T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL TESPİT EDİCİ KULLANIMINA YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARI

Hatice BALCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yard. Doç. Dr. Selda ARSLAN

KONYA--2016

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL TESPİT EDİCİ KULLANIMINA YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARI

Hatice BALCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yard. Doç. Dr. Selda ARSLAN

KONYA-2016

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Hatice Balcı tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Doç. Dr. Belgin AKIN Selçuk Üniversitesi	İmza
Danışman:	Yard. Doç. Dr. Selda ARSLAN Selçuk Üniversitesi	İmza
Üye:	Yard. Doç. Dr. Serpil YÜKSEL Necmettin Erbakan Üniversitesi	İmza

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmenliği'nin ilgili 2,5 cm maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu …… tarih ve …… sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hasan Hüseyin DÖNMEZ
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Araştırmanın yürütülmesinde bilgi ve deneyimleriyle tez çalışmamın her aşamasında bana yardımcı olan hocam Yrd. Doç. Dr. Selda Arslan'a, bölüm başkanımız Doç. Dr. Belgin Akın'a, verilerin toplanmasında gerekli yardımlarını esirgemeyen yoğun bakım hemşirelerine, veri toplama formunun hazırlanmasında ve uygulanmasında emeği geçen, verilerin analizinde bilgilerini paylaşan araştırma boyunca yardım ve desteklerini esirgemeyen arkadaşım Hemşire Evre Yılmaz'a ve aileme çok teşekkür ederim.

Hatice Balcı

2016/Konya

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANA: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)

FDA: Food and Drug Administration (Gıda ve İlaç Dairesi)

FT: Fiziksel Tespit

HCFA: Health Care Financing Administration (Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetim Bürosu)

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Hizmetlerinin Akreditasyon Organizasyonu Ortak Komisyonu)

KEAH: Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

OBRA: Omnibus Budget Reconciliation Act (Çok Maddeli Bütçe Uzlaşma Yasası)

SB: Sağlık Bakanlığı

TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... İİ

ÖZET V

SUMMARY ..... Vİ

1.GİRİŞ 1

1.1. Araştırmanın Soruları 5

1.2 Fiziksel Tespitin Tanımı 6

1.3. Fiziksel Tespitin Tarihsel Süreci 7

1.4. Fiziksel Tespitin Dünya'da ve Türkiye'de Kullanımı 8

1.5. Fiziksel Tespit Uygulanma Nedenleri 9

1.6. Fiziksel Tespit Uygulanmasında Kullanılan Materyaller 10

1.7. Fiziksel Tespit Uygulamasında Alternatif Yöntemler 11

1.8. Fiziksel Tespitli Hastada Hemşirelik Bakımı 13

1.9. Fiziksel Tespitin Oluşturabileceği Olası Zararlar 14

1.10. Fiziksel Tespit Uygulanmasının Etik Boyutu ve Yaşanan Etik İkilemler 15

1.11. Fiziksel Tespitin Hemşire Gözlem Formuna Kaydedilmesi 17

2.GEREÇ VE YÖNTEM 18

2.1. Araştırmanın Tipi 18

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 18

2.3. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu 19

2.4. Verilerin Toplanma Araçları ve Tekniği 19

2.4.1. Anket Formu (Bkz. EK-A) 19

2.4.2. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (Bkz. EK-B) 20

2.4.3. Değişkenler 20

2.4.3.1.Bağımlı Değişkenler; 20

2.4.3.2.Bağımsız Değişkenler; 21

2.4.4. Ön Uygulama 21
2.4.5. Verilerin Analizi 22
2.4.6.Araştırmanın Etiği 22

3.BULGULAR 23

4.TARTIŞMA 32

4.1. Tanıtıcı Bulguların Tartışılması 32

2.1. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Bulgularının Tartışılması 36

5. SONUÇ VE ÖNERİLER 42

5.1. Sonuçlar 42

5.2. Öneriler 43

6. KAYNAKLAR 44

7. EKLER 49

7.1. EK-A. Anket Formu 49

7.2. EK-B. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği 53

7.3. EK-C. Gönüllü Bilgilendirme Formu 56

7.4. EK-D. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulu Kararı 57

7.5. EK-E. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni 58

7.6. EK-F. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden Alınan İzin Belgesi 59

7.7. EK-G. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi Tutum Ve Uygulamaları Ölçeği Kullanım İzin Belgesi 60

8. ÖZGEÇMİŞ 61

ÖZET
T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Yoğun Bakım Hemşirelerinin
Fiziksel Tespit Edici Kullanımına Yönelik
Bilgi, Tutum ve Uygulamaları

Hatice Balcı

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEKLİSANS TEZİ / KONYA-2016

Fiziksel tespit uygulaması fiziksel, psikolojik, sosyal ve hukuksal sonuçlar doğurabilen, etik ikilemlere neden olabilen önemli bir konudur. Araştırma; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hastalara fiziksel tespit uygulanmasıyla ilgili bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin cerrahi ve dahili yoğun bakım ünitelerinde araştırma kriterlerine uygun toplam 158 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında 20 sorudan oluşan Anket Formu ve Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler sayı, yüzde ve ortalama olarak gösterilmiş, ikili gruplar için bağımsız gruplarda t testi, üçlü gruplar için tek yönlü varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Verilerin toplanması için gerekli etik kurul, kurum izni ve hemşire onamları alınmıştır

Araştırmaya katılan hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımı Ölçeği bilgi alt boyutundan 7,1±1,7; tutum alt boyutundan 31,8±4,6, uygulama alt boyutundan ise 36,6±3,2 puan aldıkları bulunmuştur. Fiziksel tespit kullanımı ölçeğiyle yaş, meslekte çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma süresi ve haftalık çalışma saati arasındaki ilişki değerlendirildiğinde bilgi alt boyutunun bu değişkenlerle bir ilişkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Tutum alt boyutunda ise yaş ($r=-0,229$) ve meslekte çalışma yılı ($r=-0,174$) ile arasında negatif ve zayıf bir ilişki belirlenmiş bu bağımsız değişkenlerin artmasının tutum puanını düşürdüğü saptanmıştır ($p<0.05$). Yoğun bakımda çalışma süresi ve haftalık çalışma saati ile tutum alt boyutu arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Uygulama alt boyutu içinse yaş, meslekte çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma süresi arasında bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$) haftalık çalışma saatinin artmasının ($r=-0.243$) uygulama puanını düşürdüğü belirlenmiştir ve bu ilişki zayıf düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç olarak; hemşirelerin bilgi düzeylerinin iyi olduğu, tutumlarının olumlu olmadığı ve uygulamada yeterli düzeyde olmadıkları söylenebilir. Bu çalışmanın sonucunda fiziksel tespit kullanımını azaltmaya yönelik girişimlerin geliştirilmesi dikkate alınmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Fiziksel Tespit; Hemşire; Yoğun Bakım

SUMMARY
REPUBLIC of TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Critical Care Nurses' Knowledge, Attitudes Practices İntended for About Physical Restriction

Hatice Balcı

Department of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2016

Physical detection application is an important subject which may have physical, psychological, social and legal consequences and may cause ethical dilemmas. Research was made on description and regression basis in order to determine the knowledge, attitude and application levels of nurses working in emergency service units about physical detection applied on patients. 158 nurses working in surgery and internal intensive care units of Konya Education and Research Hospital constituted the research sample of the research. For collection of data, a survey form consisting of 20 questions and scale for knowledge, attitude and applications of nurses related with physical detector usage was used. Obtained data was shown as number, percentage and average, t test was used in independent groups for couple groups while one way variance analysis was used for triple groups. Necessary ethical council and institutional permissions were taken for the collection of data.

The points taken by the nurses who participated to the research was found to be 7,1±1,7 from physical detection usage scale knowledge sub dimension, 31,8±4,6 from attitude sub dimension and 36,6±3,2 from application sub dimension. When the relation between weekly working hours and employment period in intensive care service, years of service, age and physical detection usage scale was evaluated it was determined that knowledge sub scale has no relation with these variables($p>0.05$). On the other hand in attitude sub dimension negative and weak relation was determined between physical detection usage scale and age ($r=-0,229$) and years in service ($r=-0,174$) and that increasing number of independent variables decrease the attitude point ($p<0.05$). A relation could not be found between working period in intensive care and weekly working hours ($p>0.05$). For application sub dimension no relation could be determined between age, years of service and working period in intensive care ($p>0.05$) while it was determined that application point decreased by increasing weekly working hours ($r=-0.243$) and the level of relation was found to be at low level ($p<0.05$).

As a result it can be said that knowledge levels of nurses are satisfactory, that their attitudes are not positive and that their application levels are not sufficient. As a result of this study, development of initiatives related with reduction of physical detection usage should be taken into consideration.

Key words: : Physical restraint, Nurse, Critical Care

1.GİRİŞ

Girişimsel birçok işlemin uygulanmasından dolayı yoğun bakım hemşirelerinin diğer klinik hemşirelerine göre hastaya karşı sorumlulukları bir kat daha fazla olmakta ve hemşireler başta hastaların güvenliği olmak üzere birçok rolü üstlenmektedir (Terzi ve Kaya 2011). Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), kritik hastaların iyileşmesi için gerekli olan tüm desteğin sağlandığı, konumlandırıldığı yer, mekan ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan işlerin, ileri teknolojik cihazlarla yürütüldüğü, hastaların 24 saat yaşamsal göstergelerinin izlendiği disiplinli ve işinde uzman bir ekibin hizmet sunduğu klinikler olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2012, Güngör 2015). Kritik hastalar, takip ve tedavi sürecinde kritikleşme ihtimali olan, monitörizasyon ile hekim ve hemşirenin çok yakından takibinin gerektiği hastalar yoğun bakım hastaları olarak tanımlanmaktadır (Akpir 2002).

Yoğun bakım ortamları mekanik ventilatör, monitör, infüzyon pompası gibi karmaşık ve gürültülü cihazların kullanıldığı ortamlar olduğundan bu cihazların hasta üzerindeki etkileri de hastanın anksiyete ve ajitasyonunu artıracağından hastaları sakinleştirmek için çeşitli yöntemler denenmektedir (Akansel 2007, Hine 2007, Kavaklı ve ark 2009, Başak ve ark 2010). Hastaların bulunduğu ortamı terketmesini önlemek amacıyla kısıtlanması ‘yalıtım’ (tecrit), belirli cihaz ya da materyallerle hasta hareketlerinin kısıtlanması ‘bağlama’ (fiziksel tespit, kısıtlama), hastanın davranışlarını kontrol altına alıp sakinleşmesini sağlamak için sedatif ilaçların uygulanması ‘kimyasal tespit’ olarak adlandırılmaktadır (Sercan ve Bilici 2009). Bu yöntemlerden biri olan fiziksel tespit uygulamasını hemşireler, bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek ve aynı zamanda bakımı altındaki hastaların güvenliğini sağlamak amacı ile kullanabilmektedir (Hennessy ve ark 1997, Evans ve Gerald 2002, Tel ve Beyaztaş 2002, Kılıç ve ark 2015).

Fiziksel tespit; hastanın hareketlerini kontrol altında tutmak için kullanılan mekanik cihaz, malzeme ve araçlar olarak tanımlanmaktadır (Demir 2007a, Taha ve Ali 2013, Li ve Fawcett 2014). Fiziksel tespit, hastanın hareketlerini kontrol altında tutarak, uygun postürü sağlamak, hastanın kendisine bağlı tüp, dren ve tıbbi araç gibi bağlantılarını çekip çıkarmasını ve kendine zarar vermesini önlemek, tıbbi tedavilerin uygulanmasını kolaylaştırmak, hastaların sakinleştirilmesine yardımcı

olmaktadır (Eşer ve Hakverdioğlu 2006, Demir 2007b, Kaya ve ark 2008, Turgay ve ark 2009, Orhan ve Yakut 2012, Taha ve Ali 2013). Fiziksel tespit kullanım oranları ülkelere göre farklılıklar göstermektedir ve fiziksel tespitin Danimarka, Japonya ve İzlanda'da %9, Fransa, İtalya, İsveç ve Amerika'da %15-%17, İspanya'da %40 oranlarında kullanıldığı belirtilmektedir (Cheung ve Yam 2005). Dünyada fiziksel tespit kullanımı belirtilen oranlarda iken Türkiye'de bazı çalışma sonuçlarına göre YBÜ'nde ve diğer kliniklerde fiziksel tespit kullanım oranı %90,5-%96,1 arasında değiştiği bildirilmektedir (Akansel 2007, Demir 2007a, Karagözoğlu ve Özden 2013).

Fiziksel tespit işlemi tedaviyi rahatça uygulayabilmek için kullanışlı ve basit bir yöntem gibi görünebilir fakat; fiziksel, psikolojik, hukuki, etik ve ahlaki sorunları kapsayan karmaşık bir konudur (Hine 2007). Fiziksel tespit uygulanmasının temel nedeninin; güvenliği sağlayabilmek adına yataktan düşmelerin önlenmesi olduğu belirtilirken (Suen 1999, Martin ve Mathisen 2005, Huizing ve ark 2006, Hamers ve ark 2009, Kandeel ve Attia 2013, Krüger ve ark 2013, Li ve Fawcett 2014), Shorr ve ark (2002), hastaların düşmesini önlemede fiziksel tespitin etkili bir yöntem olmadığını bildirmişlerdir. Kandeel ve Attia (2013)'nın araştırma sonuçlarında ise %31,4 oranında tıbbi ekipmanı korumak, %58,2 oranında tıbbi tedaviyi kolaylaştırmak, %5,2 oranında hastanın pozisyonunu korumak, %1,4 oranında bakım personelinin eksikliği diğer tespit uygulama nedenleri olarak sıralanmıştır. Fiziksel tespit genel olarak, çocuk hastalarda, yoğun bakımdaki ve 65 yaş üzerindeki, daha önce düşme öyküsü olan; algılaması ve zihinsel fonksiyonları bozulan, ameliyat sonrası dönemde deliryum gelişen, bakım ve tedavisinin sürdürülmesine izin vermeyen bireylerde uygulanmaktadır (Tel ve Tel 2002a, Martin ve Mathisen 2005, Eşer ve ark 2007, Savcı ve ark 2009, Li ve Fawcett 2014).

Fiziksel tespit uygulanmasının zararlarından en dikkat çekici sonuçların şüphesiz hastane enfeksiyonu (Hakverdioğlu ve ark 2006, Kaya ve ark 2008) ve hastanın tespite direnç göstererek yataktan düşmesi sonucu ölüm (Food and Drug Administration 1992) olduğu görülmektedir. Fiziksel tespit nedeniyle ölümlerin araştırıldığı restropektif analiz çalışmasında 26 ölüm vakasının 22'sinin fiziksel tespit nedeniyle olduğu ve bu 22 ölümün üç tanesinin fiziksel tespitliyken baş aşağı sarkma pozisyonu, sekiz tanesinin göğsünün sıkıştırılması nedeniyle, 11 tanesinin de

boğulma nedeniyle gerçekleştiği belirtilmiştir (Berzlanovich ve ark 2012). Karagözoğlu ve Özden (2013) fiziksel tespit uygulanan hastaların uygulanmayanlara göre sekiz kat daha fazla ölüm riski olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuçlar durumun ne kadar ciddi olduğunun göstergesidir.

Fiziksel tespiti uygulamaya yönelik kurallar konusunda ülkeler arasında farklılıklar olduğu bilinirken (Suen 1999, Choi ve Song 2003, Bray ve ark 2004, Mamun ve Lim 2005, Cheung ve Yam 2005, Hakverdioğlu ve ark 2006, Hofsø ve Coyer 2007, Hamers ve ark 2009, Krüger ve ark 2013, Kandeel ve Attia 2013, Farin˜a-Lo´pez ve ark 2014, Luk ve ark 2014, Bartlova ve ark 2015) Türkiye'de fiziksel tespit kullanımı için hekim istemi ve hasta ve yakınlarından bilgilendirilmiş izin belgesi alınması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı 2012). Türkiye'de yapılan araştırma sonuçlarında hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasını çoğunlukla hekim istemi olmadan uyguladığı ve uygulamaların yetersiz olduğu belirtilmektedir (Hakverdioğlu ve ark 2006, Akansel 2007, Demir 2007a, Eşer ve ark 2007, Kaya ve ark 2008, Turgay ve ark 2009, Karagözoğlu ve Özden 2013). Fiziksel tespitin yeterli değerlendirme ve düşünme olmadan kullanımında ise hastaları fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak olumsuz etkiledikleri belirtilmektedir (Eşer ve ark 2007, Kaya ve ark 2008, Turgay ve ark 2009, Özden 2012, Orhan ve Yakut 2012, Çelik ve ark 2012, Karagözoğlu ve Özden 2013, Kandeel ve Attia 2013, Li ve Fawcett 2014). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin fiziksel tespit ile ilgili bilgi düzeyi düşük bulunmuş ve komplikasyonlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları (Hakverdioğlu ve ark 2006, Çelik ve ark 2012), kısıtlamalarda etik ikilem yaşadıkları (Eşer ve Hakverdioğlu 2006) ve sonrasında hastaları bağlamak zorunda kaldıkları için üzüldükleri suçluluk ve utanç duygusu yaşadıkları tespit edilmiştir (Eşer ve Hakverdioğlu 2006, Janelli 2006, Chuang ve Huang 2007, Li ve Fawcett 2014).

YBÜ'nde hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımını ideal bir şekilde yapmadığı ve bu uygulamayı yaparken yeterli klinik bilgi ve kanıtları kullanmadıkları, daha çok deneyimlerini kullandıkları bildirilmiştir (Li ve Fawcett 2014). Hasta güvenliğini sağlamada fiziksel tespit uygulamasının yanı sıra hemşirelerin hastayı tespit etmede hastaların yataktan düşmesini önlemek için alçak yatak ve yatak kenarlığı kullanmak (Eşer ve ark 2007), hastanın ortamdan zarar görmesini engellemek, hastanın ortama uyumunu sağlamak (Eşer ve ark 2007,

Kandeel ve Attia 2013), hastanın güvenliği ile ilgili ailesine eğitim vermek, ailesini de bakıma katarak tespit uygulama gerekliliğini azaltmak, çağrı zili kullanmak, hastayı yalnız bırakmamak, hastayı hemşire odasına yakın bir odaya yatırmak (Food and Drug Administration 1992, Tel ve Tel 2002a) gibi alternatif yolların olduğu da unutulmamalıdır.

Sonuç olarak; hemşirenin hasta hakları ve hasta güvenliğini sağlama konusunda önemli rollere sahip olması göz önünde tutularak, hastanın zarar görmesini önlemek amacıyla uygulanan fiziksel tespit uygulamasının çoğu zaman hastaya zarar vermesi, fiziksel, psikolojik, sosyal ve hukuki yönden insan hakları açısından önemli bir konu olması ve ölüm gibi geri dönüşü olmayan sonuçlar doğurması konunun önemini artırmaktadır. Özellikle fiziksel tespit konusunda kliniklerde ve özelleşmiş alanlarda yapılan çalışma sayısı yeterli iken (Hakverdioğlu 2006, Akansel 2007, Demir 2007a, Demir 2007b, Eşer ve ark 2007, Sercan ve Bilici 2009, Turgay ve ark 2009, Coşkun ve Avlamaz 2010, Karagözoğlu ve Özden 2013) hemşirenin daha bağımsız görev aldığı YBÜ'nde yapılan çalışma sayısının sınırlı olması (Hakverdioğlu ve ark 2006, Kaya ve ark 2008, Çelik ve ark 2012, Orhan ve Yakut 2012) nedeniyle ve konunun önemi de dikkate alınarak araştırma yapılmıştır. Bu araştırma hastalara yönelik fiziksel tespit kullanımının azaltılması, alternatiflerin kullanılması gibi yararlar sağlayacak, hastane yönetiminin düzenleyeceği hizmet içi eğitimlerle hemşirelerin fiziksel tespit konusunda bilgilendirilmesi gibi katkılarda bulunacaktır.

Bu araştırma YBÜ'ndeki hemşirelerin fiziksel tespit konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek ve sonuçlara yönelik neler yapılabileceği hususunda önerilerde bulunabilmek amacıyla yapılmıştır.

1.1. Araştırmanın Soruları

1. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımı konusunda bilgi puanları nedir?
2. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımı konusunda tutum puanları nasıldır?
3. Yoğun bakım hemşireleri fiziksel tespit uygulamaları nelerdir?
4. Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo demografik özellikleri ile fiziksel tespit bilgi, tutum ve uygulamaları arasında fark var mıdır?
5. Yoğun bakım hemşirelerinin mesleki özellikleri ile fiziksel tespit bilgi, tutum ve uygulamaları arasında ilişki var mıdır?

1.2 Fiziksel Tespitin Tanımı

Fiziksel tespit; hastanın hareketlerini kontrol altında tutmak için hastanın vücuduna kısa süreliğine sağlık personelinin fiziksel güç uygulaması ya da uygulanan birey tarafından kontrol edilemeyecek, kolaylıkla çıkartılamayacak mekanik cihaz, malzeme ve araçlar olarak tanımlanmaktadır (Demir 2007a, Eşer ve ark 2007, Taha ve Ali 2013, Li ve Fawcett 2014, Farin˜a-Lo´pez ve ark 2014). Tüm bu tanımlara benzer olarak JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-Sağlık Hizmetlerinin Akreditasyon Organizasyonu Ortak Komisyonu-bakımevlerini ve hastaneleri denetleyen kurum) fiziksel tespiti, hastanın izni olmaksızın, hastaya doğrudan fiziksel güç uygulayarak hareket özgürlüğünü kısıtlamak" şeklinde tanımlamıştır (JCAHO 2009). Bir başka kişinin vücuduna ulaşamayacak şekilde hareket özgürlüğünün kısıtlanmasını sağlayan araç, elbise, obje ya da materyal olarak tanımlanan fiziksel tespit uygulanacaksa eğer; bağımsız olarak değil tıbbi tedavi ve bakımla birlikte uygulanmalıdır. (Kısa 2011).

Fiziksel tespit; ajite, konfüze, demanslı, yataktan düşme riski olan ve deliryumdaki hastalara uygun postürü sağlayarak, sandalye, masa veya yatağa kemer vb. şeylerle bağlayarak, kolaylıkla hareket etmesinin önlenmesi için hastaya uygulanan (Eşer ve Hakverdioğlu 2006, Hakverdioğlu ve ark 2006, Demir 2007a, Turgay ve ark 2009, Huizing ve ark 2009, Orhan ve Yakut 2012, Kandeel ve Attia 2013, Karagözoğlu ve Özden 2013), hastanın kontrol altında tutulması, kendisine bağlı tüp, dren ve tıbbi araç gibi bağlantılarını çekip çıkarmasını ve kendine zarar vermesini önlemek, tıbbi tedavilerin uygulanmasını kolaylaştırmak, sakinleştirilmesine yardımcı olmak için uygulanan bir girişimdir (Eşer ve Hakverdioğlu 2006, Demir 2007b, Kaya ve ark 2008, Turgay ve ark 2009, Orhan ve Yakut 2012, Taha ve Ali 2013).

1.3. Fiziksel Tespitin Tarihsel Süreci

Fiziksel tespit uygulamasının, 18. yüzyılda İngiltere'de ve 19. yüzyılda ABD'de psikiyatri hastanelerinde hastaların zincire vurulması şeklinde başladığı bilinmektedir (Rogers 1999, Tel ve Tel 2002a). 1940'larda ABD'de fiziksel tespit uygulaması kabul görerek standart haline gelmiş (Martin ve Mathisen 2005) 1950'li yıllardan itibaren ABD ve İngiltere'de kullanımı yaygınlaşan bu uygulamanın 1980'li yıllardan itibaren ise kullanımı sınırlanmış ve daha az kullanılmaya başlanmıştır (Rogers 1999, Tel ve Beyaztaş 2002). İngiltere'de 19. yüzyıl ortalarından itibaren fiziksel tespite alternatif olarak daha az kısıtlayıcı yöntemler, yatak alarmları, iletişim, dokunma, aile işbirliği, masaj, akupunktur gibi alternatif uygulamalarda artış gözlenirken (Bray ve ark 2004, Hine 2007) ABD'de daha sonraki yıllarda alternatifler kullanılmaya başlanmıştır (Rogers 1999).

Amerika Birleşik Devletleri'nde OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act -Çok Maddeli Bütçe Uzlaşma Yasası), HCFA (Health Care Financing Administration-Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetim Bürosu - bakımevi gibi kurumları düzenleyen ve kontrol eden kurumlar), JCAHO, ANA (American Nurses Association-Amerikan Hemşireler Birliği) gibi kurumlar fiziksel tespit uygulamasının kullanımıyla ilgili düzenlemeleri sağlamaktadırlar (Tel ve Tel 2002a). Fiziksel tespit uygulamasının yarar- zarar ilkesi göz önünde tutularak hastanın kendisine ve çevresine zarar verme riskini ortadan kaldırmak için uygulanmalı, fiziksel tespit hiçbir zaman hastaya ceza vermek için ya da hastanın bakımını kolaylaştırmak için uygulanmamalıdır (Bartlova ve ark 2015). Aksine sağlık bakım kalitesini artırmak amacıyla uygulanması gereken bir uygulama olmalıdır. Bu nedenlerle ilgili kuruluşlar 1990'lı yıllarda fiziksel tespit uygulamasının kullanımına devam edilmesini önermiş ve sağlık personeli için güvenli tespit uygulamasına yönelik bilgiler yayınlamıştır (Tel ve Tel 2002a).

Fiziksel tespitin Türkiye'deki tarihsel sürecini belirlemek amacıyla yapılan literatür taramasında sadece Sağlık Bakanlığı'nın 2012 tarihli talimatına ulaşılmış, daha önceki yıllara ilişkin literatürüne rastlanmamıştır.

1.4. Fiziksel Tespitin Dünya'da ve Türkiye'de Kullanımı

Dünya'da yapılan çalışma sonuçları sağlık kuruluşlarında fiziksel tespit uygulamasının hasta güvenliğini sağlamak amacıyla yaygın olarak kullanıldığını ortaya koymaktadır. (Taxis 2002, Eşer ve ark 2007, Hamers ve ark 2009, Kandeel ve Attia 2013, Bartlova ve ark 2015). Avrupa ülkelerinde, ajite hastaların yönetiminde, özellikle yoğun bakım üniteleri (YBÜ)'nde, fiziksel ve kimyasal tespit yaygın olarak kullanılmaktadır. Benzer şekilde Avustralya, Avrupa ve Amerika'da da yaygın olarak kullanılan bu uygulama (Hofsø ve Coyer 2007), İngiltere'de sık kullanılmamaktadır (Bray ve ark 2004, Hakverdioğlu 2006).

Almanya'da yapılan bir çalışmada hastanelerin genel kliniklerinde fiziksel tespit kullanım oranının %31,3, YBÜ'nde ise %90,0 olduğu belirlenmiştir (Krüger ve ark 2013). Mısır'da 275 yoğun bakım hastası ile yapılan bir çalışmada, hastaların %58,2 sine fiziksel tespit uygulandığı ve uygulama nedeninin hasta güvenliğini sağlamak olduğu saptanmıştır (Kandeel ve Attia 2013). Kanada'da 51 YBÜ'nde gerçekleştirilen çalışmada günde en az bir kez fiziksel tespit uygulandığı bulunmuştur (Luk ve ark 2014). Singapur'da huzurevlerinde yapılan bir çalışmada da, hemşirelerin çalışmaya katılan 390 huzurevi sakininden 91 (%23,3)'ine, düşmeleri önlemek ve ajitasyonu kontrol altına almak amacıyla fiziksel tespit uyguladığı belirtilmiştir (Mamun ve Lim 2005). Çek Cumhuriyeti'nde YBÜ'lerinde huzursuz, agresif ve kendine zarar verme riski olan hastaların güvenliğini sağlamak amacıyla fiziksel tespit uygulanmaktadır. (Bartlova ve ark 2015). Almanya, İsviçre ve Hollandalı hemşirelerin fiziksel tespit kullanma durumlarının karşılaştırıldığı çalışmada, Hollandalı hemşirelerin kullanım oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Hamers ve ark 2009). İngiltere'de ise hemşireler fiziksel tespit yerine kimyasal tespit uygulanmasını savunmaktadır. (Bray ve ark 2004, Hine 2007, Langley ve ark 2011). Hong Kong'da hemşireler fiziksel tespiti hastanın yararına bir uygulama olarak görmektedirler (Suen 1999). Danimarka, Japonya ve İzlanda'da fiziksel tespit kullanım oranı %9, Fransa, İtalya, İsveç ve Amerika'da kullanım oranı %15-%17, İspanya'da bu oran %40 olarak belirtilmektedir (Cheung ve Yam 2005) dünyada fiziksel tespit kullanımının belirtilen oranlarda olduğu bilinirken Türkiye'de bazı çalışma sonuçlarına göre YBÜ'nde ve diğer kliniklerde fiziksel tespit kullanım

oranı %90,5-%96,1 arasında değişmektedir (Akansel 2007, Demir 2007a, Karagözoğlu ve Özden 2013).

1.5. Fiziksel Tespit Uygulanma Nedenleri

Fiziksel tespit uygulanmasının temel nedeninin yataktan düşmeleri önleyerek güvenliği sağlamak, hastanın geçici şiddet ve yıkıcı davranışlarını kontrol etmek, tedavi planlarını korumak, invaziv tüp ya da cihazların çıkarılmasını önlenmek olduğu belirtilirken (Suen 1999, Martin ve Mathisen 2005, Huizing ve ark 2006, Akansel 2007, Hamers ve ark 2009, Ralph ve Gabriele 2014, Kandeel ve Attia 2013, Krüger ve ark 2013, Taha ve Ali 2013, Li ve Fawcett 2014) yatağa bağımlı hastanın pozisyonunu korumak (Eşer ve Hakverdioğlu 2006), ve hasta ile birlikte diğer hastaların da güvenliğini sağlamak (Taxis 2002) amacıyla fiziksel tespit uygulanabilmektedir.

Kandeel ve Attia (2013)'nın araştırma sonuçlarında tıbbi ekipmanı korumak (%31,4), tıbbi tedaviyi kolaylaştırmak (%58,2), hastanın pozisyonunu korumak (%5,2), bakım personelinin eksikliği (%1,4) diğer tespit uygulama nedenleri olarak sıralanmıştır. Karagözoğlu ve Özden (2013)'in araştırmasında ise fiziksel tespit uygulama nedenleri; hastaya bağlı tüpleri hastanın çıkarmasını önlemek (%82,5), hastanın yataktan düşmesini önlemek (%75,6), hastanın vücut postürünü ve davranışlarını kontrol altına almak (%64,4) olarak sıralanmıştır. Benzer bir araştırmada da düşmelerin önlenmesi (%77), tedavinin hasta tarafından bozulmasının önlenmesi (%40) olarak belirtilmiştir (Minnick ve ark 2007). Yukarıda sunulan araştırmaların sonuçları fiziksel tespit uygulama nedenlerinin dünya çapında benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Fiziksel tespit ile hasta özelliklerinin ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalardan bazılarında cinsiyet ile fiziksel tespit arasında bir ilişki olmadığı (Minnick ve ark 1998, Martin ve Mattisen 2005, Krüger ve ark 2013), bazılarında ise fiziksel tespit uygulamasının erkek hastalarda daha fazla uygulandığı belirlenmiş (Huizing ve ark 2007, Minnick ve ark 2007, Mion 2008), erkek hastaların şiddet davranışı potansiyelinin olmasının fiziksel tespit uygulama oranını artırdığı belirtilmiştir (Minnick ve ark 2007). Yanı sıra hastanın yaşının fiziksel tespit uygulanmasında herhangi bir etkisinin olmadığı da saptanmıştır (Mion

2008). Literatürde hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle de fiziksel tespit uygulaması yapılabildiği saptanmış olup (Bonner ve ark 2002, Zencirci Demir 2009, Kong ve Evans 2012, Goethals ve ark 2013), hasta rızası alınmadan yapılan bu uygulamanın insan hakları ihlali olduğu belirtilmiştir (Zencirci Demir 2009). Yarar-zarar ilkesi göz önünde tutularak hastanın kendisine ve çevresine zarar verme riski varsa bu riski ortadan kaldırmak için uygulanmalı, fiziksel tespit hiçbir zaman hastaya ceza vermek amacıyla ya da hastanın bakımını kolaylaştırmak amacıyla uygulanmamalıdır (Bartlova ve ark 2015).

1.6. Fiziksel Tespit Uygulanmasında Kullanılan Materyaller

Fiziksel tespit için çeşitli tespit materyalleri bulunmakta olup, uygulamada; eldiven, atel (Hakverdioğlu ve ark 2006, Mion 2008, Langley ve ark 2011), kemer, kelepçe, ağ yatak (hastanın etrafı çelik tellerle çevrili yatağa yatırılıp izlenmesi psikiyatri kliniklerinde uygulanır) (Mion 2008, Tekkaş ve Bilgin 2010), tespit yeleği veya gömleği, sargı bezi (Hakverdioğlu ve ark 2006, Mion 2008, Kandeel ve Attia 2013), tespit sandalyesi, çarşaf, ip gibi materyaller kullanılmaktadır. Bazı Türk hastanelerinde gazlı bezin arasına pamuk konularak rulo şeklinde hazırlanan materyaller el ve ayak bileğine tespit malzemesi olarak kullanılmaktadır (Turgay ve ark 2009). Hastaların durumuna göre uygulanan fiziksel tespit yöntemi ve tespit materyali de değişiklik göstermektedir. Yatak kenarlıklarının kaldırılması ile kısıtlama, el parmaklarının tespiti, yatağa iki el bileği ve iki ayak bileğinin bağlanması, çarşaf gibi malzemelerle göğüsten bağlanması veya tüm vücudun tespiti uygulanan tespit yöntemlerinden bazılarıdır ve belirtilen tespit yöntemine uygun materyal ile fiziksel tespitin uygulanması, fiziksel tespiti uygulayacak hemşirenin tespit konusunda yeterli donanıma sahip olması gerekmektedir. YBÜ'de en çok uygulanan fiziksel tespit yöntemleri şunlardır:

1) **Ekstremite tespiti**; Periferal katater ve endotrakeal tüp gibi kataterleri olan hastalarda, hastanın bunları çekip çıkarmasını önlemek amacıyla uygulanır. Ekstremite tespitinde kemer, bez tespit, pamuk, ped vb. dolgu malzemesi (kemik çıkıntıları için) kullanılır**.** İhtiyaç halinde parmaksız eldiven, el ve

ayak bileği kısıtlayıcısı olarak kullanılabilmektedir. (Erkal İlhan 2009, Kısa 2011, Özden 2012, Taylor ve Lynn 2015).

2) **Bel tespiti**; hastanın gövdesine ve kıyafetlerinin üzerine uygulanır. Bu tespit türünde hasta ekstremitelerini hareket ettirebilir, ancak yatak ya da sandalyeden ayrılamaz. Bu tespit, daha az kısıtlayıcı tespit türleri başarısız olduğunda uygulanır. Yelek ve ceket tipi tespit ediciler kullanılır. Ancak bu tespit ediciler boğulma riskini artırdığından (Erkal İlhan 2009, Kısa 2011, Özden 2012, Taylor ve Lynn 2015) dikkatli kullanılmalı, gerekmedikçe tercih edilmemelidir.
3) **Dirsek tespiti;** genellikle bebek ve çocuklarda kullanılmakta fakat yetişkinlerde de kullanılmaktadır. Daha az kısıtlayıcı yöntemler başarısız olduğunda uygulanır ve terapötik cihazlara ulaşmayı engeller. Hastanın dirsek dışındaki tüm ekstremite ve eklemleri hareket edebilir. Bezden yapılmış dirsek tespit malzemesi kullanılır (Erkal İlhan 2009, Kısa 2011, Özden 2012, Taylor ve Lynn 2015).

1.7. Fiziksel Tespit Uygulamasında Alternatif Yöntemler

Hemşireler fiziksel tespit uygulamasına geçmeden önce kullanılabilecek tüm alternatif yöntemlerin denendiğinden emin olmalı eğer yapılabilecek başka bir alternatif kalmadıysa son çare olarak, hastaya kendisini değersiz biriymiş gibi hissettirmeden (Dilbaz 1999) fiziksel tespiti kurumun politikası dahilinde, hekimin yazılı istemi doğrultusunda uygulamalıdır (Kısa 2011). YBÜ'lerinde fiziksel tespit kullanımın ideal bir şekilde yapılmadığı, hemşirelerin yeterli klinik bilgi ve kanıtları kullanmadıkları, daha çok deneyimlerini kullandıkları bildirilmiştir (Li ve Fawcett 2014). Hemşireler, alınması gereken alternatif tedbirleri almadan genellikle ilk seçenek olarak fiziksel tespit yöntemini kullanmakta (Ralph ve Gabriele 2014) ve fiziksel tespitin zararlarıyla uğraşmak durumunda kalabilmektedirler. Fiziksel tespit çoğunlukla ajite hastalara uygulandığı için hemşireler ajitasyon yönetimini iyi bilmelidir. Örneğin ajite hastada iletişim, dokunma, aile katılımı, masaj, akupunktur gibi alternatif yöntemlerin kullanımı, fiziksel tespit uygulamasını engelleyebilir (Hine 2007).

Hasta güvenliğini sağlamada; fiziksel tespit uygulamasının yanı sıra, hastaların yataktan düşmesini önlemek amacıyla alçak yatak ve yatak kenarlığı kullanmak (Eşer ve ark 2007), düşük yatak, başucu komodin ve yatak alarmları kullanmak (Cotter 2005), hastanın ortama uyumunu sağlamak (Eşer ve ark 2007, Kandeel ve Attia 2013), hastanın ağrısı varsa gidermek, hasta ile zaman geçirmek, yakınları ile zaman geçirmesine izin vermek, hasta odasının düzenlenmesi, ortam sessizliğinin sağlanması, hastanın gereksinimini birlikte belirlemek ve bakımını birlikte planlamak, hastanın güvenliği ile ilgili ailesine eğitim vermek, güvenliğe yönelik çevre düzenlemesi yapmak, ailesini de bakıma katarak tespit uygulama gerekliliğini azaltmak, çağrı zili kullanmak, hastayı yalnız bırakmamak, terapötik dokunma kullanmak hastayı hemşire odasına yakın bir odaya yatırmak (Food and Drug Administration 1992, Tel ve Tel 2002a, Eşer ve ark 2007, Demir 2007a, Erkal İlhan 2009) gibi alternatif yolların olduğu da unutulmamalıdır. YBÜ'ndeki çevresel uyaranların azaltılması ve hastanın rahatlatılması, sakinleştirilmesi, hasta ile sohbet gibi alternatifler de kullanılabilir (Kandeel ve Attia 2013).

Taxis (2002)' in 42 aylık bir çalışma sürecinde, her olay sonrası fiziksel tespit uygulamaları değerlendirilmiş ve tüm personel bu konuda bilgilendirilerek fiziksel tespitin daha güvenli olduğunu düşünen personelin yanlış inanışları giderilmiştir. Aynı çalışmada, hasta ile terapötik iletişim kurarak terapötik ortam oluşturulmasının da alternatif olarak kullanılması sağlanmıştır (Taxis 2002).

Özden (2012)'e göre fiziksel tespit uygulamasını azaltmak amacıyla uygulanan alternatif hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanmıştır;

- Hastanın ajitasyon ve ağrı durumu değerlendirilerek uygun planlama ve uygulamalar yapılır,
- Aile üyelerinin hastanın yanında olması ve bakımına ailenin de katılımı sağlanır.
- Çevredeki uyaranlar (gürültü ve ışık vb.) azaltılır,
- Yatak ya da pozisyona duyarlı alarmlar kullanılır,
- Güvenlik için yatağın her bir yanına yer paspası ve sandalye kenarına yastık yerleştirilir,
- Terapötik dokunma sağlanarak hastanın seçtiği müzik dinletilebilir,

- Hastalar hemşire odasının yakınına yerleştirilir.

1.8. Fiziksel Tespitli Hastada Hemşirelik Bakımı

Yoğun bakımın vazgeçilmez elemanları olan hemşirelerin şüphesiz yoğun bakım hastaları üzerindeki etkisi büyüktür. Nitekim hastaların birincil bakım vericisi hemşirelerdir. Hemşirelik mesleğinin çağdaş rollerine baktığımızda savunuculuk rolü fiziksel tespit konusunda ön plana çıkmaktadır. Çünkü hemşirelerin savunuculuk rolünde ilk olarak hastayı bağımsızlığına kavuşturmak yer almaktayken fiziksel tespit uygulanan hastanın hakları ihlal edilmekte ve bağımsızlığı engellenmektedir. Bu nedenle hemşire savunuculuk rolünü devreye sokarak hastasının haklarını gözetmeli, onu savunabilmelidir (Eşer ve Hakverdioğlu 2006). Literatürde JCAHO, HCFA gibi kuruluşların ve hastanelerin politikalarında fiziksel tespitin çerçevesi belirlenirken tespit uygulayıcısının konu ile ilgili profesyonel hemşireler olması gerektiği belirtilmiştir (Kısa 2011, Sağlık Bakanlığı 2012). Bazı hastalar fiziksel tespiti kabul etmemekte, kültürel farklılıklar fiziksel tespit algısında farklılıklar oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşire, hasta ve ailesinin tespit algısını değerlendirerek hasta ve ailesi ile işbirliği yapmalı, aile varken tespiti çıkarmalı, aralıklı tespit yöntemini kullanmalıdır (Kısa 2011). Hemşire; fiziksel tespit uygulamasına başlamadan önce hekimin yazılı fiziksel tespit istemini görmeli, doğru hastaya, uygun materyalle, doğru tespit yöntemiyle uygulamalıdır. Yaptığı tüm uygulamaları aşamalarıyla kaydetmelidir (Erkal İlhan 2009, Taylor ve Lynn 2015). Örneğin, hemşireler fiziksel tespit uygulanan hastayı boğulma riski nedeniyle sık sık gözlemlemeli, son durumunu hemşire gözlem formuna kaydetmelidir. Fiziksel olarak hastada oluşabilecek basınç yarasını önlemek amacıyla 2 saat aralıklarla bağlı olan bölge gevşetilmeli ve gözlemlenmelidir. Çünkü 2 saatten fazla fiziksel tespit uygulaması hasta için güvenilir değildir (Akansel 2007). Fiziksel tespitin hastada oluşturabileceği fiziksel, psikolojik ve sosyal zararlar göz önüne alındığında, tespitli olan hastaların yakın gözleme alınması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

R-E-S-T-R-A-İ-N-T KISALTMASI

R: Hastanın geçmişinin değil bugünkü durumunun değerlendirilmesi.

E: Potansiyel yaralanmanın tanımlanması, hastanın ya da diğerlerinin zarar görme risklerinin belirlenmesi.

S: Bakım veren aile bireyleri ile görüşülmesi.

T: Öncelikle alternatif önlemlerin denenmesi.

R: Alternatiflerin başarı sonucu için hastanın yeniden değerlendirilmesi

A: Eğer fiziksel tespit gerekiyorsa aile bireyleri ile bakım verenlerin bilgilendirilmesi, kurum politikası ve hekim istemi olması gerekir.

İ: Fiziksel tespitte bireyselliğe dikkat edilmelidir.

N: Fiziksel tespitin uygulandığı tarih, zaman gibi önemli bilgiler not edilmelidir.

T: Fiziksel tespitin süresine dikkat edilmelidir. Psikiyatri hastalarının dışında 24 saatten fazla uygulanmamalıdır. 24 saatten uzun uygulanacaksa yeniden hekim istemi yapılmalıdır (Taylor ve Lynn 2015).

1.9. Fiziksel Tespitin Oluşturabileceği Olası Zararlar

Bazı araştırmalarda hastaların yataktan düşmesinin önlenmesi için fiziksel tespitin yararlı olduğu vurgulanırken (Mamun ve Lim 2005, Çelik ve ark 2012), hasta güvenliğini sağlamada fiziksel tespit uygulamasının tek başına yeterli olamayacağı, bazı durumlarda tehlike oluşturabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (Okçin ve ark 2009). YBÜ'nde fiziksel tespit uygulanması hastalar üzerinde birçok olumsuz etki oluşturarak hastaların iyileşme sürecini ve YBÜ'nde kalma süresini uzatmaktadır (Arbesman ve Wright 1999). Fiziksel tespitin hastalar üzerinde oluşturduğu fiziksel, psikolojik ve sosyal zararlar aşağıda sıralanmıştır.

***Fiziksel zararları*;** kan kimyasında değişiklikler (mineral eksikliği, elektrolit kaybı) (Koch ve ark 2001), dolaşımda bozulma, kronik konstipasyon, üriner

retansiyon, fiziksel fonksiyonlarda azalma, aspirasyon ve solunum zorlukları, yetersiz beslenme, kas gücünde azalma, osteoporoz, malnütrisyon, dehidratasyon, deri yaralanmaları ve kızarıklıklar (Langley ve ark 2011, Kandeel ve Attia 2013), üriner ve fekal inkontinans, kırıklar, kontraktür, deri bütünlüğünde bozulma (aşınmalar, deri yırtıkları, çürükler, basınç ülserleri) ve buna bağlı enfeksiyon, boğulma, kardiyak arrest, ortostatik hipotansiyon, alt ekstremitelerde ödem, bazal metabolizma hızında ve kan volümünde anormal değişikliklerdir (Cotter 2005, Martin ve Marthisen 2005, Eşer ve ark 2007, Kaya ve ark 2008). Fiziksel tespit ile ilişkili ölümler genellikle boğulma ve kardiyak arrest nedeniyle olmaktadır (Cotter 2005). Fiziksel tespit uygulamasının zararları sonucunda ABD'de her yıl en az 100 ölüm gerçekleşmektedir (Milliken 1998, Bray ve ark 2004). Fiziksel tespit uygulamasında kullanılan tespit yeleğinin atriyoventriküler düzensizlikler oluşturarak, ajitasyonun da artmasıyla taşikardi ve ölüme neden olduğu belirtilmektedir (Reay 1998, Evans ve ark 2003).

***Psikolojik zararları*;** uykusuzluk, ajitasyon, konfüzyon, korku, depresyon, deliryum gibi bilişsel davranış bozuklukları, direnme, işlemlere karşı gelmedir (Hakverdioğlu ve ark 2006, Eşer ve ark 2007, Lnagley ve ark 2010). Kandeel ve Attia (2013), fiziksel tespit uygulanan hastalarda; en sık rastlanan davranış değişikliğinin anksiyete olduğu saptanmıştır.

***Sosyal zararları*;** fiziksel tespit kullanılan hastalarda güvende ve saygıda azalma, beden imajında bozulma, duyu yoksunluğu, utanma duygusu gibi duygu değişimleridir (Kaya ve ark 2008, Özden 2012).

1.10. Fiziksel Tespit Uygulanmasının Etik Boyutu ve Yaşanan Etik İkilemler

"Hastanedeki ilk kural, hastaya zarar vermemektir.'' (Florance Nightingale 1863). Sağlık sisteminin gelişmesi hastaların haklarıyla ilgili farkındalıklarının artması ve sağlık hizmetlerinde kalitenin daha da önemsenmesi, hasta güvenliğini ön plana çıkmıştır. Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin sunumu aşamasında, hastaya zarar verilmesini önlemek amacıyla sağlık kuruluşunun ve çalışanların aldığı önlemlerdir (Özbucak Civil 2011). Fiziksel tespit uygulamasının profesyonel sağlık

personeli tarafından uygulanması gerektiği belirtilirken, hemşireler tespit sırasında hemşirelik mesleğinin önemli etik ilkelerinden olan otonomi, zarar vermeme ve yarar sağlama ilkeleri ile ilgili etik ikilem yaşamaktadırlar. Çünkü zarar vermemek yarar sağlamaktan daha öncelikli olmalıdır (Taxis 2002, Eşer ve Hakverdioğlu 2006). Bu tür ikilemlerle karşılaşan hemşireler kızgınlık, öfke, üzüntü, pişmanlık gibi çeşitli duygular yaşamaktadırlar. Hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasında genel olarak suçluluk ve üzüntü duygularını yaşamış olmaları aslında hemşirelerin etik ilke ve sorumluluklarının farkında ve bilincinde davrandıkları kanısına varmamızı sağlamaktadır (Zencirci Demir 2009).

ABD'de, acil durumlarda davranış bozukluğu olan hastalarda hemşirenin fiziksel tespite karar vererek uygulayabileceği, ancak uygulama sonrası başlamasından ilk bir saat içinde hekimin hastayı görerek ve uygulamayı onaylaması gerektiği, bu onayın dört saat geçerli olduğu, yapılan yeni değerlendirmede fiziksel tespitin devamına karar verilirse hekimin 12 saat geçerli yazılı istem yapması gerektiği bildirilmiştir (Kozier ve ark 2004). Hakverdioğlu ve ark (2006), Kanada'da hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasını sadece hekim istemi doğrultusunda uygulayabildiğini belirtmişlerdir.

Türkiye'de fiziksel tespit uygulamanın çerçevesi Sağlık Bakanlığı'nın kısıtlama altındaki hastaların bakım talimatları ve 8 Mart 2011 tarihli 27910 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde hemşirelerin görev ve sorumluluklarında tıbbi tanı ve tedavi planı uygulamasında; acil durumlar hariç hekimin yazılı istemi ile tedavileri uygulayıp, hastada gelişen acil durumlar için hekimin tıbbi istemini kabul edeceği, hasta ve çalışan güvenliğinde gereken tedbirleri alacağı, hastaya lüzum hali reçete edilen tıbbi talepleri yerine getireceği, hastaya zarar vereceğini düşündüğü uygulamalarda hekimi uyarıp hekimin ısrarı devam ederse durumu kaydederek yazılı istemi uygulaması gerektiği belirtilmiştir. 19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra; Psikiyatri Klinik Hemşiresi; "tecrit ya da tespit gerekiyorsa, bu işlemlerle ilgili hastaya açıklama yaparak uygular, kayıt eder ve hastayı olası riskler için gözlemler, hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riski olan durumların oluşumunu engelleyici ve önleyici yaklaşımlar uygular" ifadeleriyle fiziksel tespit uygulaması tanımlanmıştır. Fiziksel

tespit uygulamasına karar verme yetkisi hekime aittir. Profesyonel sağlık personeli tarafından uygulanan tespitin başladığı tarih ve saat, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edilmesi gerektiği ve uygulamanın sonlandırıldığı tarih, saat, periyotları ve kullanma nedeni hemşire gözlem formuna kayıt edilerek, kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir. Fiziksel tespit işlemi öncesinde hekim hasta ailesini bilgilendirmeli ve bilgilendirilmiş izin formu ile yazılı izin alınmalıdır (Sağlık Bakanlığı 2012, TKHK 2013).

1.11. Fiziksel Tespitin Hemşire Gözlem Formuna Kaydedilmesi

Hemşireler için kayıt tutmanın vazgeçilmez bir ilke olduğu kabul edilmektedir. Bu yüzden yapılan her türlü uygulama ve girişim hemşire gözlem formuna kayıt edilmelidir. Fiziksel tespit uygulaması hasta haklarını ihlal edebilecek bir uygulama olduğu ve uygulamanın sonucunda çeşitli komplikasyonlar oluşabileceği için kontrollü bir şekilde gereksinim doğrultusunda uygulanmalı çok gerekmedikçe uygulanmamalıdır. Ayrıca, fiziksel tespit uygulamasının güvenli olduğundan emin olmak için uygulamayı yapan hemşirenin eğitimli ve deneyimli olması gerekmektedir (Langley ve ark 2011).

Yapılan araştırma sonuçlarında hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasını kayıt altına almadığı, bazılarının kaydı gerekli görmediği (Demir 2007a), bazı çalışmalarda ise hemşirelerin kayıt etmenin öneminin farkında oldukları ancak uygulamada kayıt işlemini birçok kez atladıkları bildirilmiştir (Kaya ve ark 2008). Hemşire gözlem formuna uygulama nedeni, uygulama zamanı, uygulama bölgesi gibi bilgiler kayıt edilmelidir (Tel ve Tel 2002a, Tel ve Tel 2002b, Erkal 2009, Taylor ve Lynn 2015).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; cerrahi ve dahili YBÜ'nde çalışan hemşirelerin hastalara fiziksel tespit uygulanmasıyla ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya'nın merkezi ilçelerinden olan Meram bölgesinde bulunan Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (KEAH) ayrı iki yerleşkesi olan Zafer Semt Polikliniği ve Beyhekim Psikiyatri Kliniği'de dahil olmak üzere toplam 1022 yatak kapasiteli bir hastanedir. Bu yatak kapasitesinin 899'u genel klinik, 123'ü YBÜ yatağından oluşmaktadır. KEAH'nde çalışan personel sayısı 211 uzman hekim,178 asistan hekim, 513 hemşire ve 1598 diğer sağlık personelinden olmak üzere toplamda yaklaşık 2500 çalışan bulunmaktadır. KEAH'de acil tıp, psikiyatri, çocuk, yeni doğan, iç hastalıkları, nöroloji, nefroloji, kardiyoloji, intaniye, fizik tedavi, genel cerrahi, göz, KBB, ortopedi, üroloji, kadın doğum, beyin cerrahi olmak üzere toplam 18 adet dahiliye cerrahi klinik bulunmaktadır. Göğüs Cerrahi Yoğun Bakım (9 hemşire-6 yatak), Genel Cerrahi Yoğun Bakım (10 hemşire-6 yatak), Beyin Cerrahi Yoğun Bakım (8 hemşire-6 yatak), Post-op Yoğun Bakım-7 (10 hemşire-5 yatak), Koroner Yoğun Bakım (9 hemşire-8 yatak), Toksikoloji Yoğun Bakım (9 hemşire-6 yatak), Nefroloji Yoğun Bakım (11 hemşire-5 yatak), Dahiliye Yoğun Bakım (14 hemşire-7 yatak), Göğüs Yoğun Bakım (14 hemşire-7 yatak), Nöroloji Yoğun Bakım (11 hemşire-7 yatak), Reanimasyon Yoğun Bakım (22 hemşire-9 yatak), KVC Yoğun Bakım (10 hemşire-5 yatak), Acil Kritik Yoğun Bakım (18 hemşire-11 yatak) olmak üzere toplam 13 adet cerrahi ve dahili yoğun bakım bulunmaktadır. Farklı uygulamalar nedeniyle araştırma sonuçlarının etkilenmemesi için yeni doğan ve çocuk yoğun bakım üniteleri çalışma dışında bırakılmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu

KEAH'nin cerrahi ve dahili YBÜ'nde çalışan araştırma kriterlerine uygun araştırmayı kabul eden toplam 158 hemşire (hemşirelik mezunu olan), araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmada evrenin ulaşılabilirliği dikkate alınarak örnek seçimine gidilmeden yoğun bakımda bulunan hemşireler çalışma grubunu oluşturmuş, çalışma süresince hemşirelerin tamamına ulaşılmıştır.

2.4. Verilerin Toplanma Araçları ve Tekniği

Veriler araştırmacı tarafından 1 Mayıs 2015- 30 Haziran 2015 tarihleri arasında KEAH dahili ve cerrahi YBÜ'nde çalışan hemşirelerden öz-bildirime dayalı olarak toplanmıştır. Sorumlu hemşirelerden alınan isim ve nöbet listesine göre, araştırmayı kabul eden hemşirelere anket formu ve Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği verilmiş, doldurmaları sağlanmıştır. YBÜ'nin çalışma düzenini bozmamak amacıyla ve sağlıklı verilerin elde edilmesi için iş yoğunluğunun az olduğu zaman dilimlerinde verilerin toplanması sağlanmıştır.

2.4.1. Anket Formu (Bkz. EK-A)

Anket Formu (EK-A) araştırmacı tarafından literatür incelenerek (Hakverdioğlu ve ark 2006, Kaya ve ark 2008, Çelik ve ark 2012, Karagözoğlu ve Özden 2013) oluşturulmuştur. Bu form, hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumunu içeren sosyo demografik özelliklerinin sorgulandığı dört adet soru ve mesleki özellikleri içeren meslekte çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma yılı, çalışma düzeni, çalıştığı yoğun bakım ünitesi, haftalık çalışma saati, gündüz bakılan ortalama hasta sayısı, gece bakılan ortalama hasta sayısı, fiziksel tespit ile ilgili eğitim alma durumu, fiziksel tespit ile ilgili eğitim aldıysa nereden aldığını sorgulayan dokuz adet soru; tanımlayıcı değişkenleri içeren fiziksel tespit ile karşılaşma durumu, fiziksel tespit uygulama durumu, fiziksel tespit uygulama nedeni, fiziksel tespit uygulama sıklığı, yoğun bakımda fiziksel tespit uygulamasına kimin karar verdiği, yoğun bakımın basamak düzeyi, uygulamada hastanın ailesinden izin alma durumunu içeren yedi adet soru olmak üzere toplam 20 adet sorudan oluşmaktadır.

2.4.2. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (Bkz. EK-B)

Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (Levels of Knowledge, Attitudes and Practices of Staff Regarding Physical Restraints Questionnaire) Suen (1999) tarafından geliştirilmiş orijinal ölçeğin test-tekrar test toplam korelasyon katsayısı 0.85-0.99 arasında olduğu saptanmıştır. Kaya ve arkadaşları (2008) tarafından Türk toplumuna uyarlanan ölçeğin test-tekrar test değerinin 0.88-0.90 arasında, ölçeğin tümüne göre Cronbach's Alpha değeri ise 0.69 olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ise Cronbach's Alpha değerinin 0.64 olduğu belirlenmiştir

Türk toplumuna uyarlanması araştırmacılar tarafından gerçekleştirilen ölçek üç bölüm içerir. **Birinci bölüm;** hemşirelerin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin bilgisini ölçen 10 doğru ve bir yanlış soru içeren 11 maddeden oluşur. Doğru yanıt 1, yanlış yanıt 0 olarak değerlendirilir. Bu bölümün puan sınırları 0-11 arasındadır, yüksek puan yüksek düzeyde bilgiyi gösterir. **İkinci bölüm;** hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutumlarını ölçen ve 12 maddeden oluşan 4 aşamalı likert tipi bir ölçektir; "kesinlikle katılıyorum" 4 puan, "katılıyorum" 3 puan, "katılmıyorum" 2 puan, "kesinlikle katılmıyorum" 1 puan olarak değerlendirilir. Bu bölümün puan sınırları 12-48 arasında olup, yüksek puan olumlu, düşük puan ise olumsuz tutumu gösterir. **Üçüncü bölüm;** hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulamalarını değerlendiren 14 madde içerir. 10. madde olumsuz bir maddedir ve ters çevrilerek değerlendirilir. 3 aşamalı likert tipi bir ölçek olan bu bölümde; "hiçbir zaman" 1 puan, "bazen" 2 puan "her zaman" 3 puan verilerek değerlendirilir. Puan sınırları 14-42 arasında olup yüksek puan fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin mükemmel uygulamayı gösterirken, düşük puan uygun olmayan uygulamaya işaret eder**.**

2.4.3. Değişkenler

2.4.3.1.Bağımlı Değişkenler;

- Hemşirelerin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin bilgi puanları
- Hemşirelerin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin tutum puanları
- Hemşirelerin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin uygulama puanları

2.4.3.2.Bağımsız Değişkenler;

Sosyo demografik Özellikler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu

Mesleki Özellikler

- Meslekte çalışma yılı
- Yoğun bakımda çalışma yılı
- Çalışma düzeni
- Çalıştığı yoğun bakım ünitesi
- Haftalık çalışma saati
- Gündüz ve gece ortalama hasta sayısı
- Fiziksel tespit ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumu
- Fiziksel tespit ile ilgili hizmet içi eğitim aldıysa nereden aldığı

Tanımlayıcı Değişkenler

- Fiziksel tespit uygulaması ile karşılaşma durumu
- Fiziksel tespit uygulama durumu ve nedeni
- Fiziksel tespit uygulama sıklığı
- Yoğun bakımda fiziksel tespit uygulamasına kimin karar verdiği
- Yoğun bakımın basamak düzeyi
- Uygulamada hastanın ailesinden izin alma durumu

2.4.4. Ön Uygulama

Veri toplama formunun anlaşılırlığı ve işlevselliğini saptamak için KEAH'de çalışan 10 hemşireye sözel ve yazılı izinleri alınarak ön uygulama yapılmış, ön uygulama sonrasında veri toplama formunda gerekli düzeltmeler yapılmış ve sonrasında ön uygulama yapılan hemşirelerde çalışmaya dahil edilmiştir.

2.4.5. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 20 paket programından yararlanıldı. Veriler sayı, yüzde ve ortalama olarak gösterildi. İkili gruplar için bağımsız gruplarda t testi üçlü gruplar için tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Tek yönlü varyans analizinde anlamlı çıkan sonuçlarda gruplar arasındaki farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için Tukey HsD testinden yararlanıldı. Bağımsız değişkenlerin etkilerinin değerlendirilmesinde korelasyon analizi uygulandı. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

2.4.6.Araştırmanın Etiği

Verilerin toplanması için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan ve Kamu Hastaneler Birliğinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmada kullanılacak olan Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği izni Hatice Kaya'dan yazılı olarak alınmıştır. Çalışmaya katılacak olan hemşirelere araştırmanın amacı anlatılarak gönüllü bilgilendirme formu imzalatılmıştır (EK-C).

3.BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31,3±5,7 olup, %58,2'si kadın, %68,4'ü evli, % 43'ü lisans mezunudur (Çizelge 3.1). Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ortalamasının 10,1±5,9 yıl, yoğun bakımda çalışma süre ortalamasının 5,2±2,8 yıl, haftalık çalışma saatleri ortalamasının 44,2±5,1 saat olduğu bulunmuştur. %53,8'inin 3. Basamak YBÜ'de çalıştığı, %81,6'sının gece ve gündüz çalıştığı, %53,2'sinin gündüz 4 hasta ve üzerinde hastaya bakım sağladığı, %56,3'ünün gece 4 hasta ve üzerinde hastaya bakım verdiği bulunmuştur (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.1. Hemşirelerin bazı sosyodemografik özellikleri.

Cinsiyet	**Sayı**	**(%)**
Erkek	66	41,8
Kadın	92	58,2
Yaş (ort±ss)	***31,3***	***±5,7 (21-44)***
Medeni Durum	**Sayı**	**(%)**
Bekar	44	27,8
Evli	108	68,4
Boşanmış / Dul	6	3,8
Öğrenim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	22	13,9
Önlisans	57	36,1
Lisans	68	43,0
Lisansüstü	11	7,0
Toplam	*158*	*100,0*

Çizelge 3.2. Hemşirelerin bazı meslekle ilgili özellikleri.

Değişkenler	***Ort* ±**	***ss***
Meslekte Çalışma Yılı	10,1±	5,9
Yoğun Bakımda Çalışma Süresi	5,2 ±	2,8
Haftalık Çalışma Saati	44,2±	5,1
	Sayı	**%**
Yoğun bakım basamak düzeyi		
1.basamak	36	22,8
2.basamak	37	23,4
3.basamak	85	53,8
Çalışma şekli		
Gece	17	10,8
Gündüz	12	7,6
Gece-gündüz	129	81,6
Gündüz bakılan ortalama hasta sayısı		
2 hasta	43	27,2
3 hasta	31	19,6
4 hasta ve üzeri	84	53,2
Gece bakılan ortalama hasta sayısı		
2 hasta	29	18,4
3 hasta	40	25,3
4 hasta ve üzeri	89	56,3
Toplam	**158**	**100**

Araştırmaya katılan hemşirelerin fiziksel tespit kullanıma yönelik tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; %64,6'sının fiziksel tespit ile ilgili eğitim almadığı, eğitim alanların % 83, 9'unun hizmet içi eğitim şeklinde aldığı, %97,5'inin fiziksel tespit durumu ile karşılaştığı, %98,1'inin fiziksel tespiti uyguladığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %44,9'u hastanın malzemeleri çıkarmasını engellemek amacı ile tespit uyguladığını, %91'i fiziksel tespiti bazen kullandığını, %59,5'i yoğun bakımda fiziksel tespit uygulamasına hekimin karar verdiğini, %87,3'ü fiziksel tespit kullanımı için aileden izin almadıklarını belirtmiştir (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.3. Hemşirelerin fiziksel tespit kullanıma yönelik tanımlayıcı özellikleri.

	Sayı	**%**
Fiziksel tespit ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	56	35,4
Hayır	102	64,6
Eğitimi kimden aldığı (n:56)		
Hizmet içi eğitim	47	83,9
Lisans eğitimi	4	7,1
Kongre seminer	5	9,0
Fiziksel tespit ile karşılaşma durumu		
Evet	154	97,5
Hayır	4	2,5
Fiziksel tespit uygulama durumu		
Evet	155	98,1
Hayır	3	1,9
Fiziksel tespit uygulama nedeni		
Hastanın düşmesinin önlemek için	45	28,5
Malzemeleri çıkarmasını engellemek için	71	44,9
Kendine ve çevresine zarar vermesini önlemek için	23	14,6
Hekim istemi olduğu için	12	7,6
Sağlık personeli sayısı az olduğu için	4	2,5
Fiziksel tespit uygulama sıklığı		
Her zaman	11	7,0
Bazen	144	91,0
Yoğun bakımınızda fiziksel tespit uygulamasına karar veren kişi		
Hekim	94	59,5
Hemşire	64	40,5
Aileden izin belgesi alma durumu		
Evet	20	12,7
Hayır	138	87,3
Toplam	**158**	**100**

Hemşireler Fiziksel Tespit Kullanımı Ölçeği bilgi alt boyutundan 7,1±1,7; tutum alt boyutundan 31,8±4,6, uygulama alt boyutunda ise ortalama 36,6±3,2 puan aldıkları bulunmuştur (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.4. Çalışmaya katılan hemşirelerin fiziksel tespit kullanımı ölçeğinin alt boyutları puan ortalaması.

	Ortalama	±ss	Medyan	En küçük değer	En büyük değer
Bilgi boyutu	7,1	±1,7	7,0	1,0	10,0
Tutum boyutu	31,8	±4,6	32,0	22,0	45,0
Uygulama boyutu	36,4	±3,2	37,0	27,0	42,0

Hemşirelerin fiziksel tespit kullanım ölçeği puanının sosyo demografik özellikler ile ilişkisi değerlendirildiğinde cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu gibi bağımsız değişkenlere göre oluşturulan grupların puan ortalamalarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Çizelge 3.5). Bekar olanların (33,4±4,1) evli/boşanmış/dul olanlara (31,2±4,6) göre tutum alt puan ortalamasının yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 3.5. Hemşirelerin sosyo demografik özellikleri ile fiziksel tespit kullanım ölçeği alt boyutlarının puan ortalamasının karşılaştırılması

Cinsiyet	**Bilgi**	**Tutum**	**Uygulama**
Erkek	6,8±1,84	31,2±4,4	36,0±3,6
Kadın	7,3±1,7	32,2±4,7	36,7±2,8
Test ve p değeri	t=1,807 p=0 ,073	t=1,354 p=0,178	t=1,386 p=0 ,168
Medeni Durum			
Evli/boşanmış/dul	7,1±1,7	31,2±4,6	36,7±2,9
Bekar	7,1±2,0	33,4±4,1	35,9±3,7
Test ve p değeri	t=0,029 p=0,977	t=-2,647 p=**0,009**	t=1,311 p=0,192
Öğrenim Durumu			
Sağlık meslek lisesi	7,2±1,7	32,9±4,6	36,2±3,1
Önlisans	6,9±1,9	31,7±4,4	36,5±3,5
Lisans/Lisansüstü	7,2±1,7	31,6±4,7	36,5±3,0
Test ve p değeri	F=0,500 p=0,608	F=0,706 p=0,495	F=0,060 p=0,942

Mesleki özelliklerle fiziksel tespit kullanım ölçeği alt boyutlarının puan ortalamasının farklılık gösterip göstermediği değerlendirildiğinde sadece gece ya da gündüz (7,1±1,4) çalışanlarla gece/gündüz (7,1±1,8) çalışanların bilgi puan ortalamasının benzer olduğu görülmektedir ($p>0,05$). Gece/gündüz çalışanların (32,5±4,6) gece ya da gündüz çalışanlara göre (28,8±3,2) tutum puan ortalamasının yüksek olduğu, uygulama puanında ise gece ya da gündüz çalışanların (38,0±2,3) gece/gündüz çalışanlara (36,1±3,2) göre daha yüksek puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Gündüz bakılan hasta sayısı değerlendirildiğinde bilgi, tutum ve uygulama alt boyutunda anlamlılık bulunmuş, farklılığı oluşturan grup Tukey testi ile değerlendirildiğinde bilgi ve tutum puanında dört ve üzeri hasta bakanlar (6,7±1,7) (30,0±3,9) ile iki hasta bakanlar (7,6±1,6) (33,3±4,6) arasında olduğu bulunmuş, üç hastaya bakanların (7,4±1,8) (34,8±4,06) iki hasta ve dört hasta ve üzeri hasta bakanlara benzer olduğu bulunmuştur. Uygulama puanında farklılığı oluşturanın dört ve üzeri hasta bakanlar olduğu, dört ve üzeri hasta bakanların (37,5±2,7), iki hasta (35,7±3,6) ve üç hasta (34,6±2,7) bakanlardan daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir. Gece bakılan hasta sayısı değerlendirildiğinde de bilgi, tutum ve uygulama alt boyutunda

anlamlılık bulunmuş, farklılığı oluşturan grup Tukey testi ile değerlendirildiğinde bilgi alt boyutunda ile değerlendirildiğinde bilgi puanında dört ve üzeri hasta bakanlar (6,7±1,7) ile iki hasta (7,9±1,7) bakanlar arasında olduğu bulunmuş, üç hastaya bakanların iki ve dört hasta ve üzeri hasta bakanlar ile benzer olduğu bulunmuştur. Tutum alt boyutunda dört ve üzeri hasta bakanların (30,3±4,03) ve iki hasta bakanlara (34,7±4,5) göre daha düşük olduğu, uygulama boyutunda ise dört ve üzeri hasta bakanların (37,4±2,7) üç hasta bakanlara (34,6±3,4) göre daha yüksek puana sahip olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.6. Hemşirelerin bazı meslekle ilgili özellikleri ile fiziksel tespit kullanım ölçeği alt boyutlarının puan ortalamasının karşılaştırılması.

Özellik	**Bilgi**	**Tutum**	**Uygulama**
Çalışma düzeni			
Gece ya da gündüz	7,1±1,4	28,8±3,2	38,0±2,3
Gece/gündüz	7,1±1,8	32,5±4,6	36,1±3,2
Test ve p değeri	t=0,059 p=0 ,953	t=-4,128 **p=0,000**	t=2,989 **p=0,003**
Gündüz Hasta sayısı			
2 hasta	7,6±1,6	33,3±4,6	35,7±3,6
3 hasta	7,4±1,8	34,8±4,06	34,6±2,7
4 hasta ve üzeri	6,7±1,7	30,0±3,9	37,5±2,7
Test ve p değeri	F=4,33 **p=0,015**	F=19,29 p=**0,000**	F=12,61 **p=0,000**
Gece Hasta sayısı			
2 hasta	7,9±1,7	34,7±4,5	36,0±3,1
3 hasta	7,4±1,7	33,2±4,3	34,6±3,4
4 hasta ve üzeri	6,7±1,7	30,3±4,0	37,4±2,7
Test ve p değeri	F=6,149 **p=0,003**	F=14,512 **p=0,000**	F=12,218 **p=0,000**

Hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına yönelik tanımlayıcı özellikler ile fiziksel tespit kullanım ölçeği alt boyutlarının puan ortalaması karşılaştırıldığında, fiziksel tespit ile ilgili hizmet içi eğitim almayanların (32,9±4,1) alanlara (29,9±4,8) göre tutum puanı yüksek, hizmet içi eğitim alanların (37,2±3,2) almayanlara (36,0±3,1) göre uygulama puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Fiziksel tespit uygulama sıklığında sadece tutum puanının bazen uygulayanların (32,0±4,6) her zaman uygulayanlara göre (29,0±3,9) yüksek olduğu bulunmuştur. Yoğun bakımınızda fiziksel tespit uygulamasına karar veren kişi değişkeninde, bilgi puanında hemşirenin (7,5±1,8) hekimden (6,8±1,6), tutum puanında hemşirenin (32,9±4,8) hekimden (31,1±4,2), uygulama puanında ise hekimin (37,5±2,8) hemşireden (34,9±3,1) yüksek puan aldığı bulunmuştur. Yoğun bakım basamak düzeyine göre ölçek alt boyutlarının puan ortalaması karşılaştırıldığında, tutum ve uygulama alt boyutunda farklılık bulunmuştur. Tukey testine göre üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin birinci basamak yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre tutum puanı daha yüksekken; üçüncü basamak yoğun bakımda çalışan hemşirelerin uygulama puanı birinci ve ikinci basamak yoğun bakımda çalışan hemşirelerden düşük bulunmuştur. Aileden izin almayanların tutum puanın (32,2±4,5) alanlardan (29,0±4,0) anlamlı oranda yüksek olduğu belirlenmiştir. Uygulama puanı ile aileden izin alma durumu karşılaştırıldığında ise alanların puanının (38,1±2,5) almayanlardan (36,2±3,2) anlamlı oranda yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.7).

Çizelge 3.7. Hemşirelerin fiziksel tespit kullanıma yönelik tanımlayıcı özellikleri ile fiziksel tespit kullanım ölçeği alt boyutlarının puan ortalamasının karşılaştırılması.

Özellik	**Bilgi**	**Tutum**	**Uygulama**
Fiziksel kısıtlama ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumu			
Evet	7,2±1,4	29,9±4,8	37,2±3,2
Hayır	7,0±1,9	32,9±4,1	36,0±3,1
Test ve p değeri	t=0,859 p=0,392	t=-4,077 **p=0,000**	t=2,107 **p=0,037**
Fiziksel tespit uygulama sıklığı			
Her zaman	6,6±1,5	29,0±3,9	36,3±4,7
Bazen	7,1±1,8	32,0±4,6	36,5±3,1
Test ve p değeri	t=-0,928 p=0,355	t=-2,095 p=**0,038**	t=-0,1381 p=0,089
Yoğun bakımınızda fiziksel tespit uygulamasına karar veren kişi			
Hekim	6,8±1,6	31,1±4,2	37,5±2,8
Hemşire	7,5±1,8	32,9±4,8	34,9±3,1
Test ve p değeri	t=-2,319 **p=0,022**	t=-2,428 **p=0,016**	t=5,452 **p=0,000**
Yoğun bakım basamak düzeyi			
1.basamak	6,7±1,8	30,1±4,1	37,3±2,4
2.basamak	6,9±1,9	31,8±4,5	37,2±2,6
3.basamak	7,3±1,6	32,6±4,6	35,8±3,5
Test ve p değeri	F=2,014 p=0,137	F=3,846 **p=0,023**	F=4,320 **p=0,015**
Aileden izin belgesi alma durumu			
Evet	6,6±2,08	29,0±4,0	38,1±2,5
Hayır	7,1±1,7	32,2±4,5	36,2±3,2
Test ve p değeri	t=-1,393 p=0,166	t=-3,001 **p=0,003**	t=2,424 **p=0,016**

Fiziksel tespit kullanım ölçeği ile yaş, meslekte çalışma yılı, YBÜ'de çalışma süresi ve haftalık çalışma saati arasındaki ilişki değerlendirildiğinde bilgi alt boyutunun bu değişkenlerle bir ilişkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Tutum alt boyutunda ise, yaş ($r=-0,229$) ve meslekte çalışma yılı ($r=-0,174$) ile tutum puanı arasında negatif ve zayıf bir ilişki belirlenmiş, bu bağımsız değişkenlerin artmasının

tutum puanını düşürdüğü saptanmıştır ($p<0.05$). YBÜ'de çalışma süresi ve haftalık çalışma saati ile tutum alt boyutu arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Uygulama alt boyutu için ise, yaş, meslekte çalışma yılı, YBÜ'de çalışma süresi arasında ilişki bulunmazken ($p>0.05$) haftalık çalışma saatinin artmasının ($r=-0.243$) uygulama puanını düşürdüğü aradaki ilişkinin zayıf düzey olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.8. Fiziksel tespit kullanımın bazı sürekli değişkenlerle ilişkisi.

Özellik	**Bilgi** **Test ve önemlilik değeri**	**Tutum** **Test ve önemlilik değeri**	**Uygulama** **Test ve önemlilik değeri**
Yaş	r=-0,016 p=0,840	r=-0,229 **p=0,004**	r=0,049 p=0,543
Meslekte Çalışma Yılı	r=-0,015 p=0,851	r=-0,174 **p=0,029**	r= 0,037 p=0,648
Yoğun Bakımda Çalışma Süresi	r= -0,012 p=0,878	r=-0,094 p=0,239	r=-0,038 p=0,633
Haftalık Çalışma Saati	r=0,126 p=0,114	r=0,133 p=0,095	r=-0,243 **p=0,002**

4.TARTIŞMA

Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit ediciler konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin sosyo demografik ve mesleki özellikleri ile fiziksel tespit bilgi, tutum ve uygulamaları arasındaki ilişki tartışılmıştır.

4.1. Tanıtıcı Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31,3±5,7 olup, %58,2'si kadın, %68,4'ü evli, %43'ü lisans mezunudur (Çizelge 3.1). Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ortalaması 10,1±5,9 yıl, yoğun bakımda çalışma süre ortalaması 5,2±2,8 yıl, haftalık çalışma saatleri ortalaması 44,2±5,1 saat olduğu bulunmuştur. %53,8'inin 3. basamak yoğun bakımda çalıştığı, %81,6'sının gece ve gündüz çalıştığı, %53,2'sinin gündüz 4 hasta ve üzerinde hastaya bakım sağladığı, %56,3'ünün gece 4 hasta ve üzerinde hastaya bakım verdiği bulunmuştur (Çizelge 3.2).

Araştırmaya katılan hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına yönelik tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; %64,6'sının fiziksel tespit ile ilgili eğitim almadığı, eğitim alanların %83,9'unun hizmet içi eğitim şeklinde aldığı bulunmuştur. Çalışmayla benzer sonuçları gösteren; Akansel (2007) yoğun bakım hemşirelerinin %95,2'sinin, Karagözoğlu ve Özden (2013) hemşirelerin %84,4'ünün, Demir (2007) hemşirelerin %89,8'inin fiziksel tespit hakkında herhangi bir eğitim almadıklarını bildirmişler, yapılan benzer şekilde bir çalışmada ise hemşirelerin hiçbirinin fiziksel tespit hakkında eğitim almadıkları saptanmıştır (Kaya ve ark 2008). Hakverdioğlu ve ark (2006) hemşirelerin %43,1'inin okulda fiziksel kısıtlamaya yönelik eğitim aldığını, %19,9'unun ise kurumda hizmet içi eğitim aldığını bildirmiştir. Farin˜a-Lo´pez ve ark (2014) fiziksel tespit kullanımı hakkında hemşirelerin % 33,4'ünün eğitim aldığını bildirmiştir. Bu sonuçlar hemşirelerin fiziksel tespit konusunda eğitim alma oranlarının düşük olduğunu göstermektedir. Sonuçlar doğrultusunda fiziksel tespit konusunda eğitim almanın önemi karşımıza çıkmaktadır. Hemşireler fiziksel tespit ile ilgili yeterli düzeyde eğitim aldıkları takdirde hastalara karşı daha faydalı olabileceklerdir.

Çalışmada hemşirelerin %97,5'inin fiziksel tespit durumu ile karşılaştığı, %98,1'inin fiziksel tespiti uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 3.3). Karagözoğlu ve ark (2013) çalışmaya katılan öğrenci hemşirelerin %95,6'sının fiziksel tespit uygulamasını gözlemlediğini ve hemşirelerin %69,2'sinin fiziksel tespit uyguladığını, Huizing ve ark (2006) hastaların %85'ine fiziksel tespit uygulandığını bildirmiş, Luk ve ark (2014)'nın çalışmasında antipsikotik ilaç kullanılmadığı zaman fiziksel tespit uygulamasının 16 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Kore'de YBÜ'nde altı hafta boyunca yatan 51 hastanın 23'üne fiziksel tespit uygulandığı belirlenmiş (Choi ve Song 2003), Kanada'da 51 YBÜ'nden elde edilen bilgiye göre günde en az bir kez fiziksel tespit uygulandığı bildirilmiştir (Luk ve ark 2014). Bu çalışmalar fiziksel tespit uygulamasının birçok ülkede yaygın olarak kullanıldığını göstermektedir.

Hemşirelerin %44,9'unun fiziksel tespiti hastanın malzemeleri çıkarmasını engellemek amacı ile uyguladığı, Kılıç ve ark (2015) hemşirelerin %82,2'sinin hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini önlemek, Karagözoğlu ve ark (2013) hemşirelerin %82,5'inin hastaya bağlı olan tüplerin hasta tarafından çıkarılmasını engellemek amacı ile uyguladıklarını belirlemiştir. Luk ve ark (2014) ise, fiziksel tespit ile kendi kendini ekstübe etmek gibi durumlar arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Eşer ve ark (2007) %57,3, Hakverdioğlu ve ark (2006) %45,4, Turgay ve ark (2009) %86,8 oranları ile tıbbı cihaz ve malzemelerin çıkarılmasını önlemeyi en yüksek fiziksel tespit kullanım nedeni olarak bildirmişlerdir. Kore'de ise en yaygın kullanım nedenleri tıbbi cihazların ve hastanın pozisyonunun koruması olarak belirtilmiştir (Choi ve Song 2003). Kandeel ve Attia (2013)'nın çalışmasında %96,1 oranla fiziksel tespit kullanımında en önemli nedenin hasta güvenliği olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan kalitatif bir çalışmada hemşire fiziksel tespitin zalimce olduğunu düşündüğünü, tüpünü çıkaran hastaya yeniden tüp takılmasının daha iyi olduğunu belirtmişken, başka bir hemşire ise fiziksel tespit uygulamasından rahatsızlık duyan hastaya, uygulamanın onu engellemek için değil, onun kendi güvenliği için uygulandığının, söylemesi gerektiğini belirtmiştir (Chuang ve Huang 2007). Singapur'da huzurevlerinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin düşmeleri önlemek ve ajitasyonu kontrol altına almak amacıyla fiziksel tespit uyguladıkları belirtilmiştir (Mamun ve Lim 2005). Hemşireler fiziksel tespiti kötü, nefret edilen, insanlık dışı ve zalimce bulsalar da hastaların güvenliğini sağlamak amacıyla yaygın

olarak kullanmaktadır (Lee ve ark 2003). Fiziksel tespit uygulamalarında en öncelikli iki nedenin hastanın kendisine bağlı malzemeleri çıkarmasını önlemek ve hasta güvenliğini sağlamak olduğu görülmekte ve hasta güvenliği nedeniyle fiziksel tespit uygulanması durumu kabul edilebilir bir uygulama halini almaktadır.

Çalışmada hemşirelerin %91'inin fiziksel tespiti bazen kullandığı bulunmuşken (Çizelge 3.3), Luk ve ark (2014)'nın çalışmasında hemşireler hastaların %83'üne en az bir kez fiziksel tespit uygulamış, Langley ve ark (2011) fiziksel tespit uygulanan hasta oranını %48,4 olarak bulmuşlardır. Karagözoğlu ve Özden (2013) hemşirelerin %86,9'unun, öğrenci hemşirelerin ise %69,2'sinin fiziksel tespit uyguladığını belirlemişlerdir. Mion (2008)'nun çalışmasında ise YBÜ'ndeki hastaların günde yaklaşık %56'sının tespitli olduğu ve bu oranın hastane genelinde diğer kliniklerle benzer sonuçlara sahip olduğu bulunmuştur. Kalitatif bir çalışmada, hemşire hastalar için iyi şeyler yapmak istediğini, fiziksel tespit istemediğini fakat hastaları koruma görevinin gereği olarak başka çaresinin olmadığını düşündüğünü belirtmiştir (Chuang ve Huang 2007). Fiziksel tespit kullanım oranının yüksek olma nedeni, hasta davranışlarının tehdit olarak algılanması, güvenlik tehdidi, personel azlığı, hemşirelerin alternatifleri bilmemeleri olarak açıklanabilir ve hemşirelerin çaresiz kaldıklarında fiziksel tespit uygulamasına başvurdukları söylenebilir.

Hemşirelerin %59,5'i YBÜ'nde fiziksel tespit uygulamasına hekimin karar verdiğini belirtmiştir (Çizelge 3.3). Demir (2007)'in çalışmasında, hemşirelerin %53,5'inin fiziksel tespit için hekim isteminin gerekli olmadığını belirttiği, %30,7'sinin fiziksel tespit uygulamasına hekim ve hemşirenin birlikte karar vermesi gerektiğini düşündüğü, %22,8'i hemşire, %5,1'i hekim karar verir cevabını vermişlerdir. Hakverdioğlu ve ark (2006)'nın çalışmasında hemşirelerin sadece %12,2'si kararın hekime ait olması gerektiğini belirtmiştir. Yapılan birçok çalışmada hemşirelerin hekim istemi olmadan kendi kararları ile fiziksel tespit uyguladıkları belirlenmiştir (Hakverdioğlu ve ark 2006, Demir 2007a, Demir 2007b, Turgay ve ark 2009, Kaya ve ark 2008, Çelik ve ark 2012). Kılıç ve ark (2015) tespit uygulama ve sonlandırmanın hemşire (%21,3), hemşire hekim işbirliği (%43,3), hekim (%22,2) kararı ile olması gerektiğini bildirmişlerdir. Turgay ve ark (2009)'nın çalışmasında hemşirelerin %84,7'sinin bir hekim kararı olmadan fiziksel tespit uyguladıkları belirlenmiştir. Benzer şekilde Mamun ve Lim (2005)'in çalışmasında fiziksel tespit

uygulamasında hemşirelerin hekim onayı almadan uyguladıkları bulunmuştur. Kozier ve ark (2004)'nın çalışmasında acil durumlarda davranış bozukluğu olan hastalarda hemşirenin fiziksel tespite karar vererek uygulayabildiği, ancak uygulamanın başlamasından sonraki ilk saat içinde doktorun onaylaması gerektiği belirtilmiştir. Hakverdioğlu ve ark (2006)'nın bildirdiğine göre Taylor ve ark (1997) Kanada'da fiziksel tespitin sadece hekim istemiyle uygulanabildiğini belirtmişlerdir. Norveç'te hiçbir şekilde fiziksel tespit kullanılmamaktadır (Martin ve Mathisen 2005). İngiltere'de de hemşireler fiziksel tespitin kullanılmaması yerine kimyasal tespitin kullanılması gerektiğini belirtmektedirler (Bray ve ark 2004, Hine 2007, Langley ve ark 2011). Hong Kong'da hemşire fiziksel tespit karar alma sürecinde merkezi bir rol almakta ve karar verici olabilmektedir (Suen ve ark 2006). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın Kısıtlama Altındaki Hastanın Bakımı Talimatı (2012)'na göre fiziksel tespit hekim istemiyle uygulanabilmektedir, diğer ülkelerle karşılaştırıldığında farklılıkların olduğu görülmektedir, bu farkın ülkelerin sağlık politikalarından kaynaklandığı söylenebilir.

Hemşirelerin %87,3'ü fiziksel tespit kullanımı için aileden izin almadıkları bulunmuştur (Çizelge 3.3). Karagözoğlu ve Özden (2013) %65 oranında izin belgesi alındığını, Kahraman ve ark (2015) hasta yakınlarının %90,2'sinden izin belgesi alınmadığını, Demir (2007b) hemşirelerin izin belgesi almadan fiziksel tespit uyguladığını, Zencirci Demir (2009) de hemşirelerin %97,6'sının izin belgesi almadan fiziksel tespit uyguladıklarını ve %54,4'ü ise fiziksel tespit uygulama nedenlerini açıkladıklarını belirtmiştir. Çalışma sonuçları aileden izin alma konusunda ciddi eksiklik olduğunu göstermiştir.

Hemşireler sorumluluk duyguları ile hastanın korunması ve hasta hakları açısından fiziksel tespit kararında ikilem yaşamaktadırlar. Hastayı tespit etmek gerektiğine inanan hemşirelerin meslektaşlarının görüşünü aldıklarında kendilerini daha rahat hissettikleri belirlenmiştir (Chuang ve Huang 2007). Hemşireler, fiziksel tespiti can sıkıcı, üzücü, rahatsız edici ve korkunç bir deneyim olarak düşünse de son çare olarak kullanmak zorunda kalmaktadırlar (Bonner ve ark 2002, Zencirci Demir 2009, Ralph ve Gabriele 2014, Jiang ve ark 2014). Hastanelerdeki hemşire sayısının düşük olması özellikle gece vardiyasında YBÜ'lerinde bir veya iki hemşirenin nöbete kalması sonucu iş yükünün artması ve bakımın zorlaşması

nedeniyle fiziksel tespit kararı almak zorunda kalmış olmaları, hemşirelerin hayal kırıklığı yaşamasına, öfkelenmesine ve suçluluk hissetmesine neden olmaktadır. Hemşirelerin bazıları istemese de, hekim istemi olduğu için, fiziksel tespiti uygularken bazıları hastanın düşmesini önlemek için fiziksel tespit uygulamaktadır (Hennessy ve ark 1997). Bazı hemşireler hastayı tespit etmekten rahatsız olduğu için tespit ettiği hastanın sık sık yanına giderek, hem hastaya destek olmuş hem de kendilerini iyi hissettiklerini belirtmektedir (Chuang ve Huang 2007). Hemşirelerin fiziksel tespit konusundaki duyguları onların tutumunu yansıtmaktadır ve uygulamayı rahatsız edici, can sıkıcı bulmaları onların olumlu tutumunun göstergesidir ancak bu olumlu tutumun devamını getirip uygulamaya da yansıtmak önemlidir. Olumlu tutuma sahip hemşirenin bunu uygulamaya yansıtamaması etik ikilem yaşadığının göstergesidir.

2.1. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımı Ölçeği bilgi alt boyutundan 7,1±1,7; tutum alt boyutundan 31,8±4,6, uygulama alt boyutunda ise ortalama 36,6±3,2 puan aldıkları bulunmuştur (Çizelge 3.4). Suen (1999)'nin çalışmasında bilgi puan ortalaması 5,3±1.67, tutum puan ortalaması 29,7±3,11, uygulama puan ortalaması 38,7±3,68 olarak bulunmuştur. Suen ve ark (2006)'nın çalışmasında bilgi puan ortalaması 6,00±1,9, tutum puan ortalaması 31,00±3,41, uygulama puan ortalaması 37,00±3,38 olarak bulunmuştur. Çelik ve ark (2012)'nın çalışmasında hemşirelerin bilgi puan ortalaması 8.00±1,37, tutum puan ortalaması 29,96±4,93, uygulama puan ortalaması 33,92±4,65'dir. Orhan ve Yakut (2012)'un çalışmasında bilgi puan ortalaması 5,9±1,6, tutum puan ortalaması 17,5±2,7, uygulama puan ortalaması 30,6±3,6 bulunmuştur. Karagözoğlu ve ark (2013)'de 91 öğrenci hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin bilgi puanı ortalaması 9,38±1,19, tutum puanı ortalaması 34,70±5,62, uygulama puanı ortalaması 37,95±2,32 olarak bulunmuştur. Janelli ve ark (1994)'nın çalışmasında 18 soruluk bilgi anketinden 13 soruya doğru cevap vermişlerdir. Çalışmada bilgi puan ortalamasının iyi düzeyde olması sonucu, Janelli ve ark (1994), Kaya ve ark (2008), Çelik ve ark (2012), Karagözoğlu ve ark (2013)'nın çalışma bulguları ile benzer sonuçları gösterirken, Suen ve arkadaşları

(1999) ve (2006) ile Hakverdioğlu ve ark (2006)'nın araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir. Bu araştırmada, hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımı hakkında iyi düzeyde bilgiye ve olumlu tutuma sahip olmaları hemşirelik bakımının kalitesini de olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile bilgi, tutum ve uygulama puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Çizelge 3.5). Benzer şekilde, Suen (1999), Çelik ve ark (2012) çalışmasında cinsiyet ile bilgi tutum ve uygulama puanı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Farklı olarak Suen ve ark (2006) çalışmasında hemşirelerin cinsiyetleri ile bilgi, tutum ve uygulama puanları arasında anlamlı ilişki bulmuş, erkeklerin bayanlara göre bilgi düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Orhan ve Yakut (2012)'un çalışmasında erkek hemşirelerin bilgi düzeyi bayan hemşirelerden anlamlı derece de yüksek iken, tutum ve uygulama puanına cinsiyetin etkisinin olmadığı bulunmuştur. Myers ve ark (2001), Krüger ve ark (2013), hemşirelerin cinsiyeti ile fiziksel tespit uygulaması arasında bir ilişki bulamadıklarını bildirmişlerdir. Taha ve Ali (2013) hemşirelerin cinsiyetinin uygulamalarına etkisinin olmadığı, Hamers ve ark (2009) hemşirelerin cinsiyetinin tutumlarına etkisinin olmadığını belirtmiştir. Fiziksel tespit kullanımında hemşirenin tutumu öncelikli ve önemlidir. Bilgi, tutum ve uygulama durumlarının birbirleriyle ilişkili olduğu, olumlu ya da olumsuz birbirlerini etkileyebilecekleri düşünülmektedir.

Medeni duruma göre bilgi tutum ve uygulama puanı farklılıklarına baktığımızda bekar olanların evli/boşanmış/dul olanlara göre tutum alt puan ortalamasının yüksek olduğu bilgi ve uygulama puanlarının benzer olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.5). Kaya ve ark (2008)'da medeni durum ile bilgi, tutum ve uygulama puanları arasında anlamlı ilişki bulamamıştır. Suen (1999), Taha ve Ali (2013) hemşirelerin medeni durumun bilgi puanı üzerinde etkisi olduğunu bulmuş, Taha ve Ali (2013) bekar olanlara göre başka sorumlulukları olduğundan öğrenmeye daha fazla zaman harcadıkları için evli olanların bilgi puanı düşük olduğu ifade etmiştir.

Öğrenim durumuna göre bilgi tutum ve uygulama puanlarında anlamlılık bulunamamıştır (Çizelge 3.5). Myers ve ark (2001), Demir (2007), Orhan ve Yakut (2012), Kandeel ve Attia (2013)'nın sonuçları çalışma sonuçlarımızı desteklemiştir.

Bu durum Türkiye'de hemşirelik okullarında ders müfredatında fiziksel tespit konusunun yeterince yer almaması ile açıklanabilir. Sağlık alanında aktif olarak kullanılan bir uygulamanın bilimsel bir dayanağının olmaması ve hemşirelerin fiziksel tespiti sadece deneyim ve sezgilerine dayanarak uyguladıkları gerçeğini karşımıza çıkarmaktadır. Choi ve Song (2003), hemşirelerin öğrenim durumu ile tutumu arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır.

Çalışmada sadece gece ya da sadece gündüz çalışanlarla gece/gündüz çalışanların bilgi puan ortalamasının benzer olduğu ($p>0,05$), gece/gündüz çalışanların sadece gece ya da sadece gündüz çalışanlara göre tutum puan ortalamasının yüksek olduğu, sadece gece ya da sadece gündüz çalışanların gece/gündüz çalışanlara göre uygulama puanının ise daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.6). Çelik ve ark (2012) gece bakılan hasta sayısı ile bilgi puanı arasında farklılık bulamamışken gündüz bakılan hasta sayısı ile bilgi puanı arasında farklılık bulmuşlardır. Gündüz veya gece bakılan hasta sayısı ile tutum puanı arasında farklılık bulamamışken, uygulama puanında ise sadece gündüz bakılan hasta sayısı arasında farklılık bulmuşlardır. Choi ve Song (2003), Kandeel ve Attia (2003), Rose ve ark (2015) gece ve gündüz vardiyasında çalışma durumu ile fiziksel tespit uygulaması arasında, anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Huizing ve ark (2006) çalışmasında fiziksel tespit %57 oranla en fazla gece vardiyasında uygulandığı bildirilmiştir. Turgay ve ark (2009) hemşirelerin %83,2'sinin gece ve gündüz vardiyasının fiziksel tespit kullanım sıklığında farklılık oluşturduğunu, gece hastaların huzursuz davranışları nedeniyle daha sık tespit kullanıldığını belirtmiştir. Yapılan kalitatif bir çalışmada hemşirelerin daha çok gece vardiyasında fiziksel tespit kullanımına eğilimli oldukları bulunmuştur (Jiang ve ark 2014). Kong ve Evans (2012)'a, Goethals ve ark (2013)'a göre hemşireler personel eksikliği ve sınırlı olanaklar nedeniyle gece vardiyasında daha fazla fiziksel tespit uygulamasına başvurmaktadırlar. Bu bulgular doğrultusunda, gece ve gündüz vardiyası arasındaki farklılığın gece personel sayısının ve olanakların sınırlı olmasından, hastaların ajitasyonlarının gece artmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Gündüz bakılan hasta sayısı ve gece bakılan hasta sayısı değerlendirildiğinde bilgi, tutum ve uygulama alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$)

(Çizelge 3.6). Gündüz iki veya üç hasta bakanlara göre, dört ve üzeri hasta bakanların bilgi ve tutum puanları düşük uygulama puanları ise yüksek bulunmuştur. Gece ise yine bilgi tutum ve uygulama alt boyutunda anlamlılık bulunmuş, dört ve üzeri hasta bakanların iki veya üç hasta bakanlara göre bilgi ve tutum puanları düşük uygulama puanları ise yüksek bulunmuştur. Çelik ve ark (2012) gece bakılan hasta sayısı ile bilgi puanı arasında anlamlı fark olmadığını, gündüz bakılan hasta sayısı ile bilgi puanı arasında ise anlamlı fark olduğunu bulmuşlardır. Gündüz veya gece bakılan hasta sayısı ile tutum puanı arasında fark olmadığı, gündüz bakılan hasta sayısı ile uygulama puanı arasında ise anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Fiziksel tespitle ilgili hizmet içi eğitim alma durumları ile bilgi, tutum ve uygulamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise fiziksel tespit ile ilgili eğitim alan ve almayan hemşireler arasında bilgi bakımından anlamlı bir fark bulunamazken tutum ve uygulama alt boyutları ile anlamlı fark bulunmuştur ki eğitim alanların almayanlara göre tutum puanı düşük, uygulama puanı ise yüksek bulunmuştur. Hizmet içi eğitim alanların olumsuz tutum sergilemelerine rağmen olumlu davranış sergilemeleri dikkat çekici bir sonuçtur. Orhan ve Yakut (2012) fiziksel tespit kullanımına ilişkin eğitim alma yönünden bilgi, tutum ve uygulama puanları arasında fark bulamamışlardır. Demir (2007)'in çalışmasında hizmet içi eğitim almış olan hemşirelerin fiziksel tespit kullanım oranı fazla bulunmuş ve bunun nedeni olarak hemşirelerin daha fazla bildiğini varsayarak uygulamayı sorgulamadan yapması gösterilmiştir. Bu çalışma için de bunu söylemek mümkündür. Huang ve ark (2009)'nın çalışmasında ise hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulama puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Fiziksel tespit uygulama sıklığını değerlendirdiğimizde, bazen uygulayanların tutum puanının her zaman uygulayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. İspanyol hemşireler fiziksel tespit uygulamasının düşerek yaralanmaları önlediğini belirtmiş olup, çoğunluğu (%53,1) yaşlılara fiziksel tespit uygulamasının sıklıkla uygulanması gerektiğini ifade etmişlerdir (Farin˜a-Lo´pez ve ark 2014). Fiziksel tespit uygulamaya karar veren kişi sorgulandığında bilgi ve tutum puanlarında hemşire, uygulama puanında ise hekim değişkenlerinin yüksek puan aldığı bulunmuştur. Mion (2008), hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasında karar vermesine yaş, eğitim ve tecrübenin etkisi olduğunu bildirmiştir. Goethals ve ark (2013) ise, hemşirelerin önce alternatif yöntemleri denediği; sonra meslektaşları ile görüşerek fiziksel tespit

uygulamasına karar verdiğini ve bu kararı sık sık değerlendirdiğini belirtmiştir. Çünkü fiziksel tespitten birkaç saat sonra hastanın durumu değişebilmekte ve bunun sonucunda fiziksel tespiti sonlandırılabilmektedir. Goethals ve ark (2013), fiziksel tespit kararının hemşirelerin vermesi gereken bir karar olması gerektiği belirtmiştir.

Yoğun bakım basamak düzeyi ile bilgi, tutum ve uygulama arasındaki ilişki incelendiğinde, 1., 2. ve 3. basamak YBÜ'leri arasında bilgi bakımından anlamlı bir fark bulunamamış fakat tutum ve uygulama bakımından anlamlı fark bulunmuştur. 3. Basamak YBÜ'nde çalışanların diğer basamaklarda çalışanlara göre tutum ve uygulama puanları daha yüksek bulunmuştur. Kaya ve ark (2008) çalışılan alan ile bilgi, tutum ve puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Çelik ve ark (2012) çalışılan YBÜ ile bilgi puanı arasında anlamlılık bulunamazken, tutum ve uygulama puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur. Myers ve ark (2001) çalışılan alan ile hemşirelerin tutumları arasında ilişki bulamamıştır. YBÜ'nde çalışan hemşirelerin diğer genel dahili ve cerrahi kliniklerden daha fazla fiziksel tespit uyguladıkları bulunmuştur (Jiang ve ark 2014).

Aileden izin alma durumlarına baktığımızda bilgi bakımından anlamlı fark bulunamazken tutum puanında izin almayanların alanlara, uygulama puanında ise izin alanların almayanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (Çizelge 3.7). YBÜ'nde fiziksel tespit kullanım ilişkisini değerlendiren kalitatif bir çalışmada hemşireler hekim istemi olduğu zaman kendilerini güvende hissettiklerini ifade etmişlerdir (Langley ve ark 2011). Bazı hemşireler hastanın ailesi yanında olduğunda onların gözetiminde olacağı için tespiti çözüp onlar gittiğinde tekrar tespit uyguladığını belirtmiştir (Chuang ve Huang 2007). Oysa izin konusunun bizim mesleğimiz açısından önem arz ettiğini, etik ilkelerimizden olan zarar vermeme, yararlılık ilkesi ile özerklik ve bireye saygı ilkesi (Türk Hemşireler Derneği 2009) kapsamında değerlendirdiğimizde, fiziksel tespit konusundaki eksikliğimizi çalışma sonuçları göstermiştir (Demir 2007b, Zencirci Demir 2009). Bu durumda hemşirelerin karar verebilmesi için fiziksel tespit ile ilgili gerekli eğitimi alıp, yeterliliği sağlandıktan sonra, kurumun da hemşireleri yönetmeliklerle desteklemesi gerektiği düşünülmektedir.

Fiziksel tespit kullanım ölçeğiyle yaş, meslekte çalışma yılı, YBÜ'nde çalışma süresi ve haftalık çalışma saati arasındaki ilişki değerlendirildiğinde bilgi alt boyutunun bu değişkenlerle ilişkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Tutum alt boyutunda ise yaş ($r=-0,229$) ve meslekte çalışma yılı ($r=-0,174$) ile tutum puanı arasında negatif ve zayıf bir ilişki belirlenmiş, bu bağımsız değişkenlerin artmasının tutum puanın düşürdüğü saptanmıştır ($p<0.05$). YBÜ'nde çalışma süresi ve haftalık çalışma saati ile tutum alt boyutu arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Uygulama alt boyutu için ise yaş, meslekte çalışma yılı, YBÜ'nde çalışma süresi arasında ilişki bulunmazken ($p>0.05$) haftalık çalışma saatinin artmasının ($r=-0.243$) uygulama puanını düşürdüğü zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Çizelge 3.8). Çelik ve ark (2012) da 10 yıl üzerinde görev yapan ve haftalık 40-48 saat çalışan hemşirelerin uygulamalarının daha iyi olduğunu bildirmişlerdir. Hemşirelerin yaş, cinsiyet ve deneyimleri ile fiziksel tespit kullanımları arasında ilişki bulunamamıştır (Farin˜a-Lo´pez ve ark 2014). Taha ve Ali (2013) hemşirelerin yaş, deneyim ve yeterliliklerinin fiziksel tespitle ilgili bilgi ve uygulamaları üzerinde hiçbir etkisinin olmadığını belirtmiştir. Orhan ve Yakut (2012) yaş ve çalışma yılı ile bilgi, tutum ve uygulama puanı arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır. Suen (1999), Suen ve ark (2006) çalışma yılı ile bilgi puanı arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. Yapılan araştırmalarda yaş, deneyim ve çalışma saatinin fiziksel tespit konusundaki bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini etkileyebilme durumları görülmüştür ve bunun önemli bir bulgu olduğunu söylemek mümkündür.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Hemşirelerin çoğunun genç yaşta, lisans mezunu, mesleki deneyim sürelerinin kısa olduğu; okulda ya da çalıştıkları alanda fiziksel tespit konusunda eğitim almadıkları;
- Hemşirelerin çoğunun fiziksel tespit uygulaması ile karşılaştığı ve uyguladığı; tespit uygulamasına karar veren kişi konusunda doğru bilgiye sahip olanların oranının düşük olduğu, aileden izin alma konusunda gereken hassasiyeti göstermedikleri;
- Hemşirelerin bilgi düzeylerinin iyi olduğu, tutumlarının olumlu olmadığı ve uygulamada yeterli düzeyde olmadıkları;
- Sosyodemografik özellikleri ile bilgi, tutum ve uygulama alt boyutu arasında sadece bekar olan hemşirelerin evli olanlara göre tutum puanının yüksek olduğu,
- Hemşirelerin meslekle ilgili özelliklerine göre bilgi puanının sadece gece ya da gündüz bakılan hasta sayısından etkilendiği, tutum ve uygulama puanının ise çalışma düzeni, gece ya da gündüz bakılan hasta sayısı değişkenlerinden etkilendiği;
- Fiziksel tespit kullanımına yönelik tanımlayıcı özelliklerden sadece fiziksel tespit uygulamasına karar veren kişi değişkeni ile bilgi puanında anlamlı farklılık bulunmuş, tutum puanında tüm değişkenlerle anlamlı farklılık bulunmuş, uygulama puanında ise fiziksel tespit uygulama sıklığında anlamlı farklılık bulunamamışken diğer değişkenlerle anlamlı farklılık bulunmuştur.
- Fiziksel tespit kullanımının bazı sürekli değişkenlerle arasında fiziksel tespit kullanımı ölçeğiyle yaş, meslekte çalışma yılı, YBÜ'nde çalışma süresi ve haftalık çalışma saati arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, bilgi alt boyutunun bu değişkenlerle bir ilişkisi olmadığı, tutum alt boyutunda yaş ve meslekte çalışma yılı arasında negatif ve zayıf bir ilişki olduğu, uygulama alt boyutunda ise sadece haftalık çalışma saatinin artmasının uygulama puanını düşürdüğü belirlenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre fiziksel tespitin çeşitli nedenlerle mutlaka başvurulan bir yöntem olması dikkat çekicidir. Bu sonuçlar doğrultusunda bazı önerilerde bulunulabilir.

5.2. Öneriler

- Fiziksel tespit konusunun hemşirelik okullarında ders müfredatına alınması ve çalıştıkları birim tarafından periyodik zaman aralıklarında hemşirelere fiziksel tespitin ne olduğu, ne amaçla kullanıldığı, yarar ve zararları, fiziksel tespit yerine kullanılabilecek alternatif yöntemlere yönelik düzenli hizmet içi eğitimlerin planlanması ve bu eğitimlerle tespit konusunda hemşirelerin bilgilendirilmesi,
- Hemşirelerin çalışma düzeni, bakılan hasta sayısı ve yeterli personelin sağlanması gibi konularda düzenlemeler yapılarak desteklenmesi,
- Ekip iletişimine dayanılarak kullanım hakkı olan hemşireler için fiziksel tespit uygulamasına yönelik yasal düzenlemelerin yapılması,
- Tespit uygulamasında karar verici, aileden izin alma gibi konular Sağlık Bakanlığı'nın talimatlarında belirtilmiş olup, bu talimatlara uyulması konusunda gereken hassasiyetin gösterilmesi,
- Fiziksel tespiti azaltmaya yönelik girişimsel faaliyetlerin artırılması ve yeni alternatiflerin geliştirilmesi,
- Fiziksel tespit konusunda yeni örnek çalışmaların yapılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

Akansel N, 2007. Physical restraint practices among ICU nurses in one university hospital in weastern Turkey. Health Sci J, 4, 1-6.

Akpir K, 2002. Yoğun bakım serüveni: dün bugün. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 1, 6-12.

Arbesman MC, Wright C, 1999. Mechanical restraints, rehabilitation therapies, and staffing adequacy as risk factors for falls in an elderly hospitalized population. Rehabil Nurs. 24, 122-8.

Bartlova S, Hajduchova H, Prajsova J, 2015. Nurses opinions regarding patient safety in connection with the use of restraints in patients in czech hospitals. Kontakt, 17, e73-e79.

Başak T, Uzun Ş, Arslan F, 2010. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 52, 76-81.

Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W, 2012. Deaths due to physical restraint. Dtsch Arztebl Int 109, 27-32.

Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N, 2002. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the uk. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9, 465-73.

Bray K, Hill K, Robson W, 2004. British association of critical care nurses position statement one the use of restraint in adult critical care units. Nurs Crit Care, 9, 199-212.

Cheung PPY, Yam BMC, 2005. Patient autonomy in physical restraint. J Clin Nurs, 14, 34-40.

Choi E, Song M, 2003. Physical restraint use in a Korean ICU. J Clin Nurs, 30, 325-29.

Chuang YH, Huang HT, 2007. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. J Clin Nurs, 16, 486-94.

Cotter VT, 2005. Restraint free care in older adults with dementia. Keio J Med, 54, 80-84.

Coşkun S, Avlamaz F, 2010. Akut Psikiyatri Kliniklerinde Uygulanan Mekanik Tespit Sayı ve Süresinin Bir Yıl İçinde Gösterdiği Değişimin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1, 51-5.

Çelik S, Kavrazlı S, Demircan E, Güven N, Durmuş Ö, Duran ES, 2012. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3, 176-83.

Demir A, 2007a. Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals. J Nurs Scholarship, 39, 38-45.

Demir A, 2007b. The use of physical restraints on children: practices and attitudes of pediatric nurses in turkey. İnt Nurs Rev, 54, 367-74.

Dilbaz N, 1999. Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım. Klinik Psikiyatri, 2, 179-88.

Erkal İlhan S, 2009. Hasta Bakımında Fiziki Çevre Güvenliği ve Riskler, Klinik Beceriler, Eds: Sabuncu N, Akça Ay F, Nobel Kitabevi, 394-98.

Eşer İ, Hakverdioğlu G, 2006. Fiziksel tespit uygulamaya karar verme. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10, 37-42.

Eşer İ, Khorshid L, Hakverdioğlu G, 2007. The characteristics of physically restrained patients in intensive care units. Int J Human Sci (Online), 4, 1-10.

Evans D, Gerald MF, 2002. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. International Journal of Nursing Studies, 39, 735–43.

Evans D, Wood J, Lambert L, 2003. Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. J Adv Nurs. 41, 274-82.

Farin˜a-Lo´pez E, Este´vez-Guerra GJ, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Go´mez-Cantorna C, Capezuti EA, 2014. Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints. Journal of Nursing Scholarship. 46, 322-30.

Food and Drug Administration, 1992. Safe use of physical restraint devices. Erişim tarihi, 15 Nisan 2015. Erişim adresi, http://www.fda.org.

Goethals S, Casterle BD, Gastmans C, 2013. Nurses' decision-making process in cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. International Journal of Nursing Studies 50, 603–12.

Gökçora Hİ, 2005. Profesyonelliğe saygı. Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi, 5, 54-59.

Güngör MD, 2015. Yoğun bakım ünitelerinin tasarımı. Erişim Tarihi: 2.3.2016, Erişim adresi: http://gamzetemiz.blogspot.com.tr/2015/01/yogun-bakim-unitelerinin tasarimi.html?view=magazine.

Hakverdioğlu G, 2002. Hemşirelerin hastalarda fiziksel tespit kullanımına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Yükseklisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Hakverdioğlu G, Demir A, Ulusoy MF, 2006. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgilerinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 26, 634-41.

Hamers JPH, Van Wijmen F, 2003. Vrijheidsbeperking in de zorg, een verpleegkundige beslissing (The use of restraints in health care, a nursing decision). TVZ, 113, 30–3.

Hamers JPH, Meyer G, Köpke S, Lindenman R, Groven R, Huizing AR, 2009. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. İnt J Nurs Stud, 46, 248-55.

Haut A, Köpke S, Gerlach A, Mühlhauser I, Haastert B, Meyer G, 2009. Evaluation of an evidence-based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: a cluster-randomised controlled trial. BMC Geriatrics, 9, 1-6.

Hennessy CH, McNeely EA, Whittington FJ, Strasser DC, Archea CK, 1997. Perceptions of physical restraint use and barriers to restraint reduction in a long-term care facility. J Aging Stud, 11, 49-62.

Hine K, 2007. The use of physical restraint in critical care. British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care, 12, 6-11.

Hofsø K, Coyer FM, 2007. Part 2. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: A patient perspective. Intensive and Critical Care Nursing, 23, 316-22.

Huang HT, Chuang YH, Chiang KF, 2009. Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: the effectiveness or program. J Nurs Res, 17, 241-8.

Huizing AR, Hamers JPH, Gulpers MJM, Berger MPF, 2006. Short-termeffect of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. BMC Geriatr, 6, 1-10.

Huizing AR, Hamers, JPH, Jonge J, Candel M, Berger MPF, 2007. Organisational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach. Social Science & Medicine 65, 924–33.

Huizing AR, Hamers JPH, Gulpers MJM, Berger MPF, 2009. Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: A cluster-randomized trial. International Journal of Nursing Studies 46, 459–69.

Janelli LM, Scherer YK, Kuhn MM, 1994. Acute/critical care nurses' knowledge of physical restraints: implications for staff development, Journal of Nursing Staff Development 10, 6-11.

Janelli, LM, Stamps, D, Delles, L, 2006. Physical restraint use: a nursing perspective. Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses, 15, 163–7.

Jiang H, Li C, Gu Y, He Y, 2014. Nurses' perseptions and practice of physical restraint in Chine. Nursing Ethics, 1-9.

Kahraman BB, Aşiret GD, Yıldırım G, Akyar İ, Aytekin Kışlak G, Öz A, 2015. Yoğun bakımda fiziksel kısıtlamaya ilişkin hasta yakınlarının görüşleri. Yoğun Bakım Derg, 6, 78-83.

Kandeel NA, Attia AK, 2013. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. Nursing and Health Sciences, 15,79-85.

Karagözoğlu Ş, Özden D, 2013. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve uygulamaları. HEMAR-G, 1, 11-22.

Karagözoğlu Ş, Özden D, Yıldız FT, 2013. Knowledge, attitudes, and practices of Turkish intern nurses regarding physical restraints. Clin Nurse Spec, 27, 262-71.

Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F, 2009. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 51, 168-73.

Kaya H, Aştı T, Acaroğlu R, Erol S, Savcı C, 2008. Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi tutum ve uygulamaları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 1, 21-29.

Kılıç G, Kutlutürkan S, Çevik B, Erdoğan B, 2015. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi. 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Sözel bildiri elektronik sunum Yayın no: HP-113

Kısa S, 2011. Güvenlik. In: Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri, Eds: Atabek Aştı T, Karadağ A, Adana: Nobel Kitabevi, 68-99.

Koch S, Lyon C, Lyon KS, 2001. Case study approach to removing physical restraint. Int J Nurs Pract, 7, 156-61.

Kong EH, Evans LK, 2012. Nursing Staff Views of Barriers to Physical Restraint Reduction in Nursing Homes. Asian Nursing Research 6,173-80.

Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S, 2004. Fundamentals of nursing, Prentice Hall, 669-96.

Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G, 2013. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. Int J Nurs Stud, 50, 1599-606.

Langley G, Schmollgruber S, Egan A, 2011. Restraint in intensive care ünits-a mixed method study. Intensive and Critical Care Nursing, 27, 67-75.

Lee S, Gray R, Gournay K, Wright S, Parr M, Sayer J, 2003. Views of nursing staff on the use of physical restraint. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10, 425-30.

Li X, Fawcett TN, 2014. Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units. International Journal Of Nursing Sciences, 1, 446-50.

Luk E, Sneyers B, Rose L, Perreault MM, Williamson DR, Mehta S, Cook DJ, Lapinsky SC, Burry L, 2014. Predictors of physical restraint use in canadian intensive care units. Critical Care, 18, 1-8.

Mamun K, Lim J, 2005. Use of physical restiraints in nursing homes: current practice in Singapore. Annals Academy of Medicine, 34, 159-62.

Martin B, Mathisen L, 2005. Use of physıcal restraints ın adult crıtıcal care: a bıcultural study. Am J Crit Care, 14, 133-42.

Milliken D, 1998. Death by restraint. CMAJ, 158, 1611-12.

Minnick, AF, Mion, LC, Leipzig R, Lamp K, Palmer RM, 1998. Prevalence and Patterns of Physical Restraint Use in the Acute Care Setting. The Journal of Nursing Administration, 28, 19-24.

Minnick AF, Mion LC, Johnson ME, Catrambone C, Leipzig R, 2007. Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the us. Journal of Nursing Scholarship, 39, 30-37.

Mion LC, 2008. Physical restraint in critical care settings: will they go away? Geriatric Nursing, 29, 421-23.

Myers H, Nikoletti S, Hill A, 2001. Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraint use and the elderly in an acute care setting. Nursing and Health Sciences, 3, 29–34.

Okçin F, Eroğlu B, Turgay AS, Genç RE, Şenol S, İslamoğlu A, 2009. Çocuklarda fiziksel tespit uygulamaları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 25, 81-86.

Orhan MF, Yakut Hİ, 2012. Çocuk yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin bilgi tutum ve uygulama düzeylerinin belirlenmesi, Türkiye Çocuk Hast. Derg, 6, 155-60.

Özbucak Civil S, 2011. Hemşireler için hasta güvenliği. In: Hasta güvenliği: Türkiye ve Dünya, Eds: Çakmakçı M, Akalın E, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 36-41.

Özden D, 2012, Hasta Güvenliği. In: Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı, Eds: Atabek Aştı T, Karadağ A, İstanbul: Akademi basın ve yayıncılık, 263-89.

Ralph M, Gabriele M, 2014. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. Intenational Journal of Nursing Studies, 51, 274-88.

Reay DT, 1998. Death in custody. Clin Lab Med, 18, 1-22

Resmî Gazete, 19.04.2011. 27910 sayılı "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" . p. 34.

Rogers PD, Bocchino NL, 1999. Restraint-free care: is it possible? Am J Nurs 99, 26-34.

Rose L, Burry L, Mallick R, Luk E, Cook D, Fergusson D, Dodek P, Burns K, Granton J, Ferguson N, Devlin JW, Steinberg M, Keenan S, Reynolds S, Tanios M, Fowler RA, Jacka M, Olafson K, Skrobik Y, Mehta S, 2015. Prevalence, risk factors, and outcomes associated with physical restraint use in mechanically ventilated adults. J Crit Care, 30, 30.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 03.04.2008 tarihli ve 11395 (2008/25) Sayılı Genelge Eki Yoğun bakım üniteleri standartları http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7063/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi%20200853.html. Erişim Tarihi: 18.11.2015.

Sağlık Bakanlığı, 2012. Kısıtlama altındaki hastaların bakım talimatı. Erişim Tarihi, 2 Nisan 2015. Erişim adresi, http://gaziantepcocuk.gov.tr/upload/dosyalar/ 130189699331568348.pdf

Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R, Kaya N, Bilir A, Kahraman H, Gökerler N, 2009. Nöroloji ve nöroşirurji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan önlemlerin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2, 19-25.

Sercan M, Bilici R, 2009. Türkiye'de bir ruh sağlığı bölge hastanesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 20, 37-48.

Shorr R, Guillen MK, Rosenblatt LC, Walker K, Caudle CE, Kritchevsky SB, 2002. Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients. Journal of the American Geriatrics Society, 50, 526-29.

Suen LKP, 1999. Knowledge, attitude and practice of nursing home staff towards physical restraints in Hong Kong nursing homes. Asian Journal of Nursing Studies, 5, 73-86.

Suen LKP, Lai CKY, Wong TKS, Chow SKY, Kong SKF, Ho JYL, Kong TK, Leung JSC, Wong IYC, 2006. Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. J Adv Nurs, 55, 20-28.

Taha NM, Ali ZH, 2013. Physical restraints in critical care units: impact of a training program on nurses' knowledge and practice and on patients' outcomes. J Nurs Care, 2, 1-9.

Taxis JC, 2002. Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. Mental Health Nursing, 23, 157-70.

Taylor C, Lynn P, 2015. Güvenlik. In: Taylor Klinik Hemşirelik Becerileri, Eds: Bektaş H, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 100-22.

Tekkaş K, Bilgin H, 2010. Psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri: kullanım nedenleri, türleri, uluslararası uygulamalar ve algılamalar. Türk Psikiyatri Dergisi, 21, 235-42.

Tel H, Beyaztaş FY, 2002. Hastalara fiziksel tespit uygulanması. sted, 11, 184-5.

Tel H, Tel H, 2002. Hasta güvenliğinin sağlanmasında fiziksel tespit uygulaması ve hemşirelik yaklaşımı-I. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 6, 16-74.

Tel H, Tel H, 2002. Hasta güvenliğinin sağlanmasında fiziksel tespit uygulaması ve hemşirelik yaklaşımı-II. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 6, 69-74.

Terzi B, Kaya N, 2011. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Derg, 1, 21-5.

THD, 2009. Türk Hemşireler Derneği, Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar. Erişim adresi, http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/Upload/hemsire%20brosur.pdf. Erişim tarihi, 02.03.2016.

The Joint Commission, 2009. Restraint Seclusion For Hospitals That Use The Joint Commission For Deemed Status Purposes. Erişim tarihi, 15 Nisan 2015. Erişim adresi, http://www.jointcommission.org/mobile/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFAQId=260&StandardsFAQChapterId=78.

TKHK, 2013. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK). Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. http://www.tkhk.gov.tr/TR,128/ yatakli-saglik-tesislerinde-yogun-bakimhizmetlerinin-u-.html. Accessed March 2016.

Turgay AS, Sarı D, Genç RE, 2009. Physical restraint use in Turkish intensive care units. Clin Nurse Spec, 23, 68-72.

Zencirci Demir A, 2009. Attitudes, informed consent obtaining rates and feelings about physical restraint use among nurses. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 29, 1573-81.

7. EKLER

7.1. EK-A. Anket Formu Anket No : …….

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL TESPİT EDİCİLERİ KULLANIM DURUMLARININ BELİRLENMESİ

Bu araştırmada Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşirelerin yoğun bakım hastalarına fiziksel tespit edicilerin kullanımı konusunda bilgi, tutum ve uygulama durumlarını belirlenecektir. Bu amaçla size bir tanıtıcı bilgi formu, Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği uygulanacaktır. Çalışmaya katılmanız ve doğru yanıtlar vermeniz araştırma sonuçlarının doğruluğunu etkileyecek ve bu sorunun çözülmesine katkı sağlayacaktır. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Hatice BALCI

A- SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Yaşınız **:**……..

2- Cinsiyetiniz **:** 1) Kadın ( ) 2) Erkek ( )

3- Medeni Durumunuz:

1) Evli ( ) 2) Bekar ( ) 3) Dul ( ) 4) Boşanmış ( )

4- Eğitim Durumunuz:

1) Sağlık Meslek Lisesi ( ) 2) Önlisans ( ) 3)Lisans ( ) 4) Lisansüstü ( )

B- MESLEKİ ÖZELLİKLERİ

5- Meslekte kaçıncı yılınız?.....

6- Ne kadar süredir yoğun bakımda çalışıyorsunuz?.....

7- Çalışma Düzeniniz:

1) Gece ( ) 2)Gündüz ( ) 3)Gece-Gündüz ( )

8- Çalıştığınız Yoğun Bakım Ünitesi?

- Göğüs Cerrahi Yoğun Bakım ( )
- Genel Cerrahi Yoğun Bakım( )
- Beyin Cerrahi Yoğun bakım ( )
- Post-op Yoğun Bakım ( )
- Koroner Yoğun Bakım, ( )
- Toksikoloji Yoğun Bakım, ( )
- Nefroloji Yoğun Bakım, ( )
- Dahiliye Yoğun Bakım, ( )
- Göğüs Yoğun Bakım, ( )
- Nöroloji Yoğun Bakım, ( )
- Reanimasyon Yoğun Bakım, ( )
- KVC Yoğun Bakım, ( )
- Acil Kritik Yoğun Bakım, ( )

9-Haftalık çalışma saatiniz?.....

10-Gündüz bakılan ortalama hasta sayısı

1) 1 hasta ( ) 2) 2 hasta ( ) 3) 3 hasta ( ) 4) 4 hasta ve üzeri ( )

11-Gece bakılan ortalama hasta sayısı

1) 1 hasta ( ) 2) 2 hasta ( ) 3) 3 hasta ( ) 4) 4 hasta ve üzeri ( )

12-Fiziksel tespit (kısıtlama) ile ilgili eğitim aldınız mı?

1) Aldım ( ) 2) Almadım ( )

13-Eğitim aldıysanız nereden aldınız?

( ) Hizmet içi eğitim ( ) Lisans eğitiminde

( ) Kongre, Seminer vs. ( ) Diğer

C-TANIMLAYICI DEĞİŞKENLER

14-Fiziksel tespit (kısıtlama) ile karşılaşma durumu

1) Karşılaştım ( ) 2) Karşılaşmadım ( )

15-Fiziksel tespit (kısıtlama) uygulama durumu

1) Uyguladım ( ) 2) Uygulamadım ( )

16-Fiziksel tespit (kısıtlama) uyguladıysanız neden uyguladınız?

( ) Hastanın yataktan düşmesini önlemek için

( ) Hastaya bağlı olan ekipmanları (entübasyon tüp, sonda vb.) çekip çıkarmasını önlemek için

( ) Hastanın kendisine ve çevresine fiziksel zarar vermesini önlemek için

( ) Hekim istemi olduğu için

( ) Sağlık personeli sayısının yetersiz olması

17- Fiziksel tespit (kısıtlama) uygulama sıklığı nedir?

1) Her zaman ( ) 2) Bazen ( ) 3) Hiçbir zaman ( )

18-Yoğun bakımınızda fiziksel tespit (kısıtlama) uygulamasına kim karar verir?

1) Hekim ( ) 2) Hemşire ( )

19-Yoğun bakımın basamak düzeyi nedir?

1) 1. Basamak ( ) 2) 2. Basamak ( ) 3) 3. Basamak ( )

20-Uygulamada hastanın ailesinden izin belgesi alınıyor mu?

1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

7.2. EK-B. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1-Tespit ediciler yaralanmayı önleyecek şekilde hazırlanmış araçlardır.			
2- Tespit ediciler, hasta yakından gözlemlenemediği zaman profesyonel kişiler tarafından uygulanır.			
3- Hastanın tespit ediciye itiraz etme hakkı vardır. Hastanın durumuna uygun tespit edici belirlenmelidir.			
4-Hastaya tespit edici uygulanacağı zaman bir aile üyesinden bilgilendirilmiş onam alınmalıdır.			
5-Tespit edici 2 saatte bir gevşetilmelidir. Siz kaç saat ara ile gevşetiyorsunuz? (..... saat)			
6- Deri ile tespit edici arasında boşluk kalmayacağı için rahat bir şekilde uygulanmalı, hemşirelik notuna türü, saati ve kullanma nedeni kaydedilmelidir.			
7-Hastaya tespit edici uygulanacağı zaman deri bütünlüğünde bozulma riski artar.			
8-Tespit edici yatak çarşafı ya da raylarına değil, yatak kenarlarına tutturulmalıdır.			
9-Boğulma tehlikesi olabileceği için hastanın hiçbir zaman yüz üstü tespit edilmemesi gerekir.			
10-Her açıdan çok iyi diyebileceğimiz bir tespit edici yoktur.			
11-Ceket tipi tespit ediciler hastanın ölümüne neden olabilir.			

	Kesinlikle katılıyorum	**Katılıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle katılmıyorum**
1- Tespit edici uygulanmasına, aile üyelerinin karşı çıkma hakkı olduğunu düşünüyorum.				
2-Eğer ben hasta olsaydım tespit edici kullanılacağı zaman, bunu kabul etme ya da reddetme hakkım olmasını isterdim.				
3-Hastaya tespit edici uygularsam kendimi suçlu hissederim.				
4-Kurumumuzda tespit edici kullanımının asıl nedeni hemşire sayısının yetersiz olmasıdır.				
5-Tespit edici uygulanmış bir hastanın odasına aile üyelerinden biri girdiği zaman kendimi kötü hissederim.				
6-Hasta tespit edildikten sonra daha kötü/sinirli olduğunda kendimi kötü hissederim.				
7- Tespit edici uygulandıktan sonra hastanın oryantasyonunda bozulma olduğunda kendimi kötü hissederim.				
8-Tespit edici uygulanan hastanın özgüveninde azalma olur.				
9-Tespit edicileri yasal önlemleri alarak uygulamak benim için ve kurumum için önemlidir.				
10-Tespit edici uygulamasının hemşirelik bakımının süresini azalttığını düşünüyorum.				
11- Tespit edicilerin hastanın boğulma tehlikesini arttırdığını düşünüyorum.				
12-Tespit edicilerle hastaların düşme oranının azaldığını düşünüyorum.				

	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
1-Hastaya tespit edici uygulamadan önce hastanın düşmesini önlemeye yönelik farklı hemşirelik girişimlerini denerim.			
2- Tespit ediciyi sadece hekim direktifi ile uygularım.			
3-Hastanın tespit edilmesine gereksinimi olmadığını düşündüğüm zaman bu fikrimi hekime bildiririm.			
4-Hastaya tespit edici uygulandıysa, çağrılarına en kısa zamanda cevap veririm.			
5-Tespit ediciyi, her iki saatte bir doğru pozisyonda olup olmadığını belirlemek amacı ile kontrol ederim.			
6-Tespit edici uygulanan hastanın cildini sürtünme ya da tahriş açısından kontrol ederim.			
7-Hastanın niçin tespit edildiğini aile üyelerine anlatırım.			
8-Niçin tespit edici kullanıldığını hastaya anlatırım.			
9- Tespit edicinin ne zaman çıkarılacağını hastaya açıklarım.			
10-Çalışma arkadaşlarımın sayısı azaldıkça, tespit edici uygulanmış hasta sayısı artar.			
11-Kurumumuzda hastaya tespit edici uygulanmasından çok, hastanın hareketlerini kontrol altına almanın değişik yollarını bulmaya çalışırız.			
12- Tespit edicinin kendi kendine açılıp açılmadığını belirlemek amacı ile sık sık kontrol ederim.			
13- Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve hemşirelik girişimlerini kaydederim.			
14- Tespit edici uygulandığı zaman etkilerini sık sık kontrol eder, değerlendirir ve kaydederim.			

7.3. EK-C. Gönüllü Bilgilendirme Formu

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Edicileri Kullanım Durumlarını belirlemek amacıyla bir yüksek lisans tezi hazırlamaktayım.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra, size doldurmanız için bir form verilecektir. Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Sorumlu araştırmacılar:

Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN
S.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel: 0 332 2233548

Hemşire Hatice BALCI
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Acil Kritik Yoğun Bakım Ünitesi
Meram/ Konya

7.4. EK-D. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulu Kararı

T.C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

Toplantı Sayısı: 04	Toplantı Tarihi : 30.04.2015

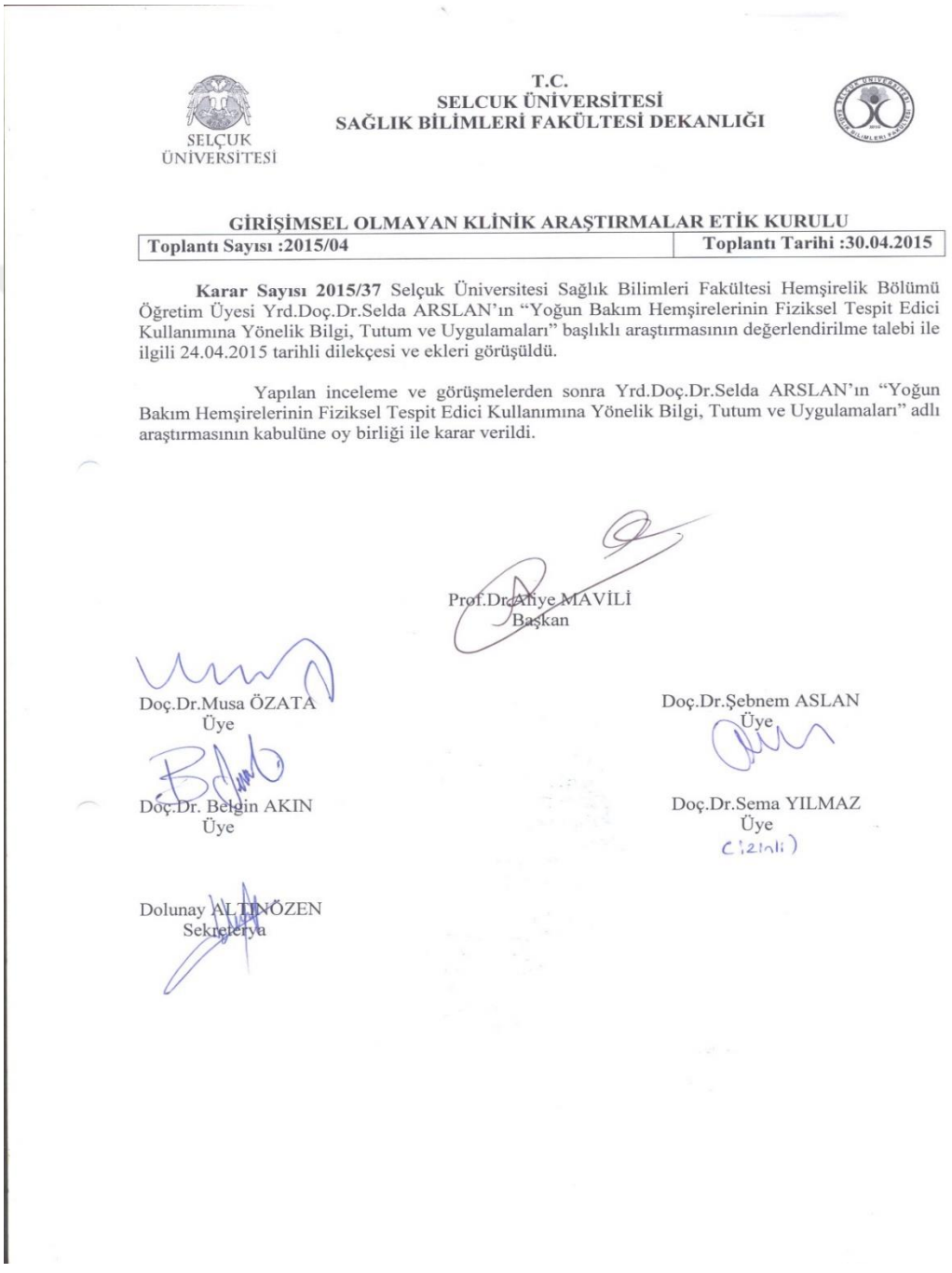
Karar Sayısı 2015/37 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Selda ARSLAN'ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamaları" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 24.04.2015 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Yrd.Doç.Dr.Selda ARSLAN'ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamaları" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
30/04/2015

Dolunay ALTINÖZEN
Sekreterya

7.5. EK-E. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SELCUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı :2015/04	**Toplantı Tarihi :30.04.2015**

Karar Sayısı 2015/37 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Selda ARSLAN'ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamaları" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 24.04.2015 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Yrd.Doç.Dr.Selda ARSLAN'ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamaları" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

Prof.Dr.Ayfe MAVİLİ
Başkan

Doç.Dr.Musa ÖZATA
Üye

Doç.Dr.Şebnem ASLAN
Üye

Doç.Dr. Belgin AKIN
Üye

Doç.Dr.Sema YILMAZ
Üye
(izinli)

Dolunay ALTINÖZEN
Sekreterya

7.6. EK-F. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden Alınan İzin Belgesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 21347889-774.99/
Konu : Yüksek Lisans Tezi

KONYA İLİ
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
Evrak No: 13259
Tarih : 12.05.2015
Birim : EĞİTİM BİRİMİ
GİDEN EVRAK

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Selçuk Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümü Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Hatice BALCI'nın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamaları" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Kliniklerinde yapma isteğini içeren dilekçe ve ekleri ilişikte sunulmuştur.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kamu Hastane Birlikleri Daire Başkanlığının 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazısına istinaden; Hatice BALCI'nın çalışmasını anılan sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ekli başvuru formundaki bilgilerin göz önünde bulundurulması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla bahse konu araştırmanın yapılması hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Dr. Ahmet ERGİN
İdari Hizmetler Başkanı

11../05/2015 OLUR

Op. Dr. Gökhan DARILMAZ
Genel Sekreter

Beyhekim Mah. Turgut ÖZAL Cad. No: 10 Bilgi İçin: Tıbbi Sekr. Meryem ÖZTÜRK Telefon: (0332) 223 40 39
Faks : (0332) 263 06 65 E-Posta: khb42.egitim@saglik.gov.tr Elektronik ağ: http://www.konyakhgs.gov.tr

7.7. EK-G. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi Tutum Ve Uygulamaları Ölçeği Kullanım İzin Belgesi

Merhaba Hatice,
Ölçeği ekte gönderiyorum. Puanlama şekli bizim ilgili makalemizde açıkça verilmiş durumda, oradan yararlanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

Doç.Dr.Hatice Kaya

16 Şubat 2015 19:35 tarihinde hatice balcı <hatice_balci_87@hotmail.com> yazdı:
hocam merhaba Türkinaz Aştı hocam ölçek için izin verdi ancak ölçek puanlamasını diğer hocalarından iste dedi bana ölçek puanlamasını gönderebilir misiniz çok teşekkürler iyi günler diliyorum...

From: hatice_balci_87@hotmail.com
To: haticeka@istanbul.edu.tr
Subject: fiziksel tespit ölçeği
Date: Mon, 9 Feb 2015 07:12:08 +0200

merhabalar hocam, ben Selçuk Üniversitesi cerrahi hemşireliği alanında yükseklisans öğrencisiyim. Yükseklisans tezimde geçerlik güvenirliğini yapmış olduğunuz Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği ' ni kullanmak istiyorum, bunun için izninizi ve ölçek puanlamasını istiyorum, şimdiden teşekkürler, iyi günler diliyorum...

8. ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Konya'da doğdu. İlköğretimini Dr. Teoman Bilge İlköğretim Okulu'nda ve liseyi Meram Zeki Özdemir Lisesi'nde tamamladı. 2006 yılında Selçuk Üniversitesi Akşehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nü kazandı ve 2010 yılında mezun oldu. Mezun olduğu yıl Konya'da özel bir hastanede hemşire olarak görev yaptı. 2011 yılında Konya Numune Hastanesi'ne Hemşire olarak atandı ve burada bir yıl çalıştıktan sonra 2012 yılında Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne geçti halen burada hemşire olarak çalışmaktadır.