

Yatağa Bağımlı Tip 1 Diabetes Mellitus Tanılı Çocuğun Bakımında Sinerji Modelinin Uygulanması

The Implementation of the Synergy Model for the Care of Bedridden Children with Type-1 Diabetes Mellitus: Case Report

Şenay YANIK ZUHUR,^a
A. Didem ÇAKIR,^b
Tülay TOKGÖZ,^a
Gülcan KUŞKONMAZ,^b
S. Olcay EVLİYAOĞLU^c

^aBeslenme ve Metabolizma BD,
^bÇocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD,
^cEndokrinoloji BD,
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 19.09.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 05.08.2014

*Bu olgu sunumu, 16. Ulusal Pediatrik
Endokrin ve Diyabet Kongresi,
11. Çocuk Diyabet Hemşireliği Kursu
(6-7 Kasım 2012, Samsun)'nda sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Şenay YANIK ZUHUR
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
Beslenme ve Metabolizma BD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
szuhur77@myynet.com

ÖZET Hemşirelik uygulamalarının sistemli ve bilimsel bir özellikte gerçekleştirilebilmesi için hemşirelik sürecinin bir hemşirelik modeli ile birlikte kullanılması önemlidir ve bu şekilde verilen bakım bireyin gereksinimlerini karşılamaya uygun olacaktır. Yatağa bağımlı çocukların öz bakımını gerçekleştirememeleri nedeniyle, onların bakımlarından ebeveynleri sorumludur. Sinerji modeli; akut ve kritik bakım gereken çocuklara ve ailelerine hastalık, hastalığın tedavisi ve bakımıyla etkin baş edebilmelerinde yardımcı olmaya yönelik çocuk ile aile merkezli hizmetleri içeren bir modeldir. Model hasta ve ailesinin, hemşire-hasta bakım odaklı etkileşiminde aktif rol almasını sağlaması nedeniyle ayrıca önem teşkil etmektedir. Bu çalışmada, sinerji modeli uygulanarak, yatağa bağımlı Tip 1 diabetes mellitus tanısı ile izlenen bir hastanın hemşirelik bakımı sunulmuştur. Olgu çocuk endokrin kliniğinde kaldığı süre içinde izlenmiş, model çerçevesinde hasta özellikleri ve hemşire yeterlilikleri belirlenmiştir. Sinerji modeline göre hemşirelik tanılarının sonuçları değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk; diabetes mellitus, tip 1; hemşirelik; modeller, hemşirelik

ABSTRACT To perform nursing practice in a systematic and scientific way, it is important to use the nursing process in conjunction with a nursing model, so, in this way the care would be appropriate to meet the requirements of the individual. Because the bedridden children have not the ability to perform their own-care, their parents are responsible for their care. Synergy model is a model that includes child and family-oriented services intended to cope effectively with disease, treatment of the disease and care of the children who need care for acute and critical situations. In this study, nursing care of a bedridden patient with type-1 diabetes mellitus is presented by applying synergy model. The index case was followed-up during the time that he remained in the pediatric endocrinology clinic, and the patient characteristics and nurse competencies were determined within the framework of the model and the results of the nursing diagnosis was evaluated according to the synergy model.

Key Words: Child; diabetes mellitus, type 1; nursing; models, nursing

Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2016;8(1):86-92

Klinik hemşirelik uygulamalarında kullanılan bilimsel bilgi; bireyi bir bütün olarak tanımayı, sorununu belirleyip çözmeyi sağlamalı, yeni bilgilerin yanı sıra hemşirelik sanatı ile de pekiştirilmeli, değişen sınırlılıkları göz önüne alarak temel gereksinimleri insan onuruna yakışır biçimde karşılamalı ve hemşirenin verdiği hizmete bireyin eşsizliğine dair hemşirelik inancını yansıtmalıdır. Bilimsel bilginin oluşturulmasında hemşirelik model ve kuramları önemli yer tutmakta; hemşirelik sürecinin, hem-

şireliğin temel felsefesi olan holistik ve hümanistik yaklaşımla geliştirilmesi ve uygulanmasına katkı sağlamaktadır.¹

Teori/model temelli çalışma; gözlem, deneyim, akıl yürütme sonucunda üretilen bilginin analiz edilmesi, sentezlenmesi, kavramsallaştırılması ve değerlendirilmesine rehberlik eden bir süreç olarak tanımlanan “kritik düşünme süreci” ile de bağlantılıdır.^{2,3} Bugün gelişmiş sağlık sistemi içinde hemşirelik uygulamalarının, kritik düşünme süreci çerçevesinde gerçekleştirilmesine gereksinim vardır. Teori ve modeller de karar verme ve kritik düşünme sürecinde hemşireler için önemli yol göstericilerdir.^{2,4-6} Hemşirelik uygulamalarının sistemli ve bilimsel bir özellikte gerçekleştirilebilmesi için hemşirelik sürecinin bir hemşirelik modeli ile birlikte kullanılması önemlidir. Bu şekilde verilen bakım, bireyin gereksinimlerini karşılamaya uygun olacaktır.¹

Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği (American Association of Critical-Care Nurses [AACN]) tarafından geliştirilen, hasta ve hemşirenin birlikte hareket etmesini gerektiren sinerji modeli; akut ve kritik bakım gereken çocuklara ve ailelerine hastalık, hastalığın tedavisi ve bakımıyla etkin baş edebilmelerinde yardımcı olmaya, çocuk ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmeye yönelik bir modeldir.⁶

Hemşirelik modellerinin kullanımı sistemize edilmiş teorik bilginin pratik bir şekilde uygulamaya aktarılmasında kolaylık sağlamaktadır. Sinerji modeline göre, hasta özellikleri ile hemşire yeterlilikleri uygun olduğunda sinerji oluşturarak, en iyi hasta sonuçları elde edilmektedir.⁷⁻¹⁰ Bu çalışmanın amacı; yatağa bağımlı hastalar için uygulanabilen bir model olan sinerji modelini, Tip 1 diabetes mellitus (DM) tanılı bir olgu ile vurgulamaktır.

HASTA BAKIMINDA SİNERJİ MODELİ

Sinerji modeli kapsamında; hasta ve ailesi, hemşire-hasta etkileşiminde aktif rol almaktadırlar. Model; “hemşire-hasta”, “hemşire-hemşire” ve “hemşire-sistem” ilişkileri konularını kapsamaktadır. Hemşirelerin mesleki alanlarında güçlenerek, daha iyi bir yer edinmelerine katkı sağlayan

sinerji modeli, uygulanabilir ve iyi bir uyum özelliğine sahip olduğu için hemşirelik uygulamalarının her ortamda kullanılmasına da katkı sağlamaktadır.¹¹

I. HASTA ÖZELLİKLERİ

Her hastanın sağlık durumunu yansıtan kendine özgü özellikleri vardır. Her bir hasta özelliği 5’li likert ölçek üzerinden değerlendirilerek; bir puan “en kötü hasta durumu”, beş puan ise “en iyi hasta durumu” ifade eder. Bu özellikler şunlardır:

1. Stabilitate: Mevcut sağlık durumunu koruma yeteneğidir.

2. Karmaşıklık: Hastanın beden imajı, aile ilişkileri, tedavi planı gibi iki ya da daha fazla sisteminin kompleks ve belirsiz olma durumudur.

3. Tahmin Edilebilirlik: Hemşirenin hastalığın gidişini anlamasını sağlayan ortak özelliklerdir.

4. Esneklik: Hastanın baş etme mekanizmalarını kullanarak; hastalık öncesi var olan duruma en kısa zaman da geri dönme yeteneğidir.

5. Hassasiyet/Yatkınlık/Duyarlılık: Hastalığın beklenen sonuçlarını etkileyebilecek stresörlere karşı duyarlılıktır.

6. Karar verme sürecine katılım: Hasta ve ailesinin karar verme sürecine katılım düzeyidir.

7. Bakıma katılım: Hasta ve ailesinin bakım verme sürecine katılım derecesidir.

8. Kaynak durumu: Bakımda kişisel, psikolojik, sosyal, teknik ve mali kaynakların; hasta, aile veya diğer bakım verenler için bir araya getirilmesidir.¹⁰

II. HEMŞİRENİN YETERLİLİKLERİ

Hasta özellikleri tanımlandıktan sonra sürekliliği sağlamak için hastaların gereksinimleri doğrultusunda belirlenen sorunların çözümünde olması gereken hemşire yeterlilikleri, hasta ve ailesinin gereksinimlerine göre değişiklik gösterir. Bu yeterlilik durumu, hasta ve ailesinin beklenen sonuçlarını sağlayacak bilgi, beceri ve deneyimlerin birleşiminden oluşur. Her bir hemşire yeterliliği de yine 5’li likert ölçek üzerinden değerlendirilerek;

bir puan “acemi”, beş puan ise “uzman” olarak ifade edilir. Bunlar;

1. Klinik muhakeme: Hemşirenin karar verme, eleştirel düşünme, edinilen biçimsel ve deneyimsel bilgi ile becerileri birleştirerek durumu bütünsel kavramayı içeren klinik akıl yürütme yeteneğidir.

2. Savunuculuk ve ahlaki aracılık: Hastaların ve ailelerinin etik ve klinik endişelerini bir liderlik rolü üstlenerek çözümlene yeteneğidir.

3. Bakım uygulamaları: Aile ve hastaya özgü gereksinimlere temellenen terapötik çevre oluşturma yeteneğidir.

4. Öğrenmeyi kolaylaştırıcı: Hasta ve ailesinin öğrenme sürecinin kolaylaştırılmasıdır.

5. İş birliği: Optimal ve gerçekçi hasta sonuçlarına ulaşmada her bireyin katkısını destekleyerek onlarla birlikte çalışma ve meslektaşları ile de disiplinler-arası çalışma yeteneğidir.

6. Sistemli düşünme: Hemşirenin bakım ortamı bağlamında ve sağlık sistemi içinde mevcut bütünsel ilişkileri tanıma yeteneğidir.

7. Değişime yanıt verme: Hemşirenin bakımdaki farklılıkları kabul etme, fark etme ve bakım sağlanması için onları bakıma katma yeteneğidir.

8. Klinik araştırma: Araştırma ve deneyimsel öğrenme yoluyla kanıta dayalı uygulama ve yenilikler sağlayarak, uygulamayı devamlı sorgulama ve değerlendirme yeteneğidir. Ayrıca hastalar için en iyi sonuçları geliştirmek için klinik bilgi gelişimini kullanma yeteneğidir.¹⁰

III. BEKLENEN SONUÇLAR

En iyi sonuçlar, hasta özellikleri ile hemşirenin yeterlilikleri örtüştüğü zaman elde edilir. Hasta bakımında sinerji modeli, hasta ve ailesinin modele aktif katıldığı kabul eder ve bu modelde sonuçlar hastanın bakış açısıyla, hemşirenin bakış açısıyla, sistemin bakış açısıyla ölçülmelidir.¹¹

YATAĞA BAĞIMLI ÇOCUK HASTADA DİYABET YÖNETİMİ

Yaşamın her yönünü etkileyen uzun süreli kronik bir hastalık olan diyabet; yaşam tarzı, fiziksel akti-

vite ve beslenme programındaki değişimi beraberinde getirirken, bireysel sorumluluk da gerektirmektedir. Diyabetli bireylerin izleminde sağlık profesyonellerinin rolü, bireyin yaşamındaki riskler ve değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmasını, bunları anlamasını ve uygulamasını sağlamaktır. Davranış değişikliğini destekleyen aile ve sosyal çevre, hem uygulamalar için destek hem de bireylerin inançları için temel yapı oluşturur.¹²

Yatağa bağımlı çocuklar kendi bakımlarını gerçekleştirememeleri nedeniyle, onların bakımlarından ebeveynleri sorumludur. Çocuğun bakımından birebir sorumlu olan anne/aile için çocuğun yatağa bağımlı olması kaygı oluşturan bir durumdur. Tip 1 diyabet kronik bir hastalık olması dolayısıyla var olan kaygıyı arttırabilecek bir etkidir. Kaygı düzeyi yüksek ebeveynler çocuklarının bakımına katılmakta ve sağlık ekibi ile iş birliği yapmakta güçlük yaşayabilirler.¹³⁻¹⁵ Bakım verme; emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsamakta ve bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanmaktadır.^{16,17} Yatağa bağımlı ve kronik hastalığı olan çocuğun bakımında hemşire, kaygısı artmış hasta ve ailesine profesyonel destek sağlar ve ailenin çocuğun bakımına aktif katılımında teşvik edici rol oynar.

YATAĞA BAĞIMLI TIP 1 DİABETES MELLİTUS TANILI OLGU

On altı yaşındaki erkek hasta, kusma nedeniyle hastaneye başvurmuş ve kan şekeri 579 mg/dL saptanmıştır. Fizik incelemesinde nöromotor retardasyon, spastisite, sol kulaktan pürülan akıntı, sağ nefrektomi skarı belirlenmiştir. İleus şüphesi+Tip 1 DM + sol akut otitismedia tanılarıyla acil servise yatırılmıştır. Tedavisinde intravenöz (iv) insülin infüzyonu ve iv hidrasyon, lokal antibiyotik damla ve iv seftriakson başlanmıştır. Çocuk cerrahisi ile konsülte edilen olgunun oral alımı kesilerek günlük yüksek lavman uygulanmıştır. Hemokültüründe üreme olmayan hastanın seftriakson tedavisi altında akut faz yanıtı gerilemiş, takibinde kan şekeri 150-200 mg/dL seyretmiştir. Olgu takip ve tedavi sonrasında spontan dışkılaması olunca oral alımına sıvı gıdalarla başlanarak, diyabet tedavi ve eğitimi

verilmek üzere endokrin kliniğine alınmış ve 27 gün süreyle takip edilmiştir.

Olgu 36 kg (<3 persentil) ağırlığında, 155 cm (<3 persentil) boyundadır. İntravenöz ve foley kateteri mevcuttur. Takip ve tedavi planında günlük 8x1 kan şekeri takibi, subkütan 1x8 ünite uzun etkili insülin ve 3x1 ünite hızlı etkili insülin başlanmıştır. Tıbbi beslenme tedavisinde düşük glisemik indeksli, kompleks karbonhidratlı beslenme planı uygulanmıştır. Takip süresince vital bulguları stabil ve AKŞ: 80-100 mg/dL, TKŞ: 130-160 mg/dL seyretmiştir.

Olgu vajinal spontan yolla doğmuştur. Serebral palsi tanısı olan olgu doğuştan nöromotor retardasyonu nedeniyle oturabiliyor, fakat yürüyemiyor ve konuşmıyor. Olgunun babası ex olmuş, anne ve erkek kardeşi ile yaşamaktadır. Annenin mental retardasyonu ve Tip 1 DM tanısı vardır. Spastisitesine bağlı olgunun özürüllük raporu mevcuttur. Olgu hastanede annesi ile birlikte iki kişilik odada kalmaktadır. Erkek kardeşi düzenli ziyaretine gelmemektedir. Erkek kardeşine, hastanın olgu olarak sunulduğu hakkında telefonda bilgi verilerek sözlü onamı alınmıştır.

Marjory Gordon tarafından hazırlanan fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli (FSÖ), verilerin toplanması ve analizi sürecine kolaylık getiren bir modeldir. FSÖ modeli birçok çalışmada çeşitli gruplardaki hastaların bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır.^{18,19} Çalışmamızda olguya FSÖ modeli ile birlikte Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği [North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)]'nın hemşirelik tanıları konulmuştur (Tablo 1).

Hastanın özellikleri, bakım veren hemşirenin yeterlilikleri ve beklenen sonuçlar; sinerji modeli kullanılarak değerlendirildi (Tablo 2-4).

TARTIŞMA

Teori ve modeller hemşirelere; bakım verdiği bireylerin sağlığını değerlendirme, bakım sürecinde elde ettiği verileri düzenleme, değerlendirme ve bu bilgiyi açıklama olanağı sağlar.⁵ Araştırma ve uygulamada teori ve modellerin rehber alınması, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik

TABLO 1: Olgunun Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntü alanlarına göre hemşirelik tanıları.

Fonksiyonel sağlık örüntü alanları	NANDA tanıları
Sağlığı algılama ve sağlığın yönetimi örüntüsü	Foley katetere bağlı enfeksiyon riski Düşme riski Travma riski Yaralanma riski Korunmada etkisizlik Tedavi planını uygulamada yetersizlik Ailede tedavi planını uygulamada yetersizlik Bakım vericilik rolünde zorlanma riski
Beslenme ve metabolik örüntü	Beslenmede dengesizlik (yetersiz beslenme) Deri bütünlüğünde bozulma riski Sıvı volüm dengesizliği riski
Boşaltım örüntüsü	Konstipasyon Üriner boşaltımda değişim
Aktivite ve egzersiz örüntüsü	Fiziksel harekette bozulma Özbakım eksikliği: Giyinme /kendine özen Özbakım eksikliği: Yıkanma/hijyen Özbakım eksikliği: Beslenme Özbakım eksikliği: Tuvalet Yürümde bozulma Büyüme ve gelişmede geri kalma riski
Uyku-dinlenme örüntüsü	Uyku biçiminde bozukluk
Kendini algılama ve benlik kavramı örüntüsü	Diyabet hakkında bilgi eksikliği Yalnızlık riski Sosyal etkileşimde bozulma Güçsüzlük Bireysel kimlik tanımında rahatsızlık
Rol-ilişki örüntüsü	Sosyal izolasyon Bakım vericilik rolünde zorlanma riski Sözel iletişimde bozulma
Baş etme- stres toleransı örüntüsü	Bireysel baş etmede yetersizlik Aile içi baş etmede yetersizlik: Yetki eksikliği
Değer-inanç örüntüsü	Çöküntü riski

rolü ve uygulamalarına odaklanmasına yardımcı olur. Aynı zamanda profesyoneller arasında koordinasyonu sağlayarak, uygulamalarda daha az farklılıklara neden olur. Sinerji modeli; AACN tarafından geliştirilen, akut ve kritik bakım gereken çocuklara ve ailelerine hastalık, hastalığın tedavisi ve bakımıyla etkin baş edebilmelerinde yardımcı olmaya yönelik bir modeldir.^{4,6,20}

Hasta ve ailesinin özellikleri bütüncül yaklaşımla ele alındıktan sonra hastayı en iyi duruma getirebilmek için gerekli hemşirelik yeterlilikleri ile hasta sonuçlarının uygun şekilde eşleştirilmesi ge-

TABLO 2: Hasta özellikleri.

Hasta özellikleri	Destekleyen veriler
<p>Özellik 1-Esneklik Düzyey 1: Minimal esnek-uygunsuz cevap; baş etme mekanizmaları kötü</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>1 _____ 5</p>	Olgunun büyüme-gelişmesi geri kalmış ve nöromotor fonksiyon düzeyinin düzelmesi zor. Özbakım gereksinimlerini karşılamada bağımlı olan olgunun bakımda destek ihtiyacı mevcut. Hastalıkla çocuğun ve ailenin başa çıkma mekanizmaları yetersiz
<p>Özellik 2-Hassasiyet/duyarlılık Düzyey 1: Büyük ölçüde hassas, duyarlılık artmış; korumasız</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>1 _____ 5</p>	Olgu; enfeksiyon, beden gereksiniminden az beslenme, doku bütünlüğünde bozulma olasılığı, büyüme-gelişme geriliği, gereksinimlerini karşılamada ve planlanan tedaviyi uygulamada yetersizlik, fiziksel harekette bozulma, özbakım eksikliği açısından risk altında. Retardasyonu, annesinin okuma yazma bilmemesi ve mental geriliği, erkek kardeşinin çalışması nedeniyle; evde bakım-tedavi hizmetinin yetersizliği olasılığı hastanın güvenlik açığına çok zayıf düzeyde tutmaktadır
<p>Özellik 3-Stabilite Düzyey 1: Minimal stabil-istikrarsız, tedaviye yanıtsız, ölüm riski yüksek</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>1 _____ 5</p>	Olgunun kusmaya bağılı sıvı elektrolit dengesizliği, konstipasyon, idrar yapmada zorluk, beden gereksiniminden az beslenme, fiziksel harekette bozulma, büyüme-gelişme geriliği ve diyabet öz yönetiminde yetersizliği mevcut
<p>Özellik 4-Karmaşıklık Düzyey 1: Büyük ölçüde kompleks-durumu karışık; hasta ve aile dinamikleri kompleks ve belirsiz, alışılmışın dışında bir durum sergiliyor</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>1 _____ 5</p>	Olgunun özbakım gereksinimlerini karşılamada bağımlılık, yaralanma riski, düşme riski, travma riski, enfeksiyon riski, planlanan tedaviyi uygulamada yetersizlik, fiziksel harekette bozulma, özbakım eksikliği, beden bilincinde bozulma, benlik saygısında bozulma, sözel iletişimde bozukluk, sosyal izolasyon, yalnızlık riski, diyabet-diyabet öz yönetiminde bilgi eksikliği, hiperglisemi-hipoglisemi riski mevcut. Olgunun iyilik durumunda tahmin edilebilirlik zordur
<p>Özellik 5-Kaynak bulunabilirliği Düzyey 3: Orta derecede kaynak-sınırlı bilgi-beceri ve sınırlı finansal destek mevcut; sınırlı kişisel/psikolojik destek kaynağı ve sınırlı sosyal sistem kaynağı mevcut</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>1 _____ 5</p>	Olgunun anne ve kardeşinin evde tıbbi tedavi ve bakım desteği için sağlık personeli kaynağı bulabilme durumları sınırlı. Ailenin sağlık sigortası ve çocuğun özür-lülük raporu var. Annenin mental geriliği ve sağlık problemleri nedeniyle hastanın tıbbi tedavi ve bakım gereksinimlerine katılım düzeyi yetersiz
<p>Özellik 6-Bakıma katılım Düzyey 3: Orta derecede katılım- hasta ve ailesi bakımda yardıma ihtiyaç duyuyor</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>1 _____ 5</p>	Olgunun diyabetine yönelik beslenme tedavisi, kan şekeri ölçümü ve insülin uygulama becerisi konusunda annenin katılımı yetersiz ve sağlık ekibine bağımlı. Erkek kardeşin çalışma saatleri nedeniyle bakımına katılımı yok
<p>Özellik 7- Karar verme sürecine katılım Düzyey 1: Katılım yok-hasta ve aile karar veremiyor, vekile ihtiyaç var</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>1 _____ 5</p>	Olgu konuşmıyor, anne ise mental geriliği ve düşük sosyo-kültürel düzeyi nedeniyle soru sormaya isteksiz ve durumu iyi anlamıyor. Erkek kardeşi mesai saatleri yoğun bir işte çalışıyor, bu nedenle karar verme sürecinde yeterli kadar rol alamıyor
<p>Özellik 8-Tahmin edilebilirlik Düzyey 3: Orta derecede tahmin edilebilir-tereddütlü bir durum var, ara sıra görülen hastalığa sahip</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>1 _____ 5</p>	Hastanede yatış süresince; sağlık ekibinin desteği ile insülin ve tıbbi beslenme tedavisi doğrultusunda olgunun kan şekeri regülasyonu sağlandı. Ancak evde bakım ve tedavisinin sürdürülebilirliği, olgu ve ailesinin diyabet yönetimindeki yetersizlikleri konusunda durumu öngörülebilir

rekliliği önemlidir.¹⁰ Burada diyabet eğitim hemşiresi; hastanın durumu hakkındaki gelişmelerin takibinde **“klinik sorgulama”** ve **“klinik karar verme”** becerisini kullanmalıdır. **“Bakım uygulamaları”** nı kullanarak aile için terapötik çevre oluşturmali ve olası komplikasyonlara yönelik uyanık olmalıdır. **“Değişime yanıt verme”** becerisini kullanarak aileyi psiko-fizyolojik ve mental yeterlilikleri çerçevesinde bakıma katmalıdır. Hastaya bakım ve tedavi uygulama veya transport desteği verecekleri belirlerken **“iş birliği”** becerisini, taburculuğu sonrasında

gerekli kurumlarla iletişim kurularak evde bakım hizmeti desteği sağlanmasında **“sistemli düşünme”** becerisini kullanmalıdır. Ayrıca anneye mental düzeyine uygun; diyabetle ilgili kolaylaştırılmış bilgi ve beceriler kazandırarak **“öğrenmeyi kolaylaştırıcı”** olmalıdır. Çocuğun aile merkezli bakımını sağlamak amacıyla, tüm aile üyelerinin bakıma ve kararlara katılımı da önemle desteklenmelidir.

Literatürde poliarteritis nodoza tanılı çocuk olgunun hemşirelik yönetiminde sinerji modelinin kullanıldığı bir çalışma yer almaktadır.⁷ Başka bir

TABLO 3: Hemşire yeterlilikleri.

Hemşire yeterlilikleri	Destekleyen veriler
Yeterlilik 1- Klinik düşünce/yargı Seviye 5: Uzman	Olgunun stabilitesi ve hassasiyeti azalmış olduğundan dolayı klinik sonuçlarının iyi bir şekilde yorumlanıp, uygun kararların verilerek holistik bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda gereksinimleri üzerine temellenen tanılama verileri analiz edilerek kararlar alındı. Bunlar; enfeksiyon oluşmasını ve fiziksel yaralanmayı engellemek, yeterli beslenmeyi sağlamak, deri bütünlüğünü korumak, sıvı volüm dengesizliğini engellemek, konstipasyonu gidermek, özbakım desteğini sağlamak, tedavi ve bakım planını sürdürmek, diyabet akut komplikasyon gelişimini engellemek
Yeterlilik 2- Bakım uygulamaları Seviye 5: Uzman	Olguya gereksinimleri doğrultusunda bakım planı uygulandı, terapötik bir ortam oluşturuldu. Annesinin psikofizyolojik ve mental yeterlilikleri çerçevesinde olgunun özbakım (beslenme, giyinme, boşaltım ve hijyen) desteğine katılması sağlandı. Anneye insülin uygulama ve kan şekeri ölçüm becerisi kazandırıldı
Yeterlilik 3- Değişime yanıt verme Seviye 5: Uzman	Olguya yaklaşımda kendi ve ailesinin değer ve inançları dikkate alındı
Yeterlilik 4- Savunuculuk ve ahlaki aracılık Seviye 5: Uzman	Olgunun klinik ve etik sorunları belirlendi. Bunlar; özürüllük durumu nedeniyle bakım ve tedavide öncelik hakkı, taburculuk sonrası hizmet alımında süreklilik hakkıdır. Hastanede olgunun bakım ve tedavi süresince önceliğine özen gösterildi. Taburculuğu sonrası için gerekli kurumlara evde sağlık hizmeti alması için iletişim kuruldu. Taburculuğu sonrası hastane kontrollerine getirilmemesi üzerine kardeşyle iletişim kuruldu. Sonrasında sosyal hizmetler kurumuna durum bildirimi yapıldı
Yeterlilik 5- İş birliği Seviye 5: Uzman	Olguya bakım ve tedavi uygulama veya transport desteği verecekleri belirlerken, ekip üyelerinden etkin faydalanılması sağlandı
Yeterlilik 6- Sistemli düşünme Seviye 5: Uzman	Olgunun taburculuğu sonrasında bakım ve tedavisinin sürdürülebilirliği için İstanbul Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Hizmeti Birimi ve Aile-Sosyal Politikalar II Müdürlüğü engelli bakım hizmetleri dairesi ile iletişim kurularak, evde sağlık hizmeti alması talebinde bulunuldu
Yeterlilik 7- Öğrenmeyi kolaylaştırma Seviye 5: Uzman	Anneye; mental düzeyine uygun, diyabetle ilgili kolaylaştırılmış bilgi ve beceriler kazandırılarak çocuğunun diyabetini doğru yönetmesi sağlanmaya çalışıldı
Yeterlilik 8- Klinik araştırma Seviye 5: Uzman	Olgunun diyabetle yaşamını etkin sürdürebilmesi için hastayı güçlendirmeye yönelik mevcut durum değerlendirildi

TABLO 4: Beklenen sonuçlar.

Hasta bakış açısıyla sonuçlar	Fonksiyonel, fizyolojik, psiko-sosyal, davranışsal, ailevi-toplumsal ve algılanan iyilik hali
Hemşire bakış açısıyla sonuçlar	Fonksiyonel sağlık örtünü alanlarına göre hasta için var olan risklerin azaltılması/önlenmesi Hastanın bütüncül bakımının sağlanması Hastaya diyabet öz-yönetim desteğinin sağlanması
Sistem bakış açısıyla sonuçlar	Hastanın esneklik, hassasiyet/duyarlılık, stabilite ve karmaşıklık özellikleriyle hemşirenin klinik düşünce/yargı ve bakım uygulamaları yeterliliğinin örtüşmesi Hastanın kaynak bulunabilirliği ve tahmin edilebilirlik özellikleriyle hemşirenin savunuculuk-ahlaki aracılık ve sistemli düşünme yeterliliğinin örtüşmesi Hastanın bakıma ve karar verme sürecine katılım özellikleriyle hemşirenin iş birliği ve öğrenmeyi kolaylaştırma yeterliliğinin örtüşmesi

çalışmada, beş yıldır astım tanısı ile takipli dokuz yaşında bir erkek hastanın, solunum sıkıntısı nedeniyle ileri tetkik ve bakım için takip edildiği yoğun bakım sürecindeki hemşirelik yaklaşımında bu model kullanılmıştır.¹⁰ Fakat Tip 1 DM tanılı bir olgunun hemşirelik bakımında modelin kullanımı ile ilgili literatüre rastlanmamıştır.

Çalışmamızda yatağa bağımlı Tip 1 DM tanısı ile izlenen olgu, sinerji modeli kullanılarak hemşirelik tanıları doğrultusunda değerlendirilmiştir. Olgu çocuk endokrin kliniğinde kaldığı süre içinde izlenmiş, model çerçevesinde hasta özellikleri ve hemşire yeterlilikleri belirlenmiştir. Sinerji modeline göre hemşirelik tanılarının sonuçları değer-

lendirilmiştir. Hastanın bakımında kullanılan bu model hemşirelik sürecine holistik, hümanistik ve sistematik yaklaşım getirmesi nedeniyle önem teşkil etmektedir.

Sonuç olarak, hemşirelik uygulamalarında sinerji modeli, kronik sağlık sorunu olan çocukların yaşamlarını aile ve toplum içinde sürdürmelerini, hastalığın yıpratıcı etkisinin en aza indirilmesini

hedefleyen bir bakım şekli olup, çocuk ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmede kullanılabilir bir modeldir. Model hasta ve ailesinin, hemşire-hasta bakım odaklı etkileşiminde aktif rol almasını sağlaması nedeniyle ayrıca önem teşkil etmektedir. Klinik çalışmalarla çeşitli vakalarda modelin uygulanabilirliğini kanıtlayacak geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kaya N, Babadağ K, Aştı T. [Nurses' nursing model]. Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2008. p.1-7.
2. Avdal EÜ, Kızılcı S. Diabetes and self-care deficit nursing theory's concept analysis. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2010;3(3):164-8.
3. Watson J. Context for theory development. Nursing: Human Science and Human Care. 2nd. ed. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers; 2007. p.1-12.
4. Alligood MR. Philosophies, models, and theories. Critical thinking structures. In: Alligood MR, Tomey AM, eds. Nursing Theory: Utilization&Application. 3rd ed. Missouri: Mosby; 2006. p.43-61.
5. Rodgers BL. Understanding nursing knowledge. Developing Nursing Knowledge: Philosophical Traditions and Influences. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1-15.
6. Figen PS, Mete S. [The use of adaptation model and social cognitive theory in prenatal education]. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009;1(1):57-68.
7. Beytut D, Özalp Gerçeker G, Deniz P, Yardımcı F. [To apply of synergy model in nursing management of polyarthritis nodosa in children: Case report]. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2013;5(1):49-5.
8. Birol L. [Nursing theories]. Hemşirelik Süreci. 7. Baskı. İzmir: Etki Matbaa Yayıncılık; 2005. p.51-102.
9. Killeen MB, King IM. Viewpoint: use of King's conceptual system, nursing informatics, and nursing classification systems for global communication. Int J Nurs Terminol Classif 2007;18(2):51-7.
10. Kuşuoğlu S, Çöven Ç, Aktaş E, Tanır Kürtüncü M. [The use of synergy model in the family-based care of immobilized children]. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(1):59-63.
11. Beytut D, Durmaz N, Karayağız MG, Başbakkal Z, Karapınar B. [The evaluation of the synergy model of the nursing for the care of the critically ill children with ARDS]. I. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi (Özet Kitabı). Antalya: Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği; 2008; p. 181.
12. Olgun N, Ulupınar S. [Patient empowerment and strengthening of the individual with diabetes]. Diyabet Forumu 2004;1(1):57-65.
13. Çelebioğlu A. [The parents' emotions and nursing approach during admission to hospital of the newborn]. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004;1(1):1-7.
14. Pinquart M, Sörensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2003;58(2):P112-28.
15. Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. [Determination of the care burden for caregivers of cancer patients receiving chemotherapy]. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2009;12(2):1-8.
16. Kasuya RT, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. Postgrad Med 2000;108(7):119-23.
17. Lidell E. Family support--a burden to patient and caregiver. Eur J Cardiovasc Nurs 2002;1(2):149-52.
18. Sabancıoğulları S, Ata EE, Kelleci M, Doğan S. [Evaluation according to the functional health pattern model and nanda diagnoses of patient care plans made by N-nurses in a psychiatry department]. Journal of Psychiatric Nursing 2011;2(3):117-22.
19. Gordon M. Diagnostic Categories Grouped by Functional Health Patterns. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2003.p.6-7.
20. Spear HJ. Nursing theory and knowledge development: a descriptive review of doctoral dissertations, 2000-2004. ANS Adv Nurs Sci 2007;30(1):E1-14.