
SİNERJİ MODELİNİN UYGULANMASI: LÖSEMİLİ BİR OLGU ÇALIŞMASI

TO APPLY OF SYNERGY MODEL: A CASE STUDY WITH LEUKEMIA

Ar.Gör.Dr. Serap ÖZER

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu-İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresinde (13-17 Eylül 2006 Belek-Antalya) poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Hasta bakımında sinerji veya birlikte çalışma, hemşire yeterliliklerinin hasta ve ailesinin gereksinimleri ile birleştirilmesi sonucunda elde edilen en iyi sonuçları tanımlanmaktadır. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği tarafından geliştirilen Sinerji Modeli, esas olarak akut bakım ve yoğun bakım hemşirelerinin belgelendirilmesi için bir temel oluşturmaktadır. Bununla birlikte, bu model uygulanabilir ve iyi bir uyum özelliğine sahip olduğu için hemşirelik uygulamalarının temel bakım kurumlarından ameliyathanelere kadar her ortamda kullanılmasını sağlamaktadır. Bu makalede Sinerji Modeli'nin bir olgu üzerinde nasıl uygulanacağı tartışılmıştır. Bunun için de lösemili bir olgu tercih edilmiş ve modelin uygulanması ile elde edilen sonuçlar (semptom kontrolü, bilginin artırılması ve memnuniyet) sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sinerji Modeli, Lösemi

ABSTRACT

Synergy or working together in patient care is defined as the outcomes that can be obtained as a result of combining a nurses' competencies with a patient and family's needs. The Synergy Model, which was developed by the American Intensive Care Nursing Association, creates a foundation for documenting primarily acute care and intensive care nursing. In addition, because this model can be implemented and is easily adaptable, it can be implemented in every kind of setting from basic care facilities to operating rooms. In this article how the Synergy Model was implemented in one case was discussed. A patient with leukemia was chosen as the case and the results obtained in the implementation of the model were presented (symptom control, increased knowledge and satisfaction).

Key Words: Synergy Model, Leukemia

GİRİŞ

Günümüzde bir değişim sürecinden geçmekte olan sağlık sisteminde maliyet, ekip ve sonuçlar ile ilgili çeşitli problemler yaşanmakta, kronik ölümcül hastalığı olan hastalar için; evde bakım kavramı ve benzer konular gündeme gelmektedir. Bu değişim süreci hiç şüphesiz hemşirelik mesleğini de etkilemektedir (Villaire 1996). Dolayısıyla hemşireler kendilerini yeni yaklaşımlar ışığında geliştirerek bu sürece uyum sağlama zorunluluğu hissetmektedirler. Bu noktada amaç; sadece hastalara kaliteli bir yaşam sürmede yardımcı olmak değil, aynı zamanda hastane yatışlarının ve maliyetlerin azaltılmasıdır. Bu durum tüm kanserlerin % 8'ini oluşturan, çocuklarda ve yetişkinlerde en yaygın görülen malignitelerden birisi olan lösemi için de söz konusudur (Hardin, Hussey 2003).

Sinerji Modeli hastaların özellikleri, gereksinimleri ve sağlık bakım çevresinin istekleri üzerine temellenen hemşirelik uygulamasını tanımlayan bir modeldir. Akut bakım kurumlarında ve yoğun bakım ünitelerinde kolaylıkla uygulanabilen bu modelin anahtar noktası; en iyi hasta sonuçlarına ulaşmada hasta özellikleri ile hemşire yeterliliklerini birleştirmektir (Özer 2006).

Literatürde Sinerji Modeli'nin hemşirelerin hastaların tüm güçlerini tüketen lösemi gibi kompleks hastalıklarını yönetmesinde ve hastalığın istenmeyen sonuçlarını azaltmasında yararlı olduğu belirtilmektedir (Hardin, Hussey 2003). Bu makalenin amacı; lösemili bir olgu üzerinde Sinerji Modelinin tartışılmasıdır.

SİNERJİ MODELİ

Sinerji Modeli Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği tarafından geliştirilen, hasta ve hemşirenin birlikte hareket etmesini gerektiren bir modeldir. Bu model içerisinde hasta ve ailesi hemşire-hasta etkileşiminde aktif katılımcı olarak rol almaktadır. Sinerji Modeli, hemşire-hasta, hemşire-hemşire ve hemşire-sistem ilişkileri ile ilgili konuları tanımlamaktadır. Aynı zamanda hemşirelerin meslek içinde güçlenerek iyi bir yer edinmelerini amaçlamaktadır (Özer 2006).

Modelin anahtar noktasını hasta özellikleri ve hemşire yeterlilikleri oluşturmaktadır.

Hasta Özellikleri

Sinerji Modelinde her bir hastanın sağlık durumunu yansıtan sekiz özellik bulunmaktadır. Bu özellikler; esneklik, hassasiyet/yatkınlık, stabilite, komplekslik, kaynakların uygunluğu, bakıma ve karar verme sürecine katılım ve tahmin edilebilirlik düzeyini içermektedir (Curley 2001, Markey 2001, Özer 2006, Pope 2002, Small, Moynihan 1999). Bu özellikler incelendiğinde;

- **Esneklik:** Olumlu mekanizmaların ve baş etme mekanizmalarının kullanılması ile eski fonksiyon görme düzeyine geri dönülme kapasitesidir. Bir başka deyişle; hastalık öncesi var olan doğal duruma geri dönme yeteneğinin değerlendirilmesidir. Örneğin; araba kazasında bacağı kırılan 15 yaşındaki bir erkek çocuğun düşüp kalçasını kıran 80 yaşındaki bir kadından daha esnek olması.
- **Hassasiyet/Yatkınlık:** İstenmeyen hasta sonuçlarına neden olabilen gerçek veya olası stresörlerin tanımlanmasıdır. Örneğin; yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hassasiyeti ortadan kaldırmak için ışık ve gürültünün azaltılması.
- **Stabilite:** Bir durumun dengesini sürdürme yeteneğidir.
- **Komplekslik:** Hastalık veya yaralanmanın vücut sistemlerini ne kadar etkilediğinin değerlendirilmesidir. Örneğin; hem kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) hem de diyabetes mellitusu (DM) olan bir hasta sadece DM'ü olan bir hastaya göre daha kompleks olarak değerlendirilir.
- **Kaynakların Uygunluğu:** Teknik, mali, fizyolojik ve sosyal kaynakların varlığı ve derecesidir. Bu kapsamda hastanın destek sistemleri belirlenir.
- **Bakıma Katılım:** Hasta ve ailenin bakım konularında sorumluluk alma derecesidir.
- **Karar Verme Sürecine Katılım:** Hasta ve ailenin tedavi seçimleri konusunda karar verme sürecine katılım derecesidir. Bu süreç öğretilmesi gereken bir süreçtir.
- **Tahmin Edilebilirlik:** Belirli bir olay veya hastalığa bağlı ortaya çıkabilecek sorunların önceden tahmin edilmesini sağlayan bir özelliktir. Bir soğuk algınlığının pnömoniye dönülme olasılığının değerlendirilmesi bu özelliğe örnek olarak verilebilir.

Her bir hasta özelliği 1'in "en kötü hasta durumu"nu, 5'in ise "en iyi hasta durumu"nu belirttiği 5'li likert skala üzerinde değerlendirilmektedir.

Hemşire Yeterlilikleri

Yukarıda belirtilen hasta özellikleri tanımlandıktan sonra, hastaların sorunlarını gidermede kullanılması gereken hemşire yeterliliklerinin tanımlanması gerekmektedir. Bu yeterlilikler; klinik düşünce/yargı, savunuculuk, bakım uygulamaları, işbirliği, sistematik düşünme, holistik bakış açısı ile ayrıcalıklı olma yanıtı, klinik değerlendirme ve öğrenme kolaylığıdır (Curley 2001, Markey 2001, Özer 2006, Pope 2002, Small, Moynihan 1999).

- **Klinik Düşünce/Yargı:** Bir hemşirenin klinik karar verme, kritik düşünme ve durumu kavrama yeteneğini içermektedir. Örneğin;

hastanın odasına girildiğinde ciltte solukluk olduğunun veya pupillalarda dilatasyon olduğunun kontrol edilmesi.

- **Savunuculuk:** Etik veya klinik sorunları tanımlama ve çözümlmeye yardımcı olmada bir moral vekili olarak hizmet etmeyi ve diğerleri adına çalışmayı gerektirmektedir. Örneğin; hemşirenin ailenin beslenme tütünün çıkarılması ile ilgili isteği konusunda doktorla konuşması.
- **Bakım Uygulamaları:** Hastayı aktif olarak dinleme gibi hemşirelik aktivitelerini yansıtmaktadır.
- **İşbirliği:** En iyi ve gerçekçi hasta sonuçlarına ulaşmada her bireyin katkıların desteklemek ve geliştirmek için diğerleri ile birlikte çalışmayı ifade etmektedir. Örneğin; hemşirenin kalça cerrahisinden sonra yataktan kalkmayı red eden bir hasta konusunda fizyoterapist ile konuşması.
- **Sistemleri Düşünme:** Hemşirenin sağlık bakım sistemleri içerisinde ve karşısında var olan ilişkileri kabul etmesine izin veren bilgi ve araçları yansıtmaktadır. Örneğin; hemşirenin diyabetik bir hastaya yemek saati dışında yemek verilmesi yollarını ararken yemek dağıtan personel ile konuşarak uygulama sistemlerini harekete geçirmesi.
- **Ayrıcalıklı Olma Yanıtı:** Bakım sağlama farklılıklarını kabul etme, fark etme ve birleştirme duyarlılığını gerektirmektedir.
- **Klinik Değerlendirme:** Uygulama ile ilgili sorular sorulması ve başlangıç, orta ve son değerlendirmenin yapılmasıdır.
- **Öğrenme Kolaylığı:** Hasta ve ailenin öğrenme sürecinin kolaylaştırılmasıdır.

Her bir hemşire yeterliliği 1 (acemi), 5 (uzman) arasından oranlanan bir likert skala üzerinde değerlendirilmektedir.

LÖSEMİ

Lösemi ilk kez 1845 yılında Virchow tarafından tanımlanan, yüksek mortalite hızına sahip ve nedeni kesin olarak bilinmeyen kompleks bir hastalıklar grubudur (Ososki 2001). Hematopoetik dokunun malign bir hastalığı olan lösemi kemik iliği, lenf nodülleri, karaciğer, dalak ve tüm vücut sistemlerinde immatür/anormal lökositlerin kontrolsüz ve irreversible çoğalmaları sonucunda ortaya çıkmaktadır (Durmaz Akyol 2003). Yetişkinlerde en yaygın görülen 10 kanser türünden birisi olan lösemi tüm yeni kanser tanılarının % 2.2 ve tüm kanser ölümlerinin % 2.6'sından sorumludur (Berterö et al 1997, Ende, Chernecky 2002). ABD'de her yıl 31.000 kişi bu tanı ile karşı karşıya kalmaktadır (D'Antonio 2004). Türkiye'de ise lösemi görülme sıklığına bakıldığında; oranın erkeklerde % 3.58, kadınlarda % 3.94 olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri, 1999).

Lösemiler akut ve kronik olmak üzere iki başlık altında sınıflandırılmaktadır. Löseminin bu iki tipi de kemik iliğinin fonksiyonunun bozulması sonucunda ortaya çıktığı için birbirlerine benzerlik göstermektedir fakat hastalığın görünümü, tedavisi ve prognozu farklıdır (Courtens, Abuu-Saad 1998, Ososki 2001). Akut lösemiler tüm kanser ölümlerinin yaklaşık % 1.5'ini oluşturmaktadır. Akut myeloblastik lösemi (AML) tüm yetişkin akut lösemilerin % 80'ini oluştururken, akut lenfoblastik lösemi (ALL) çocuklarda özellikle de 15 yaşın altında görülen malignite olup tüm çocukluk çağı kanserlerinin % 25'ini oluşturmaktadır ve 3-7 yaşları arasında da en yüksek hıza ulaşmaktadır. ALL'nin yetişkinleri etkileme oranı ise % 15-20'dir. Lösemilerin bir başka tipi olan kronik myelositer lösemi (KML) her yaşta görülebilmeye karşın daha çok 40-50 yaşları arasında ortaya çıkmakta, çocuklarda ise nadiren görülmektedir. Her 100 lösemili hastanın 20-30'u kronik myeloid lösemidir. Löseminin bu tipi 45-60 yaşları arasındaki bireylerde her 100.000 kişide 1.5-2.5 insidansa sahiptir (Durmaz Akyol 2003).

Kortizon, gammaglobulin, yoğun kemoterapik ajan tedavisi, yoğun radyasyon tedavisi ve kemik iliği transplantasyonu gibi zor tedavi süreçlerini gerektiren lösemi hem tıbbi hem de psikososyal yönden oldukça kompleks bir hastalıktır. Çünkü bireyleri ve aileleri fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkilerken; toplumu da yüksek maliyet nedeniyle olumsuz olarak etkilemektedir (Berterö et al 1997). Lösemili hastalar hastalıklarının doğası ve koruyucu mekanizmaların bozulması nedeniyle kritik bir durumla karşı karşıyadırlar. Yüksek morbidite oranlarına karşın bu hastaların bir kısmı uzun dönemli çok iyi bir remisyon şansına sahiptirler. Lösemili hastaların % 17'sinin tedavi ve bakımının yoğun bakım ortamında yapıldığı belirtilmektedir (Shelton et al 1996). Bu nedenle lösemili hastalara bakım veren hemşireler hastalar ve ailelerinin tanı ile baş etmelerini sağlamak ve tedavilere bağlı olarak ortaya çıkan yan etkileri azaltmak için; hastalık süreçleri ve komplikasyonlar konusunda bilgi sahibi olmalı, hasta ve aile ile bir sinerji oluşturarak en iyi sonuçlara ulaşmak için çalışmalıdırlar (Rogers 2005, Shelton et al 1996).

LÖSEMİLİ OLGU

V.S. Nisan 2006 tarihinde ALL tanısı konan 18 yaşında bir erkektir. Lise mezunu ve bekar olan V.S. anne-baba ve kız kardeşi ile birlikte yaşamaktadır. SSK güvencesinde olan olgu sol bacakta ağrı yakınması ile hastaneye başvurmuştur. Öyküsü incelendiğinde ise; yaklaşık beş ay önce soğuk algınlığı, yüksek ateş, halsizlik, uykudan uyandıran şiddetli bacak ağrısı gibi şikayetler ile özel bir hastaneye gittiği ve orada artralji+lomber nevralsi+hipokalsemi+vitamin eksikliği ön tanısı aldığı görülmüştür. Olgu bu tanıları doğrultusunda verilen tedaviyi

yaklaşık 20 gün kadar kullanmış ve ağrılarının geçtiğini ifade etmiştir. Ancak 23 Nisan 2006 tarihinde sol bacakta başlayan şiddetli ağrı nedeniyle tekrar hastaneye başvurmuşsun. Yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsisi sonucunda ALL tanısı düşünülerek bulunduğu ildeki bir üniversite hastanesine ileri tetkik ve tedavi için sevk edilmiştir. Daha önceden hastaneye yatma deneyimi olmayan olgunun özgeçmişine ait önemli bir özellik bulunmamaktadır. Sadece 1,5 yıllık bir sigara içme öyküsü bulunmaktadır. V.S'nin bakımını anne-babası üstlenmiştir fakat ailenin mali kaynakları sınırlıdır. Ayrıca hastalığı nedeniyle üniversite sınavına girememiş ve eğitimine devam edememiştir.

Olgunun tedavisinde üçlü gargara, omepril, xanax, purinol, asist, maxipime, amikasin, contromal ve metpamid gibi ilaçlar yer almaktadır (18 gün önce üçüncü kemoterapi kürü tamamlanmış). Yaklaşık beş aydır hastanede olan ve üç kişilik bir odada kalan V.S. bu süreçte sadece birkaç günlük izinler şeklinde evine gitmiştir. Evi de hastaneye yakın bir yerde olduğu için bu anlamda bir sorun yaşamamıştır.

Olguda Gordonun Fonksiyonel Sağlık Ölümleri Modeli kullanılarak elde edilen veriler doğrultusunda bacak ağrısı ve güçsüzlüğü nedeniyle yürüyememe, merdivenleri çıkamama, iştahsızlık, kilo kaybı, bulantı, tat alma bozukluğu, yorgunluk, alopesi ve depresyon sorunları saptanmıştır. Ayrıca nötropeni (nötrofil miktarının <1.000 (26,7) olması, boyun sertliği ve yüksek ateş (38,5°C) olması), hiperkromik anemi (Hb:8,47 G/DL Htc: 23,9 % Eritrosit: 2,76 x10⁶/MM³), lökositoz (28,4 x10³/MM³) ve trombositopeni (53,5 x10³/MM³) göstergelerinin bulunduğu belirlenmiştir. Lösemili olgularda sık olarak karşılaşılan stomatit/mukozit, elektrolit dengesizliği, hiperürisemi ve DIC gibi sorunlara yönelik de bir değerlendirme yapılmıştır. Fakat herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

V.S sorulan sorulara istekli bir şekilde yanıt vermiştir. Bakımı ve tedavisi konusundaki tek şikayetinin hastalığı hakkında doktor ve hemşirelerden yeterince bilgi alamamak olduğunu ifade etmiştir. Bu konuda da doktor ve hemşirelere yük olmak istememektedir.

Tüm bu veriler doğrultusunda sinerji modeli kullanılarak bir yapı oluşturulmuştur. Hasta özellikleri (Tablo-1) ve hemşire yeterlilikleri (Tablo-2) aşağıda verilmiştir.

Tablo 1: Hasta Özellikleri

| Özellikler | | | | | | Destekleyen Veriler |
|---------------------------|-----|----|----|----|---|---|
| Özellik 1-Esneklik | | | | | | V.S'nin önceden var olan başka bir sağlık sorunu yoktur. ALL kronik ve remisyonlarla seyreden bir hastalıktır. Bu nedenle olgunun hastalık öncesindeki durumuna geri dönme yeteneği sınırlıdır. Nötropeni, anemi ve trombositopeni gibi sorunlar olduğu için durum kötüye gidebilir bu süreçte hemşirenin V.S'ye yardım etmesi gerekmektedir. |
| (Düşük derecede esnek) | | | | | | |
| 1 | 12. | 13 | 14 | 15 | 1 | |

| | | |
|---|--|--|
| Özellik 2-Hassasiyet/Yatkınlık (Artmış) | 1 12* 1 ³ 1 ⁴ 1 ⁵ I | Olgu var olan sorunları nedeniyle çeşitli riskler (enfeksiyon, travma, hiperürisemi, elektrolit dengesizlikleri, DIC vs.) taşımaktadır. Eğer bu riskler ortaya çıkarsa sonuçlar ters yönde etkilenebilir. Ayrıca olgunun beş ay gibi uzun bir süredir hastanede olması, istediği şekilde hareket edememesi, üniversite sınavına girememesi ve sınırlı mali kaynaklar onun daha hassas hale gelmesine neden olmuştur. |
| Özellik 3-Stabilite (Azalmış) | 1* 2 3 4 5 I | V.S'de iştahsızlık, kilo kaybı, bulantı, tat alma bozukluğu, yorgunluk, alopesi vardır. Nötropeni, anemi ve trombositopeni mevcuttur. |
| Özellik 4-Komplekslik (Artmış) | 1 1 12* 1 ³ 1 ⁴ 1 ⁵ I | Yaklaşık 18 gün önce tamamlanan kemoterapi kürü nedeniyle bazı vücut sistemleri etkilenmiştir. V.S'nin durumu üç kişilik bir odada kalmaktan da etkilenmiştir. Ek olarak depresyon bulgular bulunmaktadır. |
| Özellik 5-Kaynakların Ugunluğu (Azalmış) | 11* 12 13 14 15 1 | Ailenin mali kaynakları sınırlıdır. Bu nedenle enfeksiyon etkenlerinden korunmak için özel tek kişilik bir odada kalamamaktadır. Hastalığı ile ilgili bilgi alabileceği kaynaklar yetersizdir. |
| Özellik 6-Bakıma Katılım (Kısmen Katılıyor) | 1 2 13* 4 5 | V.S. kendisi ile ilgili her türlü bakım aktivitesine katılmaya isteklidir. Fakat yeterince bilgilendirilmediği için bazı noktalarda bakıma katılım düzeyi yetersiz kalabilmektedir. Günlük yaşam aktivitelerini kendisi gerçekleştirebilmektedir. |
| Özellik 7-Karar Verme Sürecine Katılım (Katılıyor) | 1 2 3 4 15* I | V.S. ve ailesi tedavi/bakım ekibinin aldığı tüm kararlara katılmaktadır. |
| Özellik 8-Tahmin Edilebilirlik (Belirsiz) | 11* 12 13 14 15 I | Stabilitenin azalmış kompleksliğin artmış olması olgunun yaşamında belirsizlik oluşturmaktadır. Hastalığa bağlı gelişebilecek ciddi durumlar söz konusudur. |

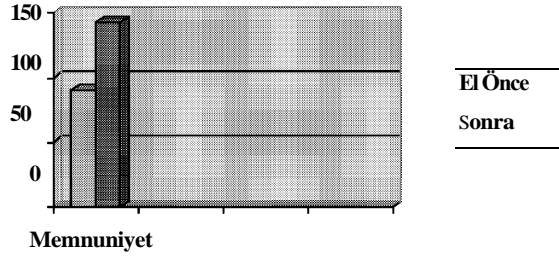
Tablo-2: Hemşire Yeterlilikleri

| Yeterlilikler | Destekleyen Veriler |
|--|---|
| Yeterlilik 1-Klinik Düşünce/Yarar 112 13 14 15* I | V.S'nin stabilitesi azalmış, kompleksliği ve hassasiyeti artmış olduğundan dolayı, onun Minik sonuçlarının iyi bir şekilde yorumlanması, uygun kararların verilmesi ve holistik bir bakış açısı ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda olgunun gereksinimleri üzerine temellenen tanılama verileri analiz edilmiş ve kararlar alınmıştır. |
| Yeterlilik 2-Bakım Uygulamaları 1 2 3 4 5* I | Olguya gereksinimleri doğrultusunda bakım planı uygulanmıştır. Ağrı, iştahsızlığı, bulantıyı ve diğer sorunları hafifletmeye yönelik bakım planlaması yapılmıştır. |
| Yeterlilik 3-Aurıcaldı Olma Yanıtı 112 13 14* 15 I | Olguya yaklaşımda değer ve dini inançlara saygı duyulmuştur. Olgu sık sık dua ettiğini ifade etmiştir. |
| Yeterlilik 4-Klinik Değerlendirme 112 13 14 15* I | Uygulanan stratejilerin yararlı olup olmadığını analiz etmek için olguya sorular ("ağrında azalma oldu mu?", "iştah durumun nasıl?", "yorgunluğunun şiddeti nedir?", "bulantın devam ediyor mu?"vs.) yöneltmiştir. |

| <u>Yeterlilik 5-Ö'prenme Kolaylığı</u> | | | | | V.S ve ailesine yazılı ve görsel eğitim materyalleri ile hastalık ve yönetimi konusunda bilgilendirme yapılmıştır. V.S'nin hastalık sürecini ve tedavisini anlaması sağlanmıştır. |
|--|----|----|----|-----|---|
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15* | |

SONUÇLAR

Bu çalışmada olgunun gereksinimlerini karşılamak için Sinerji Modeli kapsamındaki yeterlilikler kullanılmıştır. Bu sayede olgunun gereksinimleri ile yeterlilikler birleştirilerek var olan belirti ve semptomların kontrolü (ağrı, iştahsızlık, bulantı, yorgunluk vs.) sağlanmış, olgu ve ailesi hastalık süreci konusunda bilgilendirilmiş ve bakımdan memnuniyet düzeyi artırılarak istenen sonuçlara ulaşılmıştır. Hastanın memnuniyet düzeyi Demir ve Eşer tarafından 2004 yılında geliştirilen "Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği" kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçek 34 maddeden oluşan belli likert tipinde bir ölçektir. Memnuniyet derecesini belirlemek için kullanılan ölçek ifadeleri şöyle puanlanmaktadır: 1- Hiç memnun değilim (1 puan), 2- Az memnundum (2 puan), 3- Kararsız= (3 puan), 4- Memnundum (4 puan), 5- Çok memnundum (5 puan). Toplam puanın yükselmesi memnuniyet düzeyinin de arttığını göstermektedir (Demir, Eşer 2005). Bu olgu çalışmasında; Sinerji modeli uygulanmadan önce memnuniyet puan ortalaması 170 puan üzerinden 90 iken, model uygulandıktan sonra memnuniyet puan ortalaması 143'e yükselmiştir (Grafik-1). Puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlılık saptanmıştır ($p>0.05$).



Grafik-1: Olgunun Sinerji Modeli Uygulanmadan Önceki ve Uygulandıktan Sonraki Memnuniyet Puan Ortalaması

Bu olgu çalışmasında da görüldüğü gibi; Sinerji Modeli hasta için en iyi sonuçları sağlamada hemşireler tarafından rahatlıkla kullanılabilir ve uygulanabilir bir modeldir. Ayrıca hemşirelik uygulamasının gelişimine rehberlik edebilir ve katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Berterö CRN, Eriksson BE, Ek AC (1997). Explaining different profiles in quality of life experiences in acute and chronic leukemia. *Cancer Nursing*, 20: 2, 100-104.
2. Courtens AM, Abu-Saad HH (1998). Nursing diagnosis in patients with leukemia. *Nursing Diagnosis*, 9: 2, 49-61.
3. Curley MAQ (2001). The essence of pediatric critical care nursing. (içinde) Curley MAQ, Moloney-Harmon PA (ed). *Critical Care Nursing of Infants and Children*. W.B Saunders Company, 3-16.
4. D'Antonio J (2004). You can lessen leukemia's toll. *Nursing*, 34:7, 32hn1-32hn4.
5. Demir Y, Eşer İ (2005). Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerine ilişkin bir ölçek çalışması. *Hastane Yönetimi Dergisi*, Ocak-Şubat 2005, 31-42.
6. Durmaz Akyol A (2003). Lösemi ve hemşirelik bakımı. (içinde) Fadiloğlu Ç (ed). *Kronik Hastalıklarda Bakım II*, Meta Basım, 129-160.
7. Ende KM, Chernecky C (2002). Assessing adults with leukemia. *The Nurse Practitioner*, 27: 11, 49-59.
8. Hardin S, Hussey L (2003). AACN synergy model for patient care case study of a CHF patient. *Critical Care Nurse*, 23: 1, 73-76.
9. Markey DW (2001). The synergy model in practice: applying the synergy model: clinical strategies. *Critical Care Nurse*, 21: 3, 72-76.
10. Ososki RE (2001). Leukemia. (içinde) Otto SH (ed). *Oncology Nursing*, 346-379.
11. Özer S (2006). Kalp yetmezlikli bir olgu örneği ile hasta bakımında sinerji modeli. *Hemşirelik Forumu*, Ocak-Şubat-Mart-Nisan, 22-26.
12. Pope BB (2002). Working together to meet patient and family needs. *Nursing*, 32: 7, 32cc6-32cc7.
13. Rogers B (2005). Looking at lymphoma&leukemia. *Nursing*, 35: 7, 56-64.
14. Shelton BK, Baker L, Stecker S (1996). Critical care of the patient with hematologic malignancy. *AACN Clinical Issues*, 7: 1, 65-78.
15. Small B, Moynihan P (1999). The synergy model in practice: the day the lights went out: one charge nurse's nightmare. *Critical Care Nurse*, 19: 3, 79-82.
16. T. C. Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri (1999). <http://www.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi 11 Mart 2008)
17. Villaire M (1996). The synergy model of certified practice: creating safe passage for patients. *Critical Care Nurse*, 16: 4, 95-99.