

## DERLEME

## REVIEW

**Miyokard İnfarktüsü Sonrası Roy Uyum Modeline Dayalı Hemşirelik Yaklaşımı***Nursing Approach Based on Roy Adaptation Model After Myocardial Infarction***Selma Turan Kavradım<sup>1</sup>, Zeynep Canlı Özer<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Antalya

Bu derleme yapılan literatür taraması sonucu, Miyokard infarktüsü sonrası bireylerde uyumun sağlanmasında sağlık profesyonellerine Miyokard infarktüsü-Roy Uyum Modeli ilişkisi ile ilgili önemli bilgiler sunması amacı ile hazırlandı. Roy'un Uyum Modeli hemşirelikte araştırma, uygulama ve eğitim alanında en yaygın kullanılan, sürekli test edilen ve geliştirilen modellerden biridir. Roy'un Uyum Modeline göre hemşireliğin amacı bireyin çevresel uyaranlara karşı düzenleyici ve bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmalarını kullanarak fizyolojik, benlik, rol fonksiyon ve karşılıklı bağıllık alanlarında etkili uyum davranışlarını oluşturmak ve bireyi mükemmel uyum düzeyine ulaştırmaktır. Bu doğrultuda bu derlemede ana kavramı uyum olan Roy Uyum Modelinin miyokard infarktüsü geçiren hastalarda hemşirelik bakımını planlama ve uygulamada kullanımının, hastaların taburculuk sonrası komplikasyonlarını azaltma ve yaşam şekli değişikliğine uyumu sağlamada etkili olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Roy uyum modeli, uyum, miyokard infarktüsü, hemşirelik

In this review, a literature search results was prepared with the aim of presenting important information to the health professionals about relations with Myocardial infarction-Roy Adaptation Model for ensuring adaptation in individuals after myocardial infarction. Roy Adaptation Model is the most widely used for nursing research, practice and education field, which is one of the constantly tested and developed model. According to the Roy Adaptation Model purpose of nursing, to bring individuals an excellent level of adaptation and to create effective adaptation behavior for physiological, self-concept, role function and interdependence area using the regulatory and cognitive-emotional coping mechanisms by individuals against environmental stimuli. In this regard, in this review, Roy Adaptation Model which the main concept is adaptation, it is thought to be effective using nursing care planning and application of myocardial infarction in patients, reducing complications after discharge of patients and ensuring adaptation with lifestyle changes.

**Keywords:** Roy adaptation model, adaptation, myocardial infarction, nursing

**Geliş tarihi:** 11.06.2015; **Kabul tarihi:**04.04.2016

**Sorumlu Yazar:** Prof. Dr. Zeynep Canlı Özer

**Yazışma adresi:** Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kampüs Antalya 07058 Antalya – Türkiye.

**Telefon:** 0090 242 3106126; **E-posta:** [zeynepardaozer@yahoo.com](mailto:zeynepardaozer@yahoo.com)

© 2016 Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi - Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing DOI: <http://dx.doi.org/10.5543/khd.2016.003>

Miyokard infarktüsü (Mİ) geçirmek ve taburculuk sonrası yaşam şekli değişikliği ile karşı karşıya kalmak hastaların uyumunu güçleştirmektedir. Miyokard infarktüsü sonrası hastaların diyetlerini uygulaması, fiziksel etkinliğini arttırması, kilo verme gibi yaşam şekli değişiklikleri ve ilaç tedavisine devam etmesi hastalığa uyumu göstermektedir.<sup>[1-4]</sup> Miyokard İnfarktüsü sonrası bireylerde uyumun sağlanmasında Roy Uyum Modeline dayalı hemşirelik yaklaşımının uygulanması ile ilgili düzenlenen bu derleme, miyokard infarktüsü sonrası bireylerde uyum, roy uyum modeli'nin kavramsal çerçevesi ve miyokard infarktüsü ve roy uyum modeli başlıklarını içeren üç ana bölümden oluşmaktadır.

### **1. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Bireylerde Uyum**

Miyokard infarktüsü genellikle üretken yaş grubunda daha sık görülmesi, akut dönem sonrası ritim problemleri, kalp yetersizliği gelişimi, yeniden Mİ geçirilmesi, iskemi, ventriküler fibrilasyon, post-infarktüs anjina gibi ciddi sorunlara yol açması, iş gücü kayıpları yaşanması, sonuçta getirdiği ekonomik yük ve yaşam

kalitesine olan olumsuz etkisi nedeniyle önemli bir sağlık sorunu ve sosyal sorun olarak görülmektedir.<sup>[5-7]</sup> Mİ sonrası hastalar fiziksel değişikliklerin yanında çeşitli stresörler ve psikososyal güçlükler yaşamaktadır.<sup>[2,8-9]</sup> Mİ geçiren bireylerde korku, kaygı, güçsüzlük, umutsuzluk, yalnızlık ve stres görüldüğü belirtilmektedir.<sup>[2,10]</sup> Mİ sonrası bireylerin yaşam şekli değişikliği, bunu anlama ve sürdürmeyle ilgili de yoğun endişeler yaşadığı görülmektedir.<sup>[11]</sup>

Miyokard infarktüsü sonrası yaşam şekli değişikliği ile infarktüs riski ve mortalite oranı azalmaktadır.<sup>[12]</sup> Yapılan çalışmalar Mİ geçiren hastaların çoğunun kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini, belirti-bulgularını ve yaşam şekli değişikliklerini nasıl yapacaklarını bilmediğini belirtmektedir.<sup>[13]</sup> Bireylerin yaşadıkları bilgi eksikliğinin yanında korku ve belirsizlik de yaşam şekli değişikliğinin gerçekleşmesini olumsuz yönde etkilemektedir. <sup>[13-14]</sup> Bunun nedenleri arasında akut dönem sonrası kısa sürede hastaneden taburcu olunması, tedavinin devamıyla ve yaşam şekli değişikliği ile ilgili konularda verilecek bilgilerin yeterli düzeyde olmaması gelmektedir.<sup>[8,15]</sup>

Ayrıca verilen taburculuk eğitimlerinde, hastaların büyük çoğunluğuna taburcu olduğu gün bilgi verilmesi ve hastaların verilen bilgileri duymaya hazır olmaması da yaşam şekli değişikliğine uyumu zorlaştırmaktadır.<sup>[13]</sup>

Koroner arter hastalığı risk faktörleri olarak bilinen dislipidemi, hipertansiyon, obezite, fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme ve sigara kullanımı sürekli artmaktadır. Bu risk faktörlerinin tümünün değiştirilebilir olduğu bilinmektedir Ancak önleme ve kontrol etmek için girişimlerin yetersiz olduğu görülmektedir.<sup>[12,16-19]</sup> Bu doğrultuda MI sonrası yaşam şekli değişikliklerinin faydaları ve öneminin hastaya açıklanması ve bu değişikliklerin taburculuk öncesi tavsiye edilmesi gerekmektedir.<sup>[1,4,20]</sup> Ancak, hayat boyu süren alışkanlıkların kolay değiştirilemediği ve bu değişikliklerin uygulanmasının, gerçekleşmesinin uzun zaman alacağı belirtilmektedir.<sup>[13,14,21]</sup>

Miyokard infarktüsü tedavisinde temel amaç kardiyak olayın tekrar oluşmasını ve komplikasyonları önlemek, yaşam şekli değişikliğine uyumu sağlamaktır.<sup>[1-4]</sup> Bireylerde MI'nin komplikasyonlarının önlenmesi, semptomlarının azaltılması,

psikososyal iyilik durumlarının devamlılığı için başetme ve uyumun önemi vurgulanmaktadır.<sup>[8,22,23]</sup> Uyum, insanın kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan talepler karşısında verdiği reaksiyon olarak ifade edilmektedir. İnsan günlük yaşantıda bozulan dengelerin tekrar kurulabilmesi için birçok mekanizmaya sahiptir ve bu mekanizmaları geliştirme potansiyeli bulunmaktadır.<sup>[24]</sup> Genel anlamda sağlıklı uyumu düşündürebilecek durumlar yaşamı devam ettirebilmek, kendini ve çevrenin özelliklerini tanımak, farkına vardığı özelliklerini kullanmak ve gerek duyduğunda farklı özellikler geliştirme yolunda planlar yapmaktır.<sup>[25]</sup>

Miyokard infarktüsü sonrası hastaların ilaçlarını kullanması, diyetlerini uygulaması, egzersiz yapması ve diğer yaşam şekli değişiklikleriyle ilgili sağlık önerilerini yerine getirmesi hastalığa uyumu göstermektedir. Uyumun artması MI sonrası hastaların aktif yaşamlarına tekrar dönebilmelerini, yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerini ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullarda yaşamlarını sağlayacaktır.<sup>[4,20]</sup> Kontrollere düzenli gitmemek, sigara içmek, fiziksel aktivite yetersizliği, fazla kalori alımı,

yağ ve sodyumdan zengin diyet gibi sağlıksız alışkanlıkları sürdürmek yaygın ve önemli uyumsuzluk göstergelerindedir.<sup>[1-4]</sup> MI geçiren kadınlarda, yaşlılarda ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük bireylerde uyum düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmektedir.<sup>[2]</sup> Hastanın sağlıklı bir yaşam tarzını sürdürmeye isteksiz olması, yaşam şekli değişikliğini nasıl yapacağı ile ilgili kararsızlık yaşaması, psikososyal sorunlar yaşaması, sağlık personelinin hasta uyumunu takip etmesinde yetersizlikler uyumsuzluğa neden faktörler arasında görülmektedir.<sup>[8,22,23]</sup>

Miyokard infarktüsü sonrası hastaların karşılaştıkları duygusal, ailesel, sosyal, mesleki ve cinsel sorunların çözümü, sağlık durumlarını kabul etme durumları ve yaşam şekli değişikliklerine uyumda hastaların stres ve öfke ile başetme deneyimleri önemli bir etken olarak görülmektedir.<sup>[8,22,23]</sup> Hastalarının başetme mekanizmalarının güçlendirilmesinde ve uyumlarının artırılmasında anksiyete düzeylerinin azaltılması, davranış kalıplarının değiştirilmesi, psikososyal uyum düzeylerinin belirlenmesi ve hastalara psikososyal destek sağlanması yer almaktadır.<sup>[23,26]</sup> MI sonrası hastaların

çevreye etkili bir şekilde uyum sağlamanın temelinde kendi duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını yönetebilme yeteneğine sahip olmaları gelmektedir.<sup>[25]</sup> Eğitim programları ile hastaların yaşam tarzında davranış değişikliği ve ilaç tedavisine uyumu artırılmalıdır.<sup>[15]</sup> Kardiyak rehabilitasyona yönelik yapılan girişimlerin hastaların uyumunu kolaylaştırdığı saptanmıştır.<sup>[2]</sup> Bu girişimler arasında yapılandırılmış hemşire hasta görüşmeleri, taburculuk sonrası hastalarla erken görüşme, hastalara yazılan motivasyon mektupları, motivasyonel telefon görüşmeleri, ev ziyaretleri ve hastanın sağlık profesyoneli ile iletişime geçerek kendini izlemesi, eylem planlaması ve özel danışmanlık yer almaktadır.<sup>[20,27]</sup> Ayrıca teori odaklı girişimlerin, hastaları telefonla izlemenin, motive edici bilgi vermenin, hastaların öz yönetimini sağlamanın da uyumu artırdığı saptanmıştır.<sup>[2]</sup>

## 2. Roy Uyum Modeli'nin Kavramsal Çerçevesi

Hemşirelerin bakımı daha iyi duruma getirmek için teorilere gereksinimi bulunmaktadır.<sup>[28]</sup> Roy'un Uyum Modeli hemşirelikte araştırma, uygulama ve eğitim alanında en yaygın

kullanılan, sürekli test edilen ve geliştirilen modellerden biridir.<sup>[28-31]</sup> Roy'un Uyum Modeli Sister Callistra Roy tarafından 1960'larda geliştirilmeye başlanan etkileşim modelidir ve insan-çevre arasındaki etkileşime odaklanır.<sup>[29]</sup> Modelin ana kavramı uyumdur. Roy'un Uyum Modeli'ne göre hemşireliğin amacı bireyin çevresel uyarılara karşı düzenleyici ve bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmalarını kullanarak fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarında etkili uyum davranışlarını oluşturmak ve bireyi mükemmel uyum düzeyine ulaştırmaktır.<sup>[29-30,32-33].</sup>

Roy'a göre;

- İnsan: Çevresiyle sürekli etkileşim halinde olan biyopsikososyal bir varlıktır ve insan-çevre etkileşimi davranışı belirlemektedir.<sup>[34]</sup> İnsan baş etme mekanizmaları ile fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık uyum alanlarında çevresel uyarılarla etkileşimde bulunarak, uyarılara karşı adaptasyonu sağlamaya çalışan adaptif bir sistemdir.<sup>[34-35]</sup>
- Çevre: Kişinin ya da grupların gelişim ve davranışlarını

kapsayan tüm koşullar, durumlar ve etkilerdir.<sup>[34]</sup>

- Sağlık: Kişi ve çevreyi karşılıklı yansıtan, bütünü başlatmış ve sürmekte olduğu bir süreç ya da durumdur.<sup>[34]</sup>
- Hemşirelik: Bireylerin ve grupların dört adaptif alandaki uyumunu desteklemek, davranışları, uyum yeteneklerini, etkileyen faktörleri değerlendirme ve çevresel etkileşimi artırma yolu ile sağlığa, yaşam kalitesine ve onurlu bir ölüme katkı sağlamaktır.<sup>[34-35]</sup>

## 2.1. Uyarılar

Uyarılar insan ve çevre arasındaki etkileşimi harekete geçirir. Çevresel uyarılar ya bireyi tehdit eder ya da uyum için bireyin gelişimini artırır. Roy modelde davranışı etkileyen iç ve dış çevresel uyarıları odak, etkileyen ve olası uyarı olmak üzere üç kategoride sınıflandırmıştır.<sup>[34]</sup> "Odak uyarılar" bireyin ilk olarak yanıt verdiği, bireyin dikkat ve enerjisinin odaklandığı uyarılardır. Birey odak uyarıya odaklanır ve başa çıkmak için enerji harcar.<sup>[34,36]</sup> Odak uyarı, etkileyen ve olası uyarıdan da etkilenmektedir.<sup>[33]</sup> "Etkileyen uyarılar," odak uyarının etkisine katkıda bulunan diğer tüm uyarılardır.

Bireyin dikkati ve enerjisinin odağında olmayan çevresel faktörlerdir. Pozitif veya negatif olabilirler. "Olası uyarılar" bireyin iç ve dış çevresinden kaynaklanan, etkileri açık olmayan, henüz belirlenemeyen faktörlerdir. Kişi bu faktörlerin etkisinin farkında olmayabilir ya da uyarının etkisi direkt olarak gözlenemeyebilir. İnançlar, davranışlar, kişisel deneyimler olası uyarıları oluşturmaktadır. Geçmişten kaynaklanır ve tedaviye cevabı etkiler.<sup>[34]</sup>

Hemşirelik girişimlerinde öncelikli olarak odak uyarana müdahale edilir, çünkü odak uyarı davranışsal yanıtta en çok etkide bulunan uyarandır. Eğer odak uyarıyı değiştirmek mümkün değil ise etkileyen uyarı üzerine müdahale edilir.<sup>[29,34]</sup> Ayrıca hemşirenin bireyin uyarı algısını belirlemesi de önemlidir, çünkü uyarının belirginleşmesini bireyin uyarana olan ilgisi, dikkati de etkilemektedir.<sup>[34]</sup> Hemşire, davranışları etkileyen iç ve dış çevredeki odak ve etkileyen uyarıların bireyin uyum seviyesine etkisini tanımlar. Hemşire uyumlu olmayan davranışa neden olan uyarıyı ortadan kaldırmak ya da olumlu uyarana dönüştürmek için uyumlu davranışa neden olan uyarıyı bilir ve onu korur.<sup>[36]</sup> Hemşirelik

girişiminin etkisi ise girişimden sonra gözlenen davranışların değerlendirilmesiyle mümkündür.<sup>[34]</sup>

## 2.2. Başetme Mekanizmaları

Birey bu uyarılara uyum sağlayabilmek için baş etme mekanizmalarını kullanır. Bireyin baş etme mekanizmaları düzenleyici alt sistem (regülatör) ve bilişsel-duygusal alt sistem (kognator) olarak sınıflandırılır.<sup>[34]</sup> "*Düzenleyici alt sistem*" bireyin nöral, kimyasal, endokrin baş etmesini içerirken, "*bilişsel duygusal alt sistem*" bireyin algısal/bilgi süreci, öğrenme, karar verme ve duygusal baş etmesini içerir. <sup>[34]</sup> Psikolojik, sosyal, fiziksel ve fizyolojik faktörleri içeren internal ve eksternal uyarılar bu alt sistemde girdiler olarak etki yapar. Her iki sistem de kişinin bütünlüğünü devam ettirmesi, internal ve eksternal değişime cevap vermesi için birlikte çalışır.<sup>[36]</sup> Modele göre başetme mekanizmalarının sonucu dört uyum alanında etkili ya da etkisiz uyum davranışları ortaya çıkmaktadır.<sup>[34]</sup> Etkili uyum davranışları uyarılara pozitif yanıt verme yeteneğini yansıtmaktadır.<sup>[36]</sup>

### 2.3. Uyum Alanları ve Davranış

Roy'a göre "davranış" uyarana gösterilen etki veya tepkilerdir.<sup>[34]</sup> Uyum uyarana karşı verilen pozitif cevaplardır.<sup>[30]</sup> Roy uyarınların birey üzerindeki etkilerinin ve bireyin uyarınlarla mücadelede kullandığı baş etme mekanizmalarının içsel süreçler olması nedeniyle doğrudan gözlenemeyeceğini, etkilerinin bireyin davranışlarında görülebileceğini açıklar.<sup>[34-35]</sup> Davranışlar bir fizyolojik alan ve üç psikososyal alan olmak üzere toplam dört uyum alanında gözlenmektedir.<sup>[30]</sup> Kişinin dört uyum alanında gösterdiği davranışları çevreyle etkileşim sonucundaki uyumunu gösterir.<sup>[35]</sup> Roy oluşan davranışların değerlendirilmesi için fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık olarak dört uyum alanını tanımlamıştır.<sup>[29]</sup> Roy davranış ve uyum alanlarının boyutlarını açıklarken, bütünlük fikrini ele almıştır. Bir uyum alanındaki davranış diğer alanlardaki davranışlara etki etmektedir.<sup>[34,36]</sup> Bu uyum alanları şunlardır:

**2.3.a. Fizyolojik Alan:** Sistemin fiziksel olarak bütünlüğünü sürdürmesini amaçlar. Bu alan oksijenlenme, beslenme, boşaltım,

aktivite, dinlenme ve koruma, duyular, sıvı-elektrolit asit baz dengesi, nörolojik ve endokrin fonksiyonları içerir.<sup>[34,36]</sup>

**2.3.b. Benlik Kavramı Alanı:** Bireyin belli bir zamanda kendisi ile ilgili inanç ve hislerinin bütünüdür. Beden imajı, benlik kavramı gibi ruhsal bütünlük ile ilgili temel gereksinimler ile ilişkilidir. Bireyin belirli bir zaman sürecinde kendisi hakkında edindiği inanç ve duyguların bileşimidir. Beden duygusu, beden imajı fiziksel ben olarak ve ben tutarlılığı, ideal ben, moral-ahlaki-ruhsal ben kişisel ben olarak iki bölümde incelenir. "*Fiziksel benlik*", bireyin kişisel özellikleri, görünüşünü, cinsellik algısı, sağlık ve hastalık durumu, fiziksel olarak kendisini nasıl gördüğü ve hissettiği ile ilişkilidir.<sup>[34,36]</sup> Fiziksel benlik bedene yönelik duygular ve beden imajı olarak iki bölümde ele alınır. Bedene yönelik duygular bireyin fiziksel olarak kendi bedeniyle ilgili duygularının yer aldığı alandır. "*Kişisel benlik*", bireylerin sahip olduğu özellikleri, beklentileri, değerleri, özgüveni, idealleri ve ahlaki-etik-spiritüel değerleri içerir. Kişisel benlik üç ayrı alandan oluşur. Öz tutarlılık, öz amaç (self ideal), ahlak-etik-spiritüel benliktir. Öz tutarlılık alanı bireyin kendisi hakkındaki fikirlerinin yer aldığı

alandır. Bu alandaki davranışlar sözel ifadeler ya da bireyin uyarana verdiği tepkiler ile gözlemlenebilir. Öz amaç bireyin yapmak istediklerini veya yapabileceklerini gösteren bir alandır. Ahlak-etik-spiritüel benlik ise bireyin inanç ve değerler sisteminin yer aldığı alandır.<sup>[29,34-36]</sup>

**2.3.c. Rol Fonksiyon Alanı:** Anne, baba olma gibi sosyal bütünlükle ilişkili rolleri içerir. Roy rolü, kişinin toplumdaki pozisyonundan dolayı pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları geliştirmesi olarak tanımlar.<sup>[36]</sup> Primer rol yaş, cinsiyet ya da gelişimsel döneme dayalı rollerdir. Yaşamın büyüme periyodunda davranışların büyük bir kısmını belirler. Sekonder rol primer rol ve gelişimsel süreçle ilgili görevleri içerir. Tersiyer rol ise birey tarafından seçilen, gelişimsel süreçte çok az yeri olan rollerdir.<sup>[34]</sup>

**2.3.d. Karşılıklı Bağlılık Alanı:** Bireyler ile ilişki geliştirme ve sürdürme davranışlarını, sosyal desteği içerir. İlişkisel bütünlüğü ve güvenlik hissini amaçlamaktadır.<sup>[34]</sup>

## 2.4. Uyum ve Uyum Düzeyleri

Uyum, kişilerin düşünme ve hissetme yoluyla birey olma ya da grup içinde olmayı, farkında olmayı, insan ve çevre entegrasyonu oluşturmak için seçim yapmayı sağlayan bir süreç ve sonuç olarak görülmektedir.<sup>[34]</sup> Fizyolojik süreçler ve bilişsel-duygusal süreçler bütünsel etkileşimle kişisel bütünlüğü, uyumu ve kişisel büyümeyi sürdürmektedir.<sup>[35]</sup> Ayrıca psikososyal faktörler ve bireyin hastalık algısı uyumun sürdürülmesinde fizyolojik faktörler kadar önemlidir.<sup>[35]</sup> Uyum düzeyi bireyin uyarılara pozitif yanıt verme yeteneğidir. Modelde uyum düzeyi denge durumu, denge arama durumu ve dengesizlik durumu olarak üç düzeyde ele alınır.<sup>[29]</sup> Uyum düzeyi bireyin baş etme mekanizmaları ve kontrol süreci tarafından düzenlenir.<sup>[30]</sup> Uyum hayatta kalma, büyüme, üreme, kontrol, insan ve çevre dönüşümü olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır.<sup>[29]</sup> Bireyin uyarana yanıtı üç aşamada değerlendirilir. Bunlar:

- **Denge Durumu:** Bireyin uyarana pozitif yanıt verebildiği seviyedir. Bireyin yapı ve fonksiyonları yaşamını devam ettirecek, ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde çalışır.



- Denge Arama Durumu: Bireyin pozitif yanıtı koruyabilmek için regülatör ve kognatör baş etme sistemlerinin devreye girdiği ve yeterli olduğu seviyedir.
- Dengesizlik Durumu: Baş etme sistemlerinin yetersiz olduğu ve negatif yanıtın verildiği seviyedir.<sup>[34]</sup>

### 2.5. Hemşirelik Süreci

Hemşirelik uygulamaları uyumu kolaylaştırmayı amaçlar. Roy'un Uyum Modeli'ne göre hemşirelik sürecinin adımları davranışların değerlendirilmesi, uyarıların değerlendirilmesi, hemşirelik tanıları, hedef belirleme, hemşirelik müdahaleleri ve değerlendirmeyi içermektedir.<sup>[29-30]</sup>

- Davranışların Değerlendirilmesi: Bu basamak dört uyum alanında davranışların değerlendirilmesini kapsar. Hemşire uyum davranışları sürdürmek ve geliştirmek, uyum olmayan davranışları uyumlu davranışlara dönüştürmek amacıyla bireyin davranışlarını değerlendirir.
- Uyarıların Değerlendirilmesi: Hemşire odak, etkileyen ve olası uyarıları tanımlamalı ve değerlendirmelidir.

- Hemşirelik Tanıları: Hemşirelik aktiviteleri odak, etkileyen ve olası uyarıları değiştirmeye yöneliktir. Hemşirelik sürecinin bu aşamasında hemşirelik tanısı konulur.
- Hedef Belirleme: Uyumu sağlayan davranışların neler olduğunu içerir, ulaşılmak istenen hedefler oluşturulur.
- Hemşirelik Girişimleri: Hastanın davranışlarını değiştirmeye yönelik olarak uygun hemşirelik girişimleri yapılır.
- Değerlendirme: Hemşirelik sürecinin sonunda hemşirelik girişimlerinin etkinliği değerlendirilir. Birey uyumlu davranış geliştirdi ise hemşirelik girişimleri etkili, uyumsuz davranış geliştirdi ise girişim etkisiz kabul edilip, yeni girişimler planlanır.<sup>[39,34,36]</sup>

### 3. Miyokard İnfarktüsü ve Roy Uyum Modeli

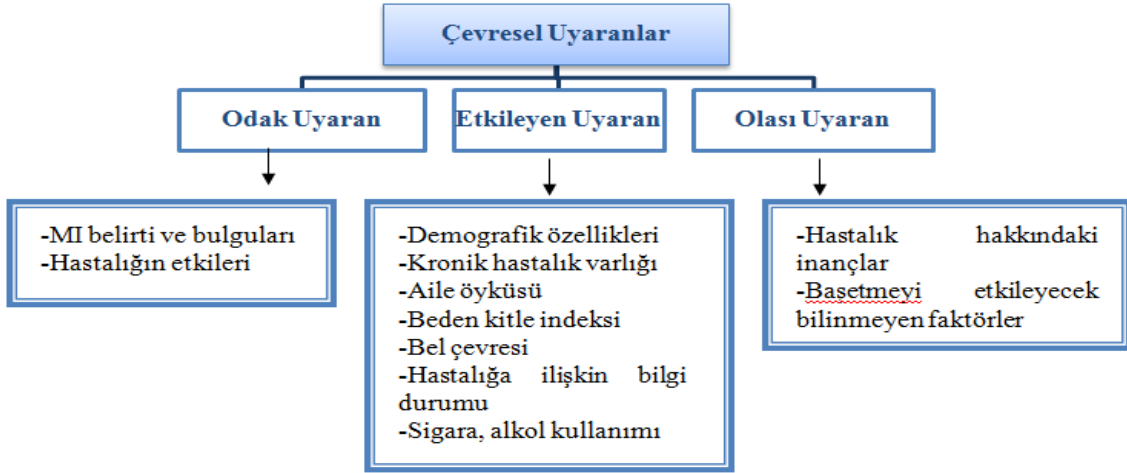
Bireyler genellikle çevresindeki değişikliklerle etkili bir şekilde başatmaktadır. Ancak bazen hastalık sürecinde veya stres durumlarında bireyin varolan başatma stratejilerini kullanmalarına rağmen uyumları etkilenmektedir.<sup>[34]</sup> Mİ sonrası hastalar hastalığın reddi ve duygusal tükenme,

utanç ve suçluluk duygusu, güvensizlik, depresif ve hastalık merkezli davranışlar gibi olumsuz başetme davranışları gösterebilmektedir.<sup>[8]</sup> Uyumun artması Mİ sonrası hastaların aktif yaşamlarına tekrar dönebilmelerini, yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerini ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullarda yaşamalarına devam etmelerini sağlayacaktır.<sup>[4,20]</sup>

Roy Uyum Modeline göre Mİ geçiren bireylerde hemşirelik bakımı planlandığında öncelikli olarak insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramlarının modele göre değerlendirilmesi gerekmektedir. Roy Uyum modeline göre "insan", Mİ geçiren bireydir. "Çevre", Roy'a göre Mİ geçiren bireyin çevresidir; odak uyarıcı, etkileyen uyarıcı ve olası uyarıcıdan oluşmaktadır. "Sağlık", Mİ geçiren bireyin dengesizlik durumundan denge durumuna ulaşmasıdır. "Hemşirelik" ise hastaya verilen hemşirelik bakımı ile hastanın dört adaptif alandaki uyumunu destekleyen, davranışlarını, uyum yeteneklerini, etkileyen faktörleri değerlendiren ve çevresel etkileşimi artırma yolu ile sağlığa, yaşam kalitesine katkı sağlayan kişidir.

Roy Uyum Modelinde kronik hastalığın tipi ve süresi "odak uyarıcı" olarak açıklanmaktadır.<sup>[35]</sup> Miyokard infarktüsü bireyler için odak uyarıcı olarak tanımlanabilir. Odak uyarıcı bireyin doğrudan kalp fonksiyonlarını etkilemektedir. Hemşirelik girişimlerinde ilk olarak odak uyarıcı yani Mİ'ye müdahale edilir. Odak uyarıcının değiştirilmesinin mümkün olmadığı durumlarda etkileyen uyarıcıya yönelik girişimlerde bulunulur. "Etkileyen uyarıcılar" odak uyarıcıların etkisine katkıda bulunan diğer tüm uyarıcılar olduğundan Mİ ile ilgili hastalık risk faktörleri etkileyen uyarıcı olarak değerlendirilmektedir. Etkileyen uyarıcı kişinin demografik özellikleri, strese karşı tolerasyonu, dayanıklılığı, sağlığın teşviki, geliştirilmesi davranışları ve sağlık eğitim programlarına katılımı göstermektedir.<sup>[35]</sup> Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum, yaşam tarzı, sedanter yaşam, beslenme, egzersiz, diyabet, alkol, sigara gibi değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörlerinin yanında anksiyete, depresyon ve başetme-uyum yeteneği önemli etkileyen uyarıcılar arasında yer almaktadır. "Olası uyarıcılar" ise hastanın başetmesini etkileyecek

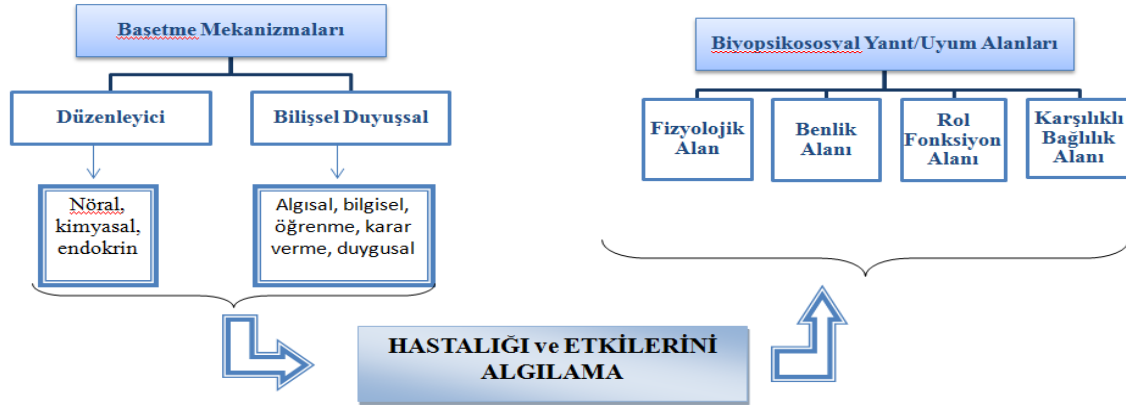
deneyimler, inançlar gibi bilinmeyen faktörlerdir (Şekil 1).<sup>[30,34]</sup>



**Şekil 1:** Miyokard İnfarktüsünde Roy Uyum Modeline Yönelik Çevresel Uyarılar<sup>[30,34]</sup>

Miyokard infarktüsü sonrası hastalık algısı, hastalarda emosyonel zorlanma, yeterlilik-değerlilik duygusunda zedelenme ve kayıp tepkisine yol açmaktadır.<sup>[2,8,9]</sup> Roy Uyum Modeline göre bireyin başetme mekanizmaları (regülatör ve kognator alt sistemleri) uyarılarla kronik hastalık sonucu oluşan sorunların algılanması arasındaki etkileşim olarak tanımlanmaktadır.<sup>[35]</sup> Bu doğrultuda MI sonrası bireylerin sağlığın sürdürülmesi

ve geliştirilmesinde öncelikle kişinin yaşamındaki bağları, hedefleri ve değerlerini anlamının önemli olduğu görülmektedir (Şekil 2).<sup>[35,37]</sup> Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin kültürümüze özgü değer, inanç, tepki ve duygularının bu modele göre bütüncül tanımlanması ve düzenleyici/bilişsel baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi gerekmektedir.



**Şekil 2:** Başetme Mekanizmaları, Uyum Alanları ve Hastalık Algısı İlişkisi<sup>[37]</sup>

"Fizyolojik uyum" belli bir kronik hastalık için biyolojik tepkiler olarak tanımlanırken, "psikososyal uyum" benlik kavramı, rol fonksiyon ve sosyal fonksiyon alanına ilişkin kişisel yanıtları tanımlamaktadır.<sup>[35]</sup> Mİ bireyin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarını etkileyerek uyumu güçleştirmektedir (Tablo 1).<sup>[34]</sup> Ayrıca Mİ sonrasında bireyin yaşam şekli değişikliği ile karşı karşıya kalması uyumu daha da zorlaştırmaktadır. Mİ sonrası bireylerde hayatta kalma çabası hem içsel hem de dışsal pek çok uyararla sürekli tehdit altındadır. Bu doğrultuda psikososyal faktörler ve bireyin hastalık algısı uyumun sürdürülmesinde

fizyolojik faktörler kadar önemli olduğu görülmektedir.<sup>[35]</sup> Hemşirenin bu süreçte amacı etkisiz uyum davranışlarının etkili davranışlara dönüştürülmesi, var olan etkili uyum davranışlarının sürdürülmesi veya geliştirilmesidir.

Miyokard infarktüsü sonrası hastalarda fiziksel stabilizasyonun sağlanmasından sonra hastaların diğer uyum alanları değerlendirilmelidir. Roy Uyum Modeli Uyum alanlarına göre Mİ geçiren hastaların yaşadıkları uyumsuz davranışlar; "fizyolojik uyum alanında" Mİ'nin komplikasyonları,<sup>[5]</sup> ilaçların yan etkileri ve günlük yaşam aktiviteleri etkilenmektedir.<sup>[10,11]</sup> "Benlik kavramı alanı" kendini kötü hissetme, gelecek

konusunda belirsizlik, umutsuzluk, suçluluk duyguları gibi psikososyal sorunlar ve hastalığı kabullenmede zorluk yaşama gibi nedenlerle etkilenmektedir. Ayrıca Mİ geçiren bireylerde korku, kaygı, güçsüzlük, umutsuzluk, yalnızlık ve stres görüldüğü belirtilmektedir.<sup>[2,10]</sup>

"Rol fonksiyon alanı" cinsiyet rolünün sürdürülmesi ve iş yaşamının etkilenmesiyle; "karşılıklı bağlılık alanı" diğer uyum alanlarında yaşanan uyumsuzlukların etkisiyle sosyal ilişkilerde bozulmaya neden olabilmektedir.<sup>[34]</sup>

**Tablo 1:** Roy Uyum Modeli Uyum Alanları.<sup>[34]</sup>

#### **Fizyolojik Alan**

- Oksijenlenme
- Beslenme
- Boşaltım
- Aktivite Dinlenme ve Koruma
- Duyular
- Sıvı Elektrolit-Asit baz dengesi
- Nörolojik Fonksiyon
- Endokrin Fonksiyon

#### **Rol Fonksiyon Alanı**

- Rollerin açık olması
- Rol değişimlerinde etkili süreçler
- Anlaşılır rol davranışları
- Primer, sekonder ve tersiyer rollerle bütünleşme
- Rol performansında etkili süreçler
- Rol değişikliklerinde etkili başatma süreçleri
- Rol performansında sorumluluk
- Rollerin sürdürülmesinde stabilite

#### **Benlik Alanı**

- Pozitif beden imajı
- Etkili sexüel fonksiyon
- Fiziksel büyüme ile ruhsal bütünlük
- Bedensel değişiklikler sırasında yeterli kompensasyon
- Kayıp sırasında etkili başatma stratejileri
- Benliğin tehdit edildiği durumlarda etkili başatma stratejileri
- İç tutarlılıkta denge
- Ahlaki-etik-spiritüel gelişmede etkili süreçler
- İşlevsel benlik saygısı

#### **Karşılıklı Bağlılık Alanı**

- Sevgi yeterliliği
- Sevgi, saygı ve değer verme ve almada stabilite
- Bağımlılık ve bağımsızlıkta etkili süreçler
- Ayrılık ve yalnızlıkta etkili başatma stratejileri
- İlişkiyi öğrenme ve olgunlaştırmada yeterli gelişime sahip olma
- Etkili ilişki ve iletişim
- İlişkide güven
- Destek sistemlerinin yeterliliği

Roy Uyum Modeli öncelikle Mİ geçiren bireyin sağlık durumundaki değişiklikler sonucu etkilenmesi beklenen uyum alanlarında değerlendirme yapmayı gerektirmektedir.<sup>[34]</sup> Modelinin kullanımı ile bireyleri etkileyen uyarıların belirlenmesi ve başatma mekanizmalarının tanımlanması gerekmektedir. Uyarı en uygun şekilde yönetecek, uyum düzeyini yükseltecek yöntem ve aşamalar değerlendirmeler yapıldıktan sonra uygulanmalıdır.<sup>[29-30,32,34]</sup> Mİ tanısı alan bireylere yapılan hemşirelik bakımı ile birey dengesizlik durumundan, denge arama durumuna ulaştırılmaktadır. Temel hedef Mİ sonrası bireyi denge durumu düzeyine ulaştırmaktır. Bireyselleştirilmiş bakım, eğitim ve uygun teorinin kullanımı ile bireylerin yeni rollerine uyumunun daha kolay gerçekleşeceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda ana kavramı uyum olan Roy Uyum Modelinin Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda hemşirelik bakımını planlama ve uygulamada kullanılmasının, hastaların taburculuk sonrası komplikasyonlarını azaltma ve yaşam şekli değişikliğine uyumu sağlamada etkili olabileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Uzun M. Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2007; 7: 298-304.
2. Beswick AD, Rees K, West RR et al. Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literatüre review. Journal of Advanced Nursing 2005; 49(5): 538-555.
3. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. Taf Preventive Medicine Bulletin 2009; 8(2): 167-172.
4. Kep AS, Kritpracha NC, Thanivattananon P. Cardiac rehabilitation enhancing programs in patients with myocardial infarction: a literature review. Nurse Media Journal of Nursing 2013; 3(1):541-556.
5. Vlugt MJ, Boersma H, Leenders CM, Pop GAM, Veerhoek MJ, Simoons ML, Deckers J. W. Prospective study of early discharge after acute myocardial infarction (SHORT). European Heart Journal 2000; 21: 992-999
6. Mendis S, Abegunde D, Yusuf S, Ebrahim S, Shaper G, Ghanme H, Shengelia B. WHO study on prevention of recurrence of myocardial infarction and stroke (WHO-PREMISE), Bulletin of the World Health Organization 2005; 83(11): 820-831.
7. Sağlık Bakanlığı (SB) (2010). Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı, birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik stratejik plan ve eylem planı (2010-2014). Sağlık Bakanlığı Yayını.
8. Tuomaala MS, Kurki A, Rekiaro M, Paavilainen E. Coping experiences: a pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial infarction—a grounded

- theory approach. *Nursing Research and Practice* 2012; 1-10.
9. Larsen KK. Depression following myocardial infarction. *Danish Medical Journal* 2013; 60(7): 1-18.
  10. Junehaga L, Asplundb K, Svedlunda MA. Qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing* 2014; 30, 22—30.
  11. Fållun N, Fridlund B, Schaufel MA, Schei E, Norekvål TM. Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2015; 10,1-9.
  12. American Heart Association (AHA) (2014a). AHA/ACC Guideline for the management of patients with non–ST-elevation acute coronary syndromes a report of the American college of cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. Web adresi <http://www.heart.org/HEARTORG/>. Erişim Tarihi 10.02.2015.
  13. Eshah NF, Bond E. Cardiac rehabilitation programme for coronary heart disease patients: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Practice* 2009; 15(3):131–139.
  14. Jensen BO, Petersson K. The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling* 2003; 51:123–131.
  15. Irmak Z, Fesli H. Sekonder koruma eğitim programının miyokard infarktüsü geçiren hastaların bilgi düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 14–25.
  16. American Heart Association (AHA) (2014b). Heart disease and stroke statistics—2014 update a report from the American Heart Association. Web adresi <http://circ.ahajournals.org/content/129/3/e28.full.pdf+html>. Erişim Tarihi 20.01.2015
  17. European Society of Cardiology (ESC) (2012). European cardiovascular disease statistics 2012 edition. Web adresi <http://www.escardio.org/about/Documents/EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf>. Erişim Tarihi 10.03.2015.
  18. World Health Organization. WHO statistical information system. Web adresi <http://www.who.int/whosis/en/>. Erişim Tarihi 15.01.2015.
  19. Sağlık Bakanlığı. Türkiye halk sağlığı kurumu, obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar daire başkanlığı. Web adresi <http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20150325.html>. Erişim Tarihi 10.03.2015.
  20. Karmali KN, Davies P, Taylor F, Beswick A, Martin N, Ebrahim S. Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 25:(6), 1-63.
  21. European Society of Cardiology (ESC) (2013). Üçüncü evrensel miyokart infarktüsü tanımı. Web adresi [http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/OtherDocuments/Turkey\\_MR\\_TKDA\\_2013\\_41\\_Suppl\\_3\\_129\\_145.pdf](http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/OtherDocuments/Turkey_MR_TKDA_2013_41_Suppl_3_129_145.pdf). Erişim Tarihi 10.01.2015.
  22. Garnefski N, Kraaij V, Schroevers MJ, Aarnink J. et al. Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial

- infarction: relationships with symptoms of depression. *Behavioral Medicine* 2009; 35: 79-86.
23. Mierzyńska A, Kowalska M, Stepnowska M, Piotrowicz R. Psychological support for patients following myocardial infarction, *Cardiology Journal* 2010; 17(3): 319–324.
24. Gençöz F. (1998). Uyum psikolojisi. *Kriz Dergisi*; 6 (2): 1-7.
25. Duru E. Uyum zorluklarını yordamada yalnızlık, sosyal destek ve sosyal bağlılık arasındaki ilişkilerin analizi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri* 2008; 8 (3): 833-856.
26. Türkmen SN, Çam MO. Miyokart infarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012; 3(3):105-115.
27. Davies P, Taylor F, Beswick A et al Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (7): CD007131.
28. Jones RPA Nursing leadership and management theories. Processes and Practice. F.A. Davis Company, Philadelphia. 2007.
29. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. Fa Davis comp. USA. 2006.
30. Naga BB, Atiyyat NM. Relationship between pain experience and roy adaptation model: application of theoretical framework. *Middle East Journal of Nursing* 2013; 7(6): 18-23.
31. Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi (YÖK). Web adresi <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>. Erişim Tarihi 10.02. 2015.
32. Çatal E, Dicle A. Koroner arter bypass greftli hastalarda erken dönem hemşirelik bakımının Roy'un uyum modeline göre analizi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2011; 2: 68-80.
33. Zhang W. Older adults making end of life decisions: an application of Roy's adaptation model. *Journal of Aging Research* 2013; 1- 9.
34. Roy S.C. The Roy adaptation model (3rd Edition). Appleton and Lange. Stamford. 2008:127-142.
35. Roy SC. Adapting to Diabetes Mellitus: A Theory Synthesis. *Nursing Science Quarterly*, 2002; 15(4): 311-317.
36. Tomey MA, Alligood RM. Nursing theory: utilization & application. USA. Mosby. 2010:2-11.
37. Roy SC. Adversity and Theory: The Broad Picture. *Nursing Science Quarterly* 2008; 21(2), 138-139.