

# Akut Psikiyatrik Bakımda Bir Profesyonel Kontrol Yöntemi: Hemşirelik Gözlemleri

## *A Professional Containment Method in Acute Psychiatric Care: Nursing Observations*

Selma Sabancıoğulları, Arzu Anıl Açıl, Saliha Hallaç

### Özet

Gözlem, kimyasal ve fiziksel tespit, izolasyon gibi kontrol yöntemlerinin yerine kullanılan bir kontrol yöntemidir. Gözlem özellikle birçok ülkede psikiyatri kliniklerinde akut dönemdeki bakımda intihar ve saldırgan davranışları olan hastaların güvenliğini sağlamak için bir müdahale yöntemi olarak kullanılmaktadır. Özellikle psikiyatri kliniklerinde profesyonel bir kontrol yöntemi sağlayan hemşirelik gözlemlerinin kullanılması önemli bir konudur. Bu makalenin amacı akut psikiyatrik bakımda bir kontrol yöntemi olarak kullanılan gözlem hakkında literatür bilgisini gözden geçirecek, konu ile ilgili çalışma sayısının kısıtlı olduğu ülkemizde konunun önemine dikkat çekmektedir. Makalede akut psikiyatrik bakımda risk değerlendirme, karar verme, gözlem düzeyleri, gözlem uygulaması, gözlemin etik yönü ve yapılan çalışmaların sonuçları ele alınmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Psikiyatri kliniği, kontrol yöntemi, gözlem, psikiyatri hemşireliği.

### Abstract

Observation is a method that is used in place of other control methods such as chemical and physical detention, isolation. Observation is used especially as an interference method to ensure the safety of the patients with suicidal and aggressive behaviors in acute psychiatric care in many countries. Especially in acute psychiatric wards using observations of nursing as a professional control method is an important issue. This article aims to draw attention to the importance of the subject in our country about using nursing observations as a control method in acute psychiatric care from the view of the literature. In this article several studies related to risk assessment, decision making, the levels of observation, the application of observation and the ethical aspects of observation on acute psychiatric care have been discussed.

**Key words:** Psychiatry clinics, containment method, observation, psychiatric nursing.

**GÖZLEM,** kimyasal ve fiziksel tespit, izolasyon gibi kontrol yöntemlerinin yerine kullanılan daha insancıl bir yöntemdir. Gözlem özellikle psikiyatri kliniklerinde akut dönemde intihar ve saldırgan davranışları olan hastaların güvenliğini sağlamak için bir müdahale yöntemi olarak kullanılmaktadır.[1,2] Akut psikiyatrik bakım verilen kliniklerde çalışanlarla yapılan birkaç çalışmada, gözlem yönteminin özkıyım girişimi ve saldırgan davranışların yönetilmesinde diğer kontrol yöntemlerine göre daha insancıl ve etkili olduğu saptanmıştır.[1,3-5]

İngiltere, İskoçya, İrlanda ve Danimarka gibi ÷lkelerde akut psikiyatrik bakımda gözlem önemli bir kontrol yöntemidir.[3,6,7] Bu ÷lkelerde kontrol yöntemlerinin kullanımına yönelik politikalar ve prosedürler geliştirilerek, kontrol yöntemi olarak gözlem uygulama rehberleri oluşturulmuştur. Gözlem rehberleri, uygulamada gözlemin nasıl yapılması gerektiğine ilişkin bilgileri içermektedir. İngiltere’de “Riskli Hastalar için Güvenli ve Destekleyici Gözlem”, İskoçya’da “Hastanede Akut Psikiyatrik Hastalıkla Yatan Hastaların Hemşirelik Gözlemi için İyi Uygulama Rehberi” ve İrlanda’da “Hastalarda Ruh Sağlığı Gözlem Politikası” yayınlanmıştır. Bu rehberler doğrultusunda birçok ÷lkede hastaneler kendi prosedür ve rehberlerini oluşturmaktadır.[6] Ülkemizde uygulama alanında profesyonel bir kontrol yöntemi olarak gözlem ve gözlem formlarının yaygın olarak kullanılmasına ilişkin yeterli istatistiksel bilgi bulunmamaktadır. Hastaların zarar görmelerini önlemek amacıyla çoğunlukla insancıl bir yöntem olarak değerlendirilmeyen mekanik kısıtlama yöntemi kullanılmaktadır.[7,8] Ülkemizde de gözlemin bir kontrol yöntemi olarak kullanılabilmesi için ÷lke genelinde gözlemlerle ilgili standart uygulama rehberlerinin ve politikaların geliştirilmesi gerekmektedir.

Bu makale, psikiyatri kliniklerinde akut dönemde bir kontrol yöntemi olarak kullanılan gözlem hakkında literatür bilgisini gözden geçirerek, konuya dikkat çekmeyi amaçlamaktadır. Makalede akut psikiyatrik bakımda risk değerlendirme, karar verme, gözlem düzeyleri, gözlem uygulaması, gözlemin etik yönü ve yapılan çalışmaların sonuçları ele alınmıştır.

## Psikiyatrik Bakımda Gözlem

Gözlem, bir kişi veya ilgilenilen duruma dikkatli bakmak, incelemek, odaklanmaktır. Gözlem yapma, herhangi bir durumda ne olduğunu öğrenmek için bilinçli olarak dikkati yoğunlaştırmak demektir. Gözlem yapma amaçlı, anlamlı ve aktif bir süreçtir. Gözlem görme, işitme, koklama vs. gibi duyu organları ile algılanarak elde edilen tüm verileri içerir. Genel olarak gözlem bir konunun detaylarını analiz etmek ve değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır.[2]

Klinik anlamda gözlem hasta ile birebir terapötik iletişim kurmak, profesyonel bakım sağlamak için bir fırsat olup veri toplamanın temelini oluşturmaktadır.[9-11] Psikiyatrik gözlem yapmanın birden çok amacı bulunmaktadır. Psikiyatri hemşireleri, hastanın durumunu anlamak, hastalığın belirtilerini belirlemek, hastalığın nedenlerini ortaya çıkarmak, hastanın bakım gereksinimlerini saptamak, hastaya uygulanacak tedaviye karar vermek ve hastanın kendini ifade etmesine olanak sağlamak, hastaya yapılan bakım müdahalelerinin sonuçlarını değerlendirmek, hastanın tedaviye tepkisini ve hastalığının seyrini izlemek gibi pek çok amaçla gözlemi kullanmaktadırlar. Aynı zamanda gözlem yöntemi hemşireye hastanın durumunun farkında olma, hasta davranışlarına uygun tepki verebilme ve beklenmeyen bir şiddet ve zarar verici davranışının ortaya çıkmasını önleyebilme veya kontrol edebilme olanağı sağlamaktadır.[2,11]

## Akut Psikiyatrik Bakımda Gözlem Ve Amacı

Psikiyatri kliniklerinde kontrol yöntemlerinin uygulanması çoğunlukla hemşirelerin sorumluluğundadır. [12] Akut bakım veren psikiyatri kliniklerinde gözlem riskli hastaların güvenliği için koruma amaçlı, planlı, özellikli bir müdahale yöntemi olarak hemşireler tarafından yaygın olarak kabul görmekte ve kullanılmaktadır. Bu psikiyatri klinik-

lerinde gözlem, kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların görevlendirilmiş bir sağlık personeli tarafından gözlenmesidir.[13,14] Bu tanımlama literatürde “sürekli”, “geçmiş”, “yakın”, “özel”, “destekleyici”, “arttırılmış”, “dereceli” ve “formal gözlem” gibi kurumdan kuruma, uygulama alanına göre farklı terimlerle ifade edilmektedir.[13,14] Kullanılan terimlerde farklılık olsa da ortak amaç, hastanın özkıym davranışlarını, kendine ya da diğer savunmasız hastalara zarar verme ve şiddet uygulamasını önlemektir.

## **Akut Psikiyatrik Bakımda Gözlemin Uygulanması**

Akut psikiyatrik bakımda bazı özellikli hastalar hassasiyetle gözlenmelidir. Bunlar özkıym düşünceleri olan, diğer hastalara ya da personele yönelik saldırgan, tehdit oluşturu davranışları olan, incinebilir, kaçma eğilimi olan ve cinsel dürtülerini kontrol edemeyen hastalar olup akut psikiyatrik bakımda özellikle hassasiyetle ve dikkatle gözlenmelidir Burada bu davranış örüntülerine sahip hastaların nasıl gözleneceği sorusu önem kazanmaktadır. Bu soruya verilecek ilk yanıt genellikle algılanan riskin derecesine, yoğunluğuna göre değişen, farklı tanımlanmış gözlem düzeyine karar verilmesi gerektiğidir. Gözlem düzeyinin belirlenmesi ile ilgili tüm kararların doktor, sorumlu hemşire, servis hemşiresi, diğer sağlık profesyonellerinden oluşan multidisipliner bir ekip tarafından risk düzeyinin belirlenerek alınması önemlidir.[15,16] Dolayısıyla, hastanın nasıl gözlenmesi gerektiği ve risk değerlendirmenin nasıl yapılacağı önemlidir.

## **Risk Değerlendirme ve Karar Verme**

Risk düzeyinin belirlenmesi hasta akut bakım için psikiyatrik kliniğine kabul edildiği sırada yapılmaktadır. Risk değerlendirmesi hastanın geçmiş öyküsünün değerlendirilmesi, hasta ile görüşme yapılarak ruhsal durum muayenesinin yapılması, hastanın ailesi ile görüşme yapılarak hastanın şu anki durumu ile ilgili bilgi alınması ve kanıt temelli risk değerlendirme araçları kullanılmasını kapsamaktadır.[16]

Risk değerlendirmede kullanılan basit ve önemli bir nokta hastanın geçmiş öyküsünün dikkatli şekilde değerlendirilmesidir. Hastanın geçmişte evde ya da klinikte kendine ya da başkalarına zarar verme davranışında bulunup bulunmadığı, kaçma deneyimi olup olmadığı belirlenmelidir. Hasta ile görüşülerek şu anki ruhsal durum muayenesinin yapılması risk değerlendirmede diğer önemli noktadır. Hasta ile görüşme sırasında özellikle varsanılar, kendine ve çevresine zarar vermesini söyleyen sesler duyma, paranoid düşünceler, diğer insanlardan zarar göreceğine yönelik düşünceler, hastanın kendisine veya diğerlerine zarar vereceğine yönelik düşünce ve fikirleri, kendine ve çevresine zarar verme girişimi veya belirli planlar, alkol ve ilaç kullanımı ile ilgili geçmiş problemler, yakın zamanda yaşanan kayıplar, ilaç tedavi ve bakım programına uyum göstermede yetersizlik gibi davranışlarına dikkat edilmelidir.[16] Risk değerlendirme sürecinde alınan bu bilgilerin yalnızca hastaya uygulanabilecek profesyonel yardım için kullanılacağı, bilgilerin başkaları ile paylaşılmayacağına ilişkin hastaya bilgi verilerek hasta rahatlatılabilir. Diğer önemli nokta, değerlendirmede hemşirenin ve diğer psikiyatri ekibi üyelerinin hastanın geçmişteki davranışları hakkında bilgileri alabilmek için hastanın ailesi, arkadaşları, bakım verenler gibi yakın çevresi ile görüşme yapmaktır. Hastanın öyküsü, ailesi ve yakınlarından alınan bilgiler sağlık ekibinin olası risklere yönelik daha dikkatli olması için çok önemlidir. Ayrıca risk değerlendirmede, değerlendirme aracı

olarak basit ve kullanışlı formların (öfke ve özkıym düşüncelerini belirleme formları vb. gibi) geliştirilmesi ve kullanılması diğer bir önemli noktadır.[16,17] Risk değerlendirilmede multidisipliner ekip tarafından kararlar alınırken yanıtlanması gereken bazı sorular vardır. Bunlar;

1. Yoğun gözlem gerekli mi?
2. Hangi düzeyde gözlem gerekli?
3. Gözlem yoğunluğunu arttırma ya da azaltma gereksinimi var mı?
4. Gözlem ne zaman sonlandırılmalı?
5. Bir sonraki değerlendirme zamanı ve gözlemi kim yapmalı?

Bu bilgiler doğrultusunda multidisipliner ekibin aldığı tüm kararlar ekibin bir üyesi tarafından hastanın klinik notlarına kaydedilmelidir. Hasta kayıtlarında, hastanın mevcut ruhsal durumu, mevcut risk değerlendirmesi, uygulanacak olan gözlemin düzeyi, hastaya uygulanacak tedavi ve bakım hakkında açık bilgiler, sonraki değerlendirmenin zamanı, gözlem yapan kişinin adı, gözlem süresinin başlama ve bitiş zamanı belirtilmelidir. Ayrıca alınan kararlar düzenli olarak gözden geçirilmelidir. İngiltere'deki SNMAC komitesi (Standing Nursing and Midwifery Advisory Committee) hastaların gözlem yoğunlukları ile ilgili kararların bir doktor, birincil olarak sorumlu hemşire tarafından her gün gözden geçirilmesini önermektedir.[6,16 ]

## Akut Psikiyatri Kliniğinde Gözlem Düzeyleri

Akut psikiyatri kliniklerinde hastanın değerlendirilen risk durumuna göre, gözlem farklı düzeylerde yapılmaktadır.[2] İskoçya'da Ruh Sağlığı Üzerine Çalışma Komitesi (CRAG/SCOTMEG), [18] gözlemin "genel gözlem", "daimi gözlem" ve "özel gözlem" şeklinde üç düzeyde yapılmasını önermiştir. İngiltere ve Galler için SNMAC [16] uygulama rehberi gözlemi dört düzeyde önermektedir.[16] Bunlar "*Seviye 1: Genel Gözlem*", "*Seviye 2: Aralıklı Gözlem*", "*Seviye 3 Göz Mesafesinde Gözlem*" ve "*Seviye 4: Kol Mesafesinde Gözlem*" olarak tanımlanmaktadır.

**Seviye 1: Genel gözlem;** tüm yatan hastalar için gözlemin asgari kabul edilebilir düzeyidir. Hastaların nerede olduğu personel tarafından mutlaka bilinmelidir ancak tüm hastaların sürekli görüş alanı içinde tutulmasına gerek yoktur. Hemşire bir şift'te en az bir kez hasta ile oturmalı ve hastaların ruhsal durumunu değerlendirmek için hasta ile birlikte konuşmalıdır. Bu görüşme her zaman riskle ilişkili hastanın duğu ve davranışlarının değerlendirmesini içermelidir ve notlara kaydedilmelidir.

**Seviye 2: Aralıklı gözlem;** hastanın durum ve konumunun her 15 ya da 30 dakikada bir kontrol edilmesidir Bu genellikle hastalar potansiyel risk taşıdıklarında ancak akut bir durum olmadığında tercih edilir. Depresyon tanısı almış fakat kendine ya da bir başkasına zarar vermek için hali hazırda ivedi bir durum olmayan ya da daha önce böyle bir öyküsü olmuş ancak düzelmeye başlamış hastalarda uygulanabilir.

**Seviye 3: Göz mesafesinde gözlem;** hasta herhangi bir zamanda kendine ya da bir başkasına zarar vermek için girişimde bulunabileceğinden personelin bir gözü sürekli olarak hastanın üstünde olmalıdır. Hasta gece, gündüz sürekli gözetim altında tutulmalı ve hastanın kendine ya da başkalarına zarar verebileceği araç ve gereçler ortadan kaldırılmalıdır. Yasal haklarını da gözeterek bazen hastaların eşyalarını aramak gerekebilir.

**Seviye 4: Kol mesafesinde gözlem;** hastanın kendisine ya da diğer kişilere zarar verme potansiyeli ve riski en üst seviyededir ve hemşirenin yakın izlemine ihtiyaç duyulur. Nadir durumlarda birden fazla hemşire gerekli olabilir. Hasta ile gündüz üç, gece iki

kez görüşülmelidir. Hastanın tuvalette, banyoda, telefonda her an yanında olmak gerekebilir. Bu düzeyde gözlemin hastanın ruhsal durumu üzerinde zarar verme, mahremiyetine ve bireyselliğine müdahale etkisi olabileceğinden çok gerekli durumlarda böyle bir karar alınmalıdır. Gözlem en az kısıtlayıcı ortamda ve düzeyde, kısa süreli olmalıdır.[17,19,20] Ray ve arkadaşları çalışmalarında psikiyatrik tedavi ortamlarına kabul edilen hastaların %3 ile %20'sine aralıklı, göz ve kol mesafesinde gözlem uygulandığını belirtmişlerdir.[14]

## Akut Bakım Psikiyatri Kliniğinde Gözlemci Olma

Risk altındaki hastanın gözlemlenmesi yüksek düzeyde beceri gerektiren bir aktivitedir.[16] Gözlem yapma, gözlem yapan kişinin entelektüel, duygusal ve organizasyonel becerilerini ortaya koymasını ve bir konuya odaklanmayı gerektirir.[2] Akut hastalara bakım veren psikiyatri kliniğinde gözlemin hastanın da tanıdığı klinik ortamı ve hastayı tanıyan, eğitilmiş bir kişinin yapması önemlidir. Çünkü klinik ortamı ve hastayı tanımayan personel için, şiddet içeren ya da şiddet potansiyeli olan hastaları gözlemlemek ve uygun tepkiyi verebilmek kolay değildir. Ancak kesintisiz hastayla birlikte olan, hemşirelik bakım hizmeti veren ve yakın gözlem yapma olanağı olan hemşire psikiyatri ekibi içinde kritik bir konuma sahip olup eğitimi, mesleki bilgi, donanımı ve yetkisiyle kontrol yöntemi olarak gözlem yapmaya en uygun kişilerden biridir.[2]

Gerek Amerikan Hemşireler Birliği [10] gerek Kanada Psikiyatri Hemşireleri Federasyonu [9] "*Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları*"nda psikiyatri hemşirelerinin gözlem yapması ile ilgili olarak vurgu yapılmıştır. Ayrıca psikiyatrik bakım alanlarında yakın gözlem ile ilgili yapılmış çalışma sonuçlarının incelendiği bir çalışmada hemşirelerin hastalar için savunucu olmaları gerektiği ve gözlemlerle ilgili olarak oldukça iyi becerilere sahip olmaları gerektiği belirtilmiştir.[21] SNMAC [16] ve CRAG/SCOTMEG [18] rehberinde riskli hastaların gözleminden nitelikli hemşirelerin sorumlu olmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca Clearly ve arkadaşları özellikle özkiyim riski olan bir hastanın deneyimli bir hemşire tarafından bire bir gözlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.[22] Buna karşılık, akut psikiyatrik bakım uygulamasında gözlem genellikle düşük statülü, hoş olmayan bir beceri olarak algılanmaktadır. Akut bakımda gözlem çoğu kez bir hastaya eşlik etme olarak değerlendirilmekte ve bu olumsuz bir durum gibi algılanabilmekte, zaman zaman da kendilerine yüklenmiş iş olarak görülmektedir. Bu algılar nedeniyle akut bakımda gözlem uygulayıcılar tarafından hastanın desteklenmesi, tedavi ve bakımı ile meşgul olmak için bir fırsat olarak görülmemekte ve gözlemin terapötik değerinin çok az olduğuna inanılmaktadır.[13] Böyle bir algı nedeniyle akut bakım ortamında profesyonel olarak uygulanması gereken gözlem, tıp ve hemşirelik öğrencilerinin, geçici personel, güvenlik görevlileri, hastanın yakınları ve gönüllüler tarafından alanında uzman olmayan kişilerce yapılmaktadır. Bunun kaynağında algısal problemler olmakla birlikte akut psikiyatrik bakımda nitelikli, deneyimli ve yetkin hemşirelerin bu alanlarda istihdam edilmesinde sorunlar olmalıdır.

Hastanın hemşire tarafından yoğun birebir gözlemlenmesi maliyeti yüksek bir uygulama olarak değerlendirilmektedir. Moore ve arkadaşları akut psikiyatrik bakımda yapılan gözlem harcamalarının toplam hemşirelik bütçesinin %20'sini aldığını, hasta ve personel tarafından akut psikiyatrik bakım ünitelerinin gittikçe artan oranlarda terapötik bir çevre olarak algılanmadığını saptamışlardır.[23] Bu nedenle son yıllarda akut bakımda gözlem düzeyinin kalitesini artırmak için hasta gözleminin bakımın çok

önemli bir parçası gibi kabul edilmesi gereklidir. Gözlem yapan kişinin gözlemlenen kişiler tarafından ulaşılabilir, yaklaşılabılır ve iyi bir dinleyici olmalıdır. Kişi gözlem konusu ile ilgili eğitimlere katılmalıdır. [13] Mackay ve arkadaşları yaptıkları çalışmada gözlem yapan kişinin eğitim ihtiyaçlarını "IMPACT" akrostişi ile tanımlamışlardır.[24]

<i>Intervening</i>	<i>Müdabale etme,</i>
<i>Maintaining</i>	<i>Hasta ve diğerlerinin güvenliğini devam ettirme,</i>
<i>Prevention</i>	<i>Gerginlik, saldırganlık ve şiddeti önleme,</i>
<i>Assesing</i>	<i>Durumu Belirleme,</i>
<i>Communication</i>	<i>İletişim kurma,</i>
<i>Therapy</i>	<i>Tedavi etme</i>

Akut bakımda gözlem yapacak hemşirenin eğitimi; risk değerlendirme, kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastanın yönetimi, gözlem için endikasyonlar, gözlem düzeyleri, gözlemi tedavi edici olarak kullanma, gözlemede multidisipliner ekibin sorumluluk ve rolleri, çevre güvenliğini sağlama, gözlemin kaydedilmesi ve gözlem sonuçlarını değerlendirme konularını kapsamalıdır.[25]

## Akut Psikiyatrik Bakımda Destekleyici Gözlem

Akut psikiyatrik bakımda gözlem, "koruma görevlisi" algısından uzak, mekanik olmayan bir tutumla yapılmalıdır. Akut bakımda gözlem, hem hasta hem de gözlemi yapan kişi için değişik derecelerde stres yaratan bir durumdur.[13, 26] Çalışmalar gözlem yapan kişilerce akut bakım ortamında gözlemin stresli ve rahatsız edici olduğunu, aynı şekilde hastalarda tanımadıkları biri tarafından gözlemlendiklerinde kendilerini güvende hissetmediklerini ifade ettiklerini ortaya koymaktadır.[27-29] Akut bakımda gözlem bir gözaltı görevi olarak nitelendirilmektense, gözleme tedavi edici, destekleyici bir müdahale olarak bakılması gerekmektedir.[6,30] Reid ve Long'un İrlanda'da hemşirelerle yaptıkları çalışmada, hemşirelerin bir taraftan hastaların özkiyım girişimlerini önlemede gözlem kullanımını çok etkili bir yöntem olduğu ancak tedavi edici olmadığı belirtilmiştir.[5] Bowers ve arkadaşları aralıklı gözlemin yeterli sayıda ve uygun nitelikte hemşireyle ve hasta aktivite oturumlarıyla desteklendiğinde etkili olduğunu ileri sürmüşlerdir.[3] Bu nedenle risk altındaki hastaların izlenmesinde kapıları izlemek ya da hastaya gardiyanlık yapmak mekanik bir yaklaşımdan öteye gidemeyecektir.

Gözlem akut bakıma hastanın kabulü ile başlar, tedavi süresince ve hasta taburcu olana kadar devam eder. Akut psikiyatrik bakımda hastayı gözlemlemeye başlamadan önce, öncelikle hasta ile karşılıklı güven ilişkisinin kurulması temeldir. Hasta ile ilgili, sıcak ve açık bir ilişki oluşturularak, hastanın sağlık sorunu ile ilgilenildiği hissettirilmelidir. Bu ilişki açıklık, güven ve empati üzerine kurulmalıdır. Hemşire kendisini kısa ve öz tanımalıdır. Hemşire orada bulunuş nedenini hastaların bakım ve tedavisi için gerekli olan bilgilerin toplanması olduğunu belirtmelidir. Hastanın durumu ile ilgili elde edilecek bilgilerin gizli tutulacağı, sadece hastaya yapılacak olan profesyonel yardım için kullanılacağı açıklanmalıdır.[2,31]

Gözlem yaparken dikkat edilmesi gereken belirli kurallar vardır. Bunlar gözlem boyunca objektif kalmak, yargılamamak, kişiye odaklanmak ve dikkatli olmaktır. Gözlem hemşirenin fiziksel, entelektüel ve duygusal durumundan etkilenmektedir. Hemşirenin bu özellikleri bireyleri/hastaları farklı algılamasına neden olabilir. Dolayısıyla gözlem boyunca duygusal olarak tarafsız olmak ilk kuraldır. Hasta ve hastalığının algılanması sıklıkla sağlık personelinin belirlediği tıbbi tanıdan ve seçilen tedaviden etkilenebilir.

Gözlem süreci boyunca herhangi bir durumun, yargının ve kararın, objektif olarak değerlendirilmesi gerekir. Bu da hasta bilgilerini ayrıntılı toplamayı gerektirir. Gözlem sürecinde diğer önemli kural konuya son derece özenli şekilde dikkatini vermektir. Gözlem dikkat verilmeksizin yapılamaz. Gözlem, sağlık personelinin sonradan yapacağı tedavi ve bakım uygulamalarına rehberlik eder. Bu nedenle yüzeysel gözlem, yanlış algılama, aceleci yorumlar ve yargılamalar gibi ciddi sonuçlara neden olabilir. Örneğin hasta bir neden yokken, fiziksel ve kimyasal kısıtlama kötüye kullanılarak hastanın izole edilmesine neden olabilir. Bu nedenle sağlık çalışanları uygun gözlem yapmanın önemi anlayarak kişiye odaklanmalı ve dikkatli olmalıdır.[2] Gözlem sürecinde bir takım önemli noktalar bulunmaktadır. Bu noktalar şu şekilde açıklanabilir.

*Gözlem güven ve umut verici, etkileşim ağırlıklı olmalıdır:* Hemşirelikte etkileşim kuramcılarında Peplau ve ondan etkilenen Orlanda kuramlarını kişilerarası ilişkiler üzerine temellendirmişlerdir. Özellikle hasta ile bire bir terapötik iletişim kurmak için gözlemin hemşireler tarafından kullanılmasından söz etmektedirler. Gözlem hem hastayla profesyonel olarak yardım edici ilişki kurmak ve veri toplamak için önemli bir araç olarak tanımlanmaktadır.[31] İletişime cesaretlendirme, dinleme, hastanın kendisini ifade etmesine olanak sağlama, hastanın değerlerini göz önünde bulundurma hemşirenin gözlem becerisinin önemli öğelerindedir. Pitula and Cardell özkiyım girişimi olan hastalarla yaptıkları çalışmada; hastalar sürekli gözlemde kişiler arası etkileşimlerin önemli olduğunu belirtmiş, hastalara güven ve umut duygusu aşılanmasında gözlemcilerin destekleyici etkileşimlerinin ve tavırlarının önemli olduğunu vurgulamışlardır.[32]

*Gözlem empatik ve gereksinim odaklı yapılmalıdır:* Akut bakımda empatik bir gözlem yapılması son derece önemlidir. Empatik gözlemin anlamı, hastayı derinden anlama ve bilgi kazanmadır. Bu hastanın içinde bulunduğu durumu anlamayı kolaylaştırmaktadır. Çünkü ruhsal bozuklukları olan kişileri anlamak zordur. Hemşireler hastalara karşı açık ve kabullenici olmalı, duygularını ifade etmesini engellemekten kaçınmalıdır. Cardell ve Pitula sürekli gözlemin olası terapötik yararları hakkında yaptıkları çalışmada; gözlemcilerin destekleyici bir tutum ve etkileşim kurulmasıyla hastaların iyimserlik ve koruma duyguları, duygusal destek kazanma gibi yararlar elde ettiklerini saptamışlardır.[33] Aynı çalışmada gözlemin terapötik olmayan yönleri, gözlemcide empati eksikliği, sürekli gözlem hakkında bilgi sağlamada yetersizlik, hapsedilme duygusu, gizlilik ve hastanın onayını almada eksiklik olarak tanımlanmıştır. Hastalar ve hemşireler arasındaki tedavi edici ilişki önemlidir ve hastaların kendileri ile ilgilenen hemşirelere güvenme ve desteklenme duygusunu kazandırmada yardım edicidir.[31] Ancak, hasta ile yapılan bazı çalışmalarda hastaların, pozitif deneyimlerden çok özellikle bilgilendirici ve destekleyici etkileşim yetersizliği gibi negatif deneyimleri daha çok yaşadıkları vurgulanmıştır.[27,28]

*Gözlem yapma sürecinde hasta ile konuşulmalıdır:* Hasta hakkında daha açık bilgiler toplamak için ve gerekli bilgileri bir araya getirmek için sorular sorma ve hasta ile konuşma önemlidir. Konuşma sıklıkla hastanın sorunlarını anlama ve hastaya danışmanlık yapmak için kullanılır.[2]

*Gözlem yapma süreci bilgilendirici olmalıdır:* Hasta ve ailesine, hastanın gözlemlenmesi ve gözlem düzeyi hakkında bilgi vermelidir.

*Gözlem yaparken etik ilkelere dikkat edilmesi gerekir:* Hemşirelerle yapılan diğer çalışmalarda, hemşireler akut bakımda yapılan gözlemin stresli ve memnuniyet verici olmadığını belirtmişlerdir.[22,34] Hemşireler hastalara müdahale edici tavır almanın olduk-

ça güç olduğunu, bu durumun hastalarda saldırgan ve öfkeli davranışlar ortaya çıkardığını belirtmişlerdir. Hemşireler ayrıca hastaların banyo, duş ya da tuvalet alışkanlıklarında kendi özbakımlarını sağlamalarına yardımcı olmanın oldukça zor olduğunu ifade etmişlerdir. Mümkünse hastalar bu tür ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırken hemşireler arka planda kalmayı deneyebilirler.[34,35] Bununla birlikte risklerin çok büyük olduğu düşünöldüğünde, hemşirelerin güvenlik gerekçesiyle hastaların gizlilik ve saygınlık haklarını bir kenara bırakmaları zor ve stresli bir karardır.[15] Flechter hasta ve hemşirelerle yaptığı çalışmada, hem hastalar hem de hemşireler sürekli gözlem yoluyla başkalarına zarar verici davranışların önlendiğini belirttikleri vurgulanmıştır.[36] Benzer olarak Ashaye ve arkadaşları çalışmasında hastaların çoğu, kişisel gizliliklerine izinsiz müdahale edilmesinden hoşlanmamalarına rağmen, sürekli gözlem uygulamasından yararlandıklarını kabul etmişlerdir.[27] Hastalar sadece bir “tanı olmak”tan ziyade, sorunları ve gereksinimleri olan insanlar olarak tedavilerini yapan hemşireler tarafından gözlemlenmeyi istemektedirler. Hemşireler ise bir gözetici olmaktan ziyade terapötik bir ilişki geliştirmek istemektedirler.[6] Hemşire kuramcılardan Travellbee hasta hemşire ilişkisini insan-insan ilişki olarak tanımlarken, “bir oda numarası”, “bir yatak numarası”, “ yapılacak bir işlem” vs . gibi sıfatların hastayı gerçek kimliğinden uzaklaştıran, onu nesneleştiren ve değersizleştiren bu tür tanımlamalardan kaçınılmasını vurgu yapmak istemiştir. Oysaki insan insana ilişki hasta ve hemşirenin karşılıklı olarak “insan olma” sıfatıyla ve gerçek kimlikleriyle algılanmasını ve hem hastayı hem de hemşireyi değerli kılan bir ilişkiye işaret etmektedir.[31]

## Gözlem Kaydı

Akut psikiyatrik ortamlarda gözlem düzeylerine göre gözlenen hastanın durumunun kayıtlara geçirilmesi önemli bir noktadır. Hasta kayıtlarında gözlemlerin yazılması sadece yasal bir zorunluluk değil, aynı zamanda profesyonel yaklaşımın gereğidir.[2] Gözlem ile ilgili tüm kararlar hastanın dosyasına doktoru veya hemşiresi tarafından kayıt edilmelidir. Gözlemden sorumlu olarak atanan hemşirenin düzenli kayıtlar tutması önemlidir. Kayıtlar tutarlı, doğru ve eksiksiz olmalı ve hastanın şu anki ruhsal durumu, şu anda tanımlanan riskleri, yapılan gözlemin düzeyi, yapılacak gözlem düzeyinin nedeni, eğitim, tedavi edici aktivitelere katma gibi terapötik yaklaşımlar ile ilgili açık uygulamalar ve gözlem aralıkları ve zamanı, gözleme başlama ve bitirme saatleri, bu zaman süresince gözlemden sorumlu kişinin kim olduğu gibi bilgileri kapsamalıdır.[10,16,17]

Gözlemin detaylı kayıtlarını korumak gözlemi yapan çalışanların sorumluluğunda olmalıdır. Hastayı gözlemleyen her kişi gözlemden yer alan bilgilerin güncel ve tam olmasından sorumludur.[17] Gözlemlerin doğru, tutarlı, eksiksiz kaydedilmesi, sadece yasal zorunluluktan değil klinik çalışanlarının ve öğrencilerin yeterli bilgi ve eğitime sahip olabilmeleri için de gereklidir.[16 ] Gözlemin yazılı hale getirilmesi kadar, ekip üyeleri arasında sözel olarak paylaşılması da, gözlemin devamlılığının sağlanması açısından önemlidir. Örneğin her vardiyanın başlangıcında nöbete gelen tüm üyelerine hastanın gözlemini içeren kısa bilgiler verilmeli, hastanın durumu gözden geçirilmeli ve olası tehlikeler belirtilmelidir.

## **Akut Psikiyatrik Bakımda Gözlemin Etik Boyutu**

Akut psikiyatrik bakımda gözlem hem güvenli hem de tedavi edici olmalıdır. Özel gözlemin etik tarafı birçok yazar tarafından tartışılmaktadır. Akut bakımda hasta gözlemlenmesi ile ilgili yaşanan en önemli etik problemler; gözlem hakkında hasta ve ailesine bilgi verilmemesi, hastanın gizliliğine ve mahremiyetine özen gösterilmemesi, hastanın bireyselliğine/otonomisine müdahale edici olunmasıdır.[13,17,20 ]

### ***Gözlem Hakkında Hasta ve Ailesine Bilgi Verilmemesi***

Akut psikiyatri kliniklerinde özel olarak gözlem altında olan hastaların kendilerini sıkıntılı hissettiği en önemli durumun gözlem sürecine ilişkin kendilerine bilgi verilmemesi konusudur. Thomas hastanın “özel gözlem” hakkında açık bilgilere sahip olması gerektiğine inanır ve özel gözlemin getirdikleri ve niteliği hakkında bilgilendirilmeleri gerektiğini savunur.[37] Hastalar ve bakımından sorumlu kişilere gözlem süreci ve hasta hakları hakkında yazılı bilgi verilmelidir.[17] Akut bakımda hastaların genel şikayeti gözlemlendiklerinden haberlerinin olmamasıdır. Haberi olan hastalar ise bu süreçte kararlarına ve fikirlerine önem verilmediğini belirtmektedirler. Hastalara bilgi verme sıradan bir işlem gibi gözüktüğü de hastaları kendi bakımlarına dahil etmek için iyi bir fırsat olabilir. Bilgilendirme aynı zaman da hemşire-hasta ilişkisini geliştirir. Hemşire hasta ilişkisi açık ve destekleyici olmasını sağlar. Bilgilendirme hastanın özerkliğine saygı duyulduğunu gösterir. Bu nedenle hastaları, arkadaşlarını ve bakım verenleri gözlem sürecine dahil etmek önemlidir.[6]

### ***Hastanın Gizliliğine ve Mahremiyetine Özen Gösterilmemesi***

Teknolojinin kullanımını bazı potansiyel yararlar sağlayabilir fakat hem etik sorunlar hem de personel açısından riskli durumlar yaratabilir. Kamera sistemi ciddi düzeyde risk altında olan hastanın kimseyle görüştürülmeden, bir hücre içerisinde tek başına gözlemlenmesini içermektedir. Kamera ile gözlemlenme sadece izleme anlamında yapılır. Hemşire ve hasta arasındaki etkileşimi azaltabilir. Bu konuda uzmanlar bu tür gözlemlenmenin, sıkıntısı olan hastanın sıkıntısı ile baş etmesi için çok az yardım sağlayacağını belirtmektedirler. Kameralar terapötik açıdan ve hasta ile etkileşiminin sağlanmasında sorun oluşturabilir.[13] Wilson, özkıyım eğilimli hastalar için hastanın güvenliği, hastanın özel hakları ve güvenliği konularında etik uyumsuzluklar olabileceğini ve hemşire-hasta arasındaki etkileşimi azaltıcı olabileceğini vurgulamaktadır.[38] Ashaye ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, hastaların çoğu, kişisel gizliliklerine izinsiz müdahale edilmesinden hoşlanmamalarına rağmen, sürekli gözlem uygulamasından yararlandıklarını kabul ettikleri belirtilmiştir.[39]

### ***Hastanın Bireyselliğine/Otonomisine Müdahale Edici Olması***

Gözlem uygulamaları hastanın bireyselliğine ve kişisel onuruna çok müdahale edici olabilir. Klinik çalışanlar gözlem derecelerinin müdahaleci ve kontrol edici olarak algılanabileceğini ve hastanın ruhsal durumu üzerinde zarar verici etkisi olabileceğini dikkate almalıdırlar. Gözlem en az kısıtlayıcı ortamda, en az süreyle, en az kısıtlayıcı düzeyde ayarlanmalıdır.[17,20] Bu gibi sınırlandırmalara rağmen gözlem, riskli olduğu düşünülen hastalar için önerilen bir uygulamadır.[39] Lehane, sürekli personel varlığının sağladığı güven duygusu ile hastaların özel gözleme karşı fikrinin olumlu olduğunu belirt-

miştir.[40] Yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin gözlem yoluyla hastaların özkıyım girişimlerini önlemede ve akut durumu bozulan hastanın yönetilmesinde gözlem kullanımının etkili bir yöntem olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır.[1,5]

## Akut Psikiyatrik Kliniklerinde Gözlemle İlgili Araştırmalar

Planlı bir müdahale olarak yapılan gözlem hemşirelerin önemli ölçüde zamanını almamasına rağmen hasta güvenliğini sağlamada, terapötik yarar sağlamada ve olumsuz hasta sonuçlarını azaltmadaki etkinliği ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Gözlem konusundaki araştırmaların yeterli olmadığı bilinen bir gerçektir.[6] Randomize kontrollü çalışmalar yoktur. Varolan nitel araştırmalar gözlem ve olumsuz hasta sonuçlarının önlenmesi arasında doğrudan bir ilişki göstermekte yetersizdir. Sağlık bakım maliyetlerinin artması ile birlikte, gözlem müdahalesinin etkinliği, yarar maliyeti ile kıyaslandığı zaman daha da önem kazanmaktadır. Hemşirelerin gözlemi hastanın terapötik yararı için nasıl kullanabileceklerini ve gözleme harcadıkları zamanı yönetmeyi bilmeleri gereklidir. Uygulama ortamlarında hemşire yetersizliği ve hemşirelerden beklentilerin artması nedeniyle gözlemi doğrulamak ve desteklemek için kanıt oluşturabilecek gözlem çalışmalarına gereksinim artmıştır. Bu nedenle gözlem müdahalesinin etkinliğinin kanıt temelli araştırmalar ile ortaya konması gerekmektedir.[14,39]

Yurt dışında yapılan çalışmalarda özel gözlemle ilgili hasta ve hemşirelerin öznel deneyimlerini araştıran çalışmalar ağırlıklıdır.[14,35,39] Akut bakımda yapılan gözlemin stresli ve rahatsız edici olduğunu belirtmişlerdir.[22,34] ülkemizde ise Doğan,[41] Tn ve Oflaz,[42] ve Tn ve arkadaşları [43] tarafından yapılmış çalışmalar olmakla birlikte bu çok azdır.

Doğan yaptığı çalışmada mevcut uygulamada olan gözlem formu ile literatürden yararlanarak kendi oluşturduğu yeni gözlem kayıt formunun etkinliğini karşılaştırmıştır.[41] Mevcut kayıt formunda hastaların klinik içi faaliyetleri (%64) ve sosyal davranış özellikleri (%54.5) en fazla tanımlanan alanlar, en az tanımlanan alanlar ise, hastanın izinli çıkma durumu (%3), motor davranışları (%5), ilaç ve diğer tedavilere tepkisi (%6.5), yeme özellikleri (%8), konuşma özellikleri (%11), giyim ve temizlik özellikleri (%12), yüz ifadesi ve duygusal durumu (%13.5), düşünce ve algı özellikleri (%14) olarak belirlenmiştir. Oluşturulan yeni forma göre en fazla tanımlanan gözlem alanları, hastaların konuşma özellikleri (%96), giyim ve temizlik özellikleri (%92.5), ilaç ve diğer tedavilere tepkisi (%86.5) olarak belirlenmiştir.

Tn ve Oflaz'ın akut bakım ünitesinde riskli hastalar için doktorlar tarafından doldurulan risk değerlendirme formu ve hemşireler tarafından doldurulan hemşire gözlem formlarını inceleyerek yaptıkları çalışmada; hemşire gözlemlerinde sırasıyla en fazla giyime zen azaldığı (%72.7); yemeğini yediği (%68); yüz ifadesinin duruma uygunsuz ve özellikle sıkıntılı olduğu (%54); gece uyuduğu (%53.3); görevlilerle ilişkilerinin uyumlu olduğu (46.7); servis içi faaliyetlere katılmakta isteksiz (%42.7) olduğu maddeleri işaretlenmiştir.[42] Doktorlar tarafından kullanılan risk değerlendirme formunda ise agresyon ve ağıtasyon, ilaç yan etkileri ve kendine zarar verme düşüncesi alanlarının daha çok işaretlenmiş olduğu saptanmıştır. Hemşire gözlem formunda belirtilen alanların daha çok günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olup, belirtiler açısından fazla bilgi vermediği ve çoğunlukla ifade edilen alanların risk olarak belirtilen davranış özellikleri ile bağlantısı olmadığı grlmştir.

Tün ve arkadaşları tarafından akut bakım ünitelerinde genel bir dil oluşturmak ve hemşirelerin gözlemlerindeki problemleri tanımlamak amacıyla bir çalışma yürütülmüştür.[43] Hemşireler tarafından doldurulan 355 ve doktorlar tarafından doldurulan 32 gözlem formu incelendiğinde, hemşirelerin en çok bireysel bakım yetersizliği, yemek yeme, anksiyeteli yüz ifadesi ve gece uykusu alanını, doktorların agresyon ve ajitasyon alanını en çok işaretlenmiş olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak bu çalışmada hemşirelik gözlemlerinin risk yaratan özellikleri tanımlamada yeterli olmadığı, daha çok günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili bilgi verdiği saptanmıştır. Değişikliklerin hızla ve açık bir şekilde değerlendirilmesi gerektiği, gözlem formları günlük tutulmasına rağmen, hastalığın seyri hakkında pratik bilgi sağlamadığı sonucuna varılmıştır.

## Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak hasta bireyi tanımlama ve bakımını planlamada ve hastayla yardım edici terapötik ilişkinin kurulmasında önemli yeri olan hemşirelik gözlemleri psikiyatri kliniklerinde ayrı bir öneme sahiptir.[31,44] Akut psikiyatrik bakımda gözlemlerle ilgili sorunlar, zorluklar, ikilemler bulunmaktadır. Gözlemlerle ilgili kanıt temelli bir çalışmanın olmaması, İngiltere, İskoçya, İrlanda gibi ülkelerde gözlem uygulama rehberleri geliştirilmiş olmakla birlikte, rehberlerin etkinliğinin sağlıklı olarak değerlendirilememesi önemli bir eksikliktir. Bunun iki nedeni vardır. Birincisi etkin gözlem yapmak için nasıl bir yaklaşım gereklidir sorusuna yanıt arayan kanıt temelli çalışmaların olmamasıdır. İkincisi İngiltere ve İskoçya da yayınlanan gözlem uygulama rehberlerinin henüz değerlendirme aşamasında olmasıdır.[36] Ülkemizde ise altı büyük ruh ve sinir hastalıkları hastanesi, devlet ve üniversite hastanelerinde gözlemlerle ilgili kayıtlar çok çeşitlik göstermektedir. Birçok hastanede gözlemler yazılı bir politikaya sahip değildir. Risk altındaki hastaların değerlendirilmesi için kanıta dayalı, etkili bir rehber ihtiyacı vardır. Ancak sabit ve objektif kriterlerin olduğu bir rehber, hasta-hemşire ilişkisinde bir zedelenmeye neden olup, hastanın değişen gereksinimlerinin yeterli karşılanmamasına neden olabilir.[31]

Gözlem psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların bakımında en yaygın müdahalelerden biridir ve olmanla devam etmektedir. Hemşireler tarafından yapılan gözlem kapsamlı bir bakımın planlanmasına imkan sağlamalıdır. Kapsamlı bir bakım hem hasta güvenliğini sağlamayı hem de terapötik yardım ve destek sunmayı içermelidir. Bu bağlamda risk altındaki hastaların değerlendirilmesi ve gözlemin etkinliği ile ilgili kanıta dayalı araştırmalar yapılmasını, kanıt temelli oluşturulacak etkili ve tanımlayıcı bir gözlem kılavuzunun oluşturulması ve uygulamaya aktarılması önerilebilir.

## Kaynaklar

1. Langenbach M, Junaid O, Hodgson-Nwaefulu CM, Kennedy J, Moorhead SR, Ruiz P. Observation levels in acute psychiatric admissions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249:28-33.
2. Phaneuf M. Psychiatric observation: a skill worth developing. [http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument\\_anglais/Psychiatric\\_observation\\_a\\_skill\\_worth\\_developing.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/Psychiatric_observation_a_skill_worth_developing.pdf). (accessed at 19.05.2013)
3. Bowers L, Alexander J, Simsson A, Ryan C, Carl-Walker P. Cultures of psychiatric and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 435-42.
4. Bowers L, Simpson A. Observing and engaging. *Mental Health Pract* 2007; 10:12-14.
5. Reid W, Long A. The role of the nurse providing therapeutic care for the suicidal patient's. *J Adv Nurs* 1993;18:1369-1376.
6. Jones J, Jackson A. "Observation" *Acute Mental Health Nursing*. London, Sage Publications, 2004.

7. Tekkaş K, Bilgin H. Psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri: kullanım nedenleri, türleri, uluslararası uygulamalar ve algılamalar. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:235-242.
8. Sercan M, Bilici R. Türkiye'de bir ruh sağlığı bölge hastanesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2009; 20:37-48.
9. Canadian Federation of Mental Health Nurses. Standart of Practice, Canadian Standards for Psychiatric- Mental Health Nursing, 3rd Edition 2006. <http://cfmhn.ca/sites/cfmhn.ca/files/CFMHN%20standards%201.pdf>. (accessed at 02.06.2013)
10. American Nurses Association Psychiatric Mental Health Nursing Scope & Standards Draft Revision 2006. <http://www.ispn-psych.org/docs/standards/scope-standards-draft.pdf> (accessed at 02.06.2013)
11. Hewitt JL, Edwards SD. Moral perspectives on the prevention of suicide in mental health settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13:665-672.
12. Marangos-Frost S, Wells D. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *J Adv Nurs* 2000; 3:362-369.
13. Wallace B. Increased levels of observation in a mental health setting: challenge or chore? *Advancing Practice in Bedfordshire* 2012; 4:52-57.
14. Ray R, Perkins E, Meijer, B. The evolution of practice changes in the use of special observations. *Arch Psychiat Nurs* 2011; 25:90-100.
15. Bowers L, Park A. Special observation in the care of psychiatric inpatients: a literature review. *Issues Ment Health Nurs* 2001; 22:769-786.
16. Standing Nursing and Midwifery Advisory Committee (SNMAC). Department of Health Practice Guidance: Safe and Supportive Observation of Patients at Risk. *Mental Health Nursing: Addressing Acute Concerns*. London: The Stationery Office 1999. <http://www.publications.doh.gov.uk/pub/docs/doh/snmacobs.pdf> (accessed at 18.05.2013)
17. NHS Forth Valley .Mental health services psychiatric observations. [http://www.nhsforthvalley.com/\\_documents/qi/CE\\_Guideline\\_MentalHealth/PsychiatricObservations.pdf](http://www.nhsforthvalley.com/_documents/qi/CE_Guideline_MentalHealth/PsychiatricObservations.pdf) (accessed at 18.05.2013).
18. CRAG/SCOTMEG (Working Group on Mental Illness). *Nursing Observation of Acutely Ill Psychiatric Patients in Hospital: A Good Practice Statement*. Edinburgh, The Scottish Office, 1995.
19. Stewart D, Bowers, Warburton FM. Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31:523-530.
20. Winship G. Further thoughts on the process of restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13:55-60.
21. O'Brien L, Cole R. Close-observation areas in acute psychiatric units: a literature review. *Int J Ment Health Nurs* 2003; 12:165-176.
22. Cleary M, Jordan R, Horsfall J, Mazoudier P, Delaney J. Suicidal patients and special observation. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999; 6:461-467.
23. Moore P, Berman K, Knight M, Devine J. Constant observation: implications for nursing practice. *J Psychosoc Nurs* 1995; 33:46-50.
24. Mackay I, Paterson B, Cassells C. Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12:464-471.
25. O'Brien L, Cole R. Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas. *Int J Ment Health Nurs* 2004; 13:89-99.
26. Neilson P, Brennan W. The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. *Int J Ment Health Nurs* 2001; 8:147-155.
27. Jones J, Lowe T, Ward M. Inpatients' experiences of nursing observation on an acute psychiatric unit: a pilot study. *Ment Health Care* 2000; 4:125-129.
28. Jones J, Lowe T, Ward M, Wellman N, Hall J, Lowe T. Psychiatric inpatients' experiences of nursing observation – a UK perspective. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2000; 38:10-20.
29. Ashaye O, Ikkos G, Rigby E. Study of effects of constant observation of psychiatric in-patients. *Psychiatr Bull* 1997; 21:145-147.
30. Dodds P, Bowles N. Dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8:183-188.
31. Veliöğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul, Alaş Ofset Matbaası, 1999.
32. Pitula CR, Cardell R. Suicidal inpatients' experience of constant observation. *Psychiatr Serv* 1996; 47:649-651.
33. Cardell R, Pitula CR. Suicidal inpatients' perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation. *Psychiatr Serv* 1999; 50:1066-1070.
34. Younge O, Stewin LL. What psychiatric nurses say about constant care. *Clinical Nurs Res* 1992; 1:80-90.

35. Duffy D. Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. *J Adv Nurs* 1995; 21:944-950.
36. Fletcher RF. The process of constant observation: perspectives of staff and suicidal patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999; 6:9-14.
37. Thomas B. Supervising suicidal patients within a hospital setting. *Br J Nurs* 1995; 4:212-215.
38. Wilson J. Suicide prevention. *Health Care Risk Report*. 1997; 9:18-21.
39. Manna M. Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17:268-273.
40. Lehane M, Rees C. Alternatives to seclusion in psychiatric care. *Br J Nurs* 1996 ; 5:974-979.
41. Doğan S. Bir psikiyatri kliniğinde hemşire gözlem kayıtları ve yeni bir gözlem kayıt form geliştirilmesi. *Türk Hemsire Derg* 1988; 38:29-30.
42. Tün H, Ofıaz F. Psikiyatri kliniğinde riskli hastalar (3. derece) için düzenlenen hemşire gözlem formlarının kapsam ve nicelik olarak incelenmesi. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongre Özet Kitabı, Samsun, 2010; 75-76.
43. Tün H, Ofıaz F, Bozkurt A. The examination of the observation forms for the risky patients in the psychiatry clinics comprehensively and quantitatively in terms of nursing problem areas. *Eur Psychiatry* 2011; 26 (suppl 1):1761.
44. Doğan S. Psikiyatri kliniklerinde hemşirelik gözlemleri. *Türk Hemsire Derg* 1988; 38:33-36.

---

**Selma Sabancıoğulları**, Yrd.Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Suşehri Sağlık Yüksek Okulu, Sivas; **Arzu Anıl Açıl**, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas; **Saliha Hallaç**, Arş. Gör. Dr., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Saliha Hallaç, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya, Turkey.  
E-mail: saliha.alkan@gmail.com

Yazar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

The author reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: [www.cappsy.org/archives/vol6/no1/](http://www.cappsy.org/archives/vol6/no1/)

Çevrimiçi yayım / Published online 01 Ağustos/August 01, 2013; doi: 10.5455/cap.20130706041217

---