

**OLGU SUNUMU****M. E. Levine Koruma Modeline Göre Hemşirelik Yaklaşımı: Tip 1 Diyabet Tanısı Almış Bir Çocuk Vaka Örneği*****Nursing Approach According to the M. E. Levine Protection Model: A Case Example of a Child Diagnosed with Type 1 Diabetes*****Bahar ÇOLAK<sup>1</sup>, İlknur KAHRİMAN<sup>1</sup>****ÖZ**

Hemşirelik kuram ve modelleri; hemşirelik mesleğinin bilimsel dayanağını oluşturan, mesleğin profesyonelliğine katkıda bulunan ve hemşirelikte kanıta dayalı uygulamayı sağlayan hemşirelik literatürünün önemli bir alanıdır. Bu kuram ve modeller hemşirelik mesleğine özgü olan “hemşirelik”, “birey”, “sağlık” ve “çevre” kavramlarından oluşan dört temel metaparadigma üzerine kuruludur. Kuram ve modeller sayesinde hemşirelik yaklaşımları belirli bir sistem çerçevesinde sunulabilmekte, bakımda kolaylık ve kalitenin artması sağlanabilmektedir. Hemşirelik mesleğine ait önemli modellerden biri Levine’in “Koruma Modeli”dir. Hemşire modelde bireyin çevresindeki değişimlere uyum sağlamasına yardımcı olan sağlık profesyoneli. Koruma modelinin odağı kişinin bütünlüğünün korunması ve çevredeki değişimlere adaptasyonunun sağlanmasıdır. Özellikle modelde hemşirenin iyi bir gözlemci olarak kişilerin değişimlere karşı gösterdikleri yanıtları ele alması temeli yatmaktadır. Modele göre koruma aşamasında bireyin enerjisinin, yapısal, kişisel ve sosyal bütünlüğünün korunması önem taşımaktadır. Bir çocuğun tip 1 diyabet tanısını alması yeni bir hastalıkla karşılaşma ve hastalığın kronik bir şekilde devam etmesi, tanıya ilişkin beslenme, egzersiz ve yaşam düzeninin değişmesi, ilaç kullanma zorunluluğu gibi durumlar çocuk ve ailesi için oldukça yıkıcı olmaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı ilk kez tip 1 diyabet tanısı almış bir çocuğun ve ailesinin bu duruma adaptasyonunun sağlanması ve bütünlüklerinin korunabilmesi amacıyla koruma modeline göre örnek bir hemşirelik yaklaşımı sunulmasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile, çocuk, hemşirelik bakımı, koruma modeli, tip 1 diyabet.

**ABSTRACT**

Nursing theory and models; It is important area of nursing literature that forms the scientific basis of nursing profession, contributes to the professionalism of profession and provides evidence-based practice in nursing. These are based on four basic metaparadigms consisting of "nursing", "individual", "health" and "environment", which are specific to nursing profession. Thanks to theory and models, nursing approaches can be presented within the framework of certain system and convenience and quality of care can be increased. One of the important models of nursing profession is Levine's "Protection Model". In model, nurse is the health professional who helps the individual to adapt to the changes in environment. The focus of the conservation model is to preserve the integrity of the person and adapt to changes in the environment. Especially, the basis of the model is that nurse, as good observer, handles the responses of people to changes. It is important to protect the energy, structural, personal and social integrity of individual during the protection phase. Situations such as a child's diagnosis of type 1 diabetes, encountering a new disease and the chronic continuation of disease, changes in the diet, exercise and lifestyle related to the diagnosis, and the necessity of using medication are quite devastating for the child and his family. The aim of study is to present an exemplary nursing approach according to protection model in order to adapt a child and his family who were diagnosed with type 1 diabetes for the first time and to protect their integrity.

**Keywords:** Child, conservation model, family, nursing care, type 1 diabetes.

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Trabzon Türkiye.

**Sorumlu Yazar:** Bahar ÇOLAK, e-posta: b.colak9367@gmail.com, ORCID No: 0000-0002-0850-9114

**Gönderi Tarihi:** 19.10.2021

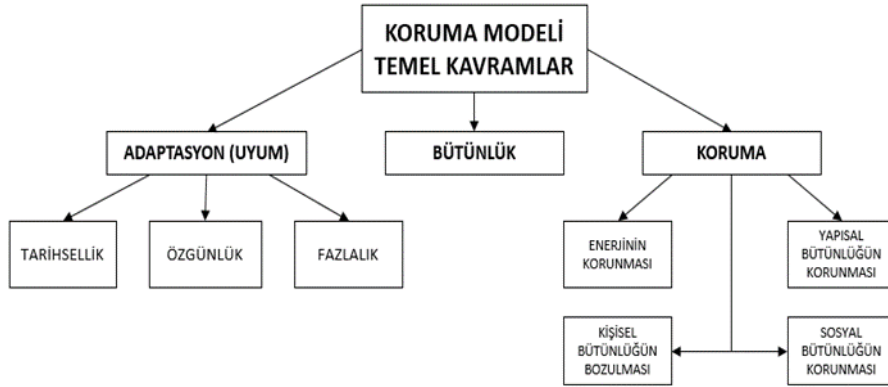
**Kabul Tarihi:** 20.12.2021

## GİRİŞ

Levine, hemşireliğin profesyonel bir disiplin olduğu ve kanıta dayalı olması gerektiğini savunan bir hemşirelik kuramcısıdır. Hemşirelik disiplininde yürütülen araştırmaların uygulama ile bütünleştirilemediğini, uygulamada hala geleneksel yöntemlerin kullanıldığını belirtmiştir. Dolayısıyla bilimsel bilgi ve uygulamayı birleştirebilmek ve bilimsel bilgi ışığında hemşirelik bakımının sunulmasına katkı sağlamak amacı ile “Koruma Modeli”ni geliştirmiştir (1).

### Koruma Modelinin Yapısı

Levine’in geliştirmiş olduğu koruma modelinin odağında kişinin bütünlüğünün korunması ve çevredeki değişimlere adaptasyonunun sağlanması yer almaktadır. Özellikle modelde hemşirenin iyi bir gözlemci olarak kişilerin değişimlere karşı gösterdikleri yanıtları ele alması, iç ve dış çevrede meydana gelen iletişim sorunlarını saptayabilmesi temeli yatmaktadır. Modelin yapısını oluşturan temel kavramlar; adaptasyon (uyum), bütünlük ve korumadır (Şekil 1) (2).



Şekil 1: Levine Koruma Modelinin Temel Kavramları.

*Adaptasyon (uyum):* Levine adaptasyonu bireylerin iç ve dış çevre koşulları içerisinde bütünlüğünü korumaya çabalaması ile değişimin yaşandığı bir durum olarak tanımlamaktadır. Bireyler; çevresel kaynakları kendi lehine uygun, ekonomik, tutumlu ve kontrollü bir şekilde kullanarak adaptasyon sürecini geçirmeye çalışır. Bu süreçte bireyler adaptasyonu başarılı ya da başarısız bir şekilde yaşayabilirler. Eğer uyum süreci sağlıklı bir şekilde atlatılırsa kişi koruma aşamasına geçer. Uyum sürecinin sağlıklı yaşanması ise kişinin yaş, ırk, hastalık, genetik yapı gibi faktörlere bağlıdır. Levine adaptasyon kavramını; tarihsellik, özgünlük ve fazlalık olarak 3 kavram şeklinde ele almıştır (3,4).

*Tarihsellik;* adaptasyon sürecinde verilen yanıtların kişinin genetik özellikleri ve geçmiş yaşantısına bağlı olduğu düşüncesi ile ele alınmaktadır. Bu doğrultuda bu iki etmen kişinin adaptif yanıtlarını olumlu ya da olumsuz etkilemektedir (1).

*Özgünlük;* kişinin kendine özgün biçimde uyaranlara verdiği yanıtları içermektedir. Farklı uyaranlara karşı kişilerin adaptasyonu sağlamak için gösterdikleri yanıtların diğer kişilerden farklı olmasıdır. Her bireyin tepkisi kendine özgüdür (5).

*Fazlalık;* adaptasyonu sağlamak için kullanılan yollar etki etmediğinde farklı alternatifler ile uyumun sağlanmaya çalışılmasıdır. Ancak bu seçenekler de bittiğinde ya da işe yaramadığında başarısız olunur (4).

*Bütünlük;* Levine bütünlük kavramının tanımını yaparken Erikson'ın açıkladığı şekilde ele almıştır. Dolayısıyla bütünlüğü açık ve değişken bir şekilde tasvir eder. Eğer bireyin uyaranlara karşın devam ettirebildiği başarılı bir durumu varsa bütünlüğü sağlanmış olmaktadır. Bütünlük olarak tanımlanan bu kavram aslında bireyin sağlıklı olma durumudur. Birey iç ve dış çevre koşullarına adaptasyon gösterebilirse bütünlüğü korunmuş olur (2).

*Koruma;* Bu kavram modelin temel kavramını oluşturmaktadır. Korumanın asıl amacı bireyin bütünlüğünün devamını sağlamaktır. Koruma, bireyin zorlu koşullarda bile işlevini sürdürebilmesinin sağlamasını açıklayan karışık bir sistemdir. Eğer koruma gerçekleşmezse bireyin yaşamı tehlikeye girer. Koruma sistemi adaptasyon sürecinin bir sonucudur. Levine'e göre, hemşireler bireylerin bütünlüklerinin ve dengelerinin korunmasına yardım etmelidir. Modelde 4 temel koruma ilkesi yer almaktadır (6,7).

*Enerjinin korunması;* Bireylerin hayati işlevlerini (beslenme, aktivite vb.) devam ettirebilmesi için enerjiye ihtiyaçları bulunmaktadır. Eğer birey ihtiyacı olan enerjiyi sağlarsa bütünlüğünü koruyabilmektedir. Modelde yer alan enerji kavramı ölçülebilmekte ve yönetilebilmektedir. Bu doğrultuda enerji dikkatli kullanılmalıdır. Dolayısıyla hemşire bakımını planlarken kişinin enerjisini korumaya yönelik girişimlere yer vermesi modelin önemli bir parçasıdır (6).

*Yapısal bütünlüğün korunması;* Bireyde iyileşmenin gerçekleşebilmesi için yapısal bütünlüğünün korunması gerekmektedir. Yapısal bütünlük vücudun bütünlüğünü ifade etmektedir. Bir başka deyişle fiziksel bütünlüğün sağlanmasını içermektedir. Bu doğrultuda bireyin bütünlüğü korunmuş olmaktadır. Dolayısıyla hemşirenin hemşirelik bakımında iyileşmeyi sağlayabilmesi açısından yapısal bütünlüğe dair girişimlerinin yer alması gerekmektedir (1).

*Kişisel bütünlüğün korunması;* Bireye saygı duyma, bireyi önemseme, fikirlerini alma, mahremiyetine saygı duymayı kapsamaktadır. Bu doğrultuda hemşire bireye saygı duymalı, kişisel alanda bireyi güçlendirecek girişimler yapmalıdır. Kişisel anlamda kendisini iyi ve

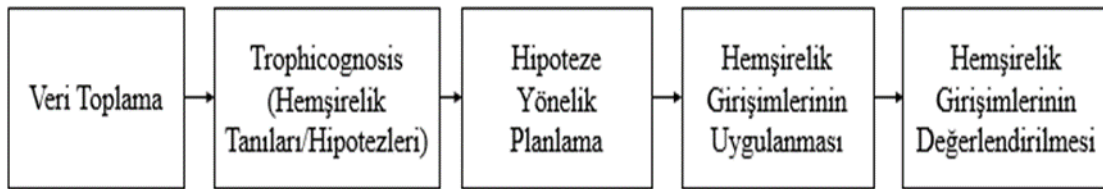
değerli hissedenden bireyin iyileşmesi hızlanacak ve bütünlüğü korunmuş olacaktır. Kişisel bütünlüğün korunmasında önemli bir girişim ise her bireyin farklı ve kutsal olduğunun benimsenmesidir (8,9).

*Sosyal bütünlüğün bozulması:* Bireyin sağlığının sürdürülmesi sadece fizyolojik açıdan değil sosyal açıdan da bütünlüğünün sağlanması ile gerçekleşmektedir. Nitekim insan sosyal bir varlıktır. Dolayısıyla bireylerin sosyal bütünlüğünün de sağlanması gerekmektedir. Sosyal bütünlük kapsamında; aile, kültür, dini inanç, sosyoekonomik düzey gibi birçok faktör ele alınmalıdır. Bu doğrultuda hemşire bireyin sosyal destek almasını sağlamalı ve sosyal çevresine ait bilgi toplayarak girişimlerini yönlendirmelidir. Özellikle hemşirelik girişimlerinde kişinin ailesi ve sosyal çevresi ile etkileşiminin korunmasına yönelik girişimler önem taşımaktadır (1,4).

Levine koruma modelinde tüm hemşirelik girişimlerinin ahlaki bir şekilde yapılması, yaşamın kutsallığı ve acının hafifletilemesi ilkeleri doğrultusunda hareket edilmesi, bireylerin değerli ve eşsiz kabul edilmesi gerektiği belirtilmektedir (10).

### Levine Hemşirelik Süreci

Levine koruma modeli kapsamında açık bir hemşirelik süreci tanımlanmış ve bu sürecine ilişkin sistematik bir temel oluşturulmuştur. Bu doğrultuda beş aşama tanımlanmıştır. Bu aşamalar; “veri toplama”, “trophicognosis (Hemşirelik Tanıları/Hipotezleri)”, “hipoteze yönelik planlama”, “hemşirelik girişimlerinin uygulanması” ve “hemşirelik girişimlerinin değerlendirilmesi”dir (Şekil 2) (10). Hemşirelik sürecinde yer alan hemşirelik tanısı kısmını trophicognosis kavramıyla ele almıştır. Bu kavram hastalık bilgisi anlamına gelmektedir. Bu kavramı da üçe ayırmıştır. “Gözlem”, “uyarıcı faktörlerden haberdar olma” ve “test edilebilir hipotez” olarak ifade etmiştir. Özellikle model kapsamında hemşirenin iyi bir gözlem yapması, hastasını bütüncül olarak ele alması, hastası ile etkileşim içinde olması önem taşımaktadır (10).



Şekil 2: Levine Hemşirelik Süreci.

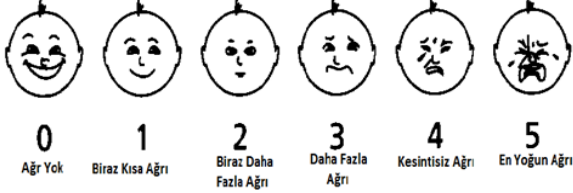
### OLGU

8 yaşındaki B.E. iki hafta önce karın ağrısı şikâyetinden dolayı ailesi ile birlikte ilçe hastanesinin acil servisine başvurmuştur. B.E.’ye idrar yolu enfeksiyonu tanısı konmuş ve B.E.

iki hafta oral antibiyotik kullanmıştır. Bu süre içerisinde çocuk 21 kilodan 18 kiloya düşerek 3 kilo kaybetmiştir. B.E. iki hafta sonra aniden başlayan karın ağrısı ve kusma şikâyeti nedeniyle tekrar ilçe hastanesinin acil servisine getirilmiştir. Bu esnada çocuğun bilinç durumu açık ancak uykuya meyilli, kan basıncı ve nabızı normal olmakla beraber kussmaul solunumun olduğu görülmüştür. Annenin diğer ifadelerine göre çocukta yaklaşık bir aydır poliüri ve polidipsi şikâyetlerinin olduğu saptanmıştır. Hastanın tetkiklerinde idrarda keton görülmesi ve açlık kan şekerinin 352 mg/dl olması üzerine il eğitim araştırma hastanesine sevk edilmiştir. İl eğitim araştırma hastanesinin acil servisinde de tetkikler yapıldıktan sonra acil servis hekimi, uzman endokrin hekimi ile görüşmüş ilk olarak pediatrik yoğun bakıma yatırılıp, iki günlük tedaviden sonra da çocuk endokrinoloji servisine yatırılmıştır. B.E. tip 1 diyabet tanısı almıştır. Bu doğrultuda çocuk ve ailesine bakım veren hemşireler, Levine koruma modeline göre B.E. ve ailesine girişimlerini başlatmıştır. Öncelikle B.E.'nin anamnezini alan hemşire tarafından hemşirelik sürecinin bir parçası olan veri toplama aşaması yapılmıştır. Tablo 1'de B.E.'ye ait veri toplama formu yer almaktadır.

**Tablo 1.** Veri Toplama Formu.

GENEL BİLGİLER																																																																																																																										
<b>Hastanın Adı:</b> B.E.	<b>Boy:</b> 117 cm																																																																																																																									
<b>Cinsiyet:</b> Kız	<b>Kilo:</b> 18 kg																																																																																																																									
<b>Yaş:</b> 8																																																																																																																										
Aile Öyküsü	Çocuk Öyküsü																																																																																																																									
<p><u>Anne</u> 30 yaşında, hastalığı yok, ilkokul mezunu, çalışmıyor</p> <p><u>Baba</u> 35 yaşında, hastalığı yok, lise mezunu, çalışıyor 1. çocuk (hastamız) 8 yaşında tip 1 diyabet 2. çocuk, 3 yaşında hastalığı yok</p> <p>Çekirdek aile Akraba evliliği yok Ailede kalıtsal hastalık: Babaanne Tıp II Diyabetes Mellitus (DM) Çocuk ve aile hastalığı kabullenememektedir. Aile; hemşirelere ve doktorlara bu hastalık kızımın başına nasıl geldi, diyabet olmak için daha çok küçük gibi ifadeler kullanmaktadır. Ayrıca hekim ve hemşirelere insülin kullanımı, hastalık yönetimi ile ilgili sorular sormaktadır. Aile bu süreci yönetememekten korktuklarını ifade etmektedir.</p>	<p>Geçirdiği hastalıklar, ameliyatlar, kazalar, yaralanmalar: Yok Alerjisi yok Vücut ağırlığı: 18 kg (3. Persentil altı) Boy: 117 cm (3. ve 10. Persentil arası) Eğitim durumu: Okula gidiyor (ilkokul 2. Sınıf) Yaşına göre olması gereken tüm aşıları almış</p> <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Doğumda</th><th>1. ayın sonu</th><th>2. ayın sonu</th><th>4. ayın sonu</th><th>6. ayın sonu</th><th>12. ayın sonu</th><th>18. ayın sonu</th><th>24. ayın sonu</th><th>48. ay*</th><th>13 yaş</th></tr></thead><tbody><tr><td>Hep-B</td><td>I</td><td>II</td><td></td><td></td><td>III</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>KPA</td><td></td><td></td><td>I</td><td>II</td><td></td><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DaBT-İPA-Hib</td><td></td><td></td><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td></td><td>R</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>OPA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>I</td><td></td><td>II</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Suçiçeği*</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>KKK</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>I</td><td></td><td></td><td>II</td><td></td></tr><tr><td>Hep-A*</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>I</td><td>II</td><td></td><td></td></tr><tr><td>DaBT-İPA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>R</td></tr><tr><td>Td</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>R</td></tr></tbody></table> <p>Natal Öyküsü Gestasyon yaşı: Term Apgar skoru: - Annemin gebelik öyküsünde patolojik bir durum yok Doğum şekli normal Doğum kilosu: 3.250 gr</p>		Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	48. ay*	13 yaş	Hep-B	I	II			III						BCG			I								KPA			I	II		R					DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R				OPA					I		II				Suçiçeği*						I					KKK						I			II		Hep-A*							I	II			DaBT-İPA										R	Td										R
	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	48. ay*	13 yaş																																																																																																																
Hep-B	I	II			III																																																																																																																					
BCG			I																																																																																																																							
KPA			I	II		R																																																																																																																				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R																																																																																																																			
OPA					I		II																																																																																																																			
Suçiçeği*						I																																																																																																																				
KKK						I			II																																																																																																																	
Hep-A*							I	II																																																																																																																		
DaBT-İPA										R																																																																																																																
Td										R																																																																																																																

Vital Bulgular	Bilinç Durumu
<p>Nabız: 87 atm/dk Solunum; 22 /dk Kan basıncı; 100/65 Vücut Sıcaklığı: 37.1 Ağrı; Normalde 0 ancak, invaziv girişimlerde 4-5</p>  <p>0 Ağr Yok 1 Biraz Kısa Ağrı 2 Biraz Daha Fazla Ağrı 3 Daha Fazla Ağrı 4 Kesintisiz Ağrı 5 En Yoğun Ağrı</p>	<p>Pediyatrik Glaskow Koma Skalası ile değerlendirilmiş ve normal saptanmıştır. (servise alındıktan sonra)</p> <p>Göz açma: 4 puan Motor tepki: 6 puan Sözel cevap: 5 puan Toplam: 15 puan</p>
Uyku ve Dinlenme	Beslenme
<p>Gündüz uyku süresi/saat (2-3 saat) Gece uyku süresi/saat (7-8 saat) Anne hastanede çocuğun uyku düzeninin bozulduğunu, özellikle geceleri sık uyandığını, gündüzleri ise uyukulu halde olduğunu belirtmektedir.</p>	<p>Herhangi bir beslenme güçlüğü bulunmamaktadır. Kendi kendine ağızdan beslenmektedir. Anne tarafından yemek konusunda seçici bir çocuk olduğu özellikle hastanede çocuğun beslenmesi ile ilgili sorun yaşadıklarını bildirilmektedir.</p>
Boşaltım	Davranışsal Aktiviteler
<p>Tuvalete çıkma sıklığı (gün): İdrar; 5-6 kez, dışkı; 2-3 kez Tuvalet alışkanlığı var Tuvalet eğitimi: 2.5 yaşında iken tuvalet eğitimi almıştır. Yaklaşık bir aydır poliüri ve polidipsi şikâyetleri bulunmaktadır. Nokturnal enürezis mevcuttur. (Anne, çocuğunun tuvalet eğitiminin olduğunu ve normalde idrar kaçırma probleminin olmadığını, yoğun bakımdaki durumu bilmediğini ancak servise geçtiklerinden itibaren geceleri idrar kaçırmasının olduğunu ifade etmektedir. Anne bu durumun diyabet ile ilişkili olabileceğini ve kalıcı olmasından korktuğunu belirtmektedir.</p>	<p>Çocuk huzursuz, üzgün ve endişeli görünmektedir. Herhangi bir aktivite yapmak istememektedir.</p>
Duyusal – Sosyal Fonksiyonlar	Sağlık/ Hastalığın Algılanışı
<p>Çocuk serviste çekingen ve içine kapanık gözlemlenmektedir. İnvaziv işlemler sırasında çok ağlamakta ve agresif tepki vermektedir.</p>	<p>B.E. Serviste çekingen ve içe kapanıktır. Aile ise çocuğu ile ilgili oldukça endişeli görünmekte ve sürekli soru sormaktadır.</p>

Laboratuvar Bulguları				Takip ve Tedavi		
<b>Tam Kan Sayımı</b>	<b>Hastadaki Mevcut Değerler</b>	<b>Referans Aralıkları</b>	<b>Birim</b>		<b>Sıklığı /Dozu</b>	<b>Yolu</b>
<b>Hemoglobin:</b>	13,2	13,5-16,9	µl/ml	Açlık kan şekeri takibi	8x1	Strip ile cihazdan
<b>Hemotokrit:</b>	39,2	40,0 - 49,4	%	İnsülin (2 ünite lantus)	Gece yatmadan önce (24:00)	Subkutan
<b>Eritrosit:</b>	5,13	4,44 - 5,61	10 <sup>12</sup> /L	İnsülin (0,5 ünite humalog)	Kahvaltı, öğle ve akşam yemeği öncesi	Subkutan
<b>Lökosit:</b>	<b>17,27</b>	3,91-10,9	10 <sup>9</sup> /L	Diyet	3 ana 3 ara öğün	Oral
<b>Trombosit:</b>	332	150-400	10 <sup>9</sup> /L			
<b>CRP:</b>	Bakılmamış	Bakılmamış	-			
<b>HbA1c</b>	<b>13,7</b>	4-6	%			
<b>Tam İdrar Tahlihi</b>						
Renk (soluk sarı)		Protein (-)	Diğer (Keton+++)			
Dansite (1.033/ üst sınır 1.025)		Glukoz (+)	pH (5 asidik)			
		Eritrosit (-)				

B.E.'ye ait veriler toplandıktan ve anamnez alındıktan sonra Levine koruma modeli çerçevesinde hemşire yeni bir tanı alan B.E.'nin bu durum karşısındaki organizmik cevaplarını değerlendirmiştir. Çünkü koruma modeline göre birey strese karşılaştığında organizmik cevaplar vermektedir. 8 yaşındaki B.E.'nin organizmik cevapları Tablo 2'de belirtilmiştir.

**Tablo 2.** 8 yaşındaki B.E.'nin Organizmik Cevapları.

Savaş ya da Kaç Yanıtı	İnflamatuvar Yanıt	Stres Tepkisi	Algısal Yanıt
Çocuğun tip 1 diyabet tanısı alması sonucu ebeveynlerin ve çocuğun anksiyete, huzursuzluk, korku gibi sorunlar yaşaması	Stresli Hastalığa ilişkin olarak lökosit sayısı artmış	Çocuğun ağlaması ve anksiyete yaşaması Ebeveynlerin korkması	Beslenme düzeni ve insülin uygulama yönetimini ebeveynlerin ve çocuğun yapamayacağını düşünmesi

Hemşire, bu yanıtları göz önünde bulundurularak, gözlemleri ve veri toplama sonucunda koruma modeli kapsamında ve aile merkezli bakım yaklaşımını da kullanarak hemşirelik girişimlerini uygulamıştır. Hemşire koruma modeline göre bakım planını hazırlarken hemşirelik tanılarını enerjinin korunması, yapısal bütünlüğün korunması, kişisel bütünlüğün korunması ve sosyal bütünlüğün korunması şeklinde kategorilere ayırarak hazırlamıştır. Tablo 3'de B.E.'ye ait hemşirelik bakım planı yer almaktadır.





**Tablo 3.** Enerjinin korunması alanına ilişkin hemşirelik tanıları ve bakım planı.

<b>TROPHİCOGNOSİS (HEMŞİRELİK TANILARI/ HİPOTEZLERİ)</b>	<b>BEKLENEN SONUÇLAR/ HİPOTEZE YÖNELİK PLANLAMALAR</b>	<b>GİRİŞİMLER</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>
<p>Ağrı, kronik hastalığa bağlı halsizlik, uyku süresi ve kalitesinde azalma, anksiyete, hemoglobinin sınır değerde olması, beden gereksiniminden az beslenme ve hastalık semptomlarına bağlı <b>YORGUNLUK</b></p> <p><b>Tanımlayıcı kriterler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yorgunluk hissetme</li> <li>• Performansta azalma</li> <li>• Halsizlik</li> <li>• Dinlenme gereksiniminde artış</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastanın enerjisinin artırılması ve enerjisinin sağlıklı bir şekilde kullanılması.</li> <li>• Hastanın yorgunluğun azaltılmasına yardımcı olan yöntemleri öğrenip yöntemleri uygulamaya istekli olmasının sağlanması.</li> <li>• Hastanın yorgunluğunun azaltılması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta ile birlikte yorgunluğun sıklığı, yorgunluğu arttıran faktörler ve yorgunluğun şiddeti hakkında değerlendirme yapıldı.</li> <li>• Hastanın durumu ile ilgili ebeveynler ile iş birliği içinde olduğu.</li> <li>• Aile ile işbirliği içinde ödev yapma veya sevdiği resim çizme vb. aktiviteler planlanarak fazla aktivite gerektirmeyen oyunlar oynaması sağlandı.</li> </ul>	<p>Çocuk daha iyi hissettiğini ve yorgunluğunun azaldığını belirtti ancak yorgunluğun devam ettiğini belirtti.</p>
<p>Hastane ortamı, anksiyete, tedavi ve izlem için uykunun bölünmesi, ağrı ve hastalığa bağlı semptomlara ilişkin <b>UYKU ÖRÜNTÜSÜNDE BOZULMA</b></p> <p><b>Tanımlayıcı kriterler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gece boyunca sık sık uyanma (4-5 kez)</li> <li>• Gündüzleri uykulu olma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastanın uykusuzluk belirtilerinin azaldığını daha fazla uyuduğunu ve dinlenmiş olduğunu ifade etmesi.</li> <li>• Gündüzleri uykulu olmaması ve daha enerjik olması.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uyku esnasında yapılacak işlemler mümkün olduğunca en aza indirgenmeye çalışıldı.</li> <li>• Uyuman oda önceden havalandırıldı ve gürültüsüz olması sağlandı.</li> <li>• Hastanın çevreye uyumuna yardımcı olduğu.</li> <li>• Hastanın korku ve endişelerini ifade etmesine yardım edildi.</li> <li>• Gündüz az uyuması ve aktivitede bulunması sağlandı.</li> <li>• Alışkanlıklar doğrultusunda duruma uygun uyumayı kolaylaştıran ilaç dışı (masaj uygulaması, sevdiği oyuncağın yanında bulundurulması) uygulamalarda bulunuldu.</li> <li>• Hastanın daha iyi uyku ve dinlenebilmesi için ortamdaki rahatsız edici uyaranlar (gereksiz şekilde odaya giriş çıkış, yüksek sesle konuşma vb.) en aza indirildi.</li> </ul>	<p>Geceleri daha az sıklıkta uyandı (1-2 kez). Gündüzleri daha az uyumaya başladı.</p>



**Tablo 3.** Enerjinin korunması alanına ilişkin hemşirelik tanıları ve bakım planı devamı.

TROPHICOGNOSIS (HEMŞİRELİK TANILARI/ HİPOTEZLERİ)	BEKLENEN SONUÇLAR/ HİPOTEZE YÖNELİK PLANLAMALAR	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
Hastalık semptomlarına, hastane ortamında olma, diyet ve tedavilere bağlı <b>RAHATLIKTA (KONFORDA) BOZULMA</b>  <b>Tanımlayıcı kriterler:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ağlama</li><li>• Anksiyete</li><li>• Rahatlayamama</li><li>• Halsizlik</li><li>• Uyku örüntüsünde rahatsızlık</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın konforlu ve rahat bir ortamda olmasını sağlamak. Hastanın konforunu arttıran ve azaltan durum ve uygulamaların tanımlanması</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Çocuğun rahatsızlık duyduğu durumlar belirlendi.</li><li>• Diyet programı için çocuğa seçenekler sunuldu ve olabildiğince çocuğun sevdiği besinlere yer verildi.</li><li>• Tedavi planı çocuğa en az rahatsızlık verecek düzeyde ve uyku saatleri dışında düzenlendi.</li><li>• Çocuğun hastalığına ve tedavisine ilişkin sorduğu sorular yanıtlandı.</li><li>• Çocuğun sevdiği oyuncak, kitap vb. eşyaları ailesi tarafından getirilmesi sağlandı.</li><li>• Terapötik oyun yöntemleri kullanılarak çocuğun hastane ortamına alışması sağlandı.</li></ul>	Çocuğun hastanede olduğu süre boyunca rahatının ve konforunun bozulmaması için tüm hemşirelik girişimleri gerçekleştirilmiş olup çocuğun diyet, tedavi ve bulunduğu ortama uyumu en üst seviyede sağlanmaya çalışılarak anksiyete seviyesi düşürülmüş ve ağlama sıklığı azalmıştır.
Hastalığın semptomları ve invaziv işlemlere bağlı <b>AKUT AĞRI</b>  <b>Tanımlayıcı kriterler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ağrılı yüz ifadesi (5 puan)</li><li>• Ağrıdan kaçınma pozisyonu alma</li></ul> 	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın algıladığı ağrı seviyesini 2-3 seviyeye indirebilme.</li><li>• Hastanın yaşam kalitesini arttırabilme.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Çocuğa ağrısının insülin enjeksiyondan kaynaklandığı belirlendi.</li><li>• Hastanın ağrısının giderilmediği durumlarda dikkatin başka bir yöne çekilmesi sağlandı ve aileden bu konuda destek alındı.(resim yaptırmak, en sevdiği oyuncuğıyla oynamasını sağlamak, çizgi film izlettirmek)</li><li>• Hastaya ağrı ile baş etme yöntemleri konusunda eğitim verildi.</li></ul>	Hastanın ağrısını daha iyi yönetebildiği gözlemlendi. Ağrı puanı 4'e düştü. 

**Tablo 3.** Enerjinin korunması alanına ilişkin hemşirelik tanıları ve bakım planı devamı.

<b>TROPHİCOGNOSİS (HEMŞİRELİK TANILARI/ HİPOTEZLERİ)</b>	<b>BEKLENEN SONUÇLAR/ HİPOTEZE YÖNELİK PLANLAMALAR</b>	<b>GİRİŞİMLER</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>
<p>Tip 1 diyabet tanısını yeni almaya bağlı <b>SAĞLIĞI SÜRDÜRMEDE ETKİSİZLİK</b></p> <p><b>Tanımlayıcı kriterler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Çevresel değişikliklere uyum sağlayıcı davranışların olmaması</li> <li>• Hastalığa uyum sağlayamama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yeni yaşam şekline uyumunun sağlanması</li> <li>• Motivasyonu sağlama</li> <li>• Çocuğu hastalığının gerektirdiği tedavi beslenme düzeni için cesaretlendirme sorumluluk alabilmesini sağlama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çocuk ve ebeveyn ile birlikte hastalık süreci, tedavi ve bakımın getirdiği değişim tartışıldı.</li> <li>• İnsülin kaleminin kullanılmasına yönelik eğitim verildi ve tekrarlandı.</li> <li>• Yeni beslenme düzenine ilişkin eğitim verildi.</li> </ul>	<p>Hemşire tarafından sağlanan profesyonel destek ile sağlığı sürdürme boyutunda enerji ve motivasyonlarının yeniden arttığını dile getirdiler. Çocukta tanısının getirdiği yeni düzenlemeler konusunda sorumluluk almaya istekli olduğunu ifade etti</p>
<p>Kusma, İştahsızlık ve hastalık semptomlarına bağlı <b>BESLENMEDE DENGESİZLİK: BEDEN GEREKSİNİMİNDEN AZ BESLENME</b></p> <p><b>Tanımlayıcı kriterler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metabolik gereksinimlerin besin alımının üzerinde olması</li> <li>• Vücut ağırlığının boy ve bedene göre ideal olan ağırlıktan az olması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastanın kilo alımını sağlamak. (3. persentil üzerine çıkarmak)</li> <li>• Hastanın metabolik gereksinimine ve aktivitesine yönelik düzenlenen günlük besinleri tüketmesini sağlamak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Günlük AÇT ve kilo takibi yapıldı.</li> <li>• Hastanın beslenme alışkanlıkları değerlendirildi ve öğünleri izlenerek kayıt altına alındı.</li> <li>• Hasta az ve sık beslendi.</li> <li>• Yemek yeme esnasında semi fowler ya da fowler pozisyonu verildi.</li> <li>• Kan glikozunu çabuk yükselten basit karbonhidratlar yerine kompleks karbonhidratlar tercih edildi.</li> </ul>	<p>Beslenmesi düzene girmeye başladı. Çocuk uyum sağlamaya başladı. Çocuk 12 günde 18 kilodan 19,2 kiloya ulaşarak 3. Persentil ve 10. Persentil arasına yükseldi.</p>
<p>Hastane ortamı ve hastalığın semptomlarına bağlı <b>EĞLENCE AKTİVİTESİNDE EKSİKLİK</b></p> <p><b>Tanımlayıcı kriterler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Can sıkıntısının ifade edilmesi</li> <li>• Huzursuz olması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastanın aktivite yapabilmesinin sağlanması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastanın hastane ortamında yapabileceği sevdiği aktivitelere izin verildi.</li> <li>• Resim yapması için gerekli ekipmanlar sağlandı.</li> <li>• Hastane içerisinde bulunan oyun odasına gitmesine izin verildi.</li> </ul>	<p>Çocuğun hastane ortamı imkânları kapsamında eğlence aktivitesi yapması sağlandı.</p>
<p>Hastalık semptomları, bilgi eksikliği, ilaç yönetiminde etkisizlik, etkisiz diyet yönetimine bağlı <b>KAN GLİKOZUNDA DEĞİŞKENLİK RİSKİ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Açlık kan glukoz değerinin 70-100 mg/ dl, tokluk kan glukoz değerinin ise 140 mg/ dl değerinin altında tutulmasının sağlanması</li> <li>• Açlık, terleme, titreme, solukluk, huzursuzluk gibi hipoglisemi belirtilerinin olmaması</li> <li>• Çok su içme, ağız kuruluğu, sık idrar çıkma, halsizlik gibi hiperglisemi belirtilerinin olmaması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tedavi, diyet ve egzersiz konusunda hasta ve ailesinin soruları yanıtladı ve eğitimler tekrar edildi.</li> <li>• Kan şekeri ölçümü günde 8 kez yapıldı.</li> </ul>	<p>Hasta ve ailesi eğitimleri aldı ve hastanede kalınan süre boyunca eğitimlere devam edildi. Kan glikoz düzeyinde değişiklik yaşanmadı. Hipoglisemi ve hiperglisemi gözlemlenmedi. Ortalama açlık kan şeker seviyesi 90-120 mg/dl arasındaydı.</p>

**Tablo 3.** Enerjinin korunması alanına ilişkin hemşirelik tanıları ve bakım planı devamı.

<b>TROPHICOGNOSIS (HEMŞİRELİK TANILARI/ HİPOTEZLERİ)</b>	<b>BEKLENEN SONUÇLAR/ HİPOTEZE YÖNELİK PLANLAMALAR</b>	<b>GİRİŞİMLER</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>
Hastane ortamı ve hastalığın semptomlarına bağlı <b>EĞLENCE AKTİVİTESİNDE EKSİKLİK</b>  <b>Tanımlayıcı kriterler:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Can sıkıntısının ifade edilmesi</li><li>• Huzursuz olması</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın aktivite yapabilmesinin sağlanması</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın hastane ortamında yapabileceği sevdiği aktivitelere izin verildi.</li><li>• Resim yapması için gerekli ekipmanlar sağlandı.</li><li>• Hastane içerisinde bulunan oyun odasına gitmesine izin verildi.</li></ul>	Çocuğun hastane ortamı imkânları kapsamında eğlence aktivitesi yapması sağlandı.
Hastalık semptomları, bilgi eksikliği, ilaç yönetiminde etkisizlik, etkisiz diyet yönetimine bağlı <b>KAN GLİKOZUNDA DEĞİŞKENLİK RİSKİ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Açlık kan glukoz değerinin 70-100 mg/ dl, tokluk kan glukoz değerinin ise 140 mg/ dl değerinin altında tutulmasının sağlanması</li><li>• Açlık, terleme, titreme, solukluk, huzursuzluk gibi hipoglisemi belirtilerinin olmaması</li><li>• Çok su içme, ağız kuruluğu, sık idrar çıkma, halsizlik gibi hiperglisemi belirtilerinin olmaması</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tedavi, diyet ve egzersiz konusunda hasta ve ailesinin soruları yanıtlandı ve eğitimler tekrar edildi.</li><li>• Kan şekeri ölçümü günde 8 kez yapıldı.</li></ul>	Hasta ve ailesi eğitimleri aldı ve hastanede kalınan süre boyunca eğitimlere devam edildi. Kan glikoz düzeyinde değişiklik yaşanmadı. Hipoglisemi ve hiperglisemi gözlemlenmedi. Ortalama açlık kan şeker seviyesi 90-120 mg/dl arasındaydı.

**Tablo 4.** Yapısal bütünlüğün korunması alanına ilişkin hemşirelik tanıları ve bakım planı.

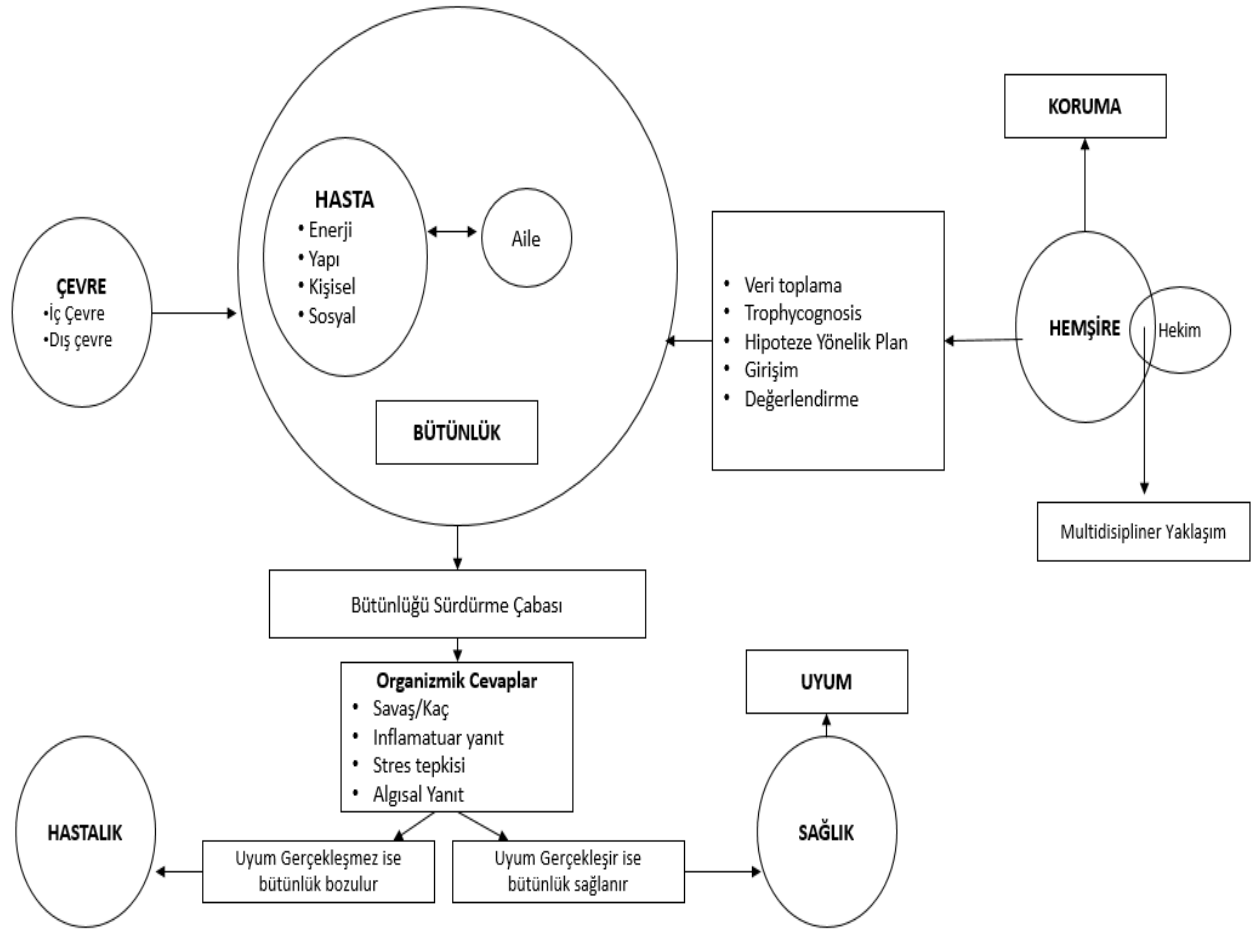
<b>TROPHİCOGNOSİS (HEMŞİRELİK TANILARI/ HİPOTEZLERİ)</b>	<b>BEKLENEN SONUÇLAR/ HİPOTEZE YÖNELİK PLANLAMALAR</b>	<b>GİRİŞİMLER</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>
<p>Kusma ve hastalığın diğer semptomlarına bağlı <b>SIVI VOLÜM EKSİKLİĞİ</b></p> <p><b>Tanımlayıcı kriterler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aldığı ve çıkardığında negatif yönde dengesizlik</li> <li>• Vücut ağırlığında kayıp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çocuğun sıvı dengesi sağlanmalı</li> <li>• Dehidratasyon bulguları (deri turgorunda azalma, idrar miktarında azalma, kan basıncında azalma, baş dönmesi, kuru mukozalar, kilo kaybı vb.) gözlemlenmemeli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serum elektrolitleri takip edildi</li> <li>• AÇT yapıldı.</li> <li>• Yaşam bulguları izlendi.</li> <li>• Hekim istemine göre gerektiğinde IV sıvı desteği sağlandı.</li> <li>• Çocuk hiperglisemi yönünden takip edildi.</li> <li>• Sıvı alımı desteklendi.</li> <li>• Dehidratasyon bulguları takip edildi.</li> </ul>	<p>Sıvı volüm eksikliğine bağlı dehidratasyon olmadı.</p> <p>Kilo kaybı olmadı</p> <p>Yaşam bulguları stabildi.</p> <p>Herhangi bir dehidratasyon bulgusu gözlemlenmedi (deri turgorunda azalma, idrar miktarında azalma, kan basıncında azalma, baş dönmesi, kuru mukozalar, kilo kaybı vb.)</p>
<p>Stres, poliüri, enürezis ve hastalığın diğer semptomlarına bağlı <b>ÜRİNER BOŞALTIMDA BOZULMA</b></p> <p><b>Tanımlayıcı Kriterler:</b></p> <p>Enürezis</p> <p>Sık idrar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çocuğun idrar kaçırma sorununun olmaması</li> <li>• Çocuğun stresinin giderilmesi</li> <li>• Enürezis için tedavinin sağlanması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enürezis ve poliüri için gerekli tedaviler yapıldı.</li> <li>• Çocuğun stres kaynakları belirlendi.</li> <li>• Çocuğun stresini azaltıcı aktiviteler yapıldı.</li> </ul>	<p>Tedavi ve girişimler devam etmektedir.</p>
<p>İnvaziv girişimlere (insülin uyg.) bağlı <b>DERİ BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA RİSKİ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deri bütünlüğünün devamlılığının sağlanması.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastanın deri ve doku bütünlüğü her enjeksiyon öncesi değerlendirildi.</li> <li>• İnsülin uygulaması yapılacak bölge dönüşümlü olarak seçildi.</li> <li>• Ailesine de bilgi verildi.</li> <li>• Hasta ve ailesine deri bütünlüğünün korunmasına yönelik hijyen eğitimi verildi.</li> </ul>	<p>Deri bütünlüğünde bozulma gözlemlenmedi.</p>
<p>Tedavi için yapılan invaziv girişimlere, idrar yolu enfeksiyonları riski, hiperglisemi ve immün sistemin baskılanmasına ve hastane ortamına bağlı <b>ENFEKSİYON RİSKİ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Olası enfeksiyonları ve komplikasyonları önlemek.</li> <li>• Vücut sıcaklığının normal (36,5-37.1) değer aralığında tutulması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta bakımı sırasında el yıkama talimatına uygun hareket edildi.</li> <li>• Hastanın ve bulunduğu ortamın hijyen kontrolü yapıldı.</li> <li>• Hastane ziyaretlerinde gerekli önlemler alındı.</li> </ul>	<p>Enfeksiyon bölgelerinde herhangi bir belirgin enfeksiyon bulgusuna rastlanmadı.</p> <p>Vücut sıcaklığı 36,6 ile normal aralıktaydı.</p>

**Tablo 5.** Kişisel bütünlüğün korunması alanına ilişkin hemşirelik tanıları ve bakım planı.

<b>TROPHICOGNOSIS (HEMŞİRELİK TANILARI/ HİPOTEZLERİ)</b>	<b>BEKLENEN SONUÇLAR/ HİPOTEZE YÖNELİK PLANLAMALAR</b>	<b>GİRİŞİMLER</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>
<p>Yabancı ortam, akran ilişkilerinde değişim, hastalık ve invaziv işlemlere bağlı <b>ANKSİYETE</b></p> <p><b>Tanımlayıcı kriterler</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Huzursuzluk yorgunluk</li><li>• Uykusuzluk</li><li>• Endişe</li><li>• Ağlama</li><li>• Rahatlayamama</li><li>• Halsizlik</li><li>• Uyku örüntüsünde rahatsızlık</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anksiyete ile etkili baş etme yöntemlerini geliştirilip anksiyete seviyesinin düşürülmesi.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hasta ve ailesinin içinde buldukları durumla ilgili duygularını ifade etmesine izin verildi ve bu konuda hasta ve ailesi cesaretlendirildi.</li><li>• Hasta ve ailesiyle güven verici bir şekilde diyalog kurularak empatik bir anlayışla yaklaşıldı.</li><li>• Anksiyete ve korkunun belirti ve bulguları değerlendirildi.</li><li>• Yapılan tedavi ve işlemler hakkında bilgi verilerek sorulan sorular yanıtlandı.</li></ul>	<p>Hasta endişelerinin azaldığını belirtti. Hastanın daha sakin olduğu ve uyum sağlamaya başladığı gözlemlendi.</p>
<p>Hastalık ve semptomlarına bağlı <b>STRES YÜKLENMESİ</b></p> <p><b>Tanımlayıcı kriterler</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ağlama</li><li>• Uyku güçlükleri</li><li>• Yorgunluk</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın stresinin azaltılması rahat hissetmesini sağlanması</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastalığa ilişkin çocuğun stres kaynağının ne olduğunu ifade etmesi sağlandı.</li><li>• Hastalığına ilişkin soruları yanıtlandı</li><li>• Aile merkezli bakım kapsamında ebeveynin desteğini alarak stresini azaltıcı aktiviteler yapıldı.</li></ul>	<p>Çocuk daha iyi hissettiğini belirtti ve daha uyumlu olduğu saptandı.</p>
<p>Çocuğun yeni bir tanı alması ve bu hastalığının kronik olmasına ve ailenin endişeli olmasına bağlı <b>BAKIM VERİCİ ROLDE ZORLANMA RİSKİ (AİLE)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ailenin çocuğun bakım ve tedavisini sağlayabilmesi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hem anne hem de baba çocuğun tedavisi ve diyet durumu hakkında bilgilendirildi.</li><li>• Aileyi endişeye sürükleyen ve bakım vermekte zorlanacağı durumlar belirlendi.</li><li>• Hastanede kaldıkları süre boyunca aile merkezli bakım kapsamında ebeveynlerde çocuğun bakım ve tedavisine katılarak güçlendirildi.</li></ul>	<p>Hem annenin hem de babanın insülin uygulaması konusunda cesaretleri arttı. Anne hala çocuğunun diyete nasıl uyacağı konusunda endişeliydi.</p>

**Tablo 6.** Sosyal bütünlüğün korunması alanına ilişkin hemşirelik tanıları ve bakım planı.

<b>TROPHİCOGNOSİS (HEMŞİRELİK TANILARI/ HİPOTEZLERİ)</b>	<b>BEKLENEN SONUÇLAR/ HİPOTEZE YÖNELİK PLANLAMALAR</b>	<b>GİRİŞİMLER</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>
<p>Tip 1 diyabet tanısı ve bakımı konusunda bilgi sahibi olmamaya bağlı <b>BİLGİ EKSİKLİĞİ (AİLE)</b></p> <p><b>Tanımlayıcı kriterler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tanımlanan bir sağlık davranışı hakkında yetersiz bilgi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilgi eksikliğinin giderilmesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ebeveynlerin ve hastanın hastalık ve ilaçlarla ilgili bilgisi değerlendirildi.</li> <li>Hipoglisemi yönetimi, insülin kullanılması, insülin saklama koşulları hakkında eğitim verildi.</li> <li>Ebeveynlerin ve hastanın soruları yanıtladı.</li> </ul>	Ebeveynler eğitim sonrası bilgi eksikliğini giderdi.
<p>Çocuğu yeni bir tanı alması, ebeveynlerin diyabet yönetimi ile ilgili bilgi ve deneyim sahibi olmamalarına bağlı <b>KORKU (AİLE)</b></p> <p><b>Tanımlayıcı kriterler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Endişe, dürtüsellik, heyecan panik</li> <li>Ebeveynlerin korkularını ifade etmesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ebeveynlerin korkuları en aza indirilmesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ebeveynlerin endişelerini anlatmasına izin verildi</li> <li>Hastalığın yönetimi konusundaki soruları cevaplandı</li> <li>Diyabet yönetimi ve insülin uygulamasına yönelik eğitimler verildi</li> <li>Gevşeme teknikleri (nefes egzersizleri gibi) öğretildi</li> </ul>	Her iki ebeveyn de daha rahat hissetlerini ifade etti



Şekil 3. Levine Koruma Modeline Yönelik Kavram Haritası.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Levine Koruma modeli doğrultusunda tip 1 tanısı almış olan sekiz yaşındaki hastaya yapılan hemşirelik girişimi ile çocuk hasta kapsamlı olarak ele alınmıştır. Bu doğrultuda hastanın enerji, kişisel, sosyal ve yapısal bütünlüğünün korunması sağlanmıştır. Koruma modelinde hemşire gözleminin önemi vurgulanmaktadır. Vaka örneğine bakıldığında hemşirenin iyi bir gözlemci olarak hastasının verilerini toplaması iç ve dış çevreden gelen tehditleri algılayarak organizmik yanıtlarını belirleyerek planlama yapması hasta ve ailesine yapacağı hemşirelik girişimlerini kolaylaştırmış ve sistematik bir şekilde bakım vermesini sağlamıştır. Özellikle çocuğun tip 1 diyabet tanısını yeni almış olması sonucu çocuğun organizmik tepkiler vermesine neden olmuş ve koruma modeli sayesinde hemşire bu durumu başarılı bir şekilde yönetebilmiştir. Sonuç olarak Levine koruma modelinin tip 1 diyabet tanısı alan çocukta başarılı bir şekilde uyarlanabildiği görülmüştür ve kullanım kolaylığı sayesinde çocuk kliniklerinde de kullanılması önerilmektedir.

## Çıkar Çatışması

Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.



## KAYNAKLAR

1. Özcan Ş, & Eryılmaz G. Levine'in koruma modeli. Türkiye Klinikleri Journal Of Obstetric-Women's Health And Diseases Nursing Special Topics. 2017; 3(3): 225-230.
2. Nursing theory. Myra Estrin Levine-Nursing Theorist.<http://www.nursing-theory.org/nursing-theorists/Myra-EstrineLevine.php> (Erişim tarihi:20.03.2021).
3. Gümüş M, Yıldırım Y, Şenuzun Aykar F, Fadiloğlu Ç. Hemşirelik modeli ve bakım: kısa barsak sendromu tanılı bir bebeğin levine koruma modeli ile değerlendirilmesi. HEAD. 2020; 17(1): 91-97.
4. Şimşek P. & Çilingir, D. Çevreye uyum ve bütünlüğün korunması: Levine'nin koruma modeli. Balıkesir Sağlık Bil. Derg. 2018; 7(1): 34-41.
5. Levine ME. Antecedents from adjunctive disciplines. Creation of nursing theory. Nursing Science Quarterly. 1988; 1(1): 16-2.
6. Levine ME. On Creativity in Nursing. Image. 1973; 5: 15-9.
7. Mock V, Krumm S, Belcher A, Stewart K, DeWeese T, Shang, et al. Exercise during prostate cancer treatment: Effects on functional status and symptoms. In Oncology Nursing Forum. 2007; 34(1).
8. Kasar SK, Özer S, Yıldırım, Y. Wilson Sirozlu Hastanın Bakımında Levine Koruma Modelinin Kullanımı. ACU Sağlık Bil Derg 2019; 10(2): 342-349.
9. Şenol S, Ardahan Sevgili S. Metotreksata bağlı kutanöz ülserasyonda Levine koruma modeli'ne göre bakım. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018; 3(3): 39-46.
10. Karagözoğlu Ş. Myra Estrin Levine: Koruma modeli. Karadağ A, Çalışkan N, Göçmen Baykara Z, editör. Hemşirelik Teori Ve Modelleri. 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık: 2017.