

ÇOCUKLA TERAPÖTİK GÖRÜŞMENİN HEMŞİRELİK SÜRECİNE GÖRE İNCELENMESİ

Buket ŞİMŞEK ARSLAN ⁽¹⁾, Kadriye BULDUKOĞLU ⁽¹⁾

¹Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

ÖZET

Psikiyatri hemşireleri ruhsal problemi olan çocuklarla sorunun saptanması, girişimlerin planlanması, planlanan girişimlerin uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi için terapötik görüşmeler yapar. Psikiyatri hemşirelerinin yaptığı bu görüşmeler hemşirelik sürecini yansıtmaya rağmen, bu görüşmeleri bu yapı içinde inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu derlemenin amacı, çocukla terapötik görüşme ilkelerini, bir problem çözüme süreci olan hemşirelik süreci yaklaşımı rehberliğinde incelemektir.

Çocuklarla terapötik görüşme süreci genellikle bakım vericiler tarafından başlatılır. Sürecin başladığı ilk görüşmeden itibaren hemşirelik tanılaması başlar. Tanılama aşamasında önce aileyle, daha sonra çocukla görüşme yapılır. Bu görüşmelerde çocuklarda ruhsal bozukluğa neden olan faktörler değerlendirilir.

Planlama aşamasında görüşmeler için amaç ve bu amaca ulaşmayı sağlayacak süre belirlenir. Çocuğun ve ailenin sorunlarına yönelik girişimler planlanır ve sonuç kriterleri belirlenir. Planlama aşamasından sonraki görüşmeler uygulamaya yönelik yapılır.

Uygulama aşamasında hemşire çocukla yarı yapılandırılmış görüşmeler yapar. Çocukların yaşadıkları olayları anlatacak bilişsel yetileri ve sözel iletişimlerini kısıtlı olduğu için bu aşamada hemşire oyun yöntemini kullanabilir. Uygulamada yalnızca çocuğun değil ailenin de yanlış tutum ve davranışlarının düzeltilmesine yardım edilir.

Değerlendirme aşamasında çocuk normal gelişim basamaklarına, bilişsel yetilerine, terapötik iletişime katılma durumuna göre değerlendirilir. Görüşmelerin sonunda çocukta sosyal ilişkilerin artması, akademik başarının yükselmesi, problemleri davranışlarda düzelmeye olması sürecin etkin olduğunu gösterir. Sürecin etkinliği çocuk ve ailesiyle birlikte değerlendirilir.

Çocuklukta psikopatolojiler, yetişkin dönem için risk oluşturmaktadır. Psikiyatri hemşireliğinde çocuğun hemşirelik sürecine göre değerlendirilmesi bütüncül bakış açısını yansıtır. Çocuk ve ailenin bu anlayışla ele alınması ile çocukluk dönemine ait gelişimsel sorunların, erişkin yaşama yansımalarının önlenilebileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimler: Görüşme, çocuk, hemşirelik süreci

Giriş

İletişim sosyal, psikolojik ve fiziksel faktörlerin etkileşiminden oluşan karmaşık bir süreçtir (Sully & Dallas, 2010). Hangi yaşta olursa olsun insanlar arasında kişilerarası iletişim kurulur (Pat, 2011). Terapötik iletişim ise etkili bilgi alışverişini desteklemek için hemşire ve hasta arasında kurulan kişilerarası iletişimin bir modelidir (Videbeck, 2011). Terapötik iletişim, iletişim sürecinde hastada değişim ve gelişme yarattığı için sosyal iletişimden ayrılır (Kum, 1996).

Çocuklarda biyolojik, psikolojik, genetik ve çevresel faktörlerin karmaşık etkisi onları psikopatolojilere yatkın hale getirir (Varcarolis, 2013). Dünya ölçeğinde çocukluk döneminde ruhsal hastalık görülme oranı % 10-20 arasındadır. Yaşanılan ruhsal hastalık çocuğun günlük rutinlerini sürdürmesine engel olur. Hastalığın tedavi edilmediği durumlarda ise çocuğun gelişimi, akademik başarısı ve verimli zamanları olumsuz etkilenir (www.who.int). Çocuklarla ilgili bu ve benzer olumsuzluklardan haberdar

olma ve onları ele almada iletişim kurulması, önemli bir müdahale yöntemi olarak kabul edilmektedir (McKay, Davis, & Fanning, 2010).

Danışman olarak hemşire, terapötik iletişim kurarak, yaşanan olumsuzluklar ile baş etmede ve sosyal ilişkilerde başarılı olmada hastaya destek sağlayan bir sağlık profesyonelidir (Kum, 1996). Terapötik iletişim çocuğa umut aşılama ve baş etme becerilerini geliştirmek için bir araçtır (Dogra & Leighton, 2009). Psikiyatri hemşireleri ruhsal problemi olan çocuklarla sorunun saptanması, girişimlerin planlanması, planlanan girişimlerin uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi için terapötik görüşmeler yapar. Psikiyatri hemşirelerinin yaptığı bu görüşmeler hemşirelik sürecini yansıtmaya rağmen, bu görüşmeleri bu yapı içinde inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu derlemenin amacı, çocukla terapötik görüşme ilkelerini, bir problem çözme süreci olan hemşirelik süreci yaklaşımı rehberliğinde incelemektir.

Tanımlama

Hemşirelik sürecinin ilk basamağı tanılamadır. Çocuklar yaşadıkları durumu anlatabilecek bilişsel yetilerden ve sözel iletişimden yoksun oldukları için psikiyatrik bozuklukların tanınması yetişkinlerden daha zordur (Videbeck, 2011). Çocuk büyüyüp geliştikçe dil ve iletişim becerileri gelişir (Blais, Hayes, Kozier, & Erb, 2006). Bu gelişimden kaynaklanan farklılıklar nedeniyle, terapötik iletişim kurulan çocuğun gelişim özelliklerinin bilinmesi gerekir (Dulcan, Martini, & Lake, 2003; Sadock & Sadock, 2009). Yaş dönemlerine göre çocukların temel psikoseksüel, psikososyal, bilişsel gelişim ve dil özellikleri aşağıda kısaca özetlenmiştir.

Bebeklik Dönemi (0-1 Yaş): Bu dönemde çocuk dışa bağımlıdır. Yaşamsal eylemlerin odağı oral bölgedir. Temel ihtiyacı bakım ve sevgidir. Bebeğe bakım verilirken sergilenen davranış bebekte temel güven ya da güvensizlik duygusunun gelişmesine neden olur. Bu yaş grubundaki çocukların dil gelişimi yetersiz olduğu için iletişime ebeveynler de dâhil edilmelidir. Bu sırada ebeveyn bebek ilişkisine bakılır. Hemşireler bu dönemde bebekle ebeveynlerinin baş etmekte zorlandıkları durumlar nedeni ile hastaneye getirildiklerinde karşılaşmaktadırlar. Bu zorlanmalar arasında huzursuzluk, avutulamama, yeme zorluğu, kilo almama, uyku düzensizliği, geri çekilme davranışı, oyuna katılmama ve gelişim geriliği şikâyetleri ön sıralarda yer almaktadır (Erden & Akman, 2001; Yörükoğlu, 2003; Sadock & Sadock, 2009; Ekşi, 2011).

Oyun Dönemi (1-3 Yaş): Bu dönemde temel haz kaynağı anüs ve çevresidir. Kas gelişimi tutma ve bırakma eylemlerini olanaklı kılar ve anal sfinkter kontrolü kazanılır. Biyolojik olarak yürüme, kendi kendine beslenme ve konuşmanın öğrenilmesiyle anneye olan bağımlılık azalır. Çocuğun özerkleşmeye başladığı bu dönemde baskıcı çocuk yetiştirme çocuğa zarar verir. Egosentrizm ön plandadır. Düşünme soyut ve büyüselidir. Bu dönemde çocukta dil kazanımı gerçekleşir. Dönemin sonlarına doğru cümle kurarak konuşabilir (Erden & Akman, 2001; Yörükoğlu, 2003; Sadock & Sadock, 2009; Ekşi, 2011).

Okul Öncesi Dönem (3-6 Yaş): Cinsel kimlik gelişmeye başlar. İlgi, uyaran ve haz alma genital odaklıdır. Kastrasyon anksiyetesi ve ödipal çatışma görülür. Çocuk çevresinde olup biteni anlayabilmek için çokça soru sorar. Çocuğun sorduğu sorular için azarlanması suçluluk duygusunun gelişmesine neden olur. Okul öncesi dönemde görüşme

hem oyunla hem de sözel iletişimle sürdürülür. Bu dönemdeki çocuklar sorunlarını uzun uzun anlatamazlar. Buna hem çocuğun anlatım gücü yeterli değildir, hem de çocuklar bu kadar sabırlı değildir (Erden & Akman, 2001; Yörükoğlu, 2003; Sadock & Sadock, 2009; Ekşi, 2011).

Okul Dönemi (6-11 Yaş): Oral, anal ve fallik dönemde kazanılan özellikler pekiştirilir. Cinsel ilgi ve merak göreceli olarak azalmıştır. Cinsel dürtüler sosyal olarak daha uygun amaçlara yönlendirilmiştir. Süperegö gelişimi belirginleşmeye başlar. Çocuk inşa etme, yaratma ve başarma ile meşguldür. Sosyal girişimciliğin ön planda olduğu bu dönemde çocuğun bu yönü desteklenmezse yetersizlik ve aşağılık duygusu gelişebilir. Bu dönemde çocuk neden sonuç ilişkisi kurabilir. Ayrıca empati kurma becerisi de bu dönemde gelişir. Okul çağındaki çocukla görüşmeler sözel yapılabilir. Konuşma yeteneği oldukça gelişen çocuk, bilişsel olarak soyut düşünme yeteneği kazanır. Bu yaşta çocuklar hemşire ile 45 dakikalık bir görüşmeyi sürdürebilirler (Erden & Akman, 2001; Yörükoğlu, 2003; Sadock & Sadock, 2009; Ekşi, 2011).

Çocuklarda normal ve anormal davranış arasındaki farkın belirgin olmaması tanılamayı güçleştirir (Dulcan, Martini, & Lake, 2003; Varcarolis, 2013). Bu güçlüğü ortadan kaldırmak için çocuklarda ruhsal bozukluğa neden olan etiyolojik faktörleri bilmek gerekir. Çocuklarda ruhsal bozukluk gelişmesine neden olan etiyolojik faktörler ikiye ayrılır. Bunlar;

- **Biyolojik faktörler:** genetik faktörler, doğum öncesinde toksinlere maruz kalma, yaralanma, viral enfeksiyon ve ilaçlar, düşük doğum ağırlığı, santral sinir sisteminde yapısal bozukluklar, nörotransmitter açığı,
- **Psikososyal faktörler:** Kesintiye uğramış ya da yetersiz anne-bebek bağlanması, zor mizaçlı çocuk, kötü ebeveyn çocuk uyumu, yoksulluk, yoksun bırakılma ya da göz ardı edilme, kötüye kullanma, ebeveynin ya da bakıcının ruhsal bozukluğu, ailede geçimsizlik olması, boşanma, travmatik olaylara maruz kalma, akran ilişkilerinde zorluk çekme ve ebeveynin suç işleme şeklinde gruplandırılabilir (Fortinash, 2007).

Çocukta var olan değişimlerden tedirgin olan çoğu zaman anne-babasıdır. Bunun için hastaneye gitmek konusunda direnç ise çoğu zaman çocuktan gelir (Cheng & Kathleen, 2005). Yani çocuk kendisi yardım aramaz; ailesi, bakıcısı ya da bulunduğu kurum bu süreci başlatır. Hemşire ilk görüşmeleri anne-baba ya da bakım verici, daha sonraki görüşmeleri çocuk ile yapar (Dogra & Leighton, 2009). Ayrıca çocuğun öğretmenle, konsültasyon ile gelmişse konsültasyon isteyen hekimle ve daha önce ruhsal değerlendirmesi yapılmışsa değerlendiren hekimle görüşülür (Cheng & Kathleen, 2005). Yapılan bu görüşmeler sırasında bazı alanlar değerlendirilir. Tanılama sırasında değerlendirilen alanlar aşağıda verilmiştir.

- **Gelişim düzeyi:** Duygusal ve entelektüel gelişim düzeyi, güçlü ve zayıf yanları, güçlü yanlarını nasıl kullandığı, bulunduğu aşamada stresörlerin hayatını nasıl etkilediği değerlendirilir. Entelektüel gelişimi değerlendirilirken oyuna katılma düzeyi, çizdiği resimlerin karışıklığı, yere, zamana ve kişiye oryantasyonuna bakılır. Çocuğun son zamanlardaki gelişim düzeyi yaşlarıyla karşılaştırılarak değerlendirilir. Gelişim düzeyinin değerlendirilmesi gelişimine uygun planlamalar yapmak açısından da önemlidir

(Dulcan, Martini, & Lake, 2003; Yörükoğlu, 2003; Cheng & Kathleen, 2005; Dulcan & Weiner, 2006; Dogra & Leighton, 2009; Sadock & Sadock, 2009; Varcarolis, 2013).

• **Ruhsal durum:** Çocuğun fiziksel görünümü, davranışları, motor fonksiyonları, duygu durumu, dil ve konuşma özellikleri, düşünce süreci ve içeriği, sosyal etkileşimi, yargılama ve içgörü düzeyi değerlendirilir (Dulcan, Martini, & Lake, 2003; Yörükoğlu, 2003; Cheng & Kathleen, 2005; Dulcan & Weiner, 2006; Dogra & Leighton, 2009; Sadock & Sadock, 2009; Varcarolis, 2013).

• **Geçmiş sağlık öyküsü:** Geçmiş sağlık öyküsünde sadece psikiyatrik öyküsü değil aynı zamanda medikal ve nörolojik değerlendirmesi de yapılır (Dulcan, Martini, & Lake, 2003; Varcarolis, 2013).

• **Aile öyküsü:** Aile öyküsünde çocukla birlikte aynı evde yaşayan herkes görüşmeye alınır. Aile üyelerinin çocuğa ve durumuna bakış açısı değerlendirilir. Ailenin destek düzeyi ve aile içindeki çatışmalar anlaşılmaya çalışılır. Aile içinde ruhsal hastalığı olan birey var mı diye araştırılır. Genogramın çizilmesi ailenin tanınması için faydalı olur (Dulcan, Martini, & Lake, 2003; Cheng & Kathleen, 2005; Dulcan & Weiner, 2006; Dogra & Leighton, 2009; Sadock & Sadock, 2009; Varcarolis, 2013).

• **Kültürel özellikler:** Ailenin etnik kökeni, kültürel özelliklerine uygun topluluklarla ilişkisi, göç öyküsü, konuşulan dil, aile üyelerinin rolleri, ailenin sağlık ve hastalığa karşı tutumu değerlendirilir (Cheng & Kathleen, 2005; Dulcan & Weiner, 2006; Dogra & Leighton, 2009).

• **Şimdiki Problemin Öyküsü:** Semptomların gelişimi, çocuk ve ailenin semptomlara karşı tutumu, mevcut stresörler, daha önce yaşanan bir problemse aldığı tedaviler değerlendirilir (Dulcan, Martini, & Lake, 2003; Cheng & Kathleen, 2005; Dulcan & Weiner, 2006; Dogra & Leighton, 2009; Sadock & Sadock, 2009; Varcarolis, 2013).

• **Diğer Alanlar:** Kişilik özellikleri, eğilimleri, alışkanlıkları, ilgileri ve yetenekleri, olumlu-olumsuz özellikleri, arkadaş ilişkileri, travmatik yaşam öyküsü ve korkuları değerlendirilir (Dulcan, Martini, & Lake, 2003; Yörükoğlu, 2003; Cheng & Kathleen, 2005; Dulcan & Weiner, 2006; Dogra & Leighton, 2009; Sadock & Sadock, 2009; Varcarolis, 2013).

Çocuğun bu alanlarda değerlendirilmesi, tanılama için çerçeve çizilmesini ve hemşirelik tanısının konmasını sağlar. Bu çerçeve sayesinde alınan bilgilerle birlikte görüşme süreci belirlenir ve bakım planı oluşturulur (Dogra & Leighton, 2009). Tanılama için yapılan görüşme aile ve çocukla yapılan tek bir görüşmeden, beş ya da altı görüşmeye kadar uzayabilir (Yörükoğlu, 2003; Cheng & Kathleen, 2005). Problem tanımlandığında hemşire aileyle görüşerek problemi ele almaya yönelik planlamalar yapar.

Planlama

Planlama aşamasında çocuğun sorunlu davranışlarına yönelik girişimler planlanır (Yörükoğlu, 2003). Planlama yapılırken çocuğun güçlü ve zayıf yönleri göz

önüne alınır (Dulcan, Martini, & Lake, 2003). Planlamalar için bir amaç ve bu amaca ulaşmak için gereken süre belirlenir (Dogra & Leighton, 2009). Bu süre sonunda sonuca ulaşıp ulaşılmadığını ölçecek sonuç kriterleri tanımlanır. Hemşire uygulamalarını değerlendirmek için sonuç kriterlerinden faydalanır. Hemşirenin uyguladığı bakımı değerlendirmede kullanacağı sonuç kriterleri şunlardır:

- Gelişim düzeyi doğrultusunda kendi bakımına katılabilecek,
- Duygusal kontrol gösterebilecek,
- Yaşına uygun davranışlarda bulunacak,
- Kendini anlatmak için bilişsel yetilerini, iletişim ve dil becerilerini kullanabilecek,
- Ailesi, arkadaşları ve personelle anlamlı etkileşimde bulunabilecek,
- Arkadaşlarıyla uygun oyunlar oynayacak,
- Tedavi planına uyacak,
- Stresli durumlar karşısında uygun baş etme yöntemlerini kullanacak (Fortinash, 2007).

Planlama aşaması dinamik bir süreçtir. Uygulamalar sırasında elde edilen bilgilerle yeni uygulamalar planlanır. Bu planlamalar için de yeni uygulamalar yapılır (Dulcan, Martini, & Lake, 2003).

Uygulama

Uygulama aşamasında önemli olan çocuğun gelişimine uygun girişimlerde bulunulmasıdır (Cheng & Kathleen, 2005). Psikiyatri hemşireleri sadece çocuğa değil, aynı zamanda aileye yönelik psikoterapötik müdahalelerde bulunur. Çocuğun problemleri davranışları düzeltilmeye ve anne babanın hatalı davranışlarına yönelik olumlu tutum geliştirilmeye çalışılır (Yörükoğlu, 2003). Bu amaca ulaşmak için yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılır. Görüşmelerin tam olarak yapılandırılmamasının sebebi çocuğun problemi tanımlamada serbest olmasını sağlamaktır (Cheng & Kathleen, 2005; Dulcan & Weiner, 2006; Dogra & Leighton, 2009). Psikiyatri hemşirelerinin yapabileceği diğer uygulamalar bilişsel-davranışçı terapiler, davranışçı terapiler ve aile terapileridir (Dogra & Leighton, 2009). Fakat psikiyatri hemşirelerinin bu uygulamaları yapabilmesi için eğitim alması gerekir.

Çocuklar genellikle görüşmede konuşmak istemezler. Bunun sebebi utangaçlık, kırgınlık, dalga geçilme korkusu ya da kendini ifade edecek sözcükler bulamama olabilir. Görüşme sırasında çocukların kendini ifade edeceği ortam sağlanmalı, konuşmaya cesaretlendirilmelidir (Dogra & Leighton, 2009). Açık uçlu sorular sorularak konuşmaya teşvik edilmelidir (Cheng & Kathleen, 2005; Sadock & Sadock, 2009). Doğrudan ya da kendiliğinden cevap vermeyen çocuklarda oyun, resim çizme, kukla oynatma teknikleri kullanılabilir (Varcarolis, 2013).

Değerlendirme

Hemşireler çocuklarla yaptıkları terapötik görüşmelerde çocuğun normal gelişim aşamalarını ve her bir aşamanın özelliklerini, bilişsel yetilerini, değişime hazır olma halini, terapötik iletişime katılma durumunu değerlendirir. Bu görüşmelerden elde edilen veriler hemşirelik bakım planına yol gösterir (Fortinash, 2007). Değerlendirmede hemşire, aile, öğretmenler çocukta pozitif gelişmeler görmelidir. Çocuğun ilişkilerinde düzelmeye, akademik başarısında artma olmalıdır. Çocuk rahatlıkla sosyal ilişkilerde bulunmalıdır (Videbeck, 2011). Çocuk psikiyatrisinde görüşme süreci sadece çocuğu destekleme görevi görüyor gibi olsa da tüm ailenin duygularına, iletişim problemlerine, ebeveyn sorunlarına yönelir (Sadock & Sadock, 2009). Bu yüzden değerlendirme aşamasında bakımın etkinliği çocuk ve ailesi ile birlikte değerlendirilmelidir.

Sonuç

Yaşamın ilk yılları insan gelişimi açısından en hassas dönemlerdendir. Bu dönemde çocukla sağlıklı iletişim kurulması, olayların ve durumların doğru aktarılması çocuğun tüm yaşamını etkilemektedir. Ruhsal yönden sağlıklı bireyler temelde güven duygusuyla büyütülmüş ve hoşgörü ortamında yetişmiş bireylerdir. Bu yüzden anne-babalar ya da çocuğa bakım veren kişiler çocuklarla yaşlarına uygun şekilde iletişim kurmalı, onların gelişimini desteklemelidir. Bu şekilde büyütülmemiş çocuklar psikopatoloji açısından risk altındadır.

Çocuklarda görülen ruhsal bozukluklar yadsınamayacak kadar fazladır. Ruhsal sorunlar nedeniyle görüşmeye gelen ya da hastaneye yatan çocukla ilk karşılaşan sağlık profesyonelleri hemşirelerdir. Gün boyu kesintisiz bakım veren hemşireler çocukla en çok iletişimde bulunan kişilerdir. Bu yüzden hemşireler gelişim dönemlerine göre çocukla doğru iletişim yöntemlerini bilmeli ve bu doğrultuda bakım vermelidirler. Psikiyatri hemşireleri çocukla yaptıkları terapötik görüşmeler sırasında çocuğun yaşı, gelişim özellikleri, ruhsal durumunu göz önünde bulundurarak iletişim sürecini planlamalı ve çocuğun kendisini ifade etmesine olanak sağlamalıdır.

Hemşireler terapötik görüşme sürecini hemşirelik sürecine göre planlamalıdır. Bu şekilde planlanan görüşmelerde çocuk kapsamlı bir şekilde ele alınacaktır. Psikiyatri hemşireliğinde çocuğun hemşirelik sürecine göre değerlendirilmesi bütüncül bakış açısını yansıtır. Çocuk ve ailenin bu anlayışla ele alınması ile çocukluk dönemine ait gelişimsel sorunların, erişkin yaşama yansımalarının önlenebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Blais, K. K., Hayes, J., Kozier, B., & Erb, G. (2006). *Professional Nursing Practice*. New Jersey: PearsonEducation.
- Cheng, K., & Kathleen, M. (2005). *Child and Adolescent Psychiatry: The Essentials*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dogra, N., & Leighton, S. (2009). *Nursing in Child and Adolescent Mental Health*. New York: Open University Press.
- Dulcan, M. K., & Weiner, J. (2006). *Essentials of Child and Adolescent Psychiatry*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

- Dulcan, M. K., Martini, D., & Lake, M. (2003). *Child and Adolescent Psychiatry*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ekşi, A. (Dü.). (2011). *Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. İstanbul: Nobel tıp Kitabevleri.
- Erden, M., & Akman, Y. (2001). *Gelişim ve Öğrenme* (10. Baskı). Ankara: Arkadaş Yayınevi.
- Fortinash, K. (2007). *Psychiatric Nursing Care Plans*. Missouri: Elsevier.
- Kum, N. (1996). *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Birlik Ofset.
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (2010). *İletişim Becerileri*. (Ö. Gelbal, Çev.) Ankara: HYB Yayıncılık.
- Pat, P. (2011). *Communication Skills for Working with Children and Young People: Introducing Social Pedagogy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. (2009). *Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2009). *Klinik Psikiyatri El Kitabı*. (A. Bozkurt, Çev.) Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
- Sully, P., & Dallas, J. (2010). *Essential Communication Skills For Nursing & Midwifery*. China: Elsevier.
- Varcarolis, E. M. (2013). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. Missouri: Elsevier Saunders.
- Videbeck, S. (2011). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. Philadelphia: Macmillian Company.
- [www.who.int](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/). 01 03, 2015 tarihinde http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/ adresinden alındı
- Yörükoğlu, A. (2003). *Çocuk Ruh Sağlığı*. İstanbul: Özgür Yayınları.