

Hemşirelik Bakımı İle Modelin Buluşması: Total Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Roy Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Sürekli Bakım

Ayşegül SAVCI*, Özlem BİLİK**

Öz

Günümüzde total diz protezi ameliyatının artması ve sağlık sistemindeki değişimler; hastalara akut bakımın ötesinde çok yönlü bir bakım sağlamayı gerektirmektedir. Hastalar farklı süreçlerde birçok sorunla karşılaşmakta ve multidisipliner ekibin yürüttüğü sürekli bakıma gereksinim duymaktadırlar. Total diz protezi hastaları için proteze uyum sağlama bakımın temelini oluşturduğundan, hastalara uygulanacak sürekli bakımın Roy Uyum Modeli'ne göre yapılandırılması; hemşirelik sürecinin sistematize edilmesini sağlayarak hasta sonuçlarını geliştirecek, bu hasta grubunda modelin test edilmesi hemşirelik bilimine katkı sağlayacaktır. Bu makalede total diz protezi hastalarının Roy Uyum Modeli rehberliğinde sürekli bakımı analiz edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Diz protezi, Sürekli bakım, Roy Uyum Modeli.

Abstract

Integration Of The Model Into The Nursing Care: Continuous Care Structured According To The Roy Adaptation Model in The Patients With Total Knee Replacement

Recently the increase in the surgeries of the total knee prosthesis and the changes in the health systems require a multidimensional care for the patients beyond an acute care. Patients encounter with many problems in various processes and need a continuity of care provided by a multidisciplinary team. As adaptation to the prosthesis composes the basis of the care for the patients who underwent a total knee replacement, structuring the care that will be provided to the patients according to the Roy Adaptation Model will improve the patient results by systematizing the nursing process and testing this model in this patient group will contribute to the nursing science. In this paper, continuous care provided to the patients with total knee replacements through Roy Adaptation Model was analyzed.

Key Words: Knee prosthesis, Continuity of care, Roy Adaptation Model.

Geliş tarihi: 12.10.2014 Kabul tarihi: 10.04.2015

Total diz protezi (TDP) ameliyatı hastaların ağrıların gidermesi ve eklem hareketleri yeniden kazandırması nedeniyle memnuniyet yaratan bir tedavi olarak görülmekte olup, son yıllarda artan sayıda uygulanmaktadır (Barbay 2009; Bourne, Chesworth, Davis, Mahomed ve Charron 2010; Rogers ve Keler 2009). Bu ameliyatların başarılı sonuçları; cerrahi başarının yanında hastaların tedavi ve bakıma, rehabilitasyon sürecine uyumları, ek hastalıklarının iyi yönetilmesi, psikolojik ve sosyal desteklerinin yeterli olması ile de ilgilidir (Akyol, Karayurt ve Salmond 2009; Kauppila, Kyllönen ve Ohtonen 2010). Ancak son yıllardaki hastanede kalma süresinin azaltılması yönündeki çabalar, protez uygulanacak hastalara taburculuk sonrasında da çok yönlü bakım sağlama gereksinimini doğurmaktadır (Almada ve Archer 2009; Lin ve ark., 2005; O'Brien 2002). Hastaya protez uygulama kararı verildiğinde proteze hazırlanması, taburculuk sürecinde sonraki yaşam değişikliklerine hazırlanması ve rehabilitasyon hizmetlerinin evde planlanması gereksinimi bu hastaların bakımlarında sürekliliği zorunlu kılmaktadır (Almada ve Archer 2009; Barbay 2009; Lin ve ark., 2005).

Sürekli bakımın yürütülmesinde hemşirelik süreci kullanılırken hemşirelik kuram ve modelleri rehber olabilir. Kuram ve modeller; hastanın çevresindeki belirli değişkenlerin bakım üzerindeki etkilerini öngörebilmeyi sağlarken, hemşirelik bilgisi ve uygulamalarının sistematize edilmesini kolaylaştırır. Ayrıca ortak bir paradigma geliştirilmesine hizmet ederek mesleği bilimsel alanda güçlendirir (Fawcett 2005; Rogers ve Keler 2009). Son yıllarda hemşirelik biliminin gelişmesindeki önemi vurgulansa da, model ve kuramların kullanılması ve uygulama ile ilişkilendirilmesi karmaşık olarak görülmektedir (Kaya, Babadağ, Kaçar ve Uygur 2010).

Total diz protezi hastalarının bakımlarında, bir hemşirelik modeli doğrultusunda proteze uyum süreçlerinin, etkileyen uyarıların ve hasta davranışlarının belirlenmesi; uygun hemşirelik girişimlerinin uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilebilmesine katkı sağlayacaktır (Fawcett 2005; Hawkey ve Williams 2001; Roy 2009; Santy 2001). Diğer yandan sürekli bakım ile ilgili çalışmaların ise yalnızca %13'ünün hemşirelikle ilgili olduğu bildirilmiştir (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair ve McKandry 2003). Bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına duyulan gereksinim açıktır. Bazı ülkelerde TDP hastalarında sürekli bakım olmasına rağmen, Roy Uyum Modeli (RUM)'nin sürekli bakım içinde kullanımına rastlanmamıştır (Almada ve Archer 2009; Barbay 2009; Lin, ve ark., 2005; Woodward, Abelson, Tedfoerd ve Hutchison 2004). Ülkemizde de hemşirelik literatüründe TDP hastalarında sürekli bakım ve RUM'un kullanımına ilişkin bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu derlemede RUM rehber alınarak TDP hastalarının sürekli bakımının nasıl uygulanabileceği incelenmiştir. Ortopedi hemşirelerinin bu konudaki bilgi ve uygulamalarının desteklenmesinin yanı sıra, model kullanımı konusunda rehberlik etmesi amaçlanmıştır.

Sürekli Bakım

Sağlık hizmetlerinde sürekli bakım kavramı ilk kez 1960'da Amerika'da, taburculuk sonrası bakım problemleri ile karşılaşan hastalara yardım edebilmek amacıyla başlamıştır (Lucas 2002; Woodward ve ark., 2004). Sürekli bakım; hastalar ile bakım verenler arasında devamlı ve tutarlı etkileşimin ve iletişimin sağlanmasıdır (Hadjistavropoulos, Garrat, Janzen, Bourgault ve Spice 2009; Haggerty ve ark., 2003). Başka bir ifadeyle; hastane öncesi ve taburculuk sonrası dönemi de içine alan, hastaların gereksinimlerine özgü planlanan ve farklı uzmanlık alanlarına ilişkin sorunları giderebilmek için multidisipliner ekip gerektiren bir bakım sürecidir (Kauppila ve ark., 2010; Ouellet, Hodgins, Pond, Knorr ve Geldart 2003; Woodward ve ark., 2004).

Sürekli bakım hastaya özgü planlanır ve belli bir süreyi içerir. Bu süre, hastanın hastaneye yatması gibi kısa bir süreyi içerebildiği gibi, bireyin birinci basamakta başlayan

*Araş. Gör. DEÜ Hemşirelik Fak. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir e-mail: agulsvc@gmail.com

**Yard.Doç.Dr. DEÜ Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD

bakımının uzun süreli devam ettirilmesi şeklinde de olabilir. Sürekli bakımın üç tipi vardır; *bilgiye dayalı süreklilik (informational continuity)*, *bağlantıya dayalı süreklilik (relational continuity)* ve *yönetimsel süreklilik (management continuity)*. Bilgiye dayalı süreklilikte amaç, bakım veren hemşireden diğerine veya ekip içinde hastanın durumu ile ilgili kayıtları yanı sıra hastanın değerleri, inançları, algıları, tedavi ve bakıma verdiği yanıtlar gibi bakımı etkileyebilecek bilgilerin aktarılmasıdır. Bağlantıya dayalı süreklilik bileşeni, hasta ile bir veya birden fazla bakım veren arasındaki tedavi edici ilişkiyi içermektedir. Yönetimsel süreklilik ise, çeşitli bakım hizmetinin verilmesini gerektiren durumlarda özellikle kronik ve kompleks hastalıklara sahip hastaların değişen gereksinimlerine göre bakımın yürütülmesidir (Haggerty ve ark., 2003; Hawkey 2001).

Total diz protezi hastalarının sürekli bakımında multidisipliner ekibin önemi vurgulanmaktadır. Bu ekip yurtdışında; bir vaka yöneticisi hemşire, anestezi hemşiresi, reçete yazma ve bazı testleri isteme-değerlendirme yetkisine sahip uzman hemşire, uğraş terapistleri, ortopedist, fizyoterapist, asistan hekim ve klinik hemşiresinden oluşmaktadır. Vaka yöneticisi hemşire liderliğinde bakım yönetilirken, gerektiğinde diğer sağlık disiplinlerinden destek alınmaktadır (Kaupilla ve ark., 2010; Woodward ve ark., 2004). Hastaların, ameliyat oluncaya kadar geçen süreçte de desteğe gereksinimleri olmasına rağmen ameliyata hazırlık aşaması kısa bilgilendirmelerden öteye geçmemektedir. Oysaki hazırlık programlarının yazılı, sözlü ve görsel yöntemlerin tamamını içermesi, hastaların fiziksel ve psikolojik olarak proteze hazırlanması proteze uyum bakımından önemlidir (Turhan Damar, Bilik 2014; McDonald, Hetrick ve Green 2008). Edwards çalışmasında (2003); hastaların klinik öncesinde bilgilendirilmelerinin hastaların uyumlarını etkilediğini belirtmiştir (2003). Protez hastalarının çoğunluğunun ileri yaşta olması, ek hastalık ve çift taraflı protez varlığı bakım gereksinimlerini arttırmakta; bireylerin mobilizasyonları, iyileşme süreçleri ve gereksinimleri ile yetenekleri arasında boşluk yaratmaktadır (Santy 2001, Su, Tsai, Chen ve Chen 2010). Hastaların başta ağrı ve boşaltım problemlerinin yanında cesaretsizlik, engellenmişlik duygusu, isteksizlik, huysuzluk, sinirlilik, uyku düzeninde bozukluk, bakım veren yakınlarına yük olduklarını düşünme gibi duygusal sorunlarla karşılaştıkları ve bağımsızlıklarının desteklenmesi konusunda yardım beklentilerinin olduğu belirtilmektedir. Ayrıca hastalar rehabilitasyon, yardımcı alet kullanımı ve yara yeri konularında desteğe gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir (Kaupilla ve ark., 2010; Ouellet ve ark., 2003; Özer, Hacıoğlu, Akyıl ve Akpınar 2006). Sürekli bakım ile hastaların ameliyat sonrası sorunlarla daha kolay baş ettikleri, ağrı kontrolünün daha etkin olduğu ve narkotik analjezik kullanımının azaldığı, fonksiyonel kapasitelerinin daha çabuk geliştiği, GYA'ne daha çabuk döndükleri, yatış süresinin kısaldığı ve proteze daha kolay uyum sağladıkları belirlenmiştir (Su ve ark., 2010). Bu nedenle hemşirelerin hasta ve yakınlarının yanısıra diğer sağlık profesyonelleriyle etkileşime geçip protezle yaşam sürecinde yaşanacak boşlukları öngörmesi önemlidir (Hadjistavropoulos ve ark., 2009; Hawkey 2001; Lin, ve ark., 2005). Sürekli etkileşimle hasta ve ailelerin bakımla ilgili bilgi ve becerilerinin arttığı, hastaneye yeniden yatışlarının azaldığı ve hasta memnuniyetinin arttığı bildirilmiştir (Almada ve Archer 2009; Adler, Vasiliadis, Bickell 2010; Ben-Morderchai, Herman, Kerzman, Irony 2010).

Sürekli bakımın uygulanmasında çeşitli yöntemler kullanılabilir. Woodward ve ark.'nın (2004) evde bakımla ilgili kalitatif çalışmasında; sürekli bakımın *bakım yönetimi* ve *doğrudan hizmet sunumundan* oluşan iki yönü üzerinde durulmuştur. Lin ve ark.'nın (2005) çalışmasında; *taburculuk yönergeleri*, *belirli aralıklarla hasta izlemeleri*, *ekip üyeleri ile hasta ve yakınlarının dahil edildiği vaka konferansları* ve *telefon ile izlem* sürekli bakım planlamalarında uygulanan girişimler olarak bildirilmiştir. Bu girişimlerde özellikle yüksek riskli hastalar belirlenmiş, taburculuğa uyumları değerlendirilmiş, hastaların tıbbi ve sosyal kaynak kullanımına rehberlik edilmiştir (Godley, Cowger, Titus, Funk ve Orndroff 2010).

Sürekli bakım kavramı, ortopedi hemşireliğinin profesyonel gelişimi için de yararlı olabilir. Sürekli bakımın kullanıldığı çalışmalarda; bilgiye dayalı hizmetin etkin kullanıldığı, bilgilendirmede tutarlılık olduğu, memnuniyetin arttığı, bakım standartlarında gelişme olduğu, hemşire ve hasta ilişkisinde süreklilik sağlandığı, hasta ve yakınlarının bakıma katıldığı belirlenmiştir (Almada ve Archer 2009; Hadjistavropoulos ve ark., 2009). İngiltere'de hastane poliklinik hizmetlerini geliştirme standartları kapsamındaki konulardan birinin sürekli bakım olduğu ve ortopedi hemşireliğinin rollerini geliştirmek için değişim projesi başlatıldığı bildirilmiştir (Lucas 2002). Bakım sonuçlarının geliştirilmesinde ve toplum sağlığının yükseltilmesinde önemli olmasına rağmen sürekli bakım yeterli düzeyde uygulanamamaktadır. Bunun nedenleri arasında ekip üyelerinin sürekli bakıma ve etkin taburculuk planlamasına aynı önemi vermemesi, iletişim yetersizliği, zaman eksikliği, iş yükü fazlalığı, personel sürekliliğinin olmaması ve bilgi eksikliği gibi nedenler bulunmaktadır (Hawkey 2001; Watts, Pierson ve Gardner 2006). Ayrıca, ülkemizde bu süreç için yasal düzenlemelerin olmaması da engel oluşturmaktadır (Yıldırım ve Bayraktar 2010).

Roy Uyum Modeli

Sister Callista Roy, geliştirdiği modelinde insanı; "değişen bir çevrede devamlı büyüyen ve gelişen adaptif bir sistem" olarak tanımlamış, bireyin içinde bir "yaratma" gücü olduğunu ve hemşirenin bu gücü ortaya çıkarması gerektiğini ifade etmiştir (Roy 2009). Modele göre profesyonel hemşire, insan-çevre etkileşimine odaklanır. Çeşitli uyaranlar çevreyi değiştirerek açık bir sistem olan insanı da etkilemektedir. Bu uyaranlar *odak (focal)*, *durumsal (contextual)* ve *olası (residüel) uyaran* olarak sınıflandırılmaktadır. Odak uyaranlar; dıştan gelen, bireyin derhal yanıt verdiği ve uyum tepkisine doğrudan neden olan uyarılardır. Durumsal uyaranlar; davranışın doğrudan nedeni olmayan, ancak davranışa etki eden, bireyin iç ve dış dünyasından kaynaklanan, olayı etkileyen ve ölçülebilen diğer bütün uyaranlardır. Olası uyaranlar ise birey üzerinde sürekli etkiye sahip ancak etkisi tam olarak açıklanamayan iç ya da dış faktörlerdir. Birey bu uyaranlara uyum sağlayabilmek için başetme mekanizmalarını kullanır. Modelde bireyin sahip olduğu doğuştan ve sonradan kazanılmış başetme sistemleri, düzenleyici (regülator) ve bilişsel-duygusal (kognatör) olarak iki şekilde tanımlanmıştır. Çevresel etkiler insanın baş edemeyeceği kadar büyükse, sistem görevini yapamaz ve sağlıktan sapma olur. Hemşire; bireyin uyumlu davranış gösterebilmesine yardımcı olmak amacıyla ilk karşılaşmadan itibaren davranışları değerlendirmeye başlar (Roy 2009).

Bireylerin gözlenebilen davranışları, RUM'nin *fizyolojik (physiological)*, *benlik kavramı (self-concept)*, *rol*

fonksiyonu (role function) ve karşılıklı bağlılık (interdependence) uyum alanlarını (adaptive modes) oluşturur. Fizyolojik alandaki davranışlar sistemin fiziksel bütünlüğünün sürmesini amaçlayan fonksiyonları içerir. Bireyin beden imajı, kişisel görünüşünü yansıtan davranışlar ve bedenine olan duyarlılığı ise benlik kavramı alanındaki fiziksel benlik boyutudur. Benlik kavramının kişisel benlik boyutu ise bireylerin sahip olduğu özellikler, beklentiler, değerler, kişisel tutarlılık, uyum, özgüven, bireysel yetenekleri doğrultusunda birşeyleri yapabilme yetisi ve ahlak-etik gibi sahip olunan manevi kavramlardır. Ayrıca kişilerarası ilişkiler, grup imajı, sosyal çevre ve grup kültürünü içeren grup kimliği de benlik kavramı içindedir. Rol fonksiyonu, toplum tarafından bireyden beklenen anne, baba olma gibi birincil rollere, sosyal bütünlük ve gelişimsel evreleri ile ilişkili ikincil rollere ve kişinin seçtiği görevlerden oluşan üçüncül rollere odaklanır. Bireylerin çevresindeki kişilerle iletişimi karşılıklı bağlılık alanındadır ve sevgi, saygı, değer etkileşimi ile ilişkilerdeki bütünlüğü içerir (Roy 2009).

Roy'a göre uyum alanlarındaki davranışsal yanıtlar uyumlu (adaptif) veya uyumsuz (adaptif olmayan) olarak sınıflandırılır. Uyumlu yanıtlar bireyin bütünlüğünü geliştirmeye yönelik iken, uyumsuz yanıtlar bu bütünlüğü olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşireliğin amacı; uyumlu yanıtların geliştirilebilmesidir. Hemşirelik girişimleri çevresel uyaranlara müdahale ederek odak ve/veya durumsal uyaranların etkisini artırır, azaltır veya kaldırır. Hemşirelik girişimlerinde öncelikle odak uyarana, eğer değiştirmek mümkün değilse etkileyen uyarana müdahale edilir. Hemşirelik girişiminin etkisi, girişimden sonra davranışların gözlenmesiyle değerlendirilir. Birey uyumlu davranış geliştirirse hemşirelik girişimi etkili, uyumsuz davranış geliştirirse etkisiz olarak kabul edilir (Fawcett 2005; Roy 2009).

Modele göre hemşirelik sürecinde; davranışların, uyaranların ve başatma sistemlerinin değerlendirilmesi ile hemşirelik tanılarının belirlenmesi, amaç, hemşirelik girişimleri ve değerlendirme basamakları vardır (Roy 2009). Bireyin hareketini ve GYA'lerini sınırlayan büyük bir uyaran olan TDP bireyin yaşama uyumunu bozmaktadır (Santy 2001; Su ve ark., 2010). Makalenin bu bölümünde TDP uygulanan hastanın RUM'in basamaklarına göre yapılandırılmış sürekli bakımı analiz edilmiştir (Tablo 1, Şekil 1).

1. Davranışların değerlendirilmesi: Bireyin bilgi, beceri, yetenek ve kararlarını içeren tüm tepkileri davranış olarak tanımlanmaktadır. Hemşire uyum alanlarına özgü gözlenebilen ve gözlenemeyen davranışlar hakkında bilgi edinmelidir (Roy 2009). İleri yaş, ek hastalıklar, sosyal desteklerin varlığı-yalnız yaşama, protezin bilateral uygulanması vb. faktörler; TDP hastalarının uyumunu doğrudan etkilemektedir (Dinah ve Mears 2008; Kauppila ve ark., 2010; Su ve ark., 2010).

Ameliyat öncesi hastanın dizinin fonksiyonel kapasitesi, GYA'ni yapabilme durumu, bağımlılık düzeyi, protez konusunda düşünce ve beklentileri, korkuları, proteze hazır olma durumu vb değerlendirilir. Bu dönemde; *obesite, enfeksiyon, yüksek beklentiler, anksiyete*, etkisiz uyum davranışları; *kilo verme, enfeksiyon gelişmemesi, ameliyat sonrası için ev koşullarını düzenleme, gerçekçi beklentiler geliştirme, egzersiz yapma* vb davranışlar etkili uyum davranışlarıdır. *Ameliyat nedeniyle doku hasarı ve anesteziye bağlı arteriyel-venöz dolaşımda yavaşlama, iştahsızlık, konstipasyon, parmak uçlarında uyuşukluk,*

soğukluk, harekette azalma, uykusuzluk, iştahsızlık, diz eklemine fonksiyon kaybı, aktivite intoleransı, ağrı, geç mobilizasyon, komplikasyonların gelişmesi, öz bakım eksikliği, benlik saygısında azalma, güçsüzlük, anksiyete, cinsiyet ve yetişkin rollerini yerine getirememe, işe döneme, ailenin rutinlerinin bozulması, destek sistemlerinde yetersizlik, sosyal izolasyon vb. davranışlar TDP uygulanan hastalarda ameliyat sonrası değerlendirilebilecek etkisiz uyum davranışlarıdır. Hastanın nörovasküler durumunun stabilizasyonu, gereksinimi kadar besini tolere edebilmesi, yeterli uyuması, dinlenmesi, rahat görünmesi, komplikasyon gelişmemesi, derin solunum-voldayn kullanımı rehabilitasyon egzersizlerine uyum, erken mobilizasyon, etkin ağrı yönetimi, taburcu olmaya hazır olduğunu ifade etmesi, taburcu olmadan önce planlanan eklem hareket açıklığına ulaşması, bakım sürecinde ekip ile işbirliği yapması, bakımı ile ilgili sorumluluk almaya istekli olması, olumlu beden imajı, yeni role uyum sağlama ve sorumluluk alma vb. gibi davranışlar etkili uyum davranışlarıdır. Taburculuk sonrası izlemlerde hastaların rehabilitasyon egzersizlerini uygulamada isteksiz olması, hareket etmekten kaçınması, protez sonrası ulaşılan eklem hareket açıklığının sürdürülebilmesi, düşme korkusu, komplikasyon belirtisi ve bulguları, sosyal izolasyon, bağımlılık sürecinin uzaması, bakım verenlerin sorumluluklarının artması, aile içi ilişkilerde bozulma gibi davranışlar etkisiz uyum davranışlarıdır. Hastaların rehabilitasyon egzersizlerini uygulaması ve protez sonrası ulaşılan eklem hareket açıklığını sürdürmesi, GYA'de bağımlılık düzeyinin azalması, sosyal aktivitelere istekli olması, komplikasyon gelişmemesi, kesintiye uğrayan rollerini yerine getirmesi vb etkili uyum davranışları olarak değerlendirilebilir (Barksdale ve Backer 2005; Birol 2011; Bisailon, Faraone Elliott, Cuthberg, Doucette and Shaw 2004; Edwards 2003; Roy 2009; Su ve ark., 2010; Wright ve ark., 2010).

2. Uyaranların değerlendirilmesi: Davranışları değerlendirme yöntemleri uyaranları değerlendirmede de kullanılabilir. İlk aşamada değişikliklere karşı başatma mekanizmalarının etkinliği, davranışları etkileyen iç ve dış uyaranlar değerlendirilir. Hastaları için *odak uyaran TDP; durumsal uyaranlar diz kas ve bağların güçsüz olması, ek hastalıklar, anestezi, ağrı, hareket kısıtlılığı, proteze zarar verme korkusu, güvensizlik, bağımlı olma, narkotik analjezikler, bilateral protez vb, olası uyaranlar* ise yüksek beklentiler, olumsuz deneyimler, korku, ameliyatın ertelenmesi, yaşam kararları üzerinde kontrol kaybı, bağımlı olma ve bakım verenlere yük olma kaygısı vb. olabilir. Odak ve durumsal uyaran bireye ve uyum sürecine göre değişebilir, durumsal uyaranlarla birlikte odak uyarının etkisi artar (Özer ve ark., 2006; Roy 2009).

Modelde davranış ve uyum alanları arasında bütünlük olduğu ve böylece; bir adaptif mod ya da sistemi harekete geçiren bir davranışın diğer alanları da etkileyebileceği üzerinde durulmuştur. Örneğin; beklentileri yüksek olan bir hasta *erken mobilize olamamış, istenilen eklem hareket açıklığı sağlanamamış* (fiziksel alan) ise bağımlı olma süreci uzayacağından *benlik saygısında azalma* (benlik alanı) olabilir. Ayrıca komplikasyon gelişen ya da revizyon cerrahisi uygulanan hastada iyileşmenin uzaması nedeniyle *rollerini yerine getirememesi* (rol fonksiyon alanı) ya da *bağımlılık sürecinin uzaması, bakım verenlerin sorumluluklarının artması, aile içi ilişkilerde bozulma* (karşılıklı bağlılık alanı) gibi çıktılara yol açabilir (Barksdale ve Backer 2005; Roy 2009).

3. Baş etme sistemlerinin değerlendirilmesi: TDP hastaları için düzenleyici (Regülâtör) 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*; Bilişsel-Duygusal (Kognator) mekanizma aktivitelerinin yetersizliği ise; *algı ve bilgi sürecinde yanlışlık, etkisiz öğrenme, hareket etmede isteksizlik, rehabilitasyon egzersizlerini yapmak istememe, düşme korkusu nedeniyle yetersiz aktivite, sosyal izolasyon vb* gibi davranışlarla belirlenebilir. Bunlar uyumu zorlaştırır (Roy 2009).

4. Hemşirelik tanıları: Roy hemşirelik tanılarını “insan adaptif sisteminin uyum durumunu yansıtan bir karar verme süreci” olarak tanımlar. Uyum ile ilgili gerçek ya da potansiyel problemleri gösteren tanılar hemşirenin kritik düşünme sürecini ortaya koyar. Hemşire her bir hemşirelik tanısında öncelikleri belirler (Fawcett 2005; Roy 2009).

Ameliyat öncesinde TDP hastalarının olası tanıları *agrı, aktivite intoleransı, güçsüzlük, etkisiz bireysel baş etme, benlik saygısında azalma, rol-fonksiyon kaybı, aile içi baş etmede yetersizlik* iken; ameliyat sonrası erken dönemde *agrı, doku perfüzyonunda azalma, iştahsızlık, konstipasyon, aktivite intoleransı, uyku örüntüsünde bozulma, hipovolemi, dehidratasyon ve periferal nörovasküler bozulma riski, rol-fonksiyon kaybı, anksiyete, güçsüzlük, ümitsizlik, etkisiz bireysel baş etme, aile süreçlerinin kesintiye uğraması, benlik saygısında azalma vb* tanılardır. Taburculuk sonrası uzun dönemdeki olası tanılar ise; *agrı, konstipasyon, aktivite intoleransı, uyku örüntüsünde bozulma, komplikasyon gelişme riski, güçsüzlük, düşme korkusu, etkisiz bireysel baş etme, rollerini yerine getirememe, benlik saygısında azalma, aile içi baş etmede yetersizlik, iş kaybı, sosyal sorumlulukları sürdürmede yetersizliktir* (Barksdale and Backer 2005; Birol 2011).

5. 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 ölçülebilmelidir. Amaçlar değiştirilebilir olmalı, değişiklik beklenmeli ve davranışlardaki değişiklik kısa ya da uzun dönemde görülmelidir. Amaçlar uyumlu olmayan davranışları uyumlu davranışlara dönüştürülmesi için belirleneceği gibi uyumlu davranışların sürdürülmesi için de belirlenir (Fawcett 2005; Roy 2009). Sürekli bakım uygulanan TDP hastası için ameliyat öncesi dönemdeki amaçlar; *proteze ilgili gerçekçi beklentilerinin olması, enfeksiyonunun olmaması, ameliyatla ilgili korku ve endişelerinin olmaması, protez sonrası yaşamı için evde gerekli düzenlemeleri yapabilmesi, önerilmişse fazla kilo- larını 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 (EHA) sağlanması, komplikasyon gelişmemesi, yardımla yürümesi, GYA'ni yardımla yapabilmesi, kendisini taburcu olmaya hazır hissetmesidir*. Taburculuk sonrası geç dönemdeki (bir ay ve 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; Birol 2011; Lin, Wang, Chang and Yang 2005).

6. Hemşirelik Girişimleri: Girişimlerde amaçlara odaklanılarak uyarılar arttırabilir, azaltabilir, değiştirebilir, ortadan kaldırılabılır ya da devam ettirebilir. Bu aşamada rehberler, kanıtlar, genel beklentiler, yaygın kültürel özellikler temel alınabilecek kaynaklardır (Fawcett 2005; Roy 2009). Hemşire ameliyat öncesi bakımın yönetsel süreklilik boyutunda; ekteki sağlık disiplinleri ile ortak bakım programı oluşturur. Danışmanlık ve bilgilendirme ile; protezi tanıtmaya, hastane prosedürlerini açıklama, enfeksiyon kontrolünün önemini anlatma, korku ve endişelerini giderme, fonksiyonel kapasitesini arttıracak egzersizleri yapmasını sağlama, evde yapması gereken düzenlemeleri öğretme (proteze uygun ergonomik düzenlemeler), kilo vermesi için cesaretlendirme gibi girişimleri uygular. Hasta ve yakınlarının değişen rolleri, sorumlulukları, yetenekleri ve baş etmesi değerlendirilir. Bu girişimler hastanın bilgi gereksinimine uygun planlanarak, hastanın protez ameliyatına hazırlanmasını ve etkili uyum davranışları göstermesini sağlayabilir (Almada ve Archer 2009; Barksdale ve Backer 2005; Kearney Jennirch, Lyons, Robinson ve Berger 2011; Roy 2009).

Hastaların ameliyattan bir gün önce ve sonrası erken dönemdeki hemşirelik girişimleri ise ameliyata hazırlama, tedavi ve bakımını sürdürme, ağrı kontrolü, erken mobilizasyon, planlanan eklem hareket açıklığına ulaşmasını sağlama, komplikasyonları önleme, protezle yaşama ile ilgili bilgilendirme, anksiyetesini giderme, güçlendirme, rehabilitasyona motive etme vb. girişimleri içermelidir. Taburculuk sonrası süreçte ise hemşire, bilgilendirme ve danışmanlığı devam ettirerek hastanın karşılaşılabileceği sorunlara karşı hastayı güçlendirir ve sorunları çözmesine yardımcı olur (Barksdale ve Backer 2005; Hawkey ve Williams 2001; Roy 2009; Santy 2001; Lin ve ark., 2005). Hemşirelerin güven ilişkisi içerisinde bakım ve konforu sağlamaları, kanıta dayalı uygulamaları kullanmaları, risk yönetimini yapabilmeleri, danışmanlık becerilerini kullanabilmeleri, diğer sağlık disiplinleri ile iletişim içinde olmaları, çevreyi hasta adına uygun hale getirmeleri ve bakım koordinasyonunu sağlamaları sonucu hastaların uyumunu geliştirebilirler (Ouellet ve ark., 2003; Santy 2001; Su ve ark., 2010).

Bilgiye dayalı süreklilik kavramı, TDP uygulanan hastaların bakım sürecinde yer alan hemşire ile diğer klinik hemşireleri, ortopedist, anestezi uzmanı, fizyoterapist, asistan hekim ve gerekirse diğer sağlık disiplinleri arasında hasta ile ilgili bilgi alış verişinin sürdürülmesi, kayıtların tutulması, ortak tedavi ve bakım standartlarının uygulanmasını içermektedir. Bağlantısal süreklilik boyutu, TDP uygulanan hastaların sağlık ekibine ulaşabilme kolaylığını, ekibin birbiriyle bağlantı kurarak sorun çözmesini içerir (McDonald, Hetrick ve Green 2008; Ouellet ve ark., 2003; Wright ve ark., 2010).

7. 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, amaçlarına ulaşma ve bireyin uyum düzeyini belirler (Fawcett 2005). Uyum üç aşamada gerçekleşebilir; bütünlüğün tam olduğu, bireyin yaşam sürecindeki tüm yapı ve fonksiyonlarının yeterli olduğu ve gereksinimlerini karşılayabildiği süreç olan “*mükemmel uyum*” aşamasıdır. Bireyin baş edebildiği süreci içeren telafi (kompanzasyon) düzeyi olan “*denge-*

leyici uyum” aşamasıyla baş etmenin yetersiz olduğu veya olumsuz yanıtlar geliştiği “*uzlaşmacı uyum*” aşamasıdır. 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 uyuma ulaşması hedeflenmektedir. Hemşire TDP hastalarının uyumunu incelerken, değişen süreçleri değerlendirerek etkili uyum olup olmadığını değerlendirir. Sonuç olarak hastaların planlanan EHA’nı sürdürebilmeleri, 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).

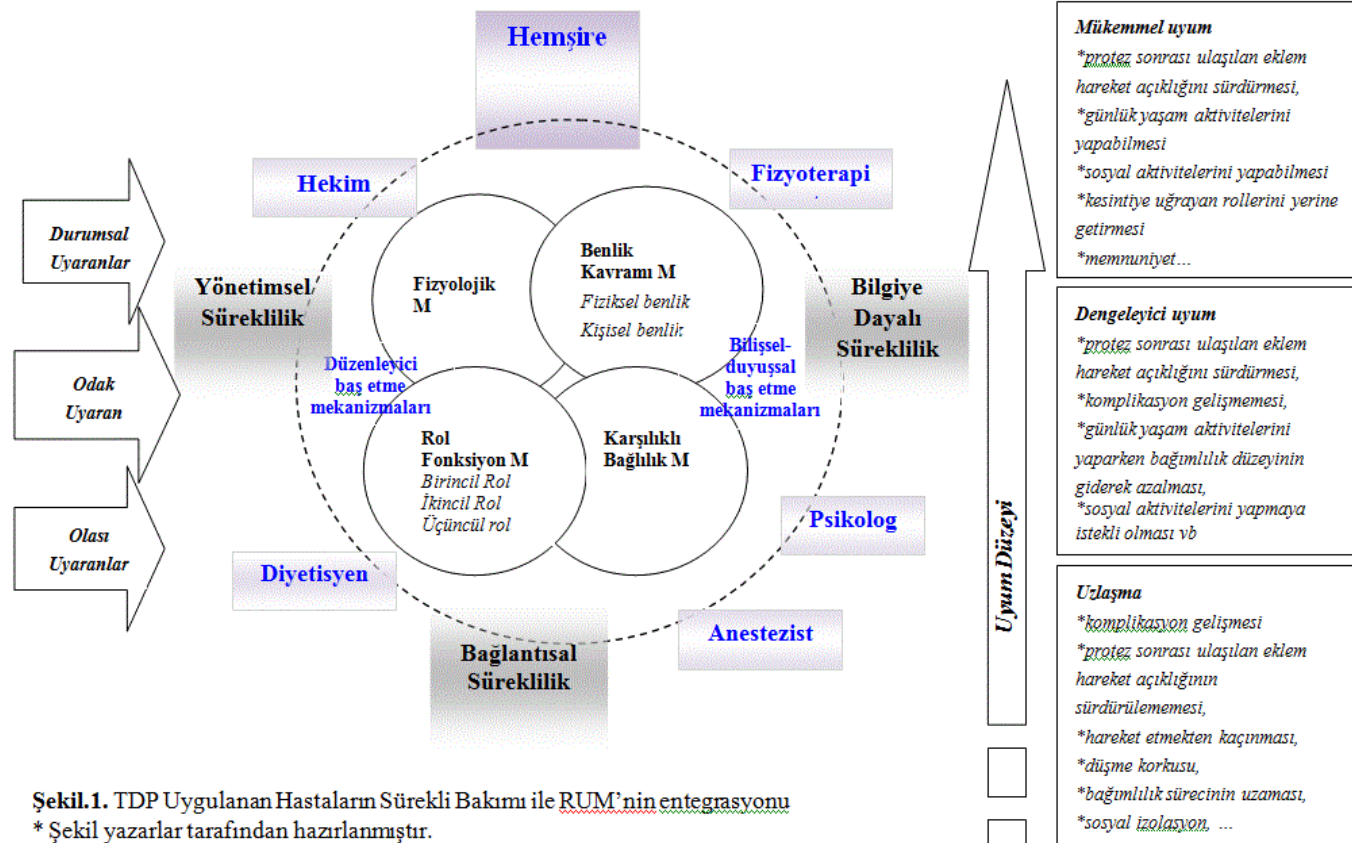
Sonuç olarak; RUM’ne göre yapılandırılmış sürekli bakımın TDP hastalarının bakımına bütüncül bakış açısı sağlayabileceği ve ekip anlayışını geliştireceği düşünülmektedir. Ancak sürekli bakım ve RUM’un, TDP hastaları dışında başka ortopedi hastalarında da kullanılarak test edilmesi önerilir.

Tablo 1. TDP Uygulanan Bir Hastada RUM'ne Göre Sürekli Bakımı

	Uyum alanları	Uyaranların Değerlendirilmesi Odak uyaran: Osteoartrit-TDP	Hemşirelik Tanıları	Sürekli Bakım Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Ameliyat Öncesi	Fizyolojik alan	Durumsal uyaranlar: -Osteoartritin şiddeti -Diz kas ve bağların güçsüz olması - Ek hastalıklar -Obezite	*Ağrı, *Fiziksel harekette azalma, *Uyku örüntüsünde bozulma, *Beden imajında bozulma	Yönetimsel: -Hastanın ayrıntılı öyküsünü alma -Hastanın ek hastalıkları ve onları yönetebilme durumunu belirleme -Sağlık disiplinleri ile ortak bir bakım programı oluşturma -Hastanın gereksinimlerini belirleme -Ağrı kontrolünü sağlama (Hastanın ağrı ile baş etme yöntemleri sorgulanır. Nonfarmakolojik yöntemlerden uygun olanlar öğretilir, Analjezik kullanımı ile ilgili bilgilendirilir). - Hastanın fonksiyonel durumunu belirleme, fiziksel harekette azalmaya neden olan etmenleri belirleme ve kontrol altına alma, egzersiz yapması konusunda destekleme - Hastanın uyku örüntüsünü değerlendirme, uyku örüntüsünde değişimle başetme durumunu gözden geçirme ve etkili başetmesini sağlama girişimleri uygulanır - Hastanın kendi beden algısını değerlendirme, beden imajındaki değişimle başetme stratejilerini geliştirme - Hastanın anksiyete nedenlerini ve anksiyete düzeyini belirleme, anksiyetesini ifade etmesini sağlama ve anksiyetesini giderme - Hastanın başetme stratejilerini belirleme, etkili olanları kullanması konusunda destekleme -Hastanın benlik saygısını değerlendirme ve azalan benlik saygısını yükseltme -Hastanın ve aile üyelerinin protez hakkındaki görüşlerini ve beklentilerini değerlendirme -Ev koşullarını düzenleme(proteze uygun ergonomik düzenlemeler) -Enfeksiyonu önleme(var olan enfeksiyonu varsa tedavisi için yönlendirilir) -Hasta ve ailenin korku ve endişelerini giderme Bilgiye dayalı: - Hekim, fizyoterapist, diyetisyen ile hastadan elde edilen bilgileri paylaşma - Cerrahi öncesi uygulanan tedavi yöntemlerini ve etkinliğini değerlendirme - Protezin çeşidi, uygulanan tedavi ve egzersiz protokolü ile ilgili hekim, fizyoterapist ve hemşire ile işbirliği yaparak hasta ve yakınlarını bilgilendirme Bağlantsal: -Kilo vermesi konusunda diyetisyen ile işbirliği yaparak uygun yöntemi belirleme -Protezin çeşidi, tedaviden beklentilerle ilgili hekim ile işbirliği yapılarak, gerçekçi beklentiler geliştirme -Diz kas ve bağlarının güçlendirilmesi için egzersiz önerileri ile ilgili fizyoterapistle işbirliği yaparak uygun egzersizleri yapmasını sağlama.	Etkili uyum davranışları - Ağrısını etkili kontrol etmesi - Diz kas ve bağlarını güçlendirmek amacıyla verilen egzersizleri uygulaması - Hastanın uykusunu aldığını/yorgun olmadığını ifade etmesi - Beden imajındaki değişimi kabul etmesi ya da olumlu beden imajı olduğunu ifade etmesi -Diyetine dikkat etmesi - Kilo vermesi - Enfeksiyon bulgusunun olmaması - Evde gerekli düzenlemeleri yapması - Gerçekçi beklentiler geliştirmesi - Yaşamındaki rollerini gerçekleştirme konusunda istekli olması -GYA'lerini yerine getirmek için çaba göstermesi - Kendini güvende hissederek/düşme korkusu yaşamadan hareket edebilmesi - Hastanın mevcut durumunu kabullenip, iyileşme sürecinde başkasının desteğine gereksinimi olduğunu kabullenmesi ve bu desteğin kullanımını giderek azaltması - Bağımsızlığını giderek kazanarak yaşamını sürdürmede güçlü olması - Anksiyetesini gidermede/Sorunlarını çözmede etkili başetme stratejilerini kullanması -Hastanın olumlu benlik saygısı geliştirmesi Etkisiz uyum davranışları - Obezitenin sürmesi - Enfeksiyon gelişmesi - Yüksek beklentiler geliştirmesi - Anksiyete yaşaması - Ağrı yaşaması - Fonksiyonel kısıtlılığın/zorlanmanın giderek artması - Uyku sorunlarının olması/devam etmesi - Hastanın kendini güçsüz hissetmesi - Pasif ya da bağımlı hasta rolünü sürdürmesi/Başkalarına bağımlı olması - Egzersizlerini düzenli uygulamaması/egzersizden kaçınması - GYA'lerini yerine getirmede isteksizlik/Yapabilecekleri aktiviteleri başkasının yapmasını beklemesi ya da istemesi - Sosyal izolasyon yaşaması - Sorun yaşadığında ilgili sağlık profesyoneline danışmaması - Olumsuz benlik saygısının olması

Ameliyat Sonrası (Erken dönem)	Fizyolojik alan	<p>Durumsal uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ağrı/Yetersiz ağrı kontrolü - Cerrahinin diğer etkileri(güçsüzlük, iştahsızlık, konstipasyon) - Ödem-şişlik - Diz kas ve bağların güçsüz olması, - Korku(düşme korkusu) - Ek hastalıklar, - Anestezi, - Narkotik analjezikler, - Protezin bilateral uygulanması vb, - Bilgi eksikliği <p>Olası uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - İntraoperatif süreç - Obezite - Protez ameliyatı için hazır olmama 	<ul style="list-style-type: none"> *Ağrı, *Doku perfüzyonunda azalma, *Hareket kısıtlılığı *İştahsızlık *Konstipasyon, *Aktivite intoleransı, *Uyku örüntüsünde bozulma, *Hipovolemi *Dehidratasyon riski, *Periferik nörovasküler fonksiyon bozulma riski, 	<p>Yönetimsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sağlık disiplinleri ile ortak bir bakım programı oluşturma -Hastanın gereksinimlerinin belirleme -Hasta ve ailenin korku ve endişelerini giderme -Ameliyata hazırlama, -Tedavi ve bakımını sürdürme, -GYA 'ni yapabildiğini sağlama, -Ağrı kontrolünü sağlama -Hastanın ek hastalıklarının kontrolünü sağlama -Enfeksiyonu önleme -Erken mobilizasyonu sağlama/cesaretlendirme - Beden gereksinimlerine uygun beslenmesini sağlama - Aktivite toleransını geliştirme - Bozulmuş uyku örüntüsünü düzenleme - Konstipasyonu önleme - Dehidratasyonu önleme - Hareket kısıtlılığına bağlı gereksinimlerini belirleme ve yönetme -Taburculuk planlaması yapma -Hastanın bakım veren yakınlarına destek olma, -Hasta için planlanan eklem hareket açıklığını kazanmasını sağlama - Özbakım aktivitelerini destekleme ve yeniden kazandırma - Güçsüzlük, anksiyete, ümitsizlik, benlik saygısında azalma, bağımlılık, yük olma ve korku ile ilgili duygularını ifade etmesini ve etkili başetmesini sağlama <p>Bilgiye dayalı:</p> <p>Hekim, fizyoterapist, klinikteki diğer hemşireler, anestezi ile hastadan elde edilen bilgilerin paylaşılması</p>	<p>Etkili uyum davranışları</p> <p>Nörovasküler durumunun stabilizasyonu, gereksinimi kadar besini tolere edebilmesi, yeterli uyuması, dinlenmesi, rahat görünmesi komplikasyon gelişmemesi (enfeksiyon, kanama, DVT, sıvı elektrolit dengesizliği), derin solunum yapabildiği, voldaın kullanabilmesi- rehabilitasyon egzersizlerine uyum göstermesi, erken mobilizasyon, barsak seslerinin normal olması/boşaltım sorununun olmaması, etkin ağrı yönetimi, taburcu olmaya hazır olduğunu ifade etmesi, taburcu olmadan önce en az 90 (mümkünse110) derecelik eklem hareket açıklığına ulaşması, özbakımını yerine getirebilmesi, bakım sürecinde ekip ile işbirliği yapması, bakımı ile ilgili sorumluluk almaya istekli olması, olumlu beden imajının olması, rol değişimiyle birlikte etkili rol entegrasyonu gösterebilmesi, rollerle ilgili sorumluluk alması, güçsüzlük, anksiyete, ümitsizlik,benlik saygısında azalma, bağımlılık, yük olma ve korku ile ilgili duygularını ifade etmesi ve etkili başetmesi</p>
	Benlik kavramı alanı	<p>Durumsal uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Korku(Proteze zarar verme korkusu), -Korku(sakat kalma korkusu), -Başka birine bağımlı olma, -Bakım verenlere yük olma duygusu - Gerçekçi olmayan beklentiler <p>Olası uyarılar</p> <ul style="list-style-type: none"> -Yaşam kararları üzerinde kontrol kaybı, 	<ul style="list-style-type: none"> *Güçsüzlük, *Anksiyete, *Ümitsizlik *Etkisiz bireysel baş etme, *Benlik saygısında azalma 	<p>Bağıntısal:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fizyoterapist ile işbirliği yaparak rehabilitasyon egzersizlerine uyumunu artırma, cesaretlendirme, - Hekim ve anestezi ile işbirliği yaparak etkin ağrı kontrolünü sağlama 	<p>Etkisiz uyum davranışları</p> <p>Ameliyat nedeniyle doku hasarı ve anesteziye bağlı arteriyel-venöz dolaşımında yavaşlama, iştahsızlık, konstipasyon, parmak uçlarında uyuşukluk, soğukluk, harekette azalma, uykusuzluk, diz eklemının fonksiyon kaybı, aktivite intoleransı, ağrı, geç mobilizasyon, komplikasyonların gelişmesi (kanama, enfeksiyon, DVT, sıvı elektrolit dengesizliği), öz bakım eksikliği, benlik saygısında azalma, güçsüzlük, anksiyete, cinsiyet ve yetişkin rollerini yerine getirememe, işe dönememe, sosyal izolasyon, ailenin rutinlerinin bozulması, destek sistemlerinde yetersizlik, kendini yük olarak algılama, düşme ya da sakat kalma korkusu yaşama</p>
	Rol fonksiyonu alanı	<p>Durumsal uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hareket kısıtlılığı, -Başka birine bağımlı olma, <p>Olası uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -İyileşme sürecinin uzun sürmesi 	<ul style="list-style-type: none"> *Rollerini yerine getirememe * Özbakımını yerine getirememe 		
	Karşılıklı bağlılık alanı	<p>Durumsal uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Başka birine bağımlı olma, -Bakım verenlere yük olma duygusu <p>Olası uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Yaşam kararları üzerinde kontrol kaybı, -İyileşme sürecinin uzun sürmesi 	<ul style="list-style-type: none"> *Aile süreçlerinin kesintiye uğraması *Aile içi baş etmede yetersizlik 		

Taburculuk sonrası (Geç dönem)	Fizyolojik alan	<p>Durumsal uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ağrı -Diz kas ve bağların güçsüz olması, -Korku(düşme korkusu), -Ek hastalıklar, -Hareket kısıtlılığı, -Protezin bilateral uygulanması vb, <p>Olası uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Obezite 	<ul style="list-style-type: none"> *Ağrı, *Konstipasyon, *Aktivite intoleransı, *Uyku örüntüsünde bozulma, *Komplikasyon gelişme riski (enfeksiyon, DVT,...) 	<p>Yönetimsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sağlık disiplinleri ile ortak bir bakım programı oluşturma -Bilgilendirme ve danışmanlığı sürdürme(telefonla izlem, poliklinik kontrolü) -Hastanın gereksinimlerini belirleme -Ağrı kontrolünü sağlama -Aktivite toleransını geliştirme -Ev koşullarını düzenleme(proteze uygun ergonomik düzenlemeler) -Konstipasyonu önleme -Enfeksiyonu önleme -DVT'yi önleme -Uyku örüntüsünü düzenleme -Hasta ve ailenin korku ve endişelerini giderme <p>Bilgiye dayalı:</p> <p>Hekim, fizyoterapist ile hastadan elde edilen bilgilerin paylaşılması,</p> <p>Bağlantısal:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hastanın gereksinim duyduğunda ulaşabilmesini sağlama -Diz kas ve bağlarının güçlendirmesi için egzersiz önerileri ile ilgili fizyoterapistle işbirliği yaparak uygun egzersizleri yapmasını ağırlama -Gelişebilecek komplikasyonlarla ilgili hekim ile işbirliği yaparak, yönlendirme, -Hastanın psikolojik destek gereksinimi olduğunda, psikoloğa yönlendirme 	<p>Etkili uyum davranışları</p> <p>Rehabilitasyon egzersizlerini uygulaması ve protez sonrası ulaşılan eklem hareket açıklığını sürdürmesi, komplikasyon gelişmemesi, günlük yaşam aktivitelerini yaparken bağımlılık düzeyinin giderek azalması, ağrısını etkin kontrol etmesi, sosyal aktivitelerini yapmaya istekli olması, kesintiye uğrayan rollerini yerine getirmesi, yeni durumuna göre ev düzenini değiştirme, korku ve endişe duymadan yaşantısını sürdürmesi</p> <p>Etkisiz uyum davranışları</p> <p>Komplikasyon belirti ve bulguları protez sonrası ulaşılan eklem hareket açıklığının sürdürülememesi, rehabilitasyon egzersizlerini uygulamada isteksiz olması, hareket etmektan kaçınması, düşme korkusu, bağımlılık sürecinin uzaması, sosyal izolasyon, bakım verenlerin sorumluluklarının artması, aile içi ilişkilerde bozulma</p>
	Benlik kavramı alanı	<p>Durumsal uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Proteze zarar verme korkusu, -Başka birine bağımlı olma, -Gerçekçi olmayan beklentiler, -Korku(düşme korkusu), -Hazır olmadan taburcu olma -Bakım verenlere yük olma duygusu <p>Olası uyarılar</p> <ul style="list-style-type: none"> -İyileşme sürecinin uzun sürmesi 	<ul style="list-style-type: none"> *Güçsüzlük, *Düşme korkusu, *Eikisiz bireysel baş etme, *Benlik saygısında azalma 		
	Rol fonksiyonu alanı	<p>Durumsal uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hareket kısıtlılığı, -Başka birine bağımlı olma, <p>Olası uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -İyileşme sürecinin uzun sürmesi 	<ul style="list-style-type: none"> *Rollerini yerine getirememesi 		
	Karşılıklı bağlılık alanı	<p>Durumsal uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Başka birine bağımlı olma, -Bakım verenlere yük olma duygusu <p>Olası uyarılar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Korku (düşme korkusu) 	<ul style="list-style-type: none"> *Aile içi baş etmede yetersizlik *İş kaybı *Sosyal sorumlulukları sürdürmede yetersizlik *Sosyal izolasyon 		



Kaynaklar

- Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. (2010). The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Family Practice*, (27): 171-8.
- Almada P, Archer R. (2009). Planning Ahead for Better Outcomes Preparation for Joint Replacement Surgery Begins at Home. *Orthopaedic Nursing*, January/February. 28(1): 3-8.
- Akyol Ö, Karyurt Ö, Salmond S. (2009). Experiences of Pain and Satisfaction With Pain Management in Patients Undergoing Total Knee Replacement. *Orthopaedic Nursing*, Mar/Apr. 28(2):79-85.
- Barbay K. (2009). Research evidence fort he use of preoperatif exercise in patients preparing for total hip or total knee arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 28(3): 127-133.
- Barksdale P, Backer J. (2005). Health-Related Stressors Experienced by Patients Who Underwent Total Knee Replacement Seven Days After Being Discharged Home. *Orthopaedic Nursing*, Sep/Oct. 24(5): 336-343.
- Ben-Morderchai B, Herman A, Kerzman H, Irony A. (2010). Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients. *International Journal of Orthopaedic Nursing*, 14:66-74.
- Birol L. (2011). *Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım*.10. Baskı; Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. İzmir. p.283-416.
- Bourne RB, Chesworth BM, Davis AM, Mahomed NN, Charron KD. (2010). Patient satisfaction after total knee arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 468: 57-63.
- Edwards C. (2003). Exploration of the orthopaedic patient's 'need to know'. *Journal of Orthopaedic Nursing*; 7:18-25
- 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, Godley MD, Cowger VH, Titus JC, Funk RR., Orndorff MG. (2010). A randomized controlled trial of telephone continuing care. *J Subst Abuse Treat*, January,38(1):74-82.
- Hadjistavropoulos H. D, Garrat S, Janzen A. J, Bourgault M. D, Spice K. (2009). Development and evaluation of a continuity of care checklist for improving orthopaedic patient discharge from hospital. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 13:183-193.
- Haggerty J, Reid R, Freeman G, Starfield H, Adair CE, McKandry R. (2003). Continuity of care: multidisiplinary reiew. *BMJ*, 327:1219-1221.
- Hawkey B, Williams J. (2001). Rehabilitation: the nurse's role. *Orthopaedic Nursing*, 5:81-8.
- Kaya N, Babadağ K, Kaçar KY, Uygur E. (2010). Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3):24-33.
- 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 MK, Lyons S, Robinson R, Berger B. (2011). Effects of Preoperatif Education On Patient Outcomes After Joint Replacement Surgery. *Orthopaedic Nursing*, Nov/ Dec, 30(6):391-6.
- Lin P, Wang J, Chang S, Yang F. (2005). Effectiveness of a discharge-planning pilot program for orthopedic patients in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 42:723-731.
- Lucas B. (2002). Developing the role of the nurse in the orthopaedic outpatient and pre-admission assessment settings: a change management Project. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6:153-160.
- McDonald S, Hetrick SE, Green S. (2008). Pre-operative education for hip or knee replacement (Review). *The Cochrane Collaboration*, Issue 4. Erişim tarihi:12.12.2014
- O'Brien S. (2002). An outcome study on average lenght of stay following total hip and knee replacement. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6:161-9.
- 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.
- Özer N, Hacıoğlu N, Akyıl RÇ, Akpınar R. (2006). Hastaların kendilerini bakım veren yakınlarına yük olarak hissetme durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4):31-7.
- Rogers C, Keller C. (2009). Roy's adaptation model to promote physical activity among sedentary older adults. *Geriatric Nursing*, 30(25):21-6.
- Roy S. C. (2009). *The Roy Adaptation Model*. Pearson Education. Inc, Upper Saddle River, New Jersey.07458.
- Santy J. (2001). An investigation of the reality of nursing work with orthopaedic patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5:22-9.
- Su HH, Tsai YF, Chen WJ, Chen MC. (2010). Health care needs of patients during early recovery after total knee-replacement surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 19:673-681.
- Turhan Damar H, Bilik Ö. (2014). *Roy Uyum Modeli'ne Temellendirilmiş Total Diz Protezi Ameliyatına Hazırlık Programı*. DEU HYOED 7(4): 321-329.
- Watts R, Pierson J, Gardner H. (2006). Critical care nurses' beliefs about the discharge planning process: a quesonnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 43(3):269-79.
- Woodward C.A, Abelson J, Tedfoerd S, Hutchison B. (2004). What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science&Medicine*, 58: 177-192.
- Wright JG, Santaguida PL, Young N, Hawker GA, Shemitsch E, Oven JL. (2010). Patient preferences before and after total knee arthroplasty. *Jornal of Clinical Epidemiology*, 63: 774-782.
- Yıldırım M, Bayraktar N. (2010). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlaması sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*;2(2):73-81.