**TERS OMUZ ARTROPLASTİSİ UYGULANAN HASTADA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM ve EKİP İÇİNDE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI: OLGU SUNUMU**

**Zühal ERDOĞAN1, Sevil GÜLER DEMİR1, Fatma DANACI2, Banu ÇARBOĞA2, Ulunay KANATLI2, Funda KESİCİ2**

*1Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, 2Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ankara*

**ÖZET**

Omuz artroplastisi, ağrıyı gidermek, omuz fonksiyonelliğini ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla uygulanan cerrahi bir yöntemdir. Parsiyel, total ve ters total olmak üzere üç şekilde uygulanan bu ameliyatlar, nadir uygulanmakla birlikte, son yıllarda artış göstermektedir. Omuz protezi ameliyatları, multidisipliner ekip yaklaşımıyla birlikte bütüncül hemşirelik bakımını gerektirmektedir. Omuz protezi uygulanan hastalara verilen bütüncül bakım, eğitim ve danışmanlık ile bireyler günlük yaşamlarına daha hızlı uyum sağlayabilmekte ve yaşam kaliteleri artmaktadır. Bu makalede, sağ omuz artrozu nedeniyle ters omuz artroplastisi uygulanan ve multidisipliner ekip anlayışı ile tedavi, bakım ve rehabilitasyonu uygulanan bir olgu olgunun multidisipliner bakımı yer almaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ters omuz artroplastisi, multidisipliner yaklaşım, hemşirelik bakımı.

 **ABSTRACT**

**MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE TREATMENT AND CARE OF PATIENTS WITH REVERSE SHOULDER ARTROPLASTY: A CASE REPORT**

**Abstract:**

Shoulder arthroplasty is a surgical method used to relieve pain and improve shoulder function and quality of life. These operations, which are performed in three ways as partial, total and reverse total, are rarely applied, but have been increased in recent years. Shoulder prosthesis operations require holistic nursing care with multidisciplinary team approach. With the holistic care, training and counseling given to patients undergoing shoulder prosthesis, individuals can adjust to their daily lives more quickly and increase their quality of life. In this article, is presented a case multidisciplinary care of a patient who underwent reverse shoulder arthroplasty due to right shoulder arthrosis and applied treatment, care and rehabilitation with multidisciplinary team approach.

**Keywords:** Reverseshoulder arthroplasty, multidisciplinary approach, nursing care.

**GİRİŞ**

Omuz artroplastisi, şiddetli ve devamlı ağrıyı azaltmak, omuz hareket genişliğini sağlayarak, fonksiyonelliği ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla uygulanan cerrahi bir yöntemdir. Bu nedenle günümüzde sıklıkla tercih edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) omuz artroplastisi uygulanan hasta sayısı gün geçtikçe artmaktadır (1). Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumuna göre, ABD’de her yıl 53.000 hastaya omuz artroplastisi uygulanmaktadır (2). Ülkemizde ise, bu konu ile ilgili istatistiksel verilere ulaşılamamakla birlikte, omuz artroplastisinin uygulanma oranı merkezlere göre değişiklik göstermektedir.

Omuz artroplastisinin en sık uygulandığı durumlar; rotator manşet yırtıkları, proksimal humerus kırıkları, artroz, neoplazm ve osteoartrittir (3-5). Omuz artroplastisi parsiyel, total ve ters total olmak üzere üç şekilde uygulanabilmektedir (Şekil 1). Parsiyel omuz artroplastisinde sadece humerus başı değiştirilmekte, glenoid (yuva) yerinde bırakılmaktadır. Total omuz artroplastisinde hem humerus başı, hem de glenoid değiştirilmektedir. Ters total omuz artroplastisinde ise, humerus başı ve glenoid yer değiştirmektedir (5-8). Ters omuz artroplastisinin çok parçalı humerus kırıklarında parsiyel artroplastiye ve açık redüksiyon internal fiksasyona göre daha iyi hareket açıklığı ve maliyet avantajı sağladığı belirtilmektedir (9). Glenoid ve humeral gevşeme, omuz sertliği, sinir lezyonları, kanama, venöz tromboemboli, protez çevresi kırıklar ve enfeksiyon ters omuz artroplastisi sonrası gelişebilecek komplikasyonlardır (5,6,8,9). Geçirilmiş infeksiyon öyküsü mevcut ise, parkinson, hemiparazi gibi nörolojik sorunu olan hastalarda, omzunu aşırı kullanması gereken kişilerde (örn. tekerlekli sandalye kullananlar) bu protezin kullanılması uygun değildir. Özellikle 70 yaşın altındaki hastalarda diğer cerrahi girişimlerin kullanılması tercih edilmektedir (4,6,9).



Şekil 1: Omuz artroplastisi

http://www.newmobility.com/wp-content/uploads/2015/08/shoulder-arthroplasty-Mayo-Clinic.jpg, http://www.medeguru.com/orthopedics/partial-shoulder-replacement-surgery/

Omuz artroplastisinde amaç hastanın ağrısını azaltmak, eklem fonksiyonunu geliştirmek, hareket düzeyini artırarak normal yaşam biçimini sürdürmesine olanak sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır (3,5,7,10). Bu amaçlara ulaşabilmek hastanın bütüncül yaklaşımla ele alınıp değerlendirilmesini, ameliyat sonrası erken dönemdeki tedavi, bakım ve rehabilitasyonunu ve cerrah, hemşire, fizyoterapist, beslenme ve diyetetik, iş terapisti ve sosyal hizmet uzmanından oluşan multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Multidisipliner ekip yaklaşımı, sağlık ekibi üyelerinin hasta merkezli, belirlenen ortak amaçlarda birbiriyle sürekli işbirliği halinde çalışmasıyla sağlanabilir. Sağlık ekibinin tüm üyeleri kendi görev, yetki ve sorumlulukları çerçevesinde hastanın bakımından sorumludur (5,7).

Omuz artroplastisi uygulanacak hastalar genellikle ameliyat günü kliniğe yatırılmakta ve ortalama 2-3 gün hastanede kalmaktadır. Klinikte yattıkları süre içerisinde hastalara cerrahi tedavinin yanı sıra ağrı yönetimi, fiziksel değerlendirme becerisi, kol askısı bakımı, hareket aktivitesi ve eklemlerin her yöne hareketi (ROM) ile ilgili kısıtlamalar konusunda hemşireler tarafından bakım, eğitim ve danışmanlık verilmektedir. Ortopedi ve travmatoloji hemşireleri, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastalarla 24 saat boyunca sürekli birlikte olup, bu dönemde etkili ağrı yönetiminin sağlanması, periferik nörovasküler dolaşım bozukluğu, kanama, venöz tromboemboli, enfeksiyon vb. komplikasyonlarının değerlendirilmesi, gerekli önlemlerin alınması ve erken dönemde saptanması, mobilizasyonun sağlanması, egzersizlerin ve hareketin sürdürülmesi, taburculuğun planlanması ve evde bakıma yönelik eğitim ve danışmanlığın verilmesi ile ilgili önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Aynı zamanda hemşireler multidisipliner ekibin diğer üyeleri ile de iletişim ve işbirliğinin sağlanmasından da sorumludur (5,7). Ekibin diğer bir üyesi olan fizyoterapist, rehabilitasyonu kolaylaştırmak için omuz, dirsek, el ve bilek hareketlerine başlayarak, hastanede kaldığı süre içerisinde hastaya pasif ROM egzersizlerini yaptırmaktadır. Beslenme ve diyetetik uzmanı ise, hastaların ameliyat sonrası iyileşme sürecine özel diyetlerini düzenlemektedir. Hastaya pendulum egzersizlerinin yanı sıra el ve el bileği egzersizlerini de öğretir. Uygulanan cerrahi girişime bağlı olarak cerrah hastanede uygulanacak ROM parametrelerine karar verir (5).

Son yıllarda hızlandırılmış iyileşme protokollerinin önerilerine göre, hastalara rehabilitasyon programının ameliyat öncesi dönemde başlanması önerilmekle birlikte, hastalar genellikle ameliyat sonrası birinci gün rehabilitasyon programına alınmaktadır (9).

Profesyonel hasta bakımı, multidisipliner yaklaşım ve kapsamlı hasta eğitimi ile cerrahi sonuçların başarısı artacaktır (5,7). Omuz artroplastisi uygulanan hastalarla yapılan çalışmalarda; hastaların ağrılarının azaldığı, fonksiyonel kapasitelerinin ve memnuniyetlerinin arttığı belirlenmiştir (11,12).

Ülkemizde omuz artroplastisi ile ilgili yayınlar incelendiğinde, sınırlı sayıda çalışmanın olduğu, çalışmaların büyük çoğunluğunun cerrahi ve rehabilitasyon sonuçları ile ilgili olduğu (13-15), buna karşın hastaların multidisipliner ekip içinde hemşirelik bakımı sonuçlarıyla ilgili yayınlara ulaşılamadığı dikkati çekmektedir. Ortopedi ve travmatoloji hemşireliği ile ilgili uluslararası literatür incelendiğinde de, omuz artroplastisi ile ilgili sınırlı sayıda çalışmanın olduğu, ulaşılabilen çalışmaların çoğunlukla ülkemizdekilerle benzer şekilde, cerrahi ve rehabilitasyon sonuçları ile ilgili olduğu (16-18) ve multidisipliner yaklaşım ve hemşirelik bakımının etkinliği ile ilgili çalışmalara ihtiyaç duyulduğu gözlenmiştir.

Bu makalede, ters omuz artroplastisi uygulanan ve ameliyat sonrası multidisipliner yaklaşımla izlenen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır. Olgunun verileri, kendisinden izin alınarak toplanmıştır. Olgu sunumunun, ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerine ve ekibin vazgeçilmez üyesi olan hemşirelere, omuz artroplastisi uygulanan hastaların tedavi ve bakımlarını planlamadaki belirsizliği gidererek yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

**Olgu sunumu**

Z.E., 65 yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı, iki çocuk annesi bir kadındır. İki çocuğu ile birlikte yaşamaktadır. Kendisiyle yapılan görüşmede alınan bilgilere göre, yaklaşık beş yıldır kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), astım ve hipertansiyonu olduğu, antihipertansif ve bronkodilatatör etkili ilaçlar kullandığı öğrenilmiştir. Beden kitle indeksi açısından fazla kilolu olan hasta, İtaki düşme riski ölçeğine göre düşük riskli, Braden Risk Değerlendirme ölçeğine göre basınç yarası gelişimi açısından risksiz grupta yer almaktadır. Hasta, 10 yıldır sağ omzunda ağrı şikayeti olduğunu, son iki aydır ağrısının şiddetlenmesi ve hareket kısıtlılığı gelişmesi nedeniyle fizik tedavi aldığını, ancak şikayetlerinin hiç azalmadığını belirtmiştir. Sağ omuz manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) supraspinatus kası tendonunda tam rüptür, biseps tendonu çevresinde subaraknoid bursada artmış effüzyon ve humerus başında osteofitik dejeneratif değişiklikler olduğu tespit edilerek hastaya Sağ Omuz Artrozu tanısı konulmuştur. Hasta cerrahi girişim amaçlı hastanemizin Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği’ne yatırılmıştır.

Z.E, özellikle son birkaç aydır şiddetli ağrı yaşaması ve kolunu kullanamaması nedeniyle kendi işlerini doğru düzgün yapamadığını, kendine yetemediğini ve ameliyat olmayı çare olarak gördüğünü belirtmiştir. Ancak ameliyat olduktan sonra ağrılarının geçip geçmeyeceği, tamamen iyileşip iyileşemeyeceği konusunda endişelerinin olduğunu ifade etmiştir.

Hasta, kliniğe yatırıldıktan bir gün sonra ameliyat olmuştur. Ameliyattan bir saat önce hastaya bronkodilatator (3x1 nebul), 30 dakika önce de antibakteriyel (1 gr, intravenöz (iv) ve proton pompası inhibitörü (40 mg, iv) ilaçlar uygulanmıştır. Hastaya, genel anestezi altında Sağ Ters Total Omuz Artroplastisi uygulanmış ve kliniğimizde 2 gün süreyle izlenmiştir.

Hasta ameliyat sonrası kliniğe kabul edildiğinde, yapılan fizik muayenesinde kan basıncının 110/70- 130/80 mmHg, nabzının 72-88/dk ve ritmik olduğu, solunumunun 18-24/dk, vücut sıcaklığının ise 36.2-36.60C olduğu belirlenmiştir. KOAH ve astım öyküsü olan hastanın her iki hemitoraksının solunuma eşit olarak katıldığı, subkostal ve interkostal retraksiyonun olmadığı ve göğüs duvarı hareketlerinin simetrik olduğu belirlenmiştir. Tırnak dipleri, dudak ve ciltte siyanoz olmadığı gözlenmiştir. Yapılan nörovasküler değerlendirmede, periferik nabızların alındığı, kapiller dolum zamanının normal (2sn) olduğu, soğukluk, solukluk, siyanoz, duyu ve motor bozukluk olmadığı saptanmıştır. Sağ omuz bölgesinde insizyonu, kol askısı ve hemovak dreni bulunmaktadır. Hastanın hemovak dreni ameliyat sonrası 1. gün 50cc/gün olduğunda çekilmiştir. Hastanın ameliyat sonrası 0. ve 1. gündeki tedavi planında antibakteriyel (3x1 gr, iv), proton pompası inhibitörü (1x40 mg, iv), bronkodilatator (2x1 puff), parasetamol (3x1gr, iv), tramadol (opioid etkili analjezik, 2x100 mg, iv, Lüzum Halinde), teofilin (metilksantin, 2x1 kapsul, peroral (PO), tiotropium (antimuskarinik, 1x18 mcq, inhaler), kalsiyum antagonisti antihipertansif (1x30 mg, PO), anjiotensin II antagonisti antihipertansif (1x1, PO) etkili ilaçlar yer almaktadır.

Ameliyat sonrası dönemde Z.E akut ağrı, sağ omuzun fiziksel hareketinde bozulma, özbakımda yetersizlik, uyku düzeninde bozulma, anksiyete ve evde bakımına yönelik bilgi eksikliği hemşirelik tanıları ile gaz değişimde bozulma, kanama, periferik nörovasküler disfonksiyon, enfeksiyon, travma ve yara iyileşmesinde gecikme riskleri yönünden izlenerek hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Hastanın laboratuvar bulguları hemoglobin ve hemotokrit değerleri referans değerlerinden düşük, lökosit, C-reaktif protein (CRP) ve açlık kan şekeri ise referans değerlerinin üzerindedir, diğer laboratuvar bulguları referans değerleri arasındadır. Ameliyat sonrası hastanede yattığı süre içerisinde hastada herhangi bir komplikasyon (enfeksiyon, kanama, vb.) gelişmemiştir.

**Hastanın Bireyselleştirilmiş Bakımı**

Kliniğimizde yattığı süre içerisinde hasta aşağıdaki sorunlar yönünden değerlendirilerek bireyselleştirilmiş bakım uygulanmıştır. Bireyselleştirilmiş bakım planı Tablo 1’de yer almaktadır (2, 5, 7, 19, 20).

 Şekil 2: Hastaya uygulanan egzersiz programı (Fizyoterapist Funda Kesici’nin arşivinden)

**TARTIŞMA**

Rotator manşet yırtıkları, proksimal humerus kırıkları, artroz, gibi farklı patolojiler nedeniyle ters total omuz artroplastisi uygulanan hasta sayısı giderek artmaktadır (9,21). Uygulama sıklığı kalça ve diz artroplastisine göre çok daha az olan ters total omuz artroplastisinde öncelikle konservatif tedavi uygulanmaktadır. Konservatif tedavide başarısız olunması, ağrı ve fonksiyon kaybının bulunması cerrahi tedaviyi gerektirmektedir (5,6). Bu olguda sağ omzunda ağrı ve hareket kısıtlılığı yaşayan hasta fizik tedavi almış ancak şikayetleri azalmayınca ters total omuz artroplastisi uygulanmıştır.

Ters total omuz artroplastisi sonrası hastaya, literatürde de belirtildiği şekilde (5) genel ameliyat sonrası bakım ilkelerinin yanı sıra, kol askısı bakımı, aktiviteler, ağrı kontrolünün sağlanması, postoperatif değerlendirme ve gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine yönelik hemşirelik bakımı verilmiştir.

Literatürde, aksi istem edilmedikçe hastanede yatılan süre boyunca hastalarda kol askısının kullanılması, eklem hareketleri ve kısıtlamalarına dikkat edilmesi, pasif ROM egzersizleri ve elevasyon uygulanması, sarkaç egzersizleri, el ve el bileği egzersizlerinin öğretilerek düzenli yapılmasının sağlanması gerektiği bildirilmektedir (5). Bizim olgumuzda ameliyattan 24 saat sonra omuz egzersizlerine başlanılmıştır. Hastaya normal eklem hareketleri ilk 15 gün pasif olarak daha sonraki dönemde ise aktif olarak yaptırılmıştır. Hastanın omuz bandajı birinci ayın sonunda çıkarılmış ve hasta ameliyatlı kolunu günlük yaşam aktivitelerinde kullanmaya başlamıştır. Hemşire, kol askısının hastaya uygun uzunlukta olmasına dikkat etmiş, askının çıkarılması, takılması, değerlendirilmesi ve günlük yaşam aktiviteleri konusunda hastaya yardımcı olmuş ve hastayı koltuk altında döküntü ve cilt irritasyonu yönünden değerlendirmiştir. Literatürde de, kol askısının kısa olmasının bilek ağrısına, çok uzun olmasının ise elin ve parmakların kullanılamamasına neden olabileceğinden, yeterli uzunlukta olmasına dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (5).

Omuz artroplastisi sonrası etkin ağrı yönetimi önemlidir. Literatürde, bu amaçla hastalara ameliyathanede genel anestezi ile birlikte ya da tek başına sinir bloğu, periferik sinir katateri yoluyla anestetik madde infüze edilmesi ya da hasta kontrollü analjezi yöntemleri uygulanabilmektedir (5). Çoğu hastada ameliyat sonrası 1. günde oral analjeziklere geçilmektedir. Bizim olgumuzda ameliyat sonrası dönemde multimodal analjezi ve non-farmakolojik yöntemler birlikte kullanılarak etkin ağrı kontrolü sağlanmıştır.

Kas iskelet sistemi ameliyatından sonra zarar gören ekstremitede yaralanmaya sekonder gelişebilen iskeminin belirlenmesi ve uygun şekilde yönetilmesi açısından nörovasküler tanılama hemşirelik bakımının ve işbirlikçi yönetimin ayrılmaz bir parçasıdır (19). Literatürde, omuz artroplastisi uygulanacak hastalara kliniğe kabul edildikleri andan itibaren omuz, dirsek, el ve bilekte dolaşım, hareket ve duyu değerlendirmesini içeren nörovasküler tanılama yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Hemşire, özellikle aksiller sinir yaralanmasını belirlemek için deltoid kasın lateralinde uyuşukluk/hissizlik olup olmadığını değerlendirmelidir. Ön kol laterali, el ve parmak uçlarında duyu değerlendirilmesi yapılmalıdır. Motor değerlendirme için elini ve parmaklarını açıp kapaması istenmelidir. Elde edilen bu bulgular sağlam ekstremite ile karşılaştırılmalıdır (5). Bizim olgumuza da, literatürde önerildiği şekilde, kliniğe kabul edildiği andan itibaren düzenli nörovasküler değerlendirme yapılmış ve periferik nörovasküler değerlendirme sonucunda herhangi bir patolojik bulgu olmadığı saptanmıştır.

Literatürde, omuz artroplastisi sonrası hastalarda diğer eklem artroplastisi ameliyatları ile benzer komplikasyonlar gelişebileceği, komplikasyon gelişmeyen hastaların ameliyat sonrası hastanede kalış süresinin ortalama 2-3 gün olduğu belirtilmektedir (5, 6, 22). Bizim olgumuz da omuz artroplastisi sonrası kanama, enfeksiyon, gevşeme, sinir hasarı, dislokasyon, derin ven trombozu ve pulmoner emboli komplikasyonları yönünden yakından izlenmiş ve değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası ikinci günde hastaya ve ailesine kapsamlı taburculuk eğitimi verilerek taburcu edilmiştir. Taburculuk eğitimi, hastaların evde bakımlarının planlanmayabilmeleri, kısıtlılıklara ve günlük yaşamlarına uyum sağlayabilmeleri ve yaşam kalitelerini arttırabilmeleri açısından önemlidir.

**SONUÇ**

Sonuç olarak omuz protezi uygulanan bir hastada multidisipliner ekip yaklaşımı, hastanın gereksinimlerinin daha sistematik bir şekilde belirlenmesine ve bu gereksinimlere uygun daha nitelikli bir bakım, tedavi ve rehabilitasyonun sunulmasına yardımcı olduğu belirlenmiş olup, sağlık profesyonellerince uygulanması önerilmektedir.

**Tablo 1: Ters Omuz Artroplastisinde Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı**

|  |
| --- |
| **Hemşirelik Tanısı:** Cerrahi insizyon ve hemovak drene bağlı akut ağrı |
| **Hemşirelik Girişimleri**  | **Değerlendirme** |
| * Hastanın ağrı şiddeti ve ağrının yeri, karakteri, yayılımı, arttıran ve azaltan faktörler saatlik olarak değerlendirildi.
* Hekimle işbirliği sağlanarak tedavi protokolündeki analjezikler uygulandı. Verilen analjeziklerin etkileri ve yan etkileri açısından hasta değerlendirildi.
* Yatak başı 30° kaldırılarak, sağ kol dirseği yastıkla desteklenecek şekilde pozisyon verildi.
* Ağrıya yönelik non-farmakolojik yöntem olarak dikkati başka yöne çekme tekniği kullanıldı.
 | * Ağrı şiddeti 1
* Hasta ağrısının azaldığını ifade etti
* Yüzünde ağrı ifadesi yok
* Hareket ettiğinde ve pansuman sırasında daha rahat olduğunu ifade etti
 |
| **Hemşirelik Tanısı:** Ters omuz artroplastisi, ağrı, hemovak dren ve kol askısı kullanımı ile ilişkili sağ omuz hareketinde bozulma |
| **Hemşirelik Girişimleri**  | **Değerlendirme** |
| * Hasta cerrahi sonrası kol askısı, bandaj ve hemovak dren ile kliniğe kabul edildi.
* Hastanın yatak başı 30° kaldırılarak sağ kol dirseği yastıkla desteklendi.
* Fizyoterapist tarafından uygulanacak egzersizler hastaya öğretilerek ameliyattan 24 saat sonra omuz egzersizlerine başlandı (Şekil 2). Bu süreçte hemşire tarafından egzersizlerin sürdürülmesine katkı sağlandı.
* İlk 15 gün normal eklem hareketleri pasif olarak yaptırıldı, hasta dış rotasyona zorlanmadı. Daha sonraki dönemde normal eklem hareketleri aktif olarak yaptırıldı.
* Birinci ayın sonunda hasta kontrole geldiğinde velpo omuz bandajı çıkarılarak hasta ameliyatlı kolunu günlük yaşam aktivitelerinde kullanmaya başladı.
* Hastaya 3 ay ağırlık kaldırmaması gerektiği konusunda eğitim verildi.
 | * Hasta ameliyat sonrası izin verilen ölçüde sağ kolunu hareket ettirmekte ve kısıtlamalara uymaktadır.
* Hasta kendisine önerilen egzersizleri düzenli olarak yaptığını belirtmiştir.
 |
| **Hemşirelik Tanısı:** Cerrahi girişim geçirmeye ve kolunu kullanamamaya bağlı öz bakımda yetersizlik |
| **Hemşirelik Girişimleri**  | **Değerlendirme** |
| * Hastanın yetersizlik düzeyi belirlenerek yetersiz olduğu durumlarda (beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb.) hastaya yardımcı olundu.
* Hasta kendi bakımına katılması konusunda cesaretlendirildi ve hastanın tüm çabalarında olumlu geri bildirim verildi.
 | * Hastanın öz bakımını sürdürme konusundaki yetersizliği hastanede kaldığı süre içinde devam etmiştir.
 |
| **Hemşirelik Tanısı:** Ağrı, hastane ortamındaki gürültü ve gece yapılan tedavi ve bakım girişimlerine bağlı uyku örüntüsünde bozulma |
| **Hemşirelik Girişimleri**  | **Değerlendirme** |
| * Hastanın cerrahi girişim öncesi uyku alışkanlıkları değerlendirildi.
* Hasta uyumadan önce ağrısını azaltmaya yönelik girişimler uygulandı, hastane ortamında gürültüye neden olabilecek faktörler belirlenerek kontrol altına alınmaya çalışıldı.
* Tedavi ve takipler mümkün olduğu ölçüde hastanın uykusunu bölmeyecek şekilde planlandı.
* Hastaya uykunun iyileşme üzerine etkisi ile ilgili bilgi verildi.
 | * Hastada uyku düzeninde bozulma hastanede kaldığı süre içinde devam etmiştir.
 |
| **Hemşirelik Tanısı:** Cerrahi girişim, ağrı ve gelecekteki belirsizliğe bağlı anksiyete |
| **Hemşirelik Girişimleri**  | **Değerlendirme** |
| * Hasta ile konuşularak rahatlaması sağlandı, hasta ve yakınlarına yapılan tüm işlemler, değerlendirme sonuçları, kendisine uygulanan bakım ve tedavi, ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen faktörler ve dikkat edilecek uygulamalar konusunda bilgi verilerek endişeleri giderilmeye çalışıldı.
 | * Hasta kendisini daha rahat hissettiğini ifade etmiştir.
 |
| **Hemşirelik Tanısı:** Yeni bir durumla karşılaşması ile ilişkili evde bakımına yönelik bilgi eksikliği |
| **Hemşirelik Girişimleri**  | **Değerlendirme** |
| * Hastanın taburcu olduktan sonra kolu ile ilgili nelere dikkat etmesi gerektiği konusundaki soruları yanıtlandı.
* Hasta ve ailesine ağrı kontrolü, ilaç tedavisi, ameliyat bölgesinin bakımı, kol askısı kullanımı, beslenme, evde dikkat edilecek durumlar, alınması gereken önlemler, hareket aktivitesi, gelişebilecek komplikasyonlar ve bu komplikasyonların belirti ve bulguları ile sağlık kontrolleri konusunda eğitim verildi.
 | * Hasta dikkat edeceği konuları, evde bakımını, gelişebilecek komplikasyonları ve alması gereken önlemleri bildiğini ifade etmiştir.
 |
| **Hemşirelik Tanısı:** KOAH, astım, geçirilmiş ameliyat ve anestezi deneyimi, ağrı, ileri yaş ve etkisiz şekilde öksürmeye bağlı gaz değişiminde bozulma riski |
| **Hemşirelik Girişimleri**  | **Değerlendirme** |
| * Hastanın solunum hızı, ritmi, akciğer sesleri ve oksijen saturasyonu değerlendirildi.
* Hastaya yatak içinde rahat nefes alabileceği semi fowler pozisyonu verildi.
* Hastaya spirometre aracılığı ile saate 5-10 kez derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırıldı.
* Ağrıya yönelik önlemler alındı.
* Solunum enfeksiyonu bulguları açısından hasta değerlendirildi.
* Hasta ameliyat sonrası erken dönemde (0. gün) ayağa kaldırıldı.
* Hastanın yeterli miktarda sıvı alması sağlandı (2-3 litre).
* Hasta odası havalandırıldı.
 | * Gaz değişiminde bozulma olmamıştır.
* Solunumu 18-24/dk, normal ritimde
* Oksijen saturasyonu % 90
* Akciğer sesleri doğal
* Hasta sekresyonlarını rahat bir şekilde çıkartabiliyor.
 |
| **Hemşirelik Tanısı:** Cerrahi girişim geçirmeye bağlı kanama riski |
| **Hemşirelik Girişimleri**  | **Değerlendirme** |
| * Hastanın hemovak dreni ve pansumanı kanama açısından değerlendirildi.
* Hasta hipotansiyon, taşikardi, takipne, soluk ve nemli cilt gibi kanama belirti ve bulguları açısından değerlendirildi.
* Erken kanama belirtileri hasta ve ailesine öğretildi.
 | * Hastada kanama belirti ve bulgusu izlenmemiştir.
* Yaşam bulguları stabil, drenden gelen 50 cc/24 saat
 |
| **Hemşirelik Tanısı:** Cerrahi girişim geçirmeye bağlı periferik nörovasküler disfonksiyon riski |
| **Hemşirelik Girişimleri**  | **Değerlendirme** |
| * Hastada ilk 24 saat nörovasküler durum değerlendirmesi her saat başı yapıldı.
* Periferik nörovasküler disfonksiyon belirti ve bulguları hasta ve ailesine öğretildi.
 | * Hastada periferik nörovasküler disfonksiyon belirti ve bulgusu izlenmemiştir
* Periferik nabızları alınıyor, kapiller dolum zamanı normal (2sn), soğukluk, solukluk, siyanoz, duyu ve motor bozukluk saptanmamıştır
 |
| **Hemşirelik Tanısı:** Cerrahi insizyon, hemovak dren, hastane ortamında bulunmaya bağlı yara yeri enfeksiyonu riski |
| **Hemşirelik Girişimleri**  | **Değerlendirme** |
| * Hastaya yara iyileşmesi süreci, yara bakımı, enfeksiyondan korunma, enfeksiyon belirti ve bulguları ile ilgili eğitim verildi.
* Ameliyat bölgesi enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden değerlendirildi.
* Ameliyat yerinin temiz tutulması sağlandı.
* Ameliyat bölgesine asepsi ilkelerine uygun ve önerilen sıklıkta pansuman yapılması sağlandı.
* Laboratuvar bulguları değerlendirildi.
* Hasta yeterli beslenmesi ve sıvı alımı konusunda desteklendi.
* Hastanın yaşam bulguları izlendi.
* Pansumanın hasta tarafından yerinden çıkarılmaması gerektiği anlatıldı.
* Hastanın tedavi protokolündeki antibiyotiği uygulandı.
 | * Vücut sıcaklığı 36.2-36.60C
* Lökosit:14000 UL (Yüksek)
* CRP: <3,836 mg/L (Yüksek)
* Hastada yara yeri enfeksiyonu belirti ve bulgusu (kızarıklık, şişlik, ısı artışı, akıntı) gözlenmemiştir.
 |
| **Hemşirelik Tanısı:** Cerrahi insizyon ve velpo kol bandajına bağlı travma riski |
| **Hemşirelik Girişimleri**  | **Değerlendirme** |
| * Hastanın velpo kol bandajını ilk 1 ay sürekli kullanması sağlandı ve önemi anlatıldı.
* Kaldırma ve ağır taşıma kısıtlamaları konusunda hastaya bilgi verildi.
 | * Hastada travma gözlenmemiştir.
 |
| **Hemşirelik Tanısı:** KOAH, astım, ileri yaşa bağlı yara iyileşmesinde gecikme riski |
| **Hemşirelik Girişimleri**  | **Değerlendirme** |
| * Hastaya yara iyileşmesini etkileyen faktörler, gelişebilecek komplikasyonlar ve alınması gereken önlemler ile ilgili eğitim verildi.
* Hasta yeterli sıvı alması, protein, vitamin ve mineral yönünden zengin beslenmesi konusunda eğitim verildi.
* Hastanın ameliyat yarasının iyileşmesi değerlendirildi.
* Ameliyat yarasının pansumanının asepsi ilkelerine uygun olarak değiştirilmesi sağlandı.
 | * İyileşmede gecikme izlenmemiştir, risk devam etmektedir
 |

**KAYNAKLAR**

1. Westermann RW, Pugely AJ, Martin CT, Gao Y, Wolf BR, Hettrich CM. Reverse shoulder arthroplasty in the united states: A comparison of national volume, patient demographics, complications, and surgical indications. Lowa Orthop J. 2015; 35: 1-7.
2. Wiater JM, Fischer SJ. Shoulder joint replacement. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). 2011. Date: 01.06.2018. Available: <https://orthoinfo.aaos.org/en/treatment/shoulder-joint-replacement/>
3. Çelik D. Omuz protezleri ve rehabilitasyonu. Turkiye Klinikleri J Physiother Rehabil- Special Topics. 2017; 3(1): 55-61.
4. Atalar AC. Ters (reverse) omuz protezi. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2007; 3(52):73-75.
5. Brown F. Nursing care after a shoulder artroplasty. Orthop Nurs. 2008; 27(1): 3-9.
6. Karakurt L, Altunkılıç T. Omuz artroplastisi, Turkiye Klinikleri J Orthop & Traumatol Special Topics. 2009; 2(1): 88-94.

# Bonner SM. Care of the post-op shoulder arthroplasty patient,Nursing made Incredibly Easy. [May 2010; 8 (3): 38–48](https://journals.lww.com/nursingmadeincrediblyeasy/toc/2010/05000).

1. Gürbüz H. Medikal ve cerrahi uygulamalarla ilgili pratik bilgiler: Omuz artroplastisi. Turk Aile Hek Derg. 2008; 12(2):108-109.
2. Çınar BM, Beyaz S. Total omuz protezi. Turkiye Klinikleri J Orthop & Traumatol Special Topics. 2014; 7(4): 82-90.
3. Yanık B, Dinçer G. Omuz artroplasti rehabilitasyonu. Romatizma. 2004; 19(3): 193-201.
4. Norris TR, Iannotti JP. Functional outcome after shoulder arthroplasty for primary osteoarthritis: a multicenter study. J Shoulder Elbow Surg. 2002; 11(2):130-5.
5. Sowa B, Thierjung H, Bülhoff M, Loew M, Zeifang F, Bruckner T et al. Functional results of hemi- and total shoulder arthroplasty according to diagnosis and patient age at surgery. Acta Orthopaedica 2017; 88 (3): 310–314.
6. Biçer ÖS. Humerus üst uç kırıklarında ters total omuz protezi uygulaması. Turkiye Klinikleri J Orthop & Traumatol-Special Topics. 2017;10(3):256-60.
7. Erşen A, Atalar AC. Omuz protezi sonrası protez çevresi kırıklar. Turkiye Klinikleri J Orthop & Traumatol-Special Topics. 2013;6(2):34-7.
8. Turan AC, Ekin A, Özkan MH. Gleno-humeral artroplasti endikasyonları ve ameliyat teknikleri. Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2007;3(52):60-6.

# McLendon PB, Cox JL, Frankle MA. Humeral bone loss in revision shoulder arthroplasty. Am J. Ortop. 2018: 47(2) doi: 10.12788/ajo.2018.0012.

1. Luke W, Grant B, Sven D. Accuracy of patient-specific jigs for glenoid component positioning in total shoulder arthroplasty. Techniques in Shoulder & Elbow Surgery.  [2018; 19(1): 24–28](https://journals.lww.com/shoulderelbowsurgery/toc/2018/03000).
2. Baumgarten KM, Osborn R, Schweinle WE, Zens MJ. The influence of anatomic total shoulder arthroplasty using a subscapularis tenotomy on shoulder strength, J Shoulder Elbow Surg (2018); 27(1): 82–89.
3. Bilik Ö. Hemşirelik bakımında bütünün bir parçası: nörovasküler tanılama. DEUHYO ED. 2012; 5(4): 175-179.
4. Köse G, Demir SG. Kas iskelet sistemi cerrahisinde bakım. Editörler: Karadağ M, Bulut H. Cerrahi Hemşireliği Kavram Haritası ve Akış Şemalı, 1. Baskı, Vize Yayıncılık, Ankara 2019 s: 850-859.
5. Castricini R, Gasparini G, Luggo F, Benedetto M, Gori M, Galasso O. Health- related quality of life and functionality after reverse shoulder arthroplasty. J Shoulder Elbow Surg. 2013; 22(12): 1639-1649.
6. Athwal GS, Fabing M. Reverse total shoulder replacement. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). 2017. Date: 12.08.2018. Available: https://orthoinfo.aaos.org/en/treatment/reverse-total-shoulder-replacement/