

PAPER DETAILS

TITLE: KISITLAMA ALTINDAKI HASTANIN BAKIMINDA BIR YOL HARITASI

AUTHORS: Afitap ÖZDELIKARA,Ebru KAYA

PAGES: 37-43

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/497508>

KISITLAMA ALTINDAKİ HASTANIN BAKIMINDA BİR YOL HARİTASI*

A PATWAY IN CARE OF PATIENT UNDER RESTRICTION

Afıtap ÖZDELİKARA^a, Ebru KAYA^b

ÖZ Kısıtlama biçimleri çoğunlukla demans, ajitasyon, deliryum, konfüze olan hastalar için hastaların güvenliğini sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Hasta ile birebir etkileşimde bulunan hemşireler en önemli görevlerinden birisi de hasta güvenliğini sağlamaktır. Yapılan çalışmalar kısıtlama biçimlerinin dünyada ve ülkemizde çok sık kullanıldığını göstermektedir. Bu çalışmaların çoğunluğunda hemşirelerin hasta kısıtlamasına ilişkin bilgi düzeyinin yeterli olmadığını, kısıtlamanın komplikasyonlarını bilmediğini ve hekim istemi olmadan hastaya kısıtlama uyguladığını, kısıtlama öncesi uygulanması gereken alternatif yöntemleri bilmediğini ve uygulamadığını göstermektedir. Bu derlemede kısıtlama biçimleri, kısıtlama öncesi yapılması gereken girişimler, hemşirenin görev ve sorumluluklarına yönelik yapılması gerekenler tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Fiziksel kısıtlama, hasta bakımı, hemşirelik, yoğun bakım

ABSTRACT The forms of restriction are usually applied to ensure the safety of patients for patients with dementia, agitation, delirium, confusion. One of the most important tasks of the nurses interacting with the patient is ensuring patient safety. Studies show that restraint forms are used very often in the world and in our country. In the majority of these studies, nurses show that the level of knowledge about patient restriction is not sufficient, that they do not know the complications of the restriction, that the physician applies restriction to the patient without prompting, does not know and does not apply alternative methods before restriction. In this review, the forms of restriction, initiatives that need to be done before the restriction, and what to do for the duties and responsibilities of the nurse are discussed.

Key words: Physical restraint, patient care, nursing, intensive care

GİRİŞ

Hasta birey hastane ortamında güvenliğini tehlikeye sokan birçok riskle karşılaşmakta aynı zamanda kendi hastalık durumu da hasta bireyin güvenliği için risk oluşturmaktadır. Kilolu, yaşlı, dengesini koruyamayan, güçsüz, ajite ve oryantasyonu bozuk olan hastalar, hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi açısından yüksek risk oluşturmaktadır.¹ Yüksek risk grubundaki hastalara kendilerine, başka bireylere ve sağlık çalışanlarına zarar verme durumu olduğunda kısıtlama yapılmaktadır. Kısıtlama türünün seçiminde hastanın genel durumuna göre karar verilmektedir.^{1,2}

Kısıtlama; hasta bireyin kendisine veya başkalarına zarar verme riskine yönelik fiziksel aktivitelerinin kontrolünü sağlamaktır.³ Anksiyete, stres ve ajitasyonun mevcut tedavisine ek olarak ilaçla kontrol altına alınmasını sağlayan *kimyasal kısıtlama* ve hastanın kolay kaldıramayacağı fiziksel ve ya mekanik materyallerin kullanıldığı *fiziksel kısıtlama*, kısıtlama biçimlerini oluşturmaktadır.^{2,4,5} Kısıtlama yöntemleri çoğunlukla psikiyatri kliniklerinde, yoğun bakım ünitelerinde, acil servis ünitelerinde, nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hasta güvenliğini sağlamak amacıyla uygulanmaktadır.⁶⁻⁸

Fiziksel Kısıtlama

Mekanik kısıtlama ile fiziksel kısıtlama günümüzde anlam olarak birbirinin yerine kullanılmaktadır. Mekanik kısıtlama; hastanın araç gereçler ile hareketlerinin kısıtlanmasını ifade ederken, fiziksel kısıtlama hastanın hareketini engellemek için fiziksel olarak hastanın elle durdurulması olarak ifade edilmektedir.⁶

Alınan tüm önlemlere rağmen fiziksel kısıtlama uygulanan hasta oranı yoğun bakımlarda %13-50, bakım evlerinde %2-70 arasında değişim göstermektedir. Danimarka, İzlanda ve Japonya'da fiziksel kısıtlama kullanım oranı %9 iken; Fransa, İtalya, İsveç ve Amerika'da %15-17, İspanya'da ise %40'lara ulaşmaktadır.^{1,9-11} Taiwan'da yoğun bakım ünitelerinde fiziksel kısıtlama kullanım oranı %39.1-69.9 arasında değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir.¹² Türkiye'de yoğun bakım ve genel klinikleri kapsayan çalışmalarda hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulama oranının %90.5-96.1 arasında değişmekte olduğu ifade edilmektedir.^{13,14} Karagözoğlu ve Özden'in (2013) çalışmasında hastanede tedavi gören hastaların "fiziksel kısıtlama uygulamasının %3.4-21 oranında

*12-13 Ekim 2017'de Uluslararası Karadeniz Hemşirelik Eğitimi Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi/Received:06-04-2018; Kabul Tarihi/Accepted:25-06-2018

^aDr. Öğr. Üyesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği A.D., SAMSUN,

^bSağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, SAMSUN

Yazışma Adresi/Correspondence: Afıtap ÖZDELİKARA

E-posta: afitapozdelikara@gmail.com

değiştirdiği, kısıtlama uygulama süresinin ortalama 2.7-4.5 gün olduğu belirtilmiştir.¹⁵

Komplikasyonları azaltmak ve önlemek üzere "Health Care Financing Administration (HCFA)" 1989 yılında, "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)" 1999 yılında fiziksel kısıtlamada uygulanması gereken kuralları içeren prosedürler yayınlamışlardır.^{16,17}

JCAHO standartlarına göre fiziksel kısıtlama, hekim istemi ile profesyonel kişilerce yapılmalıdır. Hekim olmadığı durumlarda fiziksel kısıtlama hemşire tarafından uygulanabilir ve fiziksel kısıtlama uygulamasından sonra 12 saat içinde hekim tarafından istemi yazılmalıdır.¹⁶ Ülkemizde ise fiziksel kısıtlamanın kuralları "Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Hastane Hizmet Kalite Standartları" çerçevesinde tanımlanmıştır. Buna göre; fiziksel kısıtlama kararı hekim tarafından verilmelidir ve hekim istemi içerisinde yer almalıdır. Hekim isteminde kısıtlamanın başlangıç tarihi ve saati, kısıtlamanın takip edileceği aralık süresi, kısıtlamanın sonlandırılma tarihi ve saati belirtilmelidir. Dört saatte bir hemşire ve hekim kısıtlamanın kaldırılıp kaldırılmayacağı yönünden hastayı değerlendirmelidir. Yeniden değerlendirme süresi 24 saati geçmemelidir. Karar verildikten sonra hekim istemi doğrultusunda hemşire gözlem formuna kısıtlamanın tipi, şekli, kısıtlama tarihi, saati ve kontrol süreleri kayıt edilir.³ Bunun aksine fiziksel kısıtlamaya ilişkin hemşireler ile yapılan çalışmalarda hemşirelerin hekime danışmadan fiziksel kısıtlama uyguladığı görülmektedir.^{9,16} Bakır ve ark.'nın (2016) yaptıkları çalışmada hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi, tutum ve uygulamada belirleyici olan sorulara %73.8 oranında yanlış cevap verdiği bildirilmiştir.⁸ Yapılan çalışmalar hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasından sorumlu olmasına rağmen, fiziksel kısıtlama öncesi yapılması gereken alternatif yöntemleri hemşirelerin bilmediği ve alternatif yöntemlerin uygulanmadığı, fiziksel kısıtlamaya ilişkin komplikasyonları bilmediğini ve fiziksel kısıtlamaya ilişkin kayıt tutulmadığı belirtilmiştir.^{5,9,12-16,18,19}

Kimyasal Kısıtlama

Özellikle yoğun bakım hastalarında anksiyete ve ajitasyonun azaltılmasında, depresyonun önlenmesinde, stresin oluşturduğu cevabın

baskılanmasında, hemodinaminin sağlanmasında, hastanın rahatlığının ve uyku düzeninin sağlanmasında, hastanın tıbbi araç-gereçlere uyumunun artırılmasında, sağlık profesyonellerinin bakım ve tedavisinin kolaylaştırılmasında çoğunlukla kimyasal kısıtlama uygulanmaktadır.²⁰⁻²² Hasta kısıtlamasının kimyasal şekli, sedasyondur. Kimyasal kısıtlama, fiziksel kısıtlama yöntemlerine göre daha konforlu görünmesine rağmen hastalar kendilerine güç kullanıldığını, kendi bedeni ve hastalıkları üzerinde kontrollerini kaybettikleri hissini yaşamaktadır.²³

Sedasyon düzeyini değerlendirmek için bispektral indeks cihazı (BİS), fasiyal elektromyograf (EMG) ve Ramsay Sedasyon Skalası, Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası, Motor Aktivite Değerlendirme Skalası, Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası, Bion Skalası gibi geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılmış sedasyon skalaları kullanılmaktadır.²⁴⁻²⁶ Etkili bir kimyasal kısıtlama için sedasyon skalalarının kullanılması gerekmektedir.²⁷

Kimyasal kısıtlama, bir protokol içerisinde hastaya uygulanmalıdır. Protokol dahilinde uygulanan sedasyon, hastaların hastanede kalış sürelerini kısaltmakta, kötü hastane deneyimlerinin hatırlanmasını azaltmakta, maliyetin düşmesini sağlamakta ve oluşabilecek sekonder komplikasyonları önlemektedir.^{21,26} Yetersiz düzeyde verilmesi hastanın ajitasyonunu arttırabilmektedir. Derin sedasyonda ise hemodinaminin bozulmasına, solunum depresyonu ve ölüm gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Uzun süreli sedasyon ise depresyon, deliryum ve sanrılarının artmasına neden olmaktadır.^{20,28} 2013 yılında güncellenen rehberde, hastaların tedavisinin olumsuz etkilenmemesi için uygulanan sedasyonun hafif olması, özellikle YBÜ'de sedasyon tatillerinin yapılması gerektiği bildirilmektedir.²⁸

Kimyasal kısıtlama en çok Amerika ve Kanada'da uygulanmaktadır. Bu ülkelerde kimyasal kısıtlamanın protokolle uygulanma oranı %20 ile %30 arasında değiştiği ifade edilmektedir.²⁹ Ülkemizde ise kimyasal kısıtlama protokolü 2011 yılında yayınlanan Hizmet Kalite Standartlarına göre kimyasal kısıtlama kararını, kısıtlama süresini, verilen ilacın adı, dozu ve veriliş yolunu order ettikten sonra hemşire, gözlem formuna kimyasal kısıtlama nedenini, kısıtlamanın başlangıç saatini,

kullanılan ilacın adı, dozu, verilış yolu, kısıtlama süresi, tarihi ve saati kaydeder.

Kimyasal kısıtlama ajite hastalarda yarım saatte bir, ajite olmayan hastalarda iki saatte bir hekim ve hemşire tarafından değerlendirilir, hemşire tarafından hemşire gözlem formuna kaydedilir.³⁰ Kimyasal kısıtlama için ideal bir sedatif bulunmamaktadır. Sağlık bakımı profesyonelleri kısa süre etki gösteren, vücuttan kısa sürede atılabilen, hastanın tedavisinde kullanılan diğer ilaçların etkisini bozmayan, düşük maliyetli ilaçları seçmelidir.³¹

Kısıtlamanın Komplikasyonları

Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetim Bürosu (Health Care Financing Administration=HCFA), Sağlık Orga-nizasyonları Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization=JCHAO), Ulusal Klinik ve Üstün Sağlık Enstitüsü (National Institute of Clinical and Health Excellence =NICE), Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency=NPSA) gibi kuruluşların ortak görüşleri fiziksel ve kimyasal kısıtlamanın hasta bakımında son çare olarak uygulanmasıdır.⁷ Sağlık bakımı sistemlerinde kısıtlama; hasta güvenliğinin sağlanması, hastanın davranışlarının kontrol altında tutulması, bakım ve tedavinin sürdürülmesi, hastanın konforunu sağlamak, hastaların rahatsız edici davranışlarını önlemek gibi birçok amaçla kullanılabilir.^{2,11-14,18,19}

Ancak kısıtlama materyalinin uygunsuz kullanılması ve belirlenen prosedürlere uyulmaması nedenleriyle özellikle yoğun bakım hastalarında fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan bazı olumsuz sonuçlara neden olabilir. Kas zayıflığı ve güçsüzlüğü, osteoporoz, ortostatik hipotansiyon, basınç yaralanmaları, enfeksiyon riskinde artma, üriner ve fekal inkontinans, kısıtlama uygulanan bölgede ödem, laboratuvar bulgularında değişme (mineral eksikliği, elektrolit kaybı), boğulma, konstipasyon, depresyon, ajitasyon ve ajitasyon düzeyinin artması, deliryum, oryantasyonun bozulması, panik, kızgınlık, korku, utanma, tedavi ve bakıma karşı gelme, sağlık ekibine güvenin azalması, dışlanma-cezalandırılma düşüncesi, öfke, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma, duyu kaybı, uykusuzluk, hasta istismarı, aspirasyona bağlı ölüm, kaslarda atrofi ve asfiksiye bağlı ölüm gibi

birçok olumsuz etkisine dikkat çekmektedir.^{2,15-18} Kandeel ve Attia'nın (2013) yapmış oldukları çalışmada; hastaların %96.5'inin kısıtlama bölgesinde kızarıklık, %51.1'inde morarma, %33.3'ünde ödem geliştiği belirtilmiştir.³² Karagözoğlu ve Özden'in (2013) bildirdiği üzere fiziksel kısıtlama etkin uygulanmadığında hasta güvenliğini tehdit etmekte, hastanede kalma süresini uzatmakta ve kısıtlama uygulanan hastaların kısıtlama uygulanmayan hastalara göre ölüm riskinin sekiz kat fazla olduğu ifade edilmektedir.¹⁵ Yapılan bir çalışmada, ölüm öncesinde fiziksel kısıtlama uygulanan hastaların ölüm nedenleri arasında; kısıtlamaya bağlı boğulma, göğüs kafesine basınç oluşturma, prone pozisyonunda kalma ve intiharın olduğu ifade edilmiştir.³³ Kimyasal kısıtlamada benzer şekilde birçok olumlu etkisi olmasına rağmen yetersiz düzeyde ve gereğinden fazla kullanıldığında hastalar üzerinde fizyolojik ve psikolojik zararlar oluşturabilmektedir.³¹ Derin sedasyonda solunum depresyonu, koma, bradikardi, renal yetmezlik, staz, immünosupresyon ve ölüme neden olabilmektedir.^{20,24,29} Kontrol edilmeyen ve uzayan sedasyonda hastalarda deliryum, depresyon gibi psikolojik semptomlar gelişebilmektedir.²⁴

Yoğun Bakım Ünitesinde Kısıtlama Uygulanan Hastanın Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik tanıları ve girişimler:

Durumsal Düşük Benlik Saygısı Riski

- Hemşire kısıtlama endikasyonu yönünden hastayı değerlendirmeli kısıtlama uygulamasının yarar-zarar dengesi, koruyucu etkinliği değerlendirilmeli, kısıtlama öncesi uygulanabilecek alternatif yöntemler ekip ile görüşmelidir.^{1,2,34}
- Hastanın yakınından kapsamlı öykü alınmalıdır, hasta yakınının bakıma katılımı desteklenmeli, hastanın yanında kalmasını istediği yakınının daha fazla birlikte olması sağlanmalıdır.^{1,35}
- Kısıtlama uygulanacak hastaya kendisinin nasıl bir kısıtlama istediği sorulmalı, eğer kimyasal kısıtlama istiyor ise ilacı hangi yoldan almak istediği sorulmalı, hastanın bu şekilde kendisini değerli hissetmesi ve tedaviye olan güveninin artması sağlanmalıdır.⁴

Duyusal Algılamada Bozulma

- Hastaya ilk yaklaşımda ilk seçenek terapötik ortam sağlamak, ikinci seçenek hastanın düzenli ve yeterli gözlemlenmesi, üçüncü seçenek olarak da ajitasyonu artan ya da kendisine ve çevresine zarar verdiği durumlarda sözlü sakinleştirme tekniği uygulanmalıdır. Sakin yavaş bir ses tonuyla hastaya kendisinin iyiliğinin istendiği net bir şekilde açıklanmalıdır. Hastayı rahatsız eden durumlar sorgulanmalıdır. Hastayla iletişim esnasında yakın temasta bulunulmamalı, yalnız bir odada kalınmamalıdır. Hasta ile birlikte olma ve hastanın dikkatini başka yöne çekme yöntemleri uygulanmalıdır.^{4,36}

Konforda bozulma

- Hastanın hipoglisemi, ağrı gibi fizyolojik sorunları da ajitasyona neden olabilmektedir. Öncelikle fizyolojik sorunlar değerlendirilmelidir. Hasta ile düzenli olarak iletişim içerisinde olunmalı, oryantasyonu sağlanmalı, gevşeme egzersizleri, masaj uygulaması, müzik terapisi gibi yöntemler hasta ve ailesiyle seçilerek uygulanmalıdır.²⁰
- Kimyasal kısıtlama uygulanan hasta aralıklı olarak ilaç düzeyi azaltılarak oryantasyonu değerlendirilmelidir. Bireye gün, tarih hatırlatılır, göz teması kurularak, yavaş ve duyabileceği bir ses tonu ile konuşulmalıdır. Kimyasal kısıtlama uygulanan hastanın vital bulguları düzenli olarak takip edilmelidir.²⁶

Travma Riski

- Hastanın güvenliği hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilmeli, hastanın güvenliğine yönelik çevre düzenlemesi yapılmalıdır. Yatak kenarları kaldırılmalı, yatak seviyesinin alçak olması sağlanmalı, hasta odası düzenlenmeli, çağrı zili kullanımı hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir.¹⁸ Yatağa ya da hastanın pozisyonuna duyarlı alarmlar kullanılmalıdır, hastanın güvenliği için yatağın etrafına yer paspası ve sandalyelerin kenarlarına yastık yerleştirilmelidir.³⁷
- Hastaya tıbbi cihazlara ulaşamayacak şekilde pozisyon verilmelidir. Hasta,

hemşire odasına yakın bir odaya yatırılmalıdır. Hasta için güvenli ortam sağlanmalıdır. Çevresel uyaranlar azaltılmalıdır.³⁸ Odanın ısı düzeyi değerlendirilmeli, tıbbi cihazların ışıkları ve sesleri kontrol edilmelidir.²⁰ Fiziksel kısıtlama için kullanılan materyal yatak kenarlıklarına tutturulmamalıdır.^{16,39}

- Kasıtlı olmayan ajitasyon içerisinde olan hastalara karşı yakın gözlem, çevrenin düzenlenmeli, çevre güvenlik açısından kontrol edilmeli, davranışlarına sınır koyulmalı, duygusal destek sağlanmalı, sözel sakinleştirici teknikler uygulanmalı, gerekli görüldüğünde psikiyatri konsültasyonu istenmelidir.³⁸
- Fiziksel kısıtlama uygulanan hastanın beden ağırlığı dikkate alınarak uygulama yapılmalıdır, göğüsten kısıtlama kilolu hastalarda uygulanmamalıdır. Kimyasal kısıtlamada ise hastanın beden ağırlığını göz önünde bulundurularak ilacın dozu belirlenmelidir.⁷
- Fiziksel kısıtlama uygulandıktan sonra hasta izlemi yapılmalıdır. Kısıtlama uygulandıktan sonra hastanın ajitasyonu devam ediyorsa her yarım saatte bir, ajite değilse iki saatte bir kısıtlama kaldırılarak cilt ve dolaşım kontrolü yapılmalı, uyku hali, bilinç durumu değerlendirilmeli, hastaların günlük yaşam gereksinimlerini karşılamalarına izin verilmeli, egzersiz ihtiyacı planlanmalıdır. Her izlemde kısıtlamanın gerekli olup olmadığı,^{1,30} hemşire ve hekim tarafından sonlandırma zamanı değerlendirilmelidir. Hastaya duysal destek sağlanmalı, kısıtlama alanlarına masaj yapılmalıdır.³⁰
- Kısıtlama türlerinin en yaygın kullanıldığı alanlardan olan yoğun bakım ve psikiyatri kliniklerinde hasta ile ilgili şiddet risk değerlendirmesi yapılmalıdır.⁴

Kısıtlama kararında etik ilkeler

- 2016 yılında yayınlanmış olan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte psikiyatri klinik hemşiresinin görev yetki ve sorumlukları içerisinde

“Tecrit ya da tespit gerekiyorsa, bu işlemlerle ilgili hastaya açıklama yapar, güven verir ve sık aralarla gözlemler, gözlemleri kaydeder, olası riskler için tedbir alır.” ve “Hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtileri takip eder, kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımlar uygular.” şeklinde belirlenmiştir. Yoğun bakım hemşiresinin görevleri arasında ise ‘Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar.’ ifadesi yer almaktadır. Ayrıca aynı yönetmelikteki ‘Hemşirelik girişimleri listesi’nde fiziksel kısıtlama hemşirenin ve hekimin yapacağı uygulamalar arasında listelenmiştir.⁴⁰

- Acil bir durum olduğunda kısıtlama sözel istemle gerçekleştirildiyse 15 dakika içinde hekim hastayı görmeli ve 24 saat içinde tedavi planına kısıtlama uygulamasını eklemelidir.³⁰
- Kısıtlama kararı hekim tarafından verilmeli, hekim isteminde uygulama olarak yer almalıdır. Kısıtlama öncesi uygulanan alternatif yöntemler, kısıtlama ihtiyacının oluşma durumu, kısıtlamanın başlangıç tarihi ve saati, uygulama süresi, kısıtlamanın kontrol edilme aralıklarının süresi, hastanın kısıtlamaya cevabı, kısıtlamanın tipi, kısıtlamanın sonlandırma saati tedavi planında belirtilmelidir. Kısıtlama en fazla 24 saat sürmeli, en geç 24 saat içinde kısıtlama tekrar gözden geçirilmelidir.^{30,40} Fiziksel kısıtlama uygulanacak ise bunlara ek olarak kısıtlama için kullanılan araç-gereç, kısıtlama uygulanan bölgenin durumu ve hastanın tepkisi kayıt edilmelidir.¹⁵
- Sağlık ekibi tarafından kısıtlama kararı verildikten sonra hastaya kısıtlama yapılma nedenleri, yapılacak kısıtlamanın türü, süresi, olası zararları hasta karar verme yeteneğine sahip ise anlatılmalı; hasta karar verebilecek düzeyde değilse yakınlarından veya yasal temsilcilerine anlatılarak aydınlatılmış onam alınmalıdır.^{1,2,35} Kısıtlama uygulandıktan sonra da hasta yakınlarına bilgi verilmelidir.² Onam alınması ile sağlık ekibi kendisi

için yasal dayanak oluşturmuş olur ve aile üyelerinin kısıtlanmış hastayla karşılaşmalarında travma yaşamalarını önler.^{1,2,35}

SONUÇ

Kısıtlama doğru şekilde yapıldığında ve bazı protokoller takip edildiğinde hastanın iyileşme ve bakım sürecine destek sağlayacak niteliktedir. Ancak kısıtlamayı gerçekleştirmeden önce gerekliliği konusunda sağlık ekibinin objektif karar vermesi, bireyin mahremiyetinin ve otonomisinin korunması gerekmektedir. Ayrıca kısıtlama kararını uygulayan hemşirelerin kısıtlama sürecini sağlıklı bir şekilde yönetmeleri için yasal yükümlülüklerinin farkında olmaları son derece önemlidir. Bu bilgiler doğrultusunda yine de unutulmamalıdır ki; fiziksel ve kim-yasal kısıtlama hasta bakımında son çare olarak kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kılıç G, Kutlutürkan S, Çevik B, Erdoğan B. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi 2018; 25(1): 11-16.
2. Eşer İ, Hakverdioğlu G. Fiziksel tespit uygulamaya karar verme. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(1): 37-42.
3. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (2016)., <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklemti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0>, erişim tarihi: 29.12.2017.
4. Ünal S. Psikiyatri kliniklerinde şiddet yönetimi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2011; 19(2): 116-121.
5. Kaya H, Doğu Ö. Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes and practices related to using physical restraints. International Journal of Caring Sciences 2018; 11(1): 61-70.
6. Tekkaş K, Bilgin H. Psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri: kullanım nedenleri, türleri, uluslararası uygulamalar ve algılamalar. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21(3): 235-237.
7. Uzun Y, Gürhan N, Kaya B. Psikiyatri kliniğinde çalışan

- hemşirelerin ve hekimlerin hasta kısıtlama yöntemleri ile ilgili görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2015; 17(2-3): 10-20.
8. Bakır E, Şahin G, Dişel NR, Açıkalin Akpınar A. Adana ili acil serviste çalışan sağlık çalışanlarının fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları. Zirve Tıp Dergisi 2016; 1(1): 10-16.
 9. Gürdoğan EP, Uğur E, Kınıcı E, Aksoy B. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespite ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları ve etkileyen faktörler. Yoğun Bakım Dergisi 2016; 7: 83-88.
 10. Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. J Nurs Scholarsh 2010; 42(4): 448-456.
 11. Karagözoğlu Ş, Özden D, Yıldız FT. Knowledge, attitudes, and practices of turkish intern nurses regarding physical restraints. Clin Nurse Spec 2013; 27(5): 262-271.
 12. Huang HT, Chuang YH, Chiang KF. Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: the effectiveness of an in-service education program. J Nurs Res 2009; 17(4): 241-248.
 13. Akansel N. Physical restraint practices among icu nurses in one university hospital in weastern turkey. Health Science J 2007; 1(4).
 14. Demir A. Nurses' use of physical restraints in four turkish hospitals. J Nurs Scholarsh 2007; 39(1): 38-45.
 15. Karagözoğlu Ş, Özden D. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve uygulamaları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013; 15(1): 11-22.
 16. Kaya H, Aştı T, Acaroğlu R, Erol S, Savcı C. Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi tutum ve uygulamaları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1(2): 21-29.
 17. Çelik S, Kavrızlı S, Demircan E, Güven N, Durmuş Ö, Duran ES. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 3(3): 176-183.
 18. Eşer İ, Khorshid L, Hakverdioğlu G. The characteristics of physically restrained patients in intensive care units. Int J Human Scie 2007; 4(2): 1-12.
 19. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. Journal of Advanced Nursing 2012; 68(6): 1198-1210.
 20. Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Dal D, Aypar Ü. Yoğun bakım hastalarında analjezi ve sedasyon. Hacettepe Tıp Dergisi 2005; 36(2): 86-90.
 21. Akıncı SB, Kanbak M, Güler A, Canbay M, Aypar Ü. Mekanik ventilasyondaki hastalarda stres yaratan deneyimler. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi 2007; 35(5): 320-328.
 22. Van Dishoeck AM, Van der Hooft T, Simoons ML, Van der Ent M, Scholte op Reimer WJM. Reliable assessment of sedation level in routine clinical practice by adding an instruction to the Ramsay Scale. European Journal of Cardiovascular Nursing 2009; 8(2): 125-128.
 23. Jarachovic M, Mason M, Kerber K, McNett M. The role of standardized protocols in unplanned extubations in a medical intensive care unit. Am J Crit Care 2011; 20(4): 304-312.
 24. Korhan EA, Khorshid L, Uyar M, Çankaya G. Amerikan yoğun bakım hemşireler birliği'nin sedasyon değerlendirme ölçeği'nin türkçe çevirisinin güvenilirlik çalışması. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2013; 21(1): 40-48.
 25. Hepkarşı A, Bor C, Demirağ K, Çankaya İ, Uyar M. Yoğun bakım sedasyonunda ramsay-richmond skalaları ve hemşire-doktor arasındaki uyumun karşılaştırılması. Türk Yoğun Bakım Dergisi 2015; 13: 112-116.
 26. Sılay F, Akyol A. Yoğun bakım ünitelerinde sedasyon kontrolünde hemşirenin rolü. Yoğun Bakım

- Hemşireliği Dergisi 2017; 21(1): 28-35.
- 27.** Korhan EA. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda sedasyon yönetiminde hemşirenin rolü. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2012; 16(1): 29-36.
- 28.** Aydın HT, Çelik P. Yoğun bakım ünitesinde hemşire kontrollü sedasyon protokollerinin kullanımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2017; 21(2): 50-54.
- 29.** Guttormson JL, Chlan L, Weinert C, Savik K. Factors influencing nurse sedation practices with mechanically ventilated patients: A U.S. national survey. Intensive and Critical Care Nursing 2010; 26(1): 44-50.
- 30.** Hastane Hizmet Kalite Standartları (2011)., <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklemti/2631,hkskitappdf.pdf?0>, erişim tarihi: 29.12.2017
- 31.** Seyhan T. Yoğun bakımda kullanılan sedatif ve analjezik ajanlar. Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2006; 4(1): 45-49.
- 32.** Kandeel NA, Attia AK. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. Nursing & Health Sciences 2013; 15: 79-85.
- 33.** Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(3): 27.
- 34.** Kahraman BB, Erden S. Planlanmamış ekstübasyonun önlenmesinde hemşirenin anahtar rolleri. Van Tıp Dergisi 2016; 23(1): 121-124.
- 35.** Kahraman BB, Aşiret GD, Yıldırım G, Akyar İ, Aytekin GK, Öz A. Yoğun bakımda fiziksel kısıtlamaya ilişkin hasta yakınlarının görüşleri. Yoğun Bakım Dergisi 2015; 6(3).
- 36.** Coşkun S, Avlamaz F. Akut psikiyatri kliniklerinde uygulanan mekanik tespit sayı ve süresinin bir yıl içinde gösterdiği değişimin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010; 1(2): 51-55.
- 37.** Özden D. Hasta Güvenliği. İçinde: Atabek Aştı T, Karadağ A. editörler. Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı. İstanbul: Akademi basın ve yayıncılık; 2012. s. 263-289.
- 38.** Bilici R, Sercan M, Evren T. Psikiyatrik hastalarda saldırganlık ve saldırgan hastaya yaklaşım. Düşünen Adam-The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013; 26: 190-198.
- 39.** Orhan MF, Yakut Hİ. Çocuk yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerinin belirlenmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2012; 6(3): 155-160.
- 40.** Hemşirelik Yönetmeliği (2016)., <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/yonetmelik/7.5.13830-ek-2%20ve%203.htm>, erişim tarihi: 29.12.2017