

Perianal Doku Kaybı Olan Bir Travma Vakasının Roy Adaptasyon Modeline Göre İncelenmesi

Analysis of a Trauma Case with Perianal Tissue Loss According to Roy Adaptation Model

Hande AÇIL¹, Dilek AYGİN²

ÖZET

Hemşirelikte model ya da kuram kullanımı, uygulamadaki sorunların araştırılmasını sağlayarak çözüm önerileri geliştirilmesine, hemşirenin tıbbi uygulamalardan çok hemşirelik uygulamalarına odaklanmasına ve hemşirelik bakımının sistematik, kontrollü, amaçlı ve etkili olmasına yol açmaktadır. Travmalı bir hastanın tedavi ve bakımı karmaşık olup; bu hastalara multidisipliner bir yaklaşımla bütüncül bakım verilmelidir. Bu makalede de, “Roy Adaptasyon Modeli” kullanılarak travmalı bir vakanın hemşirelik bakımına yer verildi.

Anahtar Kelimeler: Roy adaptasyon modeli, hemşirelik, travma

ABSTRACT

The use of model or theory in nursing helps developing solution suggestions by providing a research opportunity for the problems arising during the practice while enabling the nurses to focus on nursing care rather than medical practices and making the nursing care a systematic, controlled, intentional and efficient system. The treatment and care of a patient with trauma is complicated and requires integrative care with a multidisciplinary approach. In this article, nursing care of a traumatic case by referring to 'Roy Adaptation Model' has been addressed.

Keywords: Roy adaptation model, nursing, trauma.

¹Arş. Gör. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Travma, dünyanın gelişmiş ülkelerinde önde gelen ölüm nedenlerinden biri olmakla birlikte birçok ülkede genç erişkin yaş grubunda ilk sıradaki ölüm nedenidir. Ülkemizde de travma ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.¹

Travmalı bir hastanın tedavi ve bakımı karmaşık olup multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve bütüncül bakım verilmelidir. Bütüncül bakım, hemşirelik modellerinin kullanılması ile gerçekleştirildiğinde iş odaklı olmaktan uzaklaşmakta ve hasta odaklı hizmet verilmesine olanak sağlamaktadır.² Hemşirelikte model ya da kuram kullanımı, uygulamadaki sorunların araştırılmasını sağlayarak çözüm önerileri geliştirilmesine, hemşirenin tıbbi uygulamalardan çok hemşirelik uygulamalarına odaklanmasına ve hemşirelik bakımının sistematik, kontrollü, amaçlı ve etkili olmasına yol açmaktadır.

Sister Callista Roy'un modeli; hemşirelik, birey, sağlık/hastalık, çevre ve hemşirelik girişimi gibi kavramlardan ve sistem, stres ve uyum gibi birbirinden farklı kavramların birleşmesinden oluşmaktadır. Kuram, hemşirelik ile hümanistik yaklaşımı birleştirmiştir. Roy'a göre hümanizm, kişinin yaratma gücüne sahip olduğu inancına dayanmaktadır ve savunma mekanizmalarının bireyin iyilik halini arttıracığına inanılmaktadır.⁴ Roy'un adaptasyon modeli; kişilere sağlıkta ve akut, kronik, terminal hastalıkta hemşirelik bakımı için kullanışlı bir çatı sağlamaktadır.⁵

Roy'a göre hemşirenin amacı; fizyolojik ihtiyaçlara, üstlendiği rollere ve sağlıkla ilgili değişikliklere bireyin uyum yapmasına yardım etmektir. Uyum üç tür uyarının etkisiyle oluşur⁴. Bunlar;

Fokal Uyarı: Bireyin dikkatini çeken, içten veya dıştan gelen ve bireyin derhal yanıt verdiği uyarılardır. Birey dikkatini bu yönde toplar ve enerji harcar. Örneğin; elini sıcak suya sokan bir kişi hemen elini çeker.^{4,6}

Kontekstüel Uyarı: Bireyin iç ve dış dünyasından gelen, olayı etkileyen ve ölçülebilen bütün uyarılardır. Yani fokal uyarı, tüm dikkatini kendi üstüne toplarken, kontekstüel uyarılar durumu etkileyen uyarılardır. Örneğin; soğuk hava fokal uyarandır.^{4,6}

Rezidüel Uyarı: Bireyi etkileyen ama objektif olarak ölçülemeyen uyarılardır.^{4,6}

Roy'un Uyum Modeli'nin ana kavramı uyumdur. Modelde tanımlanan uyum alanları; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarıdır.^{7,8} Fizyolojik alan; oksijenlenme-dolaşım, beslenme, boşaltım, aktivite, egzersizdinlenme, koruma, sıvı-elektrolit dengesi, nörolojik, endokrin fonksiyonları içerir ve sistemin fiziksel bütünlüğünün sürdürülmesi amaçlamaktadır. Benlik kavramı alanı; bireyin kişisel görüşünü yansıtan davranışlar, bireyin ruhsal, spiritüel bütünlüğünü ele alarak bireyin inançlarını, duygularını, kendi iç algısını ve diğerlerinin kendisine yönelik algılarını içermektedir. Rol fonksiyon alanı; birincil, ikincil, üçüncül roller, toplum tarafından bireyden beklenen anne, baba olma gibi rollere odaklanır. Karşılıklı bağlılık alanı ise; bireyler ile ilişki geliştirme, sürdürme davranışlarını ve sosyal desteği kapsamaktadır.^{5,9,10}

Bu makalede de, "Roy Adaptasyon Modeli" kullanılarak travmalı bir vakanın hemşirelik bakımına yer verildi.

MATERYAL VE METOT

Çalışmaya bir Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde yatmakta olan A.İ'den sözlü ve yazılı onam alınarak başlandı.

Hastanın Tanıtıcı Özellikleri

A.İ. isimli erkek hasta evli, 39 yaşında, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Sosyal güvencesi bulunmaktadır. A.İ.'nin özgeçmişinde ve soy geçmişinde herhangi bir özellik bulunmamaktadır.

Öykü

Motosiklet kazası nedeniyle acile başvuran hasta açık femur kırığı ve perine yaralanması nedeniyle acil ameliyata alınmıştır. Perine tamiri, debridman ve ortopedi tarafından eksternal fiksator uygulaması ameliyatı yapılarak ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde 3 gün kalmıştır. Kolostomi açılan hastanın genel durumu iyi olup, yaşam bulguları stabil olduğunda Genel Cerrahi servisine nakli yapılmıştır.

Fizik Muayene

Kolostomisi olan hastada perineal bölgede yara ve nekrotize alanlar mevcut olup, sol femurda parçalı kırık, sol tibiada ise enfekte yarası bulunmaktadır. Hastada mesane sondası, dren mevcut olup, A.İ. immobil olduğu için ihtiyaçları yakınları tarafından karşılanmaktadır.

Laboratuvar Bulguları

Ca: 7,9 mg/dL; Albümin: 2,9 g/dL; Potasyum: 4,8 mEq/L; Sodyum: 131 mEq/L; Kreatinin: 0,6 mg/dL; Üre: 21 mg/dL; Glukoz: 95 mg/dL; Hgb: 10,6 mg/dL; Hct: % 33,4; WBC: 9,91 mm³; RBC: 3,55 milyon hücre/mikrolitre.

Kullandığı İlaçlar

Neofleks İzoplen – M %5 Dekstrozlu Dengeli Elektrolit içeren çözelti 1000ml, Oksapar 6000 Anti-XA IU/0,6 ml Kull. Hazır, Progas 40 mg IV, Tazoject 4,5 gr IV

I. Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Fizyolojik Alana İlişkin Saptanan Sorunlar

Hemşirelik Tanısı: Akut ağrı

Davranış 1: Ağrı hissetmesi

Odak Uyarı: Ameliyat

Etkileyen Uyarı: Hastanın ağrıya bağlı endişe hissetmesi

Olası Uyarı: Bireyin durumunu kabullenememesi

Hedef: Ağrısının geçtiğini sözlü/sözsüz ifade etmesi

Girişimler:

- ✓ Ağrı tanınması yapılır, ağrının yeri, şiddeti, ne zaman başladığı saptanır.
- ✓ Ağrının girişimin özelliğine göre, girişim öncesi ve sonrası belli aralıklarla izlenir.
- ✓ Ağrıyı azaltan faktörler değerlendirilir ve izlenir.
- ✓ Ağrıya karşı duygusal tepkiler ve baş etme şekli değerlendirilir.
- ✓ Ağrı nedenine göre sıcak ve soğuk uygulama seçilir.
- ✓ Ağrıyı azaltan pozisyon verilir.
- ✓ Öksürme/derin solunum egzersizleri sırasında göğsü desteklenir.
- ✓ Ağrının nonfarmakolojik yönetiminde periferik teknikler ile deri stimülasyonu sağlanır.
- ✓ Müzik dinletme, T.V izleme gibi relaksasyon yöntemleri uygulanır.
- ✓ Hasta kontrollü analjezi (HKA=PCA) yöntemini kullanılır.
- ✓ Ağrı kontrolü için verilen ilaçlar uygulanır.^{9,11}

Değerlendirme: Hasta A.İ. uygulanan girişimler sonrası ağrısının azaldığını ifade etti. VAS ile yapılan ağrı değerlendirmesinde ağrısına 3 puan verdi (Analjezik ve bakım uygulamaları öncesi VAS puanı 7 idi).

Hemşirelik Tanısı: Deri bütünlüğünde bozulma

Davranış 2: Dren ve kolostomi olması sebebiyle hastanın rahatsız olması

Odak Uyarı: Ameliyat, perianal bölgede doku kaybı

Etkileyen Uyarı: Dren ve kolostominin cildi tahriş etme riski

Olası Uyarı: Kolostomi ve drenlerin açılacağı düşüncesi

Hedef: Deri bütünlüğünün korunması

Girişimler:

- ✓ 8 saat arayla cildin kıvrım bölgeleri, aksilla, perianal bölge ve özellikle skapula, başın arka kısmı, gluteal-sakral

bölge, topuklar, dirsekler gibi bası altında kalan bölgeleri ile mukoz membranları değerlendirilmeli

- ✓ Deriyi renk, ısı, nemlilik, lezyon yönünden incelemeli
- ✓ Yatağın temiz, gergin olmasını sağlamalı
- ✓ Gerekirse havalı yatak kullanılmalı
- ✓ Pansuman ısladığında steril teknik kullanarak değiştirilmeli
- ✓ Dren çevresindeki deriyi temiz ve kuru tutmak, deriyi serum fizyolojik, su ve sabunla yıkamalı
- ✓ Dren ve stoma çevresindeki deriye koruyucu pomat uygulamalı
- ✓ Gerektiğinde stoma bakım ve yara hemşiresinden bakım desteği almalı.¹¹

Değerlendirme: Hasta A.İ.'ye uygulanan girişimler sonrasında dren ve kolostomi bölgesinin deri bütünlüğünde bozulma görülmedi. Hastaya perianal bölge onarımı için rekonstrüktif cerrahi planlandı.

Hemşirelik Tanısı: Enfeksiyon riski

Davranış 3: Cerrahi girişim nedeniyle enfeksiyon riski

Odak Uyarın: Ameliyat insizyonu, invaziv girişimler

Etkileyen Uyarın: İnsizyon bölgesinin bakımı

Olası Uyarın: Uygun aseptik koşullarda bakımının yapılmaması

Hedef: Hastada enfeksiyon belirti ve bulgularının olmaması

Girişimler:

- ✓ Hasta bakımından önce ve sonra el yıkamak, vücut salgıları ile temasta eldiven kullanımına dikkat edilmeli
- ✓ Enfeksiyon belirti ve bulgularını izlemeli (Vücut ısısı, eritem, sıcaklık, deride endurasyon, yara ve drenlerden kötü koku gelmesi)
- ✓ Aseptik teknik kullanarak pansuman değişimi yapmak, pansuman değişimi yapılan iki hasta arasında el yıkamalı
- ✓ Laboratuvar sonuçlarını izlemeli
- ✓ Mental durum, oryantasyon bilinç düzeyini 4-8 saat aralarla izlemeli
- ✓ 2-4 saat aralarla öksürme ve derin solunum egzersizlerini uygulamalı
- ✓ İnvaziv girişim bölgelerinde ve insizyon bölgesinde lokal enfeksiyon belirtilerini izlemeli

- ✓ Enfeksiyon kontrol komitesi önerilerine göre IV kateteri önerilen sürede değiştirmeli
- ✓ Titreme, dizüri, sık idrar yapma isteği, suprapubik ve skrotal ağrı, kötü kokulu idrar oluşup oluşmadığını izlemeli
- ✓ Sıvı kısıtlaması yoksa günde 2-3 litre sıvı alımını sağlamalı
- ✓ Drenaj tüplerinin iyi bir şekilde tespit edilmesini sağlamalı
- ✓ Drenaj yerlerini, drenajdan gelen sıvıların özelliğini izlemek ve kaydetmeli
- ✓ Drenaj torbalarını bel seviyesinden aşağıda tutmalı
- ✓ Drenaj tüplerinin kıvrılarak akışın engellenmesinden kaçınılmalı
- ✓ Drenajın kapalı sistem bütünlüğünü korumalı.¹¹

Değerlendirme: Hasta A.İ. de herhangi bir enfeksiyon bulgusuna rastlanmadı.

Hemşirelik Tanısı: Fiziksel harekette bozulma

Davranış 4: Yatağa bağımlı olma hareket edememe

Odak Uyarın: Ameliyat geçirme

Etkileyen Uyarın: Hastanın hareket edemeyeceği düşüncesi

Olası Uyarın: Hareket ettikçe ağrısının olması

Hedef: Hasta taburcu olmadan önce cerrahinin özelliğine bağlı olarak en üst düzeyde hareketliliğe sahip olması

Girişimler:

- ✓ Ameliyat öncesi hastanın kas gerginliğini ve kitlesi değerlendirilerek fiziksel hareketliliği belirlemek
- ✓ Ameliyat sonrasında mümkün olan en kısa sürede hastayı ayağa kaldırmak
- ✓ Ameliyat sonrası hastayı ayağa kalkması için cesaretlendirmek
- ✓ Yatak içinde egzersizleri hastaya öğretmek.¹¹

Değerlendirme: Hasta A.İ.'ye mümkün olan en kısa sürede ayağa kalkabilmesinin iyileşmesini hızlandıracağı ve hareket ederken ağrısının olmaması için analjezikler uygun zamanda verilerek ağrısının en aza indirgeneceği belirtildi, hasta bu konuda rahatladığını ifade etti.

Hemşirelik Tanısı: Konstipasyon riski

Davranış 5: Hastanın eliminasyona çıkmasında azalma

Odak Uyarın: Ameliyat geçirme, hareket kısıtlılığı, abdominal kaslarda güçsüzlük

Etkileyen Uyarın: Yatağa bağımlı olma, hareket edememe

Olası Uyarın: Hastanın tuvaletini yapamayacağı düşüncesi

Hedef: Hastanın bağırsak alışkanlığını normal şekilde sürdürmesi

Girişimler:

- ✓ Gaz ve gaita çıkışını izlemeli ve kaydetmeli
- ✓ Hastanın aldığı ilaçları gözden geçirmeli
- ✓ Abdominal distansiyon, hassasiyet, hipoaktivite, yüksek tondaki bağırsak sesleri, dolgunluk hissi gibi belirtileri izlemeli
- ✓ Yatak istirahati sırasında pozisyon değiştirmek, egzersiz yapmak v hasta tolere edebiliyorsa erken ayağa kaldırmalı
- ✓ Nazogastrik tüp çıkarıldığında abdominal distansiyon, bulantı ve kusmayı gözlemeli
- ✓ Hastayı açık sıvılarla beslemeye başlamak ve besinleri tolerasyonunu gözlemeli
- ✓ Sakıncası yoksa oral sıvı alımının günde 250 ml ve daha fazla olmasını sağlamalı
- ✓ Hekim istemine göre bağırsak boşaltımını sağlayan ilaçları vermeli
- ✓ Beslenmede lifli gıdaların alımını sağlamalı
- ✓ Hasta tolere edebiliyorsa aktiviteyi erken başlatmalı.¹¹

Değerlendirme: Hasta A.İ.' de konstipasyon görülmedi.

II. Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Ben/Benlik Kavramına İlişkin Saptanan Sorunlar

Hemşirelik Tanısı: Anksiyete

Davranış 6: Bilinmeye karşı korku

Odak Uyarın: Sağlık durumunun ne olacağını bilememe

Etkileyen Uyarın: Sağlık durumunda değişme, beden imajında bozulma

Olası Uyarın: İyileşemeyeceği düşüncesi

Hedef: Hastanın Anksiyeteyi kontrol etmesi, fizyolojik ve psikolojik olarak rahatlaması

Girişimler:

- ✓ Anksiyete belirtilerini izlemeli ve kaydetmeli
- ✓ Hasta ve ailesinin anksiyete düzeyini belirlemeli
- ✓ Hastanın anksiyete ile baş etme yöntemlerini izlemeli
- ✓ Yapılan tedavi ve girişimleri hasta ve ailesine açıklamalı
- ✓ Hastayı çevresel uyarınların az olduğu bir ortama almalı
- ✓ Hasta yakınlarının bekleyebileceği uygun bir ortam sağlamalı
- ✓ Uygun bir zamanda hekim ile birlikte hastanın durumu, tedavisi ve bakımı hakkında bilgi vermeli
- ✓ Ameliyat sonrası işlemlere ilişkin bilgi vermeli.¹¹

Değerlendirme: Hasta A.İ.' ye uygulanan girişimler sonrasında dren ve kolostomi bölgesinin deri bütünlüğünde bozulma görülmedi.

Hemşirelik Tanısı: Beden imajında bozulma

Davranış 7: Hastanın vücudu ile ilgili endişe duyması

Odak Uyarın: Ameliyat, Fiziksel Travma
Etkileyen Uyarın: Organ kaybı, Organ işlev kaybı

Olası Uyarın: Beden imajında değişiklik

Hedef: Hasta bedenindeki değişimi kabul ettiğini belirtmeye başlar, beden imajına ilişkin olumlu davranışlar göstermesi

Girişimler:

- ✓ Hastayla açık ve dürüst iletişim kuralmalı
- ✓ Beden imaj bozukluğu olduğunu düşündüren sözel ve sözel olmayan göstergeleri değerlendirmeli
- ✓ Bakımı planlarken, hastayı rahatsız eden girişimler/tedaviler uygulama ve hastayı monitorize etmenin hastanın beden imajını etkileyebileceğinin bilincinde olmalı
- ✓ Hastanın meydana gelen pato-fizyolojik süreçlere ve şimdiki sağlık durumuna ilişkin bilgisini değerlendirmek, Hastanın edindiği yanlış bilgileri düzeltmeli
- ✓ Kaybı ya da gerçekleşmiş olan değişikliği hastayla konuşmalı
- ✓ Hastanın endişe, korku ve suçluluk duygularını araştırmalı

- ✓ Hastayı ve yakınlarını başka kişilerle de etkileşimlerini sürdürmeleri için cesaretlendirmeli
- ✓ Kayıp ya da bedendeki değişikliğe yönelik tedavi ve bakım olanaklarını tartışmalı
- ✓ Mümkünse hastayı aynı sorunları yaşayan bir destek grubuna katılması ya da benzer deneyimi olan başka bir hastayla iletişim kurması için yönlendirmeli

Değerlendirme: Hasta A.İ. başına gelen olay ile ilgili yapacak bir şey olmadığını, ama bunun da geçeceğini sabrettiğini bedenindeki değişimi kabul ettiğini açıklıkla ifade etti.

III. Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Rol Fonksiyon Alanına İlişkin Saptanan Sorunlar

Hemşirelik Tanısı: Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma

Davranış 8: Aile üyelerine karşı suçluluk duyması

Odak Uyarı: Ameliyat

Etkileyen Uyarı: Organ işlev kaybı

Olası Uyarı: Bir daha eskisi gibi iyileşip ailedeki sorumluluğunu üstlenemeyeceği düşüncesi

Hedef: Aile üyeleri birbirini karşılıklı olarak destekleyen fonksiyonel bir sistem sürdürür.

Girişimler:

- ✓ Ailenin genel durumu değerlendirmesine yardımcı olunmalı.
- ✓ Doğru-tam bilgi vererek ve soruları yanıtlayarak, gerçekçi bir bakış açısına sahip olması için aile cesaretlendirilmeli
- ✓ Mümkün olduğunda, aile üyelerini hasta üyenin bakımına (beslenme, banyo, giyindirme, gezdirme) katılmalı
- ✓ Aile üyelerinde suçluluk, öfke, suçlama duygularının sözel olarak ifadesini ve duyguların tanınmasını cesaretlendirilmeli
- ✓ Hastalık deneyiminin doğal bir parçası olan depresyon anksiyete ve bağımlılık

belirtileri konusunda aile üyelerini hazırlamalı.¹²

Değerlendirme: Hasta A.İ. çalıştığı iş yerinden tedavi süreci nedeniyle ayrıldığı için ailesinin bakım yükünü yerine getirememekte fakat bununla ilgili durumu kabullenmiş durumdadır. Aile üyeleri de A.İ. nin her zaman yanında olup onu desteklemektedir.

IV. Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Karşılıklı Bağlılık Alanına İlişkin Saptanan Sorunlar

Hemşirelik Tanısı: Sözel iletişimde bozulma

Davranış 9: Hastanın konuşmaktan kaçınması

Odak Uyarı: Travma

Etkileyen Uyarı: Kırıklar, hareket edememe

Olası Uyarı: Beden imajında bozulma

Hedef: Hastanın kendini durumuna uygun biçimde ifade etmesi

Girişimler:

- ✓ İştahı ve anlamayı kolaylaştıracak yöntemler kullanılmalı
- ✓ Bireyin yüzüne açık ve tane tane konuşulmalı
- ✓ Odadaki gereksiz sesler elimine edilmeli
- ✓ Sadece bir kişinin konuşması sağlanmalı
- ✓ Gereksiz gürültüler önlenmeli (kapı, radyo TV kapatılır)
- ✓ Anlatılanı anlamamış gibi görünüyorsa, tekrar edilmeli
- ✓ İletişimi geliştirmek için dokunma ve hareketler kullanılmalı
- ✓ Konuşma için yeterli zaman ayrılmalı
- ✓ Hasta yorgun olduğunda konuşma ertelenmeli.⁶

Değerlendirme: Hasta A.İ. hastalığını ve tedavi sürecini kabullenmiş gözükse de bu konu hakkında çok konuşmak istememektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu makalede, “Roy Adaptasyon Modeli” kullanılarak travmalı bir vakanın hemşirelik bakımının incelenmesi amaçlandı. Hemşirelikte model ya da kuram kullanımı, hemşirelik uygulamalarının daha kapsamlı olmasına ve travma hastaları gibi multidisipliner bir yaklaşım verilmesi gereken hastalara bütüncül bakım verilmesine olanak tanımaktadır. Özellikle

travma hastalarının yaşadıkları süreçlere uyumları açısından yapılacak hemşirelik bakımı için Roy Adaptasyon Modeli' nin kullanımı uygun olmaktadır. Hemşirelik model ya da kuramlarının daha çok kullanılması ve yaygınlaşması açısından başka vakalarda ve modellerinde kullanılmasına gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Çakmakçı, M. (2009). Temel Cerrahi El Kitabı. Sayek İ. (Ed.) Travmaya Genel Yaklaşım. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara. 151-155.
2. Ursavaş, FE. Karayurt, Ö. İşeri, Ö. (2014). Nursing Approach Based on Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Breast Conserving Surgery for Breast Cancer. J Breast Health; 10: 134-140
3. Öner, H. Demirdağ H, Akyolcu N, Kanan N. (2015). Karaciğer Transplantasyonu Planlanan Bir Hastanın Hemşirelik Bakımında Roy’ un Adaptasyon Modeli’ nin Kullanımı. F.N. Hem. Derg, 23(3): 231-242.
4. Ay, FA. (2013). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler: Kuram Nedir? Mesleki Kuramlar ve Teorisyenler. Ay FA (Ed), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. s:30-58
5. Phillips, KD. Harris, R. (2014). Roy’s Adaptation Model in Nursing Practice. Chapter 14.. In Alligood MR. (Ed). Nursing Theory: Utilization and Application, 5th ed, pp 263-284.
6. Birol, L. (Ed). (2004). Hemşirelik Süreci: Hemşirelikle İlgili Kuramlar. Genişletilmiş 6. Baskı. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir: 78-82.
7. Çatal, E. Dicle, A. (2014). Teori Araştırma Bileşeni: Roy’un Uyum Modeli Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.7(1):33-45
8. Vicdan, A.K. Demirel, T. (2015). Histerektomi Sonrası Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi.Sayı(02):1-10
9. Vicdan, A.K. (2010). Hemşirelik Bakımında Model Kullanımına Bir Örnek: Modifiye Radikal Mastektomi Olmuş Bir Bayanın, Roy’un Adaptasyon Modeline Göre İncelenmesi Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:3:106-118.
10. Özkaraman, A. Özer, S. Alpaslan, G.B, (2012). Romatoid Artritli Bir Vakanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences:1(3):138-152.
11. Akbayrak, N. İlhan, S.E, Ançel, G. Albayrak, S. Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği Ve Psiko-Sosyal Boyut). (2007). Alter Yayıncılık. Ankara.
12. Carpenito-Moyet, L.J. Hemşirelik Tanıları El Kitabı (2012). Çeviren Erdemir F. Nobel Tıp Kitabevleri