

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgilerinin Değerlendirilmesi

EVALUATION OF KNOWLEDGE ON PHYSICAL RESTRAINT OF INTENSIVE CARE NURSES

Gülendam HAKVERDİOĞLU,^a Ayten DEMİR,^b M. Filiz ULUSOY^b

^aHemşirelik Esasları AD, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İZMİR

^bHemşirelik Esasları AD, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, ANKARA

Özet

Amaç: Bu çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bir metropolde bulunan 5 hastanenin erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 116 hemşire oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş, evren üzerinde çalışılmıştır. Araştırmaya katılım oranı %96.6 olmuştur. Araştırma verileri 2 bölüm ve 26 sorudan oluşan bir soru formu aracılığıyla 19 Ocak-26 Şubat 2002 tarihleri arasında toplanmıştır. Toplanan verilerin yüzdelik dağılımları alınmış ve ki-kare testi uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %45.4'ü hastaların kateter, dren ve vücutlarına bağlı tıbbi cihaz bağlantılarını çıkarmasını önlemek amacıyla fiziksel kısıtlama uygulanabileceğini; %46.6'sı el ve %39.8'i ayak bileğinden karyolaya bağlama ve %5'i de tüm vücudu kısıtlama yöntemlerini bildiğini; %71.9'u fiziksel kısıtlama uygulamadan önce konuşarak hastayı sakinleştirmeye çalışmak gerektiğini; %12.2'si fiziksel kısıtlama kararı verme yetkisinin hekime ve %7.6'sı ise hasta ve ailesine ait olduğunu bildirmiştir.

Katılımcıların sadece %35.8'i kısıtlama uygulanan bölgenin 2 saatte 1 gözlenmesi ve hastanın gereksinimlerinin giderilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca, çalışma yılı az olan hemşireler, fiziksel kısıtlama uygulanan hastanın 2 saatte 1 izlenmesi gerektiğini, çalışma yılı fazla olanlardan daha yüksek oranda doğru yanıtlamıştır (p= 0.004). Katılımcıların sadece %3.4'ü fiziksel kısıtlamanın boğulma ve ölüme neden olabileceğini belirtmiştir.

Sonuç: Bu çalışmanın bulguları doğrultusunda fiziksel kısıtlama konusunda hizmet-içi eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir. Ayrıca fiziksel kısıtlama kullanımını belgeleyen ve sorgulayan araştırmalara hız verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşireler, hemşirelik bakımı, fiziksel kısıtlama, yoğun bakım

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006, 26:634-641

Abstract

Objective: This research was carried out to investigate the knowledge on physical restraint of intensive care nurses.

Material and Methods: This descriptive and cross-sectional study was carried out with 116 intensive care nurses, who worked in adult intensive care units of five hospitals in a mega city. Whole population was studied without any sampling with a response rate of 96.6%. Research data were collected through a questionnaire with 2 sections and 26 questions during January 19-February 26, 2002. Frequencies were computed and tested by chi-square test.

Results: Participants reported that physical restraint could be applied in order to stop patients take off catheters, drains, and connections of medical equipment connected to their bodies (45.4%). Nurses told that they had knowledge on wrist (46.6%), ankle (39.8%), and whole body (5%) restraint applications and 71.9% indicated that calming down patients before physical restraint was necessary. They also added that the right to decide about physical restraint belonged to physicians (12.2%) or patient and family (7.6%).

Only 35.8% of participating nurses told that physical restraint applied regions and patients needed to be observed every 2 hours and demands of patients had to be met. In addition, the rate of giving the correct answer of "a patient should be observed every 2 hours" was higher among nurses who worked longer as a nurse than those who worked shorter (p= 0.004). Only 3.4% of participants reported that physical restraint could lead to suffocation and death.

Conclusion: The results of this study suggest that in-service training about physical restraint should be organized for nurses. Further research documenting and inquiring the use of physical restraint is required in the near future.

Key Words: Nurses, nursing care, restraint, physical, intensive care

Geliş Tarihi/Received: 06.06.2006

Kabul Tarihi/Accepted: 06.07.2006

Bu çalışma, "3rd International Nursing Management Conference" de (9-11 Ekim 2006) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence: Ayten DEMİR

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu
Hemşirelik Esasları AD, 06100
Sıhhiye/ANKARA

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

Fiziksel kısıtlama, konfüze, ajite, demans ya da deliryumdaki hastaların kendilerine ya da çevrelerine zarar vermelerini önlemek amacıyla, hasta hareketlerinin manuel bir yöntemle ya da hastanın vücuduna eklenen, hasta tarafından kolayca kaldırılamayan, fiziksel ya da mekanik

araç-gereç ve materyallerle kısıtlanmasıdır.¹⁻⁵ “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)” ise fiziksel kısıtlamayı “hastanın izni/onayı olmaksızın, hastaya doğrudan fiziksel güç uygulayarak hareket özgürlüğünü kısıtlamak” şeklinde tanımlamıştır.⁶ Fiziksel kısıtlama yoğun bakım ünitelerinde konfüze ve demanslı hastaların yataktan düşmesini önlemek; hasta hareketlerinin kontrol altında tutularak-kendi vücuduna bağlı tüp, dren ve tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkararak kendine zarar vermesini önlemek; yatağa bağımlı hastalarda uygun postürü koruyarak, basınç yarası, kas ve eklem kontraktürü gelişmesini önlemek; ajite hastalara tıbbi girişimlerin yapılabilmesini sağlamak amacıyla uygulanmaktadır.⁷

Yoğun ve akut bakım ortamında fiziksel kısıtlama kullanılmasına çok uzun zaman önce başlanmıştır. 19 yy.da İngiltere ve Fransa’da fiziksel kısıtlama kullanımına karşı hareketler ortaya çıkmaya başlarken, Amerika’da yoğun bakım ortamında kısıtlama kullanımının terapötik ve etik açıdan doğru olduğu, hastane ortamında oluşabilecek kaza ve yaralanmaların önlenmesi açısından vazgeçilmez bir uygulama olduğu savunulmaktaydı.⁷ Günümüzde, fiziksel kısıtlama İngiltere’de yaygın olarak kullanılmayan ve kabul görmeyen bir uygulamadır. Ancak Avusturalya, Avrupa ve Amerika’da geleneksel bir uygulama olarak kullanılmaktadır.⁸ Kanada’da ise kısıtlamalar sadece hekim istemi ile yapılabilmektedir.⁹ Artık fiziksel kısıtlama kullanımı birçok ülkede yasalarla kontrol edilmektedir. Uluslararası standartlar ve gelişmiş ülkelerin yasaları, bu uygulamanın yetkili bir kuruluştan sertifika alan bir hemşirenin onayı ya da yazılı doktor istemi olmaksızın yapılmasına müsaade etmemektedir.⁵ Özellikle çağımızda hasta hakları ve etik uygulama ilkelerinin vazgeçilmez oluşu birçok ülkede hasta bakım standartlarının geliştirilmesini ve uygulanmasını zorunlu hale getirmiştir.

Ülkemizde fiziksel kısıtlamaya dair çalışmalara henüz başlanmamış olmasına karşın, literatür bulguları batıda son 20 yıldır yaygın bir şekilde kullanıldığını göstermektedir. Fiziksel kısıtlama kullanım oranının akut ve devamlı bakım ünitelerinde %7-%17, yaşlı bakım evlerinde %0-%59,

%23-%57 ve %12.8-%25.7 arasında değiştiği bildirilmektedir.¹⁰⁻¹³

Fiziksel kısıtlama uygun şekilde uygulanmadığı takdirde çok ciddi komplikasyonlar gelişmektedir. “Food and Drug Administration (FDA)” kısıtlama kullanımının neden olduğu, yıllık 100’den fazla ölüm olduğunu bildirmektedir. Ayrıca yapılan araştırmalar yaşlı hastalara 4 günden fazla fiziksel kısıtlama uygulandığı zaman hastane enfeksiyonu geliştiğini belirtmektedir. Bir diğer çalışmada ise fiziksel kısıtlama uygulanan yaşlı hastalarda, uygulanmayanlara göre 3 kez daha fazla düşmelere bağlı yaralanmalar olduğu gözlenmiştir. Fiziksel kısıtlama uygulanan hastaların daha ajite, konfüze, kızgın, depresif ve üzgün oldukları saptanmıştır.^{9,14-16} Ayrıca yapılan araştırmalar kısıtlama uygulanan hastaların korku, panik, kızgınlık, öfke ve kan kimyasındaki değişime bağlı olarak zihinsel ve davranışsal sorunlar yaşadığını belirtmektedir.¹⁷⁻¹⁹ Ek olarak, hastaların uykusuzluk, deliryum, utanma, beden imajında bozulma ve benlik saygısında azalma yaşadığı bildirilmektedir.^{20,21}

1988’lerden bu yana hemşirelik ve diğer disiplinlerden araştırmacılar fiziksel kısıtlama kullanımını, olası komplikasyonlar, hasta hakları ve etik açıdan ele alarak, olabildiğince azaltılması gerektiği görüşünü paylaşmakta ve işbirliği içinde çalışmaktadırlar. Ancak hala fiziksel kısıtlamanın hastane ortamında kullanılmamasına yönelik fikir birliği sağlanamamıştır.⁷

Fiziksel kısıtlamanın olası zararları, hemşirelik bakımının kalitesiyle doğrudan ilişkilidir. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulanan hastanın bakımında dikkat etmeleri gereken kurallar 1987’de “Health Care Financing Administration (HCFA)” ve JCAHO tarafından belirlenmiştir.⁹

Gelişmiş ülkelerde sağlık kurumları fiziksel kısıtlama uygulaması ile ilgili belirlenen bütün standartlara uymak zorundadır. Ülkemizde, fiziksel kısıtlamanın yazılı doktor istemi olmaksızın hemşireler tarafından uygulandığı gözlenmektedir. Bu bağlamda, fiziksel kısıtlama konusunda hasta bakım standartlarının ve yasal düzenlemelerin henüz oluşturulmamış olması ciddi bir eksik-

lik olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle hemşirelerin “zarar vermeme/yararlılık” ilkesi bağlamında etik sorunlar yaşayabileceği düşünülmektedir. Fiziksel kısıtlama işleminin birincil uygulayıcısı olan hemşirelerin yasal sorumluluklarının da yadsınmayacak düzeyde ağır olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Günümüzde, hasta haklarının geçmişe nazaran daha etkin bir yaptırım gücüne sahip olması, hemşirelerin hem kendilerini hem de hastalarını koruyabilmeleri adına bu konuda araştırmalar yapılmasını kaçınılmaz kılmaktadır.

Amaç

Bu çalışma, fiziksel kısıtlamanın birincil karar vericisi ve uygulayıcısı olan yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlama bilgilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, bir büyükşehir il merkezinde bulunan 8’i özel ve 1’i vakıf hastanesi olmak üzere, 9 hastanenin erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Ancak 2 hastane ön uygulama için kullanıldığı ve 2 hastane yönetimi de araştırmaya katılmayı reddettiği için araştırma 5 hastanenin genel cerrahi, kardiyovasküler cerrahi, beyin cerrahi, koroner ve dahiliye yoğun bakım ünitelerinde çalışan 121 hemşire üzerinde yürütülmüştür. Örneklem seçilmemiş, evren üzerinde çalışılmıştır.

Araştırma; A hastanesinde 47, B hastanesinde 28, C hastanesinde 20, D hastanesinde 12 ve E hastanesinde 9 olmak üzere, toplam 116 kişi üzerinde yürütülmüştür. Bir kişi araştırmanın yapıldığı tarihte raporlu, 4 kişi ise araştırmaya katılmayı reddettiği için, araştırmaya katılım oranı %96.6’dır (n= 116).

Çalışmanın yapıldığı hastane yönetimlerinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgilendirildikten sonra gizliliklerinin korunacağı belirtilen katılımcılardan, sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Soru kağıdının işlerliğini sağlamak amacıyla evren dışında bırakılan 2 hastanenin erişkin yoğun

bakım ünitesinde çalışan 14 birey üzerinde ön uygulama yapılmıştır (evrenin %11.6’sı).

Araştırma verileri 2 bölüm ve 26 sorudan oluşan bir form aracılığıyla toplanmıştır. Soru formunun 1. bölümünde bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin 13 soru yer almaktadır. İkinci bölümünde ise hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgilerini saptamak amacıyla oluşturulan 13 adet açık uçlu soru yer almaktadır. Soru formu katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Soru formunun uygulanması araştırmacı tarafından 19 Ocak-26 Şubat 2002 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Toplanan veriler SPSS paket programı kullanılarak sınıflanmış ve yüzdeler dağılımları alınmıştır. Dağılım açısından uygun olan verilere ki-kare testi uygulanmıştır.

Bulgular

Katılımcıların Bireysel Özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin %40.5 (n= 47)’i A, %24.1 (n= 28)’i B, %17.2 (n= 20)’si C, %10.2 (n= 12)’si D ve %8 (n= 9)’i E hastanesinde çalışmaktadır. Katılımcıların %43.1 (n= 50)’i lisans, %21.6 (n= 25)’si önlisans ve %35.3 (n= 41)’ü Sağlık Meslek Lisesi diplomasına sahiptir. Katılımcıların %44.8 (n= 52)’i kalp-damar cerrahisi, %26.8 (n= 31)’i genel cerrahi, %16.4 (n= 19)’ü koroner-dahiliye, %12 (n= 14)’si beyin cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışmaktadır. Ayrıca; %55’i 24-27 (n= 64) yaş grubunda, %48.2 (n= 56)’si 0-3 yıldır çalışmakta, %10.3 (n= 12)’ü sorumlu hemşiredir. Hemşirelerin %43.1 (n= 50) okulda fiziksel kısıtlamaya yönelik eğitim aldığını, %19.9 (n= 22)’u ise kurumda hizmet içi eğitim aldığını bildirmiştir.

Katılımcıların Fiziksel Kısıtlamaya Yönelik Bilgileri

“Fiziksel kısıtlama hangi amaçla uygulanır?” sorusuna, hemşirelerin %45.4’ü “hastaların kateter, dren ve vücutlarına bağlı tıbbi araç bağlantılarını çıkarmaması için”, %30.4’ü “konfüze hastanın yataktan düşmesini önlemek için” ve %24.3’üde “ajite hastaların kendilerine ve çevrelerine zarar

vermesini önlemek için” yanıtını vermiştir (Tablo 1a).

“Fiziksel kısıtlama yöntemleri nelerdir?” sorusuna; hemşirelerin %46.6’sı “el bileğinden karyolaya bağlama”, %39.8’i “ayak bileğinden karyolaya bağlama”, %5.9’u “göğüs ve bel bölgesinden karyolaya bağlama”, %5’i “aynı anda el ve ayak bileğinin yanı sıra göğüs ya da bel bölgesinden karyolaya bağlayarak tüm vücudu kısıtlama” ve %2.7’si “ajite hastanın zarar vermesini önlemek amacıyla fiziksel güç kullanma” şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 1b).

“Fiziksel kısıtlama uygulamadan önce uygulanması gereken alternatif yöntemler nelerdir?” sorusuna, hemşirelerin %71.9’u “konuşarak hastayı sakinleştirmeye çalışmak”, %10.1’i “ihtiyacı olduğunda aile ve yakınları ile birlikte olmasını sağlamak”, %7.2’si “hasta çevresindeki güvenli olmayan eşyaları ve engelleri kaldırmak”, %7.9’u “hastayı daha sık aralıklarla kontrol etmek” ve %2.9’u “sakinleşmesine yardımcı olmak amacıyla müzik dinletmek” yanıtını vermiştir (Tablo 1c). Ayrıca, 42 (%36.2) hemşire hastaya kimyasal kısıtlama

(sakinleştirici ilaç vererek) uygulamanın, 10 (%8.6) hemşire ise hastayı doktoruyla görüşürmenin fiziksel kısıtlamaya alternatif yöntemler olduğunu belirtmiştir.

Doktor İstemi ve Kayıt Tutma

“Fiziksel kısıtlama uygulama kararını verme yetkisi kime aittir?” sorusuna, hemşirelerin %55.7 (n= 73) “hem doktor hem de hemşireye”, %24.4 (n= 32)’ü “hemşireye”, %12.2 (n= 16)’si “doktora”, %7.6 (n= 10)’sı “hasta ve ailesine” yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %87.9 (n= 102)’u fiziksel kısıtlama işleminin kayıt edilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Fiziksel Olarak Kısıtlanmış Hastanın Bakımı

“Fiziksel kısıtlama uygulanan hastaların bakımında nelere dikkat edilmelidir?” sorusuna, hemşirelerin %35.8 (n= 97)’i “kısıtlama uygulanan bölge 2 saatte 1 gözlenmeli ve gereksinimleri giderilmeli”, %26.6 (n= 72)’sı “kısıtlama uygulanan bölge doku perfüzyonu açısından değerlendirilmeli”, %17.7 (n= 48)’si “kısıtlamanın hastada oluşturduğu psikolojik reaksiyonlar gözlenmeli ve hastanın kendine zarar vermesi önlenmeli”, %14.4 (n= 39)’ü “hareketsizliğe bağlı oluşabilecek basınç ülserlerine karşı önlem alınmalı”, %4.8 (n= 13)’i “hastanın yaşamsal bulguları ve özellikle solunumu daha sık kontrol edilmeli” ve yalnızca %0.7 (n= 2)’si “hastanın beslenme ve sıvı gereksinimi 2 saatte 1 giderilmeli” yanıtını vermiştir.

Çalışma yılı az olan (0-3 yıl) hemşireler fiziksel kısıtlama uygulanan hastanın 2 saatte 1 izlenmesi gerektiğini, çalışma yılı fazla olanlardan daha yüksek oranda doğru yanıtlamıştır ($\chi^2= 11.098$, p= 0.004, n= 116).

Fiziksel Kısıtlama Komplikasyonları

“Fiziksel kısıtlamanın olası zararları nelerdir?” sorusuna, hemşirelerin %27.2’si “hasta psikolojisini olumsuz etkiler, benlik saygısını zedeler, hastada depresyon bulguları gelişebilir”, %21.8’i “basınç ülseri gelişebilir”, %15.8’i “ajitasyonu arttırabilir” ve sadece %3.4’ü “boğulma ve ölüm gelişebilir” yanıtını vermiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama bilgilerinin dağılımı.

| a) Fiziksel kısıtlamanın amaçları* | Sayı | % |
|--|------------|--------------|
| Kateter, dren ve tıbbi cihaz bağlantılarının çekilmesini önlemek | 142 | 45.4 |
| Yataktan düşmeyi önlemek | 95 | 30.4 |
| Ajitasyonu kontrol altına almak | 76 | 24.3 |
| Toplam | 313 | 100.0 |
| b) Fiziksel kısıtlama türleri* | | |
| El bileği | 103 | 46.6 |
| Ayak bileği | 88 | 39.8 |
| Göğüs ve bel | 13 | 5.9 |
| Tüm vücut | 11 | 5.0 |
| Fiziksel güç uygulama | 6 | 2.7 |
| Toplam | 221 | 100.0 |
| c) Fiziksel kısıtlamaya alternatif yöntemler* | | |
| Konuşarak sakinleştirme | 100 | 71.9 |
| Aile ve yakınları ile birlikte olmasını sağlamak | 14 | 10.1 |
| Fiziksel çevreyi düzenleme | 10 | 7.2 |
| İzlem sıklığını arttırma | 11 | 7.9 |
| Müzik dinletme | 4 | 2.9 |
| Toplam | 139 | 100.0 |

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 2. Fiziksel kısıtlama komplikasyonları.*

| Komplikasyonlar | Sayı | % |
|---|------------|--------------|
| Benlik saygısında azalma, depresyon vb. | 81 | 27.2 |
| Basınç yarası | 65 | 21.8 |
| Dolaşımı bozukluğu | 60 | 20.1 |
| Ajitasyonda artma | 47 | 15.8 |
| Düşme oranında artma | 21 | 7.0 |
| Kırık ve kontraktür oluşumu | 14 | 4.7 |
| Boğulma ve ölüm | 10 | 3.4 |
| Toplam | 298 | 100.0 |

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Hemşirelerin Duyguları

“Fiziksel kısıtlama uygulamak sizi nasıl etkiler?” sorusuna, hemşirelerin %50’si “hastayı bağlamak zorunda kaldığım için üzülürüm”, %25’i “hastayı bağladığım için kendimi suçlu hissedirim”, %12’si “kendisini bağlatmak zorunda bıraktığı için hastaya öfkelenirim” ve %13’ü “herhangi bir şekilde etkilenmem” yanıtını vermiştir.

Tartışma

Katılımcıların Fiziksel Kısıtlamaya Yönelik Bilgileri

Bu çalışmada, hemşirelerin fiziksel kısıtlama amaçlarını bilme oranlarının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Literatür bulguları da bu çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.⁷ Ayrıca, bu çalışmanın verilerine ek olarak çeşitli tıbbi girişimleri uygulayabilmek, anestezi sonrası hastanın aılma sürecinde kendine zarar vermesini önlemek, zihinsel becerileri zayıflayan yaşlıların düşmesini önlemek ve özellikle acil ve psikiyatri kliniklerindeki hastaların şiddet içerikli davranışlarını kontrol etmek amacıyla da fiziksel kısıtlama uygulanmaktadır.^{2,3,14}

Bu çalışmada, hemşirelerin yarıya yakını el ve ayak bileği kısıtlama yöntemlerini bilirken, diğer yöntemlerin çok düşük oranlarda bilindiği saptanmıştır. Eldiven kullanarak el parmaklarının kısıtlanması yöntemini bilen hemşire ise olmamıştır. Dikkat çeken en önemli nokta ise literatürde kullanıldığı belirtilen birçok kısıtlama gerecinden hiç söz edilmemektedir. Buna karşın el ve ayak bileği bağlarken gazlı bez, göğüs ve bel bölgesinden kısıtlama uygulanırken de çarşaf kullanılmaktadır.

Ergonomik olmayan malzemelerin kullanılması olası komplikasyonları arttırabilir. Literatürde fiziksel kısıtlama uygulamasının çok ciddi, hatta ölümcül komplikasyonlara yol açtığından söz eden birçok çalışma vardır.^{1,22,23} Bu noktadan hareketle, fiziksel kısıtlamanın primer uygulayıcısı olan hemşirelerin bilgi düzeyini arttırmak için hizmet-içi eğitim programlarının düzenlenmesi düşünülmelidir. Böylece uygun materyallerin nasıl olması gerektiğini bilen hemşireler, çalıştıkları kurumlardan bunların temin edilmesini talep edebilirler.

Bu çalışmada, hemşirelerin fiziksel kısıtlama öncesinde uygulanması gereken alternatif yöntemleri, yeterli düzeyde bilmediği saptanmıştır. Hastayı fiziksel ve sosyal aktivitelere yönlendirmek; pozisyona duyarlı elektronik alarm kullanmak; hasta ve ailesine hasta güvenliği hakkında eğitim vermek; hastanın yalnız kalmasını önlemek; çağrı zili kullanmak; oryantasyon için televizyon, radyo, takvim ve saat kullanmak; gereksinimlerini hasta ile birlikte planlamak; ılık duş, ılık içecekler ve masaj gibi rahatlatma teknikleri kullanmak; hastanın düşündüklerini ve hissettiklerini aktif olarak dinlemek; hasta odasının hemşire odasına yakın olmasını sağlamak gibi yöntemlere değinen hemşire hiç olmamıştır.²⁴ Lee ve ark.nın yaptığı çalışmada da hemşirelerin sadece %20’sinin alternatif yöntemleri tanımlayabildiği bildirilmektedir.²³

Hemşirelerin yarıya yakını, kimyasal kısıtlama yönteminin ve az sayıda hemşire de hastayı doktoruyla görüşürmenin, fiziksel kısıtlamaya alternatif olarak kullanılabileceğini belirtmiştir. Bu durum ciddi bir bilgi açığı olarak değerlendirilebilir. Oysa kimyasal kısıtlama fiziksel kısıtlamanın alternatifi değil, özellikle hastanın entübasyon kanülünü kendi kendine çıkarması gibi hayatı tehdit edici riskleri ortadan kaldırmak için kullanılan bir diğer kısıtlama türüdür.⁸ Hastayı doktoruyla görüşürme hemşirelerin hastaya sözünü geçiremediği durumlarda, doktorun otoritesinden yararlanma olabilir.

Doktor İstemi ve Kayıt Tutma

Fiziksel kısıtlama uygulamasının yazılı doktor istemi olmaksızın ve kayıt edilmeksizin yapılama-

yacağını hemşirelerin tamamının bilmesi beklenmekteydi. Ancak sadece 16 hemşire bu yetkinin doktora ait olduğunu belirtmiştir. On hemşire ise yetkinin hasta ve ailesine ait olduğunu belirtmiştir. Yetki hiçbir zaman hasta ve ailesine ait olmaz. Ancak fiziksel kısıtlama için hasta ya da vasisinden yazılı bilgilendirilmiş onam mutlaka alınmalıdır.²⁵ Hasta ya da vasisi, fiziksel kısıtlamanın gereği ve uygulanmadığı zaman hastanın maruz kalabileceği riskler hakkında bilgilendirildikten sonra onam vermemişse hiçbir koşulda uygulanmamalıdır.⁵ Bu konuda birçok ülkede hasta bakım standartlarının geliştirilmiş olduğunu ve hatta yasal düzenlemelerin yapıldığını görmekteyiz. Amerika'da uygulanan hasta bakım standartlarına göre, davranış bozukluğu olan hastalar için acil durumlarda hemşire fiziksel kısıtlama kararı verir ve uygulayabilir. Ancak uygulamanın başlatıldığı ilk saat içinde doktor hastayı görmeli ve uygulamayı onaylamalıdır. Bu onayın sadece 4 saat için geçerli olduğu, kısıtlamaya devam edilecekse hastanın yetkili birey tarafından tekrar değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Tıbbi ya da cerrahi zorunluluklardan dolayı hastaya fiziksel kısıtlama uygulandığında yazılı doktor istemi 12 saat geçerlidir. Bundan sonrada kısıtlamanın sürdürülmesi gerekiyorsa, doktorun tekrar hastayı değerlendirerek yazılı istem vermesi öngörülmektedir.⁵ Aynı zamanda, hemşireler uygulamada olan birçok uluslararası standarda göre, olası tüm alternatifleri denemeli ve denediğini de kayıt ederek belgelemelidir.^{26,27} Ayrıca lisanlı hemşire onayı ya da hekim istemi ile fiziksel kısıtlama uygulandığında, hastalarda düşme oranının azaldığı belirlenmiştir.²⁰

Fiziksel Olarak Kısıtlanmış Hastanın Bakımı ve Fiziksel Kısıtlamanın Komplikasyonları

Bu çalışmada, hemşireler kısıtlama uygulanan hastaların bakımına ilişkin oldukça doğru bilgiler vermiş, ancak doğru yanıtların oranının çok düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde de fiziksel kısıtlama uygulanan hastaların 2 saatte 1 değerlendirilmesi ve sürekli gözlem altında tutulması gerektiği belirtilmektedir.⁵ Yine çalışma yılı az olan hemşirelerin hastanın izlem sıklığına daha yüksek o-

randa doğru yanıt vermeleri, okul eğitimleri sırasında almış oldukları bilgilerin daha taze olmasına bağlanabilir. Özellikle hizmet içi eğitimin fiziksel kısıtlama oranını düşürdüğünü ve olası komplikasyonların görülme olasılığını azalttığını belirten çalışmalar vardır.^{4,17}

Bu çalışmada, fiziksel kısıtlamanın olası zararlarını bilme oranın çok düşük olduğu söylenebilir. Çünkü, literatüre baktığımızda fiziksel kısıtlama uygulanan hastalarda gelişen komplikasyonların çok fazla olduğunu görmekteyiz. Yelek giydirilerek kısıtlanan hastalarda atriyoventriküler düzensizlikler geliştiği, uzun süren ajitasyon periyotlarından sonra taşikardi ve ölüm meydana geldiği bildirilmektedir.^{1,28} Fiziksel kısıtlama uygulamasının ajitasyonu, düşme riskini ve boğulmaya bağlı ölümleri artırdığı saptanmıştır.^{22,23,29} Ayrıca yoğun bakım ortamlarında yapılan birçok çalışmada; kısıtlanan hastaların kısıtlanmayan hastalardan daha uzun süre hastanede kaldığı, komplikasyon gelişme olasılığının daha fazla olduğu ve ölüm riskini artırdığı bildirilmektedir.³⁰⁻³²

Hemşirelerin Duyguları

Kısıtlama uygulayan hemşirelerin üzüntü ve suçluluk hissetmeleri dikkat çekicidir. Aslında bu durumun onların yaşadığı etik çatışma ve ikilemin bir göstergesi olduğu söylenebilir. Çünkü, hastaya yarar sağlamak amacıyla yaptıkları bir uygulama, hastanın hem fizyolojik hem de psikolojik olarak zarar görmesi ile sonuçlanabilmektedir.

Bonner ve ark.nın yaptığı nitel bir çalışmada, hemşireler fiziksel kısıtlama uygulamanın sıkıntı verici, rahatsız edici, son çare olarak düşünülen zorunlu ve korkunç bir deneyim olduğunu belirtmiştir.³³ Lee ve ark.nın yaptığı çalışmada, hemşireler fiziksel kısıtlama uygularken kendilerini kötü hissettiklerini ve bu insanlık dışı uygulamayı yapmaktan nefret ettiklerini, ancak hastalarının güvenliği için yapmak zorunda kaldıklarını belirtmiştir.²³ Lee ve ark.nın yaptığı bir diğer çalışmada, bazı hemşireler fiziksel kısıtlama uygularken meslektaşlarının hastalara karşı takındığı olumsuz tutumlar nedeniyle üzüldüğünü belirtmiştir.³⁴ Hennessy ve ark.nın yaptığı bir çalışmada ise, hemşirelerin bir

kısmı kısıtlamayı can sıkıcı bir uygulama olarak nitelmiş ve gönülsüz olarak gerçekleştirdiklerini belirtmiştir. Bir kısmı doktor istemi nedeniyle bu uygulamayı istemeyerek yapmak zorunda kaldığını, diğer kısmı da hastanın düşmesindenense kısıtlanmasını tercih ettiğini bildirmiştir.³⁵ Hawkins ve ark.nın yaptığı çalışmada kısıtlama uygulayan personelin korku, kızgınlık, üzüntü, can sıkıntısı ve bazen de öfke hissettikleri belirtilmiştir.³⁶

Bu çalışmanın bulguları doğrultusunda fiziksel kısıtlama konusunda hizmet-içi eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir. Ayrıca fiziksel kısıtlama kullanımını belgeleyen ve sorgulayan araştırmalara hız verilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *J Adv Nurs* 2003;41:274-82.
- Wang WW, Moyle W. Physical restraint use on people with dementia: A review of the literature. *Aust J Adv Nurs* 2005;22:46-52.
- Nirmalan M, Dark PM, Nightingale P, Harris J. Editorial IV: Physical and pharmacological restraint of critically ill patients: Clinical facts and ethical considerations. *Br J Anaesth* 2004;92:789-92.
- Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud* 1998;35:184-91.
- Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Safety. *Fundamentals of Nursing*. 7th ed. Prentice Hall; 2004. p.669-96.
- American Nurses Association. Ethics and human rights position statements: Reduction of patient restraint and seclusion in health care settings. The American Nurses Association, Inc; 2001.
- Bower FL, McCullough CS. Restraints use in acute care settings: Can it be reduced? *J Nurs Adm* 2000;30:592-8.
- Bray K, Hill K, Robson W, et al. British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nurs Crit Care* 2004; 9:199-212.
- Taylor C, Lillis C, LeMone P. Safety. *Fundamentals of Nursing*. 3rd ed. Lippincott; 1997. p.525-54.
- Evans D, Wood J, Lambert L, Fitz Gerald M. Physical restraint in acute and residential care: A systematic review. The Joanna Briggs Institute, Adelaide, Australia; 2002. p.4-11.
- Ejaz FK, Folmar SJ, Kaufmann M, Rose MS, Goldman B. Restraint reduction: Can it be achieved? *Gerontologist* 1994;34:694-9.
- Hamers JP, Gulpers MJ, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs* 2004;45:246-51.
- Myers H, Nikolett S, Hill A. Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraint use and the elderly in an acute care setting. *Nurs Health Sci* 2001;3: 29-34.
- Cannon ME, Sprivulis P, McCarthy J. Restraint practices in Australasian emergency departments. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:464-7.
- Castle NG. Nursing homes with persistent deficiency citations for physical restraint use. *Med Care* 2002; 40:868-78.
- Choi E, Song M. Physical restraint use in a Korean ICU. *J Clin Nurs* 2003;12:651-9.
- Evans D, Wood J, Lambert L. A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *J Adv Nurs* 2002;40:616-25.
- Hem E, Steen O, Opjordsmoen S. Thrombosis associated with physical restraints. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103:73-6.
- Koch S, Lyon C, Lyon KS. Case study approach to removing physical restraint. *Int J Nurs Pract* 2001;7: 156-61.
- Shorr RI, Guillen MK, Rosenblatt LC, Walker K, Caudle CE, Kritchevsky SB. Restraint use, restraints orders, and the risk of falls in hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:526-9.
- Swauger KC, Tomlin CC. Moving toward restraint-free patient care. *J Nurs Adm* 2000;30:325-9.
- Sullivan-Marx EM, Strumpf NE, Evans LK, Baumgarten M, Maislin G. Predictors of continued physical restraint use in nursing home residents following restraint reduction efforts. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:342-8.
- Lee DT, Chan MC, Tam EP, Yeung WS. Use of physical restraints on elderly patients: An exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. *J Adv Nurs* 1999;29:153-9.
- Quinn CA. The advanced practice nurse and changing perspectives on physical restraint. *Clin Nurse Spec* 1996;10:220-5.
- Reigle J. The ethics of physical restraints in critical care. *AACN Clin Issues* 1996;7:585-91.
- Clark MA. Involuntary admission and the medical inpatient: Judicious use of physical restraint. *Medsurg Nurs* 2005;14:213-8.
- Rogers PD, Bocchino NL. Restraint-free care: Is it possible? *Am J Nurs* 1999;99:26-33.
- Reay DT. Death in custody. *Clin Lab Med* 1998;18:1-22.
- Mott S, Poole J, Kenrick M. Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on the rehabilitation of older people. *Int J Nurs Pract* 2005;11: 95-101.
- Arbesman MC, Wright C. Mechanical restraints, rehabilitation therapies, and staffing adequacy as risk factors for falls in an elderly hospitalized population. *Rehabil Nurs* 1999;24:122-8.

31. Clary GL, Krishnan KR. Delirium: Diagnosis, neuropathogenesis and treatment. *J Psychiatr Pract* 2001;7: 310-23.
32. Paterson B, Bradley P, Stark C, Saddler D, Leadbetter D, Allen D. Restraint related deaths in health social care in UK: Learning the lessons. *Mental Health Practice* 2003; 6:10-7.
33. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9: 465-73.
34. Lee S, Gray R, Gournay K, Wright S, Parr AM, Sayer J. Views of nursing staff on the use of physical restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003; 10:425-30.
35. Hennessy CH, McNeely EA, Whittington FJ, Strasser DC, Archea CK. Perceptions of physical restraint use and barriers to restraint reduction in a long-term care facility. *J Aging Stud* 1997;11:49-62.
36. Hawkins S, Allen D, Jenkins R. The use of physical interventions with people with intellectual disabilities and challenging behaviour-the experiences of service users and staff members. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2005;18:19-34.