

Roy Uyum Modeli'ne Temellendirilmiş Total Diz Protezi Ameliyatına Hazırlık Programı

Hale TURHAN DAMAR*, Özlem BİLİK**

Özet

Giriş: Kavramsal modellerin değeri, hemşireliğin temel kavramlarına ortak bir anlam getirmeleridir. Bu katkının sağlanması için bir teori ya da modelin, uygulamalarda rehber olarak kullanılması önemlidir. Roy Uyum Modeli bu modellerden birisidir. Bireylerin, ailelerin ve grupların uyum gereksinimlerini belirlemede büyük rol oynayan bu model, insanın adaptif sisteminde ve çevresinde meydana gelen değişimlere odaklanmaktadır. Fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağımlık alanları olmak üzere dört uyum alanını içeren Roy Uyum Modeli'nde insan, çevresiyle sürekli etkileşim halinde olan ve uyarılardan etkilenen biyopsikososyal bir oluşum olarak tanımlanmaktadır. Bu makalede osteoartrit nedeniyle Total Diz Protezi ameliyatı endikasyonu olan hastaların ameliyat öncesi hazırlığı ve hemşirelik bakımına yönelik video eğitiminin içeriği Roy Adaptasyon Modeli çerçevesinde açıklanmıştır.

Anahtar sözcükler: Total Diz Protezi, Ameliyata Hazırlık, Video Eğitimi, Roy Uyum Modeli, Hemşirelik.

The Total Knee Replacement Surgery Preparation Program is Based on Roy Adaptation Model

The value of conceptual models in nursing which is bring a common meaning to the basic concepts of nursing. This contributes to provide, it is important that using a theory or model as a guide in practices. Roy Adaptation Model is one of these models. The model which plays a major role to determine for adaptation needs of Individuals, families and groups is focused on the changes that occur in adaptive system of human and his environment. A human is defined as biophysicosocial formation which affects from stimulus and being in constant interaction with the environment in Roy Adaptation Model is consist four dimensions of adaptation which are included physiologic, self-concept, role function and interdependence modes. The content of video education within the framework of the Roy Adaptation Model related pre-operative preparation and nursing care of patients who have an indication of total knee replacement surgery due to osteoarthritis is described in this article.

Keywords: Total knee replacement, Surgical preparation, Video education, Roy Adaptation Model, Nursing.

Geliş tarihi:10.09.2014 Kabul tarihi: 01.10.2014

Total Diz Protezi (TDP) ameliyatı hastayı ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan etkilediğinden, hastaların bu ameliyata hazırlığı önemlidir (Lucas, 2007; Turhan, 2012). Cerrahi hemşirelerinin önemli sorumluluklarından biri olan ameliyat öncesi dönem; fiziksel, psikolojik ve sosyal hazırlığı içermektedir (Lucas, 2007). Etkili bir TDP ameliyatına hazırlık programı; hastaların fonksiyonel durumunu, iyileşme sonuçlarını ve yaşam kalitesini arttırmaktadır. Ameliyat öncesi hazırlık; ameliyat öncesi ve sonrası verilen eğitimin yanısıra fizik tedavi seansları, anestezi öncesi değerlendirme ve bireyin yaşamını sürdürebilmesi için maddi durumunu planlama konusunda desteklenmesini de kapsamaktadır (Lucas, Cox ve Perry, 2013). Ameliyata hazırlık programlarının önemli bir boyutu olan eğitim, hastanın yalnızca o andaki sağlık durumunu anlaması değil, sağlık bakımı ile ilgili uygun kararları alabilmesi ve en iyi sağlık düzeyine ulaşmak için gerekli değişiklikleri yapabilesidir. Bu eğitimde hemşireler önemli rol oynamaktadır (Walker, 2012). Hemşireler eğitim yoluyla hastaların yaşamlarında uzun süreli değişiklikler yapabilecek ve olumlu yönde etkileyebilecek potansiyele sahiptir. Hemşire eğitimin içeriğini oluştururken hastanın ameliyat sonrası yaşamını etkileyecek değişikliklere uyum sağlamasını, kendi bakım sorumluluğunu almasını ve sağlığını mümkün olan en üst düzeye çıkarmasını sağlayacak düzeyi gözönünde bulundurur (Syx, 2008).

Ameliyat öncesi eğitimin; hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinin artması, bakım sürekliliğinin daha iyi olması, anksiyetenin ve olası komplikasyonların azalması, bağımsızlığın ve gücün en üst düzeye ulaşması gibi birçok yararı bulunmaktadır (Ethgen 2004; Syx, 2008). Ameliyat öncesi yapılan bilgilendirme; hastanın ameliyat hakkında daha bilgili olmasını ve sürece hazırlanmasını sağlarken; diğer yandan ameliyathaneye alınmadan önce hasta ile hemşire arasındaki etkileşimin güçlenmesini sağlar (Chetty ve Ehlers, 2009).

Bazı ülkelerde ameliyata hazırlık süreci ameliyat öncesi kabul kliniklerinde gerçekleştirilmektedir (Lucas ve Sample, 2001; Malkin, 2000; Walker, 2012). Ameliyat öncesi kabul kliniklerinin temel amacı hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan gereksinimleri belirlemek ve ameliyata hazırlamaktır. Burada çalışan hemşireler hastanın ameliyat için uygun olmadığı durumlarda ameliyatı erteleyebilmektedir. Bu birimlerde özellikle planlanan ameliyat, hastanede kalma ve rehabilitasyon süreci hakkında verilen eğitimlerin yanısıra değerlendirme, hemşire hasta etkileşimi ve girişimler ön plana çıkmaktadır (Malkin, 2000). Lucas ve Sample (2001) ameliyata hazırlık kliniklerinde; hastanın fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan değerlendirildiğini; hemşire ile arasında sürekli iletişimin sağlandığını, gereksinimlere göre uygun girişimlerin planlandığını ve uygulandığını belirtmiştir. Ameliyat öncesi hazırlık programı sonucunda hastaların anksiyetesinin, ağrısının ve analjezik kullanımının daha az olduğu; memnuniyetinin, özetkililik ve öz bakım yeteneklerinin arttığı; ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerini (GYA) daha iyi yerine getirdiği ve hastanede kalma süresinin kıaldığı belirlenmiştir (Goh ve Chua, 2014; Johansson, Nuutila, Virtanen, Katajisto ve Salanterä, 2005; Johansson, Salanterä, Kajatusu ve Leino-Kilpi, 2004; Malkin, 2000; McDonald, Hetrick ve Green, 2008).

*Araş.Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi e-mail: hale.turhan1986@gmail.com, **Yard.Doç.Dr.

Hemşirenin yürüttüğü ameliyata hazırlık programlarının hastanın uyumunu olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Hemşirelik kuramları ya da modelleri temel alınarak yapılandırılan ameliyat hazırlığı; hastanın bakım planını oluşturma, uygulama ve değerlendirme aşamalarında sistematik yaklaşımı kolaylaştırmaktadır. Kuramlar doğrultusunda yürütülen hasta ve aile eğitimi en iyi sonuçlara ulaştırırken; hemşirelere her bir hastasına uyarlayabilecekleri araçları kullanmaları için bir çerçeve oluşturmaktadır (Lucas, Cox, Perry ve Bridges, 2013; Roy, 2009; Syx, 2008).

Ortopedi hastaları diğer hastalara göre hastanede daha uzun süre kalmaktadır (Edwards, 2003). Ancak teknolojinin, protez ameliyat malzemelerinin ve anestezinin gelişmesi; artoplastik cerrahiye çok büyük katkılarda bulunarak hastaların hastanede kalma sürelerini önemli ölçüde azaltmıştır (Montin, Johansson, Kettunen, Katajisto ve Kilpi, 2010). Bunun yanısıra ameliyat öncesi hazırlık eğitimlerinin; hastanın anksiyetesini ve hastanede kalma süresini azalttığı, memnuniyeti artırdığı ve ameliyat sonrası hasta sonuçlarını geliştirdiği belirtilmiştir (Goh ve Chua, 2014; Kruzik, 2009; Lewis, Gunta ve Wong, 2002; McDonald ve ark., 2008). Johansson ve arkadaşları (2005) TDP ameliyatı öncesi verilen eğitimin ameliyat sonrası hasta sonuçlarına etkisini değerlendirdikleri sistematik incelemede; ağrı ve anksiyetenin azaldığını, özetkililiğin arttığını, hastanede kalma süresinin ise etkilenmediğini belirlemişlerdir. McDonald ve arkadaşlarının (2008) diz protezi ameliyatı öncesi uygulanan eğitime ilişkin yaptığı sistematik incelemede; ameliyat sonrası ağrı, fonksiyonel durum ve hastanede kalma süresinde değişiklik olmadığı ancak hastaların anksiyetesini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir.

Total Diz Protezi ameliyatı öncesi verilen eğitim, ameliyat konusunda belirsizliği azaltmanın yanısıra taburculuğa hazırlanışı kolaylaştırmaktadır (Kagan ve Barta, 2008). Hasta gereksinimlerinin karşılanmadığı bir hazırlık dönemi ve planlı yapılmayan eğitim; ameliyat sürecinde olumsuz etkileri olacak ve hemşirelik bakım kalitesini düşürecektir. Ameliyat sonrası dönem sonuçlarının daha iyi olması için hazırlık döneminde belirli konularda eğitim verilmelidir (Chen, Chen ve Lin, 2013; Kruzik, 2009; Wood, Douglas ve Priest, 2004). Bu eğitimin multidisipliner şekilde yürütülmesi gerektiği belirtilmiştir (Kearney Jennirch, Lyons, Robinson ve Berger 2011). Eğitim içeriğinin hastanın en iyi sonuçlara ulaşmasını sağlayacak yapıda olması önemlidir. Bir sistematik inceleme yetişkin hastaların ameliyat öncesi eğitim içeriğinin; yara bakımı, ağrı yönetimi, fiziksel aktivite, ameliyat sonrası özbakım, toplumsal kaynaklar ve ameliyatın psikososyal yönü olması gerektiğini vurgulamıştır (Heikkinen, Leino-Kilpi, Hiltunen, Johansson, Kljonen, ve Rankinen 2007; Suhonen ve Leino-Kilpi, (2006). Goh ve Chua'nın (2014) makalesinde diz ve kalça protezi ameliyatları için kanıta dayalı uygulamalara göre ameliyat öncesi eğitimin; osteoartrit tanımı, ameliyat endikasyonları ve ameliyat sonrası hemşirelik bakımına ilişkin (*ağrı yönetimi, yara bakımı, komplikasyonlar, evde ne yapılıp ne yapılmayacağı hakkında bilgilendirme*) konuları içermesi gerektiği belirtilmiştir. Hasta eğitim içeriği oluşturulurken onların bilgi gereksinimlerinin saptanması önemli bir konudur. Montin ve arkadaşları (2010) TDP ameliyatı olan hastaların osteoartrit belirti bulguları, protez, tedavi ve komplikasyonlar hakkında daha çok bilgi almak

istediklerini; finansal konularda ise bilgi gereksinimlerinin daha az olduğunu belirlemiştir. Bu çalışmada kullanılan veri toplama aracı altı ana başlıktan oluşmuştur. Bunlar; biyofizyolojik (*hastalığın belirti ve bulguları, tetkikler, tedavi ve komplikasyonlar*), fonksiyonel (*GYA, mobilizasyon, beslenme, hijyen, araçlar ve amaç*) yaşamsal/deneyimsel (*hastane hakkında bilgilendirme, yaşayacağı duygular hakkında bilgi*), etik (*karar verme süreci, hasta güvenliği, hastanın doğru ve yanlışları*), sosyal (*yakınlarının sosyal desteği, aile ve diğer grup destekleri*) ve finansal (*rehabilitasyon, ilaç ücretinin nasıl karşılanacağı ve sosyal güvenlik*) alanlarla ilgili konulardır. Johansson ve arkadaşlarının (2003) eğitimde odaklandıkları üç ana alanın %80 bilişsel, %76 fonksiyonel ve %48 biyofizyolojik alan olduğu belirlenmiştir. Bilişsel güçlendirmede hastaya protez hakkında verilen eğitim yer alırken; fonksiyonel güçlendirmede GYA, hastalık ve bakım hakkında hastaların yapabileceklerine yer verilmiştir. Hastalar sosyal, maddi ve deneyimsel konulara daha az ilgi göstermişlerdir. Bir başka çalışmada hastaların enfeksiyon belirtileri ve önlenmesi hakkında bilgi gereksinimleri ön plana çıkmıştır (Johansson ve ark., 2002). Sosyoekonomik ve finansal durumla ilgili konuların da hasta eğitimi içinde yer alması gerekmektedir. Fakat Johansson ve arkadaşları (2002) hastaların en az bilgi almak istediği konuların sosyal destek, finansal durum ve etik olduğunu; hastaların bakımları (%67), yapılan tetkikler (%60), gelecekteki bakımları (%60), oluşabilecek problemler (%25) ve yan etkiler/kötü etkiler (%23) hakkında bilgi sahibi olmak istediklerini saptamıştır. Ameliyat sonrası dönemdeki hastaların taburculuk sonrası tedavileri, oluşabilecek komplikasyonlar ve evde bakımını yürütebilme hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı bilinmektedir (Fagermoen ve Hamilton, 2006). Total Diz Protezi yapılacak olan hastalar ameliyatın yanısıra taburculuk sonrası GYA, oluşabilecek komplikasyonlar, fiziksel sınırlılıklar, egzersizler/rehabilitasyon ve özbakımları hakkında bilgi almak istemektedir (Johansson ve ark., 2002; Johansson ve ark., 2007). Şendir ve arkadaşları (2013) TDP ameliyatından sonra hastaların tedavi ve komplikasyonlar, GYA ve ilaçlar hakkında taburculuk eğitimi almak istediklerini belirtmiştir.

Eğitimin etkili olması için hemşireler kişinin öğrenme stillerini ve tercihlerini değerlendirmelidir. Ayrıca ameliyat öncesi eğitim; hastanın gereksinimlerini öğrenmeyi ve eğitim stratejileri oluşturmayı sağlamalıdır (Lewis ve ark., 2002). Eğitimin uygulanma şekli de önemli olan diğer bir unsurdur. Hasta eğitimlerinin farklı içerik ve araçlarla verilmesi sonuçları değiştirebilmektedir (Rankinen ve ark., 2007). Uygulanan eğitimlerin özellikle yazılı materyal ve sözel sunum olduğu, video ve bilgisayar kullanımının az olduğu belirtilmiştir. Video, bilgisayar ve internet kullanımının hastanın eve gitmeden önce ve eve gittikten sonra eğitim materyali olarak kullanılabilir olması açısından daha önemli olduğu vurgulanmıştır (Chen ve ark., 2013; Johansson ve ark., 2002). Video ile sunulan eğitimin yazılı veya sözlü diğer eğitimlere göre daha etkili ve kalıcı olduğuna dikkat çekilmiştir (Uesugi, 2013; Yeh, Chen ve Liu, 2005). Videolar; görsel ve işitsel öğelerin ve karmaşık bilgilerin zihinde canlandırılmasının yanısıra kolay kavranmasına yardımcı olmaktadır (Yıldırım ve Özmen, 2012). Video eğitimi alan hastaların ameliyat sonrası dönemde çevreye ve değişen yaşam tarzına daha rahat uyum sağladığı, ayrıca rehabilitasyon sürecinde

hastaların motivasyonlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Uesugi, 2013). Total diz protezi ameliyatı uygulanan hastalar görsel eğitimlerin belirti ve bulgular ile komplikasyonlar hakkındaki bilgilerini arttırdığını; ameliyattan sonra özellikle rehabilitasyon konusunda daha fazla bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca TDP ameliyat öncesi eğitimin video ile verilmesi sonucu; hastaların ameliyattan sonra GYA'ni ve bakımlarını kendilerinin daha fazla üstlendiği (Goh ve Chua, 2014; Uesugi, 2012), özetkilik ve fonksiyonel aktivite düzeyinde artış olduğu belirlenmiştir (Yeh ve ark., 2005). Video eğitim içeriği; bütüncül bakım vermeyi sağlayan hemşirelik modellerinden RUM'a göre yapılandırıldığında, hastalar daha kolay uyum sağlayabilir. Hemşireler; güven ilişkisi içerisinde bakım ve konforu sağlamaları, kanıta dayalı uygulamaları kullanmaları, risk yönetimini yapabilmeleri, eğitim becerilerini kullanabilmeleri, çevreyi hasta adına uygun hale getirmeleri sonucu uyumu geliştirebilirler (Ouellet, Hodgins, Pond, Knorr ve Geldart 2003; Santy 2001; McDonald ve ark., 2008; Su, Tsai, Chen ve Chen 2010; Wright, Santaguida, Young, Hawker, Shemitsch ve Oven 2010).

Video eğitim içeriğinin modele göre yapılandırılmasının diğer bir önemli boyutu da ortopedi hemşireliğinin bütüncül yaklaşımını öne çıkarmasıdır. Böylece bireye ilişkin toplanan verilere bir bakış açısı getirilerek uygun girişimler planlanıp değerlendirme yapılabilir (Velioğlu, 2012). Araştırmacılar, beklenen hedeflere ulaşabilmek için hemşirelik uygulamalarında teori ve model kullanımının etkili olduğunu belirtmektedir (Fawcett, 2005). Çünkü teoriler bir davranış etkileyebilecek faktörleri bir bütün şeklinde görmeyi ve hedefe ulaşmak için seçilecek yolları belirlemeyi sağlamaktadır (Alligood ve Tomey, 2006; Fawcett, 2005). Ayrıca model kullanımı, uygulamada sorunların araştırılmasına yön vererek çözüm önerileri geliştirilmesini, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik rolüne ve uygulamalarına odaklanmasını ve bakımın sistematize olmasını sağlar (Lucas ve ark., 2013; Velioğlu, 2012). Bu nedenle bir teori ya da modelin, uygulamalarda rehber olarak kullanılması önemlidir. Modeller, uygulamada en çok hemşirelik sürecinde verilerin analizi ve karar verme aşamasında kullanılmaktadır. Roy Uyum Modeli'ne göre, temel hemşirelik bilgisi insanların değişik yaşam durumlarına uyumunu anlamaya yöneliktir. Yurtdışında farklı alanlarla ilgili ameliyat öncesi hazırlık çalışmaları yer almaktadır (Malkin, 2000; Johansson ark. 2003). Ancak literatürde TDP ameliyatı planlanan hastalara özgü RUM'a göre hazırlanmış ameliyata hazırlık programı ile karşılaşmamıştır. Ülkemizde de hemşirelik literatüründe TDP hastalarında ameliyat öncesi hazırlık programı ve RUM'un kullanımına ilişkin bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Hemşirelik bakımında model kullanımı konusunda ortopedi hemşirelerine rehberlik etmesi amacıyla bu derlemede RUM temel alınarak TDP ameliyatına hazırlık programının nasıl uygulanabileceği incelenmiştir.

Roy uyum modeli

Sister Callista Roy'un geliştirdiği Roy Uyum Modeli (RUM) "uyum" kavramına odaklanmıştır. İnsan için yaşam asla aynı devam etmez, olumlu ve olumsuz yönde sürekli değişir (Roy, 2009). Roy Uyum Modeli'ne göre uyum; iç ve dış çevre ya da ortamdaki değişikliklere bireyin/grupların olumlu yanıt vermesidir (Fawcett, 2005). Bu modelde **insan**; "değişen bir çevrede devamlı büyüyen

ve gelişen adaptif bir sistem" olarak tanımlanmıştır. Roy, her insanın içinde var olan "yaratma" gücünü hemşirenin ortaya çıkarması gerektiğini vurgular (Roy 2009; Thibodeau 1983). Temel amaç hemostazisin sürdürülmesidir. Bunun için iç ve dış uyarılara karşı uyum yanıtlarının verilmesi gerekir. Bu uyum yanıtının verilmesinde iki önemli başetme sistemi yer almaktadır. Birey bu uyarılara uyum sağlayabilmek için başetme mekanizmalarını kullanır. Bireyde doğuştan var olan ve sonradan edindiği başetme sistemleri, RUM'da düzenleyici (regülatör) ve bilişsel-duygusal (kognatör) olarak iki şekilde tanımlanmıştır. Çevresel etkiler insanın başedebileceği sınırı aştığında, sistem görevini yerine getiremediğinden sağlık bozulur. Hemşire; ilk karşılaştığı andan itibaren davranışları değerlendirerek bireyin uyumlu davranış göstermesine yardımcı olur (Roy, 2009). Gözlenebilen davranışlar, modelin *fizyolojik (physiological)*, *benlik kavramı (self-concept)*, *rol fonksiyonu (role function)* ve *karşılıklı bağıllık (interdependence)* uyum alanlarını (adaptive modes) oluşturmaktadır.

Fizyolojik alanda yer alan davranışlarda sistemin fiziksel bütünlüğünün sürmesini amaçlayan fonksiyonlar bulunmaktadır. *Benlik kavramı* alanındaki *fiziksel benlik* boyutunda bireyin beden imajı, kişisel görünüşünü yansıtan davranışlar ve bedenine olan duyarlılığı bulunur. Benlik kavramı kapsamında yer alan diğer bir öge *grup kimliği* olup; kişilerarası ilişkiler, grup imajı, sosyal çevre ve grup kültüründen oluşmaktadır. *Rol fonksiyonunun* odaklandığı roller, toplumun bireyden beklediği anne ya da baba olma gibi birincil roller, sosyal bütünlük ve gelişimsel evrelere ilişkin ikincil roller ve kişinin seçtiği görevleri içeren üçüncül rollerdir. *Karşılıklı bağıllık* alanında bireylerin çevresindeki kişilerle olan iletişimi yer alır. Bu alan; sevgi, saygı ve değer etkileşimi ile ilişkilerdeki bütünlükten oluşur (Roy 2009).

Modelde profesyonel hemşirenin, insan-çevre etkileşimine odaklandığı belirtilmiştir. Çeşitli uyarıların **çevreyi** değiştirmesinden, açık bir sistem olan insan da etkilenmektedir. Roy, bu uyarıların *odak (focal)*, *durumsal (contextual)* ve *olası (residüel) uyarı* olarak sınıflandırmıştır. Dışarıdan gelen, bireyde hemen yanıt oluşturan ve doğrudan uyum tepkisine yol açan uyarılar odak uyarılardır. Durumsal uyarılar; davranışın doğrudan nedeni olmayıp davranışı etkileyen, bireyin iç ve dış dünyasından köken alan, olayı etkileyen ve ölçülebilen diğer tüm uyarılardır. Birey üzerinde sürekli etki oluşturduğu halde etkisi tam olarak açıklanamayan iç ya da dış faktörler ise olası uyarılar olarak adlandırılır (Roy 2009; Velioğlu 2012).

Roy, uyum alanlarındaki davranışsal yanıtları uyumlu (adaptif) veya uyumsuz (adaptif olmayan) olarak sınıflandırmıştır. Uyumlu yanıtlar bireyin bütünlüğünü geliştirmeye yöneliktir, uyumsuz yanıtlar ise bu bütünlüğü olumsuz etkilemektedir. Hastada uyumlu yanıtların gelişmesini sağlamak için gerçekleştirilen **hemşirelik** girişimleri çevresel uyarılara müdahalede bulunur. Bu müdahaleler odak ve/veya durumsal uyarıların etkilerini arttırabilir, azaltabilir veya ortadan kaldırabilir. İlk olarak odak uyarıya hemşirelik girişimleri uygulanır, eğer odak uyarı değiştirilemezse etkileyen uyarıya müdahale edilir. Girişimden sonra davranışlar gözlenerek uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkisi değerlendirilir. Bireyde uyumlu davranış geliştiren hemşirelik girişimleri etkili,

uyumsuz davranış geliştirenler etkisiz kabul edilir (Alligood ve Tomey 2006; Fawcett 2005; Roy 2009).

Roy uyum modeline göre ameliyata hazırlık programı

Total Diz Protezi ameliyatı olacak olan hasta için de TDP ameliyatı onların değişen çevrelerini oluşturarak yaşamlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Bireyin hareketlerini ve GYA'lerini kısıtlayan TDP ameliyatı önemli bir uyarandır ve bireyin yaşama uyumunu bozmaktadır (Santy 2001; Su ve ark., 2010). Ameliyata hazırlık programında video içeriği bireyin uyumunu kolaylaştırmak amacıyla RUM'un basamakları doğrultusunda oluşturulmuştur. Total Diz Protezi ameliyatına hazırlık eğitiminin ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve taburculuğu kapsamı; hastanın ameliyat sonuçlarını olumlu etkilemektedir (Kagan ve Bar-tal, 2008; Goh ve Cuah, 2014). Bu nedenle video eğitiminin içeriğinde bu dönemlere yer verilerek RUM'un hemşirelik süreci yapılandırılmıştır. Modelin hemşirelik süreci bireyin davranışları, uyarıları ve başetme sistemlerini değerlendirme; hemşirelik tanımlarını belirleme, amaç oluşturma, hemşirelik girişimlerini uygulama ve değerlendirme basamaklarına uygun olarak hazırlanmıştır (Roy 2009). Özellikle hemşirelik girişimlerine odaklanılarak hastanın etkili uyum sağlaması amaçlanmaktadır. Makalenin bu bölümünde TDP ameliyatı planlanan hastada RUM'un basamaklarına göre yapılandırılmış ameliyata hazırlık programı analiz edilmiştir (Şekil 1).

Davranışların değerlendirilmesi

Bireyin bilgi, beceri, yetenek ve kararlarından oluşan bütün tepkiler davranış olarak tanımlanmıştır. Hemşire, TDP ameliyatı planlanan ve uygulanan hastanın gözlenebilen ve gözlenemeyen davranışları hakkında modelin uyum alanlarına özgü bilgi edinmelidir (Roy 2009). Bireyin yaşlı olması, ek hastalıklarının bulunması, sosyal desteklerinin varlığı ya da yalnız yaşama durumu, bilateral diz protezi uygulanması gibi faktörler; TDP hastalarının uyumunu doğrudan etkileyen faktörlerdir (Dinah ve Mears 2008; Kauppila, Kyllönen ve Ohtonen 2010; Su ve ark., 2010). Hemşire, ilk olarak birey ve grupların dört uyum alanı için gözlenen ve gözlenemeyen davranışları hakkında sistematik bir şekilde veri toplar. Fizyolojik uyum alanı regülatör sistemin; benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık modu ise kognatör sistemin değerlendirmesini sağlar (Fawcett 2005). Total Diz Protezi ameliyatı planlanan ve yapılan hastalarda dört alana özgü davranışların belirlenmesi özellikle hemşirelik tanımlarının oluşturulmasında önemli rol oynamaktadır. Hastanın etkili uyum sağlaması için gerekli olan davranışların neler olduğu, bu davranışların ameliyat öncesinden ameliyat sonrası ve taburculuk sonrası döneme kadar olan süreçte nasıl olacağı hastalara yönelik video eğitimi içeriğinde yer almalıdır. Roy Uyum Modeli'nde hemşirelik girişimleri uyum alanlarına göre planlandığından, bu alanlara ilişkin ayrıntılı bilgiler hemşirelik girişimleri başlığı altında sunulmuştur.

Uyarıların değerlendirilmesi

Uyarılar TDP ameliyatı planlanan ve uygulanan hasta için dört uyum alanında yer alan davranışlara göre genel olarak yazılacak olursa; **odak uyarılar** ameliyattan önce osteoartrit ve TDP kararı, ameliyattan sonra ise TDP ameliyatı; **durumsal uyarılar** diz, kas ve bağların güçsüz olması, ek hastalıklar, anestezi, ağrı, hareket kısıtlılığı, proteze zarar verme korkusu, güvensizlik, bağımlı olma, narkotik analjezikler, bilateral protez, **olasi**

uyarılar ise yüksek beklentiler, olumsuz deneyimler, korku, ameliyatın ertelenmesi, yaşam kararları üzerinde kontrol kaybı, bağımlı olma ve bakım verenlere yük olma kaygısı olabilir (Alligood ve Tomey 2006; Roy 2009). Hastaların odak uyarıları osteoartrit ve TDP ameliyatı kararı olması nedeniyle video eğitimi içeriğinde kısaca bu hastalığa, daha sonra da TDP ameliyatına değinilmelidir. Odak ve durumsal uyarılar bireye ve uyum sürecine göre değişebilir, durumsal uyarılarla birlikte odak uyarının etkisi artar. Bu nedenle video eğitimi içeriğinde davranışları etkileyen durumsal uyarılara da yer verilmektedir.

Başetme sistemlerinin değerlendirilmesi

Ameliyat bir stres kaynağıdır, bu nedenle ameliyattan sonra hastada endokrin sistem, sıvı elektrolit, bağışıklık sistemi gibi sistemler dengeleyici mekanizmayı korur. Total Diz Protezi ameliyatı olan hastalar için düzenleyici (Regülatör) mekanizma aktivitelerinin yetersizliği; kalp hızı ve kan basıncının artması, gerginlik-stres, heyecan, iştah kaybı, geç mobilizasyon, uykusuzluk, narkotik analjezik kullanımının artması, enfeksiyon, derin ven trombozu (DVT) gibi davranışlarla ortaya çıkmaktadır. Bilişsel-Duyusal (Kognatör) mekanizma aktivitelerinin yetersizliği ise; algı ve bilgi sürecinde yanlışlık, etkisiz öğrenme, hareket etmede isteksizlik, rehabilitasyon sürecindeki egzersizlerini yapmak istememe, düşme korkusu nedeniyle yetersiz aktivite, sosyal izolasyon gibi davranışlarla belirlenebilir. Bunlar uyumu zorlaştırmaktadır (Roy 2009).

Hemşirelik tanımları

Roy hemşirelik tanımlarını "insan adaptif sisteminin uyum durumunu yansıtan bir karar verme süreci" olarak tanımlar. Uyum ile ilgili gerçek ya da potansiyel problemleri gösteren tanımlar hemşirenin kritik düşünme sürecini ortaya koyar. Hemşire her bir hemşirelik tanısında öncelikleri belirler (Alligood ve Tomey 2006; Fawcett 2005; Roy 2009).

Ameliyat öncesinde TDP hastalarının olası hemşirelik tanımları ağrı, aktivite intoleransı, güçsüzlük, etkisiz bireysel başetme, benlik saygısında azalma, rol-fonksiyon kaybı, aile içi başetmede yetersizlik iken; ameliyat sonrası erken dönemde ağrı, doku perfüzyonunda azalma, iştahsızlık, konstipasyon, aktivite intoleransı, uyku örüntüsünde bozulma, hipovolemi, dehidratasyon ve periferik nörovasküler bozulma, enfeksiyon, rol-fonksiyon kaybı, anksiyete, güçsüzlük, ümitsizlik, etkisiz bireysel başetme, aile süreçlerinin kesintiye uğraması, benlik saygısında azalma gibi tanımlardır. Taburculuk sonrası uzun dönemdeki olası tanımlar ise; ağrı, konstipasyon, aktivite intoleransı, uyku örüntüsünde bozulma, komplikasyon gelişme riski (dislokasyon, enfeksiyon), travma riski, güçsüzlük, düşme korkusu, etkisiz bireysel başetme, rollerini yerine getirememesi, benlik saygısında azalma, aile içi başetmede yetersizlik, iş kaybı ve sosyal sorumlulukları sürdürmede yetersizliktir (Akbayrak, Erkal, Ançel ve Albayrak 2007; Barksdale ve Backer 2005; Marek ve Boehnlein, 2007; Yavuz 2010).

Amaç

Etkili uyum davranışlarını yükseltme üzerine odaklanmaktadır. Hemşirelik bakımında amaçlanacak davranışsal çıktılar konusunda hasta ile hemşire birlikte karar vermeli, çıktılar tek bir uyum davranışını içermeli, gerçekçi olmalı ve ölçülebilir. Amaçlar değiştirilebilir olmalı, değişiklik beklenmeli ve davranışlardaki değişiklik kısa ya da uzun dönemde

görülmelidir. Amaçlar; uyumlu olmayan davranışların uyumlu davranışlara dönüştürülmesi için belirleneceği gibi uyumlu davranışların sürdürülmesi için de belirlenir (Alligood ve Tomey 2006; Fawcett 2005; Roy 2009). Ameliyat öncesi dönemdeki amaçlar; hastanın protezle ilgili gerçekçi beklentilerinin olması, enfeksiyon olmaması, ameliyatla ilgili korku ve endişelerinin olmaması, protez sonrası yaşamı için evde gerekli düzenlemeleri yapabilmesi, önerilmişse fazla kilolarını verebilmesi, diz kas ve bağlarını güçlendirecek egzersizleri uygulamasıdır. Hastaların ameliyat sonrası erken dönemdeki amaçları ise; yeterli sinir damar fonksiyonunun sağlanması, etkin ağrı yönetimini yapabilmesi, ilk 24 saatte mobil olması, ideal eklem hareket açıklığının sağlanması, komplikasyon gelişmemesi, yardımla yürütmesi, GYA'ni yardımla yapabilmesi, kendisini taburcu olmaya hazır hissetmesidir. Taburculuk sonrası amaçlar; protez sonrası sağlanan eklem hareket açıklığını sürdürmesi, hastanın kendinde ve iyileşme sürecinde olumlu yönleri fark ederek gelecekle ilgili olumlu beklentiler geliştirmesi, kesintiye uğrayan rollerini yerine getirebilmesi, komplikasyon gelişmemesi, sosyal sorumluluklarını sürdürülebilmesi şeklinde olabilir (Almada ve Archer 2009; Akbayrak ve ark., 2007; Lin, Wang, Chang ve Yang 2005; Uesugi, 2012).

Hemşirelik girişimleri

Amaçlara odaklanan girişimler uyarıları artırabilir, azaltabilir, değiştirebilir, ortadan kaldıracaktır ya da devam ettirebilir. Bu aşamada rehberler, kanıtlar, genel beklentiler, yaygın kültürel özellikler temel alınabilecek kaynaklardır (Fawcett 2005; Roy 2009). TDP ameliyatına hazırlık programına yönelik video eğitiminin içeriği, RUM'deki dört uyum alanına ve TDP ameliyatına ilişkin literatüre göre hazırlanmıştır.

Fizyolojik alan; dokuz bölümde değerlendirilmektedir. Bunlar; oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite ve dinlenme, korunma, duyarlar, sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi, nörolojik fonksiyonlar ve endokrin fonksiyonlardır (Roy 2009). TDP ameliyatı öncesi, sonrası dönem ve taburculuktan sonraki süreçte hastaların uyumunu etkileyen uyarılardaki farklılık çeşitli davranışların ortaya çıkmasına neden olduğundan, bu dönemlere yönelik girişimler de değişmektedir. Modelde **TDP ameliyatı öncesi** dönemde hastanın kilo vermesi, egzersiz yapması, ameliyat için uygun kan değerlerinin olması (CRP, Hb), tüm sistemlerinin ameliyata engel oluşturmayacak durumda olması, sıvı elektrolit ya da asit-baz dengesinin bozulmaması davranışlar etkili uyum davranışları olarak yer almaktadır. **Oksijenlenme** açısından ameliyat öncesi dönemde hastaların sahip oldukları kronik hastalıklar solunumunu ve periferik doku perfüzyonunu etkileyebilmektedir. Bu nedenle TDP ameliyatından önce hastanın değerlendirilerek ameliyat sonrası ile karşılaştırılması, anestezinin neden olabileceği solunum problemlerinin tanınması, ameliyatın yol açabileceği damar ve sinir yaralanmalarını erken tanılamak için ameliyattan sonra nörovasküler durumunun değerlendirilmesi önemlidir. Ameliyat sonrası erken dönemde genel anestezinin etkisini azaltmak için derin solunum ve öksürük egzersizlerinin yapılması ve akciğer kapasitesinin artırılması gerekir. Bu amaçla solunum egzersizi yapan ve voldaın kullanan hasta ameliyat sonrası döneme etkili uyum sağlamış demektir. Hastanın nörovasküler durumunun stabilizasyonu da uyumun bir göstergesidir. **Beslenme** alanına ilişkin; ameliyattan önce

osteoartrit hastalarının yaşadıkları ağrı ve fiziksel harekette kısıtlılık nedeniyle yürümekten ve egzersizlerden kaçınmaları ve kilo alma eğilimine sahip olmaları incelenebilir. Hastanın ameliyattan önce kilo vermesinin ameliyat sonrası olumlu etkileri, ameliyat öncesi aç bırakılacağı süre, ameliyattan sonra ne zaman besleneceği ve beslenmesinde nelere dikkat edeceği ve evde diyetine uyarak nasıl beslenmesi gerektiği hakkında bilgilere yer verilmelidir. Anesteziye bağlı bulantı-kusma olabileceği veya hareketsizliğe bağlı konstipasyon gelişebileceği ve bunların nasıl önleneceği vurgulanmalıdır. Hastanın gereksinimi kadar besini tolere edebilmesi ameliyat sonrası etkili uyum davranışıdır. **Boşaltım** alanında; ameliyat öncesi genel hazırlıkta mesane boşaltımının önemine, ameliyattan sonra idrarını ve defekasyonunu ne zaman ve nasıl yapabileceğine, konstipasyonun nasıl önleneceğine değinilmelidir. **Aktivite-Dinlenme** alanına yönelik olarak TDP planlanan hastada dizin fonksiyonel kapasitesi, yürüme durumu, GYA'ni yapabilme kapasitesi, ağrı şiddeti ve bağımlılık düzeyi değerlendirilir. Bu alana ilişkin eğitim içeriğinde yer alan konular; TDP planlanan hastaların özellikle ameliyat öncesi dönemde osteoartrite bağlı fiziksel harekette kısıtlılık ve ağrı yaşadığı, ameliyat öncesi dönemde dinlenmesi gerektiği, ameliyattan sonra fizyoterapist kontrolünde hastanın mobilizasyonu, eklem hareket genişliği (Range of Motion-ROM) ve yapması gereken egzersizler, ameliyat sonrası dizin pozisyonu ve nasıl ayağa kaldırılacağıdır. Ameliyat sonrası etkili uyum davranışları hastanın rehabilitasyon egzersizlerine uyum sağlaması, erken mobilizasyon ve taburcu olmadan önce planlanan eklem hareket açıklığına ulaşmasını kapsamaktadır. Hastanın bu süreçte egzersizlerini yapması için cesaretlendirilmesi ve yapmadığında neler olabileceği konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Ayrıca hastanın yeterli uyuması, dinlenmesi ve rahat görünmesi de etkili uyumunu gösterir (Edwards 2003; Roy 2009; Su ve ark., 2010; Smith, Jacobs, Rodier ve Taylor-White 2011; Yavuz 2010; Wright ve ark., 2010; Niemi-murola ve ark., 2007). **Korunma** boyutunda, ameliyat öncesinde hastanın yaşam bulguları ve laboratuvar değerleri uygun olduğunda ve aktif enfeksiyonu bulunmadığında ameliyata alınabileceği, ameliyattan hemen önce hipertansiyon ve Diabetes Mellitus (DM) gibi kronik hastalık ilaçlarını nasıl alacağı gibi bilgiler olmalıdır. Ameliyattan sonra derlenme ünitesinde yaşam bulgularının stabilizasyonu sağlandıktan sonra kliniğe geleceği ve klinikte yaşam bulgularının sık izleneceği bilgisi verilmelidir. Ameliyat sonrası erken ve geç dönemde görülebilecek TDP ameliyatı komplikasyonlarının belirtileri ve önleme yöntemleri (*enfeksiyon, dislokasyon gibi komplikasyonları nasıl önleyeceği, ameliyattan sonra kliniğe ve evde yapması gerekenler*) anlatılmalıdır. Ayrıca cerrahi alan enfeksiyonunu önlemek için yapılan ameliyat öncesi cilt hazırlığı (*traş, duş*), profilaktik antibiyotik kullanımı, ameliyattan sonra insizyon bölgesini nasıl koruyacağı ve pansuman hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. *His* değerlendirmesi, nörovasküler izlemde dolaşım ile birlikte değerlendirilmektedir. Hastada ameliyat sonrası komplikasyon gelişmemesi bu döneme ilişkin etkili uyum olarak değerlendirilmektedir. *Sıvı elektrolit dengesi* ameliyattan en çok etkilenen alanlardan biridir. Ameliyattan sonra susuzluk hissedeceği, bunu önlemek için damar yolundan çeşitli sıvıların uygulanacağı, ağızdan sıvı almaya başlama zamanı, ameliyatın büyük bir cerrahi girişim olması nedeniyle kanamanın beklenen bir durum

olduğu ve dren takılarak kanama miktarının izleneceği, gerektiğinde kan takılabileceği belirtilmelidir. *Nörolojik ve endokrin sistem* değerlendirmesinde hastanın nörolojik tanılması yapılır ve ameliyatı etkileyebilecek başta tiroid fonksiyonları ve kan şekeri olmak üzere endokrin sistem incelenir. Ameliyata uygun olmayan değerler normal oluncaya ya da cerrahi girişim yapılabilir sınırlara ulaşıncaya kadar ameliyat ertelenir. Özellikle yaşlı hastaların bilişsel fonksiyonları ayrıntılı değerlendirilmelidir. Çünkü bilişsel yetersizliği olan ortopedi hastalarında ağrı değerlendirmesinin objektifliği olumsuz etkilenebilmektedir. Etkin ağrı yönetimi **ameliyat sonrası** etkili uyum davranışlarından biridir. Tiroid fonksiyonu bozuk olan bir hastanın metabolizması ameliyatla birlikte daha da bozulabilmekte, tiroid krizleri veya kalpte ritm bozukluklarına yol açabilmektedir (Almada ve Archer 2009; Barksdale ve Backer 2005; Kearney ve ark., 2011; Montin ve ark., 2010; NAON 2008; Roy 2009; Uesugi, 2012; Yeh ve ark., 2005). **Taburculuk sonrası** süreçte ise; hastanın kilo almaması, rehabilitasyon egzersizlerini uygulaması ve protez sonrası ulaşılan eklem hareket açıklığını sürdürmesi, komplikasyon gelişmemesi gibi davranışlar etkili uyum davranışlarıdır. Tüm bunların aksi yönde olan davranışlar da etkisiz uyum davranışları olarak tanımlanmıştır. (Edwards 2003; Roy 2009; Su ve ark., 2010; Smith, Jacobs, Rodier ve Taylor-White 2011; Yavuz 2010; Wright ve ark., 2010; Niemi-murola ve ark., 2007).

Benlik Kavramı Alanı; RUM'da fiziksel benlik ve kişisel benlik olarak ele alınmıştır (Roy 2009). Bu alanlara göre TDP ameliyatı öncesi dönemde etkili uyum davranışları arasında özellikle hastaların ameliyat korkusu ya da anksiyete yaşamaması, beklentilerinin yüksek olmaması yer almaktadır. Ameliyat olan hasta için fiziksel benlik alanında proteze zarar verme korkusunun olmaması, protezi kabullenmesi ve protezi koruyucu davranışlar sergilemesi, olumlu beden imajı, taburcu olmaya hazır olduğunu ifade etmesi gibi davranışlar etkili uyum davranışları olarak değerlendirilirken; kişisel benlik boyutunda bakımı ile ilgili sorumluluk almaya istekli olması, taburculuktan sonra erken dönem sonuçlarına ek olarak evde umutsuzluğa kapılmaması, özbakımını yerine getirebilmesi, sorumlulukları yürütme konusunda kendine güvenmesi, etkili aile içi ilişkileri sürdürebilmesi, sosyal yaşamının ameliyat sürecinden olumsuz etkilenmemesi, işine geri dönmeye istekli olması etkili uyum davranışlarıdır (Barksdale ve Backer 2005; Bisailon, Faraone Elliott, Cuthberg, Doucette ve Shaw 2004; Edwards 2003; Roy 2009; Su ve ark., 2010; Smith ve ark., 2011; Yavuz 2010). Total Diz Protezi ameliyatının büyük bir cerrahi girişim olması, protez gibi yabancı bir maddenin hastanın vücuduna takılması, hastaneye yatma, bilinmezlik gibi nedenlerden dolayı hastalar anksiyete yaşamaktadırlar. Anksiyeteyi azaltmak için eğitim içeriğinde poliklinik ve klinik ortamda hastayı nelerin beklediği, TDP'nin nasıl bir şey olduğu, ameliyat sonrası hastanın neler yaşayacağı ve evde yaşamını nasıl sürdüreceği gibi konulara yer verilmelidir. Özellikle ameliyattan sonra proteze zarar verme korkusu nedeniyle hastaların hareketlerini sınırlamasını önlemek için GYA hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Ameliyat sonrası eski yaşamlarına tamamen dönecekleri gibi yüksek beklentilere sahip olmaları nedeniyle hastalar ameliyattan sonra ümitsizliğe kapılmaktadır. Bunu önlemek için hastalara ameliyattan önce ve sonra nelerle karşılaşacağı video

içerisinde ayrıntılı sunulmalıdır (Barksdale ve Backer 2005; Kearney ve ark., 2011; Montin ve ark., 2010; NAON 2008; Roy 2009).

Rol Fonksiyon Alanı, bireyin kendi yaşamındaki rollerine ilişkin aktivitelere odaklanır. Bu alanın amacı sosyal entegrasyondur (Roy 2009). Total Diz Protezi ameliyatı planlanan ve uygulanan hastaların aile üyeleri ile ilişkilerinde sıkıntı yaşamaması, ameliyat sonrası yeni rolüne uyum sağlaması ve sorumluluk alması gibi davranışlar etkili uyum davranışlarıdır. Taburculuktan sonra kesintiye uğrayan rollerini yerine getirmesi etkili uyum davranışları olarak değerlendirilebilir (Barksdale ve Backer 2005; Bisailon ve ark., 2004; Ethgen 2004; Roy 2009; Su ve ark., 2010; Smith ve ark., 2011; Yavuz 2010). Total Diz Protezi ameliyatı olan birey ameliyattan sonra kendi yaşamındaki aktivitelerini yerine getirmede problemler yaşamaktadır. Hastanın taburculuk sonrası süreçte evde bakım, GYA'ni sürdürme (*yataktan kalkma, yürüme, tuvalet, banyo, oturma*), kontroller, ilaç kullanımı gibi konularda bilgilendirilmesi; karşılaşabileceği sorunlara karşı güçlenmesine ve sorunları çözmesine yardımcı olur (Barksdale ve Backer 2005). Hasta çalışıyorsa ameliyattan sonra iş hayatına dönmesi konusunda desteklenir (Montin ve ark., 2010).

Karşılıklı Bağlılık Alanı; bireylerin çevresindeki kişilerle sevgi, saygı ve değerleri çerçevesinde etkileşimine odaklanır (Roy 2009). Ameliyat öncesi dönemde bakım sürecinde bireyin ekip ile işbirliği yapması, ameliyat ve taburculuk sonrasında hastaların GYA'de bağımlılık düzeyinin azalması, sosyal aktivitelere istekli olması gibi davranışlar etkili uyum davranışları arasında bulunmaktadır (Barksdale ve Backer 2005; Bisailon ve ark., 2004; Edwards 2003; Roy 2009; Su ve ark., 2010; Wright ve ark., 2010). Total Diz Protezi ameliyatı planlanan hastaların osteoartrit bağlı ağrı ve fiziksel kısıtlılık nedeniyle sosyal yaşamları etkilenmektedir. Ameliyattan sonra da hastalar yürümekten kaçındıkları ve proteze zarar vereceğini düşündükleri için sosyal ortamlarda yer almayı kısıtlamaktadırlar. Bu nedenle video eğitim içeriğinde hastaların taburculuktan sonra sosyal yaşamlarını sürdürmeleri konusunda bilgilendirmeler olmalıdır (Montin ve ark., 2010).

Hemşirelik girişimleri hastanın bilgi gereksinimine uygun planlanarak, hastanın protez ameliyatına hazırlanmasını ve etkili uyum davranışları göstermesini sağlayabilir.

Değerlendirme

RUM'de değerlendirme "Birey uyum sağladı mı?" sorusuna bağlıdır. Amaçlanan davranış değişikliğinin olup olmadığını analiz etmeyi ve karar vermeyi gerektirir. Bu basamakta hemşire hemşirelik aktivitelerinin etkinliğine eleştirel gözle bakar, bireyin amaçlarına ulaşma ve uyum düzeyini belirler (Alligood ve Tomey 2006). Uyum; bütünlüğün tam olduğu, bireyin yaşam sürecindeki tüm yapı ve fonksiyonlarının yeterli olduğu ve gereksinimlerini karşılayabildiği süreç olarak üç aşamada gerçekleşebilir. Bu aşamalar bireyin başedebildiği süreci içeren ve telafi (kompanzasyon) düzeyi olan "*dengeleyici uyum*", başatmenin yetersiz olduğu veya olumsuz yanıtların geliştiği "*uzlaşmacı uyum*" ve gereksinimlerini karşılayabildiği "*mükemmel uyum*" olarak tanımlanır. Ameliyat sonrası erken dönemden taburcu oluncaya kadar TDP hastalarının "*uzlaşmacı uyum*"dan "*dengeleyici uyum*" aşamasına ulaştırılması ve taburculuk sonrası uzun dönemde (1-12 aya kadar) "*mükemmel uyum*" sağlaması

hedeflenmektedir. Hemşire TDP hastalarının uyumunu incelerken, değişen süreçleri değerlendirerek etkili uyum olup olmadığını değerlendirir. Sonuç olarak hastaların planlanan eklemler hareket açıklığını sürdürdüklerini, GYA'ni ve rollerini yerine getirebilmeleri, kesintiye uğrayan sosyal yaşamlarına dönmeye istekli olmaları, memnuniyet ifadeleri, komplikasyon gelişmemesi, yeniden yatışların olmaması gibi çıktılar proteze uyum sağlandığını gösteren belirleyicilerdir (Ouellet ve ark., 2003; Roy 2009; Santy 2001; Su ve ark., 2010).

Sonuç

Sonuç olarak; hemşirelik modelleri bakımın amaçlı, sistematik, kontrollü ve etkili olmasını sağlamakla birlikte ortak dilde konuşmaya olanak tanır. Roy Uyum Modeli de TDP hastalarına yönelik bakımın organize edilmesine yardımcı olarak hemşirenin daha kaliteli bakım sunmasını sağlar. Model, ameliyata hazırlık programında bireye hangi hemşirelik girişiminin neden yapılması gerektiğini ve girişim sonuçlarının nasıl izleneceğini belirlemede yardımcı olur. Modelin TDP ameliyatı öncesi hazırlık programında kullanımı; eğitimin gerekli olduğu alanları belirleme, eğitim planı yapma ve eğitim sonuçlarını değerlendirmede (bireyin uyumlu veya uyumsuz davranışlarının yorumlanmasında) hemşireye yol gösterir. Hemşirelik alanında kuramların kullanımı, hemşirenin mesleğine odaklanmasını sağlar ve mesleğin gelişmesine katkı verir. Bu nedenle kuram kullanımına yönelik örneklerin artırılması ve uygulamada kullanımın yaygınlaşması önemlidir.

Kaynaklar

Akbayrak, N., Erkal, S., Ançel, G., Albayrak, A. (2007). Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye- Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut) Ankara.

Alligood, M.R., & Tomey, A.M. (2006). *Nursing Theory Utilization & Application. Mosby Year Book* (3rd ed., pp. 68-79). Unted State.

Almada, P., Archer, R. (2009). Planning ahead for better outcomes preparation for joint replacement surgery begins at home. *Orthopaedic Nursing*, 28(1), 3-8.

Barksdale, P., & Backer, J. (2005). Health-related stressors experienced by patients who underwent total knee replacement seven days after being discharged home. *Orthopaedic Nursing*, 24(5), 336-343.

Bisaillon, S., Faraone, J., Elliott, K., Cuthberg, J., Doucette, C., & Shaw, J. (2004). Improving care for orthopaedic patients undergoing surgery for hip fracture and total knee replacement through best practice. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 8, 215-220.

Chen, S.R., Chen, C.S., & Lin, P.C. (2013). The effect of educational intervention on the pain and rehabilitation performance of patients who undergo a total knee replacement. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 279-287.

Chetty, C., & Ehlers, V.J. (2009). Orthopaedic patients' perceptions about their pre-operative information, *Curationis*, 32(4), 55-60.

Dinah, A.F., & Mears, S.C. (2008). Yaşlılarda primer diz artroplastisi. *Current Opinion in Orthopaedics*, 3(1), 48-52.

Edwards, C.(2003).Exploration of the orthopaedic patient' s 'need to know'. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 7 (1), 18-25.

Ethgen, O., Bruyere, O., Richey, F., Dardennes, C., & Reginstre, J.Y. (2004). Health-related quality of life in total hip and knee arthroplasty: A qualitative and Systemic Review of literature. *Journal of Bone and Joint Surgery American*, 86, 963-974.

Fagermoen, M., & Hamilton, G., (2006). Patient information at discharge: a study of a combined approach. *Patient Education And Counselling*, 63, 169-176.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories*. In Roy's adaptation model. (ed 2. pp. 364-437). Philadelphia, F. A. Davis Company,

Goh, M.L., & Chua, J.Y. (2014). Total knee replacement pre-operative education in a Singapore tertiary hospital: A best practice implementation project. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 1-10

Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kljonen, A., & Rankinen S.(2007). Ambulatory orthopaedic surgery patients knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 270-278.

Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J., & Salanterä, S. (2005). Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 212-223.

Johansson, K., Salanterä, S., & Katajisto, J. (2007). Empowering orthopaedic patients through preadmission education: results from a clinical study. *Patient Education and Counselling*, 66,84-91.

Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J., & Leino-Kilpi H. (2003). Written orthopaedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. *Patient Education and Counselling*, 52, 175-181.

Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J., & Leino-Kilpi H. (2002). Patient education in orthopaedic nursing, *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6, 220-226.

Kagan, I., & Bar-tal, Y. (2008). The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short time recovery after elective arthroplasty. *Journal Clinical Nursing*, 17, 576-583.

Kaupilla, A.M., Kyllönen, E., & Ohtonen, P. (2010). Multidisciplinary rehabilitation after primary total knee arthroplasty: a randomized controlled study of its effects on functional capacity and quality of life. *Clinical Rehabilitation*, 24, 398-411.

Kearney, M., Jennirch, M.K., Lyons, S., Robinson, R., & Berger, B., (2011). Effects of Preoperative Education On Patient Outcomes After Joint Replacement Surgery. *Orthopaedic Nursing*, 30(6), 391-396.

Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery Patients. *Journal of AORN*, 90(3), 381-387.

Lewis, C., Gunta, K., & Wong, D. (2002). Patient knowledge, behavior, and satisfaction with the use of a preoperative DVD. *Orthopaedic Nursing*, 21(6), 41-49

Lucas, B. (2007). Preparing patients for hip and knee replacement surgery, *Nursing Standard*. 22(2), 50-56.

Lucas, B., Cox, C., Perry, L., & Bridges, J. (2012). Preoperative preparation of patients for total knee replacement: an action research study. *International Journal of Orthopaedic Truma Nursing*, 1-11

- Lucas, B., Cox, C., Perry, L., & Bridges, J. (2013). Changing clinical team practices in preparation of patients for Total Knee Replacement: Using social Cognitive Theory to examine outcomes of an action research study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17, 140-150.
- Lucas, B., Sample, V. A. (2001). Survey of registered nurses' activities in British orthopaedic pre-operative assessment clinics. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5, 30-36.
- Malkin, K. F. (2000). Patients' perceptions of a pre-admission clinic. *Journal of Nursing Management*, 8, 107-113.
- Marek, J.F, Boehnlein, M.J. (2007). "Preoperative Nursing, Intraoperative Nursing. Preoperative Nursing. In Phipps, W.J, Sands J.K, Marek J.F. (Ed.), *Medical Surgical Nursing "Concepts & Clinical Practice"* (pp.469-568). Sixth Edition. Mosby A Harcourt Health Sciences Company, USA.
- McDonald, S., Hetrick, S.E., & Green, S. (2008). Pre-operative Education for Hip or Knee Replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.issue, 1-31
- Montin, L., Johanasson, K., Kettunen, J., Katajisto, J., & Kilpi, H. (2010). Total Joint Arthroplasty Patients' Perception Of Received Knowledge Of Care, *Orthopaedic Nursing*, 29(4), 246-253.
- National Association of Orthopaedic Nurses (NAON). Total Knee Replacement. Patient Education Series 2009; www.orthonurse.org Erişim tar: 14.06.2014.
- Niemi-murola, L., Pöyhia, R., Onkinen, K., rhen, B., Makela, A., & Niemi T. T. (2007). Patient satisfaction with postoperative pain management-effect of preoperative faktors. *Pain Management Nurisng*, 8(3), 122-129.
- Ouellet, L.L, Hodgins, M.H, Pond, S., Knorr, S., & Geldart, G. (2003). Post-discharge telephone follow-up for orthopaedic surgical patients: a pilot study. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 7, 87-93.
- Rankinen, S., Salantare, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen. A., Virtanen, H., ve ark. (2007). Expectations and received kknowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2),113-119.
- Roy, S. C. (2009). *The Roy Adaptation Model*. Pearson Education. Inc,Upper Saddle River;New Jersey.
- Santy, J. (2001). An investigation of the reality of nursing work with orthopaedic patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5, 22-9.
- Smith, M.A., Jacobs, L., Rodier, L., Taylor, A., & Taylor-White, C. (2011). Clinical Quality Indicators Infection prophylaxis for total knee arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 30(5), 31-306.
- Su, H.H., Tsai, Y.F., Chen, W.J., Chen, M.C. (2010). Health care needs of patients during early recovery after total knee-replacement surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 673-681.
- [Suhonen, R.](#), & [Leino-Kilpi, H.](#) (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: a literature review. *Patient Education Counselling*, 61(1), 5-15.
- Syx, R.L. (2008). The practice of patient education the theoretical perspective. *Orthopaedic Nursing*, 27(1), 50-56.
- Şendir, M., Büyükyılmaz F. & Muşovi D. (2013). Patients Discharge information needs after total hip and arthroplasty: A quasi-qualitative pilot study. *Association of Rehabilitation Nurses Rehabilitation Nursing*, 2013, 38, 264-271.
- Thibodeau, J.A. (1983). *Nursing Models: Analysis and Evaluation*. Wadsworth Health Sciences Division Monterey California.
- Uesugi, Y., Hayashi, S., Fujishiro, T., Kanzaki, N., & Nishiyama, T. (2013). Effectiveness of distance education interventionusing video footage in postoperative patients after total hip arthroplasty. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17, 91-98.
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. (2. Baskı pp.372-399)*. Esen ofset. İstanbul.
- Walker, J., (2012). Care of patients undergoing joint replacement. *Nursing Older People*, 24(1), 14-20.
- Wood, I., Douglas, J., & Priest, H. (2004). Education and training for acute care delivery: a needs analysis. *Nursing in Critical Care*, 9(4), 159-166.
- Wright, J.G., Santaguida, P.L., Young, N., Hawker, G.A., Shemitsch, E., Oven, J.L.(2010). Patient preferences before and after total knee arthroplasty. *Jornal of Clinical Epidemiology*, 63, 774-782.
- Yavuz, M. (2010). Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında Tedavi ve Bakım Modelleri. Editör, Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ünite-16:1327-29*.
- Yeh, M.L., Chen, H.H., Liu, P.H. (2005). Effects of multimedia with printed nursing guide in education on self-efficacy and functional activity and hospitalization in patients with hip replacement. *Patient Education and Counseling*, 57, 217-224.
- Yıldırım, N. & Özmen, B. (2012). Video paylaşım sistemlerin eğitim amaçlı kullanımı. *Education Sciences*, (7), 1, 288-295.

D-329
ÇEVRE

İNSAN

Total Diz Protezi Hazırlık Prog

HEMŞİRELİK

Hedefler

SAĞLIK

GİRDİ

ÇIKTI

Odak Uyarı: Osteoartrit

Durumsal Uyarı: diz, kas ve bağların güçsüz olması, ek hastalıklar, anestezi, ağrı, hareket kısıtlılığı, bağımlı olma,

Olası Uyarı: yüksek beklentiler, olumsuz deneyimler, korku, ameliyatın ertelenmesi, bağımlı olma kaygısı

Odak Uyarı: TDP

Durumsal Uyarı: diz, kas ve bağların güçsüz olması, ek hastalıklar, anestezi, ağrı, hareket kısıtlılığı, bağımlı olma, proteze zarar verme korkusu, güvensizlik, bağımlı olma, narkotik analjezikler, bilateral protez vb,

Olası Uyarı: yüksek beklentiler, olumsuz deneyimler, korku, ameliyatın ertelenmesi, bağımlı olma kaygısı

Düzenlevici Basetme Sistemleri;
TDP ameliyat öncesi ve sonrası fizyolojik dengeyi sağlamaya çalışır.

Bilişsel Basetme Mekanizmaları;
algısal, bilişsel, öğrenme, karar verme yollarıyla kontrol sistemi.

Davranışla

FİZYOLOJİK ALAN

BENLİK KAVRAMI ALANI

ROL FONKSİYONU ALANI

KARŞILIKLI BAĞLILIK ALANI

Video İçeriği

TDP ameliyatı öncesi, sonrası ve taburculuk sonrası hemşirelik tanlarına yönelik girişimler;

FİZYOLOJİK ALAN

Oksijenlenme, Solunum değerlendirme, Derin solunum egzersizleri, Woldayn Kullanımı

Beslenme, kilo verme, ameliyat öncesi açlık süresi, ameliyat sonrası beslenme ve kilo almaması

Boşaltım, ameliyat sonrası ve öncesi değerlendirme, konstipasyon riski

Aktivite ve dinlenme,

Korunma, yaşam bulguları izlemi, Kanama takibi, komplikasyonların belirtileri ve önlenmesi hakkında bilgilendirme

Duyular, Nörovasküler değerlendirme, Ağrı izlemi

Sıvı-elektrolit, Labratuvar bulgularının takibi, Kanama kontrolü, Sıvı izlem, Ödem kontrolü

Asit-baz dengesi,

Nörolojik fonksiyonlar , Bilişel değerlendirme, Ağrı Yönetimi,

Endokrin fonksiyonlar, Kanşekeri takibi, troid vb hastalıkların kan değerleri takibi

BENLİK ALANI

Fiziksel benlik bireyin beden imajı, Bedenine olan duyarlılık için bilgilendirme

Kişisel benlik, Ansiyete, TDP ameliyatından beklentiler için bilgilendirme

ROL FONKSİYONU ALANI

Birincil, ikicil ve üçüncül roller için bilgilendirme (GYA nasıl yapabileceği, neler yapmayacağı).

KARŞILIKLI BAĞLILIK ALANI

sosyal ortamlarda bulunması için cesaretlendirme, sosyal çevresi ilişkisini sağlamak

UYUM

Mükemmel Uyum

Destekleyici Uyum

Uzlaşmacı Uyum

UYUMSUZLU