T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Psikiyatri Servisinde Yatışı Yapılan Hastalarda İstemsiz Tıbbi Uygulamaların Hastane Çıkışı Sonrası Travma Sonrası Stres Bozukluğu Riski ve Tedavi Uyumuna Etkisi

Dr. Simge ERGÜN

Tez danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi İNCE GULİYEV

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2024

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Psikiyatri Servisinde Yatışı Yapılan Hastalarda İstemsiz Tıbbi Uygulamaların Hastane Çıkışı Sonrası Travma Sonrası Stres Bozukluğu Riski ve Tedavi Uyumuna Etkisi

Dr. Simge ERGÜN

Tez danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi İNCE GULİYEV

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2024

TEŞEKKÜR

Kliniğe başladığım ilk zamanlarda duruşunu, başarısını ve alanına hakimiyetini taktir ettiğim önce asistan arkadaşım; kısa bir süre sonra da tez sürecindeki kurtarıcım olan, süreç boyunca beni motive eden, endişelerimi paylaşan, yönlendirmeleriyle destek olan, bilgisi ve fikirleriyle güven veren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ezgi İnce Guliyev'e,

Eğitim sürecimde kendimi geliştirmemdeki katkısı büyük olan, mesleki etik değerlerine bağlılığına hayranlık duyduğum, süreçte yaşadığım sıkıntıları paylaştığım zamanlarda samimiyetini ve desteğini hep hissettiğim, mesleki bilgi ve becerilerinin yanında hayata ve insanlara bakışını da örnek aldığım, benzer görüşleri paylaşmaktan gurur duyduğum hocam Prof. Dr. M. Raşit Tükel'e,

Kliniğe başlamamla beraber tanıma ve çalışma şansını yakaladığım, yeni başlangıcın verdiği kaygılarımı hisseden, anlayan ve katkılarıyla azaltan; tecrübelerini her daim paylaşmaktan geri durmayan ve sayesinde hayata baktığım pencere sayısını artırabildiğim hocam Prof. Dr. Alp Üçok'a

Bana olan inancını ve güvenini her zaman hissettiğim, akademik desteğinin ve bilimsel öğretilerinin yanında beni yakın bir dost gibi dinleyen ve anlayan, büyük zorluklarda yan yana mücadele ettiğim ve acımı, çadırımı, yemeğimi paylaştığım, bana "Unutma Beni Apartmanı" kitabını hediye ettiği zaman söylediği gibi birbirimizi hiçbir zaman unutmayacağımıza inandığım sevgili hocam Doç. Dr. Neşe Direk Tecirli'ye,

5 yıllık eğitim sürecim boyunca mesleki becerilerimin gelişmesinde büyük rol oynayan, rahatlıkla ulaşabildiğim ve danışabildiğim, tecrübe ve bilgilerini cömertlikle sunan Prof. Dr. Mine Özkan, Prof. Dr. Başak Yücel, Doç. Dr. Müge Bozkurt, Prof. Dr. Bilgin Saydam, Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu, Prof. Dr. Erhan Ertekin'e,

Asistanlık sürecini beraber geçirdiğim, süreçteki zorlukları beraber göğüslediğimiz, hayatıma dair pek çok konuda destek olan, gelecekte de yanımda görmek istediğim arkadaşlarım; alfabetik sıranın adaletiyle Alpcan, Ata, Doruk, Emiralp, Furkan, Nehir, Saba, Ulviye ve diğer tüm asistan arkadaşlarıma,

Kliniğe geldiği günden beri yan yana durmaktan mutlu olduğum, tüm varlıklara olan saygısına ve özverisine hayranlık duyduğum, mesleki bilgi düzeyi; uğraşı ve azmine imrenerek

şahit olduğum, düşüncelerimi her daim önemseyen, sol omzumdaki görünmez eliyle ne eylerse güzel eyleyen can dostum, yoldaşım Ozan Can Gürşahbaz'a,

Ekip çalışmasını huzurla sürdürmemi sağlayan, insan için çıktığımız bu yolda beraber çalışmanın güzelliklerini hissettiren saygıdeğer sekreterimiz Emre Aydın ve diğer sekreter, hemşire, personel, psikolog, güvenlik personeli sağlık çalışanlarına,

Tez sürecimde, zamanlarından ödün veren; tüm sorularımı sabırla cevaplandıran tüm katılımcılara,

Beraber çeyrek asır devirdiğimiz, beraber büyüdüğümüz, beraber güldüğümüz, beraber ağladığımız, iyiliğin ve aklıselim olmanın benim için tartışılmaz simgesi, benliğimin kocaman bir parçası, ruhum, canımın içi arkadaşım Ece Çağlayan'a,

Hayatıma dahil olduğu an itibariyle yalnızlığı unutturan, büyük şansım, değerlim, sevgi dolu biricik kedim Bobiş'e,

Doğduğum andan itibaren yanımda olan, yıllar içinde gelişimini izlediğim güzel karakteriyle; zekasıyla ve entelektüel birikimiyle gurur duyduğum, sevgisini ve desteğini her zaman hissettiren canım abim Candaş Ergün'e

Beni koşulsuz ve karşılıksız seven, sevmeyi öğreten, hayat mücadelemdeki en güçlü dayanaklarım, sahip olduğum tüm güzelliklerin öncüleri, iyi insan olabilmek adına yürüdüğüm o sonsuz yoldaki rol-modellerim, yaşamımı anlamlandıran canım annem Zuhal Ergün ve canım babam Akın Ergün'e

Sonsuz teşekkürlerimle.

Simge Ergün

İstanbul, 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR I
İÇİNDEKİLER III
KISALTMALAR V
TABLO DİZİNİ VII
EKLER DİZİNİ VIII
ÖZET 1
ABSTRACT 3
I. GİRİŞ VE AMAÇLAR 5
II. GENEL BİLGİLER 7
A. ZORLAMA 7
1. Tanım 7
2. Psikiyatrik Uygulamada Zorlama 7
3. Tarihçe 8
4. Kavramsal Konular, Uluslararası Farklılıklar ve Tartışmalar 11
B. TRAVMA 13
1. Tanım 13
2. Travmatik Deneyimlerin Etkileri 15
3. Travma Türleri ve Terimleri 16
4. Kümülatif Travma 17
C. TRAVMATİK BİR DENEYİM OLARAK ZORLAYICI UYGULAMALAR VE SONUÇLARI 19
III. YÖNTEM VE ARAÇLAR 21
A. ÖRNEKLEM SEÇİMİ 21
1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 21
2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri 22
B. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 22
1. Sosyodemografik Veri ve Görüşme Formu 22
2. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinisyen Versiyonu (The Structured Clinical Interview for DSM-5, SCID-5/CV) 22
3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale, HAMD) 22
4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mania Rating Scale, YMRS) 23
5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) 23
6. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (The Calgary Depression in Schizophrenia Scale, CDSS) 24
7. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (Global Assessment of Functioning, GAF) 24

8. Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impressions, CGI) 24
9. Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Form (Cumulative Trauma Scale-Short Form, KTÖ-K)... 25
10. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (Childhood Trauma Questionnaire, ÇÇTÖ-28)... 25
11. Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale, ASÖ) 26
12. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, ÇBASDÖ) 26
13. Olayların Etkisi Ölçeği (The Impact of Event Scale–Revised, IES-R)..... 26
14. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (Medication Adherence Report Scale, İUBÖ) 27
15. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale, RHİDÖ) 27
C. İŞLEMLER 27
D. VERİ ANALİZİ 28
IV. BULGULAR 29
A. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER 29
B. KLİNİK İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER..... 31
C. KLİNİK ÖLÇEKLER 35
D. ZORLAYICI UYGULAMA..... 38
1. Zorlayıcı Uygulama Sayısının Klinik Ölçeklerle İlişkisi 38
2. Zorlayıcı Uygulamalara Maruziyeti Yordayan Değişkenler İçin Lojistik Regresyon Analizi 42
V. TARTIŞMA 44
VI. SONUÇ..... 50
VII. KAYNAKLAR 51
VIII. EKLER..... 65
ÖZGEÇMİŞ..... 101

KISALTMALAR

ASB	Akut Stres Bozukluğu
ASÖ	Algılanan Stres Ölçeği
BM	Birleşmiş Milletler
CDSS	Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
CGI	Klinik İzlenim Ölçeği
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DBTF	Gelişimsel Temelli Travma Çerçevesi
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EBHS	Engelli Bireylerin Hakları Sözleşmesi
GAF	İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi
HAMD	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
IES	Olayların Etkisi Ölçeği
İHEB	İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
İUBÖ	İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği
KTÖ	Kümülatif Travma Ölçeği
PANNS	Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
RHİDÖ	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği

SCID-5	DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
TSB	Travma Sonrası Büyüme
TSS	Travma Sonrası Stres
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YMRS	Young Mani Değerlendirme Ölçeği

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik verileri

Tablo 2. Klinik ile ilişkili değişkenler

Tablo 3. Klinik ile ilişkili değişkenler

Tablo 4. Klinik ile ilişkili değişkenler

Tablo 5. Klinik ile ilişkili değişkenler

Tablo 6. Hastalık şiddetini, işlevselliği ve düzelmeyi değerlendiren klinik ölçekler

Tablo 7. Geçmiş travmatik yaşantılar için klinik ölçekler

Tablo 8. Diğer klinik ölçekler

Tablo 9. Zorlayıcı uygulama sayısının hastalık şiddetini ve işlevselliği değerlendiren klinik ölçeklerle ilişkisi

Tablo 10. Zorlayıcı uygulama sayısının geçmiş travmaları değerlendiren klinik ölçeklerle ilişkisi

Tablo 11. Zorlayıcı uygulamalara maruziyeti yordayan değişkenler için lojistik regresyon analizi: Kümülatif Travma Toplam Puanı

Tablo 12. Zorlayıcı uygulamalara maruziyeti yordayan değişkenler için lojistik regresyon analizi: Kümülatif Travma Sıklığı

Tablo 13. Zorlayıcı uygulamalara maruziyeti yordayan değişkenler için lojistik regresyon analizi: Çocukluk Çağı Travmaları

EKLER DİZİNİ

Ek-1 Sosyodemografik Veri ve Görüşme Formu

Ek-2 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Ek-3 Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Ek-4 Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

Ek-5 Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Ek-6 İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi

Ek-7 Klinik İzlenim Ölçeği

Ek-8 Kümülatif Travma Ölçeği

Ek-9 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Ek-10 Algılanan Stres Ölçeği

Ek-11 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Ek-12 Olayların Etkisi Ölçeği

Ek-13 İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği

Ek-14 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği

Ek-15 Etik Kurul Onayı

Ek-16 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

ÖZET

Psikiyatri Servisinde Yatışı Yapılan Hastalarda İstemsiz Tıbbi Uygulamaların Hastane Çıkışı Sonrası Travma Sonrası Stres Bozukluğu Riski ve Tedavi Uyumuna Etkisi

Amaçlar: Zorlayıcı uygulamalar psikiyatride dünya çapında önem taşıyan bir konudur ve kişinin iradesi dışında müdahalede bulunulması olarak tanımlanmaktadır. Resmi zorlama genellikle istemsiz kabulü, istemsiz tedaviyi, tecriti ve kısıtlamayı içerir. Çalışmalar zorlayıcı uygulamaların, hastaları gelecekte psikiyatrik yardım aramaya daha az istekli hale getirerek veya onları TSSB'ye karşı savunmasız hale getirerek ruh sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda, psikiyatri servisinde yatan hastalarda zorlayıcı uygulamaların; TSSB riski ve tedavi uyumu üzerine etkisini araştırmak, ayrıca geçmiş travma yükü ile zorunlu uygulamalara maruziyetin ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Araştırmaya İstanbul Üniversitesi İstanbul tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları anabilim dalı yataklı servisine yatışı yapılan, DSM-5'e göre psikotik bozukluk ya da duygudurum bozukluğu tanısı konmuş ve yatış süresince zorlayıcı uygulamaların (istemsiz yatış, tecrit, mekanik kısıtlama, kimyasal kısıtlama) en az birine maruz kalmış 31 hasta ile yatış süresince herhangi bir zorlayıcı uygulamaya maruz kalmamış 29 hasta dahil edildi. Hastalar sosyodemografik, klinik özellikleri açısından değerlendirildi. Geçmiş travma değerlendirmesi için ÇÇTÖ ve KTÖ yapıldı. Hastalarda, hastane çıkışı sonrası TSSB gelişimini ve tedavi uyumunu değerlendirmek için IES-R ve İUBÖ yapıldı. Hastalar zorlayıcı uygulamalara maruziyetlerine göre iki gruba ayrılarak gruplar arası farklılıklar incelendi. Zorlayıcı uygulamalara maruziyetin yanı sıra maruz kalınan zorlayıcı uygulama sayısının uygulanan ölçeklerle ilişkisi de incelendi. Ayrıca zorlayıcı uygulamaya maruziyetle ilişkili faktörleri saptamak için regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Zorlayıcı uygulamalara maruziyet ile IES-R ve İUBÖ puanı arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bulgular, zorlayıcı uygulamalara maruziyetin geçmiş travma yükü ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Zorlayıcı uygulamalara maruziyetin KTÖ toplam, sıklık ve tüm alt ölçekleri; ÇÇTÖ toplam ve tüm alt ölçekleri ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Zorlayıcı uygulama sayısının ÇÇTÖ fiziksel istismar alt ölçeği hariç ÇÇTÖ alt ölçekleri ve toplamı; KTÖ alt ölçekleri, toplamı ve sıklığı ile pozitif ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Zorlayıcı uygulamalara maruziyetin, yatış homisid düşüncesi; geçmiş başkalarına zarar verici davranış öyküsü, madde kullanım öyküsü, önceki yatış sayısı, zorlayıcı uygulamalara maruziyet öyküsü,

PANNS pozitif ve YMRS puanı ile pozitif; yatış içgörü düzeyi, yatış GAF, HAMD, ÇBASDÖ aile alt ölçeği ve ÇBASDÖ toplam puanı ile negatif ilişkili bulunmuştur. Zorlayıcı uygulama sayısının ise PANNS pozitif, YMRS, CGI-Şiddet ve ASÖ puanı ile pozitif; yatış GAF, HAMD puanı ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda, zorlayıcı uygulamalara maruziyetle; TSSB ve tedavi uyumu açısından bir ilişki saptanmamıştır. Öte yandan, geçmiş travmatik yaşantılar ve artan kümülatif travma; zorlayıcı uygulamalara maruziyetle ilişkilendirilmiştir. Zorlayıcı uygulama sayısındaki artışın da geçmiş travma yükünün ağırlığıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Önceki yatış sayısındaki yüksekliğin, yatış homisid düşüncesinin, başkalarına zarar verici davranış öyküsünün, madde kullanımı öyküsünün, geçmiş zorlayıcı uygulamalara maruziyet öyküsünün, hastalığın yüksek klinik şiddetinin ve zayıf sosyal desteğin; zorlayıcı uygulamalara maruziyet riskini arttırdığı tespit edilmiştir.

ABSTRACT

The Effect of Coercive Measures on the Risk of Posttraumatic Stress Disorder and Treatment Compliance After Discharge in Patients Hospitalized in Psychiatric Ward

Objectives: Coercive measures are defined as interventions against the person's will, and represent an issue of worldwide importance in psychiatry. Formal coercion often includes involuntary admission, involuntary treatment, seclusion, and restraint. Studies show that coercive measures can negatively impact mental health by making patients less willing to seek psychiatric help in the future or making them vulnerable to PTSD. In our study, we aimed to investigate the effect of coercive measures on PTSD risk and treatment adherence in patients hospitalized in a psychiatric ward and to examine the relationship between past trauma burden and exposure to coercive measures.

Patients and Methods: The study included 31 patients who were admitted to the inpatient ward of Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Mental Health and Diseases, diagnosed with psychotic disorder or mood disorder according to DSM-5 and exposed to at least one of the coercive measures (involuntary hospitalization, isolation, mechanical restraint, chemical restraint) during hospitalization and 29 patients who were not exposed to any coercive measures during hospitalization. Patients were evaluated in terms of sociodemographic and clinical characteristics. CTQ and CTS were performed for past trauma assessment. IES-R and MARS were conducted to assess the development of PTSD and treatment compliance in patients after hospital discharge. Patients were categorized into two groups according to their exposure to coercive measures, and the differences between the groups were analyzed. In addition to exposure to coercive measures, the relationship between the number of coercive measures and the scales applied was also examined. Logistic regression analysis was also performed to determine the factors associated with exposure to coercive measures.

Results: No relationship existed between exposure to coercive measures and IES-R and MARS scores. The findings showed that exposure to coercive measures was associated with past trauma burden. Exposure to coercive measures was positively associated with CTS total, CTS frequency, and all CTS subscales, as well as CTQ total and all subscales. It was found that the number of coercive measures was positively associated with the CTQ subscales and total, except for the CTQ physical abuse subscale, and with the CTS subscales, total, and frequency.

Exposure to coercive measures was found to be positively associated with homicidal ideation, history of violent behavior, history of substance abuse, number of previous hospitalizations, history of exposure to coercive measures, PANNS positive and YMRS score; and negatively associated with inpatient insight level, inpatient GAF, HAMD, MSPSS family subscale, and MSPSS total score. The number of coercive measures was positively associated with PANNS positive, YMRS, CGI-Severity, and PSS scores and negatively associated with inpatient GAF and HAMD scores.

Conclusion: As a conclusion of our study, no association was found between exposure to coercive measures and PTSD and treatment adherence. On the other hand, past traumatic experiences and increased cumulative trauma were associated with exposure to coercive measures. The increase in the number of coercive measures was also found to be related to the severity of past trauma burden. A high number of previous hospitalizations, homicidal ideation, history of violent behavior, history of substance abuse, history of exposure to coercive measures, high clinical severity of the disease, and poor social support were found to increase the risk of exposure to coercive measures.

I. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Zorlama, psikiyatride dünya çapında öneme sahip bir konudur ve bir kişinin iradesine karşı bir müdahalenin kullanılması olarak tanımlanır (1). Psikiyatri alanında, genellikle agresif davranışları kontrol altına almak için, aynı zamanda tüm tıp uzmanlıkları da dahil olmak üzere farklı durumlarda ve ortamlarda sıklıkla kullanılmaktadır (2,3). Dünya genelinde zorlayıcı uygulamaların kullanım oranı %0,4 ile %66 arasında değişmektedir. Konuya özgü çeşitli sorunlar, bilimsel metodolojinin kesin bir şekilde uygulanmasını sınırlamaktadır. Bu sorunlar arasında tanımların (dört resmi zorlama türü, gayri resmi ve öznel türler) ve klinik uygulamaların (ülkeler arasında ve aynı ülkedeki hastaneler arasında farklılıklar) heterojenliği ile hastaların her zaman araştırmaya rıza gösterme yeterliliğine sahip olmaması ve randomizasyonun zor olması gibi nedenlerle geçerli ve güvenilir veri toplamadaki güçlükler yer almaktadır (4). Bir kişinin iradesini geçersiz kılan zorlama, etik ve yasal soruları gündeme getirmektedir. Bu uygulamalar, seçim veya hareket özgürlüğü, özerklik ve fiziksel bütünlük gibi temel insan haklarını sınırlamaktadır (5). Zorlamayı meşrulaştıran ise, "bir kişinin bilinen tercihlerinin veya eylemlerinin başka bir kişi tarafından kasıtlı olarak geçersiz kılınması" olarak tanımlanan paternalizm kavramıdır (6). Bu kavram iki prensip etrafında çalışır. Bu prensipler zarar vermeme ve iyilik ilkesidir. Paternalizm ilkeleri ruh sağlığı alanına uygulandığında, zorlama; tedavilerine karar vermede yetersiz ya da tehlikeli olabilecek ruhsal bozukluğa sahip kişilerde terapötik kazanımlar ve hem kendilerine hem de başkalarına zarar vermelerinin önlenmesi açısından haklı görülebilmektedir (7). Ancak bazı çalışmalar, zorlayıcı uygulamaların; psikososyal işlevleri bozduğunu, ruhsal bozuklukların semptomlarını kötüleştirdiğini ve toplum hizmetlerinden daha az yararlanılmasıyla sonuçlandığını göstermiştir (8). Ayrıca zorlayıcı uygulamalara maruz kalmak, bazı hastalar için travmatik bir deneyim olarak yaşantılanabilir. Travmatik olaylarla karşı karşıya kalan kişilerde depresyon, anksiyete; panik ve uyum bozukluğu, fobiler, dissosiyasyon, Akut Stres Bozukluğu (ASB) veya Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) görülebilmektedir (9). Yapılan çalışmalara göre, tecrit veya tespit sonrasında TSSB görülme sıklığı %25 ile %47 arasında değişmektedir (10–12). Kişinin, belirli bir türdeki olumsuz olayı birkaç kez yaşaması ya da yaşamı boyunca farklı türde travmalar yaşaması ile bu deneyimlerin etkilerinin birikimi; kişi için kümülatif bir dezavantaj yaratmaktadır (13). Travmatik yaşantıların sayısı arttıkça, travma sonrası stres bozukluğu şiddetinin; disosiyasyon, somatizasyon, depresyon semptomlarının arttığı gösterilmiştir (14–16). Bununla paralel olarak, artan kümülatif travmanın; hem zorlayıcı uygulamalara maruziyet riskini hem de TSSB riskini arttırdığı saptanmıştır (10,17–19).

Bizim bu çalışmada amacımız, psikiyatri servisinde yatan hastalarda zorlayıcı uygulamaların; (a) Travma Sonrası Stres Bozukluğu riski ve (b) tedavi uyumu üzerine etkisini araştırmak, ayrıca (c) geçmiş travma yükü ile zorunlu uygulamalara maruziyetin ilişkisini incelemektir. Bu çerçevede hipotezlerimiz ise, zorlayıcı uygulamalara maruz kalan hastaların, maruz kalmayanlarla karşılaştırıldığında; travma sonrası stres belirtilerinin daha fazla olacağı ve TSSB riskinin daha yüksek olacağı yönündedir.

II. GENEL BİLGİLER

A. ZORLAMA

1. Tanım

Zorlama (coercion) özerkliğin tersi olarak, bir tarafın; hedefin özgürlüğünü veya kontrolünü kısıtlayarak, diğeri üzerinde kontrol uygulamasıyla ortaya çıkan olay olarak tanımlanmaktadır (20,21). Araştırma amaçları açısından zorlama, bir kişi tarafından gerçekleştirilen ve bir başkası tarafından öznel olarak deneyimlenen; nesnel olarak gözlemlenebilir bir eylem olarak tanımlanmıştır (22). Ruh sağlığı hizmetlerinde zorlama için hem tüm bu durumları ele alan, hem de yararlı olmaya devam eden daha geniş ve esnek tanımlamanın gerekliliği savunulmuş ve ruh sağlığı hizmetlerinde zorlamanın "bir başkasının seçimlerini geçersiz kılmak için herhangi bir yetki kullanımı" şeklinde ortaya çıktığı ileri sürülmüştür (23). Literatürde ruh sağlığı hizmetlerinde zorlamayla ilgili, birbirinin yerine geçen ifadeler yer almaktadır. Zorlayıcı, istemsiz, istem dışı, gönülsüz, onay almadan gerçekleştirilen uygulama, müdahale ve önlem veya zorlama aynı kavramın farklı ifade şekilleridir. Bu metinde "zorlama" ve "zorlayıcı uygulama" ifadeleri kullanılmıştır ve bu kavramların tümünü temsil etmektedir.

2. Psikiyatrik Uygulamada Zorlama

Ruh sağlığı hizmetlerinde resmi, gayri resmi ve öznel zorlama biçimleri mevcuttur, ancak bunların tanımları ve yorumları ülkeler arasında farklılık göstermektedir(24). Resmi zorlama genellikle istemsiz yatış, istemsiz tedavi, tecrit ve kısıtlamayı içerir. Son iki kategori fiziksel hareket özgürlüğünü kısıtlayan yöntemleri ifade eder. İmmobilizasyon için cihazlar kullanıldığında mekanik, personel hastayı tuttuğunda ise manuel olmak üzere çeşitli fiziksel kısıtlama türleri mevcuttur. Tecrit, hastanın serbestçe çıkamayacağı kilitli bir odaya kapatılmasıdır. İstemsiz yatış, hastanın kendi istek veya iradesi dışında hastaneye yatırılması anlamına gelir. İstemsiz tedavi, hastanın iradesi dışında bir ilacın uygulanmasını ifade eder (25). Bununla birlikte, bu zorlayıcı uygulama kavramı çok heterojendir ve ülkelerin veya bölgelerin yasalarına bağlı olarak çeşitli şekiller ve farklı tanımlamalar alabilir (26). Gayri resmi zorlama ikna, manipülasyon ve diğer kontrol veya müdahale yöntemlerini içerir (24,27). Öznel zorlama, zorlama durumlarında hastaların; hasta bakıcıların veya diğer paydaşların bakış açılarını veya duygularını ifade eder. Öznel algı, nesnel olaylardan farklı olabilmektedir (28).

Klinik uygulamalar kanıta dayalı tıp ilkelerini takip etmelidir. Bir uygulama ancak hasta için doğrudan bir fayda sağladığı bilimsel olarak kanıtlanmışsa meşrudur (29). Bununla birlikte, zorlayıcı uygulamaların verimlilik; etkinlik veya etkililik açısından gerçek faydası konusunda daha fazla veriye ihtiyaç vardır (30,31). Konuya özgü çeşitli sorunlar, bilimsel metodolojinin kesin bir şekilde uygulanmasını sınırlamaktadır. Bu sorunlar arasında tanımların (dört resmi zorlama türü, gayri resmi ve öznel türler) ve klinik uygulamaların (ülkeler arasında ve aynı ülkedeki hastaneler arasında farklılıklar) heterojenliği (5,32) ile hastaların her zaman araştırmaya rıza gösterme yeterliliğine sahip olmaması ve randomizasyonun zor olması gibi nedenlerle geçerli ve güvenilir veri toplamadaki güçlükler yer almaktadır (32).

Bilimsel verilere ilişkin sınırlılıklara rağmen, zorlayıcı uygulamalar yetişkin psikiyatrisi pratiğinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Literatürde, dünya genelinde zorlayıcı uygulamaların kullanım oranı %0,4 ile %66 arasında değişmektedir (33). Etkinliğe ilişkin kanıt eksikliği ve kullanım sıklığı arasındaki bu tutarsızlıklar, yetişkin psikiyatrisinde zorlamanın etkilerine ilişkin daha fazla çalışma yapılması gerektiğini göstermektedir. Buna ek olarak, son araştırmalar; esas olarak zorlayıcı uygulamaları azaltmayı amaçlayan programların geliştirilmesi yoluyla zorlamanın önlenmesini ele almıştır (3,34). Ancak, zorlamayı azaltmanın etkililiğini değerlendirmek için; zorlamayı önlemeye yönelik spesifik müdahaleleri uygulamadan önce, temel ölçütlere ilişkin objektif verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenlerle, zorlayıcı uygulamaların sonuçlarına ilişkin çalışmalar bilimsel ve klinik açıdan büyük öneme sahiptir (4).

3. Tarihçe

13. yüzyılda Belçika'nın Geel kentinde ruhsal bozukluğu olan kişiler için aile yanında bakım geleneğini başlamış ve günümüzde halen devam etmektedir. O dönem ruhsal hastalığı olan kişilerin şeytan tarafından ele geçirildiği düşünülmüş ve hastaların dini ritüellerden geçerken Geel halkının yanında konakladığı, hane halkıyla beraber çiftçilik yaptığı sistemin ilk adımları atılmıştır (35). 14. yüzyılda İspanya'nın Granada kentinde, Avrupa'da psikiyatrik hastalar için kurulan ilk hastane olan Maristan hastanesinde; psikiyatrik hastaların bakımının tıbbileştirilmesi desteklenmiş ve hastaların bakımı üstlenilmiştir (36). O yüzyıllarda bu örnekler olsa da istisna olarak kalmışlardır. Avrupa'nın pek çok yerinde yüzyıllar boyunca ruhsal bozukluğu olan kişiler tecrit edilmiş, zincirlenmiş ve şiddete uğramıştır. Hastaların bakımından öncelikli olarak aileleri sorumlu olmuş, bakımı üstlenen aileler hastaları genellikle izole etmek ve evlerine kilitlemekle sınırlandırmaya çalışmıştır. Zincir ve diğer zorlayıcı araçlar

hastaları tespit etmek için kullanılmıştır. Orta Çağ'da, ruhsal bozukluğu olan kişilerin bakımı esas olarak ailelere bağlı olmaya devam etmiş; ağır vakalar ise manastır ve kiliseler tarafından yönetilen bakımevlerindeki hücrelere veya sivil otoriteler tarafından yönetilen hapishanelere kapatılmıştır (37).

Sanayileşmenin başlangıcında, İngiltere'de "tımarhane" olarak bilinen özel kurumlar oluşturulmuş ve bu kurumlarda ruhsal bozukluğu olan kişiler ücretli tedavi edilmeye başlanmıştır. Bu kurumlara yönelik talebin artışı ve ücreti karşılayamayan hastaların bakım ihtiyacı, 18. yüzyıldan itibaren Avrupa'nın birçok şehrinde yeni devlet hastanelerinin kurulmasına ve tanıya göre özelleşen kurumların ortaya çıkmasına yol açmıştır (37).

Philippe Pinel 1793 yılında, ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik yeni bir tutumu sembolize eden; hastaları kısıtlamaya yönelik zincir gibi araçların kullanılmadığı, “ahlaki tedavi”’nin kurucusu olmuştur. Pinel “ahlaki tedavi” kavramını, hastalara karşı insani ama katı tutumlar yoluyla; hastaların davranışlarında önemli değişiklikler yaratmanın mümkün olacağı inancına dayandırmış ve hastaların öznelliğinin önemini vurgulamıştır (38). Bu yaklaşım birçok ülkede önemli bir etki yaratmış, zincir kullanımının bırakılmasını ve sistematik cezalandırmanın yasaklanmasını sağlamıştır (37).

İkinci dünya savaşı ve yüz binlerce insanın psikiyatri hastanelerinde öldürülmesinden sorumlu olan Holokost'un etkisi, savaş sonrasında; savunmasız ve dışlanmış gruplar da dahil olmak üzere tüm bireylerin siyasi, sosyal ve ekonomik haklarına saygı gösterilmesinin öneminin yeni bir şekilde kabul edilmesinin koşullarını yaratmıştır. Bu etki aynı zamanda, zorlamaya karşı olan mücadelede önemi olan; ruh sağlığı hizmetlerinde reform ve uluslararası insan hakları mekanizmalarının geliştirilmesinde temel bir rol oynamıştır (37).

Hem Avrupa'da hem de ABD'de, tımarhanelere karşı mücadele savaştan sonra önemli ölçüde artmış ve üç ortak unsura dayanan ruh sağlığı hizmeti reformları gündeme gelmiştir. Bu üç unsur kurumsuzlaşma ve toplum içinde hizmetlerin geliştirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin katılımı ve ruhsal bozukluğu olan kişilerin insan haklarının korunmasıdır (39). Diğer ülkelerde (örneğin, Güney Avrupa, Latin Amerika ve Doğu Avrupa) geliştirilen benzer reformlar, bu ülkelerin demokratikleşme süreçlerinde başlamıştır. Yakın zamanlarda, dünyanın diğer yerlerinde (Hindistan, Lübnan, Güney Afrika) de ruh sağlığı reformları geliştirilmiştir(37).

1948 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (İHEB), kapsamlı bir dizi uluslararası insan hakları mekanizmasının oluşturulmasına aracılık etmiştir. Beyannameye göre, “Herkesin, yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahına uygun bir yaşam düzeyine; işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da kendi denetimi dışındaki koşullarda, geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkı vardır” (40).

Ruh sağlığına doğrudan atıfta bulunan ilk resmi belge ise, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün 1948'de yaptığı sağlık tanımıdır: "Sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel; ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir"(40).

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi, herkesin “mümkün olan en iyi fiziksel ve ruhsal sağlık durumundan” yararlanma hakkını tanıyan ve sağlık hakkının ilk kez yasal olarak bağlayıcı bir anlaşmada tanımlandığı sözleşmedir (41).

Ruhsal bozukluğu olan kişilerin haklarıyla ilgili bir diğer belge de 17 Aralık 1991 tarihinde onaylanan, temel özgürlükler ve temel haklar; kaliteli bakıma erişim, uluslararası tanınmış haklar, onurun korunması ve ayrımcılığın yasaklanması ile rıza; istem dışı tedavinin düzenlenmesi (karar, gözden geçirme, usule ilişkin güvenceler), toplum yaşamı ve bilgiye erişim ile ilgili ilkeleri tanımlayan “Ruhsal Hastalığı Olan Kişilerin Korunması ve Ruh Sağlığı Hizmetlerinin İyileştirilmesi İçin İlkeler” başlıklı BM (Birleşmiş Milletler) Genel Kurul Kararıdır (42).

Zorlama kullanımıyla ilgili en yeni uluslararası anlaşma, 2008 yılında onaylanan Engelli Bireylerin Hakları Sözleşmesi'dir. Sözleşmenin amacı, ruhsal bozukluğu olan kişileri de içeren “tüm engelli kişilerin tüm insan haklarından ve temel özgürlüklerden, tam ve eşit şekilde yararlanmasını teşvik etmek; korumak ve sağlamak” tır (43). Kanun önünde eşit tanınma ile ilgili 12. Madde, engelli kişilerin hukuki ehliyetlerini; diğer kişilerle eşit bir seviyeye getirmektedir. Bu maddeye göre, engelli bireyler yasal karar verme haklarını koruma ve kullanma hakkına sahiptir; karar verme süreçlerinde ihtiyaç duyabilecekleri desteğe yasal olarak tanınmış veya gayri resmi olarak belirlenen güvendikleri kişilerden erişebilmelidir11.07.2024 07:12:0011.07.2024 07:12:00. EBHS Komitesi'nin yorumuna göre, herhangi bir ikame karar verme biçimi; sözleşme'nin eşit temelde hukuki ehliyet garantisinin ihlali olarak kabul edilir, bu da istemsiz tedavinin kesinlikle yasak olması gerektiği anlamına gelmektedir. Bu görüş bazı BM organları tarafından desteklenmemektedir. Desteklemeyen

organlar, bu görüşün; genel olarak ruhsal bozukluğu olan kişilerin haklarına saygı göstermenin en iyi yolu olduğunu belirtmekle birlikte, çoğu ülkede halihazırda mevcut olan ruh sağlığı hizmetleriyle; ikame karar vermenin tamamen bırakılmasının imkansız olduğunu savunmaktadırlar (44,45).

Bu yorum farklılıklarına rağmen, artık ruh sağlığı hizmetlerinde zorlamanın etkili bir şekilde azaltılmasına katkıda bulunabilecek klinik uygulamaya dayalı müdahaleler ile ruh sağlığı sistemlerinde reform ve araştırmalar gibi somut eylemlere yönelik çabaların birleştirilmesinin (politika ve mevzuat düzeyinde, kanıtların bir araya getirilmesi) önemi konusunda geniş bir fikir birliği vardır.(37)

4. Kavramsal Konular, Uluslararası Farklılıklar ve Tartışmalar

Ruh sağlığı alanında, zorlayıcı uygulamalar; çok uzun bir felsefi ve klinik tartışma sürecinden geçmiş olmasına rağmen hala çözülmemiş ve oldukça tartışmalı bir konu olarak kalmıştır. Bunun önemli bir nedeni birçok ülkenin ruh sağlığı yasalarının birbiriyle örtüşmüyor ve hatta bazı konularda çelişiyor olmasıdır. Örneğin, Avrupa'da istemsiz yatış/tedavi kararını almada; profesyonellerin sayı ve mesleki konumu, hastayla ilgili temel kriterler ve hastanede kalış süresi; ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Almanya, Fransa, Hollanda, Avusturya ve Luxemburg'da hastanın homisid riski; İsveç, İtalya ve İspanya'da hastanın tedaviye olan ihtiyacı temel kriter olarak belirlenmiştir. Yunanistan, İrlanda, İngiltere, Danimarka ve Finlandiya'da her iki kriter de istemsiz yatış ve tedavi kararını vermede dikkate alınmaktadır. Finlandiya, Danimarka, Luxemburg ve çoğu Avrupa ülkesinde kararı veren bir sağlık profesyoneli olsa da bazı ülkelerde (Almanya, Hollanda) kararı veren yargıç ya da savcıdır. Hollanda'da yargıcın hastaneye gitmesi gerekmektedir. Karar için sıklıkla en az iki kişinin görüşünün alınmasını şart koşulmaktadır (46). Ülkemizde zorlayıcı uygulamalar ile ilgili bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin 22 Haziran 2002 tarihinde yayımladığı "Psikiyatri Meslek Etiği Kuralları"nın 17. ve 18. Maddelerinde hastanın istemsiz tedavisi ve yatışıyla ilgili düzenlemeler bulunmaktadır. 17. Madde'de kişinin ruhsal bir bozukluk sebebiyle karar verme yetisini yitirmesi durumunda hekimin hasta adına karar alabileceği, 18. Madde'de ise hastanın kendisi ya da çevresi için tehlikelilik hali söz konusu değilse tedaviyi reddedebileceği belirtilmiştir (47).

Yasalar ve düzenlemeler, ruhsal bozukluğu olan kişilerin haklarına saygı göstererek; kişilerin kendisini gerçekleştirmesi yoluyla iyileşmesini en yüksek hedef olarak belirlerken, bu kişilerin; kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek ve en uygun tedaviyi almasını sağlamak için, sivil özgürlüklerini kısıtlamaktadırlar. Bu çelişkiyi meşrulaştıran mantık ise paternalizmdir (6). Beauchamp ve Childress tıpta paternalizmi "bir kişinin bilinen tercihlerinin veya eylemlerinin başka bir kişi tarafından kasıtlı olarak geçersiz kılınması" olarak tanımlamıştır (48). Bu durumda bu eylemi geçersiz kılan kişi, geçersiz kılınan kişiye fayda sağlamak veya zarar vermekten kaçınmak amacıyla eylemi meşrulaştırmaktadır. Bu kavram iki prensip etrafında çalışır. Bu prensipler zarar vermeme ve iyilik ilkesidir. Dolayısıyla, zorlayıcı uygulamaların; zararlı etkileri en aza indirgemek ve faydaları en üst düzeye çıkarmak amacıyla kullanıldığında haklı görülebileceği öne sürülmüştür.

Paternalizm ilkeleri ruh sağlığı alanına uygulandığında, zorlama; tedavilerine karar vermede yetersiz ya da tehlikeli olabilecek ruhsal bozukluğa sahip kişilerde, terapötik kazanımlar ve kişilerin kendilerine ya da başkalarına zarar vermelerinin önlenmesi açısından haklı görülebilmektedir. Zorlamanın ruh sağlığında paternalizm olarak gerekçelendirildiği üç temel dayanak vardır. İlk öncül yetersizliktir. Ruhsal bozukluğu olan kişiler, hastalıklarının doğası gereği tedavi konusunda anlaşamamakta ve kendileri için neyin yararlı olacağını seçememektedirler. Bu yetersiz bireylerin refahı için özerklikleri sınırlandırılmıştır. İkincisi ise tehlikelilik varsayımıdır. Ruhsal bozukluğu olan kişiler potansiyel olarak tehlikeli olduğundan hem bireyin hem de toplumun yararına zorlayıcı tedavi uygulanmalıdır. Üçüncüsü, bozukluk varsayımı olmuştur. Ruhsal bozukluğu olan kişilerin psikososyal işlevlerinin bozulması ve ruhsal bozukluklarının belirtileri nedeniyle, gerçekçi karar vermelerini zorlaşmakta; bu nedenle onlara en uygun tedaviyi sağlamak için zorlayıcı uygulamalar gerekli hale gelmektedir (7).

O'Brien ve Golding paternalizmin haklı olabilmesi için, zorlamanın; hastaya fayda sağlayacak şekilde kullanılması gerektiğini ileri sürmüştür. Ancak başkalarını tehlikeye atmanın önlenmesi, tedaviye uyumun arttırılması ve dolayısıyla tedaviyi kolaylaştırmak bireyin değil toplumun ve terapistin yararınadır; bu nedenle haklı gösterilememektedir. Dahası, bireyin isteği dışında zorlayıcı uygulama, kişinin özgüvenini kaybetmesine neden olabilir ve terapötik ilişkilere zarar vererek her türlü gönüllü yardım arayışını ciddi şekilde sekteye uğratabilir (23). Ayrıca paternalizmin üç varsayımını da önemli ölçüde çürütebilecek araştırmalar mevcuttur. Öncelikle, yetersizlik varsayımıyla ilgili olarak; ruhsal bozukluğu olan kişilerin gerçekten yetersiz oldukları ve dolayısıyla kendi çıkarlarına karar veremedikleri konusunda şüphe ortaya

çıkmıştır. Ruhsal bozukluğu olan kişilerin rıza gösterme becerilerine odaklanan araştırmalara göre, bu bireyler eşit bilgi verildiğinde; diğer tıbbi hastalardan daha düşük anlama seviyeleri göstermemiş, bireylerin anlama seviyelerinin düşük saptandığı çalışmalarda; tekrarlayan eğitimlerle anlama yeteneklerini geri kazandıkları gösterilmiştir (49,50). Tehlikelilik varsayımıyla ilgili olarak, ruhsal bozukluğu olan kişilerin daha yüksek suç oranına sahip olduğuna dair somut bir kanıt bulunmamaktadır. Her şeyden önce tehlikeyi doğru bir şekilde tahmin etmek ve dolayısıyla bu potansiyel tehlikeye dayanarak baskı uygulamak zordur. Ayrıca başkalarına yönelik potansiyel tehdide odaklanmak bireyin yararına değildir, bu nedenle paternalizmin temel ilkeleriyle uyuşmamaktadır (7). Bozulma varsayımları üzerine ise, semptomları düzenlemek için kullanılan zorlayıcı uygulamaların tahmin edildiği kadar güçlü bir klinik etkisi olmadığı yönünde eleştiriler yapılmıştır. Zorlayıcı uygulamaların uzun vadede yeniden yatış olasılığını azalttığını ve psikososyal işlevleri iyileştirdiğini gösteren çalışmalar mevcut olsa da (51,52), zorlayıcı uygulamaların bu anlamda olumsuz sonuçlar yarattığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (8). Bu çalışmalara göre zorlayıcı uygulamalar, psikososyal işlevleri bozmakta; ruhsal bozuklukların semptomlarını kötüleştirmekte ve toplum hizmetlerinden daha az yararlanılmasıyla sonuçlanmaktadır.

Sonuç olarak, zorlamanın kullanımı bazı çalışmalarda paternalizm dayanak gösterilerek haklı ve gerekli bulunmuş, bazılarında ise paternalizmin zorlamayı meşrulaştıran önermeleri çürütülmüştür. Bu çelişkili durum ve literatürdeki tutarsızlıklar, zorlamanın klinik kullanımında; uluslararası ya da bölgesel farklılıklar göstermesine, aynı zamanda kullanımıyla ilgili tartışmaların halen sürmesine neden olmaktadır.

B. TRAVMA

1. Tanım

"Travma" kelimesi Yunanca "zarar vermek, zedelemek" anlamına gelir. Başlangıçta tıbbi-cerrahi disiplinlerle ilgili olan bu terim, on sekizinci yüzyılda psikiyatri ve klinik psikolojide bir uyaranın, bireyin bununla başa çıkma yeteneği üzerindeki ezici etkisini belirtmek için kullanılmıştır (53). Travma kavramı, kişinin maruz kalmış olduğu duruma dair; kişiyi tehdit eden unsurlar ve başa çıkma mekanizması arasında oluşan çelişkilerin yol açtığı çaresizlik duygusunun ve diğer yaşam olaylarının veya diğer kişilerin merhametine kalmış olma duygusunun yaşandığı bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin, çevresine ve kendisine yönelik algılarında kalıcı bir şok etkisi bırakan kritik tecrübelerdir (54). Literatürde ruhsal

travmanın tanımının, “bireyin savunma mekanizmaları ve başa çıkma yöntemlerini kullanarak üstesinden gelemeyeceği kadar sarsıcı ve ağır yaşantılar” şeklinde açıklandığı görülmektedir. Bu yaşantılar kişilerin psikolojik yapıları üzerinde spesifik etkiler bırakmaktadır (55). Psikoloji alanında travmanın, ilk olarak Charcot tarafından açıklandığı görülmektedir. Charcot, kadınlarla gerçekleştirdiği çalışmalarında travmayı; histeri kavramının temelinde açıklamıştır. Ona göre, birey için katlanılması zor olan psikolojik tecrübeler duyu kaybı; felç ve amnezi gibi belirtilerle seyreden histeriye yol açmaktadır (56). Charcot’un öğrencilerinden olan Janet, Breurer ve Freud; histerinin çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel travma sonucunda meydana geldiğini ve katlanılamaz olan bu deneyimin bilinç düzeyinde değişikliklere yol açtığını ifade etmişlerdir (57). Janet'in Fransız psikodinamik ekolüne göre ruhsal travma, özellikleri nedeniyle öznenin psişik sistemini değiştirebilen ve zihinsel bütünlüğünü parçalamakla tehdit eden bir veya daha fazla olaydır (58). Pavlov ise travmayı, çevresel tehditlere yanıt olarak doğuştan gelen ve zaman içinde kalıcı fizyolojik değişiklikler gösteren bir savunma tepkisi olarak değerlendirmiştir (59).

Literatürdeki bu ilk çalışmalardan sonra travma tarihsel ve siyasi iklimin etkisiyle bir müddet rafa kaldırılmış olsa da Birinci ve İkinci Dünya Savaşları ile tekrar gün yüzüne çıkmış, ancak bu türden yaşantıların uzun süreli etkileri Vietnam Savaşı sonrasına kadar çalışılmamıştır (57).

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 4’te (DSM-IV) travmatik olay; gerçek bir ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da fiziksel bütünlüğe bir tehdit olayını kişinin yaşaması, tanık olması veya ailesinden birinin ya da bir yakınının beklenmedik ölümü, şiddete maruz kalarak öldürülmesi, ağır yaralanması, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kaldığını öğrenmesi gibi kişinin doğrudan yaşadığı ve kişide dehşete düşme, korku ve çaresizlik duygularının ortaya çıkmasına neden olan olaylar olarak tanımlanmıştır (60).

2013 yılında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5'in (DSM-5) yürürlüğe girmesinden sonra travma, bireyin “doğrudan, başkalarının başına gelen olaylara tanıklık etme, aile üyesi ya da yakın arkadaşın başına gelen travmatik olayı öğrenme, travmatik yaşantının rahatsız edici ayrıntılarına maruz kalma yollarından biri ile gerçek ya da göz korkutucu bir ölüm, ağır yaralanma ya da cinsel saldırıya uğramış olma” sonucunda yaşamış olduğu durum olarak açıklanmaktadır. Bu yaşam olayları, savaş olaylarına maruz kalma (sivil

veya asker); fiziksel olarak saldırıya uğrama, çocukluk döneminde istismara maruz kalma, şiddet görme, rehin alınma, kaçırılma, terör saldırılarına maruz kalma, işkence görme, doğal afet yaşama, ciddi yaralanma veya kazalara maruz kalma gibi oldukça geniş olarak açıklanmış ve örneklendirilmiştir. Ancak DSM-5'te travma sonrasında bireylerin vermiş oldukları çaresizlik, korku ve dehşet tepkileri yer almamaktadır. Bununla birlikte olay veya durum sonrasında bireylerin bilişsel yapılarında olumsuz etkilenmelerin olabileceği (şaşkınlık, suçluluk, üzüntü, utanç gibi) vurgulanmaktadır (61,62). DSM-5 ile, kısıtlanma veya izole edilme gibi zorlayıcı önlemler; Akut Stres Bozukluğunun (ASB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun (TSSB) A kriterini karşılamamaktadır. Ayrıca, psikolojik travmaya ilişkin öznel faktörler de kapsam dışı bırakılmıştır, dolayısıyla kişilerin psikotik deneyimlere bağlı travmatik yaşantılar da A kriterini karşılamamaktadır.

En sık karşılaşılan travmatik olaylar trafik kazaları, cinsel saldırı, soygun, fiziksel saldırı, trajik ölüm, savaş, doğal afetler, sevilen birinin beklenmedik kaybı ve hayatı tehdit eden bir hastalık yaşama olarak sıralanabilir (63). Birçok çalışma travma deneyiminin yaygınlığını araştırmış ve sonuçlar travmatik bir olaya maruz kalmanın oldukça yaygın olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalara göre yaşam boyu yaygınlık oranları %56 ila 90 arasında değişmektedir. (63–67). Oranlar, araştırılan örneklemin özelliklerine bağlı olarak değişmektedir; örneğin, klinik veya azınlık popülasyonlarıyla yapılan araştırmalarda daha yüksek görülme sıklıkları ortaya çıkabilmektedir.

Genel olarak travmatik olaylar, kasıtlılık; kaçınılmazlık ve kontrol edilebilirlik anlayışına göre farklı yorumlanan doğal afetler/travmalar veya insan yapımı faktörlerden kaynaklananlar olmak üzere iki genel kategoride sınıflandırılmaktadır(68). Bu nedenle, bir olayın travmatik etkilerini tahmin etmeye çalışırken; olayın nesnel ve öznel özellikleri birlikte ele alınmalıdır. Travmatik bir yaşantı, sıklığı; kasıtlı olup olmadığına ilişkin yorumlar, bireyi doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyip etkilemediği, beklenen ya da beklenmeyen nitelikte olup olmadığı açısından tek bir olay, olaylar dizisi ve/veya kronik bir durum olabilir. Nesnel özelliklerin yanı sıra, birey ve kültür tarafından bu deneyime yüklenen anlam da olayın işlenmesinde önemli bir etkiye sahiptir.

2. Travmatik Deneyimlerin Etkileri

Stresli yaşam olayları bireyin sağlığında sorunlara yol açabilmektedir. Araştırmalar, insanların üçte ikisinin yaşamları boyunca travmatik bir olay yaşadığını ve bu travmatik

olayların onların ruh sağlıklarını etkileyebileceğini ve yaşamlarında sorunlar yaratabileceğini göstermiştir (69). Hayatta kalanların bir kısmı, travmatik olay sonrası; dayanıklılık gösterse de farklı psikolojik rahatsızlıklara veya fiziksel hastalıklara sahip olabilirler (70). Ayrıca araştırmacılar travmatik anıların diğer anılara göre daha iyi ve sık hatırlanıp yeniden yaşantılandığını bulmuşlardır (71).

1915 yılında bilim insanı "Walter Cannon" beynin travma ve strese verdiği tepkiyi, vücudu tehlikeden korumak için "savaş ya da kaç" tepkisi olarak tanımlamıştır (72). Ancak araştırmalara göre stresli durumlar bazen bireyde korkuyu tetiklemekte, bu da vücudun savaş-kaç tepkisi vermesine ya da donup kalmasına yol açmaktadır(73). Genellikle bu tepki istemsizdir ve günlük yaşam olaylarından kaynaklanan işaretlerle tetiklenmektedir (74).

Travmatik olayların kişi üzerindeki psikolojik etkisi, son yıllarda dünya çapında yoğun bir şekilde araştırılmaktadır. Travma her kültürden, ırktan, cinsiyetten, etnik kökenden, yaştan, cinsel yönelimden ve eğitim geçmişinden insanın hayatını etkileyebilmektedir. Bununla birlikte, olayın doğasındaki farklılıklar ve kişilik, kaynaklar ve başa çıkma stratejilerindeki bireysel farklılıklar nedeniyle her travma insanlarda aynı derecede psikolojik yıkıma yol açmamaktadır (75,76). Travmatik olaylarla karşı karşıya kalan kişilerde depresyon, anksiyete; panik ve uyum bozukluğu, fobiler, dissosiyasyon, ASB veya TSSB görülebilmektedir (9). Yaşamın erken dönemlerindeki travmatik deneyimler, yaşlı nüfustaki daha kötü sağlık koşullarıyla ilişkilendirilmektedir (77). Ayrıca travmatik bir olay, travma yaşayanların intihar girişimi riskini de artırabilmektedir (78).

3. Travma Türleri ve Terimleri

Bilim insanları ve araştırmacılar geçtiğimiz yüzyıl boyunca travmayla ilgili pek çok terimi tanımlamışlardır; bu terimler de semptomlar, zaman ve etki arasında ayrım yapmaktadır. Terimlerden bazıları travma sonrası stres bozukluğu, kitlesel travma, kompleks travma, savaş travması, travma sonrası büyüme ve dayanıklılıktır.

Travmatik bir yaşantıya maruz kalan bireyler, yoğun bir korku, dehşet veya çaresizlik tepkileri ortaya koyabilmektedir. Bununla birlikte kendileri için zorlayıcı ve sıkıntı yaratan olayları, anıları tekrar tekrar hatırlayıp yaşayabilir; rüyalarında görebilmektedir. Yaşanılan olay ya da durumun herhangi bir yönünü çağrıştıran bir durumla karşı karşıya kaldıklarında oldukça yoğun bir sıkıntı hissedebilmektedir. Bu hislere fizyolojik tepkiler de eşlik edebilmektedir.

Kişiler travmayla birlikte ortaya çıkan duygu, düşünce ve konuşmalardan kaçınma adına yoğun bir çaba gösterebilmektedir (61). Kaçırılma, fiziksel istismar, cinsel istismar, toplumsal şiddet, aile içi şiddete tanık olma ve doğal afetler gibi olaylar TSSB'ye yol açabilmektedir (79). TSSB'si olan kişilerin, boşanma; çocuk yetiştirmede zorluk ve uygunsuz bir partnerle birlikte olma gibi aile sorunları, stres; depresyon ve düşük yaşam doyumu gibi psikolojik sorunlar, fiziksel sağlık sorunları; ek olarak ekonomik sorunlar yaşama riski yüksektir (72).

Bir diğer travma türü "Kitlesel travma"dır. Kitlesel travma savaşlar, doğal afetler, ulaşım felaketleri, toplumsal şiddet, terörizm gibi çok sayıda insanı veya topluluğu etkileyen travma türüdür. Bu olaylar bireylere ve topluluklara verdiği zarar nedeniyle travmatiktir (80). Kompleks travma cinsel saldırı; şiddet, zorunlu göç, savaşlar ve doğal afetler gibi birden fazla travma türüyle ilişkili olarak tanımlanmaktadır. Kişi, çocukluk döneminde pek çok travmatik olay yaşamış olabilir (81). Savaş travması terimi ise, savaşla ilgili travmalara odaklanan birçok çalışmada kullanılmıştır. Savaş bölgesinde yaşamak, bireylerin kendilerine ve dünyaya ilişkin inançlarını etkileyebilmektedir. Suriye'deki mülteci çocuklarla ilgili yapılan bir araştırma, mülteci çocuklarda depresyon; anksiyete, TSSB, saldırganlık ve davranış sorunları sıklığının yüksek olduğunu göstermiştir (82).

Araştırmacılar, yaşanan travmatik olayların; mücadeleler ve değişen koşullar sonrasında, kişilerin duygusal iyileşme sürecinde olumlu psikolojik etkilere yol açabileceğini bulmuşlardır. Tedeschi ve Calhoun, travma sonrası değişimin olumlu olduğu durumu açıklamak için travma sonrası büyüme (TSB) terimini önermiştir. Bu yazarlara göre TSB değişiklikleri bireylerin olaylara karşı dayanıklılığına bağlıdır (83). TSB, kişinin travmayla baş etmesi, bunu inanç ve bilişleriyle uyumlu hale getirmesi ve anlaması ile başlayan bir yöntemdir (9).

Bazı araştırmacılar travmayı, travma öncesi; mevcut travma ve travma sonrası olmak üzere aşamalar halinde tartışmaktadır. Travma öncesi travmatik olayı teşvik eden tetikleyicidir, mevcut travma travmatik olaydır ve travma sonrası travmatik olaydan kaynaklanan sonuçtur (80).

4. Kümülatif Travma

Kümülatif travma (KT), belirli bir türdeki olumsuz olayın birkaç kez yaşanması ya da bir bireyin yaşamı boyunca farklı türde travmalar yaşaması ile çoklu mağduriyet deneyimlerinin etkilerinin birikimidir (13).

Birçok insan hayatlarının çeşitli noktalarında potansiyel olarak travmatik olaylara maruz kalmaktadır. Nitekim, ABD hane halkı nüfusu üzerinde yapılan epidemiyolojik bir araştırmada, insanların yaşamları boyunca ortalama 3,3 travmatik olay yaşadıkları bildirilmiştir (84). Türkiye'de ise üç ilden temsili bir popülasyonda, olası TSSB tanısı alan ve TSSB tanısı almayan kişilerin karşılaştıkları travmatik olayların ortalaması sırasıyla 2,69 ila 2,22 olarak belgelenmiştir (85).

Kümülatif travma, savaş; zorunlu göç, sürgün, ırk veya cinsel yönelime dayalı ayrımcılık gibi durumlarla karşı karşıya kalan toplumlar için oldukça yaygın bir kavramdır (86–88). Çocukluk çağında yaşanan cinsel ve fiziksel istismar, ihmal ve aile içi şiddet gibi olumsuz olaylar yoluyla çoklu travmatizasyonun bireylerin psikolojik sağlığı üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalarda; travmatik yaşantıların sayısı arttıkça, travma sonrası stres bozukluğu şiddetinin; disosiyasyon, somatizasyon, depresyon semptomları ve kişilerarası sorunları içerecek şekilde dramatik bir şekilde arttığı gösterilmiştir (14–16). Ayrıca, artan kümülatif travmanın genel popülasyonda ve klinik popülasyonlarda daha yüksek TSSB oranlarıyla ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (89,90).

Çoklu mağduriyetler ve bu deneyimlerin olumsuz etkileri konusunda, araştırmacılar bireylerin çocukluklarında yaşadıkları travmalara büyük önem vermişlerdir. Çocuklukta yaşanan cinsel, fiziksel ve duygusal istismarın; özellikle ek travmaların varlığında, TSSB başlangıcının en güçlü yordayıcıları olduğu bulunmuştur. Ayrıca genel çocuk popülasyonunda, travmatik olaylara maruz kalma riski yüksek olmakla birlikte; çoklu travmatizasyon öyküsü olduğunda, TSS belirtileri gösterme olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. TSSB'nin varlığına ek olarak, özellikle çocukluk yıllarındaki kümülatif travma, emosyon regülasyonunda güçlük; disosiasyon, saldırgan veya sosyal kaçıngan davranışlar gibi hem içselleştirilmiş hem de dışsallaştırılmış davranışsal sorunlara sebep olmaktadır (91). Çocukluk döneminde yaşanan çoklu travmalar, yetişkin dönemde bir dizi tıbbi bozukluğun ortaya çıkmasına da neden olabilmektedir. Bunlar kronik yorgunluk sendromu, fibromiyalji, fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar ve kardiyovasküler hastalıkları içermektedir. Çocukluk travması yaşamış kişilerde yetişkinlik döneminde kronik sağlık sorunları riskinin daha yüksek olmasının, kümülatif bir dezavantaj sürecinin sonucu olabileceğini düşünülmüştür (92).Bu nedenlerle araştırmalarda, olay türü ve dozu göz önünde bulundurarak; önceki travma maruziyetlerinin değerlendirilmesi önerilmiştir.

C. TRAVMATİK BİR DENEYİM OLARAK ZORLAYICI UYGULAMALAR VE SONUÇLARI

Erişkin psikiyatrisinde tecrit ve tespitin etkileri çok çeşitli sonuçları içermektedir. Tanımlanan literatür, tecrit ve kısıtlamanın zararlı fiziksel veya psikolojik sonuçlara sahip olduğunu güçlü bir şekilde öne sürmektedir (10–12). Yapılan çalışmalara göre, tecrit veya tespit sonrasında TSSB görülme sıklığı %25 ile %47 arasında değişmektedir. Geçmişte travmatik olaylar yaşayan hastaların, hem zorlayıcı uygulamalara maruziyet açısından hem de TSSB açısından daha riskli olduğu düşünülmüştür (10,17–19). Son araştırmalar, daha önce bir travmatik olay (örneğin, fiziksel veya cinsel saldırı veya istismar) yaşamış olan hastaların tecrit edilme riskinin daha yüksek olabileceğini vurgulamıştır (93). En yüksek tecrit ve tespit kullanım oranlarına maruz kalan hastaların, çocuklukta fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma olasılıklarının önemli ölçüde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bir diğer çalışma, çocuklukta travmatik yükü fazla olan hastaların; yetişkinlik döneminde tecrit veya kısıtlama deneyimleme olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (10). Travma geçmişi olan kişilerin daha çok zorlama deneyimi yaşıyor olmasının nedeni henüz net değildir. Yine de savunmasız hastaların tekrar tekrar zorlayıcı uygulamalarla karşı karşıya kalabileceği dikkate alınmalıdır.

Psikiyatri servisine yatış yapılmasının kişiler üzerindeki travmatik etkileri ve yatış sonrası TSSB gelişme riski üzerine yapılan bir çalışma, kadın cinsiyet; bekar olma, çalışmıyor olma, duygudurum bozukluğu tanılı olma ve yatış sırasında fiziksel şiddete maruziyetin TSSB için risk faktörü olduğunu bulmuş; zorlayıcı uygulamalarla TSSB gelişimi arasında bir ilişki saptamamıştır (94).

Zorlayıcı uygulamalara maruz kalan hastalarda, derin ven trombozu; hastane yatış süresinin uzaması, psikotik belirtilerin artması gibi etkilerin de ortaya çıkabilme riskinin daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (95,96).

Bazı çalışmalarda zorlayıcı uygulamaların yarattığı öznel algının, hastalar arası değişkenlik gösterdiği saptanmıştır. Öznel algı, güvenlik duygusu; yardım alma, klinik iyileşme hissi gibi olumlu yönde olabilmektedir (97–99). Ancak zorlayıcı uygulamalar daha sıklıkla, olumsuz duygularla; özellikle de ceza ve sıkıntı duygularıyla ilişkilidir (100–102). Tecrit, diğer zorlayıcı uygulamalara göre daha iyi kabul edilirken; mekanik kısıtlamanın daha az tolere edildiği görülmektedir (36, 63). Bunun nedeninin tecritin “non-invaziv” bir yöntem olarak

algılanması olabileceği düşünülmüştür (103,104). Bir çalışmada sonuçlar, kullanılan zorlayıcı uygulamaların algılanan zorlamayı; TSS belirtilerini ve tedavi memnuniyetini etkilediğini göstermektedir. İstemsiz ilaç kullanımı daha düşük algılanan zorlama ve travma sonrası stres ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, mekanik kısıtlama ve istemsiz ilaç kullanımı kombinasyonu; hastane tedavisinden daha düşük düzeyde memnuniyet ile ilişkilendirilmiş, bu önlemlerin kombinasyonunun uygulanmasından sonra olayla ilgili TSS riski yüksek bulunmuştur (96). Hastaların genellikle istemsiz ilaç tedavisini, daha az stresli; travmatize edici ve rahatsız edici bulması nedeniyle tercih ettiği (11,105,106), istemsiz ilaç tedavisinin; mekanik kısıtlama veya tecritten daha iyi olduğunu bildirdiği çalışmalar olsa da (95,107,108), yöntemler arasında hiç bir fark olmadığını saptayan çalışmalar da bildirilmiştir (109). İstemsiz hastaneye yatışı yapılan hastalarda ise, hastanede kalış süresinin uzadığı; yeniden yatış riski ve istem dışı yeniden yatış riskinin arttığı gözlenmiştir (110). Terapötik etkileşimin, hastaların zorlamayla ilgili algılarını ve zorlayıcı uygulamaların kaçınılmaz olduğu durumlarda olumsuz etkilerden kaçınmaya yardımcı olabileceği düşünülmüştür (97,111,112).

DSM-5 yürürlüğe girdikten sonra, travma tanımının değişmesi ve travmaya ilişkin öznel faktörlerin kapsamdan çıkarılmasıyla; zorlayıcı uygulama ve TSSB ilişkisini inceleyen çalışmaların yapılma sıklığı azalmıştır.

III. YÖNTEM VE ARAÇLAR

A. ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın örneklemi Aralık 2023 ile Haziran 2023 arasında İstanbul Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı yataklı servisine yatışı yapılan, DSM-5'e göre psikotik bozukluk ya da duygudurum bozukluğu tanısı konmuş ve yatış süresince zorlayıcı uygulamaların (istemsiz yatış, tecrit, mekanik kısıtlama, kimyasal kısıtlama) en az birine maruz kalmış; dahil edilme kriterlerini karşılayan 31 hastanın oluşturduğu grup ile yatış süresince herhangi bir zorlayıcı uygulamaya maruz kalmamış, dahil edilme kriterlerini karşılayan 29 hastanın oluşturduğu gruptan meydana gelmektedir.

1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Zorlayıcı uygulamalara maruz kalmış hasta grubu için

1. Psikiyatri servisine DSM-5'e göre psikotik bozukluk ya da duygudurum bozukluğu tanısıyla yatışı yapılmak
2. 18 yaşından büyük, 65 yaşından küçük olmak
3. Okuma-yazma biliyor olmak
4. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olmak
5. Yatış süresince en az bir kez zorlayıcı uygulamaya maruz kalmak

Zorlayıcı uygulamalara maruz kalmayan hasta grubu için

1. Psikiyatri servisine DSM-5'e göre psikotik bozukluk ya da duygudurum bozukluğu tanısıyla yatışı yapılmak
2. 18 yaşından büyük, 65 yaşından küçük olmak
3. Okuma-yazma biliyor olmak
4. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olmak

2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

1. Ayaktan takipli olmak ve yatışta psikotik bozukluk ya da duygudurum bozukluğu dışında bir tanı almış olmak
2. 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak
3. Okuma-yazma bilmiyor olmak
4. Klinik görüşmenin ve öz bildirim ölçeklerinin anlaşılmasını ve doldurulmasını engelleyecek nitelikte zihinsel veya fiziki engeli olmak
5. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamamış olmak

B. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

1. Sosyodemografik Veri ve Görüşme Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim yılı, çalışma ve gelir durumu gibi sosyodemografik bilgilerin yanı sıra psikiyatrik özgeçmişlerinin, hastaneye yatış ve yatış sonrası izlem sürecinin sorgulandığı sosyodemografik veri ve görüşme formu kullanılmıştır (Ek-1).

2. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinisyen Versiyonu (The Structured Clinical Interview for DSM-5, SCID-5/CV)

Psikiyatrik tanı geçerliliği ve güvenilirliğini artırmak, tanı atlanmasını önlemek, çalışmalarda ortak dil oluşturmak, geçmiş ve şimdiki hastalık prevalansı, insidansı gibi epidemiyolojik veri sağlamak, sağlık profesyonellerinin psikiyatrik görüşme yeteneklerini güçlendirmek için oluşturulan Yapılandırılmış Klinik Görüşme formu; DSM-5'te yapılan değişiklikler sonucu First ve arkadaşları tarafından DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) olarak son halini almıştır (113). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (114).

3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale, HAMD)

Hastalarda depresif belirtilerin şiddetini ölçmek üzere Hamilton tarafından geliştirilmiştir (115). Son hafta içinde yaşanılan depresif belirtileri sorgulayan 17 maddelik bu ölçek, klinisyen tarafından hastayla yapılan görüşme ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak doldurulmaktadır. Genital semptomlar, gastrointestinal somatik semptomlar, uykuya

dalamama, gece sık uyanma, sabah erken uyanma, genel somatik semptomlar ve içgörü ilişkili maddeler 0-2 arası, diğer maddeler 0-4 arasında puanlamaktadır (Ek-2). Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 52 arasında değişmekte ve puan yükseldikçe daha şiddetli depresif belirtilere işaret etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (116).

4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mania Rating Scale, YMRS)

Hastalarda mani belirtilerinin şiddetini ölçmek için Young ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (117). Son 48 saat içinde yaşanılan manik belirtileri sorgulayan 11 maddelik bu ölçek klinisyen tarafından hastayla yapılan görüşme ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak doldurulmaktadır. Ağır hastaların zayıf iş birliğini telafi etmek adına irritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce içeriği, yıkıcı-saldırgan davranışı sorgulayan maddelere iki katı ağırlık verilerek 0-8 arasında, diğer maddeler ise 0-4 arasında puanlanmaktadır (Ek-3). Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 60 arasında değişmekte ve yüksek puanlar daha şiddetli manik belirtilere işaret etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (118).

5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

Şizofreni hastalarında belirtilerin şiddetini ölçmek için Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (119). Klinisyen tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme, görüşme sırasındaki gözlemlere ve hastanın çevresindekilerden alınan bilgilere dayanarak doldurulmaktadır. 7 maddeden oluşan pozitif belirtiler alt ölçeği, 7 maddeden oluşan negatif belirtiler alt ölçeği ve 16 maddeden oluşan genel psikopatoloji alt ölçeği olmak üzere toplam 30 maddeden oluşmaktadır (Ek-4). Her madde 1-7 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek puanlar 30-210 arasında değişmekte ve yüksek puanlar daha şiddetli psikopatolojiye işaret etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (120).

6. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (The Calgary Depression in Schizophrenia Scale, CDSS)

Şizofreni hastalarını depresyon yönünden değerlendirmek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek için Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (121). Ölçek görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dörtlü Likert tipinde değerlendirilen 9 maddeden oluşmaktadır (Ek-5). Bu maddeler depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. CDSS geliştirilirken ölçeğin şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerinden ya da ekstrapiramidal yan etkilerden etkilenmemesi hedeflenmiştir. Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçe' ye uyarlanmıştır (179). CDSS'nin Türkçe versiyonunun depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni için kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir (122).

7. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (Global Assessment of Functioning, GAF)

Endicott ve arkadaşları tarafından bir kişinin belirli bir zamandaki genel işlevselliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (123). Klinisyen tarafından, genellikle son hafta göz önüne alınarak, hastayla yapılan görüşme, çevresindekilerden alınan bilgi veya tıbbi kayıtlara dayanarak puanlama yapılmaktadır. Puanlama 0 (varsayımsal olarak en hasta birey) ve 100 (varsayımsal olarak en sağlıklı birey) arasında yapılmaktadır. Her on puanlık aralığın tanımlayıcı özellikleri ölçekte belirtilmiştir (Ek-6).

8. Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impressions, CGI)

Psikiyatrik bozuklukların klinik seyrini değerlendirme amaçlı olarak Guy ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir(124). Her yaştaki hastalara uygulanabilen üç boyutlu bir ölçektir. İlk bölümü (Klinik Global İzlenim-Hastalık Şiddeti) ölçek doldurulduğu sıradaki hastalık şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırda, 3=Hafif derecede hasta, 4=Orta derecede hasta, 5=Belirgin derecede hasta, 6=Şiddetli derecede hasta, 7=En ağır derecede hasta. İkinci bölümü (Klinik Global İzlenim-Düzelme) hastanın çalışmanın başından itibaren ne kadar değiştiğini 1 ile 7 puan arasında değerlendirmeye yarar; 1=Çok fazla iyileşti, 2=Oldukça iyileşti, 3=Minimal iyileşme, 4=Değişiklik yok, 5=Minimal kötüleşme, 6=Oldukça kötüleşti, 7=Çok fazla kötüleşti. Ölçeğin üçüncü bölümü ise Klinik Global İzlenim-Yan Etki bölümüdür, 4 puan üzerinden değerlendirilir (Ek-7).

9. Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Form (Cumulative Trauma Scale-Short Form, KTÖ-K)

Kira ve arkadaşları, kişi tarafından bildirilen tüm travmatik deneyimlerin kümülatif etkisini değerlendirmek için Kümülatif Travma Ölçeğini geliştirmiştir (125). Ölçek 35 maddeye sahiptir ve her bir madde travmanın türü, yaşanma sıklığı, yaşanma yaşı ve olayın etkisinin değerlendirmesini içeren dört boyuta göre puanlanmaktadır (Ek-8). Travma türleri için dört faktörlü yapı kabul edilerek alt ölçekler; Hayatta Kalma Travması, Kişisel Kimlik Travması, Kolektif Kimlik Travması ve Aileye Bağlanma Travması olarak tanımlandı. Travma türü boyutunda olay deneyimlendiyse 1, deneyimlenmedi ise 0 olarak kodlanır. Sıklık boyutu için 0 (hiçbir zaman) ile 4 (birçok kez) arasında değişen 5'li Likert tipi ölçek kullanılırken, değerlendirme boyutunda olayın kişi üzerindeki etkisi 1'den (son derece olumlu) 7'ye (son derece olumsuz) kadar değişen 7'li Likert tipi ölçek kullanılarak değerlendirilir. Değerlendirme boyutu için kullanılan 7'li Likert tipi ölçek iki farklı şekilde kullanılabilir. Bunlardan ilki 'genel değerlendirmedir. İkincisi ise 7'li Likert tipi ölçeğin iki uçlu kullanılarak negatif ve pozitif iki farklı değerlendirme puanının hesaplanmasıdır. Olayın deneyimlendiği yaş ise olduğu gibi kodlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eltan tarafından geliştirilmiştir (13).

10. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (Childhood Trauma Questionnaire, ÇÇTÖ-28)

Bernstein ve arkadaşları tarafından, 20 yaşından önceki döneme ait çocukluk ve ergenlik dönemi travmalarını tarama amacıyla geliştirilmiştir(126). 5'li likert tipi olan bu ölçek, 28 maddeden oluşmakta ve bu ölçekte; fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmali ve travmayı küçümseme ölçülmektedir. Her alt grupta elde edilen yüksek puanlar, çocukluk veya ergenlikte o türde bir kötüye kullanımın olası mevcudiyetini belirtmektedir (Ek-9). ÇÇTÖ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı ÇÇTÖ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25- 125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (127).

11. Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale, ASÖ)

Algılanan Stres Ölçeği Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (128). Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi "Hiçbir zaman (0)" ile "Çok sık (4)" arasında değişen 5'li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7'si tersten puanlanmaktadır. On dört maddelik uzun formunun yanı sıra ASÖ'nün 10 ve 4 maddelik olmak üzere iki formu daha bulunmaktadır. Çalışmamızda 10 maddelik form kullanılmıştır (Ek-10). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eskin ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (129).

12. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, ÇBASDÖ)

Ölçek, Zimet ve arkadaşları tarafından kişinin algıladığı sosyal desteği değerlendirmek için geliştirilmiştir (130). Ölçek 12 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır (Ek-11). Yedili likert tipi bir ölçektir. Uygulayıcı katılmadığı cümleye en az 1 katıldığı cümleye de en fazla 7 puan verebilmektedir. Her bir maddeye verilen puan arttıkça algılanan sosyal destek de artmaktadır. Her alt boyutta dört madde puanları toplanarak, alt boyut puanı ve bütün alt boyut puanlarının toplanmasıyla da ölçeğin toplam puanı ortaya çıkmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Ortaya çıkan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlik güvenirliği Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (131).

13. Olayların Etkisi Ölçeği (The Impact of Event Scale–Revised, IES-R)

IES-R, Weiss ve arkadaşları tarafından revize edilen; travmatik olayların neden olduğu öznel sıkıntıyı değerlendiren 22 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (132). Eski versiyonun, 15 maddelik IES'nin gözden geçirilmiş versiyonudur (133). IES-R, orijinal IES'de yer almayan, TSSB'nin aşırı uyarılma belirtileriyle ilgili yedi ek madde içermektedir. Maddeler doğrudan TSSB'nin 17 DSM-IV belirtisinden 14'üne karşılık gelir (Ek-12). Katılımcılardan belirli bir stresli yaşam olayını tanımlamaları ve ardından son yedi gün boyunca listelenen her bir "zorluk" nedeniyle ne kadar sıkıntılı veya rahatsız olduklarını belirtmeleri istenir. Maddeler 0 ("hiç") ile 4 ("çok fazla") arasında değişen 5 puanlık bir ölçekte derecelendirilir. IES-R toplam puan verir (0 ila 88 arasında değişir) ve alt ölçek puanları ayrıca İntrüzyon, Kaçınma ve Aşırı Uyarılma alt

ölçekleri için de hesaplanabilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (134).

14. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (Medication Adherence Report Scale, İUBÖ)

Horne ve Hankins tarafından ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği jenerik bir ölçek olup hastalık türüne göre özelleştirilebilmektedir (135). Katılımcılardan 5 ifadenin her birisinin kendilerinde görülme sıklıklarını belirtmeleri istenmektedir (Ek-13). Ölçek 5=hiç bir zaman, 4=nadiren, 3=bazen, 2=sık sık ve 1=çok sık olacak şekilde 5'li likert tipi ile değerlendirilmektedir. Maddelerden elde edilen puanlar toplanarak toplam test skoru elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanlar 5 ile 25 arasında değişmektedir. Elde edilen puanlardaki yükselme uyumluluğa, puanlardaki düşme ise uyumsuzluğa işaret etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Temeloğlu Şen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (136).

15. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale, RHİDÖ)

Ritsher ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan RHİDÖ 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir (137). Ölçeğin: 1. Yabancılaşma (6 madde), 2. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde), 3. Algılanan Ayrımcılık (5 madde), 4. Sosyal Geri Çekilme (6 madde) ve 5. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde) olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. RHİDÖ'nde yer alan maddeler "kesinlikle aynı fikirde değilim" (1 puan), "aynı fikirde değilim" (2 puan), "aynı fikirdeyim" (3 puan), "kesinlikle aynı fikirdeyim" (4 puan) şeklinde dörtlü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. "Damgalanmaya karşı direnç" alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır (Ek-14). Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 91 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ'nde yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Ersoy ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (138).

C. İŞLEMLER

Araştırma veri toplama işlemi öncesinde İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 23.11.2023 tarihinde alınan onay ile Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen etik ilkeler doğrultusunda yürütülmüş (Ek-15), katılım gönüllülük esasına dayalı gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amacı, yöntemi, olası riskler ve gönüllünün haklarıyla ilgili

sözlü ve yazılı bilgi verildikten sonra katılmayı kabul eden katılımcılar Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu imzalamışlardır (Ek-16). Katılmayı kabul eden hastalar, tanılarını netleştirmek ve varsa eş tanılarını saptamak amacıyla, DSM-5'e göre klinik olarak değerlendirilmiştir. Bütün hastalara "Veri Toplama Araçları" bölümünde belirtilen form ve ölçekler uygulanmıştır. Hastalarla yatışında, çıkış yapılırken ve çıkışından 2 ay sonra olmak üzere üç görüşme yapılmıştır. Her bir görüşme ortalama 50-60 dakika sürmüştür. Hastalık şiddetini değerlendirmek üzere tanıya spesifik olarak Klinik global izlenim ölçeği, Pozitif ve negatif sendrom ölçeği, Young mani değerlendirme ölçeği, Hamilton depresyon ölçeği, Calgary şizofrenide depresyon ölçeği uygulanmıştır. Hastane çıkışı öncesi Algılanan stres ölçeği, Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, Kümülatif travma ölçeği, Çocukluk çağı travmaları ölçeği uygulanmıştır. Hastane çıkışından iki ay sonra Tedavi uyumu ölçeği, Olayların etkisi ölçeği ve Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği uygulanmıştır. Bu süreçlerde hastanın sosyodemografik bilgilerini, psikiyatrik özgeçmişini, yatış süreci ve yatış sonrası izlemiyle ilgili bilgileri sorgulayan bir form kullanılmıştır.

D. VERİ ANALİZİ

Verilerin tanımlayıcı istatistik sonuçları ortalama, standart sapma, yüzde ve sayı olarak sunulmuştur. İki bağımsız grup karşılaştırmasında normal dağılıma uyan değişkenler için bağımsız değişkenler t-testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında Pearson Kikare testi ve çaprazlık tablosundaki her hücre için beklenen değer sayısının 5'ten az olduğu durumların %20'yi geçmesi halinde Fisher'in Exact testi kullanılmıştır. Zorlayıcı uygulama maruziyet sayısı ile ölçek puanları arasındaki korelasyonlar için Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Ayrıca, tek değişkenli analizlerde zorlayıcı uygulamaya maruz kalan ve kalmayan gruplarda farklılık olduğu görülen değişkenlerle çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Çoklu doğrusallık sorunu nedeniyle (varyans artış faktörü>10; tolerans<0,1) geçmiş travma ile ilişkili değişkenler (kümülatif travma toplam puanı, kümülatif travma sıklığı ve çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı) ayrı lojistik regresyon analizleri ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık için, aksi belirtilmedikçe, tip 1 hata oranının yüzde beşin altında olması ($p<0,05$) gerekliliği kabul edilmiştir. İstatistik analizler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 29 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

IV. BULGULAR

A. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Çalışmaya 33'ü erkek 27'si kadın olmak üzere 60 hasta alındı. Bu hastaların 31'ini, servis yatış süresi boyunca en az bir kere zorlayıcı/istemsiz tıbbi uygulamaya maruz kalan hasta grubu; 29'unu ise herhangi bir zorlayıcı uygulamaya maruz kalmayan hasta grubu oluşturmuştur. Her iki hasta grubunun toplam ve grup halinde olmak üzere sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Zorlayıcı uygulamaya maruz kalan hasta grubunun yaş ortalaması 36,91 (SS=12,88), maruz kalmayan hasta grubunun 37,93'tür (SS=13,37). Eğitim yılı zorlayıcı uygulamaya maruz kalan hasta grubunda 12,48 (SS=3,54), diğer grupta 10,89'dur (SS=5,17). Gruplar arası fark olup olmadığını anlamak adına yapılan ikili karşılaştırmalarda yaş, eğitim yılı, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu açısından fark saptanmamıştır.

Tablo 1 Hastaların sosyodemografik verileri

	Toplam hasta (n=60)	**ZU'ya maruz kalan hasta grubu (n=31)**	**ZU'ya maruz kalmayan hasta grubu (n=29)**		
	Ortalama ± SS	**Ortalama ± SS**	**Ortalama ± SS**	**t***	**p**
Yaş	36,91±13,04	35,96±12,88	37,93±13,37	0,579	0,565
Eğitim Yılı	11,71±4,44	12,48±3,54	10,89±5,17	1,377	0,175
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**X^2 ****	**p**
Cinsiyet				0,001	0,979
Kadın	27 (100)	14 (51,9)	13 (48,1)		
Erkek	33 (100)	17 (51.5)	16 (48,5)		
Medeni Durum				1,034	0,596
Evli	21 (100)	9 (42,9)	12 (51,9)		
Bekar	34 (100)	19 (55,9)	15 (44,1)		
Boşanmış/ Eşi vefat etmiş	5 (100)	3 (60)	2 (40)		
Çalışma Durumu				2,031	0,362
Çalışıyor	19 (100)	10 (52,6)	9 (47,4)		
Hastalık nedenli çalışmıyor	19 (100)	12 (63,2)	7 (36,8)		
Başka nedenlerle çalışmıyor	22 (100)	9 (40,9)	13 (59,1)		
Aylık gelir				1,461	0,482
Düşük	27 (100)	16 (59,3)	11 (40,7)		
Orta	18 (100)	9 (50)	9 (50)		
Yüksek	15 (100)	6 (40)	9 (60)		

*Bağımsız değişkenler t-testi kullanılmıştır. ** Kikare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak alınmıştır. n, sayı. SS, standart sapma. ZU, zorlayıcı uygulama

B. KLİNİK İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Hastaların klinik özellikleri ile ilgili verileri Tablo 2, 3, 4 ve 5'te verilmiştir; zorlayıcı uygulamalara maruz kalan ve kalmayan iki grup karşılaştırılmıştır. Toplam yatış süresinin gün ortalaması zorlayıcı uygulamaya maruz kalan grupta 28,19 (SS=13,07), maruz kalmayan grupta 22,102'dir (SS=9,52). Her iki grup karşılaştırıldığında fark anlamlı bulunmuştur. Zorlayıcı uygulamaya maruz kalan 16 (%72,7), maruz kalmayan 6 (%27,3) hastada; toplam 22 hastada hastaneye yatış sırasında homisidal düşünceler vardı ve iki grup arasında hastane yatış sırasında homisidal düşüncelerin varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0,013). Ayrıca 22 hastanın daha önce başkasına zarar verici davranış öyküsü vardır, bunların 18'i (%81,8) zorlayıcı uygulamaya maruz kalan hasta grubudur. İki grup karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001). Daha önce madde öyküsü olan 14 hastanın, 11'i (%78,6) zorlayıcı uygulamaya maruz kalan hasta grubundadır. Madde öyküsü açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0,021). Hastaların yatış sırasındaki içgörü düzeyleri karşılaştırıldığında, iki grup arasındaki fark anlamlıdır (p=0,028). Daha önce istemsiz yatış, tecrit, mekanik kısıtlama ve kimyasal kısıtlamaya maruz kalma öyküleri zorlayıcı uygulama grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sıktır (sırasıyla p=0,003, p=0,011, p=0,001, p=0,007). Daha önceki yatış sayısı zorlayıcı uygulama grubunda istatiksel olarak anlamlı şekilde daha sıktır (p=0,037).

Tablo 2 Klinik ile ilişkili değişkenler

	Toplam hasta (n=60)	**ZU'ya maruz kalan hasta grubu (n=31)**	**ZU'ya maruz kalmayan hasta grubu (n=29)**		
	Ortalama ± SS	**Ortalama ± SS**	**Ortalama ± SS**	**t***	**p**
Yatış süresi (gün)	25,25±11,80	28,19±13,07	22,10±9,52	2,050	**0,045**
Tedaviye yanıt süresi (gün)	15,83±9,70	17,06±10,92	14,46±8,11	1,029	0,308
Hastalık süresi (ay)	137,28±123,00	127,15±117,88	147,72±129,50	0,633	0,529
Önceki yatış sayısı	2,76±3,28	3,63±3,76	1,86±2,46	2,146	**0,037**

***Bağımsız değişkenler t-testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0,05 olarak alınmıştır. n, sayı. SS, standart sapma. ZU, zorlayıcı uygulama

Tablo 3 Klinik ile ilişkili değişkenler

	Toplam hasta (n=60)	ZU'ya maruz kalan hasta grubu (n=31)	ZU'ya maruz kalmayan hasta grubu (n=29)		
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**X^2 ***	**p**
Tanı				1,529	0,466
Psikotik bozukluklar	26 (100)	13 (50)	13 (50)		
Bipolar bozukluk	22 (100)	13 (59,1)	9 (40,9)		
Major depresyon	11 (100)	4 (36,4)	7 (63,6)		
Psikotik belirti				0,184	0,668
Var	44 (100)	22 (50)	22 (50)		
Yok	16(100)	9 (56,3)	7 (43,7)		
Yatış suisid düşüncesi				0,231	0,631
Var	25 (100)	12 (48)	13 (52)		
Yok	35 (100)	19 (54,3)	16 (45,7)		
Yatış homisid düşüncesi				6,170	**0,013**
Var	22 (100)	16 (72,7)	6 (27,3)		
Yok	38 (100)	15 (39,5)	23 (60,5)		
Yatış içgörü				7,165	**0,028**
Var	8 (100)	2 (25)	6 (75)		
Kısmi	11 (100)	3 (27,3)	8 (72,7)		
Yok	41 (100)	26 (63,4)	15 (36,6)		
Yatışta LAI tedavisi				0,010	0,919
Var	19 (100)	10 (52,6)	9 (47,4)		
Yok	41 (100)	21 (51,2)	20 (48,8)		
Yatışta EKT tedavisi				0,017	0,897
Var	12 (100)	6 (50)	6 (50)		
Yok	48 (100)	25 (52,1)	23 (47,9)		
Tedaviye yanıt				1,087	0,297
Var	59 (100)	31 (52,5)	28 (47,5)		
Yok	1 (100)	0 (0)	1 (100)		
Çıkış iç görü				2,728	0,256
Var	32 (100)	15 (49,9)	17 (53,1)		
Kısmi	22 (100)	11 (50)	11 (50)		
Yok	6 (100)	5 (83,3)	1 (16,7)		

* Kikare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0,05 olarak alınmıştır. n, sayı. SS, standart sapma. ZU, zorlayıcı uygulama. EKT, elektrokonvülsif tedavi. LAI, uzun etkili enjeksiyon

Tablo 4 Klinik ile ilişkili değişkenler

		Toplam hasta (n=60)	ZU'ya maruz kalan hasta grubu (n=31)	ZU'ya maruz kalmayan hasta grubu (n=29)		
		n (%)	n (%)	n (%)	x^2 *	p
Birinci derece akraba öyküsü					0,156	0,693
	Var	18 (100)	10 (55,6)	8 (44,4)		
	Yok	42 (100)	21 (50)	21 (50)		
İkinci derece akraba öyküsü					0,221	0,638
	Var	9 (100)	4 (44,4)	5 (55,6)		
	Yok	51 (100)	27 (52,9)	24 (47,1)		
Daha önce tanı					0,601	0,438
	Var	54 (100)	27 (50)	27 (50)		
	Yok	6 (100)	4 (66,7)	2 (33,3)		
Daha önce istemsiz yatış					8,721	**0,003**
	Var	24 (100)	18 (75)	6 (25)		
	Yok	36 (100)	13 (36,1)	23 (63,9)		
Daha önce tecrit					6,541	**0,011**
	Var	20 (100)	15 (75)	5 (25)		
	Yok	40 (100)	16 (40)	24 (60)		
Daha önce mekanik kısıtlama					10,32	**0,001**
	Var	18 (100)	15 (83.3)	3 (16,7)		
	Yok	42 (100)	16 (38,1)	26 (61,9)		
Daha önce kimyasal kısıtlama					7,392	**0,007**
	Var	23 (100)	17 (73,9)	6 (26,1)		
	Yok	37 (100)	14 (37,8)	23 (62,2)		
Daha önce ilaç uyumsuzluğu					0,039	0,844
	Var	38 (100)	20 (52,6)	18 (47,4)		
	Yok	22 (100)	11 (50)	11 (50)		
EKT öyküsü					4,201	0,122
	Var	17 (100)	12 (70,6)	5 (29,4)		

	Yok	42 (100)	19 (45,2)	23 (54,8)		
Tedavi direnci					0,067	0,796
	Var	30 (100)	16 (53,3)	14 (46,7)		
	Yok	30 (100)	15 (50)	15 (50)		

* Kikare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0,05 olarak alınmıştır. n, sayı. SS, standart sapma. ZU, zorlayıcı uygulama. EKT, elektrokonvülsif tedavi

Tablo 5 Klinik ile ilişkili değişkenler

		Toplam hasta (n=60)	**ZU'ya maruz kalan hasta grubu (n=31)**	**ZU'ya maruz kalmayan hasta grubu (n=29)**		
		n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**x^2 ***	**p**
Daha önce suisid öyküsü					0,537	0,464
	Var	18 (100)	8 (44,4)	10 (55,6)		
	Yok	42 (100)	23 (54,8)	19 (45,2)		
Daha önce self-mutilatif davranış öyküsü					1,051	0,305
	Var	31 (100)	18 (58,1)	13 (41,9)		
	Yok	29 (100)	13 (44,8)	16 (55,2)		
Daha önce başkalarına zarar verici davranış öyküsü					12,646	**<0.001**
	Var	22 (100)	18 (81,8)	4 (18,2)		
	Yok	38 (100)	13 (34,2)	25 (65,8)		
Alkol kullanımı					0,095	0,758
	Var	7 (100)	4 (57,1)	3 (42,9)		
	Yok	53 (100)	27 (50,9)	26 (49,1)		
Şu an madde kullanımı					1,239	0,266
	Var	7 (100)	5 (71,4)	2 (28,6)		
	Yok	53 (100)	26 (49,1)	27 (50,9)		
Madde öyküsü					5,293	**0,021**
	Var	14 (100)	11 (78,6)	3 (21,4)		
	Yok	46 (100)	20 (43,5)	26 (56,5)		

* Kikare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0,05 olarak alınmıştır. n, sayı. SS, standart sapma. ZU, zorlayıcı uygulama

C. KLİNİK ÖLÇEKLER

Hastalık şiddetini, işlevselliği ve düzelmeyi değerlendiren klinik ölçek puanlarının karşılaştırması Tablo 6'da verilmiştir. Zorunlu uygulamaya maruz kalan hasta grubunda yatış GAF ve HAMD puanı zorunlu uygulamaya maruz kalmayan hasta grubuna göre istatistik olarak anlamlı şekilde daha düşük (p=0,004, p=0,001), PANNS pozitif ve YMRS puanı ise daha yüksektir (p=0,007, p=0,015).

Tablo 6 Hastalık şiddetini, işlevselliği ve düzelmeyi değerlendiren klinik ölçekler

	Toplam hasta (n=60)	**ZU'ya maruz kalan hasta grubu (n=31)**	**ZU'ya maruz kalmayan hasta grubu (n=29)**		
	Ortalama ± SS	**Ortalama ± SS**	**Ortalama ± SS**	**t***	**p**
Yatış GAF puanı	25,86±9,94	22,38±9,12	29,58±9,56	2,983	**0,004**
Çıkış GAF puanı	70,85±15,13	69,06±15,31	72,75±14,97	0,944	0,349
PANNS					
Pozitif	21,35±10,59	24,87±11,64	17,58±7,91	2,814	**0,007**
Negatif	17,06±9,12	16,25±10,29	17,93±7,75	0,714	0,479
Genel	41,30±9,95	43,29±11,11	39,17±8,21	1,623	0,110
Toplam	79,38±23,22	83,77±27,19	74,68±17,32	1,553	0,127
YMRS	52±12,77 (n=57)	18,39±19,01(n=28)	7,34±13,43(n=29)	2,526	**0,015**
HAMD	33±11,44 (n=47)	6,44±8,84(n=25)	17,13±11,52(n=22)	3,432	**0,001**
CDSS	27±6,03 (n=27)	4,07±7,18(n=14)	8,15±9,08(n=13)	1,300	0,205
CGI Şiddet	5,38±0,69	5,51±0,76	5,24±0,57	1,572	0,061
CGI Düzelme	1,98±1,14	2,09±1,37	1,86±0,83	0,793	0,431

*Bağımsız değişkenler t-testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0,05 olarak alınmıştır. n, sayı. SS, standart sapma. ZU, zorlayıcı uygulama. GAF, Global Assessment of Functioning. PANSS, Positive and Negative Syndromes Scale. YMRS, Young Mania Rating Scale. HAMD, Hamilton Depression Rating Scale. CDSS, The Calgary Depression in Schizophrenia Scale. CGI, Clinical Global Impressions

Geçmiş travmatik yaşantıları değerlendiren klinik ölçek puanlarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 7'de verilmiştir. Zorunlu uygulamaya maruz kalan hasta grubunda KTÖ hayatta kalma (p=0,004), kişisel kimlik (p<0,001), kolektif kimlik (p=0,010), aile bağı travmaları alt ölçekleri puanları (p<0,001); KTÖ toplam (p<0,001) ve sıklık (p<0,001) puanları, zorunlu uygulamaya maruz kalmayan hasta grubuna göre istatistik olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Zorlayıcı uygulamaya maruz kalan hasta grubunda ÇÇTÖ fiziksel istismar (p=0,003), fiziksel ihmal (p<0,001), duygusal istismar (p<0,001), duygusal ihmal (p<0,001), cinsel istismar (p=0,015) alt ölçek ve toplam (p<0,001) puanları, zorunlu uygulamaya maruz kalmayan hasta grubuna göre istatistik olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 7 Geçmiş travmatik yaşantılar için klinik ölçekler

		Toplam hasta (n=60)	**ZU'ya maruz kalan hasta grubu (n=31)**	**ZU'ya maruz kalmayan hasta grubu (n=29)**		
		Ortalama ± SS	**Ortalama ± SS**	**Ortalama ± SS**	**t***	**p**
KTÖ						
	Hayatta kalma	1,48±1,20	1,90±1,32	1,03±0,86	3,025	**0,004**
	Kişilik	2,30±2,14	3,67±2,13	0,82±0,71	7,027	**<0,001**
	Kolektif	0,56±0,87	0,83±1,03	0,27±0,52	2,677	**0,010**
	Aile	1,75±1,29	2,29±1,27	1,17±1,07	3,672	**<0,001**
	Toplam	6,11±4,06	8,74±3,83	3,31±1,81	7,079	<**0,001**
	Sıklık	14,73±12,48	22,45±12,52	6,48±4,88	6,583	<**0,001**
ÇÇTÖ						
	Fiziksel istismar	6,91±3,75	8,25±4,19	5,48±2,59	3,101	**0,003**
	Fiziksel ihmal	7,61±3,50	9,09±3,90	6,03±2,14	3,799	**<0,001**
	Duygusal istismar	9,33±5,30	11,77±5,48	6,72±3,65	4,220	<**0,001**
	Duygusal ihmal	12,63±5,09	15,54±4,51	9,51±3,66	5,659	**<0,001**
	Cinsel istismar	6,53±3,30	7,51±3,83	5,48±2,24	2,524	**0,015**
	Toplam	42,80±17,26	51,80±17,43	33,17±10,81	5,010	<**0,001**

*****Bağımsız değişkenler t-testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0,05 olarak alınmıştır. n, sayı. SS, standart sapma. ZU, zorlayıcı uygulama. KTÖ, Kümülatif Travma Ölçeği. ÇÇTÖ, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ASÖ, ÇBASDÖ, RHİDÖ, IES-R ve puanlarının karşılaştırması Tablo 8'da verilmiştir. Zorunlu uygulamaya maruz kalan hasta grubunda, ÇBASDÖ aile alt ölçek (p=0,012) ve toplam (0,011) puanları; zorunlu uygulamaya maruz kalmayan hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır.

Tablo 8 Diğer klinik ölçekler

	Toplam hasta (n=60)	**ZU'ya maruz kalan hasta grubu (n=31)**	**ZU'ya maruz kalmayan hasta grubu (n=29)**		
	Ortalama ± SS	**Ortalama ± SS**	**Ortalama ± SS**	**t***	**p**
ASÖ	19,98±7,34	21,19±7,24	18,68±7,36	1,327	0,190
ÇBASDÖ					
Aile	20,95±6,13	19,06±6,90	22,96±4,47	2,612	**0,012**
Arkadaş	14,80±8,15	12,83±7,69	16,89±8,24	1,972	0,053
Özel	9,01±6,42	7,58±6,13	10,55±6,47	1,826	0,073
Toplam	44,75±16,97	39,45±16,76	50,41±15,54	2,621	**0,011**
RHİDÖ					
Yabancılaşma	13,74±5,74	12,73±5,09	14,79±6,25	1,383	0,172
Kalıp yargı onaylanması	10,55±4,09	10,16±3,73	10,96±4,46	0,747	0,458
Algılanan ayrımcılık	10,55±4,74	10,36±4,78	10,75±4,78	0,315	0,754
Sosyal geri çekilme	12,77±6,22	11,73±5,58	13,86±6,73	1,318	0,193
Damgalamaya direnç	11,28±3,41	10,83±3,13	11,75±3,69	1,040	0,303
Toplam	58,64±21,91	55,93±19,73	61,44±23,98	0,963	0,340
IES-R	0,16±0,83	0,10±0,40	0,24±1,12	0,648	0,520
İUBÖ	24,77±1,06	24,63±1,47	24,93±0,25	1,089	0,284

*****Bağımsız değişkenler t-testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0,05 olarak alınmıştır. n, sayı. SS, standart sapma. ZU, zorlayıcı uygulama. ASÖ, Algılanan Stres Ölçeği. ÇBASDÖ, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği. RHİDÖ, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği. IES-R, Impact of Event Scale-Revised. İUBÖ, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği

D. ZORLAYICI UYGULAMA

Çalışmaya katılan hastalardan, hastaneye istemsiz yatırılan 25 (%41,7); tecrit edilen 19 (%31,7), mekanik kısıtlama yapılan 14 (%23,3), kimyasal kısıtlama uygulanan hasta sayısı 20'dir (%33,3). Tecrit edilen hastaların tecrit edilme sayılarının ortalaması 4,36 (SS=5,96), tecrit sürelerinin saat cinsinden ortalaması 46,36'dır (SS=82,23). Mekanik kısıtlama uygulanan hastaların kısıtlama sayılarının ortalaması 3,57 (SS=4,18), kısıtlama sürelerinin saat cinsinden ortalaması 41,14'tür (SS=63,69).

1. Zorlayıcı Uygulama Sayısının Klinik Ölçeklerle İlişkisi

Zorlayıcı uygulamaya maruz kalanlardan 10 (%32,3) hasta bir, 6 (%19,4) hasta iki, 4 (%12,9) hasta üç ve 11 (%35,5) hasta dört uygulamaya maruz kalmıştır. Bu hastalar arasında zorlayıcı uygulama ortalaması 2,51 (SS=1,59)'tir. Uygulanan farklı zorlama biçimlerinin sayısının klinik ölçeklerle ilişkisi Pearson korelasyon testi ile incelenmiştir. Zorlayıcı uygulama sayısıyla, yatış iç görü düzeyi (r=0,271 p=0,036) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif; daha önceki yatış sayısıyla (r=0,343 p=0,008) istatiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır. Zorlayıcı uygulama sayısının hastalık şiddetini ve işlevselliği değerlendiren klinik ölçeklerle ilişkisi Tablo 9'da verilmiştir. Zorlayıcı uygulama sayısıyla, yatış GAF (r=0,373 p=0,003) ve HAMD (r=0,414, p=0,004) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif; PANNS pozitif (r=0,367, p=0,004), YMRS (r=0,467, p<0,001) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır.

Ayrıca zorlayıcı uygulama sayısıyla, ASÖ (r=0,325, p=0,11) ve CGI-Şiddet (r=0,284, p=0,028) puanları arasında da anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur.

Zorlayıcı uygulama sayısının geçmiş travmaları değerlendiren klinik ölçeklerle ilişkisi Tablo 10'da verilmiştir. Zorlayıcı uygulama sayısıyla KTÖ hayatta kalma (r=0,391, p=0,002), kişisel kimlik (r=0,673, p<0,001), kolektif kimlik (r=0,408, p=0,001), aile bağı travmaları alt ölçekleri puanları (r=0,388, p<0,002), KTÖ toplam (r=0,689, p<0,001) ve sıklık (r=0,629, p<0,001) puanları; ÇÇTÖ fiziksel ihmal (r=0,305, p=0,018), duygusal istismar (r=0,412, p=0,001), duygusal ihmal (r=0,294, p=0,002), cinsel istismar (r=0,411, p=0,001) alt ölçek ve toplam (r=0,411, p<0,001) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır.

Tecrit ve mekanik kısıtlama sayısıyla, KTÖ (r=0,119, p=0,627, r=0,125, p=0,670); ÇÇTÖ toplam (r=0,093, p=0,705, r=0,122, p=0,678) ve alt ölçek puanları arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Tecrit ve mekanik kısıtlama süresiyle, KTÖ (r=0,124, p=0,614, r=0,161, p=0,581); ÇÇTÖ toplam (r=0,136, p=0,579, r=0,021, p=0,942) ve alt ölçek puanları arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 9 Zorlayıcı Uygulama Sayısının Hastalık Şiddetini ve İşlevselliği Değerlendiren Klinik Ölçeklerle İlişkisi

		Zorlayıcısayı	Yatış GAF	Çıkış GAF	PANSS pozitif	PANNS negatif	PANNS genel	PANNS total	YMRS	HAMD	CDSS
Zorlayıcı_sayı	**r**										
	p										
Yatış_GAF	**r**	**-0.373****									
	p	**0.003**									
Çıkış_GAF	**r**	0.070	-0.037								
	p	0.596	0.779								
PANSS_pozitif	**r**	**0.367****	**-0.478****	-0.245							
	p	**0.004**	**<0.001**	0.060							
PANNS_negatif	**r**	-0.226	-0.177	**-0.469****	0.205						
	p	0.083	0.177	**<0.001**	0.117						
PANNS_genel	**r**	0.227	**-0.490****	-0.189	**0.628****	**0.511****					
	p	0.081	**<0.001**	0.149	**<0.001**	**<0.001**					
PANNS_total	**r**	0.151	**-0.482****	**-0.395****	**0.756****	**0.720****	**0.897****				
	p	0.251	**<0.001**	**0.002**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**				
YMRS	**r**	**0.467****	-0.253	0.251	**0.483****	**-0.572****	**-0.026**	-0.047			
	p	**<0.001**	0.058	0.059	**<0.001**	**<0.001**	0.850	0.726			
HAMD	**r**	**-.0414****	0.119	0.192	**-0.461****	**0.448****	0.199	0.008	**-0.695****		
	p	**0.004**	0.426	0.196	**0.001**	**0.002**	0.180	0.959	**<0.001**		
CDSS	**r**	-0.257	-0.128	0.269	-0.129	0.155	0.255	0.138	-0.294	**0.649***	
	p	0.196	0.525	0.175	0.520	0.441	0.200	0.493	0.163	**0.012**	

*****İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0,05 olarak alınmıştır. ******İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0,01 olarak alınmıştır. GAF, Global Assessment of Functioning. PANSS, Positive and Negative Syndromes Scale. YMRS, Young Mania Rating Scale. HAMD, Hamilton Depression Rating Scale. CDSS, The Calgary Depression in Schizophrenia Scale

Tablo 10 Zorlayıcı Uygulama Sayısının Geçmiş Travmaları Değerlendiren Klinik Ölçeklerle İlişkisi

		Zorlayıcı sayı	KTÖ hayat kalma	KTÖ kişisel kimlik	KTÖ kolektif	KTÖ aile bağı	KTÖ toplam	KTÖ sıklık	ÇÇTÖ_28	ÇÇTÖ Fİ	ÇÇTÖ F ihmal	ÇÇTÖ Dİ	ÇÇTÖ D ihmal	ÇÇTÖ Cİ
Zorlayıcı_sayı	**r**													
	p													
KTÖ hayatta kalma	**r**	**0,391****												
	p	**0,002**												
KTÖ kişisel kimlik	**r**	**0,673****	**0,626***											
	p	**<0,001**	**<0,001**											
KTÖ kolektif kimlik	**r**	**0,408****	**0,009**	0,243										
	p	**0,001**	**0,944**	0,062										
KTÖ aile bağı	**r**	**0,388****	**0,427***	**0,392***	0,143									
	p	**0,002**	**<0,001**	**0,002**	0,277									
KTÖ toplam	**r**	**0,689****	**0,766***	**0,890***	**0,393****	**0,684***								
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,002**	**<0,001**								
KTÖ sıklık	**r**	**0,629****	**0,701***	**0,880***	**0,401****	**0,585***	**0,946***							
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,002**	**<0,001**	**<0,001**							
ÇÇTÖ_28	**r**	**0,426****	**0,603***	**0,678***	0,134	**0,558***	**0,743***	**0,785***						
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	0,308	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**						
ÇÇTÖ Fİ	**r**	0,238	**0,592***	**0,557***	0,082	**0,570***	**0,666***	**0,713***	**0,839****					
	p	0,067	**<0,001**	**<0,001**	0,533	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**					
ÇÇTÖ fiziksel ihmal	**r**	**0,305***	**0,475***	**0,438***	0,056	**0,552***	**0,558***	**0,537***	**0,804****	**0,696***				
	p	**0,018**	**<0,001**	**<0,001**	0,673	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**				
ÇÇTÖ Dİ	**r**	**0,412****	**0,619***	**0,650***	0,160	**0,481***	**0,713***	**0,752***	**0,905****	**0,688***	**0,652***			
	p	**0,001**	**<0,001**	**<0,001**	0,221	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**			
ÇÇTÖ duygusal ihmal	**r**	**0,394****	**0,445***	**0,580***	0,197	**0,478***	**0,633***	**0,687***	**0,895****	**0,670***	**0,676***	**0,839***		
	p	**0,002**	**<0,001**	**<0,001**	0,132	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**		
ÇÇTÖ Cİ	**r**	**0,411****	0,220	**0,468***	0,076	0,182	**0,390***	**0,449***	**0,515****	**0,309***	**0,358***	**0,344***	**0,302***	
	p	**0,001**	0,091	**<0,001**	0,565	0,164	**0,002**	**<0,001**	**<0,001**	**0,016**	**0,005**	**0,007**	**0,019**	

*Bağımsız değişkenler t-testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0,05 olarak alınmıştır. n, sayı. SS, standart sapma. ZU, zorlayıcı uygulama. F, fiziksel. D, duygusal Fİ, fiziksel istismar. Dİ, duygusal istismar. Cİ, cinsel istismar. KTÖ, Kümülatif Travma Ölçeği. ÇÇTÖ, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

2. Zorlayıcı Uygulamalara Maruziyeti Yordayan Değişkenler İçin Lojistik Regresyon Analizi

Zorlayıcı uygulamalara maruziyeti yordayan değişkenleri belirlemek için KTÖ toplam puanı dahil edilerek oluşturulan lojistik regresyon modeli iyi bir uyum göstermiştir (-2 Log Likelihood = 39,73; Omnibus testi $\chi 2 = 43.38$; p = <0,001). Nagelkerke R^2 değeri 0,687'dir; başka bir deyişle, kurulan model varyansın %68,7'sini açıklamaktadır. KTÖ toplam puanının, zorunlu uygulamalara maruziyeti anlamlı şekilde yordadığı görülmektedir (Tablo 11). KTÖ toplam puanının artması, zorlayıcı uygulamalara maruziyet olasılığını 2 kat artırmıştır (OO = 2).

Tablo 11 Zorlayıcı uygulamalara maruziyeti yordayan değişkenler için lojistik regresyon analizi: Kümülatif Travma Toplam Puanı

							OO için %95 GA	
	B	**S.H.**	**Wald**	**df**	**p**	**OO**	**Alt**	**Üst**
Yatış GAF	-0.071	0.058	1.527	1	0.217	0.931	0.832	1.043
Yatış içgörü	0.423	0.762	0.308	1	0.579	1.526	0.343	6.796
Madde öyküsü	-0.668	1.074	0.387	1	0.534	0.513	0.062	4.210
PANSS pozitif	0.046	0.057	0.637	1	0.425	1.047	0.936	1.171
ÇBASDÖ toplam	0.007	0.031	0.052	1	0.820	1.007	0.949	1.069
KTÖ toplam	0.695	0.206	11.362	1	**<0.001**	2.004	1.338	3.002
Sabit	-3.069	3.473	0.781	1	0.377	0.046		

ÇBASDÖ, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; GA, Güven Aralığı; GAF, Global Assessment of Functioning; KTÖ, Kümülatif Travma Ölçeği; OO, Odds Oranı; PANSS, Positive and Negative Syndromes Scale; S.H., standard hata.

Zorlayıcı uygulamalara maruziyeti yordayan değişkenleri belirlemek için KTÖ sıklık puanı dahil edilerek oluşturulan lojistik regresyon modeli iyi bir uyum göstermiştir. (-2 Log Likelihood = 42,20; Omnibus testi $\chi 2 = 40.90$; p = <0,001). Nagelkerke R^2 değeri 0,659'dur; başka bir deyişle, kurulan model varyansın %65,9'unu açıklamaktadır. KTÖ sıklık puanının, zorlayıcı uygulamalara maruziyeti anlamlı şekilde yordadığı görülmektedir (Tablo 12). KTÖ sıklık puanının artması, zorunlu uygulamalara maruziyet olasılığını 1,2 kat artırmıştır (OO = 1,22).

Tablo 12 Zorlayıcı uygulamalara maruziyeti yordayan değişkenler için lojistik regresyon analizi: Kümülatif Travma Sıklığı

							OO için %95 GA	
	B	**S.H.**	**Wald**	**df**	**p**	**OO**	**Alt**	**Üst**
Yatış GAF	-0.032	0.054	0.356	1	0.551	0.968	0.870	1.077
Yatış içgörü	0.771	0.815	0.895	1	0.344	2.161	0.438	10.672
Madde öyküsü	-0.565	1.028	0.302	1	0.583	0.568	0.076	4.263
PANSS pozitif	0.053	0.059	0.803	1	0.370	1.054	0.939	1.182
ÇBASDÖ toplam	0.005	0.030	0.027	1	0.870	1.005	.948	1.065
KTÖ sıklık	0.205	0.060	11.567	1	<0.001	1.227	1.091	1.381
Sabit	-4.038	3.950	1.045	1	0.307	0.018		

ÇBASDÖ, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; GA, Güven Aralığı; GAF, Global Assessment of Functioning; KTÖ, Kümülatif Travma Ölçeği; OO, Odds Oranı; PANSS, Positive and Negative Syndromes Scale; S.H., standard hata.

Zorlayıcı uygulamalara maruziyeti yordayan değişkenleri belirlemek için ÇÇTÖ toplam puanı dahil edilerek oluşturulan lojistik regresyon modeli iyi bir uyum göstermiştir. (-2 Log Likelihood = 48,34; Omnibus testi $\chi 2 = 34.76$; p = <0,001). Nagelkerke R2 değeri 0,587'dir; başka bir deyişle, kurulan model varyansın %58,7'sini açıklamaktadır. ÇÇTÖ toplam puanının, zorlayıcı uygulamalara maruziyeti anlamlı şekilde yordadığı görülmektedir (Tablo 13). ÇÇTÖ toplam puanının artması, zorunlu uygulamalara maruziyet olasılığını 1,1 kat artırmıştır (OO = 1,14).

Tablo 13 Zorlayıcı uygulamalara maruziyeti yordayan değişkenler için lojistik regresyon analizi: Çocukluk Çağı Travmaları

							OO için %95 GA	
	B	**S.H.**	**Wald**	**df**	**p**	**OO**	**Alt**	**Üst**
Yatış GAF	-0.039	0.050	0.599	1	0.439	0.962	0.872	1.061
Yatış içgörü	0.654	0.706	0.857	1	0.355	1.923	0.482	7.681
Madde öyküsü	-0.804	0.967	0.691	1	0.406	0.448	0.067	2.978
PANSS pozitif	0.053	0.049	1.208	1	0.272	1.055	0.959	1.160
ÇBASDÖ	0.030	0.031	0.887	1	0.346	1.030	0.968	1.096
ÇÇTÖ	0.135	0.044	9.612	1	0.002	1.145	1.051	1.247
Sabit	-7.134	4.214	2.866	1	0.090	0.001		

ÇBASDÖ, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; ÇÇTÖ, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; GA, Güven Aralığı; GAF, Global Assessment of Functioning; OO, Odds Oranı; PANSS, Positive and Negative Syndromes Scale; S.H., standard hata.

V. TARTIŞMA

Çalışmamızda, psikiyatri servisinde yatan hastalarda zorlayıcı uygulamaların; travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) riski ve tedavi uyumu üzerine etkisini araştırmak, ayrıca geçmiş travma yükü ile zorunlu uygulamalara maruziyetin ilişkisini incelemek amaçlanmıştır. Geçmiş travmatik yaşantılar KTÖ ve ÇÇTÖ ile kapsamlı olarak değerlendirilmiştir. Hastalar zorlayıcı uygulamalara maruziyetlerine göre iki gruba ayrılarak gruplar arası farklılıklar incelenmiştir. Zorlayıcı uygulamalara maruziyetin yanı sıra maruz kalınan zorlayıcı uygulama sayısının uygulanan ölçeklerle ilişkisi de incelenmiştir. Ayrıca zorlayıcı uygulamaya maruziyetin bağımlı değişken olduğu, çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmış; bağımsız değişkenlerle kurulan ilişkinin devamlılığı değerlendirilmiştir.

Bu çalışmadaki hipotezlerimiz, zorlayıcı uygulamalara maruz kalan hastaların, maruz kalmayanlarla karşılaştırıldığında; travma sonrası stres belirtilerinin daha fazla olacağı ve TSSB riskinin daha yüksek olacağı, tedavi uyumunun ise daha düşük olacağı yönündeydi. Ancak bulgularımız hipotezlerimizle uyumlu olarak sonuçlanmamıştır. Zorlayıcı uygulamalara maruziyet ile IES-R ve IUBÖ puanı arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bulgular, zorlayıcı uygulamalara maruziyetin geçmiş travma yükü ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Zorlayıcı uygulamalara maruziyetin KTÖ toplam, sıklık ve tüm alt ölçekleri; ÇÇTÖ toplam ve tüm alt ölçekleri ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Zorlayıcı uygulamalara maruziyetin bağımlı değişken olduğu, PANNS pozitif, yatış GAF, ÇBASDÖ toplam puanı, yatış iç görü ve madde öyküsünün de bağımsız değişkenler olarak belirlendiği çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ÇÇTÖ, KTÖ toplam ve KTÖ sıklık puanın etkisinin devam ettiği saptanmıştır. Zorlayıcı uygulama sayısının ÇÇTÖ fiziksel istismar alt ölçeği hariç ÇÇTÖ alt ölçekleri ve toplamı; KTÖ alt ölçekleri, toplamı ve sıklığı ile pozitif ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Zorlayıcı uygulamalara maruziyetin, yatış homisid düşüncesi; başkalarına zarar verici davranış öyküsü, madde kullanım öyküsü, önceki yatış sayısı, zorlayıcı uygulamalara maruziyet öyküsü, PANNS pozitif ve YMRS puanı ile pozitif; yatış içgörü düzeyi, yatış GAF, HAMD, ÇBASDÖ aile alt ölçeği ve ÇBASDÖ toplam puanı ile negatif ilişkili bulunmuştur. Zorlayıcı uygulama sayısının ise PANNS pozitif, YMRS, CGI-Şiddet ve ASÖ puanı ile pozitif; yatış GAF, HAMD puanı ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızdaki bulgular zorlayıcı uygulamanın TSSB riskini artırdığı yönündeki hipotezimizle uyumlu değildir. Literatürde zorlayıcı uygulamaların TSSB riskini arttırdığını öngören birçok çalışma mevcuttur (10–12,17,19,96). Bununla birlikte, hastane çıkışı sırasında

TSSB riskini %40 olarak öngören fakat uzunlamasına takipte TSSB ile zorlayıcı uygulamalar arasında ilişkinin olmadığını tespit eden bir çalışma bu durumu; semptomların doğal olarak çözülmesi ve hastane çıkışı hastalarla sık görüşmenin TSSB'nin önlenmesine yardımcı olmasıyla ilgili olabileceğini öne sürmüştür (174). Bu konuyla ilgili literatürdeki son araştırma, bizim bulgumuza benzer şekilde TSS semptomları, TSSB ve zorlayıcı uygulamalara maruziyet arasında herhangi bir ilişki saptamamıştır (94). Araştırmamızdaki bu bulgunun, hastanemizde yatışları sırasında hastalara günlük uzun görüşmeler yapılıyor olması ve hastaların çıkışlarında da sık randevu verilerek yakından takip ediliyor olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Yatış sırasındaki sık görüşmelerle zorlayıcı uygulamaların yarattığı sıkıntıların ele alınabileceği ortamın oluşmasının ve çıkış sonrası devam eden görüşmelerin TSSB'nin önlenmesine katkısının olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bir üniversite hastanesi olarak servis kapasitemizin sınırlı olması, zorlayıcı uygulamalara maruziyet süreçleri de dahil olmak üzere; servisteki sağlık çalışanlarının, servis ortamının sağlıklı yönetilmesi ve kontrolünü sağlamak konusunda daha rahat hareket edebilmesine olanak sağlamaktadır. Bunun da zorlayıcı uygulamaların travmatize edici etkilerinin hızlı çözülmesine yardımcı olabileceği düşünülmüştür. Kurulan güvenli terapötik ilişki bu anlamda da önemini göstermektedir. Ayrıca çalışmamızdaki geçmiş travma yükü yüksek hastalar da dahil hiçbir hasta, geçmişte ya da yatışları sırasında TSSB tanısı alacak belirtiler göstermemiştir. Benzer bir çalışmada, TSSB geçmişi olan hastaların da dahil olması halinde; farklı sonuçlara varılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, zorlayıcı uygulamalara maruz kalan hastalarda; hastane çıkışından sonra kısa dönemli tedavi uyumunun, maruz kalmayan hastalara göre daha kötü olup olmadığını tespit etmek amaçlanmıştır. Bulgularımız, hastane çıkışı sonrası iki hasta grubu arasında tedavi uyumu açısından bir farklılık olmadığını göstermektedir. Zorlayıcı uygulamalara maruziyetin hasta ile kurulan terapötik ilişkiyi ve tedavi uyumunu bozabileceği, ayrıca zorlayıcı uygulamalara maruz kalan hastalarda; yatışları sırasında tedavi reddi de söz konusu olabileceği için, taburculuk sonrası tedavi isteksizliği sebebiyle tedavi uyumsuzluğunun olabileceği düşünülebilir. Bu konudaki önceki çalışmalar çelişkilidir. Bu ilişkinin varlığına işaret eden çalışmalar (175,176) olduğu gibi, tedavi uyumunu etkilemediğini tespit eden çalışmalar (175,177) da yapılmıştır. Çalışmamızda her iki gruptaki hastaların tedavi uyumunun yüksekliği, yine servis koşullarının sağladığı olanakların da katkısıyla kurulan ve taburculuk sonrası devam eden sağlam terapötik ilişkinin sonucu olduğu düşünülmektedir. Daha uzun süreli uyumun değerlendirilmesi için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Zorlayıcı uygulamalara maruziyetin geçmiş travmatik yaşantılarla ilişkisini araştırmayı da amaçladığımız çalışmamızda, kullandığımız ÇÇTÖ ve KTÖ ölçeklerinde, toplam ve tüm alt ölçek puanları zorlayıcı uygulamalara maruziyet ile ilişkili bulunmuş; geçmiş travmanın etkisi regresyon analiziyle düzeltmeler yapıldıktan sonra da devam etmiştir. Zorlayıcı uygulama sayısıyla ise, ÇÇTÖ fiziksel istismar alt ölçeği hariç; ÇÇTÖ ve KTÖ toplam ve alt ölçek puanları pozitif ilişkili bulunmuştur. Bulgularımız, geçmiş travmatik yaşantılarla zorlayıcı uygulamalara maruziyetin ilişkili olduğunu öne süren diğer çalışmalarla örtüşmektedir (10,17,18,93,139). Çocukluk çağındaki bir travma, sosyal işlevsellikle ilgili becerilerin normal gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (140). Özellikle, kişinin emosyonel regülasyon becerilerini olumsuz etkilenebilmektedir (141). Ayrıca çocukluk çağı istismar öyküsü, yetişkin saldırganlığı ve intihar eğilimi ile de önemli bir korelasyon göstermektedir (142,143). Hastaların, kendilerine ve başkalarına yönelik şiddet eylemleri, geçmiş deneyimler ve travmalar sonucunda oluşan psikolojik sıkıntıların bir ifadesi olabileceği düşünülmüştür (144). Bu durumlar göz önüne alındığında, çocukluk çağında travma geçmişi olan hastaların kendine zarar verme veya başkalarına zarar verme gibi eylemlere daha sık başvurabilecekleri düşünülebilir; bu da servis yatışları sırasında güvenlik amacıyla zorlayıcı uygulamalara maruz kalma risklerini artırabilir. Çalışmamızda, zorlayıcı uygulamalara maruz kalan hastalarda geçmiş başkalarına zarar verici davranış öyküsü ve yatış homisid düşüncelerinin anlamlı yüksek çıkması bu fikrimizi desteklemektedir. Travma geçmişi olan hastaların servis yatışları sırasında zorlayıcı uygulamalara maruz kalması retravmatizasyonla sonuçlanabilmektedir (18,93). Hastaların kendilerine veya başkalarına yönelik şiddetini yönetmek için zorlayıcı uygulamaların kullanılması, kişiyi veya başkalarını zarar görmekten korumak amaçlansa da travmanın ağırlaşmasına katkıda bulunabilir. Yeniden travmatizasyon da var olan sosyal becerilerdeki zayıflık, emosyon regülasyon güçlüğüne ek davranışsal problemlere sebep olabilir (18), kümülatif travma etkisi ve meydana gelen kısır döngü de kişinin travmaya yatkınlığını ve hastane yatışları sırasında zorlayıcı uygulama maruziyet risklerinin yüksekliğini açıklar. Zorunlu uygulamaların travma geçmişiyle ilişkili olması, travmanın mağduriyet ve travma ürettiğini düşündürmektedir. Çalışmamızda bu fikrimize paralel olarak, zorlayıcı uygulamaya maruz kalmış hastaların geçmiş yatışlarında da istemsiz yatış, tecrit, mekanik ve kimyasal kısıtlanmaya maruz kalmış olma oranları anlamlı yüksek bulunmuştur. Yani bir önceki travma, yeni travmatik yaşantılara sebebiyet verebilmektedir. Benzer şekilde zorlayıcı uygulamalara maruz kalan hastaların daha önce de bu uygulamalara maruz kalmış olma oranın yüksek olduğunu bildiren literatür verisi mevcuttur (18). Travma mağduru kişilerin yaşam boyu farklı şekillerde travmatik olaylarla karşılaşma olasılığının yüksek olduğu da bazı

araştırmalarca ortaya konmuştur (145,146). Tüm bunlar travmanın mağduriyet yarattığı ve travma ürettiğiyle ilgili düşüncemizi desteklemektedir. Ayrıca çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak, kolektif kimlik travmasının da zorlayıcı uygulamalarla ilişkisi araştırılmıştır. Zorunlu göçler, göçmenlik; etnik köken, cinsel kimlik sebebiyle ayrımcılığa uğramak gibi kolektif kimlik travmalarının da zorlayıcı uygulamalara maruziyet ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırmalara göre özellikle dezavantajlı grupların yaşam boyu kolektif kimlik ve diğer türden travmalara maruz kalma riski yüksektir (18,147–149). Önceki araştırmalar etnik azınlık ve göçmen statüsünde oluşun, zorlayıcı uygulamalara maruziyet açısından risk faktörü olduğu sonucuna varmıştır (150–154). Bu veriler, bulgumuzu destekler niteliktedir. Literatürde herhangi bir travma türüne maruz kalmanın yanı sıra, maruz kalınan travmanın sıklığının zorlayıcı uygulamalara maruziyetle ilişkisini inceleyen bir çalışma bulunmaktadır (93). Bizim çalışmamızda da KTÖ ile travmanın sıklığı da değerlendirilmiş ve sonuçlar; travma sıklığı ile zorlayıcı uygulama maruziyetinin pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu da travmaya maruziyetle beraber aynı travmatik olaya kaç sefer maruz kalındığının da sonuçları etkilediğini göstermektedir. Geliştirilen travma modellerinden, Gelişimsel Temelli Travma Çerçevesi (Developmentally Based Trauma Framework, DBTF); travma maruziyetinin bu yönü de vurgulanmıştır. Bu modelde, travmaların bireyler üzerindeki kümülatif etkilerinin de dikkate alınması gerektiği, travmanın şiddeti; sıklığı ve kronikliğinin klinik açıdan önemli olduğu savunulmuştur (155).

Çalışmamızda, zorlayıcı uygulama sayısının ÇÇTÖ fiziksel istismar alt ölçeği hariç ÇÇTÖ alt ölçekleri ve toplamı; KTÖ alt ölçekleri, toplamı ve sıklığı ile pozitif ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Bu bulguyla ilgili olarak literatürde herhangi bir veri bulunmamaktadır. Daha önce belirttiğimiz üzere, travma mağduriyetinin ve sıklığının zorlayıcı uygulamalara maruziyetle ilişkili olduğu gibi; birden fazla zorlayıcı uygulamaya maruz kalmak benzer bir mekanizma ile geçmiş travma mağduriyetine ve yoğunluğuna işaret edebilir. Travmaya maruziyetin travmaya yatkınlığı artırdığı ve retravmatizasyon ile de travma üretiminin artışına katkı sağladığı görüşümüz, zorunlu uygulama sayısıyla travma ölçekleri arasındaki ilişkiyi de açıklamaktadır. ÇÇTÖ fiziksel istismar alt ölçeği ile zorlayıcı uygulama sayısının ilişkili olmayışını anlamak için daha büyük bir örneklemde, kapsamlı araştırmalar gerekmektedir. ÇÇTÖ'de fiziksel istismarı değerlendiren beş maddeden dördü, çocukluk döneminde hastaya; aile bireyleri tarafından uygulanan ağır fiziksel şiddeti sorgulamaktadır. Zorlayıcı uygulamaların çoğunlukla personel tarafından fiziksel güç kullanımını gerektirdiği dikkate alınırsa, geçmişte fiziksel istismara uğramış hastaların; zorlayıcı uygulamaya maruziyetleri,

geçmişle mevcut durumu ilişkilendirmelerine sebep olabilir. Bu durumun da yeni travmalara yol açabileceği beklenir. Ama travmatik deneyimlerin benzerlik taşıması durumunda, hastanın ilk reaksiyonu; benzer durumdan kaçınacak yollar arama da olabilir. Retravmatizasyon süreçlerinin nasıl işlediğini açıklayan bilimsel veriler sınırlıdır. Bu sınırlılık veriyi yorumlamamızı zorlaştırmaktadır. Bu varsayımlar, destekleyici araştırmalar olmadan; spekülasyon niteliği taşımaktadır.

Çalışmamızda, zorlayıcı uygulamalara maruziyetin; madde öyküsü, PANNS pozitif, YMRS puanı ile pozitif; yatış içgörü düzeyi, yatış GAF, HAMD puanı ile negatif ilişkili bulunmuştur. Zorlayıcı uygulama sayısının ise, PANNS pozitif, YMRS, CGI-Şiddet puanı ile pozitif; yatış GAF ve HAMD puanı ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır. Literatürde, pozitif ve manik semptomların şiddetinin, düşük GAF puanının ve içgörü eksikliği ya da yokluğunun; zorunlu uygulamalara maruziyeti yordadığının saptandığı pek çok çalışma mevcuttur (156–159). Benzer şekilde PANNS, YMRS, CGI yüksekliği, GAF puan düşüklüğü ve içgörü eksikliğinin; hastanın hostil tutumunu ve saldırgan davranışlarını ön gördüğü de saptanmıştır (160–164). Madde öyküsü de saldırgan davranışlar için risk faktörüdür (162,165). Yatış sırasında zorlayıcı uygulamalara maruziyet, en iyi saldırgan davranışlar ve hostilite varlığı ile öngörülmektedir (2,3,166). Bu durum, madde kullanım öyküsü ve klinik ölçeklerin; zorlayıcı uygulama maruziyetiyle ve sayısıyla arasındaki ilişkinin nedeni olarak düşünülmüştür. Çalışmamızda HAMD, Duygudurum Bozukluğu tanısı alan tüm hastalara uygulanmıştır ve özellikle karma özellikleri değerlendirmek amaçlanmıştır. Psikotik Bozukluklar için CDSS tercih edilmiştir. Örneklemimiz dikkate alınırsa duygudurum bozuklukları arasında bipolar bozukluk manik epizod tanısına sahip hasta sayısı yoğunluktadır. Yani bu hastalarda PANNS pozitif ve YMRS puanları yüksek değerler alabilirken HAMD puanları düşük değerlerde kalmıştır. Bu, zorlayıcı uygulamalar ve HAMD puanı arasındaki negatif ilişkiyi açıklayabilir.

Çalışmamız, beklenileceği üzere; zorlayıcı uygulamaya maruziyet sayısının algılanan stres ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu da önceki literatürle uyumlu bir bulgudur (96).

Çalışmamızdaki bulgulardan biri de önceki yatış sayısının zorlayıcı uygulamalara maruziyetle pozitif ilişkili olduğudur. Önceki çalışmalar da bulgumuzu desteklemektedir (167,168). Psikiyatri servisleri, zorlayıcı uygulamaların en sık kullanıldığı alanlar olarak; yatış sayısındaki artışın, bu uygulamalara maruziyet için risk oluşturması şaşırtıcı değildir.

Çalışmamızda, zorlayıcı uygulamalara maruziyet ile ÇBASDÖ aile alt ölçeği ve toplam ölçek puanı negatif ilişkili bulunmuştur. Sosyal destek, travmaya maruz kalmanın ruh sağlığı üzerindeki zararlı etkilerine karşı en önemli koruyucu faktörlerden biridir. Yüksek düzeydeki sosyal destek, bireyler potansiyel travmatik olaylara maruz kaldığında tampon görevi görerek ve stresin etkilerini azaltarak koruyucu bir faktör olabilir ve travma mağduriyetinin önüne geçer (169). Araştırmalar, travma mağdurlarında sosyal desteğin daha zayıf olduğunu ve bu bireylerin; yaşam boyu travma maruziyeti açısından risk altında olduklarını göstermiştir (170–172). Ayrıca bir çalışma, travma ve hostilite arasındaki ilişkinin; algılanan sosyal desteğin artışıyla zayıfladığını öne sürmüştür (173). Bu araştırma sonuçları, zorlayıcı uygulamalara maruziyet ile algılanan destek arasındaki negatif ilişkiyi desteklemektedir.

Çalışmamızın güçlü yanlarından biri, geçmiş travmatik yaşantılarla zorlayıcı uygulamalara maruziyetin ilişkisini araştıran çalışmalar bulunmasına rağmen; bizim çalışmamızda, kullandığımız ölçeklerin de katkısıyla daha kapsamlı bir travma değerlendirilmesinin yapılmış olmasıdır. Kolektif kimlik travmalarının da zorlayıcı uygulamalara maruziyetle ilişkisini değerlendirmemiz araştırmamızın ayırt edici bir özelliğidir. Travma sıklığını da göz önüne almamız, travmanın kümülatif etkisinin zorlayıcı uygulamalarla ilişkisini değerlendirmemize olanak sağlamış ve literatüre katkıda bulunmamıza fırsat tanımıştır. Ayrıca tüm veri araçlarının yüz yüze görüşmelerde uygulanması, verilerin güvenirliğine katkı sağlamıştır.

Öte yandan çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da mevcuttur. Öncelikle, örneklem sayısının az olması çalışmanın istatistiksel gücünü azaltmakta ve yüksek etki büyüklüklerine çıkmayı zorlaştırmaktadır. Tanıya göre gruplandırdığımızda özellikle zorlayıcı uygulamalara maruz kalmış unipolar depresyon tanılı hastaların temsiliyeti zorlaşmıştır. Servis yatışları sırasında hastaları çalışmaya alırken, zorlayıcı uygulamaya maruz kalma durumlarına göre hasta sayısını dengeleme çabamız yanlılık riskini arttırmıştır.

VI. SONUÇ

Araştırmamızda, psikiyatri servisinde yatan hastalarda zorlayıcı uygulamaların; travma sonrası stres bozukluğu riski ve tedavi uyumu üzerine etkisini araştırmak amaçlanmıştır. Çalışmanın sonucunda, her iki hasta grubunda da TSSB riski düşük ve tedavi uyumu yüksek olarak saptanmıştır. Öte yandan, geçmiş travmatik yaşantılar ve artan kümülatif travma; zorlayıcı uygulamalara maruziyetle ilişkilendirilmiştir. Zorlayıcı uygulama sayısındaki artışın da geçmiş travma yükünün ağırlığıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Önceki yatış sayısındaki yüksekliğin, yatış sırasındaki homisid düşüncesinin, geçmiş başkalarına zarar verici davranış öyküsünün, madde kullanımı öyküsünün, geçmiş zorlayıcı uygulamalara maruziyet öyküsünün, hastalığın yüksek klinik şiddetinin ve zayıf sosyal desteğin; zorlayıcı uygulamalara maruziyet riskini arttırdığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, hastaların hastalık şiddetinin; psikiyatrik özgeçmişinin, alışkanlıklarının, geçmiş travma yükünün ve sosyal destek düzeyinin değerlendirilmesinin; zorlayıcı uygulamalara maruziyeti ön görmek açısından önemli olduğu göstermektedir. Yüksek riskli hastaların tespit edilmesi, onları bu uygulamalara karşı koruyucu önlemlerin geliştirilmesini ve bu önlemlerin uygulanmasını kolaylaştıracaktır.

VII. KAYNAKLAR

1. SAMS Coercive measures in medicine.

2. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. Am J Psychiatry. Kasım 1994;151(11):1584-91.

3. Goulet MH, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. Aggress Violent Behav. 26 Ocak 2017;34.

4. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. Front Psychiatry. 2019;10:491.

5. Brown JS, Tooke SK. On the seclusion of psychiatric patients. Soc Sci Med 1982. Eylül 1992;35(5):711-21.

6. Seo MK, Kim SH, Rhee M. Coercion in psychiatric care: can paternalism justify coercion? Int J Soc Psychiatry. Mayıs 2013;59(3):217-23.

7. Carpenter J. Predictors of experienced coercion among mental health service recipients. State University of New York at Albany; 2006. book.

8. Bindman J, Reid Y, Szmukler G, Tiller J, Thornicroft G, Leese M. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up--a cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Şubat 2005;40(2):160-6.

9. Zeligman M, Bialo JA, Brack JL, Kearney MA. Loneliness as moderator between trauma and posttraumatic growth. J Couns Dev. 2017;95(4):435-44.

10. Steinert T, Bergbauer G, Schmid P, Gebhardt RP. Seclusion and Restraint in Patients With Schizophrenia: Clinical and Biographical Correlates. J Nerv Ment Dis. Haziran 2007;195(6):492.

11. Fugger G, Gleiss A, Baldinger P, Strnad A, Kasper S, Frey R. Psychiatric patients' perception of physical restraint. Acta Psychiatr Scand. Mart 2016;133(3):221-31.

12. Whitecross F, Seeary A, Lee S. Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. Int J Ment Health Nurs. Aralık 2013;22(6):512-21.

13. Eltan S. Psychometric properties of the cumulative trauma scale: evaluation of the validity and reliability in a Turkish sample. Middle East Technical University; 2019

14. Martin CG, Cromer LD, DePrince AP, Freyd JJ. The Role of Cumulative Trauma, Betrayal, and Appraisals in Understanding Trauma Symptomatology. Psychol Trauma Theory Res Pract Policy. 01 Mart 2013;52(2):110-8.

15. Roberts L. The effect of age at first trauma and multiple traumatisation on symptoms of

Complex PTSD.

16. Suliman S, Mkabile SG, Fincham DS, Ahmed R, Stein DJ, Seedat S. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. Compr Psychiatry. 2009;50(2):121-7.

17. Beattie N, Shannon C, Kavanagh M, Mulholland C. Predictors of PTSD symptoms in response to psychosis and psychiatric admission. J Nerv Ment Dis. Ocak 2009;197(1):56-60.

18. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, vd. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. Psychiatr Serv Wash DC. Eylül 2005;56(9):1123-33.

19. Paksarian D, Mojtabai R, Kotov R, Cullen B, Nugent KL, Bromet EJ. Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. Psychiatr Serv Wash DC. 01 Şubat 2014;65(2):266-9.

20. Carroll JS. Consent to mental health treatment: A theoretical analysis of coercion, freedom, and control. Behav Sci Law. 1991;9(2):129-42.

21. Hiday VA, Swartz MS, Swanson J, Wagner HR. Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. Int J Law Psychiatry. 1997;20(2):227-41.

22. Hoge SK, Lidz C, Mulvey E, Roth L, Bennett N, Siminoff L, vd. Patient, family, and staff perceptions of coercion in mental hospital admission: an exploratory study. Behav Sci Law. 1993;11(3):281-93.

23. O'Brien AJ, Golding CG. Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. J Psychiatr Ment Health Nurs. Nisan 2003;10(2):167-73.

24. Hem MH, Gjerberg E, Husum TL, Pedersen R. Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. Nurs Ethics. 01 Şubat 2018;25(1):92-110.

25. ASSM. Mesures de contrainte en médecine.

26. Tannsjo T. The convention on human rights and biomedicine and the use of coercion in psychiatry. J Med Ethics. 01 Ekim 2004;30(5):430-4.

27. Hotzy F, Jaeger M. Clinical Relevance of Informal Coercion in Psychiatric Treatment—A Systematic Review. Front Psychiatry. 12 Aralık 2016

28. Gowda GS, Noorthoorn EO, Kumar CN, Nanjegowda RB, Math SB. Clinical correlates and predictors of perceived coercion among psychiatric inpatients: A prospective pilot study. Asian J Psychiatry. 01 Ağustos 2016;22:34-40.

29. Gupta M. Ethics and Evidence in Psychiatric Practice. Perspect Biol Med. 2009;52(2):276-88.

30. Chieze M, Hurst S, Sentissi O. État des lieux des preuves d'efficacité. Swiss Arch

Neurol Psychiatry Psychother. 23 Mayıs 2018;169(04):104-13.

31. Sailas EE, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses - Sailas, EES - 2000 | Cochrane Library.

32. Bergk J, Einsiedler B, Steinert T. Feasibility of randomized controlled trials on seclusion and mechanical restraint. Clin Trials. 01 Ağustos 2008;5(4):356-63.

33. Ulla S, Maritta V, Riittakerttu KH. The use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient treatment: a nation-wide register study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 01 Eylül 2012;47(9):1401-8.

34. Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, vd. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation - Du, M - 2017 | Cochrane Library.

35. Bilsen HPJG van. Lessons to be learned from the oldest community psychiatric service in the world: Geel in Belgium. BJPsych Bull. Ağustos 2016;40(4):207-11.

36. Pérez J, Baldessarini RJ, Undurraga J, Sánchez-Moreno J. Origins of psychiatric hospitalization in medieval Spain. Psychiatr Q. Aralık 2012;83(4):419-30.

37. Whittington R, Aluh DO, Caldas-de-Almeida JM. Zero Tolerance for Coercion? Historical, Cultural and Organisational Contexts for Effective Implementation of Coercion-Free Mental Health Services around the World. Healthc Basel Switz. 27 Ekim 2023;11(21):2834.

38. Charland LC. Benevolent theory: moral treatment at the York Retreat. Hist Psychiatry. 01 Mart 2007;18(1):61-80.

39. Foot J. Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. Crit Radic Soc Work. 01 Ağustos 2014;2(2):235-49.

40. Constitution of the World Health Organization. 1946.

41. United Nations Treaty Collection.

42. OHCHR. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care.

43. OHCHR. Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

44. Freeman MC, Kolappa K, de Almeida JMC, Kleinman A, Makhashvili N, Phakathi S, vd. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Lancet Psychiatry. Eylül 2015;2(9):844-50.

45. de Almeida JMC. The CRPD Article 12, the limits of reductionist approaches to complex issues and the necessary search for compromise. World Psychiatry. 2019;18(1):46-7.

46. Stefano A, Ducci G. Involuntary Admission and Compulsory Treatment in Europe: An

Overview. Int J Ment Health - INT J MENT Health. 01 Temmuz 2008;37:10-21.

47. Etik Kurallar - Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD). 2002.

48. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press; 2001. 470 s.

49. Kitamura F, Tomoda A, Tsukada K, Tanaka M, Kawakami I, Mishima S, vd. Method for assessment of competency to consent in the mentally ill. Rationale, development, and comparison with the medically ill. Int J Law Psychiatry. 1998;21(3):223-44.

50. Wirshing DA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Mintz J. Informed consent: assessment of comprehension. Am J Psychiatry. Kasım 1998;155(11):1508-11.

51. Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, vd. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. Br J Psychiatry J Ment Sci. Ocak 2009;194(1):49-54.

52. Gove WR, Fain T. A comparison of voluntary and committed psychiatric patients. Arch Gen Psychiatry. Haziran 1977;34(6):669-76.

53. Perrotta G. Psychological Trauma: Definition, Clinical Contexts, Neural Correlations and Therapeutic Approaches Recent Discoveries. 01 Ocak 2020;

54. Yücel UD. Çocukluk çağı istismar yaşantılarının genç yetişkinlik dönemindeki bağlanma süreçleri, psikopatolojik semptomlar, ilişki yeterlilikleri ve aşk tutumları ile ilişkilerinin incelenmesi. 2014;

55. Bingöl D. Franz Ruppert - Travma Bağlanma ve Aile Konstelasyonları Kaknüs Yayınları.

56. Micale MS. Jean-Martin Charcot and les névroses traumatiques: From Medicine to Culture in French Trauma Theory of the Late Nineteenth Century. İçinde: Micale MS, Lerner P, editörler. Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. s. 115-39. (Cambridge Studies in the History of Medicine).

57. Travma ve İyileşme, Judith Lewis Herman - Kitap.

58. The Mental State of Hystericals | book by Janet | Britannica.

59. VanElzakker MB, Dahlgren MK, Davis FC, Dubois S, Shin LM. From Pavlov to PTSD: The extinction of conditioned fear in rodents, humans, and in anxiety disorders. Neurobiol Learn Mem. Eylül 2014;113:3-18.

60. Yilmaz T. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabının (DSM) son iki baskısı arasındaki değişikliklerin incelenmesi. İçinde 2019. s. 1-19.

61. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5^{TM}, 5th ed. Arlington, VA,

US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xliv, 947 s. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed).

62. Eker I, Yilmaz B. Risk Taking Behavior: An Evaluation in terms of Childhood Trauma and Self-Esteem. J Clin Psychiatry. 01 Ocak 2016;19:27-36.

63. Karanci AN, Işıklı S, Aker AT, Gül Eİ, Erkan BB, Ozkol H, vd. Personality, posttraumatic stress and trauma type: factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. Eur J Psychotraumatology. 2012;3.

64. Gül E. Prevalence rates of traumatic events, probable PTSD and predictors of posttraumatic stress and growth in a community sample from İzmir. Travmatik olaylar ve olası travma sonrası stres bozukluğu"nun yaygınlık oranları ve İzmir"den toplum örnekleminde travma sonrası stres ve gelişimin yordayıcıları. 2014

65. Flett R, Kazantzis N, Long N, Macdonald C, Millar M. Gender and ethnicity differences in the prevalence of traumatic events: Evidence from a New Zealand community sample. Stress Health. 01 Ağustos 2004;20:149-57.

66. Frans O, Rimmö PA, Aberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. Acta Psychiatr Scand. Nisan 2005;111(4):291-9.

67. Boals A, Riggs SA, Kraha A. Coping with stressful or traumatic events: what aspects of trauma reactions are associated with health outcomes? Stress Health J Int Soc Investig Stress. Nisan 2013;29(2):156-63.

68. Center for Substance Abuse Treatment (US). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2014. (SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols).

69. Goodman R. Trauma Counseling and Interventions: Introduction to the Special Issue. J Ment Health Couns. 01 Ekim 2015;37:283-94.

70. Veach LJ, Shilling EH. Trauma-informed supervision: Counselors in a Level I hospital trauma center. Clin Superv. 2018;37(1):83-101.

71. Ionio C, Mascheroni E, Di Blasio P. The Centrality of Events Scale for Italian Adolescents: Integrating Traumatic Experience Into One's Identity and Its Relation to Posttraumatic Stress Disorder Symptomatology. Eur J Psychol. 19 Haziran 2018;14(2):359-72.

72. Shiromani PJ, Keane T, Ledoux J. Post-traumatic stress disorder: Basic science and clinical practice. 2009. 1 s.

73. Frydman J, Mayor C. Trauma and Early Adolescent Development: Case Examples from a Trauma-Informed Public Health Middle School Program. Child Sch. 01 Ekim 2017;39:238-47.

74. Bolton R, Parasuraman AP, Hoefnagels A, Migchels N, Kabadayi S, Gruber T, vd. Understanding Gen Y and their use of social media: A review and research agenda. J Serv Manag. 14 Haziran 2013;24:245-67.

75. Finkelstein M. Resource loss, resource gain, PTSD, and dissociation among Ethiopian immigrants in Israel. Scand J Psychol. Ağustos 2016;57(4):328-37.

76. Madamet A, Potard C, Huart I, El-Hage W, Courtois R. Relationship between the big five personality traits and PTSD among French police officers. Eur J Trauma Dissociation. 01 Nisan 2018;2(2):83-9.

77. Krause N, Shaw BA, Cairney J. A descriptive epidemiology of lifetime trauma and the physical health status of older adults. Psychol Aging. Aralık 2004;19(4):637-48.

78. Uygur B, Akoğlu A, Eskin M. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. Türk Psikiyatri Derg. 2006;17(4):266-75.

79. Nabors L, Baker-Phibbs C, Woodson K. Community-based counselors' interventions for elementary school-age children coping with trauma. J Prev Interv Community. 2016;44(2):79-91.

80. Range B, Gutierrez D, Gamboni C, Hough NA, Wojciak A. Mass trauma in the African American Community: Using multiculturalism to build resilient systems. Contemp Fam Ther Int J. 2018;40(3):284-98.

81. Haliburn J. Commentary: The Conversational Model and Child and Family Counselling: Treating Chronic Complex Trauma in a Systemic Framework. Aust N Z J Fam Ther. 2017;38(2):221-3.

82. Khamis V. Coping with war trauma and psychological distress among school-age Palestinian children. Am J Orthopsychiatry. Ocak 2015;85(1):72-9.

83. Silveira FS, Boyer W. Vicarious resilience in counselors of child and youth victims of interpersonal trauma. Qual Health Res. Nisan 2015;25(4):513-26.

84. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, vd. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. Psychol Med. Ocak 2016;46(2):327-43.

85. Karancı AN, Gül E, Başbuğ Erkan BB. Türkiye de travmatik yaşam olayları ve ruhsal etkileri. 01 Ocak 2012;

86. Finklestein M, Solomon Z. Cumulative trauma, PTSD and dissociation among Ethiopian refugees in Israel. J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD. 2009;10(1):38-56.

87. Loeb TB, Joseph NT, Wyatt GE, Zhang M, Chin D, Thames A, vd. Predictors of somatic symptom severity: The role of cumulative history of trauma and adversity in a diverse community sample. Psychol Trauma Theory Res Pract Policy. Eylül 2018;10(5):491-8.

88. Veronese G, Pepe A, Massaiu I, De Mol AS, Robbins I. Posttraumatic growth is related to subjective well-being of aid workers exposed to cumulative trauma in Palestine. Transcult Psychiatry. Haziran 2017;54(3):332-56.

89. Briere J, Agee E, Dietrich A. Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder status in general population and inmate samples. Psychol Trauma Theory Res Pract Policy. Temmuz 2016;8(4):439-46.

90. Hauff, N. J., Fry-McComish, J., & Chiodo, L. M. (2016). Cumulative trauma and partner conflict predict post-traumatic stress disorder in postpartum African- American women. Journal of Clinical Nursing, 26, 2372–2383.

91. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos R, Wang J, vd. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. J Trauma Stress. Ekim 2009;22(5):399-408.

92. Mock SE, Arai SM. Childhood Trauma and Chronic Illness in Adulthood: Mental Health and Socioeconomic Status as Explanatory Factors and Buffers. Front Psychol. 31 Ocak 2011;1:246.

93. Hammer JH, Springer J, Beck NC, Menditto A, Coleman J. The relationship between seclusion and restraint use and childhood abuse among psychiatric inpatients. J Interpers Violence. Şubat 2011;26(3):567-79.

94. Martinaki S, Kostaras P, Mihajlovic N, Papaioannou A, Asimopoulos C, Masdrakis V, vd. Psychiatric admission as a risk factor for posttraumatic stress disorder. Psychiatry Res. Kasım 2021;305:114176.

95. Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. Psychiatr Q. Mart 2012;83(1):1-13.

96. Guzmán-Parra J, Aguilera-Serrano C, García-Sanchez JA, García-Spínola E, Torres-Campos D, Villagrán JM, vd. Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. Int J Ment Health Nurs. Nisan 2019;28(2):448-56.

97. Mann LS, Wise TN, Shay L. A prospective study of psychiatry patients' attitudes toward the seclusion room experience. Gen Hosp Psychiatry. Mayıs 1993;15(3):177-82.

98. Larue C, Dumais A, Boyer R, Goulet MH, Bonin JP, Baba N. The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients. Issues Ment Health Nurs.

Mayıs 2013;34(5):317-24.

99. Plutchik R, Karasu TB, Conte HR, Siegel B, Jerrett I. Toward a rationale for the seclusion process. J Nerv Ment Dis. Ağustos 1978;166(8):571-9.

100. Sagduyu K, Hornstra RK, Munro S, Bruce-Wolfe V. A comparison of the restraint and seclusion experiences of patients with schizophrenia or other psychotic disorders. Mo Med. Haziran 1995;92(6):303-7.

101. Richardson BK. Psychiatric inpatients' perception of the seclusion-room experience. Nurs Res. 1987;36(4):234-8.

102. Tooke SK, Brown JS. Perceptions of seclusion: comparing patient and staff reactions. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. Ağustos 1992;30(8):23-6.

103. Krieger E, Moritz S, Weil R, Nagel M. Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. Psychiatry Res. Şubat 2018;260:478-85.

104. Gowda GS, Lepping P, Noorthoorn EO, Ali SF, Kumar CN, Raveesh BN, vd. Restraint prevalence and perceived coercion among psychiatric inpatients from South India: A prospective study. Asian J Psychiatry. Ağustos 2018;36:10-6.

105. Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A. & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: A study of patients' experiences and preferences. Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 22, 564–585.

106. Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, Bermpohl F, Lehmann A, vd. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Haziran 2016;266(4):337-47.

107. Mayers P, Keet N, Winkler G, Flisher AJ. Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. Int J Soc Psychiatry. Ocak 2010;56(1):60-73.

108. Naber D, Kircher T, Hessel K. Schizophrenic patients' retrospective attitudes regarding involuntary psychopharmacological treatment and restraint. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. 1996;11(1):7-11.

109. Veltkamp E, Nijman H, Stolker JJ, Frigge K, Dries P, Bowers L. Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. Psychiatr Serv Wash DC. Şubat 2008;59(2):209-11.

110. Kallert TW, Glockner M, Schutzwohl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission: a systematic literature review on outcome diversity. Içinde: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2008.

111. Soininen P, Välimäki M, Noda T, Puukka P, Korkeila J, Joffe G, vd. Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. Int J Ment Health Nurs. Şubat 2013;22(1):47-55.

112. Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: a comparison study: The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology: Vol 21, No 3.

113. First MB. Structured Clinical Interview for the *DSM* (SCID). Içinde: Cautin RL, Lilienfeld SO, editörler. The Encyclopedia of Clinical Psychology.

114. Bayad S, Elbir M, Topbaş Ö, Kocabaş T, Topak O, Çetin Ş, vd. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin (SCID-5) Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirliği. İçinde 2018.

115. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. Şubat 1960;23(1):56-62.

116. Akdemir A, Türkçapar MH, Orsel SD, Demirergi N, Dag I, Ozbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. Compr Psychiatry. 2001;42(2):161-5.

117. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry J Ment Sci. Kasım 1978;133:429-35.

118. Karadağ F, Oral T, Yalçin FA, Erten E. [Reliability and validity of Turkish translation of Young Mania Rating Scale]. Turk Psikiyatri Derg Turk J Psychiatry. 2002;13(2):107-14.

119. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261-76.

120. Kostakoglu A, Batur S, Tiryaki A, Gogus A. Reliability and validity of the Turkish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). TURK Psikol Derg. 1999.

121. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. Br J Psychiatry Suppl. Aralık 1993;(22):39-44.

122. Aydemir O, Esen-Danaci A, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Güvenirliği ve Geçerliliği. Noropsikiyatri Arsivi. 01 Ocak 2000;37:82-6.

123. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. Arch Gen Psychiatry. 01 Haziran 1976;33(6):766-71.

124. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research

Branch, Division of Extramural Research Programs; 1976. 612 s.

125. Kira I, Lewandowski L, Templin T, Ramaswamy V, Ozkan B, Mohanesh J. Measuring Cumulative Trauma Dose, Types, and Profiles Using a Development-Based Taxonomy of Traumas. Traumatology. 01 Haziran 2008;14:62-87.

126. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, vd. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am J Psychiatry. Ağustos 1994;151(8):1132-6.

127. Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. Turk Klin J Med Sci. 2012;32(4):1054-63.

128. Measuring stress: A guide for health and social scientists. New York, NY, US: Oxford University Press; 1995. xii, 236 s. (Cohen S, Kessler RC, Gordon LU. Measuring stress: A guide for health and social scientists).

129. Eskin M, Harlak H, Demirkiran F, Dereboy C. The adaptation of the perceived stress scale into Turkish: A reliability and validity analysis. Yeni Symp. 01 Ocak 2013;51:132-40.

130. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Personal Assess - J Pers ASSESS. 01 Mart 1988;52:30-41.

131. Arkar H, Yaldiz H, Eker D. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Derg. 2001;12(1):17-25.

132. Weiss D, Marmar C. The Impact of Event Scale–Revised. İçinde: Assessing psychological trauma and PTSD. 1997. s. 399-411.

133. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. Psychosom Med. Mayıs 1979;41(3):209-18.

134. Çorapçioğlu A, Yargic I, Geyran P, Kocabasoglu N. Validity and Reliability of Turkish Version of "Impact of Event Scale-Revised" (IES-R). Yeni Symp. 01 Ocak 2006;44:14-22.

135. Horne R, Weinman J. Self-regulation and Self-management in Asthma: Exploring The Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs in Explaining Non-adherence to Preventer Medication. Psychol Health - PSYCHOL Health. 01 Şubat 2002;17:17-32.

136. Temeloglu Sen E, Sindel D, Sertel Berk HÖ. İlaç uyumunu bildirim ölçeği'nin türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması. İstanbul Tıp Fakültesi Derg. 2019;82(1):52-61.

137. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res. 01 Kasım 2003;121(1):31-49.

138. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Derg. 2007;18(2):163-71.

139. Fryer MA, Beech M, Byrne GJA. Seclusion use with children and adolescents: an Australian experience. Aust N Z J Psychiatry. 2004;38(1-2):26-33.

140. Davidson G, Shannon C, Mulholland C, Campbell J. A longitudinal study of the effects of childhood trauma on symptoms and functioning of people with severe mental health problems. J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD. 2009;10(1):57-68.

141. Shields AM, Cicchetti D, Ryan RM. The development of emotional and behavioral self-regulation and social competence among maltreated school-age children. Dev Psychopathol. 1994;6(1):57-75.

142. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, vd. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Nisan 2006;256(3):174-86.

143. Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hébert M, Tremblay RE, Turecki G. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. Br J Psychiatry J Ment Sci. Ağustos 2008;193(2):134-9.

144. Parkes JH, Freshwater DS. The journey from despair to hope: an exploration of the phenomenon of psychological distress in women residing in British secure mental health services. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012;19(7):618-28.

145. Darves-Bornoz JM, Lempérière T, Degiovanni A, Gaillard P. Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Mart 1995;30(2):78-84.

146. Nelson EC, Heath AC, Madden PAF, Cooper ML, Dinwiddie SH, Bucholz KK, vd. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. Arch Gen Psychiatry. Şubat 2002;59(2):139-45.

147. Katz-Wise SL, Hyde JS. Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: a meta-analysis. J Sex Res. 2012;49(2-3):142-67.

148. Kamen C, Flores S, Taniguchi S, Khaylis A, Lee S, Koopman C, vd. Sexual minority status and trauma symptom severity in men living with HIV/AIDS. J Behav Med. 2012;35(1):38-46.

149. Roberts AL, Gilman SE, Breslau J, Breslau N, Koenen KC. Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. Psychol Med. Ocak 2011;41(1):71-83.

150. Measuring racial bias in inpatient treatment. Am J Psychiatry. Haziran

1980;137(6):679-82.

151. Gudjonsson GH, Rabe-Hesketh S, Szmukler G. Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. Br J Psychiatry. Mart 2004;184(3):258-62.

152. Jury A, Lai J, Tuason C, Koning A, Smith M, Boyd L, vd. People who experience seclusion in adult mental health inpatient services: An examination of health of the nation outcome scales scores. Int J Ment Health Nurs. 2019;28(1):199-208.

153. Lai J, Jury A, Long J, Fergusson D, Smith M, Baxendine S, vd. Variation in seclusion rates across New Zealand's specialist mental health services: Are sociodemographic and clinical factors influencing this? Int J Ment Health Nurs. 2019;28(1):288-96.

154. Tarsitani L, Pasquini M, Maraone A, Zerella MP, Berardelli I, Giordani R, vd. Acute psychiatric treatment and the use of physical restraint in first-generation immigrants in Italy: A prospective concurrent study. Int J Soc Psychiatry. 01 Eylül 2013;59(6):613-8.

155. Kira I, Fawzi M, Fawzi M. The Dynamics of Cumulative Trauma and Trauma Types in Adults Patients With Psychiatric Disorders Two Cross-Cultural Studies. Traumatology. 01 Eylül 2013;19:179-95.

156. Sampogna G, Luciano M, Del Vecchio V, Pocai B, Palummo C, Fico G, vd. Perceived Coercion Among Patients Admitted in Psychiatric Wards: Italian Results of the EUNOMIA Study. Front Psychiatry. 21 Mayıs 2019;10:316.

157. Kalisova L, Raboch J, Nawka A, Sampogna G, Cihal L, Kallert TW, vd. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Ekim 2014;49(10):1619-29.

158. Beames L, Onwumere J. Risk factors associated with use of coercive practices in adult mental health inpatients: A systematic review. J Psychiatr Ment Health Nurs. Nisan 2022;29(2):220-39.

159. Nawka A, Kalisova L, Raboch J, Giacco D, Cihal L, Onchev G, vd. Gender differences in coerced patients with schizophrenia. BMC Psychiatry. 11 Ekim 2013;13(1):257.

160. Bonnet S, Lacambre M, Schandrin A, Capdevielle D, Courtet P. [Insight and psychiatric dangerousness: A review of the literature]. L'Encephale. Nisan 2017;43(2):146-53.

161. Sun Y, Jiang W, Yu H, Zhang J, Zhou Y, Yin F, vd. Construction and verification of aggressive behavior risk prediction model in stable patients with schizophrenia. BMC Psychiatry. 02 Kasım 2023;23.

162. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, vd. Predictors

of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. Psychiatry Clin Neurosci. Haziran 2008;62(3):247-55.

163. Harris AWF, Large MM, Redoblado-Hodge A, Nielssen O, Anderson J, Brennan J. Clinical and cognitive associations with aggression in the first episode of psychosis. Aust N Z J Psychiatry. Ocak 2010;44(1):85-93.

164. Raja M, Azzoni A. Hostility and violence of acute psychiatric inpatients. Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH. 29 Temmuz 2005;1:11.

165. Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder. Psychiatr Danub. Mart 2013;25(1):24-33.

166. Tunde-Ayinmode M, Little J. Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr. Aralık 2004;12(4):347-51.

167. Steiger S, Moeller J, Sowislo JF, Lieb R, Lang UE, Huber CG. Approval of coercion in psychiatry in public perception and the role of stigmatization. Front Psychiatry. 2022;12.

168. Kumar S, Ng B, Simpson A, Fischer J, Robinson E. No evidence for restrictive care practices in Māori admitted to a New Zealand psychiatric inpatient unit: do specialist cultural teams have a role? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Mayıs 2008;43(5):387-91.

169. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. Eylül 1985;98(2):310-57.

170. Kliewer W, Kheirallah KA, Cobb CO, Alsulaiman JW, Mzayek F, Jaddou H. Trauma exposure and post-traumatic stress symptoms among Syrian refugee youth in Jordan: Social support and gender as moderators. Int J Psychol J Int Psychol. Nisan 2021;56(2):199-207.

171. Valentine SE, Shipherd JC. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. Clin Psychol Rev. Aralık 2018;66:24-38.

172. Burrage RL, Gagnon M, Graham-Bermann SA. Trauma History and Social Support Among American Indian/Alaska Native and Non-Native Survivors of Intimate Partner Violence. J Interpers Violence. Mart 2021;36(5-6):NP3326-45.

173. Napolitano SC, Balling CE, Peckinpaugh I, Samuel DB, Lane SP. Perceived social support attenuates increased hostile reactions to traumatic threat. J Clin Psychol. Kasım 2023;79(11):2566-82.

174. Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. Psychiatr Serv Wash DC. Kasım 2011;62(11):1310-7.

175. Cossu G, Gyppaz D, Kalcev G, Manca AR, Angermeyer M, Zreik T, vd. Systematic

review of involuntary hospitalisation and long-term compliance. Int Rev Psychiatry Abingdon Engl. 2023;35(2):209-20.

176. Jaeger S, Pfiffner C, Weiser P, Längle G, Croissant D, Schepp W, vd. Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Kasım 2013;48(11):1787-96.

177. Rain SD, Williams VF, Robbins PC, Monahan J, Steadman HJ, Vesselinov R. Perceived coercion at hospital admission and adherence to mental health treatment after discharge. Psychiatr Serv Wash DC. Ocak 2003;54(1):103-5.