

# Peplau'nun Kişiler Arası İlişkiler Kuramı'na Göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Hastaya Hemşirelik Bakımı

## Nursing Care for a Patient with Attention Deficit Hyperactivity Disorder According to Peplau's Interpersonal Relations Theory

© Nesrin ÇUNKUŞ,<sup>a</sup>  
© Gülay TAŞDEMİR YİĞİTOĞLU<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hemşirelik Bölümü,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD,  
Pamukkale Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Denizli, TÜRKİYE

Received: 08.06.2018  
Received in revised form: 30.09.2018  
Accepted: 18.10.2018  
Available online: 26.11.2018

Correspondence:  
Nesrin ÇUNKUŞ  
Pamukkale Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Hemşirelik Bölümü,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD,  
Denizli,  
TÜRKİYE/TURKEY  
ncunkus@pau.edu.tr

Bu çalışma, 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi (2-5 Mayıs 2018, Burdur)'nde sözel olarak sunulmuştur.

**ÖZET** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocuklukta en sık tanı konulan psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. DEHB'de en sık görülen belirgin özellikler; dikkat dağınıklığı, hiperaktivite ve dürtüselliktir. DEHB olan çocukların bakımında hemşire; çocuğun ilaç ve psikososyal tedavi almasına, çocuğun ve ailenin yaşadıkları problemlerin çözülmesine destek olmaktadır. Hemşirelik kuramcısı olan Hildegard Elizabeth Peplau'ya göre hemşirelik; toplumdaki bireylerin sağlıklı olmasına yardım eden, diğerleri ile iş birliği içinde olabildiğini sağlayan ve kişiler arası ilişkiye dayalı terapötik bir süreçtir. Bu kişiler arası sürecin amacı; hemşirenin hastaya yardım etmesidir. Bu olgu sunumunda, DEHB tanısı olan 15 yaşındaki bir ergene Peplau'nun "Kişiler Arası İlişkiler Kuramı" temel alınarak; intihar riski, kendine zarar verme riski, yaralanma riski, beslenmede dengesizlik: beden gereksiniminden fazla, etkisiz baş etme, duyuşsal algılamada bozulma, sosyal etkileşimde bozulma, şiddet riski ve refakat eden anne için bakım verici rolünde zorlanma hemşirelik tanıları belirlenerek, hemşirelik bakımının planlaması ve uygulanması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; hemşirelik bakımı; Peplau'nun kişiler arası ilişkiler kuramı

**ABSTRACT** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most commonly diagnosed psychiatric disorders in childhood. The most common features observed in ADHD are distractibility, hyperactivity and impulsivity significantly. The nurse in the care of children with ADHD helps the child get medication and psychosocial treatment, and helps to solve the problems that the child and the family live in. According to Hildegard Elizabeth Peplau, the nursing theorist, nursing is a meaningful, interpersonal, therapeutic process that helps individuals in the society to be healthy and cooperate with others. In this phenomenon presentation, nursing diagnoses was determined, nursing care was planned and applied to a fifteen-year-old teenager who was diagnosed with ADHD based on Peplau's Theory of Interpersonal Relations suicide risk, self-harm risk, injury risk, malnutrition: more than bodily requirements, impairment in sensory perception, impairment in social interaction, violence risk and strain in the caregiver role for the accompanying mother.

**Keywords:** Attention deficit hyperactivity disorder; nursing care; Peplau's interpersonal relations theory

**D**ikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB); çocuğun gelişim düzeyine uygun olmayan dikkatsizlik, dikkatin kolayca dağılabilmesi, aşırı hareketlilik, yürütücü işlevlerde bozukluk ve dürtüsellik belirtileriyle ortaya çıkan psikiyatrik bir bozukluktur. DEHB, çocuk ve ergenlerde en sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir.<sup>1,2</sup> Dünya genelinde yapılan çalışmalarda %1-20 arasında değişen oranlar bildirilmiştir.<sup>3</sup> Ülke-

mizde, DEHB'nin yaygınlığının okul öncesi dönemde %3-6, ilkököl ve ortaoköl döneminde ise %3-10 arasında değiştii bildirilmektedir.<sup>4</sup> DEHB prevalansının erkeklerde kızlara göre iki kat fazla olduğu bilinmektedir.<sup>5</sup> Etiyolojisinde genetik, nörofizyolojik, nörogelişimsel, nörokimyasal ve psikososyal etkenlerin beraber rol oynadığı düşünölmektedir.<sup>6</sup> DEHB, bireyin yürütücü işlevini etkilemekte, sinirlilik, huzursuzluk, uyku sorunları, düşük başarı ve işlevsel bozukluklara neden olmaktadır.<sup>7</sup> DEHB tanılı çocuklar temel belirtilerine ek olarak; okul başarısında düşme, akran, öğretmen ve ebeveynlerle iletişim sorunları, duygusal sorunlar, düşük benlik saygısı, önemli yıkıcı davranışlar, anksiyete, depresyon, madde kullanım bozukluğu, distimi ve artan intihar riski gibi sorunlardan dolayı yaşamlarının birçok alanında zorluklar yaşayabilmektedir.<sup>2,8-11</sup>

DEHB yaşam boyu süren bir bozukluk olduğundan; dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi temel özelliklerinin izleri ergen ve erişkin dönemde de gözlenmektedir. Bu durum bireyin yaşam kalitesi, kişiler arası ilişkileri ve mesleki yaşamı üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır.<sup>2</sup> Ergenlikte DEHB belirtilerinden dikkatsizlik ön planda olabilmekte ve fiziksel huzursuzluktan çok içsel huzursuzluk hissedilmektedir. Bu ailelerde olumsuz iletişim, çatışmanın artması ve uyuşmazlık daha sık görölmektedir. DEHB'si olan ergenler kurallara uymakta sıkıntı yaşamaktadırlar ve bu bireylerde riskli cinsel davranışlar daha fazla görölmektedir.<sup>8</sup>

Geçmişte yapılan prospektif çalışmada, çocuklukta DEHB tanısı ile erişkinlikte kişilik bozukluklarının gelişmesi arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir.<sup>12</sup> Erişkin DEHB hastalarında kişilik bozukluğu tanılarının yüzdesinin %10-75 arasında değiştii bildirilmektedir. DEHB popülasyonlarında özellikle B küme ve daha az oranda olmak üzere C küme kişilik bozuklukları bulunmuştur.<sup>13,14</sup> Yapılan bir çalışmada, ortalama sekiz yaş olan 135 DEHB tanısı almış ve 136 DEHB tanısı almamış erkek çocuklar 33 yıl izlenmiştir. İzlem sonunda çocukluk DEHB'si olan bireylerin beşte birinin sınırda (borderline) kişilik bozukluğu tanısı aldığı belirlenmiştir.<sup>15</sup>

DEHB tedavisi çok yönlü bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu yaklaşımlar ilaç tedavileri, bilişsel davranışsal tedaviler, anne-babanın eğitimi ve özel eğitim programlarından oluşmaktadır.<sup>16</sup> DEHB olan çocuklara müdahalede hemşire; çocuğun ilaç ve psikososyal tedavi almasından, çocuğun ve ailenin yaşadığı problemlerin çözümlenmesine yardımcı ve destek olmaktan sorumludur.<sup>17</sup>

Hemşirelik kuramcılarında Peplau, biyolojik ve davranış bilimlerinden yararlanarak, kuramında birçok hemşirelik sorununun insan ilişkilerinden kaynaklandığını, bireylerin gelişimlerinin devam edebilmesi ve bu sorunların çözümlenebilmesi için hemşirelik girişimlerinin bu yönde planlanması gerektiğine inanmıştır. Ona göre hemşire; olayları, duyguları ve davranışları tanıyabilmelidir. Peplau; kuramının kavramsal çatısını oluştururken Harry Stack Sullivan, Neal Elgar Miller ve Abraham Maslow'un etkisinde kalmıştır.<sup>18-20</sup> Peplau, hemşirelerin kendi davranışlarının farkında olmasının, başkalarının davranışlarını da anlamlandırabilmelerine neden olacağına inanmaktadır. Böylece hemşireler, insan ilişkilerinden kaynaklanan sorunları daha iyi tanıyıp, çözümüne yardımcı olabileceklerdir. Daha çok sağlıklı/hasta ve hemşire arasındaki ilişkilerin üzerinde duran Peplau; bu ilişkileri oryantasyon, tanımlama, yararlanma ve çözümlenme olmak üzere dört aşamada ele almıştır.<sup>21</sup> Bu aşamalar;

**1. Oryantasyon Aşaması:** İlk başta hemşire ve hasta iki yabancı olarak karşılaşmaktadırlar. Bu aşamada, sağlıklı/hasta birey ya da ailenin gereksinimi bulunmaktadır, bundan dolayı kişi profesyonel yardım aramaktadır. Hemşirenin birey ve ailesiyle yardımlaşma içinde çalışması birey, aile ve hemşirenin var olan sorunu anlaması ve tanımlayabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu aşamanın sonunda hemşire ile birey, sonuçta problemi birlikte tanımaya çalışırlar ve iletişimleri başlangıca göre rahatlamıştır.<sup>21,22</sup> Oryantasyon aşaması çok hızlı tamamlanabilmekte veya hasta özelliğine göre uzun bir zaman alabilmektedir.<sup>23</sup>

**2. Tanımlama Aşaması:** Bu aşama planlama ve amaç oluşturma aşamasıdır. Hasta, hemşireyi kendine yardım edecek biri olarak kabul etmektedir.<sup>18,21</sup> Hasta duygularını hemşire ile paylaşmakta

ve onunla dayanışma içine girmektedir. Hasta ve hemşire ilişkileri istenilen yönde gelişince, sorunlara yaklaşımda yeni davranışlar öğrendiği fark edilmektedir. Bu aşamada birey; ait olma duygusunu yaşamakta, problemle baş etmeye çalışmaktadır.<sup>18-20</sup>

**3. Yararlanma Aşaması:** Bu aşamada hasta, kendisine sunulan hizmeti değerlendirmekte, yeni amaçlar ortaya atılmaktadır. Bu aşamada dergi, kitap, broşür okumakta ve sorunlarını hemşireyle birlikte tartışmaktadır.<sup>21-25</sup> Peplau'ya göre yararlanma aşamasında profesyonel yaklaşma oluşmakta; hasta-hemşire ilişkileri daha aktif olmaktadır. Hastanın başarılı olabilmesi için hemşire sorumluluk almaya cesaretlendirmektedir. Böylece hasta-hemşire arasındaki terapötik ilişki gelişmektedir.<sup>26</sup> Hemşire; tedavi ve bakıma yönelik duygusal bir ortam yaratarak hastayı duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını açıklaması için cesaretlendirmektedir.<sup>22</sup>

**4. Çözümleme Aşaması:** Peplau'nun kişiler arası sürecinin son aşamasıdır. Bu aşamada hasta, hemşireyle olan ilişkilerinde kendisine yapılan yardıma karşı bilinçlenmektedir. Hasta, yeni amaçlar geliştirmektedir. Bu aşamada hasta ve hemşire tedavi-bakıma yönelik ilişkiyi sonlandırmalı, aradaki bağlar çözülmelidir.<sup>21</sup> Bu aşamanın sonunda artık bireyin gereksinimleri karşılanmıştır ve hasta yeni amaçlara yönelebilmektedir.<sup>22,24</sup>

Hemşirelik tanısı, mevcut ya da olası sağlık problemlerine karşı birey, aile ya da toplumun biyolojik, fonksiyonel, psikolojik, sosyal ve spiritüel tepkilerini içermektedir. Hemşirelik tanısı dinamik, esnek ve hastanın günlük verdiği tepkilere göre değişmektedir. Bu nedenle aynı tıbbi tanıya sahip hastaya farklı hemşirelik tanıları, farklı tıbbi tanıya sahip hastalara aynı hemşirelik tanısı konabilmektedir. Hemşirelik tanısı bütünüyle bireyin hastalığa verdiği tepkiye bağlıdır. Hemşirelik tanısı o anda var olan davranışa odaklanarak planlanmaktadır.<sup>27</sup> Bu çalışmada; Peplau'nun "Kişiler Arası İlişkiler Kuramı" temel alınarak, DEHB'si olan hastaya Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği hemşirelik tanıları doğrultusunda hemşirelik bakımının planlanması amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

**Hastalık Öyküsü:** On beş yaşındaki kadın olgunun (H.Ç.); sekiz ay önce sinirlilik, saldırganlık, çabuk öfkelenme ve çevresindekilere zarar verme gibi şikayetleri başlamıştır. İki kez Denizli ili dışındaki hastanelerde yatarak tedavi olmuştur. Olgu, erkek arkadaşından ayrılması sonrasında evde bulunan ilaçlarla özkıyım girişiminde bulunmuş ve bunun üzerine ailesi Denizli ilindeki bir üniversite hastanesinin çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvurmuştur. Daha sonra olgunun kliniğe yatışı yapılmıştır. Ön tanı olarak, "DHEB + B Küme Kişilik Özellikleri" düşünülmüştür. İlaç tedavisi olarak bir psikostimülan (Concerta 27 mg/gün) ve bir antipsikotik (Rexapin 10 mg/gün) ilaç başlanmıştır.

**Soy geçmiş Öyküsü:** Olgunun annesinin bipolar bozukluğu; abisinin (27 yaşında) epilepsi tanısının olduğu ve tedavi gördükleri öğrenilmiştir.

**Ruhsal Muayenesi:** Olgu temiz koyu renkli kıyafet tercih etmiştir. Omuzları dik ve kendinden emin bir postürü mevcuttur. Donuk ve durgun bir yüz ifadesi bulunmaktadır. İletişimi sırasında göz iletişimi kurduğu gözlenmiştir. Konuşurken açık, anlaşılır ve net ifadelerde bulunmaktadır. Hastalığına ilişkin içgörüsü bulunmaktadır; hasta olduğunu düşünmektedir. Emir veren (yap, vur, öldür gibi) ve "Annen-baban seni sevmiyor." gibi sesler duyduğunu ifade etmiştir. Olaylara veya düşüncelere çok çabuk öfkelenişini ifade etmektedir. Olgu genel olarak ortama ve olaylara uygun bir duygudurum (komik olaylara gülme, hüzünlü olaylara üzülmeye gibi) içindedir. Bellek, yönelim, zekâ ve soyut düşünce yeteneği normal sınırlar içindedir. Kendisine ait benlik kavramı olumludur. Benlik kavramını değerlendirmek için kendisine 10 üzerinden sekiz-dokuz arası olumlu puan vermiştir. Spor ve uğraşı aktiviteleri sırasında klinikteki diğer hastalarla sınırlı bir iletişim kurar iken, klinik çalışanlarıyla daha rahat iletişim kurmaktadır.

**Ailedeki Bireyler ile İlişkisi:** Baba inşaat işçisidir. Olgu; babası ile olan ilişkisinde bir sorun olmadığını, normal baba-çocuk ilişkisi olduğunu ama genel olarak sınırlı bir iletişimi olduğunu ifade etmiştir. Anne ev hanımıdır. Olgu, bu hastalığının annesinin psikiyatrik rahatsızlığından dolayı ortaya

çıkışını dile getirmektedir. Annesi ile olan ilişkisinin de sınırlı olduğunu ifade etmiştir. Olgunun 27 ve 29 yaşında iki abisi bulunmaktadır. Onlarla anlaşamadığını, ara sıra kavga ettiğini belirtmiştir.

Olgu ile 14 Kasım 2017-12 Aralık 2017 tarihleri arasında, haftada bir kez 45 dk'lık toplam sekiz kez amaçlı görüşme yapılmıştır. Planlanan girişimleri etkili uygulayabilmek için olgunun refakatinde bulunan annesinden destek istenmiştir. Olgu ve yakınının sözlü onamları alınmıştır. Olguyla ve yakını ile yapılan görüşmelerde iş birliği içinde, iletişime açık ve yardıma istekli bir tutum içinde oldukları gözlenmiştir. Bu olguda bütüncül bakış açısıyla hemşirelik tanıları oluşturulmuştur. Tıbbi tanının olgu üzerindeki etkisine bakarak ve olgunun bireysel özellikleri de dikkate alınarak (hastalığa uyum, hastalığın kişi için anlamı, olgunun yaşı, cinsiyeti, kişilik özellikleri) hemşirelik tanıları planlanmıştır. Peplau'nun Kişiler arası İlişkiler Kuramı'na göre bakım planı aşağıdaki gibi oluşturulmuştur.

**Oryantasyon Aşaması (Birinci-İkinci Görüşme):** Veri toplama aşaması ile paralellik gösteren aşamadır. Bu aşamanın gerçekleştirilebilmesi için olgu ile iki görüşme yapılmıştır. Gereksinimler olgu ve yakını ile birlikte tanımlanmaya çalışılmıştır. Öncelikle olgu ve olgu yakını ile tanışma gerçekleşmiştir. Daha sonra nesnel ve öznel veriler toplanmıştır. Olgu ve yakını ile (annesi) yapılan görüşmelerde verilerin toplanması (durumun değerlendirilmesi) sonrası verilerin analizi ve yorumlanması yapılarak yaşanan sorunlar tanımlanmıştır.

**1. Veriler:** Olgu, üç kez özkiyım girişiminde bulunduğunu (ismini bilmediği ilaçlar ve deterjan içmiş, ikinci kattaki evlerinin penceresinden atlamış) ifade etmiştir.

**2. Veriler:** Olgu, kan içmekten büyük zevk duyduğunu; bunu, dışarıda bulamazsa kendi vücudunda bir delik açıp ya da çizip oradan çıkan kanı emdiğini ifade etmiştir. Sol kolunun omzuna yakın kısmında çizikler gözlenmiştir.

**3. Veriler:** Olgunun genelde klinik içerisinde koştuğu ve kaydığı gözlenmiştir.

**4. Veriler:** Olgunun son zamanlarda aşırı abur cubur yediği, yemeklerden sonra doymadığı, ara

öğünleri artırdığı ve kilo aldığı (Hastaneye yatış kilosu 63 kg, şimdi ise 67 kilo; 10 günde 4 kg) öğrenilmiştir. Beden kitle indeksi 25,533 kg/m<sup>2</sup> (fazla kilolu) olarak hesaplanmıştır. Açlık ve tokluk kan şekeri düzeyleri değerlendirilmiştir (Tokluk kan şekeri: 124 mg/dL; açlık kan şekeri: 107 mg/dL olarak ölçülmüştür).

**5. Veriler:** Olgu, sorunlar ve stresli olaylar karşısında çabuk öfkelenildiğini belirtmiştir. Problemlerle başa çıkmak yerine; kaçma, ağlama, bağırma, insanlara karşı saldırgan tutumla yaklaşma, kendine zarar verici davranışlar gibi çözümsüz davranışlar sergilediğini ifade etmiştir.

**6. Veriler:** Olgu, kafasının içinden sesler geldiğini belirtmiştir. Bu seslerin emir veren "yap, vur" ve "Annen-baban seni sevmiyor." gibi içerikten oluştuğunu belirtmiştir.

**7. Veriler:** Olgu, daha önceki yatışı sırasında odasındaki diğer hastanın refakatçisine saldırdığını ve öfkelenildiğinde karşısındaki bireye etrafta bulunan eşyaları fırlattığını söylemiştir.

**8. Veriler:** Olgu, sosyal yaşantısında hiç arkadaşının olmadığını, buradaki yaşıt hastalarla da sorunlar yaşadığını ifade etmiştir.

**9. Veriler:** Olgunun annesi ile yapılan görüşmelerde, annesinin üzüntülü ve ağlamaklı olduğu görülmüştür. Kendisinin de bipolar bozukluk rahatsızlığı olduğunu ve hastanede olmanın onu oldukça olumsuz etkilediğini ifade etmiştir.

**Tanımlama-Planlama Evresi (Üçüncü-Dördüncü Görüşme):** Veriler alındıktan sonra olgu ve yakını ile saptanan sorunlara yönelik amaçlar ve hemşirelik girişimleri olarak neler yapılacağı hakkında görüşmeler yapılmıştır. Bu aşama olgunun çok çabuk sıkılması ve bu nedenle dikkatinin dağılmasından dolayı iki görüşme olacak şekilde gerçekleştirilmiştir. Bu aşamadaki görüşmelerde olgu, hemşirelere güven duyduğunu ancak klinikteki diğer bireylere (hastalara) güvenmediğini belirtmiştir. Olgu ile yapılan görüşmeden elde edilen planlama aşağıda verilmiştir.

## 1. SORUN: İNTİHAR RİSKİ

**Amaç:** Kişinin, kendisine zarar vermeyen alternatif davranışları seçmesi.

Olgu duygu ve düşüncelerini rahat bir şekilde ifade edebilecek, olumsuz duygu ve düşüncelerini gözden geçirecek ve yeniden şekillendirecek, gevşeme ve derin solunum egzersizleri öğretecek, kendine zarar verme hissi uyandıran tetikleyicileri bilecek, olgunun rahatça ulaşabileceği yerlerde toplu ilaç bulundurulmayacak, günlük tutmanın faydalarını öğrenecek, kendine zarar vermeyeceğine dair söz verecek.

## 2. SORUN: KENDİNE ZARAR VERME RİSKİ

**Amaç:** Olgunun, kendine zarar verici davranışlarda bulunmaması.

Olgu, yaşadığı sorunlar karşısında yakın gördüğü kişilere kendini ifade edebilecek. Bilişsel davranışçı tekniklere ait uygulamalar kullanılarak etkili baş etme yöntemleri öğretilecek. Olgunun ulaşabileceği yerlerde kesici ve delici alet bulunmayacak. Uzun süre yalnız kalmaması sağlanacak. Olgu klinik içerisindeki iş uğraşısına veya spor aktivitelerine yönlendirilecek.

## 3. SORUN: YARALANMA RİSKİ

**Amaç:** Olgunun yaralanmasının önlenmesi.

Olgu, düşme riskini artıran faktörleri (DEHB belirtileri) bilecek, geceleri ortam aydınlatmasını yeterli düzeyde ayarlayacak, tabanı kaymayan ayakkabı, terlik giyecek, klinik içerisinde kaymaması, koşmaması, hızlı hareketlerde bulunmaması gerektiği anlatılacak, olgunun annesi düşme riskine karşı bilgilendirilecek, kullanılan ilaçların yan etkileri (baş dönmesi gibi) konusunda olgu ve yakını bilgilendirilecek.

## 4. SORUN: BESLENMEDE DENGESİZLİK:

### BEDEN GEREKSİNİMİNDEN FAZLA BESLENME

**Amaç:** Olgunun kilo almasına yol açan riskleri tanımlayabilmesi.

Olguya yemeği yavaş yavaş yemesi ve lokmalarını iyice çiğnemesi önerilecek, yemek yerken küçük porsiyonlar kullanması önerilecek, başka bir iş (tv izleme, kitap okuma, boyama gibi) yaparken yemek yememesi konusunda bilgilendirilecek, olguya yemeklerden önce ılık su içmesi önerilecek, ara öğünlerde uzun süre tok tutan elma ve havuç gibi besinler tüketmesi önerilecek, olgu ile günlük yürüyüş ve egzersiz planları yapılacaktır.

## 5. SORUN: ETKİSİZ BAŞ ETME

**Amaç:** Olgunun etkili bireysel baş etme yöntemlerini kullanması.

Olgu ile güven ilişkisine dayalı bir iletişim kurulacak, bireyin duygu ve düşünceleri paylaşması sağlanacak, kötümser düşündüğünde daha gerçekçi ve farklı bakış açısı (bilişsel yeniden yapılandırma) sağlanmaya çalışılacak, bireyin öfkelenmesine, çabuk sinirlenmesine neden olan durumlar belirlenecek, etkili baş etme yöntemleri (gevşeme teknikleri, etkili iletişim kurma, derin nefes egzersizleri, dur ve düşün tekniği gibi) hakkında bilgi verilecek, uygulanan tekniklerle ilgili olarak yazılı notlar verilecek.

## 6. SORUN: DUYUSAL ALGILAMADA BOZULMA

**Amaç:** Olgunun işitsel varsanılarla baş edebilmesi.

Varsanıların nitelik ve nicelikleri, hangi durumlarda ortaya çıktığı, kişiyi ne ölçüde rahatsız ettiği ve olgunun iç görüşü belirlenecek, hafif gevşeme sağlayan bir müziği kulaklıkla dinlemesi sağlanacak, bireyin endişe ve korkuları rahat bir şekilde ifade edebilmesi sağlanacak ve bunlara çözüm yolları getirilecek, sesler duyduğu zaman dikkatini başka yöne çekmesi (kitap okuma, müzik dinleme, boyama yapma, klinikteki diğer hastalarla sohbet etme gibi) gerektiği anlatılacak.

## 7. SORUN: ŞİDDET RİSKİ

**Amaç:** Olguda şiddet tepkilerinin olmaması veya şiddet tepkilerinde azalma olması.

Olguya içten ve empatik yaklaşıp, güven verici bir ilişki kurulacak, olguya destek olması için yakınları ile iş birliği sağlanacak, olgunun ajitasyonunu azaltacak sakin ve gürültüsüz bir ortam oluşturulacak, uyumlu davranışlara yönelik olumlu geri bildirimler verilecek.

## 8. SORUN: SOSYAL ETKİLEŞİMDE BOZULMA

**Amaç:** Olgunun sosyal ilişkilerle ilgili ortamda artış olduğunu bildirmesi.

Olguya sosyal etkileşimde problem yaşadığında stresli durumların etken olduğu anlatılacak, yeni sosyal davranışlar denemesi için olgu cesaretlendirilecek, toplum tarafından kabul gören belirli

davranışlar için (selam verme, teşekkür etme, tebrik etme gibi) rol model olunacak, spor ve uğraşı saatinde aktif katılım göstermesi ve diğer hastalarla iletişim kurması için cesaretlendirilecek, olgu ile konuşurken göz iletişimi kurmaya dikkat edilecek.

## 9. SORUN: BAKIM VERİCİ ROLÜNDE ZORLANMA

**Amaç:** Olgu yakınının bakım verici rolünde zorlanmanın azaldığını belirtmesi.

Olgu yakını bakım verici rolünde zorlanmaya neden olan faktörleri ifade edecek, bakım verme sorumluluğuna ilişkin hayal kırıklıklarını paylaşacak, dinlendirici olanaklar ve kısa süreli rahatlama gereksinimleri tartışılacak, akraba ve arkadaşlarıyla telefonla temasa geçecek ve onlarla görüşecek.

**Yararlanma-işlerlik Aşaması (Beşinci-Altıncı-Yedinci Görüşme):** Bu aşamada uygulanan tekniklerin ve eğitimin etkin olabilmesi ve olguyu yormamak için üç görüşme yapılmıştır. İlk görüşmede olguya öfke kontrolü, gevşeme teknikleri, derin solunum egzersizleri ve dur-düşün tekniği uygulama ve görsel doküman destekli anlatılmıştır. İkinci görüşmede sosyal etkileşimde bulunurken sosyal becerisini geliştirebilme konusunda bilgi verilmiştir. Üçüncü görüşmede ise hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi verilmiştir. Olgu yakınının zorlandığı durumlar gözlenmiş ve değerlendirilmiştir. Bu aşamada; annesinin endişeli, olgunun ise beden dili, göz iletişimi ve dikkat süresi ile öğrenmeye istekli olduğu açıkça gözlenmiştir.

1. Olgu, kendine zarar verme hissi uyandıran tetikleyici stresörleri fark etti.

Olgu, duygu ve düşüncelerini (hayatın sıkıcı olduğunu, ailesinin onun üzerine çok geldiğini, derslerinde başarısız olduğunu ve arkadaş kurmakta zorlandığını bu sebeplerden dolayı okula gitmek istemediğini) rahat bir şekilde ifade edebildi. Gevşeme ve derin solunum egzersizleri gösterildi. Nefes alma yöntemini daha öncede uyguladığını ancak doğru yapmadığını ifade etti. Yaşadığı sorunlar karşısında kendine zarar vermeyeceğini ve sorunu çözebilmek için öğrendiği gevşeme ve derin solunum egzersizlerini uygulayacağını belirtti.

2. Olgu, kendine zarar verici davranışlarda bulunma sebeplerini belirtti.

Olgunun bilişsel-davranışçı tekniklerdeki uygulamalar kullanılarak içgörü oluşturması konusunda destek olundu. Kendini çatal ile çizme sebebinin kan emmek için olduğunu ama bunu yanlış bulduğunu, mikrop kapabileceğini söyledi. Olgu kendini kötü hissettiğinde ve kan emme isteği olduğunda annesi veya doktoruyla iletişime geçeceğini belirtti. Olgu, klinik içerisindeki uğraşısına veya spor aktivitelerine yönlendirildi. Aktiviteleri yapma konusunda istekliydi; ancak aktiviteler sırasında klinikteki diğer hastalarla iletişim kurmadığı gözlemlendi.

3. Olgu yaralanmasına neden olan faktörleri ifade etti.

DEHB belirtilerinden olan dikkat dağınıklığı ve hiperaktivitenin kazalara sebep olabileceği konuşularak bu konuda olguda farkındalık oluşturuldu. Klinik içerisinde kaymasının, koşmasının, hızlı hareketlerde bulunmasının düşmesine sebep olduğunu düşündü. Tabanı kaymayan ayakkabı, terlik giymesi sağlandı. Olgunun annesi yaralanma riskine karşı bilgilendirildi. Kullanılan ilaçların etkilerinin baş dönmesi yapabileceği konusunda olgu ve yakını bilgilendirildi.

4. Olgu, yemesi gerekenden daha fazla yemek yediğini fark etti.

Olgunun yemeği yavaş yavaş yemesi, lokmalarını iyice çiğnemesi ve yemek yerken küçük porsiyonlar kullanması önerildi. Günlük yürüyüş, egzersiz planı yapıldı. Abur cubur yememesi gerektiği, onun yerine daha sağlıklı meyve, sebze ağırlıklı beslenmesi gerektiği anlatıldı. Fakat olgu kliniktekilerin istediği şeyleri yediğini ve bu duruma uymakta zorlandığını kızgınlıkla ifade etti.

5. Olgu stresörler karşısında kullanabileceği etkili baş etme yöntemlerini anladığını belirtti.

Olgunun öfkelenmesine, çabuk sinirlenmesine neden olan durumlar (istedikleri yapılmadığı veya alınmadığı ve aile içinde özgürce hareket edemediği durumlarda) belirlendi. Kişiye, öfke kontrol yöntemleri konusunda bilgi verildi. Sorunlarla etkili baş etme yöntemlerini (gevşeme teknikleri, etkili iletişim kurma, derin nefes egzersizleri, dur düşün tekniği gibi) nasıl kullanacağı hakkında bilgi verildi ve bu yöntemler uygulamalı gösterildi. Uy-

gulanan tekniklerle ilgili olarak yazılı notlar verildi. Olgunun duygu ve düşüncelerini daha rahat ifade ettiği gözlemlendi.

**6. Olgu, işitsel varsanı belirtilerinin hangi durumlarda ortaya çıktığını fark etti.**

Olgunun, varsanılarının nicelik ve niteliği konuşuldu. Olgu, annesi ve abisi gibi ilaç kullanmak istemediğini, bunu düşünmenin kendisinde büyük stres yarattığını, seslerin özellikle stresli zamanlarda oluştuğunu bildirdi. Varsanıların olguyu ne ölçüde rahatsız ettiği, olgu için ne kadar gerçek olduğu ve bunlarla nasıl baş ettiği konuşuldu. Alınan bu verilere göre; odasındaki gürültü ve ışık azaltıldı. Sesler duyduğu zaman dikkatini başka yöne çekmesi (kitap okuma, müzik dinleme, boyama yapma, klinikteki diğer hastalarla sohbet etme gibi) gerektiği söylendi.

**7. Olgu, başkalarına yönelik şiddet tepkilerinin hangi durumlarda (istediklerinin yerine getirilmediği, servis kuralları hatırlatıldığı zamanlarda) ortaya çıktığını belirtti.**

Bireye içten ve empatik yaklaşımla, güven verici bir iletişim kurulmasına dikkat edildi. Olguya destek olması için refakatinde olan annesi ile görüşüldü. Bununla ilgili olarak hastalığın özelliği, ortaya çıkabilecek sorunlar ve bunların yönetilmesi konusunda olgu yakınına bilgi verildi. Olgunun ajitasyonunu azaltacak sakin ve gürültüsüz bir ortam oluşturuldu. Olumlu olarak sergilenen davranışa karşı olumlu geri bildirim verildi (Klinikteki bir hasta olguya doğru su şişesi fırlattı ve olgu bu davranışa karşılık sağlık ekibinden yardım istedi ve çok amaçlı salondan çıkıp odasına geldi. Bu davranış karşısında olguya olumlu geri bildirim verildi ve mutlu olduğu gözlemlendi.).

**8. Olgu, sosyal ilişkilerde iletişim kuramamanın nedenlerini (güvensizlik, öfke ve şiddet içeren davranışlar, işitsel varsanılar) paylaştı.**

Olgunun sosyal ilişkileri sınırlandırmanın kendisi üzerindeki etkileri konuşuldu. Hiç arkadaşının olmamasının onu üzdüğünü belirtti. Olgu, birinci derece yakınlarını (kuzenini ve abisini) telefonla aradı ve onları özlediğini söyledi. Pazar günü ziyaret saatine babasının ve iki abisinin geldiğini söyledi. Olgunun günlük aktiviteleri plan-

landı (Sabah 10:00-11:00 arası spor saati; 13:30-14:30 iş- uğraşı saati; 15:00'da tatlı Salı etkinliği). Spor ve uğraşı saatinde aktif katılım göstermesi ve diğer hastalarla iletişim kurması için yönlendirildi. Odasındaki diğer hastaya sabah "Günaydın E. nasılsın?" diye sordu. Etkinlikleri yaparken hastalarla sohbet ettiği gözlemlendi.

**9. Olgu yakını ile birlikte bakım verme rolüne ilişkin bir plan oluşturuldu.**

Bakım verici rolünde zorlanmaya neden olan faktörleri (olgunun annesine yönelik öfke ve şiddet içeren davranışlarda bulunması, hastalanma sebebi olarak annesini görmesi ve annesinde ruhsal hastalığının olması) ifade etti. Bakım sorumluluğuna ilişkin hayal kırıklarını paylaştı. Akriba ve arkadaşlarıyla telefonda görüştü. Olgunun annesi kendisini bir süre dinlendirmek için kardeşinden (olgunun teyzesi) olguya refakat etmesini istedi.

**Çözülme Evresi (Sekizinci Görüşme):** Olgunun gereksinimleri olgu ve yakınıyla işbirliği içinde karşılanmaya çalışılmıştır. Olguya taburculuk eğitimi (hastalığı hakkında, kullandığı ilaçları evde ne zaman ve nasıl kullanacağı, acil durumlarda başvurusu gereken yerler hakkında sözel ve yazılı bilgi verilmiştir) verilmiş ve bir görüşme yapılarak olgu ile ilişki sonlandırılmıştır.

**1. Olgu kendine zarar vermeyeceğine dair söz vermiştir.**

**2. Olgunun kolunda çatalla çizilmiş izler mevcuttur. Fakat olgu bunları görmekten hoşnut olmadığını, kendisine böyle davranmayacağını, kendini kötü hissettiğinde önce ailesinden ve sonra sağlık kuruluşlarından destek alacağı konusunda çaba göstereceğini ifade etmiştir.**

**3. Olgu; düşmeye karşı dikkatli olacağını, kendi davranışlarını kontrol edeceğini, riskli hareketler yapmayacağını (kayma, hızlı hareketler, zıplama, koşma gibi) bildirmiştir.**

**4. Yemek yemek konusunda dikkat edeceğini, öğünlerde çiğnemesi zor ve doyurucu besinler yiyeceğini söylemiştir. Ancak abur cubur diye ifade edilen paketlenmiş gıdalardan uzak durmaktan oldukça zorlanacağını belirtmiştir.**

5. Sorunların üstesinden gelebilmek için duygu ve düşüncelerini ifade etmekten çekinmeyeceğini ve öğrendiği gevşeme, derin solunum ve dur-düşün tekniklerini uygulayacağını söylemiştir.

6. İki haftadır kulağına sesler gelmediğini belirtmiş ve bunların yaşanması durumunda öğrendiği yöntemleri (kitap okuma, tv izleme, müzik dinleme gibi) uygulayacağını ifade etmiştir.

7. Olgu kişilerle sorun yaşadığında onlara zarar vermeden konuşacağını ve kendini sakinleştirmek için gevşeme tekniklerini, derin solunum egzersizlerini uygulayacağını bildirmiştir.

8. Sosyal ilişkilerde daha dikkatli ilişkiler kuracağını bildirmiştir.

9. Olgunun annesi üç-dört gün evine gitmiş ve yerine teyzesi gelmiştir. Olgu yakını tekrar kliniğe geldiğinde kendini dinlenmiş ve daha güçlü hissettiğini ifade etmiştir.

## TARTIŞMA

Peplau'nun kuramına göre; hemşirelik bakımının amacı iyi bir hemşire-hasta iletişimi sağlamaktır. Bunun olabilmesi için de iletişimin belirli aşamalardan geçmesi gerektiğini ifade etmiştir.<sup>28</sup> Eren bir makalesinde, Peplau'nun Kişiler Arası İlişkiler Kuramı'nda bahsettiği terapötik ilişkiye benzer şekilde; hasta ve hemşire arasındaki ilişkinin başlangıç/ilk karşılaşma (güven sağlama), gelişme/ilerleme, (çatışmaların ortaya çıkması, yeni yolların bulunması) ve olgunlaşma (daha çok sorumluluk alma ve hemşireden bağımsızlaşma) olmak üzere bazı aşamalardan geçen dinamik bir süreç olduğunu dile getirmiştir.<sup>29</sup>

Çalışmamızda; olgunun gereksinimlerinin saptanması, sorunların belirlenmesi ve olguyla iş birliği içinde sorunların çözümlenmesinin ergen üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Sue'nun DEHB ile ilgili makalesinde, Peplau'nun Kişiler Arası İlişkiler Kuramı'nın; DEHB'si olan erişkinlerin güçlü yönlerini ve davranış değişikliğine yol açan yöntemleri fark ettiği, uygulamaya teşvik ettiği, tedavi sürecine olumlu katkı sağladığı bildirilmiştir.<sup>28</sup> Çalışmamızda; Kişiler Arası İlişkiler Kuramı'nın kullanımının ergen olgu üzerinde etkin olduğu, bu durumun olgu ve yakını ile birlikte kişi-

ler arası iletişime dayalı bir ilişkinin kurulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde; iletişimin sürekliliği açısından hasta-hemşire güven ilişkisinin oldukça önemli olduğu belirtilmektedir.<sup>26</sup> Cinsel şiddet mağdurlarının nasıl olduğunu araştırmak için Kişiler Arası İlişkiler Kuramı kullanılarak yapılan bir çalışmada; sağlık çalışanlarının cinsel şiddet mağdurlarıyla çalışırken bir güven ortamı ve güven ilişkisi yaratması gerektiği, böylece bireylerin şiddetin hayatlarını nasıl etkilediğini anlayabilmeleri konusunda oldukça önemli olduğu bildirilmiştir.<sup>26</sup> Alanyazın çalışmamızdaki olgu-hemşire ilişkisinin güven temelinde olduğu bulgusuyla uyumlu olduğu görülmektedir. Çalışmamızda; ilk karşılaşmada olgu ve yakını ile tanışmanın olguda güven duygusunu uyandırması iletişimin devamlılığı ve bakımın sürekliliği açısından önemli bir adım olarak görülmektedir. Olguda bütüncül olarak olgu yakınının zorlandığı durumların da değerlendirilmesi, olgu ve yakınının kendine, sağlık personeline olan güvenini artırması ve devamı açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Olgunun güven duygusu arttıkça duygu, düşünce ve davranışlarını daha rahat ifade edebildiği görüşmeler boyunca gözlenmiştir. Bulgumuzun alanyazın çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, Peplau'nun Kişiler Arası İlişkiler Kuramı temelli etkileşim içeren eğitimin, hemşirenin hastayı tanımak için gereken verileri sağlamasına, tedavi planında hasta ile iş birliği içinde olmasına, ameliyat sonrası iyileşmeyi kolaylaştırmasına ve yaşam kalitesi ile bağımsızlık durumuna dönmesine olanak tanıdığı sonucuna varılmıştır.<sup>30</sup> Silva ve ark.nın Peplau'nun kuramını kullanarak yaşlılara danışmanlık yaptığı çalışmada; iletişim içerisinde sağlık profesyonellerine duyulan güvenin verilen sağlık ve bakım hizmet kalitesini artırdığı bulunmuştur.<sup>31</sup>

Çalışmamızın tanımlama-planlama aşamasında; olgu ve yakını ile iş birliği içinde sorunlara yönelik amaçlar ve neler yapılabileceğinin konuşulması, bireyin hemşirelik bakımında aktif tutulması, kendine olan inancını ve güvenini fark etmesi açısından oldukça önemlidir. Sue'nun çalışmasında; hastaların düşük benlik saygısının, yetersizlik duygusunun, bireysel baş etmedeki yetersizliğinin, de-



ğişimi başlatma ve sürdürme motivasyonunu engellediği belirtilmiştir.<sup>28</sup> Bu çalışmada belirtildiği gibi olgumuz da sorunlarının farkında değildir. Yapılan görüşmelerle etkili olgu-hemşire iletişimi kurularak sorunlarına yönelik farkındalık geliştirilmeye çalışılmış, olumlu davranışların geliştirilmesi konusunda motive edilmiş ve bu doğrultuda olgunun daha etkili ve uyumlu olduğu gözlenmiştir. Acil hemşiresinin Kişiler Arası İlişkiler Kuramı kullanarak hemşirelik bakımı yaptığı bir olgu çalışmasının tanımlama aşamasında; hasta panik atak geçirdiğini, işinden kovulma nedeninin ise sarhoş durumda işe gitmesi olduğunu fark etmiştir.<sup>26</sup> Alan yazın çalışma bulgusunun, bulgumuzla uyumlu olduğu görülmektedir. Bu aşamada çalışmamızda; olgu klinikteki hemşirelere güvendiğini diğer kişilere ise güvenmediğini belirterek bir savunma mekanizması olan bölmeyi (splitting) kullanmıştır. Olgunun belirgin B küme kişilik özelliklerinin de olması bu bulguyu kaçınılmaz kılmıştır. Olgu ile birlikte alanyazın çalışma doğrultusunda hemşirelik yaklaşımı olarak kişiler arası ilişkileri güçlendirmek adına planlamanın iş birliği içinde yapılmasının kayda değer bir bulgu olduğu söylenebilmektedir.<sup>29</sup>

Çalışmamızın üçüncü aşamasında; olguya öfke yönetimi, gevşeme teknikleri, derin solunum egzersizleri ve dur-düşün tekniği gibi tekniklerin öğretilmesi; hastalığı ve tedavisi hakkında psiko eğitim ile sorunlarının çözümünde etkili yollar olabileceğinin gösterilmesi açısından oldukça değerlidir. Olgu, etkili baş etme yöntemleri konusunda bilginmiş ve uygulamaya geçirmeye çaba göstermiştir. Literatürde; Peplau'nun yararlanma aşamasında hemşirenin profesyonel bir rolünün de bireyin yaşına uygun bilgi sağlamak olduğu belirtilmektedir.<sup>22,24,28</sup> Burada da olgunun yaşına ve hastalık özelliğine uygun yaklaşım belirlenmiş ve uygulanmıştır. Olgumuzun yaş özelliği dikkate alınarak tekniklerin uygulamalı ve görsel anlatılması onun bu becerileri kullanmaya daha istekli, yüksek motivasyon düzeyinde olmasını ve tekniklerin açık, anlaşılır olmasını sağladığı gözlenmiştir. Marchese'nin yaptığı çalışmada; üriner diversiyon ameliyatı olacak erişkin hastaya ameliyat öncesi üriner sistemin anatomik yapısının görsel anlatılması,

ameliyat öncesi ve sonrası bakım için yapılacakların yazılı doküman olarak verilmesinin hastanın ameliyat öncesi kaygısını azaltmasına, öz bakımını yababilme becerisini kolaylaştırmasına, yaşam kalitesini artırmasına yol açtığı bildirilmiştir.<sup>30</sup> Bir hastalığa sahip olmak, hastanede yatarak tedavi görmek ve birey için bilinmeyen tüm tetkik ve uygulamalar endişe edici olabilmektedir. Eğitim içeriğini görselleştirmenin veya yazılı olarak vermenin eğitimin etkin olabilesini ve bireyin endişesini hafifletmesini sağladığı söylenebilmektedir. Olguda; sorunlara yönelik planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri doğrultusunda olgu, davranışlarına yönelik içgörü oluşturmuştur. Bu durumun değişikliklere uyum sağlama veya bireyin kendini yeniden tasarlama sürecinin başarılı bir hemşire-hasta ilişkisinden kaynaklı olması bilgisini desteklediğini düşündürmektedir.<sup>32</sup>

Son olarak çözülme evresinde; olgunun, daha sağlıklı bir duygusal tepkide bulunması ve gereksinimlerinin iş birliği içinde karşılanmış olmasının hastalığı yönetme motivasyonunu artırdığı söylenebilmektedir. Ayrıca, olguya taburculuk eğitiminin (hastalığı, kullandığı ilaçları evde ne zaman ve nasıl kullanacağı ve acil durumlarda başvurması gereken yerler hakkında) verilmesi, olgunun hastalığı ile ilgili bilgisinin artırılması, onu ve yakınına belirsizlikten kurtarmış olması açısından önemlidir. Literatür çalışmalarında; hastalıkla baş etmede hasta motivasyonun artırılması, terapötik iletişimle hastaya güven duygusu kazandırılması, fiziksel veya ruhsal hastalığı olanların bakımının doğru ve tutarlı bir iletişim gerektirdiği bilgisinin olgumuzla uyumlu bir bilgi olduğu görülmektedir.<sup>33,34</sup>

Peplau'nun kuramında terapötik ilişkinin, hemşirenin hastayı tanıması için gereken bilgileri sağlamasına, tedavi planında iş birliği yapmasına, iyileşmeyi kolaylaştırmasına ve yaşam kalitesini artırmasına yol açtığı bildirilmektedir.<sup>22</sup> Literatürde kuramın; AIDS, üriner diversiyon ve mastektomi sonrası beden imgesi dâhil olmak üzere spesifik klinik uygulamalarda hemşirelik bakımına entegre edildiği görülmektedir.<sup>30,35,36</sup> Peplau'nun kuramı, danışman rolündeki sağlık çalışanlarının, hastaların duygu ve düşüncelerini derinlemesine araştırabilecekleri bir ortam yaratmaları gerektiğini ve rolleri ne olursa

olsun tüm sağlık çalışanlarının, terapötik iletişimde beceri sahibi olmaları gerektiğini ortaya koymaktadır.<sup>32</sup>

## SONUÇ

İyi gözlem ve iletişim becerilerine sahip oldukça yetenekli bir psikiyatri hemşiresi, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin sağlığının geliştirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Peplau'nun kuramı, etkili iletişimin hemşire-hasta ilişkisinin ayrılmaz olduğunu ve eğitim çabalarının başarılı olması için gerekli olduğunu vurgulamaktadır. Bu amaçla, hastanın öğretme hedeflerini oluşturmasında, bu hedeflerin sıkça gözden geçirilmesini ve kullanılan öğretim yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmede yer alması önemlidir.<sup>32</sup> Bu kuramı uygulamaya geçirmek, psikiyatri hemşiresinin her hastanın gereksinimlerini karşılamak için beceri ve öğretim yöntemlerini değerlendirmesine ve geliştirmesine yardımcı olduğu söylenebilmektedir. Olgumuzda Peplau'nun kuramı temel alınarak DEHB'si olan bireye hemşirelik girişimlerinin uygulanmasının olgunun güvenini, inancını ve motivasyonunu önemli ölçüde artırdığı görülmektedir. Bu doğrultuda etkili hemşire-hasta iletişimini geliştirmek, hastaların tedavi ve rehabilitasyonu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilecek daha etkili terapötik iletişim süreçleri kurmak önemlidir. Ekibin

bir parçası olan psikiyatri hemşirelerinin, bağımsız rollerini geliştirmeleri açısından bakımı planlarken Kişilerarası İlişkiler Kuramı'nı daha büyük örneklem sayısı üzerinde olacak şekilde ruhsal hastalığı olan hastalara kullanmaları önerilmektedir.

### Finansal Kaynak

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

### Çıkar Çatışması

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

### Yazar Katkıları

**Fikir/Kavram:** Nesrin Çunkuş; **Tasarım:** Nesrin Çunkuş; **Denetleme/Danışmanlık:** Gülay Taşdemir Yiğitoğlu, Nesrin Çunkuş; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Nesrin Çunkuş; **Analiz ve/veya Yorum:** Nesrin Çunkuş, Gülay Taşdemir Yiğitoğlu; **Kaynak Taraması:** Nesrin Çunkuş; **Makalenin Yazımı:** Nesrin Çunkuş, Gülay Taşdemir Yiğitoğlu; **Eleştirel İnceleme:** Gülay Taşdemir Yiğitoğlu; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Nesrin Çunkuş, Gülay Taşdemir Yiğitoğlu.

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. [Neurodevelopmental disorders]. Köroğlu E, Çeviri. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V). 5. baskı. Ankara:Hekimler Yayın Birliği; 2013. p.29-32.
2. Kerimoğlu E, Kılıç BG, Gürkan CK, Öztürk M. [Common mental disorders in childhood and adolescence]. Öztürk O, Uluşahin A, editör. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı. Ankara: Tuna Matbaacılık; 2008. p.744-809.
3. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. Am J Psychiatry 2007;164(4):942-8.
4. Aktepe E. [Sociodemographic features and comorbidity of children adolescents diagnosed as attention deficit hyperactivity disorder]. New Symposium Journal 2011;49(4):201-8.
5. Ercan ES. [Epidemiological aspect of attention deficit hyperactivity disorder]. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2010;6(2):1-5.
6. Doğangün B, Yavuz M. [Attention deficit hyperactivity disorder]. Turk Arch Ped 2011;46 Suppl 11:25-8.
7. Asherson P, Buitelaar J, Faraone SV, Rohde LA. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. Lancet Psychiatry 2016;3(6):568-78.
8. Şenol S. [Attention deficit hyperactivity disorder]. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: HYB Yayıncılık; 2006. p.157-62.
9. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. Am J Psychiatry 2005;162(9):1621-7.
10. Agosti V, Chen Y, Levin FR. Does attention deficit hyperactivity disorder increase the risk of suicide attempts? J Affect Dis 2011;133(3): 595-9.
11. James A. Completed suicide, ideation and attempts in attention deficit hyper-activity disorder. Acta Psychiatr Scand 2012;125(2):91-2.
12. Mannuzza S, Klein RG, Bonagura N, Malloy P, Giampino TL, Addalli KA. Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. Arch Gen Psychiatry 1991;48(1):77-83.

13. Anckarsäter H, Stahlberg O, Larson T, Hakansson C, Jutblad SB, Niklasson L, et al. The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *Am J Psychiatry* 2006;163(7):1239-44.
14. Matthies SD, Philipsen A. Common ground in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD)-review of recent findings. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014;1(1):1-3.
15. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, et al. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(12):1295-303.
16. Güçlü O, Kamberyan K, Kutlar T, Yaman M. [Bipolar mood disorder in parents of attention deficit and hyperactivity disorder children]. *Düşünen Adam* 2002;15(3):164-72.
17. Göl İ, Bayık A. [The competency of primary school classroom teachers in the recognition of the children with attention deficit/hyperactivity disorder]. *DEUHYO ED* 2013;6(4):207-13.
18. Alligood MR. The nature of knowledge needed for nursing practice. Alligood MR, Tomey AM, editor. *Nursing Theory: Utilization & Application*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Mosby Inc.; 2006. p.3-17.
19. Pektekin Ç. [Hildegard Elizabeth Peplau: the theory of interpersonal relations]. *Hemşirelik Felsefesi, Kuramlar, Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. 3. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013. p.53-60.
20. Veliöğlu P. [Hildegard Elizabeth Peplau: the theory of interpersonal relations]. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın; 1999. p.221-52.
21. Demir S. [Hildegard Elizabeth Peplau: the theory of interpersonal relations]. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG, editörler. *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2017. p.122-44.
22. Douglas JL, Sowell R, Philips KD. Using Peplau's theory to examine the psychosocial factors associated with hiv-infected women's difficulty in taking their medications. *J Theory Constr Test* 2003;7(1):10-7.
23. Deane WH, Fain JA. Incorporating Peplau's theory of interpersonal relations to promote holistic communication between older adults and nursing students. *J Holist Nurs* 2016;34(1):35-41.
24. Erci B, Sezgin S, Kaçmaz Z. [The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety]. *Aust J Adv Nurs* 2005;26(1):59-66.
25. McNaughton DB. A naturalistic test of Peplau's theory in home visiting. *Public Health Nurs* 2005;22(5):429-38.
26. Senn JF. Peplau's theory of interpersonal relations: application in emergency and rural nursing. *Nurs Sci Q* 2013;26(1):31-5.
27. Birol L. [Theories related to nursing]. *Hemşirelik Süreci*. 1. Baskı. İstanbul: Etki Yayınları; 2005. p.301-19.
28. Sue K. Attention deficit hyperactivity disorder: a model of nursing care. *Mental Health Practice* 2011;15(3):20-2.
29. Eren N. [Severe personality disorders and nursing interventions: part-II]. *J Psychiatr Nurs* 2010;1(2):86-95.
30. Marchese K. Using Peplau's theory of interpersonal relations to guide the education of patients undergoing urinary diversion. *Urol Nurs* 2006;26(5):363-70.
31. Silva JPG, Costa KNFM, Silva GRF, Oliveira SH, Almeida PC, Fernandes MGM. Nursing consultation for the elderly: instruments of communication and nursing roles according to Peplau. *Escola Anna Nery* 2015;19(1):154-61.
32. Courey TJ, Martsoff DS, Draucker CB, Strickland KB. Hildegard Peplau's theory and the health care encounters of survivors of sexual violence. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2008;14(2):136-43.
33. Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, et al. Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2011;20(2):e28-40.
34. Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student-patient relationship: experiences of students and patients. *Nurse Educ Today* 2005;25(5):344-54.
35. Hall K. Peplau's model of nursing: caring for a man with AIDS. *Br J Nur* 1994;3(8):418-22.
36. Price B. Explorations in body image care: Peplau and practice knowledge. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1998;5(3):179-86.