya başladığını bildiği halde madde bırakma sözü vererek evlilik hususunda ikna ettiği ve sözünü tutamadığı için eşine karşı çok mahcup ve kendini eşinin gözünden güvenilmez, yalancı biri olarak görüyor. Maddeyi bıraksa da eşi ve ailesi ile ilişkilerinin eskisi gibi olmayacağı

konusunda endişeleri bulunuyor. Hastanın varoluşsal alanlarını anlamak amacıyla, bireysel deneyimleri, duyguları, manevi inançları, yaşam amaçları ve beklentilerine dair detaylı sorular sorularak derinlemesine bir değerlendirme yapıldı. Modelin Kişilerarası öğrenme – öğretme aşamasına göre bu yaklaşım, hastanın hayatına dair anlam arayışını ve varoluşsal kaygılarını ortaya çıkarmayı hedefledi. Buna göre; olgumuz buradan çıkınca evine gitmek istediğini, önce annesini ziyaret edip, ondan özür dileyeceğini, ailesinin desteğini kazanarak eşi ile evliliğini kurtarmak için çabalayacağını, işine başlayıp düzenli olarak işe gideceğini, iyi bir görünüm sağlar sağlamaz çok özlediği çocuğunu görmeye gideceğini, önceki deneyimlerini göz önünde bulundurarak maddeyi bırakma yolunda destek kanallarını kullanacağını, düzenli ilaç kullanımını ve doktor kontrollerini aksatmayıp, maddeden uzak durmak için elinden geleni yapacağını söyledi. Arkadaş ortamını değiştirerek ona destek olacağına inandığı madde ve uyuşturucu konusunda oldukça dikkatli olduğunu bildiği arkadaş çevresi ile iletişime geçeceğini, tedavi süresi boyunca düzenli olarak yaptığı spora devam edeceğini ifade etti. Namazlarını düzenli olarak kıldığını ve dua ederek Allah'a yönelmenin onda güven duygusu oluşturduğunu ve böylece Allah'a sevgisini gösterdiği için kendini çok iyi hissettiğini artık Allah'ın onu sevdiğinden emin olduğunu ifade ederek ibadetlerine dışarda da devam etmek istediğini belirtti.

2. Bakım Anı ve Bakım Durumu

Olgumuzun kliniğe yatışıyla birlikte bir bakım süreci başladı. Madde yoksunluğu nedeniyle ajite ve saldırgan davranışlar sergilemekteydi. Kendi duygu ve düşüncelerinin farkına varmasına yardımcı olunarak, hemşire ile hasta arasında insani bir etkileşim kuruldu. İlk geldiğinde, kendisine ve çevresine zarar vermemesi amacıyla gözlem odasına alınarak kontrol altına alındı. Tedavi planı düzenlendikten sonra servis hakkında bilgilendirildi ve kliniğe uyum sağlaması desteklendi. Hastalığı ve prognozu hakkında detaylı bilgi verilerek, kendi hastalık öyküsünü anlatması istendi ve bu süreçte hastalığına dair duygu ve düşünceleri öğrenildi. Hemşirenin objektif ve yansız bir şekilde dinlemesi, hasta ile etkileşimi güçlendirerek güven ortamı oluşturdu. Ayrıca, hastanın yakınlarıyla iletişime geçilerek giyim, sigara, tıraş malzemeleri gibi kişisel ihtiyaçlarının karşılanması sağlandı. AMATEM yatışı yapıldıktan ve gözlem süresi bittikten sonra hasta günaydın toplantıları ve psiko-eğitlimlere katılarak içinde yaşadığı durumu ifade etmesi için cesaretlendirildi. Bu aşamada modelin İnsani değerler sistemi, Yardım eden ilişki, Kendine ve başkalarına duyarlılık, İnsan yardımına gereksinim duyma model aşamaları altında ele alındı.

3. İyileştirme Süreçleri

Modelde önerilen bakım iyileştirme yöntemlerinden bazıları uygulandı. Bu yöntemler şu şekilde gerçekleştirildi:

- İşitme yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Serviste her sabah kahvaltı saatlerinde hastalara müzik dinletildi. Haftada iki kez öğleden sonra düzenlenen aktivite saatlerinde tüm hastalara yönelik canlı müzik dinletileri yapılarak bakım modelinin Destekleyici, koruyucu ve/veya iyileştirici, zihinsel, fiziksel, toplumsal ve ruhsal çevre aşaması altında ele alındı.
- Görsel yöntemlerin bilinçli kullanımı: Hafta içi her gün uğraş derslerine katılım sağlanarak hastaların resim yapması, taş boyaması ve tesbih dizimi gibi aktivitelerle ilgilenmesi teşvik edilerek modelin sağlıklı çevre aşaması ele alındı.
- Solunum yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Hastaların günlük spor aktivitelerine katılımı sağlandı. Günaydın toplantılarında gevşeme ve solunum egzersizleri uygulandı. Anksiyete yönetimi eğitimlerine katılım sağlanarak nefes egzersizleri öğretildi. Hastanın anksiyetesi arttığında, odasına alınarak öğrendiği nefes egzersizlerini uygulaması için yönlendirildi ve bu tür durumlarda kendi kendine nefes egzersizleri yapması teşvik edildi. "Bakım sürecinde yaratıcı problem çözme aşaması" çerçevesinde uygulandı.
- Tat alma yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Hastanın beslenme programı düzenlenerek yeterli kalori alımı sağlandı. Sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanması için eğitimler verildi. Günlük 3 öğün düzenli yeme alışkanlığı oluşturuldu ve kilo takibi ile beden imajının iyileştiği hastaya belirtilerek modelin "Bakım sürecinde yaratıcı problem çözme aşaması" çerçevesinde uygulandı.

- e. Ruhsal-bilişsel yöntemlerin bilinçli kullanımı (Hasta belirli aralıklarla hemşire ve psikolog ile görüşmeler yaparak, şüphe, sinirlilik, özgüven, umutsuzluk durumları hakkında konuşuldu. Aşama aşama iyileşmeler değerlendirildi). Modelin “Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme” aşaması kapsamında uygulama yapıldı.
- f. Kinestetik yöntemlerin bilinçli kullanımı (Günlük sporuna yönlendirildi, servis içerisinde bulunan masa tenisi, kutu oyunları gibi oyunları oynaması, bahçe saatinde bahçede yer alan spor aletlerini kullanması için teşvik edildi ve haftada 3 kez halı saha etkinliğine katılımı sağlanarak sosyalleşmesi sağlandı. Hayatta maddeden daha başka zevk alınacak şeylerin varlığı ispatlandı). Modelin Kendine ve başkalarına duyarlılık aşaması kapsamında incelendi.

Tartışma

Watson'ın İnsan Bakım Modeli, bağımlılık tedavisinde bireyi merkeze alan, bütüncül bir yaklaşım sunarak hem fiziksel hem de psikolojik iyileşme süreçlerini desteklemektedir. Bu çalışmada, modelin bağımlı bireyler üzerinde uygulanabilirliği ve etkileri incelenmiştir. Bakım sürecinde, modelin temel ilkelerinden biri olan güven ilişkisi oluşturulması, bireyin kendini ifade etme ve duygularını paylaşma becerisini artırmıştır. Bu durum, bireyin bağımlılığın kendisine verdiği zararları fark etmesini ve madde kullanımına ara verdiği dönemlerde yaşadığı olumlu değişikliklerin bilincine varmasını sağlamıştır. Literatürde de güven temelli bir ilişkinin bağımlılık tedavisinde motivasyonu artırdığı ve tedaviye uyumu kolaylaştırdığı belirtilmektedir (21). Güven temelli, içten ve yargılamadan kaçınarak kurulan ilişkilerin olgular üzerinde etkili olduğu tedaviye olan inancına ve destek kanallarının farkına varmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Dağcan ve Arslan (22), Watson insan bakım modeline göre açık kalp ameliyatı olan bir bireye hemşirelik bakım planını uygulamış ve güven ilişkisinin hastanın baş etme becerisine, özgüvenine olumlu etkileri olduğunu bildirmiştir. Ayrıca çalışma güven olgusunun gelişmesiyle iyileşme sürecinin kısılacağını da vurgulamıştır (22).

Modelin iyileştirme süreçlerinden biri olan inanç ve umut, olgunun tedavi sürecine aktif katılımını sağlamak açısından kritik bir rol oynamıştır. Özellikle, bağımlılıktan kurtulmuş bireylerin rol model olarak kullanılması ve bu bireylerle iletişim kurmasının sağlanması, bireyin bağımlılıkla mücadelede yalnız olmadığını fark etmesine yardımcı olmuştur. Böylece toplum içerisinde yanlış inanış olan bağımlılığın tedavisi yoktur bilgisini yıkarak tedaviye olan inancını artırmıştır. Bu bulgu, bağımlılık tedavisinde umut ve inanç faktörlerinin, olguların tedaviye olan pozitif algısını artırdığına dair çalışmaları desteklemektedir (23). Watson'ın insan bakım modelini temel alan 19 çalışmanın incelendiği bir derleme çalışmasında, modelin hem hemşirelerde hem de hastalarda özgüven ve tedaviye olan inançta artışa yol açtığı belirtilmiştir (24). Watson'ın modelinde yer alan duyguların ifadesi ve problem çözme süreçleri, bireyin bağımlılık sürecindeki hatalarını fark etmesine ve bu hatalarla yüzleşmesine olanak tanımıştır. Olgunun geçmişteki başarısız bırakma girişimlerini analiz ederek, bu süreçte yaptığı hataları anlaması sağlanmış ve gelecekteki davranışlarını planlamasına yardımcı olunmuştur. Ayrıca, olguların sosyal destek sistemlerini fark etmesi ve bu desteklerden yararlanma becerisinin geliştirilmesi, bağımlılık tedavisinde önemli bir ilerleme kaydedilmesini sağlamıştır. Sosyal destek algısı, bağımlılık tedavisinde bireyin motivasyonunu artırarak tedavi sürecine olan bağlılığını güçlendiren ve iyileşme şansını yükselten kritik bir faktördür (25,26). Bu bağlamda Sosyal destek algısının artırılması, bağımlılık tedavisinde hem psikolojik hem de pratik açıdan büyük bir destek sağlar.

Watson'ın İnsan Bakım Modeli'nin bir diğer önemli unsuru olan iyileştirici çevre, olguların tedavi sürecinde kendini güvende hissetmesini sağlayarak bireyin tedaviye uyumunu kolaylaştıracağı. Tedavi ortamının bireyin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlenmesi, bireyin stres düzeyini azaltmış ve motivasyonunu artırmıştır. Bu bulgu, tedavi ortamının bağımlılık tedavisindeki etkileri üzerine yapılan araştırmalarla paralellik göstermektedir (27). Watson insan bakım modelinin uygulandığı çalışmalar incelendiğinde, iyileştirici çevrenin bakım sürecine dahil edilmesinin, hem holistik bir yaklaşım sunması hem de hastaların öznelliğini koruması açısından oldukça başarılı sonuçlar elde ettiği görülmektedir (28).

Ancak, bu çalışma koşullarında modelin uygulanmasını kısıtlayacak bazı sınırlamalar gözlemlenmiştir. Özellikle, bağımlılık tedavisinde uzun süreli bakım gerekliliği, hemşirelerin iş yükünü artırmakta ve bireysel

yaklaşımların sürekliliğini zorlaştırabilmektedir. Ayrıca, bireyin tedavi sürecine tam katılımı, sosyal çevresinin desteği ve bireyin motivasyon düzeyi gibi dışsal faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Bu durum, modelin etkilerinin bireysel farklılıklar doğrultusunda değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç

Watson'ın İnsan Bakım Modeli, bakım sürecinde insanı merkeze alan, bütüncül ve psikolojik temelli bir yaklaşım sunar. Bu model doğrultusunda, olgumuzun kendini rahat hissedebileceği ve duygularını özgürce ifade edebileceği bir ortam oluşturuldu. Bu sayede, servise uyum süreci kolaylaştırıldı ve hem fiziksel hem de duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasına özen gösterildi. Bu yaklaşım, olguların tedaviye uyumda konforunu artırmayı ve tedavi sürecine aktif katılımını desteklemeyi hedeflemektedir. Watson'ın İnsan Bakım Modeli'nin iyileştirme süreçleri kullanılarak verilen bakım, olgumuzun özgüveninin, öz bakım davranışlarının, baş etme becerilerinin ve sosyal ve ailesel destek algısının artmasına katkıda bulundu. Modelin temel unsurları olan insancılık ve adanmışlık, inanç ve umut, duyarlılık, yardım ve güven ilişkisi, duyguların ifadesi, problem çözme, öğretme ve öğrenme, iyileştirici çevre, insan gereksinimlerine yardım ve manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varıksal boyutlarına açık olma gibi faktörler, olgumuzun tedavi sürecine aktif katılımını sağladı.

Özellikle, inanç ve umut faktörlerinin güçlendirilmesi, olgumuzun bağımlılıktan kurtulma yolunda motivasyonunu artırdı. Duyguların ifadesi aşamasında olgumuzun korkularını, öfkesini ve diğer duygularını açıkça dile getirmesi teşvik edildi. Bu süreç, olgumuzun duygusal olarak rahatlamasına ve tedaviye daha olumlu bir bakış açısıyla yaklaşmasına yardımcı oldu. Ayrıca, problem çözme ve öğretme-öğrenme süreçleri sayesinde, bağımlılıkla başa çıkma stratejileri geliştirmesi desteklendi. İyileştirici çevre faktörü, olgunun tedavi sürecinde kendini güvende ve desteklenmiş hissetmesini sağladı. Bu çevre, hem fiziksel hem de duygusal anlamda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlendi. Manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varıksal boyutlarına açık olma ise, yaşamını anlamlandırmasına ve bağımlılık sürecini daha derinlemesine analiz etmesine olanak tanıdı. Olgunun beslenme alışkanlıkları düzenlenerek, kişisel bakımı sonrası beden imajında fark edilir değişiklik, odasını ve çevresini düzenli olarak temizlemesi sorumluluk bilincinde artış sağlandı. Tüm bu gelişmelerin olgulara tedavi açısından güven sağlayacağını düşündürmektedir. Olgumuzdaki değişiklik AMATEM servisinde Hasta Süreç Değerlendirme Formu üzerinden takibe alınarak boy kilo takibi (BKİ İndeksi), tırnak kesimi, saç sakal tıraşı gibi öz bakım değişiklikleri, kıyafet uygunluğu ve çevre düzenlenmesi gibi maddelere göre değerlendirme yapıldı. Manevi boyutundaki iyileşmeler; içinde bulunduğu durumu anlamlandırmasına, huzur bulmasına, tedavisi için gerekli inanç düzeyinin iyileşmesine olanak sağlandı.

Kaynaklar

1. Güleç G, Köşger F, Eşsizoglu A. DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2015; 7(4): 448-460.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2010*. New York: United Nations Publications.
3. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, EMCDDA 2024 Ulusal Raporu (2023 Verileri), Türkiye Uyuşturucu Raporu 2024. Ankara: İçişleri Bakanlığı, 2024.
4. Hiçdurmaz D. Maddeyle İlgili Bozukluklar. Özcan C.T. (editör), Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları 6.Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi 2016; 281.
5. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı, (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, Köroğlu E.(Çeviren). 5. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013; 231-290.
6. Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. *Hum Genet*, 2012; 131(6): 779–789.
7. Zhuang S, An S, Zhao Y. Yoga effects on mood and quality of life in Chinese women undergoing heroin detoxification a randomized controlled trial. *Nurs Res* 2013; 62(4): 260-268.
8. Şimşek N, Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010; 1(2): 96-99.
9. Erol F, Tanrikulu F, Dikmen Y. Serebrovasküler olay geçiren bir olgunun Henderson Hemşirelik Modeli'ne göre değerlendirilmesi: Olgu sunumu. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2016; 6(1): 94-103.

10. Durgun Ozan Y, Okumuş H. Effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on anxiety, distress, and coping, when infertility treatment fails: a randomized controlled trial. *J Caring Sci* 2017; 6 (2): 95-109.
11. Breneol S, Goldberg L, Watson J. Caring for children who are technology-dependent and their families the application of watson's caring science to guide nursing practice. *ANS Adv Nurs Sci* 2019; 42(2): E13-E23.
12. Costello M. Watson's caritas processes as a framework for spiritual end of life care for oncology patients. *Int J Caring Sci* 2018; 11(2): 639-644.
13. Kıymaz D, Bal C, Koç Z, Çiftçi AB. Watson'ın insan bakım modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımına bir örnek: ateşli silah yaralanması olgusu. *Sağlık ve Toplum* 2021; 31(2): 204-210.
14. Köksal N, Durgun H. KOAH tanısı ile izlenen bireyin Watson İnsan Bakım Kuramı'na göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 2022; 4(1): 82-93.
15. Sertgöz B, Demir S. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2022; 15(1): 3-12.
16. Durmuş G, Şişman FN. Watson insan bakım modelinin palyatif bakım hasta yakınlarının stres düzeyi ve bakım yükünde kullanımı. *Journal of Health Sciences and Management* 2025; 5(2): 64-71.
17. Gunawan J, Aunguroch Y, Watson J, Marzilli C. Nursing administration: Watson's theory of human caring. *Nurs Sci Q* 2022; 35(2): 235-243.
18. Artun O. Palyatif Bakım Hastalarında Watson İnsan Bakım Modeli Temeline Dayalı Hemşirelik Bakımının Semptom Yönetimine Etkisi [Yüksek lisans tezi], İzmir: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2023.
19. Ji X, Yan Y. Effect of using the active cycle of breathing technique combined with Watson's theory of human caring in rapid patient rehabilitation following lung cancer surgery. *Altern Ther Health Med*. 2023; 29(2): 14-20
20. Küçük S, Akçay Didişen N. Diyabetik ketoasidozlu hastanın Watson'ın insan bakım modeline göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi* 2023; 6(1): 206-221.
21. Kıymaz D, Bal C, Koç Z, Çiftçi AB. Watson'ın İnsan Bakım Modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımına bir örnek: Ateşli silah yaralanması olgusu. *Sağlık ve Toplum* 2021; 31(2): 204-210.
22. Dağcan N, Gürol Arslan G. Covid-19 geçirmiş, açık kalp cerrahisi uygulanan hastanın watson insan bakım modeli'ne göre hemşirelik yaklaşımı: olgu sunumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2022; 38(2): 154-164.
23. May EM, Hunter BA, Jason LA. Methodological pluralism and mixed methodology to strengthen community psychology research: an example from Oxford house. *J Community Psychol* 2017; 45(1): 100-116.
24. Wei H, Forzzone PA, Sitzman K, Hardin SR. The current intervention studies based on Watson's theory of human caring: a systematic review. *Int J Hum Caring* 2019; 23(1): 4-22.
25. Avşar G, Koç F, Aslan G. Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 1: 44-49.
26. Acar B, Çakır G, Karaköse Ş, Yaman ÖM. Alkol ve madde bağımlısı bireylerin tedavi süreçlerinde ve motivasyonlarında sosyal destek sistemlerinin etkisi. *Bağımlılık Dergisi* 2022; 23(4): 452-463.
27. Küçükşen K, Tekin HH, Şener MM, Demirel B. Madde bağımlısı bireylerde aile işlevselliği ve sosyal destek algısı. *The Journal of Academic Social Science Studies* 2024; 12(53):199-212.
28. Akın Korhan E. Watson'un insan bakım modeli: bir sistematik derleme. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi* 2019; 2(2): 46-68.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kuruldan etik onay alınmasına gerek yoktur. Yazarlar, hasta onam formu aldıklarını teyit etmişlerdir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval is not required for this study. The authors confirm that they have obtained a patient consent form.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support.