



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1130866>

Derleme

Depresyon, Psikiyatrik Bakım ve Model Kullanımı: Depresyonun Roy Uyum Modeline Göre Analizi ve Hemşirelik Süreci

Depression, Psychiatric Care and Model Use: Analysis of Depression According To The Roy Adaptation Model and The Nursing Process

Ahmet GÖKTAŞ^{ID}*, Kadriye BULDUKOĞLU^{ID}

^a Dr. Öğr. Üyesi, Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, BİTLİS, TÜRKİYE

^b Prof. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, ANTALYA, TÜRKİYE

ÖZET

Depresyon 21. yüzyılın en yaygın psikiyatrik bozukluklarından biridir. Dünya çapında milyonlarca insanı etkilemektedir. Bu nedenle depresyon hastalarının bakımı psikiyatri hemşireliği açısından büyük bir önem taşımaktadır. Hastalara verilen psikiyatrik bakımın amacına ulaşabilmesi ve bakımın sistematik olabilmesi için hemşirelik modelleri doğrultusunda bakım verilmesi gerekmektedir. Hemşirelik literatürü gözden geçirildiğinde, hemşirelik bakımında en çok kullanılan modellerden birinin Roy Uyum Modeli (RUM) olduğu görülmektedir. RUM hemşirelikte bütüncül bir bakım sağladığı için birçok hasta grubunda kullanılmaktadır. Ancak, depresyon hastalarında kullanımına rastlanmamıştır. Bu bilgiler doğrultusunda bu makalenin amacı depresyon, psikiyatrik bakım ve model kullanımı ile ilgili bilgi vermek ve depresyonu RUM'a göre analiz ederek hemşirelik sürecini ayrıntılı bir şekilde sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Hemşirelik, Psikiyatrik bakım, Psikiyatri hemşireliği, Roy Uyum Modeli

ABSTRACT

Depression is one of the most common psychiatric disorders of the 21st century. It affects millions of people around the worldwide. Therefore, the care of patients with depression is of a great importance in terms of psychiatric nursing. In order for the psychiatric care given to the patients to reach its purpose and for the care to be systematic, care should be given in line with the nursing models. When the nursing literature is reviewed, it is seen that one of the most used models in nursing care is the Roy Adaptation Model (RAM). The RAM is used in many patient groups because it provides holistic care in nursing. However, its use in patients with depression has not been found. In line with this information, the aim of this article is to provide information about depression, psychiatric care and model use, and to present the nursing process in detail by analyzing depression according to the RAM.

Keywords: Depression, Nursing, Psychiatric care, Psychiatric nursing, Roy Adaptation Model

* Bu çalışma daha önce yayınlanmamış ve herhangi bir dergiye eş zamanlı olarak değerlendirilmek üzere sunulmamıştır.

*Sorumlu Yazar: Ahmet GÖKTAŞ

Adres: Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Rahva Yerleşkesi Beş Minare Mahallesi Ahmet Eren Bulvarı 13000 Merkez/Bitlis

e-posta: agoktas.85@gmail.com

Geliş tarihi: 14.06.2022

Kabul tarihi:20.08.2022

GİRİŞ

Sağlıklı bireyler, günlük yaşam olaylarına üzüntü, sıkıntı gibi duygularla tepki vermektedirler. Bu tepkiler kısa süreli, yaygın ve normal bir tepki olmakla birlikte, bireyin yaşadığı kayıp ya da başarısızlığa uyum göstermesiyle sona ermektedir. Bireyin yaşadığı kayıp ya da başarısızlığa karşı gösterdiği uyum çabalarının başarısız olması durumunda, patolojik bir durum olarak depresyon ortaya çıkmaktadır (Koç, 2016; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon, psikiyatrik hastalıklar arasında tarihte ilk olarak tanımlanan ve günümüzde de en sık görülen ve tanı konulan psikiyatrik bozukluklardan biridir (Akiskal, 2017; Halter ve Kozy, 2018; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon, en az iki hafta süresince temel günlük aktiviteleri yerine getirmeye karşı isteksizlik, derin üzüntü, genelde zevk alınan aktivitelere ilgi kaybı ile karakterize yaygın psikiyatrik bir bozukluktur (World Health Organization [WHO], 2017). Dünyada ruhsal bozuklukların tanılanmasında en yaygın kullanılan tanı sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sınıflandırma sistemidir (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders/DSM-V). Bu sınıflamaya göre depresif bozukluklar sekiz başlık altında sınıflandırılmış ve bunlardan biri de majör depresif bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Majör depresif bozukluk, tipik olarak en az iki hafta ya da daha fazla devam eden üzgün bir ruh hali ve yaşam aktivitelerine karşı ilgisizlik ile birlikte anhedoni, kilo, uyku, enerji, konsantrasyon, karar verme, benlik saygısı gibi depresyon belirtilerinden en az dördünde meydana gelen değişim ile birlikte ortaya çıkmaktadır (Videbeck, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 300 milyondan fazla depresyonlu bireyin yaşadığını belirtmektedir. Dünya genelinde depresyon oranında 2005-2015 yıllarını kapsayan 10 yıllık süreçte %18'in üzerinde artış olduğu belirtilmektedir (WHO, 2017). Depresyon, Amerika Birleşik Devletleri'nde engelliliğin önde gelen nedenlerinden biridir. 2014 yılında, 18 yaş ve üzerindeki bireylerin %6,6'sının (15,6 milyon kişi) son bir yılda en az bir defa majör depresif bozukluk atağı geçirdiği belirtilmektedir (Townsend ve Morgan, 2018). Yaşam boyu yaygınlığı ise %17 civarında olup, bu durum depresyonu en yaygın psikiyatrik bozukluk haline getirmektedir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2015; Townsend ve Morgan, 2018). Ayrıca

Amerikalı gençler ve genç yetişkinlerde, özellikle de ergen kızlar arasında depresyon insidansının arttığına dair kanıtlar vardır. 2005'ten 2014'e kadar, insidans genç erkekler arasında %4.5'ten %5.7'ye ve genç kızlar için %13.1'den %17.3'e yükselmiştir (Mojtabai, Olfson ve Han, 2016; Townsend ve Morgan, 2018). DSÖ, dünya çapında epidemiyolojik ve demografik geçişlerin devam etmesi durumunda depresyonun 2020 yılında %5.7 artarak "Engellilikle Kaybedilen Yıllar" sıralamasında ikinci sırada yer alacağını, 2030 yılında ise hastalık yükünün en önemli nedenleri arasında ilk sırada yer alacağını tahmin etmektedir (WHO, 2001; WHO, 2011). Ülkemizde ise, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yıllarının İlk 20 Nedeninin Dağılımı" tablosunda depresif bozukluklar, kadınlarda %10.7 oranıyla ilk sırada yer alırken, erkeklerde ise %6.4 ile ikinci sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Depresyon, kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla görülmektedir (Athanasos, 2017; Townsend ve Morgan, 2018). Kadımlar için yaşam boyu depresyon sıklığı yaklaşık %21 iken, erkeklerde yaklaşık %12-13'tür (Townsend, 2016). Depresyonun cinsiyete göre farklılık göstermesi biyolojik (hormonal ve genetik), psikolojik ve sosyal teoriler ile açıklanmaktadır. Erkek ve kadın bağışıklık sisteminin strese verdiği farklı tepkiler, depresyonun cinsiyete göre farklı oranlarda ortaya çıkmasında önemli bir faktördür. Kadımlar erkeklere göre sosyal çevreye daha duyarlı oldukları için strese tepki olarak daha fazla enflamatuar aktiviteler gösterebilmektedir (Moieni ve ark., 2015; Athanasos, 2017). Ortaya çıkan bu enflamatuar aktivitelerle karşı verilen sosyal ve duygusal tepkilerin cinsiyete göre farklılık göstermesinin, kadımların erkeklerden daha fazla depresif bozukluk geliştirmesinin nedenini açıkladığı özellikle vurgulanmaktadır (Moieni ve ark., 2015). Kadınlarda enflamatuar bir yanıt ortaya çıktığında, kadımlar daha fazla sosyal kopukluk hissetmekte ve depresif bir ruh hali yaşamaktadırlar (Moieni ve ark., 2015; Athanasos, 2017).

Depresyon prepubertal erkek ve kız çocuklarda eşit oranda görülmektedir (Videbeck, 2020). Kadınlarda, hemen hemen 10 yaşında başlar ve ileriki yaşlarda da devam eder (Townsend, 2016). Depresyon insidansı kadınlarda yaşla

birlikte azalırken, erkeklerde yaşla birlikte artar (Videbeck, 2020). Depresyonda cinsiyet arası farklılık 44-65 yaşları arasında daha az belirgindir. Ancak, 65 yaşından sonra kadınlar tekrar erkeklerden daha fazla depresyona girmektedirler. Bu durumun, toplumsal rollerde ve ekonomik-sosyal fırsatlarda cinsiyet farklılıkları ve yaşla birlikte meydana gelen değişimler ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Townsend ve Morgan, 2018).

Majör depresif bozukluk çoğunlukla yakın kişilerarası ilişkileri olmayan kişilerde ve boşanmış ya da ayrılmış kişilerde görülmektedir (Sadock ve ark., 2015). Bekar ve boşanmış kişilerde ise insidans daha yüksektir (Videbeck, 2020). Evliliğin, bekar olan ya da başka biriyle yakın ilişkisi olmayanlara göre olumlu psikolojik bir etkiye sahip olduğu ileri sürülmektedir (Townsend ve Morgan, 2018). Ancak Bulloch, Williams, Lavorato ve Patten'in (2017) yaptığı çalışma depresyonun gelişiminin sadece medeni durumla ilgili olmadığını, aynı zamanda bu ilişkinin cinsiyet ve yaş ile birlikte değişebileceğini göstermiştir. Depresyon riski açısından yaşın hem evli hem de bekar bireylerde önemli bir değişken olduğu vurgulanmaktadır (Lapate ve ark., 2014; Bulloch ve ark., 2017).

Psikiyatri hastasının bakımı söz konusu olduğunda, hemşirenin uygulamalarını "psikiyatrik bakım" kavramı kapsamında değerlendirmek uygun olacaktır. Psikiyatrik bakım, birey merkezli ve iyileşme temelli bir model içinde gelişen, psikiyatrik bozuklukların nörobiyolojisi ve psikotrop tedavi ile ilgili kanıtları anlama ve bunları hasta-hemşire ilişkisine entegre etmeyi sağlayan bir yaklaşımdır. Psikiyatrik bakımın temel amacı, bir birey olarak hasta hakları ile toplum hakları arasında bir denge oluşturmaktır. Psikiyatrik bakım standartları da hasta ve hemşire arasındaki terapötik ve profesyonel ilişki doğrultusunda geliştirilmelidir. İyi bir hemşirelik uygulamasının, hastanın iyilik halini artırması için bireyi merkeze alan, yasa, etik ve değerlerin kesişmesi yaklaşımı ile mümkün olacağı belirtilmektedir (Buldukoğlu, 2015).

Psikiyatri klinikleri, yatışı yapılan depresyon tanılı birey için sosyal becerilerini geliştirici ve diğer bireylerle etkileşimlerini destekleyici nitelikte olmalıdır. Bu yapı içinde

hemşireler hastalar için sevgi, saygı, kendini gerçekleştirme, özsaygı ve benzeri öğeleri göz önünde bulundurarak; hastanın klinikteki sosyal etkinliklere ve uğraşı etkinliklerine katılımını sağlamalıdır. Örneğin, hastanın etkinliklere katılmakta isteksiz olduğu durumlarda etkinliğe katılmasının istenmesi, bireyin kendisini daha değerli hissetmesini sağlayacaktır (Engin ve Ergün, 2014). Bu yaklaşım psikiyatrik bakımın temelinde yer almaktadır. Bu bağlamda, psikiyatrik bakımda hasta için önceliklerin belirlenmesi ve hemşirelik süreci doğrultusunda bakım uygulamalarının yerine getirilmesi gerekmektedir (Videbeck, 2020). Psikiyatrik bakım uygulamalarının daha kapsamlı ve sistematik olması için, veri toplama, verileri analiz etme, hemşirelik tanılarının oluşturulması aşamalarının bilimsel bir şekilde yapılandırılması gerekmektedir. Bunu sağlamak için hemşire kuramcılar tarafından geliştirilen modeller kullanılmalıdır (Günüşen, 2016).

Modeller, kronik hastalığı olan bireye verilen bakımda bireye özgü farklılık oluşturmakla birlikte, birey ve ailesine (holistik) bütüncül bakım verilmesine ve yaşam kalitesinin artırılmasına imkân sağlamaktadır (Zuhur ve Özpancar, 2017). Ayrıca, uygulamadaki problemlerin araştırılmasına imkân sağlayarak çözüm önerilerinin geliştirilmesini, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil, hemşirelik girişimlerine odaklanmasını ve bakımın daha sistematik olmasını sağlamaktadır (Vicdan ve Karabacak, 2014). Bunun en önemli nedeni, modellerin öne çıkardığı ve bireyin iyilik halini geliştirmeye odaklanan bakım davranışlarının, hemşirelik uygulamalarının merkezinde yer almasıdır (Buldukoğlu, 2015).

Ülkemizde hemşirelik araştırmalarında model kullanımının yeterli sayıda olmadığı, araştırma sürecinin bütün basamaklarında yer almadığı ve model kullanım basamakları doğrultusunda gerçekleşmediği belirtilmektedir (Ekim, Manav ve Ocağcı, 2012; Şengün, Üstün ve Bademli, 2013). Bu eksikliklere rağmen, ülkemizde hemşirelik araştırmalarında birçok hemşirelik modelinin kullanıldığı belirtilmektedir (Üstün ve Gigliotti, 2009). Model kullanımıyla ilgili yapılan bir derleme çalışmasına göre Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı'ndan sonra en çok kullanılan hemşirelik modelinin RUM olduğu belirtilmektedir (Zuhur ve Özpancar, 2017). Son

beş yılda ülkemizde yapılan hemşirelik çalışmalarında model kullanımında büyük bir artış gözlenmektedir (Ulusal Tez Merkezi, 2021). Bu artışa paralel olarak RUM da birçok hasta grubunda kullanılmıştır. Ülkemizde son yıllarda cerrahi hastalarında (Kabu Hergül ve Özbayır, 2019; Özsoy, 2018; Yıldız, 2019) miyokard infarktüsü geçiren hastalarda (Turan Kavradim ve Canlı Özer, 2020), hemodiyaliz hastalarında (Çayır Yılmaz, 2017; Kılıç, 2017), diyabeti olan bireylerde (Kavuran, 2017), demansı olan bireylerde (Lok, Buldukoğlu ve Barcin, 2020), hemofili olan bireylerde (Mehrekula, 2016), gebelerde (Amanak, Sevil ve Karacam, 2019; Fışkın, 2016) ve transplantasyon hastalarında (İşeri, 2016) kullanıldığı görülmektedir. Depresyon hastalarında kullanımına rastlanmamıştır. Bu bilgiler doğrultusunda bu makalenin amacı depresyon, psikiyatrik bakım ve model kullanımı ile ilgili genel bir bilgi sunmak ve Roy Uyum Modelini detaylı bir şekilde ele alarak depresyonu modele göre analiz etmektir.

Roy Uyum Modeli

Sister Callista Roy'un, insan varlığının amacı, değeri ve doğuştan getirdiği yetenekleri üzerine felsefi bir inanca sahip olduğu belirtilmektedir (Veliöğlu, 2012; Pektekin, 2013). Yüksek Lisans yaptığı yıllarda hemşirelikte kavramsal bir model oluşturmak üzere Dorothy E. Johnson ile seminer çalışmaları yapmıştır (Bırol, 2009; Philips ve Harris, 2014). RUM'un ilk biçimsel açıklamaları California Hemşirelik Okulunda Lisans Programı düzeyinde öğretim üyesi iken Sister Callista Roy tarafından yapılmıştır. Modelin temelleri Roy'un bireysel ve mesleki geçmişine dayanmaktadır. (Veliöğlu, 2012). Roy pediatri hemşireliğinde uzman bir hemşire olarak çalışırken yaptığı klinik uygulamalarla insan bedeninin ve ruhunun sağlığını çabuk toparlama yeteneği olduğuna ilişkin deneyim kazanmıştır. Çocukların çabuk iyileşme yeteneğine sahip olduğunu, biyolojik ve psikolojik değişikliklere karşı hemen uyum sağladıklarını fark etmiştir. Bu süreçte uyum kavramı, Roy'un zihninde hemşirelik bakımına uygun olarak modelin temel kavramı haline gelmiştir (Bırol, 2009; Veliöğlu, 2012).

Hemşireliği bilimsel ve hümanistik bir meslek olarak kabul eden Roy, hemşireliği ele aldığı araştırmalarında nörolojik bilimlerle ilgili konulara da yer vermiştir (Pektekin,

2013). Roy, teorisinin ilk gelişiminde Harry Helson'un adaptasyon teorisinin önemli anahtar rol oynadığını belirtmektedir (Masters, 2015). Roy, kuramını geliştirirken, Genel Sistemler Kuramı ile Selye'nin Adaptasyon Kuramından, Harry Helson'un Adaptasyon Kuramından, hümanistik değerlerden ve farklı disiplinlerdeki birçok bilim insanının kuramlarından ve kavramlarından faydalanmıştır (Pektekin, 2013). Ayrıca, Dorothy E. Johnson'un sosyal bilimlerdeki çalışmalarından da etkilendiği belirtilmektedir (Veliöğlu, 2012). Roy, hemşirelik uygulamalarının odak noktası olan insan-çevre etkileşimin yüzeysel kaldığını düşündüğü bölümlerde Rapoport'un görüşlerini modeline entegre etmiştir. Rapoport uyumu, bireyin çevresinden gelen uyarılara cevap verebilme ve değişiklikler yapabilme durumu olarak açıkladığı belirtilmektedir (Çatal ve Dicle, 2014). Roy, hemşirelik hakkındaki düşüncelerini ifade etmek ve çalışmalarında açıklamak için yollar aramıştır. 1964-1966 yılları arasında modelin temel kavramlarını oluşturarak model üzerine ilk makalesini 1970 yılında yayınlamıştır. Sister Callista Roy'un 1968 yılında uygulamaya başladığı RUM, 1970 yılında "Adaptation: A conceptual framework for nursing" başlıklı makale ile Nursing Outlook dergisinde yayımlanmıştır (Fawcett, 2006; Senesac ve Roy, 2015; Uzun, 2017).

RUM'a göre hemşirelik hizmetinin alıcısı olan insan, iç ve dış çevresi ile sürekli etkileşim halinde olan holistik ve adaptif bir sistemdir (Roy, 2009a; Senesac ve Roy, 2015; Uzun, 2017). İnsan, bulunduğu çevrede birçok yönden etkileşimde bulunduğu ve sistemleri devam ettirmeye çalıştığı için iç ve dış çevresi onun uyum düzeyini belirlemektedir. Bir taraftan kendi iç sisteminde gerilim ve çatışma yaşarken, diğer taraftan dış çevresine uyum sağlamaya çalışmaktadır. Sonuç olarak insan, uyum sağladığı uyarılara karşı olumlu bir cevap verir ya da cevabı etkisiz kalır (Pektekin, 2013).

RUM'da çevreyi oluşturan üç çeşit uyaran (odak, etkileyen, olası) tanımlanmaktadır (Roy, 2009a). Bireyin baş etme sürecini ise düzenleyici (regülatör) ve bilişsel (kognatör) olmak üzere iki alt sistemle açıklamaktadır. Bu baş etme mekanizmaları bireyin her bir uyum alanındaki uyum düzeyini belirlemektedir. Bireyin uyum düzeyi mükemmel (integrated),

dengeleyici (compensatory) ve uzlaşmacı (compromised) uyum olarak üç düzeyde tanımlanmaktadır. RUM'a göre, bireyin gösterdiği üç uyum düzeyinin etkilediği dört uyum alanı (fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağıllık alanı) vardır (Fawcett, 2006; Roy, 2009a). Model bu dört uyum alanı ile bireyin fizyolojik gereksinimlerinin yanı sıra psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerine de odaklandığı için hemşirelik bakımında bütüncül bir bakış açısı sağlamaktadır (Punjani, 2013). Bu nedenle RUM, günümüzde dünyanın birçok ülkesinde yüzbinlerce hemşire tarafından uygulanan ve hemşirelik uygulamalarında en yaygın kullanılan modellerden biridir (Masters, 2015).

RUM'un Temel Kavramları

RUM'da "adaptif sistem olarak insan, baş etme süreçleri, uyum alanları, çevre, sağlık ve hemşireliğin hedefi," modelin temel kavramları olarak tanımlanmıştır. Bu kavramların yanı sıra uyarınlar, uyum düzeyi, hasta davranışı, düzenleyici ve bilişsel baş etme alt sistemleri, dengeleyici (stabilizer) ve yenilikçi (innovator) alt sistem de modelin diğer önemli kavramları arasında yer almaktadır (Roy, 2009a; Roy, 2009b).

Adaptif Sistem Olarak İnsan

Roy insan sistemini modelin altında yatan felsefi varsayımdan yola çıkarak holistik bir bakış açısıyla kavramsallaştırmıştır. Holizm, insan sisteminin bireysel parçaların toplamından daha büyük olması ve insan davranışının bütüncül olarak anlamlandırılmasını içerir (Galbreath, 2014). RUM'a göre insan, iç ve dış çevresi ile etkileşim içinde olan holistik ve adaptif bir sistemdir (Roy, 2009a; Galbreath, 2014; Masters, 2015; Masters, 2020). Yani değişen çevre ve internal süreçlerle sürekli etkileşim içinde olan, uyumunu sürdürmeye çalışan ve hemşirelik bakımı alan biyopsikososyal bir varlıktır (Biol, 2009). Canlı bir sistem olan insan, çevresi ile sürekli etkileşim halinde olduğu için çevresinde meydana gelen her şeyden etkilenmekte ve aynı zamanda çevresini etkilemektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014; Galbreath, 2014). Birey hem iç hem de dış uyarılara yanıt vererek içinde bulunduğu ortama fizyolojik, psikolojik ve

sosyal yönden uyum göstermeye çalışmaktadır (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Uyarınlar

RUM'da çevreyi oluşturan üç sınıf uyarın tanımlanmıştır. Bu uyarınlar; odak (focal-fokal) uyarın, etkileyen (contextual-kontekstüel) uyarın ve olası (residual-rezidüel) uyarınlardır (Roy, 2009a; Meleis, 2012). Roy'un bu uyarınları adlandırarak kategorize etmesi ve nasıl etki yaptıklarını açıklaması Helson'un çalışmalarına dayanmaktadır (Roy, 2009a; Velioglu, 2012; Senesac ve Roy, 2015).

Odak (Fokal) Uyarınlar: Birey ya da grubun hemen dikkatini çeken, içten ya da dıştan gelen uyarınlardır. Örneğin; bir birey, arkasından gelen yüksek ses ya da kendisini rahatsız eden bir gürültüye aniden dikkatini verir. Birey bu uyarı üzerine odaklanır ve onunla baş etmek için enerji harcar (Roy, 2009a). Benzer şekilde, elini sıcak suya koyan bir kişi elini hemen çeker. Bu durumda sıcak su kişi için bir odak uyarındır (Biol, 2009). Sürekli olarak değişen çevre ile birlikte birçok uyarın bireyin dikkatini üzerine toplamadığı için odak uyarın olmayabilir. Yani çevredeki değişiklikler olumlu ya da olumsuz olduğunda odak uyarın olabilir. Örneğin hava durumu özellikle çok hoşlandığımız ya da hiç hoşlanmadığımız bir duruma gelmedikçe genellikle dikkatimizi çekmez. Birey ya da grup odak bir değişiklikte karşılaştığında kendini o değişime yanıt vermek zorunda hisseder. Bir hemşire RUM kullandığında, hastası için odak uyarın olabilen birçok uyarına dikkat etmesi gerekmektedir. Cerrahi hastasının dikkatini ve enerjisini üzerinde yoğunlaştırdığı ağrı, ya da pediatri hastası için evden ayrılma bir odak uyarın olabilir (Roy, 2009a). Depresyon hastaları açısından düşündüğümüzde depresyonun kendisi odak uyarın olmakla birlikte, hastayı önemli ölçüde etkileyen boşanma, ayrılık, sevilen birinin kaybı, iflas etme gibi uyarınlar odak uyarın olabilir. Her bireyin deneyimi farklı olduğu için bakım verdiğimiz hastada farklı odak uyarınlar ortaya çıkabilmektedir. Önemli olan hemşirenin bu uyarınları fark edip hangi uyarın olduğuna karar vermesi ve ona yönelik girişimlerde bulunmasıdır. Çünkü bir hastadaki odak uyarın başka bir hasta için etkileyen uyarın olabilir.

Etkileyen (Kontekstüel) Uyarılar: Bireyin iç ya da dış çevresinden gelen, ölçülebilir ve odak uyarının etkisini artıran diğer bütün uyarılardır. Etkileyen uyarılar bireyin enerji ve dikkatinin merkezinde olmayan ancak bireyi etkileyen bütün çevresel faktörlerdir. Bu faktörler bireyin odak uyarılarla baş etme yeteneğini etkiler (Roy, 2009a; Birol, 2009; Masters, 2015). Hasta odak uyarı olan bir değişiklik karşısında bu durum birçok etkileyen uyarı içerebilmektedir (Velioğlu, 2012). Örneğin, soğuk hava bir odak uyarıdır. Soğuk havaya rüzgarın eklenmesiyle birey daha çok etkilenmektedir. Bu durumda rüzgar, etkileyen uyarıdır (Birol, 2009). Benzer şekilde, hava değişikliklerine karşı tepki vermemizi sağlayan tek başına sıcaklık değildir. Yüksek nem, yüksek sıcaklık ile birlikte olduğu zaman sıcaklık daha az tolere edilebilir duruma gelmekte ve bireyi daha fazla etkileyebilmektedir (Velioğlu, 2012). Bu durumda yüksek nem bir etkileyen uyarıdır.

RUM'a göre etkileyen uyarılar, odak uyarıya katkıda bulunarak etkisini artıran diğer bütün uyarılardır (Roy, 2009a). Bu bağlamda, depresyonun etkisine katkıda bulunan bütün uyarılar birer etkileyen uyarıdır. Literatürde depresyonla ilişkili olduğu belirtilen yaş, cinsiyet, medeni durum, ırk, kültür, kişilik yapısı, kayıp yaşama, stresli yaşam olayları, genetik ve hormonal faktörler, antidepresan kullanımı gibi faktörler (Trigoboff, 2014; Townsend ve Morgan, 2018; Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020) depresyon hastaları için etkileyen uyarılar olarak değerlendirilmiştir. Her bireyin hastalık, yaşam deneyimi ve sosyokültürel faktörleri farklı olduğu için etkileyen uyarılar bireyden bireye farklılık gösterebilir. Bu nedenle her bir hastanın kendine özgü etkileyen uyarıları olabilir. Ortaya çıkan bütün etkileyen uyarılar bu bilgiler doğrultusunda ele alınarak değerlendirilmelidir.

Olası (Rezidüel) Uyarılar: İnsan sisteminin içinde ya da dışında bulunan ve duruma etkisi tam olarak belirlenemeyen olası çevresel faktörlerdir (Roy, 2009a; Senesac ve Roy, 2015). Bireyin geçmiş kişisel deneyimlerine bağlı olarak, sahip olduğu inancı, davranışları, alışkanlıkları, tutumları ve duygusal durumunu etkileyen uyarılar olası uyarı grubuna girmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014; Uzun, 2017). Hemşire bu uyarıların davranışın gelişmesinde etkili

olduğundan emin değildir. Ancak, adaptif davranışın değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır. Çünkü olası uyarıların davranış etkileme potansiyeli bulunmaktadır (Uzun, 2017).

Birey ve çevre etkileşimi sürekli değişmekte ve herhangi bir uyarının önemi de bu doğrultuda devamlı değişmektedir. Bu nedenle, bir hastaya bakım veren hemşirenin odak, etkileyen ve olası uyarı değişikliklerini hızlıca tanıyabilmesi gerekmektedir. Çünkü odak uyarı bir süre etkileyen uyarı, etkileyen uyarı da bir süre sonra olası uyarıya dönüşebilir (Hannon-Engel, 2008; Roy, 2009a). Birey; biyopsikososyal bir varlık olarak birbirinden çok farklı birçok uyarıya karşı karşıya gelmektedir. Bu doğrultuda bireye uygulanan hemşirelik girişimlerinde bu uyarıların ortaya çıkacağı sonuçların dikkate alınması gerekmektedir. Uygulamayı gerçekleştiren hemşirenin odak, etkileyen ve olası uyarıları bilimsel bir altyapıyla öğrenmesi ve bu uyarılara uygun olan hemşirelik bakımını planlaması doğru sonuçların ortaya çıkması açısından önemlidir (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Uyum Düzeyi

Uyum düzeyi, bir bireyin herhangi bir duruma karşı olumlu cevap verme yeteneğini gösteren bir değişim noktasıdır (Vicdan ve Karabacak, 2014). RUM'da uyum düzeyi, adaptif bir sistem olarak insanın içinde bulunduğu yaşam sürecinin olası üç düzeyini açıklamak için kullanılmaktadır. Bu üç düzey: mükemmel uyum, dengeleyici uyum ve uzlaşmacı uyumdur. Uyum düzeylerinin ortaya çıkmasında odak, etkileyen ve olası uyarılar önemli girdiler olarak değerlendirilmektedir. Bir bireyin çevresindeki uyarıların sürekli değişmesi ve bireyin uyarılara karşı verdiği tepkiler bireyin uyum düzeyini belirlemektedir (Roy, 2009a; Roy, 2011; Philips ve Harris, 2014).

RUM'a göre ilk uyum düzeyi "*mükemmel uyum*"dur. Yaşam sürecinde bireyin yapı ve fonksiyonlarının gereksinimlerini karşılamaya yönelik bir bütün (entegre) olarak çalıştığı en iyi uyum düzeyidir. *Dengeleyici uyum* ise, mükemmel uyumun sağlanamadığı durumlarda, bilişsel ve düzenleyici baş etme mekanizmalarının aktifleşerek mükemmel uyumu sağlamaya çalıştığı uyum düzeyidir.

Uzlaşmacı uyum, mükemmel ve dengeleyici uyumun yetersiz olduğu durumda meydana gelen uyum düzeyidir (Roy, 2009a; Whetsell, Gonzalez ve Moreno-Ferguson, 2011; Roy ve Zhan, 2011; Şimşek ve Dicle, 2013).

Hasta Davranışı

RUM'da davranış, belirli koşullar altında ortaya çıkan iç ya da dış eylemler ve reaksiyonlar olarak tanımlanır (Roy, 2009a). Davranış bazen birey ya da grup tarafından objektif olarak gözlemlenmekte ve ölçülmekte ya da öznel olarak rapor edilmektedir. Ortaya çıkan davranış, bir sistemin çevre ile etkileşime girerken ne kadar iyi uyum sağlayabildiğinin göstergesidir. Bu sonuç hemşirelik girişimlerinin temel hedefidir (Whetsell ve ark., 2011).

Davranış, bir bireyin başa çıkma yeteneklerini yansıtmakta ve uyumlu ya da etkisiz olarak değerlendirilmektedir. Hemşire hastanın davranışlarını gözlem, ölçme ve hastanın öznel ifadesi ile yorumlar. Hemşire, hastanın çevresel uyaranlara verdiği uyumlu ya da etkisiz yanıtları ayırt etmek için kişiden elde edilen nesnel ve öznel değerlendirme verilerini birleştirerek insan sisteminin davranışsal tepkilerini iyileştirmek için girişimler geliştirir (Hannon-Engel, 2008).

RUM'a göre düzenleyici ve bilişsel altsistemlerin fonksiyonlarını doğrudan gözlemlenmek mümkün değildir. Bu nedenle Roy, modelinde hasta davranışlarının gözlenebildiği dört uyum alanı tanımlamıştır (Hannon-Engel, 2008; Roy, 2009a; Masters, 2015).

Baş Etme Süreçleri

RUM'da baş etme süreçleri hem doğuştan gelen baş etme mekanizmaları hem de edinilmiş baş etme mekanizmalarını içermektedir. Doğuştan gelen baş etme süreçleri kalıtım yoluyla belirlenmiş ve genellikle otomatik süreçler olarak işlev görmektedir (Roy, 2009a; Masters, 2015). Doğuştan gelen baş etme sürecine hemoglobinin düzeyi örnek verilebilir. Bir birey oksijen saturasyonunun az olduğu bir yüksekliğe çıktığında, kandaki hemoglobin düzeyi yükselir. Daha sonra kan hücreleri vücudun organlarına yeterli oksijen taşıyabilir. Bu tepki otomatik, bilinçdışı ve doğuştandır (Roy, 2009a). Edinilmiş baş etme süreçleri ise, öğrenme gibi

stratejiler yoluyla öğrenilir ve geliştirilir (Roy, 2009a; Masters, 2015). Bu duruma bir çocuğun kalkıp okula gitmesi için annesinin yaptığı çağrıya uygun tepki vermesi örnek olarak verilebilir. Annenin sesi (uyaran) çocuğun yataktan kalkması ve okula gitmek için hazırlanması (tepki) gibi bir dizi eylemle sonuçlanan edinilmiş baş etme sürecini uyarır. Bu tepki amaçlı, bilinçli ve edinilmiş bir tepkidir (Roy, 2009a). RUM'da baş etme süreçleri bireyler ve gruplar için iki ayrı kategoriye ayrılmıştır. Bireyler için düzenleyici ve bilişsel altsistem; gruplar için dengeleyici ve yenilikçi altsistemleri tanımlanmıştır (Roy, 2009a; Senesac ve Roy, 2015).

Düzenleyici ve Bilişsel Baş Etme Altsistemleri

Roy, adaptif bir sistem olan bireyler için doğuştan ve sonradan edinilmiş baş etme süreçlerini düzenleyici ve bilişsel baş etme altsistemleri olarak iki majör altsistem ile açıklamıştır (Roy, 2009a).

Düzenleyici Altsistem: Düzenleyici altsistem nöral, kimyasal ve endokrin sistemleri içeren majör baş etme süreci ile ilgili altsistemdir. İç ve dış çevreden gelen uyaranlar endokrin sistemin yanı sıra sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesini etkileme yoluyla sinir sistemine girmektedir. Bu süreç otomatik olarak kanalize edilmiş ve beden tarafından otomatik olarak tepki verilmektedir. Bu tepki bilinçdışı gerçekleşmektedir (Roy, 2009a; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Bilişsel Altsistem: İkinci adaptif süreç olan bilişsel altsistem, algılama ve bilgi işleme, öğrenme, yargılama ve duygu gibi dört bilişsel-duygusal kanalı içeren majör bir başa çıkma sürecidir. Bu sistemde algılama ve bilgi işleme süreci; seçici dikkat, kodlama ve hafıza ile ilgili aktiviteleri içermektedir. Öğrenme; taklit etme, pekiştirme, anlama ve kavrama aktivitelerini içermektedir. Yargılama ise, problem çözme ve karar vermeden oluşmaktadır (Roy, 2009a; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Birey bir taraftan doğuştan getirdiği düzenleyici alt sistemle diğer canlılarda da var olan hazır baş etme mekanizmalarını kullanırken, diğer taraftan insanlara özgü bilişsel yeteneklerle sonradan öğrendiği bilişsel baş etme mekanizmalarını kullanmaktadır. Bu iki farklı kontrol mekanizmalarından düzenleyici altsistem bireylerin tamamı

için genel ve ortak özellikler taşırken, bilişsel baş etme mekanizması bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Hemşirelik uygulamalarında bireyin uyum düzeyinin en üst düzeye çıkartılması için her iki baş etme mekanizmasının dikkate alınması ve buna göre girişimlerde bulunulması gerekmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Dengeleyici ve Yenilikçi Kontrol Süreçleri

Dengeleyici ve yenilikçi altsistem gruplarda bulunan iki altsistemdir. Bu sistemler, bireylerdeki bilişsel ve düzenleyici baş etme süreçleri ile paralel sistemlerdir. Dengeleyici altsistem, bir grubun temel amaçlarına ulaşmasını ya da bir toplumun ortak amaçlarına erişmesini sağlayan yapılar, değerler ve günlük aktiviteleri içermektedir. Yenilikçi altsistem ise, bir grubun sosyal sistemlerde değişmesi ve büyümesi için yapı ve süreçleri içermektedir. Bu altsistem grubun potansiyelini yükselten bilişsel ve duygusal stratejilerdir (Roy, 2009a; Galbreath, 2014; Senesac ve Roy, 2015; Uzun, 2017).

Modelin Uyum Alanları

Düzenleyici ve bilişsel altsistemlerin kendine özgü süreçleri tanımlanabilmesine rağmen, fonksiyonunu doğrudan gözlemek mümkün değildir. Bu nedenle Roy, modelinde hasta davranışlarının gözlenebildiği dört uyum alanı tanımlamıştır (Hannon-Engel, 2008; Roy, 2009a; Masters, 2015). Bu alanlar; (1) fizyolojik alan, (2) benlik kavramı alanı, (3) rol fonksiyon alanı ve (4) karşılıklı bağlılık alanıdır (Roy, 2009a; Seah ve Tham, 2015). Bu dört uyum alanı çevresel uyaranlar ile etkileşimde bulunarak bireyin baş etme mekanizmalarında tepki oluşturur (Seah ve Tham, 2015). RUM'a göre hemşireliğin amacı, sağlık, yaşam kalitesi ve onurlu bir ölüme katkıda bulunarak bu dört uyum alanındaki uyumu yükseltmektir (Roy, 2011).

RUM'a göre iç ya da dış uyaranlar, bu dört uyum alanını etkilerse ya da biri ötekine göre odak, etkileyen ya da olası uyaran olursa bireyin davranışları bozulmaktadır (Pektekin, 2013). Bireyin içinde bulunduğu dört uyum alanı, bireyi her yönden etkilemektedir. Bu dört uyum alanındaki herhangi bir değişiklik diğer alanlarda da değişikliğe yol açmaktadır. Bu nedenle, uyum alanlarının birindeki değişimin başka bir uyum

alanını etkileyip değişime neden olacağına hemşire tarafından bilinmesi gerekmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Fizyolojik Alan

Fizyolojik alandaki hasta davranışları, beden bütünlüğünü sağlayan hücrelerin, dokuların, organların ve sistemlerin fizyolojik aktivitelerinin göstergesidir (Roy, 2009a; Masters, 2015). Bu alan çevreden gelen uyaranlara karşı kişinin bedensel olarak verdiği yanıtlar ile ilişkilidir (Velioğlu, 2012). RUM'a göre bireyler için fizyolojik alanın dokuz bileşeni bulunmaktadır. Bunlardan beşi oksijenlenme, beslenme, eliminasyon, aktivite ve dinlenme ve korunmadan oluşmaktadır. Bunlara ek olarak dört karmaşık sürecin fizyolojik uyumu içerdiği belirtilmektedir. Bunlar, duyular; sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesi; nörolojik fonksiyon; ve endokrin fonksiyonlardır. Fizyolojik alanın altında yatan temel gereksinim, fizyolojik bütünlüğün sağlanmasıdır (Roy, 2009a; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Oksijenlenme: Depresyon hastalarında çarpıntı görülmekle birlikte genellikle oksijenlenme ile ilgili problemleri olmamaktadır (Engin ve Ergün, 2014). Ancak, anti-depresan kullanımına bağlı olarak taşikardi, kan basıncının yükselmesi, ortostatik hipotansiyon, hipertansiyon gibi problemler yaşayabilmektedirler (Engin ve Ergün, 2014; Koç, 2016; Warren, 2018).

Beslenme: Depresyonu olan bireylerde iştah değişiklikleri yaygın olmakla birlikte bireyden bireye farklılık göstermektedir. Hastalar genellikle iştahsızlık ya da yeme ilgisizliği nedeniyle belirgin kilo kaybı yaşamakta ve kısa sürelerde vücut ağırlıklarının %5'ini kaybetmektedirler (Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020). Bazı hastalar ise bunun aksine daha sık yemek yemekte ve kilo almından şikayet etmektedirler (Halter ve Kozy, 2018). Ayrıca, antidepresan kullanımına bağlı olarak bulantı ve kusma görülebilmektedir (Warren, 2018).

Eliminasyon: Depresyon hastalarının boşaltım alışkanlıklarında değişiklikler meydana gelmektedir (Halter ve Kozy, 2018). Hastalar genellikle yetersiz gıda ve sıvı alımının yanı sıra hareketsizlikten ve antidepresan kullanımından kaynaklanan kabızlık problemini yaygın bir şekilde

yaşamaktadır. Sıvı alımı ciddi şekilde sınırlıysa, hastalarda dehidratasyon bile görülebilmektedir (Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020). Kabızlığa göre daha az olmakla birlikte diyare ve üriner retansiyon da depresyon hastalarında görülmektedir (Koç, 2016; Halter ve Kozy, 2018).

Aktivite ve Dinlenme: Depresyon hastaları günlük yaşam aktivitelerinden zevk almamakta ve günlük aktivitelerini yerine getirmekte problem yaşamaktadırlar. Bakım, giyinme ve kişisel hijyen önemli ölçüde ihmal edilmektedir. Önceki yaşamında genellikle görünüşleri ve kıyafetleriyle gurur duyan, her gün makyaj yapan, tıraş olan insanlar olsa bile, depresyonda iken saçlarını yıkamayan, elbiselerini temizlemeyen, görünüşlerine karşı ilgisini kaybeden bireyler olabilmektedirler. Banyo yapma, yıkanma, kıyafet değiştirme ya da diğer temel öz bakım aktivitelerini yerine getirmeyi ihmal etmektedirler (Athanasos, 2017; Halter ve Kozy, 2018).

Uyku düzeninde değişikliklerin meydana gelmesi yaygın olup depresyonun en önemli belirtilerinden biridir. Hastalar uyuyamazlar ya da zamanlarının çoğunu yatakta geçirmelerine rağmen kendilerini yorgun ve dinlenmemiş hissetmektedirler (Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020). Hastalar sık sık uyanmakta ve derin uyku evresi başta olmak üzere toplam uykuda kalma süresinde önemli azalma meydana gelmektedir. Uykuda kalma periyotları genellikle çok kısa olduğu için 24 saatlik süre boyunca depresyonun acısını yaşama süresi artmaktadır. Bazı hastalarda ise uykuda artış (hipersomnia) görülebilmekte ve depresyondan kaynaklanan acı verici duygulardan kaçış sağlayabilmektedir (Halter ve Kozy, 2018).

Korunma: RUM'un korunma ile ilgili bölümü bakteri, virüs, parazitler ve anormal beden hücrelerine karşı bedenini kendini koruması ile ilgilidir. İmmün sistem, enflamatuvar tepki, antijenler, antikorlar, ateş gibi terimler bu alanla ilgilidir (Roy, 2009e). Depresyon hastalarında bu alan ile ilgili genellikle problem yaşanmamaktadır. Ancak, antidepresan kullanımına bağlı olarak yüksek ateş görüldüğü belirtilmektedir (Engin ve Ergün, 2014).

Duyular: Hastalarda depresyona bağlı olarak beş duyu organı ile ilgili problemler genellikle görülmez. Depresyonun şiddetli düzeyinde hastaların yaklaşık %20-25'inde psikotik belirtilerin

görüldüğü belirtilmektedir. Psikotik semptomlar gösteren hastalarda yanlısama, halüsinasyonlar ve sanrılar görülebilmektedir (Koç, 2016; Videbeck, 2020). Diğer alanlarda olduğu gibi bu alanda da antidepresan kullanımına bağlı olarak bulanık görme, göz kararması gibi problemler görülmektedir (Engin ve Ergün, 2014; Koç, 2016).

Sıvı, Elektrolit ve Asit-Baz Dengesi: Depresyon hastalarında kalsiyum ya da sodyum bikarbonat düzeylerinin artması, sodyum ve magnezyum yetersizliğine yol açmaktadır. Benzer şekilde potasyumda artma ya da azalma da görülmektedir (Townsend ve Morgan, 2018). SSRI'ların kullanımına bağlı olarak vücudun tuz dengesinde değişiklikler olabilmektedir (Engin ve Ergün, 2014; Koç, 2016).

Nörolojik Fonksiyon: Depresyon hastalarının bilinci açıktır. İlerleyen evrelerde stupor nedeniye bilinçte sislenme olabilir. Yer, kişi ve zaman oryantasyonu vardır. Ancak, görüşmelerde sorulan sorulara cevap verecek gücü kendinde bulamayabilir ya da sorulara karşı ilgi göstermeyebilir. Hastalarda gerçek bir bellek bozukluğu olmadığı halde unutkanlık görülebilir. Konsantrasyon eksikliği, karar verme yeteneğinde bozulma, düşüncelerini ve dikkatini toplama ya da bir konu üzerinde yoğunlaşmada güçlük çekebilirler (Koç, 2016). Bunlarla birlikte antidepresan kullanımına bağlı olarak yönelim bozukluğu, koordinasyon eksikliği, bulanık görme, baş dönmesi gibi problemler görülmektedir (Engin ve Ergün, 2014; Warren, 2018). Depresif belirtiler ile ilişkili olduğu düşünülen serotonin, noradrenalin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin depresyon hastalarında eksik olduğu düşünülmektedir (Koç, 2016).

Endokrin Fonksiyonlar: Addison hastalığı, Cushing sendromu gibi hastalıklarda depresyon görülmektedir. Hipoparatroidizm, hiperparatroidizm, hipotroidizm, hipertroidizm gibi endokrin hastalıklar da depresyon semptomlarına yol açmaktadır. Bunların yanında östrojen ve progesteron hormonlarının dengesizliği de depresyonda rol oynamaktadır (Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon hastalarının üçte birinde TSH'nin salgılama yanıtı vermediği belirtilmektedir. SSRI'ların kullanımına bağlı olarak serotonin sendromu, karaciğer enzimlerinde yükselme, karaciğer işlev

bozuklukları, terleme gibi problemler de görülmektedir (Engin ve Ergün, 2014; Koç, 2016).

Benlik Kavramı Alanı

Benlik kavramı alanı, psişik ve manevi bütünlük gereksinimi ile ilişkilidir (Meleis, 2012). Benlik kavramı ise, bir bireyin belli bir zaman sürecinde kendisi hakkında edindiği inanç ve duyguların bileşimi olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2009a; Roy, 2009c). Bu kavram, başkalarının yaptığı tanımlamalar ve kişinin kendisi hakkındaki algılarını içermektedir (Meleis, 2012). Benlik kavramı alanının fiziksel benlik ve kişisel benlik olmak üzere iki temel bileşeni bulunmaktadır. Fiziksel benlik, beden imajını (benliğin görünümü) ve beden algısını (duygular ve deneyimler) içermektedir. Kişisel benlik ise, öz tutarlılık (benliğin sürekliliği), ideal benlik (beklentiler), ahlaki-etik-spiritüel (değerler) benlikten oluşmaktadır. Benlik saygısı da benlik kavramı alanının bir bileşenidir ve bireylerin benlik değerlerini nasıl algıladıkları ile ilgilidir (Roy, 2009a; Meleis, 2012; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Depresyon hastalarının benlik kavramı alanında fiziksel ve zihinsel aktivitelerin yavaşlaması nedeniyle psikomotor gerileme ve hareketlerde yavaşlama davranışları dikkat çekmektedir. Genel görünüm açısından; belirgin yüz hatları, kırışık alın, ağız kenarında çökkünlük, çökük omuzlar, öne eğilmiş baş, kambur duruş ve sürekli yere bakma görülmektedir (Koç, 2016; Athanasos, 2017; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon hastaları, cinsel etkinliklere karşı ilgilerini kaybetmekte (libido kaybı) ve genellikle erkekler iktidarsızlık problemi yaşamaktadır (Videbeck, 2020). Hem erkeklerde hem de kadınlarda karşı cinse karşı azalan ilgi, evlilik ve sosyal ilişkilerini karmaşık hale getirmektedir. Ayrıca, antidepresan ilaçlarının kullanımı da cinsellikle ilgili problemlere yol açabilmektedir (Koç, 2016; Warren, 2018; Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020). Hastaların %90'ında depresif duygudurum ile birlikte şaşkınlık ve tedirginlik görülmektedir. İlgisiz, duygusuz ya da ıstırap çekme, elemkeder, hüznün ve ağlama sıklıkla görülen davranışlardandır. Sabahları genellikle kendilerini kötü hissetmekte ve anksiyete düzeyleri dayanılmaz olabilmektedir (Koç, 2016; Halter ve Kozy, 2018; Townsend ve Morgan, 2018).

Hastalarda çaresizlik, değersizlik, kendine yöneltilmiş öfke ve intihar düşünceleri ile birlikte gelecek hakkında umutsuz hissetme ve hiçbir şeyin anlamının kalmadığına inanma yaygındır. Onlar için yaşamak bir sevinç kaynağı değil, katlanmaları gereken bir durum olarak algılanmaktadır. Hastalar, kendileri hakkında genellikle olumsuz düşüncelere sahiptir. Kendi benliğine, geleceğine ve dünyaya karşı olumsuz düşünceleri öne çıkmaktadır. Bu olumsuz düşüncelere ters düşen birçok kanıt görmezden gelerek olumsuz düşüncelerini destekleyen küçük ayrıntılar üzerine yoğunlaşmaktadırlar (Koç, 2016; Halter ve Kozy, 2018; Townsend ve Morgan, 2018). Özellikle algılanan düşük benlik saygısının, depresyon hastalarının en önemli özelliği olduğu vurgulanmaktadır (Akiskal, 2017). Hastalar kendilerini tanımlarken genellikle "hiçbir işe yaramaz" ya da "değersiz" gibi ifadeler kullanmakta ve kontrol edemedikleri olayların sorumluluğunu alarak kendilerini suçlamaktadır (Videbeck, 2020).

Rol Fonksiyon Alanı

Rol fonksiyon alanı, bireyin bir grup ve toplum içindeki rolleri üzerine odaklanır. Rol fonksiyon alanının temelinde sosyal bütünlüğün sağlanması gereksinimi bulunmaktadır. RUM'da rol, bireylerin birbirlerine karşı bir dizi beklentisi olarak görülmektedir. Roy, rolleri birincil, ikincil ve üçüncül roller olmak üzere üç kategoride sınıflandırmıştır. Birincil roller; yaş, cinsiyet ve gelişime dayalı olan rollerdir. İkincil roller, başkaları ile geliştirilen ilişkiler sonucu edinilen ve süreklilik gösteren rollerdir. Üçüncül roller ise, geçici aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2009a; Meleis, 2012; Galbreath, 2014; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). Bir bireyin üstlendiği rollerini yerine getirememesi, bu konuda yetersiz kalması ya da rol çatışması yaşaması bireyde uyum sorunu ortaya çıkarmaktadır (Pektakin, 2013).

Depresyon hastaları rol fonksiyon alanı açısından değerlendirildiğinde; genellikle üstlendikleri rolleri ve sorumlulukları yerine getirmekte zorluk çekmektedirler (Videbeck, 2020). En basit görevleri yerine getirmek için fazla çaba göstermeleri gerektiği için her şey bir yüküm gibi gelmektedir. Bu nedenle yaşam rollerinde önemli ölçüde azalma ve ihtiyaçlarını karşılamada başkalarına bağımlı hale

gelmektedir (Koç, 2016; Athanasos, 2017; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon ne kadar şiddetli olursa, rol ve sorumlulukları yerine getirmede zorlanma da o kadar büyük olmaktadır. Hastaların işe ya da okula gitmekte sorunları vardır. Okulda ya da işte iken, sorumluluklarını yerine getiremiyor gibi görünmektedirler. Aynı şey aile sorumlulukları için de geçerlidir. Hastalar yemek yapamaz, temizlik ya da çocuklarına gerekli bakımı yapamazlar. Hastaların rol ve sorumluluklarını yerine getirememesine ek olarak, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremedikleri için “değersiz oldukları” konusunda inanç geliştirmektedir (Videbeck, 2020).

Karşılıklı Bağlılık Alanı

Karşılıklı bağlılık alanı, karşılıklı ilişkilerde gösterilen davranışlarla ilgilidir. Bu alan, bireyler arasında karşılıklı sevgi, saygı ve değer verme ya da görme etkileşimleri ve bunları ifade etme yeteneği üzerine odaklanmaktadır. Bu alanın temel gereksinimi ilişkilerin bütünlüğü ya da gelişen ilişkilere güven duyulması üzerine temellenmiştir. Bu nedenle, karşılıklı bağlılık alanı bireyler için “önemli kişiler ve destek sistemleri” olmak üzere iki önemli ilişki üzerine odaklanmıştır (Roy, 2009a; Meleis, 2012; Galbreath, 2014; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015).

Karşılıklı bağlılık alanı açısından düşünüldüğünde; depresyon, hastaların çevresi ile kurdukları ilişkilerde gerginliğe neden olmaktadır. Hastalar etkileşimlerden zevk almadıkları için kendilerini bunalmış ve değersiz hissetmektedir. Bu nedenle genellikle aile ve sosyal ilişkilerden kaçınma davranışı göstermektedir. Hastalar ilişkilerden çekildikçe, hissettikleri gerginlik artmakta ve ilişki kurmak daha zor hale gelmektedir. Hastalar benmerkezci oldukları için etrafındakiler onları pek ilgilendirmez. Yalnız kalmaktan hoşlanıyor gibi görünmekle birlikte başkalarına bağımlılıkları vardır. Ailesi, arkadaşları gibi yakın çevresine karşı eski duyguları beslemez ve onlarla birlikte yaptığı aktivitelerle karşı ilgisi azalmıştır. İletişim kurmamak, yalnız kalmak, başkaları ile etkin olmayan etkileşimde bulunmak, sosyal ortamlarda rahatsız olmak en çok görülen davranışlardır. Sosyal izolasyon arttıkça hasta toplumdan

uzaklaşmaktadır (Koç, 2016; Townsend ve Morgan, 2018; Videbeck, 2020).

Çevre

Bir hemşirelik modelinin en büyük ikinci kavramı çevredir. RUM’da çevre kavramından, adaptif sistem olarak insanın içinde ve çevresinde bulunan dünya anlaşılmaktadır (Roy, 2009a). RUM’a göre çevre, grupların ve bireylerin davranışını ve gelişimini etkileyen ve çevreleyen bütün şartlar, koşullar ve etkiler olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2009b; Philips ve Harris, 2014). İnsan değişen çevre ile sürekli etkileşimde bulunur ve uyumlu tepkiler verir. Çünkü insan için yaşam hiçbir zaman aynı değildir. Sürekli değişim gösteren çevre insanın enerjisini artırarak insanın büyümesi, gelişmesi ve hayatın anlamını kavraması için yeni fırsatlar sunar (Roy, 2009a; Masters, 2015). Hem iç hem de dış çevresel faktörlerin her biri adaptif bir sistem olan insan için bir girdidir. Bu faktörler büyük ya da küçük, olumlu ya da olumsuz olabilir (Philips ve Harris, 2014). Bununla birlikte insan değişen bu faktörlere yeni tepkiler verme yeteneğine sahiptir (Roy, 2009a). Çevrede insanı etkileyen faktörler odak, etkileyen ve olası uyaranlar olarak sınıflandırılmaktadır (Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Sağlık

Sağlık, kişisel ve çevresel etkileşimlerin bir yansımasıdır. Roy, sağlık kavramını bireyin bütünlüğünü korumak için verdiği yanıtlar ve uyum kavramı ile ilişkilendirmektedir (Roy ve Zhan, 2010; Senesac ve Roy, 2015). RUM’a göre sağlık, bireyin ve çevrenin ortak etkileşimi ile bireyin kendini tamamlama ve entegre olma durumu ve sürecidir (Roy, 2009b; Roy ve Zhan, 2010; Masters, 2020). Bireyler ve gruplar, çevre ile etkileşime giren ve büyüyen, değişen ve gelişen adaptif sistemler olarak değerlendirilmektedir (Roy ve Zhan, 2010; Senesac ve Roy, 2015). Sağlık ve hastalık, kişinin yaşam deneyiminin ayrılmaz bir parçası ve kaçınılmaz bir boyuttur. Hemşirelik bu boyutla ilgilidir. Baş etme mekanizmaları etkisiz olduğunda hastalık, uyum durumunda ise sağlık ortaya çıkar. Etkisiz başa çıkma girişimlerinden ortaya çıkan enerjinin serbest bırakılması iyileşmeyi teşvik edebilir ve sağlığı geliştirebilir (Philips ve Harris, 2014).

Hemşireliğin Hedefi

Roy hemşireliği, insanın yaşam süreçleri ve örüntüleri üzerine odaklanan ve birey, aile, grup ve küresel toplumun olası sağlık potansiyelini yükselten bir sağlık bakım mesleği, bilimi ve uygulaması olarak tanımlanmaktadır. Hemşireliğin hedefi grupların ve bireylerin dört uyum alanında uyumunu yükseltmek, yaşam kalitesine katkıda bulunmak ve bireyin uyum yeteneğini etkileyen davranış ve faktörleri değerlendirerek çevresel faktörleri geliştirmektir (Roy, 2009b; Masters, 2015). Bu bağlamda, hemşireliğin ve hemşirelik girişimlerinin temel amacı bireyin uyumunu güçlendirmektir (Vicdan ve Karabacak, 2014; Masters, 2020).

RUM'a Göre Hemşirelik Süreci

Hemşirelik uygulamalarında RUM'un yaygın olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Masters, 2015). RUM'a dayalı hemşirelik süreci, modelin varsayımlarından ve kavramlarından ortaya çıkmaktadır (Senesac ve Roy, 2015). RUM'a göre hemşirelik süreci uygulanırken, insan deneyimlerine ve tepkilerine geleneksel olmayan bir şekilde yaklaşmaktadır (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011). Bu süreçte birey ya da grup holistik ve adaptif bir sistem olarak görülmektedir (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011).

Yaşamı sürdürmek için uyum sağlamaya çalışan birey, sağlık ve hastalık durumlarında uyumsal değişiklikler yaşamakta ve bütünlüğünü korumaya çalışmaktadır. Eğer birey uyum sağlamada yetersiz kalırsa, onu desteklemek ve uyumunu hızlandırmak için hemşirelik sürecinden yararlanarak hemşirelik girişimlerinin planlanması gerekmektedir (Pektekin, 2013). Bu doğrultuda RUM'a dayalı hemşirelik süreci altı basamaktan oluşmaktadır (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011):

1. Davranışın değerlendirilmesi
2. Uyarıların değerlendirilmesi
3. Hemşirelik tanısının belirlenmesi
4. Amacın belirlenmesi
5. Girişim-Uygulama
6. Değerlendirme

Davranışın Değerlendirilmesi

RUM'da davranışın değerlendirilmesi olan birinci basamak, dört uyum alanının her birinde adaptif bir sistem olarak kişinin ya da grubun davranışları hakkında veri toplanmasını içermektedir (Roy, 2009d; Senesac ve Roy, 2015). Çünkü davranışlar insanın uyum sistemini nasıl yönettiği, nasıl baş ettiği, nasıl uyum sağladığı ve sağlık durumu üzerine yaptığı değişikliklerin göstergesidir. Hasta davranışları gözlemlenebilir olduğu gibi gözlenemeyen davranışlar da olabilir. Bu nedenle, hemşirenin gözlem becerilerini kullanarak, görüşmeler yaparak, gerekli durumlarda ölçüm araçları kullanarak hastanın davranışlarıyla ilgili sistematik olarak veri toplaması gerekmektedir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013; Masters, 2015).

Uyarıların Değerlendirilmesi

Hemşirelik sürecinin ikinci basamağı uyarıların değerlendirilmesidir (Roy, 2009d; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). İç ve dış çevreden gelen uyarılar, hastanın dört uyum alanında sürdürülen başa çıkma süreçlerini etkileyerek harekete geçirmektedir. Bu nedenle, hemşirenin, bireyin ya da grubun davranışlarını ve uyarıların davranış üzerindeki etkilerini değerlendirmesi gerekmektedir (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011). Uyarılara verilen olumlu yanıtlar "uyum", olumsuz yanıtlar ise "uyumsuzluk" olarak nitelendirilmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014). Bu basamakta, hastanın uyum davranışlarını etkileyen iç ve dış uyarılar tanımlanarak odak, etkileyen ve olası uyarı olarak sınıflandırılır (Roy, 2009d; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). Depresyon hastalarında en önemli odak uyarı depresyondur. Bunun yanında bireyi etkileyen diğer uyarılar birey özelinde değerlendirilip hangi uyarı olduğuna karar vermek gerekir.

Hemşirelik Tanısının Belirlenmesi

Hemşire bu basamakta birey ya da grupla işbirliği yaparak bireyi en çok etkileyen uyarılar ve gösterdiği davranışlar dahil olmak üzere bireyin uyum durumunu yorumlar. Bireyin uyum düzeyini mükemmel, dengeleyici ya da uzlaşmacı şeklinde sınıflandırır. Bu basamakta hemşire birinci ve ikinci basamaktaki değerlendirmeleri kullanarak ve

toplanan verileri analiz ederek hastanın uyum durumuna göre NANDA sınıflama sistemine göre hemşirelik tanısını belirler (Roy, 2009a; Whetsell ve ark., 2011; Pektekin, 2013; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). Her hastada farklı hemşirelik tanıları ortaya çıkabilmektedir. Bu aşamada depresyon hastalarında en çok karşılaşılan hemşirelik tanılarının dikkate alınması önemlidir. Bunlar *“beden gereksiniminden az beslenme, uyku örüntüsünde bozulma, öz bakım eksikliği, etkisiz baş etme, öz kıyım (intihar) riski, ümitsizlik, düşük benlik saygısı, güçsüzlük, etkisiz rol performansı, aile süreçlerinde bozulma ve sosyal etkileşimde bozulma”* hemşirelik tanılarıdır. (Fortinash ve Worret, 2007; Varcariolis, 2013; Carpenito, 2017; Videbeck, 2020).

Amacın Belirlenmesi

RUM’da hemşirelik bakımının amacı, mükemmel ve dengeleyici uyumun etkisiz olduğu durumlarda hemşirelik girişimleri ile bireyin uzlaşmacı uyumunu yükselterek olumlu ve etkili uyum geliştirmesini sağlamaktır (Roy, 2011; Vicdan ve Karabacak, 2014). Bu aşamada hemşire, hastanın uyumunu yükseltmek için birey ya da grupla işbirliği içinde hemşirelik bakımının beklenen davranışsal sonuçlarını açık bir şekilde ifade ederek amaç belirlemektedir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015).

Girişim - Uygulama

Bu aşamada hemşire belirlenen amaçlara ulaşmak için hastaya en iyi nasıl yardım edeceği ve faydalı olabilecek girişimlerin belirlenmesi üzerine odaklanır. Hasta için seçtiği girişimler ile uyarınları değiştirerek ya da uyum süreçlerini güçlendirerek hastanın uyum düzeyini yükseltmeye çalışır (Roy, 2009d; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). Uyarınlarla baş edebilmesi için hastaya yardım eder. Planlanan girişimlerle odak ve etkileyen uyarınlardan manipüle edilmeye çalışılarak değiştirilebilir. Uyarınlardan artırılabilir, azaltılabilir, uzaklaştırılabilir ya da devamı sağlanabilir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013). Bu girişimler, uyarınları değiştirmeyi ya da bireyin baş etme yeteneğini güçlendirmeyi içermektedir. Burada asıl amaç, hastanın mükemmel uyum düzeyine ulaşmasını sağlamaktır (Senesac ve Roy, 2015). Bu aşamada hemşirelik girişimleri belirlenirken NIC’in (Nursing Interventions Classifications) her bir hemşirelik tanısı için

uygulanması gereken hemşirelik girişimleri listesinden yararlanılmalıdır. Girişimlere ait uygulanan aktiviteler ise, NIC’te her bir girişimin altında yer alan aktivitelerden seçilmelidir (Bulechek ve ark., 2013; Bulechek ve ark., 2017; Butcher ve ark., 2018). Seçilen hemşirelik girişimlerinin, belirlenen hemşirelik tanısına özgü olmasına, hastada var olan uyarınları değiştirmeye yönelik olmasına ve NIC ve NANDA’nın her bir hemşirelik tanısı için özellikle önerdiği girişim olmasına dikkat edilmelidir. Depresyon hastalarında en çok karşılaşılan hemşirelik tanıları dikkate aldığımızda depresyon hastalarında uygulanabilecek girişimler arasında *“beslenme yönetimi, uykunun güçlendirilmesi, öz bakım yardımı: banyo hijyen, baş etmeyi güçlendirilme, benlik saygısını güçlendirme, öz etkililiği güçlendirme, intihar girişimini önleme, ümit aşılama, rol güçlendirme, sosyalizasyonu güçlendirme”* sayılabilir (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Ackley ve ark., 2017).

Birey, biyopsikososyal bir varlık olduğu için yaşam sürecinde farklı ve birçok uyarınlara karşı karşıya gelmektedir. Bu nedenle, bireye uygulanan hemşirelik girişimlerinde bu uyarınlardan sonuçları dikkate alınmalıdır. Girişimleri uygulayan hemşirenin odak, etkileyen ve olası uyarınlardan bilimsel olarak öğrenmesi, bu uyarınlara uygun bir hemşirelik bakımını planlaması, doğru sonuçları ortaya çıkarması açısından çok önemlidir (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Değerlendirme

Hemşirelik sürecinin son basamağı olan değerlendirme aşaması, belirlenen hedeflere göre ortaya çıkan davranışla hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesini içermektedir (Senesac ve Roy, 2015). Bu aşamada uygulanan hemşirelik girişimlerinin bireyin davranışları üzerindeki etkilerine odaklanılır. Hemşire belirlenen uyum hedeflerinin karşılanıp karşılanmadığını belirlemek için tanılamada kullandığı sezgi, ölçme, gözlem, görüşme becerilerini tekrar kullanır (Roy, 2009d; Masters, 2015). Belirlenen her amaç için uyumun güçlenme durumuna bakıldığında amaca ulaşılmamışsa, tüm işlemler yeniden ele alınarak gözden geçirilir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013). Birey uyumlu davranış geliştirdiyse hemşirelik girişimleri etkili, uyumsuz davranış

geliştirdiyse girişim etkisiz kabul edilir ve yeni girişimler planlanır (Roy, 2009d).

RUM'da hemşirelik sürecinin basamakları sırayla verilmiştir. Ancak, hemşirelik süreci devam etmekte ve adımlar eşzamanlı olabilmektedir. Örneğin, hemşire bir uyum alanına müdahale ederken aynı anda başka bir alanı değerlendirme sürecinde olabilmektedir (Senesac ve Roy, 2015). Hemşire bunları yaparken, bir taraftan da modelin sınırlılıklarını dikkate alması gerekmektedir. Modelin en önemli sınırlılıklarından biri, hemşirenin modelin tüm kavramlarını anlaması ve modele göre girişimlerini planlaması sürecinde birey uyum sürecini tamamlayabilmektedir. Bu nedenle hemşirenin gözlem, iletişim ve karar verme becerilerinin çok iyi gelişmiş olması gerekmektedir. Model ile ilgili bir diğer sınırlılık ise, hastanın uyum alanlarına göre değerlendirilmesi zaman aldığı için akut durumlarda uygulanmasının zor olmasıdır (Uzun, 2017). Depresyon açısından düşünüldüğünde, tedavi ve bakımın uzun süreli olması hemşirenin RUM'u kullanmasının akut durumlara göre daha kolay olabileceğini düşündürmektedir. Depresyon hastalarında fizyolojik alan ile ilgili benzer problemler ortaya çıkmakla birlikte, benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanında ortaya çıkan problemler bireyden bireye değişiklik göstermektedir. Bu durum, hemşirenin hastayı tanıması, değerlendirmesi ve planlamalar yapması için gereken süreyi uzatabilmektedir (Uzun, 2017). Bu nedenle, depresyon hastasına bakım veren psikiyatri hemşiresinin RUM ile ilgili bu sınırlılıkları dikkate alarak hastayı değerlendirmesi ve girişimleri planlaması gerekmektedir.

SONUÇ

Bu makalede depresyon, psikiyatrik bakım ve model kullanımı ele alınmıştır. Depresyon, psikiyatrik bakım ve model kullanımı temelinde RUM'a göre analiz edilerek hemşirelik süreci ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur. RUM bütüncül bir hemşirelik bakımı sağladığı için birçok hasta grubunda kullanılmaktadır. Ancak psikiyatrik bakım gereksinimi olan depresyon hastalarında kullanımına rastlanmamıştır. Makalede depresyon RUM'un dört uyum alanına göre detaylı bir şekilde analiz edilmiştir. Depresyon hastalarının yaşadığı problemler bu dört uyum alanı ile uyumlu

olduğu için depresyon hastalarına verilecek psikiyatrik bakımın bütüncül ve sistematik olmasını sağlayabilir. Bu nedenle, dünyada birçok insanı etkileyen depresyonda verilecek psikiyatrik bakımda RUM'un kullanılabilceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda, RUM'a göre depresyon hastalarına bütüncül psikiyatrik bir bakımın verilebilmesi için modelin uyum alanları temelinde veri toplama formlarının ve bakım planı formlarının geliştirilmesi ve depresyon hastalarında test edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ackley, BJ, Ladwig, GB, Makic, MBF. (2017). Nursing Diagnosis Handbook an Evidence-Based Guide to Planning Care. 11th ed. Missouri: Elsevier.
2. Akiskal, HS. (2017). Mood disorders: Historical Introduction and Conceptual Overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; pp: 4099-4139.
3. Amanak K, Sevil U, Karacam Z. (2019). The impact of prenatal education based on the Roy Adaptation Model on gestational hypertension, adaptation to pregnancy and pregnancy outcomes. JPMa, 69, 11-17.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) Çeviren: Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 91-112.
5. Athanasos, P. (2017). Mood Disorders. In: Evans K, Nizette D, O'Brien A, eds. Psychiatric and Mental Health Nursing. 4th ed. Australia: Elsevier; p: 914-962.
6. Birol, L. (2009). Hemşirelikle İlgili Kuramlar. In: Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 3rd ed. İzmir: Etki Yayınları; p: 47-92.
7. Buldukoğlu, K. (2015). Psikiyatrik bakımda değerler. Türkiye Klinikleri, 1, 9-15.
8. Bulechek, GM, Butcher, HK, Dochterman, JM, Wagner, C. (2013). Nursing Interventions Classification (NIC). 7th ed. Missouri: Elsevier.
9. Bulechek, GM, Butcher, HK, Dochterman, JM, Wagner, C. (2017). Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) Çeviri ed: Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
10. Butcher, HK, Bulechek, GM, Dochterman, JM, Wagner, CM. (2018). Nursing Interventions Classification (NIC). 8th ed. Missouri: Elsevier.
11. Bulloch, AG., Williams, JV., Lavorato DH., Patten, SB. (2017). The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. Journal of affective disorders, 223, 65-68.
12. Carpenito, LJ. (2017). Handbook of Nursing Diagnosis. 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
13. Çatal, E., Dicle, A. (2014). Teori araştırma bileşeni. Roy'un Uyum Modeli örneği. DEUHYOD, 7, 33-45.
14. Çayır Yılmaz, M. (2017). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere roy adaptasyon modeline göre verilen eğitimin hastalığı kabullenme ve sıvı kontrolüne etkisi. (Yayımlanmamış

- Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum.
15. Ekim, A., Manav, G., Ocakçı, AF. (2012). Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: Bir gözden geçirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5, 157-161.
 16. Engin, E., Ergün, G. (2014). Depresyon. In: Çam O, Engin E, eds. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; p: 335-366.
 17. Fawcett, J. (2006). Roy's Adaptation Model. In: Fawcett J, ed. *Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis comp; p: 364-437.
 18. Fışkın, G. (2016). Gestasyonel diyabetli gebelerde roy adaptasyon kuramına göre hazırlanan diyafragmatik solunum egzersiz programının etkileri. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
 19. Fortinash, KM, Worret, PAH. (2007). Care Plans: Depression (All Types). In: *Psychiatric Nursing Care Plans*. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; p: 95-138.
 20. Galbreath, JG. (2014). Roy Adaptation Model: Sister Callista Roy. In: George JB, ed. *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. 6th ed. London: Pearson Education Limited; p: 311-357.
 21. Günüşen, N. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Hemşirelik Süreci. In: Gürhan N, ed. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; p: 147-163.
 22. Halter, MJ., Kozy, M. (2018). Depressive Disorders. In: Halter MJ, ed. *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 8th ed. Canada; p: 495-547.
 23. Hannon-Engel, SL. (2008). Knowledge development: The Roy Adaptation Model and bulimia nervosa. *Nursing Science Quarterly*, 21, 126-132. <https://doi.org/10.1177/0894318408315015>
 24. İşeri, Ö. (2016). Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda Roy uyum modeline göre temellendirilen hemşirelik girişimlerinin bakım sonuçlarına etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
 25. Kabu Hergül, F., Özbayır, T. (2019). I am as normal as everyone now...: Examination of experiences of patients undergoing bariatric surgery according to Roy's Adaptation Model: A qualitative study. *Clinical Nursing Research*. 1-23. <https://doi.org/10.1177/1054773819880291>
 26. Kavuran, E. (2017). Tip 2 diyabet tanısı alan hastalara Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre verilen eğitimin diyabet bakım profiline etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
 27. Kılıç, E. (2017). Roy adaptasyon modeline göre verilen eğitimin hemodiyaliz hastalarının stres, psikososyal uyum ve öz bakım gücüne etkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
 28. Koç, M. (2016). Depresif (Çökkünlük) Bozukluklar. In: Gürhan N, ed. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; p: 475-538.
 29. Lapate, RC., Van Reekum, CM., Schaefer, SM., Greischar, LL., Norris, CJ., Bachhuber, DR., Ryff, CD., Davidson, RJ. (2014). Prolonged marital stress is associated with short-lived responses to positive stimuli. *Psychophysiology*, 51, 499-509. <https://doi.org/10.1111/psyp.12203>
 30. Lok, N., Buldukoglu, K., Barcin, E. (2020). Effects of the cognitive stimulation therapy based on Roy's Adaptation Model on Alzheimer's patients' cognitive functions, coping-adaptation skills, and quality of life: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-12. <https://doi.org/10.1111/ppc.12472>
 31. Masters, K. (2015). Roy Adaptation Model: Sister Callista Roy. In: *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice*. 2nd ed. Burlington: Jones & Barlett Learning; p: 113.
 32. Masters, K. (2020). Frameworks for Professional Nursing Practice. In: Masters K, ed. *Role Development in Professional Nursing Practice*. 5th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; p: 110-189.
 33. Mehrekula, Z. (2016). Hemofili hastalarının profilaksiye uyumlarını etkileyen faktörlerin roy adaptasyon modeline göre incelenmesi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
 34. Meleis, AI. (2012). On Outcomes: Sister Callista Roy. In: *Theoretical Nursing Development and Progress*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; p: 324-351.
 35. Moieni, M., Irwin, MR., Jevtic, I., Olmstead, R., Breen, EC., Eisenberger, NI. (2015). Sex differences in depressive and socioemotional responses to an inflammatory challenge: implications for sex differences in depression. *Neuropsychopharmacology*. 40, 1709-1716.
 36. Mojtabai, R., Olsson, M., Han, B. (2016). National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 138, 2016-1878. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
 37. Özsoy, M. (2018). Roy adaptasyon modelinin fizyolojik alanı doğrultusunda verilen eğitimin, kalça veya diz artroplastisi olanların erken dönem fiziksel uyumuna ve hareketliliğine etkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
 38. Pektekin, Ç. (2013). Sister Callista Roy ve Adaptation Kuramı. In: Pektekin Ç, ed. *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. 1st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; p:111-118.
 39. Philips, KD., Harris, R. (2014). Adaptation Model. In: Alligood MR, ed. *Nursing Theorists and Their Work*. 8th ed. Missouri: Elsevier Mosby; p: 303-331.
 40. Punjani, NS. (2013). Comparison and contrast of Orem's Self Care theory and Roy's Adaptation model. *i-Manager's Journal on Nursing*, 3, 1-5. DOI:10.26634/jnur.3.1.2222
 41. Roy, SC. (2009a). Elements of the Roy Adaptation Model. In: Roy SC, ed. *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; p: 25-54.
 42. Roy, SC. (2009b). Elements of the Roy Adaptation Model. In: Roy SC, ed. *Nursing as a Knowledge-Based Profession*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; p: 2-24.
 43. Roy, SC. (2009c). Self-Concept Mode of the Person. In: Roy SC, ed. *Nursing as a Knowledge-Based Profession*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; p: 321-357.
 44. Roy, SC. (2009d). The Nursing Process According to the Roy Adaptation Model. In: Roy SC, ed. *Nursing as a Knowledge-Based Profession*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; p: 55-86.
 45. Roy, SC. (2009e). Protection. In: Roy SC, ed. *Nursing as a Knowledge-Based Profession*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; p: 198-221.
 46. Roy, SC., Zhan, L. (2010). Sister Callista Roy's Adaptation Model. In: Parker ME, Smith MC, eds. *Nursing theories and*

- nursing practice. 3rd. Ed. Philadelphia: FA Davis Company; p: 167-181.
47. Roy, SC. (2011). Extending the Roy Adaptation Model to Meet Changing Global Needs. *Nursing Science Quarterly*, 24, 345-351. <https://doi.org/10.1177/0894318411419210>
 48. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (2015) Mood Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P eds. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; p: 752-830.
 49. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: 2011, p: 5-6.
 50. Seah, XY., Tham, XC. (2015). Management of bulimia nervosa: A case study with the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*. 28, 136-141. <https://doi.org/10.1177/0894318415571599>
 51. Senesac, P., Roy, SC. (2015). Sister Callista Roy's Adaptation Model. In: Smith, MC, Parker, ME, eds. *Nursing Theories & Nursing Practice*. 4th ed. Philadelphia: FA Davis Company; p: 153-164.
 52. Şengün, Fİ., Üstün, B., Bademli, K. (2013). Türkiye'de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16, 132-139.
 53. Şimşek, AB., Dicle, A. (2013). Primer beyin tümörlü hastaların roy uyum modeline göre uyum durumlarının incelenmesi: Niteliksel bir araştırma. *Journal of Neurological Sciences*, 30, 88-107.
 54. Townsend, MC., Morgan, KI. (2018). Depressive Disorders. In: Townsend MC, Morgan KI, eds. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 9th ed. Philadelphia: FA Davis Company; p: 494-527.
 55. Townsend, MC. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları Çeviren: Ançel G. *Depresif Bozukluklar*. 6. basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; s: 378-423.
 56. Trigoboff, E. (2014). Mood Disorders. In: Kneisl CN, Trigoboff E, eds. *Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing*. 3rd ed. London: Pearson Education; p: 336-365.
 57. Turan Kavradim, S., Canlı Özer, Z. (2020). The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy Adaptation Model after myocardial infarction: Randomised controlled trial. *Scand J of Caring Sci.*, 34, 247-260. <https://doi.org/10.1111/scs.12793>
 58. Ulusal Tez Merkezi. Erişim tarihi: 21 Ocak 2021, <https://tez.yok.gov.tr/>.
 59. Uzun, Ş. (2017). Sister Callista Roy: Adaptasyon Modeli. In: Karadağ A, Çalışkan N, Baykara GZ, eds. *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. 1st ed. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; p: 369-442.
 60. Üstün, B., Gigliotti, E. (2009). Nursing research in Turkey. *Nursing Science Quarterly*, 22, 206-208. <https://doi.org/10.1177/0894318409338691>
 61. Varcariolis, EM. (2013). Mood Disorders: Depression. In: Varcariolis EM, ed. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2nd ed. China: Elsevier Saunders; p: 245-275.
 62. Velioglu, P. (2012). Roy'un Adaptasyon Kuramı Sister Callista Roy. In: Velioglu P, ed. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 2nd ed. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; p: 364-387.
 63. Vicdan, AK., Karabacak, BG. (2014). Hemşirelik modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5, 255-259.
 64. Videbeck, SL. (2020). Mood Disorders and Suicide. In: Videbeck SL, ed. *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; p: 652-742.
 65. Warren, BJ. (2018). Depression. In: Boyd MA, ed. *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. 6th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer; p: 756-797.
 66. Whetsell, MV., Gonzalez, YM., Moreno-Fergusson, ME. (2011). Models and Theories Focused on a Systems Approach. In: Butts JB, Rich KL, eds. *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. 1st ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; p: 415-445.
 67. WHO. (2001). The world health report 2001 - mental health: new understanding, new hope, Erişim tarihi: 23 Mayıs 2019, https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1.
 68. WHO. (2011). Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level, Erişim tarihi: 23 Mayıs 2019, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb130/b130_9-en.pdf.
 69. WHO. (2017). Depression, Erişim tarihi: 22 Mayıs 2019, https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/.
 70. Yıldız, E. (2019). Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin bariatrik cerrahi uygulanan hastaların uyum süreçlerine etkisinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
 71. Zuhur, Ş., Özpancar, N. (2017). Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: Sistematiğe derleme. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 19, 57-74.