

Psikiyatri Kliniklerinde Şiddet Yönetimi

Management of Violence in Psychiatry Clinics

Satı ÜNAL*

İletişim/Correspondence: Satı ÜNAL Adres/Adress: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beşevler/Ankara Tel: 0312 2022656 Email: satiunal@gmail.com

ÖZ

Psikiyatri kliniklerinde şiddet yönetiminde kullanılan tecrit, tespit ve ilaçlar hastaya fiziksel ve duygusal yönden zarar verebilmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanı hastayı zorlayıcı ve baskıcı olan bu yöntemlerin kullanımını güvenliği sağlamak için rutin ve kabul edilebilir olarak görebilmektedir. Bu makalede psikiyatri kliniklerinde şiddet yönetiminde kullanılan baskıcı/zorlayıcı yöntemlerin ve bu yöntemlere alternatif olabilecek hastayı destekleyici yaklaşımların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Şiddet yönetiminde öncelikle baskıcı ve zorlayıcı yöntemlere başvurulduğu görülmüş, bu yöntemlerin uygulanmasına yönelik yasal düzenlemelerin geliştirilmesi ve alternatif yaklaşımlarla ilgili çalışmalar yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri, yatan hasta, şiddet yönetimi, alternatif yaklaşımlar.

ABSTRACT

Methods such as seclusion, restraint and medication used for the management of violence in psychiatry clinics can harm the patient both physically and mentally. However, the healthcare worker may regard the use of these forcible and suppressive methods as routine and acceptable to ensure safety. The forcible and suppressive methods used in the management of violence in psychiatry clinics and alternative approaches that support the patient were reviewed in this article. We found that forcible and suppressive methods were mostly preferred for the management of violence and suggest the preparation of legal regulations regarding the use of these methods and new studies on alternative approaches.

Key Words: Psychiatry, inpatient, management of violence, alternative approaches.

GİRİŞ

Psikiyatri kliniklerinde şiddet yönetimi, tüm psikiyatri hastalarını ve çalışanlarını ilgilendiren önemli bir beceridir. Hastanın şiddet eğiliminde güvenliği sağlama, kendisine ve başkalarına zarar vermesini önlemek için tecrit, tespit ve psikotrop ilaçların uygulanması tüm dünyada ruh sağlığı hizmetinin temel bir parçasıdır (Salize ve Dressing 2005). Ancak günümüzde bu uygulamalar “baskıcı ve zorlayıcı yöntemler” olarak adlandırılmakta ve hastalar üzerindeki fiziksel ve duygusal etkilerine dikkat çekilmektedir (Davison 2005; Donat 2005; Fisher 1994; Ray ve Rapaport

1995). Yapılan araştırmalar, alternatif yaklaşımlarla hastayı zorlayıcı ve kısıtlayıcı bu yöntemlerin kullanım sıklığı ve süresinin azaltılabileceğini göstermektedir (McCue, Urcuyo, Lili, Tobias ve Chambers 2004; Smith ve ark 2005). Saldırgan davranış yönetiminde alternatif yaklaşımların değeri gösterilmiş olmasına rağmen, bu yaklaşımlar yeterince uygulanmamaktadır (Donat 2005). Sağlık çalışanları içinde hemşire gün boyunca hastalarla birlikte. Hemşire hastayı gözlemleme, olası tehlikeleri saptama ve gerekli yaklaşımlarda bulunma açısından çok önemli bir role sahiptir. Psikiyatri kliniklerinde şiddet durumlarında ilk olarak hasta

*Öğr. Gör. Dr. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 06.04.2009

Yazının basım için kabul tarihi: 10.02.2011

ile karşılaşan ve kontrol koymaya çalışan, uygulamaların ve devamında hasta üzerindeki etkilerinin takibini yapan hemşiredir. Tüm bunlar göz önüne alındığında hemşirenin, hasta yararına ve hastaya yardım edici bir yaklaşım gerçekleştirebilmesi için, baskıcı/zorlayıcı yöntemlerin tedavinin doğal bir parçası olmadığını ve alternatif yaklaşımlarla bu yöntemlerin kullanım sıklığının azaltılabileceğini fark etmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle bu makalede, şiddet yönetiminde kullanılan baskıcı ve zorlayıcı yöntemlerle bu yöntemlere alternatif olabilecek yaklaşımların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ŞİDDET YÖNETİMİ

I. Baskıcı ve zorlayıcı yöntemler: Tecrit, fiziksel, mekanik ve kimyasal tespit baskıcı ve zorlayıcı yöntemler olarak değerlendirilmektedir. Mümkün olduğunca hastanın kararlara katılımı sağlanmalıdır. Hastanın yapılan işlemleri cezalandırılma olarak değil tedavisine yardımcı olarak değerlendirmesi işbirliğini sağlamak açısından önemlidir. Bu nedenle ne yapılacağı ve neden yapılacağı konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Hastaya yapılan işlemler “sizi korumak için, kendinize ve çevreye zarar vermemeniz için yapılıyor” şeklinde açıklanabilir (Dilbaz 1999):

1. Tecrit

Tecrit, davranışı kontrol altına almak, bakım ve tedaviyi yapabilmek için hastayı tek başına bir odaya kilitlemektir (Kaltiala-Heino, Tuohimaki, Korkeila ve Lehtinen 2003; Prinsen van Delden 2009). Tecritte, hastanın servisteki kalabalıktan ve paranoid düşünceleri kışkırtan etkileşimlerden uzak tutulması ve duyuşal aşırı yükün azaltılması sağlanmaktadır (Kaltiala-Heino ve ark. 2003). Tecrit hastaları sakinleştirme, yaralanmayı önleme ve ajitasyonu azaltmada önemli bir rol oynar (Beer, Pereira ve Paton 2001; Fisher 1994). Buna karşın tecrit edilme hastanın özgürlüğünü ciddi anlamda kısıtlar (Tunde-Ayinmode ve Little 2004). Tecrit, sağlık çalışanı için hastaların sakinleşmesi ve kendilerini daha iyi hissetmesinde etkili bir yöntem olarak değerlendirilirken, hastalar için güç kullanma

ve cezalandırılma anlamı taşımaktadır (Sailas ve Wahlbeck 2005). Buna göre tecrit bir tedavi şekli ve cezalandırma yöntemi olarak değil tedaviyi kolaylaştıran ancak en son çare olarak başvurulması gereken bir yaklaşımdır (Davison 2005; Prinsen van Delden 2009). Tecritin en çok hastanın kendisine veya başkalarına zarar vermesi, şiddet tehdidi ve ajitasyon durumlarında kullanıldığı görülmektedir (Prinsen ve van Delden 2009; Tunde-Ayinmode ve Little 2004). Şizofreni, bipolar bozukluk ya da kişilik bozukluğu tanısı alan ve zorla yatırılan genç hastalar (Prinsen ve van Delden 2009) ile organik psikotik bozukluğu olan yaşlı erkek hastaların (Wynn 2002) tecrit edilme olasılığının yüksek olduğu; personelin eğitim düzeyi, klinik deneyim ve cinsiyetinin; kurum kültürünün, klinikteki fizik yapının, hasta-personel oranının ve yasaların tecrit uygulamasını etkilediği belirtilmektedir (Prinsen ve van Delden 2009). Akşam saatlerinde, personel-hasta oranı düşük olduğunda tecrit olasılığı artmakta, gece şiftinde daha az uygulanmakla birlikte süresi uzun tutulmaktadır (Smith ve ark 2005; Tunde-Ayinmode ve Little 2004).

2. Fiziksel tespit

Fiziksel tespit, yıkıcı ve şiddet içeren davranışı kontrol etmek için hastayı elle tutmak ve hareketini kısıtlamaktır (Sailas ve Wahlbeck 2005). Fiziksel tespit; tecrit, mekanik ve kimyasal tespit girişimlerinin öncesinde uygulanmaktadır (Bowers ve ark 2006). Hastanın yaralanmaya neden olmasını önlemek için fiziksel tespit, fiziksel temas tekniklerini kullanma eğitimi olan personel tarafından yapılmalıdır. Fiziksel tespit, hastanın onuru, saygınlığı, mahremiyeti, özel gereksinimleri ve kültürel özellikleri dikkate alınarak risklerle orantılı olmalıdır, sadece durumun başka bir çözümü olmadığı ayrıcalıklı vakalarda ve bir doktor denetiminde uygulanmalıdır (Kingdon, Jones ve Lönnqvist 2004). Yapılan çalışmalara göre hastanın şiddet davranışı veya şiddet tehdidi, tespitin en sık uygulandığı durumlardır (Fisher 1994). Ancak genel olarak bakıldığında tespitin ajitasyon veya yönelim bozukluğunun kontrolünde de kullanıldığı görülmektedir (Kaltiala-Heino ve ark 2003).

3. Mekanik tespit

Mekanik tespit, kemer ve bileklik gibi malzemeler kullanılarak hastanın hareketinin kısıtlanması veya tamamen önlenmesidir (Sailas ve Wahlbeck 2005). Kapalı tedavi ortamlarında yıkıcı davranışları azaltmak için tecrit ve tespitin aşırı kullanılması, hastaların klinik dışında yaşayacakları zorlukları yönetmek için gerekli günlük yaşam becerilerini geliştirmelerini zorlaştırmaktadır (Donat 2005). Üstelik, mekanik tespit uygulanması saldırganlığı pekiştirebilir ve iletişimde saldırgan tutum sergilemede hastaya model olabilir (Daffern ve Howells 2002). Tecrit ve tespit kullanımı tedavi başarısızlığı olarak değerlendirilmektedir (Smith ve ark 2005; Sullivan ve ark 2005). Tecrit ve mekanik tespit gerekçeleri içinde en yaygın kabul edilene, diğer yaklaşımların yetersiz kalması durumunda ‘gerçek şiddet’ ya da ‘şiddet tehdididir’ (Davison 2005). Buna karşın psikiyatri kliniklerinde tecrit ve mekanik tespitin aşırı derecede ve erken aşamada kullanıldığı (Kaltiala-Heino ve ark 2003; Smith ve ark 2005) ve temel kullanıma nedeninin huzursuzca etrafta dolaşma, iletişimde öfkeli tepki verme, gürtlülü-rahatsız edici eylemlerde bulunma ve servisten kaçma girişimi şeklindeki hasta ajitasyonu olduğu görülmektedir (Heilburn, Golloway, Shoukry ve Gustafson 1995; Sercan ve Bilici 2009). Tecrit, klinikte yeterli sayıda ve nitelikte personel buldurmaya alternatif olarak kullanılmamalıdır (Davison 2005). Buna karşın yapılan çalışmalar çalışan personel sayısının az olması (Sercan ve Bilici 2009), kültürel önyargılar, çalışanların görev anlayışı ve klinik yönetimi tutumlarının (Fisher 1994), mekanik tespit kararı ve uygulama süresinde etkili olduğunu (Smith ve ark 2005) göstermektedir.

4. Kimyasal Tespit

Kimyasal tespit, ilaç kullanılarak ajitasyonun kontrol altına alınmasıdır (Sailas ve Wahlbeck 2005). Kimyasal tespit, tecrit ve mekanik tespite kıyasla daha insancıl görünebilir, fakat cezalandırma amaçlı kullanıldığında hasta kendisine karşı güç kullanıldığı ve kontrolünü kaybettiği hissi yaşar (Fisher 2003). Sedasyon için psikotrop ilaç kullanma bireylerin günlük yaşam ve baş etme becerilerini azaltabilir (Thapa ve ark 2003). İlaç-

ların olası zararlarına ilişkin hastadan bilgilendirilmiş onam alma nadiren yapılmaktadır. Zor kullanılarak otonomi ve saygınlığı ihlal etme olağanüstü durumlarda gerekli olabilir, fakat bu iyileştirici değildir. Hastanın davranışını kontrol etmek için ilaç uygulama, standart bir tedavi şekli değildir (Fisher 2003). Buna rağmen ilaç uygulayarak hastalar gereğinden fazla kısıtlanabilmektedir (Craig ve Bracken 1995). Kimyasal tespit mümkün olduğunca gönüllülük esas alınarak yapılmalıdır (Fisher 2003). Bu süreçte hasta konuşulanlara tepki verebilmelidir (Davison 2005).

II. Baskıcı ve zorlayıcı yöntemlere alternatif yaklaşımlar: Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve olası şiddetin yönetimi, psikiyatride baskıcı ve zorlayıcı yöntemlerin kullanımını azaltmaktadır.

1. Şiddet riskinin değerlendirilmesi

Şiddeti önleme ve/veya yönetmeyi planlarken hasta ve çevre ile ilgili risk faktörlerinin değerlendirilmesi gerekir.

Hasta ile ilgili risk faktörleri: Genç, zorla yatırılan, şizofreni, madde kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu olan, tehdit edici özellikte hallüsinasyon, perseküsyon ve paranoid sanrı gibi psikotik belirtiler gösteren psikiyatri hastalarının şiddet eğilimi daha fazladır (Thienhaus ve Piasecki 1998). Cinsiyete ilişkin bulgular birbiri ile tutarlı değildir, ancak klinikteki kadın hastaların erkeklerden daha fazla şiddete yöneldiği, fakat erkeklerin daha fazla yaralanmaya neden olduğu ileri sürülmektedir. Ayrıca yakın zamanda kayıp yaşama, kafa travması, çocuk istismarı, hayvanlara eziyet etme, şiddet, okuldan kaçma, kundaklama ve tutuklanma öyküsü olan hastaların şiddet gösterme riski daha fazladır (Fisher 2003). Yatan hasta özelliğinden dolayı psikiyatrik yoğun bakım üniteleri ve kapalı servisler şiddet oranı en yüksek olan servislerdir (Davison 2005).

Çevresel risk faktörleri: Çevresel özellikler şiddet riskini arttırabildiği için kontrol edilmeli ve düzenlenmelidir. Düzenli bir servis programının olmaması, yapılandırılmış aktivite azlığı, uğraşı terapisinin olmaması, aşırı kalabalık, kötü ve yetersiz fiziksel koşullar,

mahremiyete dikkat edilmemesi, ziyaretçiler, şiddet eyleminde kullanılabilir araçların kolayca ulaşılabilecek bir yerde olması, sık personel değişimi, personel-hasta etkileşiminin yetersiz olması, personel sayısının hasta sayısına göre az olması, personelin donanımlı olmaması çevresel risk faktörleri arasındadır (Davison 2005). Çevresel risk faktörlerini kontrol altına almak için tedavi edici bir ortam oluşturulmalıdır. Bunun için şiddeti engelleyici servis kuralları olmalı, personel, hasta ve ziyaretçiler bu kurallar konusunda eğitilmelidir. Personel ve hastalar arasında birliktelik ve dayanışma yaratılmalı ve hastalara dış toplumla bağlantı kurma fırsatları sağlanmalıdır. Hastalar birbirinin tedavisini etkiler. Grup etkileşimi, yaşanan sorunları birlikte çözme, kararlara katılma ve liderlik deneyimleri iyileşmeyi destekler. Grup içinde şiddet durumlarını, hem personel hem de hastaların açık bir şekilde konuşması sağlanmalıdır. Bu yaklaşım ne olduğunu ve neden olduğunu anlamayı sağlar (Fisher 2003). Şiddet riskini değerlendirme ve davranış yönetme stratejileri ile ilgili yeterli personel eğitimi; şiddet sıklığını, hasta ve personel yaralanmasını ve zaman kaybını azaltmaktadır (Fisher 1994). Personel eğitimi, yalnızca bilgiyi artırmayı değil aynı zamanda değerleri ve ilkeleri geliştirmeyi de hedeflemelidir (Fisher 2003). Personelin otoriter olması ve hastalara saygılı davranmaması saldırıya maruz kalma riskini artırmaktadır (Davison 2005).

2. Olası şiddetin yönetimi

Amaç şiddet göstermeden öfkeyle baş etmesi ve tekrar kontrolünü kazanması için zorlayıcı olmadan hastaya yardım etmektir (Davison 2005). Sakinleştirme, mola verme ve gözlem ile çoğu durumda hastanın şiddet göstermesi önlenir.

Sakinleştirme: Sakinleştirme; konuşarak istenmeyen davranışı durdurmayı ve hastayı sakin bir ortama yönlendirmeyi içerir. Sözlü sakinleştirme tekniği herhangi bir ajite hastaya yaklaşımda ilk adım olmalıdır. Hastanın davranışlarının kontrol altına alınmasındaki önemli nokta; hastanın iyiliğinin istendiğinin çok açık olarak belirtilmesi ve zarar verilmeyeceği konusunda hastaya güven verilmesidir. Hastanın sakinleştirilme-

sinde durumu değerlendirme ve sözlü-sözsüz iletişimi etkili kullanma önemlidir. Neyin hastayı öfkeliendirdiğine ilişkin bilgi edinilir. Hasta karşılaştığı durumla ilgili “ne düşünüyor, ne hissediyor ve nasıl davranıyor” değerlendirilir. Hastanın “karşılınmayan beklentisi ya da onu ajite eden bir şey var mı” diye çevre incelenir. Çoğu hasta kontrolü kaybetme dehşeti yaşar, böyle bir durumda sakin bir şekilde hastaya güvende olduğu hissettirilmelidir. Bazen hasta yanında kalma ve dikkatini başka yöne çekme etkili olabilir (Fisher 2003).

Sağlık çalışanı kendi sözsüz ve sözlü iletişiminin farkında olmalıdır (beden duruşu, göz teması, ses tonu, söylenenler, hastaya yakınlık ve fiziksel temas). Hasta ile konuşulurken hastaya güvenli bir mesafede durulmalı ve hastanın kişisel alanına saygı duyulduğu hastaya gösterilmelidir. Uzun ve yoğun göz teması hasta tarafından tehdit olarak algılanabilir (Kaplan ve Saddock 1995). Hastaların çoğu samimi bir şekilde yardım etmek istenildiği mesajı veren iletişime olumlu tepki gösterir. Empatik bir dinleme ile hastanın kendini ifade etmesi ve anlaşıldığını hissetmesi sağlanabilir. “Sizin sıkıntınızı anlamak ve yardımcı olmak istiyorum” şeklindeki ifadeler hastayı konuşmaya teşvik edici, “iyi hissetmiyorsunuz ve zor anlar geçiriyorsunuz” şeklindeki ifadeler ise hastaya anlaşıldığını hissettirici ve rahatlatıcı yaklaşımlardır. Hastayı dinleme, duygusunu anlama, sessizliği kullanma, adıyla hitap etme ve saygılı olma hasta ile işbirliğini ve alternatif çözüm yollarını konuşmayı kolaylaştırır (Davison 2005; Fisher 2003). Hastaya cezalandırılacağı mesajını verme, tehdit etme, ani hareketler, dokunma ve bağırma öfkesini daha da arttırabilir (Duxbury 2002; Fisher 2003; Haris ve Morrison 1995).

Mola verme: Mola verme, hastaların kendi odalarında kalması veya tecrit odasında kalıp kapının kilitlenmesidir. Mola vermede, hasta gönüllü olarak o an bulunduğu yerden daha az uyarıcı olan bir yere geçer. Bu yaklaşımda yakın gözlemin sürdürülmesi hastanın tabiki açısından önemlidir (Kaltiala-Heino ve ark 2003).

Gözlem: Gözlemin birincil amacı hasta ile ilgilenmedir. Hastanın davranışları ve uyaranlar kontrol edilir, zarar verici davranışlar ve aşırı uyaranlar önlenir (Davison 2005). Üç aşamalı gözlem sistemi kullanılmaktadır.

Birinci düzey gözlem servisteki tüm hastalar için geçerli olan gözlemdir. İkinci düzey gözlem, kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek olan hastanın yakın gözlemidir. Gün boyunca, hastanın yerini ve ne yaptığını bilmeyi gerektirir. Üçüncü düzey gözlem yine kendine ya da başkalarına zarar verme tehlikesi olan hastanın gözlemidir. Bu hastanın gözleminden sorumlu olan hemşire gün boyunca bu hastaya yakın bir mesafede durur. Gözlem yapan hemşirenin aynı zamanda takibe alınan bu hastayı koruması ve uygun psikolojik destek vermesi gerekir (Langenbach ve ark 1999).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikiyatri kliniklerinde şiddet yönetiminde kullanılan baskıcı ve zorlayıcı yöntemler genellikle uygun şekilde kullanılmamakta ve davranış kontrolünü kaybeden hastaya yardım etme amacından uzaklaşarak bir cezalandırma ve tedavi etme yöntemine dönüşebilmektedir. Bu nedenle psikiyatri hastalarını tecrit, tespit ve ilaçla kısıtlamaya ilişkin yasal düzenlemelerin ve ulusal düzeyde bir rehberin geliştirilmesi hem sağlık çalışanı hem de hastalar için koruyucu ve rahatlatıcı olacaktır. Ayrıca ülkemizde psikiyatri kliniklerinde bu kısıtlayıcı yöntemlere alternatiflerin geliştirilmesi ve etkilerinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

Beer, D., Pereira, S., Paton, C. (2001). *Psychiatric Intensive Care*. London: Greenwich Medical Media.

Bowers, L., Brennan, G., Flood, C., Lipang M., Oladapo, P. (2006). Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: city nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13: 165-172.

Craig, T. J., Bracken, J. (1995). An epidemiologic study of prn/stat medication use in a state psychiatric hospital. *Annals of Clinical Psychiatry*, 7(2): 57-64.

Daffern, M., Howells, K. (2002). Psychiatric inpatient aggression. a review of structural and functional assessment approaches. *Aggression Violent Behavior*, 7: 477-497.

Davison, S. E. The Management Of Violence İn General Psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005;11:362-370.

Dilbaz, N. Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım. *Klinik Psikiyatri* 1999;2:179-188.

Donat, D. C. (2005). Encouraging alternatives to seclusion, restraint, and reliance on prn drugs in a public psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 56(9): 1105-1108.

Duxbury, J.A. (2002). An evaluation of staff and patients' views of and strategies employed to manage patient aggression and violence on one mental health unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9: 325-337.

Haris, D., Morrison, E.F. (1995). Managing violence without coercion. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4: 203-210.

Heilburn, K., Golloway, G. G., Shoukry, V. E., Gustafson, D. (1995). Physical control of patients on an inpatient setting: forensic vs civil populations. *Psychiatric Quarterly*, 66(2): 133-145.

Fisher, W. A. (1994). Restraint and seclusion: a review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*, 151: 1584-1591.

Fisher, J. A. (2003). Curtailing The use of restraint in psychiatric settings. *Journal of Humanistic Psychology*, 43(2): 69-95.

Kaltiala-Heino, R., Tuohimaki, C., Korkeila, J., Lehtinen, V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(2): 139-149.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (Eds.) (1995). *Violence in the community*. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1628-1635.

Kingdon, D., Jones, R., Lönnqvist, J. (2004). Protecting the human rights of people with mental disorder: new recommendations emerging from the council of europe. *British Journal of Psychiatry*, 185: 277-279.

Langenbach ve ark. (1999). Observation levels in acute psychiatric admissions. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(1): 28-33.

McCue, R. E., Urcuyo, L., Lilo, Y., Tobias, T., Chambers, M.J. (2004). Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2): 217-224.

Prinsen, E. J. D., van Delden, J. J. M. (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, 35: 69-73.

Ray, N. K., Rapaport, M. E. (1995). Use of restraint and seclusion in psychiatric settings in New York State. *Hospital and Community Psychiatry*, 46: 1032-1037.

Sailas, E., Wahlbeck, K. (2005). Psikiyatri servislerinde tecrit ve tespit. *Current Opinion in Psychiatry*, 1(4): 255-262.

Salize, H. J., Dressing, H. (2005). Tedaviye zorlama, istemsiz tedavi ve ruh sağlığı hizmet kalitesi: bir bağlantı var mı? *Current Opinion in Psychiatry*, 1(4): 274-286.

Sercan M., Bilici R. (2009). Türkiye'de bir ruh sağlığı bölge hastanesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1): 37-48.

Smith, G. M. ve ark. (2005). Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric Services*, 56(9): 1115-1122.

Sullivan, A. M., ve ark. (2005). Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service-utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *Psychiatric Quarterly*, 76(1): 51-65.

Thapa, P. B, ve ark. (2003). PRN (as needed) orders and exposure of psychiatric inpatients to unnecessary psychotropic medications. *Psychiatric Services*, 54: 1282-1286.

Thienhaus, O. J., Piasecki, M. (1998). Assessment of psychiatric patients' risk of violence toward others. *Psychiatric Services*, 49(9): 1129-1148.

Tunde-Ayinmode, M., Little, J. (2004). Use of Seclusion in A Psychiatric Acute Inpatient Unit. *Australas Psychiatry*, 12(4): 347-351.

Wynn, R. (2002). Medicate, restrain or seclude? strategies for dealing with violent and threatening behaviour in A Norwegian University Psychiatric Hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16: 287-291.