



MAKÜ

SAĞLIK BİLİMLERİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

CURRENT PERSPECTIVES ON
HEALTH SCIENCES

Case Report

Nursing Care According to Roy Adaptation Model in a Patient with Transtibial Amputation

Transtibial Amputasyon Uygulanan Bir Hastada Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Hemşirelik Yaklaşımı

Gülşah KAYSERİLİOĞLU¹, Sema KOÇAŞLI², Gülay YAZICI³

¹Öğr. Gör., Çankırı Karatekin Üniversitesi, Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Çankırı, Türkiye

²Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Received 5 Haziran 2024

Accepted 3 Eylül 2024

Published Online 30 Aralık 2024

Article Code CPHS2024-5(3)-101-110.

Keywords

nursing care
roy adaptation model
transtibial amputation

Anahtar kelimeler

hemşirelik bakımı
roy adaptasyon modeli
transtibial amputasyon

Corresponding Author

Gülşah KAYSERİLİOĞLU
gls.h.akmangl@gmail.com

ORCID

G KAYSERİLİOĞLU
0000-0002-9213-4924

S KOÇAŞLI
0000-0002-5718-0669

G YAZICI
0000-0001-8195-3791

Abstract

Aim: In this article, the stages of the nursing process in a patient who underwent transtibial amputation surgery were examined based on the Roy Adaptation Model. It is aimed to support the knowledge, skills and attitudes of clinician nurses regarding the use of the Roy Adaptation Model in patient care and to exemplify the use of the model in nursing care. **Materials and Methods:** A 62-year-old woman underwent left transtibial amputation with a diagnosis of peripheral arterial disease. She was followed up in the Cardiovascular Surgery Intensive Care Unit until the 2nd post-op day and then followed up in the orthopedic service. According to the Roy Adaptation Model, data were collected using the patient's statements, patient file and patient evaluation forms. Nursing diagnoses were planned, implemented and evaluated using the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) and Nursing Interventions Classification (NIC). **Results:** As a result of the evaluation of the data; nursing interventions were planned and implemented with nursing diagnoses in the areas of physiological domain, self/self concept domain, role function domain and interdependence domain according to Roy's Adaptation Model. **Conclusion:** In this case report, evaluation of the patient according to RAM, determination of health needs with a holistic approach, planning, implementation and evaluation of nursing interventions were found to be important in terms of evidence-based nursing practices. Therefore, the ability of clinician nurses to use RAM in practice will contribute to the development of holistic care and will be effective in improving the quality of care.

Öz

Amaç: Bu makalede; Roy Adaptasyon Modeli temel alınarak transtibial amputasyon cerrahisi geçirmiş bir olguda hemşirelik süreci aşamaları incelenerek klinisyen hemşirelerin, hasta bakımında Roy Adaptasyon Modeli kullanımına ilişkin bilgi, beceri ve tutumlarının desteklenmesi ile hemşirelik bakımında model kullanımının örneklendirilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya ait veriler, kurum ve hasta izinleri alınarak toplanmıştır. 62 yaşındaki kadın hastaya periferik arter hastalığı tanısı ile sol transtibial amputasyon uygulanmıştır. Post-op 2.gününe kadar Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde takip edilmiş olup sonrasında ortopedi servisinde izlenmiştir. Roy Adaptasyon Modeli'ne göre veriler hastanın ifadeleri, hasta dosyası, hasta değerlendirme formları kullanılarak toplanmıştır. Kuzey Amerika Uluslararası Hemşirelik Tanıları Derneği (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA) ve Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırması (Nursing Interventions Classification-NIC) kullanılarak hemşirelik tanıları planlanmış, uygulanmış ve değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Verilerin değerlendirilmesi sonucunda; Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre fizyolojik alan, ben/benlik kavramına ilişkin alan, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağımlık alanlarındaki hemşirelik tanılarına göre hemşirelik girişimleri planlanarak uygulama yapılmıştır. **Sonuç:** Amputasyon hastalarının fiziksel ve psikososyal değişime uyumlarını kolaylaştırma için sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi önemlidir. Olgu sunumunda Roy Adaptasyon Modeli'ne göre hastanın değerlendirilmesi bütüncül yaklaşım ile sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi, hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi kanıt dayalı hemşirelik uygulamaları yönünden önemli olduğu görülmüştür. Bu nedenle klinisyen hemşirelerin uygulamada RAM kullanabilmeleri bütüncül bakımı geliştirmelerine katkı sağlayarak bakımın kalitesini arttırmada etkili olacaktır.

To cite this article:

Kayserilioğlu G, Koçaşlı S, Yazıcı G. Nursing Care According to Roy Adaptation Model in a Patient with Transtibial Amputation. Curr Perspect Health Sci. 2024;5(3):101-110.

GİRİŞ

Türkiye'deki sosyal sigorta sisteminde üç ana sigortalı Periferik arter hastalığı (PAH); koroner ve aort dışındaki arteriyel sistemde meydana gelen arteriyel obstrüksiyon, inflamasyon, endotelial ve mitokondriyal disfonksiyon ile seyreden dolaşım bozukluğu hastalığıdır (1,2). Toplum nüfusunun yaşlanması, tütün kullanımının ve kötü beslenme alışkanlığının artması ile birlikte PAH prevalansı katlanarak artmaktadır (3,4). Artan morbidite ve mortalite oranları nedeniyle dünyada ve ülkemizde önemli sağlık sorunu olarak görülmektedir (1,5,6). PAH etyolojisinde risk faktörleri; tütün kullanımı, ırk, yaşlanma, diyabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi, yetersiz fiziksel aktivite, fazla beslenme veya obezite, hiperhomosisteinemi ve kronik böbrek yetmezliği olarak tanımlanmaktadır (7).

PAH sıklıkla ileri evreye kadar asemptomatik olup intermittan kladikasyon (dinlenme esnasında iskemik ağrı), alt ekstremite nabız yokluğu, renk ve ısı değişimi, ülserizasyon ve doku nekrozu gibi semptomlar görülebilir (8). Vasküler sistem hastalıkları olan hastalarda kardiyovasküler veya serebrovasküler olayların görülme riski 2-4 katı artmaktadır. Bu nedenle periferik arter hastalığının (PAH) erken tanınması çok önemlidir (9). Avrupa Kardiyoloji Derneği PAH 2017 (2017 ESC/ESVS) kılavuzunda da "en iyi tıbbi tedavi" başlığı oluşturarak tedavide risk faktörlerinin yönetimine önem vermektedir (5,10). Tütün kullanımının kesilmesi, diyetdeki değişiklikler ve artan fiziksel egzersiz gibi yaşam tarzı faktörlerine odaklanır. Medikal (statin-class I, antihipertansif-class IIa, antiagregan ve antikoagülan ajanlar), ve cerrahi yaklaşımlar (amputasyon, vasküler bypass veya anjiyoplasti gibi) hasta bireyin durumuna uygun tedavi basamağına eklenir (10,11). En eski cerrahi yöntemlerden biri amputasyondur ve endikasyonlarının %90'ı alt ekstremite arter hastalığı kökenlidir (12). PAH'ın tedavisinde amputasyon, kontrol edilemeyen şiddetli ağrı ve/veya enfeksiyon söz konusu olduğunda son seçenek olarak tercih edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 30.000-40.000 arasında amputasyon yapılmakta ve 2050 yılına kadar ampute birey sayısının 3.6 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir (13). 2015 yılında yayınlanan ulusal uzlaşma raporunda ülkemizde yılda yaklaşık 12.000 amputasyonun yapıldığı belirtilmektedir (14). Diz altına kadar olan amputasyonları minör, diz altı ve üzeri amputasyonları majör amputasyon olarak sınıflandırılmaktadır. Alt ekstremite arter hastalığında, iyileşmeyi geciktirecek majör revizyon cerrahisinden kaçınmak için doğru endikasyon ve güvenli amputasyon seviyesini belirlemek önemli bir husustur (15,16). Endikasyona uygun tercih edilmiş transtibial amputasyon, eklem korunmasını, proteze uyum sorunlarının daha az

görülmesini, daha az enerji harcanarak erken ve kolay mobilizasyonu sağlar (16). Buna rağmen transtibial amputasyon geçiren hastaların sadece %40'ının 2 yıl sonra tam hareketlilik kazandığı bilinmektedir (17).

Cerrahi, hastada başlı başına hem fizyolojik hem psikolojik strese neden olan kontrollü bir travmadır. Amputasyon özel bir cerrahi girişim olup, organ fonksiyonları ve beden imajında bozulma, yaşam şekli ve kalitesinde değişim, ağrı, ekonomik zorluklar, sosyal rollerde değişim gibi pek çok olumsuz etkileri vardır (18). Amputasyon sonrası dönemde, yara iyileşmesi ve güdük bakımı, enfeksiyon ve kanama riski, düşme riski, ödem, doku nekrozu, hematoma, fantom ağrısı, beden imajında değişim, anksiyete, sosyal izolasyon, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, beden gereksiniminden az beslenme, nörolojik ve endokrin sisteme ait olası komplikasyonların kontrol altına alınması çok önemlidir (19). Amputasyon cerrahisinde komplikasyonlardaki artış yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (20,21). Amputasyon sonrası hastalar güdüğe uyum ve bakımı, protez kullanımı, mobilizasyon dereceleri, ağrı yönetimi, yeni yaşam şekilleri konusunda etkin şekilde bilgilendirilmelidir. Amputasyon sonrası sonuçları ve hasta memnuniyetini etkileyen en önemli etken protez ve proteze uyumdur (19,21).

Hastaların ameliyat öncesi dönemden, taburculuk sonrasına kadar hayatındaki ciddi değişime hazırlanması ve rehabilitasyonlarının sağlanmasında multidisipliner yaklaşım önemlidir. Hasta bakımında multidisipliner ekibin kilit noktası hemşirelerdir (22). Hemşirelik; kavram, kuram ve model, araştırma ve uygulamayı felsefe ile temellendiren bir sağlık disiplini. Hemşirelikte kuram ve modelleri hem temel hemşirelik eğitiminde hem klinikte kullanmak; klinik uygulamayı geliştirmek, kaliteli ve düşük maliyetli bakım sağlamak, hasta sonuçlarını optimize etmek ve hemşireliğin güvenilirliğini arttırmak için önem arz etmektedir (23).

Bu bağlamda hemşireler rehabilitasyonda, yeni duruma uyum sağlamada ve hastanın stresini azaltmada önemli rol oynamaktadır (24). Özellikle organ/işlev kaybı yaşayan hastaların biyopsikososyal uyumlarını sağlamak için hemşirelik bakımında model kullanımı önemlidir. Verilerin sistematize şekilde elde edilmesini, değerlendirilmesini, bireylerin uyum alanlarındaki savunma mekanizmalarının ve etkisiz davranışlarının tespit edilmesini kolaylaştırır. Bu doğrultuda hasta birey merkezli bakım planı ve hemşirelik uygulamalarıyla, hasta bireyin uyum alanlarındaki etkisiz davranışların yerini etkili davranışlar alabilir. Bu çalışma transtibial amputasyon cerrahisi geçiren hastanın Roy Adaptasyon Modeli'ne göre verilerin elde edilmesi, planlanması, planlanan hemşirelik bakımının uygulanması ve değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Roy Adaptasyon Modeli ve Kullanımı

Türkiye’de özel sektör huzurevlerinin bölgelerarası dağılım eşitsizliğini çalışmada analiz etmiştir. Ülkemizde hemşirelik araştırmalarında çoğunlukla kullanılan hemşirelik kuram ve modellerden biri Roy Adaptasyon Modeli’dir (25,26). 1970 yılında adaptasyon modeli uygulamaya konulmuştur (27-30). Aynı yıl içerisinde “Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing” ile kuramın kavramları açıklanmıştır. 1986 yılında model, hemşirelik uygulamalarına rehber oluşturacak şekilde yeniden kavramsallaştırılmıştır (31).

Roy Adaptasyon Modeli’nin temel kavramları çevre, sağlık, hemşirelik ve hemşirelik hedefi olarak bireydir. Birey; değişen çevre ile sürekli etkileşim içinde olan biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olarak tanımlanır. Çevre; insan ve dünya kaynaklarını dikkate alan uyarlanabilir sistemler olarak insanların gelişimini ve davranışlarını çevreleyen tüm koşullar, durumlar ve etkilerdir (29,31). Hemşirelik ise, bir bilim ve bu bilimsel bilginin hemşirelik uygulamasına uyarlanması olarak açıklanmaktadır (31,32). Hemşireliğin amacı, değişen süreçte adaptasyona teşvik etmek için yaşam süreçlerini geliştirmektir (32). Bu modele göre, hemşire hasta bireyi subjektif (görüşme ve gözlem) ve objektif (ölçüm) metotlarla doğru ve sistematik değerlendirebilir (28,31). Daha sonra, bireyde fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanında uyumsuz davranış ve davranışa neden olan uyarlanırları belirleyerek uyumsuz davranışı ele almak için doğru bakım planını hazırlayabilir (28,31,33). Adaptasyon sürecini belirleyen fokal, kontekstüel ve rezidüel olmak üzere üç uyarıcı bulunmaktadır. Modele göre bu uyarıcılar bireyin fizyolojik, benlik, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarını etkilediği zaman, bu uyarıcılara düzenleyici ya da bilişsel-duygusal baş etme mekanizmaları ile cevap verilmektedir (28,34).

Roy Adaptasyon Modeli tabanlı literatürü incelediğimizde, yapılan hemşirelik bakımlarında hastaların olumlu sağlık davranışı geliştirme çabalarının olduğu görülmüştür (32,33,35). Alt ekstremité amputasyon cerrahi sonrası hastaların bağımsızlığını arttırmak, yeni duruma uyumunu sağlamak, olumsuz sağlık davranış ve uyarıcılarını azaltmak için evde bakımı kolaylaştıracak düzenli muayene ve eğitimlerin yapılması sürece uyum aşamasında önemlidir (36).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın verileri kurum izni (Sayı No:58230125-929) ile ortopedi servisinde yatan hastaya çalışma için gerekli açıklamalar yapılarak sözel ve yazılı

onam alındıktan sonra toplanmıştır. Verileri değerlendirilen hasta; ameliyat sonrası 2. gününe kadar Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi’nde takip edilmiş olup sonrasında ortopedi servisinde izlenmiş ve ameliyat sonrası 8. gününde taburcu edilmiştir.

Çalışmanın verileri; Roy Adaptasyon Modeli’ne göre yapılan sistem tanılaması doğrultusunda hasta ifadeleri, hasta dosyası, hasta değerlendirme formlarından (Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Vizuel Analog Skala (VAS), İtiki Düşme Ölçeği vb.) yararlanılarak toplanmıştır. Kuzey Amerika Uluslararası Hemşirelik Tanıları Derneği (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA) ve Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırması (Nursing Interventions Classification-NIC) kullanılarak hemşirelik tanıları planlanmış, uygulanmış ve değerlendirilmiştir.

OLGU SUNUMU

20 yıldır diabetes mellitus ve hipertansiyon öyküsü olan hasta 5 yıl önce total diz protezi ameliyatı geçirmiş olup, 3-4 ay önce yürürken de otururken de şiddetlenen ağrı ve karıncalanma ile hastaneye başvurduğunu ifade etmektedir. Radyolojik görüntülemelerde venöz doppler ultrasonografide (USG) arteriyel sistemde; “Sol ATP (arteria tibialis posterior) ve ADP (arteria dorsalis pedis) akım izlenmemiş olup, sol popliteal arterde renk dolumu ve akım izlenmemiştir (total oklüde)” şeklinde rapor edilmiştir. Kalp damar cerrahisi, göğüs, kardiyoloji, ortopedi, dahiliye, endokrin, psikiyatri, anestezi uzmanları tarafından konsülte edilerek hastanın transtibial amputasyonu uygun görülmüş ve tarih verilmiştir. Hastadan “Bilgilendirilmiş Onam Formu” alınmıştır.

Hastanın hastaneye yatış tarihinden bir gün sonrası ameliyat sonrası 0. günüdür Ameliyat sonrası 2.gününde yoğun bakımdan ortopedi servisine devir alınan hastanın verileri ameliyat sonrası 7.gününde 08-16 mesai saatlerinde toplanmış ve bakım planı uygulanmıştır. Tablo 1’de laboratuvar ve yaşam bulguları sunulmuştur.

Hastanın özgeçmişinde varolan hastalıkları; Diabetes Mellitus (20 yıl), hipertansiyon (HT) (20 yıl), atriyal fibrilasyon (AF) (10 yıl), periferik arter hastalığı (PAH)’dır. Total diz protezi (TDP (Left)-5 yıl önce) ameliyatı geçirmiştir. Kullandığı ilaçlar arasında; metoprolol 100mg 1x1 (P.O.), gliklazid 60 mg MR 1X1 (P.O.), ramipril 5mg 1x1 (P.O.), silostazol 100 mg 1x1 (P.O.), metformin 1000mg 2x1 (P.O.), pentoksifilin 400 mg 1x1 (P.O.), parasetamol 500mg 4x1 (P.O.), asetilsalisilik asit 100mg 1X1 (P.O.), pantoprazol 40 mg (P.O.) 1x1 yer almaktadır.

Tablo 1. Laboratuvar ve Yaşam Bulguları

Laboratuvar Bulguları Ameliyat sonrası 7.gün						
RBC: 4.0 mh/mcL	N	Albümin: 2.3 mg/dL	L	aPTT: 32 sn	N	
HGB: 11.35	N	Total protein: 4.8 g/dL	N	INR: 2.10	N	
HCT: %33.7	N	Glikoz: 113 mg/dL	N	Ca: 8.5 mg/dL	N	
WBC: 7.14 mm ³	N	Trigliserid: 180 mg/dL	N	CRP: 1.0 mg/L	N	
PLT: 684.4	H	ALT: 11 U/L	N			
BUN: 15 mg/dL	N	AST: 14 U/L	N			
Kreatin: 0.64 mg/dL	N	Na: 138 mmol/L	N			
Üre: 43 g/dl	H	K: 4.5 mmol/L	N			
		10:00	12:00	15:00		
Kan Basıncı:	110/70 mmHg	110/60 mmHg		132/70 mmHg		
Nabız:	96/dk	70/dk		68/dk		
Ateş:	37.7	37.4		37		
Solunum:	24	22		22		
SpO ₂ :	97	96		98		
Ağrı:	+6	+4		+4		
		Saat:11:00=+3				
Kan glikoz düzeyi:	107 mg/dl	134 mg/dl		86 mg/dl		

aPTT: Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı, ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat Aminotransferaz, BUN: Blood Urea Nitrogen, CRP: C-reaktif protein, g/dL: gram/litre, HGB: hemoglobin, H: High, HCT: Hematokrit, INR: Protrombin zamanı test sonuçlarının Uluslararası Normalleştirilmiş Oran, K: Potasyum, L: Low, mg/dL: miligram/desilitre, mh/mcL: milyon hücre/mikrolitre, mmol/L: milimol/litre, Na: Sodyum, N: Normality, PLT: Platelets, RBC: Red blood cell/ kırmızı kan hücresi, WBC: White blood cell/ beyaz kan hücresi

TARTIŞMA

Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Fizyolojik Alana İlişkin Saptanan Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı

Yeterli oksijenlenmenin sürdürülmesi: Akciğer sesleri veziküler, periferik siyanoz gözlenmedi, solunum sayısı 22-24/dk (Oksijen desteği yok), sekresyon atılımı yok, oksijen saturasyonu 96-98 aralığında idi. Solunum sistemi değerlendirmesi olağandı.

Yeterli besin alımının sürdürülmesi: Beslenmede isteksizlik, iştahsızlık tariflemektedir. Gelen yemeklerden iki kaşık yediğini ifade etmektedir. Antidiyabetik ve tuzsuz rejim III beslenmeye devam ediliyor. Rejime uymada zorluk çektiğini ifade etmektedir. Sağ alt extremite tibial ödem pozitifdir. Nutrisyonel Risk Skoru (NRS) 2002=0, Kilo: 68kg (21.12.2019), laboratuvar değerleri: albümin: 2.3 mg/dl, Total protein: 4.8g/dl (ameliyat sonrası 7.gün).

Aktivite/dinlenme dengesinin sürdürülmesi (Tablo 2): Hasta yürüme esnasında çabuk yorulduğunu, destekleyici araç kullanımında güçlük yaşadığını, yürürken düşeceğinden korktuğunu belirtmektedir. Uyku sorunu yaşadığını gece hiç uyuyamadığını, gündüz öğleden sonra saat 13:00-14:00 aralığında 3 saat uyuyabildiğini, ağrı ve girişimler nedeniyle uykuya dalmakta güçlük çektiğini ifade etmektedir. Kısa mesafe mobilizasyonda aktiviteye yönelik gözlenen tepki; Kalp atım hızı: 102/Dk, solunum sayısı ve SpO₂ (Oksijensiz): 32; 90'dır.

Korunma (Tablo 2): Yürümede denge kaybı, yardımcı

araçla yürüme, düşme korkusu, geçirilmiş ameliyat, invaziv yolların varlığı, antikoagülan kullanımının olması, düşme, enfeksiyon ve kanama yönünden riskli değerlendirildi. İtiki Düşme Riski: 24 (Yüksek Riskli).

Duyular (Tablo 2): Ağrı için VAS puanları: Saat 10:00=+6, Saat:11:00=+3, Saat 12:00=+4, Saat 16:00=+4. Güdük bölgesinde ağrı: Batıcı, yanıcı ağrı tariflemektedir (ameliyat sonrası 7.gün).

Sıvı-elektrolit: Hasta günde 2,5 litreye yakın su içtiğini ve 4-5 kez idrara çıktığını belirtti. Vücut ağırlığı: 68 kg (ameliyat sonrası 7.gün), deri turgoru: olağan, oral mukoz membran: olağan, mukozit: Grade 0 (Mukozit Sınıflandırma Ölçeği), laboratuvar bulguları (ameliyat sonrası 7.gün): RBC: 4.0 milyon hücre/mcL, Na:138mmol/L, K:4.5mmol/L, Ca:8.5 mg/dL, HGB: 11.35 g/dL, HCT: %33.7, ödem kontrolü: Alt extremite pozitifdir.

Nörolojik fonksiyonlar: Hasta baş dönmesi ve halsizlik tarif etmektedir. Yapılan ilk nörolojik muayenede nistagmus negatif, yatarken kan basıncı: 110/70 mmHg, otururken kan basıncı: 105/66 mmHg (koltukaltı yürüteç dolayısıyla ayakta kan basıncı ölçülemedi). Laboratuvar değerleri (ameliyat sonrası 7.gün) RBC 4.0 milyon hücre/mcL, HGB: 11.35 g/dL, HCT: %33.7, Na: 138 mmol/L, K: 4.5 mmol/L.

Endokrin fonksiyon: Hasta halsizlik, ağız içinde kuruluk, titreme tariflemektedir. Diyet uyumu ve ilaç kullanımını hakkında yeterli bilgisinin olmadığını ifade etmektedir.

Laboratuvar değerleri: Glikoz: Saat: 10:00-107 mg/dl, Saat:12:00-134 mg/dl, Saat: 16:00-86 mg/dl (ameliyat sonrası 7.gün).

Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Ben/Benlik Kavramına İlişkin Saptanan Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı

Fiziksel ben; kişinin beden imajı, görünüm ve duyu düzeyi (Tablo 3): Hasta uzun süredir kronik hastalıklar ile yaşamını idame ettiriyor. Tedaviye uyum sağlama konusunda isteksizliğinin olduğunu ifade etmektedir. İlk tanıyı duyduğunda korku ve üzüntü duyduğunu belirtti. Evde çocuklarına yük olacağını düşünmektedir. Ameliyat sonrası aynada kendine bakmadığını ve pansumanı açıldığında da bakmadığını ifade etmektedir.

Kişisel ben; idealler, ahlaki ve spritüel değerler (Tablo 3): Eşinin olmadığını, çocuklarına yük olma duygusunun kendisini kötü hissettirdiğinden bahsetmektedir. Gelininin de çalıştığını, evde kendisinin işlere daha önceden yardım ettiğini, şimdi işe yarayamayacağını düşündüğünü belirtmektedir. Hastane Anksiyete

ve Depresyon (HAD) Ölçeği Anksiyete Puanı:15, Depresyon ölçeği: 10'dur.

Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Rol Fonksiyon Alanına İlişkin Saptanan Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı

Hasta, yaşlanma ve hastalıkları nedeniyle ev işlerini yaparken bile zorluk yaşadığını, tek ayakla hiçbir işe yarayamayacağına dair endişelerinin olduğunu dile getirmektedir. Artık torunlarıyla da nasıl ilgileneceğini bilemediğini ifade etmektedir (Tablo 4).

Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Karşılıklı Bağlılık Alanına İlişkin Saptanan Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı

Değerler ve sosyal çevre (Tablo 4): Torunlarının kendisinin ayağından korkacağından endişelendiğini ifade etmektedir. Akrabalardan kimsenin görmesini istemediğini, ağrılarının hep olacağından korktuğunu belirtmektedir. HAD Ölçeği Anksiyete Puanı:15, Depresyon ölçeği: 10'dur.

Tablo 2. Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Fizyolojik Alana İlişkin Saptanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı

Fizyolojik Alan Uyarıları ³⁷⁻⁴⁰	Hemşirelik Tanıları	Hemşirelik Girişimleri ³⁷⁻⁴⁰	Değerlendirme	
Fizyolojik Alan Eliminasyon	1.Davranış: Hastanın bağırsak alışkanlığında değişim (-4 defekasyon günü)	Cerrahi girişim, kısıtlı mobilizasyona bağlı *Bireyin önceki barsak alışkanlıkları ve yaşam tarzı değerlendirildi (Hergün düzenli defekasyon çıkışı olduğunu ifade ediyor (En son defekasyon tarihi: ameliyat sonrası 0.gün, -4 defekasyon günü), flatus pozitif. *Risk faktörleri (immobilizasyon, opioid analjezik kullanımı, yetersiz beslenme ve sıvı alımı gibi) belirlendi ve gerekli eğitimler verilerek önlem alındı. *Fiziksel aktivitesi artırıldı ve aileye önemi anlatıldı. *Yatak içi ROM egzersizleri uygulandı. Yatak içinde sağlam bacağına dizden bükerek karnına çekme egzersizi 2 saatte 5-10 kez yapması sağlandı. *Abdominal fizik muayenede, hassasiyet, bağırsak sesleri, distansiyon gibi bulgular değerlendirildi. *Sıvı ve lifli gıdaların tüketimi (güne başlamadan kahvaltıda 30 dakika önce özellikle) ile ilk su veya kuru erik/ kayısı suyu gibi uyarıcıların kullanımı hakkında bilgi verildi. *Tuvaletini yaparken tek ayağından destek olarak perine kaslarının kontraksiyonunu sağlayabileceği konusunda bilgi verildi. Tek ayağını zemine tamamen yerleştirmesi, elleriyle klozetin yanlarından destek olarak öne doğru eğilmesi, alt abdomene nazikçe masaj yapması ve ıkmaması gerektiği anlatıldı. *Sıvı elektrolit değerleri risk açısından değerlendirildi. *Dışkılama isteği geldiğinde ertelemeyen karşılık vermesi gerektiği anlatıldı. *Evde bakım dahilinde, hastanın yaşam alanı içerisinde tuvaletin fiziki özelliği sorgulandı, klozet kullanımı konusunda bilgilendirildi.	Ameliyat sonrası 7.gün *Hasta sık mobilize olması ve yatak içi egzersizleri uygulaması için desteklenmiştir. Flatus pozitif, defekasyon negatif *Batın palpasyonu (olağan) *Bağırsak sesleri: 4/dk *Konstipasyon devam ediyor.	
	2.Odak Uyarı Amputasyon cerrahisi (ameliyat), fiziksel motilitede kısıtlılık, abdominal kaslarda güçsüzlük	'Konstipasyon'		
	3.Etkileyen Uyarı Kısıtlı mobilizasyon	Amaç: Hastanın bağırsak alışkanlığını normal şekilde sürdürmesi		
	4.Olası Uyarı Hastanın tuvaletini yapmayacağını düşünmesi			
Fizyolojik Alan Aktivite / dinlenme dengesinin sürdürülmesi	1.Davranış: Yorgunluk, halsizlik ve düşme korkusu nedeniyle kısıtlı mobilizasyon	Cerrahi girişim, yorgunluk, güçsüzlük ve ağrıya bağlı *Yatak içi pasif ROM egzersizleri uygulandı. *Aktivite intoleransın varlığı (Aktivite sırasında kalp hızının istirahat kalp hızından 20 vuruş/dk artışı; aktivite sonrası hızın 3 dakika içerisinde normale dönmemesi; aritmi, hareket ile kan basıncında değişiklikler) değerlendirildi. *Kısıtlı mobilizasyon sağlandı. *Solunum hızı, derinliği, şekli, akciğer sesleri ve saturasyonu değerlendirildi. *Hastanın yeterli istirahatının sağlanması için uygun koşullar (çevre gürültüsünü azaltma, hemşirelik girişimleri ve hasta aktivitelerini kesintisiz dinlenme periyodları sağlanacak şekilde planlama) sağlandı. *Aktivite planı düzenlendi. *Akut ağrı yönetimi sağlandı. *Mobilizasyon konusunda cesaretlendirildi. *Uzun süre aynı pozisyonda kalmaması yatak içinde veya oturma esnasında pozisyon değişim ve destek alma noktaları hakkında bilgi verildi. *Kaymaz tabanlı ve güvenli ayakkabı kullanımı gerekliliği açıklandı. *Yardımcı araç kullanımına teşvik edildi.*Aktivite için yeterli zaman ayırma, gerektiğinde dinlenme periyotları konusunda bilgilendirme yapıldı. *Laboratuvar bulguları anemi varlığı açısından değerlendirildi. *Problem hakkındaki kişisel bakış açısı ve kendi katılımını nasıl gördüğü sorgulanarak durumu nasıl algıladığı değerlendirildi. Hastane sürecindeki korkularını dile getiren hastanın evde bakım süreciyle ilgili endişeleri olduğu görüldü.	Ameliyat sonrası 7.gün Aktiviteye yönelik gözlenen tepki -Kısa mesafeli mobilizasyon -Aktiviteye yönelik gözlenen tepki Kalp atım hızı:102/dk Solunum: Mobilizasyon esnasında (O2'siz) SpO2 90. Solunum sayısı:32 Laboratuvar bulguları Rbc: 4.0 mh/mcL Na: 140 mmol/L K: 4.5 mmol/L Ca: 8.5 mg/dL Hgb: 11.35 Hct: %33.7 *Dinlenme ve mobilizasyon aralıkları tolerasyon durumuna uygun düzenlendi. Yardımcı araç kullanımıyla beraber 3 kez mobilizasyonu sağlandı.	
	2.Odak Uyarı Ameliyat bölgesi, güdük alanı	'Aktivite intoleransı'		
	3.Etkileyen Uyarı Hastanın eskisi gibi hareket edemeyeceğini düşünmesi, Anksiyete	Amaç: Cerrahi öncesi mobilite yeteneğine yardımcı araç kullanımıyla birlikte en erken dönemde ulaşmasını sağlamak		
	4.Olası Uyarı Ağrı ve hareketle artan yorgunluk tariflemesi VAS: Ameliyat sonrası 7gün Ağrı: Saat:10:00+6 Saat:12:00+4 Saat:16:00+4			

Tablo 2. (Devamı) Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Fizyolojik Alana İlişkin Saptanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı

Fizyolojik Alan Uyarımları ³⁷⁻⁴⁰	Hemşirelik Tanıları	Hemşirelik Girişimleri ³⁷⁻⁴⁰	Değerlendirme	
Fizyolojik Alan Koruma	1. Davranış: Yürümede isteksizlik ve ağırlık merkezi değişimine bağlı denge kaybı	Hastalık süreci, ilaç kullanımı ve mevcut duruma uyumsuzluğa bağlı "Düşme Riski"	*Ameliyat sonrası dönemde itaki düşme sklası ile risk değerlendirilerek düşme riski levhası asıldı. *Hasta odasının yalın olması sağlandı. *Kullanılan ilaçlar risk açısından değerlendirildi. *Mobilizasyon sırasında desteklendi ve kısıtlı mobilizasyon sağlandı. *Yürümesi esnasında hastaya uyum sürecine refakat edilmedi, yürümesi sırasında refakat edildi. *Gece odanın loş aydınlatmasının olması gerekliliği anlatıldı. *Gece su içme ya da tuvalete gitme gibi ihtiyaçlarını söylemesi konusunda cesaretlendirildi. *Güçük ucunun çarpmadan korunması için gerekli önlemler anlatıldı. *Hasta ve yakınlarının çevreye uyumu sorgulandı ve hangi durumlarda nasıl yardım isteyecekleri konusunda bilgilendirildi (çağrı butonu, aydınlatma düğmeler vb. hakkında). *Hastanın hareket alanının kayganlığı kontrol edilerek gerekli önlemler hastanede alındı ve aynı uygulamanın evde de yapılması konusunda bilgi verildi. *Evde bakım dahilinde, banyo ve tuvalette tutunma yerleri yapılması konusunda bilgi verildi. *Dağınıklık, kaygan zemin, küçük halılar ve diğer potansiyel tehlikeler konusunda ev halkı bilinçlendirilerek gerekli önlemleri almaları konusunda bilgilendirildi. *Hasta hekim tavsiyesine uygun D vitamini takviyesi ve kalsiyum alımı konusunda bilgilendirildi. *Kaygan tabanlı ayakkabı kullanılmaması, ayağına uygun ayakkabı, alçak topuklu ayakkabı kullanımı konusunda bilgi verildi. *Koltuk değneklerini ulaşabileceği mesafede bulundurulması konusunda bilgi verildi.	Ameliyat sonrası 7.gün *İtaki düşme skalası=24 *Düşme gerçekleşmedi. *Verilen eğitim hasta yakınlarının tekrar etmesi söylenerek değerlendirildi.
	2. Odak Uyarı Cerrahi girişim (ampütasyon), yardımcı araç kullanımına uyumsuzluk	Amaç: Hastayı travmalardan koruma ve travma riskini en aza indirme		
	3. Etkileyen Uyarı Ağrı, hareket etmede güçlük			
	4. Olası Uyarı Riskli ilaç kullanımı, Düşme korkusu			
Fizyolojik Alan Duyular	1. Davranış: Ağrı hissetmesi	Ameliyatta doku hasarı, kesilen sinir uçlarının postop-eratif dönemdeki hassasiyeti ve Fantom hassasiyetine bağlı "Ağrı"	Ameliyat sonrası 7.gün Saat:10:00: Analjezik ve solunum egzersizi birlikte uygulandı. Saat:11:00 = VAS+3 Saat:12:00 = izlemede VAS+4. Hasta ağrısının azaldığını ifade etti.	
	2. Odak Uyarı Ameliyat (ampütasyon)			
	3. Etkileyen Uyarı Anksiyete	Amaç: Ağrısının geçtiğini sözlü/sözsüz ifade etmesi, daha düşük puanlı ağrı skoru	*Hasta "VAS (Vizuel Analog Skal)" a göre değerlendirildi. *Ağrının yeri ve ağrıyı arttıran durumlar hastanın davranışlarıyla belirlendi. *Güçük yastıkla desteklenerek eleve edildi ve gerekliliği anlatılarak istirahat halinde mutlaka elevasyonun sağlanması konusunda bilgilendirildi. *Hastanın istem edilen opioid/nonopioid analjezikleri uygulandı. (Saat:10:00 Parol 500 mg tb.) *Hasta ve bakım verenlerle beraber evde kullanılacak analjezik ilaçlarla ilgili plan oluşturuldu. *Doktor tarafından reçete edilen analjezikler ve etkileşimleri için tüm ilaç profili değerlendirildi. *Akut ağrı sırasında kişinin dikkati farklı noktalara çekildi (solunum egzersizi uygulandı). *Evde de uygulayabileceği hastaya ağrıyı azaltıcı teknikler öğretildi (gevşeme teknikleri, derin solunum egzersizleri vs.). *Ağrıyı rahatlatıcı pozisyon verildi. (Güçük eleve edildi) *Elastik bandaj uygulaması ve gerekliliği anlatıldı.	
	4. Olası Uyarı Bireyin tedaviye rağmen iyileşemeyeceği düşüncesi			
Fizyolojik Alan Duyular	1. Davranış: İnsizyon bölgesi (Güçük bölgesi)	Cerrahi girişime bağlı "Deri bütünlüğünde bozulma"	Ameliyat sonrası 7.gün *Cerrahi insizyon bölgesi pansuman alanı olarak değerlendirildi (elastik sıkı bandaj). *Sistemik ve lokal enfeksiyon bulguları gözlenmedi. * Laboratuvar bulguları Rbc: 4.0 mh/mcL Albümin: 2.3 mg/dL Total protein: 4.8g/dL Na: 140 mmol/L K: 4.5 mmol/L Ca: 8.5 mg/dL Hgb: 11.35 Hct: %33.7 *Güçük bölgesinde ödem gözlenmedi. *Taburculuk planlanan hastada eğitimin etkinliği değerlendirilemedi.	
	2. Odak Uyarı Ameliyat (amputasyon)			
	3. Etkileyen Uyarı Güçük alanının açılacağı endişesi	Amaç: Bozulan deri bütünlüğünde hasarın azaltılması ya da giderilmesi	*Cerrahi insizyon bölgesi enfeksiyon belirtileri açısından dikkatle izlendi (pansuman değerlendirildi). *Yara yeri enfeksiyonu belirtileri hakkında hasta ve yakınına bilgi verildi. Günde en az bir kez bu yönde izlenmesi gerektiği söylendi. *Güçük ödem yönünden izlendi ve yastık yardımıyla eleve edildi. *Elastik bandaj uygulamasına devam edildi. *Doku nekroz belirtileri ve hematoma açısından izlendi. *Yara etrafında duyuşsal algılama ve ağrı değerlendirmesi yapıldı ve önemi anlatıldı. *Hasta güçük bölgesinin açılmasından korktuğunu ifade etti. Korkusuna yönelik güçük bakımı ve travmadan korunma ile ilgili eğitim verildi. *Yara iyileşmesi için gerekli besinler, beslenme şekli, yüksek kalorili ve proteinli besin tüketimi konusunda bilgi verildi. * Kan hemoglobin-albümin düzeyi ve serum elektrolitleri değerlendirildi. -Evde yara bakımı konusunda aşağıdaki eğitimler verildi: *Hasta ve yakınına pansuman değişimi ve yara değerlendirilmesi konusunda bilgi verildi. *Hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği anlatıldı (doku rengi, ısıyı değerlendirme, vücut ısısı takibi, insizyon bölgesi enfeksiyon bulguları v.s). * Yardımcı araç kullanımına bağlı aksillar bölgenin bası yarısı bakımından izlenmesi ve koruyucu önlemler hakkında bilgi verildi. *Güçük bakımı hakkında bilgi verildi (Güçük hergün kızarıklık, kabarma ve sıyrılmaya olup olmadığı yönünde izlenir, güdüğün her iki yanını ve yönünü izlemek için ayna kullanılır, güdük üzerinde doku bütünlüğünün bozulması potez kullanımını olumsuz etkileyeceği için oldukça önemlidir, kök üzerine temizlik ve konfor açısından pamuklu güdük çorabı önerilir, yara tamamen iyileştikten sonra güdüğün şişmesini önlemek için protezin hemen takılarak tüm gün kalması sağlanır, güçsüzlüğü ölemek için egzersizlere devam edilir).	
	4. Olası Uyarı Güçük bölgesinde doku hipoperfüzyon riski			

Tablo 3. Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Ben/Benlik Kavramına İlişkin Saptanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı

Ben/Benlik Kavramı Alan Uyarılanlar ³⁷⁻⁴⁰	Hemşirelik Tanıları	Hemşirelik Girişimleri ³⁷⁻⁴⁰	Değerlendirme
Ben/Benlik Kavramı	1.Davranış: Gerginlik, endişe tariflemesi	Ameliyat süreci, akut ağrı ve organ işlev kaybına bağlı	*İstemi yapılan analjezikler ve nonfarmakolojik (solunum teknikleri, müzik dinleme) yöntemlerle ağrı kontrolünün nasıl sağlanacağı konusunda bilgi verildi.
	2.Odak Uyarılan Kronik hastalıklar, cerrahi girişim	"Anksiyete"	*Fantom ağrısı ve kaynağı hakkında detaylı bilgi verilerek bu duygunun zamanla azalacağı düşüncesine vurgu yapılarak pekiştirildi.
	3.Etkileyen Uyarılan Amputasyon, fiziksel kısıtlılık, ağrı, uykusuzluk	Amaç: Bireyin anksiyete belirtilerini tanımlayarak duygularını ifade edebilmesi, anksiyetenin kontrol etme tekniklerinin öğrenilmesi ve kullanılması	*İlaçlarını doğru ve düzenli kullanımı hakkında bilgi verildi. *Hastanın duygularını ifade etmesi sağlandı (ilk tanısını duyduğunda çok korktuğunu ve üzüldüğünü ifade ediyor). *Anksiyete düzeyini belirlendi. HAD=12 *Soru sorması için cesaretlendirildi. *Evde çocuklarına yük olacağını ifade etmesi) Yakınlarıyla birlikte süreçle ilgili bilgi verildi. *Hastaya hastane süreci, güdük bakımı, protez kullanımı hakkında detaylı eğitim verilerek, soru sorması için desteklendi. *Anksiyete belirtilerini tanımlayabilen hastaya, belirtileri yoğun hissetmeye başladığında müzik aracı temin edilerek müzik dinlemesi önerildi. *Kendi kendine olumlu öğretilerek, cesaretlendirildi (kendi kendine olumlu konuşmaya teşvik edilerek durum örneklendirildi).
	4.Olası Uyarılan Evde rol performansında değişiklik		
			Ameliyat sonrası 7gün *Torunlarının ayağına görünce kendinden korkacağından endişe duyduğunu ifade etti. HAD Ölçeği Anksiyete Puanı:15, Depresyon ölçeği: 10
Fizyolojik Alan Uyarılanlar ³⁷⁻⁴⁰	Hemşirelik Tanıları	Hemşirelik Girişimleri ³⁷⁻⁴⁰	Değerlendirme
Ben/Benlik Kavramı	1.Davranış: Hastanın vücudu ile ilgili endişe duyduğunu ifade etmesi	Uzuv kaybı ile ilgili "Beden İmajında bozulma"	*Birey düşüncelerini ifade etmesi için uygun zaman aralığında desteklendi.
	2.Odak Uyarılan Cerrahi girişim		*Amputasyon, rehabilitasyon, güdük bakımı ve protez hazırlığı konularında bilgi düzeyi sorgulanarak doğru bildikleri desteklendi ve yanlış bildikleri düzeltildi.
	3.Etkileyen Uyarılan Organ kaybı	Amaç: Hastanın fiziksel görünüm ve vücut fonksiyonundaki değişime uyum sağladığını göstermesi, etkilenen beden kısmına dokunması, bakması gibi uyuma ilişkin olumlu davranış sergilemesi	*Protezler hakkında bilgi verildi. *Başka bir ampute hastayla iletişim planlandı. *Psikolog veya psikiyatri desteği alabileceği konusunda bilgilendirildi. *Aynada kendine uzun uzun bakmadığını, yarasına bakmadığını ifade etmesi üzerine protez konusunda bilgi verilerek örneklerle desteklendi. *Evde yara bakımına katılması için desteklendi. *Ailesinin eğitim ve bakımlara ortak katılımı sağlandı.
	4.Olası Uyarılan Fiziksel değişim başkaları tarafından tepki korkusu		
			Ameliyat sonrası 7gün *Etkilenen beden parçasına dokunmadığını ifade etti.

Tablo 4. Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Karşılıklı Bağlılık Alanına İlişkin Saptanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı

Karşılıklı Bağlılık Alan Uyarılanlar ³⁷⁻⁴⁰	Hemşirelik Tanıları	Hemşirelik Girişimleri ³⁷⁻⁴⁰	Değerlendirme
Rol Fonksiyon Alanı	1.Davranış: Fiziksel harekette bozulma, yorgunluk	"Rol Performansında Etkisizlik"	*Ailenin genel durumu değerlendirmesine yardım edildi.
	2.Odak Uyarılan Cerrahi girişim (organ kaybı)		*Doğru-tam bilgi vererek ve soruları yanıtlayarak, gerçekçi bir bakış açısına sahip olması için aile cesaretlendirildi.
	3.Etkileyen Uyarılan Ağrı, düşme riski	Amaç: Gerçekçi rol algısını tanımlayabilmesi, olağan rolleri yerine getirememenin yol açtığı sorunları kabul etmesi, değişen rollerle birlikte uygun davranış sergileyebilmesi	*Aile üyeleri hasta bireyin bakımına (beslenme, banyo, giyindirme, gezdirme) katılması için desteklendi. *Aile üyeleri suçluluk, öfke, suçlama gibi duygularını sözel olarak ifade etmesi doğrultusunda cesaretlendirildi. *Hastalık deneyiminin doğal bir parçası olan depresyon, anksiyete ve bağımlılık belirtileri konusunda aile üyeleri hazırlandı. *Kaygı sebepleri sorgulandı. Ev işleri ile ilgilenememek ve torunları ile vakit geçirememek olduğunu ifade eden hastaya protez kullanımıyla yapabileceği işler hakkında bilgi verildi. ³⁶⁻³⁹
	4.Olası Uyarılan Ailedeki rol ve sorumluluklarını sürdürme kapasitesindeki değişim düşüncesi		
			Ameliyat sonrası 7gün **Artık torunlarıyla ve ev işleriyle ilgilenemeyeceğini ifade ediyor.
Karşılıklı Bağlılık Alan Uyarılanlar ³⁷⁻⁴⁰	Hemşirelik Tanıları	Hemşirelik Girişimleri ³⁷⁻⁴⁰	Değerlendirme
Karşılıklı Bağlılık Alanı	1.Davranış: Kimsenin kendisini görmesini istemediğini ifade etmesi	Cerrahi girişim, organ kaybı, yorgunluğa bağlı "Sosyal İzolasyon"	*Cerrahi işlem sonrası tedavi ve hastalığa uyum sürecine ilişkin bilgilendirme yapıldı.
	2.Odak Uyarılan Cerrahi girişim (organ kaybı)		*Uygulanan tedavi ve taburculuk sonrası verilecek eğitimin etkin uygulanmasını hastanın eski sosyalliğine dönmelerini kolaylaştıracağı açıklandı.
	3.Etkileyen Uyarılan Ağrı, yorgunluk, anksiyete	Amaç: Birey izolasyon duygularını tanımlayabilmesi, başkalarıyla iletişim için gerekli iletişim becerilerini deneyimleyebilmesi	*Sosyal etkileşim engelleri ağrı, anksiyete ve organ işlev kaybı olarak değerlendirildi. Bu engellere yönelik sorular sorularak endişelerinin açığa çıkarılması konusunda desteklendi. *Çok özlediği görmek istediği yakın arkadaş ya da akrabasının kendisini ziyaret etmesi için araması sağlandı. *Hastanın tedaviye uyumunun önemi tekrar vurgulandı. *Hasta duygularını rahatça açıklanması konusunda desteklendi. ³⁶⁻³⁹
	4.Olası Uyarılan Torunlarının kendisinden korkacağını düşünmesi		
			Ameliyat sonrası 7gün *Kuzenini arayarak taburcu olduğunda gelmesini istedi.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Alligood'un "Bir mesleğin gelişip ilerleyebilmesi, bilgi birikiminin sistemli olarak teori ve uygulama ile birlikte irdelenmesi ile olasıdır. Uygulamasız kuram boş, kuramsız uygulama ise kördür" sözü, yirmibirinci yüzyıl hemşirelik uygulamalarına bilimsel yapı kazandırmada önemlidir (41). Bu makalede transtibial amputasyon ameliyatı olan hastanın Roy Adaptasyon Modeli'ne göre verileri toplanmış, değerlendirilmiş, bakım planı hazırlanmış ve uygulanmıştır. Hasta bakımında model ve teorilerin kullanılması, hemşirelik girişim ve bakım programlarının etkinliğini artırır.

Amputasyon travmatik bir olaydır ve kayıplardan sonra ciddi boyutta yas tepkileri görülebilir. Fiziksel ve psikososyal değişime uyum ancak bütüncül yaklaşımla sağlanabilir. Klinisyen hemşirelerin uygulamada RAM kullanabilmeleri bütüncül bakımı geliştirmelerine katkı sağlayarak bakımın kalitesini arttırmada etkili olabileceği düşünülmektedir. Kısaca, RAM temelli hasta bakımı ve eğitimi, alt ekstremitte ampute hastalarının komplikasyonlarının yönetilmesine ve hastalar arasında başatma stratejileri geliştirilmesine ışık tutacaktır. Bu hastaların bakımlarında RAM kullanarak amputasyon cerrahisinin neden olduğu uzun dönem komplikasyonları ve zorlukları çözmek için yeni bir bilgi ve kavrayışa ulaşabiliriz. Ayrıca hizmet veren multidisipliner ekibin uyarlanabilir başa çıkma stratejilerini geliştirmek için RAM bakım modeli kullanılabilir.

Çıkar çatışması - Conflict of interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan ederler. -The authors declare that they have no conflict of interest.

Yazarlık katkısı - Author contributions: Çalışmanın tasarımı: GK; Çalışma verilerinin elde edilmesi: GK; Verilerin analiz edilmesi: GK; Makale taslağının oluşturulması: GK; İçerik için eleştirel gözden geçirme: GK, SK, GY; Yayınlanacak versiyonun son onayı: GK, SK, GY. -Study design: GK; Data collection: GK; Data analysis: GK; Draft preparation: GK; Critical review for content: GK, SK, GY; Final approval of the version to be published: GK, SK, GY.

Maddi Destek-Financial support: Yazarlar maddi destek almadıklarını beyan ederler. -The authors declare that they received no financial support.

KAYNAKLAR

- Hedhli J, Kim M, Knox HJ, Cole JA, Huynh T, Schuelke M, et al. Imaging the landmarks of vascular recovery. *Theranostics*. 2020;10(4):1733-1745.
- Mehler PS, Coll JR, Estacio R, Esler A, Schrier

W, Hiatt WR. Intensive blood pressure control reduces the risk of cardiovascular events in patients with peripheral arterial disease and type 2 diabetes. *Circulation*. 2003;107(5):753-6.

3. Aközer M, Nuhurat C, Say Ş. Türkiye'de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2011;27(27):103-128.

4. Waters RE, Terjung RL, Peters KG, Annex BH. Preclinical models of human peripheral arterial occlusive disease: Implications for investigation of therapeutic agents. *Journal of Applied Physiology*. 2004;97(2): 773-780.

5. European Society of Cardiology, (ESC). 2017 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, developed in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *European Heart Journal*. 2017. doi: 10.1093/eurheartj/ehx095.

6. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-1602.

7. Song P, Rudan D, Zhu Y, Fowkes FJI, Rahimi K, Fowkes FGR, et al. Global, regional, and national prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2015: an updated systematic review and analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(8):e1020-e1030.

8. Conte MS, Pomposelli FB, Clair DG, Geraghty PJ, McKinsey JE, Mills JL, et al. Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: management of asymptomatic disease and claudication. *Journal of Vascular Surgery*. 2015;61(3):2-41.

9. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink M-LEL, Björck M, Brodmann, M, Cohnert, T, et al. ESC guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *European Heart Journal*. 2018;39(9):763-816.

10. Akdemir R, Vatan BM. 2017 Avrupa Kardiyoloji Derneği Periferik Arter Hastalığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu'nun getirdiği yenilikler. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2018;45(8):681-686.

11. Ekin G, Bakır İ. Evaluation of publications on cardiovascular and peripheral vascular diseases within the frame of scientific publication indicators. *Interventional Cardiology Review*. 2015;1(1):1-31.

12. Başal Ö, Korkmaz S, Türk B. Amputasyonlar. Atay T, editör. Ortopedi ve Spor Yaralanmaları Asistan El Kitabı. Ankara: Derman Tıbbi Yayıncılık; 2015. s. 856-858.
13. Prompers L, Schaper N, Apelqvist J, Edmonds M, Jude E, Mauricio D, et al. Prediction of outcome in individuals with diabetic foot ulcers: Focus on the differences between individuals with and without peripheral arterial disease. The Eurodiale Study. *Diabetologia*. 2008;51(5):747-755.
14. Saltoğlu N, Kılıçoğlu Ö, Baktıroğlu S, Oşar-Siva Z, Aktaş Ş, Altındaş M, ve ark. Diyabetik ayak yarası ve infeksiyonunun tedavisi, tedavisi ve önlenmesi: Ulusal uzlaşma raporu. *Klimik Dergisi*. 2015;28(Ek 1):2-34.
15. Berli MC, Wanivenhaus F, Kabelitz M, Götschi T, Böni T, Rancic Z, et al. Predictors for reoperation after lower limb amputation in patients with peripheral arterial disease. 2019;48(5):419-424.
16. Jarvis HL, Bennett AN, Twiste M, Phillip RD, Etherington J, Baker R. Temporal spatial and metabolic measures of walking in highly functional individuals with lower limb amputations. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*. 2017;98(7):1389-99.
17. Fortington LV, Geertzen JH, van Netten JJ, Postema K, Rommers GM, Dijkstra PU. Short and long term mortality rates after a lower limb amputation. *European Journal Vascular and Endovascular Surgery*. 2013;46(1):124-131.
18. Baykara ZG. Hemşirelik bakımı kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*. 2014;1(2):92-99.
19. Ögce F. İskelet sistemi hastalıkları: Bacak amputasyonları. Aslan EF, editör. *Cerrahi Bakım, Vaka Analizleri ile Birlikte*. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2015. s. 871-907.
20. Quigley M, Dillon MP. Quality of life in persons with partial foot or transtibial amputation: A systematic review. *Prosthet Orthot Int*. 2016;40(1):18-30.
21. Beyaz, S. Ortopedik cerrahi sonrası erken dönem hastane mortalitesi ve etki eden faktörler. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44(3):977-983.
22. Kayseriliolu G, Koçaşlı S. Kolorektal kanser cerrahisinde sıvı tedavisinin önemi. Tam metin bildiri, *Uluslararası Ahi Evran Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongresi*, Kırşehir; 2019.
23. Fawcett J. The nurse theorists: 21 st century updates-Martha E. Rogers. *Nursing Science Quarterly*. 2003;16(1):44-51.
24. Roy C. Research based on the Roy adaptation model: Last 25 years. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(4):312-20.
25. Açıl H, Aygin D. Perianal doku kaybı olan bir travma vakasının Roy adaptasyon modeline göre incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(4):313-319.
26. Yeşilçınar İ, Acavut G, Şahin E. Perinatal kayıp yaşayan kadına yönelik Roy uyum modeline göre hazırlanan hemşirelik bakım planı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2019;35(2):85-92.
27. Masters K. *Nursing theories: a framework for professional practice*. Second edition. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2015.
28. Pektekin Ç. *Hemşirelik felsefesi. Kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013.
29. Veliolu P. *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. s.117-120.
30. Barış N, Karabacak BG, Ecevit AŞ. Roy adaptasyon modeline göre bir hemşirelik bakım planı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;31(2):130-139.
31. Roy C. *The Roy adaptation model*. 3rd ed. New Jersey Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health; 2009. p. 35-50.
32. Arani ZA, Taghavi T, Shrfi N. The impact of maternal education on children's social adjustment in educable mentally retarded based on the theory of adaptation. *Academic Journal of Feyz*. 2012;16(2):128-134.
33. Akyıl RC, Ergüney S. Roy's adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(5):1063-75.
34. Kacarolu Vicdan, A, Karabacak BG. Hemşirelik modellerinden: Roy adaptasyon modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;5(4):255-259.

35. Afrasiabifar A, Karimi Z, Hassani P. Roy's adaptation model-based patient education for promoting the adaptation of hemodialysis patients. *Iran Red Crescent Med J*. 2013;15(7):566-72.
36. Nouraei MH, Javdan M, Nouraei F, Mohebbi DA, Safdari F. Study of stump problems of lower limb amputation in war casualties. *Iranian Journal of Orthopaedic Surgery*. 2014;12(2):47-51.
37. Gürhan N, Polat GÜ, Fidancı EB. Hemşirelik tanıları el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s. 88-471.
38. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA international nursing diagnoses: definitions and classification 2018–2020. Oxford, Wiley Blackwell; 2017.
39. Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2016.
40. Yılmaz E, Hanoğlu Z, Erdemir F. Hemşirelik sonuçları sınıflaması-NOC. Birol L, editör. Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 1. Baskı. İzmir:Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd Şti.; 2010. s. 92-147.
41. Alligood MR. The nature of knowledge needed for nursing practice. In: Alligood MR, Tomey AM, eds. *Nursing theory: Utilization and application*. 3rd. edition. 2006.