

# Acil Serviste Görevli Ruh Sağlığı Çalışanlarının Fiziksel Kısıtlamalara Yönelik Tutum ve Görüşleri

*Attitudes and Perceptions of Healthcare Workers on Physical Restraints in a Mental Hospital Emergency Unit*

Ekin Sönmez Güngör, Elif Poyraz, Beste Nur Güvendi Melenkiş, Merve Eriş Gökçe, Onur Durmaz

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

## Abstract

Coercive treatments can be ethically, legally and clinically challenging for healthcare professionals. The aim of this study was to determine the knowledge, attitudes and opinions of healthcare professionals at a mental health hospital emergency unit on such procedures. The study was designed as a descriptive cross-sectional online survey. All healthcare professionals working at the emergency unit of the study center who agreed to participate and who were not part of the research team were included. Sociodemographic information, information about working experience, and estimates of and attitudes towards physical restraint practices in the previous month were questioned. A total of 55 healthcare workers (31 trainees, 10 specialist psychiatrists, 6 nurses, 8 security personnel) participated in the study. The mean age of the participants was 32±6.4 years (24-50, min-max) and 52.7% were female. The mean duration of employment in the health sector and current institution were 6.6±5.7 (1-22, min-max), and 4.1±4.1 (1-17, min-max) years, respectively. The estimated mean rate of physical restriction was 13.5±13% (2-60, min-max). However, the actual median rate was 4% (0 - 8.8% min-max) in the same month. The estimated mean duration of physical restraint was reported as 87.8±54.1 (20-300, min-max) minutes, whereas the median actual duration of physical restraint was 60 minutes. No significant relationship was found between the estimates of duration, rates and complication rates of physical restraint and the duration of professional experience ( $p>0.05$ ). It was observed that healthcare workers had a negative misperception regarding the rate and duration of physical restraints

**Keywords:** Physical restraint, treatment refusal, psychiatric emergency services, health personnel attitude

## Özet

Zorunlu tedaviler etik, hukuki ve klinik açıdan sağlık çalışanları için zorlayıcı olabilmektedir. Bu çalışmada bir ruh ve sinir hastanesi acil servisinde görev yapan ruh sağlığı çalışanlarının fiziksel kısıtlama uygulamaları ile ilgili bilgi, tutum ve düşüncelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı-kesitsel tipte çevrim içi anket çalışması olarak tasarlanan araştırmaya acil serviste görev yapan ve katılmayı kabul eden, araştırma ekibinden olmayan tüm sağlık çalışanları çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri, çalışma deneyimleri, son bir ay içinde fiziksel kısıtlama uygulamalarına ilişkin tahminleri ve bu uygulamalara yönelik tutum ve görüşleri belirlenmiştir. Çalışmaya toplam 55 sağlık çalışanı (31 asistan doktor, 10 uzman doktor, 6 hemşire, 8 güvenlik personeli) katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 32±6,4 (24-50, min-max) olup %52,7'si kadındır. Sağlık alanında çalışma süresi ortalama 6,6±5,7 (1-22, min-max) yıl, kurumda çalışma süresi ise ortalama 4,1±4,1 (1-17, min-max) olarak saptanmıştır. Çalışanların tahminine göre acil servise başvuran hastalarda tahmini ortalama fiziksel kısıtlama oranı %13,5±13 (2-60, min-max) olarak bildirilmiş; ancak aynı ay içinde bu oran yaklaşık %4 olarak gerçekleşmiştir. Tahmini ortalama fiziksel kısıtlama süresi 87,8±54,1 (20-300, min-max) dakika olarak bildirilmiş; ancak aynı ay içinde gerçekte fiziksel kısıtlama süresi ortalama 60 dakika olarak kaydedilmiştir. Mesleki çalışma süreleri ile fiziksel kısıtlama süresi, kısıtlama oranı ve komplikasyon oranına ilişkin tahminler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ruh sağlığı çalışanlarının fiziksel kısıtlama oranı ve kısıtlama süresi konusunda gerçek değerlere göre daha yüksek, dolayısıyla sürecin daha olumsuz olduğuna ilişkin bir yanlış algıları olduğu düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Fiziksel sınırlama, tedavi reddi, psikiyatrik acil hizmetleri, sağlık personelinin tutumu

## Correspondence:

Ekin SÖNMEZ GÜNGÖR  
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye  
e-mail: ekinsonmez88@gmail.com

Received 16.01.2023 Accepted 03.05.2023 Online published 09.05.2023

## 1. Giriş

Zorla tedavi (coercion) kişinin bir ruhsal bozukluğa bağlı olarak kendisi ve/veya çevresi için tehlikelilik arz ettiği durumda başvurulan, istemsiz tedavilerden zor kullanılarak yapılan girişimlere kadar bir dizi eylemi ifade etmek için kullanılan genel terimdir. Bu terim, onam alınmadan yapılan tedavi uygulamaları (involuntary treatment/treatment without consent), tecrit (isolation) ya da hastanın fiziksel hareketini engelleyecek şekilde kısıtlamaları (restraint) kapsamaktadır. Kısıtlama elle, mekanik veya kimyasal (psikotrop ilaçların tedavi amacı dışında hareketi kısıtlamaya yönelik kullanılması) tipte olabilir (1-4).

Zorunlu tedaviler, sağlık çalışanları açısından, klinik, hukuki ve etik boyutları olan ve çeşitli zorluklar barındırır süreçlerdir. Özellikle karar verme sürecinde konu ile ilgili yeterince bilgi sahibi olunması, mevzuata hâkim olunması önem taşımaktadır (3-5). Hasta ve yakınlarının onamının alınması, uygulamanın ve takibinin kurallara uygun şekilde gerçekleştirilmesi ve doğru kayıt tutulması fiziksel kısıtlama uygulamasının önemli aşamalarıdır. Ülkemizde farklı kliniklerde yapılan araştırmalarda, bu aşamalarının tamamının eksiksiz bir şekilde yerine getirilmesi konusunda eksikler olduğu belirlenmiştir (6,7). Özellikle yoğun bakım, acil servis ve psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan araştırmalarda, bilgi düzeyinin iyi olduğu ancak tutum ve düşüncelerin mesleki tecrübe ve sosyodemografik değişkenlere göre farklılık gösterebildiği saptanmıştır (8,9). Fiziksel kısıtlamanın özellikle, hastaya yarar sağlama, zarar vermeme ve özerklik konusunda etik ikilemler yaratabilen bir uygulama olduğuna dikkat çekilmektedir (10,11). Fiziksel kısıtlama uygulamalarının boğulma, dolaşım bozukluğu, kardiyopulmoner sistem işlevlerinde bozulmalar, cilt bütünlüğünde bozulma, kas güçsüzlüğü, kontraktürler, kırıklar, aspirasyon, konfüzyon gibi komplikasyonları olabilmekte ve bu nedenle mortalite riskini de beraberinde getirmektedir (12). Bu uygulamaların ve söz konusu komplikasyonların hem uygulanan hastalarda hem de uygulayan ruh sağlığı çalışanlarında fiziksel ve ruhsal olumsuz etkilere yol

açabildiği ifade edilmekte, olası komplikasyonların azaltılması için farklı yöntemler üzerinde çalışılmaktadır (13-15). Öte yandan, kültürel algılar, personel rol algılamaları ve idarenin tutumunun da kısıtlama uygulamalarını etkileyebileceği, personel eğitiminin olası komplikasyonları azaltmada önemli olduğu belirtilmiştir (4). İstenmeyen durumların ortadan kaldırılması için, personel eğitiminin olduğu kadar, uygun şekilde kayıt tutulması ve kayıtların geriye dönük incelenmesinin önemi vurgulanmaktadır (4,7,16).

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde zorunlu tedavi uygulamaları, ilgili yasal mevzuat çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Fiziksel kısıtlama endikasyonu olması durumunda, uygulamanın kayıt altına alınabilmesi için resmi Tespit Defteri kullanılmakta, nöbet koşullarında fiziksel kısıtlama uygulanan hastalara ilişkin klinik bilgiler hemşireler ve hekimler tarafından bu deftere işlenmekte ve onaylanmaktadır.

Bu çalışmada, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde görev yapan çeşitli meslek gruplarından sağlık çalışanlarının (eğitim görevlisi, uzman doktor, asistan doktor, hemşire, yardımcı sağlık personeli, güvenlik personeli) zorunlu tedavi uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve görüşleri değerlendirilmiştir. Çalışmada ruh sağlığı çalışanlarının (i) fiziksel kısıtlamalar ile ilgili bilgi, tutum ve düşüncelerinin yaş, cinsiyet, meslek grubu ve çalışma süresi gibi değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi, (ii) fiziksel kısıtlamaların yaygınlık, süre ve komplikasyonları ile ilgili tahminleri ile gerçek değerlerin örtüşüp örtüşmediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. Materyal ve Metot

Araştırma tanımlayıcı-kesitsel tipte çevrim içi anket çalışması olarak tasarlanmıştır. Veriler 1-31 Temmuz 2022 tarihleri arasında ücretsiz çevrim içi anket programı üzerinden, anonim olarak toplanmıştır. Verilerin yalnızca araştırma amacıyla kullanılacağı, üçüncü

kişilerle paylaşılmayacağı ve gizli tutulacağı bilgisi katılımcılar ile anketin başlangıcında paylaşılmış, onay vermeleri durumunda ankete geçilecek şekilde düzenleme yapılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri, mesleki deneyimlerine ilişkin bilgiler ve fiziksel kısıtlama uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve görüşleri belirlenmiştir. Çalışanların bir önceki ayda (1-30 Haziran 2022) acil serviste gerçekleşen fiziksel kısıtlama uygulamalarına ilişkin tahminleri alınmış; uygulama sıklığı yüzde olarak, süresi dakika olarak sorgulanmıştır. Fiziksel kısıtlama endikasyonları çoktan seçmeli olarak, acil servis resmi Tespit Kayıt Defteri'nde belirtilen kategoriler (*i- Başka bir hastaya saldırgan davranış, ii- Tedavi ekibine saldırgan davranış, iii- Başka bir kişiye [başka bir hasta veya tedavi ekibi dışında] saldırgan davranış, iv- Kendisini yaralama, v- Eşyaya yönelik şiddet, vi-Şiddet davranışında bulunma [başkasına, eşyaya veya kendine yönelik] tehdidi, vii-Aşırı gürültü çıkarma veya davranış bozukluğuyla tedavi ortamını bozma, viii- Servisten izinsiz çıkmaya teşebbüs, ix- Konfüzyon / Deliryum, x-Tedavi reddi, xi- Diğer*) üzerinden değerlendirilmiştir. Katılımcıların bu uygulamalara ilişkin tutum ve görüşleri 5'li Likert tipi sorular ile değerlendirilmiştir. Soru formu, araştırmacılar tarafından konuya ilişkin ulusal ve uluslararası derlemelerden, "Hekim ve hemşirelerin kısıtlamaya ilişkin görüşleri formu"(5) ve "Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve uygulamaları ölçeği" nden yararlanılarak oluşturulmuştur (5,7).

Araştırmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis'te görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, araştırma ekibi dışında kalan tüm sağlık çalışanları dahil edilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS versiyon 22.0 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Sosyodemografik değişkenler, çalışma süresi ve deneyimi ile ilişkili değişkenler, fiziksel kısıtlama uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve düşünceler karşılaştırmalı olarak ki-kare testleri ile değerlendirilmiş, çoklu gruplarda ortalamalar Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. Niceliksel veriler

değerlendirilirken, dağılım normal ise ortalama, değilse ortanca kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için toplam tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanılmıştır.

### 3. Bulgular

Araştırmaya toplam 55 sağlık çalışanı (31 asistan doktor, 10 uzman doktor, 6 hemşire, 8 güvenlik personeli) katılmıştır. Yaş ortalaması  $32\pm 6,4$  (24-50, min-max)'tır. Ankete yanıt verenlerin %52,7'si kadın olup, sağlık alanında çalışma süresi ortalama  $6,6\pm 5,7$  (1-22, min-max) yıl, ortanca 5 yıl; kurumda çalışma süresi ortalama  $4,1\pm 4,1$  (1-17, min-max) yıl, ortanca 3 yıl olarak saptanmıştır.

Çalışanların çoğu (%75) kısıtlama yöntemlerine ve nasıl uygulanması gerektiğine ilişkin yeterince bilgisi olduğunu, her 10 çalışandan 6'sı kısıtlama uygulamaları ile ilgili yasal prosedüre hâkim olduğunu düşünmektedir. Çalışanların kendi bilgi düzeylerine ilişkin fikirleri açısından cinsiyet ve meslek grubu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 1.** Fiziksel Kısıtlama ile İlgili Sağlık Çalışanlarının Görüşleri

Kurum Görevi	Soru 1*			Soru 2		Soru 3		Soru 4		Soru 5			Soru 6	
	n	%	p**	n	%	n	%	n	%	n	%	p	n	%
<b>Güvenlik Görevlisi</b>	7	87,5		8	100,0	1	12,5	7	87,5	7	87,5		0	0,0
<b>Hemşire</b>	5	83,3	0,38	6	100,0	0	0	5	83,3	3	50,0	0,02	2	33,3
<b>Asistan Hekim</b>	21	67,7		16	51,6	0	0	26	83,9	14	42,5		4	12,9
<b>Uzman Hekim</b>	9	90,0		6	60,0	0	0	10	100,0	9	90,0		3	30,0

\*Soru 1= Kısıtlama yöntemlerine ve nasıl uygulanması gerektiğine ilişkin yeterince bilgim vardır.

Soru 2= Ülkemizde fiziksel kısıtlamanın nasıl uygulanacağına dair standartlara ve yasal prosedürlere ilişkin yeterince bilgim vardır.

Soru 3=Fiziksel veya kimyasal kısıtlama (yatıştırıcı/sakinleştirici ilaçların hastanın hareketlerini engelleme amacıyla verilmesi) uygulaması hiçbir şekilde kullanılmamalıdır.

Soru 4=Fiziksel kısıtlama uygulanmasa da kimyasal kısıtlama (yatıştırıcı/sakinleştirici ilaçların hastanın hareketlerini engelleme amacıyla verilmesi) uygulanabilir.

Soru 5=Acil servisteki kısıtlama uygulamalarını ülkemizdeki mevzuata uygun buluyorum.

Soru 6=Fiziksel kısıtlama uygulamalarından sonra kendimi suçlu hissediyorum.

\*\* 5'li Likert tipi sorulara "Kesinlikle katılıyorum" ve "katılıyorum" yanıtını verenler ile diğer yanıtları verenlerin frekansları üzerinden karşılaştırma yapılmıştır. p değeri ki-kare yöntemiyle hesaplanabilen sorular için verilmiştir.

Fiziksel kısıtlama uygulamalarının etik ve hukuki boyutuna ilişkin önermeler için, katılımcıların çoğu bu uygulamaları etik bulduğunu ifade etmiş, %3,5'i (1 asistan ve 1 uzman hekim) ise etik bulmadığını, 1 kadın asistan hekim ise hastaların cezalandırılması anlamına geldiğini düşündüğünü dile getirmiştir. Katılımcılardan 3'ü (2 asistan ve 1 güvenlik personeli) bu uygulamalardan sonra kendisini suçlu hissettiğini, 1 kişi ise hiçbir şekilde başvurulmaması gerektiğini bildirmiştir.

Katılımcılara göre anketin yapılmasından bir önceki ay boyunca acil servise başvuran

hastalar arasında tahmini ortalama fiziksel kısıtlama uygulaması oranı %14,1±12,9 (%2-60, min-max, Kadınlar: %14,10 ± 13,05 Erkekler: %13,74 ± 12,14, p=0,98)'dur. Ancak aynı ay içinde, hastane resmi kayıtlarına göre bu oran ortalama %4,2 olarak gerçekleşmiştir. Yine aynı ay içinde tahmini ortalama fiziksel kısıtlama süresi katılımcılar tarafından 88,3±54,1 dakika (20-300, min-max, Kadınlar: 90,0 ± 56,1 Erkekler: 87,8 ± 54,5, p=0,89) olarak bildirilmekteyken, aynı ay içinde gerçekte fiziksel kısıtlama süresi ortanca 60 dakika olarak kaydedilmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Fiziksel Kısıtlama Oranı, Süresi ve Komplikasyon Oranları ile İlgili Katılımcı Tahminlerinin Gerçekleşen Değerlerle Karşılaştırılması

	Tahmin edilen (ortalama)	Gerçekte olan
<b>Fiziksel kısıtlama oranı</b>	%13,5±13	%4,2
<b>Fiziksel kısıtlama süresi (dakika)</b>	87,8±54,1	60
<b>Fiziksel kısıtlama komplikasyon oranı (solunum, dolaşım bozukluğu, ciltte yaralanma, kontraktür, kırık, vb.)</b>	%4,79±9,5	%0

Kısıtlama endikasyonu tahminlerine bakılacak olursa, katılımcılar tarafından belirtilen en yüksek oran "şiddet davranışında bulunma tehdidi" (%33,3) ve "tedavi reddi" (%25,9) iken en düşük oran "başka bir hastaya

saldırgan davranış" (%1,9) olmuştur. Aynı ay içinde tespit kayıtlarından edinilen verilere göre gerçekte en yüksek oran "aşırı gürültü çıkarma veya davranış bozukluğuyla tedavi ortamını bozma" (%32,4), "şiddet

davranışında bulunma tehdidi” (%28,9)’dir. “Tedavi reddi”ne bağlı fiziksel kısıtlama uygulaması %6,5 olguda gerçekleşmiş, endikasyonlar arasında en düşük oran ise “konfüzyon/deliryum” (%0,5) olmuştur (Tablo 3). Mesleki çalışma süreleri ile fiziksel kısıtlama süresi, kısıtlama oranı ve

komplikasyon oranına ilişkin tahminler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Meslek grupları arasında kısıtlama süresi ve komplikasyon oranı tahminleri açısından anlamlı fark bulunmuş, güvenlik personelinin kısıtlama süresini daha uzun tahmin ettiği saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 3.** Fiziksel Kısıtlama Endikasyonları ile İlgili Katılımcı Tahminlerinin Gerçekleşen Değerlerinin Karşılaştırılması

Fiziksel kısıtlama endikasyonları (Acil Servis Resmi Tespit Kayıt Defteri'nde belirtilen kategorilere göre)	Gerçekleşen (%)	Katılımcılara göre acil servise başvuran ve fiziksel kısıtlamaya alınan hastalarda karşılaşılan en sık kısıtlama endikasyonu (%)
Başka bir hastaya saldırgan davranış	2,5	1,9
Tedavi ekibine saldırgan davranış	2,5	11,1
Başka bir kişiye (başka bir hasta veya tedavi ekibi dışında) saldırgan davranış	2,5	9,3
Kendisini yaralama	2,0	-
Eşyaya yönelik şiddet	3,0	-
Şiddet davranışında bulunma (başkasına, eşyaya veya kendine yönelik) tehdidi	28,9	33,3
Aşırı gürültü çıkarma veya davranış bozukluğuyla tedavi ortamını bozma	32,4	11,1
Servisten izinsiz çıkmaya teşebbüs	16,7	7,4
Konfüzyon / Deliryum	0,5	-
Tedavi reddi	6,5	25,9
Diğer	2,5	-

#### 4. Tartışma ve Sonuç

Çalışmamızın bulguları, ülkemizdeki önemli bir psikiyatri dal merkezinde görev yapan ruh sağlığı çalışanlarının fiziksel kısıtlama uygulamaları ile ilgili tahmin ve tutumlarını ele almakta ve çalışanların uygulayıcısı oldukları süreçleri ne kadar gerçekçi değerlendirebildiklerini ortaya koymaktadır. Fiziksel kısıtlama oranına ilişkin bulgular, Türkiye’de yapılan diğer tek merkezli çalışmalardaki sonuçlar ile uyumludur (5,8,9). Fiziksel kısıtlama süresine ilişkin bulgular, farklı ruh sağlığı kliniklerinde yapılan fiziksel kısıtlama uygulamaları ile karşılaştırıldığında görece olumlu olmakla beraber (2,17,18), ruh sağlığı dal merkezinde acil servisi olması itibarıyla yataklı servislere göre daha kısa süre fiziksel kısıtlama yapılması beklenebilir bir olgu olarak değerlendirilmiştir.

Fiziksel kısıtlamanın, bireyin özerkliğine bir müdahale olduğu, kalıcı fiziksel ve ruhsal zararlar verebileceği, morbidite ve mortaliteyi artırabileceği gibi nedenlerden ötürü, bir tedavi olarak değil, güvenlik riski durumunda son çare olarak görülmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Kısıtlama uygulamaları, klinisyenler açısından zarar vermeme ilkesi ile hastanın güvenliği ve onuru-özerkliği bakımından önemli bir etik ikileme olmaya devam etmektedir (4,19). Dünya Sağlık Örgütü’nün önerileri doğrultusunda günümüzde tüm dünyada fiziksel kısıtlama uygulamalarının kullanımını en aza indirmek amacıyla çalışmalar yapılmaktadır (4,20).

Kısıtlama uygulamalarının yaygınlığına ilişkin bir gerekçe de, sağlık kuruluşlarındaki personel yetersizliği, kaynak, zaman ve

organizasyon sorunları olarak ifade edilmektedir (20). Kısıtlamaya alternatif yöntemlerin yeterince bilinmiyor olması, riskli durumlarla baş etme becerilerine ilişkin eksiklikler, kontrol altına alma çabaları ve kısıtlamanın bir tedavi yöntemi olarak görülmesi de psikiyatri acil ve yataklı servislerinde gereğinden fazla kısıtlama uygulamalarına başvurulmasına yol açabilmektedir (18,20). Özellikle ülkemizde kamu hastanelerindeki psikiyatri uygulamalarında hastaya ayrılan sürenin yetersiz oluşu ve personel eksiklikleri fiziksel kısıtlama oranlarının azaltılmasının önünde engel teşkil etmektedir (5,13,17,18).

Katılımcıların çoğu fiziksel kısıtlama uygulamalarına ilişkin yeterince bilgi sahibi olduğunu ve yasal mevzuata hâkim olduğunu ifade etmiştir. Mesleki deneyim açısından görece genç bir grup olan örneklemimizde bu bulgunun olumlu olduğunu düşünmekteyiz. Öte yandan “Kısıtlama yöntemleri psikiyatride bir tedavi seçeneğidir” önermesine, katılımcıların %66,1’i “kesinlikle katılıyorum” ya da “katılıyorum” yanıtı vermiştir. Fiziksel kısıtlamanın bir tedavi seçeneği değil, krize müdahale yöntemi olmasına ilişkin (21) düzeltilmesi gereken bir bilgi eksikliği olduğu göze çarpmaktadır.

Özellikle doksanlı yıllardan bu yana bağımlılık davranışlarını açıklamak üzere çalışılan sosyal norm kuramı, belli bir alandaki (sağlık, eğitim, trafik, vb.) davranışların/durumların yaygınlığı ile ilgili bireylerdeki yanlış algı ve tahminlerin, o davranışa ilişkin eğilimleri artırabileceğinden bahseder (22). Bir davranışın gerçekte olduğundan daha yaygınmış gibi varsayılıyor olması, kişinin o davranışta bulunma olasılığını artırırken, daha seyrekmiş gibi varsayması ise o davranışta bulunma olasılığını azaltır. Anketimizde çalışanların fiziksel kısıtlama uygulamalarını gerçekte olduğundan yaklaşık 1,5 kat daha uzun süreli ve üç katından daha yaygın tahmin etmiş olması, bu uygulamalara başvurma eğilimini artırıcı bir davranışsal norm olarak ele alınabilir. Gerçek oranların paylaşıldığı düzenli müdahale ve eğitim çalışmaları ile, fiziksel kısıtlama uygulamalarını gerekli en az

düzeğe indirmek mümkün olabilecektir. Ayrıca, kısıtlama endikasyonlarına ilişkin tahminlerin, gerçek durum ile kısmen örtüştüğü ancak tedavi reddine ilişkin bir yanlış algı olduğu saptanmıştır. Bu anlamda, olay sonrası analizinin de, süreç henüz taze iken endikasyonun ve uygulamanın değerlendirilmesi ve bu sayede kısıtlama uygulamalarının azaltılması açısından önemli bir basamak olduğuna dikkat çekilmektedir (4).

Çalışmanın güçlü yönleri arasında, sınırlı sayıda araştırmanın olduğu tartışmalı bir alanda uygulamayı aydınlatıcı bulgular vermiş olması ön plandadır. Çalışmanın yapıldığı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi yaklaşık 5 milyonluk nüfusa hizmet vermekte olan bir dal hastanesi olup, Türkiye’de ruh sağlığı uygulamaları açısından önemli bir merkezdir (23). Öte yandan çalışmanın tek merkezde ve kesitsel tipte gerçekleştirilmiş olması, neden sonuç ilişkileri kurmak açısından kısıtlayıcı bir etken olmaktadır. Ayrıca öz bildirim anket çalışması olduğundan, katılımcıların yanlı yanıt verme olasılığı da bulguların genellenebilirliğini sınırlamaktadır.

Araştırmamız, fiziksel kısıtlama sürecine ilişkin ruh sağlığı çalışanları arasında, cinsiyet ve mesleki deneyimden bağımsız olarak, süre ve sıklık açısından gerçekte olduğundan daha olumsuz bir algı bulunduğu işaret etmektedir. Bu yönüyle, psikiyatride etik ve insan hakları alanında önemli bir başlık olan fiziksel kısıtlama uygulamaları ile ilgili ülkemizde üretilen literatüre katkı sunmaktadır. Her meslek grubunda bu olumsuz algının düzeltilmesine yönelik eğitici müdahaleler yapılması, müdahale sonrası bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin yeniden değerlendirmeler yapılması, fiziksel kısıtlama süreçlerinin klinik, etik ve hukuki açıdan daha sağlıklı bir noktaya gelmesi açısından önemli görünmektedir. Sağlık çalışanlarının hızlı sirkülasyonu, mesleğinde yeni çok sayıda sağlık çalışanının göreve başlaması, farklı ülke ve kültürlerle mensup ruh sağlığı çalışanlarının birlikte çalışıyor olması gibi etkenler de konuya ilişkin çok merkezli yeni araştırmaları gerekli kılmaktadır.

## REFERENCES

- Herrman H, Allan J, Galderisi S, ve ark. Alternatives to coercion in mental health care: WPA Position Statement and Call to Action. *World Psychiatry*. 2022;21:159-60.
- Savaşan A, Mete L. Investigation of aggression and restriction methods in psychiatric settings of a training and research hospital. *J Clin Psy*. 2018;21:130-6.
- Tekkas K, Bilgin H. Psikiyatri Servislerinde Kullanılan Profesyonel Kontrol Yöntemleri: Kullanım Nedenleri, Türleri, Uluslararası Uygulamalar ve Algılamalar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;21:235-42.
- Bilici R, Sercan M, Tufan E. Using of seclusion and restraint in psychiatry clinics. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26:80-8.
- Ucun Y, Gürhan N, Kaya B. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin ve Hekimlerin Hasta Kısıtlama Yöntemleri ile İlgili Görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2015;17:10-20.
- Köse G, Taştan S, Catalbaş A, ve ark. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi. *Kocaeli Med J*. 2020;9:39-48.
- Kaya H, Aşti T, Acaroğlu R, ve ark. Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2008;1:21-9.
- Gül Ü, Kavak F. Hemşirelerin Fiziksel Tespite Yönelik Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2019;10:657-62.
- Karagözoğlu Ş, Özden D. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Hemşirelikte Arast Gelist Derg*. 2013;15:11-22.
- Paradis-Gagné E, Pariseau-Legault P, Goulet MH, ve ark. Coercion in psychiatric and mental health nursing: A conceptual analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30:590-609.
- Yönt GH, Korhan EA, Dizer B, ve ark. Examination of ethical dilemmas experienced by adult intensive care unit nurses in physical restraint practices. *Holist Nurs Pract*. 2014;28:85-90.
- Hakverdioğlu G, Demir A, Ulusoy MF. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2006;26:634-41.
- Uzun U, Sancak B, Özer Ü, ve ark. Tespit Uygulamalarını Etkileyen Değişkenler: Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Örneği. *Yeni Symposium*. 2015;53:16-21.
- Göktaş A, Buldukoğlu K. Fiziksel Tespit Azaltma Kapsamında Uygulanan Müdahaleler. *Sağlık Bilimleri Üniv Hem Derg*. 2022;4:27-32.
- Chieze M, Hurst S, Kaiser S, ve ark. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10.
- Colton D, Xiong H. Reducing seclusion and restraint: Questionnaire for organizational assessment. *J Psychiatr Pract*. 2010;16:358-66.
- Sercan M, Bilici R. Türkiye’de bir ruh sağlığı bölge hastanesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenleri. *Türk Psikiyatri Derg*. 2009;20:37-48.
- Coşkun S, Avlamaz F. Analysis of the Use of Mechanical Restraints and the Restraining Periods Applied in Acute Psychiatric Clinics in a One-Year Period. *J Psychiatr Nurs*. 2010;1:51-5.
- Kılıç G, Polat Ü. Yoğun Bakımda Tartışmalı Bir Uygulama: Fiziksel Kısıtlama. *Türk Hem Der Derg*. 2021;2:66-76.
- WHO. Strategies to end seclusion and restraint: WHO Quality Rights Specialized training. Geneva: World Health Organization; 2019.
- Ye J, Wang C, Xiao A, ve ark. Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2019;6:343-8.
- Sönmez E, Akvardar Y. A Social Norms Approach to Substance Abuse Prevention in Youth “The more I think you drink, the more I drink”. *Bağımlılık Derg-Journal of Dependence*. 2015;16:86-94.
- Yalçın M, Baş A, Bilici R, ve ark. Psychiatric emergency visit trends and characteristics in a mental health epicenter in Istanbul during COVID-19 lockdown. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56:2299-310.

## Etik Bilgiler

**Etik Kurul Onayı:** Çalışma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar no: 40, Tarih: 18.07.2022).

**Onam:** Bu çalışma için katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

**Telif Hakkı Devir Formu:** Tüm yazarlar tarafından Telif Hakkı Devir Formu imzalanmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Hakem değerlendirmesinden geçmiştir.

**Yazar Katkı Oranları:** Fikir/kavram: E.S.G. Tasarım: E.S.G, O.D, E.P, B.G.M, M.E.G. Veri Toplama: E.S.G, E.P, B.G.M, M.E.G. Veri İşleme: E.S.G, E.P, B.G.M, M.E.G. Analiz/Yorum: E.S.G., O.D. Literatür taraması: E.S.G, E.P, B.G.M, M.E. Yazma: E.S.G, O.D.

**Çıkar Çatışması Bildirimi:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Destek ve Teşekkür Beyanı:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir. Çalışma boyunca destekleri için, başta sorumlu hemşire Emel Yıldırım olmak üzere Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis ekibine teşekkür ederiz.