

Psikiyatride Zorla Yatış/Zorla Tedavi ve Etik Yaklaşımlar: Geleneksel Derleme

Involuntary Hospitalization/Coercive Treatment in Psychiatry and Ethical Approaches: A Traditional Review

^{1b} Perihan Elif EKMEKÇİ^a, ^{1b} Gamze GÜRCAN^b, ^{1b} Berk ATALAY^c, ^{1b} Fatih BİLGİLİ^d,
^{1b} Mustafa Volkan KAVAS^e

^aTOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD, Ankara, Türkiye

^bTOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara, Türkiye

^cTOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

^dÇukurova Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Özel Hukuk Bölümü, Ticaret Hukuku AD, Adana, Türkiye

^eİzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik AD, İzmir, Türkiye

ÖZET Zorla tedavi (ZT) ve zorla yatış (ZY) psikiyatride zaman zaman başvurulan ve hastaların iradeleri dışında ya da iradelerine aykırı olarak gerçekleştirilen uygulamalardır. Psikiyatri alanında diğer tıp dallarına kıyasla hastanın özerkliğinin ve özgürlüğünün kısıtlandığı durumlar sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Psikiyatri tarihine baktığımızda, ZY/ZT'nin psikiyatri uzmanlık alanının gelişimine eşlik ettiği, Pinel öncesi dönemde ise neredeyse psikiyatri tedavisinin temel uygulama yöntemi olarak görüldüğü bilinmektedir. Psikiyatri ve etik arasındaki ilişki, psikiyatrinin insanın ruhsal yapısını, duygularını, düşüncelerini, davranışlarını etkileyen bir alan olması, ruhsal bozuklukların karar verme yeterliliğini ve rızasını etkilemesi nedeniyle önemlidir. Psikiyatri alanında kişinin özerkliğinin kısıtlandığı durumlar, istemsiz tedavi, istemsiz yatış, tespit ve tecrit durumlarıdır. Kişinin kendine ya da çevresine zarar verme riski durumlarında ZY/ZT gündeme gelmektedir. ZY/ZT'nin uygunluğunun değerlendirilmesinde 3 temel perspektif göze çarpmaktadır. Yasal perspektif, devletin bu uygulamanın haklılığı/kabul edilebilirliğinin sınırlarının belirlenmesindeki rolünü, klinik perspektif ZY/ZT'nin hastanın tıbbi durumuna, tedaviye uyumuna ve hastalığın gidişine olan etkilerini ele alır. Etik perspektif ise ZY/ZT'yi etik değerler ve ilkeler açısından inceler. ZT ve ZY uygulamalarında hekimler etik ikilemler yaşayabilmektedir. Ulusal literatürde ZT ve ZY konularının etik açıdan ele alındığı kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu derlemede konu ile ilgili temel kavramların açıklanması, etik yaklaşımların incelenmesi, psikiyatri pratiğindeki yansımaların aktarılması ve Türkiye'deki uygulamaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

ABSTRACT Coercive treatment or involuntary hospitalization are practices that are used in psychiatry and are performed against the will of patients or against their will. In the field of psychiatry, compared to other branches of medicine, situations where the autonomy and freedom of the patient are restricted are frequently encountered. When we look at the history of psychiatry, it is known that these practices were almost seen as the basic application method of psychiatric treatment in the pre-Pinel period. The relationship between psychiatry and ethics is important because psychiatry is a field that affects the mental state, emotions, thoughts, and behaviors of people, and because mental disorders affect decision-making competence and consent. In the field of psychiatry, situations which the autonomy of the patient is restricted are involuntary treatment, involuntary hospitalization, restraint and isolation. In cases where the person is at risk of harming himself/herself or his/her environment, coercive treatment or involuntary hospitalization are applied. Three basic perspectives stand out in the evaluation of the suitability of coercive treatment or involuntary hospitalization; legal, clinical and ethical perspectives. The legal perspective addresses the role of the state in determining the limits of legitimacy/acceptability of this practice, while the clinical perspective addresses the effects on the patient's medical condition, compliance with treatment and the course of the disease. The ethical perspective examines in terms of ethical values and principles. Physicians may experience ethical dilemmas in coercive treatment and involuntary hospitalization practices. There are a limited number of studies in the national literature that address the issues of coercive treatment and involuntary hospitalization from an ethical perspective. This review aims to explain the basic concepts related to the subject, examine ethical approaches, convey reflections in psychiatric practice, and evaluate practices in Türkiye.

Anahtar Kelimeler: Zorla yatış; zorla tedavi; tecrit; kısıtlama; psikiyatri; etik

Keywords: Involuntary hospitalization; coercive treatment; seclusion; restraint; psychiatry; ethics

Correspondence: Gamze GÜRCAN

TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara, Türkiye

E-mail: ggurcan@tobbethastanesi.com.tr

Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History.

Received: 26 Feb 2025

Accepted: 03 May 2025

Available online: 28 May 2025

2146-8982 / Copyright © 2025 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Zorla tedavi (ZT) ya da zorla yatış (ZY) psikiyatride zaman zaman başvuru alan ve hastaların iradeleri dışında/iradelerine aykırı olarak gerçekleştirilen uygulamalardır. Zorlama “güç ya da otorite kullanarak bireyi kısıtlamak ya da engellemek” olarak tanımlanabilir. ZY/ZT’de olduğu gibi fiziksel zorla yapılan tıbbi uygulamalar formal zorlama kapsamında değerlendirilir. Aşırı yönlendirme, baskı, teşvik yoluyla hastanın bir kararı vermeye itilmesi gibi zorlamalar ise informal zorla uygulamalar altında ele alınır. Bir diğer yaklaşım güç kullanarak zorlamayı “objektif zorlama” otoriteye itaat etmemenin sonuçlarına dair tehditleri ise “subjektif ya da algılanan zorlama” olarak tanımlamıştır.^{1,2} Objektif/formal zorlama genellikle sağlık personelleri tarafından kullanılmaktadır. Subjektif/algılanan zorlama ise sağlık personeli dışında aile ya da toplumsal ya da kültürel temalar üzerinde de yaşanabilir. Bu makalede formal ve objektif zorla tıbbi tedavilerin ele alınması hedeflenince de, psikiyatride zorlamanın ilişkisel bir niteliği bulunması nedeniyle pratikte bu tanımlamaların ayrımı çok net olarak görülebileceğinden bazı değerlendirmeleri algılanan/subjektif zorlama için de geçerli olabilir.^{3,4}

ZY/ZT’nin uygunluğunun değerlendirilmesinde 3 temel perspektif göze çarpmaktadır. Yasal perspektif, devletin bu uygulamanın haklılığı/kabul edilebilirliğinin sınırlarının belirlenmesindeki rolünü, klinik perspektif ZY/ZT’nin hastanın tıbbi durumuna, tedaviye uyumuna ve hastalığın gidişine olan etkilerini ele alır. Etik perspektif ise ZY/ZT’yi etik değerler ve ilkeler açısından inceler. Bu makalede etik perspektif ele alınacaktır. Ancak, tutarlı ve gerçekle bağdaşan bir etik değerlendirme yapılabilmesi için yasal ve klinik perspektifin de göz önünde bulundurulması gerekli olduğundan bu perspektifler kısmen de olsa makale içinde izlenebilecektir.

Psikiyatri tarihine baktığımızda, ZY/ZT’nin psikiyatri uzmanlık alanının gelişimine eşlik ettiğini, Pinel öncesi dönemde ise neredeyse psikiyatri tedavisinin temel uygulama yöntemi olarak görüldüğünü tespit edebiliyoruz. Hastaları “zincirlerinden kurtaran” psikiyatrist olarak tarihe geçen Pinel ve sonraki dönemde ZY/ZT üzerindeki tartışmalar derinleşerek hastaların toplumdan tecrit edilmesi, gözden uzak tu-

tulması amacıyla yapılan ZY/ZT uygulamaların etik ve yasal açıdan uygun olmadığı konusunda tartışmalar başlamıştır. Diğer taraftan ZY/ZT uygulamaları hastanın kendisine ya da başkalarına zarar verme riskinin bulunduğu durumlar için kullanılmaya devam edilmektedir. Her ne kadar ZY/ZT uygulamalarının temelinde tıbbi endikasyon ve yüksek bir riski önleme niyeti olsa da zorla yapılan bu girişimler etik ve yasal açıdan tartışmaya açıktır. ZY/ZT hastaların hareket ve karar verme özgürlüklerini kısıtladığı, irade ve beden bütünlüğünü ihlal ettiği için etik ve yasal açıdan iyi temellendirilmelidir.⁵

ZORUNLU YATIŞ/ZORUNLU TEDAVİYE ETİK YAKLAŞIMLAR

Etik açıdan ZY/ZT’nin temellendirmesinde sıklıkla ilke temelli etik kurama başvurulmaktadır. Hastaya yarar sağlamak, zarar vermemek/zararı önlemek, özerkliğine saygı göstermek ve adalet ilkeleri bu kuramın öne sürdüğü ilkelere aittir. Etik sorun karşısında öncelikli adım bu ilkelerin sorun bağlamında içerik kazandırılması (spesifikasyon) ve daha sonra sorunun çözümünde hangi ağırlığa sahip olduğunun belirlenmesidir (balancing). ZY/ZT bağlamında hastaya yarar sağlamak ve zararı önlemek için hastanın özerkliğinin göz ardı edilebileceği düşünülmektedir. İlke temelli yaklaşım oldukça pratik bir şekilde bizi sonuca götürse de bu etik çözümlemede bazı boşluklar vardır. Öncelikle, ZY/ZT’lerin bir kısmı hastanın kendisine verebileceği zararı önlemek amacıyla yapılmakta, bir kısmında da hastanın kendisi dışında belirli bir kişiye ya da topluma yönelik zarar verme riskini önlemek amacıyla uygulanmaktadır. Bu durum ZY/ZT uygulamasında hekimin temelde hastasına karşı olan yarar sağlama sorumluluğunun topluma yarar sağlamaya yönelik genişletildiğini, hatta topluma yarar sağlama sorumluluğunun hastasının temel özgürlüklerini kısıtlayacak kadar öncelikli olduğunu kabul ettiğimizi göstermektedir. Bu konudaki tartışmalar 1974 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yaşanan Trasasoff vakası ile gündeme taşınmıştır. Bu vaka, hekimin, şiddet gösterme eğilimi sabit olan hastasının eylemlerinden toplumu korumaya yönelik sorumluluğunu düzenleyen yasanın çıkmasına yol açan bir paradigma vaka olma özelliği taşımaktadır.⁶

Etik çözümlemedeki 2. boşluk, yarar sağlama/zararı önleme ilkelerinin temel insan haklarının göz ardı edilmesini haklı çıkaracak ağırlığının etik açıdan temellendirilmesidir. Bu temellendirmenin kanımızca en önemli dayanağı riskin Tarasoff vakasındaki gibi yaşamı tehdit edecek boyutta yüksek olmasıdır. İlkelerin varlığının ve geçerliliğinin yaşamın devamına bağlı olduğu savından hareketle, yaşamı korunmaya yönelik tutumların diğer etik ilkelerden hiyerarşik olarak öncelikli olduğu düşüncesi ile temellendirilmeye çalışılabilir. Bu etik uslamalamadan da görülebileceği gibi, ZY/ZT gibi karmaşık etik sorunlarda ilke temelli yaklaşım tek başına yeterli bir kuramsal çerçeve oluşturamamaktadır. O nedenle üzerinde düşünülmüş yargılara ulaşırken birden fazla kurama başvurduğumuz uyum kuramı daha yol gösterici olabilmektedir.

Özerklik ve karar verme yeterliliği arasındaki bağlantı ZY/ZT'nin etik açıdan temellendirilmesinde başvuru yaklaşımından biridir. Özerkliğin var olabilmesi *ipso facto* 2 unsur vardır: birincisi bireyin onu kontrol etme eğiliminde olan etkilerden özgür olması, ikincisi ise karar verme yeterliliğidir.⁷ Başka bir deyişle, bireyin karar verme yeterliliği özerkliği için zorunludur. Karar verme yeterliliği, hukukta ve tıpta farklı niteliklere sahiptir. Hukuk, karar verme yeterliliğini var ya da yok olarak 2 kümede inceler. Tıp ise, bu kavrama birbiri ile kesişmeyen 2 küme şeklinde değil, bir spektrum olarak yaklaşır. Bireyin karar verme yeterliliği bazı düşük riskli ve az bileşenli kararları vermeye yeterli olabilir. Örneğin hastanın kendisine müdahale yapılırken yanında bulunmasını istediği/istemediği kişileri belirlemesi, tıbbi açıdan fark yaratmayacaksa yapılacak girişimin sağ değil de sol koldan yapılmasını talep etmesi ya da hekimini seçmesi gibi kararlar bu gruba girebilir. Karar verme yeterliliği kısmen azalmış hastaların, bu tür kararlarda özerkliğini kullanmasına imkân sağlanması kişilik bütünlüğünün desteklemesi ve onurunun korunması açısından gereklidir. Diğer taraftan riski yüksek ve/veya riskin gerçekleşme olasılığı yüksek durumlarda kapasitedeki azalma hastanın özerkliğini tehdit eder. Karar verme yeterliliği bu tür yüksek riskli durumlara uygun olmayan hastaların özerkliğinin varlığı da tartışmaya açıktır. Bu yaklaşım, hastanın karar verme yeterliliğinin söz konusu

risk düzeyini karşılamadığı durumlarda hasta yerine karar vermenin ya da hastanın tercihinin göz ardı edilmesinin sürecin doğası gereği doğru olduğunu öne sürer. Bu uslamlama karar verme yeterliliği tam olan hastalara ZY/ZT uygulanmasını reddederken, karar verme yeterliliği spektrumun söz konusu riski karşılamadığı kısmına düşen hastalarda ZY/ZT uygulamasının kabul edilebilir hatta gerekli olduğunu savunur.³

Bu makale hazırlığı esnasında başvuru uzman görüşlerinde (ruh sağlığı alanında çalışan hemşire, psikolog ve psikiyatristlerle toplantı düzenlenmiştir), kendisine ya da çevresine zarar verme riski yüksek hastaların özellikle karar verme kapasitelerinin de bir miktar da olsa azalmış olduğundan hareketle, etik ve tıbbi açıdan ZY/ZT kararını vermekte zorlanmadıkları görülmüştür. Bu durum klinik pratikte zarar verme riskinin somut ve büyük olduğu durumlarda bazı etik değerlerin göz ardı edilmesinin haklı çıkarıldığını göstermektedir.

Diğer taraftan akademik literatürde bireysel hak ve özgürlüklerin ve bedensel bütünlüğün hiçbir gerekçe ile göz ardı edilemeyeceğini öne süren ve bu nedenle ZY/ZT'yi koşullardan bağımsız olarak reddeden yaklaşımlar da bulunmaktadır. Bu yaklaşımların dayanakları; zorla yapılan tüm uygulamaların temel insan haklarının ihlal edilmesi anlamına gelmesi ve özerkliğin insanın varlığının temel taşlarından birini oluşturan bir değer olmasıdır. Hak temelli ve değer temelli bu savlar, yarar sağlama ya da zararı önleme gibi niyetlerde de dâhil olmak üzere, hiçbir gerekçenin insan haklarını ve bütünlüğünü göz ardı etmeye yol açabilecek bir tartışmanın başlatılmasına neden olamaz.³ Bu görüş bireysel haklara saygı duyulması ve çeşitli koşullarla ihlal edilmesinin diktomi olduğunu öne sürer.⁸ Şüphesiz bu argümanlar, ZY ve ZT'nin hiçbir koşul ve durumda uygulanması sonucunu doğurmaktadır. Her ne kadar uluslararası literatürde bu gibi argümanlara rastlansa ve bazı ülkelerde bu argümanlarla uyumlu olacak şekilde ZY/ZT'nin ancak çok istisnai durumlarda uygulanmasına rağmen, ülkemizde uzman görüşleri, kendine ya da başkalarına yönelik şiddet riski somut ve bariz olan vakalarda ZY/ZT uygulamalarını tümünden reddeden yaklaşımlara yakınlık göstermemekte, bu gibi tartışmaların pratik hekimlik uygulamaları ile bağdaşmadığını öne sürmektedir.

ZY/ZT'nin uygulanmasını hiçbir koşulda uygun görmeyen bir diğer yaklaşım, ruh hastalıklarının ontolojisi ile ilgilidir. Bu yaklaşım "ruh hastalığı" kavramının bedenin diğer hastalıkları gibi bir nitelik taşımadığını ve fizyopatolojik bir hastalık yerine bireyin toplumla/toplumsal normlarla uyumsuzluğunu ya da kişiliğinin ondan bekleneni karşılamaması nedeniyle diğerlerinde yarattığı bir huzursuzluğu tanımladığından hareket eder. Bu kapsamda ruh hastalığı kavramının belirsizliği ve subjektivitesinin altını çizer ve bu belirsiz kavrama dayanarak bireye dışarıdan zorla yapılan tüm uygulamaları reddeder.⁹ Uzman görüşleri bu argümanı destekler şekilde ülkemizde verilen çoğu ZY/ZT kararının hekim ya da vaka açısından yüksek oranda subjektivite içerdiğini göstermektedir. Söz konusu subjektivitenin hekimlerin yoğun, zorlu ve çoğu zaman izole çalışma koşullarında kısıtlı zaman altında en güvenli kararı verme çabasından kaynaklandığının altını çizmektedir. Kararın ZY/ZT yönünde olmasını provoke eden bir diğer husus, aile ya da mikro sosyal çevre içinde baş edilemeyen hastaların ya da bağımlılıkları olan kişilerin bu yolla fiziksel olarak kısıtlanması talepleri de olabilmektedir. Hekimler bu gibi durumlarda hastalarına karşı sadakat ilkesini zedelediklerini hissetmekte, ZY kararını bir anlamda suistimal ederek hastanın uzun dönem de tedaviye uyumunu ve hekimine olan güvenini ortadan kaldırılabildiğini ifade etmektedir.

Bir diğer görüş ZY/ZT'nin hastanın özerkliğini, bütünlüğünü ve onurunu zedelediği, tam tersine hastanın kendisine ya da çevresindekilere zarar verme riskinin "hastaya rağmen" engellenmesinin özgeci bir tutum olduğunu öne sürmektedir. Hastanın içinde bulunduğu tıbbi durum nedeniyle yitirdiği öz değerlerine uygun davranma yetisine yeniden kavuştuğunda, kendisine ZY/ZT uygulanmasını onaylayacağı varsayımından hareketle, aslında hastanın değerlerini, seçme özgürlüğünü ve özerkliğini "onun adına ve o tekrar kendine gelene kadar" korumanın etik bir sorumluluk olduğunu savunur. Bu yaklaşım öncelikle psikiyatri uzmanları ve ruh sağlığı çalışanları tarafından dile getirilmiştir. Bunun nedeni olarak, bu kişilerin mesleki uygulamalarında hastalık sürecini yakından izleyerek ZY/ZT'nin başvurulduğu/gereksinim duyulduğu durumların karmaşıklığını algılamaları ve bu uygulamanın pratik yaşamda sonuçlarını

gözlemleyebilmeleri olduğu gösterilmiştir.¹⁰ Uzmanlar, özellikle şiddetli bir psikotik atak esnasında hastanın sınırlı bir süre ZY'ye tabi tutulmasının hastanın daha sonra kendisi açısından utanç kaynağı olabilecek bazı durumlarının kamuya açık şekilde yaşanmasına mani olarak mahremiyetinin korunmasına katkı sağladığı konusunda uzlaşmaktadır. Bu gibi durumlarda hekimler, ZY/ZT uygulanmasının etik açıdan bir sorumluluk olarak algılanabileceğini öne sürmektedirler.

Bir diğer görüş, ZY/ZT gibi özgürlükleri kısıtlayan uygulamaların sınırlarının yasa ile çizilmesi gerektiğini savunur. Yasal zeminin varlığı, bu uygulamaların gereğinden fazla ve amacına uygun olmayan şekilde kullanımının önüne geçebilir elbette. Ancak yasaya uygun olan her eylemin etik açıdan doğru olmadığı gerçeğini de unutmamak gereklidir. Başka bir deyişle ZY/ZT uygulamasının gündeme geldiği durumlarda yasaya uygun davranmak bu uygulamanın etik açıdan uygunluğunu garanti etmez.³ Uzman görüşleri yasal düzenlemenin yapılmasının hekimlerden ya da yasa uygulayıcılarından kaynaklanan subjektif uygulamalarının önüne geçmek, prosedürün keyfi, bireysel ya da kurumsal varyasyonlarını engellemek, ZY kararını sonlandırmak konusunda standardizasyon sağlamak ve en önemlisi hekimlerin vaka bazlı inisiyatif alma zorunluluklarını azaltmak açısından faydalı olabileceğini göstermektedir. Diğer taraftan yasal düzenlemenin vakanın öznel niteliklerinden kaynaklanan varyasyonlara yanıt vermekte kısıtlılık yaratabileceği ve tıbbın pek çok alanında olduğu gibi gerçekte bağdaşmayan bir yasal standardizasyon beklentisinin yarardan çok zarar verebileceği görüşü de öne sürülmektedir. Genel olarak ZY/ZT endikasyonları ve prosedürleri konusunda bir sınır çizilmesi ve hekimin vaka özelinde karar verme özerkliğine alan tanıyan bir yasal düzenleme yapılması konusunda uzlaşa olduğunu söylemek mümkündür. ZY/ZT'nin etik değerlendirilmesinde dikkate alınması gereken diğer hususlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:³

1. ZY/ZT'nin ceza aracı olarak kullanılması: Tarihte psikiyatride ZY uygulamalarının toplumsal normların dışında kalan tutumları sergileyen bireyleri "ıslah" etmek için kullanıldığı görülmektedir. Bu bir taraftan gücün/otoritenin kötüye kullanımı diğer taraftan hekimliğin toplumsal normların devamının

sağlanmasında araçsallaştırılmasıdır ve bu nedenle etik açıdan hem hekimliğin temel değer ve amaçları hem de bireysel onur ve haklar özelinde pek çok sorun barındırır.¹¹

2. ZY/ZT'nin uzun vadede hastaya verdiği zararlar: Hastanın kişilik algısını ve özgüvenini geliştirmesine engel olması ve hastanın tıbbi durumunun düzelmesinde kısıtlı etkisi. Ayrıca bu deneyimin yarattığı travma, karar verme kapasitesinde problemlere neden olması, somatik bozuklukların oluşması ya da artışı riski.

3. Hasta yakınları ve hasta arasındaki ilişkinin ZY/ZT kararına etkileri: Hastaya bakım verenlerin riski algılama kapasitesi, rasyonel karar verme kapasitesi, negatif duygular ve suçluluk, ZY/ZT kararının hasta yakını odaklı olarak verilmesi.

4. Hasta dışındakilere fayda sağlama gayretinin hastanın yararının önüne geçmesi: Ailenin ya da ruh sağlığı hizmet sunucuların konforunun sağlanması ya da belirli bir kişi ya da tüm topluma yönelik rahatsızlığın önlenmesi için gündeme gelen ZY/ZT kararı.

ZY/ZT uygulamalarının kategorik olarak reddedilmediği durumlarda bu uygulamaya yönelik kararın etik açıdan temellendirilebilmesi için bazı koşullar tanımlanmıştır: orantısallık, gereklilik ve ilk tercih olmama bu koşullar arasında yer almaktadır. Orantısallık ve gereklilik ilkeleri, zorla müdahale edilen durumlarda, müdahalenin şiddetinin, süresinin ve uygulama yönteminin bu müdahalenin gereği ile orantılı olmasını işaret eder. Temelde keyfi karar ve uygulamaları önlemeyi hedefler.¹² İlk tercih olmama koşulu, zorla yapılan müdahalelerin son seçenek olmasını öngörür. Eğer zorla müdahale tek seçenek olarak kaldı ise en az zor kullanmak, en az kısıtlayıcı önlemleri almak ve kümülatif olarak zorlamaya dayalı uygulamalar yapmaktan kaçınmak önerilmektedir.³ Esasen bu 3 ilke, etik ikilemlerin çözümünde Beauchamp ve Childress tarafından önerilen yaklaşımla uyumludur.⁷ Bu yaklaşım, bir ilke ya da değer harcanmadığı etik ikilem durumunda, etik uslamalama sonucunda varılan üzerinde düşünülmüş yargının geçerliliği için bazı basamaklar önerir.⁷

1. Seçilen eylemin koruduğu değer harcanan değerden daha üstün olduğuna dair geçerli etik ve olgusal argümanlar bulunmalı.

2. Seçilen eylemin, korunması istenen değeri koruma olasılığı yüksek olmalı.

3. Diğer etik değer harcanması kaçınılmaz olmalı.

4. Harcanan değer yaratacağı olumsuzlukları en aza indirmek için önlemler alınmalı.

5. Mümkün olan en az değer harcanmalı.

6. Karar duygusal ya da pratik çıkarlara/kaygılara bağlı olarak alınmamış olmalı.

Bu basamaklar izlendiğinde;

1. ZY/ZT uygulamasının korunması istenen değerler hastanın yararı, hasta karar verme yeterliliğini tekrar kazanana kadar kendisine ya da bir başkasına zarar vermesinin önüne geçilmesidir. Harcanan değerler ise, hastanın temel özgürlüklerinin ve özerkliğinin göz ardı edilmesidir.

2. Seçilen eylem hastanın arzusuna aykırı olarak (fiziksel) güç kullanarak kısıtlanması ve tedavi edilmesidir. Bu basamağın tamamlanabilmesi için ZY/ZT kararını veren hekim(ler)in bu uygulamaların hastaya sağlayacağı yararı ve önleyeceği riskleri objektif olarak gösterebilmesi şarttır. Bu nedenle, bu basamak vaka bazlı olarak hastanın klinik durumu, tıbbi tedavi seçenekleri, hastanın tedaviden yararlanma kapasitesi, eş tanırları ve diğer riskleri açısından değerlendirilmez.

3. ZY/ZT uygulanabilmesi için hastanın temel hakların ve özerkliğinin göz ardı edilmesi kaçınılmazdır.

4. Bu basamakta orantısallık ilkesi göz önünde bulundurularak en az kısıtlayıcı önlemlerin en kısa süre ile uygulanması ve kümülatif zorlamalardan kaçınılması gereklidir.

5. Kaçınılmaz olarak göz ardı edilen özgürlük ve özerklik dışında başka bir değer harcanmamasına dikkat edilmelidir. Örneğin hastaya uygulanan tedavilerde hastanın onurunun korunması, mümkün olan her aşamada minör kararları vermesine imkân sağlayarak karar verme kapasitesinin ve özgüveninin desteklenmesi bu kapsam içindedir.

6. ZY/ZT uygulamasına sadece hasta yararı gözetilerek karar verildiği, yukarıda değinilen güç/otörite istismarı, cezalandırma yöntemi olarak kullanım

ya da hasta yakınları/sağlık personeli konforu için manipölasyon içermediğine dikkate edilmelidir.

PSİKİYATRİ PRATİĞİNDE ZORUNLU YATIŞ/ZORUNLU TEDAVİ

Psikiyatri ve etik arasındaki ilişki, psikiyatrinin insanın ruhsal yapısını, duygularını, düşüncelerini, davranışlarını etkileyen bir alan olması, ruhsal bozuklukların karar verme yeterliliğini ve rızasını etkilemesi nedeniyle önemlidir. Ruhsal hastalıklar sırasında bilişsel işlevler, gerçeği değerlendirme yetisi bozulabilir yaşadıkları bunaltı ve çökkünlük alacakları kararı olumsuz yönde etkileyebilir ya da hastalar karar veremeyebilir. Psikiyatri hastalarında dikkat, kavrama, yargılama, gerçeği değerlendirme, düşünce akışı ve içeriği gibi birçok alanda bilişsel işlevler etkilenebilir. Psikiyatri alanında kişinin özerkliğinin kısıtlandığı durumlar, istemsiz tedavi, istemsiz yatış, tespit ve tecrit durumlarıdır. Kişinin kendine ya da çevresine zarar verme riski durumlarında ZY/ZT gündeme gelmektedir. Hastanın davranış kontrolünün sağlanması için farmakolojik müdahaleler gerekebilir, müdahaleyi engelleyen, hastanın kendine ve çevreye zarar verici davranışlarının olması durumunda tespit ve tecrit uygulanabilir, istemsiz tedavi kararı alınabilir. Tecrit (izolasyon) hastanın kendi isteği dışında kapalı bir alanda tutulmasıdır.

İstemsiz yatış kararı gerektiren psikiyatrik durumlar; kişinin gerçeği değerlendirmesini ve davranış kontrolünü bozacak psikotik/manik atak ile giden psikiyatrik durumlar, kendine ve çevreye zarar verme riski bulunan, yoğun özkıyım düşünceleri olan hastalar, adli durumlar, mahkeme kararıyla getirilen hastalar olarak düşünülebilir. Psikiyatrik hastalıklarda kişinin hastalığıyla ilgili karar verme yetisi bozulmakta, tedaviyi reddetme, direnç gösterme, önerileri ve bilgilendirmeleri dinleyememesi zorunlu tedavi uygulamalarına neden olmaktadır. Hastanın ajitasyonu olabilmekte, kendisini tedavi etmeye çalışan sağlık ekibine karşı saldırgan bir tutum sergileyebilmektedir. Diğer kişilerin, toplumun güvenliğini düşünerek hekim hastaya ZY/ZT, fiziksel kısıtlama ve tecrit uygulaması gerekebilir.¹³ Böyle durumlarda hastadan bilgilendirilmiş onam almak güçleşmiştir. Çünkü hastalığı nedeniyle kişi bilgilendirmeleri dinlemeyebilir, hasta olduğunu kabul etmeyebilir. Has-

tanın ruhsal sorunlarıyla ilgili içgörüsü bozulmuştur, tedaviyle ve tedavinin sonuçlarıyla ilgili uygun karar veremeyebilir. Hastanın vesayet altına alınması gereken bir durumu var ise vasisinin bilgilendirilerek, bilgilendirilmiş onam alınması uygun olacaktır. Hasta için hastanın yararını gözeterek en iyi kararı kimin vereceği vakadan vakaya değişebilmektedir. Tüm bilgilendirmelere rağmen hastanın yakınları hekimin önerisinin aksine bir karar vermek isteyebilir. ZY/ZT uygulamalarında hekimin etik bir değerlendirme yapması gerekmektedir. ZY/ZT gerektiren durumlarda risk değerlendirmesi yapabilmesi için hekiminde tıbbi bilgisinin yeterli olması, doğru tanıyı koyması, tedavi seçeneklerinin olası sonuçlarının risk değerlendirmesini yapabilmesi gerekmektedir. Psikiyatrist öncelikle hastayı ve yakınlarını istemli yatışa yönlendirmek için özel çaba göstermelidir. Yoğun çalışma saatleri, uygun hasta-hekim ilişkisinin kurulamaması, hekimin hastanın tedavisiz kalmasıyla oluşabilecek risklerden çekinmesi, bu risklerin doğuracağı olumsuz sonuçların hukuki ve vicdani yükü hekimi bazen ZY/ZT lehine yanlı karar vermesine neden olabilmektedir. Yine yoğun çalışma saatleri, hasta-hekim ilişkisinin zedelenebileceği kaygısı ve yasal kaygılar nedeniyle hekim ZY/ZT kararı vermesi gereken durumlarda çekimser davranabilir.

Sağlık hizmetleri için karar verme kapasitesi için genellikle 4 kriter tanımlanmaktadır: anlama, değerlendirme, akıl yürütme ve seçimini ifade etme.¹⁴ Karar verme kapasitesini değerlendirirken bu amaçla geliştirilmiş standardize ölçekler kullanılabilir. MacArthur Yeterlilik Değerlendirme Testi ile seçenek hakkında konuşma, ilgili bilgiyi anlayabilme, durum ve sonuçlarını değerlendirme, bilgiyi mantıksal olarak değerlendirme kapasitesi değerlendirilebilir.¹⁵ Psikiyatri hastalarının karar verme kapasitesi değerlendirilirken ya hep ya hiç şeklinde bir sonuca varılması, sürecin kararlaştırılmasında dâhil olabileceği konularda fikrinin sorulmaması, hastanın karar verme yeterliliği olmadığı için tedavi süreci ve etkileriyle ilgili bilgilendirme yapılmasının gerek olmadığının düşünülmesi bazı etik olmayan uygulamaları da beraberinde getirmektedir. Hastanın karar verme kapasitesinin hastalığı nedeniyle azalması onun kendi sağlık bakımı süreciyle ilgili bilgi alamayacağı ya da hiçbir konuda karar veremeyeceği anlamına gelme-

mehtedir. Özerkliği kısıtlayan kararların gerektiği düzeyde ve sürede uygulanması gerekmektedir. Uygun yaklaşım ve iletişime rağmen psikiyatri hastaları tedaviye ya da yatışa ikna edilemeyebilir. Bazı durumlarda psikiyatrik görüşmenin sürdürülmesi olanaksızlaşabilir. Hastanın kendine ve çevreye zarar verici davranışları olması halinde hastanın tespit edilmesi ya da hastanın kendi isteği dışında kapalı bir alanda tutulması (tecrit) gerekebilir, bu uygulamalar hastanın özerkliğini sadece tedaviyle ilgili karar verme süreçlerinde değil fiziksel olarak da kısıtlayan uygulamalardır. Bu uygulamaların adımlarının nasıl olacağı önceden belirlenmiş olmalıdır. Uygulamalar sırasında hastayı incitecek, mahremiyetini bozacak, onurunu zedeleyecek yaklaşımlara izin verilmemelidir. Tecrit gereğinden fazla süre uygulanmamalı, hasta sakinleştğinde tecrit sonlandırılmalıdır.¹⁶

Psikiyatri hastalarında istemsiz uygulamaları yordayan faktörleri belirlemeye yönelik çalışmalar da yapılmaktadır. Geniş kapsamlı bir çalışmada bir psikiyatri servisinde uygulanan zorlayıcı tedbirlere çoğunlukla tedavinin ilk günlerinde başvurulduğu, manik veya psikotik atakların zorlamanın uygulanmasıyla en alakalı belirleyiciler olduğu, hastalığın kronikliği ve şiddetinin diğer belirleyiciler olduğu saptanmıştır.¹⁷ Erkek cinsiyetin bu uygulamaların kullanımında bir risk faktörü olduğu saptanmıştır.^{18,19} ZY/ZT'ye maruz kalan hastaların tedavinin başlangıcında psikopatolojilerinin daha ağır olduğu çalışmalarla saptanmaktadır.^{18,19} Daha ağır psikopatolojilere sahip bireylerin bu uygulamalara daha çok maruz kalması şaşırtıcı değildir. Bu durum ZY/ZT'nin sonuçlarını değerlendirmeyi güçleştirmektedir. Hastalıkla ilgili olumsuz gidiş, istemsiz müdahalelerden dolayı mı yoksa başlangıçtaki psikopatolojinin daha şiddetli olmasından mı ayırt etmek oldukça güçtür. İstemsiz müdahalelerin klinik etkilerini belirlemek için yapılan bir çalışma, tecrit ve kısıtlamanın olumsuz fiziksel veya psikolojik sonuçlara sahip olduğuna dair bazı kanıtlar sunmaktadır. Terapötik etkileşimin zorlama algısı üzerinde olumlu bir etkisi olduğu görülmektedir.²⁰

Psikiyatristin ZY/ZT uygulamadan önce bir etik değerlendirme yapması gerekmektedir, hastanın özerkliğini engelleyen uygulamalarda hekim kararını

bu uygulamayı haklı çıkaracak argümanlar zeminine oturtmalıdır. Kendine zarar verme riski olan bireyin yararını gözetmek, yaşamın korunmasını sağlamak hekimliğin temel görevlerindendir. Hastanın ZY/ZT ile mevcut ruhsal hastalığının yatışmasının sağlanması o kişinin toplum içinde özerkliğinin tekrar kazandırılmasını sağlayabilir. Hastaların tedavi edilmesi hastalara özerkliğini tekrar kazandıracak bir süreç olarak düşünülebilir.³

Psikiyatride ZY/ZT kullanılması, terapötik sonuç açısından yararlarının yanında birçok dezavantajı da beraberinde getirmektedir. Hastanın yaşadığı olumsuz deneyim, terapötik ilişki üzerindeki olumsuz yansımaları ve uygulamadan sonra tedavi uyumunda bozulma bu durumlar arasında yer almaktadır.²¹ Ruh sağlığı hizmetlerinde ZY/ZT'yi azaltmaya yönelik müdahalelerin etkinliğini değerlendiren geniş kapsamlı bir çalışmada, personel eğitiminin (güçlü kanıt düzeyi), ortak karar verme müdahalelerinin ve entegre bakım müdahalelerinin faydasını göstermektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinde ZY/ZT uygulamalarını azaltmaya yönelik politika, klinik ve uygulama girişimlerinin geliştirilmesinin önemli olduğu belirtilmiştir.²²

TÜRKİYE'DE ZORUNLU YATIŞ/ ZORUNLU TEDAVİ

Türkiye'de ZY/ZT uygulamalarına dair bir yasal düzenlemeler kısıtlıdır. Bu nedenle ZY/ZT ile ilgili uygulamalarda Türk Medeni Kanunu'nda (TMK) 432-437 sayılı maddelerine başvurulmakta ancak bu maddeler klinikte karşılaşılan sorunlara yetersiz kalmaktadır. İdareciler ve adli makamlar arası subjektif uygulamalara yol açan görüş ve yorumlama farklılıkları sebebiyle, hastanelerde farklı süreçler yürütülmektedir.²³ TMK 432. maddesinde koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması koşulları tanımlanmaktadır. "*Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması halinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir. Görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlileri, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildir-*

mek zorundadırlar. Bu konuda kişinin çevresine getirdiği külfet de göz önünde tutulur. İlgili kişi durumu elverir elvermez kurumdan çıkarılır.” şeklinde belirtilmektedir. TMK 405. maddeye göre “Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır.” ifadesiyle bu kişilere vasi atanabileceğini belirtmektedir.

Türk Psikiyatri Derneği (TPD) 22 Haziran 2002 tarihinde “Psikiyatri Meslek Etiği Kuralları” dokümanını yayınlamıştır.²⁴ Bu dokümanın 17 ve 18. Maddeleri ZY/ZT’ye yöneliktir:

Madde 17: “Hastanın ya da temsilcisinin yatırılmaya karşı çıktığı durumlarda, hekim, tıbbi-psikiyatrik gerekçeleri değerlendirerek istem dışı yatış kararını hekimlik bilgisi ve vicdanına göre kendi vermelidir. Hasta, ruhsal bir bozukluk nedeniyle uygun karar verme yetisini yitirmişse, istem dışı hastaneye yatırma ve sağaltım uygulama kararında, ülkemizdeki yasalar uyarınca hareket etmek ruh hekiminin görevidir. Hastanın insanlık onurunu ve yasal haklarını güvenceye almak için ruh hekimi aileyle görüşmeli ve gerekiyorsa yasal yollara başvurulmasında rehberlik etmelidir. Hastanın isteği dışında sağaltım uygulanması durumunda önce hastanın sağlığı düşünülmeli, ancak insan hakları ilkelerine de özen gösterilmelidir.”

Madde 18: “Ruh hekimi, hastanın kendisi ya da çevresi için tehlikelilik hali söz konusu olmadığı durumlarda hastanın sağaltımı reddetme hakkını tanımalıdır.”

TPD Psikiyatri Meslek Etiği İlke ve Kuralları Mayıs 2024’te taslağın TPD 21. Olağan Genel Kurul’da onaylanmasının ardından güncellenmiştir.²⁵ Bir önceki kılavuzdan farklı olarak hastaneye yatırılma yerine bakım verme kavramı kullanılmıştır. İstemsiz bakım ve tedavi başlığı altında tek maddede bu konuya yer verilmiştir.

Madde 15: “Psikiyatri hekimi hastanın bakımını sağlamak ve hastanın veya diğer kişilerin güvenliğinden emin olmak için başka bir seçenek olmadığında istemsiz bakım ve tedavi uygulamalarına başvurur. İstemsiz bakım ve tedaviyi yalnızca hasta ciddi bir ruhsal hastalık nedeniyle karar verme kap-

asitesi önemli ölçüde etkilenip kendisi veya çevresi için tehlikeli olmaya devam ettiği sürece sürdürür. Sürecin her aşamasında istemsiz müdahaleleri istemli hale getirmek için çaba gösterir.”

TPD 20 yılı aşkın süredir “Ruh Sağlığı Yasası” üzerinde çalışmaktadır. 2014 yılına kadar 3 ayrı taslak hazırlamış ve pek çok kereler yasa teklifinde bulunmuştur, ancak önerilerinin hayata geçmesi henüz mümkün olmamıştır.²⁶ Derneğin hazırladığı 2015 yılına ait yasa taslağında ZY/ZT’ye yönelik şu ifadeler yer almaktadır:

“Madde 8. İstemli tedavi: Bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının muayene sonrası gerekli görmesi, uygulama ile ilgili tam olarak bilgilendirilmiş olması koşulu ve kendisinin özgür iradesiyle rıza vermesi üzerine hastaların ayaktan ya da yatırılarak tedavi edilmesini ifade eder.

Madde 10. İstemsiz tedavi: Bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının muayene sonrası gerekli görmesiyle, ruhsal hastalığa bağlı tehlikeliliğin olduğu ve başka tedavi olanaklarının olmadığı bir durumda hastaya istemi dışında tedavi uygulanmasını ifade eder.

Madde 11. İstemsiz yatış: Bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının muayene sonrası gerekli görmesiyle, ruhsal hastalığa bağlı tehlikeliliğin olduğu ve başka tedavi olanaklarının olmadığı bir durumda hastanın istemi dışında bir psikiyatri kliniğine yatırılmasını ya da yasal zorunluluklar nedeniyle mahkeme kararı ile bir psikiyatri kliniğine yatırılmasını ifade eder.

Madde 12. Zorunlu yatış ve tedavi: Ruh sağlığı yasası dışındaki yasalar gereği ruhsal hastalığa bağlı tehlikelilik durumunda, hem kişinin tedavisini, hem de kişinin ve toplumun sağlamak amacıyla, tehlikelilik halinin ortadan kalkmasına ya da önemli ölçüde azalmasına dek rızasının olup olmamasına bakılmaksızın mahkeme kararıyla bir ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine yatırılmasını ve tedavisini ifade eder.”

Hastaların tedaviyi reddetme ve hasta kalma hakkı bulunmaktadır. Sağlığı tehdit eden ölüm riski yüksek tıbbi durumlarda dahi hastalar tedaviyi reddedebilmektedir. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi Türkiye dâhil 164 ülke tarafından imza-

lanmıştır. Bu sözleşmenin 12. maddesinde “*Taraf Devletler engellilerin tüm yaşam alanlarında diğer bireylerle eşit koşullar altında hak ehliyetine sahip olduğunu kabul eder.*”, 14. maddesinde “*Özgürlüklerinden hukuka aykırı veya keyfi bir şekilde mahrum bırakılmamaları, özgürlüğün kısıtlandığı hallerin hukuka dayalı olması ve engelliliğin, hiçbir koşulda özgürlüğün kısıtlanmasının gerekçesi olarak gösterilmemesi.*” ifadeleri psikiyatri uygulamaları için tartışma yaratmaktadır. Sözleşmede engelli kavramı diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir.

Ulusal literatürde ZY/ZT’nin etik açıdan ele alındığı kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda sorun çoğunlukla ilke temelli yaklaşım perspektifinden ve etik ihlallerden kaçınmak için ZY/ZT endikasyonunun titizlikle konması gerektiği, sınırlarının ve uygulama yöntemlerinin etik ve hukuki olarak tartışmalara konu olduğuna dikkat çekilmiş, yasal düzenlemenin bulunmamasının etik ihlallere zemin hazırlama riski taşıdığının altı çizilmiştir.²⁷⁻³¹ Ayrıca, psikiyatri uzmanlık eğitiminde etik eğitimin gerekliliği, ZY/ZT endikasyonunun konmasında dayanan kriterlerin kısıtlılığı, ZY/ZT’nin sosyal ve ekonomik boyutu ve tüm bu sorunların hekim, hasta ve toplum bağlamında ele alınmasının gerekliliğine dair çalışmalar yapılmıştır.^{32,33}

Örnek Vaka

Yirmi yaşında erkek hastanın babası polikliniğe başvurduğunda 1 saat uzaklıktaki bir şehirden geldiklerini, hastanın aşağıda arabada beklediğini, son günlerde oğullarında anlamlandıramadıkları ruhsal değişikliklerin olduğunu belirtti. Hasta yakınından hastayı polikliniğe getirilmesi istendi. Yakınından alınan bilgiye göre ön tanı bekâr ve üniversite öğrencisi olduğu, ailesiyle birlikte yaşadığı, bir haftadır uykusuzluk, alınganlık, şüphencilik gösterdiği, kendi kendine konuştuğu öğrenildi. Hasta geldiğinde az konuştuğu, savunucu bir tutum sergilediği, düşünce akışında dağınıklık olduğu ancak hızının normal olduğu, belirgin ajitasyonun olmadığı görüldü. Alkol-madde kullanım öyküsünün olmadığı belirtildi. Hastada psikotik atak ön tanısı düşünülerek olanzapin 10 mg/gün

tedavisi başlandı. Aileye durumuyla ilgili bilgi verildi, ajitasyonu olması halinde acil servise başvurmaları istendi. Aile 3 gün sonra kendi yaşadıkları şehirden aradı, hastanın ajitasyonunun arttığını, o gün ilacı içiremediklerini belirtti. Yakınlarına kendi şehirlerindeki acil servise başvurmaları istendi. Gittikleri 2 ayrı acil serviste yatış kararı verilmediği, birinde enjeksiyon tedavisi uygulandığı, bir miktar yatıştığı öğrenildi, olanzapin tedavisini 2x10 mg dozunda verilmesi ve tekrar polikliniğe başvurmaları önerildi. İlk başvurularından 1 hafta sonra hasta tekrar polikliniğe başvurdu. Düşünce akışı hızlanmış, çağrışımları dağınıktı, ailesine karşı düşmanca bir tutum sergiliyordu. Aile arabayla hastayı zor getirdiklerini belirtti. Hasta acil servise yönlendirildi, uygun iletişim kurularak ilaç tedavisi konusunda ikna edildi ve farmakoterapi uygulandı. Psikiyatri servisi olan bir klinikle iletişime geçildi, hastanın yatırılması için uygun yerlerinin olduğu ve hastayı kliniğe yönlendirebileceğimiz belirtildi. Hasta acil serviste sakinleştikten sonra hasta ve aile bu kliniğe yönlendirildi. Gittikleri hastanede tekrar değerlendirilen hastanın yatmak istemediğini belirtmesi üzerine aileye sorumlu hekim tarafından hastanın rızası olmadan zorunlu yatış yapamayacaklarının, ailenin MK 432. madde kapsamında savcılıktan zorunlu yatış kararı çıkarmaları gerektiğinin iletiliği öğrenildi. Babanın savcılık kararı için kendi ikamet etikleri şehre döndüğü, hasta ve diğer aile üyelerinin burada bir akrabalarında kaldığı, babanın savcılığa başvurduğunda babadan heyet raporu istendiği öğrenildi. Babaya durum bildirir tek hekim raporu fakslandı. Savcılıktan araya hafta sonu gireceği için kararın hemen çıkamayabileceğini öğrenen hastanın yakınları ertesi gün tekrar polikliniğe geldi. Ailenin istemsiz yatış ile ilgili endişeleri vardı, hastanın aileye güveninin sarsılabileceğinden, onlara kırılabileceğinden endişe ediyorlardı. Ayrıca yine hasta yakınlarından yaptıkları başvuru doğrultusunda hastanın komşularına kolluk kuvvetlerinin soruşturma yaptığı, komşulara hasta hakkında tehlikelilik arz edip etmediği, madde kullanıp kullanmadığı şeklinde sorular yöneltildiği, ailenin bu nedenle mahcup hissettiği öğrenildi. Aileye buradaki savcılığa başvurmaları istendi, savcılıktan pazartesi kararın çıkacağı öğrenildi. Hafta sonu akrabalarında kalan aileye acil

durumlarda mutlaka acil servise başvurmaları belirtildi, hasta ilacını alması konusunda ikna edildi. MK 432. madde kapsamında yatış kararı çıkan hasta yakınları tarafından yataklı servisi olan kliniğe götürüldü. Aileden alınan bilgiye göre sorumlu hekimle görüşen hastanın kendi isteğiyle istemsiz yatış gerekmeden yatışı yapılmıştır.

SONUÇ

Psikiyatri ve etik ilişkisi psikiyatrinin kendine has özellikleri nedeniyle tıp etiğinde ayrı bir konumda yer almaktadır. Psikiyatrik hastalıkların tanımlanması, sınıflandırılması, tanı ve tedavilerindeki gelişmeler ile psikiyatri ve etik ilişkisi daha çok tartışılmaya başlanmış ve bu alana özgü rehberler geliştirilmiştir. ZY/ZT uygulamaları sırasında etik yaklaşımları belirleyebilmek kadar, bu uygulamaları önleyebilmek/azaltabilmek de önemli görünmektedir. Psikiyatri uygulamalarında her zaman öncelikli yaklaşım iyi bir hasta-hekim ilişkisinin kurularak hastanın istemli tedavi ve yatışa yönlendirilmesi, ZY/ZT gerektiren durumların oluşmaması için hastanın takibinin iyileştirilmesi, atakların önlenmesi ve koruyucu önlemlerin geliştirilmesi olmalıdır. Bu alanda yapılan çalışmalar istemsiz yatış oranlarını azaltmak ve hastanın karar verme yeteneğini güçlendirmek için yöntemler geliştirmeye de odaklanmalıdır. Psikiyatri hastaları ile gelecekte olabilecek ataklar ile ilgili müdahalenin tartışılması, erken onay alınması, uygulama-

nacak prosedürlere birlikte karar verilmesi gibi yöntemler kullanılabilir. ZY/ZT uygulamasında sorunlu alanları belirlemenin, üzerinde tartışabilmenin, eğitimler düzenlemenin önemli adımlar olduğu aşikâr olmakla birlikte, psikiyatristin bu adımları izleyebilmesi için öncelikle yaşadığı etik ikilemin farkında olması ve etik sorunu belirleyebilmesi gerekmektedir.

Teşekkür

Uzman görüşleri ve katkıları için alfabetik sıra ile Burçin Çolak, Melike Karaçam Doğan, Meltem Kamacı, Selda Aykan Bayri, Şevin Hun Şenol'a teşekkür ederiz.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Mustafa Volkan Kavas; **Kaynak Taraması:** Mustafa Volkan Kavas; **Eleştirel İnceleme:** Mustafa Volkan Kavas.

KAYNAKLAR

1. Gilbert H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. BMC Health Serv Res. 2008;8:92. PMID: 18439254; PMCID: PMC2386459.
2. Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, Bempohl F, Lehmann A, et al. 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. 2016;266(4):337-47. PMID: 25900468.
3. Chieze M, Clavien C, Kaiser S, Hurst S. Coercive measures in psychiatry: a review of ethical arguments. Front Psychiatry. 2021;12:790886. PMID: 34970171; PMCID: PMC8712490.
4. Verbeke E, Vanheule S, Cauwe J, Truijens F, Froyen B. Coercion and power in psychiatry: a qualitative study with ex-patients. Soc Sci Med. 2019;223:89-96. PMID: 30739039.
5. Medical-ethical guidelines: Assessment of capacity in medical practice. Swiss Med Wkly. 2019;149:w20058. PMID: 36542869.
6. Laves R. Tarasoff vs the regents of the University of California et al-the mental health worker as expert in the prediction of violent behavior. J Forensic Psychol. 1979;7(1):39-54. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/tarasoff-vs-regents-university-california-et-al-mental-health>
7. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
8. Olsen DP. Influence and coercion: relational and rights-based ethical approaches to forced psychiatric treatment. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2003;10(6):705-12. PMID: 15005484.
9. Szasz T. The myth of mental illness. Am Psychol. 1960;15:113-8. doi: 10.1037/h0046535
10. Hem MH, Molewijk B, Pedersen R. Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. BMC Med Ethics. 2014;15:82. PMID: 25475895; PMCID: PMC4269949.
11. Oosterhuis H. Treatment as punishment: forensic psychiatry in The Netherlands (1870-2005). Int J Law Psychiatry. 2014;37(1):37-49. PMID: 24184121.

12. Curtice M, Bashir F, Khurmi S, Crocombe J, Hawkins T, Exworthy T. The proportionality principle and what it means in practice. *The Psychiatrist*. 2011;35(3):111-6. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.032458>
13. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):17-25. PMID: 22461917; PMCID: PMC3298202.
14. Palmer BW, Harmell AL. Assessment of healthcare decision-making capacity. *Arch Clin Neuropsychol*. 2016;31(6):530-40. PMID: 27551024; PMCID: PMC5007079.
15. Appelbaum PS, Grisso T. MacArthur competence assessment tool for clinical research (MacCAT-CR). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange. 2001. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t11946-000>
16. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(2):86-128. PMID: 26912127.
17. Müller M, Brackmann N, Jäger M, Theodoridou A, Vetter S, Seifritz E, et al. Predicting coercion during the course of psychiatric hospitalizations. *Eur Psychiatry*. 2023;66(1):e22. PMID: 36700423; PMCID: PMC9981454.
18. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:491. PMID: 31404294; PMCID: PMC6673758.
19. van der Post LFM, Nusselder KJ, Peen J, Nabitz U, Dekker JM. Effect of coercive measures on treatment outcome in involuntarily admitted patients in Amsterdam. *Front Psychiatry*. 2023;14:1240129. PMID: 37810601; PMCID: PMC10556454.
20. Chieze M, Kaiser S, Courvoisier D, Hurst S, Sentissi O, Fredouille J, et al. Prevalence and risk factors for seclusion and restraint in old-age psychiatry inpatient units. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):82. PMID: 33557780; PMCID: PMC7869451.
21. Saya A, Brugnoti C, Piazzini G, Liberato D, Di Ciaccia G, Niole C, et al. Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: a narrative review. *Front Psychiatry*. 2019;10:271. PMID: 31110481; PMCID: PMC6501697.
22. Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, Caldas-de-Almeida JM, Eaton J, Gureje O, et al. Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: umbrella review of randomised evidence. *Br J Psychiatry*. 2021;218(4):185-95. PMID: 32847633.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). 2011. Erişim tarihi: . Erişim linki: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf
24. Türkiye Psikiyatri Derneği [İnternet]. Ruh hekimliği (psikiyatri) meslek etiği kuralları. [Erişim tarihi: 20 Ocak 2024]. Erişim linki: <https://psikiyatri.org.tr/tpd-kutuphanesi/belge/311>
25. Türkiye Psikiyatri Derneği. [İnternet]. Psikiyatri meslek etiği ilke ve kuralları. [Erişim tarihi: 20 Ocak 2024]. Erişim linki: <https://psikiyatri.org.tr/upload-Files/1452024132746-TPDPsikiyatritiMeslekEtigilikeKurallariGK-onay14052024.pdf>
26. Türkiye Psikiyatri Derneği [İnternet]. Ruh Sağlığı Yasası. [Erişim tarihi:]. Erişim linki: <https://psikiyatri.org.tr/ruh-sagligi-yasasi>
27. Dalkılıç EE. Türkiye'de zihinsel veya ruhsal engellilerin "zorla" tedavisinin eleştirisi [Critique of "Forced" treatment of persons with mental or psychological disabilities in Turkey]. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*. 2015;117:11-34. <https://search.trdizin.gov.tr/en/yayin/detay/170532>
28. Gültekin BK, Çelik S, Tihan A, Beşkardeş AF, Sezer U. Bir psikiyatri hastanesinde istemli ve istem dışı yatışların sosyodemografik ve klinik özellikleri [Sociodemographic and clinical characteristics of involuntary and voluntary hospitalized psychiatric inpatients in a mental health hospital]. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013;50:216-21. doi: 10.4274/npa.y6245
29. Oğuz NY, Demir B. Hukuki ve etik yönüyle zorla hastaneye yatırma [Involuntary hospitalization; legal and et-bical aspects]. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psiko-farmakoloji Dergisi*. 1993;1(4):367-71. https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/84944/mod_resource/content/0/ZT_02.doc
30. Sert G, Özçelik H, Yıldırım G. Türkiye'de akıl hastalığı olan hastalarda zorla yatırma ve zorla tedavi/hukuki ve etik sorunlar [Involuntary admissions and treatment of patients with mental health disorders-in Turkey/legal and ethical issues]. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2019;9(3):393-404. <https://doi.org/10.31020/mutftd.595300>
31. Şen N, Süzer Özkan F. Psikiyatri hastalarında zorunlu yatış ve zorla tedaviye bir bakış açısı [A perspective to compulsory hospitalization and treatment of psychiatric patients]. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017;7(3):176-81.
32. Demir B, Oğuz Y. Psikiyatri eğitimi ve etik [Education in psychiatry and ethics]. *J Clin Psy*. 1999;2(2):95-100.
33. Nesipoğlu G. Psikiyatri hastalarının "zorunlu yatış"ından doğan etik sorunlar ve bu sorunların klinik etik kapsamında değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2015. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=WY5CM7IPNE2z_YM6pBu0t8aqfTzo3cqDGAPrmlI5puWmm07JlzcD9T2VHrHZ48rz