

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı**

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL
KISITLAMAYA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE
UYGULAMALARI**

**Hazırlayan
Hülya KESKİN**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Özlem CEYHAN**

Yüksek Lisans Tezi

**Eylül 2015
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL
KISITLAMAYA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE
UYGULAMALARI**

**Hazırlayan
Hülya KESKİN**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Özlem CEYHAN**

Yüksek Lisans Tezi

**Eylül 2015
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Hülya KESKİN

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları” adlı Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.


Tezi Hazırlayan

Hülya KESKİN


Danışman

Yrd. Doç Dr. Özlem CEYHAN

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Sultan TAŞÇI

Yrd. Doç. Dr. Özlem CEYHAN danışmanlığında **Hülya KESKİN** tarafından hazırlanan “**Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

/0 / 2015

JÜRİ:

İmza

Danışman : Yrd. Doç. Dr.Özlem CEYHAN (Erciyes Üniversitesi)

(İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı).....



Üye : Prof. Dr. Hülya UÇAR (Nuh Naci Yazgan Üniversitesi)

(Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı).....



Üye : Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ (Erciyes Üniversitesi)

(İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı).....

**ONAY:**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.... / /

Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında her türlü desteğini ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Özlem CEYHAN' a

Tez çalışmamın planlanma aşamasında öneri ve desteklerinden dolayı Prof. Dr. Ümit SEVİĞ'e ve Prof. Dr. Sultan TAŞÇI'ya

Araştırmanın istatistiksel analizleri sırasında yardımlarını aldığım değerli hocalarım Doç.Dr. Ahmet ÖZTÜRK ve Arş.Gör. Gökmen ZARARSIZ'a,

Verilerin toplanması aşamasında katkılarından dolayı yoğun bakım ünitelerinde görev yapan tüm hemşirelere,

Yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini hiç esirgemeyen Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda görev yapan değerli hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışmam boyunca bana motivasyon ve güç veren canım dostum Arş. Gör. Begüm Fulya ADİZEL'e

Tez çalışmam boyunca beni sabırla dinleyen ve her türlü yardımını hiç bir zaman esirgemeyen canım ev arkadaşım Arş. Gör. Arzu ŞENTÜRK ve deneyimleriyle bana destek veren Arş. Gör. Züleyha KILIÇ 'a,

Desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli aileme,

Sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Hülya KESKİN

Kayseri, Eylül 2015

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL KISITLAMAYA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARI

Hülya KESKİN

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans, Eylül 2015
Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem CEYHAN

ÖZET

Araştırma yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ile Kayseri il merkezden izin alınan beş özel hastanenin erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve araştırmayı kabul eden 203 hemşire ile yapılmıştır. Araştırmada etik kurul onayı, kurum izni ve araştırmaya katılan hemşirelerden sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır. Araştırmanın verileri hemşirelerin demografik özelliklerini içeren Anket Formu ve “Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği” ile toplanmıştır.

Araştırma verileri istatistiki danışmanlık alınarak, bilgisayar ortamında SPSS 21.0 istatistik paket programı ve R 3.1.1 (www.r-project.org) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi, histogram ve q-q grafikleri incelenerek değerlendirilmiş, varyans homojenliği Levene testi ile yapılmıştır. Gruplar arası ölçeğin bilgi, tutum ve uygulama puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizleri kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar Tukey ve Tamhane T2 testleri ile yapılmıştır. Veriler ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiştir. İstatistiksel değerlendirmede $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlama uygulama sıklığı %55.7 olup, en fazla (%50.7) ajitasyon ve oryantasyon bozukluğu olan hastalara, (%12.3) bilinci kapalı olan hastalara ve (% 11.8) entübe hastalara fiziksel kısıtlama uyguladıkları saptanmıştır. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlama ölçeği bilgi puan ortalaması 8.21 ± 1.34 , tutum puan ortalaması 31.24 ± 5.08 ve uygulama puan ortalaması 36.51 ± 3.69 olarak bulunmuştur. Araştırmada sorumlu hemşirelerin, 8-16 şiftinde çalışanların ve kalp damar cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölçek uygulama puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$)

Çalışma sonucunda fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirleyici daha fazla sayıda araştırma yapılarak ihtiyaçların ve eksikliklerin saptanması, doğru ve etkin bir fiziksel kısıtlama uygulaması için kurumlarda fiziksel kısıtlama uygulama rehberlerinin ve standartlarının oluşturulması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel kısıtlama, bilgi, tutum, uygulama, yoğun bakım, hemşirelik

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE OF INTENSIVE CARE NURSING ON PHYSICAL RESTRAINTS

Hülya KESKİN

Erciyes University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing Master of Science Degree, September 2015
Supervisor: Assistant Professor Özlem CEYHAN

ABSTRACT

The study is conducted as descriptive in order to assess information, attitude and application related to physical constraints of nurses working in intensive care units.

The study is performed with Erciyes University Health Application and Research Center and 203 nurses who working in adults' intensive care units of five received permission private hospitals in Kayseri and agreed to survey. In the study ethics committee approval, permit institutions and in the survey verbal and written consent was obtained from the nurses. The study data are collected from Questionnaire including demographic characteristics of the nurses and "Level of Knowledge Attitudes and Practices of Staff Regarding Physical Restraints Questionnaire"

The study data are evaluated by taking statistical consulting, in computer environment by using the SPSS 21.0 statistical software package and R 3.1.1 (www.r-project.org) program. Suitability of the normal distribution of data critically evaluated with Shapiro-Wilk test, histogram and q-q graphics, homogeneity of variance was made with Levene test. In the comparison of intergroup scores of total knowledge, attitude and practice two independent sample t test and one-way analysis of variance was used. Multiple comparisons were performed by Tukey and Tamhane T2 tests. The data are summarized as average and standard deviation. In the statistical evaluation $p < 0.05$ was considered significant.

In the study physical restraint application rate of intensive care nurses is 55.7%, it was found that they apply physical restrictions to patients who has a rate of 50.7% the agitation and disorientation, to patients who has 12.3% rate unconscious, to patients who has 11.8% rate intubated. The average knowledge score 8.21 ± 1.34 , attitude mean score of 31.24 ± 5.08 , and practice average score of 36.51 ± 3.69 of intensive care nurses was found. The practice mean scores of nurses who responsible nurse in the study, nurses working in 8-16 shift and nurses working in the cardiovascular surgery intensive care unit were higher ($p < 0.05$).

In results of the study it may be recommended that determining knowledge, attitude and practice of nurses for determining the need and the deficiencies, an effective and right practice of physical restraint devices in institutions the practice physical restraints guides and standards should be established by making greater number researches.

Key Words: Physical restraint, knowledge, attitude, practice, intensive care, nursing

İÇİNDEKİLER

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL KISITLAMAYA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARI

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI	ii
KABUL VE ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. KISITLAMA	4
2.1.1. Kısıtlama Çeşitleri	4
2.2. FİZİKSEL KISITLAMA.....	5
2.2.1. Fiziksel Kısıtlama Uygulanırken Kullanılan Materyaller ve Dikkat Edilmesi Gerekenler.....	5
2.2.2. Fiziksel Kısıtlama Uygulamadan Önce Yapılması Gerekenler.....	6
2.2.3. Fiziksel Kısıtlama İstemi	8
2.2.4. Fiziksel Kısıtlama Uygulanan Hastaların Bakımı	8
2.2.5. Fiziksel Kısıtlama Uygulamasının Hastalar Üzerine Etkisi	9
2.2.6. Fiziksel Kısıtlamaya Bağlı Ortaya Çıkabilecek Problemler	10
2.2.7. Fiziksel Kısıtlamanın Kaldırılması	12
2.3. FİZİKSEL KISITLAMANIN ETİK BOYUTU	12
2.4. FİZİKSEL KISITLAMA VE HEMŞİRELİK	14
2.5. YOĞUN BAKIM	15
2.5.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması	15

2.5.1.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Verilen Bakım ve Tedavi Düzeyine Göre Sınıflandırması.....	16
2.5.1.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Klinik Yönetim Şekline Göre Sınıflandırması.....	17
2.5.1.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Fonksiyonlarına Göre Sınıflandırılması...	18
2.5.2. Yoğun Bakım Ekibi	18
2.6. YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ.....	19
2.6.1. Yoğun Bakım Hemşiresinin Özellikleri	19
2.6.2. Yoğun Bakım Hemşiresinin Görev Yetki ve Sorumlulukları	20
2.6.2.1. Hemşirelik bakımı:.....	20
2.6.2.2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:	21
2.7. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTA ÖZELLİKLERİ	22
3. GEREÇ YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Şekli.....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
3.4. Veri Toplama Araçları.....	27
3.4.1. Anket Formu (EK -1)	27
3.4.2. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (EK-2).....	27
3.5. Ön Uygulama	28
3.6. Verilerin Toplanması.....	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	42
6. KAYNAKLAR	50
EKLER.....	63
ÖZ GEÇMİŞ.....	78

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalografi
FDA	: Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
HCFA	: Health Care Financing Administration (Sağlık Bakımında Finansman Yönetim Komisyonu)
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşirelik Konseyi)
ICU	: Intensive Care Unit (Yoğun Bakım Ünitesi)
ISO	: International Organization For Standardization (Uluslararası Standartlar Organizasyonu)
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu)
KİBAS	: Kafa İçi Basınç Artışı Sendromu
KVC	: Kardiyovasküler Cerrahi
NPSA	: National Patient Safety Agency (Hasta Güvenliği Ajansı)
O₂	: Oksijen
SVO	: Serebrovasküler Olay
UEMS	: European Union of Medical Specialists (Avrupa Uzmanlık Dalları Birliği)
UHHG	: Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri
YBH	: Yoğun Bakım Hemşireliği
YBÜ	: Yoğun Bakım Üniteleri

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Fiziksel Kısıtlama Uygulamadan Önce Yapılması Gerekenler.....	7
Tablo 3.1. Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Yoğun Bakım Ünitelerindeki Yatak ve Hemşire Sayısı	25
Tablo 3.2. Özel Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Yatak Sayısı ve Çalışan Hemşire Sayısı.....	26
Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	30
Tablo 4.2. Hemşirelerin Çalıştıkları Yoğun Bakım Ünitelerinin Özellikleri	31
Tablo 4.3. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi Alma Durumları ve Uygulamaları.....	32
Tablo 4.4. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları	32
Tablo 4.5. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine göre Fiziksel Kısıtlama Bilgi, Tutum ve Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları.....	33
Tablo 4.6. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Fiziksel Kısıtlama Bilgi, Tutum ve Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları	34
Tablo 4.7. Hemşirelerin Çalıştıkları Yoğun Bakım Ünitelerinin Özelliklerine Göre Fiziksel Kısıtlama Bilgi, Tutum ve Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları...	35
Tablo 4.8. Hemşirelerin Çalıştıkları Yoğun Bakım Ünitelerine Göre Fiziksel Kısıtlama Bilgi, Tutum ve Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları.....	37
Tablo 4.9. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi alma Durumları ve Uygulamalarına Göre Fiziksel Kısıtlama Bilgi, Tutum ve Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları	38
Tablo 4.10. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Bilgi Alt Boyutu Cevap Yüzdeleri	39
Tablo 4.11. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Tutum Alt Boyutu Cevap Yüzdeleri.....	40
Tablo 4.12. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Uygulama Alt Boyutu Cevap Yüzdeleri.....	41

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Fiziksel kısıtlama; konfüze, ajite, demans ya da deliryumdaki hastaların kendilerine ya da çevrelerine zarar vermelerini önlemek amacıyla, fiziksel veya mekanik aletlerin hastanın vücuduna bağlanarak veya sağlık personeli tarafından hastaya kısa süreli fiziksel güç uygulanarak hasta hareketlerinin kısıtlanması ve kolaylıkla hareket etmesinin önlenmesidir (1). İlk olarak 1950'li yıllarda Amerika'da ve İngiltere'de kullanılmaya başlanan fiziksel kısıtlama, 1980'li yılların sonlarında yanlış ve uygun olmayan kullanımı nedeni ile gündeme gelmiştir (2-4). Hastalarda düşme, yaralanma ve ölümle sonuçlanan durumlara yol açması nedeniyle bunları önlemek için 1989'da Avrupa Birliği Sağlık Bakımında Finansman Yönetim Komisyonu (Health Care Financing Administration-HCFA) ve 1999 yılında Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCHAO) tarafından fiziksel kısıtlama sırasında uyulması gereken prosedürler yayınlanmıştır (5).

Günümüzde ise, fiziksel kısıtlama İngiltere'de yaygın olarak kullanılmayan ve kabul görmeyen bir uygulamadır. Ancak Avusturalya, Avrupa ve Amerika'da geleneksel bir uygulama olarak kullanılmakta (6), Kanada da ise kısıtlamalar sadece hekim istemi ile yapılabilmektedir (7). Fiziksel kısıtlama uygulaması özellikle birçok ülkede yasalarla kontrol edilmekte ve uluslararası standartlarla uygulamanın yetkili bir kuruluştan sertifika alan hemşirenin onayı ya da yazılı doktor istemi olmaksızın yapılmasına izin verilmemektedir (8).

Literatürde fiziksel kısıtlama kullanım sıklığına bakıldığında, hastanede yatan hastalarda fiziksel kısıtlama kullanımının %3.4 ile %21 arasında olduğu, kısıtlama süresinin ise ortalama 2.7 ile 4.5 gün olduğu görülmektedir (9). Farklı ülkelerde fiziksel kısıtlama kullanımına bakıldığında ise, Danimarka, İzlanda ve Japonyada %9, Fransa, İtalya, İsveç ve Amerika'da %15-%17, İspanyada ise %40 olarak bildirilmektedir (10). Tayvan'da yoğun bakım ünitelerinde fiziksel kısıtlama kullanımının %39.1 ve %69.9

arasında olduğu (11), Türkiye’de ise genel klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde yapılan çalışmalarda hemşireler tarafından fiziksel kısıtlama kullanımının %90.5 ile %96.1 arasında değiştiği görülmektedir (12-13).

Fiziksel kısıtlama kullanım amacı; hastanın yataktan düşmesinin önlenmesi, hasta davranışlarının kontrolünün sağlanması, hastaya bağlı olan tüplerin hasta tarafından çıkarılmasının önlenmesi, yatağa bağımlı olan hastaların vücut postürlerinin korunması ve sağlık personeli tarafından tıbbi tedavilerin yapılmasını kolaylaştırmak olarak belirtilmektedir (14-15). Fiziksel kısıtlama kullanım nedenlerinin hasta yararına olduğu belirtilmesine karşın, etkinliğini destekleyen araştırma sayısı oldukça azdır. Ayrıca yapılan çalışmalarda fiziksel kısıtlama uygulanmayan sağlık kurumlarında, hastaların düşmeleri sonucunda meydana gelen yaralanmaların fiziksel kısıtlama kullanılan sağlık kurumlarına oranla daha az olduğu bildirilmiştir (16-21).

Dodds’ un (22) bakım evlerinde kalan bireylerle yapmış olduğu çalışmada, fiziksel kısıtlama uygulananların daha ajite oldukları, kısıtlama uygulandığında yataktan düşme nedeniyle yaralanma riskinin arttığı görülmüş ve kısıtlama uygulanan bireylerin sandalyeden veya yataktan atlamaya çalıştıkları için kaza sonucu öldükleri rapor edilmiştir.

Shorr et al (23) tarafından yapılan çalışmada ise birçok hastanın, yoğun bakımda tespit edildiği ve hastaların bu araçlara bağlı fiziksel rahatsızlık yaşadığı saptanmıştır.

Fiziksel kısıtlamanın uzun süre kullanımında da; bireylerde kısıtlamaya bağlı olarak kas zayıflığı ve güçsüzlüğü, üriner/fekal inkontinans, basınç yaraları ve buna bağlı enfeksiyon, uykusuzluk, ajitasyon, konfüzyon, korku, depresyon, kendine güven ve saygıda azalma, beden imajında bozulma ve duygusal yoksunluk gibi olumsuz sonuçlara yol açtığı gösterilmiştir (23-26).

Bu veriler göz önüne alındığında fiziksel kısıtlamanın, hasta yararına yapılan bir uygulama olmasına karşın, hastaya vereceği yarar ve zarar açısından çok iyi değerlendirilmesi ve ona göre karar verilmesi gereken bir uygulamadır. Sağlık profesyonellerinin ve özellikle hasta bakımından sorumlu olan hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımı ve takibine ilişkin prosedürleri bilmeleri ve bunlara uygun girişimlerde bulunmaları önem taşımaktadır (27). Hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulanması durumunda uygulama basamaklarını izlemeleri, hekim istemiyle öncesinde aile üyelerinden bilgilendirilmiş onam almaları, hastayı sürekli izleyerek kayıt etmeleri,

tespit edicileri belirli aralıklarla kaldırarak dolaşım ve deri kontrolü yapmaları ve kısıtlama uygulamasının sürdürülmesinin gerekli olup olmadığını değerlendirilmeleri gerekmektedir (28-32).

Literatürde yapılan çalışmalarda; hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanma amaçları konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu, fiziksel kısıtlama öncesinde uygulanması gereken alternatif yöntemleri yeterli düzeyde bilmedikleri, fiziksel kısıtlamayı hekim istemi olmadan uyguladıkları ve kayıtları yetersiz tuttukları belirtilmiştir (4,13,24,27,29-32).

Özellikle son yıllarda birçok ülkede fiziksel kısıtlama kullanım sıklığı, sağlık çalışanlarının bilgi ve tutumlarına yönelik bir çok çalışma ve düzenleme yapılmaktadır (25-27,30-31,33). Ancak ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır (4,24,27). Bunun için fiziksel kısıtlama kullanımı konusundaki çalışmaların artırılması, bu konuya yönelik eğitim programlarının ve yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Bu çalışma; fiziksel kısıtlamayı sıklıkla kullanan yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KISITLAMA

Kısıtlama; hastanın kendisini ya da başkalarını yaralamasını önlemek amacıyla, fiziksel aktivitelerinin kontrolü için bedenin bir bölümünün hareketlerini kısıtlamaya yarayan fiziksel, kimyasal ya da mekanik ekipman kullanımıdır (1-5).

Kısıtlama en çok psikiyatri, nöroloji, nöroşirurji klinikleri, yoğun bakım üniteleri ve yaşlı bakım merkezlerinde hasta güvenliğini sağlamak amacıyla yatan hastalarda kullanılmaktadır (28,34-35).

Kısıtlama ve izolasyon yöntemlerinin kullanımına ilişkin kurallar, İngiltere’de Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency- NPSA) (2006) ve Amerika Birleşik Devletleri’nde Sağlık Kurumlarında Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) tarafından oluşturulmaktadır (5,36). Bu doğrultuda birçok ülkede hastaneler kendi prosedür ve rehberlerini hazırlamaktadır (37-43).

2.1.1. Kısıtlama Çeşitleri

Kısıtlama, kimyasal ve fiziksel kısıtlama olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır (44-53).

- **Kimyasal Kısıtlama**

Hekim istemi ile medikal ilaçların verilmesi yoluyla hastanın hareket özgürlüğünün ve davranışlarının kontrol altına alınmasıdır.

- **Fiziksel Kısıtlama**

Konfüze, ajite, demans ya da deliryumdaki hastaların kendilerine ya da çevrelerine zarar vermelerini önlemek amacıyla, hasta hareketlerinin manuel bir yöntemle ya da hastanın

vücuduna eklenen, hasta tarafından kolayca kaldırılamayan, fiziksel ya da mekanik araç-gereç ya da materyallerle kısıtlanmasıdır.

2.2. FİZİKSEL KISITLAMA

Sağlık Kurumlarında Akreditasyon Komisyonu (JCAHO) fiziksel kısıtlamayı “hastanın izni olmaksızın, hastaya doğrudan fiziksel güç uygulayarak hareket özgürlüğünü kısıtlamak” şeklinde tanımlamıştır (5).

Fiziksel kısıtlama, genellikle ajite veya konfüze hastaların yataktan düşmesini önlemek, hastaları sakinleştirmek, hasta hareketlerini kontrol altında tutarak tüp, dren ve tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkarmasını ve kendisine zarar vermesini önlemek, yatağa bağımlı hastalarda uygun postürü koruyarak kas ve eklem kontraktürü gelişmesini önlemek ya da bakım ve tedavi girişimlerini yapabilmek amacı ile uygulanmaktadır (1,44-53).

Fiziksel kısıtlama bölgeleri arasında; el bileği, ayak bileği, göğüs, bel ve tüm vücut yer almaktadır (26,50-52). Fiziksel kısıtlama için kullanılan araçlar ise; kol tespit tahtası, parmaksız eldiven, el ve ayak bağları, yatak kemerleri, tekerlekli sandalye kemerleri ve yatak kenarlıklarıdır (52-58).

2.2.1. Fiziksel Kısıtlama Uygulanırken Kullanılan Materyaller ve Dikkat Edilmesi Gerekenler

Kol tespit tahtası: Sürekliliği kesildiği zaman hastanın tıbbi tedavisini olumsuz etkileyecek kateter, NG, IV yollar ve tüpleri çıkarma eğiliminde olan hastalarda kol hareketlerini kısıtlamak için kullanılır. El hareketleri ve cildin rengi, hastanın dolaşımını değerlendirmek amacıyla kontrol edilmelidir (59-63).

Parmaksız eldiven: Kol tespiti ile beraber parmak hareketlerinin kısıtlanması için kullanılır. Hastanın el hareketleri ve cilt rengi dolaşımını değerlendirmek amacıyla kontrol edilmelidir (64-66).

El ve ayak bağları: Kendisine ve başkalarına zarar verebilecek hastalar için el ve ayaklara bağlanarak kullanılır. Bağlar, ince ve sert malzemeden olmamalı, dolaşımı

engelleyecek sıkılıkta bağlanmamalıdır. Bağlar IV tedavinin uygulandığı kola uygulanmamalıdır. El hareketleri ve cildin rengi, hastanın dolaşımını değerlendirmek amacıyla kontrol edilmelidir (67-68).

Yatak kemerleri: Hastanın beline uygulanan kemer şeklinde kullanılır. Kemer ince olmamalı, hasta ile bel bandı arasında el girecek kadar boşluk olmasına dikkat edilmelidir. Bel bandını yatağın hareket etmeyen herhangi bir yerine bağlamak ve hastanın hareketlerini tamamen engellemek gereklidir. Uygulanan bölge ve aşağısı aralıklarla kontrol edilmelidir (69).

Tekerlekli sandalye bantları: Tekerlekli sandalyede otururken hastanın hareketini engelleyen bantlardır. Vücudun kaymasıyla bantlar tarafından oluşacak yaralanmalar için sık sık kontroller yapılmalıdır (70-73).

Yatak kenarlıkları: Yatak kenarlıkları her hasta için her zaman kalkık durumda kullanılmalıdır. Eğer yatak kenarlıkları kısıtlama aracı olarak kullanılacaksa yatak ile kenarlık arasındaki boşluk doldurulmalıdır. Kalkık durumda olan kenarlıklardan atlayarak inmeye çalışan hastalar dikkatli izlenmeli, yakından takip edilmelidir (74-75).

2.2.2. Fiziksel Kısıtlama Uygulamadan Önce Yapılması Gerekenler

Fiziksel kısıtlama uygulamadan önce alternatif yaklaşımları deneyerek hastayı rahatlatma girişimleri, hastanın durumunun daha iyi anlaşılmasına ve hastayla işbirliği sağlanmasına katkı sağlamaktadır (76-77). Özellikle hastayla konuşarak onu sakinleştirme, aile ve yakınları ile birlikte olmasını sağlama, fiziksel çevreyi düzenleme, hastayı izlem sıklığını arttırma, müzik dinletme gibi uygulamalar kısıtlama uygulamasına karar vermeden önce yapılması gereken girişimlerdir. Bu girişimlerin uygulanması ile fiziksel kısıtlama oranının düştüğünü gösteren çalışmalar bulunmaktadır (78-80). Fiziksel kısıtlama uygulamadan önce yapılması gerekenler Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Fiziksel Kısıtlama Uygulamadan Önce Yapılması Gerekenler (76-80)

Hastanın Durumu	Fiziksel Kısıtlama Uygulamadan Önce Yapılması Gerekenler
IV yollarını, tüplerini ve pansumanını çekiştiren hastalar	• Yakın gözlem • Tüplere ya da IV yollara ulaşamayacak bir pozisyon sağlama • Bu tür girişimleri hastanın göremeyeceği şekilde giysi içine saklama • İşbirliği sağlama
Düşmeye, yataktan çıkmaya eğilimli, davranışları şüpheli, konfüze hastalar	• Yakın gözlem • Gerçek bir oryantasyon sağlama • Duyusal yardımcıları kullanma • Hastanın dikkatini yeniden değerlendirme • Hastanın dikkatini başka yöne yönlendirme • Hastayı hemşire gözlemine yakın bir yere yerleştirme • Işıklandırmayı arttırma
Kasıtlı olmayan ajitasyon, agresyon	• Yakın gözlem • Çevreyi güvenlik açısından kontrol etme • Kullanılan ilaç tedavilerinin olası yan etkileri hakkında bilgi sahibi olma • Davranışlara sınır koyma • Sözel sakinleştirici teknikler kullanma • Psikiyatri konsültasyonu • İşbirliği • Yeniden güven/ duygusal destek sağlama • Tıbbi durumu yeniden değerlendirilme

Fiziksel kısıtlamadan önce yapılması gereken tüm uygulamalar denendikten sonra hastaların hâlâ kısıtlama ihtiyacı varsa son çözüm olarak fiziksel kısıtlama kullanılmalıdır.

2.2.3. Fiziksel Kısıtlama İstemi

Kısıtlama ihtiyacı olan hastaya kısıtlama istemi hekim tarafından yazılı olarak yapılmalıdır. İstemde; tarih ve saat, hastanın kısıtlamaya ihtiyaç gösteren değerlendirmesi, kısıtlamanın zamanı, kısıtlama şekli, klinik endikasyonu ve hekim imzası yer almalıdır. Acil durumlarda alınan sözel istem en geç 24 saat içerisinde hekim tarafından onaylanmalıdır (1-5).

Kısıtlama mümkünse hastanın ailesi, hemşiresi ve hekimi gözetiminde yapılmalıdır. Kısıtlama uygulayan kişinin bu konuda eğitim alması gereklidir. Fiziksel kısıtlamayı uygulayan ve bakımını veren hemşirenin uygulamalarında kayıt tutması önemlidir..

Bu kayıtlarda olması gerekenler;

- Hastanın kısıtlama ihtiyacının tanımlanması,
- Kısıtlamaya alternatif uygulamalar,
- Kısıtlamanın tipi,
- Kısıtlama süresi,
- Kısıtlamaya başlama zamanı,
- Kısıtlama sebebi ve kısıtlama periyodunda hastanın bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi,
- Hastanın kısıtlamaya cevabı,
- Kısıtlama sonrası hastanın durumu hemşire kayıtlarında olmalıdır (6-13).

2.2.4. Fiziksel Kısıtlama Uygulanan Hastaların Bakımı

Fiziksel kısıtlama uygulanan hasta bakımında ilk olarak, hastaya kısıtlama uygun şekilde anlatılmalıdır. Hasta eğer anlayacak durumda değil ise ailesine kısıtlama süreci ile ilgili bilgi verilmeli, kısıtlamanın önemi, amacı anlatılmalı ve asla bir ceza yöntemi olmadığı vurgulanmalıdır (81-82).

Fiziksel kısıtlama uygulandıktan sonra hastanın takibi komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Hastanın sık aralıklarla ve düzenli olarak gözlenmesi, her kontrolde kısıtlama işleminin devam etmesinin gerekli olup olmadığının tekrar

değerlendirilmesi gerekmektedir. Kısıtlama uygulanan hastanın çok uzun süre izlenmemesi yaralanma ve zarar görme riskini artırmaktadır (83).

Kısıtlama uygulanırken, hasta güvenliği açısından dikkatli olunması önemlidir. Bunun için NPSA (2006) ve JCAHO (2005)'nin kısıtlama kullanımına ilişkin standartları bulunmaktadır. Bu standartlara göre yapılması gerekenler (5,36);

- Kısıtlama bağı IV tedavinin yapıldığı bölgeye uygulanmamalı,
- Kısıtlama malzemeleri ince ve sert olmamalı,
- Kısıtlama bağı dolaşımı engelleyecek sıkılıkta olmamalı,
- Kısıtlama uygulanan bölgenin durumu (deri bütünlüğü ve dolaşım açısından) ve kısıtlamaya cevabı açısından 60 dakikada bir yeniden değerlendirilmeli ve kayıt edilmeli,
- Hastanın beslenme, boşaltım, oksijen, mobilizasyon ve hijyen ihtiyacı değerlendirmeli ve kayıt edilmeli,
- Her 4 saatte bir hekim ve hemşire tarafından kısıtlamanın sonlandırma zamanı açısından birlikte değerlendirilmeli, kısıtlamaya devam edip edilmeyeceğine karar verilmeli,
- Hastanın kısıtlanma süresince beslenme ve sıvı ihtiyacı karşılanmalı,
- Hastaya aktif ve pasif hareketler yaptırılmalı ve kısıtlama alanlarına masaj uygulanmalı,
- Hastada fiziksel kısıtlamaya bağlı görülebilecek zararları en aza indirmek için özellikle hemşireler tarafından fiziksel kısıtlama uygulanan hastanın bakımında dikkat edilmesi gereken durumların bilinmesi gerekmektedir.

2.2.5. Fiziksel Kısıtlama Uygulamasının Hastalar Üzerine Etkisi

Fiziksel kısıtlama uygulamasının hastalarda fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutta bir çok soruna neden olabileceği belirtilmektedir (33,83).

Fiziksel kısıtlama kullanımı sonucunda hastalarda görülebilecek fiziksel durumlar; kas tonüsünde azalma, ortostatik hipotansiyon, üriner ve fekal inkontinans, nazokomiyal enfeksiyon riskinde artma, alt ekstremitelerde ödem, kan kimyasında değişiklikler

(mineral eksikliği, elektrolit kaybı), basınç ülserleri, boğulma, kronik konstipasyon, üriner retansiyon, kontraktür, fiziksel fonksiyonlarda azalma, kardiyak arrest, yetersiz beslenme, kas gücünde azalma ve osteoporoz, malnütrisyon, dehidratasyon, pnömoni, deri yaralanmaları, EEG değişiklikleri, kortikosteroid üretiminde artma, bazal metabolizma hızında ve kan volümünde anormal değişiklikler, kaslarda atrofi ve asfiksiye bağlı ölümler gelişebilmektedir (6,22,33,52,84-85).

Literatürde birçok hastanın, yoğun bakımdaki mekanik bir araçla tespit edildiğini ve hastanın bu araçlara bağlı fiziksel rahatsızlık hissettiği gösterilmiştir (23). Yoğun bakım hastalarının %40' ının tespit edildiğini hatırladığı, kendi davranışlarını tanımladığı ve “intravenöz ve ventilatör tüplerimi çıkarıyordum, bu nedenle bana tespit uyguladılar” şeklinde ifadelerinin bulunduğu bildirilmiştir (71,86-90).

Fiziksel kısıtlama uygulaması sonucunda hastada görülebilecek psikolojik ve sosyal etkiler ise; korku, konfüzyonda ve panikte artma, kızgınlık, kan kimyasında değişikliğin neden olduğu bilişsel ve davranışsal sorunlar, anksiyetede artma, itibar kaybı, uykusuzluk, deliryum, utanma, direnme ve işlemlere karşı gelme, geri çekilme davranışları, disorganize davranışlarda artma, hastanın kendini yokmuş gibi hissetmesi, kendine güvende ve saygıda azalma, duyuşsal yoksunluk, ajitasyonda artma, öfke ve demoralizasyon, depresyon ve beden imajında bozulma olduğu görülmektedir (6-7,23,33,85).

Dodds (22)'un çalışmasında bakım evlerinde kalan bireylerden tespit uygulananların tespit uygulanmayanlara göre daha ajite oldukları, tespit uygulandığında yataktan düşme nedeniyle yaralanma riskinin arttığı saptanmıştır.

Hastaya yarar sağlamak için uygulanan fiziksel kısıtlamanın birçok zarara ve hatta ölüme neden olması, sağlık profesyonellerinin fiziksel tespit ile ilgili karar verme aşamasında ve bu tip hastalara bakım aşamasında daha dikkatli olmaları gerektiğini göstermektedir.

2.2.6. Fiziksel Kısıtlamaya Bağlı Ortaya Çıkabilecek Problemler

Fiziksel kısıtlama uygun şekilde yapılmadığı takdirde çok ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug

Administration (FDA) kısıtlama kullanımı sonucunda yıllık 100'den fazla ölümün gerçekleştiği ve bu olayların büyük bir kısmının da rapor edilmediğini bildirmektedir (63). Ayrıca yapılan araştırmalarda yaşlı hastalara 4 günden fazla fiziksel kısıtlama uygulandığı zaman hastane enfeksiyonu geliştiği görülmektedir (89-92). Bir diğer çalışmada ise fiziksel kısıtlama uygulanan yaşlı hastalarda uygulanmayanlara göre 3 kez daha fazla düşmelere bağlı yaralanmaların olduğu bildirilmektedir (93).

Fiziksel kısıtlamaya bağlı ortaya çıkabilecek problemlerden bazıları;

Kısıtlama asfiksisi: Hastaların sıklıkla yüzü koyun bir konuma getirilmeleri veya yüzü koyun taşınmaları ile gerçekleştiği belirtilmiştir. Bu ölümler, bağlamanın doğru şekilde uygulandığı durumlarda da görülebilmektedir (91,94-95).

Aspirasyon: Sırt üstü tespit, kişinin bilinç düzeyi ve kullanmakta olduğu ilaçların da etkisi ile aspirasyon kolaylaşabilir ve asfiksi, akut pulmoner ödem, pnömoni ve ölüm meydana gelebilmektedir (91,96).

Künt göğüs travması: Kardiyak repolarizasyonun hassas bir safhası sırasında (T dalgasının tepe noktasından hemen önce) miyokard darbesine ikincil olarak gerçekleşen bir kalp aritmisi olan 'kommosyo kordis'in ani ölüme sebep olabildiği bildirilmekte, ölümlerin zayıf göğüs kafesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (97-98).

Katekolamin hücumu: Kısıtlama esnasında, hastanın personel ile mücadele içerisine girmesi, sırasında yükselen ajitasyon, adrenal katekolaminlerin büyük miktarda salınmasına neden olup, bu salınımın kalbi hassaslaştırarak ritim bozukluklarına ve ölümlere sebep olduğu düşünülmektedir (99-100).

Rabdomiyoliz: Fiziksel aşırı zorlamada kas hücrelerinin yıkımı, enfeksiyonlar, zehirlenmeler, alkol veya bazı ilaçların kullanımı, uzayan staz veya travma ile ilişkili olarak ortaya çıkabilir ve/veya hızlanabilir (101-102).

Tromboz: Ölümcül pulmoner emboli ve trombofilebit, hastaların uzun zaman aralıkları boyunca hareketsiz tutulmaları sonucu gelişebilmektedir (103-104).

Fiziksel kısıtlamanın olası zararları, bakımın kalitesiyle de doğrudan ilişkilidir. Gelişmiş ülkelerde sağlık kurumları fiziksel kısıtlama uygulaması ile ilgili belirlenen bütün standartlara uymak zorundadır. Ülkemizde ise, fiziksel kısıtlama yazılı doktor istemi olmaksızın hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Bu durum fiziksel kısıtlama

konusunda hasta bakım standartlarının ve yasal düzenlemelerin henüz oluşturulmamış olmasına dikkat çekmektedir (105).

2.2.7. Fiziksel Kısıtlamanın Kaldırılması

Fiziksel kısıtlama devam ettiği sürece olası komplikasyonları önlemek için hekim ve hemşire tarafından kısıtlamanın sonlandırılması açısından hastanın düzenli olarak değerlendirilmesi gereklidir. Hastanın yapılan bu kontrollerde sakin olduğu, kendisine ve çevresine zarar vermediği, uygulanan işlemlere reaksiyon göstermediği, takılmış kateter ve tüpleri çıkarmadığı görülür ise kısıtlamanın kaldırılmasına karar verilmekte ve kayıt altına alınması sağlanmaktadır (52,62,85,106-107).

2.3. FİZİKSEL KISITLAMAMANIN ETİK BOYUTU

Sağlık profesyonellerinin sıklıkla yaşadıkları etik ikilemlerden biri de bakım verdikleri hastalara fiziksel kısıtlama uygulama kararıdır. Bu nedenle fiziksel kısıtlamanın koruyucu etkinliği, tespitlerin kullanımında yarar-zarar dengesi ve alternatif yöntemlerin uygulanabilir olup olmadığı sağlık personeli tarafından göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık profesyonelleri hastalara kısıtlama uygulama ile karşı karşıya kaldıklarında etik ilkelerden olan zarar vermeme, yararlılık ve özerkliğe saygı ilkeleri ile ilgili ikilemler yaşamaktadır (79,108-112).

Zarar Vermeme İlkesi:

Fiziksel kısıtlama uygulanmasına karar vermeden önce hastanın zarar görmesine neden olabilecek risklerin değerlendirilmesi zorunludur. Bu değerlendirmede mevcut zararların ciddiyeti ile muhtemel meydana gelebilecek zararlar birlikte değerlendirilmeli, olabilecek ciddi yaralanmaların azaltılmasında fiziksel kısıtlama uygulanmadan önce yapılması gerekenler planlandıktan sonra karar verilmelidir (22).

Yararlılık İlkesi:

Fiziksel kısıtlamanın yararları değerlendirilirken kişide neden olabileceği zararlar da değerlendirilmelidir. Dikkat edilmesi gereken konular; fiziksel iyi olma, sağlık, özgürlük, kişisel itibar, otonomi ve saygıdır.

Örneğin, bilinçsiz hastalar genellikle beslenme ve entübasyon tüplerini, üriner kateterlerini, intravenöz setlerini çekip çıkarma eğilimindedirler. Bu durum hastaların tedavi ve bakımlarının aksamasına, işlemin tekrarlanmasına neden olmaktadır. İşlemlerin tekrarlanması hastaların acı çekmesine, ekonomik kayıplara, tedavilerinin gecikmesine ve enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Bu durumda sağlık profesyoneli hastaya kısıtlama uygulama kararı verebilmektedir (113).

Hastaya diğer tedavileri uygulayabilmek için fiziksel kısıtlama uygulandığında tedavinin çeşitli amaçları ile uyumsuzluklar ortaya çıkabilir. Örneğin, rehabilitasyon ve kendine yeterli hale gelmesi amaçlanan bir hastaya, düşmelerden korumak amacı ile kısıtlama uygulandığında tedavinin amacı ile uyumsuzluk görülür. Terminal dönemdeki hastaya beslenme ve hidrasyonun sağlanması için kısıtlama uygulanması, ağrı ve acının önlenmesiyle ilgili tedavi amaçları arasında da tutarsızlık söz konusudur (114-115). Burada yararlılık ilkesine göre hareket edilmesi gerekmektedir.

Özerkliğe Saygı İlkesi:

Hastanın özerkliğini kısıtlayan bir işlem olan fiziksel kısıtlama uygulamasında bilgilendirilmiş onam formunun kullanılması gerekmektedir. Hastanın izni olmaksızın hastaya kısıtlama uygulanması yasal sınırlılıklar getirebilir. Tam/ yeterli karar verme yeteneği olan hastalara kısıtlamanın olası riskleri ve yararları anlayabilecekleri şekilde açıklanmalıdır. Hasta uygulamayı kendi iradesi ile kabul etmeli ve terapötik amaçlar birlikte belirlenmelidir. Tam karar verme yeteneğine sahip olmayan hastalarda ise aile üyeleri, bakımı ile ilgilenen yakını vb. ile görüşülmelidir. Bilgilendirilmiş onam hastaya kısıtlama uygulanmadan önce alınmalı, hasta karar verebilecek durumda değil ise aile üyesinden veya yasal temsilcisinden/avukattan alınmalıdır. Hasta ailesi veya yasal temsilcisine ulaşamadığı durumlarda hasta savunucusu olarak hemşire hasta adına doğru kararı almalıdır (115).

Hastanın haklarının korunmasında hemşirenin gelişen çağdaş rollerinden biri olan hasta savunuculuğu önemlidir. Savunuculuğun ilk amacı, hastayı bağımsızlığına kavuşturmaktır. Hastaya uygulanan fiziksel kısıtlama işlemi bu bağlamda düşünüldüğünde, hastanın haklarını ihlal etmekte ve bağımsızlığını engellemektedir. Bu uygulama sırasında hemşirenin özellikle hasta haklarını gözetmesi ve hastayı savunması önemlidir (17).

Dodds (22) hastaların, fiziksel kısıtlama kullanımı nedeniyle özgürlükleri kısıtlandığında, sıklıkla ajite ve öfkeli olduklarını ve özgürlük kaybı belirtileri gösterdiklerini belirtmiştir. Özgürlük kaybı ile birlikte hastanın itibarında azalma ve bütünlüğünde bozulma görüldüğü de bildirilmiştir.

2.4. FİZİKSEL KISITLAMA VE HEMŞİRELİK

Hemşireler, fiziksel kısıtlama uygulamasına karar veren ve izlenmesinden sorumlu olan sağlık profesyonelleridir. Ancak sorumlu olmalarına rağmen, yapılan çalışmalarda bilgilerinin ve uygulamalarının yetersiz olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da, hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanma amaçlarıyla ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu, fiziksel kısıtlama öncesinde uygulanması gereken alternatif yöntemleri yeterli düzeyde bilmedikleri, fiziksel kısıtlamayı hekim istemi olmadan uyguladıkları ve kayıtları yetersiz tuttukları gösterilmiştir (4,13,24,27,29,68).

Hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasını yapmalarına rağmen bu uygulamadan olumsuz duygular yaşadıkları da belirtilmiştir (77,116-117). Bonner et al. (118) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasını sıkıntı verici, rahatsız edici, son çare olarak düşünülen zorunlu ve korkunç bir deneyim olarak ifade ettikleri tespit edilmiştir. Lee et al. (119) yaptıkları çalışmada, hemşireler fiziksel kısıtlama uygularken kendilerini kötü hissettiklerini ve bu insanlık dışı uygulamayı yapmaktan nefret ettiklerini, ancak hastalarının güvenliği için yapmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Lee et al. (120) yaptığı bir diğer çalışmada ise bazı hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygularken meslektaşlarının hastalara karşı takındığı olumsuz tutumlar nedeniyle üzüldükleri saptanmıştır. Hennessy et al. (121) yaptığı bir çalışmada ise, hemşirelerin bir kısmı kısıtlamayı can sıkıcı bir uygulama olarak nitelemiş ve gönülsüz olarak gerçekleştirdiklerini belirtmiştir. Hemşirelerin doktor istemi nedeniyle bu uygulamayı istemeyerek yapmak zorunda kaldıklarını yada hastanın düşmesi yerine kısıtlanma uygulamasını tercih ettiklerini bildirmiştir (121). Hawkins et al. (122) yaptığı çalışmada kısıtlama uygulayan personelin korku, kızgınlık, üzüntü, can sıkıntısı ve bazen de öfke hissettiklerini belirtmiştir.

Günümüzde fiziksel kısıtlama, hasta güvenliği kapsamında bireye yarar sağlaması, doğru ve etkin uygulanmadığında ise bireye zarar vermesi ve aynı zamanda ciddi komplikasyonlara neden olmasından dolayı tartışmalı bir uygulamadır. Fiziksel

kısıtlama işleminin birincil uygulayıcısı olan hemşirelerin hem kendilerini hem de hastalarını koruyabilmeleri için bu konuda çalışmaların yapılması gerekmektedir. Özellikle fiziksel kısıtlamanın sıklıkla kullanıldığı yoğun bakımlarda değerlendirme ve uygulama daha da önem teşkil etmektedir.

2.5. YOĞUN BAKIM

Yoğun Bakım, bir ya da daha fazla organ sistemlerinde oluşan, ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerin izlemi, tanı, tedavisi ve işlevlerin sürdürülmesi için uygulanan yöntemlerin tümüdür (124). Yoğun bakım, yaşamı akut olarak tehdit eden bir hastalığı ve hasarı olan ya da hasar gelişmesi beklenen hastalara verilen multidisipliner bir bakım ve tedavi şeklidir (125).

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ)

Yoğun bakım üniteleri, hastaların yakından izlendiği ve bir çok invaziv /noninvaziv girişimin yapıldığı, özel cihaz ve donanımın bulunduğu birimlerdir (126).

Yoğun bakım ünitelerinde hastalara; defibrilasyon, resüsitasyon, eksternal kardiyak pacing, endotrakeal entübasyon, mekanik ventilasyon gibi yaşam kurtarıcı bir çok terapötik girişim yapılmaktadır. Bu girişimleri yaparken hemodiyaliz makineleri, dolaşımı destekleyen cihazlar, infüzyon pompaları, sıvılar ve ilaçlar gibi bir çok farklı donanım kullanılmaktadır. Özellikle bu ünitelerde yaşam kurtarıcı olarak yapılan girişimleri uygulayabilen ve bu donanımları kullanabilen kritik hasta bakımı üzerine eğitilmiş sağlık profesyonelleri bulunmaktadır (127-128).

2.5.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması

Yoğun bakım üniteleri bir çok şekilde sınıflandırılmaktadır. Bunlar arasında en çok kullanılan sınıflandırma tipleri;

1. Yoğun bakım ünitelerinin verilen bakım ve tedavi düzeyine göre sınıflandırması
2. Yoğun bakım ünitelerinin klinik yönetim şekline göre sınıflandırması
3. Yoğun bakım ünitelerinin fonksiyonlarına göre sınıflandırılması

Ülkemizde ise yoğun bakımlar verilen bakım ve tedavi düzeyine göre sınıflandırılmaktadır (129-130).

2.5.1.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Verilen Bakım ve Tedavi Düzeyine Göre Sınıflandırması

Birinci Düzey Yoğun Bakım Üniteleri:

Birinci düzey yoğun bakım üniteleri; henüz organ yetmezliği başlamamış fakat yakın takip gereken hastaların kabul edildiği ünitelerdir. Birinci düzey yoğun bakım hastalarının fizyolojik olarak dengeleri bozulmuş, mekanik ventilasyon ve vazoaaktif ilaç uygulaması gibi yoğun tedavi yöntemlerine gereksinimleri bulunmaktadır. Ameliyat sonrası yakın gözlem gerektiren vakalar, ciddi enfeksiyonu olanlar, zehirlenmeler, bazı kanserler ve hafif travmaları olan hastalar bu ünitelerde tedavi görmektedir. Bu düzey yoğun bakımlarda, yoğun bakım sorumlusu olarak Anestezi ve Reanimasyon uzmanı, tam gün olarak dahiliye, genel cerrahi ve çocuk hastalıkları uzmanı ile konsültan olarak beyin- sinir cerrahisi veya nörolog bulunmalıdır. Yoğun bakım en az iki yataklı olmalı, her yatak için bir ventilatör bulunmalıdır. Yoğun bakımlarda hemşirelik hizmetleri daha ağırlıktadır. Her bir vardiyada ilk dört yatak için iki hemşire ya da sertifikalı eşdeğeri sağlık personeli, ilave her üç yatak için de bir hemşire ya da sertifikalı eşdeğeri sağlık personeli olmalıdır (124-128).

İkinci Düzey Yoğun Bakım Üniteleri:

İkinci düzey yoğun bakım üniteleri; organ yetmezliği başlamış, yüksek kalitede bakım, gözlem ve tedavi gereksinimi olan hastaların kabul edildiği birimlerdir. Bu yoğun bakımlara ileri monitörizasyon tekniklerinden yarar görebilecek acil/yoğun tedavi gerektiren hastalar, kardiyak, hepatik ve renal yetmezliği olup majör operasyon geçirenler, mevcut klinik tablosuna ciddi sistemik patoloji eklenen hastalar alınmaktadır. Yoğun bakım sorumlusu olarak anestezi ve reanimasyon uzmanı, tam gün dahiliye, genel cerrahi ve çocuk hastalıkları uzmanı ile konsültan olarak beyin ve sinir cerrahisi veya nörolog bulunmalıdır. Yoğun bakım en az dört yataklı olup, her vardiyada ilk dört yatak için dört, ilave her iki yatak için de bir hemşire ya da sertifikalı sağlık personeli olmalıdır. Hemşirelerin tümünün yoğun bakım eğitim sertifikası veya üçüncü basamak yoğun bakımda en az bir yıl çalışmış olması gereklidir. Birinci basamakta

bulunması gerekenlere ilave olarak yoğun bakım girişinde ayrı bir alan ve bir adet izolasyon odası olmalı ve her sekiz yatak için bir fizyoterapist bulunmalıdır (127).

Üçüncü Düzey Yoğun Bakım Üniteleri:

Üçüncü düzey yoğun bakım üniteleri; çoklu organ yetmezliği olan komplike hastaların kabul edildiği, 24 saat doktor denetimi ve gözetimi olan, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen birimlerdir. Bu düzey yoğun bakımlara, kötü prognoza sahip bir patolojisi olup mortalite riski çok yüksek olan, septik şokta olan, ağır travma geçiren, hipotansif ve hipoksik olan, kardiyo-toraksik post-operatif cerrahi geçiren hastalar alınır. Yoğun bakımda, anestezi ve reanimasyon uzmanına ek olarak, tam gün dahiliye, cerrahi, çocuk hastalıkları, beyin-sinir cerrahi veya nöroloji uzmanı olmalıdır. Yoğun bakımlar en az sekiz yataklıdır. Her vardiyada ilk sekiz yatak için sekiz, ilave her iki yatak için bir hemşire ya da sertifikalı sağlık personeli olmalıdır. Hemşirelerin tümünün yoğun bakım eğitim sertifikası olmalı, ikinci basamakta bulunması gerekenlere ilave olarak her dört yatak için bir izolasyon odası bulunmalıdır (125-127,131).

Yoğun bakıma kabul edilecek hastaların potansiyel olarak durumlarının düzeltilebilir olması gerekmektedir. Burada uygulanacak tedavinin amacı, iyileşmenin doğal süreci başlayıncaya kadar ya da toksik veya infektif orijinli ajan elimine edilinceye kadar yaşamı devam ettirmektir (131).

2.5.1.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Klinik Yönetim Şekline Göre Sınıflandırması

Açık Yoğun Bakım Ünitesi:

Ünitenin bir sorumlusu yoktur. İsteyen her doktor hastasını yatırabilir ve tedavisini kendisi düzenleyebilir. Yoğun bakımlarda genel kurallar, giriş-çıkış kontrolü, sterilizasyon-dezenfeksiyon, tedavilerin planlanması, uygun antibiyotik kullanımı yönünden standartlar bulunmamaktadır (124-125).

Yarı Açık Yoğun Bakım Ünitesi:

Ünitenin sorumlu bir doktoru ve sorumlu bir hemşiresi vardır. Yoğun bakıma farklı birimler tarafından hasta yatırılabilir. Hasta takibi sorumlu doktor ve yatış yapan doktor

tarafından yapılır. Yoğun bakıma çok sayıda değişik birimden çalışanlar gelmektedir (124,126-128).

Kapalı Yoğun Bakım Ünitesi:

Hastaların yatışı, tedavisi ve takibi ünite sorumlu doktorunun denetiminde yapılmaktadır. Enfeksiyon kontrolü bakımından idealdir. Konsültasyonlar dışında diğer birimlerden çalışan giriş çıkışları yoktur. Denetim daha düzenli ve kolaydır (124,128).

Ara Yoğun Bakım Ünitesi:

Yoğun bakımda tedavisi biten hastaların veya yoğun bakımda tedavi edilmesi gerekmeyen, ancak normal bir serviste de takip edilemeyen yakın izlem gerektiren hastaların yattığı bir birimdir. Yoğun bakım sorumlusunun denetimindedir. Hastaların yoğun bakımda kalış sürelerini azaltarak enfeksiyon riskinin düşürülmesine yardım eden bir birimdir (124,130-131).

2.5.1.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Fonksiyonlarına Göre Sınıflandırılması

Bazı özel tedavi ve bakım gerektiren hastaların, tedavi ve bakımlarının bu alanlarda eğitim almış ve uzmanlaşmış sağlık personeli tarafından yapıldığı birimlerdir. Bu birimler hastaların yoğun bakımda kalış süresini kısaltarak, ölüm oranlarının azaltılmasını sağlamaktadır. Fonksiyonlarına göre YBÜ'lerinden bazıları; koroner yoğun bakım ünitesi, beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesi, anesteziyoloji ve reanimasyon yoğun bakım ünitesi, çocuk sağlığı ve hastalıkları yoğun bakım ünitesi, yenidoğan yoğun bakım ünitesi ve kalp damar cerrahisi yoğun bakım üniteleridir (128).

2.5.2. Yoğun Bakım Ekibi

Yoğun bakım ekibi; hekim, hemşire, fizyoterapist veya rehabilitasyon uzmanı ve diğer sağlık personeli gibi primer bakım veren çeşitli sağlık üyelerinden oluşmaktadır. Hasta bakımı hekim, eczacı, hemşire, diyetisyen ve diğer sağlık personelinin de içinde bulunduğu multidisipliner bir ekip ile sağlanmaktadır. Bu disiplinler kendi içlerinde interdisipliner bir çalışma ile mümkün olan en kısa zamanda hastanın normal yaşantısına dönmesi için çaba göstermektedir (132). Özellikle bakım ve izlemde sorumlu olan hemşire yoğun bakım ekibinde önemli bir yerde bulunmaktadır.

2.6. YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ

Yoğun bakım hemşireliği (YBH); kritik durumdaki hastanın fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal dengesini en iyi duruma getirmek için bireysel bakımı sağlayan bir meslektir. Yoğun bakım hemşiresi bireysel bakımda hastayı bir bütün olarak ele alarak, hastanın ihtiyaçlarını karşılamada modern ve teknik cihazları kullanmaktadır (132-135).

Yoğun bakım hemşiresi olmak için bu alanda özel bir eğitimden veya sertifika programından geçmek gerekmektedir. Avrupa Birliği ülkeleri içinde standart bir yoğun bakım eğitimi yoktur. Ancak her ülkenin kendi içinde belirlediği yoğun bakım eğitim programı ve sertifikasyon programları bulunmaktadır. Türkiye'nin de dahil olduğu Avrupa ülkeleri, Ortadoğu ülkeleri, Kuzey Amerika ve Avustralya olmak üzere 47 ülkede yapılan bir çalışmada yoğun bakım eğitimi ve yapılanması konusunda ülkeden ülkeye farklılıklar olduğu ve geliştirilen standartlarda sık sık düzenlenmeler yapılmaktadır (136-138).

Ülkemizde yoğun bakım hemşiresi olabilmek için, 3. basamak yoğun bakımlarda 3 aydan fazla çalışmak ve gerekli eğitimlere katılmak gerekmekte, yada bu şartlar sağlanamıyorsa çalışırken 1 yıl içinde gerekli eğitimleri tamamlamak gerekmektedir. Yoğun bakım sorumlu hemşirelerinin ise yoğun bakım eğitim sertifikası almaları veya sağlık bakanlığının 29.05.2013 tarihli Sayı : 28661 numaralı genelgesinin çıktığı tarihten önce yoğun bakımlarda en az bir yıl çalışmış olmaları (124,139).

2.6.1. Yoğun Bakım Hemşiresinin Özellikleri

Yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaları izlemek, tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumludur (133-135).

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin genel servis hemşirelerinin bilgi ve becerileri yanında daha kapsamlı niteliklere sahip olması gerekmektedir. Bunlar (135,140-145);

- Sorumluluk duygusunun fazla olması,
- Dikkatli bir gözlemci olması, hastanın durumunda en ufak bir değişikliği anında anlayabilmesi ve rapor edebilmesi,

- Acil durumlarda nasıl davranacağını bilmesi,
- Hastanın moralini ve rahatını en üst düzeyde tutabilmesi,
- Psikolojik yönden yoğun bakıma hazır olması,
- Eğitime açık olması, kendini yenilemesi,
- Değişime açık olması ve değişim ajanı olabilmesidir.

Bunların yanı sıra yoğun bakım hemşiresinin, hastalarda ortaya çıkabilecek kardiyak, solunum ve psikolojik komplikasyonları belirleyecek, ekibi erkenden haberdar ederek ekip gelinceye kadar acil tedaviyi başlatabilecek nitelikte olması gerekmektedir.

2.6.2. Yoğun Bakım Hemşiresinin Görev Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra yoğun bakım hemşirelerinin görev yetki ve sorumlulukları şunlardır (124,133-134,138,140);

2.6.2.1. Hemşirelik bakımı:

- Hasta değerlendirmesinde kurumun benimsediği skarlama sistemleri ve skalaları uygulamak ve değerlendirmek,
- Hastaların monitorizasyonunu sağlamak ve monitorizasyonda non-invaziv teknikleri bilmek,
- Kardiyak ritmi izlemek ve acil durumlarda ekip ile iletişim sağlamak,
- Sıvı-elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunları dikkate alarak uygun hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak ve değerlendirmek,
- Kurum politika ve talimatları doğrultusunda, intravenöz sıvı infüzyonu ve kan transfüzyonunu başlatmak ve takip etmek,
- Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlamak, uygulamak ve değerlendirmek,
- Ventilatördeki hastaya bakım vermek,
- Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlamak, uygulamak ve değerlendirmek,

- Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemine ve uygun pozisyon verilmesini sağlamak, nörolojik değerlendirmelerini yapmak,
- Bası yaralarına yönelik risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerini değerlendirmek, gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlamak, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak ve değerlendirmek,
- Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlamak ve uygulamak,
- Hastaların beslenme gereksinimlerini belirlemek (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlamak ve uygulamak,
- Beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlamak,
- Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişmemesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak,
- Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine yönelik uygun hemşirelik yaklaşımını sağlamaktır (124,133-134,138,140).

2.6.2.2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

- Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirmek, kaydetmek ve normalden sapmaları hekime bildirmek,
- Hekim tarafından gerçekleştirilen invaziv tanı ve tedavi girişimleri için hastayı hazırlamak, işlem sırasında destek olmak ve işlem sonrasında hastayı izlemek,
- Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplamak değerlendirmek ve hekime bilgi vermek,
- Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaçları, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilerek uygulamak,
- İlaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları uygulamak,
- Uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözlemek, kaydetmek ve hekime bildirmek,
- Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurmak,

- Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak, kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılmaktır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an ünite de hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatmak. Kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon, acil senkronize kardiyoversiyon uygulamak ve rapor etmektir (124,136-140).

2.7. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTA ÖZELLİKLERİ

Yoğun bakım hastası; fizyolojik dengesi bozulmuş, 24 saat sürekli izlem, monitörizasyon ve organ destek tedavisi gerektiren hastalardır. Bu hastaların genel durumlarında ani değişimler olabilmekte, bunun için hızlı ve uygun tanı /tedavi, uygun nakil, hızlı yatış ve uygun zamanda çıkış planı gerekmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinde,

- Dolaşım sistemi sorunu olan; kardiyak arrest, kardiyojenik şok, solunum yetmezliği ve hemodinamik destek gerektiren akut konjestif kalp yetmezliği, vb.,
- Solunum sistemi sorunu olan; solunum fonksiyonu bozulmuş cerrahi olgular, postoperatif ayılma döneminde O₂ satürasyonu yükselmeyen olgular, sık trakeal aspirasyona ihtiyaç duyan cerrahi olgular vb,
- Nörolojik sistem sorunu olan; koma, ağır kafa travmalı olgular, kafa içi kitle nedeniyle beyin fonksiyonları bozulmuş vakalar vb,
- Cerrahi operasyon geçiren, beyin cerrahi, genel cerrahi ve ortopedi vakalarında hemodinamik monitörizasyon, yakın takip ve acil müdahale gerektirecek vb durumda olan hastalar bulunmaktadır (134,146).

Yoğun bakımlar acil durumların sıklıkla yaşandığı ve yatan hasta özelliklerinden dolayı fazlaca risklere maruz kalınan yerlerdir. Özellikle yoğun bakım hastalarında hastane enfeksiyon riski, komplikasyon gelişme riski ve tıbbi hata riski fazla olup, maliyet açısından yüksek hastalardır. Bu hastalarda yoğun bakım risklerini engellemek ya da azaltabilmek önemlidir.

Yoğun bakımlardaki risklere bakıldığında;

- Tanı ve tedavi amacı ile uygulanan yöntemlerin yarattığı riskler (arteriyel kateterler, santral venöz kateterler, pulmoner arter kateterler, ventilatörler vb.),
- Beslenmenin yarattığı riskler,
- İlaç tedavisinin yarattığı riskler,
- Stres ülserleri,
- Organizasyon yetersizliğinin neden olduğu riskler ve
- Yoğun bakım hastalarında gelişen psişik sorunlar olduğu görölmektedir.

Hemşireler bu riskleri azaltabilmek için bakımlarında yönetim, araştırma ve eğitime özen göstermelidirler. Özellikle risklerin oluşmasını engelleyebilmek için bakımlarını araştırmaları ve yeni bakım yöntemleri geliştirmeleri gerekmektedir (147-149). Yapılan çalışmalarda yoğun bakımlarda sıklıkla bilinç değişikliği olan hastaların bulunması düşme ve yaralanma riskinin fazla olmasına neden olmaktadır. Hastanedeki bireylerin düşme ve yaralanma riskinden korunması sağlık ekibinin tüm üyelerinin özellikle de hemşirelerin temel sorumlulukları arasındadır. Düşme ve yaralanmayı önlemek için hastalara fiziksel kısıtlama yapılması bu riskin önlenmesi için ortaya çıkmış bir uygulamadır (150-151).

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma; hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezi, Özel Avrupa Hastanesi, Özel Tekden Hastanesi, Özel Erciyes Kartal Hastanesi, Özel Kızılay Hastanesi, Özel Modern Dünya Hastanesi ve Özel Anakalp Hastanesi erişkin yoğun bakımlarında çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır.

Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde bulunan yetişkin yoğun bakımlar; Genel Cerrahi Yoğun Bakım, Beyin Cerrahi Yoğun Bakım, Anestezi Yoğun Bakım, Dahiliye Yoğun Bakım, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım, Göğüs Cerrahisi Yoğun Bakım, Nöroloji Yoğun Bakım, Yanık Ünitesi Yoğun Bakım, Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım ve Koroner Yoğun Bakım üniteleridir. Yetişkin yoğun bakım üniteleri 127 yataklı olup, bu ünitelerde toplam 155 hemşire çalışmaktadır. Araştırma kapsamına birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak yoğun bakımların tamamı dahil edilmiştir. Yoğun bakımlarda hemşireler 08-16 ve 16-08 şeklinde iki vardiya sistemi ile çalışmakta, gündüz ve gece vardiyasında çalışan hemşire sayısı değişmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde 3-4 yatağa 1 hemşire düşmekte, hemşirelerin mesai saatleri 40-56 saat arasında değişmektedir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Yoğun Bakım Ünitelerindeki Yatak ve Hemşire Sayısı

ÜNİTELER	Yatak Sayısı	Hemşire Sayısı
Dahiliye Y.B.Ü.	18	27
Anestezi Y.B.Ü.	12	18
Genel Cerrahi Y.B.Ü.	10	17
Beyin Cerrahi Y.B.Ü.	13	21
Göğüs Cerrahi Y.B.Ü.	9	5
Nöroloji Y.B.Ü.	7	5
Kardiyoloji Y.B.Ü.	24	16
Kalp-damar Y.B.Ü.	10	12
Yanık Y.B.Ü.	8	7
Göğüs hastalıkları Y.B.Ü.	8	9
Beyin Cerrahi Ara Yoğun Bakım Ünitesi	8 *	18
Toplam	127	155

*Beyin cerrahi ara yoğun bakım ünitesinde her şifftte bir hemşire çalışmakta ve serviste çalışan 18 hemşire yoğun bakıma dönüşümlü olarak bakmaktadır. Bundan dolayı evrene sadece ara yoğun bakım değil çalışan tüm hemşireler dahil edilmiştir.

Kayseri il merkezinde erişkin yoğun bakım ünitesi olan özel hastaneler; Özel Tekden Hastanesi, Özel Erciyes Kartal Hastanesi, Özel Kızılay Hastanesi, Özel Modern Dünya Hastanesi, Özel Anakalp Hastanesi'dir. Bu hastanelerde bulunan yoğun bakım üniteleri; Genel Yoğun Bakım, Koroner Yoğun Bakım, KVC Yoğun Bakım üniteleridir. Özel Anakalp Hastanesi'nde sadece Koroner Yoğun Bakım ve KVC Yoğun Bakım üniteleri mevcuttur. Özel hastanelerdeki toplam yatak sayısı 87 olup 64 hemşire çalışmaktadır (Tablo 3.2). Araştırma kapsamına birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak yoğun bakımların tamamı dahil edilmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde hemşireler 08-16, 16-08, 16-24 şeklinde 3 vardiya şeklinde çalışmakta olup, yoğun bakım ünitesinde yatan hasta sayısına göre gündüz ve gece vardiyasında çalışan hemşire sayısı da değişmektedir. Araştırma kapsamındaki özel hastanelerde genellikle 4 ve üzeri yatağa bir hemşire düşmekte, hemşirelerin mesai saatleri 56 saat ve üzeri olacak şekilde değişmektedir. Ciddi multiorgan yetmezliği olan hastalar Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne sevk edilmektedir.

Tablo 3.2. Özel Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Yatak Sayısı ve Çalışan Hemşire Sayısı

Özel Hastaneler	Yatak Sayısı	Hemşire Sayısı
Tekden Hastanesi	22	22
Erciyes-Kartal Hastanesi	16	6
Kızılay Hastanesi	5	7
Modern Dünya Hastanesi	27	17
Ana Kalp Hastanesi	17	12
TOPLAM	87	64

Yoğun bakım ünitelerinde koroner arter hastalığı olan hastalar, postoperatif solunum desteğine ihtiyaç duyan hastalar, myokard enfarktüsü geçiren ve ritim bozuklukları olan hastalar, travma hastaları, vital fonksiyonları bozulan ve/veya bozulması beklenen zehirlenme vakaları ve sepsisi olan hastalara bakım verilmektedir.

Kayseri il merkezinde bulunan Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Sekreterliği, Özel Acıbadem Hastanesi ve Özel Memorial Hastaneleri çalışma yapılmasına izin verilmediği için çalışma kapsamına alınamamıştır. Özel Güneş Hastanesi ve Özel Melikgazi Hastanesi araştırma yapılmasına izin vermesine rağmen yoğun bakım üniteleri aktif olmadığı için bu hastaneler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kayseri il merkezinde bulunan ve çalışma yapılmasını kabul eden özel ve kamu hastanelerinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 219 hemşire oluşturmaktadır.

Araştırmada örneklem seçim yöntemine gidilmemiş, evrenin tamamı örnekleme alınmıştır. Verilerin toplanması esnasında 7 hemşire doğum izninde, 4 hemşire askerlik görevinde ve 5 hemşire de çalışmayı kabul etmek istemedikleri için araştırmanın örneklemini 203 hemşire oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları iki bölümden oluşmaktadır.

1. Anket Formu (EK-1);
2. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (EK-2)

3.4.1. Anket Formu (EK -1)

Araştırmanın amacına uygun literatür bilgisi (2-4,12-13,17,23-24,27,29-31) taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmış olan anket formu, hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sosyo demografik özelliklerini ve fiziksel tespite ilişkin soruları içeren 20 soru yer almaktadır.

3.4.2. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (EK-2)

Suen (31) tarafından 1999 yılında geliştirilen ölçeğin Kaya ve arkadaşları (4) tarafından 2008 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek üç alt bölümden oluşmakta, birinci bölüm bilgi, ikinci bölüm tutum ve üçüncü bölüm uygulama boyutunu içermektedir.

Birinci bölümde; hemşirelerin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin bilgisini ölçen 11 madde bulunmaktadır. Bu bölümde 10 madde doğru, bir madde ise yanlış soru şeklindedir. Doğru yanıt 1 puan, yanlış yanıt ise 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Yanlış madde ise “her açıdan çok iyi diyebileceğimiz bir tespit edici yoktur” dir. Bu bölümün puan aralıkları 0-11 puan arasındadır. Yüksek puan yüksek düzeyde bilgiyi göstermektedir.

İkinci bölümde; hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutumlarını ölçen 12 madde yer almaktadır. Sorular likert tipine uygun olarak hazırlanmış olup kesinlikle katılıyorum “4 puan”, katılıyorum “3 puan”, katılmıyorum “2 puan” ve kesinlikle katılmıyorum “1 puan” şeklinde değerlendirilmektedir. Bölümün puanları 12 ile 48 puan arasında değişmektedir. Yüksek puan olumlu, düşük puan ise olumsuz tutumu yansıtmaktadır.

Üçüncü bölümde; hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulamalarını değerlendiren 14 madde bulunmaktadır. Bu bölümde likert tipi bir ölçekle yanıtlar hiçbir zaman “1 puan”, bazen “2 puan”, her zaman “3 puan” şeklinde değerlendirilmektedir. Bölümün puan sınırı 14 ile 42 arasındadır. Bölümden alınan puanın yüksekliği uygulamanın mükemmelliğini ifade etmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliğinde test-tekrar test değeri 0.88-0.90 arasında olup, Cronbach’s Alpha değeri 0.69’tur (4). Çalışmamızda ölçek Cronbach’s Alpha değeri 0.554 olarak saptanmıştır.

3.5. Ön Uygulama

Veri toplama formunun anlaşılabilirliğini ve uygulama süresini belirlemek amacıyla daha önce yoğun bakım servisinde çalışmış 5 hemşire ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında gerekli düzenlemeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin klinik ortamlarında uygun vakitlerde gidilerek anket formlarını cevaplaması istenmiş ve formlar doldurulduktan sonra araştırmacı tarafından alınmıştır. Bir anketin cevaplama süresi ortalama 8-10 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 istatistik programı ve R 3.1.1 (www.r-project.org) programı kullanılmıştır. Toplanan veriler araştırmacı tarafından istatistikî danışmanlık alınarak, bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi, histogram ve q-q grafikleri incelenerek değerlendirilmiş, varyans homojenliği Levene testi ile yapılmıştır. Gruplar arası toplam bilgi, tutum ve uygulama ölçek puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem *t* testi ve tek yönlü varyans analizleri kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar Tukey ve Tamhane T2 testleri ile yapılmıştır. Veriler ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiştir. Cronbach alfa katsayısına bakılmıştır. İstatiksel değerlendirmede $p < 0.05$ düzeyi anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi gibi sosyodemografik özellikler ile ilgili verilerdir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; ölçekten alınan puanlardır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilimdalı Akademik kurul kararı (EK-4) ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Ek-5) alınmıştır. Ayrıca Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Ek-6), Özel Tekden Hastanesi (Ek-7), Özel Erciyes Kartal Hastanesi (Ek-8), Özel Kızılay Hastanesi (Ek-9), Özel Modern Dünya Hastanesi (Ek-10), Özel Anakalp Hastanesi (Ek-11) kurum izinleri, hemşirelerden ise araştırmayla ilgili açıklama yapılarak yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş olur alınmıştır (EK 3).

4. BULGULAR

Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=203)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş		
20 yaş ve altı	15	7.4
21-25	58	28.6
26-30	85	41.9
31-35	30	14.8
36-40	10	4.8
41 ve üzeri	5	2.5
Cinsiyet		
Erkek	59	29.1
Kadın	144	70.9
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi	26	12.8
Ön lisans	8	3.9
Lisans	164	80.8
Yüksek lisans/doktora	5	2.5
Görev türü		
Sorumlu hemşire	15	7.4
Klinik hemşiresi	188	92.6
Çalıştığı Kurum		
Üniversite hastanesi	144	70.9
Özel hastane	59	29.1
Hemşire olarak çalışma süresi		
1 yıldan az	34	16.7
1-3 yıl	57	28.1
4-6 yıl	40	19.7
7-9 yıl	45	22.2
10 yıl ve üzeri	27	13.3

Tablo 4.1’de hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çalışma grubundaki hemşirelerin; yaş ortalamasının 27.79 ± 5.34 olduğu, % 41.9’unun 26-30 yaş grubunda, %70.9’unun kadın, % 80.8’inin lisans mezunu olduğu, %92.6’ının klinik hemşiresi olarak çalıştığı, % 70.9’unun üniversite hastanesinde çalıştığı ve % 28.1’inin hemşire olarak çalışma süresinin 1-3 yıl olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Çalıştıkları Yoğun Bakım Ünitelerinin Özellikleri (n=203)

Çalıştıkları Yoğun Bakım Ünitelerinin Özellikleri	<i>n</i>	%
Yoğun bakım üniteleri		
Dahiliye yoğun bakım	50	24.6
Nöroloji yoğun bakım	7	3.4
Koroner yoğun bakım	13	6.4
Reanimasyon	17	8.4
Genel cerrahi yoğun bakım	18	8.9
Beyin cerrahi yoğun bakım	38	18.7
Kvc yoğun bakım	21	10.3
Diğerleri (yanık yoğun bakım, göğüs cerrahi yoğun bakım, göğüs hastalıkları yoğun bakım)	39	19.2
Sıklıkla çalıştığı vardiya		
8-16	65	32.0
16-24	5	2.5
16-08	133	65.5
Yoğun bakımda çalışma süresi		
6 ay ve altı ↓	127	62.6
7 ay -12 ay	62	30.5
1-3 yıl	8	3.9
4-9 yıl	6	3.0
Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire sayısı		
1-9	54	26.6
10-14	34	16.7
15-19	68	33.5
20 ve üzeri	47	23.2
Yoğun bakım ünitesinde bakılan hasta sayısı		
1 hasta	4	2.0
2 hasta	12	5.9
3 hasta	125	61.6
4 hasta ve üzeri	62	30.5

Tablo 4.2. incelendiğinde hemşirelerin % 24.6' sının dahiliye yoğun bakım ünitesinde çalıştığı, %65.5' inin 16-08 şiftlerinde çalıştığı, % 62.6'sının çalışma süresinin 6 ay ve daha kısa süredir yoğun bakımda çalıştığı, yoğun bakımların % 33.5'inde 15-19 hemşire bulunduğu ve hemşirelerin %61.6'sının her şifte 3 hastaya bakım verdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi Alma Durumları ve Uygulamaları (n=203)

Bilgi düzeyi ve uygulamalar	n	%
Fiziksel kısıtlama uygulama durumu		
Evet	113	55.7
Hayır	4	2.0
Bazen	86	42.3
Fiziksel kısıtlama uygulanan hastalar		
Ajitasyon/oryantasyon bozukluğu olan hastalar	103	50.7
Entübe hasta	24	11.8
Bilinci kapalı hasta	25	12.3
Kendine ve çevreye zarar verme riski olan hasta	19	9.4
Düşme riski olan hastalara	7	3.4
Diğerleri(konfüze,delirium, KOAH vb.)	25	12.4
Fiziksel Kısıtlamaya ilişkin bilgi alma durumu		
Alan	94	46.3
Almayan	109	53.7
Bilgi alınan yer		
Örgün eğitim	42	44.6
Seminer	21	22.4
Kurs	15	15.9
Sertifika	9	9.5
Diğer (internet, broşür,dergi vb.)	7	7.5

Tablo 4.3’de hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi alma durumları ve uygulamaları verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 55.7’sinin fiziksel kısıtlama uyguladığı, %50.7’sinin ajitasyon/oryantasyon bozukluğu olan hastalara fiziksel kısıtlama uyguladığı, % 53.2’sinin kısıtlamaya ilişkin bilgisinin olmadığı ve bilgi alanların %44.6’sının bu bilgiyi örgün eğitim sırasında aldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Ölçek Puan Ortalamaları		
Bilgi	Tutum	Uygulama
$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
8.21±1.34	30.54±4.85	36.51±3.69

Yoğun bakım hemşirlerinin fiziksel kısıtlamaya ilişkin ölçek puan ortalamaları Tablo 4.4’de verilmiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi puan ortalaması 8.21±1.34, tutum puan ortalamasının 30.54±4.85 ve uygulama puan ortalamasının 36.51±3.69 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine göre Fiziksel Kısıtlama Bilgi, Tutum ve Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları ($n=203$).

Tanımlayıcı Özellikler	Ölçek Puan Ortalamaları		
	Bilgi	Tutum	Uygulama
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş grupları			
20 yaş ve altı	8.47±0.92	30.40±4.40	38.67±2.13
21-25	7.93±1.17	31.24±4.80	36.31±4.24
26-30	8.45±1.38	29.82±4.54	36.34±3.36
31-35	8.03±1.52	30.67±6.02	36.53±3.71
36-40	8.60±1.17	33.33±4.18	35.20±4.18
41 ve üzeri	7.20±2.17	29.60±4.67	38.00±4.00
<i>p</i>	0.077*	0.283*	0.184*
Cinsiyet			
Kadın	8.13±2.17	30.61±4.64	36.63±3.46
Erkek	8.42±1.28	30.41±5.38	36.25±4.24
<i>p</i>	0.160**	0.789**	0.518**
Eğitim durumu			
Sağlık meslek lisesi	8.35±0.98	31.00±5.95	38.15±3.12 ^{ab}
Ön lisans	8.25±1.39	29.25±2.92	39.25±2.12 ^a
Lisans	8.24±1.38	30.63±4.76	36.21±3.70 ^{ab}
Yüksek lisans/doktora	6.60±1.14	27.80±4.15	33.80±4.09 ^b
<i>p</i>	0.055**	0.489**	0.003**
Kurum			
Üniversite hastanesi	8.15±1.36	30.51±4.71	35.95±3.85
Özel hastane	8.39±1.60	30.64±5.23	37.90±2.87
<i>p</i>	0.241**	0.859**	<0.001**

*tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

**bağımsız iki örneklem t testi yapılmıştır.

Aynı sütunda yer alan farklı harfler gruplar arası farklılığı, benzer harfler ise gruplar arası benzerliği ifade etmektedir.

Tablo 4.5’de hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre fiziksel kısıtlama bilgi, tutum ve uygulama ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Çalışmada 36-40 yaş grubunda yer alan hemşirelerin bilgi ve tutum puan ortalamaları ve 20 yaş altında olan hemşirelerin uygulama puan ortalamaları diğer yaş gruplarından daha yüksek bulunmuş, ancak yaşın fiziksel kısıtlama üzerinde istatistiksel olarak anlamlılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin cinsiyetlerine göre fiziksel kısıtlama puanları incelendiğinde; erkek hemşirelerin bilgi alt boyut puan ortalamasının, kadın hemşirelerin ise tutum ve uygulama alt boyut ortalamalarının yüksek olduğu, ancak aralarındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Hemşirelerin eğitim durumlarına göre puan ortalamalarına baktığımızda, sağlık meslek

lisesi mezunlarının bilgi ve tutum puan ortalamalarının yüksek olduğu, ön lisans mezunlarının ise uygulama alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış, ancak uygulama alt boyutunda bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre fiziksel kısıtlama puanları incelendiğinde, özel hastanede çalışan hemşirelerin tüm alt boyutlarda daha yüksek puan aldığı, uygulama boyutunda ise gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Fiziksel Kısıtlama Bilgi, Tutum ve Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları ($n=203$)

Çalışma Özellikleri	Ölçek Puan Ortalamaları		
	Bilgi	Tutum	Uygulama
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Servisteki Görev türü			
Sorumlu hemşire	7.87±1.88	29.27±5.76	38.00±2.51
Klinik hemşiresi	8.24±1.29	30.65±4.78	36.40±3.76
<i>p</i>	0.457**	0.289**	0.034**
Çalışma şekli			
8-16	7.94±1.51	29.94±5.32	37.18±3.20a
16-24	8.80±2.17	28.00±1.87	32.00±5.29b
16-08	8.33±1.20	30.94±4.66	36.36±3.75a
<i>p</i>	0.095*	0.197*	0.007*
Hemşire Olarak Çalışma süresi			
1 yıldan az	8.24±1.23	31.09±4.65	36.56±3.62
1-3 yıl	8.37±1.26	30.63±4.57	36.40±4.01
4-6 yıl	8.13±1.42	30.43±5.01	36.43±3.34
7-9 yıl	7.98±1.37	30.04±5.12	36.62±3.87
10 yıl ve üstü	8.41±1.50	30.73±5.30	36.67±3.56
<i>p</i>	0.581*	0.914*	0.997*

*tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

**bağımsız iki örneklem t testi yapılmıştır.

Aynı sütunda yer alan farklı harfler gruplar arası farklılığı, benzer harfler ise gruplar arası benzerliği ifade etmektedir.

Hemşirelerin çalışma özellikleri ile fiziksel kısıtlama ölçeği bilgi, tutum ve uygulama ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6'da yer almaktadır. Hemşirelerin ölçek alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde bilgi ve tutum alt boyutunda klinik hemşirelerin, uygulama alt boyutunda ise sorumlu hemşire olarak çalışanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark uygulama alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ($p<0.05$).

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre bilgi alt boyut puan ortalamaları 16-24 şiftinde çalışanlarda, tutum alt boyut puan ortalamaları 16-08 şiftinde çalışanlarda yüksek bulunmuştur. Uygulama alt boyut puan ortalamalarında ise 8-16 şiftinde çalışan hemşirelerde puan yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin çalışma süreleri ile fiziksel kısıtlama bilgi ve uygulama alt boyut puan ortalamalarında 10 yıl ve daha uzun süredir çalışanların daha yüksek puan aldığı, tutum alt boyutunda ise 1 yıldan daha az süredir çalışanların daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hemşirelerin Çalıştıkları Yoğun Bakım Ünitelerinin Özelliklerine Göre Fiziksel Kısıtlama Bilgi, Tutum ve Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları ($n=203$)

Çalıştıkları Yoğun Bakım Özellikleri	Ölçek Puan Ortalamaları		
	Bilgi	Tutum	Uygulama
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yatak sayısı			
1-9 yatak	8.28±1.35	31.10±5.22	37.22±3.46a
10-19 yatak	8.16±1.30	30.08±4.25	35.56±3.84b
20 ve üzeri yatak	8.24±1.54	30.64±5.83	38.12±2.82a
<i>p</i>	0.844*	0.381*	0.001*
Hemşire sayısı			
1-9 hemşire	8.41±1.38	31.07±5.21	37.33±3.35a
10-14 hemşire	7.88±1.37	31.45±4.90	37.38±2.50a
15-19 hemşire	8.29±1.32	29.84±4.70	36.21±3.94ab
20 ve üzeri hemşire	8.13±1.31	30.34±4.59	35.40±4.16b
<i>p</i>	0.306*	0.346*	0.025*
Gündüz bakım verilen hasta sayısı			
1 hasta	8.50±1.29	28.50±4.36 ^{ab}	37.50±1.91
2 hasta	8.58±1.16	27.25±5.26 ^a	37.33±2.23
3 hasta	8.21±1.28	30.54±4.16 ^{ab}	36.10±3.84
4 hasta ve üzeri	8.15±1.51	31.34±5.83 ^b	37.15±3.64
<i>p</i>	0.743*	0.047*	0.234*
Gece bakım verilen sayısı			
1 hasta	7.00±2.16 ^a	31.00±5.23 ^{ab}	37.50±1.91
2 hasta	9.09±0.94 ^b	27.00±3.22 ^a	37.82±2.18
3 hasta	8.12±1.33 ^{ab}	30.14±4.54 ^{ab}	36.25±3.90
4 hasta ve üzeri	8.25±1.32 ^{ab}	31.24±5.08 ^b	36.56±3.70
<i>p</i>	0.036*	0.034*	0.556*

*tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

**bağımsız iki örneklem t testi yapılmıştır.

Aynı sütunda yer alan farklı harfler gruplar arası farklılığı, benzer harfler ise gruplar arası benzerliği ifade etmektedir.

Tablo 4.7’de hemşirelerin çalıştıkları yoğun bakım ünitelerinin özelliklerine göre fiziksel kısıtlama bilgi, tutum ve uygulama ölçeği puan ortalamaları bulunmaktadır. Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki yatak sayıları ile fiziksel kısıtlama puan ortalamaları incelendiğinde; yatak sayısı 1-9 olan birimlerde çalışan hemşirelerin bilgi ve tutum alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Uygulama alt boyutunda ise 20 ve üzeri yatak sayısı olan birimlerde çalışan hemşirelerin puan ortalamaları yüksek bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ($p<0.05$). Çalıştıkları birimde 1-9 hemşire bulunanların bilgi alt boyut puan ortalamaları daha yüksek iken, 10-14 hemşire çalışanların tutum ve uygulama alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Uygulama alt boyut puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelerin gündüz bakım verdikleri hasta sayısına göre fiziksel kısıtlama ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; iki hastaya bakım veren hemşirelerin bilgi alt boyut puan ortalamasının, bir hastaya bakım verenlerin uygulama alt boyut puan ortalamasının, 4 ve üzeri hastaya bakım veren hemşirelerin tutum alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu ve tutum alt boyutunda farkın istatistiki olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Yoğun bakım hemşirelerinin gece bakım verdikleri hasta sayısına göre fiziksel kısıtlama ölçek alt boyut puanlarına baktığımızda ise gece iki hastaya bakım veren hemşirelerin bilgi ve uygulama alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bilgi alt boyutunda bu farkın anlamlılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerden 4 ve üzeri hastaya bakım verenlerde tutum alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Çalıştıkları Yoğun Bakım Ünitelerine Göre Fiziksel Kısıtlama Bilgi, Tutum ve Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları ($n=203$)

Yoğun bakım üniteleri	Ölçek Puan Ortalamaları		
	Bilgi	Tutum	Uygulama
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Dahiliye yoğun bakım	8.22±1.30	31.46±5.12	36.22±4.03 ^{ab}
Nöroloji yoğun bakım	8.57±0.53	33.29±5.77	35.14±3.02 ^{ab}
Koroner yoğun bakım	8.15±1.72	31.31±5.54	37.23±2.89 ^{ab}
Reanimasyon	8.00±1.37	29.41±3.39	35.06±3.70 ^{ab}
Genel cerrahi yoğun bakım	8.39±1.09	29.67±4.17	34.78±4.12 ^a
Beyin cerrahi yoğun bakım	8.00±1.56	30.45±5.23	36.39±4.45 ^{ab}
Kalp-damar cerrahi yoğun bakım	8.48±1.17	28.75±3.81	37.86±2.57 ^{ab}
Diğerleri(yanık yoğun bakım, göğüs cerrahi yoğun bakım, göğüs hastalıkları yoğun bakım)	8.26±1.37	30.56±4.91	37.74±2.44 ^b
p	0.883*	0.284*	0.027*

*tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

**bağımsız iki örneklem t testi yapılmıştır.

Aynı sütunda yer alan farklı harfler gruplar arası farklılığı, benzer harfler ise gruplar arası benzerliği ifade etmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları yoğun bakım ünitelerine göre fiziksel kısıtlama bilgi, tutum ve uygulama ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.8’de yer almaktadır. Nöroloji yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bilgi ve tutum alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ($p>0.05$), uygulama alt boyutunda ise kalp damar cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yüksek puan aldığı ve gruplar arasındaki farkın anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi alma Durumları ve Uygulamalarına Göre Fiziksel Kısıtlama Bilgi, Tutum ve Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları (n=203)

Fiziksel kısıtlama uygulama durumu	Ölçek Puan Ortalamaları		
	Bilgi	Tutum	Uygulama
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet	8.21±1.37	31.06±5.27	36.58±3.73
Hayır	8.50±1.29	30.25±4.19	36.00±2.16
Bazen	8.21±1.32	29.90±4.24	36.47±3.74
<i>p</i>	0.914*	0.244*	0.941*
Fiziksel kısıtlama bilgi alma durumu			
Evet	8.21±1.38	31.00±4.91	37.00±3.24
Hayır	8.22±1.31	30.16±4.79	36.09±4.02
<i>p</i>	0.951**	0.219**	0.081**
Bilgi alınan yer			
Örgün eğitim	8.48±1.15	31.90±5.08	37.55±2.86 ^a
Seminer	8.24±1.70	31.00±4.62	37.33±3.23 ^{ab}
Kurs	7.47±1.55	31.47±4.84	37.00±2.83 ^{ab}
Sertifika	7.89±1.17	27.44±4.28	33.33±4.39 ^b
Bilgi almamış	8.24±1.32	30.15±4.77	36.06±4.02 ^{ab}
Diğer (internet, broşür, dergisv.)	8.29±1.11	29.17±4.71	38.00±1.63 ^{ab}
<i>p</i>	0.234*	0.111*	0.014*

*tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

**bağımsız iki örneklem t testi yapılmıştır.

Aynı sütunda yer alan farklı harfler gruplar arası farklılığı, benzer harfler ise gruplar arası benzerliği ifade etmektedir

Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi alma Durumları ve Uygulamalarına Göre Fiziksel Kısıtlama Bilgi, Tutum ve Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları Tablo 4.9'da yer almaktadır. Bakım verdikleri hastalara fiziksel kısıtlama uygulamadığını ifade eden hemşirelerin ölçek bilgi puan ortalamalarının, kısıtlama uyguladığını ifade edenlerin ise tutum ve uygulama alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmış, fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Fiziksel kısıtlama hakkında bilgi almayan hemşirelerin bilgi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, bilgi alan hemşirelerin ise tutum ve uygulama alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Hemşirelerin fiziksel kısıtlama hakkında bilgi aldıkları yere göre puan ortalamalarına baktığımızda, örgün eğitimden bilgi alan hemşirelerin bilgi ve tutum alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, bilgiyi internet, dergi ve broşür vb. yerden alan hemşirelerin uygulama alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Uygulama puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Bilgi Alt Boyutu Cevap Yüzdeleri (n=203)

Bilgi alt boyutu	<u>Katılıyorum</u>		<u>Katılmıyorum</u>	
	n	%	n	%
1.Tespit edici uygulanması gerektiğinde, bilgilendirilmiş onam formunu bir aile üyesinin imzalaması gerekir.	122	60.1	81	39.9
2.Tespit ediciler sadece profesyonel kişiler tarafından uygulanmalıdır.	174	85.7	29	14.3
3.Hastanın durumuna uygun tespit edici belirlenmelidir.	202	99.5	1	0.5
4.Hastaya tespit edici uygulandığında, tespit edici yatak kenarlıklarına tutturulmamalıdır.	191	94.1	12	5.9
5.Tespit edici iki saatte bir gevşetilmelidir.	190	93.6	13	6.4
6.Hastaya tespit edici uygulandığında deri bütünlüğünde bozulma riski artar.	187	92.1	16	7.9
7.Boğulma tehlikesi olabileceği için hastanın hiçbir zaman yüz üstü tespit edilmemesi gerekir.	190	93.6	13	6.4
8.Her açıdan çok iyi diyebileceğimiz bir tespit edici yoktur.	178	87.7	25	12.3
9.Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; türü, saati ve kullanma nedeninin kaydedilmesi gerekir.	189	93.1	14	6.9
10.Hastaların tespit edicileri reddetme hakkı vardır.	94	46.3	109	53.7
11.Hastalar hemşireler tarafından yakından takip edilemediğinde tespit ediciler kullanılmalıdır.	102	50.2	101	49.8

Tablo 4.10’da Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi alt boyutu cevap yüzdeleri verilmiştir. Hemşirelerin %99.5’inin “hastanın durumuna uygun tespit edici belirlenmelidir” maddesine doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir. “hastaların tespit edicileri reddetme hakkı vardır.” maddesine ise hemşirelerin (% 53.7) en yüksek oranda olumsuz cevap verdikleri tespit edilmiştir. “hastalar hemşireler tarafından yakından takip edilemediğinde tespit ediciler kullanılmalıdır”, “hastaların tespit edicileri reddetme hakkı vardır”, “tespit edici uygulanması gerektiğinde, bilgilendirilmiş onam formunu bir aile üyesinin imzalaması gerekir” maddelerinin dışında diğer maddelerin doğru yanıt verme oranlarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.11. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Tutum Alt Boyutu Cevap Yüzdeleri (n=203)

Tutum alt boyutu	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Eğer ben hasta olsaydım tespit edici kullanılacağı zaman bunu kabul etme ya da reddetme hakkım olmasını isterdim.	51	25.1	74	36.5	65	32.0	13	6.4
2.Hastaya tespit edici uyguladığımda kendimi suçlu hissedirim.	8	3.9	46	22.7	117	57.6	32	15.8
3.Tespit edici uygulanmış bir hastanın odasına aile üyelerinden biri girdiği zaman kendimi kötü hissedirim.	13	6.4	55	27.1	108	53.2	27	13.3
4.Hasta tespit edildikten sonra daha kötü/sinirli olduğu zaman kendimi kötü hissedirim.	8	3.9	99	48.8	71	35.0	25	12.3
5.Tespit edici uygulanan hastanın özgüveninde azalma olur.	19	9.4	98	48.3	78	38.4	8	3.9
6.Hastanın tespit edilmesi hemşirelik bakımının süresini azaltır.	33	16.3	67	33.0	85	41.9	18	8.9
7.Tespit edicilerle hastaların düşme oranının azaldığını düşünüyorum.	86	42.4	97	47.8	16	7.9	4	2.0
8.Aile üyelerinin tespit edici kullanıldığı zaman bunu kabul etmeme hakkı olduğunu düşünüyorum.	24	11.8	59	29.1	91	44.8	29	14.3
9.Yoğun bakımlarda personel eksikliği fiziksel kısıtlamanın temel nedenidir.	45	22.2	55	27.1	65	32.0	38	18.7
10.Hasta tespit edildikten sonra bilincini kaybettiğinde kendimi kötü hissedirim.	19	9.4	65	32.0	103	50.7	16	7.9
11.Tespit edicilerin kullanımı için yasal izin verilmesi çok önemlidir.	38	18.7	108	53.2	49	24.1	8	3.9
12.Tespit edicilerin hastaların boğulma oranını arttırdığını düşünüyorum.	6	3.0	34	16.7	118	58.1	45	22.2

Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin tutum alt boyutu cevap yüzdeleri Tablo 4.11’de yer almaktadır. “Kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” yanıtlarının yüzdeleri dikkate alındığında hemşirelerin % 90.2’sinin “tespit edicilerle hastaların düşme oranının azaldığını düşünüyorum” maddesine olumlu cevap verdikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin %80.3’ünün olumsuz cevap verdikleri maddenin ise “tespit edicilerin hastaların boğulma oranını arttırdığını düşünüyorum.” maddesi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.12. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Uygulama Alt Boyutu Cevap Yüzdeleri (n=203)

Uygulama alt boyutu	Her zaman		Bazen		Hiçbir zaman	
1.Hastaya tespit edici uygulamadan önce hastanın düşmesini önlemeye yönelik farklı alternatifleri denerim.	111	54.7	88	43.3	4	2.0
2.Tespit ediciyi sadece hekim direktifi ile uygulayım.	106	52.2	89	43.8	8	3.9
3.Hastanın tespit edilmesine gereksinimi olmadığını düşündüğüm zaman bu fikrimi hekime bildiririm.	155	76.4	48	23.6	0	0.0
4.Tespit edici uygulanan hastanın çağrılarına en kısa zamanda cevap veririm.	171	84.2	31	15.3	1	0.5
5.Tespit ediciyi, her iki saatte bir doğru pozisyonda olup olmadığını belirlemek amacı ile kontrol ederim.	150	73.9	49	24.1	4	2
6.Tespit edici uygulanan hastaya banyo verirken derisini sürtünme ya da tahriş açısından kontrol ederim.	161	79.3	39	19.2	3	1.5
7.Hastanın niçin tespit edildiğini aile üyelerine anlatırım.	158	77.8	39	19.2	6	3.0
8.Niçin tespit edici kullanıldığını hastaya anlatırım.	159	78.3	40	19.7	4	2.0
9.Tespit edicinin ne zaman çıkarılabileceğini hastaya açıklarım.	169	83.3	30	14.8	4	2.0
10.Tespit edicinin açılıp açılmadığını belirlemek amacı ile sık sık kontrol ederim.	156	76.8	45	22.2	2	1.0
11.Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve gerekli hemşirelik girişimlerini kaydedirim.	130	64.0	51	25.1	22	10.8
12.Tespit edici uygulandığı zaman, etkilerini sık sık kontrol eder, değerlendirir ve kaydedirim.	126	62.1	66	32.5	11	5.4
13.Personel sayısı olması gerekenden daha az olduğunda pek çok hasta tespit edilir.	70	34.5	58	28.6	75	36.9
14.Hastanemizde hastaların hareketlerini kontrol etmek için tespit edicilerin kullanılması dışında başka yollar geliştirmeye personeller birlikte çaba gösterir.	95	46.8	78	38.4	30	14.8

Tablo 4.12’ de hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin uygulama alt boyutu cevap yüzdeleri verilmiştir. Bütün dağılımlara bakıldığında, hemşirelerin “tespit edici uygulanan hastanın çağrılarına en kısa zamanda cevap veririm” (%84.2), “tespit edicinin ne zaman çıkarılabileceğini hastaya açıklarım” (%83.3), “tespit edici uygulanan hastaya banyo yaparken derisini sürtünme ya da tahriş açısından kontrol ederim” (%79.3), “niçin tespit edici kullanıldığını hastaya açıklarım” (%78.3) ve “hastanın niçin tespit edildiğini aile üyelerine anlatırım” (%77.8) maddelerine “her zaman” yanıtını vermişlerdir. Hemşirelerin %14.8’ inin “hastanemizde hastaların hareketlerini kontrol etmek için tespit edicilerin kullanılması dışında başka yollar geliştirmeye personeller birlikte çaba gösterir” ve %10.8’inin “tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve gerekli hemşirelik girişimlerini kaydedirim” maddelerine “hiç bir zaman” yanıtını verdikleri saptanmıştır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Fiziksel kısıtlama; konfüze, ajite vb. hastaların kendilerine ya da çevrelerine zarar vermelerini önlemek amacıyla, fiziksel veya mekanik aletlerin hastanın vücuduna bağlanması ile yapılan bir uygulamadır (1,59). Hasta güvenliğini sağlamak için kullanılan bu uygulama alternatif yöntemlerden sonra tercih edilmesi gereken bir uygulama olmasına rağmen ulusal (12-13,24,32) ve uluslararası literatürde (10,33,60,63) kliniklerde sıklıkla uygulandığı görülmektedir. Çalışmamızda hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulama oranı % 55.7 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

Fiziksel kısıtlama, yoğun bakım ünitelerinde genellikle ajite, konfüze ve bilinci kapalı hastalara tüp, dren ve tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkarmasını ve kendisine zarar vermesini önlemek, tedavi girişimlerini yapabilmek amacı ile uygulanmaktadır (14,53,81,86,115). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda da yoğun bakım hemşirelerinin %50.7 oranında “ajitasyon ve oryantasyon bozukluğu olan hastalara”, %12.3 oranında “bilinci kapalı olan hastalara” ve % 11.8 oranında “entübe hastalara” fiziksel kısıtlama uyguladıkları saptanmıştır (Tablo 4.3).

Karagözoğlu'nun (29) çalışmasında hemşirelerin %82.5'i hastaya bağlı olan tüplerin hasta tarafından çıkarılmasını önlemek ve %75.6'sı hastanın yataktan düşmesini önlemek amacıyla fiziksel kısıtlama uyguladığı belirlenmiştir.

Hakverdioğlu ve ark.'nın (24) çalışmasında da benzer şekilde hemşirelerin %45.4'ü “hastaların kateter, dren ve vücutlarına bağlı tıbbi araç bağlantılarını çıkarmaması”, %30.4'ü “konfüze hastanın yataktan düşmesini önlemek” ve %24.3'ü de “ajite hastaların kendilerine ve çevrelerine zarar vermesini önlemek” için fiziksel kısıtlama uyguladıkları tespit edilmiştir.

Literatürde fiziksel kısıtlama hakkında bilgi almanın kısıtlama oranını düşürdüğü ve olası komplikasyonların görülme oranını azalttığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (3-4,24,27,29-31,68-69). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak hemşirelerin

yarısına yakınının (%46.3) kısıtlamaya ilişkin bilgi aldıkları, tutum ve uygulamalarının olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır. Ancak örgün eğitimin bilgi ve tutumu geliştirmede etkili olduğu, kendi imkanları ile internet ve broşür gibi kaynaklardan bilgi edinmenin ise uygulamaya dönüştürmede daha olumlu etki gösterdiği görülmektedir. (Tablo 4.3, Tablo 4.9). Bunun için örgün eğitim ve hizmet içi eğitimlerle bilgilerin tekrar edilmesi ve farkındalığın artırılarak hemşirelerin bilgi edinmeye yönlendirilmesinin daha etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızdan farklı olarak Karagözoğlu (29) çalışmasında hemşirelerin %84.4'ünün fiziksel kısıtlama ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını ve %86.9'unun fiziksel kısıtlama uyguladıklarını bildirmiştir.

Orhan (68) çalışmasında da hemşirelerin % 85.7'sinin fiziksel kısıtlama ile ilgili eğitim almadığını ve Hakverdioğlu ve ark.'ının (24) çalışmasında hemşirelerin yaklaşık yarısının okulda, %19.9'unun ise hizmet içi eğitim programlarında kısıtlama hakkında eğitim aldıklarını belirlemiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi puan ortalamaları 8.21 ± 1.34 olarak saptanmıştır. Alınabilecek en yüksek puanın 11 olduğu düşünüldüğünde hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir (Tablo 4.4.).

Kaya ve ark. (4) (9.75 ± 1.17) ve Çelik ve ark.'ının (69) (8.00 ± 1.37) çalışma bulgularında da bilgi puan ortalamaları çalışmamızla paralellik gösterirken, Suen (31) (5.3 ± 1.67), Suen et al. (30) (5.93 ± 1.99) ve Orhan (68) (5.9 ± 1.6)'nın çalışmalarında hemşirelerin bilgi puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, servisteki görevi, çalıştığı kurum, bakım verdiği hasta sayısı ve çalışma sürelerinin bilgi puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlılık oluşturacak şekilde etkilemediği ($p > 0.05$), ancak 36-40 yaş grubunda olanların, erkeklerin, sağlık meslek lisesi mezunu olanların, klinik hemşiresi olarak çalışanların, özel hastanelerde çalışanların, 2 hastaya bakım verenlerin ve 10 yıldan daha uzun süredir çalışanların bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5, 4.6, 4.7).

Çalışma bulgularımızla benzer şekilde Kaya ve ark.'nın (4) yaptığı çalışmada da hemşirelerin yaş, eğitim durumu ve çalışma yılı ile fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Orhan'ın (68)

çalışmasında ise hemşirelerin yaş, eğitim durumu, çalışma yılı ile fiziksel kısıtlama bilgi puan ortalamaları arasında fark bulunmadığı, ancak erkeklerin bilgi puan ortalamalarının kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Suen (31) ve Suen et al. (30) tarafından yapılan araştırmalarda ise, çalışmamızdan farklı olarak hemşirelerin çalışma yılı ve eğitim durumlarının bilgi puan ortalamalarında anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Çalışmamızda da daha uzun süredir çalışanların bilgi puan ortalamalarının yüksek çıkması çalışma süreleriyle birlikte mesleki deneyimlerinin artmasından ve fiziksel kısıtlama kullanımında alternatif yöntemleri deneyimlemelerinden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Fiziksel kısıtlama, hasta ya da vasisi, gereği ve uygulanmadığı zaman hastanın maruz kalabileceği riskler hakkında bilgilendirildikten sonra onam vermemişse hiçbir koşulda uygulanmamalıdır (4,25-31). Literatürde belirtilmesine rağmen, çalışmamızda hemşirelerin sadece %60.1'inin "tespit edici uygulanması gerektiğinde, bilgilendirilmiş onam formunu bir aile üyesinin imzalaması gerekir" maddesine "katılıyorum" cevabı verdiği belirlenmiştir (Tablo 4.10). Yapılan çalışmalarda da Orhan (68) %66.7, Çelik ve ark (69) %64.8, Kaya ve ark. (4) %68.4, Suen et al. (30) % 63.3 ve Suen'in (31) çalışmasında %95.2'sinin bu maddesine "katılıyorum" cevabı verdiği tespit edilmiştir. Fiziksel kısıtlama uygulanması hakkında standartların yasal yaptırımlarla kesin olarak desteklenmemesi sonucunda hemşireler tarafından bu basamağın atlandığı düşünülebilir.

Bilgi düzeyi belirlenirken sorulan "her açıdan çok iyi diyebileceğimiz bir tespit edici yoktur" maddesi ters olan oldukça seçici bir madde olmasına rağmen, hemşirelerin %87.7'si bu maddeye yanlış cevap vermiştir. Kaya (4) bu oranı %77.2, Suen (33) %91.0, Suen et al. (30) %70.0 olarak saptamışlardır. Bu sonuçlar ülkemizde ve diğer ülkelerde çalışan hemşirelerin ideal bir tespit edici olmadığını düşüncülerinden kaynaklı olduğunu düşündürmektedir.

Fiziksel kısıtlama uygulanmasında en temel öğelerden biri kişinin konu hakkındaki tutumudur. Çalışmamızda hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin tutum puan ortalamalarının 30.54 ± 4.85 (puan aralığı 12-48) olduğu ve hemşirelerin tutumlarının olumlu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Hemşirelerin fiziksel kısıtlama bilgi ve tutum puan ortalamalarının yüksek olması hemşirelik bakım uygulamalarının kalitesine de yansıtacağından sevindirici bir sonuçtur. Hemşirelerin bilgi düzeylerinin iyi olmasının

bir sonucu olarak, fiziksel kısıtlama uygulamasını bilinçli yaptıklarını ve bu nedenle olumlu tutuma sahip olduklarını düşündürmüştür.

Yapılan çalışmalarda da hemşirelerin tutum puan ortalamalarını benzer şekilde 38.39 ± 3.05 , 29.7 ± 3.11 , 31.00 ± 3.41 ve 29.96 ± 4.93 olarak saptamışlardır (4,30,31,69).

Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutum puan ortalamaları incelendiğinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, görev türü ve çalışma süresinin gruplar arasında fark oluşturacak düzeyde anlamlılık göstermediği ($p > 0.05$), ancak gece ve gündüz bakılan hasta sayısının istatistiksel olarak gruplar arasında fark oluşturduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.7.). Gece ve gündüz 4 ve daha fazla hastaya bakan hemşirelerin tutum alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısı arttıkça daha fazla iş yüklerinin olmasına rağmen daha az kısıtlama tercih ettikleri, bunun baş etmek için farklı yöntemleri denemelerinden ve deneyimlerinin artmasından kaynakladığı düşünülebilir.

Suen et al. (30) ise çalışmasında, hemşirelerin eğitim durumları ve çalışma sürelerinin tutum puan ortalamalarını etkilediği, aralarında pozitif ilişki olduğunu belirtmiştir. Werner and Mendelsson (77) ise araştırmalarında eğitim düzeyi ile fiziksel kısıtlama kullanımı arasında negatif ilişki olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir.

Tutumun belirlenmesi amacıyla sorulan sorulardan “hastaya tespit edici uyguladığımda kendimi suçlu hissedirim” (%26.6) ve “fiziksel tespit edici uygulanmış bir hastanın odasına ailesi girdiği zaman kendimi kötü hissedirim” (%33.5) maddelerine hemşirelerin “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” olarak cevap vermesi (Tablo 4.11) hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımı konusunda ikilemler yaşadığını düşündürmektedir.

Bonner et al.’un (119) yaptığı çalışmada ise, hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasını sıkıntı verici, rahatsız edici, son çare olarak düşünülen zorunlu ve korkunç bir deneyim olduğunu ifade ettikleri görülmüştür.

Lee et al. (120) yaptığı çalışmada da, benzer şekilde hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygularken kendilerini kötü hissettikleri ve bu insanlık dışı uygulamayı yapmaktan nefret ettikleri, ancak hastalarının güvenliği için yapmak zorunda kaldıkları belirlenmiştir.

Hennessy et al. (122) yaptığı bir çalışmada ise, hemşirelerin bir kısmı kısıtlamayı can sıkıcı bir uygulama olarak nitelemiş ve gönülsüz olarak gerçekleştirdiklerini belirtmiştir. Bir kısmı doktor istemi nedeniyle bu uygulamayı istemeyerek yapmak zorunda kaldığını, diğer kısmı da hastanın düşmesinden kısıtlanmayı tercih ettiğini bildirmiştir.

Çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin uygulama puan ortalamalarının 36.51 ± 3.69 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Alabilecekleri minimum puanın 14, maksimum puanın ise 42 olduğu dikkate alındığında, hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamalarının iyi olduğu, ancak bazı eksikliklerinin bulunduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızla benzer şekilde literatürdeki diğer çalışmalarda uygulama puan ortalaması; 36.08 ± 3.62 , 37.00 ± 3.38 , 38.7 ± 3.68 , 30.6 ± 3.6 ve 33.92 ± 4.65 olarak bildirmiş ve çalışmamızdaki bulgularla benzerlik olduğu görülmüştür (4,30,31,68,69).

Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulama puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim durumunun, çalışılan kurumun, vardiyanın, servisteki görevin, çalışılan yoğun bakım ünitesinin ve kısıtlama hakkında bilgi alınan yerin puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.6,4.7,4.8,4.9). Gruplardan ön lisans mezunlarının, özel hastanelerde çalışanların, 8-16 şiftinde çalışanların, sorumlu hemşirelerin, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışanların ve kısıtlama hakkında bilgiyi internet ve dergilerden kazananların puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Özel hastanelerin kurum politikası olarak var olan yenilikleri ve yasal prosedürleri yakından takip etmeleri, hasta memnuniyetini sağlamak için kısıtlama uygulamalarını daha az tercih etmeleri uygulama puanlarının yüksek çıkmasının nedeni olabilir. Özellikle 8-16 şiftinde deneyimli ve sorumlu hemşirelerin çalışması, bu shiftlerde daha fazla sayıda personel çalışması kısıtlama uygulamalarını azaltmakta ve uygulama puan ortalamalarının yüksek çıkmasını desteklemektedir. Ayrıca kalp-damar cerrahi sonrası hastaların hızlı bir şekilde ekstübe edilmesi ve ekstübasyon sonrası ajitasyonun fazla görülmemesi nedeniyle fiziksel kısıtlama uygulamalarının bu yoğun bakım ünitelerinde daha az olduğunu düşündürmektedir. Bunun yanı sıra bilgiyi internet, broşür, dergi vb. yerlerden kendi kaynaklarıyla ve istekleriyle araştırarak öğrenen hemşirelerin duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ve bunları uygulamalarına yansıttıkları söylenebilir.

Çalışmamızdan farklı olarak, Kaya ve ark.'ın (4) yaptığı çalışmada yaş grupları, eğitim durumu ve çalışma yılının fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin uygulama puan ortalamalarını etkilemediği, sadece psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin diğer kliniklere göre uygulama puan ortalamalarının daha iyi olduğu saptanmıştır.

Çalışma bulgularımızla benzer şekilde Çelik ve ark.'nın (69) araştırmasında Kalp-damar cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışanlarda, 10 yıl ve üzerinde deneyime sahip olanlarda, haftalık 40-48 saat çalışan ve gündüz 1-2 hastaya bakım verenlerde fiziksel kısıtlama uygulamalarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Suen et al. (30) çalışmasında hemşirelerin deneyim yılının uygulamalarını olumlu etkilediği belirlenmiştir.

Fiziksel kısıtlama prosedürlerinde, kısıtlama ihtiyacı olan hastaya kısıtlama istemi hekim tarafından yazılı olarak yapılmalıdır (1-5,7,24,27). Acil durumlarda hekim olmadığı zaman hemşire tarafından fiziksel kısıtlama uygulanmalı ve alınan sözel istem en geç 24 saat içerisinde hekim tarafından onaylanmalıdır (28-31). Literatürde yapılan çalışmalarda ise hemşirelerin fiziksel kısıtlamayı çoğunlukla hekim istemi olmadan uyguladıkları belirtilmiştir (24,29-31,68). Çalışmamızda da benzer şekilde hemşirelerin yarıya yakını “tespit ediciyi sadece hekim direktifi ile uygulam” sorusuna “bazen” ve “hiçbir zaman” cevabını verdikleri saptanmıştır (Tablo 4.12).

Çalışmamızla benzer şekilde Karagözoğlu'nun (29) çalışmasında hemşirelerin büyük bir kısmının (%84.4) hekim istemi olmadan fiziksel kısıtlama uyguladıkları belirlenmiştir. Choi and Song (33) da hemşirelerin çoğunluğunun fiziksel kısıtlamanın uygulanması ya da kaldırılmasını hekim istemi olmadan gerçekleştirdiklerini bildirmektedir. Akansel (12) hemşirelerin %84.1'inin, Demir (13) %53.5'inin, Turgay (3) %84.7'sinin yazılı hekim istemi olmaksızın fiziksel kısıtlama uyguladıklarını belirlemişlerdir. Bu çalışma sonuçları ülkemizde fiziksel kısıtlamanın hekim istemi ile uygulanmadığını göstermesi açısından oldukça çarpıcıdır. Hemşirelerin fiziksel kısıtlamayı hekim istemi doğrultusunda uygulaması bağımsız hemşirelik uygulamalarını sınırlamayıp, aksine hasta güvenliği kapsamında hekim ile işbirliği içinde olmayı ve bu uygulamaya yasal anlamda dayanak oluşturmayı desteklemektedir.

Kısıtlama uygulanan hastada uygulamanın nedenleri, önceden uygulanan alternatif girişimler, kısıtlamanın uygulanma zamanı, uygulanan materyalin tipi, uygulanma süresi, çıkarıldığı zaman, uygulanan bölgenin durumu, hastanın uygulamaya tepkisi kayıt edilmelidir (6-13).

Çalışmamızda hemşirelerin yarıdan fazlasının (%64.0) “Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve gerekli hemşirelik girişimlerini kaydederim” sorusuna “her zaman” yanıtını verdikleri saptanmıştır. Kayıt ve raporların hemşirelik bakımındaki yeri ve önemi göz önüne alındığında bu sonuç sevindirici bulunmuştur.

Çalışmamızdaki bu bulgu ülkemizde yapılan diğer çalışma sonuçları ile farklılık göstermektedir. Demir (13) hemşirelerin %90.6’sının fiziksel kısıtlama kullanımını kayıt etmediğini, bazı hemşirelerin (%53.3) gerekli olduğuna inanmadıkları için kayıt etmediğini ve kayıt formunda bu kayıta uygun düzenlenmenin olmadığını bildirmektedir.

Benzer şekilde Akansel (12) de hemşirelerin %93.7’sinin fiziksel kısıtlama uygulamasını kayıt etmediklerini belirtmektedir.

Kaya ve ark.’ın (4) çalışmasında da, hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%97.8) fiziksel kısıtlama kullanımında hasta takibi ve kayıt tutmanın önemini bildiği, fakat uygulama boyutunda bu oranın (%57.4) düşük olduğunu saptamıştır.

Ancak Eşer ve ark. (32) fiziksel kısıtlama kullanımının %67.8 oranında kayıt edildiğini bildirmektedir.

Karagözoğlu (29) çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin yarıdan fazlasının da fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgileri kaydettikleri saptanmıştır. Yine diğer uluslararası çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (30-31,33). Fiziksel kısıtlamanın fizyolojik ve psikolojik zararları dikkate alındığında hemşirelerin yaptıkları uygulamaları kaydetmeleri yasal anlamda dayanak oluşturmaktadır.

Bu araştırmanın sonucunda;

- Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi düzeylerinin iyi, tutum ve uygulamalarının olumlu olduğu,
- 8-16 şiftinde çalışan ve sorumlu olarak çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarının daha iyi olduğu,
- Gece ve gündüz 4 ve üzeri hastaya bakım veren hemşirelerin fiziksel kısıtlama tutum puanlarının daha yüksek olduğu,

- Özel hastanelerde ve Kalp-damar cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin uygulamalarının daha iyi olduğu,
- Bilgiyi internet, broşür, dergi vb. yerlerden edinen hemşirelerin uygulamalarının daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirleyici gözlem niteliği de taşıyan araştırmaların yapılarak ihtiyaçların ve eksikliklerin saptanması,
- Doğru ve etkin bir fiziksel kısıtlama uygulaması için personel sayısının artırılması ve fiziksel kısıtlama uygulama rehberlerinin oluşturulması,
- Fiziksel kısıtlama uygulama sıklığının azaltılması ve farkındalığın artırılması için hizmet-içi eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of Nursing, 8th ed. St Louis: Mosby Year Book 2013;980-982 <http://books.google.com.tr> (Erişim tarihi: 02.10.2014).
2. Tel H, Beyaztař FC. Hastalara fiziksel tespit uygulanması. STED 2002; 11:184-185.
3. Turgay AS, Genç RE. Physical restraint use in Turkish intensive care units. Clinical Nurse Specialist 2009; 23: 68-72.
4. Kaya H, Aştı T, Acaroğlu R ve ark. Hemşirelerin tespit edici kullanımına yönelik bilgi, tutum ve uygulamaları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008;1:21-29.
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Restraint and seclusion. Retrieved February 8, 2003, <http://www.jointcommissioninternational.org> (Erişim tarihi:09.08.2013).
6. Bray K, Hill K, Robson W, et al. British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. Nurs Crit Care 2004; 9:199-212.
7. Taylor C, Lillis C, LeMone. Patient safety. Fundamentals of Nursing. 3rd ed. Lippincott; 1997. pp. 525-54.
8. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Safety. Fundamentals of Nursing. 7th ed. Prentice Hall; 2004. pp. 669-96.
9. Evans D, Wood J, Lambert L, et al. Physical restraint in acute and residential care. <http://update-sbs.update.co.uk> (Erişim tarihi: 12.05.2015).
10. Cheung PPY, Yam BMC. Patient autonomy in physical restraint. J Clin Nurs 2005; 14: 34–40.

11. Huang HT, Chuang YH, Chiang KF. Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: The effectiveness of an in-service education program. *J Nurs Res* 2009;17: 241-248.
12. Akansel N. Physical restraint practices among ICU nurses in one university hospital in weastern Turkey. *Health Sci J* 2007;4:1-6.
13. Demir A. Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospital. *J Nurs Scholarship* 2007;39:38-45.
14. Morse JM. Preventing Patient Falls. 2nd ed, Springer Publishing Company 2009;7-71. http://www.springerpub.com/samples/9780826103895_chapter.pdf (Erişim Tarihi: 12.03.2013).
15. McGillis Hall L, Doran D, Ping G H. Nurse staffing models, nursing hours and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration* 2004;34:41-5.
16. Tsur A, Segal Z. Falls in stroke patients: risk factors and risk management. *IMAJ* 2010;12:216-19.
17. Eşer İ, Hakverdioğlu G. Fiziksel tespit uygulamaya karar verme. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006,10:37-42.
18. Nurses' related factors influencing the use of physical restraint in critical care <http://www.americansciense.or> (Erişim tarihi: 08.03.2013).
19. Guide to good nursing practice physical restraint, developed by the professional development committee of the nursing council of Hong Kong http://www.nchk.org.hk/filemanager/en/pdf/physical_restraint_e.pdf (Erişim tarihi: 19.04.2014).
20. Lai CKY, Wong IYC. Creating a stronger foundation for practice change through changing cultures, not just providing education. Paper presented at the Second World Congress on Long Term Care in Chinese Communities, Taiwan, October 2004, 28-30, pp. 85-88.
21. Lai CKY, Chow SKY, Suen LKP, et al. The effect of a restraint reduction program on physical restraint rates in rehabilitation settings in Hong Kong. *Rehabil Res Pract* 2011; pp. 1-9.
22. Dodds S. Exercising restraint: autonomy, welfare and elderly patients, *Journal of Medical Ethics* 1996;22: 160-163.

23. Shorr R, Guillen MK, Rosenblatt LC, et al. Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002; 50: 526-529.
24. Hakverdioğlu G, Demir A, Ulusoy MF. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006;26:634-641.
25. Myers H, Sikoletti S, Hill A. Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraint use and the elderly in an acute care setting. *Nursing and Health Sciences* 2001;3: 29–34.
26. Perla W, Gady M. Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: Testing the theory of reasoned action. *Journal of Advanced Nursing* 2001;35: 784-791.
27. Demir A. The use of physical restraints on children: Practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. *International Nursing Review* 2007;54:367–374.
28. Tektaş K, Bilgin H. Psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri: kullanım nedenleri, türleri, uluslar arası uygulamalar ve algılamalar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21:1-8.
29. Karagözoğlu Ş, Özden D. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013-1 :11-22.
30. Suen LKP, Lai CKY, Wong TKS, et al. Use of physical restraints in rehabilitation settings: Staff knowledge, attitudes and predictors. *J Adv Nurs* 2006;55:20-28.
31. Suen LKP. Knowledge, attitude and practice of nursing home staff towards physical restraints in Hong Kong nursing homes. *Asian Journal of Nursing Studies* 1999;5:73–86.
32. Eşer İ, Khorshid L, Hakverdioğlu G. The characteristics of physically restrained patients in intensive care units. *Int J Human Sci* 2007;4:1-10.
33. Choi E, Song M. Physical restraints in a Korean ICU. *Journal of Clinical Nursing* 2003;12:651–659.
34. Akalın HE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2005;5:141-46.

35. Akalın HE. Hasta güvenliği kültürü: nasıl geliştirebiliriz? *Ankem Dergisi* 2004;18:12-3.
36. National patient safety agency seven steps to patient safety, an overview guide for NHS-staff <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?alId=59970> (Erişim Tarihi: 15.08.2014).
37. Aydın B. Akreditasyon ve hasta güvenliği. hasta güvenliği kongresi bildirileri 2008, http://www.hastaguvenligikongresi.net/author_article_detail.php?id=1, (Erişim Tarihi: 09.11.2013).
38. Angood P. Influencing health care: overlapping strategies. Joint Commission International Center for Patient Safety Chicago, USA, 2005.
39. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, et al. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42:156-165.
40. Patient Safety in American Hospitals. Health Grades Quality Study. 2000 http://www.healthgrades.com/media/english/pdf/hg_patient_safety_study_final.pdf (Erişim Tarihi: 03.08.2014).
41. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, et al. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Physical Restraints In Geriatric Care J Am Geriatr Soc*. 2001;49:1722-1728.
42. State of Rhode Island Board of Regents For Elementary And Secondary Education, Physical restraint, Westminster Street Providence, R.I. 02903-3400 www.RIDOE.net. (Erişim tarihi: 12.07.2013).
43. Restraint and seclusion: a review of the literature <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.151.11.1584> (Erişim tarihi: 16.08.2014).
44. Institute of Medicine, Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington DC: National Academies Press. International Council of Nursing 2011 Patient Safety. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/20b_FS-Patient_Safety.pdf (Erişim Tarihi: 12.07.2014).
45. Bal İE. Akreditasyon içinde hasta hakları ve hasta güvenliği, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Umut Vakfı, Sağlık Zirvesi, 13.12.2005. (Erişim Tarihi: 05.08.2014).

46. Dünya Sağlık Örgütü (WHO). Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguvenlik/kuresel_hasta_guvenligi.doc (Erişim tarihi: 12.05.2015).
47. Çakmakçı M. Hasta hakları, tıbbi hatalar ve hasta güvenliği kavramı. [http://www.suvak.org/pdf/kongreV/2 Metin Cakmakci.pdf](http://www.suvak.org/pdf/kongreV/2%20Metin%20Cakmakci.pdf). (Erişim tarihi: 16.02.2015)
48. Gök B, Beşkonaklı E. Hasta hakları ve hasta güvenliği, Türk Nöroşirürji Derneği Bülteni 2006; 12:3-98.
49. Aiken LH. Nursing: A Building block for safe health care, Center for Health Outcomes and Policy Research University of Pennsylvania, 2006, http://www.nursing.emory.edu/lccin/gcnonet/2006_docs/aiken_safety_10_06.pdf (Erişim tarihi: 12.06.2014).
50. Badır A, Herdman EA. Critical care nurses' perceptions of patient safety in Turkey Journal of Nursing Care Quality 2008;23:375–378.
51. Health Grades Quality Study.Third Annual Patient Safety in American Hospitals Study April 2006, Copyright 2006, Health Grades, Inc.<http://www.healthgrades.com/media/dms/pdf/patientsafetyinamericanhospitalsstudy2006.pdf> (Erişim tarihi: 16.07.2014).
52. Burke A. Restraints: Working towards a restraint free environment. <http://www.nursingceu.com/NCEU/courses/restraints> (Erişim tarihi: 21.07.2014).
53. Wright S. Physical restraint in the management of violence and aggression in patient setting: a review of issues. Journal of Mental Healty 1999;8: 459- 472.
54. Pearson KB, Coburn AF. Evidence-based falls prevention in critical access hospitals; policy brief 24 p. 7-31. <http://www.innpdf.com/ebookreview/evidence-based-falls-prevention-in-critical-access-hospitals.html> (Erişim tarihi:12.04.2015).
55. Goethals S, Dierckx De Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: A synthesis of qualitative evidence. J Adv Nurs 2012;68:1198-1210.
56. Hine K. The use of physical restraint in critical care. Nurs Crit Care 2007;12(1):6-11.
57. Vassallo M, Wilkinson C, Stockdale R, et al. Attitudes to restraint for the prevention of falls in hospital, Gerontology 2005;51: 66-70.

58. Janelli LM, Stamps D, Delles L. Physical restraint use: a nursing perspective. *Med Surg Nurs* 2006;15:163-167.
59. Guttman R, Altman DR, Karlan SM. Report of the council on scientific affairs: use of restraints for patients in nursing home. *Archives of Family Medicine* 1999;8: 101-105.
60. Smith NH, Timms J, Parker VG, et al. The impact of education on the use of physical restraints in the acute care setting. *J Contin Educ Nurs* 2003;34:26-33.
61. Bower FL, McCullough CS. Restraints use in acute care settings: Can it be reduced? *J Nurs Adm* 2000;30:592-8.
62. Dawkins VH. Restraints and elderly with mental illness: ethical issues and moral reasoning. *Journal of Psychosocial Nursing* 1998;36:22-7.
63. Evans LK, Strumpf NE. Myths about elder restraint. *Image* 1990;22:124-8.
64. Food and Drug Administration (FDA). Safe use of physical restraint devices, 1992. <http://www.fda.org> (Erişim Tarihi: 26.07.2013).
65. Rogers PD, Bocchino NL. Restraint-free care is it possible? *American Journal of Nursing* 1999;99:27-33.
66. Stolley JM. Freeing your patients from restraints. *American Journal of Nursing* 1995;95(2):27-31.
67. Physical restraint use in older people, Australian Society For Geriatric Medicine, <http://www.anzsgm.org/posstate.asp>(Erişim tarihi:26.08.2014).
68. Orhan MF, Kurt Hİ, Çocuk yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerinin belirlenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2012;6:155-160.
69. Çelik S, Kavrazlı S, Demircan E ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012:176-183.
70. Sandler RL. Restraining devices. *American Journal of Nursing* 1995;34-5.
71. Martin B, Mathisen L. Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study. *American Journal of Critical Care* 2005;14: 133-142.

72. Minnick A, Leipzing MR, Johnson ME. Elderly patients' reports of physical restraint experiences in intensive care units. *American Journal of Critical Care* 2008; 10:168-171.
73. The University of Texas MD Anderson Cancer Center Restraints Improvement Group. Alternatives for physical restraint: myths and truths about physical restraints: including a nursing survey on restraint practice, *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 3:(1).<http://www.ispub.com/journals/IJANP/Vol3N1/myths.htm> (EriřimTarihi:25.03.2014).
74. Counsel and care UK showing restraint: Challenging the use of restraint in care homes. London: counsel and care (2002) UK (Erişim tarihi: 17.08.2014).
75. Huizing AR, Hamers JPH, Gulpers MJM, et al. Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: A cluster randomized trial. *BMC Geriatr* 2006;6:1-10329.
76. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2013 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.005> (Erişim tarihi: 19.06.2014).
77. Werner P, Mendelsson G. Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: testing the theory of reasoned action. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35:784-791.
78. Mamun K, Lim J. Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore. *Annals Academy of Medicine* 2005;34:159-162.
79. Reducing the use of restraints in Texas nursing homes. Texas departmnet of human services medical quality assurance <http://mqa.dhs.state.tx.us/QM> (Erişim tarihi: 27.08.2014).
80. Möhler R, Richter T, Köpke S, et al. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Published in *The Cochrane Library* 2011, Issue 4.
81. Sullivan – Marx EM. Achieving restraint-free care of acutely confused older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 2001; 27: 56- 61.
82. Demir A. Use of restraints in neurosurgery: guide for a good practice <http://www.intechopen.com> (Erişim tarihi: 12.08.2014).

83. Janelli LM, Scherer YK, Kuhn MM. Acute/critical care nurses' knowledge of physical restraints: implications for staff development. *Journal of Nursing Staff Development* 1994; 10: 6–11.
84. Gallinagh R, Slevin E, McCormack B. Side rails as physical restraints in the care of older people: a management issue. *Journal of Nursing Management* 2002;10: 299-306.
85. Chien TW. Use of physical restraints on hospitalized psychogeriatric patient, *Journal of Psychosocial Nursing&Mental Health Services* 2000;38:13- 22.
86. Cotter VT. Restraint free care in older adults with dementia. *Keio J Med*, 2005;54: 80-84.
87. Kozub ML, Skidmore R. Seclusion & Restraint: Understanding recent changes. *Journal of Psychosocial Nursing& Mental Health Services*, 2001;39:24- 31.
88. Saufl NM. Restraint use and falls prevention. 2004/19: 433-436.
89. Wigder HN. Restraints. *eMedicine Journal*, 2002; 24 3. <http://www.emedicine.com/emerg/topic//6.htm> (Erişim tarihi: 19.07.2014).
90. Weiss EM. Deadly restraint: a nationwide pattern of death. *The Hartford Courant* 1998;11-15.
91. Bell J. The use of restraint in the care of elderly patients. *British Journal of Nursing*. 1997;6:504-508.
92. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry* 2003; 48:330-337.
93. Risk of restraints, understanding restraint-related positional asphyxia <http://www.crisisprevention.com/cpi/media/media/resources/ebooks/riskofrestraints.pdf> (Erişim tarihi:30.09.2014).
94. Cannon ME, Sprivulis P, McCarthy J. Restraint practices in Australasian emergency departments. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:464-7.
95. Reay DT, Eisele JW. Death from law enforcement neck holds. *Am J Forensic Med Pathol* 1982; 3:253-258.
96. Reay DT, Holloway GA Jr. Changes in carotid blood flow produced by neck compression. *Am J Forensic Med Pathol* 1982; 3:199-202.

97. Mann SC, Caroff SN, Bleier HR, et al. Lethal catatonia. *Am J Psychiatry* 1986; 143:1374-1381.
98. Boglioli LR, Taff ML, Harleman G. Child homicide caused by commotio cordis. *Pediatr Cardiol* 1998; 19:436-438.
99. Maron BJ, Gohman TE, Kyle SB, et al. Clinical profile and spectrum of commotio cordis. *JAMA* 2002; 287:1142-1146.
100. Kirby DA, Pinto JM, Hottinger S, et al. Behavioral arousal enhances inducibility and rate of ventricular tachycardia. *Am J Physiol.* 1991; 261:H1734-H1739.
101. Grossman P, Watkins LL, Wilhelm FH, et al. Cardiac vagal control and dynamic responses to psychological stress among patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1996; 78:1424-1427.
102. Poels PJ, Gabreëls FJ. Rhabdomyolysis: a review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg* 1993; 95:175-192.
103. Fernandez-Real JM, Ricart-Engel W, Camafort-Babkowski M. Hyponatremia and benzodiazepines result in rhabdomyolysis. *Ann Pharmacother* 1994; 28:1200-1201.
104. McCall WV, Mann SC, Shelp FE, et al. Fatal pulmonary embolism in the catatonic syndrome: Two case reports and a literature review. *J Clin Psychiatry* 1995; 56:21-25.
105. Hem E, Steen O, Opjordsmoen S. Thrombosis associated with physical restraints. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103:73-76.
106. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000;4:22-7.
107. Swauger KC, Tomlin CC. Moving toward restraint-free patient care. *J Nurs Adm* 2000;30: 325-329.
108. Koch S, Lyon C, Lyon KS, Case study approach to removing physical restraint, *Int J Nurs Pract* 2001;7: 156-61.
109. Taxis CJ. Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Mental Health Nursing* 2002;23: 157-170.

110. Şentürk S, Etik. İçinde: Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler Nobel Kitabevi 2013 basım ss 63-65.
111. Hipperson E. The physical restraint of older people : a literature review 2002-2003 <http://www.alzheimer-europe.org/Ethics/Ethical-issues-in-practice/The-ethical-issues-linked-to-restrictions-of-freedom-of-people-with-dementia/Freedom-to-live-in-least-restrictive-environment> (Erişim tarihi: 16.08.2014).
112. Gastmans C, Milisen K. Clinical ethics use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations J Med Ethics 2006;32:148–152.
113. Alvarez AD, Fitzpatrick JJ. Job satisfaction and patient falls. Asian Nursing Research 2007;1:83-94.
114. Mion LC. Restraints: A current perspective. Nursing Homes: Long Term Care Management; 1993;42:40.
115. Lake ET, Shang J, Klaus S, et al. Patient falls; association with hospital magnet status and nursing unit staffing. Res Nurs Health 2010;33:413-25.
116. Moss RJ, La Puma J. The ethics of mechanical restraints. The Hastings Center Report 1991;21: 22-25.
117. Yeu-hui Chuang, Nurses' feeling and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. Journal of Clinical Nursing (Erişim Tarihi: 30.09.2014).
118. Tarek H.Al-Khaled, Eman M. Zahran, Azza H. El-soussi. Nurses' related factors influencing the use of physical restraint in critical care units, Journal of American Science 2011;7:13-22.
119. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, et al. Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. J Psychiatr Ment Health Nurs 2002;9: 465-73.
120. Lee DT, Chan MC, Tam E, et al. Use of physical restraints on elderly patients: An exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. J Adv Nurs 1999;29:153-9.
121. Lee S, Gray R, Gournay K, et al. Views of nursing staff on the use of physical restraint, J Psychiatr Ment Health Nurs 2003; 10:425-30.

122. Hennessy CH, McNeely EA, Whittington FJ, et al. Perceptions of physical restraint use and barriers to restraint reduction in a long-term care facility. *J Aging Stud* 1997;11:49-62.
123. Hawkins S, Allen D, Jenkins R. The use of physical interventions with people with intellectual disabilities and challenging behaviour-the experiences of service users and staff members. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2005;18:19-34.
124. Resmî Gazete Sayı : 28661 Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Sağlık Bakanlığı' nın 29.05.2013 tarihli genelgesi (Erişim Tarihi: 12.04.2015).
125. Sarsılmaz H, Durmaz Akyol A. Yoğun bakım hemşireliği durum indeksi Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Yoğun Bakım Dergisi* 2012;10:190-201.
126. Topeli A, Yoğun Bakım Ünitelerinin Yapılanması, 4. Ulusal sterilizasyon dezenfeksiyon kongresi – 2005 <http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2005/1-05.pdf> (Erişim tarihi:07.08.2013).
127. Guidelines for Intensive Care Unit Design. Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1995;23:582-588.
128. Topeli A, Laghi F, Tobin M. Effect of closed unit policy and appointing an intensivist in a developing country. *Crit Care Med* 2005;33:299-306.
129. O'Connell NH, Humphreys H. Intensive care unit design and environmental factors in the acquisition of infection. *J Hosp Infect* 2000;45:255-62.
130. Haupt MT, Bekes CE, Brill R, et al. Guidelines on critical care services and personel: recommendations based on a system of categorization of three levels of care. *Crit Care Med* 2003;31:2677-2683.
131. Uysal N, Gündoğdu N, Ekinci E, ve ark. Üçüncü basamak merkezde dahili yoğun bakım hastalarının prognozu. *Yoğun Bakım Dergisi* 2010;1:1-5.
132. Oktay S. Yoğun bakım ünitelerinin standartları, organizasyonu ve yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 1997;1:9-13.
133. Aydınoglu B. Yoğun bakım ekibinde hemşire ve hasta bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi* 2007;7:26-30.

134. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Dergisi 2011;1:21-5.
135. Aydınoglu B. Yoğun bakım hemşireliği, çevre ve cihaz temizliği yoğun bakım ekibinde hemşire ve hasta bakımı. Yoğun Bakım Dergisi 2007;7:26-30.
136. Vincent JJ, Thijs L, Cerny V. Critical care in Europe. Crit Care Clin 1997;13:24.
137. Bion JF, Ramsay G, Roussos C, et al. Task force on educational issues of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive care training and specialty status in Europe: international comparisons. Intensive Care Med 1998;24:372-7.
138. Çelikel T. Dünyada ve Türkiye’de yoğun bakım uzmanlığı. http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2001-01/html/2001-1-1-005-010.html (Erişim tarihi:02.06.2014).
139. Bilazer F, Konca GE, Uğur S, ve ark. Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşulları. 1. Baskı. Ankara: Türk Hemşireler Derneği Yayınları 2008; 5-27.
140. Standards for critical care nursing in Ontario. <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/15000/266758.pdf> (Erişim tarihi:13.06.2015).
141. Cardin S, Ward CR. In: Personnel management in critical care nursing. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989.
142. Royal North shore hospital generic registered nurse job description. http://www7.health.nsw.gov.au/healthjobs/APPKIT_%5C20080416100409.008-0812-%20ASET%20RN%20.doc (Erişim tarihi:08.06.2015).
143. Registered professional nurse job description adult critical care. <http://www.usnursing.com/pdfs/CC%20%20-%20Adult%20Combination.pdf> (Erişim Tarihi:08.06.2015).
144. Intensive care society standards for intensive care units. London: Intensive Care Society <http://www.ics.ac.uk/ics-homepage/guidelines-and-standards/> (Erişim Tarihi: 08.06.2015).
145. Job description/performance appraisal, <http://www.hospitalsoup.com/public/jd-1-16.pdf> (Erişim Tarihi:16.05.2014).
146. Topeli İskit A. Yoğun bakım hastası. Yoğun Bakım Dergisi 2007;7:9-10.

147. Tanrıkulu G. Hemşirelerin Hasta Ve Hemşire Güvenliği Açısından Acil Servislerin Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2010.
148. Berke D, Eti Aslan F. Nöroşirurji hastalarında düşme risk derecesi. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi 2010;5:147-54.
149. Duman S, Kitiş Y. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta düşmeleri ile ilgili farkındalıklarının belirlenmesi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi (2013)11:72-9.
150. Soyuer F, Soyuer A, Öztürk A. Kronik inmede düşmeyi etkileyen faktörler. Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 2006;12:837.
151. Hendrich A. Inpatient falls, lessons from the field. Patient Safety and Quality Healthcare 2006;3:26-30.

EKLER

EK 1. YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL KISITLAMAYA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARI

ANKET FORMU

Anket No:

Tarih:

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Cinsiyetiniz nedir?

1. Kadın 2. Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?

1.Sağlık Meslek Lisesi 2.Önlisans 3.Açıköğretim Lisans 4.Lisans

5.Y.Lisans/Doktora

4. Hangi kurumda çalışıyorsunuz?

1.Üniversite hastanesi 2. Özel hastane

5. Hangi yoğun bakım ünitesinde çalışıyorsunuz?

1. Dahiliye Y.B 2.Nöroloji YB. 3.Koroner YB. 4.Reanimasyon
5.Genel cerrahi YB. 6.Beyin cerrahi YB. 7.KVC YB. 8.Diğerleri ise belirtiniz.....

6. Çalıştığınız servisin yatak sayısı kaçtır?.....

7. Servisinizde kaç hemşire çalışmaktadır?.....

8. Hemşire olarak ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

1. 1 yıldan az 2.1-3 yıl 3.4-6 yıl 4.7-9 yıl 5.10 yıl ve üstü

9. Yoğun bakımda ne kadar süredir çalışıyorsunuz?.....

10. Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?

1. 40-48 saat 2. 49-57 saat 3. 58-66 saat 4. 67 saat ve üstü

11. Ortalama kaç hastaya bakıyorsunuz?.....

12. Bir hemşireye düşen hasta sayınız kaçtır? (Gündüz vardiyasında)

1. 1 hasta 2. 2 hasta 3. 3 hasta 4. 4 hasta ve üstü

13. Bir hemşireye düşen hasta sayınız kaçtır? (Gece vardiyasında)

1.1 hasta 2. 2 hasta 3. 3 hasta 4. 4 hasta ve üstü

14. Servisteki göreviniz nedir?

1.Sorumlu hemşire 2. Klinik hemşiresi 3. Diğer ise belirtiniz.....

15. Kurumdaki statünüz nedir?

1. 4 A(kadrolu) 2. 4 B (kadrolu sözleşmeli) 3. 4 C (geçici işçi) 4. Şirket elemanı

16. Genel olarak çalışma saatleriniz nedir?

1. Gündüz (8-16) 2. Akşam (16-24) 3. Gece (24-08)
4. 16-08 5. 8-24

17. Fiziksel kısıtlama uyguluyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

18. Hangi hastalara uyguluyorsunuz?.....**19. Fiziksel kısıtlama ile ilgili bilgi aldınız mı?**

1. Evet 2. Hayır

20. Bilgiyi nereden aldınız?

1. Örgün Eğitim
2. Seminer
3. Kurs
4. Sertifika
5. Diğer ise belirtiniz (internet, broşür, dergi vs.).....

EK 2.

Aşağıda 3 bölümden oluşan ölçek bulunmaktadır;

Birinci bölümde; hemşirelerin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin bilgisini ölçen 11 madde bulunmaktadır. Her maddenin karşısında “katılıyorum” ve “katılmıyorum” seçenekleri bulunmaktadır. Size uygun olanı işaretleyiniz.

İkinci bölümde; hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutumlarını ölçen 12 madde yer almaktadır. Her maddenin karşısında “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “katılmıyorum”, “kesinlikle katılmıyorum” seçenekleri bulunmaktadır. Size uygun olanı işaretleyiniz.

Üçüncü bölümde ise hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulamalarını değerlendiren 14 madde bulunmaktadır. Her maddenin karşısında “her zaman”, “bazen”, “hiçbir zaman” seçenekleri bulunmaktadır. Size uygun olanı işaretleyiniz.

BÖLÜM: 1

HEMŞİRELERİN FİZİKSEL KISITLAMA KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİLERİ

	Katılıyorum	Katılmıyorum
1.Tespit edici uygulanması gerektiğinde, bilgilendirilmiş onam formunu bir aile üyesinin imzalaması gerekir.		
2.Tespit ediciler sadece profesyonel kişiler tarafından uygulanmalıdır.		
3. Hastanın durumuna uygun tespit edici belirlenmelidir.		
4. Hastaya tespit edici uygulandığında, tespit edici yatak kenarlıklarına tutturulmamalıdır.		
5.Tespit edici iki saatte bir gevşetilmelidir.		
6.Hastaya tespit edici uygulandığında deri bütünlüğünde bozulma riski artar.		
7.Boğulma tehlikesi olabileceği için hastanın hiçbir zaman yüz üstü tespit edilmemesi gerekir.		
8.Her açıdan çok iyi diyebileceğimiz bir tespit edici yoktur.		
9.Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; türü, saati ve kullanma nedeninin kaydedilmesi gerekir.		
10. Hastaların tespit edicileri reddetme hakkı vardır.		
11.Hastalar hemşireler tarafından yakından takip edilemediğinde tespit ediciler kullanılmalıdır.		

BÖLÜM: 2

HEMŞİRELERİN FİZİKSEL KISITLAMA KULLANIMINA İLİŞKİN TUTUMLARI

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Eğer ben hasta olsaydım tespit edici kullanılacağı zaman bunu kabul etme ya da reddetme hakkım olmasını isterdim.				
2.Hastaya tespit edici uyguladığımda kendimi suçlu hissedirim.				
3.Tespit edici uygulanmış bir hastanın odasına aile üyelerinden biri girdiği zaman kendimi kötü hissedirim.				
4.Hasta tespit edildikten sonra daha kötü/sinirli olduğu zaman kendimi kötü hissedirim.				
5.Tespit edici uygulanan hastanın özgüveninde azalma olur.				
6.Hastanın tespit edilmesi hemşirelik bakımının süresini azaltır.				
7.Tespit edicilerle hastaların düşme oranının azaldığını düşünüyorum.				
8.Aile üyelerinin tespit edici kullanıldığı zaman bunu kabul etmeme hakkı olduğunu düşünüyorum.				
9.Yoğun bakımlarda personel eksikliği fiziksel kısıtlamanın temel nedenidir.				
10.Hasta tespit edildikten sonra bilincini kaybettiğinde kendimi kötü hissedirim.				
11.Tespit edicilerin kullanımı için yasal izin verilmesi çok önemlidir.				
12.Tespit edicilerin hastaların boğulma oranını artırdığını düşünüyorum.				

BÖLÜM: 3**HEMŞİRELERİN FİZİKSEL KISITLAMA KULLANIMINA İLİŞKİN UYGULAMALARI**

	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
1.Hastaya tespit edici uygulamadan önce hastanın düşmesini önlemeye yönelik farklı alternatifleri denerim.			
2. Tespit ediciyi sadece hekim direktifi ile uygulayım.			
3.Hastanın tespit edilmesine gereksinimi olmadığını düşündüğüm zaman bu fikrimi hekime bildiririm.			
4.Tespit edici uygulanan hastanın çağrılarına en kısa zamanda cevap veririm.			
5.Tespit ediciyi, her iki saatte bir doğru pozisyonda olup olmadığını belirlemek amacı ile kontrol ederim.			
6. Tespit edici uygulanan hastaya banyo verirken derisini sürtünme ya da tahriş açısından kontrol ederim.			
7. Hastanın niçin tespit edildiğini aile üyelerine anlatırım.			
8. Niçin tespit edici kullanıldığını hastaya anlatırım.			
9. Tespit edicinin ne zaman çıkarılabileceğini hastaya açıklarım.			
10. Tespit edicinin açılıp açılmadığını belirlemek amacı ile sık sık kontrol ederim.			
11.Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve gerekli hemşirelik girişimlerini kaydedirim.			
12.Tespit edici uygulandığı zaman, etkilerini sık sık kontrol eder, değerlendirir ve kaydedirim.			
13. Personel sayısı olması gerekenden daha az olduğunda pek çok hasta tespit edilir.			
14.Hastanemizde hastaların hareketlerini kontrol etmek için tespit edicilerin kullanılması dışında başka yollar geliştirmeye personeller birlikte çaba gösterir.			

EK 3.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

Sayın Gönüllü,

Bu çalışma Kayseri il merkez sınırları içerisinde bulunan kamu ve özel hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta bağlamaya ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır.

Sizden bu çalışma için hazırlanan anket formundaki soruları cevaplandırmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılıp katılmamak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu çalışmayı onayladıktan sonra çalışmadan herhangi bir gerekçe göstermeden istediğiniz aşamada ayrılabilirsiniz. Sizden toplanan veriler kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu çalışmadan elde edilen veriler bilimsel amaçla bir yerde isim belirtilmeden yayınlanabilir ya da sunulabilir. Bu çalışmayı Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hülya Keskin yürütecektir.

Çalışmaya katılımınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Adı Soyadı: Hülya KESKİN

Cep Tel: 05532676762

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğimde herhangi bir neden belirtmeden araştırmadan ayrılabileceğim belirtildi. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı / İmzası / Tarih:

Bilgilendirmeyi Yapan Kişinin Adı Soyadı / İmzası / Tarih:

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı Soyadı / İmzası / Tarih

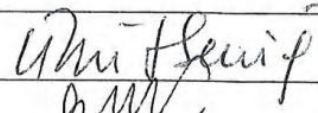
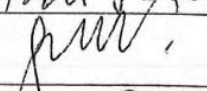
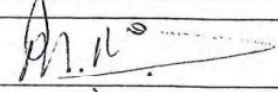
EK-4 Akademik Kurul Kararı

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
AKADEMİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
18.07.2013	2013 / 20	20

Anabilim Dalı Akademik Kurulu 18.07.2013 Perşembe Günü saat 09.00'da Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ümit SEVİĞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Anabilim Yüksek Lisans öğrencisi Hülya KESKİN'in "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi" isimli çalışmayı Yrd. Doç. Dr. Özlem CEYHAN danışmanlığında yapmasına oy birliği ile karar verildi.

Öğretim Üyesi	Görevi	İmza
Prof.Dr. E.Ümit SEVİĞ	Anabilim Dalı Başkanı	
Doç.Dr.Sultan TAŞCI	Üye	
Doç.Dr. Mürüvvet BAŞER	Üye	
Doç.Dr. Meral BAYAT	Üye	(İznil)
Yrd.Doç.Dr.Songül GÖRİŞ	Üye	

Ek-5 Etik Kurul Kararı

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULUN ADI	: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı/Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 49 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 52 85
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi			
	ARIŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yardı Doç Dr. Özlem Ceyhan			
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yardı Doç Dr. Özlem Ceyhan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Kayseri			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ				
	ARAŞTIRMA FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
FAZ 3		☐			
FAZ 4		☐			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐			
	Yüksek Doz Araştırması	☐			
	Diğer İse Belirtiniz	☒	X	Yüksek Lisans Tezi	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ	☒	ÇOKMERKEZ	☐	
	ULUSAL	☒	ULUSLARARASI	☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞURU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐
	SIGORTA	☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFERFORMU	☐
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐
	ILAN	☐
	YILLIK BİLDİRİM	☐
	SONUÇ RAPORU	☐



DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER	☐	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2013/545	Karar Tarihi : 20.08.2013	Fakülte Şefi
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. Olgun KONTAŞ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Nazan DOLU	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rekonst.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☐ H ☒ X	
Doç. Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Alper YURCI	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Leyla HASDIRAZ	Göğüs Cerrahisi	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Ertuğrul MAVİLİ	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Hasan B. ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Mehmet A. SOMDAŞ	KBB	Kayseri Eğitim Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMALI	Biyostatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Av. Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	Hukuk Müşaviri	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Yusuf Oğuz AI TUNTAŞ	Sivil Üye	Sivil-Tiyatro Sanatçısı	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

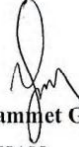
Sayı : 14857630-044/3340
Konu : Çalışma izni

05/09/2013

REKTÖRLÜK MAKAMI'NA
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 19.08.2013 tarih ve 14065294-044/1274-0927 sayılı yazınız.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Hülya Keskin'in "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi" isimli Yüksek Lisans tezi için ilgi yazınız ekinde gönderilen anket çalışmasını zorunluluk olmaksızın, gönüllü olarak katılmak isteyen hastanemiz hemşirelerine uygulaması dekanlığımızca uygun görülmüştür.


Prof.Dr. Muhammet GÜVEN
DEKAN



38039 Melikgazi-KAYSERİ
Tel: 0 352 437 49 10 - 11

Faks: 0 352 437 52 85

e-mail: tipdekanlik@erciyes.edu.tr

Ek-7 Kurum izni

KAYSERİ KARDİYOLOJİ MERKEZİ VE
SAĞLIK HİZMETLERİ TİC. SAN. A.Ş.
Gevher Nesibe V.D. 540 005 5563
Tic. Sic. No. 21626
Sermaye :10.000.000 TL.



www.tekden.com.tr e-mail : kayseritekden@tekden.com.tr

Gevher Nesibe Mahallesi Gür Sokak No: 4 KAYSERİ Tel: (0.352) 232 33 33 (Pbx) Faks: (0.352) 222 43 42

Sayı :150
Konu : Hülya KESKİN HK.

21/08/2013

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi:19.08.2013 tarihli 0927 sayılı yazınıza ilişkin;

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Hülya KESKİN ' in Hastanemizde Yüksek Lisans tezi ile ilgili olarak çalışma ve anket uygulaması yapması uygundur.

Gereğini arz ederim.



Uz.Dr.Ahmet Selim HASÖZLER
Mesul Müd.Yrd.

ÖZEL KAYSERİ KARDİYOLOJİ MERKEZİ
TEKDEN HASTANESİ
MESUL MÜDÜR YARDIMCISI
Uz.Dr.Ahmet Selim HASÖZLER



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

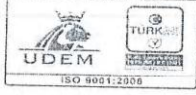
SAYI : 679
KONU : Çalışma
İzni Hk.

23/08/2013

19/08/2013 tarih ve 274-0927 sayılı yazınızda adı geçen Hülya Keskin isimli kişinin Yüksek Lisans Tezi ile ilgili olarak hastanemiz Yoğun Bakımda çalışmasında herhangi bir sakınca yoktur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Mesul Müdür
Dr.Günay Küçük

Ek-9 Kurum izni



TÜRK KIZILAYI
0. P. T. K. İ. S. E. D. H. İ. Y. Y.
KAYSERİ HASTANESİ
Taceddin Veli Mah. Halilü Nuri Cid. No:5
Melikgazi - Kayseri - 38050
Tel: (352) 221 02 22 Faks: (352) 232 69 63
www.kizilaysaglikgrubu.com

Sayı : D.50.0.KZY.2.12-657
Konu : Çalışma İzni Hk.

23 / 08 / 2013

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı**

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Hülya KESKİN'in "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi " konulu Yüksek Lisans Tezi ile ilgili anket çalışmasını hastanemiz bünyesinde yapabilmesi için gerekli iznin verildiğini bildirir,
Gereğini arz ederim.

Saygılarımla,

**Aynur ANTİKE
Başhemşire**

Ek-10 Kurum izni



Hacı Saki Mah. Kenarcık Sok. No:10 P.K. 38010 Kocasinan/KAYSERİ Tel: 0.352 207 77 77 (Pbx) Fax: 0.352 207 77 78

Sayı : 1017
Konu:Çalışma İzni Hk.

21.08.2013

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Adı geçen Hülya KESKİN, “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirmesi” lisans tezini uygulamasına izin verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr.Salih SELVI
Mesul Müdür Yard.

Ek-11 Kurum izni



Özel Anadolu Kalp Damar ve Sağlık Hizmetleri San. Tic. A.Ş.
Gevher Nesibe Mah. Salih Avşar Paşa Cad. No:31 Kocasinan / KAYSERİ
Tel: 0.352.221 18 00 Fax:221 22 88 www.anakalp.com.tr info@anakalp.com

Sayı : 146

21.08.2013

Konu : Çalışma İzni Hk.

T.C

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Adı geçen Hülya KESKİN, "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi" lisans tezini uygulamasına izin verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Başhemşire

Ferah ÇORUH



ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Hülya KESKİN

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 1 Nisan 1989, Batman

Medeni Durumu: Bekâr

Tel: +90 5532676762

e-mail: hulya_k@hotmail.com

Yazışma Adresi: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Talas/KAYSERİ

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2011
Lise	Nusaybin Lisesi	2005

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2011-2013	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi	Hemşire
2013-Halen	Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi

YABANCI DİL

İngilizce