T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA MOBİLİZASYONUNA YÖNELİK ALGILADIKLARI ENGELLERİN BELİRLENMESİ

Sevgi UZUNTEPE

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2024

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA MOBİLİZASYONUNA YÖNELİK ALGILADIKLARI ENGELLERİN BELİRLENMESİ

Sevgi UZUNTEPE

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. İmatullah AKYAR

ANKARA
2024

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellerin Belirlenmesi

Öğrenci: Sevgi UZUNTEPE

Danışman: Doç. Dr. İmatullah AKYAR

İkinci Danışman: -

Bu tez çalışması 08 Ocak 2024 tarihinde jürimiz tarafından "İç Hastalıkları Hemşireliği Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	*Prof. Dr. Sevgisun KAPUCU (Hacettepe Üniversitesi)*
Tez Danışmanı:	*Doç. Dr. İmatullah AKYAR (Hacettepe Üniversitesi)*
Üye:	*Doç. Dr. Ayşe ARIKAN DÖNMEZ (Hacettepe Üniversitesi)*
Üye:	*Dr. Öğretim Üyesi Sevilay KARAHAN (Hacettepe Üniversitesi)*
Üye:	*Dr. Öğretim Üyesi Özlem CANBOLAT (Gazi Üniversitesi)*

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

05 Şubat 2024

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan ***"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"*** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. (1)
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. (2)
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

Sevgi UZUNTEPE

---

1 "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"*

1) *Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez* ***danışmanının*** *önerisi ve* ***enstitü anabilim dalının*** *uygun görüşü üzerine* ***enstitü veya fakülte yönetim kurulu*** *iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez* ***danışmanının*** *önerisi ve* ***enstitü anabilim dalının*** *uygun görüşü üzerine* ***enstitü*** *veya* ***fakülte yönetim kurulunun*** *gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*)
3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı,* ***tezin yapıldığı kurum*** *tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise,* ***ilgili kurum ve kuruluşun önerisi*** *ile* ***enstitü*** *veya* ***fakültenin*** *uygun görüşü üzerine* ***üniversite yönetim kurulu*** *tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*
4) *Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir*

** Tez* ***danışmanının*** *önerisi ve* ***enstitü anabilim dalının*** *uygun görüşü üzerine* ***enstitü*** *veya* ***fakülte yönetim kurulu*** *tarafından karar verilir.*

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. İmatullah Akyar danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Sevgi UZUNTEPE

TEŞEKKÜR

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans eğitimim boyunca kıymetli bilgi ve deneyimleriyle desteğini sağlayarak, bilimsel ve sosyal alanlardaki bakış açısıyla mesleki alandaki gelişmemde her zaman yol gösterici olarak, hiçbir zaman manevi desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. İmatullah Akyar'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılmasına izin vererek çalışmama katkıda bulunan Dr. Erik Hoyer'e, çalışmamın dil geçerliği ve kapsam geçerliği aşamasında değerli zamanlarını ayıran ve kıymetli görüşlerini bildiren uzman klinisyen ve öğretim elemanlarına, tezimin uygulama aşamasının ilgili hastanelerde yürütülmesinde gönüllü olarak katılarak katkı sağlayan hekim, fizyoterapist ve hemşire meslektaşlarıma, çalışmamın verilerinin istatistiksel olarak değerlendirme aşamasında katkıda bulunan Arş. Gör. Mustafa Sabri Kovancı'ya, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca katkı ve desteklerinden dolayı bütün hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Sevgili babam, kardeşlerim ve özellikle annem başta olmak üzere tüm aileme, eğitim hatayım boyunca hoşgörü ve ilgileriyle desteklerini benden esirgemeden göstermiş oldukları özveri ile her zaman yanımda oldukları için sevgi ve saygılarımı sunarım.

Sevgili arkadaşım Nisanur Coşkun'a desteğini ve hoşgörüsünü hiçbir zaman esirgemeden çalışmamda göstermiş olduğu büyük özveri ve manevi desteğinden dolayı teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Uzuntepe, S. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2024.
Araştırma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, yoğun bakımda yatan hastaların mobilizasyonuna ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarına yönelik algıladıkları engellerin belirlenmesi amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak iki aşamada yürütülmüştür. Birinci aşamada "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU"nun (Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Ankara'da bulunan üç hastanenin erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 180 sağlık profesyoneli (163 hemşire, 12 hekim ve 5 fizyoterapist) ile yapılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, kapsam geçerliğinde Davis yöntemi, yapı geçerliğinde doğrulayıcı faktör analizi, güvenirlik aşamasında Cronbach Alfa katsayısı ve testin iki yarıya bölünmesi yöntemi ile analiz edilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda 5., 6., 13. ve 20. maddeler ölçekten çıkarılarak, iki alt boyutlu 22 maddeli yapı elde edilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,818, Spearman-Brown katsayısı 0,799 ve Guttman katsayısı 0,782 olarak hesaplanarak 22 madde ve 2 alt boyutlu ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur. İkinci aşamada geçerlik ve güvenirliği test edilmiş ölçek, 59 yoğun bakım hemşiresine uygulanmış ve hemşirelerin hasta mobilizasyonuna ilişkin algıladıkları engeller belirlenmiştir. Veriler tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t testi ve Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin ölçekten aldığı ortalama puan 34,74±7,35'dir. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ölçek ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Araştırmada, Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir olduğu, hemşirelerin algıladıkları engellerin en fazla bilgi-tutum alt boyutunda ve yetersiz ekipman-donanım, hastaların durumlarının kötü olması ve kontrendikasyonlar, çalışanların yaralanma riski ve iş yükünün artması konularında olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda, hemşirelerin sorumluluklarından biri olan mobilizasyona yönelik desteklenmeleri, farkındalıklarının artırılması ve belirlenen engeller için çözümler geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Engel, mobilizasyon, geçerlik ve güvenirlik, hemşire, yoğun bakım.

ABSTRACT

Uzuntepe, S. Determination of the Barriers Perceived by Intensive Care Nurses Towards Mobilization of Patients. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Internal Medicine Nursing Program Master's Thesis, Ankara, 2024. This study aimed to determine the intensive care unit nurses' perceived barriers among mobilization of patients in intensive care, conducted in two stages, methodologically and descriptively, respectively. In the first stage, the Turkish validity and reliability study of the "Patient Mobilization Attitudes and Beliefs Research-ICU" is carried out with 180 health care professionals, including nurses (n=163), physicians (n=12) and physiotherapists (n=5), working in the adult intensive care units of three hospitals in Ankara. Descriptive statistics, Davis method in expert view analysis, confirmatory factor analysis in construct validity, Cronbach Alpha and split-half test were used in reliability analysis. Since the analyzes for the 5^{th}, 6^{th}, 13^{th} and 20^{th} items were not meaningful, the mentioned items were removed from scale and scale formed with 22 items, 2 subscales. New formed scales' Cronbach Alpha coefficient calculated as 0.818, Spearman-Brown coefficient as 0.799 and the Guttman coefficient as 0.782. In the second stage, the validity and reliability tested scale was applied to 59 nurses, to determine the perceived barriers of intensive care nurses towards patient mobilization. Data were analyzed with descriptive statistics, independent t-tests, one-way analysis of variance, and Pearson's correlation. The mean score of the scale was 34.74±7.35. There was no significant difference between the dimensions and sub-dimensions of the scale according to the variables ($p>0.05$). In the study, the Turkish version of "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" found as valid and reliable and the barriers perceived by nurses are mostly in the knowledge-attitude dimension; the barriers listed as inadequate equipment, contraindications and poor condition of patients, risk of injury to staff and increased workload. At the end of the study supporting and increasing the awareness of nurses' about their mobilization responsibility in patient care and developing solutions for the identified barriers are recommended.

Keywords: Barrier, mobilization, validity and reliability, nurse, critical care.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLOLAR	xiv
1. GİRİŞ	**1**
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	**6**
2.1. Yoğun Bakım Ünitesi	6
2.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatak İstirahati ve Etkileri	9
2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Mobilizasyon Uygulamaları	11
2.4. Erken Mobilizasyonun Uygulanmasına Yönelik Engeller	14
2.5. Yoğun Bakım Hemşireliği ve Mobilizasyon	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM	**18**
3.1. Araştırmanın Birinci Aşaması	18
3.1.1. Araştırmanın Şekli	18
3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
3.3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4.1. Veri Toplama Araçları	20
3.5.1. Araştırmanın Uygulaması	23
3.6.1. Araştırmanın Etik Boyutu	26
3.7.1. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.2. Araştırmanın İkinci Aşaması	27

3.1.2. Araştırmanın Şekli 27
3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 27
3.3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 27
3.4.2. Veri Toplama Araçları 28
3.5.2. Araştırmanın Uygulanması 30
3.6.2. Araştırmanın Etik Boyutu 31
3.7.2. Verilerin Değerlendirilmesi 31
3.7.3. Araştırmanın Sınırlılıkları 31
4. BULGULAR **33**
4.1. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasının Bulguları 34
4.1.1. Sağlık Profesyonellerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 34
4.2. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Mobilizasyona İlişkin Algıladıkları Engellerin Belirlenmesine İlişkin Bulgular 49
5. TARTIŞMA **54**
5.1. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" (Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği) Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışması 54
5.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellere İlişkin Bulguların Tartışılması 58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER **62**
6.1. Sonuçlar 62
6.1.1. Araştırmanın Birinci Aşaması 62
6.1.2. Araştırmanın İkinci Aşaması 63
6.2. Öneriler 64
7. KAYNAKLAR **65**
8. EKLER **77**
EK 1. Sağlık Profesyoneli Tanıtıcı Bilgi Formu
EK 2. Orijinal Ölçek-Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey- ICU
EK 3. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği (26 Madde)
EK 4. Hemşire Bilgi Formu

EK 5. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği (22 Madde)
EK 6. Etik Kurul Onayı
EK 7. Çalışmanın Yapıldığı Kurumlardan Alınan İzinler
EK 8. Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey- ICU Ölçeği Geçerlik-Güvenirlik İzni
EK 9. Araştırmanın Birinci Aşamasında Yer Alan Sağlık Profesyonelleri İçin Aydınlatılmış Onam Formu
EK 10. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşireler İçin Aydınlatılmış Onam Formu
EK 11. Tez Çalışması Orijinallik Raporu
EK 12. Dijital Makbuz
EK 13. Ek Tablolar
9. ÖZGEÇMİŞ **104**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AGFI	Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index)
AMOS	Analysis of Moment Structures
ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi (Analysis of Variance)
ARDS	Akut Respiratuar Distres Sendromu
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI	Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index)
ERAS	Hızlandırılmış Cerrahi Süreç (Enhanced Recovery After Surgery)
HELLP	Hemoliz, Karaciğer Enzimlerinde Artış, Platelet Sayısında Düşüş Sendromu (Hemolysis, Elevated Liver Enzmymes, Low Platelet)
ICU-AW	Yoğun Bakım Ünitesi Kaynaklı Güçsüzlük (Intensive Care Unit–Acquired Weakness)
IFI	Artan Uyum İndeksi (Incremental Fit Index)
PICS	Yoğun Bakım Sonrası Sendromu (Post–Intensive Care Syndrome)
ROM	Eklem Hareket Açıklığı (Range of Motion)
RMR	Artık Ortalamaların Karekökü (Root Mean Square Residuals)
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation)
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package for Social Sciences)
SRMR	Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karekökü (Standardized Root Mean Square Residual)
TEMS	Transkütanöz Elektriksel Kas Stimülasyonu (Transcutaneous Electrical Muscle Stimulation)
TLI	TLI Tucker-Lewis İndeksi (Tucker-Lewis Index)

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
4.1.	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Yapısal Eşitlik Modeli (26 Madde)	37
4.2.	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Yapısal Eşitlik Modeli (22 Madde, 2 Alt Boyut)	41

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
4.1.	Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=180)	34
4.2.	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları	36
4.3.	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği İndeksleri	38
4.4	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları (22 Madde, 2 Alt Boyut)	40
4.5.	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği İç Tutarlılık Analiz Bulguları (26 Madde)	42
4.6.	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği İçin Güvenirlik Bulguları (26 Madde)	43
4.7.	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği İçin Güvenirlik Bulguları (22 Madde, 2 Alt Boyut)	44
4.8.	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği İç Tutarlılık Analiz Bulguları (22 Madde, 2 Alt Boyut)	45
4.9.	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Testin İki Yarıya Bölünmesi Yöntemi Güvenirlik Analizi Bulguları (22 Madde, 2 Alt boyut)	45
4.10.	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Toplam Puan, Bilgi ve Tutum ile Davranış Alt Boyut Puanlarının Analizi (n=180) (22 Madde, 2 Alt Boyut)	46
4.11.	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Maddelerinin Analizi (n=180) (22 Madde, 2 Alt Boyut)	47
4.12.	"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Toplam ve Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi (n=180)	48
4.13.	Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=59)	49
4.14.	Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği'nin Toplam, Bilgi ve Tutum ile Davranış Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=59)	50

4.15. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği Maddelerinin İncelenmesi (n=59) 51
4.16. Değişkenlere Göre Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği Toplam Puanının İncelenmesi (n=59) 52
4.17. Değişkenlere Göre Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi (n=59) 53

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yatarak tedavi gören hastalarda mobilizasyonun önemi 1940'lı yıllarda ortaya konmuş, yapılan çalışmalar ile erken mobilizasyon yoğun bakım ünitelerine yönelik kanıta dayalı hemşirelik rehberlerinde önerilen uygulamalardan biri olmuştur (1). Erken mobilizasyon "*yoğun bakım hastalarının, en kısa sürede teröpatik egzersiz performansının kolaylaştırılması*" ya da "*yoğun bakım yatışının ilk 48 saatlik süreci içinde başlatılan ve yatış süresince devam eden mobilizasyon*" olarak tanımlanmaktadır (2). Bailey ve ark. (3) çalışmasında "erken" ifadesini "hastaların ilk fizyolojik stabilizasyonu ile başlayan ve yoğun bakımda kalış boyunca devam eden aralık" olarak açıklamaktadır. Erken mobilizasyon, kapsamlı hasta değerlendirmesi ve yönetimi ile sağlık profesyonellerinin iş birliğini gerektiren bir süreçtir. Morris ve ark. (4) akut solunum yetmezliği olan 48 saat süre ile mekanik ventilatörde olan hastalara, fizyoterapist, yoğun bakım hemşiresi ve hemşire asistanından oluşan bir ekiple uyguladığı erken mobilizasyon protokolünde, erken mobilize edilen hastaların rutin bakım alanlarla karşılaştırıldığında, daha erken mobilize oldukları ve yoğun bakım ünitesinde ve hastanede yatış sürelerinin kısaldığı bulunmuştur.

Sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan, koordinasyon ve iş birliği gerektiren erken mobilizasyon nöromüsküler fonksiyonlarda iyileşme (5), deliryum görülme sıklığı ve gelişiminde azalma (6), derin ven trombozunu önlenme (7), ventilatöre bağlı kalma süresi ve pnömoni riskinde azalma (8), intestinal peristaltizmi arttırma ile intestinal adezyon ve konstipasyon görülme sıklığında azalma, hastaların bakım ihtiyacında azalma ve yoğun bakımda kalış süresinde kısalma (7), yoğun bakım ünitesi kazanılmış güçsüzlüğü azaltma (5), fonksiyonel kapasiteyi arttırma, bağımsız ayakta durabilen hasta sayısını arttırma ve hastada gelişebilecek komplikasyonları azaltarak taburculuk süresini kısaltma gibi yoğun bakım hastaları açısından birçok olumlu etki oluşturmaktadır (9). Menges ve ark. (10)'nın sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında da, mekanik ventilatöre bağlı olarak izlenen yetişkin hastalarda, erken mobilizasyonun geç mobilizasyona kıyasla, hastaların kas gücü ve fiziksel fonksiyonlarının iyileşmesi üzerinde daha yararlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca, erken mobilizasyonun postoperatif dönemde yoğun bakımda izlenen hastalarda oksijen

perfüzyonunu artırarak postoperatif pulmoner komplikasyonu azalttığı, solunum egzersizlerine kıyasla zorlu vital kapasiteyi arttırdığı ve arteryel oksijenlenmeyi iyileştirdiği gösterilmiştir (11).

Mobilizasyon ve erken mobilizasyonun yoğun bakım hastasında tanımlanan yararları ve uygulanabilirliği konusunda çalışmalar ile farkındalık oluşmasına rağmen, yoğun bakım ünitelerinde erken mobilizasyon yaygın olarak uygulanmamakta, hastaların mobilizasyonu pek çok nedenle gecikebilmektedir (12). Hodgson ve ark. (13)'nın çalışmasında da, mekanik ventilatörde izlenen hastaların %64'ü erken mobilize edilmemekte, hastaların %45'ine rehabilitasyon programının yatakta uygulandığı bildirilmiştir. Fizyolojik stabilizasyonu sağlamak üzere kısa ya da uzun süreli yatak istirahati uygulandığında, birçok fizyolojik sistemde, özellikle kalp-solunum ve kas-iskelet sistemlerinde immobilizasyona bağlı hasar ve fiziksel fonksiyon kaybı gelişebilmektedir (14). Yoğun bakımda hasta mobilizasyonu ile ilgili intravasküler kateterlerin disfonksiyonu, endotrakeal tüplerin ve drenlerin çıkması, hemodinamik değişiklikler ve oksijen desatürasyonu gibi durumlara neden olabileceği düşünülmekte iken (15), düşme, endotrakeal tüpün çıkması, hemodinamik instabilite ve hasta yaralanması gibi olumsuz etkileri olan olaylara %2 sıklıkla neden olduğu bildirilmiştir (16). Cerrahi yoğun bakım ünitesindeki hastalarla yapılan çalışmada, mobilizasyon sırasında hastalarda hipotansiyon (%16) ve desatürasyon (%4) (oksijen satürasyonu <%90) geliştiği görülürken, düşme, endotrakeal tüpün veya bağlantıların yerinden çıkması, hipertansiyon veya ciddi olumsuz bir olay gelişmediği saptanmıştır (17).

Yoğun bakım hastalarının mobilizasyonunu hastanın fizyolojik stabilitesinin bozulmasına sebep olacak etkenler nedeniyle kısıtlanmasının yanında, yapılan çalışmalar sağlık profesyonellerinin bilgi, tutum ve davranış açısından algıladıkları engellerin de etkisinin olabileceğini değerlendirmektedir (12, 18, 19). Sağlık profesyonellerinin farklı boyutlara ilişkin algıladıkları engeller erken mobilizasyon uygulamalarına etki edebilmektedir (8). Yoğun bakımda yatan hastaların mobilizasyon oranlarının düşük olması sağlık profesyonellerinin bilgi eksikliği, hastaların mobilize edilmesine yönelik aile ve sağlık profesyonellerinin olumsuz tutumları, objektif değerlendirme araçlarının uygulanmaması, personel ve ekipman eksikliği, disiplinler arası rol karmaşası / multidisipliner ekibin yokluğu ile ilişkilendirilebilmektedir (20).

Kanada'da doktor ve fizyoterapistlerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların yarısından fazlası, mekanik ventilatöre bağlı hastaları mobilize etmek için, yeterli bilgi veya eğitime sahip olmadıklarını ve fizyoterapistlerin hastaların mobilizasyonu için doktor istemine bağlı olduklarını bildirmiştir (21). Hermes ve ark. (22)'nın sağlık profesyonellerinin yoğun bakım hastalarının mobilize olabilme kapasitelerini değerlendirdikleri çalışmada, doktor ve hemşirelerin, hastaların mobilizasyon kapasitelerini düşük olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Goodson ve ark. (12)'nın çalışmasında, hemşirelerin hastaların mobilizasyonuna yönelik tutum ve davranışlarının, mobilizasyona ilişkin bilgilerine göre daha güçlü bir engel olduğu bulunmuştur. Yapılan diğer bir çalışmada, hemşireler tarafından algılanan engeller, iş yükünün artması, mobilizasyon için belirsiz sorumluluklar, çalışanların yaralanma riski, hasta motivasyonu ve aile katılımı olarak belirlenmiştir (23). Sağlık profesyonellerinin erken mobilizasyona ilişkin görüşlerinin inme sonrası döneme özel olarak incelendiği bir çalışmada, sağlık profesyonellerin %72,9'unun inme hastalarının uzun süreli yatak istirahatine ihtiyaç duyduklarını düşünmediği ancak ilk 24 saat içerisinde yatak dışı mobilizasyon konusunda endişeli olduğu saptanmıştır (24). Mobilizasyona yönelik hastayla, kurumla ve klinisyenlerle ilgili bir çok engel tanımlanmıştır (8). Genel olarak algılanan engeller iletişim, deneyim yetersizliği, protokol belirsizliği, liderlik eksikliği, kültür, farklı klinik beklentiler olarak belirtilmektedir (25).

Yoğun bakım hastalarının bakımında, her disiplinin önceden belirlenmiş rolleri ve görevleri olmakla birlikte tüm ekibin hasta mobilizasyonunda sorumlulukları bulunmaktadır (26). Sağlık ekibi üyeleri arasında erken mobilizasyonda anahtar rol üstlenen yoğun bakım hemşirelerinin liderliğinde yoğun bakım yatışının ilk günlerinde uygulanan erken mobilizasyon ile, multidisipliner yaklaşımı geliştirme, hastaların hareket ve fonksiyonel düzeyinin korunmasını sağlama ve hemodinamik stabilite sağlandığında, mobilizasyonunun günde en az iki kez gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır (27). Hastanın mobilizasyon açısından değerlendirilmesi, aktivite düzeyinin belirlenmesi, ağrı ve diğer semptomların kontrol altına alınması, mobilizasyon için cesaretlendirilmesi ve ekip ile iletişimin gerçekleştirilmesi önemli hemşirelik girişimlerindendir (28, 29). Yoğun bakım hemşireleri, mobilizasyonu başlatma, protokolleri uygulama ve hastaların mobilizasyonunu diğer ekip üyeleriyle

koordine etme sorumluluklarını gerçekleştirmektedir (26). Hemşireler yoğun bakım ünitelerinde ABC (uyanıklık ve solunum koordinasyonu), D (deliryum izlenmesi ve yönetimi), E (erken mobilizasyon), F (ailenin bakıma katılımı) protokolü (27) ile hastaların yoğun bakım yatışlarında mobilize olmalarını (30); hızlandırılmış cerrahi süreç olarak bilinen ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolü kapsamında erken mobilizasyon ile (31), hastaların yatış süresinin 2-2,5 gün kısalması, komplikasyon oranlarının %30-50 azalmasını sağlamaktadır (32). Drolet ve ark. (33)'nın çalışmasında hemşirelerin liderliğinde uygulanan erken mobilizasyon yaklaşımının, yoğun bakımda yatan hastaların mobilizasyon oranlarını %6,2'den %20,2'ye arttığı gösterilmiştir.

Yoğun bakım hemşirelerinin hasta mobilizasyonunda oynadığı önemli role rağmen, hemşire liderliğinde yürütülen mobilizasyon uygulamalarına ve yoğun bakım hemşirelerinin mobilizasyon ile ilgili bilgi ve tutumuna odaklanan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (34, 35). Ülkemizde yoğun bakımda mobilizasyon ile ilgili yapılan çalışmalar genellikle hastaların mobilizasyon düzeylerinin belirlenmesi (36); hastaların mobilizasyon durumu ve hemodinamik stabilitesi arasındaki ilişki (11); deliryumu önlemede erken mobilizasyonun etkisi (37-39); cerrahi sonrası mobilizasyonun sağlanması (40-43); inme sonrası erken mobilizasyon uygulanması (24) konularına odaklanmaktadır. Ülkemizde yoğun bakım ünitesinde hasta mobilizasyonunun sağlanması ile ilgili sağlık profesyonellerinin görüşlerini, algıladıkları engelleri değerlendiren araçlar bulunmamaktadır. Yoğun bakımda mobilizasyonun uygulanmasına yönelik sağlık profesyonellerinin, özellikle yoğun bakım hemşirelerinin hastaların mobilizasyonu ile ilgili bilgi, tutum ve davranışa yönelik algıladıkları engellerin belirlenmesi amacıyla bu araştırma planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, yoğun bakım ünitelerinde izlenen hastaların mobilizasyonuna yönelik, yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin bilgi, tutum ve davranışları yönünden algıladıkları engelleri belirleyen "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin yapılması ve yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların mobilizasyonuna yönelik yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bilgi, tutum ve davranış açısından algıladıkları engellerin belirlenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1) "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeği Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?
2) Hemşirelerin yoğun bakım ünitelerinde izlenen hastaların mobilizasyonuna yönelik algıladıkları engeller nelerdir?
3) Hemşirelerin yoğun bakım ünitelerinde izlenen hastaların mobilizasyonuna ilişkin bilgi, tutum ve davranış yönünden engel algısı nasıldır?
4) Hemşirelerin, tanıtıcı özellikleri ile yoğun bakım ünitelerinde izlenen hastaların mobilizasyonuna ilişkin algıladıkları engeller arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun bakım ünitesi, bir ya da daha fazla organ veya sistemde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, sürekli olarak yaşamsal bulguların gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı ünitelerdir (44). Yoğun bakım ünitesi, yoğun ve uzmanlaşmış tıbbi ve hemşirelik bakımı, gelişmiş izleme kapasitesi ve yaşamı tehdit eden bir organ yetersizliği döneminde yaşamı sürdürmek için çok sayıda fizyolojik organ desteği sağlayan, kritik hastalara bakımın gerçekleştirilmesine yönelik organize bir sistemdir (45).

Yoğun bakım üniteleri; yatak kapasitesi, kabul ve tedavi edeceği hastaların özelliği ve klinik durumu, sahip olduğu fiziki şartlar, bulundurulması zorunlu uzmanlık dalları ve uzman doktor sayısı, personel sayısı ve niteliği, tıbbi araç-gereç ve donanım standartları ile bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak seviyelendirilmektedir. Erişkin yoğun bakım üniteleri birinci, ikinci ve üçüncü seviye yoğun bakım ünitesi olarak sınıflandırılmaktadır (46).

Birinci Seviye Yoğun Bakım: Yaşamsal risk doğurabilecek tıbbi durumların yakın takip edildiği, invaziv olmayan monitörizasyon yöntemlerine sahip, temel destek tedavilerinin ve ilk stabilizasyonun sağlanabildiği, ikinci veya üçüncü seviye yoğun bakım servislerine hasta transferi yapabilen birimlerdir.

Birinci seviye yoğun bakım hastaları;

- Solunum yetmezliği dışında komplike olmayan, akut gelişen, tek organ yetmezlikleri olan (diyaliz gerektirmeyen akut böbrek yetmezliği, stabil kronik böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, hafif seyreden karaciğer yetmezliği, transfüzyon gerektirmeyen kanamalar vb.),
- Takip ve tedavileri için rutin yöntemlerin yeterli olmadığı, yaşamsal fonksiyonların aniden bozulma olasılığı bulunan ve sürekli gözlemi gereken,
- İkinci veya üçüncü seviye yoğun bakım servislerinden çıkarılan henüz taburcu edilemeyecek durumda,

- Komplike olmayan miyokard iskemi ve aritmileri mevcut olan,
- Cerrahi sonrası yakın takibi gereken,
- Komplike olmayan psikiyatrik ve nörolojik acil hastalardır.

İkinci Seviye Yoğun Bakım: Temel monitörizasyon ve temel destek tedavilerin yanında, invaziv monitorizasyon ve tedavilerin de yapılabildiği, üçüncü seviye yoğun bakım servislerine hasta transferi yapabilen yoğun bakım servisleridir. Birinci seviye yoğun bakım hasta özelliklerine ilave olarak, ikinci seviye yoğun bakım hastaları;

- Kısa süreli ve detaylı gözlem, girişim (invaziv monitörizasyon) ve yaşamsal destek gereksinimi bulunan,
- Üçüncü seviye yoğun bakım servislerinden çıkarılan ancak henüz taburcu edilemeyecek durumda olan,
- Tek organ yetmezliğinin acil tedavisi gereken tıbbi durumları (diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaferez, mekanik ventilasyon vb.) olan,
- Cerrahi öncesi yoğun hazırlık ve destek ihtiyacı olan,
- Düzeltilemeyen fizyolojik veya metabolik bozukluklar,
- Hayatı tehdit eden zehirlenmeler ve kanamalar,
- Ağır enfeksiyonlar (peritonit vb.),
- Solunum desteği gereken nöromüsküler hastalıklar ve non-invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olan,
- Gebeliğin hayatı tehdit eden komplikasyonları (preeklampsi vb.),
- Hemotoraks, ampiyem, ağır malnütrisyon, santral sinir sistemi cerrahisi ve patolojisi (minimal epidural, subdural hematom, posterior fossa patolojileri, kraniyal kırıklar, spinal lomber drenaj vb.) olan hastalardır.

Üçüncü Seviye Yoğun Bakım: Çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerin sağlanabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi hizmeti verilen yoğun bakım servisleridir. Birinci ve ikinci seviye yoğun bakım hasta özelliklerine ilave olarak, üçüncü seviye yoğun bakım hastaları;

- Uzun süreli nitelikli gözlem ve girişim, uzun süreli yaşamsal destek gereksinimi bulunan veya çoklu organ yetmezliği gelişmiş,
- Kronik organ bozukluğunun günlük aktiviteyi bozacak şekilde ilerlediği,
- HELLP (hemoliz, karaciğer enzimlerinde artış, platelet sayısında düşüş) sendromu, ağır sepsis, septik şok, ARDS (akut respiratuar distres sendromu), ağır preeklampsi ve eklampsi gibi yakın takip ve tedavi gerektiren akut sorunlar,
- Kontrol edilemeyen veya masif transfüzyon gereken kanamalar,
- Organ bozukluğuna neden olan zehirlenmeler,
- Cerrahi sonrası gelişen birden fazla komplikasyonlar (koroner sendromlar, sepsis, böbrek veya karaciğer yetmezliği vb.),
- Birden fazla organı ilgilendiren sistemik hastalıkların akut sorunları,
- Yoğun bakımda izolasyonu gereken (dirençli enfeksiyonlar, immünsuprese hastalar),
- Ciddi santral sinir sistemi patolojisi ve cerrahisi (ciddi serebral ödem, subaraknoid kanama, diffüz aksonal yaralanma, spinal şok, kord ödemi gibi) olan,
- Glaskow Koma Skalası skoru 8 ve altında olan,
- Kalp cerrahisi sonrasındaki,
- Çoklu travması olan hastalardır (44).

2.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatak İstirahati ve Etkileri

Yoğun bakım ünitesinde izlenen hastaların kritik hastalıkları, yoğun bakım yatışı sırasında gelişen hemodinamik instabilite, invaziv araç-gereçler ile tedavi ihtiyacı, sedasyon uygulamaları yatak istirahatinin uzun sürmesine ve hastaların mobilizasyonunun sınırlanmasına neden olmaktadır (47-48). Hastalığın akut fazının yönetimi tamamlanana kadar tam aktif mobilizasyon girişimlerinin uygulanamaması, fizyolojik olarak iyileşmeye katkısından yararlanılmak amacıyla uygulanan yatak istirahati uzun dönemde tüm sistemler üzerinde olumsuz etkiler oluşmasına neden olmaktadır (49).

Yoğun bakım hastaları, hastalığın seyri, kullanılan ilaçlar (örn. sedasyon) ve cihazlar (örn. sürekli renal replasman tedavisi) nedeniyle çoğunlukta yatakta hareketsiz kalmaktadır (50). Uzun dönemli yatak istirahatine bağlı olarak gelişen ekstremite ve solunum kaslarının zayıflığı, yoğun bakım ünitelerinde görülme sıklığı giderek artan yaygın bir durumdur (51). Hastalarda, anabolik hormonların azalması ve katabolik hormonların artmasıyla birlikte hastalığın katabolik durumu ve immobilizasyona bağlı mekanik yük kaybı, yoğun bakım hastalarında kas kaybına neden olmaktadır. Hastalarda gelişen bu kas kaybı, proteolitik sistemler tarafından hızlandırılmış parçalanmaya kıyasla azalmış protein sentezi nedeniyle oluşan dengesiz protein döngüsünden kaynaklanmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde kas güçsüzlüğü genellikle hastanın mevcut durumuna sekonder olarak gelişmektedir (52). Yatak istirahatine bağlı olarak oluşan kas hareketsizliği, kas kütlesi ve fonksiyonunda kayba neden olmakta (51), immobilizasyonun ilk haftasında hastaların kas gücünde %40 oranında kayıp yaşanabilmektedir (53). Hastalarda hastaneden taburcu olduktan sonra proksimal zayıflık, kas kütlesi kaybı ve yorgunluğa neden olan kalıcı fonksiyonel bozulma ve yaşam kalitesinde azalma görülmektedir (50). Yoğun bakım ünitesinde yatış ile gelişen nöromüsküler değişiklikler (54), hücresel ve moleküler düzeyde kas membranının uyarılabilirliğinin azalması, iskelet kasında kullanmama atrofisi kas zayıflığına yol açmakta (55) hastalar yağsız vücut kütlesinin her gün yaklaşık %1'ini, iskelet kasının %2-4'ünü kaybedebilmektedir. İskelet kasından kaybedilen toplam vücut proteinin kaybı vücudun metabolik gereksinimlerini karşılama kapasitesinde önemli bir azalmaya neden olmaktadır (51). Yatak istirahati, vücuttaki kas kütlesinin kaybına ek olarak vücudun glikozu kullanma yeteneğini azaltarak hastaları

hiperglisemi komplikasyonlarına yatkın hale getirmektedir (51). Sağlıklı bireylerin kan glikoz düzeyleri ve oral glikoz tolerans testi sonuçlarının beş günlük yatak istirahati öncesi ve sonrasında değerlendirildiği Hamburg ve ark. (56)'nın çalışmasında, katılımcıların oral glikoz tolerans testi sonuçları, açlık kan glikoz ve insülin seviyelerinin beş günlük yatak istirahatinin sonunda anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. Aynı çalışmada, kan glikoz düzeyindeki değişimlerin ilk günlerde ortaya çıktığı, glikoz değişimine ek olarak mikrovasküler fonksiyon bozukluğu, hiperlipidemi ve kan basıncı yüksekliğinin geliştiği saptanmıştır. Dirks ve ark. (57)'nın çalışmasında, bir haftalık yatak istirahatinden sonra hastalarda iskelet kas kütlesinde azalma ile birlikte oksidatif kapasite ve insülin duyarlılığında azalma geliştiği görülmüştür. Kas kaybı ve nöromüsküler zayıflık, mekanik ventilasyon süresinin, yoğun bakım ünitesinde ve hastanede kalış süresinin uzamasına neden olmaktadır (47). Kas kuvveti ve gücünde azalma, artmış kemik rezorpsiyonu düşme ve kırık riskini arttırmaktadır (58).

Uzun dönemli yatak istirahatinin oluşturduğu olumsuz fizyolojik etkiler kardiyovasküler sistem üzerinde de görülmektedir. Sağlıklı erişkin bireylerle yapılan çalışmalarda yatak istirahatinin sıvı kaybı, postural hipotansiyon ve taşikardi gelişmesine ve stroke volum, kardiyak output, oksijen alımında azalmaya neden olduğu ve bu etkilerin yönetilmesi için uzun bir iyileşme süresine ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (55). Yatak istirahatinde toplam kan hacminin %11'inin göğüs boşluğuna yönlenmesi kalbin iş yükü ve istirahat kalp hızının artmasına, kalbin pompalama gücünün azalmasına yol açarak kalbin metabolik gereksinimlerini karşılama yeteneğinin sınırlanmasına neden olmaktadır (58). Yatak istirahati, venöz staz nedeniyle derin ven trombozu için risk oluşturmaktadır (59). Uzun süreli yatak istirahati sırtüstü pozisyona bağlı olarak solunum hacmi ve sekresyonların atılmasındaki azalmaya yol açmakta, atelektazi ve pnömoni gelişebilmektedir (8). Yoğun bakım ünitesine yatıştan sonraki 48. saatte akciğerin sol alt lobunda gelişen kısmi veya tam atelektazi, pnömoni riskini ve pulmoner vasküler direnci artırarak ve intrapulmoner şanta neden olarak hastanın oksijen desteğine ihtiyacını arttırmaktadır (60). Hastaların mekanik ventilatöre bağlı kalma süresinde uzama, hastanın bilinç ve psikolojik durumunu, tedavi maliyetini ve yaşam kalitesini etkileyen, uzamış yatak istirahati ile ilişkilidir. Mekanik ventilatöre 18-69 saat boyunca bağlı kalan yoğun

bakım hastalarında, diyafram proteolizi ve atrofi, yedi gün veya daha uzun sürede ise inspiratuvar kas kuvveti ve dayanıklılığında azalma ile ekstremitede kas güçsüzlüğü gelişmektedir (61).

2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Mobilizasyon Uygulamaları

Mobilizasyon, ventilasyonu, merkezi ve periferik perfüzyonu, dolaşımı, kas metabolizmasını ve uyanıklığı artıran ve venöz staz ile derin ven trombozunu önleyebilen yeterli fiziksel aktiviteyi ifade etmektedir (47). Yoğun bakım hastalarına mobilizasyon akciğer hacmini artırmak, ventilasyon-perfüzyon uyumunu geliştirmek, vücuttaki normal sıvı dağılımını yeniden sağlamak (62), bilinç düzeyini ve psikolojik iyilik halini artırmak, hareketsizliğin olumsuz etkilerini azaltmak (63), fonksiyonu ve sağlığı sürdürmek veya iyileştirmek amacıyla uygulanmaktadır (62). Hastanın kas-iskelet gücünü ve işlevini korumak, eski haline getirmek gibi yararları olan erken mobilizasyon (49), olumlu etkileri ile mekanik ventilasyon süresini ve hastanede kalış süresini azaltan (8), hastanın fonksiyonelliğine odaklanan hasta merkezli bir yaklaşımdır.

Erken mobilizasyon, kritik hastalara erken dönemde, kritik hastalığın ilk 2-5 günü içinde pasif ROM (Eklem Hareket Açıklığı-Range of Motion) egzersizinden yardımla ambulasyona kadar çeşitli aktiviteleri kapsayan mobilizasyon uygulamalarını içerebilmektedir (49, 64). Bu uygulamaların içinde; yatakta pasif-aktif dönme ve hareket etme, aktif-yardımlı ve aktif egzersiz, yatakta bisiklet pedalı kullanımı, yatağın kenarında oturma, ayakta durma, yerinde adım atma, yataktan veya sandalyeden hareket etme, sandalye egzersizleri ve yürüyüş yer alabilmektedir (47). Erken mobilizasyonun, hastalara mobilizasyonun genel uygulamadan daha erken bir aşamada düzenli olarak ve yeni mobilizasyon tekniklerinin erken kullanım (49) uygulamalarını kapsamasının yanı sıra, hastaların aktif mobilizasyonu, döngü ergometrisi, transkütanöz elektriksel kas stimülasyonu (TEMS) gibi yeni tekniklerin kullanımı ile ek spesifik mobilizasyonu arttırıcı müdahaleleri de içerebilmektedir (49).

Yoğun bakım ünitesinde erken mobilizasyona başlangıç zamanı, mekanik ventilasyonun başladığı ilk 24 saat ile yoğun bakım ünitesine kabul edildikten sonraki ilk hafta arasında değişmekle birlikte (65), hastanın genel durumuna göre yoğun bakımdaki ilk birkaç gün içinde de başlanabilmektedir (66). Yoğun bakım ünitesinde

erken mobilizasyonun uygulanmasına yönelik farklı kapsam ve içerikte birçok protokol ve strateji bulunmaktadır (67). Ding ve ark. (65)'nın meta-analiz çalışmasında, mekanik ventilasyon başlandıktan sonraki 48-72 saat içinde uygulanan mobilizasyonun hastaların klinik sonuçlarını en iyi düzeyde iyileştireceğini göstermektedir. Erken mobilizasyon uygulanma sıklığı ve süresinin incelendiği diğer araştırmalarda, hastalara mobilizasyonun üniteye kabul edildikten sonraki 24. saatte (68), 48. saatte (69) ve mekanik ventilasyon başladıktan 1.5 gün sonra başladığı (70), taburcu olana kadar günde bir veya iki kez 30 dakika (69) ya da günde 3 kez (68) olacak şekilde uygulandığı görülmektedir (71). İlk mobilizasyon zamanı ve mobilizasyon için en uygun yöntem, süre ve yoğunluğun belirlenmesi için araştırmalar devam etmekle birlikte pek çok araştırma ve kurumda yapılan çalışmalar erken mobilizasyonun başarıyla uygulanabildiğini göstermektedir. Genel olarak, bu çalışmalar, erken mobilizasyonun güvenliği ve uygunluğunun yanı sıra, farklı erken mobilizasyon stratejilerinin yoğun bakım ve hastane kalış süresini azaltma gibi birçok yararlı etkisini de göstermektedir (72). Erken mobilizasyon stratejilerinin yararlı etkileri polinöropati ve miyopatinin önlenmesi, periferik ve solunum kas kuvvetinin korunması böylece mekanik ventilasyon cihazına bağlı kalma ve cihazdan ayrılma süresinin kısalmasını sağlayarak oluşturduğu bilinmektedir (54).

Yoğun bakım ünitelerinde izlenen kritik hastaların tedavisinde ve bakımında odak yaşamı tehdit edebilecek organ yetmezliklerinin önlenmesi ve yaşamın sürdürülmesi olmakta, uzamış yatak istirahatine bağlı olarak gelişen fiziksel ve nörobilişsel bozukluklar erken dönemde öncelikli olarak ele alınamamaktadır (10, 73). Yoğun bakım hastalarında fiziksel veya nörobilişsel olarak sıklıkla ortaya çıkan yoğun bakım ünitesi kaynaklı güçsüzlük, deliryum ve yoğun bakım sonrası sendromu, ventilatöre bağlı pnömoni, derin ven trombozu, basınç yaralanması gibi durumlar erken mobilizasyon ile önlenebilmektedir (7).

Yoğun bakım ünitesi kaynaklı güçsüzlük (Intensive care unit–acquired weakness -ICU-AW), yoğun bakım hastalarında en sık görülen nöromüsküler bozukluktur (74) ve hastalarda yoğun bakıma yatışın ilk 24 saat içinde ortaya çıkarak yatış süresince ilerlemeye devam etmektedir (75). Yoğun bakım ünitesi kaynaklı güçsüzlük, hastaların ventilatöre daha uzun bağımlı kalması, yoğun bakımda kalış süresinin uzaması ve maliyetin artması ile uzun dönemde morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır

(74). Yapılan bir çalışmada yoğun bakım ünitesi kaynaklı güçsüzlük, komorbid hastalıkları az olan ve iyileşmesi beklenen hastalarda yoğun bakımdan taburculuğunda sık görülmüş ve taburcu edilen hastaların 90. gündeki ölüm oranıyla ilişkilendirilmiştir (13). Zang ve ark. (5)'nın meta-analiz çalışmasında, erken mobilizasyonun hastalarda yoğun bakım ünitesi kaynaklı güçsüzlüğün oluşumunu önlemede etkili olduğu görülmüştür.

Yoğun bakım ünitesinde izlenen hastalarda, yoğun bakım yatışının ve yatak istirahatinin zihinsel sağlık ve bilişsel durum üzerinde olumsuz etkisi ile deliryum gelişebilmektedir (76). Yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilatör ile izlenen hastaların dörtte üçünde ve mekanik ventilasyon uygulanmayan hastaların yarısından fazlasında deliryum görülmektedir (64). Erken mobilizasyon ile hastaların deliryum prevalansı ve süresi ile yoğun bakım ünitesinde ve hastanede kalış süresi azaltılmaktadır (67). Nydahl ve ark. (6)'nın yürüttüğü randomize kontrollü çalışmada, akşamları yoğun bakım hastalarına uygulanan mobilizasyonun, deliryumu önleme ve tedavisinde yardımcı ve güvenli olduğu saptanmıştır.

Yoğun bakım hastalarında sık ve önemli görülen bir diğer sorun da yoğun bakım sonrası sendromudur (Post–Intensive Care Syndrome-PICS) (77). Yoğun bakım sonrası sendromu tanısı Tıbbi Araştırma Konseyi'nin (Medical Research Council-MRC) kas gücü değerlendirme aracı ile konmakta ve yoğun bakım hastalarının %40'ında görülmektedir (78). Sendrom klinik olarak yoğun bakım ünitesinde kalan ve hastaneden taburcu olan kişilerde yeni veya kötüleşen fiziksel, bilişsel veya mental sorunlardan en az birinin ortaya çıkmasıyla görülmektedir (77). Fiziksel belirtiler arasında halsizlik, ağrı, nefes darlığı ve hareket veya egzersiz yapmada zorluk; mental belirtiler arasında hafif kaygı, sinirlilik, şiddetli depresyon, uyku bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu; bilişsel belirtiler arasında düşünme, hatırlama veya konsantre olmada güçlük yer almaktadır (77). Matsuoka ve ark. (79)'nın sistematik derleme çalışmasında, hastalara 72 saat içinde mobilizasyon uygulamasının yoğun bakım sonrası sendromu önlemede etkili olduğu, fiziksel ve bilişsel işlevleri iyileştirdiği bulunmuştur.

2.4. Erken Mobilizasyonun Uygulanmasına Yönelik Engeller

Erken mobilizasyon uygulamalarının yararlarına odaklanan çalışmalar literatürde yer almakla birlikte (8, 17, 49, 70, 80), erken mobilizasyon tüm dünyada birçok yoğun bakım ünitesinde rutin bir uygulama olarak gerçekleştirilmemektedir. Yoğun bakım ünitesinde erken mobilizasyonun günlük rutin pratiğinde kullanımının artırılması ve yaygınlaştırılmasının ve araştırmalarda elde edilen verilerin klinik uygulamada kullanılmasının önünde birçok engel bulunmaktadır (54). Dubb ve ark. (81)'nın yayınladığı literatür derleme çalışmasında erken mobilizasyona yönelik engeller, hasta semptom ve durumlarını içeren *hastayla ilgili engeller* (örn. hemodinamik dengesizlik); insan ve teknik kaynakları içeren *yapısal engeller* (örn. personel, ekipman veya protokoller); yoğun bakım ve kurumlardaki alışkanlıklar ile tutumu içeren *yoğun bakım kültürüyle ilgili engeller* (örn. personelin morali) ve hizmetlerin nasıl sunulduğu ve klinisyenin işlevlerini içeren *süreçle ilgili engeller* (örn. belirsiz roller ve sorumluluklar) olmak üzere dört sınıfta toplanmıştır.

Yoğun bakım ünitesinde izlenen hastaların sedasyon, ağrı ve deliryum gibi durumları, fiziksel durumunun yavaş bir şekilde iyileşmesi, terapötik cihazların (örn. ventilatör ve infüzyon pompaları) varlığı, kanüllerin dikkatli izlenmesi ve yönetiminin gerekmesi, hasta mobilizasyonu için yoğun hazırlık sürecinin olması hastaların mobilizasyonunu zorlu ve zaman alıcı olmasına neden olmaktadır (82). Mobilizasyona yönelik hastayla ilgili engeller arasında, sedasyonun en önemli engellerden biri olduğu belirlenmiştir (83). Hickmann ve ark. (80)'nın çalışmasında ise, hastaların yoğun bakım ünitesine yatışının ilk 24 saatinde mobilizasyona yönelik engel olarak, akut miyokard enfarktüsü, aktif kanama, artmış kafa içi basıncı, unstabil pelvik kırıklar kontrendikasyon olarak tanımlanmıştır. Aynı araştırmada, mobilizasyon uygulandığında, hastaların hemodinamik parametrelerinin nadiren etkilendiği, hipotansiyon veya aritmi nedeniyle hastaların %0,8'inde mobilizasyonun kesintiye uğradığı saptanmıştır. Yoğun bakım ünitelerinde, özellikle mekanik ventilatör ile izlenen hastaların mobilize edilemeyecek durumda olarak değerlendirilmeleri, hasta mobilizasyonun üniteden taburcu olana kadar uygulanmamasına neden olmakla birlikte mobilizasyonun gerçekleştirilmemesine ilişkin literatürde kanıt düzeyi yüksek çalışmalar bulunmamaktadır (49). Hastaya güvenli olmaması nedeniyle uygulanamayan mobilizasyon ile ilgili yapılan çalışmalar, hemodinamik parametrelere

etkiyi inceleyen çalışmalara benzer şekilde, istenmeyen olay oranlarının çok düşük olduğunu, yaşanan olayların da çoğunlukla ek bir tedaviye ihtiyaç olmadan düzelen geçici fizyolojik bozukluklar olduğunu bildirmektedir (72). Yapılan çalışmalardan elde edilen kanıtlar, özellikle uzun süreli mekanik ventilasyon ile izlenen hastalarda erken ve ilerleyici mobilitenin güvenli ve uygulanabilir olduğunu desteklemekle birlikte (26, 65, 84), mobilizasyon uygulamasının etkisinin fiziksel ve fonksiyonel sonuçlara dayalı olarak araştırılmasına devam edilmektedir (54).

Yoğun bakım ünitesinde, hasta, hastalık, tedavi ve bakım süreçlerine ek olarak bakım ortamı da erken mobilizasyona yönelik önerilerin uygulanma oranlarının düşük olmasına yol açmaktadır. Araştırma sonuçları yoğun bakım ünitelerinde mobilizasyonun güvenli ve uygulanabilir olduğunu ortaya koymakla birlikte çalışmalarda uygulanan mobilizasyon yöntemlerinin standart olmaması, uluslararası protokol ve stratejilerin sınırlılığı yoğun bakım ünitelerindeki uygulamaların tutarsızlığına neden olmaktadır (67). Yoğun bakımda personel eksikliği, yorgunluk, motivasyon eksikliği, yetersiz koordinasyon, farklı prosedürlerin zamanlamasındaki uyuşmazlıklar, hastanın acil öncelikleri, kurumsal protokollerin var olmaması gibi yoğun bakım yapı ve kültürüne ait sorunlar önemli engelleri oluştururken, değiştirilebilir niteliğe sahiptir. Mobilizasyona yönelik bu engellerin aşılmasında, multidisipliner çaba ile birlikte erken mobilizasyonun öneminin açık şekilde anlatılması ve tanınmasının yararlı olduğu gösterilmiştir. Hashem ve ark. (72)'nın çalışmasında, erken mobilizasyona öncelik veren bir kültüre sahip yoğun bakım ünitesinde, mekanik ventilasyona bağlı olan hastaların mobilizasyonunun üç kat arttığı saptanmıştır. Kültür değişimine ek olarak mobilizasyona yönelik yapısal engellerin, uluslararası standart mobilizasyon programlarının oluşturulması, programların hastaların bireysel özelliklerine göre uyarlanabilmesi ve program etkinliğinin çok merkezli çalışmalarla değerlendirilmesi ile ortadan kaldırılabileceği önerilmektedir (85).

Erken mobilizasyonun uygulanmasında engeller arasında tanımlanan süreç ile ilgili engeller mobilizasyona yönelik hizmetlerin nasıl sunulduğu ve klinisyenin işlevlerini içermektedir. Bu engeller arasında sağlık profesyonellerinin erken mobilizasyonun riskleri ve yararları konusundaki yetkinliği ve bilgisi, hastaların kaygı ve korkuları, kapsamlı erken mobilizasyon programlaması için yeterli idari destek gibi

durumlar yer almaktadır (86). Fontela ve ark. (87)'nın çalışmasında, sağlık profesyonellerinin çoğunun erken mobilizasyonun yararları ve önemi hakkında bilgiye ve erken mobilizasyonun uygulanmasına yönelik olumlu tutuma sahip olduğu, ancak mobilizasyona yönelik iş rutini, çalışanların ilişkisi, birimin işleyişi ve hastaların klinik koşullarıyla ilgili uygulamaya ait engelleri olduğu saptanmıştır. Erken mobilizasyona engel durumlar arasında, yetersiz zaman, iş yerinde aşırı stres, profesyonel eksikliği, aşırı sedasyon, deliryum, kas-iskelet sisteminde zarar verme riski sıralanmıştır (87). Parry ve ark. (88)'nın yayınladığı sistemetik derlemede mobilizasyona yönelik liderlik eksikliği, güven kaygısı (hastaların fizyolojik stabilitesi ve bağlantılarla ilgili endişeler), yoğun bakım ünitesindeki mobilizasyon kültürü, meslekler arası iletişim, uzmanlık ve bilgi eksikliği, mobilizasyon programları oluşturmak için personel/ekipman ve finansman eksikliği ana engeller olarak tanımlanmıştır.

2.5. Yoğun Bakım Hemşireliği ve Mobilizasyon

Yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanılamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimlerini uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir (89). Morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olduğu yoğun bakım ünitelerinde, hemşirelik bakımı çok büyük önem taşımaktadır (90). Bireyin yaşam süresini arttırmada ve istenilen sonuçlara ulaşmada iyi planlanmış hemşirelik bakımı önemlidir. Hastanın taburculuğuna dek geçen sürede bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ile yatış süresi kısaltılabilmektedir (91). Hemşirelik bakımının öncelikli amacı hastanın mevcut sorunlarını belirleyerek ve riskleri değerlendirerek, uygun risk tanılarını belirleyip, mevcut sorun ve risklere yönelik gerekli hemşirelik girişimlerini planlayabilmektir (91).

Hemşireler, yoğun bakım hastalarının erken mobilizasyonuna yönelik değişimi izleme, uygulama ve yönlendirmede önemli bir rol oynamaktadır (58). Hemşireler hastanın mobilizasyonunu başlatma, protokolleri uygulama, mobilizasyonun öncüsü olma ve hastaların mobilizasyonunu diğer ekip üyeleriyle koordine etme sorumluklarını yerine getirmektedir (65). Hastanın yatış öncesi durumu ile mevcut

fonksiyonel yetenekleri arasındaki yetersizlikleri değerlendirerek fonksiyonel kapasitenin sağlanması ve sürdürülmesinde rol almaktadır (78). Araştırmalar, hemşirenin hasta mobilizasyonunda rol almasının, hastaların mobilizasyonunu iyileştirdiğini göstermektedir (92). Yoğun bakım hemşireleri, hemşirelik sürecinde hastanın aktivite ve egzersiz yönetimini; hastayı ayağa kaldırma, hastanın yataktan sandalyeye/sedyeye alınması, hastanın dengesini sağlama, eklem hareket açıklığını sağlamak için egzersiz yapma, kas tonüsünü sürdürme, egzersizi artırma/geliştirme, hareket toleransını değerlendirme, izometrik-izotonik egzersizleri yaptırma, egzersiz ve aktivite eğitimi, hastalara özel cerrahi girişimlere uygun (mastektomi vb.) egzersiz yaptırma girişimleri ile sağlamaktadır (89).

Yoğun bakım hemşireleri, yoğun bakım hastalarının mobilizasyonunu sağlama ve teşvik etmedeki rol ve sorumluklarını yerine getirmeye ilişkin pek çok engel bildirmiştir (34). Yapılan çalışmalar yoğun bakım hemşirelerinin mobilizasyona yönelik olumlu tutuma sahip olduğunu, ancak kurumlarında mobilizasyon protokolünün ve dökümantasyon sisteminin bulunmaması, eğitimli destek personel, hemşire ve zaman yetersizliği, mekanik ventilasyona bağlı hastaların mobilizasyonu için yetersiz ekipman, hastanın durumu ile ilgili engeller nedeniyle mobilizasyonu gerçekleştiremediğini ortaya koymaktadır (93). Mobilizasyonun yoğun bakım hemşireleri tarafından uygulanmasında personel kaynaklarının arttırılması, mobilizasyon süreçlerine ilişkin ekip üyelerinin bilgisinin artırılması, multidisipliner ekip içinde açık iletişim ve olumlu çalışma ortamının sağlanması gibi kurumsal yaklaşımların geliştirilmesi (8, 23, 26) ile hastayı mobilize etme, hastaya özelleştirilmiş bakım planlama ve ekip çalışmasını koordine etme gibi her yoğun bakım hemşiresinin bireysel stratejilerini uygulamasının yararlı olduğu bilinmektedir (25).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, yoğun bakımda yatan hastaların mobilizasyonuna ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarına yönelik algıladıkları engellerin belirlenmesi amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak iki aşamada yürütülmüştür. Araştırmanın yöntem bölümü iki aşama için ayrı olarak sunulacaktır.

3.1. Araştırmanın Birinci Aşaması

3.1.1. Araştırmanın Şekli

Araştırmanın *birinci aşamasında* yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların mobilize edilmesine ilişkin algıladıkları engelleri tanımlamak amacıyla geliştirilen ve orijinal adı *"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU"* olan *"Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği"*nin ülkemiz için geçerlik ve güvenirliği test edilmiştir. Araştırma metodolojik tipte bir çalışmadır.

3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın *birinci aşaması* Hacettepe Üniversitesi Erişkin ve Onkoloji Hastaneleri, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi erişkin yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde sekiz yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Dahili ve cerrahi alanlarda toplam 87 yoğun bakım yatağı olup, 102 hemşire, 33 doktor ve beş fizyoterapist görev yapmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nde sekiz yataklı bir yoğun bakım ünitesi bulunmakta ve 14 hemşire, beş doktor, bir fizyoterapist görev yapmaktadır.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nde dokuz erişkin yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Erişkin yoğun bakım ünitelerinde toplamda 81 yoğun bakım yatağı bulunmakta ve 130 hemşire ile 35 doktor görev yapmaktadır.

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 10 erişkin yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Erişkin yoğun bakım ünitelerinde toplam 75 yoğun bakım yatağı bulunmakta ve 139 hemşire ile 23 doktor görev yapmaktadır. Araştırmanın ilk aşamasının gerçekleştirildiği Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Genel, Kardiyoloji, İç Hastalıkları, Jinekoloji ve Kalp-Damar Cerrahi Yoğun Bakım Üniteleri olmak üzere beş yoğun bakım ünitesinde 32 yoğun bakım yatağı bulunmakta, 49 hemşire ve 11 doktor görev yapmaktadır.

3.3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın *birinci aşamasının* evrenini, Hacettepe Üniversitesi Erişkin ve Onkoloji Hastaneleri, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırmanın yapılmasına izin verilen erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 295 hemşire, 39 hekim ve beş fizyoterapist oluşturmuştur. Araştırma Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Kalp Damar Cerrahi, Nöroloji, Anestezi Yoğun Bakım Ünitelerinde görev yapmakta olan hemşire, doktor ve fizyoterapistler ile Beyin Cerrahi, Koroner, Genel Cerrahi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitelerinde görev yapmakta olan hemşireler ile, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi erişkin yoğun bakım ünitelerinde görev yapmakta olan hemşire, doktor ve fizyoterapistlerle, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi erişkin yoğun bakım ünitelerinde görev yapmakta olan hemşireler, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi erişkin yoğun bakım ünitelerinde görev yapmakta olan hemşire, doktor ve fizyoterapistlerle yürütülmüştür. Ölçek çalışmalarında örneklem sayısının belirlenmesinde, her bir ölçek maddesinin 5-10 katı önerilmekte olup (94); madde sayısı 26 olan *"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU"*, "Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği"nin geçerlik ve güvenirlik çalışması için örneklem büyüklüğünün en az ölçek maddelerinin 5 katı olan 130 kişi olması gerekmektedir. Çalışmamız 24 Ocak – 21 Ekim 2023 tarihleri arasında örnekleme dahil edilme kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmaya kabul eden 180 sağlık profesyoneli (163 hemşire, 12 hekim, 5 fizyoterapist) ile gerçekleştirilmiştir. Örnekleme hemşire, hekim ve fizyoterapist sağlık profesyonelleri aşağıda belirtilen kriterler doğrultusunda dahil edilmiştir. Hemşirelerin örnekleme en az üç aylık

deneyim sonunda dahil edilme kriteri ile fizyoterapist ve hekimlerin bir aylık deneyim süresi sonunda dahil edilme kriteri ise kurumların klinik oryantasyon politika ve süreçleri doğrultusunda belirlenmiştir.

Araştırmanın birinci aşamasında dahil edilme kriterleri

Hemşire:

- En az üç aydır erişkin yoğun bakımda ünitesinde çalışıyor olmak,
- Eğitim seviyesinin en az lisans düzeyinde olmasıdır.

Hekim:

- En az bir aydır erişkin yoğun bakımda ünitesinde çalışıyor olmak.

Fizyoterapist:

- En az bir aydır erişkin yoğun bakımda ünitesinde çalışıyor olmak.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın *birinci aşamasında* veriler "Sağlık Profesyoneli Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1)" ve orijinal adı "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU (Ek 2)" olan "Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği (26 madde) (Ek 3)" ile toplanmıştır.

3.4.1.1. Sağlık Profesyoneli Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmanın *birinci aşamasında* kullanılan Sağlık Profesyoneli Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1) çalışmaya alınan sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özellikler, mesleki deneyim ve yoğun bakım ünitesinde hasta mobilizasyonuna ilişkin bilgilerini sorgulayan dokuz sorudan oluşmaktadır (12, 19, 95).

3.4.1.2. Orijinal Ölçek- Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU

Orijinal adı "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" olan ölçek (Ek 2), Hoyer, Brotman, Chan ve Needham tarafından 2015 yılında Johns Hopkins Üniversitesi genel kliniklerinde sağlık profesyonellerinin hastaları mobilize etmesine ilişkin algıladıkları engelleri tanımlamak amacıyla geliştirilen "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey" ölçeği temel alınarak (96) Goodson ve ark. (12) tarafından, sağlık profesyonellerinin yoğun bakımda yatan hastaların mobilizasyonuna

ilişkin algıladıkları engelleri tanımlamak amacıyla 2018 yılında Johns Hopkins Üniversitesi yoğun bakım ünitesinde geliştirilmiştir.

"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeğinin dili İngilizce olup bilgi, tutum ve davranış alt boyutlarından oluşmaktadır. Öz bildirim yolu ile uygulanan ölçeğin bilgi alt boyutu sağlık profesyonelinin hastaları mobilize etmek ile ilgili sahip olduğu bilgi durumunu belirlemektedir. Tutum alt boyutu sağlık profesyonelinin hasta mobilizasyonuna yönelik öz-etkililiğini ve diğer çalışanların tutumlarına ilişkin algılarını değerlendirmektedir. Davranış alt boyutu ise mobilizasyona yönelik sağlık profesyonelinin algıladığı iç ve dış engelleri tanımlamaktadır. Ölçek maddeleri mobilizasyona ilişkin algılanan engelleri, hasta, ekipman, kurum desteği, çalışan sayısı, iletişim, zaman kısıtlaması, hekim istemleri ve mobilizasyon fırsatları kapsamında değerlendirmektedir. Ölçeğin sonunda, ölçekte mobilizasyona yönelik ele alınmayan konuların olup olmadığını değerlendiren açık uçlu bir soru bulunmaktadır (96).

Beşli likert tipteki 26 maddeden oluşan ölçekte yer alan maddeler "1- Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum" şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçeğin 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 17, 19, 21 ve 23. maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 0-100 puan sistemine dönüştürülmektedir. Ölçek toplam puan hesaplanması şu şekildedir;

Katılımcıların maddelere verdikleri puanlar toplanmaktadır (A). Ölçekte her bir ölçek maddesinden en fazla 5 puan alınmaktadır. Buna göre, ölçek 26 maddeden oluştuğu için, bu iki değerin çarpımı olan 130 puan, ölçekten alınabilecek maksimum puanı oluşturmaktadır (B). Ölçek maksimum puan hesaplanmasının ardından, ölçekteki cevaplanmamış maddeler beş ile çarpılmaktadır (C). Bu değer ölçekten alınabilecek maksimum puandan çıkarılarak, ölçekten alınabilecek puan hesaplanmaktadır (D). Ölçekten alınabilecek puandan (D), ölçek maddelerine verilen puan (A) çıkarıldıktan sonra elde edilen puan, ölçekten alınabilecek puana bölünerek (D), 100 ile çarpıldıktan sonra ölçek için toplam puan elde edilmektedir. Ölçek toplam puan hesaplama aşamaları aşağıdaki gibidir;

1) Madde Toplam Puanı = 1+2+.... +25+26 (A)
2) Ölçek Maksimum Puanı = 26 Madde x 5 = 130 (B)

3) Cevaplanmamış Maddeler x 5 = (C)
4) Ölçekten Alınabilecek Puan = B – C = (D)
5) Toplam Puan = ((D-A)/D)) x 100

Ölçeğin alt boyut hesaplamasında alt boyuta ait ölçekte yer alan maddeler dikkate alınmaktadır. Bilgi alt boyutu için 2.,5.,6. ve 25. maddeler; tutum alt boyutu için 7., 8., 9., 10., 11., 14., 15., 16., 17., 20., 22., 23. ve 24. maddeler; davranış alt boyutu için 1., 3., 4., 12., 13., 18., 19., 21. ve 26. maddeler puan hesaplamasında kullanılmaktadır. Alt boyut puan hesaplanmasında, alt boyutta yer alan maddelere verilen yanıtların puanları toplanmaktadır (A_B). Ölçekte her bir ölçek maddesinden en fazla 5 puan alınmaktadır. Buna göre, bilgi alt boyutu 4, tutum alt boyutu 13 ve davranış alt boyutu 9 maddeden oluştuğu için, bu iki değerin çarpımı olan 20 (bilgi alt boyutu); 65 (tutum alt boyutu); 45 (davranış alt boyutu) puan, alt boyutlardan alınabilecek maksimum puanını oluşturmaktadır (B_B). Ölçek alt boyut maksimum puanlarının hesaplanmasının ardından, alt boyuta dahil olan cevaplanmamış maddeler beş ile çarpılmaktadır (C_B). Bu değer ölçek alt boyutundan alınabilecek maksimum puandan çıkarılarak alt boyutlardan alınabilecek puan hesaplanmaktadır (D_B). Ölçek alt boyutlarından alınabilecek puandan (D_B), ölçek alt boyut maddelerine verilen toplam puan (A_B) çıkarıldıktan sonra elde edilen sonuç, ölçek alt boyutlarından alınabilecek puana bölünerek (D_B), 100 ile çarpıldıktan sonra her bir alt boyut için toplam puan elde edilmektedir. Alt boyut toplam puan hesaplama aşamaları aşağıdaki gibidir:

1) Alt Boyut Madde Toplam Puanı =
   - Bilgi alt boyutu: 2+5+6+25 (A_B)
   - Tutum alt boyutu: 7+8+9+10+11+14+15+16+17+20+22+23+24 (A_B)
   - Davranış alt boyutu: 1+3+4+12+13+18+19+21+26 (A_B)
2) Alt Boyut Maksimum Puanı =
   - Bilgi alt boyutu: 4 Madde x 5 = 20 (B_B)
   - Tutum alt boyutu: 13 Madde x 5 = 65 (B_B)
   - Davranış alt boyutu: 9 Madde x 5 = 45 (B_B)
3) Alt Boyut Cevaplanmamış Maddeler x 5 = (C_B)
4) Alt Boyutlardan Alınabilecek Puan = B_B – C_B = (D_B)

5) Alt Boyut Toplam Puan = $((D_B-A_B)/D_B)) \times 100$

Ölçek ve alt boyutlardan alınan puan arttıkça mobilizasyona yönelik engellerin arttığı, azaldıkça engellerin azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır (12). Ölçeğin bilgi alt boyutu cronbach alfa katsayısı 0,62; tutum alt boyutu cronbach alfa katsayısı 0,69; davranış alt boyutu cronbach alfa katsayısı 0,66 olup, toplam ölçek cronbach alfa katsayısı 0,82'dir (12).

3.4.1.3. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği (26 Madde)

"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği'nin uzman değerlendirmeleri ve analizler sonucunda 26 maddeli üç alt boyutlu Türkçe versiyonu "Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği" (Ek 3) elde edilmiştir.

3.5.1. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın *birinci aşamasının* uygulaması kapsamında "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları dil, kapsam ve yapı geçerliği ve güvenirlik analizleri ile yürütülmüştür.

3.5.1.1.Geçerlik Çalışması

a) Dil Geçerliği

Orijinal dili İngilizce olan "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeğinin dil geçerliğinin değerlendirilmesinde çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır (97). Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi, İngilizceye hâkim ve ana dili Türkçe olan hemşirelik alanında (iç hastalıkları hemşireliği ve hemşirelik esasları) uzman üç öğretim üyesi tarafından, birbirinden bağımsız şekilde gerçekleştirilmiştir. Üç uzman tarafından gerçekleştirilen çevirilerin ifadeleri araştırmacılar tarafından karşılaştırılarak, gerekli düzenlemelerle tek bir çeviri haline getirilmiştir. Türkçe çevirisi yapılan ölçek Türk Dili uzmanı tarafından anlaşılabilirlik ve imla kuralları açısından gözden geçirilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisi ve Türk Dili uzmanı değerlendirmesinin ardından, İngilizce diline geri çevirisi yapılmıştır. İngilizce diline geri çeviri her iki dili bilen, hemşirelik alanında (iç hastalıkları ve cerrahi hastalıkları hemşireliği) iki uzman öğretim üyesi tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar

tarafından geri çeviri ile orijinal ölçek karşılaştırılarak gerekli düzenlemeler yapılmış ve ölçeğin son hali, ölçeği geliştiren araştırmacılardan Erik Hoyer'e iletilmiştir. Türkçe çevirisi tamamlanan ölçeğin dil açısından anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 10 hemşire ile pilot çalışma yapılmış, sonrasında kapsam geçerliği aşamasına geçilmiştir.

b) Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, ölçek maddelerinin, ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Kapsam geçerliği, uzmanlar tarafından ölçeğin değerlendirilmesini içermektedir (98). Dil geçerliği sağlanan ölçeğin kapsam geçerliği 15 Haziran 2021-15 Ocak 2022 tarihleri arasında, hemşirelik alanından üç uzman öğretim üyesi, iç hastalıkları yoğun bakımda görevli üç doktor, üç klinisyen fizyoterapist, bir yoğun bakım hemşiresi ve bir ergoterapist öğretim üyesi olmak üzere 11 uzman ile gerçekleştirilmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Davis yöntemi kullanılmıştır. Davis yönteminde uzmanlar her bir ölçek maddesini "1-Uygun değil, 2-Biraz uygun, 3-Uygun, 4-Çok uygun" şeklinde değerlendirmektedir. Ölçek maddelerinin değerlendirilmesi sonucunda, 3 ve 4 seçeneğini işaretleyen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin kapsam geçerlik oranı elde edilmektedir. Ölçekten elde edilen kapsam geçerlik oranının ortalaması ölçeğin kapsam geçerlik indeksini vermektedir (99). Ölçeğin kapsam geçerliğinin sağlanması için, kapsam geçerlik indeksinin 0,80 ve daha fazla olması gerekmektedir (99, 100).

Uzmanların ölçek maddelerine verdikleri puanlar doğrultusunda elde edilen kapsam geçerlik indeksine göre araştırmacılar tarafından ölçek maddelerinde gerekli düzenlemeler yapılarak ölçeğe son hali verilmiştir.

c) Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği ölçeğin ilgili kavram ya da kavramsal yapıyı ölçme yeteneğinin değerlendirilmesidir. Bir ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmede birkaç yöntem kullanılabilmektedir (101). Yapı geçerliği yöntemleri, grup farklılıkları ile yapısal geçerliğin değerlendirilmesi, incelenen ölçek veya test ile başka bir ölçek/test arasındaki geçerlik katsayısının incelenmesi ve faktör analizidir. Faktör analizi yapı geçerliğin belirlenmesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak

üzere iki tür faktör analizi bulunmaktadır. Açıklayıcı faktör analizinde, incelenen verinin faktör yapısı belirlenirken, doğrulayıcı faktör analizinde, önceden belirlenmiş kuramsal yapının veride olup olmadığı test edilmektedir (102) ve bir kültürde geliştirilen ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında kullanılmaktadır (103). Doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri ile değerlendirilebilmektedir (104). Doğrulayıcı faktör analizinde çeşitli uyum indeksi sonuçlarına göre geliştirilen yapının önceden oluşturulmuş olan yapı ile uyumlu olup olmadığına karar verilmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde kullanılan uyum indeksleri $\chi 2$ (Ki-Kare - Chi-Square), $\chi 2$ /sd (Ki-Karenin Serbestlik Derecesine Oranı), GFI (Goodness of Fit Index- Uyum İyiliği İndeksi), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index- Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation-Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü), RMR (Root Mean Square Residuals- Artık Ortalamaların Karekökü), SRMR (Standardized Root Mean Square Residual-Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karekökü) olabilmektedir (105).

Araştırmamızda, Amerika Birleşik Devletinde geliştirilen "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeğinin yapı geçerliğinin değerlendirmesinde doğrulayıcı faktör analizi maksimum olabilirlik tekniği kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde kullanılan uyum indeksleri; χ^2/SD, RMSEA, SRMR, AGFI, GFI, CFI (Comparative Fit Index- Karşılaştırmalı Uyum İndeksi), IFI (Incremental Fit Index- Artan Uyum İndeksi) ve TLI (Tucker-Lewis Index- Tucker-Lewis İndeksi) olarak belirlenmiştir.

3.5.1.2. Güvenirlik Çalışması

Güvenirlik, ölçme aracının farklı zamanlarda, ölçülen özelliği aynı şekilde ölçebilmesidir. Bir ölçme aracının güvenirliğini belirleyebilecek olan yöntemler, iç tutarlılık güvenirliği, test-tekrar test güvenirliği, paralel formlar güvenirliği ve gözlemciler arası güvenirliğidir (103). Bunlara ek olarak, bir testin aynı gruba aynı koşullarda tekrar uygulanamaması gibi olasılıkları ortadan kaldırmak için, testin güvenirliği belirlemede, testin iki yarıya bölünmesi yöntemi kullanılabilmektedir (102). Araştırmada güvenirliği değerlendirmede iç tutarlılık güvenirliği ve testin iki yarıya bölünmesi yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmada iç tutarlılık güvenirliğini belirlemede Cronbach alfa katsayısı ile kestirimde bulunulmuştur. Ölçek maddelerinin birbiri ile tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı, toplam puana dayalı Likert türü ölçeklerin güvenirliğinin belirlenmesinde kullanılmaktadır (102). Cronbach alfa katsayısı yükseldikçe testin güvenirliği artmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı değerleri;

0,80-1,00 ise "yüksek güvenirliğe sahip",

0,60-0,79 ise "oldukça güvenilir",

0,40-0,59 ise "güvenirliği düşük"

0,00-0,39 ise "güvenilir değil" olarak yorumlanmaktadır (102).

Testin iki yarıya bölünmesi yöntemi, ölçek maddelerine ait seçeneklerin iki veya ikiden çok olması durumunda kullanılabilen bir yöntemdir. Bu yöntemde test iki eşdeğer yarıya bölünerek, her iki yarıdaki maddelerin toplamından elde edilen iki değişken arasındaki güvenirlik katsayısı, Spearman-Brown ve Guttman formülleri kullanılarak hesaplanmaktadır (102). Testin iki yarıya bölünmesi yönteminde elde edilen güvenirlik katsayısının en az 0,70 olması, testin güvenirliği için kriter olarak kabul edilmektedir (106).

3.6.1. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurul Başkanlığı'ndan 07.12.2021 tarih ve GO 21/1106 numaralı karar ile izin alınmıştır (Ek 6). Araştırmanın yürütüldüğü Hacettepe Üniversitesi Erişkin ve Onkoloji Hastaneleri, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden araştırmanın yapılabilmesi için izin alınmıştır (Ek 7). Araştırmada geçerlik ve güvenirliği yapılan orijinal adı olan "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeği için ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek 8). Araştırmaya katılan sağlık personelinden aydınlatılmış formu ile yazılı izin alınmıştır (Ek 9).

3.7.1. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın *birinci aşamasında* elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versiyon 23.0 ve AMOS 23.0 (Analysis of Moment Structures) istatistik paket programları ile analiz edilmiştir. Araştırmada, tanımlayıcı

veriler ortalama, standart sapma, yüzde ve toplam, minimum ve maksimum değerler gibi tanımlayıcı istatistikler ile verilmiştir.

Araştırmada kapsam geçerliği Davis yöntemi ile değerlendirilmiş, kapsam geçerlik indeksinin 0,80'den büyük olması ölçek kapsam geçerliği açısından yeterli olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği AMOS programı kullanılarak Doğrulayıcı Faktör Analizi ile test edilmiştir. Modelin doğrulanması için maksimum olabilirlik tekniğiyle uyum iyiliği değerleri incelenmiştir. Ölçeğin güvenirliğini değerlendirmede iç tutarlılık güvenirliği ve testin iki yarıya bölünmesi yöntemi kullanılmıştır. İç tutarlılığın tüm ölçek ve alt boyutlarında sağlanması için Cronbach alfa katsayısı değerinin 0,70 veya daha fazla olması beklenmektedir. Testin iki yarıya bölünmesi yönteminde, Spearman-Brown ve Guttman formülleri kullanılarak hesaplanan güvenirlik katsayısı ile değerlendirme yapılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p<0,05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.

3.2. Araştırmanın İkinci Aşaması

3.1.2. Araştırmanın Şekli

Araştırmanın *ikinci aşamasında*, geçerlik ve güvenirliği test edilen "Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği" kullanılarak, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların mobilizasyonuna ilişkin bilgi, tutum ve davranış açısından algıladıkları engeller belirlenmiştir. Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın *ikinci aşaması* Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji, Beyin ve Sinir Cerrahi, Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Üniteleri'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasının yürütüldüğü üç yoğun bakım ünitesinde 43 yoğun bakım yatağı bulunmakta ve 90 hemşire görev yapmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın *ikinci aşamasının* evrenini, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji, Beyin ve Sinir Cerrahi, Anestezi ve Reanimasyon yoğun bakım ünitelerinde çalışan 90 hemşire oluşturmuştur. Örneklem

büyüklüğü evreni bilinen örneklem yöntemi $(z^2 \times p\ (1-p))/e^2)$ / $(1 + (\frac{z^2 \times p\ (1-p)}{e^2 \times N})$ ve %80 güç ile 59 olarak hesaplanmıştır. Araştırma örneklemine alınan 59 hemşire aşağıda belirtilen kriterler doğrultusunda dahil edilmiştir. Hemşirelerin örnekleme en az üç aylık deneyim sonunda dahil edilme kriteri kurumun klinik oryantasyon politika ve süreçleri doğrultusunda belirlenmiştir.

Araştırmanın ikinci aşamasında dahil edilme kriterleri

- En az üç aydır erişkin yoğun bakımda ünitesinde çalışıyor olmak,
- Eğitim seviyesinin en az lisans düzeyinde olmasıdır.

3.4.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın *ikinci aşamasında* veriler "Hemşire Bilgi Formu (Ek 4)" ve Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış olan "Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği (22 madde) (Ek 5)" toplanmıştır.

3.4.2.1. Hemşire Bilgi Formu

Araştırmanın *ikinci aşamasında* kullanılan Hemşire Bilgi Formu (Ek 4) çalışmaya alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, mesleki deneyim ve yoğun bakım ünitesinde hasta mobilizasyonuna ilişkin bilgilerini sorgulayan on sorudan oluşmaktadır (12, 19, 95).

3.4.2.2. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği

Araştırmanın birinci aşamasında geçerlik ve güvenirlik analizleri gerçekleştirilen orijinal adı "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey" olan "Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği"nin geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda 5., 6., 13. ve 20. maddelerinin regresyon katsayılarının anlamsız olması, madde-bütün korelasyon değerlerinin <+0.25 olması, ölçeğin uyum indeks değerlerinin kabul edilebilir/iyi uyum sınırlarının dışında olması nedeniyle orijinal ölçekte bilgi alt boyutunda yer alan 5. ve 6. madde, davranış alt boyutunda yer alan 13. madde ve tutum alt boyutunda yer alan 20. madde ölçekten çıkarılarak "Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği" 22 madde olarak adapte edilmiştir. "Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç

Ölçeği" Türkçe versiyonu orijinal ölçekten farklı olarak bilgi-tutum alt boyutu ile davranış alt boyutu olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bilgi-tutum alt boyutunda 2.,5.,6.,7.,8.,9.,11.,12.,13.,14.,18.,19.,20. ve 21. maddeler, davranış alt boyutunda 1.,3.,4.,10.,15.,16.,17. ve 22. maddeler yer almaktadır. Ölçeğin 1.,3.,4.,5.,8.,10.,12.,14.,16.,17.,19 maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar, orijinal ölçekte olduğu gibi 0-100 puan sistemine dönüştürülmektedir. Ölçek toplam puan hesaplanması şu şekildedir;

Katılımcıların maddelere verdikleri puanlar toplanmaktadır (X). Ölçekte her bir ölçek maddesinden en fazla 5 puan alınmaktadır. Buna göre, ölçek 22 maddeden oluştuğu için, bu iki değerin çarpımı olan 110 puan, ölçekten alınabilecek maksimum puanı oluşturmaktadır (Y). Ölçek maksimum puan hesaplanmasının ardından, ölçekteki cevaplanmamış maddeler beş ile çarpılmaktadır (Z). Bu değer ölçekten alınabilecek maksimum puandan çıkarılarak, ölçekten alınabilecek puan hesaplanmaktadır (W). Ölçekten alınabilecek puandan (W), ölçek maddelerine verilen puan (X) çıkarıldıktan sonra elde edilen puan, ölçekten alınabilecek puana bölünerek (W), 100 ile çarpıldıktan sonra ölçek için toplam puan elde edilmektedir. Ölçek toplam puan hesaplama aşamaları aşağıdaki gibidir:

1) Madde Toplam Puanı = 1+2+.... +25+26 (X)
2) Ölçek Maksimum Puanı = 22 Madde x 5 = 110 (Y)
3) Cevaplanmamış Maddeler x 5 = (Z)
4) Ölçekten Alınabilecek Puan = Y – Z = (W)
5) Toplam Puan = ((W-X)/W)) x 100

Ölçeğin alt boyut hesaplamasında alt boyuta ait ölçekte yer alan maddeler dikkate alınmaktadır. Bilgi-tutum alt boyutu puan hesaplamasında 2.,5.,6.,7.,8.,9.,11.,12.,13.,14.,18.,19.,20. ve 21. maddeler olmak üzere 14 madde, davranış alt boyutu puan hesaplamasında 1.,3.,4.,10.,15.,16.,17. ve 22. maddeler olmak üzere 8 madde ile puan hesaplaması yapılmaktadır. Ölçekte her alt boyuta dahil olan maddelere verilen yanıtların puanları toplanmaktadır (X_B). Ölçekte her bir ölçek maddesinden en fazla 5 puan alınmaktadır. Buna göre, bilgi ve tutum alt boyutu 14, davranış alt boyutu 8 maddeden oluştuğu için, bu iki değerin çarpımı olan 70 (bilgi ve

tutum alt boyutu); 40 (davranış alt boyutu) puan, alt boyutlardan alınabilecek maksimum puanını oluşturmaktadır (Y_B). Ölçek alt boyut maksimum puanlarının hesaplanmasının ardından, alt boyuta dahil olan cevaplanmamış maddeler beş ile çarpılmaktadır (Z_B). Bu değer ölçek alt boyutundan alınabilecek maksimum puandan çıkarılarak alt boyutlardan alınabilecek puan hesaplanmaktadır (W_B). Ölçek alt boyutlarından alınabilecek puandan (W_B), ölçek alt boyut maddelerine verilen toplam puan (X_B) çıkarıldıktan sonra elde edilen sonuç, ölçek alt boyutlarından alınabilecek puana bölünerek (W_B), 100 ile çarpıldıktan sonra her bir alt boyut için toplam puan elde edilmektedir. Alt boyut toplam puan hesaplama aşamaları aşağıdaki gibidir;

1) Alt Boyut Madde Toplam Puanı =
   - Bilgi-tutum alt boyutu: 2+5+6+7+8+9+11+12+13+14+18+19+20+21 (X_B)
   - Davranış alt boyutu: 1+3+4+10+15+16+17+22 (X_B)
2) Alt Boyut Maksimum Puanı =
   - Bilgi-tutum alt boyutu: 14 Madde x 5 = 70 (Y_B)
   - Davranış alt boyutu: 8 Madde x 5 = 40 (Y_B)
3) Alt Boyutlardaki Cevaplanmamış Maddeler x 5 = (Z_B)
4) Alt Boyutlardan Alınabilecek Puan = $Y_B – Z_B$ (W_B)
5) Alt Boyut Toplam Puanı = ((W_B-X_B)/W_B)) x 100

Ölçek ve alt boyutlardan alınan puan arttıkça mobilizasyona yönelik engellerin arttığı, azaldıkça engellerin azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır.

3.5.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın *ikinci aşamasında* Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış olan Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği ile erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yoğun bakım ünitelerinde izlenen hastaların mobilizasyonuna yönelik bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin algıladıkları engeller belirlenmiştir.

Araştırmanın ikinci aşaması, 24 Ekim- 8 Aralık 2023 tarihleri arasında Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi erişkin yoğun bakım

ünitelerinde çalışmakta olan araştırma kritelerine uyan ve çalışmaya katılmaya onay veren 59 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmanın uygulaması kapsamında katılımcılarla yüz yüze görüşülerek araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan veri toplama formlarını yanıtlamaları istenmiştir. Veri toplama formlarının yanıtlanması ortalama 7-8 dakika sürmüştür.

3.6.2. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurul Başkanlığı'ndan 07.12.2021 tarih ve GO 21/1106 numaralı karar ile izin alınmıştır (Ek 6). Araştırmanın *ikinci aşamasının* yürütüldüğü Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden araştırmanın yapılabilmesi için izin alınmıştır (Ek 7). Araştırmaya katılan hemşirelerden aydınlatılmış formu ile yazılı izin alınmıştır (Ek 10).

3.7.2. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın *ikinci aşamasında* elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versiyon 23.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi (p= 0,20), Skewness (0,088) - Kurtosis (-0,254) katsayıları ve grafikler ile incelenmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi p>0,05; Skewness - Kurtosis değerlerinin ±2 aralığında olması normal dağılımı göstermektedir (107). Kolmogorov-Smirnov testi sonucu, Skewness - Kurtosis katsayıları ve grafikler incelendiğinde araştırma verisinin normal dağılım gösterdiği bulunmuştur. Araştırmada nicel değişkenler için ortalama ve standart sapma, nitel değişkenler için sıklık ve yüzde değerleri tanımlayıcı istatistik olarak kullanılmıştır. İstatistiksel yöntemlerde iki bağımsız grup arasındaki farklılığın incelenmesinde bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Ölçümle belirtilen iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiler Pearson Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. İstatistiksel kararlarda p<0,05 seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.

3.7.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sürecinde, kurumların izin politikaları nedeniyle sadece üç kurumdan izin alındığından, örneklem sayısı sınırlı kalmıştır. Ülkemizde hemşirelerin mobilizasyona ilişkin algıladıkları engelleri değerlendiren araçların bulunmaması

nedeniyle ölçeğin yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizi ile belirlenmiştir. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerine aynı koşul ve zaman aralığında tekrar test uygulanamadığından, çalışmanın güvenirliğinin değerlendirilmesinde tekrar test uygulanamamıştır.

4. BULGULAR

"Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması ve yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların mobilizasyonuna yönelik yoğun bakımda çalışan hemşirelerin algıladıkları engellerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları iki bölümde verilmiştir.

4.1. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasının Bulguları

4.2. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Mobilizasyona İlişkin Algıladıkları Engellerin Belirlenmesine İlişkin Bulgular

4.1. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasının Bulguları

4.1.1. Sağlık Profesyonellerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=180)

	n	**%**
Yaş $\bar{x} \pm SS$ (min-maks) = 29,5 ± 5,43 (22-50)		
21-30	127	70,6
31-40	42	23,3
41-50	11	6,1
Cinsiyet		
Kadın	147	81,7
Erkek	33	18,3
Meslek		
Hemşire	163	90,5
Hekim	12	6,7
Fizyoterapist	5	2,8
Eğitim Durumu		
Lisans	151	83,9
Yüksek Lisans/Doktora	29	16,1
Çalıştığı Yoğun Bakım Seviyesi		
1. Seviye	18	10,0
2. Seviye	39	21,7
3. Seviye	123	68,3
Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonu Eğitimi Alma Durumu		
Evet	80	44,4
Hayır	100	55,6
Kurumda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Protokol Varlığı		
Evet	90	50,0
Hayır	90	50,0
	$\bar{x} \pm SS$	**Medyan (Min-Maks.)**
Meslekte Çalışma Süresi (Ay)	76,7 ± 68,9	48 (3-288)
Bulunulan Birimdeki Çalışma Süresi (Ay)	48,7 ± 49,1	36 (1-276)
Yoğun Bakımda Çalışma Süresi (Ay)	61,7 ± 59,9	36 (1-288)

Tablo 4.1'de araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 29,5±5,43 yıl olup, çoğunluğu (%70,6) 21-30 yaş aralığında, %81,7'si kadın, %90,5'i hemşire ve %83,9'u lisans mezunudur.

Araştırmaya katılan bireylerin %68,3'ü 3. seviye yoğun bakım ünitesinde çalışmakta olup, katılımcıların %55,6'sı yoğun bakımda hasta mobilizasyonu eğitimi almadığını, %50'si ise çalıştığı kurumda mobilizasyona yönelik protokol uygulanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların meslekte çalışma süresi ortalama 76,7 ay (6,4 yıl), bulundukları birimdeki çalışma süresi ortalama 48,7 ay (4 yıl) olup, yoğun bakımda çalışma süresi ise ortalama 61,7 ay (5,1 yıl)'dır.

4.1.1.2. Dil Geçerliği Analizi Bulguları

Uzmanlar tarafından çeviri (İngilizceden Türkçeye) ve geri çevirisi (Türkçeden İngilizceye) yapılan; Türk Dili Uzmanı tarafından Türkçe'ye uygunluğu değerlendirilen ölçeğin maddelerinde, herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

4.1.1.3. Kapsam Geçerliği Analizi Bulguları

Ölçeğin kapsam geçerliği aşamasında, 11 uzman tarafından ölçek maddeleri değerlendirilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda, ölçeğin tanıtıcı bilgiler bölümünde yer alan "pratisyen hemşire, klinik teknisyen, solunum terapisti" meslek grupları çıkarılmış, doktor meslek grubu "uzman, asistan, intern doktor" ile sınırlandırılmıştır. Ayrıca, uzmanlar tarafından Davis yöntemine göre kapsam geçerliği değerlendirilmesi yapılan ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0,87 olarak bulunmuştur.

4.1.1.4. Yapı Geçerliği Analizi Bulguları

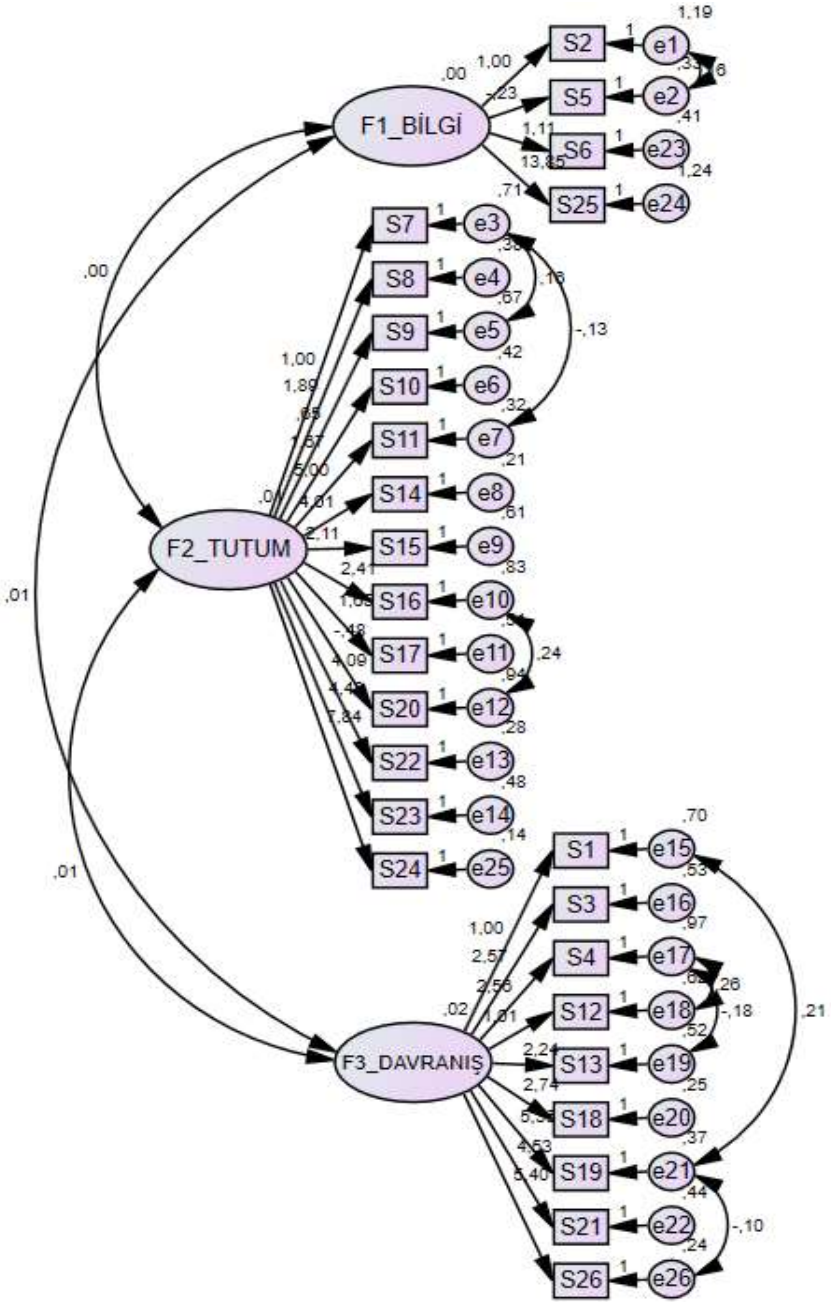
Ölçeğin yapı geçerliğinin değerlendirilmesi için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) maksimum olabilirlik tekniği kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğin uyum indeksleri ve maddelerin regresyon katsayıları (estimate) değerlendirilmektedir.

Tablo 4.2. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

	Regresyon Katsayısı (Estimate)	**Standart Hata (Standart Error)**	**Kritik Oran (Critical Ratio)**	**p**
Bilgi Alt Boyutu				
Madde 2	1,000	-	-	-
Madde 5	- 0,473	0,494	- 0,957	**0,339**
Madde 6	0,749	0,603	1,242	**0,214**
Madde 25	7,406	6,338	1,169	0,007
Tutum Alt Boyutu				
Madde 7	1,000	-	-	-
Madde 8	0,510	0,316	1,613	0,027
Madde 9	0,631	0,387	1,629	0,033
Madde 10	0,741	0,341	2,176	0,030
Madde 11	1,859	0,684	2,719	0,007
Madde 14	1,183	0,457	2,587	0,010
Madde 15	0,875	0,402	2,178	0,029
Madde 16	0,918	0,466	1,969	0,039
Madde 17	0,696	0,327	2,127	0,033
Madde 20	- 0,007	0,338	- 0,022	**0,983**
Madde 22	1,195	0,476	2,511	0,012
Madde 23	1,690	0,591	2,860	0,004
Madde 24	2,440	0,900	2,711	0,007
Davranış Alt Boyutu				
Madde 1	0,440	0,160	2,746	0,006
Madde 3	0,548	0,142	3,845	***
Madde 4	0,517	0,173	2,988	0,003
Madde 12	0,323	0,158	2,051	0,040
Madde 13	0,420	0,154	2,721	**0,243**
Madde 18	0,458	0,089	5,151	***
Madde 19	1,119	0,190	5,880	***
Madde 21	0,741	0,155	4,782	***
Madde 26	1,000	-	-	-

Tablo 4.2'de "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları yer almaktadır. Doğrulayıcı faktör analizinde tüm maddelerin regresyon katsayıları (estimate); -0,473 - 7,406 aralığında bulunmuştur. Madde 5, 6, 13 ve 20'nin regresyon katsayılarının (estimate) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır. İlgili maddeler ölçekten çıkarılmıştır.

Şekil 4.1. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Yapısal Eşitlik Modeli (26 Madde)



Şekil 4.1'de "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği doğrulayıcı faktör analizine ilişkin yapısal eşitlik modeli (26 Madde) sunulmaktadır. Şekil 4.1 ve Tablo 4.2'de sunulan doğrulayıcı faktör analiz bulguları doğrultusunda ölçekten 5., 6., 13. ve 20. maddeler çıkarıldığında ve bilgi ve tutum alt boyutu birleştirildiğinde yapı geçerliği sonuçlarında iyileşmelerin saptanması nedeniyle, ilgili maddeler ölçekten çıkarılmış ve bilgi-tutum alt boyutu birleştirilerek geçerlik ve güvenirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin maddeler çıkarılarak ve alt boyutlar birleştirilerek gerçekleştirilen yapı geçerliği analizinde, Doğrulayıcı Faktör Analizi maksimum olabilirlik tekniği ile değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 4.3. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği İndeksleri

İndeks	**İyi Uyum**	**Kabul Edilebilir Değer**	**26 Madde Ölçek Model Sonucu**	**22 Madde Ölçek Model Sonucu**	**Uyum**
χ2/sd (Ki-Karenin Serbestlik Derecesine Oranı)	0≤χ2/sd≤2	2≤χ2/sd≤3	2,555	1,286	İyi Uyum
RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)	0≤ RMSEA≤0,05	0,05<RMSEA≤0,08	0,093	0,040	İyi Uyum
SRMR (Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karekökü)	SRMR<0,05	SRMR<0,08	0,084	0,042	İyi Uyum
CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)	0,97≤ CFI≤1,00	0,95≤ CFI≤0,97	0,577	0,955	Kabul Edilebilir Uyum
IFI (Artan Uyum İndeksi)	0,95≤ IFI≤1,00	0,80≤ IFI<0,95	0,589	0,958	İyi Uyum
AGFI (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)	0,90≤ AGFI≤1,00	0,85≤AGFI≤0,90	0,679	0,856	Kabul Edilebilir Uyum
TLI (Tucker-Lewis İndeksi)	0,95≤ TLI≤1,00	0,90≤ TLI<0,95	0,534	0,930	Kabul Edilebilir Uyum
GFI (Uyum İyiliği İndeksi)	0,95≤ GFI≤1,00	0,90≤ GFI≤0,95	0,730	0,915	Kabul Edilebilir Uyum

(104, 108, 109)

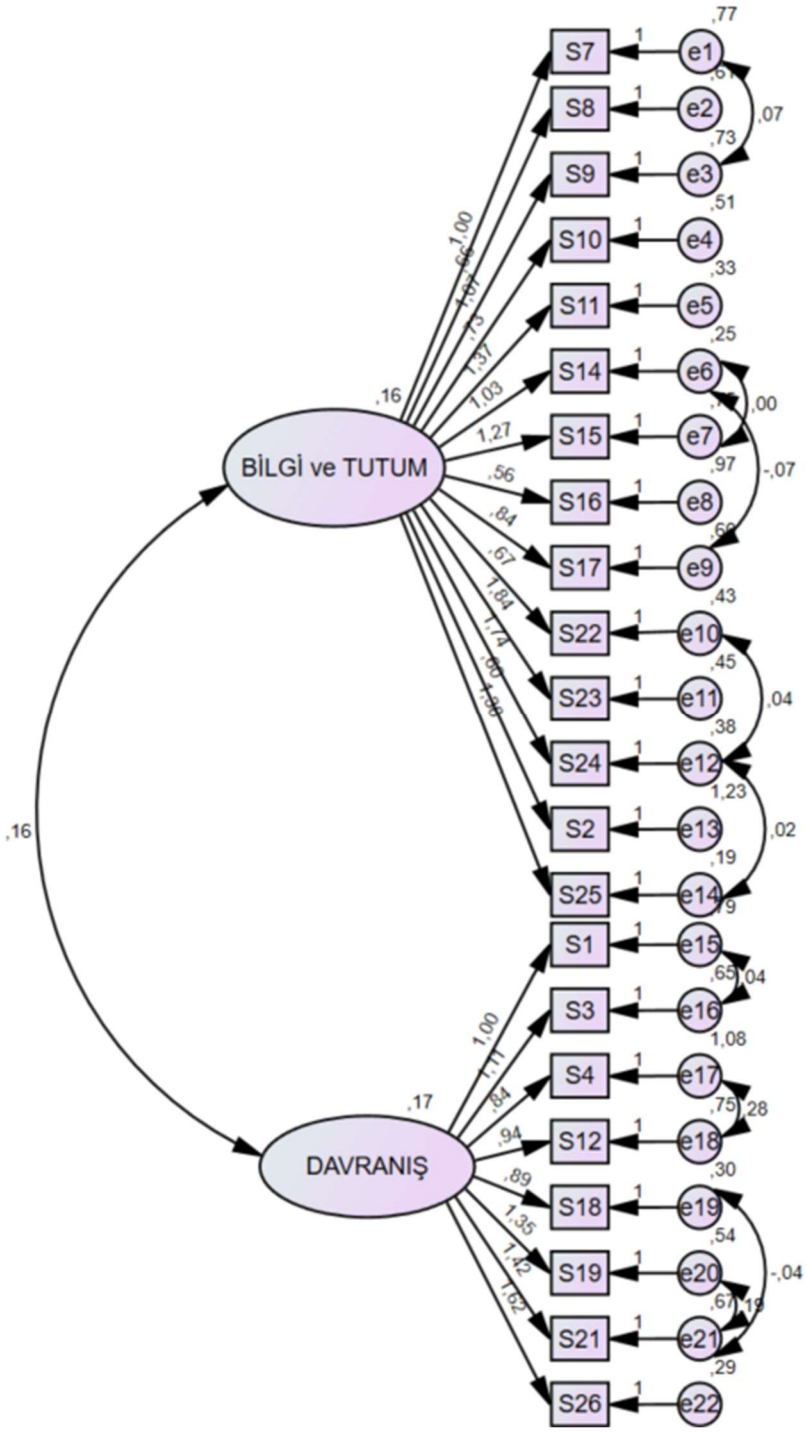
Tablo 4.3'te "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi uyum iyiliği indeks değerleri yer almaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi maksimum olabilirlik tekniğiyle mevcut yapıda uygun olan sekiz modifikasyon yapıldıktan sonra uyum indeks değerlerinin kabul edilebilir/iyi uyum aralığında olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda ölçekten 5., 6., 13. ve 20. maddeler çıkarıldıktan ve bilgi ile tutum alt boyutu birleştirildikten sonra yapılan analizler sonucunda, ölçeğin iki boyutlu ve 22 maddeden oluşan yapısının ülkemiz için geçerli olduğu kabul edilmiştir. Ölçeğin, iki boyutlu ve 22 maddeden oluşan yapısına ilişkin doğrulayıcı faktör analizi bulguları Tablo 4.4 ve Path diyagramı Şekil 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları (22 Madde, 2 Alt Boyut)

	Regresyon Katsayısı (Estimate)	**Standart Hata (Standart Error)**	**Kritik Oran (Critical Ratio)**	**p**
Bilgi – Tutum Alt Boyutu				
Madde 2	0,602	0,252	2,393	0,017
Madde 5	1,000	-	-	-
Madde 6	0,659	0,235	2,807	0,005
Madde 7	1,073	0,305	3,520	***
Madde 8	0,734	0,228	3,218	0,001
Madde 9	1,367	0,349	3,921	***
Madde 11	1,031	0,264	3,911	***
Madde 12	1,275	0,334	3,818	***
Madde 13	0,562	0,257	2,186	0,029
Madde 14	0,836	0,243	3,439	***
Madde 18	0,675	0,228	2,959	0,003
Madde 19	1,839	0,412	4,460	***
Madde 20	1,743	0,447	3,901	***
Madde 21	1,381	0,352	3,927	***
Davranış Alt Boyutu				
Madde 1	1,000	-	-	-
Madde 3	1,112	0,287	3,875	***
Madde 4	0,835	0,272	3,074	0,002
Madde 10	0,941	0,281	3,352	***
Madde 15	0,894	0,246	3,639	***
Madde 16	1,347	0,312	4,315	***
Madde 17	1,416	0,364	3,891	***
Madde 22	1,615	0,381	4,236	***

Tablo 4.4'te iki boyutlu ve 22 maddeden oluşan "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları yer almaktadır. Doğrulayıcı faktör analizinde tüm maddelerin regresyon katsayıları (estimate); 0,562 - 1,839 aralığında bulunmuştur. Tüm maddelerin regresyon katsayılarının (estimate) istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Şekil 4.2. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Yapısal Eşitlik Modeli (22 Madde, 2 Alt Boyut)



4.1.1.5. İç Tutarlılık Analizi Bulguları

Ölçeğin iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirme yapılmıştır. Aşağıdaki tabloda 26 maddeden oluşan ölçeğin, ölçek ve alt boyutlarına ait Cronbach alfa katsayısı ile maddelere ait ortalama, standart sapma, madde-bütün korelasyon katsayısı ve madde silindiğinde Cronbach alfa katsayısı değerleri verilmiştir.

Tablo 4.5. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği İç Tutarlılık Analiz Bulguları (26 Madde)

	Cronbach Alfa Katsayı Değerleri			
	Ölçek	**Bilgi Alt Boyutu**	**Tutum Alt Boyutu**	**Davranış Alt Boyutu**
Güvenirlik Düzeyi	0,796	0,389	0,672	0,682
	Ölçek oldukça güvenilirdir.	Ölçeğin bilgi alt boyutu güvenilir değildir.	Ölçeğin tutum alt boyutu oldukça güvenilirdir.	Ölçeğin davranış alt boyutu oldukça güvenilirdir.

Tablo 4.5'te "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeğinin iç tutarlılık analiz bulguları yer almaktadır. Tabloda iç tutarlılık analizi bulgularına göre Cronbach alfa katsayıları incelendiğinde, ölçek Cronbach alfa katsayısı 0,796 (oldukça güvenilir) olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık analizi sonuçlarına göre Cronbach alfa katsayıları incelendiğinde bilgi alt boyutu Cronbach alfa katsayısı 0,389 (güvenilir değil), tutum alt boyutu Cronbach alfa katsayısı 0,672 (oldukça güvenilir) ve davranış alt boyutu Cronbach alfa katsayısı 0,682 (oldukça güvenilir) olarak saptanmıştır. Bilgi alt boyutu güvenirliği sağlamamakta ve diğer boyutların Cronbach alfa katsayısı çalışmada hedeflenen 0,70 değerinden düşük saptanmıştır.

Tablo 4.6. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği İçin Güvenirlik Bulguları (26 Madde)

Maddeler	x̄	SS	Madde-Bütün Korelasyon Katsayısı	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Katsayısı
1. Madde	2,86	1,22	0,354	0,788
2. Madde	3,36	1,28	0,259	0,796
3. Madde	3,68	1,11	0,380	0,787
4. Madde	2,56	1,26	0,272	0,793
5. Madde	3,91	0,89	**0,089**	0,799
6. Madde	3,60	0,88	**0,064**	0,800
7. Madde	3,26	1,20	0,423	0,784
8. Madde	3,74	0,99	0,255	0,793
9. Madde	2,94	1,28	0,328	0,789
10. Madde	2,59	0,99	0,317	0,790
11. Madde	4,11	0,92	0,489	0,783
12. Madde	2,54	1,22	0,349	0,788
13. Madde	3,65	1,13	**0,089**	0,801
14. Madde	4,07	0,74	0,408	0,787
15. Madde	3,13	1,18	0,445	0,783
16. Madde	3,43	1,18	0,255	0,801
17. Madde	3,07	1,06	0,304	0,790
18. Madde	4,33	0,73	0,397	0,788
19. Madde	3,66	1,08	0,511	0,780
20. Madde	3,05	1,18	**0,062**	0,793
21. Madde	3,98	1,17	0,420	0,784
22. Madde	4,23	0,88	0,259	0,796
23. Madde	3,46	1,10	0,603	0,775
24. Madde	3,99	1,03	0,489	0,782
25. Madde	4,15	0,81	0,495	0,784
26. Madde	4,03	0,93	0,542	0,780

Tablo 4.6'da "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeğinin güvenirlik analizleri yer almaktadır. Tablodaki madde-bütün korelasyon katsayıları incelendiğinde de 5., 6., 13. ve 20. maddelerin madde-bütün korelasyon sonuçlarının +0.25'ten küçük olduğu görülmektedir. Madde-bütün korelasyon değerinin <+0.25 olması nedeniyle ilgili maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (102). Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeks değerlerinin kabul edilebilir/iyi

uyum sınırlarının dışında olması, ilgili maddelerin regresyon katsayılarının ve kritik oranlarının istatistiksel olarak anlamlı olmaması ve ilgili maddeler çıkarılarak yapılan DFA analizinde uyum indeks değerlerinin kabul edilebilir sınırların üstünde hesaplanması bu maddelerin ölçek analizinden çıkarılmasını desteklemektedir.

Tablo 4.7. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği İçin Güvenirlik Bulguları (22 Madde, 2 Alt Boyut)

Maddeler	**x̄**	**SS**	**Madde-Bütün Korelasyon Katsayısı**	**Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Katsayısı**
Madde 1	2,74	1,01	0,369	0,811
Madde 2	3,20	1,31	0,258	0,817
Madde 3	3,52	1,07	0,411	0,809
Madde 4	2,44	1,16	0,313	0,814
Madde 7	2,67	1,13	0,415	0,808
Madde 8	3,16	1,11	0,251	0,818
Madde 9	2,96	1,20	0,307	0,815
Madde 10	2,20	0,96	0,322	0,813
Madde 11	3,52	1,16	0,523	0,804
Madde 12	2,28	1,23	0,349	0,812
Madde 14	3,64	0,84	0,425	0,810
Madde 15	2,64	1,12	0,446	0,807
Madde 16	3,76	0,97	0,252	0,820
Madde 17	3,10	0,92	0,295	0,814
Madde 18	4,28	0,64	0,379	0,811
Madde 19	3,50	0,97	0,505	0,804
Madde 21	3,88	0,93	0,428	0,808
Madde 22	3,74	1,16	0,273	0,816
Madde 23	3,28	1,03	0,619	0,798
Madde 24	3,69	1,03	0,493	0,805
Madde 25	3,79	0,76	0,503	0,806
Madde 26	3,67	0,89	0,562	0,803

Tablo 4.7'de 5., 6., 13. ve 20. maddelerin çıkarıldığı 22 maddeli ve 2 alt boyuttan oluşan ölçeğin güvenirlik analizleri yer almaktadır. Tabloda yer alan analiz sonuçları incelendiğinde ölçekte yer alan maddelerin madde-bütün korelasyon katsayıları +0,25'den büyük olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği İç Tutarlılık Analiz Bulguları (22 Madde, 2 Alt Boyut)

	Cronbach Alfa Katsayısı Değerleri		
	Ölçek	**Bilgi ve Tutum Alt Boyutu**	**Davranış Alt Boyutu**
	0,818	0,721	0,708
Güvenirlik Düzeyi	Ölçek yüksek güvenirliğe sahiptir.	Ölçeğin bilgi ve tutum alt boyutu oldukça güvenilirdir.	Ölçeğin davranış alt boyutu oldukça güvenilirdir.

Tablo 4.8'de 22 madde ve 2 alt boyuttan oluşan ölçeğin iç tutarlılık analiz bulguları yer almaktadır. Tabloda, ölçeğin iç tutarlılık analizine göre Cronbach alfa katsayıları incelendiğinde, ölçek Cronbach alfa katsayısı 0,818 (yüksek güvenirliğe sahip) olarak saptanmıştır. Ölçek alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları incelendiğinde bilgi ve tutum alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,721 (oldukça güvenilir), davranış alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,708 (oldukça güvenilir) olarak bulunmuştur. Elde edilen değerler ölçeğin yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

4.1.1.6. Ölçeğin Güvenirlik Bulguları

Ölçeğin güvenirliğini değerlendirmede testin iki yarıya bölünmesi yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde korelasyon katsayısı bir değerine yaklaştıkça ölçeğin güvenirliği artmaktadır (102).

Tablo 4.9. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Testin İki Yarıya Bölünmesi Yöntemi Güvenirlik Analizi Bulguları (22 Madde, 2 Alt Boyut)

Spearman-Brown Katsayısı	**Guttman Split-Half Katsayısı**	**Güvenirlik Düzeyi**
0,799	0,782	Ölçek güvenilirdir

Tablo 4.9'da 22 madde ve 2 alt boyuttan oluşan ölçeğin iki yarıya bölünmesi yöntemi ile güvenirlik analizi bulguları yer almaktadır. Testin iki yarıya bölünmesi

yöntemini uygulayabilmek için ölçek maddeleri 1., 3., 5., 7., 9., 11., 13., 15., 17., 19., 21. ve 2., 4., 6., 8., 10., 12., 14., 16., 18., 20., 22. maddeler olarak iki yarıya bölünmüştür. Uygulanan analiz sonucunda, Spearman-Brown katsayısı 0,799, Guttman katsayısı 0,782 bulunarak ölçeğin iç güvenirliğinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

4.1.1.7. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Tanımlayıcı Bulguları (22 Madde, 2 Alt Boyut)

Tablo 4.10. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Toplam Puan, Bilgi ve Tutum ile Davranış Alt Boyut Puanlarının Analizi (n=180) (22 Madde, 2 Alt Boyut)

	n	$\bar{x}$	SS	Minimum	Maksimum
Ölçek Toplam Puan	180	50,23	9,82	26,36	71,82
Bilgi ve Tutum Alt Boyutu Toplam Puan	180	50,83	9,89	25,71	72,86
Davranış Alt Boyutu Toplam Puan	180	49,19	12,40	20,00	80,00

Tablo 4.10'da, geçerlik ve güvenirlik yapılan gruba ait verilerle analiz edilen 22 madde, 2 alt boyuttan oluşan "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği toplam, bilgi ve tutum ile davranış alt boyut puanlarının analizi yer almaktadır. Ölçeğin toplam puan ve alt boyut puanlarının analizi sonucunda ölçek toplam puan ortalamasının 50,23 ± 9,82, bilgi ve tutum alt boyutu puan ortalamasının 50,83 ± 9,89 ve davranış alt boyutu puan ortalamasının 49,19 ± 12,40 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.11. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Maddelerinin Analizi (n=180) (22 Madde, 2 Alt Boyut)

Bilgi ve Tutum Alt Boyutu	**Tanımlayıcı Bulgular**	**Cevap Dağılımları (n)****				
	x̄±SS	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Hastalarımı güvenli bir şekilde mobilize etme konusunda eğitim aldım.	3,36±1,28	38	61	26	38	17
*5. Hastalarımı mobilize etmek için uygun ekipman ve/veya donanıma sahip değiliz.	3,26±1,20	22	75	31	33	19
6. Hastalarımın fiziksel fonksiyonu, hastaya hizmet-bakım sunan sağlık çalışanları (hemşireler, doktorlar, fizyoterapistler) arasında düzenli olarak tartışılır.	3,74±0,99	38	88	28	22	4
7. Birimimde hemşire/hasta oranı hastaları mobilize etmek için uygundur.	2,94±1,28	19	57	29	45	30
*8.Hastalarımın genellikle mobilize edilmelerini engelleyen kontrendikasyonları vardır.	**2,59**±0,99	7	28	48	79	18
9. Kontrendikasyon olmadıkça hastalarım hemşireler tarafından günde en az bir kez mobilize edilir.	4,11±0,92	67	83	17	9	4
11. Liderliğim hasta mobilizasyonu için oldukça destekleyicidir.	4,07±0,74	49	102	23	5	1
*12. Hastaların mobilizasyon sıklığını artırmak yaralanma riskimi artırır.	3,13±1,18	21	58	44	39	18
13. Mobilize edilebilecek hastaların genellikle bu duruma uygun doktor istemi vardır.	3,43±1,18	28	84	22	31	15
*14. Hastalarım mobilize edilmeye karşı direnç göstermektedir.	3,07±1,06	12	58	55	41	14
18. Vardiya/çalışma saatlerimde hastalarımın fiziksel durumunu kaydederim.	4,23±0,88	78	81	9	9	3
*19. Vardiya/çalışma saatlerimde hastalarımı mobilize edecek zamanım yoktur.	3,46±1,10	35	57	51	30	7
20. Eğer herhangi bir kontrendikasyon yoksa hastalarımı vardiya/çalışma saatlerimde en az bir kez mobilize ederim.	3,99±1,03	67	69	25	14	5
21. Eğer herhangi bir kontrendikasyon yoksa hastalarımı hastanede yattıkları sürece egzersiz yapmaları ya da fiziksel aktivitelerini artırmaları yönünde eğitirim.	4,15±0,81	65	86	21	7	1
Davranış Alt Boyutu	**x̄±SS**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
*1. Hastalarımın durumu mobilize edilemeyecek kadar ağırdır.	**2,86**±1,22	15	51	38	47	29
*3. Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak onlar için zararlı olacaktır (örneğin düşmeler, IV setin çıkması).	3,68±1,11	44	74	32	21	9
*4. Hastalarımı mobilize ettirmede birincil sorumlu fizyoterapist olmalıdır.	**2,56**±1,26	12	39	33	51	45
*10. Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak hemşireler için daha fazla iş yükü oluşturur.	**2,54**±1,22	9	38	41	46	46
15. Günde en az bir kez mobilize edilen (herhangi bir kontrendikasyon yoksa) hastaların daha iyi olacağına inanırım.	4,33±0,73	83	79	13	5	-
*16. Hastalarımı ne zaman mobilize etmenin güvenli olduğundan emin değilim.	3,66±1,08	40	75	38	18	9
*17. Hastaları mobilize etme konusunda kendime güvenmiyorum.	3,98±1,17	74	68	11	16	11
22. Hastalarımın günde en az bir kez mobilize edilmek için zamanları vardır.	4,03±0,93	64	73	30	11	2

**Ölçeğin 1.,3.,4.,5.,8.,10.,12.,14.,16.,17.,19 maddeleri ters kodlanmıştır.*

***Maddeler, 1= Kesinlikle katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum, şeklinde puanlandırılmaktadır.*

Tablo 4.11'de geçerlik ve güvenirlik yapılan gruba ait verilerle analiz edilen 22 madde, 2 alt boyuttan oluşan "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği maddelerinin analiz bulguları yer almaktadır. Hemşirelerin yoğun bakımda hasta mobilizasyonuna ilişkin en fazla engel olarak algıladıkları maddeler bilgi ve tutum alt boyutunda, "Hastalarımın genellikle mobilize edilmelerini engelleyen kontrendikasyonları vardır" (8. Madde); davranış alt boyutunda, "Hastalarımın durumu mobilize edilemeyecek kadar ağırdır" (1. Madde), "Hastalarımı mobilize ettirmede birincil sorumlu fizyoterapist olmalıdır" (4. Madde), "Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak hemşireler için daha fazla iş yükü oluşturur" (10. Madde) maddeleridir.

Tablo 4.12. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Toplam ve Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi (n=180)

	n	Toplam Puan		Bilgi ve Tutum Alt Boyutu		Davranış Alt Boyutu	
		$\bar{x} \pm SS$	F / t , p	$\bar{x} \pm SS$	F / t , p	$\bar{x} \pm SS$	F / t , p
Cinsiyet							
Kadın	147	50,52±10,02	t: 0,083	51,16±10,06	t:0,952	49,40±12,57	t:0,479
Erkek	33	48,95±8,88	p: 0,408	49,35±9,06	p:0,342	48,25±11,75	p:0,633
Eğitim Durumu							
Lisans	151	49,42±9,87	t:-2,518	50,22 ± 9,81	t:-1,889	48,02±12,41	t:-2,934
Yüksek Lisans	29	54,45±8,56	**p:0,011**	53,99 ± 9,87	p:0,060	55,25±10,61	**p:0,004**
Çalıştığı Yoğun Bakım Seviyesi							
1.Seviye	18	55,00±10,25		55,07±11,50		54,86±11,19	
2.Seviye	39	50,39±10,10	F:2,518	50,87 ± 8,60	F:1,932	49,55±14,25	F:2,280
3.Seviye	123	49,49± 9,55	p:0,084	50,19 ± 9,95	p:0,148	48,25±11,80	p:0,105
Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonu Eğitimi Alma							
Evet	80	53,54±8,97	t:-4,227	54,08 ± 8,47	t:-4,122	52,59±11,91	t:-3,382
Hayır	100	47,59±9,71	**p:0,000**	48,22±10,20	**p:0,000**	46,47±12,17	**p:0,001**
Kurumda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Protokol Varlığı							
Evet	90	51,55±9,45	t:-1,811	52,11 ± 9,27	t:-1,743	50,58±12,23	t:-1,507
Hayır	90	48,91±10,06	p:0,072	49,55±10,36	p:0,083	47,80±12,49	p:0,134

Tablo 4.12'de, "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre analiz sonuçları yer almaktadır. Ölçek toplam ve alt boyut puanları ile cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan yoğun bakım seviyesi, yoğun bakımda hasta mobilizasyonu eğitimi alma, kurumda hasta mobilizasyonuna yönelik protokolün varlığı arasındaki farklar bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir.

Eğitim durumu ile ölçek toplam puanı ve davranış alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçek toplam puanı (54,45 ± 8,56) ve

davranış alt boyutunda (55,25 ± 10,61) yüksek lisans eğitimi olan hemşirelerin algıladıkları engeller yüksek bulunmuştur. Yoğun bakımda hasta mobilizasyonu eğitimi alma ile ölçek toplam puanı, bilgi ve tutum alt boyutu ve davranış alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçek toplam puanı (53,54 ± 8,97), bilgi ve tutum alt boyutu (54,08 ± 8,47) ve davranış alt boyutunda (52,59 ± 11,91) yoğun bakımda hasta mobilizasyonu eğitimi alan hemşirelerin algıladıkları engeller yüksek bulunmuştur. Cinsiyet, çalışılan yoğun bakım seviyesi ve kurumda hasta mobilizasyonuna yönelik protokolün varlığı ile ölçek toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.2. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Mobilizasyona İlişkin Algıladıkları Engellerin Belirlenmesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.13. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=59)

	n	**%**
Yaş (yıl) $\bar{x}$ ± SS (min-maks) = 27,6 ± 4,7 (23-45)		
21-30	53	89,8
31-40	3	5,1
41-50	3	5,1
Cinsiyet		
Kadın	40	67,8
Erkek	19	32,2
Eğitim Durumu		
Lisans	57	96,6
Yüksek Lisans	2	3,4
Çalıştığı Yoğun Bakım Seviyesi		
1. Seviye	2	3,4
2. Seviye	4	6,8
3. Seviye	53	89,8
Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasına Sahip Olma Durumu		
Evet	20	33,9
Hayır	39	66,1
Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonu Eğitimi Alma		
Evet	27	45,8
Hayır	32	54,2
Kurumda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Protokol Varlığı		
Evet	18	30,5
Hayır	41	69,5
	$\bar{x}$ ± SS	**Medyan (Min-Maks.)**
Meslekte Çalışma Süresi (Ay)	58,7 ± 48,6	48 (18-252)
Bulunulan Birimdeki Çalışma Süresi (Ay)	43,6 ± 34,5	36 (3-156)
Yoğun Bakımda Çalışma Süresi (Ay)	44,4 ± 33,7	36 (3-156)

Tablo 4.13'te araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 27,6±4,7 yıl olup, çoğunluğu (%89,8) 21-30 yaş aralığında, %67,8'i kadın, %96,6'sı lisans mezunudur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %89,8'i 3. seviye yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %66,1'i yoğun bakım hemşireliği sertifikasının olmadığını, %54,2'si yoğun bakımda hasta mobilizasyonu konusunda eğitim almadığını, %69,5'i çalıştığı kurumda mobilizasyona yönelik protokol uygulanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların meslekte çalışma süresi ortalama 58,7 ay (4,9 yıl), bulundukları birimdeki çalışma süresi ortalama 43,6 ay (3,6 yıl) olup, yoğun bakımda çalışma süresi ise ortalama 44,4 ay (3,7 yıl)'dır.

Tablo 4.14. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği'nin Toplam, Bilgi ve Tutum ile Davranış Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=59)

	n	**x̄**	**SS**	**Minimum**	**Maksimum**
Ölçek Toplam Puan	59	34,74	7,35	20,00	54,55
Bilgi ve Tutum Alt Boyutu Toplam Puan	59	35,10	8,01	17,14	50,00
Davranış Alt Boyutu Toplam Puan	59	34,11	10,10	10,00	62,50

Tablo 4.14'te Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği için toplam, bilgi ve tutum ile davranış alt boyut puanları yer almaktadır. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği'nin toplam puan ve alt boyut puanlarının analizi sonucunda ölçek toplam puan ortalamasının 34,74 ± 7,35, bilgi ve tutum alt boyutu puan ortalamasının 35,10 ± 8,01 ve davranış alt boyutu puan ortalamasının 34,11 ± 10,10 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.15. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği Maddelerinin İncelenmesi (n=59)

	Tanımlayıcı Bulgular	**Cevap Dağılımları (%)****				
Bilgi ve Tutum Alt Boyutu	**x̄ ± SS**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Hastalarımı güvenli bir şekilde mobilize etme konusunda eğitim aldım.	3,20 ± 1,31	15,2	16,9	13,6	40,7	13,5
*5. Hastalarımı mobilize etmek için uygun ekipman ve/veya donanıma sahip değiliz.	**2,67** ± 1,13	18,6	27,1	23,7	28,8	1,7
6. Hastalarımın fiziksel fonksiyonu, hastaya hizmet-bakım sunan sağlık çalışanları (hemşireler, doktorlar, fizyoterapistler) arasında düzenli olarak tartışılır.	3,16 ±1,11	5,1	27,1	25,4	30,5	11,9
7. Birimimde hemşire/hasta oranı hastaları mobilize etmek için uygundur.	2,96 ±1,20	16,9	18,6	18,6	42,4	3,4
*8.Hastalarımın genellikle mobilize edilmelerini engelleyen kontrendikasyonları vardır.	**2,20**±0,96	22,0	49,2	16,9	10,2	1,7
9. Kontrendikasyon olmadıkça hastalarım hemşireler tarafından günde en az bir kez mobilize edilir.	3,52±1,16	8,5	13,6	10,2	52,5	15,2
11. Liderliğim hasta mobilizasyonu için oldukça destekleyicidir.	3,64±0,84	-	8,5	33,9	42,4	15,2
*12. Hastaların mobilizasyon sıklığını artırmak yaralanma riskimi artırır.	**2,64**±1,12	16,9	30,5	28,8	18,6	5,1
13. Mobilize edilebilecek hastaların genellikle bu duruma uygun doktor istemi vardır.	3,76±0,97	1,7	11,9	15,2	50,8	20,3
*14. Hastalarım mobilize edilmeye karşı direnç göstermektedir.	3,10±0,92	1,7	28,8	30,5	35,6	3,4
18. Vardiya/çalışma saatlerimde hastalarımın fiziksel durumunu kaydederim.	3,74±1,16	8,5	8,5	6,8	52,5	23,7
*19. Vardiya/çalışma saatlerimde hastalarımı mobilize edecek zamanım yoktur.	3,28±1,03	8,5	10,2	32,2	42,4	6,8
20. Eğer herhangi bir kontrendikasyon yoksa hastalarımı vardiya/çalışma saatlerimde en az bir kez mobilize ederim.	3,69±1,03	3,4	11,9	16,9	47,4	20,3
21. Eğer herhangi bir kontrendikasyon yoksa hastalarımı hastanede yattıkları sürece egzersiz yapmaları ya da fiziksel aktivitelerini artırmaları yönünde eğitirim.	3,79±0,76	-	8,5	15,2	64,4	11,9
Davranış Alt Boyutu	**x̄ ± SS**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
*1. Hastalarımın durumu mobilize edilemeyecek kadar ağırdır.	**2,74** ±1,01	8,5	37,3	28,8	22,0	3,4
*3. Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak onlar için zararlı olacaktır (örneğin düşmeler, IV setin çıkması).	3,52±1,07	3,4	16,9	20,3	42,4	16,9
*4. Hastalarımı mobilize ettirmede birincil sorumlu fizyoterapist olmalıdır.	**2,44**±1,16	28,8	22,0	27,1	20,3	1,7
*10. Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak hemşireler için daha fazla iş yükü oluşturur.	**2,28**±1,23	30,5	37,3	11,9	13,6	6,8
15. Günde en az bir kez mobilize edilen (herhangi bir kontrendikasyon yoksa) hastaların daha iyi olacağına inanırım.	4,28±0,64	-	1,7	5,1	55,9	37,3
*16. Hastalarımı ne zaman mobilize etmenin güvenli olduğundan emin değilim.	3,50±0,97	5,1	10,2	22,0	54,2	8,5
*17. Hastaları mobilize etme konusunda kendime güvenmiyorum.	3,88±0,93	1,7	8,5	13,6	52,5	23,7
22. Hastalarımın günde en az bir kez mobilize edilmek için zamanları vardır.	3,67±0,89	3,4	6,8	20,3	57,6	11,9

** Ölçeğin 1.,3.,4.,5.,8.,10.,12.,14.,16.,17.,19 maddeleri ters kodlanmıştır.*

***Maddeler 1= Kesinlikle katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum*

Tablo 4.15'te, Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği maddelerinin analiz bulguları yer almaktadır. Hemşirelerin yoğun bakımda hasta mobilizasyonuna ilişkin en fazla engel olarak algıladıkları maddeler bilgi ve tutum alt boyutunda, "Hastalarımı mobilize etmek için uygun ekipman ve/veya donanıma sahip değiliz" (5. Madde), "Hastalarımın genellikle mobilize edilmelerini engelleyen kontrendikasyonları vardır" (8. Madde), "Hastaların mobilizasyon sıklığını artırmak yaralanma riskimi artırır" (12. Madde); davranış alt boyutunda, "Hastalarımın durumu mobilize edilemeyecek kadar ağırdır" (1. Madde), "Hastalarımı mobilize ettirmede birincil sorumlu fizyoterapist olmalıdır" (4. Madde), "Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak hemşireler için daha fazla iş yükü oluşturur" (10. Madde) maddeleridir.

Tablo 4.16. Değişkenlere Göre Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği Toplam Puanının İncelenmesi (n=59)

	n	**x̄**	**SS**	**t , p***
Cinsiyet				
Kadın	40	35,52	7,54	t:1,181
Erkek	19	33,11	6,85	p:0,243
Çalıştığı Yoğun Bakım Seviyesi				
2. Seviye	6	35,00	12,65	t:0,054
3. Seviye	53	34,71	6,70	p:0,959
Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasına Sahip Olma Durumu				
Evet	20	36,13	8,06	t:-1,040
Hayır	39	34,00	6,96	p:0,303
Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonu Eğitimi Alma				
Evet	27	33,77	8,21	t:0,934
Hayır	32	35,56	6,57	p:0,354
Kurumda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Protokol Varlığı				
Evet	18	33,33	9,34	t:0,842
Hayır	41	35,36	6,33	p:0,408

**p<0,05*

Tablo 4.16'da, Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği toplam puanı ile katılımcıların tanımlayıcı özellikleri arasındaki ilişki sonuçları yer almaktadır. Ölçek toplam puanı ile cinsiyet, çalışılan yoğun bakım seviyesi, yoğun bakım sertifikasının olup olması, yoğun bakımda hasta mobilizasyonu eğitimi alma, kurumda hasta mobilizasyonuna yönelik protokolün varlığı arasındaki farklar bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Cinsiyet, çalışılan yoğun bakım seviyesi, yoğun bakım sertifikasının olup olması, yoğun bakımda hasta mobilizasyonu eğitimi alma, kurumda hasta

mobilizasyonuna yönelik protokolün varlığı ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.17. Değişkenlere Göre Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi (n=59)

	Bilgi ve Tutum Alt Boyutu			**Davranış Alt Boyutu**	
	n	**x̄ ± SS**	**t , p***	**x̄ ±SS**	**t , p***
Cinsiyet					
Kadın	40	35,89 ±7,68	t:1,092	34,75 ±10,46	t:1,050
Erkek	19	33,45±8,64	p:0,279	31,84 ±8,69	p:0,298
Çalıştığı Yoğun Bakım Seviyesi					
2. Seviye	6	36,19±10,44	t:0,346	33,33 ±17,44	t:-0,074
3. Seviye	53	34,98±7,80	p:0,730	33,86 ±9,00	p:0,944
Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasına Sahip Olma Durumu					
Evet	20	36,28±8,77	t:-0,805	35,50 ±10,01	t: -0,931
Hayır	39	34,50±7,64	p:0,424	32,94 ±9,93	p: 0,356
Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonu Eğitimi Alma					
Evet	27	33,65±8,19	t:1,291	33,51 ±10,72	t:0,207
Hayır	32	36,33±7,77	p:0,202	34,06 ± 9,41	p:0,836
Kurumda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Protokol Varlığı					
Evet	18	32,06±9,40	t:1,983	35,27 ± 10,87	t:-0,746
Hayır	41	36,44±7,03	p:0,052	33,17 ± 9,58	p:0,459

**p<0,05*

Tablo 4.17'de, Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği'nin alt boyutları ile katılımcıların tanımlayıcı özellikleri arasındaki ilişki sonuçları yer almaktadır. Ölçek alt boyut puanları ile cinsiyet, çalışılan yoğun bakım seviyesi, yoğun bakım sertifikasının olup olması, yoğun bakımda hasta mobilizasyonu eğitimi alma, kurumda hasta mobilizasyonuna yönelik protokolün varlığı arasındaki farklar bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Cinsiyet, çalışılan yoğun bakım seviyesi, yoğun bakım sertifikasının olup olması, yoğun bakımda hasta mobilizasyonu eğitimi alma, kurumda hasta mobilizasyonuna yönelik protokolün varlığıyla ölçeğin bilgi ve tutum ile davranış alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

5. TARTIŞMA

5.1. "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" (Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği) Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışması

Araştırmanın birinci aşamasında orijinal adı "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" olan "Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği" nin geçerlik ve güvenirlik çalışması, 180 kişilik örneklem ile dil, kapsam, yapı geçerliği ve güvenirlik aşamaları ile gerçekleştirilmiştir.

Ölçeğin dil geçerliği çeviri ve geri çeviri ile, kapsam geçerliği Davis yöntemi ile gerçekleştirilmiş ve kapsam geçerlik indeksi 0,87 olarak hesaplanmıştır. Dil ve kapsam geçerliğinin ardından ölçeğin yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizi maksimum olabilirlik tekniği kullanılarak, regresyon katsayısı (estimate) ve uyum indeks değerlerinin incelenmesiyle belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde birden çok uyum indeksi ve faktör yüklerinin bileşimi modelin uygunluğunu belirlemektedir (105). Analizde modelin kabul edilebilir olması için tüm maddelere ait "t" değerlerinin anlamlı olması ($p<0,05$) beklenmekte ve anlamsız maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (105). Araştırmamızda doğrulayıcı faktör analiz sonuçlarında madde 5, 6, 13 ve 20'nin regresyon katsayılarının (estimate) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen uyum indeks değerlerinin, χ^2/sd (2,555 - kabul edilebilir uyum), GFI (0,730), AGFI (0,679), RMSEA (0,093), SRMR (0,084), CFI (0,577), IFI (0,589) ve TLI (0,534) *"kabul edilebilir/iyi uyum değer"* aralığında olmadığı saptanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeks değerlerinin kabul edilebilir sınırların dışında olması, 5., 6., 13. ve 20. maddelerin regresyon katsayı (estimate) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı olmaması ilgili maddelerin ölçekten çıkarılmasını desteklemektedir. Ölçeğin 5. ve 6. maddeleri dört maddeli bilgi alt boyutunda bulunmaktadır. Maddelerin ölçekten çıkarılması, bilgi alt boyutunda iki maddenin kalmasına neden olmaktadır. Ölçekten madde çıkarılması durumunda ölçeğin her bir alt boyutunda en az üç madde kalması önerilmektedir (110). Buna göre, ölçeğin bilgi ve tutum alt boyutu birleştirilerek, ölçek bilgi-tutum ve davranış iki alt boyutundan oluşan 22 maddeli yeni bir yapıya dönüştürülmüştür. Ölçeğin geçerlik analizine ölçeğin iki boyutlu 22 maddeli

yeni şekliyle devam edilmiştir. Ölçeğin iki alt boyutlu, 22 maddeli yeni yapısının yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizi maksimum olabilirlik tekniği uygulanarak χ^2/sd, RMSEA, SRMR, CFI, IFI, GFI, AGFI ve TLI uyum indeksleri ile incelenmiştir. Literatürde, mevcut yapı (model) test edildikten sonra model uyumu sağlanamadığında, modifikasyon önerileri incelenerek aynı alt boyuttaki maddelerin hata varyansları birleştirilmelidir (110). Araştırmada mevcut yapıya uygun sekiz modifikasyon yapıldıktan sonra uyum indeks değerlerinin "*kabul edilebilir/iyi uyum"* aralığında olduğu bulunmuştur. Ölçeğin uyum indeksleri ayrı ayrı incelenmiştir. Ki-karenin (χ^2) serbestlik derecesine oranı (χ^2/sd), χ^2'nin serbestlik derecesine (sd) bölünmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Ki-karenin serbestlik derecesine oranı, Ki-kare (χ^2) istatistiğine göre örneklem büyüklüğünden daha az etkilendiği için çalışmalarda daha fazla kullanılmaktadır (104). Araştırmada ki-karenin serbestlik derecesine oranının (χ^2/sd) 1,286 olarak hesaplanmış, iyi uyum olarak değerlendirilmiştir. RMSEA, yaklaşık hataların ortalama karekökü olarak tanımlanmakta, modelden tahmin edilen kovaryans matrisin, örnekten elde edilen kovaryans matrisine uygunluk düzeyini bulmak için kullanılmaktadır (108). Araştırmada RMSEA değeri 0,040 olarak hesaplanmış, iyi uyum olarak değerlendirilmiştir. Standardize edilmiş hataların ortalama karekökü olarak tanımlanan SRMR, gözlenen değişkenlerin yorumlanmasında kullanılmaktadır (104). Araştırmada SRMR değeri 0,042 olarak hesaplanmış, iyi uyum olarak değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalı uyum indeksi, CFI, değişkenler arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını ifade etmekte ve bu durumu baz alarak oluşturulan modelin, null (yokluk) modelinden farkını ortaya koymaktadır (104). Araştırmada CFI değeri 0,955 olarak hesaplanmış, kabul edilebilir uyum olarak değerlendirilmiştir. Artan uyum indeksi, IFI değeri araştırmada 0,958 olarak hesaplanmış, iyi uyum olarak değerlendirilmiştir. Uyum iyiliği indeksi, GFI, örneklemdeki kovaryans matrisinin model tarafından ne derecede ölçüldüğünü belirtmektedir. Örneklemdeki büyüklük derecesi arttıkça, GFI değeri de artmaktadır (104). Araştırmada GFI değeri 0,915 olarak hesaplanmış, kabul edilebilir uyum olarak değerlendirilmiştir. GFI değeri örneklemin büyüklük derecesinden etkilenmektedir. Düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi, AGFI, GFI (uyum iyiliği indeksi)'nin yüksek örneklem seviyesinde meydana gelen eksikliğini yok etmek amacıyla kullanılmaktadır (104). Araştırmada AGFI değeri

0,856 olarak hesaplanmış, kabul edilebilir uyum olarak değerlendirilmiştir. Tucker-Lewis indeksi, TLI, araştırmada 0,930 olarak hesaplanmış, kabul edilebilir uyum olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin iki alt boyutlu 22 maddeli yeni yapısıyla gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeks değerlerinin kabul edilebilir /iyi uyum sınırları arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Geçerliği sağlanan ölçeğin, güvenirlik çalışması için Cronbach Alfa katsayısı ve testin iki yarıya bölünmesi yöntemi kullanılmıştır. Ölçek maddelerindeki yanıtların tutarlılık derecesini belirleyebilmek için güvenirlik analizi yapılmaktadır (104). Likert türü ölçeklerin iç tutarlılığı en sık Cronbach Alfa katsayısı ile belirlenmektedir. Maddeler arası korelasyon, madde-toplam korelasyon analizleri ve testin iki yarıya bölünmesi yöntemi de ölçeğin iç tutarlılığı hakkında bilgi vermektedir (110). Literatürde Cronbach Alfa katsayısı değerleri; 0,80-1,00 ise "yüksek güvenirliğe sahip", 0,60-0,79 ise "oldukça güvenilir", 0,40-0,59 ise "güvenirliği düşük" 0,00-0,39 ise "güvenilir değil" olarak yorumlanmaktadır (102). Cronbach Alfa katsayısının 0,70 ve üzeri olması gerekmektedir (104). Araştırmada, 26 maddeli ölçeğin ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayı değerleri literatüre göre incelendiğinde, bilgi alt boyutunun güvenirliği sağlamadığı (0,389), tutum (0,672) ve davranış (0,682) alt boyutları ile ölçeğin (0,796) oldukça güvenilir olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Güvenirlik analizinde 26 maddeden oluşan ölçeğin, 5., 6., 13. ve 20. maddelerinin madde-bütün korelasyon katsayılarının +0.25'ten küçük olduğu saptanmıştır. Literatürde, madde-bütün korelasyon değeri +0.25 altında olan maddelerin ölçekten çıkarılmasının önerilmesi nedeniyle (102), 5., 6., 13. ve 20. maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Maddeler çıkarıldıktan sonra ölçeğin 22 maddeli, iki boyutlu yeni şekliyle güvenirlik analizine devam edilmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde 22 maddeli ölçekte yer alan maddelerin madde-bütün korelasyon katsayıları +0,25'den büyük olduğu saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları incelendiğinde, ölçek Cronbach alfa katsayısı 0,818 (ölçek yüksek güvenirliğe sahiptir), bilgi ve tutum alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,721 (ölçek oldukça güvenilirdir), davranış alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,708 (ölçek oldukça güvenilirdir) olarak bulunmuştur. Goodson ve ark. (12) tarafından geliştirilen orijinal ölçek ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları incelendiğinde, ölçeğin Cronbach alfa katsayısının 0,82 (ölçek yüksek güvenirliğe sahiptir), bilgi alt boyutunun Cronbach

alfa katsayısının 0,62, tutum alt boyutunun Cronbach alfa katsayısının 0,69 ve davranış alt boyutunun Cronbach alfa katsayısının 0,66 (ölçek oldukça güvenilirdir) olduğu görülmektedir. Orijinal ölçek ile çalışma sonuçlarımızdan elde edilen ölçek ve alt boyutlarına ait Cronbach alfa katsayılarının birbirine benzer olduğu bulunmuştur. Testin iki yarıya bölünmesi yönteminde ölçek maddeleri iki yarıya bölünmüştür. Analiz sonucunda, Spearman-Brown katsayısı 0,799, Guttman katsayısı 0,782 bulunarak ölçeğin iç güvenirliğinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Araştırmanın sonuçlarına göre, geçerlik ve güvenirlik analizi yapılan "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeğinin Türkçe iki boyutlu 22 maddeli yeni yapısının geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızda ölçekten "Hangi hastaların fizyoterapiye yönlendirilmesinin uygun olduğuna karar verebilirim", "Hangi hastaların iş / uğraşı terapistine (ergoterapist) yönlendirilmesinin uygun olduğuna karar verebilirim", "Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak fizyoterapistler için daha fazla iş yükü oluşturur" maddeleri ile "Aile üyeleri hastalarının mobilizasyonuna yardım etmeye çoğunlukla isteklidir" maddeleri çıkarılmıştır. Meslek gruplarının mobilizasyon ile ilgili ortak veya disiplinlerine ait bağımsız rol, sorumluluk ve görevleri bulunmaktadır. Yoğun bakımda hemşireler hasta mobilizasyonunun koordinasyon ve düzenlemesinde kilit rol üstlenmekle birlikte, hasta mobilizasyonu tüm disiplinlerin sürekli katılımını gerektirmektedir (58). Dubb ve ark. (81)'nın yaptığı literatür derleme çalışmasında, derlemeye alınan çalışmaların %56'sında mesleklerarası görüşlerin koordinasyonu ve uygulanan prosedürlerin koordinasyonundaki eksiklikler, hastaların mobilizasyon için uygunluğunun belirlenmesindeki eksiklikler veya gecikmeler, rol ve sorumluluklara ilişkin belirsizlikler engel olarak tanımlanmıştır. Hemşirelerin ekip içinde hasta bakımındaki öncelikleri, diğer ekip üyeleri ve aile ile koordinasyon, işbirliği ve dökümanlarla ilgili sorumlulukları, uygun araç-gereç, protokol ve personelin olmaması gibi nedenlerden dolayı iş yoğunluğunun ve stres düzeyinin fazla olması, araştırmanın yapıldığı kliniklerde çalışan tüm fizyoterapistlere (n= 5) ulaşılmasına rağmen sayının sınırlı olması ve kliniklerde ergoterapistin çalışmaması, ülkemiz sağlık sisteminde ekip yönlendirme (konsültasyon) sürecinin farklı olması gibi nedenlerin ilgili maddelerin ölçekte yer almamasına katkı verdiği düşünülmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinde aile üyelerinin bakıma dahil edilmesinde hemşireler bağımsız role sahip olmakla birlikte (111) ailelerin yoğun bakımda hasta bakımına birçok nedenle katılamadığı görülmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin %9,6'sının aile üyelerini hasta bakımına eğitim vermek için dahil ettiği, ancak hastane prosedürlerinin engel olması (%31,7), hemşirelik hizmetlerinin aksaması, enfeksiyon riski ve mahremiyet gibi nedenlerle hemşirelerin aile üyelerini bakıma çoğunlukla katmadığı bulunmuştur (112). Araştırmamızda "Aile üyeleri hastalarının mobilizasyonuna yardım etmeye çoğunlukla isteklidir" maddesinin, sayılan nedenlere bağlı olarak yoğun bakımdaki hastaların bakımında ailelerin genellikle aktif rolünün sınırlılığı ve ülkemiz sağlık sistemi yapısı nedeniyle ölçekte yer almamasının katkı verdiği düşünülmektedir.

5.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellere İlişkin Bulguların Tartışılması

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, yoğun bakımda yatan hastaların mobilizasyonuna ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarına yönelik algıladıkları engellerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada, hemşirelerin hasta mobilizasyonuna yönelik algıladıkları engellerin (34,74±7,35; min-maks: 20,00-54,55); bilgi ve tutum (35,10±8,01) ile davranışa (34,11±10,10) ilişkin engellerinin düşük olduğu ve ve orijinal ölçek toplam puanı ile çalışma sonucumuzun birbirine yakın sonuçlar gösterdiği bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde hasta mobilizasyonuna ilişkin algıladığı engelin Najjar ve ark. (95)'nın çalışmasında (ortalama 34,2) ve Goodson ve ark. (12) tarafından ölçeğin geliştirildiği çalışmada düşük (medyan 37,0) olduğu bulunmuştur. Yoğun bakım hemşirelerinin hasta mobilizasyonu konusundaki bilgi, tutum ve davranışına ilişkin algıladıkları engellerin değerlendirildiği çalışmada mobilizasyona yönelik en büyük engelin davranış (40,0), en düşük engelin ise bilgi (26,8) ve tutum (29,2) (95); Goodson ve ark. (12) tarafından ölçeğin geliştirildiği çalışmada en fazla davranış (39,0); Kim ve ark. (113)'nın çalışmasında en fazla tutumla ilgili engel bildirdikleri saptanmıştır. Çalışmamızda, hemşirelerin yoğun bakımda hasta mobilizasyonuna yönelik bilgi ve tutuma ilişkin algıladıkları engellerin davranışa göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Wang ve ark. (35)'nın çalışmasında, yoğun bakım hemşirelerinin erken mobilizasyonun yararları ve mobilizasyona ara verme endikasyonları konularında

yeterli bilgi (%96,5) ve olumlu tutuma (%61,7) sahip olduğu, %60,8'inin yoğun bakım ünitesindeki hastalar için erken mobilizasyonun rutin olarak uygulanmasını desteklediği bulunmuştur. Jolley ve ark. (114) tarafından yapılan çalışmada, yoğun bakım doktor, hemşire ve fizyoterapistlerinin erken mobilizasyona yönelik bilgi düzeyi yeterli bulunmakla birlikte, Fontela ve ark. (87)'nın çalışmasında doktor, hemşire ve fizyoterapistlerin erken mobilizasyonun yararları ve önemi hakkında yeterli bilgiye ve erken mobilizasyonun uygulanmasına yönelik olumlu tutuma sahip olduğu, diğer bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin erken mobilizasyon bilgisinin düşük ve olumsuz tutuma sahip olduğu bulunmuştur (115). Yoğun bakım hemşirelerinin erken mobilizasyona yönelik algıladığı engeller arasında bilgi eksikliği ve olumsuz tutumlar yer almaktadır. Mobilizasyona yönelik algılanan engeller azaldıkça bilginin arttığı ve tutumun daha olumlu olduğu görülmektedir.

Mobilizasyonun uygulanmasında hastaya ait, sağlık çalışanlarının algıları ve tutumları ile kurumsal/birim kültürleri dahil olmak üzere birçok düzeyde engel mevcuttur (19) ve kanıta dayalı bilginin klinik uygulamaya aktarılmasında tutarsızlıklar bulunabilmektedir (87). Araştırmamızda, algılanan engellerin en sık *yapısal engeller* (ekipman, zarar görme riski, iş yükü) olduğu, diğer engellerin ise *hasta* (kontrendikasyon) ve *süreç* (rol ve sorumluluk) ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışma sonuçlarına göre hemşireler için yoğun bakımda hasta mobilizasyonunun uygulanmasının önündeki en büyük algılanan *yapısal* engeller iş riski, yazılı protokol veya kılavuz eksikliği (35), zarar görme riski ve iş stresi (19, 87, 114), yetersiz personel sayısı (35, 95, 114-116) ekipman veya cihaz (35, 115-117), hemşire/hasta oranının uygun olmaması (113), eğitim eksikliği (35, 113, 115, 116), mobilizasyonun ek bir çaba ve iş yükü gerektirmesi (35, 113, 116), zaman kısıtlaması (95, 113, 114); *hastaya ait engeller* hastaların işbirliğinin sınırlı olması (35), hastalık şiddeti (95), hastaların stabil olmaması, bilinç kaybı, hastalara yönelik riskler (115), sedasyon (116), mekanik ventilasyona bağlı olma (115, 116), cihazların ve kabloların yerinden çıkma riski (117), *süreç ile ilgili engeller* hastaların rutin bakımının gecikmesi (114), tıbbi anlaşmazlıklar (115), *yoğun bakım kültürüyle ilgili engeller* sağlık çalışanlarının erken mobilizasyon konusundaki farkındalığı (115), mobilizasyonun önceliğinin düşük olması, personeller arasında iletişimde yaşanan zorluklar (116) ile ilgili olduğu bildirilmiştir (81).

Araştırmada yoğun bakım hemşireleri tarafından mobilizasyonun uygulanmasına ilişkin *yapısal* engeller (yetersiz personel, ekipman ve cihaz, zarar görme riskinin yüksek olması, iş yükü) tanımlanmıştır (*"Hastalarımı mobilize etmek için uygun ekipman ve/veya donanıma sahip değiliz", "Hastaların mobilizasyon sıklığını artırmak yaralanma riskimi artırır", "Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak hemşireler için daha fazla iş yükü oluşturur"* maddeleri). Sağlık profesyonellerinde kas-iskelet sistem rahatsızlığına en sık yol açan faktörler ağır kaldırma (%92,3), uzun süre ayakta durma (%89,8) ve eğilme (%64,8) olarak belirtilmektedir. Ülkemizde pozisyon verme, transfer gibi hasta işlemlerinin çoğu ekip veya mekanik yardım olmadan gerçekleştirilmektedir. Yoğun bakım hemşireleri diğer bölümlerde çalışan hemşirelere kıyasla daha fazla kas-iskelet rahatsızlığı yaşamakta ve hasta bakımı (%82) bu durumdan etkilenebilmektedir (118). Özel, Akyol ve Sağıt (119) tarafından yürütülen çalışmada, hemşirelerin *"yoğun bakımlardaki malzemeler hemşirelerin vücut mekaniğine uygundur"* ifadesine kısmen katıldığı ve hemşirelerin yarısından fazlasının (%69,4) günlük ortalama 1 ile 4 hastaya bakım verdiği ve bu sayının 14 ile 19'a (%1,8) ulaşabildiği bildirilmiştir. Ülkemizdeki mevzuata göre birinci seviye yoğun bakımda, her beş yatak için bir hemşire, ikinci seviye yoğun bakımda her üç yatak için bir hemşire ve üçüncü seviye yoğun bakımda her iki yatak için bir hemşire olması gerekmektedir (46). Mobilizasyon uygulamasının hemşire (120), personel ve ekipman sayısının fazla (116) olmasıyla ilişkilendirildiği çalışmalar dikkate alındığında, yoğun bakım hemşirelerinin görevlerini yerine getirirken bakım verilen hasta sayısının önerilen sayıdan fazla olması ile uygun ekipman ve personelin olmaması gibi nedenlerle artan zarar görme riskinin hemşirelerin mobilizasyon algısını değişmesine ve algıladıkları engellerde artışa neden olabileceğini düşünülmektedir.

Araştırmada mobilizasyonun uygulanmasına ilişkin *hasta* ile ilgili engeller (kontrendikasyon) tanımlanmıştır *("Hastalarımın genellikle mobilize edilmelerini engelleyen kontrendikasyonları vardır", "Hastalarımın durumu mobilize edilemeyecek kadar ağırdır" maddeleri*). Winkelman ve Peereboom (121) tarafından yoğun bakım hemşireleri ile yapılan çalışmada, hastaların mobilizasyonun en sık kısıtlanma nedenleri vital bulgularının stabil olmaması (%59), düşük tidal volüm ve yorgunluk (%46) olduğu ve ayrıca hastanın düşme, tüp ya da kateterinin yerinden çıkma riski, bilinç düzeyindeki azalma, sedasyon ve ajitasyonun da mobilizasyonu

engelleyen önemli nedenler olduğu bildirilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda, yoğun bakım hastalarında mobilizasyonun güvenli olduğu kabul edilmesine karşın (15-17), hastayla ilgili algılanan engellerden dolayı sağlık profesyonellerinin hastaları mobilize etmekten kaçınması, hastaların yatağa bağımlı olmasına veya hastanede kaldıkları süre boyunca çoğunlukla hareketsiz kalmalarına neden olmaktadır (122). Araştırmada, hemşirelerin *hasta* ile ilgili algıladıkları engellerin, 3. seviye yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire sayısının fazla olmasının, bu seviyedeki yoğun bakım hastalarının üst düzey tıbbi bakım ve tedavi hizmeti verilen komplike hastalar olması nedeniyle literatüre benzer şekilde hasta ile ilgili algılanan engellere neden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada mobilizasyonun uygulanmasına ilişkin *süreç* ile ilgili engeller (rol ve sorumluluk) tanımlanmıştır *("Hastalarımı mobilize ettirmede birincil sorumlu fizyoterapist olmalıdır"* maddesi). Literatürdeki çalışmalar, hemşirelerin mobilizasyona ilişkin bilgi, tutum ve davranış açısından engellerinin hemşire ve sağlık profesyonelleri arasındaki eğitim, uygulama alanı ve mesleki beklentiler arasındaki rol karmaşasından kaynaklanabildiğini (19, 95), hemşire ve sağlık profesyonelleri arasındaki rollerin ve beklentilerin tanımlanmasının erken mobilizasyon uygulamasını artırabildiğini göstermektedir (114). Young ve ark. (123) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin hastaların mobilizasyon sorumluluğunu üstlendiklerinde, hastaların mobilizasyon sıklıklarınında %41'lik artış sağlandığı saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Araştırmanın Birinci Aşaması

Araştırmanın birinci aşamasından elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir.

1. Çalışmanın dil geçerliği çeviri, geri çeviri yöntemiyle sağlanmıştır.
2. Çalışmada, ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0,87 olarak bulunarak, ölçeğin kapsam geçerliği açısından yeterli olduğu görülmüştür.
3. Ölçeğin yapı geçerliğinde 5., 6., 13. ve 20. maddelerinin regresyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olmaması ($p>0,05$) ve ölçek uyum indeks değerlerinin kabul edilebilir sınırların dışında olması ile güvenirlik analizlerinde madde-bütün korelasyon katsayılarının +0,25'den küçük bulunması nedeniyle ilgili maddeler ölçekten çıkarılmıştır.
4. Ölçeğin 22 maddeli, iki boyutlu yeni yapısı regresyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olması ($p<0,05$) ve ölçek uyum indeks değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur.
5. İç tutarlılık analizi sonuçlarına göre, 22 maddeli, iki boyutlu ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,818 (ölçek yüksek güvenirliğe sahiptir), bilgi ve tutum alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,721 (ölçek oldukça güvenilirdir), davranış alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,708 (ölçek oldukça güvenilirdir) olarak bulunmuştur.
6. Orijinal ismi "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" olan, "Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği"nin 22 maddeli, bilgi-tutum ile davranış alt boyutları olmak üzere iki alt boyuttan oluşan yeni yapısının Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.

6.1.2. Araştırmanın İkinci Aşaması

Araştırmanın ikinci aşamasından elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir.

1. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği'nin toplam puan ve alt boyut puanlarının analizi sonucunda ölçek toplam puan ortalamasının 34,74±7,35, bilgi ve tutum alt boyutu puan ortalamasının 35,10±8,01 ve davranış alt boyutu puan ortalamasının 34,11±10,10 olduğu bulunmuştur.
2. Hemşirelerin yoğun bakımda hasta mobilizasyonuna ilişkin en fazla engel olarak algıladıkları maddeler bilgi ve tutum alt boyutunda, *"Hastalarımı mobilize etmek için uygun ekipman ve/veya donanıma sahip değiliz", "Hastalarımın genellikle mobilize edilmelerini engelleyen kontrendikasyonları vardır", "Hastaların mobilizasyon sıklığını artırmak yaralanma riskimi artırır";* davranış alt boyutunda, *"Hastalarımın durumu mobilize edilemeyecek kadar ağırdır", "Hastalarımı mobilize ettirmede birincil sorumlu fizyoterapist olmalıdır", "Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak hemşireler için daha fazla iş yükü oluşturur"* maddeleridir.
3. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile yoğun bakım ünitelerinde izledikleri hastaların mobilizasyonuna ilişkin algıladıkları engel düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Yoğun bakım ünitelerindeki hasta mobilizasyonun rutin bir biçimde uygulanabilmesi için, hastaların mobilizasyon düzeyini belirlemeye yönelik araçların klinikte kullanılmasının sağlanması,
2. Yoğun bakım ünitelerindeki hasta mobilizasyonun rutin bir biçimde uygulanabilmesi için, her birim için standart bir mobilizasyon tanımının yapılması ve checklist ile protokollerin oluşturulması,
3. Sağlık çalışanlarının, hastaların mobilizasyona uygunluğunu belirleyebilmesi ve uygulayabilmesi için eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve eğitimlerin planlanması,
4. Çalışmamızda belirlenen engelleri ortadan kaldırmak (ekipman eksikliği, güvenlik endişesi, stres yönetimi, personel sayısı, rol ve sorumlukların belirlenmesi) için, kurumlarda sadece mobilizasyona görevini üstlenen ekiplerin oluşturulması, uygun ve yeterli sayıda ekipman temin edilmesi,
5. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği'nin, ülkemizde örneklem sayısının artırılarak, farklı seviyelerde erişkin yoğun bakım ünitelerinde uygulanarak sağlık çalışanlarının mobilizasyona yönelik algıladıkları engellerin belirlenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Rehabilitation After Critical Illness in Adults, Clinical guideline [CG83]; 2009.
2. Engel HJ, Needham DM, Morris PE, Gropper MA. ICU early mobilization: from recommendation to implementation at three medical centers. Crit Care Med. 2013;41(9 Suppl 1):69-80.
3. Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ, Blair R, Jewkes J, Bezdjian L, *et al*. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. Crit Care Med. 2007;35(1):139-145.
4. Morris PE, Goad A, Thompson C, Taylor K, Harry B, Passmore L, *et al.* Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. Crit Care Med. 2008;36(8):2238-2243.
5. Zang K, Chen B, Wang M, Chen D, Hui L, Guo S, *et al*. The effect of early mobilization in critically ill patients: A meta-analysis. Nurs Crit Care. 2020;25(6):360-367.
6. Nydahl P, McWilliams D, Weiler N, Borzikowsky C, Howroyd F, Brobeil A, *et al.* Mobilization in the evening to prevent delirium: A pilot randomized trial. Nurs Crit Care. 2022;27(4):519-527.
7. Wang J, Ren D, Liu Y, Wang Y, Zhang B, Xiao Q. Effects of early mobilization on the prognosis of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020;110:103708.
8. Alaparthi GK, Gatty A, Samuel SR, Amaravadi SK. Effectiveness, Safety, and Barriers to Early Mobilization in the Intensive Care Unit. Crit Care Res Pract. 2020;2020:7840743.
9. Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, Deng Y, *et al*. Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2019;14(10):e0223185.
10. Menges D, Seiler B, Tomonaga Y, Schwenkglenks M, Puhan MA, Yebyo HG. Systematic early versus late mobilization or standard early mobilization in mechanically ventilated adult ICU patients: systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2021;25(1):16.

11. Özçelik Z, Akıncı SB, Uçar N, Yılmaz D, Koç N. Yoğun Bakım Hastalarında Erken Mobilizasyon Uygulanması ve Erken Mobilizasyonun Hasta Hemodinamiğine Etkileri. Türk Yoğun Bakım Dergisi. 2017;15(2):53.
12. Goodson CM, Friedman LA, Mantheiy E, Heckle K, Lavezza A, Toonstra A, *et al.* Perceived Barriers to Mobility in a Medical ICU: The Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey for the ICU. J Intensive Care Med. 2020;35(10):1026-1031.
13. TEAM Study Investigators, Hodgson C, Bellomo R, Bailey M, Buhr H, Denehy L, *et al.* Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: a bi-national, multi-centre, prospective cohort study. Crit Care. 2015;19(1):81.
14. Schujmann DS, Teixeira Gomes T, Lunardi AC, Zoccoler Lamano M, Fragoso A, Pimentel M, *et al.* Impact of a Progressive Mobility Program on the Functional Status, Respiratory, and Muscular Systems of ICU Patients: A Randomized and Controlled Trial. Crit Care Med. 2020;48(4):491-497.
15. Hodgson CL, Capell E, Tipping CJ. Early Mobilization of Patients in Intensive Care: Organization, Communication and Safety Factors that Influence Translation into Clinical Practice. Crit Care. 2018;22(1):77.
16. Nydahl P, Sricharoenchai T, Chandra S, Kundt FS, Huang M, Fischill M, *et al*. Safety of Patient Mobilization and Rehabilitation in the Intensive Care Unit. Systematic Review with Meta-Analysis. Ann Am Thorac Soc. 2017;14(5):766-777.
17. Schaller SJ, Anstey M, Blobner M, Edrich T, Grabitz SD, Gradwohl-Matis I, *et al.* Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. Lancet. 2016;388(10052):1377-1388.
18. Akhtar PM, Deshmukh PK. Knowledge, Attitudes, and Perceived Barriers of Healthcare Providers toward Early Mobilization of Adult Critically Ill Patients in Intensive Care Unit. Indian J Crit Care Med. 2021;25(5):512-518.
19. Lewis M, Cumming L, Twose P. Comparison of perceptions and barriers to mobilization in critical care: A comparison of nursing staff and physiotherapists-A single-site service evaluation. Nurs Crit Care. 2023;28(6):1196-1203.

20. Potter K, Miller S, Newman S. Environmental Factors Affecting Early Mobilization and Physical Disability Post-Intensive Care: An Integrative Review Through the Lens of the World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health. Dimens Crit Care Nurs. 2021;40(2):92-117.
21. Koo KK, Choong K, Cook DJ, Herridge M, Newman A, Lo V, *et al.* Early mobilization of critically ill adults: a survey of knowledge, perceptions and practices of Canadian physicians and physiotherapists. CMAJ Open. 2016;4(3):E448-E454.
22. Hermes C, Nydahl P, Blobner M, Dubb R, Filipovic S, Kaltwasser A, *et al.* Assessment of mobilization capacity in 10 different ICU scenarios by different professions. PLoS One. 2020;15(10):e0239853.
23. Mudge AM, Bew P, Smith S, McRae P. Staff knowledge, attitudes and behaviours related to mobilisation in a rehabilitation setting: Short report of a multidisciplinary survey. Australas J Ageing. 2020;39(3):225-229.
24. Salcı Y, Balkan A, Ceren A, Karanfil E, Çetin B, Cengiz M, ve ark. (2019). İnme Sonrası Erken Mobilizasyon Hakkında Profesyonel Görüşlerin İncelenmesi. Dicle Tıp Dergisi. 2019;46(2):261-55.
25. Lim WC, Hill AM, Edgar DW, Elliott M, van der Lee LM. Multidisciplinary staff perceived barriers and enablers to early mobilization of patients with burns in the ICU. Burns. 2023;49(7):1688-1697.
26. Davidson JE, Winkelman C, Gélinas C, Dermenchyan A. Pain, agitation, and delirium guidelines: nurses' involvement in development and implementation. Crit Care Nurse. 2015;35(3):17-32.
27. Agency for Healthcare Research and Quality [İnternet]. 2021 [Erişim Tarihi 20 Temmuz 2021]. Erişim Adresi: https://www.ahrq.gov/hai/tools/mvp/modules/technical/nurse-early-mobility-protocols-fac-guide.html
28. Vincent JL, Norrenberg M. Intensive care unit-acquired weakness: framing the topic. Crit Care Med. 2009;37(10):296-298.
29. Gattinger H, Stolt M, Hantikainen V, Köpke S, Senn B, Leino-Kilpi H. A systematic review of observational instruments used to assess nurses' skills in patient mobilisation. J Clin Nurs. 2015;24(5-6):640-661.

30. Balas MC, Vasilevskis EE, Olsen KM, Schmid KK, Shostrom V, Cohen MZ, *et al.* Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility bundle. Critical Care Medicine. 2014;42(5):1024-1036.
31. Enhanced Recovery After Surgery [İnternet]. 2021 [Erişim Tarihi 20 Temmuz 2021]. Erişim Adresi: https://eras.org.tr/page.php?id=%2010&saglikCalisani=%20true
32. Solak Kabataş, M, Özbayır T. Kolorektal Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü: Sistematik derleme. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(3):120-32.
33. Drolet A, DeJuilio P, Harkless S, Henricks S, Kamin E, Leddy EA, *et al.* Move to improve: the feasibility of using an early mobility protocol to increase ambulation in the intensive and intermediate care settings. Phys Ther. 2013;93(2):197-207.
34. Stolldorf DP, Dietrich MS, Chidume T, McIntosh M, Maxwell CA. Nurse-Initiated Mobilization Practices in 2 Community Intensive Care Units: A Pilot Study. Dimens Crit Care Nurs. 2018;37(6):318-323.
35. Wang J, Xiao Q, Zhang C, Jia Y, Shi C. Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes, and perceived barriers regarding early mobilization of patients. Nurs Crit Care. 2020;25(6):339-345.
36. İbrahimoğlu Ö, Kılıç H, Açıkgöz G. Yoğun Bakım Ünitesi Mobilizasyon Ölçeğinin Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Metadolojik Çalışma. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2022;14(1).
37. Bölüktaş RP. Yoğun bakım ünitelerindeki yaşlı hastalarda deliryumun değerlendirilmesi, önlenmesi ve yönetimine ilişkin stratejiler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2015;19(2): 68-79.
38. Karadaş C, Özdemir L. Deliryumun Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar ve Hemşirenin Sorumlulukları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2019;10(2):137-142.
39. Kılıç G, Sultan KAV. Deliryumun Önlenmesinde Çok Bileşenli Farmakolojik Olmayan Hemşirelik Müdahaleleri. Türk Hemşireler Derneği Dergisi. 2022;3(1):71-80.

40. Vermişli S, Çam K. Ürolojik Radikal Cerrahi Sonrası Erken Mobilizasyonun Etkinliği. Bulletin of ürooncology. 2015;14:324-326.
41. Uğurlu AK, Şahin SK, Seçginli S, Aslan FE. Ameliyat Sonrası İlk 24 Saatte Erken Ayağa Kaldırmanın Hızlı İyileşmeye Etkisi: Sistematik Derleme. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2017;9(4):280-288.
42. Aygin D, Kaynar Kalkan Ö, Akbayır N. Ameliyat Sonrası Erken Dönem Mobilizasyonun Hızlı İyileşmeye Katkısı. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi. 2022;5(3):392-403.
43. Meşe S, Güler S, Korkmaz M. Diz Artroplastisi Hastalarına Yönelik Geliştirilen Mobilizasyon Protokolünün Hemşirelik Bakımına Duyarlı Hasta Sonuçları Üzerine Etkisi: Çok Merkezli, Tek Kör Randomize Kontrollü Bir Çalışma Protokolü. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;8(1):79-95.
44. Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi. 2008 [Erişim Tarihi 12 Şubat 2023]. Erişim Adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html
45. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, *et al*. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. J Crit Care. 2017;37:270-276.
46. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. 2011 [Erişim Tarihi 12 Şubat 2023]. Erişim Adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15146&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5
47. Gosselink R, Bott J, Johnson M, Dean E, Nava S, Norrenberg M, *et al*. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. Intensive Care Med. 2008;34(7):1188-1199.
48. Adler J, Malone D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. Cardiopulmonary physical therapy journal, 2012;23(1):5-13.
49. Hodgson CL, Berney S, Harrold M, Saxena M, Bellomo R. Clinical review: early patient mobilization in the ICU. Crit Care. 2013;17(1):207.

50. Castro-Avila AC, Serón P, Fan E, Gaete M, Mickan S. Effect of Early Rehabilitation during Intensive Care Unit Stay on Functional Status: Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015;10(7):e0130722.
51. Ferrando AA, Paddon-Jones D, Wolfe RR. Bed rest and myopathies. Current opinion in clinical nutrition and metabolic care. 2006;9(4):410-415.
52. Vanhorebeek I, Latronico N, Van den Berghe G. ICU-acquired weakness. Intensive care medicine. 2020;46(4):637-653.
53. De Jonghe B, Sharshar T, Lefaucheur JP, Authier FJ, Durand-Zaleski I, Boussarsar M, *et al.* Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study. JAMA. 2002;288(22):2859-2867.
54. Miranda Rocha AR, Martinez BP, Maldaner da Silva VZ, Forgiarini Junior LA. Early mobilization: Why, what for and how?. Medicina intensiva. 2017;41(7):429–436.
55. Needham DM. Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular weakness and physical function. JAMA. 2008;300(14):1685–1690.
56. Hamburg NM, McMackin CJ, Huang AL, Shenouda SM, Widlansky ME, Schulz E, *et al.* Physical inactivity rapidly induces insulin resistance and microvascular dysfunction in healthy volunteers. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2007;27(12):2650-2656.
57. Dirks ML, Wall BT, van de Valk B, Holloway TM, Holloway GP, Chabowski A, *et al.* One Week of Bed Rest Leads to Substantial Muscle Atrophy and Induces Whole-Body Insulin Resistance in the Absence of Skeletal Muscle Lipid Accumulation. Diabetes. 2016;65(10):2862-2875.
58. Dirkes SM, Kozlowski C. Early Mobility in the Intensive Care Unit: Evidence, Barriers, and Future Directions. Crit Care Nurse. 2019;39(3):33-42.
59. Broderick BJ, O'Briain DE, Breen PP, Kearns SR, Olaighin G. A pilot evaluation of a neuromuscular electrical stimulation (NMES) based methodology for the prevention of venous stasis during bed rest. Med Eng Phys. 2010;32(4):349-355.
60. Brower RG. Consequences of bed rest. Crit Care Med. 2009;37(10):422-428.
61. Worraphan S, Thammata A, Chittawatanarat K, Saokaew S, Kengkla K, Prasannarong M. Effects of Inspiratory Muscle Training and Early Mobilization

on Weaning of Mechanical Ventilation: A Systematic Review and Network Meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2020;101(11):2002-2014.

62. Stiller K, Phillips AC, Lambert P. The safety of mobilisation and its effect on haemodynamic and respiratory status of intensive care patients. Physiotherapy theory and practice. 2004;20:175-185.
63. Stiller K. Safety issues that should be considered when mobilizing critically ill patients. Critical care clinics. 2007;23(1):35-53.
64. Mart MF, Williams Roberson S, Salas B, Pandharipande PP, Ely EW. Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. Semin Respir Crit Care Med. 2021;42(1):112-126.
65. Ding N, Zhang Z, Zhang C, Yao L, Yang L, Jiang B, *et al*. What is the optimum time for initiation of early mobilization in mechanically ventilated patients? A network meta-analysis. PLoS One. 2019;14(10):e0223151.
66. Renner C, Jeitziner MM, Albert M, Brinkmann S, Diserens K, Dzialowski I, *et al.* Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care syndrome. Crit Care. 2023;27(1):301.
67. Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Smith JM, Hopkins RO. Implementation of the Pain, Agitation, and Delirium Clinical Practice Guidelines and promoting patient mobility to prevent post-intensive care syndrome. Crit Care Med. 2013;41(9 Suppl 1):136-145.
68. Morris PE, Berry MJ, Files DC, Thompson JC, Hauser J, Flores L, *et al.* Standardized Rehabilitation and Hospital Length of Stay Among Patients With Acute Respiratory Failure: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2016;315(24):2694-2702.
69. Kayambu G, Boots R, Paratz J. Early physical rehabilitation in intensive care patients with sepsis syndromes: a pilot randomised controlled trial. Intensive Care Med. 2015;41(5):865-874.
70. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, *et al.* Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet (London, England). 2009;373(9678):1874-1882.

71. Doiron KA, Hoffmann TC, Beller EM. Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill adults in the intensive care unit. Cochrane Database Syst Rev. 2018;3(3):CD010754.
72. Hashem MD, Parker AM, Needham DM. Early Mobilization and Rehabilitation of Patients Who Are Critically Ill. Chest. 2016;150(3):722-731.
73. Kress JP. Clinical trials of early mobilization of critically ill patients. Crit Care Med. 2009;37(10 Suppl):442-447.
74. Piva S, Fagoni N, Latronico N. Intensive care unit-acquired weakness: unanswered questions and targets for future research. F1000Res. 2019 Apr 17;8:F1000 Faculty Rev-508.
75. Tipping CJ, Harrold M, Holland A, Romero L, Nisbet T, Hodgson CL. The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. Intensive Care Med. 2017;43(2):171-183.
76. Luetz A, Grunow JJ, Mörgeli R, Rosenthal M, Weber-Carstens S, Weiss B, *et al*. Innovative ICU Solutions to Prevent and Reduce Delirium and Post-Intensive Care Unit Syndrome. Semin Respir Crit Care Med. 2019;40(5):673-686.
77. Kosinski S, Mohammad RA, Pitcher M, Haezebrouck E, Coe AB, Costa DK, *et al*. What Is Post-Intensive Care Syndrome (PICS)?. Am J Respir Crit Care Med. 2020;201(8):15-16.
78. Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaki T, *et al.* Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. Acute Med Surg. 2019;6(3):233-246.
79. Matsuoka A, Yoshihiro S, Shida H, Aikawa G, Fujinami Y, Kawamura Y, *et al.* Effects of Mobilization within 72 h of ICU Admission in Critically Ill Patients: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Clin Med. 2023;12(18):5888.
80. Hickmann CE, Castanares-Zapatero D, Bialais E, Dugernier J, Tordeur A, Colmant L, *et al.* Teamwork enables high level of early mobilization in critically ill patients. Ann Intensive Care. 2016;6(1):80.
81. Dubb R, Nydahl P, Hermes C, Schwabbauer N, Toonstra A, Parker AM, *et al*. Barriers and Strategies for Early Mobilization of Patients in Intensive Care Units. Ann Am Thorac Soc. 2016;13(5):724-730.

82. Brock C, Marzano V, Green M, Wang J, Neeman T, Mitchell I, *et al*. Defining new barriers to mobilisation in a highly active intensive care unit - have we found the ceiling? An observational study. Heart Lung. 2018;47(4):380-385.
83. Harrold ME, Salisbury LG, Webb SA, Allison GT; Australia and Scotland ICU Physiotherapy Collaboration. Early mobilisation in intensive care units in Australia and Scotland: a prospective, observational cohort study examining mobilisation practises and barriers. Crit Care. 2015;19(1):336.
84. MacIntyre NR. Early Mobilization of Patients on Mechanical Ventilation: Worth the Effort and Expense?. Respir Care. 2019;64(1):112-113.
85. Kırtıl İ, Kanan N. Abdominal Cerrahi Girişim Sonrası Erken Mobilizasyonun Gastrointestinal İşlevlere Etkisi: Sistematik Derleme. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2021;30(3):166-176.
86. Hsu SH, Campbell C, Weeks AK, Herklotz M, Kostelecky N, Pastores SM, *et al*. A pilot survey of ventilated cancer patients' perspectives and recollections of early mobility in the intensive care unit. Support Care Cancer. 2020;28(2):747-753.
87. Fontela PC, Forgiarini LA Jr, Friedman G. Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units. Rev Bras Ter Intensiva. 2018;30(2):187-194.
88. Parry SM, Knight LD, Connolly B, Baldwin C, Puthucheary Z, Morris P, *et al*. Factors influencing physical activity and rehabilitation in survivors of critical illness: a systematic review of quantitative and qualitative studies. Intensive Care Med. 2017;43(4):531-542.
89. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 2011 [Erişim Tarihi 12 Şubat 2023]. Erişim Adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm
90. Terzi B, Kaya N. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Dergisi. 2011;1:21-25.
91. Akın Korhan E, Hakverdioğlu Yönt G, Demiray A, Akça A, Eker A. Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi ve Nanda Tanılarına Göre Değerlendirilmesi. J DU Health Sci Inst. 2015;5(1):16-21.

92. Young DL, Seltzer J, Glover M, Outten C, Lavezza A, Mantheiy E, *et al.* Identifying Barriers to Nurse-Facilitated Patient Mobility in the Intensive Care Unit. Am J Crit Care. 2018;27(3):186-193.
93. Babazadeh M, Jahani S, Poursangbor T, Cheraghian B. Perceived barriers to early mobilization of intensive care unit patients by nurses in hospitals affiliated to Jundishapur University of Medical Sciences of Ahvaz in 2019. J Med Life. 2021;14(1):100-104.
94. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. Eğitim Yönetimi Dergisi. 2002;32:470-483.
95. Najjar C, Dima D, de Boer J, Goldfarb M. Beliefs, attitudes and knowledge of cardiovascular healthcare providers on mobilization. Nurs Open. 2021;8(4):1587-1592.
96. Hoyer EH, Brotman DJ, Chan KS, Needham DM. Barriers to early mobility of hospitalized general medicine patients: survey development and results. Am J Phys Med Rehabil. 2015;94(4):304-312.
97. Karaçam Z. Ölçme Araçlarının Türkçeye Uyarlanması. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2(1):28-37.
98. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-497.
99. Davis L. Instrument review: Getting The Most From A Panel Of Experts. Applied nursing research. 1992;5:194-197.
100. Yurdugül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi; 28–30 Eylül 2005; Denizli, Türkiye.
101. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014;13(40):39-49.
102. Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik - Güvenirlik. 6. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık; 2020.
103. Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme- Güvenilirlik-Geçerlilik. TSK koruyucu hekimlik bülteni. 2012;11(3):339-344.
104. Evci N, Aylar F. Derleme: Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı. The journal of social science. 2017;4(10):389-412.

105. Çapık C. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı. Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi. 2014;17(3):196-205.

106. Elma M. Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizi: Teori ve Uygulama [Yüksek lisans tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2019.

107. Hayran M, Hayran M. Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. 2. Baskı. Ankara: Med-Litera Tıbbi Yazım, 2018.

108. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2013;33(1):210-223.

109. Çakı B, Çelikkanat Ş, Güngörmüş Z. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulama Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği: Metodolojik Çalışma. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi. 2023;5(1):36-48.

110. Gökdemir F, Yılmaz T. Likert Tipi Ölçekleri Kullanma, Modifiye Etme, Uyarlama ve Geliştirme Süreçleri. Journal of Nursology. 2023;26(2):148-160.

111. Haugdahl HS, Alexandersen I, Haugan G. Health Promotion Among Long-Term ICU Patients and Their Families. In: Haugan G, Eriksson M, eds. Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research. Cham (CH): Springer; March 12, 2021.245-268.

112. Özmen GÇ, Bulut E, Çilingir D, Güven B, Müezzinoğlu M. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutumları. Türk Hemşireler Derneği Dergisi, 2021;2(2):27-40.

113. Kim C, Kim S, Yang J, Choi M. Nurses' perceived barriers and educational needs for early mobilisation of critical ill patients. Aust Crit Care. 2019;32(6):451-457.

114. Jolley SE, Regan-Baggs J, Dickson RP, Hough CL. Medical intensive care unit clinician attitudes and perceived barriers towards early mobilization of critically ill patients: a cross-sectional survey study. BMC Anesthesiol. 2014;14:84.

115. Zhang H, Liu H, Li Z, Li Q, Chu X, Zhou X, *et al.* Early mobilization implementation for critical ill patients: A cross-sectional multi-center survey about knowledge, attitudes, and perceptions of critical care nurses. Int J Nurs Sci. 2021;9(1):49-55.

116. Barber EA, Everard T, Holland AE, Tipping C, Bradley SJ, Hodgson CL. Barriers and facilitators to early mobilisation in Intensive Care: a qualitative study. Aust Crit Care. 2015;28(4):177-183.

117. Anekwe DE, Koo KK, de Marchie M, Goldberg P, Jayaraman D, Spahija J. Interprofessional Survey of Perceived Barriers and Facilitators to Early Mobilization of Critically Ill Patients in Montreal, Canada. J Intensive Care Med. 2019;34(3):218-226.

118. Pınar R. Work-related musculoskeletal disorders in Turkish hospital nurses. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2010;30(6):1869-75.

119. Özel F, Akyol AD, Sağıt B. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları ile İlgili Görüş ve Düşüncelerinin İncelenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2011;15(2):51-60.

120. Bakhru RN, McWilliams DJ, Wiebe DJ, Spuhler VJ, Schweickert WD. Intensive Care Unit Structure Variation and Implications for Early Mobilization Practices. An International Survey. Ann Am Thorac Soc. 2016;13(9):1527-1537.

121. Winkelman C, Peereboom K. Staff-perceived barriers and facilitators. Crit Care Nurse. 2010;30(2):13-16.

122. Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. J Clin Nurs. 2014;23(11-12):1486-1501.

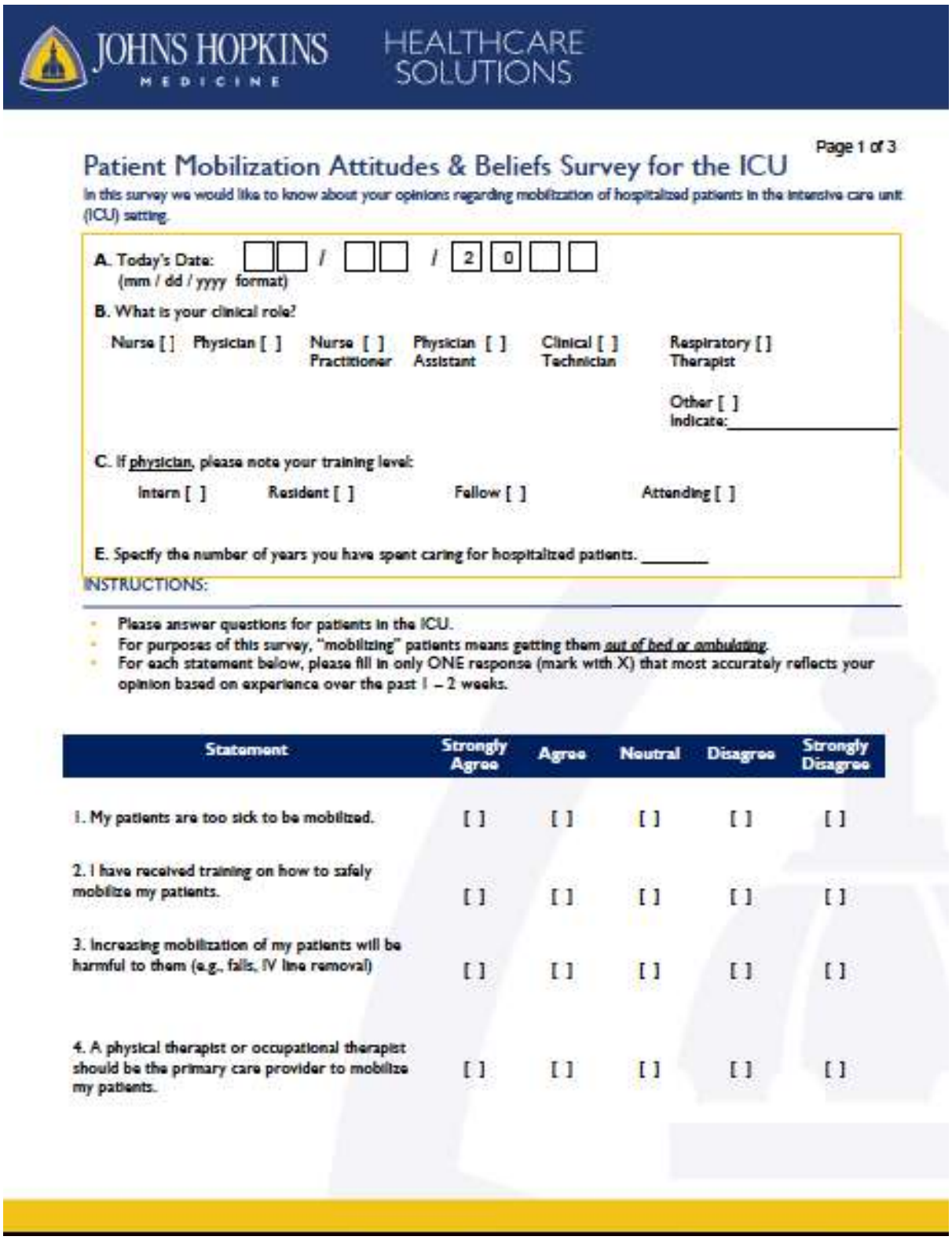
123. Young B, Moyer M, Pino W, Kung D, Zager E, Kumar MA. Safety and Feasibility of Early Mobilization in Patients with Subarachnoid Hemorrhage and External Ventricular Drain. Neurocrit Care. 2019;31(1):88-96.

8. EKLER

Ek 1. Sağlık Profesyoneli Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet: a. Kadın b. Erkek
3. Meslek: a. Hekim b. Hemşire c. Fizyoterapist
4. Eğitim Durumu: a. Lisans b. Yüksek Lisans c. Doktora
5. Çalıştığı Yer: a. 1. Düzey Yoğun Bakım b. 2. Düzey Yoğun Bakım c. 3. Düzey Yoğun Bakım
6. Meslekte Çalışma Süresi:
7. Bulunduğu Birimdeki Çalışma Süresi:
8. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonu Konusunda Bir Eğitim Aldınız Mı? a. Hayır b. Evet (açıklayınız……..)
9. Kurumunuzda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Uygulanan Bir Protokol Var Mı? a. Hayır b. Evet (açıklayınız…….)

Ek 2. Orijinal Ölçek-Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey- ICU



JOHNS HOPKINS MEDICINE HEALTHCARE SOLUTIONS

Page 1 of 3

Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey for the ICU

In this survey we would like to know about your opinions regarding mobilization of hospitalized patients in the intensive care unit (ICU) setting.

A. Today's Date: ☐☐ / ☐☐ / 2 0 ☐☐ (mm / dd / yyyy format)

B. What is your clinical role?

Nurse [ ] Physician [ ] Nurse Practitioner [ ] Physician Assistant [ ] Clinical Technician [ ] Respiratory Therapist [ ]

Other [ ] Indicate: _____

C. If physician, please note your training level:

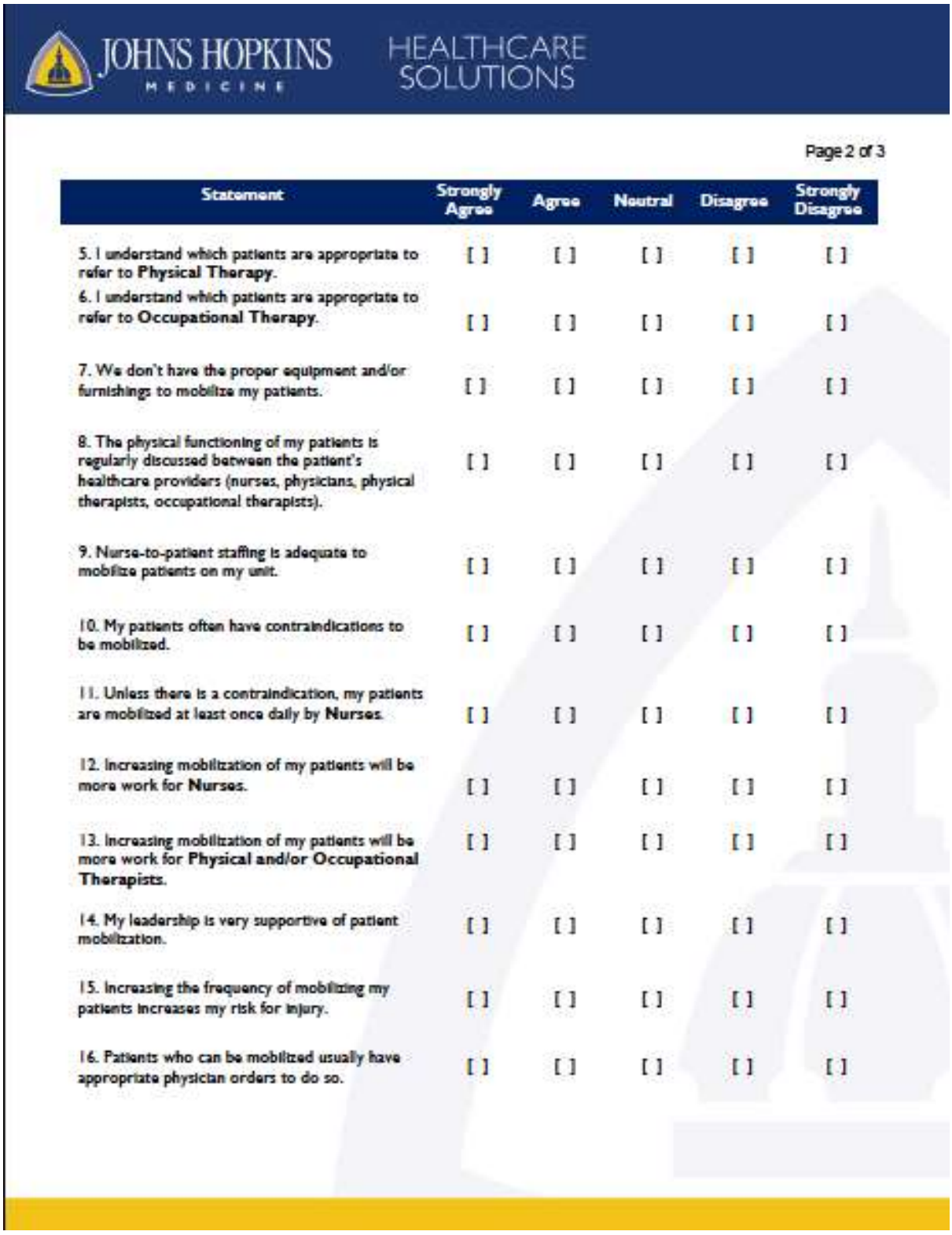
Intern [ ] Resident [ ] Fellow [ ] Attending [ ]

E. Specify the number of years you have spent caring for hospitalized patients. _____

INSTRUCTIONS:

- Please answer questions for patients in the ICU.
- For purposes of this survey, "mobilizing" patients means getting them out of bed or ambulating.
- For each statement below, please fill in only ONE response (mark with X) that most accurately reflects your opinion based on experience over the past 1 – 2 weeks.

Statement	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. My patients are too sick to be mobilized.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2. I have received training on how to safely mobilize my patients.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3. Increasing mobilization of my patients will be harmful to them (e.g., falls, IV line removal)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4. A physical therapist or occupational therapist should be the primary care provider to mobilize my patients.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]



JOHNS HOPKINS MEDICINE HEALTHCARE SOLUTIONS

Statement	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
5. I understand which patients are appropriate to refer to **Physical Therapy**.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6. I understand which patients are appropriate to refer to **Occupational Therapy**.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7. We don't have the proper equipment and/or furnishings to mobilize my patients.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8. The physical functioning of my patients is regularly discussed between the patient's healthcare providers (nurses, physicians, physical therapists, occupational therapists).	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9. Nurse-to-patient staffing is adequate to mobilize patients on my unit.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10. My patients often have contraindications to be mobilized.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
11. Unless there is a contraindication, my patients are mobilized at least once daily by **Nurses**.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
12. Increasing mobilization of my patients will be more work for **Nurses**.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
13. Increasing mobilization of my patients will be more work for **Physical and/or Occupational Therapists**.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
14. My leadership is very supportive of patient mobilization.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
15. Increasing the frequency of mobilizing my patients increases my risk for injury.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
16. Patients who can be mobilized usually have appropriate physician orders to do so.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

JOHNS HOPKINS MEDICINE HEALTHCARE SOLUTIONS

Statement	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
17. My patients are resistant to being mobilized.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
18. I believe that my patients who are mobilized at least once daily (if there is no contraindication) will have better outcomes.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
19. I am not sure when it is safe to mobilize my patients.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
20. Family members of my patients are frequently interested to help mobilize them.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
21. I do not feel confident in my ability to mobilize my patients.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
22. I document the physical functioning status of my patients during my shift/work day.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
23. I do not have time to mobilize my patients during my shift/work day.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
24. Unless there is a contraindication, I mobilize my patients at least once during my shift/work day.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
25. Unless there is a contraindication, I educate my patients to exercise or increase their physical activity while on my hospital unit.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
26. My patients have time during their day to be mobilized at least once daily.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Do you believe there are other issues related to mobility that were not covered in this survey? If yes, specify below.

This work, created by Erik Hoyer, MD, Dale M. Needham, MD, PhD, and the Johns Hopkins Activity and Mobility Promotion (AMP) Group, is licensed under the Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 International License. To view a copy of this license, visit http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Ek 3. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği (26 Madde)

Bu ölçek ile yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların mobilizasyonuna ilişkin görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz.

A. Tarih: ……. (gg/aa/yyyy)
B. Mesleğiniz?
[ ] Hemşire
[ ] Uzman Doktor [ ] Asistan Doktor [ ] Intern Doktor
[ ] Fizyoterapist
[ ] Diğer Belirtiniz:____

C. Yoğun bakımda çalışma sürenizi yıl olarak belirtiniz____

- Lütfen aşağıdaki soruları yoğun bakımdaki hastalarınızı dikkate alarak yanıtlayınız.
- Bu ölçek kapsamında "mobilizasyon", hastanın yatak içi, yatak dışı ya da aktif mobilize etmek (odasında dolaştırmak gibi) anlamına gelmektedir.
- Aşağıdaki her bir ifade için görüşünüzü son 1-2 hafta içindeki deneyiminizi yansıtacak şekilde cevaplayınız. Görüşünüzü en doğru şekilde yansıtan yalnızca BİR yanıtı (X) işaretleyiniz.

İfadeler	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1. Hastalarımın durumu mobilize edilemeyecek kadar ağırdır.					
2. Hastalarımı güvenli bir şekilde mobilize etme konusunda eğitim aldım.					
3. Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak onlar için zararlı olacaktır (örneğin düşmeler, IV setin çıkması).					
4. Hastalarımı mobilize ettirmede birincil sorumlu fizyoterapist olmalıdır.					
5. Hangi hastaların fizyoterapiye yönlendirilmesinin uygun olduğuna karar verebilirim.					
6. Hangi hastaların iş / uğraşı terapistine (ergoterapist) yönlendirilmesinin uygun olduğuna karar verebilirim.					
7. Hastalarımı mobilize etmek için uygun ekipman ve/veya donanıma sahip değiliz.					

8. Hastalarımın fiziksel fonksiyonu, hastaya hizmet-bakım sunan sağlık çalışanları (hemşireler, doktorlar, fizyoterapistler) arasında düzenli olarak tartışılır.					
9. Birimimde hemşire/hasta oranı hastaları mobilize etmek için uygundur.					
10. Hastalarımın genellikle mobilize edilmelerini engelleyen kontrendikasyonları vardır.					
11. Kontrendikasyon olmadıkça hastalarım hemşireler tarafından günde en az bir kez mobilize edilir.					
12. Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak hemşireler için daha fazla iş yükü oluşturur.					
13. Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak fizyoterapistler için daha fazla iş yükü oluşturur.					
14. Liderliğim hasta mobilizasyonu için oldukça destekleyicidir.					
15. Hastaların mobilizasyon sıklığını artırmak yaralanma riskimi artırır.					
16. Mobilize edilebilecek hastaların genellikle bu duruma uygun doktor istemi vardır.					
17. Hastalarım mobilize edilmeye karşı direnç göstermektedir.					
18. Günde en az bir kez mobilize edilen (herhangi bir kontrendikasyon yoksa) hastaların daha iyi olacağına inanırım.					
19. Hastalarımı ne zaman mobilize etmenin güvenli olduğundan emin değilim.					
20. Aile üyeleri hastalarının mobilizasyonuna yardım etmeye çoğunlukla isteklidir.					
21. Hastaları mobilize etme konusunda kendime güvenmiyorum.					
22. Vardiya/çalışma saatlerimde hastalarımın fiziksel durumunu kaydederim.					
23. Vardiya/çalışma saatlerimde hastalarımı mobilize edecek zamanım yoktur.					
24. Eğer herhangi bir kontrendikasyon yoksa hastalarımı vardiya/çalışma saatlerimde en az bir kez mobilize ederim.					
25. Eğer herhangi bir kontrendikasyon yoksa hastalarımı hastanede yattıkları sürece egzersiz yapmaları ya da fiziksel aktivitelerini artırmaları yönünde eğitirim.					
26. Hastalarımın günde en az bir kez mobilize edilmek için zamanları vardır.					
Mobilizasyon ile ilgili bu ölçekte ele alınmayan başka konular olduğunu düşünüyor musunuz? Evet ise aşağıda belirtiniz.					

Ek 4. Hemşire Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet: a. Kadın b. Erkek
3. Eğitim Durumu: a. Lisans b. Yüksek Lisans c. Doktora
4. Çalıştığı Yer: a. 1. Düzey Yoğun Bakım b. 2. Düzey Yoğun Bakım c. 3. Düzey Yoğun Bakım
5. Bulunduğunuz Birimdeki Çalışma Statünüz Nedir? a. Sorumlu Hemşire b. Yoğun Bakım Klinik Hemşiresi
6. Yoğun Bakım Sertifikanız Bulunmakta Mıdır? a. Hayır b. Evet (açıklayınız.....)
7. Meslekte Çalışma Süresi:
8. Bulunduğu Birimdeki Çalışma Süresi:
9. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonu Konusunda Bir Eğitim Aldınız Mı? a. Hayır b. Evet (açıklayınız……..)
10. Kurumunuzda, Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Uygulanan Bir Protokol Var Mı? a. Hayır b. Evet (açıklayınız…… …….)

Ek 5. Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği (22 Madde)

Bu ölçek ile yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların mobilizasyonuna ilişkin görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz.

D. Tarih: ……. (gg/aa/yyyy)

E. **Yoğun bakımda çalışma sürenizi yıl olarak belirtiniz____**

- Lütfen aşağıdaki soruları yoğun bakımdaki hastalarınızı dikkate alarak yanıtlayınız.
- Bu ölçek kapsamında "mobilizasyon", hastanın yatak içi, yatak dışı ya da aktif mobilize etmek (odasında dolaştırmak gibi) anlamına gelmektedir.
- Aşağıdaki her bir ifade için görüşünüzü son 1-2 hafta içindeki deneyiminizi yansıtacak şekilde cevaplayınız. Görüşünüzü en doğru şekilde yansıtan yalnızca BİR yanıtı (X) işaretleyiniz.

İfadeler	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1. Hastalarımın durumu mobilize edilemeyecek kadar ağırdır.					
2. Hastalarımı güvenli bir şekilde mobilize etme konusunda eğitim aldım.					
3. Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak onlar için zararlı olacaktır (örneğin düşmeler, IV setin çıkması).					
4. Hastalarımı mobilize ettirmede birincil sorumlu fizyoterapist olmalıdır.					
5. Hastalarımı mobilize etmek için uygun ekipman ve/veya donanıma sahip değiliz.					
6. Hastalarımın fiziksel fonksiyonu, hastaya hizmet-bakım sunan sağlık çalışanları (hemşireler, doktorlar, fizyoterapistler) arasında düzenli olarak tartışılır.					
7. Birimimde hemşire/hasta oranı hastaları mobilize etmek için uygundur.					
8. Hastalarımın genellikle mobilize edilmelerini engelleyen kontrendikasyonları vardır.					

9. Kontrendikasyon olmadıkça hastalarım hemşireler tarafından günde en az bir kez mobilize edilir.					
10. Hastalarımın mobilizasyonunu artırmak hemşireler için daha fazla iş yükü oluşturur.					
11. Liderliğim hasta mobilizasyonu için oldukça destekleyicidir.					
12. Hastaların mobilizasyon sıklığını artırmak yaralanma riskimi artırır.					
13. Mobilize edilebilecek hastaların genellikle bu duruma uygun doktor istemi vardır.					
14. Hastalarım mobilize edilmeye karşı direnç göstermektedir.					
15. Günde en az bir kez mobilize edilen (herhangi bir kontrendikasyon yoksa) hastaların daha iyi olacağına inanırım.					
16. Hastalarımı ne zaman mobilize etmenin güvenli olduğundan emin değilim.					
17. Hastaları mobilize etme konusunda kendime güvenmiyorum.					
18. Vardiya/çalışma saatlerimde hastalarımın fiziksel durumunu kaydederim.					
19. Vardiya/çalışma saatlerimde hastalarımı mobilize edecek zamanım yoktur.					
20. Eğer herhangi bir kontrendikasyon yoksa hastalarımı vardiya/çalışma saatlerimde en az bir kez mobilize ederim.					
21. Eğer herhangi bir kontrendikasyon yoksa hastalarımı hastanede yattıkları sürece egzersiz yapmaları ya da fiziksel aktivitelerini artırmaları yönünde eğitirim.					
22. Hastalarımın günde en az bir kez mobilize edilmek için zamanları vardır.					
Mobilizasyon ile ilgili bu ölçekte ele alınmayan başka konular olduğunu düşünüyor musunuz? Evet ise aşağıda belirtiniz.					

Ek 6. Etik Kurul Onayı

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-2266
Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 07 ARALIK 2021 SALI
Toplantı No : 2021/20
Proje No : GO 21/1106 (Değerlendirme Tarihi: 19.10.2021)
Karar No : 2021/20-04

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. İmatullah AKYAR'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Sevgi UZUNTEPE'nin yüksek lisans tezi olan, GO 21/1106 kayıt numaralı ***"Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellerin Belirlenmesi"*** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 08 Aralık 2021 – 08 Eylül 2022 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur.** Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1.Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Başkan)	8. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
2. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)
3. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	10. Doç. Dr. Merve BATUK	(Üye)
4. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	(Üye)	11. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	İZİNLİ 12. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
6. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)	İZİNLİ 13. Av. Serap MORALIOĞLU	(Üye)
7. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK			

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi için:

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-2128
Konu :

15.11.2022

Doç. Dr. İmatullah AKYAR
Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Sayın Doç. Dr. AKYAR,

Kurulumuzun 07.12.2021 tarihli toplantısında GO 21/1106 kayıt numarası ile onaylanmış olan ve ***"Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellerin Belirlenmesi"*** başlıklı projeniz için 10.11.2022 tarihinde vermiş olduğunuz süre uzatma dilekçeniz Kurulumuzun 15.11.2022 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve **uygun bulunmuştur.**. Çalışmanın yeni sonlanım tarihi 30 Eylül 2023 olarak belirlenmiş ve kayıtlarımıza eklenmiştir.

Prof. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR
Başkan

EK :
Toplantı Katılım Tutanağı

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu

Sayı : E-16969557-050.01.04-00003063097 11/09/2023
Konu : Kurul Kararı (GO 21/1106)

Sayın Doç. Dr. İmatullah AKYAR

Kurulumuzun 07.12.2021 tarihli toplantısında GO 21/1106 kayıt numarası ile onaylanmış olan ve ***"Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellerin Belirlenmesi"*** başlıklı projeniz için vermiş olduğunuz 28.08.2023 tarihli süre uzatma talebi dilekçeniz Kurulumuzun 05.09.2023 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve **uygun bulunmuştur**. Çalışmanın yeni sonlanım tarihi 31.12.2023 olarak belirlenmiş ve kayıtlarımıza eklenmiştir.

Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR
Kurul Başkanı

Ek :
1. Katılım Tutanağı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 7094A25F-40E9-481E-ABC4-C94D3C96EF51 Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys

Adres: Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulları ve Komisyonları 06100 Sıhhiye/Ankara
E-posta:sbaek@hacettepe.edu.tr Elektronik Ağ: www.hacettepe.edu.tr
Telefon: 0 (312) 305 1082 Faks:0 (312) 310 0580
Kep:
Bilgi için: Burak CİHAN
Bilgisayar İşletmeni
Telefon: 03123051082

Ek 7. Çalışmanın Yapıldığı Kurumlardan Alınan İzinler

Tarih: 23/02/2023 18:26
Sayı: E-68571210-100-00002708135
00002708135

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
H.Ü.Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
Onkoloji Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-68571210-100-00002708135 23.02.2023
Konu : Uygulama İzni (Sevgi UZUNTEPE)

H.Ü.SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞINA

İlgi : 17/02/2023 tarihli ve E-27043162-100-00002695628 sayılı yazı.

İlgi yazınıza istinaden ***"Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellerin Belirlenmesi"*** başlıklı araştırmanın 13.02.2023 ve 30.09.2023 tarihleri arasında Hastanemiz Yoğun Bakım Ünitesi' nde görev yapan Hemşireler ile yürütülmesi uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Doç. Dr. Zafer ARIK
Onkoloji Hastanesi Başhekimi

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: B1CC6321-3E11-4F72-8679-DE24AA86B9C3 Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys

Adres: Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Hastanesi Başhekimliği Sihhiye /ANKARA
E-posta: Elektronik Ağ: www.hacettepe.edu.tr
Telefon: (312)3053215-16-17-18 Faks:
Kep:

Bilgi için: Cansu YURTTAŞ
Bilgisayar İşletmeni
Telefon: 3053218

Tarih: 06/04/2023 08:33
Sayı: E-32311235-000-00002785133

00002785133

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
H.Ü.Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
Erişkin Hastanesi Başhekimliği
Erişkin Hastanesi Müdürlüğü

Sayı : E-32311235-000-00002785133 6.04.2023
Konu : Uygulama İzni (Sevgi UZUNTEPE)

ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 30/03/2023 tarihli ve E-90611621-000-00002772483 sayılı yazınız.

Yüksek lisans programı öğrencisi Sevgi UZUNTEPE' nin Kalp Damara Cerrahi Yoğun Bakım, Nöroloji Yoğun Bakım ve Anestezi Yoğun Bakım ünitesinde anket uygulaması yapması uygun bulunmuş ancak İç HastalıklarıYoğun Bakım Bilim Dalımız'da anket yapması uygun görülmemiştir.

Taşkın DURMUŞ
Erişkin Hastanesi Müdür V.

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 73C3F010-0369-44D6-8C63-4949460D1781 Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys

Adres:
E-posta: Elektronik Ağ: www.hacettepe.edu.tr
Telefon: Faks:
Kep:

Bilgi için: Mihrican ÖZCAN
Bilgisayar İşletmeni
Telefon: 0312 305 1641

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Daire Başkanlığı

Sayı : E-73050022-903.07.02-542471 23.12.2022
Konu : Uygulama İzni (Sevgi UZUNTEPE)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : a) Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğünün 09.12.2022 tarihli ve E-35853172-100-2562482 sayılı yazısı.
b) Üniversitemiz Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliğinin 22.12.2022 tarihli ve E-42000842-903.07.01- 541094 sayılı yazısı.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. İmatullah AKYAR'ın sorumluluğunda, yüksek lisans öğrencisi Sevgi UZUNTEPE tarafından yürütülen "Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellerin Belirlenmesi" konulu çalışmayı 22 Aralık 2022-30 Eylül 2023 tarihleri arasında Üniversitemiz Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde yapmasının uygun görüldüğüne ilişkin ilgi (b) yazının bir örneği ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ramazan BAYINDIR
Rektör V.

Ek:İlgi (b) Yazı (1 Sayfa)
DAĞITIM
Gereği:
Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğüne

Bilgi:
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliğine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSD73K5AS3 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys

Gazi Üniversitesi Rektörlüğü Personel Daire Başkanlığı Emniyet Mahallesi
Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 24 00 Faks:0 (312) 215 20 34
e-Posta :personel@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://personel.gazi.edu.tr/
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Emine Ege
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No:03122022428

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.12.2022-E.541094

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-42000842-903.07.01-541094 22.12.2022
Konu : Uygulama İzni (Sevgi UZUNTEPE)

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgi : 12.12.2022 tarihli ve 73050022-903.07.01- 532332 sayılı yazı.

İlgi yazıya istinaden, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. İmatullah AKYAR'ın sorumluluğunda, yüksek lisans öğrencisi Sevgi UZUNTEPE tarafından yürütülen "Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellerin Belirlenmesi" konulu çalışmayı 22 Aralık 2022-30 Eylül 2023 tarihleri arasında Hastanemiz Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerle uygulama izin talebiniz tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Hasan BOSTANCI
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSF7DS99Y3 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:2025088 Faks:0 (312) 223 05 28
e-Posta :hastane@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.hastane.gazi.edu.tr
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Ayşe KABASAKAL
Hemşire
Telefon No:2024085

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-90739940-799-212083640
Konu : Sevgi UZUNTEPE (Tez Çalışması)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 15.02.2023 tarihli ve 2693275 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sevgi UZUNTEPE' nin ***"Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellerin Belirlenmesi"*** konulu tez çalışması talebine ilişkin Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin cevabi yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Söz konusu çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla ilgili kurumda yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Fatih TEKİN
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizm. Başkan Yrd.

Ek: Üst Yazı.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: E004CF34-7EA5-4BEC-A117-32BAC86A5C98 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Etlik Şehir Hastanesi Kampüsü G 6 Kapısı, Ayvalı Mah. Halil Sezai Erkut Cad. No:5 -P.K. 6010 Keçiören/Ankara
06010
Telefon No: 03127973000
e-Posta: ankara@saglik.gov.tr İnternet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/
Kep Adresi: ankarailsaglik@hs01.kep.tr

Bilgi için: Yeşim ÖZER
Sürekli İşçi
Telefon No: 03127973000 - 124913

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı

Sayı : E-90739940-799-226826617
Konu : Sevgi UZUNTEPE (Tez Çalışması)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

İlgi : 13.09.2023 tarih ve 3070613 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sevgi UZUNTEPE' nin ***"Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellerin Belirlenmesi"*** konulu tez çalışması için ek süre talebine ilişkin Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin cevabi yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Sözkonusu çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla ilgili kurumda yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Fatih TEKİN
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizm. Başkan Yrd.

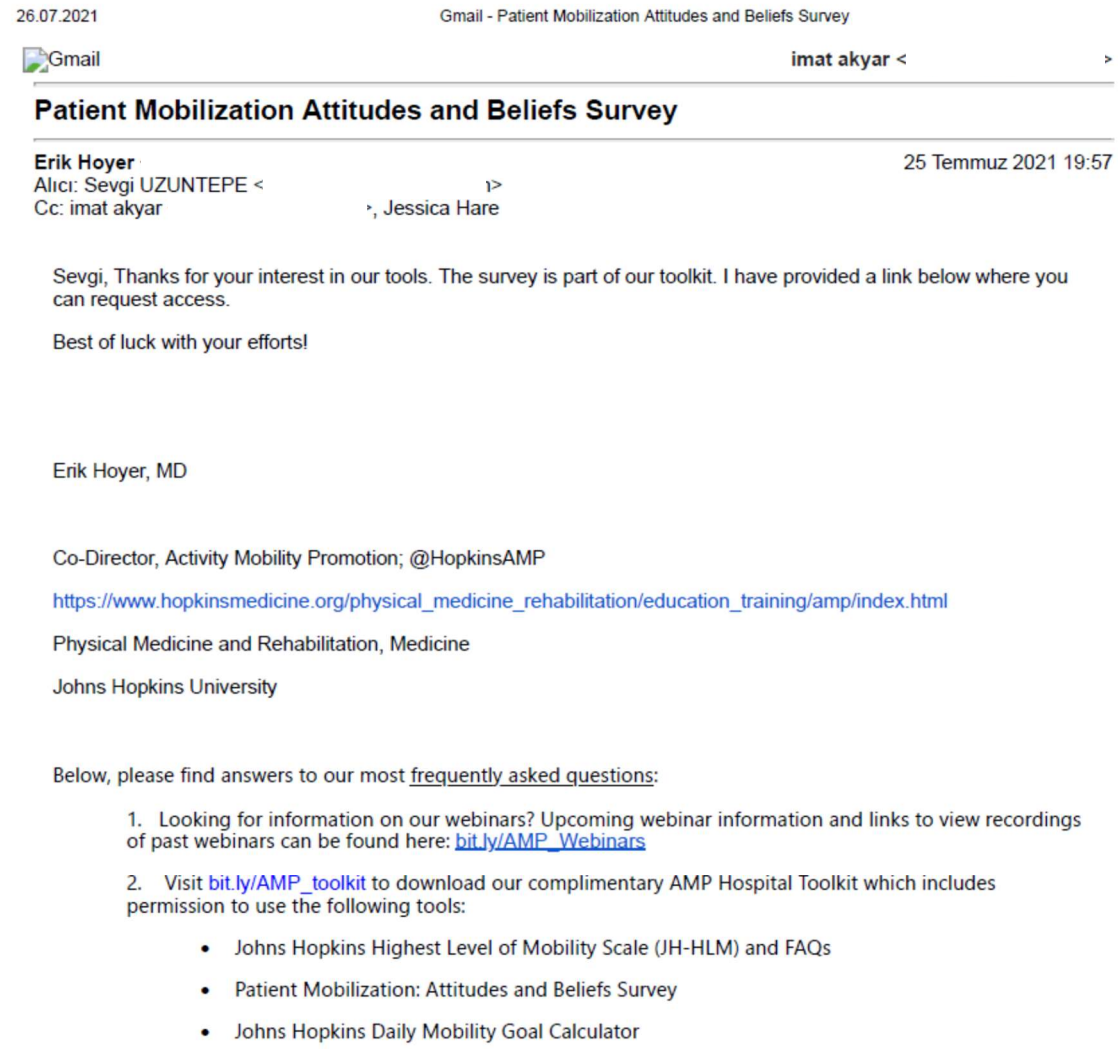
Ek: Üst Yazı.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: D619F512-42EE-4FCB-9DCC-16F12D1396C6 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Etlik Şehir Hastanesi Kampüsü G 6 Kapısı, Ayvalı Mah. Halil Sezai Erkut Cad. No:5 -P.K. 6010 Keçiören/Ankara
06010
Telefon No: 03127973000
e-Posta: ankara@saglik.gov.tr İnternet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/
Kep Adresi: ankarailsaglik@hs01.kep.tr

Bilgi için: Yeşim ÖZER
Sürekli İşçi
Telefon No: 03127973000 - 124913

Ek 8. Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey- ICU Ölçeği Geçerlik-Güvenirlik İzni



26.07.2021 Gmail - Patient Mobilization Attitudes and Beliefs Survey

Gmail imat akyar <

Patient Mobilization Attitudes and Beliefs Survey

Erik Hoyer 25 Temmuz 2021 19:57
Alıcı: Sevgi UZUNTEPE <
Cc: imat akyar , Jessica Hare

Sevgi, Thanks for your interest in our tools. The survey is part of our toolkit. I have provided a link below where you can request access.

Best of luck with your efforts!

Erik Hoyer, MD

Co-Director, Activity Mobility Promotion; @HopkinsAMP

https://www.hopkinsmedicine.org/physical_medicine_rehabilitation/education_training/amp/index.html

Physical Medicine and Rehabilitation, Medicine

Johns Hopkins University

Below, please find answers to our most frequently asked questions:

1. Looking for information on our webinars? Upcoming webinar information and links to view recordings of past webinars can be found here: bit.ly/AMP_Webinars
2. Visit bit.ly/AMP_toolkit to download our complimentary AMP Hospital Toolkit which includes permission to use the following tools:
   - Johns Hopkins Highest Level of Mobility Scale (JH-HLM) and FAQs
   - Patient Mobilization: Attitudes and Beliefs Survey
   - Johns Hopkins Daily Mobility Goal Calculator

Ek 9. Araştırmanın Birinci Aşamasında Yer Alan Sağlık Profesyonelleri İçin Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU-1

Sayın Katılımcı;

"Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellerin Belirlenmesi" isimli bu araştırmada hasta mobilizasyonunu değerlendiren "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği'nin Türk diline kazandırılması amaçlanmaktadır. Bu ölçek, yoğun bakım kliniklerinde izlenen hastaların mobilizasyonuna yönelik, yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin bilgi, tutum ve davranışları yönünden algıladıkları engellerin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.

Araştırmanın iki aşamada yürütülmesi planlanmaktadır. Birinci aşamada, yoğun bakım hastalarının mobilize edilmesine ilişkin engelleri tanımlamak amacıyla geliştirilen "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliği test edilecek ve sağlık profesyonellerinin yoğun bakım hastalarının mobilizasyonuna yönelik algıladıkları engeller belirlenecektir. Araştırmaya birinci aşamada, erişkin yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşire, hekim ve fizyoterapist meslek gruplarının dahil edilmesi ve araştırma verilerinin birinci aşamada "Sağlık Profesyoneli Tanıtıcı Bilgi Formu-1", "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ile toplanması planlanmaktadır. Çalışmanın birinci aşamasının veri toplama süreci bittikten bir hafta sonra, ulaşılan kişi sayısının %25'i kadar kişiye, "Sağlık Profesyoneli Tanıtıcı Bilgi Formu-1", "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ölçeğinin tekrar uygulanması planlanmaktadır.

Araştırmanın ikinci aşamasında, ölçeğin geçerlik ve güvenirliği test edildikten sonra, ölçek kullanılarak, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, yoğun bakım hastalarının mobilizasyonuna ilişkin algıladıkları engeller belirlenecektir. İkinci aşamada çalışmaya, erişkin yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin alınması ve araştırma verilerinin, "Hemşire Bilgi Formu-2, Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış olan "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" ile toplanması planlanmaktadır.

Çalışmanın birinci kısmı olan bu aşamada sizden, araştırmacı tarafından pandemi koşullarına uygun olarak, yüz yüze doldurulacak "Sağlık Profesyoneli Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği'nde bulunan sorulara cevap vermeniz beklenmektedir.

Sorulara vereceğiniz yanıtların içtenlikle olması cevapların geçerliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle gerçeği yansıtan yanıtlar vermenizi rica ederim.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formu okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız. Araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlı olup, bu araştırmada yer alma nedeniyle size hiçbir bir ödeme yapılmayacak ve hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılmanız ya da reddetmeniz durumunda herhangi bir zarar görme riskiniz bulunmamaktadır.

Bu veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılmasının dışında başka bir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. İmzalı bu formun bir kopyası size verilecektir.

Katkılarınız için teşekkürler ederim.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Araştırmacı Sevgi Uzuntepe ve Doç. Dr. İmatullah Akyar tarafından yapılacak araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Yapılan ön bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam adı geçen araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırmacının büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Sevgi Uzuntepe ve Doç. Dr. İmatullah Akyar'a aşağıdaki telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış

bulunmaktayım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyetle ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.
İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:	Görüşme Tanığı:
Adı- Soyadı:	Adı- Soyadı:
Adres:	Adres:
Telefon:	Telefon:
İmza:	İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı: Adı- Soyadı, Unvanı: Hemşire Sevgi UZUNTEPE
Adres:
Telefon:
Cep
İmza:
Sorumlu Araştırmacı: Adı- Soyadı, Unvanı : Doç. Dr. İmatullah AKYAR
Adres:
Telefon: İş:
Cep:

Ek 10. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşireler için Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU-2

Sayın Katılımcı;

"Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Mobilizasyonuna Yönelik Algıladıkları Engellerin Belirlenmesi" isimli bu araştırmada, "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği'nin Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması yapılarak, Türk diline çevirilmiş olan "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği'nin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere uygulanarak, yoğun bakım hemşiresinin yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların mobilizasyonuna yönelik bilgi, tutum ve davranış açısından algıladıkları engellerin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.

Çalışmada sizden, araştırmacı tarafından pandemi koşullarına uygun olarak yüz yüze doldurulacak "Hemşire Bilgi Formu"na ve Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması yapılmış "Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey-ICU" Ölçeği'nde bulunan sorulara cevap vermeniz beklenmektedir.

Sorulara vereceğiniz yanıtların içtenlikle olması cevapların geçerliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle gerçeği yansıtan yanıtlar vermenizi rica ederim.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formu okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız. Araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlı olup, bu araştırmada yer alma nedeniyle size hiçbir bir ödeme yapılmayacak ve hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılmanız ya da reddetmeniz durumunda herhangi bir zarar görme riskiniz bulunmamaktadır.

Bu veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılmasının dışında başka bir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. İmzalı bu formun bir kopyası size verilecektir.

Katkılarınız için teşekkürler ederim.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Araştırmacı Sevgi Uzuntepe ve Doç. Dr. İmatullah Akyar tarafından yapılacak araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Yapılan ön bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam adı

geçen araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırmacının büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Sevgi Uzuntepe ve Doç. Dr. İmatullah Akyar'a aşağıdaki telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyetle ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:	Görüşme Tanığı:
Adı- Soyadı:	Adı- Soyadı:
Adres:	Adres:
Telefon:	Telefon:
İmza:	İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı- Soyadı, Unvanı: Hemşire Sevgi UZUNTEPE

Adres:

Telefon:

Cep:

İmza:

Sorumlu Araştırmacı: Adı- Soyadı, Unvanı : Doç. Dr. İmatullah AKYAR

Adres:

Telefon: İş:

Cep:

Ek 11. Tez Çalışması Orijinallik Raporu



YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA MOBİLİZASYONUNA YÖNELİK ALGILADIKLARI ENGELLERİN BELİRLENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%4	%	%4	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	"ABSTRACTS: WFFCCN World Congress 13-15 November 2014, Antalya, Turkey", Connect: The World of Critical Care Nursing, 2014 Yayın	<%1
2	KARA, İskender, YILDIRIM, Fatma, KÜÇÜK, Hamit, TÜRKOĞLU, Melda, AYGENCEL, Gülbin, KATI, İsmail and BAŞAK YUMUŞ, Dilek. "Bir üniversite hastanesi iç hastalıkları ve anesteziyoloji yoğun bakım ünitelerinde hasta maliyetlerinin karşılaştırılması", AVES Yayıncılık, 2015. Yayın	<%1
3	BOZBULUT, Rukiye and AKBULUT, Gamze. "Kansere Karşı Koruyucu Yeni Bir Öge: Skualen", Türkiye Diyetisyenler Derneği, 2016. Yayın	<%1
4	Betül BAL, Nagihan KÖROĞLU KABA, Emine APAYDIN, Yeter KURT. "Validity and Reliability of the Turkish Version of the Patient Evaluation Scale of Nursing Students: A	<%1

Ek 12. Dijital Makbuz

turnitin

Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author:	Sevgi Uzuntepe
Assignment title:	YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA MOBİLİZASYONUNA...
Submission title:	YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA MOBİLİZASYONUNA...
File name:	B_L_ZASYONUNA_Y_NEL_K_ALGILADIKLARI_ENGELLER_N_BEL...
File size:	418.18K
Page count:	73
Word count:	15,934
Character count:	110,939
Submission date:	01-Feb-2024 03:06PM (UTC+0300)
Submission ID:	2283664378



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yoğun bakım hemşireleri hasta mobilizasyonu konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Yoğun bakım hastalarının erken mobilizasyonu, hastanede kalış süresini kısaltmakta, fonksiyonel kapasiteyi artırmakta ve hastanın bağımsız yaşama dönüşünü kolaylaştırmaktadır. Ancak yoğun bakım hemşirelerinin hasta mobilizasyonuna ilişkin algılarını ve bu konuda karşılaştıkları engelleri belirlemeye yönelik çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin hasta mobilizasyonuna ilişkin algılarını ve karşılaştıkları engelleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Copyright 2024 Turnitin. All rights reserved.

Ek 13. Ek Tablolar

Ek Tablo 1. Klinik Deneyim Süresi ile Yoğun Bakımda Hasta Mobilizasyonuna Yönelik Tutum ve İnanç Ölçeği Toplam, Bilgi ve Tutum ile Davranış Alt Boyut Puanlarının İncelenmesi (n=59)

	Meslekte Çalışma Süresi (Ay)		Bulunulan Birimde Çalışma Süresi (Ay)		Yoğun Bakımda Çalışma Süresi (Ay)	
	r	**p***	**r**	**p***	**r**	**p***
Ölçek Toplam Puan	-0,012	0,928	-0,040	0,763	-0,075	0,575
Bilgi ve Tutum Alt Boyutu Toplam Puan	-0,062	0,643	-0,055	0,682	-0,086	0,519
Davranış Alt Boyutu Toplam Puan	0,114	0,389	0,029	0,830	0,013	0,923

** $p<0,05$*

9. ÖZGEÇMİŞ