

# Akut Psikoz Kliniklerinde Mekanik Tespit Uygulamasında Cinsiyete Özgü Farklılıklar

## Evaluation of the Specific Gender Difference in Restraint in Acute Psychotic Clinics

Sibel COŞKUN,<sup>1</sup> Fatma AVLAMAZ,<sup>2</sup> Hafize GENÇ<sup>2</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada akut psikoz kliniklerinde mekanik tespit uygulanan kadın ve erkek hastaların özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu kesitsel araştırma, İstanbul ilindeki bir ruh sağlığı hastanesinde 01 Kasım 2007-31 Ocak 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma akut psikoz kliniklerinden biri kadın biri erkek olmak üzere rastgele seçilen iki serviste yürütülmüş ve araştırma sürecinde mekanik tespit uygulanan tüm olgular ile tüm tespit uygulamaları örnekleme oluşturmuştur. Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan bilgi formu aracılığıyla her tespit uygulaması için doldurularak toplanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında yüzdelik, ki-kare ve t-testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Kadın servisinde 321 hastanın 66'sına tespit uygulandı, toplam tespit sayısının 140, tespit süresi ortalamasının  $6.10 \pm 4.5$  saat olduğu, tespit biçiminin %38.6'sında dört nokta tespitine ilave göğüs kemeri uygulandığı belirlenmiştir. Erkek servisinde 259 hastanın 35'ine tespit uygulandı, toplam tespit sayısının 65, tespit süresi ortalamasının  $3.15 \pm 2.7$  saat olduğu, tespit biçiminin %64.6'sında dört nokta tespiti uygulandı saptanmıştır. Kadın ve erkek servisi arasında tespit sayısı, süresi, tespit tekrar sayısı ve tespit biçiminin farklı olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Kadın ve erkek hastalarda tespit uygulamasını etkileyebilecek faktörlere bakıldığında, iki grup arasında yaş ortalamaları, medeni durum, psikiyatrik tanı, iç görü durumu, saldırganlık ön belirtilerinin hemşirelerce fark edilmesi, hastaların tutumu ve hemşirelerin gözlem sıklığı açısından farklar olduğu ( $p < 0.05$ ) ve hastalık süresi, geçmişte şiddet öyküsünün varlığı açısından fark olmadığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Kadın servisinde uygulanan tespit sayısı ve hastaların tespit kalma süreleri daha yüksektir. Tespit biçimi açısından fark vardır. Erkek hastalarda genç yaş, şizofreni tanısı ve iç görü eksikliği daha fazla olmasına rağmen, saldırganlık ön belirtilerinin hemşireler tarafından fark edilmesi ve 15 dk aralıklı gözlem yapılmasının tespit sayı ve süresinin azalmasında etkili olduğu düşünülebilir. Tespit uygulamasını etkileyen faktörlerin farklı çalışma yöntemleriyle araştırılmasına ihtiyaç vardır. Saldırganlığın yönetimine yönelik çalışmalara önem verilmeli, tespit kullanımını ve süresini azaltma yönünde çaba gösterilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Cinsiyet; izolasyon; psikiyatri servisi; psikoz; tespit.

### SUMMARY

**Objectives:** This study intended to analyze the characteristics of male and female patients kept in mechanical restraint in acute psychotic clinics.

**Methods:** This cross-sectional and descriptive study was undertaken in a psychiatric hospital in Istanbul between 1 November 2007 and 31 January 2008. The research was conducted in two psychotic services with patients kept in restraint who were randomly selected as one male and one female. All the cases kept in restraint and all the restraint applications made during the research period constituted the sample. Data were collected using an information form created by the researchers, and the form was completed for each restraint application. The obtained data were assessed using percentage, chi-square tests and t-test on computer environment.

**Results:** It was found that in the female clinic, 66 among 321 patients were restrained, the number of restraints was 140, the average restraint duration was  $6.10 \pm 4.5$  hours, and in 38.6% of cases, the restraint method was the chest belt in addition to four-point restraint. In the male clinic, 35 among 259 patients were restrained, the number of restraints was 65, the average restraint duration was  $3.15 \pm 2.7$  hours, and in 64.6% of cases, the method of restraint was the four-point restraint. Between the male and female clinics, the number and the duration of restraints, the number of repeated restraints and methods of restraint were found to be statistically significantly different ( $p < 0.001$ ). When the factors that may affect the restraint application in male and female patients were evaluated, differences were determined between the two groups in terms of average age, marital status, psychiatric diagnosis, level of insight, recognition of the initial signs of aggression by nurses, the attitudes of the patients, and the frequency of the nurses' observation ( $p < 0.05$ ). However, there were no differences in terms of disease duration and history of prior violence.

**Conclusion:** The number of restraints and duration of restraint were higher in the female clinic. The style of restraint also differed between genders. In male patients, although the frequencies of younger age, diagnosis of schizophrenia and lack of insight were higher, it may be considered that recognition of the initial signs of aggression by nurses and observation at 15-minute intervals are efficient in decreasing the restraint number and duration. The factors that affect the application of restraint need to be investigated using different methods. Studies on aggression management should be regarded and efforts should be made to decrease restraint usage and duration.

**Key words:** Gender; isolation; psychosis; psychiatric inpatient; restraint.

<sup>1</sup>Muğla Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksek Okulu, Muğla

<sup>2</sup>Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**İletişim (Correspondence):** Dr. Sibel COŞKUN.

**e-posta (e-mail):** cosibel@gmail.com

**Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1(3):108-114**  
**Journal of Psychiatric Nursing 2010;1(3):108-114**

### Giriş

Akut psikoz klinikleri, ülkemizdeki ruh sağlığı hastanelerinde, özellikle akut psikotik atak ya da kronikleşmiş ruhsal bozuklukta yaşanan akut alevlenme tablosu nedeniyle tedavi gereksinimi olan hastalara yönelik servislerdir. Psikoz kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların çoğu, yoğun psi-

kotik yaşantıları olan, sıklıkla gerçekle bağlantıları kopmuş ve hastaneye isteği dışında yatırılmış, saldırganlık potansiyeli yüksek olarak gözlenmektedir.<sup>[1]</sup> Bu kliniklerde, yatarak tedavi gören hastaların kendilerine, diğer hastalara, çalışanlara ve ortama yönelik zarar verici davranışlarını önlemek amacıyla gerektiğinde kısıtlayıcı yöntemler uygulanmaktadır.<sup>[2-4]</sup> Tedavi ortamında hastaların hareketlerini kısıtlayan, davranışlarını kontrol altına alan mekanik veya fiziksel müdahaleler ise genel olarak “*tespit*” olarak adlandırılmaktadır.<sup>[2,3]</sup>

Tecrit ve tespit uygulamalarının bir tedavi yöntemi olmaktan çok bir güvenlik tedbiri niteliği taşıdığı ve olumsuz pek çok etkiye neden olduğuna dair görüşler bulunmaktadır, tespit ve tecrit uygulamalarının azaltılması önerilmektedir.<sup>[5]</sup> Norveç'teki psikiyatri ekiplerinin tespit kullanımına ilişkin görüşlerini inceleyen bir çalışmada, tespit ve tecrit uygulamalarının, eğitim ve cinsiyet farkı görülmezsizin saldırgan (agresif) hastaya yaklaşımda öncelikli tercih edildiği, sakinleştirici etkisi olduğuna inanıldığı belirlenmiş ve bu ekiplerin tespit ve tecridin olumsuz etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları öne sürülmüştür.<sup>[6]</sup>

Tespit ve tecrit uygulamalarını önlemede, saldırganlığı ve saldırganlık potansiyelini önceden fark etmek oldukça önemlidir. İyi bir gözlem ile saldırganlık belirtileri önceden fark edildiğinde hastanın saldırganlığını ve taşkınlığı (eksitasyon) önlemek mümkün olabilmektedir. Bu konu, hastanın taşkınlığı esnasında ekibin ve diğer hastaların zarar görme olasılığını azaltmak açısından da önemlidir.<sup>[2,3,7]</sup> Saldırganlığı önceden fark edip önlemede ayrıca tespit ve izolasyon uygulamalarını azaltmada ekibin tecrübe ve eğitim düzeyi kadar, kurum yönetiminin tutumu da önemli olmaktadır.<sup>[8,9]</sup> Saldırganlığı ve taşkınlığı bulunan hastaya yaklaşımda, ilk seçenek önleyici olarak hastaya terapötik ortam sağlanması ve aktivite programları sunulması, ikinci seçenek saldırganlığın önceden fark edilmesi, üçüncü seçenek eksite olan hastanın konuşularak sakinleştirilmeye çalışılması, dördüncü seçenek farmakolojik yöntemlerin kullanılması, tüm bunların işe yaramadığı nokta da son seçenek tecrit ya da tespit yöntemleri olmalıdır.<sup>[2,8]</sup>

Yapılan bazı araştırmalarda hemşirelerin öfkeli ve taşkınlığı olan hasta ile iletişimde zorlandıkları belirtilmektedir.<sup>[4]</sup> Öfkeli ve taşkınlığı bulunan hasta karşısında hemşire, sakin bir tutum sergilemeli, hastaya yardımcı olmak istediğini ifade etmeli, sorununu anlamaya çalışmalı, korktuğunu belli etmemeli, fiziksel teması en aza indirmeli, hastaya karşı açık ve dürüst davranmalı, göz kontağı kurmalı, yüksek sesle ve tehditkâr davranmamalı, hasta ile tartışmamalıdır. Tüm bu beceriler hemşirelerin eğitim ve deneyim durumlarıyla ilişkili olabilmektedir.<sup>[4,10-12]</sup>

Tecrit ya da tespit uygulama kararında daha çok hekimin kararı öncelikli olmakla beraber, acil durumlarda hemşireler

de tespit kararı verebilmektedirler. Hemşirelerin tespit kararında hastalara ait değişkenlerin yanı sıra; hemşirelerin yaşı, deneyimi, kayıtlı hemşire olma durumları, psikiyatride uzmanlaşma durumu ile kurumsal/organizasyonel faktörlerin etkili olduğu ve hemşirelerin hastanın davranışını anlamlandırmada farklılıklar gösterdikleri belirtilmektedir.<sup>[13]</sup> Literatürde ayrıca, tespit ve tecrit nedenleri, tespit esnasında hastanın 15 dk ara ile gözlenmesi ve tespit süresinin kısa tutulması gerektiği, tespit işlemi sonrası ekibin durumu değerlendirilmesi konularına değinilmektedir.<sup>[2,14-16]</sup> Tespit sürecinde komplikasyon olarak; boğulma, aspirasyon, künt göğüs travması ile katekolamin hücumu, tromboz ve psikotrop ilaç etkisiyle ölüm gelişebilmektedir. Bu nedenle tespit uygulanan hastanın bakımı da oldukça önemlidir.<sup>[1,2]</sup> Post travmatik stres bozukluğu öyküsü bulunan hastalarda tespit uygulamasının travmatik etki yapabileceği belirtilmektedir.<sup>[17]</sup> Özellikle çocuklarda travmatik etki yapacağından tecrit ve tespit uygulamalarından kaçınılması gerektiği belirtilmekte,<sup>[5]</sup> tespit uygulamasının hem hasta hem ekip için travmatik olduğu vurgulanmaktadır.<sup>[11]</sup>

Psikiyatrik tedavi gören hastalarda tespit ve izolasyonla ilgili verilere bakıldığında kadınlarda %43, erkeklerde %29 oranında tecrit/tespit deneyimi olduğu öne sürülmekte,<sup>[18]</sup> bazı çalışmalarda ise genç ve erkek hastalarda tespit oranlarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca, iç görüsü olmayan psikotik hastalarda, geçmişte suç öyküsü, alkol madde kullanımı olanlarda saldırganlık potansiyelinin yüksek olduğu, dolayısıyla da tespit uygulamalarının daha fazla olduğuna değinilmektedir.<sup>[9,12,16]</sup>

Ülkemizde, psikiyatri kliniklerinde tespit/izolasyon yöntemlerinin kullanımı, tespit/izolasyon uygulanan hasta özellikleri ve etkili faktörler gibi konulardaki çalışmalar çok sınırlıdır. Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada, kadın ve erkek akut psikoz kliniklerinde uygulanan mekanik tespit sayısı ve süresi ile tespit uygulamasında cinsiyete özgü farklılıkların incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonuçlarının, mevcut durumun tanımlanmasında, izolasyon/tespit uygulamasındaki standartların geliştirilmesinde ve hasta bakım kalitesinin artırılmasına yönelik uygulamalarda temel olacağı düşünülmektedir.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Tipi ve Örneklem

Araştırma İstanbul ilinde bulunan bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde 01 Kasım 2007-31 Ocak 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırmada hastanenin akut psikoz kliniklerinden rastlantısal olarak seçilen bir kadın ve bir erkek servisinde, araştırmanın yapıldığı süre içindeki mekanik tespit uygulanan olgular ile tüm mekanik tespit uygulamaları örnekleme oluşturmuştur.

Araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde, kadın servisinde tedavi gören 321 hastadan 66 hastaya tespit uygulandığı, tespit tekrarı oranının %71 (maks: 16 tekrar) ve tespit sayısının 140 olduğu belirlenmiştir. Erkek servisinde ise 259 hastadan 35 hastaya tespit uygulandığı, tespit tekrarı oranının %69 (maks: 6 tekrar) ve tespit sayısının 65 olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde servislerin hasta yoğunluğu ise şöyledir: Kadın servisinde yatak sayısı 60, ortalama mevcut hasta sayısı 56 ve ortalama aylık yeni yatan hasta sayısı 82 kişi iken, erkek servisinde yatak sayısı 45, ortalama mevcut hasta sayısı 54 ve ortalama aylık yeni yatan hasta sayısı 65 kişi olarak belirlenmiştir.

### Araçlar ve Uygulama

Araştırma için gerekli kurumsal izin alınmıştır. Araştırmada, hastalara herhangi bir anket, girişim vb uygulama yapılmadığından hastalardan izin alınmamış, hemşireler tarafından kaydedilen bilgiler kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan servislerde görevli olan hemşireler ile işbirliği yapılarak hemşirelerin, tespit uygulanan hastalara ait sosyodemografik veriler ile tanı, hastalık öyküsü, geçmişteki şiddet davranışı öyküsü, yatış şekli, iç görü durumu, tespit saati, tespit nedeni, tespit tekrar durumu, ek tedavi uygulanma durumu, hemşirelik gözlem sıklığı gibi bilgileri, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan ve 20 sorudan oluşan forma kaydetmeleri sağlanmıştır. Tespit tekrarı olduğu durumlarda hemşireler aynı formu aynı hasta için tekrar doldurmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında yüzdellik, ki-kare ve t testi ile değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde, araştırmanın yapıldığı akut psikoz kliniklerinden seçilen kadın ve erkek servisinde, hemşirelerce doldurulan formlar aracılığı ile tespit uygulamasına ait özellikler ile tespit uygulanan hasta özellikleri incelenmiş ve cinsiyetler arası farklılıklar ele alınmıştır.

Psikoz kliniklerindeki tespit uygulaması ile ilgili özellikler ele alındığında; kadın servisinde tespit süresi ortalaması  $5.9 \pm 4.5$  (min-maks: 1-20) saat, erkek servisinde ise  $3.38 \pm 2.7$  (min-maks: 1-16) saat olarak saptanmıştır. Tespit tekrar sayısı açısından değerlendirildiğinde kadın servisinde tekrar tespit sayısı ortalama  $6.3 \pm 5$  (min-maks: 2-16 kez), erkek servisinde ise  $3.53 \pm 1.4$  (min-maks: 2-6 kez) olarak belirlenmiştir. Kadın ve erkek servisi arasında tespit süresi ( $\chi^2:85.7$ ,  $p<0.001$ ) ve tekrar tespit sayısı ( $\chi^2:53.2$ ,  $p<0.001$ ) açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Tespit uygulaması, kadın hastalarda %25.4, erkek hastalarda ise %40 oranında hastaneye yatışın birinci günü uygulanmıştır. Kullanılan tespit yöntemleri incelendiğinde ise erkek servisinde dört nokta tespiti (el ve ayak kemerleri) daha çok kullanılırken (%64.6), kadın servisinde el ve ayak keme-

rine ilave göğüs kemeri uygulamasının daha fazla kullanıldığı (%38.6) saptanmış olup, tespit şekli açısından kadın ve erkek servisi arasında anlamlı farklılık ( $\chi^2:25.4$ ,  $p<0.001$ ) bulunmuştur. Her iki serviste de tespit uygulamasının nedeni en çok "hastanın ekibe ve/veya başka bir hastaya şiddet davranışı göstermesi" şeklinde belirtilmiştir. Tespit uygulanmadan önce hemşirelerin hastaya yönelik ilk müdahalesi sorulduğunda, kadın servisinde %50 oranında "konuşarak hastayı sakinleştirmeye çalışma", erkek servisinde ise %43.1 oranında "hekime haber verme" seçeneği belirtilmiştir.

Tespit uygulanan saatlere bakıldığında, her iki serviste de tespit uygulamasının hastaların %50'sine saat 08.00-16.00 arasında gerçekleştirildiği belirlenmiş, tespit uygulama saatleri açısından iki servis arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. 08.00-16.00 saatleri arasındaki tespit süreleri  $4.94 \pm 4.75$  iken, akşam ve gece uygulanan tespit süreleri  $5.36 \pm 3.75$  olarak belirlenmiştir ve nöbetçi ekibin görev yaptığı akşam ve gece saatlerindeki tespit sürelerinin nispeten daha uzun olduğu dikkati çekmiştir.

Tespit edilen hasta özellikleri incelendiğinde, hastaların çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi açısından erkek hastalar ile kadın hastalar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Hastalar medeni durum açısından karşılaştırıldığında erkek hastalarda bekâr olanların oranı daha yüksektir ve servisler arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $\chi^2:17.5$ ,  $p<0.001$ ). Kadın servisinde "iki uçlu duyudurum bozukluğu" tanısı alan hastalar çoğunluğu oluştururken, erkek servisinde "şizofreni/atipik psikoz" tanısı alan hasta sayısı daha fazladır ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2:6.3$ ,  $p<0.05$ ). Kadın hastaların %56.1'inde, erkek hastaların %71.4'ünde geçmişte şiddet davranışı tanımlanmakta olup servisler arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Hastaların hastaneye yatış esnasındaki içgörü durumu incelendiğinde ise erkek hastalarda içgörü bulunmayanların oranı oldukça yüksek olup farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2:19.9$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 1). Kadın servisinde tespit uygulanan hastaların yaş ortalaması  $38.45 \pm 13.4$  (min-maks: 21-53 yaş), erkek servisinde  $32.48 \pm 10.0$  (min-maks: 20-76 yaş) olarak saptanmış olup, yaş açısından servisler arası anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $t:2.29$ ,  $p=0.02$ ). Tespit uygulanan hastaların hastalık süresi ise kadın servisinde  $11.78 \pm 10.3$  yıl, erkek servisinde  $8.76 \pm 7.9$  yıl olarak belirlenmiştir, hastalık süresi açısından servisler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Hastalarda taşkınlık veya saldırganlığa yönelik ön belirtilerin, kadın servisinde %14.3, erkek servisinde %87.7 oranında hemşireler tarafından fark edildiği belirlenmiştir ve bu farklılık ( $\chi^2:102.7$ ,  $p<0.001$ ) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tespit uygulaması esnasındaki hasta tutumları incelendiğinde, her iki klinikte de hastaların önemli bir kısmının direnç gösterdiği, ayrıca erkek hastalarda tespit işlemi

Tablo 1. Tespit uygulanan hastaların özellikleri

	Kadın servisi (n=66)		Erkek servisi (n=35)		X <sup>2</sup>	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
<b>Eğitim</b>							
Okur yazar değil	3	4.5	2	5.7	2.59	4	0.6
ilkokul	36	54.5	16	45.7			
Ortaokul	12	18.2	5	14.3			
Lise	10	15.2	6	17.1			
Üniversite	5	7.6	6	17.1			
Toplam	66	100	35	100			
<b>Medeni durum</b>							
Evli	29	39.3	5	14.3	17.5	2	0.000
Bekar	26	47.8	29	82.9			
Boşanmış/Dul	11	12.9	1	2.9			
Toplam	66	100	35	100			
<b>Tanı</b>							
Şizofreni /Atipik psikoz	26	39.4	21	55.4	6.3	2	0.04
İki uçlu durum bozukluğu	36	54.5	10	32.3			
Depresyon	4	6.1	4	12.3			
Toplam	66	100	35	100			
<b>Şiddet öyküsü</b>							
Var	37	56.1	25	71.4	2.46	2	0.2
Yok	25	37.9	8	22.9			
Bilinmiyor	4	6.1	2	5.7			
Toplam	66	100	35	100			
<b>İçgörü</b>							
Var	6	9.1	1	2.9	19.9	2	0.000
Kısmi var	34	51.5	4	11.4			
Yok	26	39.4	30	85.7			
Toplam	66	100	35	100			

esnasında ekibe yönelik şiddet davranışının daha fazla gözlemlendiği (%60) belirlenmiştir. Hasta tutumu açısından kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $\chi^2:7.9$ ,  $p<0.05$ ). Kadın servisinde hastaların %79.3'üne, erkek servisinde ise %63.1'ine tespit uygulaması esnasında işlemle ilgili açıklama yapıldığı belirlenmiş ve servisler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $\chi^2:6.4$ ,  $p<0.05$ ). Servislerde ek tedavi (tespite ilave farmakolojik tedavi) uygulanma oranı kadın servisinde %38.6, erkek servisinde %46.2 olarak saptanmıştır ancak servisler arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Geçmişte şiddet davranışı olan hastalarda ise ek tedavi uygulanma oranı daha yüksek olarak belirlenmiştir. Tespit uygulanan kadın hastalarda 15 dk aralıklı standart hemşirelik gözlemi oranı %15.9 iken, erkek hastaların tamamı 15 dk'lık hemşirelik gözlemi ile izlenmiştir. Kadın ve erkek hastalar arasında gözlem süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $\chi^2:139.9$ ,  $p<0.001$ ). Her iki serviste de tespit esnasında tüm hastaların su, yemek gibi ihtiyaçlarının karşılandığı hemşireler tarafından belirtilmiştir. Kadın servisinde tespite tuvalet ihtiyacı için ara verme oranı %42.9 olup erkek servisine göre oran daha yüksektir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2:30.4$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 2). Her iki serviste de araştırmanın yapıldığı üç aylık döneme ait tespite bağlı bir komplikasyon rapor edilmemiştir.

## Tartışma

Araştırmanın yapıldığı dönemde, araştırmanın gerçekleştirildiği kadın ve erkek servislerinde zaman zaman yatak sayısını aşan bir hasta yoğunluğu, kadın servisinde ise yeni yatan hasta sayısında dolayısıyla hasta sirkülasyonundaki fazlalık dikkati çekmektedir. Araştırmada kadın servisindeki tespit sayısı ve hastaların tespit kalma süresi daha fazla bulunmuş olup tespit uygulama sayısı, tespit tekrarı ve hastaların tespit kalma süreleri açısından servisler arası/cinsiyetler arası anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Tespit uygulamasında cinsiyet farklılığı ile ilgili olarak literatürde farklı çalışmalar bulunmaktadır. Bilici'nin aynı hastanede yapılan çalışmasında,<sup>[2]</sup> bir aylık süre içinde tespit uygulamalarının %40'ını kadınlar, %60'ını erkekler oluşturmaktadır, ayrıca kadın servislerinde tespit süresinin daha uzun olduğu bulunmuş, kadın ile erkek servisleri arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Bazı araştırmalarda genç ve erkek hastaların daha fazla tespite alındığı bazı araştırmalarda ise cinsiyet farklılığı olmadığı öne sürülmektedir.<sup>[6,9,19]</sup> Amore ve ark.<sup>[20]</sup> tarafından yapılan çalışmada ise, tespit edilen hasta özellikleri incelenmiş ve erkeklerin, madde kullananların, şiddet ve/veya suç öyküsü olanların, pozitif belirtilerin ağırlıklı olduğu psikotik hastaların tespit uygulaması açısından risk grubu olduğu belirtilmiştir. Yine Smith ve ark.<sup>[9]</sup> tarafından yapılan araştırmada

Tablo 2. Tespit uygulaması ile ilişkili özellikler

	Kadın servisi (n=140)*		Erkek servisi (n=165)*		X <sup>2</sup>	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Tespit öncesinde saldırganlık/taşkınlık önbelirtisi görülen olgu	20	14.3	57	87.7	102.7	2	0.000
Tespit işleminde hasta tutumu							
Direnc	74	52.9	24	36.9	4.84	2	0.04
Şiddet	61	43.5	39	60			
Tespit işleminin hastaya açıklanması	110	79.3	41	63.1	6.4	2	0.04
Tespitin yanı sıra farmakolojik ek tedavi uygulaması	54	38.6	30	46.2	1.0	1	0.3
15 dk'lık standart hemşirelik gözlemi	18	12.9	65	100	139.9	2	0.000
Tespit uygulamasına ara verme	60	42.9	3	4.6	30.4	1	0.000

\*Tespite ilişkin veriler her tespit işleminde ayrı kaydedildiğinden tespit sayısı n olarak ele alınmıştır.

Amerika'daki dokuz hastanedeki hastaların demografik özellikleri incelendiğinde erkeklere daha fazla tespit uygulandığı belirlenmiştir. Beck ve ark.<sup>[18]</sup> tarafından yapılan çalışmada ise kadınlarda %43, erkeklerde %29 oranında tecrit/tespit deneyimi olduğu öne sürülmektedir.

Araştırmada kadın servisinde tespit süresi ortalaması 5.9±4.5 saat, erkek servisinde ise 3.38±2.7 saat olarak saptanmıştır. Bilici'nin<sup>[2]</sup> çalışmasında akut psikiyatri servislerinde bir aylık süreçte tespit edilen hastalarda, tespit kalma süresi ortalama 2.5 saat olarak bulunmuştur. Çalışmamızda tespit sürelerinin daha uzun olmasının, hastanede tespit gömleği yerine ergonomik tespit donanımlarının kullanılmaya başlamasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, Bilici'nin çalışmasında tespit sayılarına bakıldığında örneklemimizi oluşturan kadın servisinin en yüksek tespit oranına sahip olduğu dikkati çekmektedir.

Araştırmada nöbetçi ekibin görev yaptığı akşam ve gece saatlerindeki tespit sürelerinin nisbeten daha uzun olduğu görülmektedir. Literatürde tespit uygulamalarının; öğle, gece saatleri, hafta sonları ve tatiller gibi ekip sayısının daha az olduğu zamanlarda daha fazla olduğunu belirten benzer çalışmalar bulunmaktadır.<sup>[9,18,21,22]</sup> Ayrıca, nöbet değişimi saati ile hastaların eksitasyonu/taşkınlığı arasında bağlantı bulunduğu öne sürülmektedir.<sup>[3]</sup> Smith ve ark.<sup>[9]</sup> tarafından yapılan çalışmada ise gece nöbetçi ekiplerinin hastaları daha uzun süre tespit tuttuğu saptanmıştır.

Araştırmamızda tespit uygulanan hastaların özellikleri incelendiğinde, kadın servisinde yaş ortalaması 38.45±13.4, erkek servisinde 32.48±10.0 olarak saptanmış olup farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Erkek servisindeki hastaların daha genç yaşta olması, genç erkeklerde şiddet davranışlarının daha fazla görüldüğüne ilişkin literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.<sup>[6]</sup> Bilici'nin<sup>[2]</sup> çalışmasında yaş ortalaması kadın hastalar için 36.2±12, erkek hastalar için 32.4±10 olarak saptanmıştır ve bu bulgu çalışmamız ile benzer bulunmuştur. Araştırmada kadın hastalarda medeni durumu evli olanlar ve "iki uçlu duygu durum bozukluğu" ta-

nısı alanlar çoğunluğu oluştururken erkek hastalarda bekarlar ve "şizofreni/atipik psikoz" tanısı alan hastalar daha fazladır ve bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Erkeklerde medeni durumu bekâr olanların oranının fazla olması ise erkek servisinde erken başlangıçlı bir hastalık olan şizofreni tanılı hastaların daha fazla olması ile ilişkilendirilebilir. Beck ve ark.'nın<sup>[18]</sup> yaptığı çalışmada ise tespit edilen hastaların %42'sinin şizofreni/psikoz tanısına sahip olduğu belirtilmektedir.

Kadın hastaların %92.9'unun, erkek hastaların %63'ünün hastaneye isteği dışında yatırıldığı, kadın hastaların %47.1'inde, erkek hastaların %92.3'ünde yatış esnasında içgörü bulunmadığı saptanmış olup bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Sidney'de 5 psikiyatri merkezinde yapılan bir çalışmada,<sup>[23]</sup> 105 hafta boyunca 855 hasta çalışmaya alınmış, 26-40 yaş arası hastalar arasında, istemsiz hastaneye yatırılan psikotik hastalarda saldırganlık davranışı daha fazla olarak belirlenmiştir. Bu bulgular çalışmamız ile uyumlu olarak değerlendirilebilir. Araştırmamızda kadın hastaların %67'sinde, erkek hastaların %72'sinde geçmişte şiddet öyküsü belirlenmiş ve bu veri literatür ile uyumlu bulunmuştur. Literatürde hastanın erkek olması, suç ve şiddet öyküsünün bulunması, tanyaya ilave madde kullanımı ve kişilik bozukluklarının bulunmasının saldırganlığı öngörme de önemli faktörler olduğu belirtilmektedir.<sup>[12,24]</sup> Adli psikiyatri servisinin de dahil edildiği Bilici'nin<sup>[2]</sup> çalışmasında tespit edilen hastaların %84'ünde mala ya da canlıya yönelik şiddet öyküsü saptanmıştır. Bilici'nin çalışmasında bu oranın daha yüksek oluşunun örnekleme adli psikiyatri servisinin yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Agresyon/saldırganlık öncesi hastalarda gözlenen ön belirtilerden bazıları; hızlı adımlama, psikomotor ajitasyon, tehdit edici sözler, savaşıma duruşu, şüphecilik, engellenme eşliğinde düşüklük, patlayıcı davranış, silah niteliğinde alet vb taşıma şeklinde açıklanmaktadır.<sup>[2]</sup> Araştırmamızda kadın servisinde %14.3, erkek servisinde %87.7 oranında saldırganlık öncesi ön belirtilerin hemşirelerce gözlemlendiği saptanmış

olup, klinikler arası anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bu bulgu, erkek hastalarda saldırganlık öncesi ön belirtilerin daha belirgin olduğunu ya da erkek servisinde ki hemşirelerin ön belirtileri daha iyi fark edebildiğini düşündürmektedir. Kadın hastaların %52.9'u tespit uygulama işlemine direnç gösterirken erkeklerde bu oran daha düşük bulunmuş, erkek hastalarda ise %60 oranında işlem esnasında servis personeline yönelik şiddet davranışı gösterdikleri saptanmıştır. Hastaların tespit uygulamasına direnç göstermesi beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, erkeklerin daha fazla gözlenebilir şiddet davranışı göstermesi, yaygın olarak bilinen bir cinsiyet özelliği olarak yorumlanabilir.<sup>[12]</sup>

Servisler bazı hemşirelik uygulamaları açısından karşılaştırıldığında ise, kadın kliniğindeki hemşireler, saldırganlık/taşkınlığa yönelik olarak öncelikle "konuşarak hastayı sakinleştirmek" yöntemini kullanırken erkek kliniğindeki hemşirelerin daha çok "hekime haber verme" yolunu tercih ettikleri belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde tespit kararını vermeden önce hemşirelerin saldırganlığın kontrolüne yönelik olarak öncelikle terapötik iletişim ve farmakolojik girişimleri tercih ettikleri belirtilmektedir.<sup>[13]</sup> Araştırmada erkek servisinde hemşirelerin öncelikle hekime haber vermeyi tercih etmesinin erkek hastalarda ekibe yönelik şiddet davranışının daha fazla gözlenmesi ile ilişkili olabileceği de akla gelmektedir. Klinik ekiplere yönelik, terapötik iletişim, agresif hastaya yaklaşım, agresyon kontrolü vb konularda uygulanacak eğitimlerin katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın yapıldığı hastanenin akut psikoz kliniklerinde günlük uygulanan farmakolojik doz genellikle optimum tedavi dozu ile maksimum doz aralığında değişmektedir ve ilaca bağlı yan etkilerin ortaya çıkma ihtimali de düşünülerek bazı hastalarda ilave farmakolojik tedavi yerine tespit uygulaması tercih edilebilmektedir. Araştırmamızda kadın kliniğinde %38.6, erkek kliniğinde %46.2 oranında tespite ilave olarak farmakolojik tedavi uygulandığı belirlenmiştir. Bilici'nin<sup>[2]</sup> çalışmasında tespite ilave olarak %65 oranında farmakolojik ek tedavi uygulandığı belirtilmiş, Tunde-Ayinmode ve Little<sup>[22]</sup> tarafından yapılan çalışmada ise tespit öncesi %71 oranında farmakolojik tedavi uygulaması saptanmıştır. Farmakolojik yöntemler daha çok tespit uygulaması öncesinde ve tespit gereksinimini önlemeye yönelik önerilmekte, literatürde tespit esnasında ek doz uygulanan antipsikotiklerin komplikasyon oluşumunu arttırdığı öne sürülmektedir. Çalışmamızdaki ek farmakolojik tedavi uygulama oranı bazı çalışma bulgularına göre düşük olsa da, tespit uygulaması ile ilave antipsikotik kullanımının komplikasyon oluşumunu arttırdığına ilişkin literatür ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre hastaların, kadın kliniğinde %79.3'üne, erkek kliniğinde %63.1'ine tespit işleminin açık-

landığı ve servisler arası farklılığın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Literatürde de hastaya açıklama yapılmasının önemi vurgulanmaktadır.<sup>[6,16]</sup> Tespitteki hastanın gözlem sıklığı incelendiğinde; erkek kliniğinde tüm hastalarda 15'er dakikalık standart hemşirelik gözlemi uygulanırken, kadın servisinde daha çok 30 dk'lık gözlem yapıldığı belirlenmiştir. Erkek servisinde uygulanan gözlem sıklığı hastane bakım standardı ve literatür ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Tespite ara verme oranı ise kadın servisinde %42.9 iken erkek servisinde %4.6 olarak saptanmış olup kadın servisinde tespit uygulamasına ara verme oranının yüksek olmasının, tespit sürelerinin ve hemşirelik gözlem sıklığının daha uzun olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Her iki serviste de hastaların tuvalet, yemek, su vb temel ihtiyaçlarının karşılandığı hemşirelerce ifade edilmiş olup herhangi tespit uygulamasına bağlı bir komplikasyon rapor edilmemiştir.

Saldırganlığın kontrolüne yönelik girişimler, hastaların çevresine zarar vermesini engellemede, tespit ve tecrit oranlarını azaltmada büyük öneme sahiptir. Son yıllarda tespit uygulamalarında yönerge ve standartları oluşturma, tespiti 60 dk fazla sürdürmeme, hasta ve ailenin tespite ilişkin bilgilendirilmesi, gömlek uygulamasına son verme gibi uygulamalar yaygınlaşmaya başlamıştır.<sup>[9]</sup> Smith ve ark.<sup>[9]</sup> tarafından yapılan çalışmada ise 10 yıllık süren tespit uygulamalarını azaltma çabaları sonucu tespit sayı ve sürelerinde dramatik azalmalar olduğu, ortalama 12 saat olan tespit süresinin 2 saate kadar indiği saptanmıştır. Ülkemizde özellikle ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde, tespitle izolasyon yönteminin kullanımının ve tespit sürelerinin azaltılmasına yönelik girişimlerin planlanması ve tespitle izolasyon protokolüne uyulmasının denetlenmesi önemlidir.<sup>[25]</sup>

## Sonuç

Bir psikiyatri hastanesinin psikoz kliniklerinde gerçekleştirilen araştırmada üç aylık süreç içindeki tespit uygulamaları incelenmiş, kadın servisinde tespit sayı ve tespit sürelerinin erkek servisine göre daha fazla olduğu bulunmuş ve cinsiyet ile yaş, tanı, medeni durum, iç görü durumu gibi özellikler karşılaştırıldığında anlamlı farklılıklar bulunmuş, kadın ve erkek servisi ekiplerinin saldırganlık ön belirtilerini fark etme, hemşirelik gözlem sıklığı ve tespite ara verme gibi tutumlarının ise farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Fakat araştırmada kliniklerin fizik özellikleri, ekip özellikleri, standart tedavi uygulamaları/politikaları, ekip yaklaşımı açısından yeterince tanımlanamamasının önemli bir sınırlılık olduğu söylenebilir. Etkili olabilecek değişkenlerin ele alındığı daha kapsamlı çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Saldırganlık potansiyeli olan hastaların değerlendirilmesi ve yaklaşım konusunda ekibin eğitimi, hasta bakım kalitesinin artırılması, kliniklerde terapötik ortam oluşturulması, güvenlik tedbirlerinin artırılması, farmakolojik yöntemle-

rin daha etkin ve uygun kullanımını gibi düzenlemeler ile tecrit ve tespit oranının azaltılmasına yönelik girişimlerin uygulanması gerekmektedir. Bu konuda hemşirelere ve klinik ekiple-re önemli görevler düşmektedir. Ayrıca bu kapsamda deney-sel, kontrollü çalışmaların planlanması yerinde olacaktır.

### Kaynaklar

1. Avlamaz F. Tesbitle izole edilen hastalarda hemşirelik bakımı. 2. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, İstanbul: 2008.
2. Bilici R. Psikiyatri kliniklerinde tecrit ve tespit uygulamaları. [Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi] İstanbul: 2007.
3. Schreiner GM, Crafton CG, Sevin JA. Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. *Adm Policy Ment Health* 2004;31:449-63.
4. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs* 2007;58:140-9.
5. Meiners VL. A Review of seclusion and the examination of staff and child behavior outcomes. A Thesis Doctorate in Psychology, Walden University, Virginia, August, 2005.
6. Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry* 2003;57:453-9.
7. Hueske C. Perceptions of aggressive behaviors in mental health clients. A Thesis Doctorate in Philosophy, The University of Texas Medical Branch, Texas, 2008.
8. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *Br J Psychiatry* 2007;191:298-303.
9. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, et al. Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv* 2005;56:1115-22.
10. Gürçay E. Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin saldırgan davranış gösteren hastaya yaklaşımları. [Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bilim Uzmanlığı Tezi] Ankara: 1990.
11. Racey SJ. Relationship between nurse age, critical care experience, education degree, and work shift length and use of physical restraints in the intensive care unit. A Thesis Master of Science in Nursing, Mountain State University, 2006.
12. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am* 2005;28:701-11, 710.
13. Lindsey PL. The relationships between organizational factors and psychiatric nurses' decision to restrain. A Thesis Doctorate in Nursing, Rush University, 2006.
14. Currier GW, Farley-Toombs C. Datapoints: use of restraint before and after implementation of the new HCFA rules. *Psychiatr Serv* 2002;53:138.
15. Kalliala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J, Lehtinen V. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law Psychiatry* 2003;26:139-49.
16. Simon RI. Psikiyatride klinik. yasal konular (Aydın H, Bozkurt A. Çeviri Editörü). Ankara: Güneş Kitabevi; 2006.
17. Steinert T, Bergbauer G, Schmid P, Gebhardt RP. Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:492-6.
18. Beck NC, Durrett C, Stinson J, Coleman J, et al. Trajectories of seclusion and restraint use at a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2008;59:1027-32.
19. Leggett J, Silvester J. Care staff attributions for violent incidents involving male and female patients: a field study. *Br J Clin Psychol* 2003;42:393-406.
20. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62:247-55.
21. Ryan CJ, Bowers L. An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13:527-32.
22. Tunde-Ayinmode M, Little J. Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australas Psychiatry* 2004;12:347-51.
23. Wynn R. Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scand J Caring Sci* 2002;16:287-91.
24. Donovan A, Plant R, Peller A, Siegel L, et al. Two-year trends in the use of seclusion and restraint among psychiatrically hospitalized youths. *Psychiatr Serv* 2003;54:987-93.
25. Hallerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. *J Psychiatr Pract* 2007;13:308-17.

• 2. *Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Günleri'nde bildiri olarak sunulmuştur (28-30 Nisan 2008, İstanbul).*