

Psikiyatri Servislerinde Kullanılan Profesyonel Kontrol Yöntemleri: Kullanım Nedenleri, Türleri, Uluslararası Uygulamalar ve Algılamalar

Kader TEKKAŞ¹, Dr. Hülya BİLGİN²

Özet / Abstract

Amaç: Psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri hakkında mevcut literatür bilgisi gözden geçirilerek, konu ile ilgili çalışma sayısının henüz kısıtlı olduğu ülkemizde, konunun önemine dikkat çekmek ve psikiyatri alanında çalışanlara yöntemleri bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirme fırsatı vermektir.

Yöntem: Çalışma geriye dönük olarak kaynak taraması şeklinde yapılmıştır. Bu amaçla psikiyatri, kontrol yöntemleri, agresyon, çatışma, tespit, izolasyon, ruh sağlığı hastanesi anahtar kelimeleri çeşitli kombinasyonlar yapılarak Pubmed, Science Direct, Medline, Psychinfo, ULAKBİM Türk Tıp Dizini ve Türk Psikiyatri Dizini arama motorlarıyla tarama yapılmıştır. 2000 yılından sonra yayınlanan yayınlar ağırlıklı olmak üzere son 15 yıl içinde yayınlanan ilgili çalışmalar derleme kapsamına alınmıştır.

Bulgular: Psikiyatri servislerinde hastaların ve çalışanların çatışma davranışlarından (agresyon, kaçma, kuralları bozma, tedaviyi reddetme vb.) zarar görmesini önlemek amacıyla kullanılan yöntemler "Kontrol Yöntemleri (Containment)" olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntemler arasında, mekanik ve fiziksel kısıtlama, izolasyon, istem dışı intramusküler sedasyon, gözlem, lüzum hali ilaç uygulaması, en yaygın kullanılanlardır. Ülkeler arasında yöntemlerin kullanım sıklığı, türü ve yöntemlere karşı görüş ya da tutumlar farklılık göstermektedir.

Sonuç: Profesyonel kontrol yöntemleri, bir yönetim stratejisi olarak etkili olmakla beraber, hem uygulayan hem de uygulanan bireyler üzerinde fiziksel ve psikolojik zararlara neden olması nedeniyle etik açıdan ikilemler doğurmaktadır. Ancak geçmişten günümüze psikiyatrik tedavi ve bakımın bir parçası olarak kullanılmaktadır. Hastaların ve uygulayıcıların güvenliğinin sağlanması ve yöntemlerin etkili, uygun kullanılabilmesi için standart uygulama kılavuzlarına ihtiyaç vardır ve kılavuzların hazırlanmasında ve etkin şekilde uygulanmasında çalışanların profesyonel kontrol yöntemlerine ilişkin bilgi sahibi olması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kontrol yöntemleri, psikiyatri, çatışma

SUMMARY: Professional Containment Methods Used in Psychiatry Wards: Justifications for Their Utilization, Types, International Practices, and Perceptions

Objective: The aim of this review is to examine the literature on professional containment methods, to draw attention to this important topic concerning which relevant research remains limited in our country and to offer professionals the opportunity to make evaluations utilizing holistic perspectives.

Method: Relevant, obtainable studies published within the last 15 years, but primarily after the year 2000, were included in this retrospective literature review. For this purpose a literature search was conducted via-internet based search engines, including Pubmed, Science Direct, Medline, Psychinfo, the ULAKBİM Turkish Medicine Index and the Turkish Psychiatry Index, using the keywords containment methods, psychiatry, aggression, conflict, restraint, seclusion and mental health hospitals, in different combinations.

Results: According to the literature, professional containment methods are defined as methods used to prevent harm to patients or others as a result of the patient's conflict-provoking behaviour (aggression, absconding, rule breaking, refusing medication etc.) in psychiatric wards. These methods include the use of mechanical/physical restraint, seclusion, compulsory intramuscular sedation, observation, and pro re nata (prn) medication. The type and frequency of use, views or attitudes to methods varies between different countries.

Conclusion: Although professional containment methods are an effective management strategy, they may cause physical and psychological damage to both patient and staff. So the use of these methods in psychiatric care settings remains controversial and an ongoing source of legal and ethical dilemmas. Despite discussions, the containment methods used in the past remain present as a part of psychiatric treatment and care. There is a need for standard practice guidelines to ensure the security of patients and staff and to use those methods effectively and correctly. In conclusion, it is necessary that health care professionals be informed about preparing the new guidelines and using professional containment methods effectively.

Key Words: Containment methods, psychiatry, conflict

Geliş Tarihi : 31.07.2009 - Kabul Tarihi : 11.02.2010

¹Okutman. Koç Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu, ²Yard. Doç., İstanbul Üniv. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği, İstanbul.
Kader Tekkaş, e-posta: ktekkas@ku.edu.tr

GİRİŞ

Kişilerin toplumsal yaşam içinde tedavilerinin artık mümkün olmadığı durumlar, psikiyatri servislerine yatırılmalarını zorunlu kılmaktadır. Psikiyatri bakımı ile hastaların problemlerinin doğasını ve boyutunu belirleyerek tedavi etmek, temel öz bakım ve güvenlik gereksinimlerini karşılamak amaçlanmaktadır (Bowers ve ark. 2007b, 2006a; Foster 2007).

Günümüzde, psikiyatrik evde bakım hizmetlerinin gelişmesi, toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması, krize müdahale programlarının düzenlenmesi ile topluma temellendirilmiş ruhsal tedavi ve bakım anlayışı daha fazla önem kazanmış olup psikiyatri hastanelerinin yatak sayısında ve hasta kabul kriterlerinde değişimlere yol açmıştır. Bir başka deyişle, akut tedavi ve bakım servislerinin popülasyonunu daha ağır/ciddi hastalık tablolarına sahip hastaların oluşturması ve yatak sayılarının azaltılması söz konusu olmuştur. Toplum temelli hizmet anlayışının esas alındığı ülkelerden biri olan İngiltere'nin ruh sağlığı kaynakları değerlendirildiğinde de en önemli değişikliğin yatak sayısının azalmasında yaşandığı görülmektedir. 1954'te Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında toplam psikiyatri yatağı sayısı yaklaşık 154.000 iken, bu sayı günümüzde 35.000'e kadar düşürülmüştür (Ulaş 2008; WHO 2005).

Türkiye'de ruh sağlığı sistemi değerlendirildiğinde ise psikiyatri servislerinin hastane temelli hizmet modeliyle işlediği görülmektedir, ancak topluma dayalı hizmet olanaklarının sağlanması amacıyla ruh sağlığı eylem planı önerileri hazırlanmaktadır. Bu doğrultuda ilk hedef dünya standartlarını yakalamak amacıyla akut psikotik hastalar için yatak sayısını arttırmak ve kronik ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların ise yaşadıkları ortamda takip ve tedavisinin yapılmasını sağlamaktır (Ulusal Ruh Sağlığı Politikası Taslak Metni 2006).

Günümüzde psikiyatri servislerinde de hastaların daha az kısıtlayıcı ortamlarda tedavi edilmesi gerektiğine yönelik düşünceler önem kazanmaktadır ve bu doğrultuda yapılan araştırmalarla literatür bilgisi artmaktadır. Bu gözden geçirme yazısı psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri hakkında mevcut literatür bilgisi gözden geçirilerek, konu ile ilgili çalışma sayısının henüz kısıtlı olduğu ülkemizde, konunun önemine dikkat çekmek ve psikiyatri alanında çalışanlara yöntemleri bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirme fırsatı vermektir.

Psikiyatri servislerinde çatışma davranışları

Psikiyatri servislerine yatırılan, gerçeği değerlendirme yetisi ve farkındalıkları bozulmuş, halüsinasyon, hezeyan

gibi psikotik belirtileri ve duygudurum değişiklikleri olan, kendine ya da çevresine zarar verme davranışı sergileyen hastaların, ortam düzeni ve güvenliğini tehlikeye atan bazı "Çatışma" (Conflict) davranışlarında bulunması kaçınılmazdır (Foster 2007; Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a, 2006b; Evans ve Fitzgerald 2002). Çatışma kelimesi, birbirine karşı olan içtepi, istek ve eğilimlerin bireyi aynı zamanda ve yaklaşık güçte etkilemesi anlamına gelirken (Freshwater and Maslin-Prothero 2005), literatürde normal faaliyetlerin durmasına veya karışmasına neden olan olayları ifade etme anlamında kullanıldığı görülmektedir (Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a, 2006b; Foster ve ark. 2007; Ryan ve Bowers 2006). Psikiyatri servislerinde sık görülen çatışma davranışları, 'kendine zarar verme', 'agresyon-şiddet', 'kuralları bozma', 'fırar etme' ve 'tedaviyi reddetme'dir (Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a, 2006b; Foster ve ark. 2007).

Çatışma davranışlarının görülme sıklığı-oranları birçok ülkede araştırılmıştır, ancak ülkeler arası oranların karşılaştırılması, psikiyatri servislerinin örgütsel yapısının (psikiyatri servislerinde çalışanların sayısı, hasta yoğunluğu, hemşirelerin eğitim düzeyi vb.) farklı olması nedeniyle oldukça güçtür. Örneğin, Foster ve arkadaşları (2007) tarafından psikiyatri servislerinde yapılan bir çalışmada yaklaşık 10 aylık bir sürede, toplam 254 olayın yaklaşık %29.5'inde "fırar etme", Bowers ve arkadaşları (2007a, 2007b) tarafından yapılan diğer çalışmalarda ise her 10 yatakta 2.7 oranında "fırar etme" görüldüğü tespit edilmiştir. Avustralya'da 5 psikiyatri servisinde yürütülen bir çalışmada meydana gelen "agresyon-şiddet" davranışlarının %58'inin, ciddi-yaşamı tehdit edici tarzda olduğu belirlenmiştir (Owen ve ark.1998). Akut psikiyatri servislerinde hasta ve çalışanlar arasındaki çatışma davranışlarının sıklığını ve kullanılan kontrol yöntemlerini araştırmaya yönelik başka bir çalışmada "agresyon" ve "fırar etme" davranışlarını, "rutin uygulanan tedaviyi reddetme" (%31.9) ve "İlüzum hali ilaç uygulamasını reddetme" (%15.1) davranışlarının izlediği belirtilmektedir (Bowers 2003). Ayrıca literatürde "kuralları bozma" davranışları ile anlatılmak istenen; yatmayı, yataktan kalkmayı, yemeyi, içmeyi, kişisel temizliklerini yapmayı, çalışanları görmeyi reddetme ve sigara içilmeyen alanda sigara içme davranışlarıdır (Bowers ve ark. 2005, 2006a, 2006b; Ryan ve Bowers 2006; Foster ve ark. 2007). Bowers ve arkadaşlarının (2005) üç Avrupa şehrindeki (Londra, Atina, Modena) akut psikiyatri servislerinde rahatsız edici ve tehlikeli davranışları belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, kuralları bozma davranışlarının görülme sıklıkları arasında farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Örneğin, yemek yemeyi, yataktan kalkmayı, çalışanları görmeyi reddetme ve sigara içilmeyen

alandaki sigara içme davranışı Londra'da en yüksek oranda görülmekteyken, içecek içmeyi ve yıkanmayı reddetme davranışı Atina'da en yüksek oranda görülmektedir.

Ülkemizdeki duruma göz atıldığında, psikiyatri servislerinde en sık görülen çatışma davranışının "agresyon-şiddet" olduğu bildirilmektedir (Bilici 2007). Sercan ve Bilici'nin (2009) çalışmasına göre tespit 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. Yatan psikiyatri hastalarında saldırganlığı belirlemeye yönelik başka bir çalışmada da çoğunlukla görülen saldırganlık türünün fiziksel saldırı olduğu ve bunların içinde en önemli grubu ise eşyalara yönelik saldırıların oluşturduğu bildirilmektedir (Kırpınar ve ark. 1995). Psikiyatri servislerinde bu tür saldırgan davranışlar tüm sağlık bakım çalışanlarına karşı olabilmektedir (Ferns 2006; Nolan ve ark. 2001; Poster ve Ryan 1994). Bilgin ve Buzlu (2006), psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin yarısının, çalışırken hasta ve yakınlarının saldırgan davranışlarına maruz kaldıklarını belirlemişlerdir. Coşkun ve Öztürk (2008) tarafından bir Ruh Sağlığı Bölge Hastanesinde hemşirelik hizmetlerini yürüten personelin karşılaştıkları sözel ve fiziksel şiddetin araştırıldığı bir çalışmada, hemşirelerin %86'sının sözel, %50.4'ünün fiziksel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir.

Psikiyatri servislerinde görülen çatışma davranışlarının yönetimi önemlidir. Çünkü agresyon, çalışanlar ve diğer hastalarda fiziksel ya da psikolojik zarara yol açabilmektedir. Fırar etme, zaman alıcı bürokratik işlemlerin başlatılmasına, tedavinin kesintiye uğramasına ve çalışanlarda anksiyeteye neden olur. Tedaviyi reddetme, tedavi sürecini kesintiye uğratarak iyileşmeyi engeller ve hastanede kalış süresini uzatır. Kuralları bozma davranışları, terapötik ortamın bozulmasına, çalışan ve hastalar arasında anlaşmazlıklara neden olmaktadır. Bu nedenler, hastaların davranışlarının kontrol altında tutulmasını gerektirmektedir.

Psikiyatri servislerinde kullanılan kontrol yöntemleri

Psikiyatri servislerinde hastaların ve çalışanların çatışma davranışlarından zarar görmesini önlemek amacıyla kullanılan yöntemler "Kontrol Yöntemleri" (Containment) olarak tanımlanmaktadır (Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a, 2006b). Bu yöntemler arasında izolasyon, özel gözlem, mekanik kısıtlama, psikiyatrik yoğun bakım ünitesine transfer etme, lüzum hali teda-

vi uygulamaları yer almaktadır (Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a, 2006b, 2004). Bu yöntemlerin tanımlarını literatüre dayalı olarak belirtmek gerekir:

Mekanik kısıtlama: Hastanın hareketlerini kısıtlamak ve tamamen hareketsiz hale gelmesini sağlamak amacıyla, kemer, kelepçe veya diğer araç gereçler kullanılarak yapılan bir kontrol altına alma girişimidir (Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a, 2006b; Sailas ve Wahlbeck 2005). Literatürde, mekanik kısıtlama ile fiziksel kısıtlamanın genellikle aynı anlamda kullanıldığı da görülmektedir (Bilici 2007; Whittington ve ark. 2006).

Fiziksel kısıtlama (Bedensel tespit, tedavi edici tutma): Hastanın hareket etmesini önlemek amacıyla, fiziksel olarak elle tutulmasıdır (Bilici 2007; Bowers ve ark. 2007a ve 2006a, 2006b). Fiziksel Kısıtlama; mekanik kısıtlama, izolasyon, istem dışı intramusküler sedasyon gibi girişimlerin ilk basamağı olarak kabul edilmektedir (Bilici 2007; Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a).

İzolasyon (Tecrit): Klinik bir durumu kontrol altına almak için hastanın bir odada kapı kilitlenerek tutulmasıdır (APNA 2007; Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a; Sailas ve Wahlbeck 2005). İzolasyon odasının şekli ve büyüklüğü konusunda farklı görüşler vardır, hastanın kendi odası kullanılabildiği gibi özel olarak hazırlanmış bir oda da kullanılabilir. İzolasyonla ilgili en önemli özellik, hastanın servisteki kalabalıktan ayrı tutulmasının ve uyarıcı içermeyen bir ortamda kalmasının sağlanmasıdır (Whittington ve ark. 2006).

Açık alan izolasyonu: Hastanın kilitli bir alanda hemşire eşliğinde izole edilmesidir. Hastanın tutulacağı alan kilitlenebilir ve birbirinden ayrılmış odalardan oluşabilir ve hasta asla yalnız bırakılmaz, en az bir sağlık personelinin hastaya eşlik etmesi gerekir (Almvik ve ark. 1999).

Mola verme yöntemi: Hastaların kendi odalarında yalnız kalması veya izolasyon odasında kalıp kapının kilitlenmemesidir (Sailas ve Wahlbeck 2005). Şiddet ve agresyonun kontrol altına alınmasında izolasyona göre daha az kısıtlayıcı bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Foster ve ark. 2007).

Özel gözlem: Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların, görevlendirilmiş bir sağlık personeli tarafından gözlenmesidir. Özel gözlem yöntemi ikiye ayrılmaktadır (Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a; Whittington ve ark. 2006; NICE 2005).

1. Aralıklı gözlem: Zarar verme eğiliminde henüz olmayan ancak bu riski taşıyan hastanın yaklaşık 5-10

dakikalık aralarla, düzenli kontroller yapılarak gözlenmesidir (Hill ve Etheridge 2008; Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a; Whittington ve ark. 2006; NICE 2005).

2. Sürekli gözlem: Zarar verme riski yüksek olan hastaların, gözlemi yapan çalışanın daima görüş alanında ve kolları ile ulaşabileceği mesafede olacak şekilde gözlenmesidir (Hill ve Etheridge 2008; Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a; Whittington ve ark. 2006; NICE 2005).

Ağ yatak: Hastanın, etrafı çelik tellerle çevrili yatağa alınması ve izlenmesi yöntemidir. Bu yöntem ile hastanın hareketlerini kısıtlayarak şiddet davranışının kontrol altına alınması amaçlanmaktadır (Whittington ve ark. 2006; Bowers ve ark. 2006a, 2004, 2002; Sailas ve Wahlbeck 2005).

Lüzum hali tedavi uygulaması: Rutin tedaviye ek olarak, gerektiğinde, herhangi bir şekilde (oral, enjeksiyon vb.) ve hastanın rızasıyla uygulanan ilaç tedavisi şeklinde tanımlanmaktadır (Davies ve ark. 2007; Bowers ve ark. 2006a, 2006b). Psikiyatride yatan hastalara lüzum hali ilaç uygulaması genellikle hastanın durumu ve ihtiyacına göre hemşirelerin kararıyla uygulanmaktadır (Davies ve ark. 2007). Lüzum hali ilaçların uygulamalarında temel adım hastanın tam olarak değerlendirilmesidir (Szczesny ve Miller 2003).

Zorla/İstem dışı intramuskuler (trankilizan) sedasyon (kimyasal kısıtlama): Agresyon ve şiddet davranışını önlemek amacıyla, hastanın isteği dışında kas içine kimyasal ilaç uygulanmasıdır (Bowers ve ark. 2007a, 2006a). Acil durumlar için kas içi formülasyonu olan tipik antipsikotikler (haloperidol, tiyoridazin, droperidol, lorazepam) ve bu ilaçların birleşimleri tercih edilmektedir (Bilici 2007).

Psikiyatrik yoğun bakım: Kişinin öz denetimini kaybettiği, kendisine ve çevresine zarar verme riskinin çok yüksek olduğu, terapötik yönetim ve tedaviyle çatışma davranışlarının kontrol altına alınamadığı durumlarda hastanın zorunlu olarak emniyetli olanaklara sahip ayrı bir bölüme alınmasıdır (Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a).

Sonuç olarak literatürde, birbirinden farklı nitelikte ancak amacı ortak olan yöntemler mevcuttur. Yöntemler birbirinden farklı olsa da temel amaç, çatışma içeren davranışların kontrol edilmesi ya da giderilmesidir.

Profesyonel kontrol yöntemlerinin tarihsel gelişimi

Personele, diğer hastalara, kendisine ya da kuruma

yönelik tehlike içeren davranışları kontrol altına almak amacıyla kullanılan yöntemler, geçmişten günümüze farklılık göstermektedir. Psikiyatrik bakımın tarihinde hastaları kontrol altına almak amacıyla zaman zaman vahşi olarak nitelendirilebilecek girişimlerde bulunulmuştur. En bilinen uygulamalar, Nazi rejiminde psikiyatri hastalarını toplumdan izole etmek amacıyla yapılan ve zorunlu sterilizasyon (compulsory sterilization) olarak adlandırılan katliamlar ile hastaların izni olmadan yapılan deneysel beyin cerrahisi ameliyatlarıdır (Whittington ve ark. 2006; Dominik 1997). Geçmişte ruhsal hastalara yönelik bu tutumların dışında Fransız psikiyatrist Philippe Pinel kliniklerde 'Delileri Zincirlerinden Kurtarma' hareketini başlatmış, ilk kez 1793 yılında, kırk 'delinin' zincirlerini kendi elleriyle çözmüştür. İnsanlar hiç olmazsa bu bağlamda, zincirlerinden kurtulmaya başlamışlardır (Bilici 2007; Öztürk 2001).

Bu olay psikiyatri tarihinde sembolik bir anlam taşımasının yanı sıra, gün geçtikçe taraftarı artmakta olan psikiyatriyi, salt bir tıp uygulaması olmaktan çıkarıp, toplumla etkileşime sokan 'sosyal psikiyatri akımının' ortaya çıkmasında öncülük etmiştir (Çam ve Bilge 2007). 1800'lerin yarısında, fiziksel kelimesinin karşıtı anlamına gelen "moral" tedavisine ilişkin görüşler, mekanik kısıtlama uygulamasının kaldırılmasını savunmuştur, 1840-1888 yılları arasında başlayan mekanik kısıtlamanın kaldırılmasına yönelik tartışmalar günümüze kadar gelmiştir ve buna yönelik başlatılan bu hareket İngiltere ve Avrupa'da başarılı olmuştur. Günümüzde, ABD'de hastaları izolasyona ve kısıtlamaya alma uygulamasının gerekliliğine dair inanç sürmektedir (APNA 2007). Felsefik görüşleri ve idealleri pratikte uygulanan gerçeklere dönüştürmenin her zaman mümkün olmadığı günümüzde, psikiyatrik bakıma yönelik kullanılan kısıtlayıcı yöntemler çeşitli ülkeler tarafından kullanılmaya devam etmektedir (Colaizzi 2005).

Profesyonel kontrol yöntemlerinin uluslararası kullanım düzeyleri

Literatürde, psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemlerinin uygulanmasında uluslararası düzeyde farklılıklar olduğu belirtilmektedir (Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a; Sailas ve Wahlbeck 2005). Örneğin, İngiltere'de mekanik kısıtlama yöntemi kullanılmazken, izolasyon ve fiziksel kısıtlama yöntemlerine daha sık başvurulmaktadır. Fiziksel kısıtlama, 1980'lerin başında hapisane hizmetlerinde kullanılmaya başlanmış, daha sonra değiştirilmeden genel psikiyatri ortamlarına aktarılmıştır. İngiltere'de Ruh Sağlığı Yasası Uygulama Kodu, kısıtlama yöntemlerine son çare olarak

başvurulmasını önermiştir (Ryan ve Bowers 2006; Sailas ve Wahlbeck 2005).

Açık alan izolasyonu sadece Norveç'te kullanılmak-tayken (Almvik ve ark. 1999), aralıklı ve sürekli göz-lem yöntemi İngiltere'de sıklıkla tercih edilen bir yön-tem olup Danimarka'da yeni uygulanmaya başlanmıştır (Bowers ve ark. 2004). Hollanda'da mekanik kısıtlama ve izolasyon yöntemi kullanılmakla beraber, izolasyon uygulamasının daha yaygın olduğu belirtilmektedir (Bowers ve ark. 2007a). Finlandiya'da ise istem dışı ilaç uygulamaları, mekanik kısıtlama ve izolasyona göre daha sert bir işlem olarak kabul edilmekte ve izolasyon yön-temine daha sık başvurulmaktadır. Avusturya, Rusya, Slovenya ve Çek Cumhuriyeti'nde yerel kültürel değ-erlerin de etkisi olduğu bilinen ağ yataklar kullanılmak-tadır (Sailas ve Wahlbeck 2005; Bowers ve ark. 2004). Almanya'da mekanik kısıtlama yöntemi daha fazla kul-lanılırken, İsviçre'de izolasyon yöntemi daha çok tercih edilmektedir (Martin ve ark. 2007). ABD ve Türkiye'de ise, psikiyatri hastalarının zarar görmelerini önlemek amacıyla kullanılan yöntem çoğunlukla mekanik kısıtla-madır (Bilici 2007, Sercan ve Bilici 2009).

Özetle, kontrol altına alma yöntemlerini tanımlamak ve kullanım sıklıklarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmalarda, araştırma yöntemlerinin ve popülasyonun farklı olması nedeniyle, oransal bir karşılaştırma yapmak mümkün değildir. Ancak, uluslararası düzeyde çoğun-lukla tercih edilen yöntemlerin ülkeden ülkeye farklılık gösterdiğini, bu farklılıkta kültürel ve toplumsal yapının etkin rol oynadığını belirtmek mümkündür.

Profesyonel kontrol yöntemlerinde işlevsellik ve etik yönler

Bir sağlık bakım girişiminin başarılı bir şekilde ta-nımlanması, en az iki testten geçmesi ile mümkündür: Bunlardan birincisi etkili olup olmadığı, diğeri ise kabul edilir olup olmadığıdır. Psikiyatrik kontrol altına alma girişimlerinin etkililiği ve kabul edilirliliğini test etmek-te ise bazı zorluklar yaşanmaktadır. Örneğin, etkililiği için bu girişimleri değerlendirirken çok boyutlu bakmak gerekmektedir. Etkililiğin test edilmesinde, hangi çıktı-nın değerlendirileceğine karar vermek oldukça zordur. Örneğin kısıtlama sonrası fiziksel agresyonda azalma olup olmadığı, kısıtlama sırasındaki sözel agresyonun varlığı, yaralanmaların olup olmadığı gibi çıktılar bunlar-dan birkaçıdır (Whittington 2006). Ancak bu yöntemle-rin ortam güvenliğinin sağlanması ve şiddetin önlenmesi açısından günlük kullanımda etkili olmasına karşın has-talar ve uygulamadan sorumlu personel üzerinde fiziksel

ve ruhsal travmalara (korku öfke, kızgınlık vb.) neden olduğu için yöntemlerin işlevselliğinde ikilemler de orta-ya çıkmaktadır (Whittington 2006). Kontrol yöntemleri 1800'lü yıllardan itibaren etik açıdan birçok tartışmaya konu olmuştur. Tartışmaların bir boyutunda, sağlık ekibi ve hastalar tarafından kişileri kontrol altına almanın on-ların saygınlığına, mahremiyetine, ruhsal ve kişisel bü-tünlüğüne müdahale anlamına geldiği ve kabul edilemez olduğu yer almaktayken (Stolker ve ark. 2006), diğer yönde, bunun aksinin savunulduğu ve çatışma davranış-larını önlemede terapötik bir girişim olarak kabul edilir olduğu vurgulanmaktadır (Whittington 2006; Colaizzi 2005; Petti ve ark. 2001). Bu ikilemler, yöntemlerin ka-bul edilebilirliği açısından önem taşımaktadır.

Bazı çalışmalarda mekanik kısıtlamaya bağlı ölüm-lerin meydana gelebildiği ileri sürülmektedir (Bilici 2007; Bowers ve ark. 2007a, 2007b, 2006a, 2006b; Whittington 2006). Nunno ve ark. (2005) tarafından mekanik kısıtlama uygulamasına bağlı çocuk ve ergen ölümlerinin araştırıldığı tanımlayıcı çalışmada ölüm-le sonuçlanan 45 vaka tespit edilmiştir. Weiss (1998), Amerika'nın en eski gazetelerinden biri olan Hartford Courant'ta yayınlanan araştırma raporunda, psikiyatrik kurumlarda ve grup evlerinde izolasyon ve tespit altında 142 ölümün gerçekleştiğini belirtmiştir.

Kontrol yöntemlerinin çalışanlar ve hastalar üzerinde fiziksel ve psikolojik zararlara yol açması, etik tartışma-ların öncelikli alanıdır. Kabul gören görüş, bu yöntem-lerin bir tedavi yönteminden çok, bir yönetim stratejisi olarak ele alınması ve hasta bakımına dahil edilmesi ge-rektiğidir. Yöntemlerin işlevselliğinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesinde, etik ikilemlerin çözülmesinin önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Profesyonel kontrol yöntemlerine uygulayıcıların bakışı, algı ve tutumları

Literatürde kontrol yöntemlerinin kullanımına karşı hastaların ve hemşirelerin algı, tutum ve deneyimlerine yönelik çalışmalarda varılan sonuçlar da ikilemler taşı-maktadır. Örneğin, Meehan ve ark. (2000) tarafından Avustralya'da, izolasyondaki hasta deneyimlerine yönelik yapılan bir çalışmada, hastalar izolasyonda iken kendi-lerini güçsüz ve çaresiz hissettiklerini, cezalandırıldıkları düşüncesine sahip olduklarını ve bulundukları yeri hapis-hane olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. İzolasyona yönelik, başka bir çalışmada (Meehan ve ark. 2004) ise hemşirelerin bu yöntemi hastaların sakinleşmesi açısın-dan gerekli ve terapötik bir girişim olarak algıladığı, has-taların ise hemşirelerin hastalar üzerinde güç ve kontrol sağlamak amacıyla kullandıkları girişimler olarak algıla-

diği tespit edilmiştir. Yöntem ile ilgili Amerika'da yapılan başka bir çalışmada ise hasta ve hemşire algıları arasında pozitif bir korelasyon görülmüş ve her iki grup da bu yöntemleri güvenli ve hastaların yararına bulmuşlardır (Petti ve ark. 2001).

Psikiyatri servislerinde kontrol yöntemlerinin uygulanması çoğunlukla hemşirelerin sorumluluğundadır (Marangos ve ark. 2000). Dolayısıyla, yöntemler ve etkinlikleri konusunda hemşirelerin sahip oldukları tutumları (inanç, yargılama ve duyguları), yöntemlerin uygulanma sürecini pek çok yönden (türü, sıklığı, uygulanma şekli ve sonuçları vb.) etkileyebilecektir (Bowers ve ark. 2006a; Marangos ve ark. 2000). Örneğin, gözlem ve tedavi uygulamaları (lüzum halinde ilaç uygulama gibi) izolasyon ve kısıtlamaya göre çalışanlar arasında daha fazla kabul gören yöntemler olarak belirlenmiştir (Bowers ve ark. 2007b, 2004).

Profesyonel kontrol yöntemlerinin kabul görmesinin, cinsiyetler arasında da farklılık gösterdiği ve bu farklılığın empati, duygusal zeka ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. İngiltere, psikiyatri servislerinde kadın ve erkek hemşire işgücü açısından eşit olan ülkelerdendir; erkek hemşireler kontrol yöntemlerini kullanmayı daha çok tercih ederken, kadın hemşireler daha az tercih etmektedir (Bowers ve ark. 2006a). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada (Lind ve ark. 2004) kadın hemşirelerin erkeklere göre kısıtlama, izolasyon ve zorunlu ilaç tedavisi yöntemlerini etik olarak daha sorunlu bulduğu belirlenmiştir. Ayrıca, ağırlıklı olarak kadın hemşirelerin fazla olduğu ülkelerde kadın hemşirelerin daha az kontrol yöntemi kullandıkları bulunmuştur (Bowers ve ark. 2006a). Kontrol yöntemlerinin kullanımına yönelik algılama ve tutumlarda yaşın ve deneyimin de büyük bir etken olduğu tespit edilmiştir. Örneğin İngiltere'de daha yaşlı çalışanlar, mekanik kısıtlama ve ağ yatak yöntemini daha az kullanmaktayken, gençler daha fazla tercih etmektedirler, ayrıca daha önce bir yöntemi kullanmaya alışkın olanlar o yöntemi kullanmaya devam etmektedirler (Bowers ve ark. 2006a).

Özetle, yöntemlerin uygulanmasından genellikle sorumlu olan hemşireler profesyonel kontrol yöntemlerinin uygulanış biçimi, yöntem tercihi, kullanım sıklığı gibi konularda farklı tutum ve davranışlara sahiptir. Bu tutum ve davranışların, çalışanların yaşları, cinsiyetleri ve deneyimleri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Çalışanların yöntemleri uygulama sırasındaki tutum ve davranışlarının da hastaların davranışlarını ve yönetime ilişkin algılarını etkileyeceği düşünülmektedir. Bowers (2002), kontrol altına alma yöntemlerinin sık kullanımı sonu-

cunda, hastaların çatışma davranışlarında azalma meydana gelmediğini, özellikle hemşirelerin olumlu tutum ve uygulamalarının hastaların olumsuz/zararlı davranışlarında düzelmelere yol açtığını ve terapötik ortamlara zemin hazırladığını ileri sürmektedir. Psikiyatri bakımı, sağlık ekibi ve hasta ilişkisi ağının geliştirilmesinde, önemli bir yolun, tedavi ve bakım yöntemlerinin uygulanış şekline de bağlı olduğu göz önünde tutulmalıdır.

Profesyonel kontrol yöntemleri ile ilgili prosedürler ve rehberler

Son yıllarda, çoğu kapalı psikiyatri servislerine yatırılarak zaten kısıtlanmış olan hastaların daha az kısıtlanmalarına yol açmak ve aynı zamanda saldırgan hastalara karşı hastane çalışanlarını ve diğer hastaları da koruyabilmek amacıyla kontrol yöntemlerinin kullanımına yönelik politikalar ve prosedürler geliştirilmesine verilen önem artmıştır ve son birkaç yılda psikiyatride kontrol altına alma önlemlerinin kullanımının kontrolü için yeni mevzuat, öneriler, mesleki kılavuzlar ortaya çıkmıştır (Whittington 2006; Sailas ve Wahlbeck 2005). Tüm bu kılavuzlarda yinelenen mesaj özellikle izolasyon ve kısıtlama kullanırken, hasta ve çalışanın güvenliğinin sağlanması açısından dikkatli olunması gerektiğidir. Avrupa Konseyi'nden çıkan yeni öneriler, fiziksel kısıtlama ve izolasyon kullanım yararının, bunu gerekli kılan risklerle orantılı olması gereğini belirtmektedir (Bilici 2007, Sailas ve Wahlbeck 2005).

Birçok ülkede en iyi uygulama koşullarını var etmek için mesleki rehberler mevcuttur. Örneğin, İngiltere ve Galler için, Ulusal Klinik ve Sağlık Mükemmeliği Enstitüsü Rehberi (National Institute of Clinical and Health Excellence-NICE) bunlardan biridir. NICE'ta (2005) odak noktası, fiziksel girişimler, izolasyon ve gözlem uygulamalarına yöneliktir. Kurum ortamı, alarm sistemleri, şiddetin öncü bulgularını tahmin etme, hastaların görüşleri, deeskalasyon teknikleri (çatışma yoğunluğunu azaltan, çoğunlukla iletişim becerilerine odaklı teknikler), hızlı trankilizanların uygulanması, olay sonrası incelemeler temel başlıklardır. Bakım prensipleri, ideal olanı tanımlamakta olup birey merkezli bakım ve işbirliğine dayalı, disiplinler arası çalışmayı içermektedir (Whittington 2006; NICE 2005). Avrupa İşkenceyi ve İnsanlık Dışı veya Onur Kırıcı Muamele veya Cezaları Önleme Komitesi (The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment -CPT), kısıtlama veya izolasyon kullanımıyla ilgili kesin bir politika olmasını ve olayların ayrıntılı bir şekilde düzenli olarak kaydedilmesini önermektedir. İlave olarak CPT, izolasyon veya başka

kısıtlama yöntemleri uygulanan hastalara işlem sonrası açıklama yapılmasını da önermektedir (Whittington 1996).

Kısıtlama ve izolasyon yöntemlerinin kullanımı-na ilişkin kurallar, İngiltere’de Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency- NPSA) (2006) ve Amerika Birleşik Devletleri’nde Sağlık Kurumlarında Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) (2005) tarafından belirtilmektedir (Bowers ve ark. 2006c). Bu doğrultuda birçok ülkede hastaneler kendi prosedür ve rehberlerini oluşturmaktadır. Ülkemizde profesyonel kontrol yöntemlerinin uygulamalarına ilişkin standart yönergeler henüz yoktur. Bazı özel dal hastanelerinde son yıllarda Tespit Uygulama Yönergeleri hazırlanmış ve uygulamalar kayıt altına alınmaya başlanmıştır (Bilici 2007). Ancak, uygulamaların kullanım sıklığı ve şekilleri açısından hastaneler, hatta aynı hastane-deki farklı servisler arasında çeşitli farklılıklar olabileceği ve bunun da uygulamalarda tutarsızlıklara, hastalar ve çalışanlar cephesinde algılama farklılıklarına yol açacağı düşünülmektedir.

SONUÇ

Psikiyatri servislerinde, profesyonel kontrol yöntemlerinin kullanımı, uygulanması ve tercihi ülkeden ülkeye

değişiklik göstermektedir. Ülkemizde mekanik kısıtlama, izolasyon, istem dışı intramusküler sedasyon gibi yöntemler daha fazla bilinen ve uygulanan (Steinert ve ark. 2009) yöntemler iken, diğer yöntemler daha az bilinmekte ve uygulanmaktadır.

Kontrol altına alma yöntemleri uygulayıcıların otonomisine bağlı olup hem uygulayıcı hem de uygulanan bireylerde fiziksel ve psikolojik açıdan zarar vermesi etik açıdan tartışma yaratmaktadır. Profesyonel Kontrol yöntemlerinin uygulamasına yönelik tartışmalar geçmişten günümüze devam etmektedir ve tüm ihtilaflara, uluslararası önerilere rağmen, izolasyon (tecrit) ve kısıtlama (tespit) günlük psikiyatri uygulamasının rutin parçaları olarak işlev görmektedir (Bilici 2007; Whittington 2006).

Literatürde birçok çalışma kontrol altına alma yöntemlerinin uygulanış biçimleri ve sıklıkları bakımından farklılıklar olduğunu göstermektedir. Bu farklılıkların başlıca nedenlerinin, bireysel ve kültürel farklılıklar ve standart yönergelerin eksikliği olduğu düşünülmektedir. Bu farklılıkları gidermek, hastaların ve çalışanların, çatışma davranışlarından zarar görmelerini önlemek ve güvenli çalışma ortamları oluşturmak amacıyla, ülke genelinde standart uygulama kılavuzlarının olması ve politikaların geliştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Almvik R, Hatling T, Woods P ve ark. (1999) The role of forensic nursing in Norway. Forensic nursing and multidisciplinary care of the mentally disordered offender, 1. Baskı, Robinson D and Kettles A. (eds), London, Jessica Kingsley Publishers, s. 232.

Bilgin H, Buzlu S (2006) A study of psychiatric nurses’ beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. Issues Ment Health Nurs, 27: 75-90.

Bilici R (2007) Psikiyatri kliniklerinde tespit ve tecrit uygulamaları. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 8. Psikiyatri Birimi.

Bowers L. (2002) Dangerous and Severe Personality Disorder: Response and Role of the Psychiatric Team, London, Routledge.

Bowers L, Alexander J, Simsson A ve ark. (2004) Cultures of psychiatric and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. Nurse Educ Today, 24: 435-442.

Bowers L, Alexander J, Simsson A ve ark. (2007a) Student psychiatric nurses’ approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder. Int J Nurs Stud, 44: 349-356.

Bowers L, Brennan G, Flood C ve ark. (2006b) Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. J Psychiatr Ment Health Nurs, 13:165-172.

Bowers L, Douzenis A, Galeazzi GM ve ark. (2005) Disruptive and

dangerous behavior by patients on acute wards in three European centres. Soc Psychiatry Epidemiol, 40: 822-828.

Bowers L, Simpson A, Alexander J ve ark. (2003) Patient-staff conflict: results of a survey on acute psychiatric wards. Soc Psychiatry Epidemiol, 38: 402-408.

Bowers L, Simpson A, Eyres S ve ark. (2006c) Serious untoward incidents and their aftermath in acute inpatient psychiatry: The Tompkins Acute Ward Study. Int J Ment Health Nurs, 15: 226-234.

Bowers L, Werf B, Vokkolainen A ve ark. (2007b) International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: A comparative questionnaire survey, Int J Nurs Stud, 44: 357-364.

Bowers L, Whittington R, Nolan P ve ark. (2006a) The city 128 study of observation and outcomes on acute psychiatric wards, Report to the NHS SDO Programme, London.

Çam O, Bilge A (2007) Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. Anadolu Psikiyatri Derg, 8: 215-223.

Colaizzi J (2005) Seclusion and Restraint: A historical perspective. Journal of Psychosocial Perspective, 43(2): 31-37.

Coşkun S, Öztürk A (2008) Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma oranı ve stres faktörleri. II. Psikiyatri Hemşireliği Günleri(28-30 Nisan 2008, İstanbul), Özet Kitabı, s.60.

Davies SJC, Lennand MS, Ghahramani P ve ark. (2007) PRN prescribing in psychiatric inpatients: Potential for pharmacokinetic drug interactions. J Psychopharmacol, 21: 153-160.

- Dominik BM (1997) History of the psychiatric profession and its institutions. *Curr Opin Psychiatry*, 10 (5): 412-418.
- Evans D, FitzGerald M (2002) Reasons for physically restraining patients and residents: A systematic review and content analysis, *Int J Nurs Stud*, 39: 735-743.
- Ferns T (2006) Violence, aggression and physical assault in healthcare settings. *Nursing Standart*, 21(13): 42-46.
- Foster C, Bowers L, Nijman H ve ark. (2007) Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management, *J Adv Nurs*, 58(2):140-149.
- Freshwater D, Maslin-Prothero S (2005) Blackwell's Nursing Dictionary, Oxford: Blackwell, s.144.
- Hill D, Etheridge J (2008) Policy and Procedure for Safe and Supportive Observation of Patients at Risk. Manchester Mental Health and Social Care Trust.
- Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) (2009) Revised 2009 Accreditation Requirements as of March 26, 2009 Hospital Accreditation Program. http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/C9298DD0-6726-4105-A007-FE2C65F77075/0/CMS_New_Revised_HAP_FINAL_withScoring.pdf.
- Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ ve ark. (1995) Yatan psikiyatri hastalarında saldırganlık: Erzurum'da psikiyatri kliniklerinde görülen saldırgan davranışlar üzerine bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg*, 6(4): 285-296.
- Lawoko S, Soares JFF, Nolan P ve ark. (2004) Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work and Stress*, 18(1): 39-55.
- Lind M, Kaltala-Heino R, Suominen T ve ark. (2004) Nurses' ethical perceptions about coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 11: 379-385.
- Marangos-Frost S, Wells D (2000) Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: A decision dilemma, *J Adv Nurs*, 31(2): 362-369.
- Martin V, Bernhardsgrütter R, Goebel R ve ark. (2007) The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 3: 1.
- Meehan T, Bergen H, Fjeldsoe K ve ark. (2000) Patients' perceptions of seclusion: A qualitative investigation. *J Adv Nurs*, 31(2): 370-377.
- Meehan T, Bergen H, Fjeldsoe K ve ark. (2004) Staff and patient perceptions of seclusion: Has anything changed? *J Adv Nurs*, 47(1): 33-38.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005) Violence The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments, www.nice.org.uk/CG025NICEguideline.
- Nolan P, Dallender J, Soares J ve ark. (2001) Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *J Adv Nurs*, 30(4): 934-941.
- Nunno MA, Holden MJ, Tollar A ve ark. (2006) Learning from tragedy: A survey of child and adolescent restraint fatalities. *Child Abuse & Neglect*, 30: 1333-1342.
- Owen C (1998) Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv*, 49(11): 1452-1457.
- Öztürk MO (2001) Psikiyatrinin Tarihçesi. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara, Nobel Kitabevleri, s.2-3.
- Paterson B, Bradley P, Stark C ve ark. (2003) Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 10: 3-15.
- Petti T, Mohr WK, Somers JW ve ark. (2001) Perceptions of seclusion and restraint by patients and staff in an intermediate-term care facility. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 14(3): 114-127.
- Poster EC, Ryan J (1994) A multiregional study of nurses' beliefs and attitudes about work safety and patient assault. *Hospital and Community Psychiatry*, 45: 1104-1108.
- Ryan C, Bowers L (2006) An Analysis of nurses post-incident manual restraint reports. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13:527-532.
- Sailas E, Wahlbeck K (2005) Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Psikiyatri servislerinde tecrit ve tespit*. *Curr Opin Psychiatry*, 1(4): 255-259.
- Sercan M, Bilici R (2009) Türkiye'de bir ruh sağlığı bölge hastanesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenleri. *Türk Psikiyatri Derg*, 20(1): 37-48.
- Steinert T, Lepping P (2009) Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. *Eur Psychiat*, 24(1): 135-141.
- Stolker J, Nijman H, Zwanikken P ve ark. (2006) Are patients' views on seclusion associated with lack of privacy in the ward. *Arch Psychiatr Nurs*, 20(6): 282-287.
- Szczesny S, Miller M (2003) Prn medication use in inpatient psychiatry. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 41: 16-21.
- TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Politikası Taslak Metni (2006, 29 Mart), <http://www.psikiyatri.org.tr/Documents.aspx#>.
- The American Psychiatric Nurses Association (APNA) (2007) Seclusion and Restraint Standards of Practice. Washington,DC: American Psychiatric Association. http://www.apna.org/files/public/APNA_SR_Standards-Final.pdf.
- Ulaş H (2008) İngiltere'de psikiyatri hizmetlerinin sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(ek sayı.1): 61-64.
- Weiss E (1998) Deadly restraint: A Hartford Courant Investigative Report. <http://www.charlydmiller.com/LIB05/1998hartforddata.html>.
- Whittington R, Baskind E, Paterson B ve ark. (2006) Coercive Measures in the Management of Imminent Violence. *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*, Richter D and Whittington R (eds), New York, Springer Publishing Company, s.147-156.
- World Health Organization (WHO) (2005) Project Atlas: Resources for mental health 2005. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_t_z.pdf.