

Türkiye’de Bir Ruh Sağlığı Bölge Hastanesindeki Hasta Bağlama Uygulamalarının Değişkenleri

Dr. Mustafa SERCAN¹, Dr. Rabia BİLİCİ²

Özet / Abstract

Amaç: Türkiye’nin en büyük ruh sağlığı bölge hastanesinde uygulanan hasta bağlamayı azaltma-kaldırma çabalarına veri tabanı oluşturmak, uygulamaları dünyadaki kısıtlama değişkenlerine göre değerlendirmek.

Yöntem: Bir aylık sürede bağlanan hastaların sosyodemografik özellikleri, geçmiş intihar-şiddet davranışları, KPDÖ puanları, servislerin yatak sayısı, çalışma zamanı ve dışı çalışanlarının sayısı belirlenmiştir. Tüm servislerin bağlama sayı ve süre değişkenleri saptanmış, erişkin psikoze servisleri bu değişkenler yönünden karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Bir ayda yatırılan 810 hastanın 194 (%23.9)’ü bağlanmıştı, ortalama bağlanma süresi 3.25 saattir ve tüm hastalar toplam 1524.25 saat bağlı tutulmuştu. Değerlendirmeye alınan 182 hastanın (%59.3)’ü erkek, (%52)’si ilköğretim mezunu, (%60)’ı hiç evlenmemiş ve (%64.8)’i birinci derecede yakınlarıyla oturuyordu. Bunlarla bağlanma sayı-süreleri arasında ilişki bulunamadı. Kadınların yaş ortalaması (36.27), erkeklerinkinden (32.46) daha yüksekti ve fark anlamlıydı. 2/3’ünün bağlanma nedeni, insana dönük etkin ve olası şiddetti. Çalışma saatlerinde bağlanma oranı (% 43.82), çalışma dışından düşüktü. Karşılaştırılan erişkin servisleri, şiddet, tanı, KPDÖ puanları, bağlanma nedenleri yönünden farklı olduğu halde, servisler arasında bağlanma sayısı, oranı, süresi yönünden anlamlı farklılıklar saptandı.

Sonuç: Bağlanma sayı ve oranları uluslararası oranlara göre orta düzeylerde bulunmuştur. Bağlanma ve uzun süre bağlı kalma olasılığı, hastanın kadın olmasına, yaşının ilerlemesine, belirtilerinin şiddetine bağlı olarak yükselmektedir. Çalışma dışı saatler, bağlanma sayı-süresi açısından daha risklidir. Çalışanların ön yargılarının, yönetim anlayışlarının, deneyim, davranış, tutumlarının, kısıtlamada belirleyici olduğu görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Hasta bağlama, tespit, saldırgan hasta, ruh sağlığı hastanesi

SUMMARY: Restraint Variables in a Regional Mental Health Hospital in Turkey

Objective: To obtain a database to be used in the effort to reduce the use of restraint in mental health hospitals in Turkey, and to compare the data with results of similar studies.

Method: The sociodemographic characteristics, history of violent or suicidal behavior, and BPRS scores of patients restrained during a 1-month period, and data concerning the number of beds and staff working during day and night shifts were collected. The restraint variables, number of restraints used and duration of restraint use, in all wards were determined and adult psychosis wards were compared according to these variables.

Results: Approximately 25% (194) of 810 hospitalized patients were restrained for a total of 1524.25 h (mean: 3.25 h) during 1 month. In all, 182 restrained patients were analyzed and most were male, elementary school graduates, never married, and living with first-degree relatives. There were no correlations between these variables, and the number of restraints used and the duration of their use. Mean age of the females (36.27 years) was higher than that of the males (32.46 years); the difference was significant. In all, 66.6% of restraint use was because of violent behavior or the probability of violent behavior. The rate of restraint use was lower during day shifts (43.82%). Patients on adult wards were not different in terms of diagnosis, BPRS score, rate of violent behavior, and reasons for using restraint, but were markedly different in terms of the number of restraints used and the duration of restraint.

Conclusion: The number of restraints used and the duration of restraint was on average level. Restraint was associated with being female and older, and having more severe symptoms. Night and weekend shifts were more risky for amount and duration of restraint. Non-clinical institutional factors were a determining factor in the use of restraint.

Key Words: Restraint, aggressive patient, mental health hospital

Geliş Tarihi: 10.01.2008 - Kabul Tarihi: 28.04.2008

Teşekkür: Yazarlar araştırmanın desenleme dönemindeki katkılarından dolayı Doç. Dr. Solmaz Taptık Türkcan’a teşekkür eder.

¹Prof., AİBÜ İzzet Baysal Tıp Fak., Psikiyatri AD., Bolu. ²Uzm., Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi Psikiyatri Bİ., Erzurum.

Dr. Mustafa Sercan, e-posta: ymsercan@ttmail.com

GİRİŞ

Hastanın bulunduğu ortamı terk edemeyecek biçimde bir alanda kısıtlanmasına 'yalıtım' (tecrit, seclusion) denir. Yalıtım ortamında hastaların hareketini kısıtlayan mekanik ya da bedensel girişimler 'bağlama' (tespit, restraint); standart günlük tedavinin yanı sıra, şiddeti veya saldırgan davranışı önlemek amacıyla uygulanan ek ilaç tedavisi 'kimyasal bağlama' (chemical restraint) olarak adlandırılır (HCFA, 1999; Busch ve Shore 2000; Schreiner ve ark. 2004).

Kısıtlamaların amacı intihar davranışını engellemek, gerginlik, huzursuzluk, kuşkuculuk, varsanı ya da saldırganlık gibi belirtilerin denetimini sağlamak, hastayı paranoid düşünceleri kışkırtan etkileşimlerden uzak tutmak ve duyuşal aşırı yükü azaltmaktır (Gutheil 1987; Kaltiala-Heino ve ark. 2003). Oysa yalıtım-bağlama uygulamalarının her zaman bu ölçütleri karşılayıp karşılamadığı tartışmalıdır: Tartışmanın bir yanında bu uygulamaları tehlikeli davranışları önleme ve güvenliği sağlama yöntemi olarak görenler (Heyman 1987; Smith ve ark. 2005) durmaktadır. Öbür yanda bunların tedaviye herhangi bir katkısı olmadığını, yalnızca denetim ve boyunduruk altına alma amaçlı bir tür bedensel istismar ve tecavüz olduğunu, hatta tedavi uyumunu bozduğunu ileri sürenler vardır (Chamberlin 1985; Fisher 1994; Blanch ve Parrish 1990; Cashin 1996). Acil servislerde yalıtım-bağlamanın etkilerini, seçenekleri ile karşılaştıran kontrollü bir çalışma olmadığı gibi, uygulama standartları da bulunmamaktadır (Fisher 1994; Busch 2005; Crenshaw ve ark. 1997). Bu uygulamaları kaldırmaya yönelik kampanyaların da etkisiyle meslek örgütlerinin yönergeleri ve ABD'de birçok eyaletin düzenlemeleri yalıtım-bağlamayı tedavi yöntemi saymamakta; yalıtım-bağlama ya da ek ilaç tedavileri yalnızca acil durumlarda ve son çare olarak önerilmektedir (Martinez ve ark. 1999; HCFA, 1999; APA, 1999; OMHSAS, 1999; NASMHPD, 1999).

Psikiyatrik tedavi ortamında şiddet oranı diğer dallara göre iki kat daha fazladır. Ruh sağlığı çalışanlarının iş ortamında şiddete maruz kalma riskinin yüksek olduğu birçok yayında bildirilmiştir (Flannery ve ark. 2001; Snyder 1994; Erdos ve Hughews 2001; Black ve ark. 1994; May ve Grubbs 2002; Presley ve Robinson 2002). Acil poliklinik ve akut psikiyatri servislerinin yüksek riskli çalışma ortamları olduğu, özellikle saldırgan hastalar için önlemler gerektiği konusunda görüş birliği vardır. Öte yandan yalıtım-bağlama hasta ve çalışanları korumayan hatta belki riski arttıran, yaralanma ya da ölüme yol açan, dava açılmasını gerektiren uygulama-

lardır ve maliyeti de düşük değildir (Hill ve Petit 2005; Petit 2004; Glover 2005).

Pennsylvania Eyaleti Çalışmasında azaltma çabaları sonucunda yalıtım-bağlamanın sayı ve süresinin 5-24 kat düşmesine karşın, yaralanan çalışan oranında anlamlı bir değişiklik olmaması uygulama karşıtlarının savunmasını güçlendirmiştir (NETI, 2006; Smith ve ark. 2005; Fisher, 2003; Glover 2005; Schreiner ve ark. 2004). Yalıtım-bağlamanın kaldırılması, bazılarına kökten ve gerçekdışı bir hedef gibi gözükse de, Pennsylvania deneyimi bunun olabileceğini, en azından bu uygulamaların büyük ölçüde azaltılabileceğini göstermiştir (Busch 2005).

Klinik yöneticilerinin açık desteği olmadan yalıtım-bağlamayı azaltma çabalarının başarı olasılığı düşüktür (Fisher 2003; Jensen ve ark. 1998; Dunbar ve ark. 1997). Davidson ve arkadaşları (1984), yapılan tek müdahale yönetim desteği olduğunda bile yalıtım kullanımında bir azalma sağlanabildiğini göstermişlerdir. "Takım liderliği" de önemli bir etmen olarak tanımlanmıştır (Visalli ve McNasser 2000).

Fisher "yalıtım ve bağlama oranları üzerinde kültürel önyargılar, görevlilerin görev anlayışı ve hastane yönetiminin tutumları gibi klinik olmayan kurumsal etmenlerin, yaygın ve klinik etmenlere göre daha etkili olduğu" görüşündedir. Minnick ve arkadaşları da, kısıtlayıcı uygulamaları azaltacak olumlu ortamlar ve kültürler yaratmak amacıyla ülke çapında stratejiler geliştirilmesini önermiştir. Bu iki görüş de hala geçerliliğini korumaktadır (Fisher 1994; Minnick ve ark. 1998; Fisher 2003). Kamuyu bilinçlendirme kampanyalarının, şiddetten koruyucu olduğu yönündeki yanlış inançları azaltma çalışmalarının ve "tedavide bir yöntem değil, tersine başarısızlık" olarak görülmesini sağlayan kültürel değişimin, uygulamaları hızla azalttığı gösterilmiştir (Palmer ve ark. 1999; Raja ve ark. 1997; Jensen ve ark. 1998; Dunbar ve ark. 1997; Cruz ve ark. 1997; Sundel ve ark. 1994; Busch 2005).

Bağlamayı azaltma programlarının, her yalıtım-bağlama ile ilgili ayrıntılı kayıt yapılmasına ve bu veri tabanının çözümlemesine gereksinim duyacağı açıktır. Araştırmalar önceden yalıtım-bağlama uygulanmış hastalar için daha kolay kısıtlama kararı verildiğini ve birçok krizin gündüz çalışma saatlerinden akşam vardiyasına geçişte yaşandığını göstermiştir. Servis içi gerginliğin azaltılması ve görev değişim zamanlarında alınan önlemler hem krizleri, hem de kısıtlama uygulamalarını azaltmıştır (Schreiner ve ark. 2004).

TABLO 1. Araştırmaya Alınan Servisler ve Bağlanan Tüm Akut Psikotik Hastaların Servislere Dağılımı.

Servis	Servislere 1 ay içinde yatan toplam hasta			Kayıp	Araştırmaya alınan toplam hasta		Karşılaştırılan servislerdeki toplam hasta	
	Toplam hasta sayısı	Bağlanan hasta sayısı	Tüm bağlamalar içinde %		Bağlanan hasta sayısı	Hasta %	Bağlanan hasta sayısı	Hasta %
1. Erişkin KS	96	22	11.3	-	22	12.08	22	14.0
2. Erişkin KS	97	31	16.0	1	30	16.4	30	19.1
3. Erişkin KS	89	19	9.8	1	18	9.8	18	11.5
1. Erişkin ES	69	20	10.3	2	18	9.8	18	11.5
2. Erişkin ES	59	24	12.4	3	21	11.5	21	13.4
3. Erişkin ES	63	16	8.2	1	15	8.2	15	9.6
4. Erişkin ES	65	10	5.2	1	9	4.9	9	5.6
5. Erişkin ES	67	15	7.7	1	14	7.6	14	8.9
6. Erişkin ES	73	10	5.2	-	10	5.4	10	6.4
Ara Toplam	678	167	-	10	157	-	157	100
Ergen KS	23	5	2.6	1	4	2.1	-	-
Ergen ES	26	6	3.1	1	5	2.7	-	-
Alkol-madde PS	25	10	5.2	-	10	5.4	-	-
Tutuksuz EAS	22	1	0.5	-	1	0.5	-	-
Tutuklu EAS	36	5	2.6	-	5	2.7	-	-
Toplam	810	194	100.0	12	182	100.0	157	100

ES: Erkek Servisi, KS: Kadın Servisi, PS: Psikoz Servisi, EAS: Erkek Adli Servisi.

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (BRSHH)'de yalıtım odası olmadığından, ağırlıklı kısıtlama yöntemi mekanik bağlamadır. Hastane yönetiminin Ocak 2006'da bağlama sıklığını azaltmayı hedefleyen bir program başlatılmış, ilk adım olarak "bağlama endikasyonları ve uygulama ilkeleri" ile ilgili yönerge yayımlanmıştır. Bu yönergeye göre; bağlamanın sözle ya da ilaçla sakinleştirme etkisiz kaldığında son seçenek olarak görülmesi, bağlanma nedeninin hastaya açıklanması, uygulamanın olabildiğince kısa zamanda sonlandırılması gerekmektedir. Gömlekle bağlamadan kaçınılması, yalnızca yatağa bağlamanın yeğlenmesi, hastanın sıklıkla yüz yüze yeniden değerlendirilmesi (hemşirenin 15 dk.'da bir, doktorun saatte bir), iki saatte bir dolaşım rahatlatmasının gerçekleştirilmesi, bağlı hastanın yanında bağırsız hastanın bulundurulmaması önerilmektedir. Yönerge,

bağlamaya hekimin karar vermesi ya da acil durumlarda hemşire tarafından bağlatılan hastanın en kısa zamanda hekim tarafından değerlendirilmesi, bağlama çizelgesinin doldurulması, tıbbi dosya servis bağlama defterine kayıt zorunluluğu getirmektedir. Ayrıca bağlanan her hastanın tıbbi dosyasına ve servis bağlama kayıt defterine gerekli bilgilerin kaydedilmesi zorunludur. Servis bağlama kayıt defterinin birinci bölümünde hastanın adı-soyadı, servis adı, dosya protokol no, tarih, bağlamanın başladığı ve bittiği saat, bağlama yöntemi (yatağa bağlama, gömlekle yatağa bağlama), bağlama noktaları (el bilekleri, ayak bilekleri, göğüs, diğer), bağlama sırasında uygulanan ek tedavi, kararı veren doktorun adı soyadı ve imzası yer almaktadır. İkinci bölümünde ise; bağlama izlemi sırasında her 15 dakikada bir hastanın bedensel rahatlık ve iyiliği, dolaşımı, beslenme ve su ya da tuvalet gereksinimi

TABLO 2. Servislerin Bağlama Oranları Yönünden Karşılaştırılması.

Servis	Hasta sayısı	Bağlanan hasta	Bağlanmayan hasta	Servis içi bağlama oranı %	Servisler arası ki kare	Servisler arası p	Hastane geneli ki kare	Hastane geneli p
1. Erişkin kadın servisi	96	22	74	22.9				
2. Erişkin kadın servisi	97	31	66	31.9	3.27	A.D.		
3. Erişkin kadın servisi	89	19	70	21.3				
1. Erişkin erkek servisi	69	20	59	28.9				
2. Erişkin erkek servisi	59	24	35	40.7			19.72	<0.05
3. Erişkin erkek servisi	63	16	47	25.3	16.33	<0.01		
4. Erişkin erkek servisi	65	10	55	15.4				
5. Erişkin erkek servisi	67	15	52	22.3				
6. Erişkin erkek servisi	73	10	63	13.7				
Ara toplam	678	167	511	24.6				
Ergen kadın servisi	23	5	18	21.7				
Ergen erkek servisi	26	6	20	23.1				
Alkol-madde psikoza servisi	25	10	15	40.0				
Tutuksuz erkek adli servisi	22	1	21	0.5				
Tutuklu erkek adli servisi	36	5	31	13.8				

olup olmadığıyla ilgili hekim ya da hemşire notları yer alır. Ayrıca her saat ölçülmesi gereken kan basıncı, nabız, ateş ve solunum sayısının kaydedilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma, yönergenin uygulamaya konulmasından dört ay sonra 15 Mayıs-14 Haziran 2006 tarihleri arasında hastanedeki tüm hastalara uygulanan mekanik bağlama oranlarını saptamak için planlanmıştır.

Bu araştırma ile Türkiye'nin en büyük ruh sağlığı bölge hastanesinde uygulanması başlatılmış olan bağlamayı azaltma-kaldırma çabalarına veri tabanı oluşturmak, bu hedefe yönelik durum saptaması yapmak, bağlama ile ilgili değişkenleri saptayarak azaltma çalışmaları için alınacak önlemleri güçlendirmek ve elde edilen sonuçları dünyadaki kısıtlama değişkenlerine göre değerlendirmek amaçlanmıştır (Bilici 2007).

YÖNTEM

Örneklem

Çalışmanın yapıldığı dönemde BRSHSH, ülkenin

en kalabalık kentinde (İstanbul-12 milyon), en geniş nüfusa (18 il/ yaklaşık 25 milyon kişi) hizmet veren, bir bölge hastanesi ve uzman yetiştiren bir eğitim kurumdur. Yerel olanaklarla tedavi edilemeyen ve ciddi psikotik bozukluğu olan hastalar yatırılarak tedavi edilmeleri için buraya gönderilmektedir. Ergen, adli ve alkol-maddeye bağlı psikotik bozukluğu olan hastalar cinsiyetlerine göre ilgili servislere yatırılmaktadır. Bu özelliği olanlar dışındaki erişkin psikotik hastalar ise herhangi bir seçim uygulanmadan geliş sırasına göre cinsiyetlerine uygun servislere yatırılmaktadır.

Bir aylık zaman diliminde hastanenin akut psikiyatri servislerinde (14 serviste toplam 628 yatak) yatırılarak tedavi gören ve mekanik bağlama uygulanan tüm hastalar araştırmaya alınmıştır. Adli (97), ergen (35) ve alkol-madde psikoza (20) servisleri bütün servislerle birlikte hastanenin geneliyle ilgili bağlama değerlendirmelerine katılmıştır. Ancak bu servisler hastalarının özellikleri, yatırılma koşulları ve nedenleri, yatış süreleri farklı olduğundan, bağlama ile ilgili değişkenlerin değerlendirilmesi

TABLO 3. Hasta Bağlanma Riski ve Ortalama Bağlama Süresi ve Kişi Başına Ortalama Bağlama Süresi.

Servis					Ortalama bağlama süresi (saat)				Kişi başına bağlama süresi (saat) (servis toplam bağlama süresi/ toplam bağlama sayısı)			
	Hasta sayısı	Bağlanan hasta sayısı	Toplam bağlama süresi (saat)	Hasta bağlanma riski	Ortalama	St. Sapma	En az	En çok	Ortalama	St. Sapma	En az	En çok
1. Erişkin KS	96	22	239	2.49	10.86	12.83	2.00	54.50	3.96	2.76	1.50	14.50
2. Erişkin KS	97	30	533.75	5.50	17.79	29.16	0.25	150.00	5.21	3.94	0.25	15.00
3. Erişkin KS	89	18	166	1.87	9.22	6.55	1.00	20.00	4.81	3.14	1.00	12.00
1. Erişkin ES	69	18	121.5	1.76	6.75	7.98	0.50	33.00	2.36	1.35	0.50	4.50
2. Erişkin ES	59	21	90.5	1.53	4.90	4.53	0.50	20.50	2.95	1.78	0.50	8.00
3. Erişkin ES	63	15	81.5	1.29	5.43	6.06	1.00	25.00	2.68	1.38	1.00	6.50
4. Erişkin ES	65	9	60.5	0.93	6.72	10.96	0.50	32.50	2.89	2.79	0.50	8.50
5. Erişkin ES	67	14	64	0.96	4.57	5.16	0.50	16.00	1.64	0.72	0.50	3.00
6. Erişkin ES	73	10	18	0.25	1.80	1.25	1.00	4.50	1.58	0.85	1.00	3.50
Ara toplam	678	157	1374.75	0.23	8.83	15.20	0.25	150.00	3.43	2.80	0.25	15.00
Ergen KS	23	4	13	0.57	3.25	2.90	0.50	6.00	1.28	1.00	0.50	2.75
Ergen ES	26	5	56	2.15	11.20	10.44	1.50	23.50	2.12	0.65	1.33	2.75
Alkol-madde PS	25	10	51.5	2.06	5.15	7.19	0.50	23.00	1.55	0.77	0.50	3.00
Tutuksuz EAS	22	1	6.5	0.30	6.50	0.0	6.5	6.5	6.50	0.0	6.5	6.5
Tutuklu EAS	36	5	22.5	0.63	4.50	3.24	1.50	8.00	3.08	2.92	0.75	8.00
Genel toplam	810	182	1524.25	0.22	8.83	15.28	0.25	150.00	3.25	2.72	0.25	15.00

ES: Erkek Servisi, KS: Kadın Servisi, PS: Psikoz Servisi, EAS: Erkek Adli Servisi.

rilmesi için yapılan servisler arası karşılaştırmaya alınmamıştır. Hastaların başvuru sırasına göre ve herhangi bir seçim uygulanmaksızın sırayla yatırıldığı, dolayısıyla hasta yönünden türdeş olan 3 kadın ve 6 erkek akut psikoz servisi (476 yatak) karşılaştırılmıştır.

Gereçler

Yarı-Yapılandırılmış Görüşme ve Bilgi Çizelgesi: Araştırmacılar tarafından hazırlanmış üç bölümlü bir çizelgedir. 1) Sosyodemografik bilgiler; 2) Geçmişte şiddet içeren davranış, intihar davranışı, hastaneye yatış şekli, yatış sayısı ve alkol/madde kullanımı bilgileri; 3) Bağlama uygulamaları ile ilgili bilgiler.

Akut Psikiyatri Servisleri ile İlgili Çizelge: Akut

psikiyatri servislerinin toplam yatak sayısı, yeni yatan hasta, çalışma saatlerinde ve nöbetlerde çalışan hemşire, hizmetli, klinik şefi, klinik şef yardımcısı, uzman ve asistan doktor sayısının kaydedildiği bir çizelgedir. Araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ): Overall ve Gorham (1962)'in geliştirdiği Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), daha sonra Lukoff ve arkadaşları (1986, 1993) tarafından genişletilmiş ve Soykan (1989) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.

Uygulama

Bütün uygulamaları tek araştırmacı gerçekleştirmiştir. Hastalarla ilk bağlanmalarından sonraki 24 saat

TABLO 4. Toplam Bağlama Sayısı, Toplam Bağlama Süresi, Ortalama Bağlama Süresinin Cinsiyete Göre t Testi ile Karşılaştırılması.

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart sapma	t	p
Toplam bağlama sayısı	Kadın	74	2.5405	2.61287	0.690	A.D.
	Erkek	108	2.2778	2.38309		
Toplam bağlama süresi	Kadın	74	11.1319	12.51478	3.560	<0.001
	Erkek	108	5.4167	6.58464		
Kişi başına ortalama bağlama süresi	Kadın	74	4.5304	3.40521	5.019	<0.001
	Erkek	108	2.3880	1.65989		

A.D.: Anlamlı değil.

içerisinde görüşülmüş, hastalara Yarı-Yapılandırılmış Görüşme ve Bilgi Çizelgesi (YYGÇ) ve Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) uygulanmıştır. Hasta birden çok bağlanmışsa, her bağlanmasından sonraki 24 saat içinde hastayla yeniden görüşülmüş böylece sonraki bağlamalarla ilgili bilgiler de toplanmıştır.

İstatistiksel çözümleme

Veri dökümü ve çözümlenmesinde; kategorik verileri diğer kategorik verilerle kıyaslarken ki-kare testi kullanılmıştır. Toplam örnek grubunu içeren iki grubun nicel değerlerini kıyaslarken örnek sayısının yeterli olması nedeniyle bağımsız gruplar için t-testi, grup sayısı ikiden fazla (örneğin servisler için) olduğunda nonparametrik Kruskal-Wallis, tek yönlü ANOVA ve ilgili kıyaslamalarda post-hoc test olarak Scheffe testi, grup içi aynı birimli iki nicel değişkenin farkını incelerken eşli-t testi kullanılmıştır. Oransal niceliklerin birbirleriyle ilişkisine bakarken Pearson korelasyon katsayısı, yapay niceliklerin birbirleriyle veya başka niceliklerle ilişkisini değerlendirirken Spearman korelasyon katsayısı uygulanmıştır. Tüm testlerde anlamlılık sayısı 0.05 alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya alınan 14 akut servise bir ayda yatırılan akut psikotik hasta sayısı 810, hastane genelinde bağlanan hasta sayısı 194 (%23.9)'dü. Bağlanmış hastalardan 12'si farklı nedenlerle 24 saat dolmadan hastaneden çıkarıldığından 182'si değerlendirmeye alındı. Özellikleri nedeniyle seçilmiş hastaların yatırıldığı Adli Psikiyatri, Alkol-madde Psikoza, Ergen Psikiyatrisi servisleri (top-

lam 27 hasta) hastane genel değerlendirmesine alınmış, ancak servisler arası kıyaslamalar 9 servisten 157 hasta üzerinden yapılmıştır (Tablo 1).

Genel değerlendirmeye alınan 182 hastanın 74'ü (%40.6) kadın, 108'i (%59.3) erkektir. Bağlanmayan 628 hastanın ise 248'i (%39.5) kadın, 388'i (%60.5) erkektir, aradaki fark anlamlı değildi. Bağlanan hastalar (ortalama (m = 34.0, standart sapma ss = 11.5) tüm hasta grubuna (m = 40.15, ss = 12.26) göre anlamlı derecede (t = 4.91, p< 0.001) daha gençti. Bağlanan hastaların en küçüğü 15 en büyüğü 77 yaşındadır, ortalama 34.0 (ss= 11.5). Kadınların yaş ortalaması 36.3 (ss= 12.4), erkeklerin 32.5 (ss= 10.7)'dir, aradaki fark anlamlı bulunmuştur (t= 2.211, p<0.05).

Servisler bağlama oranına (bağlanan hasta/toplam hasta) göre karşılaştırıldığında en yüksek oran İkinci Erkek Servisi'nde (%40.7), en düşük oran ise Altıncı erkek Servisi'nde (%13.7) saptanmıştır. Kadın servisleri arasında bağlama oranı yönünden fark saptanmamış, erkek servisleri arasında ise anlamlı bir fark görülmüştür. İleri ki kare çözümlemesinde de en çok bağlama oranı İkinci Erkek Servisi'nde, en az erkek Servisi'nde görülmüş ve anlamlılığın bu servisler arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Tüm erişkin servisleri kıyaslandığında bağlama oranlarının anlamlı derecede farklı olduğu saptanmış farkın burada da İkinci erkek Servisi'nden kaynaklandığı anlaşılmıştır (Tablo 2).

Tüm akut servislerde bir aylık sürede toplam 1524.3 saat bağlama uygulanmıştır. Ortalama süre 3.25 saattir. Servislerin bağlama ile ilgili veri tabanı değerlendirildiğinde, büyük farklılıklar olduğu görülmüştür. Toplam

TABLO 5. İlk Üç Bağlamanın Nedenleri ve Sayıları.

Bağlanma Nedenleri	1. Bağlanma sayısı	2. Bağlanma sayısı	3. Bağlanma sayısı	Toplam Bağlanma sayısı
Hasta sayısı	182	78	51	311
İnsana dönük etkin şiddet				
Başka hastaya saldırgan davranış	59 (% 14.3)	15 (% 9.3)	15 (% 12.2)	89 (% 11.9)
Tedavi ekibine saldırgan davranış	73 (%17.7)	30 (% 18.6)	18 (% 14.7)	121 (% 17.4)
Kendini yaralama	30 (% 7.2)	14 (% 8.6)	10 (% 8.1)	54 (%7.8)
İnsana dönük şiddet (Toplam)	162 (% 39.2)	59 (% 36.5)	43 (%35.0)	264 (% 37.1)
İnsana dönük olası şiddet				
Şiddet davranışında bulunma tehdidi	75 (% 18.2)	25 (% 15.5)	20 (% 16.3)	120 (% 17.3)
Eşyaya yönelik şiddet	41 (% 9.9)	17 (% 10.5)	22 (% 18.0)	80 (% 11.5)
İnsana dönük şiddet olasılığı (Toplam)	116 (% 28.1)	42 (% 26)	42 (% 34.3)	200 (% 28.8)
Servis ortamıyla ilgili nedenler				
Aşırı gürültü çıkarma - davranış bozukluğu	100 (% 24.3)	49 (% 30.4)	34 (% 27.8)	183 (% 26.4)
Servisten izinsiz çıkma girişimi	25(% 6.0)	10(% 6.2)	0	35 (% 5.0)
Başka	8 (% 1.9)	1 (% 0.6)	3 (% 2.4)	12 (% 2.7)
Servis ortamıyla ilgili nedenler (Toplam)	133 (% 32.2)	60 (% 37.2)	37 (% 30.2)	230 (34.1)
Bağlama nedenleri toplam sayısı	411(% 100)	161(% 100)	122 (% 100)	694 (% 100)

bağlanan hasta sayısı (30 kişi), toplam bağlama süresi (533.75 saat), hasta bağlanma riski (2.49), ortalama bağlama süresi (17.8 saat), en uzun süre bağlanma (150 saat), kişi başına bağlama süresi (5.21 saat) değişkenlerinin en yüksek olduğu servis 2. Kadın Servisi'dir. Buna karşılık en düşük bağlanan hasta sayısı (9 kişi) 4. Erkek Servisi'nde saptanmış, toplam bağlama süresi (18 saat), hasta bağlanma riski (0.25), ortalama bağlama süresi (1.80 saat), kişi başına düşen bağlama süresi (1.58 saat) bakımından en düşük değerler ise 6. Erkek Servisi'nde saptanmıştır (Tablo 3).

Bağlanan tüm hastaların toplam bağlama sayısı, kadınlar ortalama 2.5, erkeklerde 2.3 bulunmuştur, fark anlamlı değildir. Kadınların toplam bağlama süresi ortalaması 12.9 saat, erkeklerinki 6.05 saattir ($p<.01$). Kişi başına ortalama bağlama süreleri ise kadınlar için 4.5, erkekler için 2.4 saattir ($p<.001$). Kadınların yatışları boyunca daha uzun süre bağlı kaldıkları görülmektedir. (Tablo 4).

Bağlanan hastalardan geçmişte şiddet davranışları olanlar %84, olmayanlar %11'dir. %4.9'undan bilgi edinilememiştir. Geçmişte %34'ünün insana, %2.2'nin

mala, %47.8'inin ise hem insana hem mala yönelik şiddet uyguladığı; %17.6'sının şiddet davranışının hafif, %50.5'inin orta, %14.8'nin ciddi derecede olduğu, %1'inin ise çok ağır şiddet uyguladığı öğrenilmiştir. Servisler geçmişteki şiddet davranışlarının derecesi ile toplam bağlama süreleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bağlanan 182 hastadan 88 (%48)'inin 'Psikotik Bozukluklar', 89 (%49)'unun 'duygudurum bozuklukları' grubunda yer aldığı, kalan 5 hastadan üçünün 'alkol bağımlılığı', 'madde (kannabis) intoksikasyonu', 'davranım bozukluğu' tanılarıyla izlendiği, ikisinin 1. eksen tanıların olmadığı görülmüştür. En fazla görülen tanı 'iki uçlu bozukluk-manik epizod' iken (64-%35), ikinci sırada 'şizofreni' (33-%18), üçüncü sırada 'başka türlü adlandırılmayan (BTA) psikotik bozukluk' (27-%15) yer almış, ikinci eksen tanılarına bakıldığında ise 12 kişide 'zekâ geriliği', 7 kişide 'antisosyal kişilik bozukluğu' ve 4 kişide diğer kişilik bozukluklarının olduğu saptanmıştır. Hastaların 1. eksen tanıları, bağlama sayıları ve ortalama bağlama süreleri t testi ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

TABLO 6. Servis Çalışanlarının Sayısı ve Kişi/Yatak Oranı.

Servis	Yatak sayısı	Gündüz hemşiresi	Gündüz hizmetli	Nöbetçi hemşire	Nöbetçi hizmetli	Uzman psikiyatr	Psikiyatri asistanı
1. Kadın servisi	60	5 (%8.3)	4 (%6.7)	2 (%3.3)	2 (%3.3)	6 (%10)	5 (%8.3)
2. Kadın servisi	62	5 (%8.1)	6 (%9.7)	2 (%3.2)	2 (%3.2)	4 (%6.5)	5 (%8.1)
3. Kadın servisi	67	6 (%8.6)	6 (%8.6)	2 (%2.9)	2 (%2.9)	4 (%5.9)	5 (%7.5)
1. Erkek servisi	48	4 (%8.3)	4 (%8.3)	2 (%4.1)	2 (%4.1)	4 (%8.3)	3 (%6.3)
2. Erkek servisi	48	5 (%10.4)	6 (%12.5)	2 (%4.1)	2 (%4.1)	4 (%8.3)	4 (%8.3)
3. Erkek servisi	48	5 (%10.4)	5 (%10.4)	2 (%4.1)	2 (%4.1)	5 (%10.4)	7 (%14.6)
4. Erkek servisi	48	6 (%12.5)	6 (%12.5)	2 (%4.1)	2 (%4.1)	2 (%4.1)	6 (%12.5)
5. Erkek servisi	46	4 (%8.7)	5 (%10.9)	2 (%4.3)	2 (%4.3)	3 (%6.5)	6 (%13.0)
6. Erkek servisi	49	5 (%10.2)	5 (%10.2)	2 (%4.1)	2 (%4.1)	4 (%8.2)	4 (%8.2)
Ergen kadın servisi	16	2 (%12.5)	2 (%12.5)	1 (%6.2)	1 (%6.2)	3 (%18.8)	2 (%12.5)
Ergen erkek servisi	19	2 (%10.5)	2 (%10.5)	1 (%5.3)	1 (%5.3)	3 (%18.3)	2 (%10.5)
Alkol-madde psikoz servisi	20	2 (%10.0)	2 (%10.0)	1 (%5.0)	1 (%5.0)	3 (%15.0)	2 (%10.0)
Tutuksuz erkek adli servisi	55	7 (%12.7)	3 (%5.4)	1 (%1.8)	2 (%3.6)	3 (%5.4)	2 (%3.6)
Tutuklu erkek adli servisi	42	5 (%11.9)	2 (%4.7)	1 (%2.4)	1 (%2.4)	3 (%7.1)	2 (%4.7)
Toplam	628	63 (%10.0)	58 (%9.2)	23 (%3.6)	24 (%3.8)	51 (%8.1)	55 (%8.8)

Nöbet ya da gündüz çalışma durumuna göre servislerde görevli hekim, hemşire, hizmetli sayısı ve görevli/hasta oranı saptanmış, bu değişkenler yönünden servisler arasında bir fark ve bu değişkenlerle bağlama arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 6).

Araştırmaya alınan tüm servislerde bağlamaların % 43.82'si (ss= 0.4270) çalışma saatlerinde geri kalanı gece ya da hafta sonu gerçekleşmiştir. Olağan çalışma saatlerinde toplam bağlama süresi ortalaması 3.5. çalışma dışı 4.9 saat olduğu görülmüştür. Fark anlamlıdır (t= 2.332, p< .05). Genelden tek ayrılan 6. Erkek Servisidir, burada çalışma saati içi toplam bağlama süresinin çalışma saati dışındakinden uzun olduğu görülmüştür.

Kadınların %50'si, erkeklerin %61'i tüm hastaların %56.6'sı en az bir kez bağlanmış, yatış süresince 6 ve daha çok sayıda bağlanma oranı %10.4 olmuştur. Kadın ve erkek bağlama sayıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Birden çok bağlananların ilk üçündeki bağlanma nedenleri incelenmiş, ilkinde %39.2 insana dönük etkin şiddet, %28.1 insana dönük olası şiddet, %30.3 servis kurallarına uymama olarak bulunmuştur. Bu oranlar

ikinci bağlamada %36.5, % 26, %36.6'ya; üçüncüde %35, %34.3 ve %27.8'e dönüşmektedir (Tablo 5).

İlk bağlanmadan sonraki 24 saat içinde KPDÖ uygulanan hastalarda saptanan puan en az 19, en çok 71 ve ortalama 44.4 (ss = 9.704) oldu. Servislerin toplam bağlama süresi ve toplam bağlama sayıları ile KPDÖ puanı arasında anlamlı ilişki elde edilememiş, KPDÖ puanı ile ortalama bağlama süresi (r= 0.153, p< .05) ve bağlama sayısı (r= 0.259, p< .001) arasında anlamlı ama zayıf ilişkiler saptanmıştır.

Servislerdeki uzman, asistan, hemşire ve hizmetli sayısı ile toplam bağlama sayısı, toplam bağlama süresi ve ortalama bağlama süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

TARTIŞMA

Yalıtım ve bağlama farklı uygulamalardır. Hedef ve sonuçları da farklıdır. Aynı yöntem gibi algılanmaması ve birbirleri yerine kullanılmamasıdır (Tsemberis ve Sullivan 1988). BRSHH'de bireysel yalıtım odaları olmadığından, araştırma sonuçlarının yalıtım odaları bulu-

nan hastanelere göre farklı olması beklenir. Araştırmada bağlama ile ilgili sonuçların, genel anlamda BRSHH için “hastanın kısıtlanması” olarak algılanmasının daha doğru bir değerlendirme olacağı düşüncesindeyiz. Bu nedenle tartışmada hem yalıtım hem de bağlama ile ilgili araştırmalardan yararlanılmıştır.

Araştırmanın kısıtlılıklarından biri, “bağlamayı azaltma programı” öncesi kayıtlar, karşılaştırılabilir bir veri tabanı oluşturmadığından, hastane yönetiminin yayımladığı yönerge etkisiyle dört ayda değişiklik olup olmadığının saptanamamasıdır. Ancak araştırma verilerimizin gelecekteki araştırmalara bir karşılaştırma tabanı sağlaması beklenir.

Bağlanmış hastaların, çeşitli değişkenler yönünden bağlanmamış hastalarla karşılaştırılmamış olması da ikinci bir kısıtlılıktır. Bu kısıtlılık araştırma ile durumu raporlamak ve geleceğe dönük bir veritabanı oluşturmak amacıyla olanakların tamamını bağlanmış hastalarla ilgili verileri saptamaya yöneltmiş olmamızdan kaynaklanmakta.

Araştırmada cinsiyet, öğrenim, medeni durum, hastanın kimlerle yaşadığı, çalışma durumu, erkeklerin askerlik yapıp yapmaması, sosyal güvencesi olup olmamak gibi sosyodemografik özellikler ile bağlanma sayısı, toplam bağlanma süresi ve kişi başına ortalama bağlanma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Kadın yaş ortalaması (36.2), erkek yaş ortalamasından (34.6) anlamlı ölçüde yüksekti. Gençlerin daha kısa süre bağlanması gerekmişti ve aradaki ilişki anlamlıydı, bu sonuç Smith ve arkadaşlarının (2005) sonuçları ile benzerdir.

Hastaların çoğunun (% 56.6) bir kez bağlandığı bulgusu, Thompson (1986) ve Üçok (1996)’un çalışma sonuçlarıyla uyumludur. Phillips ve Nasr’ın araştırmasında (1983) olduğu gibi çalışmamızda da tüm hastalarda 6 ve daha çok sayıda bağlanma oranı %10 olarak saptanmıştır. Kadınlar ortalama 2.5, erkekler 2.3 kez bağlanmışlardı ve bu fark anlamlı değildi. Smith ve arkadaşlarının araştırmasında (2005) bağlama sayı ve süreleri cinsiyetler arası farklılık göstermezken Forquer ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında erkeklerde yalıtım veya bağlama uygulamaları daha fazlaydı. Hastanemizdeki ortalama bağlama sayısının, Kaltiala-Heino ve arkadaşlarının (2003) sonuçlarına (3.8) göre düşük olduğu saptanmıştır.

Toplam bağlama süresi ortalaması 8.8 saat (ss= 15.3) olarak saptandı. Kaltiala-Heino ve arkadaşlarının (2003) araştırmasında 19.4 saattir (ss: 21.9). Smith ve arkadaşlarının araştırmasında (2005) ise toplam bağlama süresi or-

talaması 1992 yılında 12 saat iken, uygulanan programla 2000 yılında 1.9 saate düşmüştü. Tunde-Ayinmode ve Little (2004)’in araştırmasında ise toplam yalıtım süresi 1 ile 49 saat arasında değişirken toplam bağlama süresi ortalaması 9 saattir. Ortalama bağlama süresinin psikiyatri yazınında bildirilene oranla düşüklüğü, azaltma programının başında olan hastanemiz için umut vericidir.

Cinsiyete göre bağlama sayısı farklı olmadığı halde; erkek hastaların daha fazla saldırgan eylemlerde bulunmalarına karşın, kadınlar toplam ve ortalama olarak anlamlı ölçüde daha uzun süre bağlı tutulmuşlardı. Kadınların sıkıntılarını dile getirirken daha yüksek duygu dışavurumu göstermeleri ve öte yandan araştırmamızda saptanan en yaygın bağlama nedeninin ‘aşırı gürültü çıkarma’ olduğu göz önüne alındığında, kadınların daha uzun süre bağlanmış olmalarının amacı, servis içi sessizlik ve düzeni sağlamak olabilir.

Crenshaw ve arkadaşlarının (1997) araştırmasında geçmişte suç işlemiş akıl hastalarının toplam bağlama sayı ve sürelerinin daha uzun olduğu gösterilmiş olmasına rağmen araştırmamızda geçmişteki şiddet davranışlarının niteliği ile toplam bağlama süre ve sayıları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Ayrıca adli servislerdeki bağlama sayı ve süreleri de diğer servislerden uzun değildi.

Bağlanan hastaların tanılarında psikotik bozukluklar çoğunlukta, duygudurum bozuklukları ikinci sıradaydı. Ancak BTA psikozlar ayrı tutulduğunda tanılarda ilk sırada ‘iki uçlu bozukluk’, ikinci sırada ‘şizofreni’ yer almaktaydı. Üçok ve arkadaşlarının (1996) araştırmasında da benzer sonuçlar bulunmuş olmakla birlikte Tunde-Ayinmode ve Little (2004) ve Kaltiala-Heino ve arkadaşlarının (2003) araştırmalarında tanı çoğunlukla ‘şizofreni’ydi ve ‘iki uçlu bozukluk’ ikinci sıradaydı. Forquer ve arkadaşları (1996) da ‘şizofreni’ tanısının yalıtım veya bağlama için daha büyük risk oluşturduğunu saptamışlardı. Bağlama kararının hastaların tanısından çok davranışlarına ve hastane çalışanlarının tutumuna bağlı olduğu göz önüne alınırsa, her araştırmadaki sonucun hastaneye yatırılan hasta nüfusunun tanı özelliğine bağlı olacağı sonucuna varılabilir.

İlk üç bağlamada ek tedavi yapıp yapılmadığına bakıldığında; toplam 311 bağlamanın 202’sinde (%65) ek tedavi uygulanmamış, tedavi uygulananların 89’unda (%81.6) tipik antipsikotik (%83’ü haloperidol, %12’si klorpromazin), 12’sinde (%11) benzodiazepin ve 8’inde (%7.3) atipik antipsikotik kullanılmıştı. Cannon ve arkadaşlarının araştırmasında ise kimyasal bağlama türlerine bakılmış ve hastaların %93’ünde haloperidol, %82’sinde

midazolam ve %59'unda diazepam kullanıldığı saptanmıştır. Şiddeti ve saldırgan davranışı önlemek amacıyla standart günlük tedavinin dışında ek ilaç tedavisi önerilmemekte (Curie 2005), ayrıca nöroleptik malign sendrom, bağlanmış hastanın ajitasyonu nedeniyle oluşabilecek başka sakıncaları dikkat çekilmektedir. Araştırmamızda bağlanan hastaların çoğunda ek ilaç tedavisi uygulanmamış olması sevindiricidir.

Bağlanma nedenlerine bir grup olarak bakıldığında insana dönük etkin şiddet (%37.1) ilk sırayı, servis ortamıyla ilgili nedenler (%34.1) ikinci sırayı, insana dönük şiddet olasılığı (%28.8) üçüncü sırayı almaktadır. İlk üç bağlamanın nedenlerinin alt başlıklarına bakıldığında en sık bağlama nedeni aşırı gürültü çıkarma ve davranış bozukluğu (%26.4) olarak saptanmıştır. Bunu tedavi ekibine saldırgan davranış (%17.4), şiddet davranışında bulunma tehdidi (%17.3), başka hastaya saldırgan davranış (%12.8), eşyaya yönelik şiddet (%11.5), kendini yaralama davranışı (%7.8) ve servisten izinsiz çıkma girişimi (%5) izlemiştir.

Bağlama nedenleri arasında etkin saldırgan davranış %40'a yakındır. İnsana dönük olası şiddet de eklendiğinde, yaklaşık 2/3'ü insana dönük etkin ve olası şiddet olarak öne çıkmaktadır. Yalıtım-bağlama gerekçeleri içinde en yaygın kabul edileni, diğer araçların yetersiz kalması durumunda 'gerçek şiddet' ya da 'şiddet tehdididir'. Brown ve Tooke (1992), yalıtım uygulama nedenleri üzerine yapılan 17 araştırmayı çözümlemiş, yalnızca ikisinde 'şiddetin' ve birinde de 'şiddet tehdidinin' en önemli neden olduğunu, altısında ise en önemli nedenin 'ajitasyon' olduğunu göstermişlerdir. Üçok ve arkadaşlarının (1996) ve Tunde-Ayinmode ve Little (2004)'in araştırmalarında en sık yalıtım nedeni hastanın kendisine veya başkalarına zarar vermesi olarak belirlenmiştir. Swett (1994), 'şiddet tehdidini' yalıtım ve bağlama kullanımında en yaygın neden olarak bildirmiştir. Oysa birçok araştırmada öne çıkan servis ortamıyla ilgili nedenlerdir (Brown ve Tooke 1992; Hammill ve ark. 1989; Heilburn ve ark. 1995; Soloff ve Turner 1981; Walsh ve Randell 1995). Servis ortamıyla ilgili nedenlerin, hastanın huzursuzca etrafta dolaşması, iletişimde öfkeli tepki vermesi, gürültülü, rahatsız edici eylemlerde bulunması, soyunma, masturbasyon gibi açıkta cinsellik sergilemesi, servisten çıkma girişimi gibi davranışları kapsadığı ve 'salırgan olmayan taşkın davranış' olarak değerlendirildiği saptanmıştır. Servis ortamıyla ilgili neden olarak 1/3, hiç de azımsanacak bir oran değildir. Elbette ajite bir hastanın servis düzenini bozma davranışı daha sonra şiddet davranışına dönüşme tehdidi içermektedir ancak bununla başa çıkmak için daha az kısıtlayıcı ve daha fazla tedavi edici yollar aranmalıdır. Ayrıca bu

hastaların kısıtlanmamaları halinde daha sonra gerçekten saldırganlaşıp saldırganlaşmayacakları tam bilinmemektedir. Kaltiala-Heino ve arkadaşları da (2000) psikiyatrik birimlerde zorlama ve kısıtlamaların belki de aşırı derecede ve erken aşamada kullanıldığını belirtmişlerdir.

Bağlamaların yaklaşık %44'ü çalışma saatleri içinde %56'sı nöbet saatlerinde gerçekleşmiştir. Çalışma saatleri toplam bağlama süresi ortalama 3.5 saat, nöbetlerde 5 saatte ve aradaki fark anlamlıydı. Nöbet saatlerinde hasta başına düşen doktor, hemşire ve yardımcı personelin gündüze göre daha az olduğu düşünülürse bağlamanın daha fazla olması ve daha uzun sürmesi şaşırtıcı değildir. Bununla birlikte yalıtım ve bağlamanın daha çok çalışma saatlerinde uygulandığını saptayan araştırmalar ağırlıktadır (Smith ve ark. 2005; Tunde-Ayinmode ve Little 2004; Phillips ve Nasr 1983). Smith ve arkadaşları'nın (2005) araştırmasında bağlı kalma süreleri hafta içi ve hafta sonu farklılık göstermemiştir. Saatlere göre değerlendiren araştırmalarda, bağlama gereksinimini artıran davranışların günlük işleyişin geçiş saatlerinde yükseldiği, hasta ve çalışanların karşılıklı beklentilerinin azaldığı zamanlarda saldırganlık potansiyelinin ve kısıtlama önlemlerine gereksinimin azaldığı görülmüştür (Way 1986; Silver ve Yudofsky 1987).

Morrison ve Lehane (1995) hasta-personel oranlarını araştırmış, personel sayısı az olduğunda yalıtımın fazla uygulandığını saptamışlardır. Birçok çalışmada günün saati ve yalıtım veya bağlama uygulamaları arasındaki olası ilişki incelenmiştir ancak bir tanesi hasta-personel oranını gözden geçirmiş ve akşam nöbetlerinde hasta-personel oranlarından bağımsız olarak daha fazla oranda yalıtım ve bağlama uygulandığını belirtmiştir (Way ve ark. 1992). Araştırmamızda hastaların nöbet sırasında daha çok sayıda ve daha uzun süre bağlanmış olması, olasılıkla çalışma saatlerinde çalışan kişi sayısının yüksek olmasıyla ilişkilidir. Bu koşullarda hekim ve hemşirelerin, daha çok sayıda hastadan sorumlu olmalarından gelen bir denetimsizlik kaygısıyla, daha kolay bağlama kararı verdikleri ve çözmekte aceleci davranmadıkları düşünülebilir.

İlk bağlamalardan sonraki 24 saat içinde yapılan KPDÖ uygulamalarında ortalama KPDÖ puanı 44.4 olarak ölçülmüş ve KPDÖ puanları toplam bağlama süreleri ve bağlama sayılarıyla karşılaştırıldığında servisler arasındaki farkların anlamlı olmadığı görülmüştür. KPDÖ puanı ile ortalama bağlama süresi ve bağlama sayısı arasında anlamlı ama düşük ($r:0.15$ ve $r:0.26$) korelasyonlar saptanmıştır.

BRSHH'de en düşük bağlama oranı ile en yüksek arasındaki fark yaklaşık 3 kattı (13.7-40.7). Bu fark, hastaların bağlı kalma süreleri yönünden 9.2 kata çıkmıştı (18

saat-166 saat). Kadınların bağlanma oranı, bağlı kalma süresi, yatan kişi başına bağlama süresi yüksekti. 2. Erişkin Kadın ve 2. Erişkin Erkek Servisleri'nde bulunan süreler diğer servislerden daha yüksekti. Araştırmanın yapıldığı dönemde bu servisler yeni kurulmuştu. Birinin ekibi önceden erkek psikoz servisinde, öbürününkiler ise psikotik olmayan hastaların yatırıldığı bir serviste çalışmaktaydı. Servislerdeki sağlık çalışanlarının genel mesleki deneyimlerinde bir fark saptanmamış olmasına karşın, bir servis ekibinin akut kadın hastayla, öbür ekibinse akut psikotik hastayla baş etme deneyimlerinin görece az olmasının sonucu etkileyeceği düşünülebilir. Bilindiği gibi kadın hastaların psikoz etkisindeki davranışları farklılık gösterir, öte yandan saldırgan hastayla baş etmede kuramsal bilgidен çok klinik deneyim belirleyicidir.

İki kadın ve bir erkek servisinde çalışma saatleri dışı toplam bağlama süresi istatistiksel olarak öbür servislerle oranla anlamlı ölçüde daha uzundu. Bu durum, daha çok nöbetçi ekibin saldırgan hastaya karşı müdahaledeki zorluğunu düşündürülebilir. Tüm bu farklılıkların servis çalışanlarıyla ilişkili olabileceği düşünülmüş ancak bu değişkenlerle toplam bağlama sayısı, süre ve ortalama bağlama süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Araştırmamızda BRSHH'nde hastaların bağlanma sayısı ve oranları dünya geneline kıyasla orta değerlerde bulunmuştur. Hastanın bağlanma ve uzun süre bağlı kalma riski, kadın olmasına, yaşının ileri olmasına, psikotik belirtilerinin şiddetliliğine bağlı olarak yükselmektedir. Çalışma dışı saatler, hastanın daha çok ve daha uzun süre bağlanması açısından risklidir.

Fisher (1994), "kültürel önyargılar, çalışanların görüş anlayışı ve klinik yönetiminin tutumları gibi klinik olmayan kurumsal etmenlerin, yaygın ve klinik etmenlere göre daha etkili olduğu" görüşünü öne sürmüştür.

Araştırmamızda karşılaştırılan servislere sırayla ve seçimsiz hasta yatırıldığı, hastaların KPDÖ puanları ve hastalara özgü tüm veriler açısından servisler arasında bir fark saptanmadığı halde, servisler arasında bağlama uygulamalarında sayı ve süre olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Bu durumda serviste çalışan hekimler başta olmak üzere tüm ruh sağlığı çalışanlarının, hastaların kısıtlanması ile ilgili önyargılarının, klinik yönetim anlayışlarının, deneyimlerinin, davranış ve tutumlarının önde gelen değiştirici etmen olarak öne çıktığı düşünülmektedir.

Ülkemizde de hasta kısıtlayıcı uygulamaların azaltılması ve kaldırılması için bir dizi çalışma gerektiğini düşünmekteyiz:

- 1) Yalıtım ve bağlama standartlarının saptanıp tüm ülkede geçerli kılınacak gereklerinin tamamlanması,
- 2) Tüm ruh sağlığı çalışanlarının ancak öncelikle acil poliklinik ve akut psikiyatri servislerinde çalışanların bu yönde tutum değiştirme ve beceri kazandırma eğitimine alınması,
- 3) Yalıtım ve bağlama uygulamalarının azaltılması için izleme programları oluşturulması ve uygulanması.

Yalıtım-bağlamayı azaltmada bir yol da, ilaç tedavisini saldırganlığı önleyecek duyarlılıkla düzenlemektir. Genel ilke, "her şeyi denedik" dememektir. Klasik tedaviler tükendiğinde bir dizi ilaç denemesi uygulanabilir. Örneğin klozapinin antipsikotik etkisinden bağımsız olarak saldırgan davranışı azalttığı gözlemi önemsenebilir. Birçok hasta için standart ilaç tedavilerine topiramate eklenmesi, klozapin uygulamasına dayanamayan ya da yanıt veremeyenlerde mezoridazin ve amantadin bileşiminin kullanımı ile önemli derecede başarı elde edilmiş, EKT'nin klozapine eklenmesinin de yardımcı olduğu ortaya çıkmıştır (Fisher 2003).

KAYNAKLAR

- APA (1999) American Psychiatric Association (Mayıs 1999) Resource guide on seclusion and restraint by the American Psychiatric Association. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Bilici R (2007) Psikiyatri kliniklerinde tecrit ve tespit uygulamaları. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 8. Psikiyatri Birimi.
- Black KJ, Compton WM, Wetzel M ve ark. (1994) Assaults by patients on psychiatric residents at three training sites. *Hosp Community Psychiatry*, 45: 706-10.
- Blanch A, Parrish J (1990) Report on round table on alternatives to involuntary treatment Rockville, MD, National Institute of Mental Health. September, 14-15.1990.
- Brown JS, Tooke SK (1992) On the seclusion of psychiatric patients. *Soc Sci Med*, 35(5):711-21.

- Busch AB (2005) Introduction to the special section. *Psychiatr Serv*, 56: 9. 1104.
- Busch AB, Shore MF (2000) Seclusion and restraint: A review of recent literature. *Harvard Rev Psychiatry*, 8: 261-70.
- Cannon M, Sprivulis P, McCarthy J ve ark. (2001) Restraint practices in Australasian emergency departments. *Aust N Z J Psychiatry*, 35(4):464-7.
- Cashin A (1996) Seclusion: the quest to determine effectiveness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Ser V*, 34(11):17-21.
- Chamberlin J (1985) An ex-patient's response to Soliday. *J Nerv and Ment Dis*, 173: 288-9.
- Crenshaw WB, Cain KA, Francis PS ve ark. (1997) An updated national survey on seclusion and restraint *Psychiatr Serv*, 48: 395-397.
- Cruz V, Abdul-Hamid M, Heater B ve ark. (1997) Research-based practice: Reducing restraints in an acute care setting-phase. *J Gerontol Nurs*, 20: 19-24.

- Curie CG (2005) SAMHSA's commitment to eliminating the use of seclusion and restraint. *Psychiatr Serv*, 56: 1139-40.
- Davidson NA, Hemingway MJ, Wysocki T ve ark. (1984) Reducing the use of restrictive procedures in a residential facility. *Hosp Community Psychiatry*, 35: 164-7.
- Dunbar JM, Neufeld RR, Libow LS ve ark. (1997) Taking charge: The role of nursing administrators in removing restraints. *J Nurs Adm*, 27: 42-8.
- Erdoş BZ, Hughews DH (2001) A review of assaults by patients against staff at psychiatric emergency centers *Psychiatr Serv*, 52: 1175-7.
- Fisher WA (1994) Restraint and seclusion: A review of the literature. *Am J Psychiatry*, 151: 1584-91.
- Fisher WA (2003) Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. *J Psychiatr Pract*, 9: 7-15.
- Flannery RB, Stone P, Rego S ve ark. (2001) Characteristics of staff victims of patients assault: ten year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Psychiatr Q*, 72: 237-248.
- Forquer S, Earle K, Way B ve ark. (1996) Predictors of the use of restraint and seclusion in public psychiatric hospitals. *Adm Policy Ment Health*, 23: 527-32.
- Glover RW (2005) Reducing the use of seclusion and restraint: A NASMHPD priority. *Psychiatr Serv*, 56: 1141-42.
- Gutheil TG (1987) Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. *Am J Psychiatry*, 135: 325-8.
- Hammill K, McEvoy JP, Koral H ve ark. (1989) Hospitalized schizophrenic patient views about seclusion. *J Clin Psychiatry*, 50: 174-7.
- HCFA: Health Care Financing Administration (1999) Hospital Condition of Participation. Federal Register Doc. 99-16543. Washington, DC, Government Printing Office.
- Heilburn K, Golloway G, Shoukry V ve ark. (1995) Physical control of patients on an inpatient setting: forensic vs civil populations. *Psychiatr Q*, 66: 133-145.
- Heyman E (1987) Seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 25: 9-12.
- Hill S, Petit J (2000) The violent patient. *Emerg Med Clin North Am*, 18: 301-15.
- Jensen B, Hess-Zak A, Johnston SK ve ark. (1998) Restraint reduction: A new philosophy for a new millennium. *J Nurs Adm*, 28: 32-8.
- Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J ve ark. (2003) Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law Psychiatry*, 26: 139-149.
- Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J ve ark. (1986) Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophr Bull*, 12: 594-602.
- Lukoff D, Nuechtrlein KH, Vertura J ve ark. (1993) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Version 3.0. Expanded Version. UCLA Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, West Los Angeles Medical Center, Los Angeles.
- Martinez RJ, Grim M, Adamson M ve ark. (1999) From the other side of the door. Patient views of seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 37: 13-22.
- May DD, Grubbs LM (2002) The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J Emerg Nurs*, 28: 11-7.
- Minnick AF, Mion LC, Leipzig R ve ark. (1998) Prevalence and patterns of physical restraint use in the acute care setting. *J Nurs Adm*, 28: 19-24.
- Morrison P, Lehane M (1995) Staffing levels and seclusion use. *J Adv Nurs*, 22: 1193-1202.
- NASMHPD-National Association of State Mental Health Program Directors (1999). Position Statement on Seclusion and Restraint. 04.01.2008'de http://www.nasmhpd.org/nasmhpd_collections/collection1/position_statement/posses1.htm adresinden indirildi.
- NETI-National Executive Training Institute (2006) Training curriculum for the reduction of seclusion and restraint. Alexandria, VA: National Technical Assistance Center (NTAC), National.
- Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD).
- OMHSAS-Office of Mental Health and Substance Abuse Service (1999). Report of the commonwealth of Pennsylvania: performance measurement system. Harrisburg, Pennsylvania: Commonwealth of Pennsylvania.
- Overall JE, Gorham DR (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale, Psychological Report, 10: 799-812.
- Palmer L, Abrams F, Carter D ve ark. (1999) Reducing inappropriate restraint use in Colorado's long-term care facilities, *Jt Comm J Qual Improv*, 25: 78-94.
- Petit J (2004) Handbook of emergency psychiatry. Philadelphia (PA), Lipincott Williams and Wilkins.
- Petit J (2005) Management of the Acutely Violent Patient. *Psychiatr Clin N Am*, 28: 701-11.
- Phillips P, Nasr SJ (1983) Seclusion and restraint and prediction of violence. *Am J Psychiatry*, 140: 229-32.
- Presley D, Robinson G (2002) Violence in the emergency department: nurses contend with prevention in the healthcare arena. *Nurs Clin North Am*, 37: 161-9.
- Raja M, Azzoni A, Lubich L ve ark. (1997) Aggressive and violent behavior in a population of psychiatric inpatients. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 32: 428-34.
- Schreiner GM, Crafton CG, Sevin JA ve ark. (2004) Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. *Adm Policy Ment Health*, 31: 449-463.
- Silver J, Yudofsky S (1987) Documentation of aggression in the assessment of the violent patient. *Psychiatr Ann*, 17: 379-83.
- Smith GM, Davis RH, Bixler EO ve ark. (2005) Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric Services*, 56: 1115-1122.
- Snyder W (1994) Hospital downsizing and increased frequency of assaults on staff. *Hosp Comm Psychiatry*, 45: 378-80.
- Soloff P, Turner S (1981) Patterns of seclusion a prospective study. *J Nerv Ment Dis*, 169: 37-44.
- Soykan C (1989) Institutional differences, and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ortadoğu Teknik Üniv. Ankara.*
- Sundel M, Garrett RM, Horn RD ve ark. (1994) Restraint reduction in a nursing home and its impact on employee attitudes *J Am Geriatr Soc*, 42: 381-7.
- Swett C (1994) Inpatient seclusion: description and causes. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 22: 421-30.
- Thompson P (1986) The use of seclusion in psychiatric hospitals in the Newcastle area. *Br J Psychiatry*, 149: 471-4.
- Tsemberis S, Sullivan C (1988) Seclusion in context: introducing a seclusion room to a children's unit of a municipal hospital. *Am J Orthopsychiatry*, 58: 462-465.
- Tunde-Ayinmode M, Little J (2004) Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit *Australas Psychiatry*, 12: 347-51.
- Üçok A, Kora K, Bostancı F ve ark. (1996) Seclusion in closed psychiatric wards in Turkey. *Eur J Psychiatr*, 10: 149-154.
- Visalli H, McNasser G (2000) Reducing seclusion and restraint. Meeting the organizational challenge. *J Nurs Care Qual*, 14: 35-44.
- Walsh E, Randell B (1995) Seclusion and restraint: what do we need to know? *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 8: 28-40.
- Way BB (1986) The use of restraint and seclusion in New York State psychiatric centers. *Int J Law Psychiatry*, 8: 383-93.
- Way BB, Braff JL, Hafemeister TL ve ark. (1992) The relationship between patient-staff ratio and reported patient incidents. *Hosp Community Psychiatry*, 43: 361-5.