

Hemşirelik Modeli ve Bakım: Primer Beyin Tümörlü Hastaların Roy'un Uyum Modeli ile Değerlendirilmesi

Nursing Model and Care: Evaluating the Roy Adaptation Model on Patients with Primary Brain Tumor

ALTUN BAKSI ŞİMŞEK*
AKLİME SARIKAYA**

Geliş Tarihi: 24.12.2014, Kabul Tarihi: 31.07.2015

ÖZ

Hemşirelik, felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine kurulmuş, insanı sağlık ve hastalıktaki konumu ile anlamaya çalışan ve gereksinimlerine odaklanan bir sağlık disiplini. Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleğin uygulamalarında kullanılabilecek bilimsel bilgi içeriğini oluşturmak ve geliştirmektir. Hemşireliğe özgü bilginin geliştirilme yollarından birisi hemşirelik modellerinin bakımda kullanımı ve araştırmalarla test edilmesidir. Literatürde hemşirelik modellerini temel almadan yalnızca hemşirelik sürecini kullanmanın, bakım uygulamalarını açıklamakta yetersiz kaldığı ve uygulamaları mekanik bir iş haline getirdiği belirtilmektedir. Primer beyin tümörü, yaşamı her yönüyle etkileyen bir hastalıktır ve hastalar kişilik/benlik algısında değişim nedeniyle diğer kanserli bireylerden daha fazla ciddi sorun yaşamakta, uyum sağlayabilmeleri için daha fazla desteğe gereksinim duymaktadır. Bu makalede, primer beyin tümörlü hastalarda Roy'un Uyum Modeli kullanılarak hemşirelerin teorileri anlama ve bakımda kullanma sınırlılıklarının çözümüne katkı sağlayabilecek bir örnek oluşturulması amaçlanmıştır. Aynı zamanda elde edilen yeni bilgi, hemşirelerin bu hasta grubunu daha iyi anlamasına ve bakıma yansıtılarak hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Bakım; hemşirelik; kuram; primer beyin tümörü; Roy Uyum Modeli.

ABSTRACT

Nursing, based on philosophy, theory, practice and research, is a health care discipline trying to understand in case of health and disease human and focusing on requirements. The main purpose of a professional discipline is to develop and create scientific knowledge content can be used in the practice of the profession. One of the ways to improve nursing-specific knowledge be tested by research and use in care of nursing models. In the literature use only the nursing process without nursing models is stated applications brought in to mechanical work and insufficient to explain care applications. Primary brain tumors is a disease that affect severy aspect of life, experiencing more serious problems than other individuals living with cancer due to changes in personality/self-perception in patients, to need more support to adapt. With this study in patients with primary brain tumors using Roy Adaptation Model is intended to serve as an example can contribute to the solution of limitations on the use of care and understanding the theory of nurses. At the same time new information is obtained, a better understanding of this group of patients to nurses and can contribute to raising the quality of life reflecting care the patient.

Keywords: Care; nursing; theory; primary brain tumor; Roy Adaptation Model.

* A Baksi Şimşek, Dr., Arş. Gör.
Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Diyarbakır
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
Altun Baksi Şimşek, Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Fen Fakültesi arkası Eski Edebiyat Fakültesi Binası Kat: 2, Kampüs 21100, Diyarbakır
Tel.: 0 412 248 80 37 Faks: 0 412 248 84 51
e-posta: altun.baksi@hotmail.com

** A Sarıkaya, Yard. Doç. Dr.,
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul

Teorî ve uygulama arasındaki boşluk madeni paraya benzemekte, bir yönünde kavram ve teoriler, diğer yönünde ise uygulama bulunmaktadır.

Ancak teori ve uygulamanın bir bütün olması gerekmektedir.

Lerheim K. (1991)

Hemşirelik, felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine kurulmuş, insanı doğumundan ölümüne kadar süren yaşam döngüsü boyunca sağlık ve hastalığı konumu ile anlamaya çalışan bir sağlık disiplindir. Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleğin uygulamalarında kullanılacak bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır.^[1] Hemşireliğe özgü bilginin geliştirilme yollarından birisi hemşirelik modellerinin bakımda kullanımı ve araştırmalarla test edilmesidir.^[2]

Hemşirelikte kavramsal bir model, ilgili disipline ilişkin ana konu/olaylarla ilgili genel ve soyut kavramları tanımlar, ayrıca iki veya daha fazla kavram arasındaki ilişkilere dayalı önermeleri açıklamada rehberlik eder. Modeller, herhangi bir birey/grup/durum ya da olayla sınırlı değildir. Literatürde model; kavramsal model, kavramsal çerçeve, kavramsal sistem, paradigma ve disiplin matrisi gibi farklı isimlerle adlandırılmaktadır.^[3] Hemşirelik araştırmalarında model kullanımının üstün yanları; varsayılan etkileşimleri test ederek yeni bilgi üretme, hasta/birey/aile/grubun bütüncül olarak ele alınması, gerçekçi hedef ve sınırları tanımlama, bireysel farklılıklara uygun, sürekli ve nitelikli bakımın sağlanması, hemşirelerin ortak bir dile sahip olması, teori ve uygulamanın bir araya gelmesi ve bakımın değerlendirilmesine rehberlik etmesidir.^[4,5] Hemşirelik modelleri uygulama, araştırma, eğitim ve yönetimde hemşireye rehberlik eder.^[3] Hemşirelik modellerinin şu an uygulamada sistematik olarak kullanımı söz konusu olmayıp, hasta, aile ve toplumun sağlığını geliştirmek için önemli görüşler sağladığı belirtilmektedir. McKenna'nın bildirimine göre, teori ve uygulama arasındaki bu boşluğu Lerheim (1991) madeni paraya benzetmiş, bir yönünde kavram ve teoriler, diğer yönünde ise uygulamanın olduğunu söylemiştir. Ancak teori ve uygulamanın bir bütün olması gerektiğini vurgulamıştır. Yine McKenna'nın bildirimine göre, Chalmers (1989); teorisyenler ve uygulayıcılar arasında uyum olmazsa bir uzmanlık alanı için temel özelliklerin olmayacağını belirtmiştir. Bu durumun çözümü için eğiticiler, uygulayıcılar, yöneticiler ve teorisyenlerin üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmesi gereklidir. Literatürde hemşirelik modelleri olmaksızın hemşirelik sürecini kullanmanın, bakım uygulamalarını açıklamakta yetersiz kaldığı ve uygulamaları mekanik bir iş haline getirdiği söylenmektedir.^[5] Çünkü hemşirelik süreci "veri toplama, tanımlama, planlama ve değerlendirme aşamalarında" "nasıl" sorusuna yanıt verirken, modeller "ne olduğu" sorusuna yanıt vermektedir.^[4]

Primer Beyin Tümörü (PBT); fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi sorunlara neden olarak hasta ve ailesinin yaşamını her

yönüyle etkileyen bir hastalıktır.^[6-8] Türkiye'de beyin tümörleri tüm kanser hastaları içerisinde kadınlarda yüz binde 1.60, erkeklerde ise yüz binde 2.20 oranında görülmektedir.^[9] Primer malign beyin tümörlerinde beş yıllık sağkalım oranları kadınlarda %31.6, erkeklerde %32.7'dir.^[10] Hastanın prognozunu veya sağkalımını yaşı, fonksiyon düzeyi, tümör/ cerrahinin tipi, yeri, büyüklüğü gibi durumsal uyarılar etkilemektedir.^[6] Primer beyin tümörlü bireyler hastalığın her döneminde yaşama uyumlarını etkileyen farklı duygular ve deneyimler yaşamaktadır.^[11] Primer beyin tümörlü bireyler hayatın tehdit altında olmasının yanı sıra kişilik ve benlik algısında değişim nedeniyle diğer kanserli bireylerden daha fazla ciddi sorun yaşamakta, uyum sağlayabilmeleri için daha fazla desteğe gereksinim duymaktadır.^[12]

Primer beyin tümörlü hastaların hemşirelik bakımında Roy'un Uyum Modeli'nin (RUM) tercih edilme nedeni, farklı gelişim dönemlerinde, sağlıklı/hasta bireyler ve gruplarda uyum gereksinimlerinin belirlenmesinde kullanılması, test edilmesi ve sürekli gelişme potansiyeli olmasıdır.^[2,13] Adaptasyon ve genel sistem teorisine göre cerrahi girişim, biyo/psiko/sosyal yönden ciddi bir stresördür ve bireyin biyo/psiko/sosyal uyumunu gerektirmektedir.^[14] Bu çalışma ile PBT'li hastalarda Roy'un Uyum Modeli kullanılarak hemşirelerin teorileri anlama ve bakımda kullanma sınırlılıklarının çözümüne katkı sağlayabilecek bir örnek oluşturulması amaçlanmıştır. Aynı zamanda elde edilen yeni bilgi, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının bu hasta grubunu daha iyi anlamasına ve bakıma yansıtılarak hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesine katkı sağlayabilir.

Roy'un Uyum Modeli

Sister Callista Roy, 14 Ekim 1939 yılında Kaliforniya, Los Angeles'ta doğmuştur. Sister Callista Roy, Carondelet Saint Joseph rahibelerinden biridir.^[15] Hemşirelikte lisans (1963) ve pediatri hemşireliğinde yüksek lisans (1966) eğitimini tamamladıktan sonra, sosyolojide yüksek lisans (1973) ve doktora (1977) eğitimini tamamlamıştır.^[1,15] Roy'un Uyum Modeli, Sister Callista Roy tarafından 1964 yılında Kaliforniya Üniversitesi'nde bir seminerde oluşturulmaya başlanmış, ilk olarak 1968'de Kaliforniya'da bir hemşirelik lisans müfredat programında kullanılmıştır.^[2,3] Roy'un Uyum Modeli literatürde ilk olarak 1970 yılında "Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing" isimli makale ile yayınlanmıştır.^[3] Daha sonra modelin kavramları açıklanmaya, belirginleşmeye ve genişlemeye devam etmiştir.^[2]

Roy'un Uyum Modeli'nin Kuramsal ve Felsefi Kaynakları

Roy, modelinin köklerini kendi kişisel ve mesleki geçmişine dayandırmakla birlikte pediatri hemşireliğindeki deneyimleri (insan beden ve ruhunun esnekliği) ve sosyal bilimlerden yararlanmış. Ayrıca Roy, bilim adamları, birçok kuramcı ve filozoftan (Harry Helson: Adaptasyon Teorisi (1964),

Bertalanffy: Genel sistem teorisi (1968), Selye'nin Genel Adaptasyon Kuramı: Bireyin uyarana yanıtı, A.H.Maslow: Kişisel inanç ve değerler, Coelho, Hamburg ve Adam - Lazarus, Averill ve Opton: Baş etme kavramı (1974), Dorothy E. Johnson: Hemşirelik tanımı ve davranışların değerlendirilmesi (1978), Martha Roger's: Holistik yaklaşım (1978), Dorothea Orem: Özbakım (1978), Levine (1966), Henderson (1960), Nightingale (1859) and Peplau (1952): Hemşirelik kuramları ile ilgili görüşleriyle kendi görüşlerini değerlendirmiştir etkilenmiştir.^[1,3]

Roy'un Uyum Modeli'nin Varsayımları

Hemşirelik modelleri bilimsel ve felsefik varsayımlara dayanır. Roy'un Uyum Modeli'nin bilimsel varsayımları Bertalanffy'nin "Genel Sistem Teorisi"nden ve Helson'nun "Adaptasyon Teorisi"nden etkilenmiştir. Felsefik varsayımlarda ise hümanizm ve insanın var olma amacı gibi düşüncelerden etkilenmiştir.^[2]

Roy'un Uyum Modeli'ni Oluşturan Temel Kavramlar ve Primer Beyin Tümörü

Roy'un Uyum Modeli; insan, çevre, sağlık ve hemşirelik metaparadigma kavramlarını ve insan adaptif sistem, baş etme süreçleri, davranış, uyum alanları, uyarın, uyum ve uyum düzeyleri kavramlarını içermektedir.^[3] Roy'un Uyum Modeli; uyum kavramına odaklanmıştır. Roy'a göre insan için yaşam asla aynı devam etmez, olumlu ve olumsuz yönde sürekli değişir.^[2] Roy'un Uyum Modeli'ne göre uyum; iç ve dış çevre ya da ortamdaki değişikliklere bireyin/grupların yanıt verebilme yeteneğidir. Uyum kavramının hemşireliğin kavramsal çatısına uygun olduğu belirtilmektedir.^[3] Roy'un Uyum Modeli'ne göre İnsan; biyopsikososyal bir varlık olarak çevredeki uyarınlara adaptif yanıt verebilen bir sistemdir.^[2] Roy'un Uyum Modeli; insanı birey, grup, aile, topluluk ve toplum gibi çevresiyle

birlikte alt ve üst sistemlerin bileşimi olarak ele alır. Çevre; odak, durumsal ve bilinmeyen olası uyarınları içerir.^[3] Uyarınlar iç ve dış çevreden kaynaklanabilir. Bu modele göre, Sağlık; uyarınlara yanıt olarak verilen uyumlu davranışların bir bütünüdür.^[16] Hemşirelik; bireyin/grubun uyumu için geliştirilen bakımdır.^[2]

İnsan uyarınlara doğuştan/düzenleyici (nöral, kimyasal, endokrin kanallarla) ya da kazanılmış/bilişsel/duyuşsal baş etme yollarıyla (algısal ve bilgisel, öğrenme, karar verme ve duygusal) uyum sağlamaktadır.^[2,3] Uyarınlar karşısında düzenleyici ve bilişsel baş etme mekanizmaları devreye girmekte ve bu süreçlerin yeterliliği verilen yanıtları belirlemektedir. Bu süreçler uyuma katkı sağlarsa etkili yanıt ya da uyumlu davranış, sağlamazsa etkisiz yanıt ya da uyumsuz davranış oluşmaktadır.^[16] Tablo 1'de Primer beyin tümörü olan bireyin Roy'un Uyum Modeli'ne göre baş etme mekanizmaları verilmiştir.^[2,17-19]

Primer beyin tümörlü hastaların bilişsel baş etmesini güçlendirmek için verilen eğitim sürecinin Roy'un Uyum Modeli içerisindeki yeri Şekil 1'de gösterilmiştir.

Roy'un Uyum Modeli'ne göre yaşam sürecinde birey/gruplar "mükemmel, dengeleyici ve uzlaşmacı" olmak üzere üç düzeyde uyum sağlamaktadır. Uyum düzeyi, insan adaptif sisteminin yetenek, beceri, motivasyon durumu, hayaller, umutlar, beklentiler, insanı sürekli kontrole yönlendiren şeyler gibi iç kaynaklarından ve içinde bulunulan durumdan etkilenerek, yaşam süreci içinde sürekli değişebilen bir kavramdır. Roy'a göre uyum seviyeleri arasında hiyerarşik bir yapı vardır. Uyumlu davranışlar büyüme, üreme, yaşamda kalma, biyopsikososyal kontrol, birey/grup/çevre değişimlerinde bireyin hedeflenen uyumunu içermektedir. Uyumsuz davranışlar ise tam tersi bireyin bütünlüğüne ve uyum hedeflerine katkı sağlamaz.^[2] Tablo 2'de primer beyin tümörlü hastaların Roy'un Uyum Modeli'ne göre uyum seviyeleri verilmiştir.^[2,20,21]



Şekil 1: Primer beyin tümörlü hastalara verilen eğitim sürecinin Roy'un Uyum Modeli'ne göre şema olarak gösterimi

Tablo 1: Primer Beyin Tümörü Olan Hastaların Roy'un Uyum Modeli'ne Göre Baş Etme Mekanizmaları^[2,17-19]

BAŞ ETME MEKANİZMALARI	TANIM	PRİMER BEYİN TÜMÖRLÜ HASTA
Düzenleyici	Genetik olarak belirlenir; canlı türlerinde olduğu gibi insanlarda da ortaktır; otomatik olarak düşünmeksizin nöral /kimyasal/endokrin yollarla gerçekleşir.	Primer beyin tümörlü hastalarda tümörün beyin dokusuna kompresyon uyarına yanıt olarak düzenleyici mekanizmalarla serebral homeostazisin korunması düzenleyici mekanizmaların uyumlu/etkili, Kafa içi basınç artışı sendromunun oluşması ise düzenleyici mekanizmaların uyumsuz/etkisiz olmasına örnek verilebilir.
Bilişsel	Dört bilişsel-duygusal kanal; Algısal ve bilgisel, Öğrenme, Karar verme, Duygusal aracılığıyla gerçekleşir; yaşam boyu karşılaşılan deneyimler uyarılara karşı verilen yanıtların gelişimini etkiler ve belirler.	<ul style="list-style-type: none"> Primer beyin tümörlü hastanın yaşadıkları sorunların çözümü için tedavi ve bakıma uyum göstermesi, Hastaların fizyolojik sorunları nedeniyle tedavi/bakıma uyum gösterememesi, etkili öğrenememesi, Primer beyin tümörlü hastaların yaşadıkları sorunların çözümü için pozitif değerlendirme, sosyal destek arama, mesafe koyma, kaçınma, problem çözme, sorumluluk alma, manevi değerlere yönelme, kitap okuma, televizyon izleme, vb. hobilere yönelme gibi baş etme yöntemlerini kullanması, Hastaların baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi için dinleme, anlama, soruların yanıtlanması, bilgi ve eğitim verilmesi gibi sistematik yöntemlerle desteklenmeleri örnek verilebilir.

Tablo 2: Primer Beyin Tümörlü Hastaların Roy'un Uyum Modeli'ne Göre Uyum Seviyeleri^[2,20,21]

UYUM SEVİYESİ	TANIM	PRİMER BEYİN TÜMÖRLÜ HASTA
Mükemmel	Yaşam sürecinde birey/grupların yapı ve fonksiyonlarının gereksinimlerini karşılamaya yönelik bir bütün olarak çalıştığı en üst düzey (maksimal) potansiyelini kullandığı en iyi uyum durumudur.	Hastaların ameliyat sonrası taburcu olduktan sonra fizyolojik, psikososyal ve rol fonksiyonları açısından herhangi bir probleminin olmadığı ve maksimal potansiyelini kullanabildiği durum örnek verilebilir.
Dengeleyici	Mükemmel uyum sağlanamayan durumlarda, doğuştan ya da sonradan kazanılmış baş etme mekanizmalarının devreye girerek dengenin sağlandığı uyum durumudur.	Kafa içi basınç artışının birinci evresinde BOS emiliminin artırılması ve spinal kanala doğru yer değiştirmesi, serebral damarların vazokonstriksiyonuyla kan volümünün azaltılması gibi etkili kompensasyon mekanizmalarıyla basıncın değişmemesi örnek verilebilir.
Uzlaşmacı	Yeterli düzeyde mükemmel ve dengeleyici uyum sağlanmadığında meydana gelen uyum sorununun olduğu durumudur.	Düzenleyici fizyolojik kontrol mekanizmaları ile baş edilememiş hiperglisemi tablosunda glikozüri ile kan şekeri düzeyi azaltılması örnek verilebilir.

Primer Beyin Tümör'lü Hasta ve Roy'un Uyum Modeline Göre Hemşirelik Süreci

Roy'un Uyum Modeli'nde hemşirelik süreci altı aşamayı "davranışların değerlendirilmesi, uyarıların değerlendirilmesi, hemşirelik tanıları, amaç belirleme, hemşirelik girişimleri ve değerlendirmeyi" içermektedir. Hemşireler bireyin/grubun davranışlarını, uyarılarını, baş etme mekanizmalarını ve uyum düzeyini değerlendirerek hemşirelik girişimlerini planlar, uygular ve değerlendirir. Hemşireler dört uyum alanının her biri için bireyin/grubun düzenleyici ve bilişsel baş etme mekanizmalarını güçlendirerek sağlığı geliştirme ve sürdürme, ya-

şam kalitesini yükseltme ve bireyin ölüm sürecinde saygın bir biçimde bakım almasını hedeflemektedir. Roy'un Uyum Modeli'nde hemşirelik girişimleri uyumu etkileyen uyarının yönetimi, artırılması, azaltılması, ortadan kaldırılması ve sürdürülmesini diğer bir deyişle odak ya da durumsal uyarı ile ilgili değişikliği içerir.^[2] Hemşireler uyumu sağlamak için uyarıların yönetiminde hemşirelik sürecini kullanmaktadır.^[16]

Davranışların Değerlendirilmesi

Birinci adım bireyin/grupların ortamdaki değişikliklere/uyarıya baş etme mekanizmalarını kullanarak verdiği

Tablo 3: Primer Beyin Tümörlü Hastaların Fizyolojik/Benlik Kavramı Uyum Alanları^[2,11,13,18,20,22-28]

UYUM ALANLARI	TANIM	PRİMER BEYİN TÜMÖRLÜ HASTA
Fizyolojik	<p>Fizyolojik uyum alanında davranış, çevredeki uyaranlara fizyolojik olarak yanıt vermeyi, insan vücudunu oluşturan hücre, doku, organ ve sistemlerin fizyolojik aktivitelerini içerir ve fizyolojik bütünlüğü amaçlar.</p> <p>Fizyolojik alan; temel gereksinimleri içeren beş (oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite-dinlenme, korunma) ve kompleks süreçleri içeren dört (duyular, sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi, nörolojik fonksiyon, endokrin fonksiyon) olmak üzere dokuz uyum alanını içermektedir.</p>	<p>Örnek olarak; Uyumlu Davranış: Hastaların süreç içerisinde ilaç alımına bağlı beslenme değişikliklerine uyum göstermesi, hipergliseminin kontrol altına alınması, ameliyat sonrası yürümenin düzelmesi, günlük yaşama devam etmeleri, enfeksiyondan korunmaya çalışmaları, ağrının olmaması, bilişsel anlamda sorun yaşamamaları, hormon test sonuçlarının normal sınırlarda olması vb.</p> <p>Uyumsuz Davranış: Bulantı-kusma, iştahsızlık, kilo alımı, günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi, denge ve yürüme problemleri, motor kuvvet ve koordinasyon azlığı, uyku bozukluğu, yorgunluk, ağrı, bayılma, baş dönmesi, hissizlik ve uyuşukluk, hiperglisemi, ağzı kuruluğu ve sık sık idrara çıkma, bağırsak ve mesane fonksiyon bozuklukları, yaşam bulgularında değişiklik, bilinç kaybı, hafıza güçlükleri, görme/konuşma/işitme değişiklikleri, düşünce ve öğrenme yeteneği ile diğer bilişsel süreçlerde değişiklikler; konsantrasyon bozuklukları nöbetler örnek verilebilir.</p>
Benlik Kavramı	<p>Benlik kavramı uyum alanında davranış, bireyin/grubun belli bir zamanda kendisi ile ilgili inanç ve hislerinin bütünüdür.</p> <p>Fiziksel benlik (fiziksel özellikler, fonksiyonlar, cinsellik, sağlık/hastalık durumları ve fiziksel görünüm)</p> <p>Kişisel benlik (karakter özellikleri, kendi değerleri, beklentileri, ahlaki-etik-manevi özellikler) olmak üzere iki şekilde incelenir:</p>	<p>Örnek olarak; Uyumlu Davranış: Kendilerini psikolojik olarak iyi hissetmeleri, kendilerini pozitif, güçlü, sakin ve uyumlu görmeleri, korkmamaları, normal hayatlarına devam etmeleri, beden imajlarında olan değişiklikten etkilenmemeleri, hastalığın Allah'tan geldiğini düşünmeleri, şükretmeleri ve morallerini yüksek tutmaya çalışmaları vb.</p> <p>Uyumsuz Davranış: Kişilik ve duygu durum bozuklukları, benlik algısında değişim, psikososyal sorunlar (anksiyete, depresyon, öfke, uyum bozukluğu vb.), diğer uyum alanlarında deneyimledikleri uyumsuz davranışların etkisiyle sıkıntı yaşamaları, beden imajında değişiklik, gelecekle ilgili belirsizlik, özellikle ilk tanı koyulduğu zaman korku ve üzüntü hissetmeleri örnek verilebilir.</p>

yanıtların yani davranışların değerlendirilmesini içerir. Bu davranışlar dört uyum alanında (fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık uyum alanı) yer alan gözlenebilen (nabız vb) ve gözlenemeyen davranışlar (duyguları vb) içerir. İnsan davranışı/çıktısı ya da yanıtı; “uyaran ve sistemin uyum düzeyi fonksiyonu”dur. Bu doğrultuda uyum alanlarında yer alan davranışların açıklanması uyum düzeyinin belirlenmesinde ve girişimlerin planlanmasında hemşireye yol göstermektedir. ^[2] Roy'un Uyum Modeli'nde bir uyum alanındaki davranış diğer uyum alanlarındaki davranışları etkilemektedir. Hemşire davranışsal verileri toplarken; gözlem, objektif ölçümler, fizyolojik parametrelerin ölçümleri, görüşme-dinleme becerileri, amaçlı sorular sorma, sezgi gibi yöntemleri kullanmaktadır. ^[2,18] Hemşire hasta ile iletişime başladığı andan itibaren davranışları değerlendirmeye başlamalı ve bakım

sürecinin her aşamasında değerlendirme devam etmelidir. Davranışların değerlendirilmesinde hemşirenin hasta/ailesi ve diğer sağlık personelleri ile etkili iletişim içerisinde olması çok önemlidir. ^[2] Tablo 3'de primer beyin tümörlü hastalarda fizyolojik/benlik kavramı uyum, ^[2,11,13,18,20,22-28] Tablo 4'de rol fonksiyon/karşılıklı bağımlılık uyum ^[2,3,6,11,20,22,29,30] alanları ile birlikte verilmiştir.

Uyaranların Değerlendirilmesi

İkinci adım, davranışlara sebep olan iç ve dış çevredeki değişikliklerin yani uyaranların (odak, durumsal ve olası uyaranlar) değerlendirilmesini içerir. Uyaranlar, davranışların değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerle değerlendirilmektedir. Hemşire davranışları etkileyen odak/durumsal uyarana odaklanır ve

Tablo 4: Primer Beyin Tümörlü Hastaların Rol Fonksiyon/Karşılıklı Bağımlılık Uyum Alanları ^[2,3,6,11,20,22,29,30]

UYUM ALANLARI	TANIM	PRİMER BEYİN TÜMÖRLÜ HASTA
Rol Fonksiyon	Rol fonksiyon uyum alanında davranış, bireylerin/grupların toplum içerisinde yerine getirdikleri rollerle ilgilidir ve sosyal bütünlüğü amaçlamaktadır. Birincil roller; insanın yaşı ve cinsiyeti gibi süreklilik gösteren temel rollerini tanımlar. İkincil roller; primer rol ve gelişimsel evrelerdeki rollerin tamamlanması ile oluşur (anne olmak, hemşire olmak). Üçüncül roller; özgürce seçilen, geçici veya anlık olan, genellikle de kişinin o anki gelişimsel süreci içerisinde yerine getirdiği, bir demeye üye olmak gibi işler ve görevlerdir.	Örnek olarak; Uyumlu Davranış: Hastalığın işlerini etkilememesi, işleriyle ilgili yeni planlamalar yapmaları, bayan hastaların kadınlık/annelik rolünü tanımlayan işlerini rahat sürdürebilmeleri örnek verilebilir. Uyumsuz Davranış: Hastaların fizyolojik alanda yaşadıkları sıkıntı nedeniyle işlerini yapamamaları, iş değiştirmek zorunda kalmaları, işten çıkmaları, malülen emekli olmak zorunda kalmaları, bayan hastaların kadınlık rolünü tanımlayan ev işlerini, çocuklarının bakımını yapamamaları, hastanede kalma sürecinin annelik rollerini etkilemesi, bazı eşlerin eşlerine cinsel anlamda kadınlık/erkeklik görevlerini yerine getirememeleri örnek verilebilir.
Karşılıklı Bağımlılık	Karşılıklı bağımlılık uyum alanında davranış, bireylerin/grupların birbirine bağlı ilişkileri ile ilgilidir; ilişkisel bütünlüğü ve güvenlik hissini amaçlamaktadır. Sevgi, saygı ve değerlerin alınıp verilmesi ile ilgili etkileşimlere odaklanır. Burada bireylerin odaklandığı iki spesifik ilişki vardır: Birincisi, bireyler için en önemli olan kişiler; ikincisi; karşılıklı bağımlılık gereksinimine katkıda bulunan destek sistemlerini içerir.	Örnek olarak; Uyumlu Davranış: Hastaların sosyal ilişkilerinde bir değişiklik olmaması, ilişkilerinin olumlu olarak etkilenmesi, çevresindeki kişilerin onunla daha çok ilgilenmeleri, sürekli ziyaret etmeleri, telefonla aramaları, çevrelerinden maddi ve manevi destek almaları, sağlık çalışanlarından yeterli destek almaları vb. Örnek olarak; Uyumsuz Davranış: Diğer uyum alanlarında yaşadıklarının etkisiyle sosyal ortamlara girmelerinin ve sosyal ilişkilerinin etkilenmesi, verilen desteğin yetersiz olması, anlaşılmadıklarını hissetmeleri, sağlık çalışanlarından daha fazla bilgi ve destek almak istemeleri vb. örnek verilebilir.

davranışların nedenlerine daha derinlemesine bakar. Hemşireler özellikle uyumsuz davranışa neden olan uyarana odaklanarak baş etme mekanizmalarını güçlendirme yoluyla uyumlu davranışa dönüştürmeyi hedeflemektedir. Aynı zamanda uyumlu davranışa sebep olan uyarayı bilerek süreç içerisinde davranışın sürdürülmesini sağlamaktadır.^[2,18] Tablo 5’de primer beyin tümörlü hastalarda Roy’un Uyum Modeli’ne göre uyarılar verilmiştir.^[2,6,23,31]

Hemşirelik Tanısı

Hemşirelik tanıları, verilerin yorumlanmasını, hemşirenin kritik düşünme ve karar verme sürecini içeren, hastanın dört uyum alanındaki davranış ve uyarılarına göre belirlenen ifadelerdir. Roy’un Uyum Modeli’ne göre bakım veren hemşire Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanısı Birliği (North American Nursing Diagnosis Association- International, NANDA-I) hemşirelik tanıları kullanabilir. Roy, 1973-1983 yılları arasında Roy’un Uyum Modeli’ni bu hemşirelik tanı sistemine uyumlandırmıştır. Hemşirelerin her bir hemşirelik tanısı için birinci önceliği yaşamı tehdit eden davranışlara

yönelik olmalıdır.^[2] Primer beyin tümörlü hastalar için “serebral doku perfüzyonunda bozulma, ameliyat öncesi korku ve anksiyete, bilgi eksikliği, epileptik nöbetlere bağlı yaralanma riski, solunum örüntüsünde değişiklik, bireysel bakımda eksiklik, aktivitede yetersizlik, bulantı-kusma, cilt ve doku bütünlüğünde bozulma, baş ağrısı, boşaltımda değişiklik, cerrahi alan enfeksiyonu, beden imgesinde değişme, beslenmede değişim: gereksinimden az beslenme” gibi hemşirelik tanıları belirlenebilir.^[10,20,27,28]

Amaçların Belirlenmesi

Bu aşamada kısa/uzun dönem içerisinde istenilen davranışsal yanıtlar açık bir şekilde ifade edilmeli, uyumlu davranışların sürdürülmesi/artırılması ve uyumsuz davranışların uyumlu davranışlara dönüştürülmesini içermelidir. Amaçlar tek bir davranış içermeli, gerçekçi olmalı, ölçülebilir, değiştirilebilir olmalı, değişiklik beklenmeli ve davranışlardaki değişiklik zaman içerisinde görülmelidir.^[2,18] Primer beyin tümörlü hastalar için; “bilinmeyen ve kontrol kaybı korkusunun neden

Tablo 5: Primer Beyin Tümörlü Hastalarda Roy'un Uyum Modeli'ne Göre Uyarılar^[2,6,23,31]

UYARANLAR	TANIM	PRİMER BEYİN TÜMÖRLÜ HASTA
Odak	Birey, grup ya da toplum tarafından ilk fark edilen, en çok dikkat çeken, öne çıkan ve etkileyen uyarandır.	Örnek olarak; Hastaların nöbet geçirmesi ve PBT tanısı koyulması bir uyarandır.
Durumsal	Hastanın durumuna olumlu/ olumsuz katkısı olan diğer uyarılardır ve bireylerin odak uyarılarla baş etmesini etkiler.	Örnek olarak; PBT'li hastaların Sosyo-demografik özellikleri"yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum" Klinik özellikleri"tedavi (cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi) öyküsü, tümör özellikleri (tipi, büyüklüğü, evresi, yeri), ameliyat tipi, tıbbi tanı koyulma süresi, kronik hastalık durumu, bakımından sorumlu kişi, fonksiyonel durumu"
Olası	Duruma etkisi bilinmeyen uyarandır. Olası uyarı olan faktörler bilinir hale geldiklerinde odak ya da durumsal uyarı olarak tanımlanabilir.	

olduğu anksiyetesinin azalması ve rahatladığını ifade etmesi, uygulanan güvenlik önlemleri ile yaralanmaması, normal solunum fonksiyonlarını sürdürmesi, bireyin kapasitesine uygun aktiviteyi yapması, ağrısının azaldığını ifade etmesi, normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapması, sağlığını etkileyen olumlu/olumsuz baş etme tutumlarını ifade etmesi, etkili baş etme yöntemleri geliştirebilmesi, yeterli beslenmesi" gibi amaçlar belirlenebilir.^[10,27,28]

Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik girişimleri; belirlenen amaçlara ulaşmak, değişen uyarılara karşı uyumu artırmak veya adaptif süreci olumlu yönde güçlendirmek için girişimlerin belirlenmesi/ uygulanmasını içerir. Hemşirelik girişimlerinde davranışı etkileyen uyarılar ve uyarılarla baş etme durumuna odaklanılmalıdır. Hemşireler mümkünse öncelikle odak uyarıyı, sonra durumsal uyarıya yönetmelidir. Hemşire uyarıyı değiştirebilir, arttırabilir, azaltabilir, ortadan kaldırabilir ya da devam ettirebilir.^[2,18] Bu aşamada PBT hastasının hemşirelik girişimlerine örnek olarak; Kafa içi basınç artışı uyarısına bağlı baş ağrısı uyumsuz davranışını gösteren hastanın serebral perfüzyonunu korumak amacıyla, başının 30-45 derece yükseltilmesi, nötral pozisyonda tutulması, kan basıncının izlenmesi ve normal sınırlarda sürdürülmesi, vb. verilebilir.^[10,27,28]

Değerlendirme

Değerlendirme davranışlarla ilgili hemşirelik girişimlerinin etkili olup olmadığını ve amaçlara ulaşıp ulaşılmadığını içerir. Değerlendirme sürecinde hemşire veri toplama aşamasında kullandığı yöntemleri (gözlem, ölçüm, görüşme, vb.)

kullanmaktadır. Hemşire değerlendirme fazında uyumlu/etkili davranışlarda hedefe ulaşıldığını belirlerken, etkisiz/uyumsuz davranışlarda sürece eleştirel gözle bakar ve gerekirse tekrardan başa döner.^[2,18]

Sonuç

Bu makale ile, PBT'li hastaların hemşirelik bakımında modelin kullanımı ve anlamlandırılması açısından bir örnek sunulmuştur. Aynı zamanda model kullanımı, hemşirelik bilgi birikiminin artması, modelin uygulamaya aktarılması, teori ve uygulama arasındaki boşluğun azaltılmasına katkı sağlamaktadır. Primer beyin tümörlü hastalar hastalık sürecinde ciddi uyumsuz davranışlar deneyimlemekte, bu doğrultuda hastalara verilen bütüncül bakım desteğine daha fazla önem verilmesi gerekmektedir. Primer beyin tümörlü hastaların bakımında yöneticiler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları uyumsuz davranışların azaltılmasında rol ve sorumluluklarının gereğini yerine getirerek hastaların daha nitelikli bakım almalarını sağlamalıdır. Primer beyin tümörlü hastaların bakımında Roy'un Uyum Modeli'nin kullanımı; hemşirelere bir çerçeve sunarak hasta verilerinin daha kolay toplanması ve bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirilmesini sağlamakta, süreç içerisinde kolaylaştırıcı/zaman kazandırıcı bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Bu doğrultuda Roy'un Uyum Modeli'ne göre bakımın önemine ilişkin duyarlılığın oluşturulması, çeşitli kongre vb. ve programlarda bilgilendirilmeleri, kuram-temelli uygulama açısından pilot çalışma grupları oluşturulması, modelleri vakalarla örneklendirerek açıklayan makale/ kitapların oluşturulması ve yöneticiler tarafından hasta bakımında Roy'un Uyum Modeli'nin kavramsal çerçevesinin kullanılması için uygun şartların sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Velioglu P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012.
2. Roy C. Theory adaptation model. 3rd ed. Upper Saddle River New Jersey: Pearson Education; 2009.
3. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge analysis an evaluation of nursing models and theories. In: Roy's adaptation model. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2005. p. 364-437.
4. McCurry MK, Hunter Revell SM, Roy C. Knowledge for the good of the individual and society: linking philosophy, disciplinary goals, theory, and practice. *Nursing Philosophy* 2009; 11:42-52. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00423.x>.
5. McKenna H. Applying theories in practice. USA and Canada: Taylor & Francis e-Library; 2005. p. 158-78.
6. Catt S, Chalmers A, Fallowfield L. Psychosocial and supportive-care needs in high-grade glioma. *The Lancet Oncol* 2008; 9:884-891. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70230-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70230-4).
7. Davies E, Higginson IJ. Communication, information and support for adults with malignant cerebral glioma: a systematic literature review. *Support Care Cancer* 2003; 11:21-29. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-002-0392-x>.
8. Weitzner MA. Psychosocial and neuropsychiatric aspects of patients with primary brain tumors. *Cancer Invest* 1999; 17(4):285-291. <http://dx.doi.org/10.3109/07357909909040599>.
9. Türk Tabipler Birliği (TTB). Türkiye Cumhuriyeti sağlık istatistikleri. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları 2006; 61-62. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf> (Erişim Tarihi: 16 Mart 2015).
10. American Association of Neuroscience Nurses (AANN). Guide to the care of the patient with craniotomy post-brain tumor resection. AANN Reference Series for Clinical Practice 2006. <http://www.aann.org/pdf/cpg/aanncraniotomy.pdf>. (Erişim Tarihi: 11.03.2013).
11. Lepola I, Toljamo M, Aho R, Louet T. Being a brain tumor patient: a descriptive study of patients' experiences. *J Neurosci Nurs* 2001; 33(3):143-7.
12. Nixon A, Narayanasamy A. The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19: 2259-70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03112.x>.
13. Phillips KD. Roy's adaptation model in nursing practice. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. *Nursing theory utilization & application*. 3rd ed. United States: Mosby Year Book Inc.; 2006. p. 307-33.
14. Çatal E, Dicle A. Teori-araştırma bileşeni: Roy'un uyum modeli örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014; 7(1):33-45.
15. Roy SC, Zhan L. Sister Callista Roy the Roy Adaptation Model. In: Parker M, editor. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2001. p. 315-29.
16. Frederickson K. Nursing knowledge development through research: using the Roy Adaptation Model. *Nurs Sci Q* 2000; 13(1):12-6. <http://dx.doi.org/10.1177/08943180022107384>
17. Ahlström G. Coping with long-term neurological illness: Implications for nursing. *Journal of Neuroscience Nursing* 2005; 37(6):301-2.
18. Fawcett J. The Roy Adaptation Model and content analysis. *Aquichan* 2006; 6:34-7.
19. Gustafsson M, Edvardsson T, Ahlström G. The relationship between function, quality of life and coping in patients with low-grade gliomas. *Support Care Cancer* 2006; 14:1205-12. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-006-0080-3>
20. Baksi Şimşek A, Dicle A. Primer beyin tümörlü hastaların Roy Uyum Modeli'ne Göre uyum durumlarının incelenmesi: Niteliksel bir araştırma. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]* 2013; 30(1):88-107.
21. Boss BJ, Wilkerson RR. Concepts of neurologic dysfunction. In: KL McKance, SE Huether, editors. *Understanding pathophysiology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby Inc.; 2006. p.491-546.
22. Edvardsson T, Pålsson A, Ahlström G. Experiences of onset and diagnosis of low-grade glioma from the patient's perspective. *Cancer Nurs* 2006; 29(5):415-22.
23. Goebel S, VonHarscher M, Mehdorn HM. Comorbid mental disorders and psychosocial distress in patients with brain tumours and their spouses in the early treatment phase. *Support Care Cancer* 2011; 19(11):1797-805. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-010-1021-8>.
24. Keir ST, Guill AB, Carter KE, Friedman HS. Stress and intervention preferences of patients with brain tumors. *Support Care Cancer* 2006; 14:1213-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-006-0087-9>.
25. Lovely MP. Symptom management of brain tumor patients. *Semin Oncol Nurs* 2004; 20: 273-83. <http://dx.doi.org/10.1053/j.soncn.2004.07.007>.
26. National Brain Tumor Foundation (NBTF). The essential guide to brain tumors 2010. <http://www.brainumor.org/assets/docs/essentialguide.pdf>. (Erişim Tarihi: 17.03.2013).
27. Karadakovan A, Özbayır T. Sinir sisteminin dejeneratif ve onkolojik hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Aslan FE, editors. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. 1.baskı. Adana: Nobel Kitabevi; 2010. s.1214-44.
28. Laskowski-Jones L. Nursing management acute intracranial problems. In: Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, Q'Brien PG, Bucher L, editors. *Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems volume 2*. 7th ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2007. p. 1467-501.
29. Janda M, Steginga S, Dunn J, Langbecker D, Walker D, Eakin E. Unmet supportive care needs and interest in services among patients with a brain tumour and their carers. *Patient Education and Counseling* 2008; 71:251-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.01.020>.
30. Lucas MR. Psychosocial implications for the patient with a high-grade glioma. *J Neurosci Nurs* 2010; 42 (2):104-8. <http://dx.doi.org/10.1097/JNN.0b013e3181ce5a34>
31. Kruup W, Klein C, Koschny R, Holland H, Seifert V, Meixensberger J. Assessment of neuropsychological parameters and quality of life to evaluate outcome in patients with surgically treated supratentorial meningiomas. *Neurosurgery* 2009; 64(1):40-7. <http://dx.doi.org/10.1227/01.NEU.0000336330.75381.39>.

KENDİ KENDİNİ DEĞERLENDİRME SORULARI

Modellerin fonksiyonlarına ve hemşirelik alanlarındaki kullanımlarına yönelik verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?

- 1
- Modeller ilgili disipline ilişkin iki veya daha fazla kavram arasındaki ilişkileri açıklar
 - Modeller herhangi bir birey/grup/durum ya da olayla sınırlı değildir
 - Hemşirelik modelleri hemşirelik süreci ile kıyaslandığında "nasıl" sorusuna yanıt verir
 - Hemşirelik modelleri, hemşireliğe özgü bilginin geliştirilme yollarından birisidir
 - Hemşirelik modelleri uygulama, araştırma, eğitim ve yönetimde hemşireye rehberlik eder

Aşağıdakilerden hangisi primer beyin tümörlü hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımında model kullanmanın avantajları arasında yer almaz?

- 2
- Hasta/aileye özgü bireyselleştirilmiş bakımın bütüncül olarak verilmesi
 - Modellerle verilen bakımda hemşireler arasında ortak bir dil oluşturulması
 - Teori-uygulama arasındaki boşluğun kapatılması
 - Hemşirelik modellerine dayalı bakımın uygulamaları mekanik bir iş haline getirmesi
 - Hemşirelik bakımına yönelik varsayımların test edilerek yeni bilgi üretilmesi

Primer beyin tümörü tanısıyla yatan 62 yaşında bayan hastanın Roy'un Uyum Modeli alanlarına göre aşağıda verilenlerden hangisi uyumsuz davranış kapsamında değerlendirilmelidir?

- 3
- Düzenleyici fizyolojik kontrol mekanizmaları ile baş edilememiş hiperglisemi
 - Tümörün beyin dokusuna yaptığı kompresyonda, düzenleyici mekanizmalarla serebral hemostazisin korunması
 - Hastalığın Allah'tan geldiğini düşünmesi ve moral değerlerini yüksek tutması
 - İlaç alımına bağlı beslenme değişikliğine uyum göstermesi
 - Aile/arkadaşlar ve demeklerden sosyal destek olarak benlik kavramını güçlendirmesi

Kliniğinizde primer beyin tümörü tanısıyla yatan hastanızın kafa içi basınç artışını önlemeye yönelik eğitim gereksinimi olduğunu saptayarak eğitim verdiğiniz. Bu eğitim girişimi ile hastanın hangi baş etme mekanizmasını güçlendirerek uyumlu davranışı sürdürme/geliştirme hedefine ulaşırsınız?

- 4
- Düzenleyici mekanizmaları
 - Doğuştan var olan mekanizmaları
 - Düzenleyici/Doğuştan olan mekanizmaları
 - Duyusal mekanizmaları
 - Bilişsel mekanizmaları

Primer beyin tümörü tanısıyla 62 yaşında bayan hastanın hangi davranışı benlik kavramı uyum alanında yer almaktadır?

- 5
- Hastanın denge ve yürüme probleminin olması
 - Hastanın tanısı nedeniyle korku ve üzüntü hissetmesi
 - Hemşiresinden bilgi almak istemesi
 - Bulantı-kusmasının olması
 - Emekli olmak zorunda kalması

CEVAPLAR : 1:c, 2:d, 3:a, 4:e, 5:b