

# Yoğun Bakımda Hasta Kısıtlama Kullanımının Değerlendirilmesi: Retrospektif İnceleme

## Evaluation of the Use of Patient Restraint in Intensive Care: A Retrospective Review

Havva TUNÇ MİMİROĞLU<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Havva Tunç MİMİROĞLU, E-mail: havva.tunc@acibadem.com

Geliş Tarihi/Received: 27.02.2025 • Kabul Tarihi/Accepted: 06.07.2025 • Yayın Tarihi/Publication Date: 16.08.2025

Cite this article as: Tunç Mimirolu H. Evaluation of the Use of Patient Restraint in Intensive Care: A Retrospective Review. *J Intensive Care Nurs.* 2025;29(2):115-124.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

### Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı yoğun bakım ünitesinde hasta kısıtlama kullanımını değerlendirmek, hasta özelliklerini, kısıtlama uygulama nedenlerini, denenen alternatif girişimleri ve kısıtlamanın sonlandırılmasında etkili faktörleri incelemektir.

**Yöntem:** Ocak ve Aralık 2023 arasında özel bir hastanenin 3. düzey yetişkin yoğun bakım ünitesindeki hasta kayıtları incelenerek retrospektif, tanımlayıcı, bir çalışma yürütüldü. Veriler, hasta demografisi, kısıtlama nedenleri, denenen alternatif müdahaleler ve hasta sonuçları dahil olmak üzere kurumun kayıtlarından çıkarıldı. Veriler Hasta tanıtım formu ve kısıtlama değerlendirme ve talep formu üzerinden toplandı. İstatistiksel analiz, kısıtlama kullanımındaki eğilimleri ve kalıpları belirlemek için tanımlayıcı ve karşılaştırmalı yöntemler uygulanarak IBM SPSS Statistics sürüm 25 kullanılarak gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya kısıtlama uygulanan 30 yoğun bakım hastası dahil edildi. Kısıtlamanın en yaygın nedenleri kendine zarar verme ve düşme riskiydi (%53,3), ardından yönelim bozukluğu (%46,7) ve deliryum (%30,0) olarak belirlendi. Kol/bilek kısıtlamaları en sık kullanılan yöntemdi (%76,7). Kısıtlama uygulamasından önce sözlü gerginliği azaltma (%86,7) ve psikolojik değerlendirme (%60,0) gibi alternatif müdahaleler sıklıkla denendi. Kısıtlamanın sonlandırılmasının birincil nedeni hasta stabilizasyonu (%33,3).

**Sonuç:** Kısıtlamalar genellikle hasta güvenliği için gerekli olsa da, alternatif müdahalelerle kullanımları en aza indirilmelidir. Sürekli izleme, personel eğitimi ve en iyi uygulamalara uyum, hasta refahını korurken kısıtlamalara olan bağımlılığı azaltmak için esastır.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım, fiziksel kısıtlama, hasta güvenliği, yoğun bakım ünitesi.

### Abstract

**Objective:** This study aims to evaluate the use of patient restraints in an ICU setting, examining patient characteristics, reasons for restraint application, alternative interventions attempted, and factors influencing restraint termination.

**Method:** A retrospective and descriptive study was conducted by reviewing patient records in a Level III adult intensive care unit of a private hospital between January and December 2023. Data were extracted from hospital records, including patient demographics, reasons for restraint, alternative interventions attempted, and patient outcomes. Data were collected using the Patient Information Form and the Restraint Assessment and Request Form. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics version 25, applying descriptive and comparative methods to identify trends and patterns in the use of restraints.

**Results:** The study included 30 ICU patients subjected to restraints. The most common reasons for restraint were self-harm and fall risk (53.3% each), followed by disorientation (46.7%) and delirium (30.0%). Arm/wrist restraints were the most frequently used method (76.7%). Alternative interventions, including verbal de-escalation (86.7%) and psychological assessment (60.0%), were frequently attempted before restraint application. The primary reason for restraint termination was patient stabilization (33.3%).

**Conclusion:** While restraints are often necessary for patient safety, their use should be minimized through alternative interventions. Continuous monitoring, staff training, and adherence to best practices are essential in reducing reliance on restraints while maintaining patient well-being.

**Keywords:** Care, intensive care unit, patient safety, physical restraint.

## GİRİŞ

Hasta kısıtlaması, özellikle hasta güvenliğinin en önemli olduğu Yoğun Bakım Üniteleri'nde (YBÜ) sağlık hizmetlerinde kritik ancak tartışmalı bir uygulamadır. Türk Dil Kurumu (TDK), "kısıtlamayı" özgürlüklerin sınırlandırılması veya daraltılması olarak tanımlarken, Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu (JCAHO), hasta kısıtlamasını, bir hastanın rızası olmadan hareketini kısıtlayan ve doğrudan tıbbi tedaviyle ilgili olmayan herhangi bir yöntem olarak tanımlar (JCAHO, 2022). Uygulamada, kısıtlama kullanımı zararı önlemeyi, tedavinin sürekliliğini sağlamayı ve tıbbi durumları veya zihinsel durumları nedeniyle risk altında olabilecek hastaları stabilize etmeyi amaçlar.

Hastaların sıklıkla mekanik ventilasyon veya diğeri invaziv tedaviler aldığı yoğun bakım ünitelerinde, kısıtlama genellikle endotrakeal tüpler veya kateterler gibi tıbbi cihazların kazara çıkarılmasını önlemek için kullanılır.<sup>1,2</sup> Çalışmalar, yoğun bakım ünitelerinde kısıtlama kullanımının %41 ile %91 arasında değişen yüksek yaygınlık oranları bildirmiştir,<sup>3,4</sup> bu da bu uygulamanın yaygın doğasını göstermektedir.

Hasta kısıtlaması iki ana türe ayrılabilir: Kimyasal ve fiziksel. Kimyasal kısıtlama, ajitasyonu azaltmak ve bakım protokollerine uyumu artırmak için sakinleştirici veya analjeziklerin uygulanmasını içerir.<sup>5,6</sup> Fiziksel kısıtlama ise, hastanın fiziksel hareketini mekanik yollarla sınırlamayı içerir ve genellikle deliryum, bunama veya konfüzyon gösteren hastalara uygulanır.<sup>7,8</sup>

Kısıtlamalar öncelikli olarak güvenliğı sağlamak için kullanılsa da, uygulamaları önemli etik zorluklarla ilişkilidir. Endişeler arasında hasta özerkliğine yönelik potansiyel ihlal, fiziksel veya psikolojik zarar riski ve sağlık personeli arasındaki karar alma süreçlerindeki değişkenlik yer almaktadır.<sup>9,10</sup> Koruyucu önlemler olarak tasarlanmasına rağmen, bazı araştırmalar kısıtlamaların uzun süreli yoğun bakımda kalma ve artan ajitasyon veya deliryum gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceğini göstermektedir.<sup>11,12</sup>

Ayrıca, kısıtlama uygulamaları ülkeler ve sağlık hizmetleri ortamları arasında önemli ölçüde farklılık gösterir. Örneğin, Asya ve Avrupa'daki çalışmalar, kısıtlama kullanımının sıklığı ve gerekçelendirilmesinde, genellikle kurumsal politika, yasal çerçeveler ve kültürel tutumlardan etkilenen geniş tutarsızlıklar bulmuştur.<sup>7,13</sup> Bu değişkenlik, standartlaştırılmış yönergeler ve eğitim tabanlı müdahalelere olan ihtiyacı vurgular.<sup>14</sup>

Fiziksel kısıtlama, ajite, konfüze, demans, deliryumdaki hastaların kendilerine ya da çevresine zarar vermesini önlemek, hastanın hareket yeteneğinin azaltmak ya da hareket etmesini önlemek ve tıbbi cihazların (kateter, nazogastrik sonda, idrar sondası, dren vb.) çekip çıkarılmasını önlemek amacı ile uygulanmaktadır.<sup>15-18</sup> Fiziksel kısıtlama, Sağlık Kurumları Akreditasyon Ortak Komisyonu (JCAHO) tarafından ise "hastanın izni veya onayı olmaksızın, hastaya fiziksel güç uygulanarak hastanın hareket özgürlüğünü kısıtlamak" şeklinde tanımlanmıştır.

Fiziksel kısıtlamaya başvurmadan önce, sağlık profesyonelleri öncelikle alternatif stratejileri araştırmalıdır. Bunlar arasında hastaya tüm prosedürleri açıklamak, uzun süre yalnız bırakılmamasını sağlamak, çağrı zilini kolayca ulaşılabilir bir yerde tutmak, hastanın bakımına aile üyelerini dahil etmek, çevresel uyaranları azaltmak ve ısıtma cihazı veya gözlük gibi gerekli yardımcı cihazları sağlamak yer alır. Yalnızca bu alternatifler yetersiz kalırsa fiziksel kısıtlama yöntemleri düşünülmelidir.<sup>15-17</sup>

Fiziksel kısıtlama yöntemleri, hastaların kateter ve IV hatları gibi tıbbi cihazları çıkarmasını önlemek için kol kısıtlama tahtalarının kullanımını ve ajite veya bilinçsiz hastalarda parmak hareketlerini sınırlamak için parmaksız eldivenlerin kullanımını içerir ve hem hastayı hem de çevresindeki cihazları korur. El ve ayak kısıtlamaları, kendi kendine zarar vermeyi veya tıbbi ekipmanı çıkarmayı önlemek için bileklere uygulanır, dolaşımın tehlikeye atılmamasını ve IV tedavisi uygulanan alanlardan kaçınılmasını sağlar. Yatak kemerleri, düşmeleri önlemek ve yatakta sabit bir pozisyon sağlamak için hastaları belden ve koltuk altlarından sabitleyebilir. Otururken kayma riski olan hastalar için, onları sandalyeye güvenli bir şekilde sabitlemek için tekerlekli sandalye kayışları kullanılır.<sup>15-18</sup>

Her ne kadar birkaç uluslararası çalışma, yoğun bakımda kısıtlama kullanımının yaygınlığını, türlerini ve etkilerini incelemiş olsa da, özellikle Türk yoğun bakım üniteleri bağlamında, bölgeye özgü verilerde bir boşluk bulunmaktadır. Dahası, birkaç çalışma kısıtlama uygulamalarının gerçek dünya hasta kayıtlarına dayanarak nasıl

belgelendiğini ve gerekçelendirildiğini retrospektif olarak değerlendirmiştir. Mevcut çalışmalar genellikle hemşirelerden gelen prospektif gözlemlere veya anket tabanlı algılara odaklanır,<sup>19,20</sup> bu da retrospektif klinik gerçeklikleri yakalayan tanımlayıcı araştırmalara ihtiyaç duyulmasına neden olur.

Bu çalışma, Türkiye'deki yoğun bakım ünitelerindeki mevcut kısıtlama uygulamalarına ışık tutarak, hem politika hem de uygulamaya bilgi sağlamayı, bireysel haklara ve onuruna saygı gösterirken hasta güvenliğini teşvik etmesi umulmaktadır.

**Çalışmanın Amacı:** Bu çalışma, genel yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) fiziksel kısıtlamaların kullanımıyla ilişkili özellikleri, gerekçeleri ve kayıt uygulamalarını değerlendirmeyi amaçlamıştır. Amaç, kısıtlamaların uygulanmasındaki kalıpları, kısıtlamadan önce alternatif girişimlerin kullanımını ve kısıtlamanın devamını veya sonlandırılmasını etkileyen faktörleri belirlemektir. Bu tanımlayıcı, kesitsel ve retrospektif analiz, kısıtlama uygulamalarına rehberlik etmek ve etik standartlara uygun olarak hasta güvenliğini teşvik etmek için kanıta dayalı içgörüler sağlamaktadır.

## YÖNTEMLER

**Araştırmanın Tipi:** Bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel ve retrospektif bir dosya incelemesi olarak tasarlandı.

**Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman:** Bu araştırma Acıbadem Sağlık Grubu'nun bir parçası olan Türkiye'deki özel bir hastanenin Genel Yoğun Bakım Ünitesi'nde yürütüldü. Veriler 1 Ocak 2023 ile 31 Aralık 2023 tarihleri arasında hasta dosyalarının retrospektif olarak incelenmesiyle toplandı.

**Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:** Araştırmanın evrenini, Özel bir hastanenin genel yoğun bakım ünitesinde 2023 yılında yatan ve kısıtlama uygulanan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemi genel yoğun bakım ünitesinde yatan ve kısıtlama formunun eksiksiz doldurulduğu 30 hasta oluşturdu.

### Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri:

- Genel yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar
- 2023 Ocak-2023 Aralık tarihleri arasında kısıtlamaya alınan hastalar
- Kısıtlama formu eksiksiz doldurulan hastalar

**Veri Toplanma Araçları:** Veri toplamada iki temel araç kullanıldı:

**Hasta Tanıtım Formu (Araştırmacı tarafından geliştirilen):** Bu form, sosyodemografik ve klinik bilgileri toplamak üzere tasarlanmış 8 maddeden oluşuyordu. Bunlar şunları içeriyordu: (Yaş, cinsiyet, tanı ve yoğun bakımda kalış süresi, kısıtlama uygulamasının gerekçesi, kısıtlamadan önce denenen alternatif girişimler, kısıtlama süresi, gözlemlenen hasta sonuçları, kısıtlamanın sonlandırılması için klinik göstergeler)

Form araştırmacılar tarafından ulusal klinik uygulama kılavuzları ve kısıtlama kullanımına ilişkin literatür doğrultusunda hazırlanmıştır.<sup>1,7</sup>

**Kısıtlama Değerlendirme ve Takip Formu (Kurumsal araç):** Bu, Acıbadem Sağlık Grubu'nda kullanılan standartlaştırılmış, önceden var olan bir kurumsal formdur. Aşağıdakileri ele alan 9 yapılandırılmış maddeyi içerir:

- Kullanılan kısıtlama türü (örneğin yatak kemerleri, bilek kısıtlamaları)
- Başvuru yeri ve saati
- Kullanım gerekçesi
- İzleme ve yeniden değerlendirme uygulamaları
- Alternatif yöntemler
- Kısıtlama kriterleri
- Etkililik ve komplikasyonlara ilişkin gözlemler

Bu form hastane sistemi içinde yaygın olarak kullanılsa da, resmi geçerliliği ve psikometrik özellikleri bağımsız olarak yayınlanmamıştır. Ancak, ulusal standartlara ve Dünya Sağlık Örgütü'nün kısıtlama yönergelerine dayalı hastanenin iç kalite ve güvenlik protokolleriyle uyumludur.

**Verilerin Analizi:** Veriler IBM SPSS Statistics sürüm 25 (IBM SPSS Corp., Armonk, NY, ABD) kullanılarak analiz edildi. Analizde tanımlayıcı istatistikler: Hasta ve girişim özelliklerini tanımlamak için sayı, yüzde ve ortalama  $\pm$  standart sapma kullanıldı. Kategorik değişkenler (örneğin, kısıtlama türü ile tanı veya kalış süresi ile kısıtlama süresi) arasındaki ilişkileri incelemek için ki-kare testleri kullanıldı.

**Araştırmanın Etik Yönü:** Acıbadem Üniversitesi Etik Kurulu tarafından etik onay verildi (Karar No: 2024-10/386, 18 Temmuz 2024). Hastanenin idari kurulundan ek kurumsal izinler alındı. Çalışmada, Helsinki Bildirgesi ilkelerine bağlı kalındı ve hasta gizliliğini, verilerin anonimleştirilmesini ve hassas bilgilerin güvenli bir şekilde işlenmesini sağlandı.

## BULGULAR

Bu bölümde, çalışma süresince yoğun bakım ünitesinde fiziksel kısıtlamaya maruz kalan hastaların demografik ve klinik özellikleri sunulmaktadır.

Hastaların yaş ortalaması  $70 \pm 3,36$  yıl (17 ile 101 yıl arasında) idi.

Cinsiyet dağılımı analiz edildiğinde hastaların %40'ı (n=12) kadın, %60'ı (n=18) erkekti. Ayrıca %93,3'ünün (n=28) kronik bir hastalığı vardı ve %60,2'sinin (n=18) üç veya daha fazla kronik rahatsızlığı vardı. Duyusal bozukluklar açısından %73,3'ünün (n=22) görme sorunu yoktu ve %90,0'ının (n=27) işitme sorunu yoktu (Tablo 1).

**Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı**

| Özellik                       |                                   | Sayı<br>(n=30) | Yüzde (%)  |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|------------|
| <b>Cinsiyet</b>               | Kadın                             | 12             | 40         |
|                               | Erkek                             | 18             | 60         |
| <b>Kronik hastalık</b>        | Kronik hastalığı olan             | 28             | 93,3       |
|                               | Kronik hastalığı olmayan          | 2              | 6,7        |
| <b>Kronik hastalık Sayısı</b> | Kronik Hastalığı Olmayan          | 2              | 6,7        |
|                               | 1 Kronik Hastalık                 | 7              | 23,2       |
|                               | 2 Kronik Hastalık                 | 3              | 9,9        |
|                               | 3 veya daha Fazla Kronik Hastalık | 18             | 60,2       |
| <b>Görme Problemi</b>         | Görme problemi olan               | 8              | 26,7       |
|                               | Görme problemi olmayan            | 22             | 73,3       |
| <b>İşitme Problemi</b>        | İşitme problemi olan              | 3              | 10,0       |
|                               | İşitme problemi olmayan           | 27             | 90,0       |
| <b>Toplam</b>                 |                                   | <b>30</b>      | <b>100</b> |

Hastaların %73,3'ü (n=22) sigara içmiyor, %26,7'si (n=8) ise sigara içiyordu. %83,3'ü (n=25) alkol kullanmıyor, %16,7'si (n=5) ise alkol kullanımı vardı. %83,3'ünün (n=25) sürekli ilaç kullandığı, %16,7'sinin (n=5) ise düzenli ilaç kullanmadığı görüldü (Tablo 2).

**Tablo 2: Hastaların Sigara, Alkol ve ilaç Kullanım Özelliklerinin Dağılımı**

| Özellik                       |                                | Sayı (n=30) | Yüzde (%)  |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------|------------|
| <b>Sigara Kullanma Durumu</b> | Sigara kullanmayan             | 22          | 73,3       |
|                               | Sigara kullanan                | 8           | 26,7       |
| <b>Alkol Kullanma Durumu</b>  | Alkol kullanmayan              | 25          | 83,3       |
|                               | Alkol kullanan                 | 5           | 16,7       |
| <b>Düzenli İlaç Kullanımı</b> | Düzenli ilaç kullanımı olan    | 25          | 83,3       |
|                               | Düzenli ilaç kullanımı olmayan | 5           | 16,7       |
| <b>Toplam</b>                 |                                | <b>30</b>   | <b>100</b> |

Kısıtlama uygulanan hastaların sayısının en yüksek olduğu ay **Mayıs ayıydı (%16,7, n=5)**, bunu **Şubat ve Ekim ayları (%13,3, n=4)** takip etti.

Kısıtlama günlerine bakıldığında **en fazla kısıtlamanın Pazar günlerinde (n=11, %36,7) yaşandığı, bunu Cuma günlerinin (n=7, %23,3) izlediği** görülmektedir (*Tablo 3*).

Hastalarda ortalama **kısıtlama süresi 112,50 saat ( $\pm 19,19$  saat, aralık: 1-410 saat) olarak bulundu.**

**Tablo 3: Hastaların Aylara ve Kısıtlama Günlerine Göre Dağılımı**

| Özellik               |           | Sayı (n=30) | Yüzde (%)  |
|-----------------------|-----------|-------------|------------|
| <b>Ay</b>             | Şubat     | 4           | 13,3       |
|                       | Mart      | 1           | 3,3        |
|                       | Nisan     | 2           | 6,7        |
|                       | Mayıs     | 5           | 16,7       |
|                       | Haziran   | 3           | 10,0       |
|                       | Temmuz    | 3           | 10,0       |
|                       | Ağustos   | 3           | 10,0       |
|                       | Eylül     | 3           | 10,0       |
|                       | Ekim      | 4           | 13,3       |
|                       | Kasım     | 2           | 6,7        |
| <b>Kısıtlama Günü</b> | Pazartesi | 3           | 10,0       |
|                       | Salı      | 5           | 16,7       |
|                       | Çarşamba  | 1           | 3,3        |
|                       | Perşembe  | 1           | 3,3        |
|                       | Cuma      | 7           | 23,3       |
|                       | Cumartesi | 2           | 6,7        |
|                       | Pazar     | 11          | 36,7       |
| <b>Toplam</b>         |           | <b>30</b>   | <b>100</b> |

Hastaların çoğunluğu (%43,3, n=13) kısıtlama için üç nedene sahipti, kendine zarar verme ve düşme riski en yaygın olanlarıydı ve her biri hastaların %53,3'ünü (n=16) etkiliyordu. Hastaların çoğu (%60,0, n=18) iki tür kısıtlama yaşadı, kol/bilek kısıtlamaları en sık uygulananıydı (%76,7, n=23). Hastaların yarısından fazlasına (%56,7, n=17) kısıtlamadan önce üç alternatif müdahale denendi, sözel müdahaleler en yaygın olanıydı (%86,7, n=26). Kısıtlamaların sonlandırılmasının birincil nedeni hastanın sakinleşmesi idi (%33,3, n=10) (*Tablo 4*).

**Tablo 4: Hastaların Kısıtlama Nedenlerine Göre Dağılımı**

| Özellik                                |                          | Sayı (n=30) | Yüzde (%) |
|----------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------|
| <b>Kısıtlama Nedeni Sayısı</b>         | Tek neden                | 2           | 6,7       |
|                                        | İki neden                | 8           | 26,7      |
|                                        | Üç neden                 | 13          | 43,3      |
|                                        | Dört neden               | 7           | 23,3      |
| <b>Kısıtlama Nedenleri</b>             | Kendine zarar verme      | 16          | 53,3      |
|                                        | Düşme riski              | 16          | 53,3      |
|                                        | Oryantasyon Bozukluğu    | 14          | 46,7      |
|                                        | Deliryum                 | 9           | 30        |
| <b>Kısıtlama Şekli Sayısı</b>          | Bir                      | 10          | 33,3      |
|                                        | İki                      | 18          | 60        |
|                                        | Üç                       | 2           | 6,7       |
| <b>Kısıtlama Şekilleri</b>             | Kol Tespiti              | 14          | 46,7      |
|                                        | Kol/El bileği            | 23          | 76,7      |
|                                        | Bacak/ayak bileği        | 17          | 56,7      |
| <b>Alternatif girişim sayısı</b>       | 1 uygulama               | 5           | 16,7      |
|                                        | 2 uygulama               | 8           | 26,7      |
|                                        | 3 uygulama               | 17          | 56,7      |
| <b>Alternatif Girişimlerin şekli</b>   | Psikolojik değerlendirme | 18          | 60        |
|                                        | Sözel girişimler         | 26          | 86,7      |
|                                        | İş birliği girişimleri   | 11          | 36,7      |
|                                        | Oyalama girişimleri      | 5           | 16,7      |
|                                        | İlaçla tedavi            | 11          | 36,7      |
| <b>Kısıtlama Sonlandırma Nedenleri</b> | Uygulama yapılmadı       | 6           | 20        |
|                                        | Hasta sakinleşti         | 10          | 33,3      |
|                                        | Artık gerekli değil      | 6           | 20        |
|                                        | Tıbbi durum iyileşti     | 7           | 23,3      |
|                                        | Diğer                    | 1           | 3,3       |
| <b>Toplam</b>                          |                          | 30          | 100       |

## TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) fiziksel kısıtlamaların kullanımı, hasta güvenliğini yönetmede tartışmalı ancak sıklıkla gerekli bir müdahale olmaya devam etmektedir. Kısıtlama uygulama kararı, genellikle hasta için risk oluşturan veya hayat kurtarıcı tedavilerin sunulmasını engelleyen davranışlara yanıt olarak ortaya çıkar. <sup>11,12</sup> Mevcut çalışmada, kısıtlamaya başlamanın en yaygın nedenleri arasında kendine zarar verme riski (%53,3) ve düşme riski (%53,3) yer almıştır. Bu yüzdeler birbirini dışlamaz, çünkü birçok hasta aynı anda birden fazla risk faktörü sergilemiştir ve bu, kısıtlama kullanımının çok faktörlü doğasını vurgulayan literatürdeki bulgularla tutarlıdır. <sup>10,19</sup>

Diğer bilişsel ve davranışsal tetikleyiciler arasında yön kaybı (%46,7) ve deliryum (%30,0) yer almaktadır; bunların her ikisi de kritik hastalarda ajitasyona ve güvenli olmayan davranışlara katkıda bulunduğu bilinmektedir. <sup>2,8</sup> Bu tür durumlar, hastaların tıbbi cihazları çıkarmaya çalışma veya istemeden kendilerine zarar verme olasılığını önemli ölçüde artırdığından, kısıtlamaların kullanımı ihtiyati ancak tartışmalı bir tercih haline gelmektedir. <sup>9</sup>

Kısıtlamanın türü ve uygulaması açısından bulgularımız, hastaların %60,0'ının birden fazla tipte kısıtlama yaşadığını ve vakaların %76,7'sinde kol/bilek kısıtlamalarının kullanıldığını gösterdi. Bu, cihazın çıkarılmasını önlemedeki etkililiği nedeniyle üst ekstremitelere uygulanan mekanik kısıtlamaların yoğun bakım ünitelerinde en yaygın yöntem olduğunu gösteren önceki araştırmaların bulgularıyla örtüşmektedir.<sup>21,22</sup> Ancak, kısa vadede etkili olsa da, bu tür yöntemler artan ajitasyon, basınç yaraları ve gecikmiş psikolojik iyileşme dahil olmak üzere çok sayıda olumsuz sonuçla ilişkilidir.<sup>12,23</sup>

Önemlisi, kısıtlamaların kullanımını çevreleyen etik ikilem kalıcı bir endişe olmaya devam ediyor. Bunların uygulanması anında zararı önleyebilirken, sıklıkla hasta özerkliği, onuru ve zarar vermeme temel ilkeleriyle çelişir.<sup>24</sup> Bu, her kısıtlama örneği için titiz bir dokümantasyon ve gerekçelendirmenin yanı sıra bunların kullanımını düzenlemek için kurum çapında protokollerin uygulanması ihtiyacını vurgular.<sup>25</sup>

Verilerimiz kısıtlama uygulamasından önce vakaların %86,7'sinde sözel girişimlerin denendiğini ve %60,0'ında psikolojik değerlendirmenin kullanıldığını gösterdi. Bu bulgular ümit vericidir ve birinci basamak yanıtlar olarak gerilimi azaltma ve farmakolojik olmayan önlemleri vurgulayan en iyi uygulama yönergelerine yüksek düzeyde uyumu göstermektedir.<sup>14,26</sup> Bu, yoğun bakım ekiplerinin kısıtlamanın etik etkilerinin giderek daha fazla farkına vardıkları ve mümkün olduğunda en az kısıtlayıcı alternatifleri kullanmaya çalıştıkları fikrini desteklemektedir.<sup>27</sup>

Kısıtlamaların sonlandırılması en sık olarak hastanın sakinleşmesine (%33,3) veya klinik iyileşmeye (%23,3) atfedildi ve bu durum sürekli yeniden değerlendirmenin kritik olduğu yoğun bakım ünitesi bakımının dinamik doğasını yansıtmaktadır. Bu bulgular, 2024 uluslararası yoğun bakım ünitesi güvenlik konsensüsünde önerildiği gibi<sup>10,19</sup> kısıtlamanın gereksiz yere uzamasını önlemek için kısıtlanmış hastaların zamanında ve düzenli olarak izlenmesinin önemini pekiştirmektedir.

Bu çalışma, küresel veri tabanlarında yeterince temsil edilmeyen bir bakış açısı olan, Türk yoğun bakım ünitesindeki kısıtlama uygulamalarına ilişkin retrospektif, gerçek dünya görüşü sunarak literatüre katkıda bulunmaktadır. Öz bildirimlere veya varsayımsal senaryolara dayanan çalışmalardan farklı olarak, analizimiz gerçek hasta dokümantasyonuna dayanmaktaydı, bu nedenle gerekçeler, kısıtlama türleri, alternatif yöntemler ve sonuçlar hakkında somut veriler sağladı. Bu bulgular, gereksiz kısıtlama kullanımını azaltmayı amaçlayan politika geliştirme ve eğitim çabalarını destekleyebilir.

Yön kaybı ve deliryum da önemli faktörlerdi ve sırasıyla hastaların %46,7'sinde ve %30,0'ında gözlemlendi. Bu bilişsel bozukluklar, temel tıbbi cihazları çıkarmaya çalışma gibi hasta güvenliğini tehlikeye atan davranışlara yol açabilir ve yaralanma olasılığını artırabilir. Bu gibi durumlarda kısıtlamaların kullanılması genellikle acil riskleri azaltmak için gerekli kabul edilir.<sup>28</sup> Bulgularımız, hastaların %60,0'ının iki tür kısıtlama yaşadığını, kol/bilek kısıtlamalarının en yaygın olduğunu (%76,7) göstermektedir. Kısıtlama türünün seçimi genellikle hastaların sergilediği belirli davranışlar ve kendilerine veya başkalarına oluşturdukları anlık tehditler tarafından belirlenir.<sup>22</sup> Ancak, kısıtlamaların anlık zararı önleyebilmesine rağmen, kullanımının fiziksel yaralanmalar, psikolojik sıkıntı ve uzun süreli hastane yatışları gibi olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu belirtmek önemlidir.<sup>22,29,30</sup>

Kısıtlamaların uygulanmasından önce, potansiyel olarak zararlı durumları azaltmak için alternatif müdahaleler önerilmektedir.<sup>31,32</sup> Çalışmamızda, sözlü müdahaleler en sık kullanılan alternatifti (%86,7), bunu psikolojik değerlendirmeler (%60,0) izledi. Sözlü müdahalelerin yüksek oranda kullanılması, sağlık ekibinin fiziksel kısıtlamalara başvurmadan önce daha az kısıtlayıcı önlemlere olan bağlılığını vurgulamaktadır. Bu yaklaşım, yalnızca daha az invaziv yöntemlerin etkisiz olduğu kanıtlandığında kısıtlamaların kullanılmasını savunan en iyi uygulama yönergeleriyle uyumludur.<sup>28</sup> Kısıtlamaları sonlandırma kararı öncelikle hastanın stabilizasyonundan kaynaklandı, %33,3'ü sakinleşti ve %23,3'ü tıbbi iyileşme gösterdi. Bu bulgu, kısıtlama yönetiminde hasta değerlendirmesinin dinamik doğasını vurgular ve kısıtlama kullanım süresini en aza indirmek için sürekli izleme ve zamanında yeniden değerlendirme ihtiyacını vurgular.<sup>28</sup>

Kısıtlamalar belirli klinik durumlarda hasta ve personel güvenliğini sağlamak için gerekli olabilirken, bunların uygulanması dikkatlice düşünülmelidir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları alternatif müdahalelere öncelik vermeli, yerleşik yönergelere uymalı ve kısıtlama kullanımına bağlı riskleri azaltmak için sürekli eğitime katılmalıdır.

**Sınırlamalar:** Güçlü yönlerine rağmen, bu çalışma küçük örneklem büyüklüğü ve tek merkezli tasarımıyla sınırlıdır, bu da bulguların genelleştirilebilirliğini azaltabilir. Ek olarak, kısıtlama uygulamalarını belgelemek için kurumsal formlar kullanılmasına rağmen, bu araçların **geçerliliği ve güvenilirliği** harici olarak test edilmemiştir. Standart veri toplama araçlarıyla daha fazla **çok merkezli çalışma** yapılması gerekmektedir.

## SONUÇ

Sağlık hizmeti ortamlarında fiziksel kısıtlamaların kullanımı, hasta güvenliği, etik ilkeler ve en iyi uygulamaların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektiren karmaşık ve etik açıdan zorlayıcı bir uygulama olmaya devam etmektedir. Çalışmamız, kısıtlama uygulamasının en yaygın nedenlerinin kendine zarar verme ve düşme riski olduğunu vurgulamaktadır ve bu endişeleri kısıtlama kullanımının birincil itici güçleri olarak tanımlayan mevcut literatürle uyumludur. Ek olarak, yönelim bozukluğu ve deliryum önemli katkıda bulunan faktörlerdi ve hasta yönetiminde bilişsel değerlendirmelerin önemini vurgulamaktadır.

Bazı klinik durumlarda kısıtlamalar gerekli olabilirken, bunların kullanımı fiziksel yaralanmalar, psikolojik sıkıntı ve uzun süreli hastanede kalışlar gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilidir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sağlayıcıları fiziksel kısıtlamaya başvurmadan önce çalışmamızda yaygın olarak kullanılan sözlü gerginliği azaltma teknikleri ve psikolojik değerlendirmeler gibi alternatif müdahalelere öncelik vermelidir.

Bulgular ayrıca kısıtlama yönetiminin dinamik doğasını da vurgulamaktadır, kısıtlamaların çoğu hastanın stabilizasyonu veya tıbbi iyileşme sonrasında kaldırılmaktadır. Bu, kısıtlama kullanımının süresini ve etkisini en aza indirmek için sürekli izleme ve zamanında yeniden değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır.

Hasta güvenliğini artırmak ve etik standartları desteklemek için sağlık kuruluşları kanıta dayalı kısıtlama azaltma stratejilerini destekleyen çok disiplinli bir yaklaşım benimsemelidir. Buna devam eden personel eğitimi, uluslararası yönergelerle uyum ve kısıtlayıcı olmayan müdahalelere yatırım dahildir. Gelecekteki araştırmalar, kısıtlama kullanımının uzun vadeli etkilerini değerlendirmeye, yenilikçi kısıtlamasız bakım modellerini keşfetmeye ve hasta güvenliğini onur ve özerklikle dengeleyen en iyi uygulamaları belirlemeye odaklanmalıdır.

**Etik Komite Onayı:** Bu çalışma için etik komite onayı Acıbadem Üniversitesi'nden (Tarih: 18.07.2024, Sayı: 2024-10/386 alınmıştır.

**Hasta Onamı:** Çalışmanın retrospektif tasarımından dolayı hasta onamı alınamamıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir – HTM; Tasarım – HTM; Verilerin toplanması – HTM; Verilerin analizi – HTM; Verilerin yorumlanması – HTM; Makalenin yazılması – HTM; Önemli entelektüel içerik için eleştirel olarak gözden geçirme – HTM; Son onay – HTM

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmişlerdir.

**Ethics Committee Approval:** Ethics committee approval was received for this study from the ethics committee of Acıbadem University (Date: 18.07.2024, Number: 2024-10/386).

**Informed Consent:** Due to the retrospective design of the study, informed consent was not taken.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Author Contributions:** Concept – HTM; Design – HTM; Data Collection – HTM; Data Analysis – HTM; Data Interpretation – HTM; Writing the article – HTM; Critical revision for important intellectual content – HTM; Final approval – HTM

**Declaration of Interests:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financial Disclosure:** The authors declare that they received no financial support for this study.



## KAYNAKLAR

1. Subih M, Nofal B. Nurses' knowledge, attitudes, and practices towards using physical restraints in intensive care units. *Int J Health Sci.* 2022;3961-3972.
2. Lim S. Critical care nurses' knowledge, attitudes and practices on the usage of physical restrainer. *Int E-J Sci Med Educ.* 2021;15(1):5-18.
3. Khanal S, Acharya S. Physical restraint in adult intensive care unit - why and how are they used? *Bangladesh Crit Care J.* 2016;4(2):110-113.
4. Freeman S, Hallett C, McHugh G. Physical restraint: experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nurs Crit Care.* 2015;21(2):78-87.
5. Ali N. Physical restraints in critical care units: impact of a training program on nurses' knowledge and practice and on patients' outcomes. *J Nurs Care.* 2013;2(2).
6. Kasew T, Tilahun A, Wudu B. Practice and the influencing factors of nurses working in the intensive care unit regarding physical restraint use: multi-centered cross-sectional study. *Published online* 2020.
7. Rose L, Dale C, Smith O, et al. A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use. *Syst Rev.* 2016;85(1).
8. Jiang H, Chen L, Gu Y, He Y. Nurses' perceptions and practice of physical restraint in China. *Nurs Ethics.* 2014;22(6):652-660.
9. Via-Clavero G, Sanjuán-Naváis M, Romero-García M, et al. Eliciting critical care nurses' beliefs regarding physical restraint use. *Nurs Ethics.* 2018;26(5):1458-1472.
10. Cohen S, Meyer A, Ifrach N, Dichtwald S. Physical restraint and associated agitation. *Nurs Crit Care.* 2024;29(5):1132-1141.
11. Kim D, Min H. Factors influencing nursing practice for physical restraints among nurses in the intensive care unit. *J Korean Crit Care Nurs.* 2022;15(3):62-74.
12. Kooker R, Tilburgs B, Heine R, et al. A multicomponent intervention program to prevent and reduce agitation and physical restraint use in the ICU (PRAISE): study protocol for a multicenter, stepped-wedge, cluster randomized controlled trial. *Trials.* 2023;24(1).
13. Zhang C, Liu D, He Q. The characteristics of ICU physical restraint use and related influencing factors in China: a multi-center study. *Ann Palliat Med.* 2021;10(2):1198-1206.
14. Gunes T, Avci N. Physical restraint and ethical sensitivity in intensive care: from the physician and nurse perspective. *Published online* 2024.
15. Türker S. Yoğun Bakım Hastalarında Fiziksel Kısıtlamayla Deliryum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Önemli Bir Hemşirelik Problemi. Yüksek Lisans Tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi; 2023.
16. Büyükyayla A. Yetişkin Yoğun Bakım Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya Yönelik Aldıkları Eğitimin Bilgi, Tutum ve Uygulama Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. Yüksek Lisans Tezi. Çankırı Karatekin Üniversitesi; 2023.
17. Ayyıldız Gökmen EB. Hastane Etik İkliminin Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algılarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi; 2019.
18. Güneş T. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Etik İkilem Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Biruni Üniversitesi; 2019.
19. Soni R, Goyal P, Goyal D, Singh D, Singh M. A retrospective cohort study to assess influence and adverse effect of restraint use among patient admitted at all intensive care unit. *Int J Pharm Res Allied Sci.* 2024;9(5):348-353.
20. Kasew T, Tilahun A, Liyew B. Nurses' knowledge, attitude, and influencing factors regarding physical restraint use in the intensive care unit: a multicenter cross-sectional study. *Crit Care Res Pract.* 2020;2020:1-10.
21. Cui N, Zhang H, Gan S, et al. Prevalence and influencing factors of physical restraints in intensive care units: a retrospective cohort study. *Risk Manag Healthc Policy.* 2023;16:945-956.

22. Alostaz Z, Rose L, Mehta S, Johnston L, Dale C. Interprofessional intensive care unit team perspectives on physical restraint practices and minimization strategies in an adult ICU: a qualitative study of contextual influences. *Nurs Crit Care*. 2022;29(1):90-98.
23. Yıldız İ, Özkaraman A. Vascular complications in extremities of physically restrained intensive care unit patients: a prospective, observational study. *Nurs Crit Care*. 2024;29(5):931-942.
24. Flynn M, Frederickson K. Disrupted sensemaking—understanding family experiences of physical restraints in ICU: a phenomenological approach in the context of COVID-19. *Healthcare*. 2024;12(12):1182.
25. Santos G, Oliveira E, Souza R. Good practices for physical restraint in intensive care units: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(3).
26. Lei R, Jiang X, Liu Q, He H. Nurse education to reduce physical restraints use in ICU: a scoping review. *Nurs Crit Care*. 2020;27(6):824-837.
27. Perez D, Murphy G, Wilkes L, Peters K. Understanding nurses' perspectives of physical restraints during mechanical ventilation in intensive care: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2021;30(11-12):1706-1718.
28. Cuomo A, Koukouna D, Macchiarini L, et al. Patient safety and risk management in mental health. In L. Donaldson, W. Ricciardi, S. Sheridan, et al. (Eds.), *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* (Chapter 20), (2020, December 15). Springer.
29. American Psychiatric Association. Use of physical restraints in the emergency department. *J Clin Psychiatr*. 2018;79(2):17–22.
30. Hall DK, Zimbro KS, Maduro RS, Petrovitch D, Ver Schneider P, Morgan M. Impact of a restraint management bundle on restraint use in an intensive care unit. *J Nurs Care Quality*. 2018;33(2):143–148.
31. Bausman D, Gigliotti S, Meshok M. Transition to a restraint-free inpatient behavioral health setting. *Patient Safety*. 2024; 6(1).
32. Raveesh BN, Gowda GS, Gowda M. Alternatives to the use of restraint: A path toward humanistic care. *Indian J Psychiatr*. 2019;61(6):693–697.