

GENEL HASTANE UYGULAMASINDA PSİKOSOSYAL BAKIM ve KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ HEMŞİRELİĞİ

Nazmiye KOCAMAN*

ÖZET

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi, dahili ve cerrahi ünitelerde bakım alan psikososyal, psikiyatrik problemlili hastaların bakımında rol alır, genel hemşirelere eğitim verir. Genel hastane uygulamasında psikolojik bakım, temel iletişim ve tanılama becerileri, rutin-önleyici psikolojik bakım, spesifik psikolojik müdahaleler ve psikoterapi olmak üzere dört düzeyde ele alınabilir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi fiziksel hastalığı olan hastaların ve ailelerin bakımında doğrudan ve dolaylı olarak yardım eder. Bu yazıda yazar fiziksel hastalığı olan kişilerin psikososyal bakımında konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresinin rolünü açıklamaktadır.

Anahtar Sözcükler: *Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği, fiziksel hastalık, genel hastane, psikososyal bakım*

ABSTRACT

Psychosocial Care In A General Hospital Practice And Psychiatric Consultation Liaison Nursing

The Psychiatric Consultation Liaison Nurse can educate general nurses and assist in the care of patients with mental health and psychosocial problems who are receiving care in a medical-surgical setting. Psychological care in a general hospital describes a four-tier service as basic communication and assesment skills, routine-preventive psychological care, specific psychological interventions, therapy. The Psychiatric Consultation Liaison Nurse can assist direct and indirect in the care of family and patients with physical illness. In this paper the author describes of the role of the Psychiatric Consultation Liaison Nurse in the psychosocial care of patients with physical illness.

Key Words: *Psychiatric consultation liaison nursing, physical illness, general hospital, psychosocial care*

GİRİŞ

Genel hastane ortamı hem hastalar, hem de sağlık elemanları için yüksek derecede stres kaynağı olabilmekte, buna ilaveten tıptaki her bir yenilik ve gelişim beraberinde yeni problemler yaratabilmektedir (Raines 1989). Bu alanlarda çalışan hemşirelerin amacı, hastalık halinde bozulan dengenin düzeltilmesine yardımcı olmaktır (Biol 1997). Bu yardım geleneksel yaklaşımın aksine, bireyin, ailenin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarına yönelen, bütüncü (holistik) bakımı gerektirir. Bütüncü tanılama ve girişimler, fiziksel hastalığı olan hastaların ve ailelerinin psikososyal bakımında çatıyı oluşturur (Barry 1996). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi genel hastanede yatarak veya ayaktan tedavi gören hastaların fiziksel bakımı ile psikolojik bakımı arasında bir bağ olarak hizmet eder (Hodges 1997, Moschler ve Fincannon 1992, Robinette 2000).

KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ HEMŞİRELİĞİ

Sağlık; fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları ile bir bütündür ve her boyut birbirini etkiler. Hastalık ise biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel yönden çok boyutlu bir olgu olup, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Bugün, birçok fiziksel hastalığın etiolojisinde özellikle psikolojik faktörlerin rol oynadığı veya bedensel yakınmaların organik veya psikolojik temelli olarak ayrılması görüşünden çok, tüm hastalara bütüncü yaklaşılması gerektiği anlayışı benimsenmektedir. Bu görüş konsültasyon liyezon psikiyatrisinin temelini oluşturmaktadır (Biol 1997, Kozier ve ark. 1994, Murray 1980, Özkan 1993).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP), biyopsikososyal anlayışı hayata geçirmeye, fiziksel bakım ve tedavi ile ruhsal tedavi ve bakımı bütünleştirmeye dönük olup, genel hastane uygulamasında bireylere psikiyatrik tedavi ve bakım

* Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD Konsültasyon Bilim Dalı, İstanbul

hizmetlerinin sunulmasını sağlar. Temel amacı, tıbbi bölümlerde hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını önlemek; tanımlamak; tedavi etmek; hastalıkların ortaya çıkmasında, seyrinde, tedavisinde ve bakımında psikososyal etkenlerin rolünü inceleyerek, hizmetleri bütüncül kılmaktır (Özkan 1993).

Bütüncü yaklaşım; bireylerin kişisel doyumlarına ve sağlıklı oluşlarına katkıda bulunacak bir yaşam biçiminin geliştirilmesini sağlayan, iyilik haline anlam kazandıran bir felsefe ve tutumdur. Bütüncülüğün ana temalarını, beyin-ruh-beden ve toplum dörtlüsünün yanı sıra onların birbirleriyle olan ilişkileri ve bağlantıları oluşturur (Sayıl 1996). Bu yaklaşım hastalığın kendisiyle birlikte, bireyin hastalığa karşı tepkisini de ele almayı gerektirir. Hemşireler bu anlayış doğrultusunda kapsamlı bir sağlık tanılması yaparak hastanın/ailesinin fiziksel, ruhsal, psikososyal ve spiritual gereksinimlerine odaklı hemşirelik girişimlerini yerine getirirler (Lehmann 1991).

Bütüncü hasta bakımının sağlanması, tedavi ve bakımın niteliğini arttıracaktır. Ancak, sağlık elemanlarının eğitiminden, sağlık sisteminin işleyişine kadar birçok noktada yaşanan eksiklikler ve sorunlar bakımın psikososyal boyutunun ve hastaların psikososyal gereksinimlerinin ihmal edilmesine neden olabilmektedir. Yoğun bir servisin yönetimi eleman eksikliği de düşünülünce sağlık elemanlarının anksiyete ve engellenmişlik yaşamasına, iletişim problemlerine, çatışmalara yol açabilmektedir. Ya da sağlık elemanları daha çok iş merkezli çalışabilmekte, hastaların fiziksel bakımına odaklanmakta ve bunu da yeterli görebilmektedir. Bütüncü bakım vermek üzere eğitim gören, hastanede 24 saat hasta ile birlikte olan hemşireler, sıklıkla hasta davranışlarındaki değişiklikleri gözlemlemekte ve hastaların psikolojik bakımı için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar (Hicks 1989). Bu nokta da konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi önemli bir boşluğu doldurur.

KLP hemşiresi; gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastalara ve ailelere yönelik hizmette birincil korumadan, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar uzanan süreçte yer alır. KLP hemşireliği, hastaların/ailelerin emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen, hemşirelerin psikiyatrik tıp alanında eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanıdır (Cristopher 1995, Gerety 1991, Luna-Raines 1989, Nelson and

Schilke 1976, Robinson 1991, Stuart and Sundeen 1987).

KLP hemşiresinin **birincil amacı**; fiziksel hastalığı olan hastaların bütüncü (holistik) sağlığını yükseltmek, psikososyal uyumuna yardım etmek, psikiyatrik bozuklukları önlemek ve azaltmak, bireyin mevcut hastalığı ile ve hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce gelmesine ve hastalık yaşantısından bir anlam çıkarmasına yardımcı olmaktır (Robinson 1987, Mallory ve ark. 1993, Tunmore 1990, Tunmore 1994, Norwood 1998). **İkincil amacı** ise; hemşirelerin ve diğer bakım verenlerin psikososyal tanılama ve bakım becerilerini geliştirmek, profesyonel gelişimlerini kolaylaştırarak onların kendi klinik uygulamaları ve bakım aktiviteleri ile ruh sağlığı kavramları ve uygulamalarını bütünleştirmelerinde yeterli olmalarını sağlamaktır. Ayrıca, hemşirelerin benlik saygılarını arttırmada, iş stresiyle başa çıkma ve ekip içi çatışmaları çözümlenmelerinde de katkı sağlamaktır (Levy ve Lewis 1993, Nelson ve Schilke 1976, Sharrock ve Happell 2001, Morriss ve ark. 1994, Norwood 1998).

KLP hemşiresi birincil amacına yönelik olarak **doğrudan hizmet verir. Bu hizmet şunları içerir;**

Hastanın ve ailenin psikososyal gereksinimlerini belirlemeye yönelik veri toplar (psikososyal tanılama yapar), hemşirelik tanısı koyar, psikososyal bakım verir ve sonuçlarını değerlendirir. Özellikle hastanın ve ailesinin hastalık ve hastanede yatmakla ilgili streslerini, krize reaksiyonlarını, başetme davranışlarını ve uyum düzeylerini değerlendirir. Hasta ve ailesinin hastalığı algılamalarını değiştirmede, problemlerini çözmede, anksiyete yönetiminde yardımcı olur. Girişimler; başetme stratejilerini kuvvetlendirmeyi, destek sistemlerini harekete geçirmeyi, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırmayı, krize müdahale yöntemlerini, bilişsel-davranışçı teknikleri, danışmanlığı ve eğitimi içerir. KLP hemşiresi; tüm uygulamalarında doğrudan KLP birimi ile çalışır. Gerektiğinde bazı bilgileri diğer ekip üyeleriyle de paylaşır. Ayrıca ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği teorik kapsamının geliştirilmesine katkıda bulunan klinik araştırmalar da yapar (Chase ve ark. 2000, Lehmann 1991, Mallory ve ark. 1993, Nelson ve Schilke 1976, Norwood 1998, Regel ve Davies 1995, Robinson 1987).

İkincil amacına yönelik olarak **dolaylı hizmet verir.** Yani, psikiyatri dışı tıbbi-cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin, hastaların ve ailelerinin psikososyal gereksinimlerine duyarlılığı arttırmaya, gözlem, tanılama ve terapötik iletişim becerilerini iyileştirmeye yönelik

danışmanlık yapar. Her bir danışmanlık, sağlık elemanlarının psikososyal sorunu olan hastaya ve ailesine etkin bir şekilde müdahale etmelerini kolaylaştırmayı hedefler. KLP hemşiresi çalışanlara formal ve informal yollarla eğitim verir, hasta ve ailesi ile iletişimlerini kolaylaştırmada, hemşire-hasta arasındaki terapötik ilişkiyi sağlamada, kişilerarası veya ekip içi çatışmaların çözülmesinde yardımcı olur. Ayrıca hemşirelerin bakımı planlamasında ve hastayla ilişkisinde onlara rol modeli olur. Çeşitli zor durumlar hakkında hemşirelerin duygularını ifade etmesini kolaylaştırır, problem çözme becerilerini geliştirmelerine yardım eder ve gelecekte doğabilecek benzer sorunları çözmelerinde yol gösterir, destek olur. Aynı zamanda, hemşirelerin mesleki ve kişisel benlik saygısının geliştirilmesine katkı verir. KLP hemşiresi bu dolaylı hizmetleri hastane dışında; okul, endüstri, toplumdaki bazı kurumlarda kullanabilir (Clemence 1981, Lehmann 1991, Levy ve Lewis 1993, Lipowski 1981, Morris ve ark. 1994, Regel ve Davies 1995, Sharrock ve Happell 2001).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresinin hizmetlerinin sonuçlarını değerlendirmeye yönelik yapılan çalışmalarda;

- Hasta-hemşire-tedavi ekibinin diğer üyeleri arasında iletişimin iyileştiği,
- Hemşirelerin hastaların psikiyatrik durumlarıyla ilgili farkındalığının arttığı,
- Konsültasyon isteklerinin nitelik ve niceliğinin arttığı,
- Hemşirelerin, hastaların gereksinimlerini karşılamada becerilerinin arttığı,
- Hasta bakım sürecinin ve sonucunun iyileştiği,

- Psikososyal hasta bakım standartlarının yükseldiği,
- Hasta ve aile memnuniyetine katkıda bulunduğu,
- Hemşirelerin yaşadığı emosyonel gerginliğin azaldığı,
- İş memnuniyetinin arttığı,
- Maliyet etkinliğinin sağlandığı belirtilmiştir (Chase ve ark. 2000, Lipowski 1981, O'connor ve Bilodeau 1987, Robinette 2000, Sharrock ve Happell 2001).

PSİKOSOSYAL BAKIM

Psikolojik tedavi ve bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Hastanın psikolojik durumunun yanında, hastalığın aile sistemini etkileyerek dengelerini bozabileceği düşünülerek hastanın ailesinin de ele alınması gereklidir. Ayrıca hemşire, hastanın bakımında, öncelikle kendi duygu ve düşüncelerini analiz etmeli, anksiyete düzeyini kontrol edebilmelidir (Fortinash ve Holoday-Worret 1996, Lehmann 1991). Fiziksel hastalığı olan kişilerin psikolojik bakımı; "hastayı anlamadan, hastalığı ve tepkileri anlayamayız" ve "sadece vücut organları ile değil, bir bütün olarak insan varlığı ile uğraşılması gerekir" anlayışını temel alır (Özkan 1993).

Tunmore (1990) KLP hemşireliği yazısında, Nichols and The Management Advisory Service (MAS) tarafından oluşturulan bir psikolojik bakım modeli tanımlamıştır. Bu model genel hastane uygulamasında psikolojik bakımı; temel iletişim ve tanılama becerileri, rutin-önleyici psikolojik bakım, özelleşmiş psikolojik müdahaleler ve psikoterapi olmak üzere dört düzeyde açıklamıştır (Tunmore 1990).

Psikolojik Bakım Düzeyleri
Düzyey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri Bilgi verme, görüşme, dinleme ve empati becerisi, psikolojik gereksinimleri tanımlayabilme, sunabilme, aktarılan problem hakkında bilgili olma.
Düzyey II: Rutin-koruyucu psikolojik bakım Hasta/ailesinin stresle başetme yeteneği, terapötik ilişki kurabilme, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma, aktarılan problem hakkında bilgili olma.
Düzyey III: Özelleşmiş psikolojik girişimler Kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimler, danışman denetimi altında kısa süreli çalışma gibi.
Düzyey IV: Terapi Bilişsel terapi, davranış değiştirme gibi psikoterapi uygulamaları.

Kaynak:Tunmore R (1990) The consultation liaison nurse. Nursing, 4(3): 31-34.

Psikolojik bakımın ilk düzeyi; uygun bilgi verme, görüşme, dinleme, empati becerilerini kullanarak hasta üzerindeki etkileri gözleyebilmeyi, psikolojik gereksinimleri tanımlayabilmeyi içeren temel iletişim ve tanılama becerileridir. Bunlar, hastalar veya onların aileleri/yakınlarıyla doğrudan ilişki kuran tüm disiplinlerdeki ekip üyeleri tarafından kullanılan, bakımın minimum standartlarını sağlamak için gerekli olan becerilerdir (Tunmore 1990). Hastanın söylediklerinin ve sözlerden daha fazla şey ifade eden sözel olmayan (beden dili ve yüz ifadesi) davranışlarının farkında olunmalıdır. Kişinin hastalığı ve tedavisi hakkındaki algısı, inançları ve endişeleri anlaşılmalıdır. Açık uçlu sorular sorarak hastanın görüşleri araştırılır, sorularını tartışmaya fırsat verilir, kendi sağlığının yönetiminde aktif katılımı kolaylaştırılır ve cesaretlendirilir. Psikososyal bakım uygulamasında aktif dinleme çok önemlidir ve bakım veren kişinin hasta için fiziksel ve duygusal olarak gerçekten "orada olmasını" gerektirir. Dokunma önemli bir iletişim aracıdır. Önyargısız, kabullenici, güvenli bir ilişki, hastanın duygularını ve endişelerini paylaşmasını kolaylaştırır. Hastaya psikolojik yaklaşım kavrayıcı, empatik, destekleyici ve etik ilkelere uygun olmalıdır. Zayıf iletişim ve yetersiz bilgilendirme, hastanın tedaviye uyumunun bozulmasının ve önerilere uymamasının en yaygın nedenlerindedir. Hastayla kurulan ilişkide kısacası, görmeksizin bakmaktan, işitmeksizin dinlemekten, hissetmeksizin dokunmaktan, farkında olmaksızın davranmaktan, anlamaksızın konuşmaktan sakınılmalıdır (Barry 1996, Naschinski 1991, Thomas 1991, Özkan 1993, Creed 2003). Bilgi verme diğer önemli bir beceridir. Hastaya bilgi vermeden önce, hastanın durumu ile ilgili mevcut bilgileri, bildiklerindeki yanlışlıklar, eksiklikler, istedikleri bilginin tipi, miktarı, hemşireden beklentileri belirlenmeli ve soru sormaları için fırsat verilmelidir. Hastanın verilen bilgileri anlamasında teknik terimler ve jargon kullanılması, hastanın duyularındaki (görme, işitme, konuşmama, kognitif gibi) bazı problemler, anksiyete düzeyinin yüksek olması, bilginin karmaşık olması gibi faktörler önemli engellerden bazılarıdır. Bilgi verirken, sözel bilgiyle birlikte yazılı materyalin verilmesi, bilginin belirli aralıklarla tekrar edilmesi, o konuda sağlık elemanları arasında görüş birliği olması gereklidir (Creed 2003).

İkinci düzeydeki beceriler; hasta ve ailesinin yaşadığı streslerle başetme yeteneğini arttırmayı, duygularını ifade etmeleri için teşvik etmeyi ve hastayla terapötik ilişki kurabilmeyi içerir. Psikolojik bakımın bu düzeyi, gittikçe artabilecek problemleri önleyebilir ve sistemli psikolojik tedaviye duyulan gereksinimi azaltabilir. Hastanenin her servisinin, hastaların ihtiyaçlarına yönelik bakım standartları ve

prosedürlerinin belirlenmiş olması gereklidir (Tunmore 1990). Psikoterapötik ilişkide duyguların, tutumların, düşüncelerin serbestçe ifade edilmesi birincildir, sorun çözmeye yönelik girişimler ancak bu aşamadan sonra mümkündür. Hastalar, hastalık ve hastaneye yatış sonrası günlük yaşamlarında sıklıkla kullandıkları sorun çözme yöntemlerini kullanamayabilirler ya da bu başetme yöntemleri yetersiz kalabilir. Bu nedenle öncelikle hastaların kullandığı başetme yöntemleri tanımlanmalı ve uyuma dönük, etkili baş etme yollarını kullanması öğretilmelidir (Barry 1996).

Üçüncü düzeydeki beceriler; amaç-yönelimli ve kısa-sürelili özelleşmiş beceriler (sorun çözme becerileri, anksiyete ile başetme teknikleri gibi) olup, hemşirelerin, hastaların bazı psikolojik problemleriyle uğraşmada yeterli olmalarını gerektirir. Bu düzeydeki uygulamada uzman klinik hemşire, sosyal çalışmacı, liyezon psikiyatrisi hemşiresi, psikologlar ve psikiyatristler çalışır. Adı geçen profesyoneller hastalara ve yakınlarına doğrudan veya danışmanlık yolu ile dolaylı olarak hizmet verir (Tunmore 1990). Gevşeme teknikleri, hastanın bedeni ve yaşamı üzerinde kontrolü olduğu inancını geliştirmede yararlıdır ve özellikle stresle ilgili hastalığı olan hastalarda bu uygulamanın etkin olduğu gösterilmiştir (Maynard 1997, Lehmann 1991).

Dördüncü düzey ise; bilişsel terapi, davranışçı yöntemler, aile terapisi gibi psikolojik tedavileri yaklaşımları içerir. Bunun için terapistin özelleşmiş eğitim alması ve konusunda uzman bir terapistten danışmanlık alması gerekir (Tunmore 1990).

KLP hemşiresi psikolojik bakımın tüm düzeylerinde doğrudan veya dolaylı bakım ile rol alır (ANA 1990, 1994, Sharrock ve Happell 2001, Robinette 2000, Lehmann 1991). Bu noktada KLP hemşiresinin doğrudan veya dolaylı bakıma karar vermesinde yardımcı olabilecek göstergeleri açıklamak gerekir.

Doğrudan bakım gerektiren durumlar;

- ◆ Sorun belirgin değil, karmaşıkça,
- ◆ Yapılması gereken girişimler danışanın (primer tedavi ekibi veya hemşire) uzmanlık alanının dışındaysa,
- ◆ Danışanın anksiyetesi yüksekse,
- ◆ Danışan katı bir şekilde direnç gösteriyorsa,
- ◆ Danışan bakım planını tamamlayacak beceriye sahip değilse,
- ◆ Serviste hastaya/aileye gerekli zamanı ayıracak yeterli eleman yoksa,
- ◆ Hasta (fiziksel hastalığı ya da yakınması olan, serviste yatarak ya da ayaktan tedavi gören kişi) ile tedavi ekibi arasında tedaviyi aksatacak düzeyde

ciddi uyumsuzluk ya da öfke, şiddet oluşturan nedenler varsa,

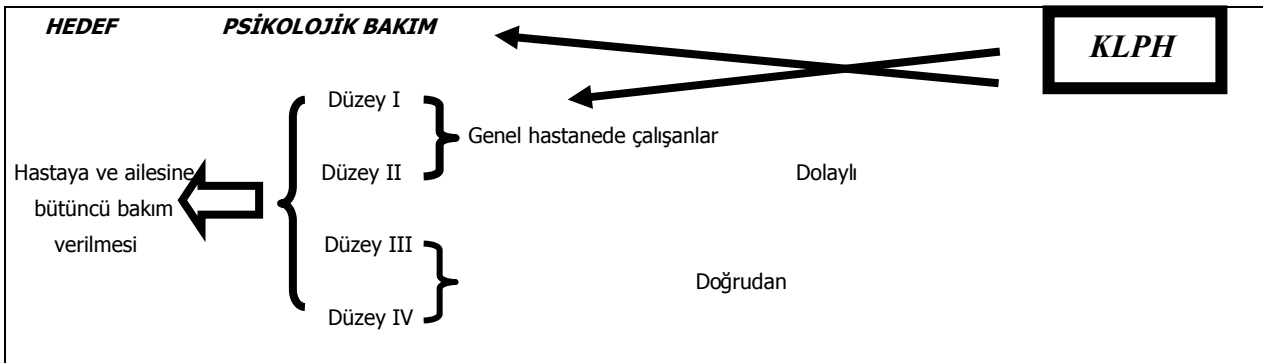
- ◆ Benzer sorunlar aynı danışan ile daha önceden yaşanmışsa,
- ◆ Sorun (intihar riski, organ veya fonksiyon kaybı, major psikiyatrik bir bozukluğun saptanması gibi) danışmanın (KLP hemşiresi, psikiyatrist vb.) özel ilgisini gerektiriyorsa,
- ◆ Dolaylı bakım modeli başarısızsa doğrudan bakım hizmeti seçilmelidir.

Dolaylı bakım gerektiren durumlar;

- ◆ Sorun açıksa ve kolaylıkla belirlenebilmişse,
- ◆ Danışan (primer tedavi ekibi veya hemşire) sadece bakım planını oluşturmak için danışmanın görüşlerine ve desteğine gerek duyuyorsa,

- ◆ Danışanın anksiyetesi yüksek değilse,
- ◆ Danışanın motivasyonu ve klinik becerisi gerekli girişimleri uygulamada yeterliyse,
- ◆ Danışan gerekli girişimleri uygulamada direnç göstermiyorsa,
- ◆ Sorun hasta odaklı değilse,
- ◆ Doğrudan bakım modeli başarısızsa dolaylı bakım hizmeti seçilmelidir (Levy ve Lewis 1993, Robinson 1991).

Aşağıdaki çatı, psikososyal destek hizmetlerinin dağılımını, psikolojik bakımın düzeyini ve KLP hemşiresinin rolünü ana hatlarıyla ortaya koymaktadır.



Sonuç olarak, fiziksel hastalığı olan, hastanede yatarak tedavi ve bakım alan hastaya ve ailesine bütüncü bakım verilmesinde KLP hemşiresi bu servislerde çalışan hemşirelerle ve tedavi ekibin diğer üyeleriyle işbirliği içinde çalışır. Psikososyal bakımın verilmesinde fiziksel hastalığı olan hastalar, aileleri ve dahili-cerrahi-onkoloji gibi tıbbi servislerde çalışan elemanlar için konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresinin desteği fazladan (extra)-tercihe bağlı bir durum değildir (Hodges 1997, Moschler ve Fincannon 1992, Robinette 2000). Psikososyal bakım ile ilgili bilgilerin beceriye dönüştürülmesi, uygulanması, konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğinin yaygınlaştırılması hemşireliğin gelişimine ve hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

American Nurses Association (1990) *Standards of psychiatric consultation liaison nursing practice*. American Nurses Association, Kansas City, Missouri.

American Nurses Association (1994) *Statement on psychiatric mental health nursing practice and standards of psychiatric-mental health clinical practice*. Washington, DC: American Nurses' Publishing.

Barry PD (1996) *Psychosocial Nursing Care of Physically Ill Patients Their Families*. Third Ed., Lippincott Company, Philadelphia.

Biröl L (1997) *Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., 3. Baskı, İzmir.

Chase P ve ark. (2000) *The psychiatric consultation / liaison nurse role in case management*. *Nursing Case Management*, 5(2): 73-77.

Clemence BA (1981) *Liaison nurse: What is the role?*. *Journal of Nursing Education*, 20: 42-46.

Creed F (2003) *The psychological care of medical patients. A practical guide*. Royal College of Physicians of London and Royal College of Psychiatrists, Second edition, London.

Cristopher MB (1995) *The Role of Liaison Psychiatry: Psychiatric Aspects Of Physical Disease*, A House, R Mayou R,

C Mallinson (Ed), Royal College Of Physicians And Royal College Of Psychiatrists, London, s91-98.

Fortinash MK, Holoday_Worret PA (1996) *Psychiatric Mental Health Nursing*, Mosby Year Book, St. Louis.

Gerety FK (1991) *Psychiatric consultation-liaison nursing: Psychiatric Mental Health Nursing*, GK McFarland, MD Thomas (Ed), With 87 Contributors From The U.S. And Canada J.B. Lippincott Company, Philadelphia, s911-921.

Hicks S (1989) *The psychiatric nurse in liaison psychiatry. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23: 89-96.

Hodges C (1997) *Knowing your mind. Nursing Times*, 93(32): 85-88.

Kozier B ve ark. (1994) *Fundamentals of Nursing. 5 Th Ed.*, Addison - Wesley, New York.

Lehmann FG (1991) *Psychiatric liaison nursing: a consultation model: Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, GW Stuart, SJ Sundeen (Ed), Fourth edition, Mosby Year Book, St. Louis, s779-794.

Lehmann FG (1995) *Consultation liaison psychiatric nursing care: Principles & Practice of Psychiatric Nursing*, GW Stuart, SJ Sundeen (Ed), Fifth edition, Mosby Year Book, St. Louis, s851-862.

Levy J, Lewis A (1993) *Psychiatric Consultation Liaison Nursing: Mental Health Psychiatric Nursing*, RP Rawlins, SP Williams, CK Beck (Ed), Mosby Year Book, Third Edition, St. Louis.

Lipowski ZJ (1981) *Liaison psychiatry, liaison nursing, and behavioral medicine. Comprehensive Psychiatry*, 22(6): 554-561.

Luna-Raines M (1989). *Psychiatric liaison nursing: Psychiatric Mental Health Nursing*, LM Bircckhead (Ed), J.B. Lippincott Company, Philadelphia, s657-669.

Mallory GA ve ark. (1993) *Nursing care hours of patients receiving varying amounts and types of consultation/liaison services. Archives of Psychiatric Nursing*, 7(6): 353-360.

Maynard C (1997) *Illness and its impact on patients and families. Professional Nursing Concepts And Challenges. KK Chitty (Ed), W.B. Saunders Company, Second Edition, Philadelphia.*

Morriss ve ark. (1994) *The role of the nurse in consultation-liaison psychiatry: Liaison Psychiatry: Defining Needs and Planning Services*, S Benjamin, A House A, P Jenkins (Ed). The Royal College of Psychiatrists, London, s34-44.

Moshcler LB, Fincannon J (1992) *Subspecialization Within Psychiatric Concultation-Liasion Nursing. Archives of Psychiatric Nursing*, 6(4): 234-238.

Murray M (1980). *Fundamentals of Nursing. 2. ed.*, Practice-Hall, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey.

Naschinski C (1991) *The Communication Process. Psychiatric Mental Health Nursing. Application Of The Nursing Process. GK Mc Farland, MD Thomas (Ed), J.B. Lippincott Company, Philadelphia, s59-66.*

Nelson JKN, Schilke DA (1976) *The evolutaion of psychiatric liaison nursing. Perspectives in Psychiatric Care*, 14(2): 60-65.

Norwood SL (1998) *Psychiatric consultation liaison nursing: Revisiting the role. Clin Nurse Spec*, 12(4): 153-156.

O'cannor S, Bilodeau CB (1987) *The psychiatric nurse clinical specialist in liasion psychiatry: Handbook Of General Hospital Psychiatry*, P Hackett Thomas (Ed), Second Edition, Year Book Medical Publishers, Inc., Chicago, s572-590.

Özkan S (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche İlaç Sanayii A.Ş., İstanbul.*

Raines ML (1989) *Psychiatric Liaison Nursing: Psychiatric Mental Health Nursing*, LM Bircckhead (Ed), J.B. Lippincott Company, Philadelphia.

Regel S, Davies J (1995) *The future of mental health nurses in liaison psychiatry. British Journal of Nursing*, 4(18): 1052-1056.

Robinette AL (2000) *PCLNs: Who are they? How can they help you?. AJN*, 96(7): 48-50.

Robinson L (1987) *Psychiatric consultation liaison nursing and psychiatric consultation doctoring: similarities and differences. Archives of Psychiatric Nursing*, 1(2): 73-80.

Robinson L (1991) *Psychiatric Consultation - Liaison Nursing: Handbook Of Studies On General Hospital Psychiatry*, Judd, Burrows, D Lipsitt (Ed), Elsevier Science Publishers BV, Oxford, s53-62.

Sayı I (1996) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ANTIP A.Ş. Yayınları, Ankara.*

Sharrock J, Happell B (2001) *An overview of the role and functions of a psychiatric consultation liaison nurse: an Australian perspective. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8:411-417.

Stuart GW, Sundeen SJ (1987). *Liaison Nursing: A Model For Nursing Practice. Principles And Practice of Psychiatric Nursing*, The CV. Mosby Company, St. Louis, 784-799.

Thomas MD (1991) *Therapeutic Relationships With Clients. Psychiatric Mental Health Nursing. Application Of The Nursing Process. GK Mc Farland, MD Thomas (Ed), J. B. Lippincott Company, Philadelphia, s9-18.*

Tunmore R (1994) *Encouraging collaboration. Nursing Times*, 90(20): 66-67.

Tunmore R (1990) *The consultation liaison nurse. Nursing*, 4(3): 31-34.