

# Psikiyatri Kliniklerinde Yalıtım ve Bağlama Uygulamaları

Rabia Bilici<sup>1</sup>, Mustafa Sercan<sup>2</sup>,  
Evren Tufan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psikiyatrist, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,  
Psikiyatri Polikliniği, Elazığ - Türkiye

<sup>2</sup>Prof. Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Bolu - Türkiye

<sup>3</sup>Yard. Doç. Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp  
Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD,  
Bolu - Türkiye

## ÖZET

Psikiyatri kliniklerinde yalıtım ve bağlama uygulamaları

Psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların kendilerine, diğer hastalara veya hastane çalışanlarına yönelik zarar verici davranışlarına engel olmak amacıyla yalıtım ve bağlama (tecrit ve tespit) gibi kısıtlayıcı yöntemler uygulanmaktadır. Yalıtımın beklenen sonucu, tehlikeyi bertaraf etmek ve/veya hastanın ruhsal durumunun servisteki diğer hastalara katılabilecek kadar ilerlemesini sağlamaktır. Toplumlardaki yalıtım ve bağlama uygulamaları tarih boyunca dönemin kültürel özelliklerinden etkilenmiştir. Bu yazıda, ilk çağlardan günümüze kadarki yalıtım ve bağlama olaylarının kısa tarihçesi, uygulamanın gerekçesi, endikasyon ve kontrendikasyonları, uygulamaya bağlı komplikasyonlar gözden geçirilmiştir. Ayrıca yalıtım ve bağlama uygulamalarını azaltma girişimleri hakkında farklı ülkelerdeki uygulamalar gözden geçirilerek, başarılı olan programların öğelerine yer verilmiştir. Konuya ilişkin yasal düzenlemelere ve ülkemizdeki duruma da değinilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Ajitasyon, yalıtım, bağlama

## ABSTRACT

Using of seclusion and restraint in psychiatry clinics

Restrictive methods such as seclusion and restraint are used for patients hospitalized in psychiatry clinics in order to prevent their harmful behaviors against themselves, other patients or hospital employees. The expected outcome of seclusion is to overcome the threat, and/or to raise patient's mental health status to a certain level that he/she can join other patients in the clinic. Seclusion and restraint practice in the society is affected by the cultural features of that period throughout the history. In this paper, brief history of seclusion and restraint interventions that come from the early ages to the present day, reasons for these applications, their indications and contraindications, complications associated with these applications are reviewed. Moreover, interventions implemented in different countries to reduce the use of seclusion and restraints are reviewed, and the key elements of successful programs are included. Legal regulations on this issue and current status in our country are also mentioned.

**Key words:** Agitation, seclusion, restraint

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Psikiyatrist Rabia Bilici, Elazığ Ruh Sağlığı ve  
Hastalıkları Hastanesi, Elazığ - Türkiye

Telefon / Phone: +90-424-218-1083/1154

Faks / Fax: +90-424-212-7831

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
rabiabilici@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
2 Ocak 2012 / January 2, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
23 Mart 2012 / March 23, 2012

## GİRİŞ

Psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların kendilerine, diğer hastalara veya hastane çalışanlarına yönelik zarar verici davranışlarına engel olmak amacıyla yalıtım ve bağlama (tecrit ve tespit) gibi kısıtlayıcı yöntemler uygulanmaktadır. Hastaların, buldukları ortamı terk etmelerini engelleyecek şekilde, kendi rızaları olmadan bir alanla sınırlandırılmaları 'yalıtım' (tecrit) olarak tanımlanmaktadır (1). Yalıtım ortamında hastaların hareketlerini kısıtlayan, davranışlarını kontrol altına alan mekanik veya fiziksel müdahaleler ise 'bağlama' (tespit) olarak nitelendirilmektedir. Mekanik tespit; kemer, yatak parmaklıkları, dört nokta tespitleri, çıkarılabilir bilek tespitleri, tespit çarşafı ve soğuk ıslak

çarşaf paketlerini (günümüzde büyük ölçüde kullanımı azalmış olan bir yöntem) içermektedir, fakat bunlarla sınırlı değildir. 'Bedensel tespit' veya 'tedavi edici tutma-therapeutic holding' hastanın (genellikle çocuklar) personel tarafından fiziksel olarak tutulmasını ifade eder (1). Birçok makalede sıklıkla 'bedensel tespit' terimi mekanik tespiti de içerecek şekilde kullanılmaktadır (2). Çoğunlukla hasta, zemine civatalanmış bir yatağa yerleştirilerek her iki ayak ve el bileği deri kemerler ile bağlanır. İki ilave deri kayış, hastanın bacaklarına ve gövdesinin üzerine yerleştirilir (3).

Süregelen standart günlük tedavinin dışında, şiddeti veya saldırgan davranışı önlemek amacıyla uygulanan ek ilaç tedavisi de 'kimyasal tespit' olarak tanımlanmaktadır (1).

## Tarihçe

Toplumlardaki yalıtım ve bağlama uygulamaları, tarih boyunca ruhsal hastalıkların algılanış biçimine paralel olarak, içinde buldukları dönemin kültürel özelliklerinden etkilenmiştir. Antik çağda melankoli, ölümcül yedi büyük günahın dördüncüsü olarak kabul edilmiş, din ve devlet politikası olarak melankolikler izlenmiş, kovuşturulmuş, günahı sabit görülenlerin büyük bölümü öldürülmüşlerdir (4). Eski Yunan ve Roma'da ruh hastalarına karşı toplumun tutumu genellikle olumsuz önyargılarla dolu olmuş, ruh hastalarından korkulmuş ve bu kişiler genellikle evlerinde hapsedilmişlerdir (5).

Ortaçağ Avrupası'nda ruh hastaları, şeytanın yakaladığı bir büyücü olarak avlanmış ve diri diri yakılmışlardır. Kiliselerin ruhsal bozukluklara karşı tutumu, ilkel çağlardaki şamanizmden de geriye gitmiş; ilkel, acımasız bir anlayış, dinsel-politik amaçlarla geniş halk kitlelerine karşı benimsenmiştir (6). Ortaçağ Avrupası'nın bu tutumuna karşılık, aynı dönem İslam ve Türk toplumlarında ruh hastalarına anlayış, hoşgörü, acıma egemen olmuş; Anadolu'daki şifahanelerin bir kısmı akıl hastalarına ayrılmıştır. Yunanlıların ölmüş ruh hastalarını yaktıkları gelenek, Türklerde yasaklanarak uygulanmamıştır (6).

Rönesans sonrası aydınlanma döneminde insanların ruhsal yaşamları, ortaçağın din bilim merkezli anlayışlarından çok farklı olarak, batıl inançların otoritesinden kurtulmaya başlamış, ancak bu kez de rasyonalizmin katı norm sistemlerine uymaya zorlanmıştır. Rasyonalizmin norm sistemlerine göre yaşamayan ve çalışmayanlar, 'günahkâr-dinsiz' yerine, bu kez de 'akılsız-çılğın' ya da 'zavallı-deli' olarak tanımlanmışlardır (4). Modern toplumlarda çoğunluğu oluşturan akıllı normal yurttaşlar, 'akılsız delileri' toplumdan dışlamışlar ve bunlar ilk önce genel hastanelere, sonra da özel psikiyatri kliniklerine kapatılmaya başlanmıştır. Psikiyatriye, toplum-devlet adına bu 'akılsız delileri' kliniklere kapama ve 'tedavi etme' yetkisi verilmiştir. Michel Foucault, anıtsal yapıtı Deliliğin Tarihi'nde bu tarihsel olaya 'büyük kapatma' adını vermiştir (7).

Fransız psikiyatrist Philippe Pinel, bir J.J. Rousseau hayranı olarak, Fransa'da eğitim görmüş ve tıp

reformları için son derece yoğun çalışmıştır. İlk kez 1793 yılında Paris hastanelerinde kırk 'delinin' zincirlerini kendi elleriyle çözerek, kliniklerde 'delileri zincirlerinden kurtarma' hareketini başlatmıştır (4). Bu olayın üzerinden 200 yıldan fazla süre geçmiş olmasına ve ruh sağlığı tedavisindeki son gelişmelere rağmen, yalıtım ve bağlama uygulamaları tamamen ortadan kalkmamıştır (8).

## Yalıtım ve Bağlama Kullanımı İçin Gerekçe ve Endikasyonlar

Yalıtım ve bağlama kullanılması için başlıca gerekçeler; hastanın kendisine zarar vermesini engellemek (koruma) ya da başkalarına zarar vermesini engellemek (kontrol), hastayı paranoyak düşüncelerini kıskırtacak etkileşimlerden çıkarmak (tedavi, koruma) ve duyuşsal aşırı yükü azaltmaktır. Kısıtlamalar intihar davranışını engellemeyi amaçlayabileceği gibi, hastanın gerginlik, huzursuzluk, kuşkuculuk, varsanı veya agresyon gibi psikiyatrik belirtileri üzerinde kontrol sağlamasına da yardım etmelidir (9,10).

Yalıtımın beklenen sonucu, ya tehlikeyi bertaraf etmek ya da hastanın ruhsal durumunun servisteki diğer hastalara katılabilecek kadar ilerlemesini sağlamaktır. Bu iki sonuç elbette eşzamanlı olarak beklenebilir (9).

Yalıtım ve bağlamanın en yaygın kabul gören gerekçesi, diğer araçların yetersiz kalması durumunda, 'gerçek şiddet' ya da 'şiddet tehdidi'. Buna karşın, uygulamadaki gerekçeler bazen tavsiye edilenden farklı olabilmektedir. Yalıtım kullanım sebepleri üzerine yapılan araştırmalarda en önemli nedenler, 'ajitasyon' (11-13), hastanın kendisine veya başkalarına zarar vermesi (14,15) ya da 'şiddet tehdidi' (11,16) olarak bildirilmektedir. Personel ile işbirliğinde yaşanan problemler (17) ve servisin aşırı kalabalık olması (18) da nedenler arasında gösterilmiştir.

Hastalar ise, kendilerinin ilaç almayı veya tedavi programına katılmayı reddetmeleri sebebi ile yalıtım uygulandığına inanmakta, ancak çoğunlukla cezanın nedenini bilmemektedirler (19,20).

Bazı araştırmacılar, genç hastaların daha fazla bağlama uygulamasına maruz kaldığını, hastaların yaşları arttıkça bağlama sayılarının azaldığını belirtmişlerdir (21,22). Smith ve arkadaşları (21), yaş küçüldükçe ortalama

bağlama sürelerinin de azaldığını saptamışlardır. Forquer ve arkadaşlarının (22) araştırmasında, erkeklerde daha fazla yalıtım veya bağlama uygulamaları görülmekteyken, Smith ve arkadaşlarının araştırmasında (21), bağlama sayıları ve bağlama süreleri cinsiyetler arasında farklılık göstermemiştir. Coşkun ve arkadaşlarının (23) çalışmasında ise, kadın servisinde uygulanan tespit sayısı ve hastaların tespit kalma süreleri erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Fisher (20) yayımladığı kapsamlı gözden geçirmede, bulgularını şu sonuçlar ile özetlemiştir: Yalıtım ve bağlama yaralanmaları önleyebilir ve ajitasyonu azaltabilir. Bunun yanı sıra, hem hastalar hem de personel üzerinde büyük ölçüde zararlı fiziksel ve psikolojik etkileri olabilir. Yatılı hasta programlarının büyük bir kısmı yalıtım veya bağlamanın herhangi bir türü olmaksızın faaliyet göstermekten yoksundur. Klinik faktörler yalıtım ve bağlamanın kullanımını etkilerken, klinik olmayan faktörlerin de benzer etkileri olabilir. Bu faktörler kültürel önyargılar, personelin rol algılamaları ve hastane idaresinin tutumunu içerir. Şiddetin önceden tahmin edilmesi, teskin etme ve yerinde bağlama tekniklerine yönelik personel eğitimi, bu yöntemlerin kullanımını, aynı zamanda hasta ve personel yaralanmalarını azaltabilir.

Bazı araştırmacılar yalıtım ve bağlama uygulamalarının olumsuz etkilerini vurgularken, bazıları da uygulamanın kullanılmaması durumunda hastanelerin daha tehlikeli ve güvensiz olacağına işaret etmişlerdir (21,24). Bazı kurumlar da uygulamaların kısıtlanması ya da kaldırılmasına yönelik görüş bildirmekte, yalnızca acil durumlarda hastanın saldırgan davranışını kontrol altına almak için bir son çare olarak kullanılması çağrısında bulunmaktadır (1,25-27).

### **Yalıtım ve Bağlama Kontrendikasyonları**

Yalıtım ve bağlamanın riskli olduğu durumlar ve kontrendikasyonları aşağıda sıralanmıştır (10,28,29):

- Yakın denetim yapılmıyor ve doğrudan gözlem sağlanamıyorsa,
- Tıbbi ve psikiyatrik koşullar aşırı değişkense,
- Hasta uyaran azlığından zarar görecektir bir klinik durumdaysa (deliryum ya da bunama),
- Hasta özkıyım aşırı eğilimliyse,

- Hasta aşırı ilaç tepkileri olan biriyse, aşırı doz ilaç uygulanıyorsa ya da ilaç dozunun yakından izlenmesi gerekiyorsa,
- Çalışanlar hastayı cezalandırma ya da rahatsız etme güdüsüyle davranıyorsa,
- Kalp-damar yetersizliği, kafa travması mevcutsa,
- Gebelik, astım, kırık öyküsü, ameliyat öyküsü, nöbet öyküsü, bedensel/duygusal/cinsel istismar öyküsü varsa, yalıtım ve bağlama uygulanmamalıdır.

### **Yalıtım ve Bağlama Komplikasyonları**

Hastanelerdeki personel ve hasta yaralanmalarının çoğu, yalıtım ve bağlama süreci içerisinde gerçekleşmektedir (30).

Yalıtım ve bağlama uygulaması hem personelin hem de hastaların ruhsal sıkıntılar yaşamasına da neden olabilmektedir (31). Çocuklukta cinsel istismar öyküsü olan kadınlar, bağlanmanın eski travmalarını yeniden ortaya çıkardığını belirtmişlerdir. Yıllar sonra yaşanan bu bağlama, korku, öfke, gerginlik gibi travmatik duygusal tepkilere neden olmuştur (32). Erişkinlere kıyasla çocuk ve adolesanlarda altı kat daha fazla uygulandığı bildirilen yalıtım ve bağlama, bu yaş grubunda da ciddi psikolojik sonuçlara neden olabilmektedir (33).

Yalıtımın yetersiz şekilde gözetilmesi veya odanın amaç için uygunsuz olması durumunda, hasta yalıtım halinde kendisine zarar verebilir. Dikkatli bir gözetim hastanın beslenme, sıvı dengesi ve özbakım problemlerini engellemeli ve hastanın yönelim bozukluğu ya da ajitasyonuna neden olan durumun (örneğin bir toksik durum) erken evrelerindeki herhangi bir komplikasyonu önlemelidir. Mekanik tespit halindeki hareketsizleştirme de komplikasyonlara sebep olabilir (11,20).

Zusman, tespitlerle ilişkili komplikasyonların hastanın hareketleri, uygunsuz bağlama ve tespitin yetersizliğinden kaynaklandığını belirtir. Başlıca komplikasyonlar dehidratasyon, boğulma, dolaşım ve cilt problemleri, güç ve hareket kaybı, inkontinans ve diğer hastalar tarafından yaralanma olarak bildirilmektedir (34). Başlıca komplikasyonlar aşağıda gözden geçirilmiştir.

1. Tespitte boğulma: Duruşsal boğulmanın sıklıkla hastaların yüzükoyun bir konuma getirilmeleri veya yüzükoyun taşınmaları ile gerçekleştiği belirtilmiştir

(35-37). Bu ölümler, bağlamanın doğru şekilde uygulandığı durumlarda da görülebilmektedir (38). Boyun kompresyonlarından kaynaklanan ölümlerde, karotis kan akışının kesilmesi sonucu, bradikardi ve kalp durması görüldüğü veya boyundan tutarken ön kol kompresyonu ile trakeyi kapamak suretiyle hipoksi ve kalp durması görülebildiği rapor edilmiştir (30, 39, 40).

2. Aspirasyon: Sırt üstü tespitte, kişinin bilinç düzeyi ve kullanmakta olduğu ilaçların da etkisi ile aspirasyon kolaylaşabilir ve asfiksi, akut pulmoner ödem, pnömoni ve ölüm meydana gelebilir (30,41).
3. Künt göğüs travması: Künt göğüs travmasında, kardiyak repolarizasyonun hassas bir safhası sırasında (T dalgasının tepe noktasından hemen önce) miyokard darbesine ikincil olarak gerçekleşen bir kalp aritmisi olan 'kommosyo kordis'in ani ölüme sebep olabildiği bildirilmekte, nadiren de olsa daha çok çocuklarda bildirilen ölümlerin zayıf göğüs kafesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (42,43).
4. Katekolamin hücumu: Tespite alınma esnasında, hastanın personel ile mücadele içerisine girmesi, yere yatırılması veya taşınması sırasında tırmanan ajitasyon, adrenal katekolaminlerin büyük miktarda salınmasına neden olabilir. Bu katekolamin boşalımı kalbi hassaslaştırarak ritim bozukluklarına ve ölümlere sebep olabilir (44,45).
5. Psikotropik ilaçlar: Psikotropik ilaçlar ve ani ölüm vakaları arasındaki ilişki tartışmalıdır. Yaygın olarak kullanılan birçok psikiyatrik ilaç için, ani ölüm de dahil kalp ile ilgili önemli yan etkiler bildirilmiştir (46-49).
6. Rabdomiyoliz: Kas hücrelerinin yıkımı fiziksel aşırı zorlamada enfeksiyonlar, zehirlenmeler, alkol veya bazı ilaçların kullanımı, uzayan staz veya travma ile ilişkili olarak ortaya çıkabilir ve/veya hızlanabilir (50,51).
7. Tromboz: Ölümcül pulmoner emboli ve tromboflebit, hastaların uzun zaman aralıkları boyunca hareketsiz oldukları ciddi katatonik durumların komplikasyonları olarak bildirilirler (52,53).

Bağlama uygulamaları sırasında karşılaşılabilecek komplikasyonlarla ilgili olarak çalışanların daha

kapsamlı bir eğitimi gereklidir. Psikiyatrik servisler olası acil kalp-damar sorunlarıyla başa çıkacak şekilde personel ve ekipman açısından yeterli donanıma sahip olmalıdır.

Bağlama uygulanması halinde ajitasyon durumunun kendisi ölümü kolaylaştırabileceğinden ve hastalar bu uygulamalara karşı mücadele vereceğinden, hastalar, özellikle ilaç aldıklarında asla yalnız bırakılmamalıdır. Şişmanlık, ilaç ya da alkol intoksikasyonu gibi durumlar bağlama uygulanırken göz önünde bulundurulmalıdır. Aşırı şişmanlığın (karın yağlarının) solunum fonksiyonlarını tehlikeye atabileceği yüzükoyun pozisyonlardan sakınılmalıdır (54,55). Psikotropik ilaçlar alan ve uzun süren manik epizot döneminde bağlanmış hastalarda klinisyenler vücut ısısını, kreatin fosfokinazı (CPK) ve elektrolit düzeylerini ölçmeyi unutmamalıdır (30).

Tespit altındaki her hasta dikkatlice gözlense de birebir gözlem, bu türden risk faktörlerinin mevcudiyeti durumunda standart bir uygulama olmalıdır. Tespit uygulayan personel, bağlama sırasındaki hasta mücadelesinin mutlaka karşı koymak anlamına gelmediğini anlamalıdır. Bir hastanın mücadelesi aslında hipoksi nedeniyle oluşan bir ajitasyona bağlı olabilir. Hasta karşı koymayı bıraktığında, personel ve polis sakinleştiğini yahut numara yaptığını farz eder. Ne var ki, genellikle sakin durumları tespit edilen hastaların solunumlarının durduğu ya da öldükleri gösterilmiştir (55,56). Tüm bunlar, bağlama prosedürlerinin dikkatli uygulanması ve hastaların sürekli iyi eğitilmiş ve deneyimli personel tarafından gözetilmesi gerekliliğinin altını çizmektedir. Personel ve hasta eğitimi kısıtlayıcı müdahalelerin, bağlama kullanımına bağlı istenmeyen etkilerini azaltacaktır.

### **Yalıtım ve Bağlama Uygulamalarını Azaltma Girişimleri**

Son yıllarda psikiyatri servislerinde yalıtım ve bağlama kullanımının azaltılması yönünde giderek artan bir istek oluşmuştur. Yalıtım ve bağlama uygulamalarını azaltmaya yönelik birçok çalışma yapılmaktadır (3,21,57-62). Yalıtım ve bağlamanın ortadan kaldırılması bazılarına radikal ve gerçek dışı bir hedef gibi gözükabilir. Ancak başarılı uygulamalar ile en azından yalıtım

ve bağlama kullanımının büyük ölçüde azaltılabileceği görülmüştür ve bunu sağlayabilen bölgeler mevcuttur (63,64).

Frueh ve arkadaşları ile Robins ve arkadaşları tarafından yapılan travma araştırmaları, literatüre önemli katkıda bulunmuştur ve zorlayıcı yöntemlerin hastalar üzerindeki olumsuz etkilerini güçlü bir şekilde ortaya koymuşlardır. Yazarlar, 'sığınak (sanctuary) travması' ve 'sığınak zararı' terimleri arasında ayırım yapmak suretiyle, klinisyenler ve idareciler arasındaki diyaloga açıklık getirmişlerdir. Özellikle sığınak travması terimi, DSM-IV kriterlerini karşılayan olayları kapsamaktadır. Sığınak zararı ise bu düzeye ulaşmamış olayları tarif eder. Bu olayların muhtemelen daha sık gerçekleştikleri, fakat genellikle idari ve klinik düzeyde hak ettikleri ilgiye ulaşamadıkları düşünülmektedir (58).

Lebel ve meslektaşları tarafından yalıtım ve bağlamanın maliyetleri üzerine yapılan araştırma, çığır açan bir çalışma olmuş, bu yöntemlerin kullanımının azaltılmasının mantıksal temellerine katkı sağlamıştır. Bu çalışma, yataklı hasta tesislerinde personelin tedavi edici olmayan, bununla birlikte, yaralanmalara, ölümlere ve davalara yol açabilecek faaliyetler ile zamanlarını harcamalarına sebep olan müdahalelerin kullanımının azaltılması için bir mantıksal temel sağlamaktadır (58).

### **Yalıtım ve Bağlama Uygulamalarını Başarılı Şekilde Azaltan Programların Öğeleri**

Yalıtım ve bağlamayı azaltmaya yönelik çabaların başarıya ulaşmasında kriz yönetimi, politika değişikliği, önderlik, olayların gözlenmesi ve rapor edilmesi, verilerin analizi, eğitim, tarafların işbirliği, personelin uygun istihdamı gibi birçok faktör rol oynamaktadır (64,65).

Birçok yazar, yalıtım ve bağlama oranlarının azaltılmasında idarecilerin desteğinden anahtar bir unsur olarak bahsetmiştir (59,66-68). Programların başarısında, öncü kurum ve kişilerin varlığı ile 'takım liderliği' (69,70) ve bağlama politikalarını yeniden şekillendirme çabalarında hastaların katılımını sağlamak önem taşımaktadır (3,59).

Kültürel önyargılar, personel rol anlayışı ve hastane idaresinin tutumları gibi klinik olmayan faktörlerin yalıtım ve bağlama oranları üzerinde büyük bir

etkisi olduğu bildirilmektedir (20). Yalıtım ve bağlama kullanımını gerektirecek durumları azaltacak pozitif ortam ve kültürler yaratmak veya uygun kültürel değişimi sağlamak için ülke çapında stratejilerin geliştirilmesi, kamu bilinci oluşturacak kampanyaların yapılması, yanlış inançları düzeltmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi tavsiye edilmektedir (8,59,66,67,71,72).

Personel eğitimi psikiyatri servislerinde yalıtım ve bağlama kullanımını azaltmada önemli bir faktördür. Bu, yalıtım ve bağlamanın hastalar üzerindeki olumsuz etkilerine ve şiddetin kasıtsız kolaylaştırıcılarına karşı duyarlılık (keyfi kurallar, iktidar mücadeleleri, saygı eksikliği), gerçekleştirilecek şiddet davranışının erken tespiti, olası şiddet durumlarının savuşturulması için zorlayıcı olmayan teknikler, personelin korkusunu ve bunun neticesi olarak ortaya çıkan kısıtlayıcı önlemlere aşırı bağlılığı azaltmak için şiddet içermeyen meşru müdafaa eğitimini içermektedir. Bireyler arası saygıyı vurgulayan eğitimlerin de yalıtım ve bağlamayı azaltma programında yer alması önerilmektedir. Birçok yazar, yalıtım ve bağlama oranlarında düşüş sağlamak için tümüyle didaktik derslere karşıt olarak, deneyimli eğitim ve danışmanın gerekliliğini belirtmiştir (3,59,73).

Yalıtım ve bağlamayı azaltma programları kapsamında, hastanelerde her yalıtım/bağlama olayının ardından veritabanına olaya ilişkin bilgilerin girilmesi ve verilerin analizi ile saptanan sorunlara yönelik önlem alınması sonucu olayların azaltılabileceği gösterilmiştir (3,74). Olay sonrası analizi ile olay akıllarda henüz taze iken durum tartışılmalı ve müdahalenin tekrarını engellemek için kısa ve uzun dönemli planlar yapılmalıdır (59).

Dikkatli bireyselleştirilmiş tedaviler birçok başarılı bağlama azaltma programının önemli bir parçasıdır. Özellikle sık ve tekrarlanan bir şekilde yalıtım ve bağlamaya alınan bir hasta için etkin bir tedavi şarttır. Etkin tedavi farmakolojik ve farmakolojik olmayan müdahaleleri içerir. Farmakolojik tedavi bağlamında ele alınması gereken öğelerden biri, klozapin kullanımınıdır. Klozapinin antipsikotik etkisinden bağımsız olarak, saldırgan davranışı azalttığı birçok araştırmacı tarafından gözlenmiştir. Klasik tedavilerin tükendiği durumlarda, küçük yayımlanmış diziler veya bireysel olgu sunumları temelinde bir dizi ilaç denemesi uygulanmıştır. Örneğin, birçok hasta

için hâlihazırdaki ilaç tedavilerine topiramet ilavesi ve klozapini tolere edemeyen veya cevap vermeyen hastalarda mezoridazin ve amantadin birleşiminin kullanımı ile önemli derecede başarı elde edilmiştir. Birçok hasta için, elektrokonvülsif tedavinin klozapine ilavesinin de yardımcı olduğu ortaya çıkmıştır (59).

Yalıtım ve bağlamaya neden olan davranışların azaltılması için kullanılan en güçlü araçlardan biri Linehan'ın Diyalektik Davranışçı Tedavisi (DBT)'dir (75).

### **Yalıtım ve Bağlamaya İlişkin Yasal Düzenlemeler**

Yalıtım ve bağlama uygulamaları ile ilgili çeşitli ülkeler ve aynı ülkedeki mevcut hastaneler arasında farklılıklar bulunduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra, hastanın etnik kökeni ve personelin deneyim düzeyi gibi klinik olmayan faktörlerin de yalıtım ve bağlamanın kullanımı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (8). Uygulama farklılıkları, ilgili uygulama standartlarının olmamasına bağlanmakta ve bu uygulamalar için yönergelerin gerekliliği vurgulanmaktadır (76).

Bazı ülkelerde etik nedenlerle yalıtım ve/veya mekanik bağlama yöntemleri yasaklanmış, bazı ülkelerde ise çeşitli yasal düzenlemeler getirilmiştir (77). Sercan ve Bilici (78), ülkemizde bağlanma durumunun uluslararası oranlara göre orta değerlerde olduğunu bildirmişlerdir. Ülkenin en kalabalık kentinde, geniş bir nüfusa hizmet veren ve eğitim hastanesi olarak uzman yetiştiren

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yalıtım odası olmadığından, ağırlıklı kısıtlama yönteminin mekanik bağlama olduğu bildirilmiştir. Hastane yönetiminin Ocak 2006'da bağlama sıklığını azaltmayı hedefleyen bir program başlatılmış ve ülkemizdeki ilk tespit yönergesi hazırlanmıştır. Bu yönergede yer alan maddeler arasında; bir hasta tespite alınmadan önce sözel olarak sakinleştirme, ilaç uygulaması gibi yöntemler denemeli, tespit edilme nedeni hastaya açıklanmalı ve tespit mümkün olduğu kadar kısa zamanda sonlandırılmalı, ifadeleri yer almaktadır. İstanbul'da bir ruh sağlığı hastanesinde 2007-2008 yıllarında yapılan bir çalışmada, bir yıllık periyotta tespit sayısı ve sürelerinde azalma olduğu saptanmış, bu azalmada kurum yöneticileri ve klinik ekiplere yapılan geri bildirimlerin etkili olduğu ifade edilmiştir (79). Uygulama standartlarının yaygınlaştırılması sorunun çözümüne katkıda bulunacaktır.

Sonuç olarak, ilk çağlardan günümüze kadar taşınan yalıtım ve bağlama sorununun çözümü için her psikiyatri merkezi önce mevcut durumun boyutlarını belirlemeli, daha sonra yerel mevzuatın gerekliliklerini de gözetenek, yalıtım ve bağlama olaylarını azaltmaya yönelik önlemleri almalıdır. Yeri geldiğinde hayatı kurtarıcı olabilen yalıtım ve bağlama uygulamalarının, endikasyon ve kontrendikasyonları bilinerek, yalnızca zorunlu durumlarda uygulanması için kısa ve uzun vadeli politikalar üretilmeli ve personele gerekli eğitimi vermek üzere programlar hazırlanmalıdır.

### **KAYNAKLAR**

1. HCFA: Health Care Financing Administration. Hospital Condition of Participation. Federal Register Doc. Washington, DC: Government Printing Office, 1999.
2. Busch AB, Shore MF. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry* 2000; 8:261-270.
3. Schreiner GM, Crafton CG, Sevin JA. Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. *Adm Policy Ment Health* 2004; 31:449-463.
4. Teber, S. Melankoli: Normal Bir Anomali. 2. Baskı, Say Yayınları, İstanbul, 2001, 143.
5. Colp Jr R. History of Psychiatry: In Sadock BJ, Sadock VA (editors). *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII Vol.II*. Baltimore: Lipincott/Williams and Wilkins, 2000.
6. Öztürk MO. Psikiyatrinin Tarihçesi. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Baskı, Nobel Kitabevleri, Ankara, 2001, 3-4.
7. Foucault M. Büyük Kapatma. Deliliğin Tarihi. Kılıçbay MA (Çeviri Ed.) 4. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara, 2006, 85-133.
8. Busch AB. Introduction to the special section. *Psychiatr Serv* 2005; 56:1104.
9. Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J, Lehtinen V. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law Psychiatry* 2003; 26:139-149.
10. Simon RI. Psikiyatride Klinik-Yasal Konular: In Sadock BJ, Sadock VA (editors) Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.), 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2006.



11. Brown JS, Tooke SK. On the seclusion of psychiatric patients. *Soc Sci Med* 1992; 35:711-721.
12. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto AM, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: a nationwide 15-year study. *Nord J Psychiatry* 2010; 64:136-144.
13. Larue C, Dumais A, Ahern E, Bernheim E, Mailhot MP. Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16:440-446.
14. Üçok A, Kora K, Bostanci F. Seclusion in closed psychiatric wards in Turkey. *European Journal of Psychiatry* 1996; 10:149-154.
15. Tunde-Ayinmode M, Little J. Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australas Psychiatry* 2004; 12:347-351.
16. Swett C. Inpatient seclusion: Description and causes. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1994; 22:421-430.
17. Walsh E, Randell BP. Seclusion and restraint: what we need to know. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 1995; 8:28-40.
18. de Cangas JP. Nursing staff and unit characteristics: do they affect the use of seclusion? *Perspect Psychiatr Care* 1993; 29:15-22.
19. Binder RL, McCoy SM. A study of patients' attitudes toward placement in seclusion. *Hosp Community Psychiatry* 1983; 34:1052-1054.
20. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1584-1591.
21. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, Hardentstine BD, Kopchick GA. Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv* 2005; 56:1115-1122.
22. Forquer SL, Earle KA, Way BB, Banks SM. Predictors of the use of restraint and seclusion in public psychiatric hospitals. *Adm Policy Ment Health* 1996; 23:527-532.
23. Coşkun S, Avlamaz F, Genç H. Akut psikoz kliniklerinde mekanik tespit uygulamasında cinsiyete özgü farklılıklar. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010; 1:108-114.
24. Singh NN, Singh SD, Davis CM, Latham LL, Ayers JG. Reconsidering the use of seclusion and restraints in inpatient child and adult psychiatry. *J Child Fam Stud* 1999; 8:243-253.
25. Office of Mental Health and Substance Abuse Services. Report of the commonwealth of Pennsylvania: performance measurement system. Harrisburg, Pennsylvania: Commonwealth of Pennsylvania, 1999.
26. National Association of State Mental Health Program Directors. NASMHPD Position statement on seclusion and restraint, 1999. [http://www.nasmhpd.org/nasmhpd\\_collections/collection1/position\\_statement/posses1.htm](http://www.nasmhpd.org/nasmhpd_collections/collection1/position_statement/posses1.htm). Erişim tarihi Aralık 8, 2011.
27. American Psychiatric Association. Resource Guide On Seclusion And Restraint By The American Psychiatric Association. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1999.
28. Cannon ME, Sprivulis P, McCarthy J. Restraint practices in Australasian emergency departments. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35:464-467.
29. American Psychiatric Association (APA), American Psychiatric Nurses Association (APNA), National Association of Psychiatric Health Systems (NAPHS). Learning from each other. Success stories and ideas for reducing restraint/seclusion in behavioral health, 2003. <https://www.naphs.org/rscampaign/learning.pdf>. Erişim tarihi Aralık 8, 2011.
30. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry* 2003; 48:330-337.
31. Moran A, Cocoman A, Scott PA, Matthews A, Staniulienė V, Valimaki M. Restraint and seclusion: a distressing treatment option? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16:599-605.
32. Gallop R, McCay E, Guha M, Khan P. The experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse. *Health Care Women Int* 1999; 20:401-416.
33. De Hert M, Dirix N, Demunter H, Correll CU. Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20:221-230.
34. Zusman J. Restraint and seclusion: Improving practice and conquering the JCAHO standards. Marblehead, MA: Opus Communications, 1997.
35. Howard JD, Reay DT. Positional asphyxia. *Ann Emerg Med* 1998; 32:116-118.
36. Bell MD, Rao VJ, Wetli CV, Rodriguez RN. Positional asphyxiation in adults. A series of 30 cases from the Dade and Broward County Florida Medical Examiner Offices from 1982 to 1990. *Am J Forensic Med Pathol* 1992; 13:101-107.
37. O'Halloran RL, Lewman LV. Restraint asphyxiation in excited delirium. *Am J Forensic Med Pathol* 1993; 14:289-295.
38. Rubin BS, Dube AH, Mitchell EK. Asphyxial deaths due to physical restraint. A case series. *Arch Fam Med* 1993; 2:405-408.
39. Reay DT, Eisele JW. Death from law enforcement neck holds. *Am J Forensic Med Pathol* 1982; 3:253-258.

40. Reay DT, Holloway GA Jr. Changes in carotid blood flow produced by neck compression. *Am J Forensic Med Pathol* 1982; 3:199-202.
41. Mann SC, Caroff SN, Bleier HR, Welz WK, Kling MA, Hayashida M. Lethal catatonia. *Am J Psychiatry* 1986; 143:1374-1381.
42. Boglioli LR, Taff ML, Harleman G. Child homicide caused by commotio cordis. *Pediatr Cardiol* 1998; 19:436-438.
43. Maron BJ, Gohman TE, Kyle SB, Estes NA 3rd, Link MS. Clinical profile and spectrum of commotio cordis. *JAMA* 2002; 287:1142-1146.
44. Kirby DA, Pinto JM, Hottinger S, Johnson DA, Lown B. Behavioral arousal enhances inducibility and rate of ventricular tachycardia. *Am J Physiol*. 1991; 261:H1734-H1739.
45. Grossman P, Watkins LL, Wilhelm FH, Manolakis D, Lown B. Cardiac vagal control and dynamic responses to psychological stress among patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1996; 78:1424-1427.
46. Mehtonen OP, Aranko K, Mälkonen L, Vapaatalo H. A survey of sudden death associated with the use of antipsychotic or antidepressant drugs: 49 cases in Finland. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:58-64.
47. Jusic N, Lader M. Post-mortem antipsychotic drug concentrations and unexplained deaths. *Br J Psychiatry* 1994; 165:787-791.
48. Reilly JG, Ayis SA, Ferrier IN, Jones SJ, Thomas SH. QTc-interval abnormalities and psychotropic drug therapy in psychiatric patients. *Lancet* 2000; 355:1048-1052.
49. Hatta K, Takahashi T, Nakamura H, Yamashiro H, Yonezawa Y. Prolonged QT interval in acute psychotic patients. *Psychiatry Res* 2000; 94:279-285.
50. Poels PJ, Gabreëls FJ. Rhabdomyolysis: a review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg* 1993; 95:175-192.
51. Fernandez-Real JM, Ricart-Engel W, Camafort-Babkowski M. Hyponatremia and benzodiazepines result in rhabdomyolysis. *Ann Pharmacother* 1994; 28:1200-1201.
52. McCall WV, Mann SC, Shelp FE, Caroff SN. Fatal pulmonary embolism in the catatonic syndrome: Two case reports and a literature review. *J Clin Psychiatry* 1995; 56:21-25.
53. Hem E, Steen O, Opjordsmoen S. Thrombosis associated with physical restraints. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103:73-76.
54. Morrison A, Sadler D. Death of a psychiatric patient during physical restraint. Excited delirium--a case report. *Med Sci Law* 2001; 41:46-50.
55. Siebert CF Jr, Thogmartin JR. Restraint-related fatalities in mental health facilities: Report of two cases. *Am J Forensic Med Pathol* 2000; 21:210-212.
56. O'Halloran RL, Frank JG. Asphyxial death during prone restraint revisited: A report of 21 cases. *Am J Forensic Med Pathol* 2000; 21:39-52.
57. National Executive Training Institute (NETI) 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), 2006.
58. Glover RW. Reducing the use of seclusion and restraint: A NASMHPD priority. *Psychiatr Serv* 2005; 56:1141-1142.
59. Fisher WA. Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. *J Psychiatr Pract* 2003; 9:7-15.
60. Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffe G. Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nurs Ethics* 2010; 17:65-76.
61. Martin A, Krieg H, Esposito F, Stubbe D, Cardona L. Reduction of restraint and seclusion through collaborative problem solving: a five-year prospective inpatient study. *Psychiatr Serv* 2008; 59:1406-1412.
62. Pollard R, Yanasak EV, Rogers SA, Tapp A. Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Q* 2007; 78:73-81.
63. Bowers L, Van Der Merwe M, Nijman H, Hamilton B, Noorthorn E, Stewart D, Muir-Cochrane E. The practice of seclusion and time-out on English acute psychiatric wards: The City-128 Study. *Arch Psychiatr Nurs* 2010; 24:275-286.
64. Stewart D, Van der Merwe M, Bowers L, Simpson A, Jones J. A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues Ment Health Nurs* 2010; 31:413-424.
65. Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatry* 2010; 56:412-423.
66. Jensen B, Hess-Zak A, Johnston SK, Otto DC, Tebbe L, Russell CL, Waller AS. Restraint reduction: a new philosophy for a new millennium. *J Nurs Adm* 1998; 28:32-38.
67. Dunbar JM, Neufeld RR, Libow LS, Cohen CE, Foley WJ. Taking charge. The role of nursing administrators in removing restraints. *J Nurs Adm* 1997; 27:42-48.



68. Davidson NA, Hemingway MJ, Wysocki T. Reducing the use of restrictive procedures in a residential facility. *Hosp Community Psychiatry* 1984; 35:164-167.
69. Visalli H, McNasser G. Reducing seclusion and restraint: meeting the organizational challenge. *J Nurs Care Qual* 2000; 14:35-44.
70. Curie CG. SAMHSA's commitment to eliminating the use of seclusion and restraint. *Psychiatr Serv* 2005; 56:1139-1140.
71. Palmer L, Abrams F, Carter D, Schluter WW. Reducing inappropriate restraint use in Colorado's long-term care facilities. *Jt Comm J Qual Improv* 1999; 25:78-94.
72. Cruz V, Abdul-Hamid M, Heater B. Research-based practice: reducing restraints in an acute care setting--phase I. *J Gerontol Nurs* 1997; 23:31-40.
73. Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Cocoman A, Turpeinen S, Kuosmanen L, Joffe G. Nurses' and physicians' educational needs in seclusion and restraint practices. *Perspect Psychiatr Care* 2009; 45:198-207.
74. Colton D, Xiong H. Reducing seclusion and restraint: Questionnaire for organizational assessment. *J Psychiatr Pract* 2010; 16:358-362.
75. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press, 1993.
76. Greshaw WB, Cain KA, Francis PS. An updated national survey on seclusion and restraint. *Psychiatr Serv* 1997; 48:395-397.
77. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F, Whittington R. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45:889-897.
78. Sercan M, Bilici R. Türkiye'de bir ruh sağlığı bölge hastanesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenleri. *Turk Psikiyatri Derg* 2009; 20:37-48.
79. Coşkun S, Avlamaz F. Akut psikiyatri kliniklerinde uygulanan mekanik tespit sayı ve süresinin bir yıl içinde gösterdiği değişimin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010; 1:51-55.