

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PSİKIYATRİ KLİNİK HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL
TESPİT KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE
UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ**

Ahmet GÖKTAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2016-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 02/06/2016

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Selma ÖNCEL
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Mualla YILMAZ
Mersin Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Kerime BADEMLİ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Saliha HALLAÇ
Akdeniz Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Ahmet GÖKTAŞ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini aktaran, her aşamada rehberlik eden, yardımını ve desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimim boyunca kendilerinden ders aldığım, gelişimime katkı sağlayan ve emek veren değerli hocalarıma,

Birlikte çalıştığımız Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim elemanlarına ve çalışanlarına, her süreçte destek sağlayan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Araştırmanın yapıldığı hastanelerin yöneticilerine ve bağlı buldukları Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerine,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve bana zaman ayıran tüm katılımcılara,

Çalışmanın her aşamasında manevi destek ve sevgilerini esirgemeyen sevgili annem Emine GÖKTAŞ, babam Cebrail GÖKTAŞ ve kardeşlerime,

Her zaman ve her koşulda yanımda olan, destek ve sabırlarını esirgemeyen sevgili eşim Hülya GÖKTAŞ'a ve varlığıyla bana güç veren biricik kızım Ebrar'a sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Türkiye’de yedi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Mayıs-Ekim 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmeyerek tüm evrene ulaşılmaya çalışılmış ve araştırma 304 hemşire (%62.8) ile tamamlanmıştır. Veriler, “*Bilgi Formu*” ve “*Hemşirelerin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği*” ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmış ve SPSS programında yüzdellik, ortalama, T Testi, Ki-Kare, Nonparametrik testler ve Kolmogorov-Smirnov normallik testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 34.73 ± 7.48 olduğu, %70.1’inin kadın, %74.3’ünün evli, %54.9’unun lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin fiziksel tespite bağlı olarak ortaya çıkan komplikasyonlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve hemşirelerin çoğunluğunun (%65.8) fiziksel tespite alternatif yöntemleri kullanmadıkları saptanmıştır. Hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulama puan ortalamaları sırasıyla 7.75 ± 1.27 , 27.29 ± 4.12 ve 38.58 ± 2.61 olarak bulunmuştur. Fiziksel tespit uygulamayanların ($p=0.031$) bilgi puan ortalaması anlamlı olarak diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur. Yaşları 20-35 arasında ($p=0.044$), bekar ($p=0.026$) ve fiziksel tespit uygulamayanların ($p=0.034$) tutum puanları istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Kadın hemşirelerin ($p=0.005$) ve 10 yıl ve üzerinde psikiyatri kliniğinde çalışma deneyimi olanların ($p=0.03$) uygulama puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi düzeylerinin iyi, tutumlarının olumsuz ve uygulamalarının mükemmel yakın olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar ışığında, hemşirelere fiziksel tespit ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarını ilerletecek, kapsamlı ve uygulamalı eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: psikiyatri hemşireliği, psikiyatri kliniği, yatan hasta, fiziksel tespit uygulaması

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to identify nurses' knowledge, attitudes and practices regarding the use of physical restraint in psychiatric settings.

Method: This descriptive study was conducted in seven Psychiatric Hospitals between May and October 2015 in Turkey. In the study, it was tried to reach whole population without any sampling, and completed with 304 nurses (%62.8). Data were collected with "Level of Knowledge Attitudes and Practices of Staff Regarding Physical Restraints Questionnaire" and "Questionnaire Form" and assessed by SPSS program using percentage, mean, T Test, Chi-Square, Nonparametric tests and Kolmogorov-Smirnov normality test.

Results: The mean age of nurses was 34.73 ± 7.4 years, 70.1% were female, 74.3% were married and 54.9% were bachelor's degree. It was determined that knowledge of the nurses about the complications of using physical restraint was lacking and majority of nurses (%65.8) did not use alternative methods to physical restraints. Nurses' mean knowledge score, attitudes score and practice score regarding the use of physical restraints were determined respectively 7.75 ± 1.27 , 27.29 ± 4.12 and 38.58 ± 2.61 . The mean knowledge score of nurses who did not use physical restraints ($p=0.031$) had higher scores statistically than others. The mean attitudes score of nurses whose age was between 20-35 ($p=0.044$), who was bachelor ($p=0.026$), and who did not use physical restraints ($p=0.034$) had higher scores statistically than others. The mean practice score of women ($p=0.005$) and nurses who had over 10 years clinical experiences ($p=0.03$) had higher scores statistically than others.

Conclusion: : It was identified nurses' knowledge levels regarding physical restraints were good, attitudes were negative and practices was about excellent. It was suggested to hold comprehensive and practical training programs promoting nurses' knowledge, attitudes and practices towards physical restraints for nurses because of these conclusions.

Key words: psychiatric nursing, psychiatric setting, inpatient, physical restraint practice

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tarihçe	4
2.2. Fiziksel Tespit Kavramı ve Uygulaması	6
2.3. Fiziksel Tespitin Kullanım Nedenleri	6
2.4. Fiziksel Tespit Kullanımı Gerektiren Hastaların Özellikleri	7
2.5. Fiziksel Tespit Kullanımının Fiziksel ve Psikolojik Etkileri	8
2.6. Fiziksel Tespite Etkin Alternatif Yöntemler	9
2.7. Fiziksel Tespitin Uygulanmaması Gereken Durumlar	10
2.8. Fiziksel Tespit Uygulama Rehberi	11
2.9. Hemşirelerin, Hastaların ve Ailelerin Fiziksel Tespite Yönelik Algı ve Tutumları	14
2.10. Fiziksel Tespiti Azaltma	16
2.11. Fiziksel Tespitin Etik ve Yasal Boyutu	17
2.12. Fiziksel Tespit Kullanımında Hemşirelik Yaklaşımları	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.3.1. Katma Kriterleri	24
3.3.2. Dışlama Kriterleri	24
3.4. Ön Uygulama	24
3.5. Verilerin Toplanması	25
3.6. Veri toplama Araçları	25
3.6.1. Hemşirelere Ait Bilgi Formu	25
3.6.2. Hemşirelerin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği	25
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	26
3.9. Verilerin Analizi	27
3.10. Araştırmanın Güçlü Yönü ve Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR	28
4.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	28
4.2. Hemşirelerin Çalışma Özellikleri	29
4.3. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Deneyimleri	29
4.4. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyleri, Tutum ve Uygulamaları	32
4.4.1. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi	35
4.4.2. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına Yönelik Tutumları	36
4.4.3. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Uygulamaları	39
5. TARTIŞMA	41
5.1. Fiziksel Tespite Alternatif Yöntemler	41
5.2. Fiziksel Tespit Komplikasyonları	43
5.3. Hemşirelerin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi Düzeyi	45
5.4. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Tutumları	49
5.5. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Uygulamaları	53
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	56
KAYNAKLAR	58
EKLER	69

- EK-1.** İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Şartlı İzin Belgesi
- EK-2.** Bilgi Formu
- EK-3.** Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği
- EK-4.** Ölçek Kullanım İzin Yazısı
- EK-5.** Etik Kurul Onayı
- EK-6.** Kurum İzin Yazıları
- EK-6.1.** Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı
- Ek-6.2.** Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı
- Ek-6.3.** Elazığ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı
- Ek-6.4.** Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı
- Ek-6.5.** Adana İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı
- Ek-6.6.** Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı
- Ek-6.7.** İstanbul İli Kuzey Anadolu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı
- EK-7.** Aydınlatılmış Onam Formu

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
APNA	: Amerikan Psikiyatri Hemşireleri Birliği
CMS	: Centers Medical & Medicaid Services
FDA	: Food and Drug Administration
İHA	: İstanbul Haber Ajansı
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Health
NANDA	: Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği
NMHCCF	: National Mental Health Consumer & Carer Forum
KHK	: Kamu Hastaneler Kurumu
RSHH	: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
THD	: Türk Hemşireler Derneği
URSEP	: Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ölçeğin Kullanılabilmesi için İnternet Ortamında Yapılan
Yazışmanın Ekran Görüntüsü

75



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.8.1.	Fiziksel Tespit Uygulama Rehberi	11
Tablo 4.1.1.	Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	28
Tablo 4.2.1.	Hemşirelerin Çalışma Özellikleri	29
Tablo 4.3.1.	Hemşirelerin Fiziksel Tespit Deneyimleri	30
Tablo 4.3.2.	Hemşirelerin Özellikleri ile Alternatif Yöntem Kullanma Arasındaki İlişki	31
Tablo 4.3.3.	Hemşirelerin Kullandığı Alternatif Yöntemlerin Dağılımı	31
Tablo 4.3.4.	Hemşirelerin Gözlemledikleri Fiziksel Tespit Komplikasyonları	32
Tablo 4.4.1.	Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulama Puan Ortalamaları	33
Tablo 4.4.2.	Hemşirelerin Bireysel Özellikleri, Çalışma Özellikleri ve Fiziksel Tespit Deneyimleri ile Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.4.1.1.	Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımları	36
Tablo 4.4.2.1.	Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına Yönelik Tutum Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımları	38
Tablo 4.4.3.1.	Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Uygulama Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımları	40

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Fiziksel tespit, bir bireyin hareketlerini kısıtlamak için, onun izni olmaksızın doğrudan fiziksel güç kullanımınıdır. Bu fiziksel güç bir insan gücü, mekanik bir alet ya da bunların bileşimi olabilir (Videbeck, 2011a). Fiziksel tespit, hasta davranışlarının fiziksel olarak zararlı olduğu ve uygulanan alternatif yöntemler ya da daha az kısıtlayıcı önlemler hastayı ve diğerlerini korumada yetersiz kaldığı durumlarda uygulanır (Brooke, 2013). Fiziksel tespit uygulamaları genellikle hastanın yataktan düşme riskini azaltmak, intravenöz kanül, nazogastrik sonda, foley kateter ya da yaşam desteği sağlayan ekipmanları çıkarmasını önlemek ve kendine ya da başkalarına zarar verme riskini azaltmak için kullanılır (Potter ve Perry, 2001). Bu yönüyle fiziksel tespit yoğun bakım, nöroloji, nöroşirürji ve psikiyatri kliniklerinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Fiziksel tespit kullanımı hasta yararına bir uygulama olmasına rağmen, kullanımına bağlı olarak bazı komplikasyonlar olabilmektedir. Bu komplikasyonlar kan dolaşımının engellenmesi, doku bütünlüğünde bozulma, kas ve kemik güçsüzlüğü, inkontinans, aspirasyon, solunum güçlüğü, basınç yaraları (Potter ve Perry, 2001; Taylor ve ark., 2011), konstipasyon, sinir zedelenmeleri, öz-güven kaybı, aşağılanma duygusu, korku ve öfke (Potter ve Perry, 2001) olarak sıralanabilir. Fiziksel tespitin primer uygulayıcısı hemşire olduğu için (Hakverdioğlu ve ark., 2006), hemşirenin fiziksel tespitin olası komplikasyonları bilmesi ve buna yönelik hastayı takip etmesi gerekir. Bilindiği gibi psikiyatri hemşiresinin uygulama standartlarında hasta için güvenli ve terapötik bir çevre oluşturma, devamını sağlama (Videbeck, 2011b; Catherina, 2015) ve klinikteki tespit gözetimini en iyi şekilde sürdürme psikiyatri hemşiresinin rolleri olarak kabul edilmektedir (Halter, 2013). Bu bağlamda fiziksel tespitin psikiyatri hemşireliği uygulamaları kapsamında yer aldığı görülmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin komplikasyonları bilme oranlarının düşük olduğu bildirilmektedir (Karagözoğlu ve Özden, 2013). Yine aynı çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun kliniklerde fiziksel tespit uygulamasına başvurdukları, uygulamaya karar verirken hekim direktifi almadıkları ve etkin alternatif yöntemleri kullanmadıkları bildirilmektedir. Bu

olumsuz bulgulara rağmen hemşirelerin yarısından fazlasının uyguladıkları fiziksel tespiti kayıt ettikleri belirlenmiştir. Okçin ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmada, tespit süresince sağlık personelinin yüksek oranda hastaların cilt bütünlüğünü (%88.9), dolaşım durumunu (%86.7) ve yaşamsal bulguları (%80) kontrol ettiği saptanmıştır. Çelik ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir diğer araştırmaya göre hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin bilgi puan ortalamasının iyi, fiziksel tespit kullanımına yönelik tutumlarının olumlu olduğu, uygulamalarında duygusal olmaktan daha çok profesyonel tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada hemşirelerin uyguladıkları fiziksel tespit uygulamalarını, hekim istemi ile gerçekleştirme ve kayıt etme konusunda özensiz davrandıkları belirlenmiştir. Benzer konuda Hong Kong'da yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin fiziksel tespite yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu ve olumsuz tutum sergiledikleri belirlenmiştir (Suen ve ark., 2006).

Fiziksel tespit uygulaması hastaların yararına yapılan bir uygulama olduğu halde, bu uygulamanın hastaların otonomisini kısıtlamakta ve ölümlle sonuçlanan tehlikelere yol açmaktadır. Bu durumun göz önünde bulundurulması, etik ilkeler doğrultusunda karar verilmesi ve fiziksel tespit uygulamadan önce etkin alternatif yöntemlerin kullanılması gerekmektedir (Eşer ve Hakverdioğlu, 2006). Fiziksel tespit kullanımı ile ilgili standartlar 1998 yılında JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Financing-Ortak Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonu) tarafından belirlenmiş ve bu kurallar 2009 yılında tekrar gözden geçirilerek düzenlenmiştir (<http://www.nursingworld.org>, Erişim Tarihi: 12 Nisan 2016). Hemşireler, fiziksel tespit uygularken JCAHO'nun belirlediği standartları göz önünde bulundurmaları gerekmektedir.

Ülkemizde 2011 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan Hastane Hizmet Kalite Standartları Raporu'nda hasta güvenliğini sağlamak amacıyla, hastanelerde fiziksel tespite yönelik standartlar belirlenmiştir. Bu rapora göre; fiziksel kısıtlama kararı hekim tarafından verilmeli ve tespit kararı 24 saatte bir gözden geçirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Ancak ülkemizde yapılan çalışmalara göre; hemşirelerin fiziksel tespit uygularken hekim istemi almadıkları ve bu konuda özensiz davrandıkları saptanmıştır (Kaya ve ark., 2008; Çelik ve ark., 2012; Karagözoğlu ve Özden, 2013).

Aralık 2014'te Türk Psikiyatri Dizini, Türk Tıp Dizini, Medline, Cinahl, Pubmed, Yök Tez veri tabanlarında "*fiziksel tespit*", "*fiziksel kısıtlama*", "*fiziksel tespit edici*" "*hemşirelik*" "*bilgi*", "*tutum*", "*uygulama*", "*physical*" "*restraint*", "*nursing*", "*knowledge*", "*attitudes*" ve "*practice*" anahtar kelimeleri ve bu kelimelerden oluşan kombinasyonlar ile yapılan taramada bu konuda çeşitli kliniklerde yapılmış çalışmalara rastlanmıştır. Ancak ülkemizde sadece psikiyatri kliniklerinde yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların kendine ve çevresine zarar verme riski olması nedeniyle bu kliniklerde fiziksel tespit uygulaması zorunlu bir girişim olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarına yönelik çalışmalara ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Ülkemizde yapılmış olan sınırlı sayıdaki çalışmaların (Kaya ve ark., 2008; Çelik ve ark., 2012; Karagözoğlu ve Özden, 2013) sonuçlarına göre; fiziksel tespit uygulamalarında hemşirelerin hekim istemi almaması, kayıt tutmada özensiz davranması, fiziksel ve psikolojik komplikasyonları (özgüven ve kimlik kaybı, benlik saygısı vb.) bilme oranının düşük olması gibi sorunların saptanmış olması fiziksel tespit ile ilgili daha kapsamlı çalışmaların yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Çalışmanın amacına yönelik olarak aşağıdaki araştırma soruları yanıtlanmaya çalışılacaktır:

1. Psikiyatri klinik hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımı ile ilgili bilgi düzeyleri nedir?
2. Psikiyatri klinik hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımına ilişkin tutumları nasıldır?
3. Psikiyatri klinik hemşirelerinin fiziksel tespit uygulamaları nelerdir?
4. Psikiyatri klinik hemşirelerinin bireysel özellikleri, çalışma özellikleri ve fiziksel tespit deneyimleri ile fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Animistik düşüncenin egemen olduğu ve hastalıkların doğaüstü güçlere bağlandığı eski çağlarda, özellikle Yunan ve Roma'da ruh hastalarına karşı toplumun tutumları genellikle olumsuzdur (Öztürk, 2008; Çam, 2014). Psikiyatri hastalarının, işlediği günahlar ve yaptığı hatalar sonucu şeytan tarafından ele geçirildiğine inanılmıştır (Boyd, 2002). Ruh hastalarından nefret edilmiş ve onlardan korkulmuştur. Onların bakımı için yaygın ve etkili bakım yöntemleri kullanılmamıştır. İyileştirici olarak çeşitli otlar, merhem ve değerli taşlar kullanılarak görülmeyen ruhlar çağrılmıştır. Genellikle hastalar tedavi edilemez olarak algılanmış ve onlara karşı insanlık dışı ve zalimce uygulamalar yapılmıştır. Ruh hastalarının topluma katılımına engel olunmuş ve evlerde hapsedilmiştir (Boyd, 2002; Öztürk, 2008).

Milattan sonra 1-1000 yılları arasında da bu tutumlar devam etmiştir. Hastalıklar kötü ruhlara ve şeytanlara bağlanmıştır. Din adamları, şeytanları ve kötü ruhları kovmaya çalışan kişiler olmuşlardır. Başarısız oldukları durumlarda hastaların kırbaçlandığı, aç bırakıldığı ve zindana kapatma gibi şiddet ve zalimce uygulamalar yapılmıştır. Rönesans Döneminde ise, İngiltere'de zararsız olduğu düşünülen ruh hastalarının kırsal bölgeleri dolaşmalarına izin verilmiş ya da tarımla uğraşan toplumlarda yaşamaları için gönderilmiştir. Zararlı olan hastalar ise hapishanelere atılmış, zincirlerle bağlanıp aç bırakılmıştır (Videbeck, 2011b).

Orta Çağ'da psikiyatri hastalarına çeşitli işkenceler yapılmış, kapalı yerlere kapatılmış, aileleri tarafından sahipsiz bırakılmışlardır. Psikiyatri hastalarına genelde din adamları yardım etmiş, düşkünler evine ya da psikiyatri hastalarının bulunduğu hastanelere bırakılmıştır. Bu hastanelerden Londra'da bulunan Hospital of St. Mary of Bethlehem ilk Asylum olarak bilinir. Bu hastanede hastaların bulunduğu ortam çok kötüdür ve hastalara akıl almaz işkenceler yapılmıştır. Hastaların içinde bulunduğu durumdan dolayı onların hiçbir şey anlamadığı ve hissetmediğine inanılmıştır. Burada hastalar zincirlenip hücrelere kapatılmış ve bakımları iyileşmiş hastalar tarafından yapılmıştır (Otong, 2003).

Orta Çağ Avrupa'sının acımasız ve karanlık tutumuna karşılık, Türklerde ve bütün İslam topluluklarında psikiyatri hastalarına karşı hoşgörü, anlayış ve acıma duygusu

hakim olmuştur. Anadolu'da Selçuklu ve Osmanlı döneminde kurulan hastaneler bugünkü anlamda uygun ve ileri kurumlardır. Şifahaneler zamanlarının en iyi bakım veren kurumlarıdır. Bu şifahane geleneği Osmanlı döneminde de devam etmiştir. Bu gelenekte, Orta Çağ Avrupa'sında ruh hastalarını toplumdan uzaklaştırma, hapsedilme ve işkence yapma gibi uygulamalar yapılmamıştır (Öztürk, 2008).

On Yedinci yüzyıla gelindiğinde ruh hastaları hakkındaki kararların, din adamları yerine hekimler tarafından verilmesi gerektiği kabul edilmiştir. Bu çağda ruh hekimliğindeki en büyük adımı Fransız ruh hekimi Philippe Pinel atmıştır. Ruh hastalarını zincirden kurtaran ilk hekim olarak bilinen Pinel, "Traitement Morale" (Moral Tedavi) adlı yapıtı ile planlı psikoterapinin ilkelerini tanımlayan ilk hekimdir. (Öztürk, 2008; Çam, 2014).

İngiltere'de Willlliam Tuke ve Fransa'da Philippe Pinel ilk modern psikiyatrik tedavi ve bakımı böylece başlatmıştır. Pinel 1793'te psikiyatri hastalarının zincirlerinden kurtulmasını ve onlara moral ve tedavi yaklaşımının uygulanmasını istemiştir. Tuke (1792-1796) ise, ruh hastalarının tedavisinde daha insani bir yaklaşımı savunmuş ve temel amacı insancıl bakım olan York Retreat hastanesini kurmuştur (Wingfield, 2006). Avrupa'da bu gelişmeler öne çıkarken, Amerika'da Benjamin Franklin'in göstermiş olduğu çabalar sonucu ruh hastaları genel hastanelere kabul edilmeye başlanmıştır. Philadelphia'da bulunan Pennsylvania Hastanesi 1751 yılında psikiyatri hastalarının tedavi ve bakım gördüğü ilk genel hastane olarak bilinmektedir (Davies ve Janosik, 1991). Bu hastanede insancıl tedavi yöntemleri, egzersiz ve sosyal aktiviteler uygulanmasının yanı sıra, çeşitli fiziksel tespit yöntemleri de uygulanmıştır (Townsend, 2009).

On dokuzuncu yüzyıla gelindiğinde fiziksel tespit Amerika'da yaygınlaşmaya başlamıştır. Avrupa'da ruh hastalarının tespit edilmemesi görüşü yayılırken Amerika'daki doktorlar bu görüşe karşı çıkmışlardır. Amerikalı doktorlar, trajik kaza ve yaralanmaları önlemek için fiziksel tespitin terapötik ve etik olduğunu düşünmüşlerdir. Bu nedenle, tespit uygulamaları Amerika'da 20. yüzyılda çok fazla başvurulan bir uygulama olmuştur (Strumpf ve Tomes, 1993). Bazı durumlarda hasta ve bakım verenler için yararlı olan bu uygulamanın kullanımında, 1980'li yılların sonlarına doğru kısıtlamalar gündeme gelmiştir. Çünkü fiziksel tespitin, hastalarda

düşme ve yaralanmalara sebep olduğu hatta tespit nedeniyle ölümlerin daha fazla meydana geldiği belirtilmektedir (Tel ve Beyaztaş, 2002).

2.2. Fiziksel Tespit Kavramı ve Uygulaması

Tespit, bir alet kullanılarak bir hastanın ya da hastanın bir ekstremitesinin hareketsizleştirilmesi demektir (Potter ve Perry, 2001). Fiziksel tespit ise, bir bireyin hareketlerini kısıtlamak için, onun izni olmaksızın doğrudan fiziksel güç kullanımınıdır. Bu fiziksel güç bir insan gücü, mekanik bir alet ya da bunların bileşimi olabilir (Videbeck, 2011a). Amerikan Psikiyatri Hemşireler Birliği (APNA-American Psychiatric Nurses Association) ise, fiziksel tespiti bir kişinin kol, bacak, gövde ya da baş kısmının hareket etme yeteneğini azaltmak için fiziksel ya da mekanik araçların kullanılması olarak tanımlamaktadır (<http://www.apna.org>, Erişim Tarihi: 9 Şubat 2016).

Fiziksel tespit uygulaması ile, kendisine ya da çevresindekilere karşı tehlike oluşturan ya da zarar verme riski olan hastaların hareketleri kısıtlanır (Frisch ve Frisch, 2011). Hastalar bunu fiziksel ya da psikolojik istismar olarak algılayabilirler. Bu nedenle sağlık bakımı verenlerin hastaları fiziksel olarak tespit etme haklarının olup olmadığı her zaman bir sorun olmuştur. Çünkü fiziksel tespit, hastalar için aşağılayıcı bir deneyimdir. Hastalar fiziksel kısıtlamaya stres, öfke, korku, anksiyete ve depresyon gibi semptomlarla tepki vermektedir (Brooke, 2013).

Kliniklerde tespit kullanımı, uygulanması ve tercihi ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Tel ve Tel'in (2002a) aktardığına göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) fiziksel tespit yaygın olarak kullanılmaktadır. Avrupa'da ise hemen hemen hiç kullanılmadığı, Kanada'da 1981 yılından beri sadece hekim istemi ile yapıldığı, İsviçre ve Danimarka'da ise tespit uygulama oranı diğer ülkelere göre oldukça düşüktür. Ülkemizde ise; Tekkaş ve Bilgin'in (2010) çalışmasına göre istem dışı kimyasal tespit, fiziksel tespit ve tecrit gibi yöntemler daha fazla uygulanmaktadır.

2.3. Fiziksel Tespitin Kullanım Nedenleri

Tespit kullanımının en önemli nedenleri ajitasyon, oryantasyon bozukluğu, gerçek şiddet, şiddet tehdidi, eşyalara zarar verme/tehdidi ve agresyondur (Keski-Valkama ve ark., 2010; Kaltiala-Heino ve ark., 2003). Bu durumlarda asıl amaç, hastanın ve

başkalarının zarar görmesini ya da terapötik ortamın bozulmasını önlemektir (Keskin, 2014). Genel olarak tespit aşağıdaki koşullar altında bir müdahale olarak uygulanmaktadır.

- Hastanın davranışları hastaya ve çevresindekilere fiziksel olarak zararlı olduğunda (Tel ve Beyaztaş, 2002; Brooke, 2013),
- Ajitasyon nedeniyle hastanın tıbbi tedaviyi zorlaştırması durumunda (Tel ve Beyaztaş, 2002),
- Aşırı duyuşal uyarıların azaltılmasına gerek duyulduğunda (Brooke, 2013),
- Hastanın düşme ve yaralanma riski olduğunda (Eşer ve Hakverdioğlu, 2006),
- Hastayı ya da hastanın çevresindeki diğer hastaları korumak, güvenliği sağlamak ve davranışları kontrol altına almak gerektiğinde (Tel ve Beyaztaş, 2002; Evans ve FitzGerald, 2002),
- Alternatif yöntemler ve daha az kısıtlayıcı önlemler hastayı ve diğerlerini korumada yetersiz kaldığında (Brooke, 2013),
- Kontrol altına alınmış bir çevrenin hastaya yararlı olacağı düşünüldüğünde uygulanmaktadır (Brooke, 2013).

Ülkemizde bir ruh sağlığı hastanesinde yapılan bir çalışmaya göre tespit uygulamasının en önemli nedenleri “aşırı gürültü çıkarma ve davranış bozukluğu (%74.2) ve şiddet davranışında bulunma tehdidi (%62.8)” olarak bulunmuştur. Diğer nedenler ise önemlilik derecesine göre “tedavi ekibine saldırı, eşyaya yönelik şiddet, diğer hastalara saldırı, kendine zarar verme, kaçma girişimi ve konfüzyon”dur (Coşkun ve Avlamaz, 2010).

2.4. Fiziksel Tespit Kullanımı Gerektiren Hastaların Özellikleri

Fiziksel tespit kullanımını hastaların yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna, etnik kökenine, ırkına, eğitim durumuna, sosyoekonomik durumuna, hastanede yatış süresine ve hastanın aldığı tıbbi tanıya göre değişiklik gösterebilir (Bell, 1983; Berland ve ark., 1990; Stewart ve ark., 2009; Knutzen ve ark., 2011; Knutzen ve ark., 2014). Sercan ve Bilici’ye (2008) göre hastaların tespit edilme ve uzun süre tespit kalma riski, ileri yaşlarda olmasına, kadın olmasına, psikotik belirtilerinin şiddetine bağlı olarak artmaktadır. Kaltiala-Heino ve arkadaşları (2003) ise tespit edilen erkek hastaların (%57.1) sayısının kadınlardan daha fazla olduğunu bulmuştur. Ayrıca tespit edilen hastaların hemen hemen yarısının (%49.8) tıbbi tanısı şizofrenidir. Diğer

bozukluklar tespit edilme sıklığına göre, duygulanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozukluğu ve organik bozukluklar şeklinde sıralanmıştır. Coşkun ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada tespit edilen erkek hastaların çoğunluğu şizofreni hastası iken, tespit edilen kadın hastaların çoğunlukla bipolar duygudurum bozukluğu olan hastadır. Sonuç olarak, tespit kullanımı hastaların içinde buldukları duruma göre değişebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin tespit açısından risk oluşturan hasta özelliklerini bilmeleri ve girişimlerini buna yönelik planlamaları hem hasta açısından hem de hemşireler açısından daha olumlu sonuçlar ortaya çıkmasına katkı sağlayabilir.

2.5. Fiziksel Tespit Kullanımının Fiziksel ve Psikolojik Etkileri

Fiziksel tespit kullanımı hasta yararına bir uygulama olmasına rağmen, kullanımına bağlı olarak hastada fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutta istenmeyen etkiler görülebilmektedir (Hamers ve Huizing, 2005). Fiziksel tespitin etkileri kan dolaşımının engellenmesi, doku bütünlüğünde bozulma, kas ve kemik güçsüzlüğü, kırık, inkontinans, aspirasyon, solunum güçlüğü, boğulma, ölüm, basınç yaraları (Potter ve Perry, 2001; Hamers & Huizing, 2005; Taylor ve ark., 2011; <https://www.cms.gov>, Erişim Tarihi 5 Şubat 2016), konstipasyon, sinir zedelenmeleri, öz-güven kaybı, aşağılanma duygusu, korku ve öfke (Potter ve Perry, 2001; Hamers ve Huizing, 2005), depresyon, agresyon ve sosyal fonksiyonlarda bozulma (Hamers ve Huizing, 2005; Karagözoğlu ve Özden, 2013; <https://www.cms.gov>, Erişim Tarihi 5 Şubat 2016) olarak sıralanabilir. Fiziksel tespit hemşirenin sorumluluğunda olduğu için, hemşirenin fiziksel tespitin hasta üzerindeki etkilerini bilmesi ve hastayı buna yönelik olarak takip etmesi gerekir.

Fiziksel tespit kullanımının en önemli etkileri ölüm ve yaralanmalardır. Bunların özellikle tespit yeleği ve yatak kenarlıklarının tespit olarak kullanıldığı hastalarda görülmekte ve tespit süresi uzadıkça, bu tip komplikasyonların görülme oranının arttığı belirtilmektedir (Tel ve Beyaztaş, 2002; Hamers ve Huizing, 2005). Ayrıca tespit edilen bireyler, bu durumdan fiziksel olduğu kadar duygusal ve bilişsel olarak da olumsuz etkilenmektedirler (Tel ve Beyaztaş, 2002). Fiziksel tespit kullanılarak hastaların özgürlükleri kısıtlandığında ajite oldukları, öfkeli oldukları ve özgürlük kaybı belirtileri gösterdikleri; bununla beraber hastanın kimlik bütünlüğünde

bozulma ve itibarında azalma ifade edilmiştir. Aşağıda Dodds (1996) tarafından aktarılan iki hastanın deneyimi verilmiştir.

72 yaşında erkek bir hasta: *"Kendimi köpek gibi hissettim ve bütün gece ağladım. Bağlanmak beni incitti. Kirliydim ve kendimi bir hiç gibi hissettim. Bu durumdan bahsedince hala ağlarım..... Hastane hapishaneden daha kötüydü"* (Dodds, 1996).

82 yaşında kadın bir hasta: *"Kötü davrandığımı hatırlamıyorum ama aldığım haplar dengemi bozmuş olabilir. Normalde neşeli, hareketli biriyim, iyi ve itaatkar davranıyordum. Hemşire birden beni İsa (Jesus) gibi yatırdı, el ve ayak bileklerimden bağladı. Çok kötüydü ve çok endişelendim. Sanki bacağıma kramplar girdi, ya bir daha yürüyemezsem? Çok perişandım. Uyumlu biri olduğum için bu durum karşısında çok gücendim. Erkek arkadaşlarım dahil bir çok kişi beni o halde gördü ve ben çok şeyimi kaybettim. Kişisel saygınlığımı kaybettim, çok utandım. Bir çocuk gibi köşeye sıkışmıştım..... Bağlanmanın acısını ve onur kırıcı bu davranışı hiç bir zaman unutamam"* (Dodds, 1996).

2.6. Fiziksel Tespite Etkin Alternatif Yöntemler

Fiziksel tespit uygulaması hastaya fiziksel ve psikososyal olarak zarar verme ve otonomi hakkını elinden alma riskine sahiptir. Bu nedenle hemşirelerin tespit uygulamasına son çare olarak başvurmaları gerekir. Hastayı tespit etmeden önce sözel ve sözel olmayan iletişim, uyarınları azaltma, aktif dinleme gibi daha az kısıtlayıcı yöntemler kullanmaları gerekir. Hemşireler bu yöntemler etkisiz kaldığı durumlarda hastaları tespit etmelidir (<http://www.apna.org>, Erişim Tarihi: 9 Şubat 2016). Etkin alternatif yöntemler kullanılarak fiziksel tespit ile ilgili olası komplikasyonlar da önlenmiş olur. Terapötik ortam oluşumuna katkı veren etkin alternatif yöntemler genel olarak şöyle sıralanabilir:

- Gözlem yapmak (Potter ve Perry, 2001),
- Hasta ile terapötik iletişim kurmak (Taxis, 2002),
- Gürültüyü azaltmak (radyo, televizyon, diğer hastalar) (Taylor ve ark., 2001),
- Hastayı ajite eden nedenleri belirlemek, değerlendirmek ve çözüm bulmak (Craven ve Hirnle, 2007),

- Hastanın bakımına kendisini ve ailesini katmak (Taylor ve ark., 2001; Bray ve ark., 2004),
- Tehlikeler yönünden çevreyi kontrol etmek (Taylor ve ark., 2001),
- Gece lambası kullanmak (Taylor ve ark., 2001),
- Ortamı mümkün olduğu kadar ev ortamına benzetmek ve hastanın odasını düzenli tutmak (Craven ve Hirnle, 2007),
- Hastanın seçimine göre müzik dinletmek (müzik terapi), video izletmek, masaj yapmak (Taylor ve ark., 2001; Potter ve Perry, 2001; Bray ve ark., 2004),
- Hastanın rahatlaması ve uyuması için ılık süt içirmek, hafif müzik dinletmek (Craven ve Hirnle, 2007),
- Hastalara yönelik stresle baş etme, öfke yönetimi gibi eğitimler vermek (Taxis, 2002; McCue ve ark., 2004).

2.7. Fiziksel Tespitin Uygulanmaması Gereken Durumlar

Fiziksel tespit riskli olduğu ve uygulanmaması gereken durumlar vardır. Sağlık çalışanlarının tespit uygulamasına karar vermeden önce, bu noktaları göz önünde bulundurmaları gerekir. Bu durumlar şunlardır:

- Hastalar, deliryum ya da bunama gibi uyarıcı azlığından zarar görecektir klinik bir durumdaysa (Simon, 2007; Bilici ve ark., 2013; Brooke, 2013),
- Hastanın intihara eğilimi varsa (Simon, 2007; Bilici ve ark., 2013; Brooke, 2013),
- Hastada aşırı dozda ilaç kullanımı ve ciddi ilaç reaksiyonu varsa ya da hastaya verilen ilaç dozunun yakından takip edilmesi gerekli ise (Simon, 2007; Bilici ve ark., 2013; Brooke, 2013),
- Çalışanlar hastayı cezalandırma ya da kendi rahatını sağlama isteğiyle davranıyorlarsa (Simon, 2007; Bilici ve ark., 2013; Brooke, 2013),
- Tıbbi ve psikiyatrik koşullar sürekli değişkenlik gösteriyorsa (Simon, 2007; Bilici ve ark., 2013; Brooke, 2013),
- Yakın denetim yapılamıyor ve doğrudan gözlem sağlanamıyorsa (Simon, 2007; Bilici ve ark., 2013),
- Hastada kafa travması ya da kalp-damar yetersizliği gibi durumlar varsa (Cannon ve ark., 2001; Bilici ve ark., 2013),

- Hastanın bedensel, duygusal ya da cinsel istismar öyküsü; ameliyat, nöbet geçirme, kırık, gebelik ve astım öyküsü varsa (Bilici ve ark., 2013).

2.8. Fiziksel Tespit Uygulama Rehberi

Fiziksel tespit kullanımının gerektiği durumlarda, hemşirelerin yaptığı uygulamaları ve gerekçelerini bilmeleri gerekir. Aşağıda fiziksel tespite başvurulduğunda yapılan uygulamalar ve bu uygulamaların gerekçelerini açıklayan fiziksel tespit uygulama rehberi hazırlanmıştır. Literatüre dayalı olarak hazırlanan bu rehber aşağıdaki temel ilkeleri kapsamaktadır.

Tablo 2.8.1. Fiziksel Tespit Uygulama Rehberi

Uygulama	Uygulamanın Gerekçesi
Hastanın travma/yaralanma potansiyeli yaratacak davranışları olup olmadığı değerlendirilir (Tel ve Tel, 2002b).	Her hasta tespit kullanımı için uygun değildir (www.fda.gov.tr , Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016). Konfüze, oryantasyon bozukluğu olan, sedasyon nedeniyle güçsüz olan hastaların yaralanma potansiyeli yüksektir (Tel ve Tel, 2002b).
Hastalar kısıtlanmama hakkına sahiptir (www.fda.gov.tr , Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016). Bu nedenle tespit uygulamasının gerçekten gerekli olup olmadığı belirlenir (Tel ve Tel, 2002b).	Alternatif yöntemler ya da daha az kısıtlayıcı yöntemler kullanılır. Son çare olarak tespit kullanılır (Tel ve Tel, 2002b; Craven ve Hirnle, 2007; www.fda.gov.tr , Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016).
Bütün sağlık kurumlarının hastalara tespit uygulama prosedürü olmalıdır (www.fda.gov.tr , Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016). Kurumun tespit uygulama prosedürü incelenir. Tespitin nedenini belirten doktor istemi alındıktan sonra tespit uygulanır (Tel ve Tel, 2002b; Carter, 2008). Doktor istemi tespitin amacını, türünü ve süresini içermelidir	Kurum politikasının içerdiği tespit uygulaması hakkındaki özel ilkeler, hastayı ve hemşireyi olası problemlere karşı korur (Tel ve Tel, 2002b).

(Smith ve Duell, 1996; Keltner ve Lillie, 2011).	
Hemşire tespit uygulamasını, hastayı cezalandırmak ya da kendi rahatı için kullanmamalıdır (Carter, 2008).	Tespit kullanımı bireyin yaşam kalitesi üzerine fiziksel ve duygusal olarak negatif etkiler yapar. Bu yüzden tespit, sadece gerekli olduğu durumlarda ve diğer bütün etkin alternatifler başarısız olduğunda kullanılır (Carter, 2008; www.fda.gov.tr , Erişim Tarihi: 10 Ocak 2016).
Tespit firmasının tespit materyali için hazırladığı talimatlar, hemşire direktifi ve kurum politikası takip edilir (Carter, 2008).	Hatalı tespit uygulaması ciddi tıbbi komplikasyonlara, yaralanmalara, hatta ölüme yol açabilir (Carter, 2008). Bu nedenlerden dolayı firmanın talimatları, hemşirenin izlediği yol ve kurum politikası önemlidir.
Tespit hastanın sağlık probleminin daha da kötüye gitmesine yol açmamalıdır (Potter ve Perry, 1993). Bu nedenle, tespit malzemesi tespit edilen hastaya uygun boyutta ve hastanın durumuna uygun olarak seçilir (Craven ve Hirnle, 2007; Carter, 2008; www.fda.gov.tr , Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016). Uygulanan tespit malzemesi ile ekstremitelerde arasında iki parmak boşluk olmasına, ekstremitenin uygun anatomik pozisyonda olmasına ve tespit materyalinin doğru şekilde bağlanmasına dikkat edilir (Tel ve Tel, 2002b).	Tespit malzemesi çok küçük olursa hastayı rahatsız eder ve hasta daha fazla ajite olur. Ayrıca kan dolaşımını engeller. Tespit malzemesi çok büyük olursa hasta kısmen ya da tamamen açabilir. Bu durum hastanın yataktan kayarak düşmesine ya da tespit malzemesinin boynuna dolanarak boğulmasına neden olabilir (Carter, 2008; www.fda.gov.tr , Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016).
Tespit gerekliyse, hastaya ve hasta yakınına tespitin nedeni, amacı ve türü	Tespitin uygulanma nedeninin açıklanması hastanın ve ailenin

dikkatlice açıklanır (Potter ve Perry, 1993; Smith ve Duell, 1996; Tel ve Tel, 2002b).	aksiyetesini, öfkesini azaltacak, hastanın tespit uygulamasına uyum göstermesine yardım edecektir (Tel ve Tel, 2002b).
Tespit uygulanmadan önce hastadan ya da ailesinden bilgilendirilerek onay alınır. Uygulamayı kabul etmemeleri durumunda, tespit uygulamasının gerekliliğini gösteren bulgular ve işlemin reddedildiği yazılı olarak belgelenir (Tel ve Tel, 2002b).	Hasta ve ailesinin bilgilendirilerek onayının alması, hemşireyi olası durumlarda yasal sorunlara karşı korur (Tel ve Tel, 2002b).
Normal şartlarda yetişkinler için tespit süresi en fazla dört saat olabilir. Adölesanlar için iki saat ve dokuz yaş altı çocuklarda bir saat olabilir (Hamolia, 2005; Clark, 2005). Tespit edilen hasta belli aralıklarla (iki saatte bir) çözülür ve hastanın aktivitelerini yerine getirmesine izin verilir (Schwecke, 2007; Carter, 2008; Frisch ve Frisch, 2011; McGuinness, 2011; www.fda.gov.tr , Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016).	Bu süreler içinde hastaya uygun pozisyonlar verilir ve pozisyonunda değişiklik yapılır. Çünkü hastanın uzun süre hareketsiz kalması yatak yaraları, sinir hasarı, inkontinans ve duyu kaybı gibi çeşitli sağlık problemlerine yol açar (Carter, 2008; www.fda.gov.tr , Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016).
Tespit kullanımı, eğitim almış olanlar tarafından uygulanmalıdır (Carter, 2008).	Yanlış tespit kullanımı ölüme yol açabilir (Carter, 2008).
Tespitteki hasta sık sık gözlemlenir (www.fda.gov.tr , Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016).	Hasta gözlemi hasta güvenliği açısından önemlidir (www.fda.gov.tr , Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016).
Tespit edilen hasta kurum prosedürüne göre kayıt edilir (Carter, 2008). Tutulan kayıtlar şunları içermelidir (Tel ve Tel, 2002b): <ul style="list-style-type: none"> • Uygulamanın nedenleri, 	Tespit uygulaması ile ilgili kapsamlı kayıt tutulması uygulamanın gerekliliğini tam olarak ortaya koyar. Alternatif girişimlerin belirlenmesini ve değerlendirme verilerinden tüm ekibin

<ul style="list-style-type: none">• Uygulamadan önce uygulanan alternatif yöntemler,• Tespitin uygulandığı saat,• Uygulanan tespit edicinin tipi,• Uygulama süresi,• Tespitin kaldırıldığı zaman,• Tespit uygulanan bölgenin genel durumu,• Hastanın tespite tepkisi,• Hemşirelik değerlendirmelerinin sıklığı,• Hemşirelik değerlendirmelerinin sonuçları tam olarak kaydedilir.	yararlanmasını sağlar (Tel ve Tel, 2002b). Ayrıca yasal durumlarda hem sağlık ekibini hem de kurumu korur (Carter, 2008).
---	---

2.9. Hemşirelerin, Hastaların ve Ailelerin Fiziksel Tespite Yönelik

Algı ve Tutumları

Fiziksel tespit yöntemleri şiddetin önlenerek güvenliğin sağlanması açısından günlük uygulamada etkili bir yöntem olmakla birlikte hastalar ve sağlık personeli üzerinde fiziksel travmalara ve korku, öfke, kızgınlık gibi ruhsal travmalara neden olmaktadır (Tekkaş ve Bilgin, 2010). Tespit kullanılarak hastaların özgürlükleri kısıtlandığında öfkelenedikleri, huzursuz oldukları, korktukları, anksiyete yaşadıkları ve özgürlük kaybı belirtileri gösterdikleri; bununla beraber hastanın beden bütünlüğünde bozulma, itibarını kaybetme ve gücenme olduğu ifade edilmiştir (Dodds, 1996; Bower ve ark., 2003; Mohr ve ark., 2003). Chien ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada hastaların fiziksel tespit ile ilgili hem negatif hem de pozitif algılarından bahsedilmiştir. Bu çalışmaya göre tespit edilen bazı hastalar, terapötik ortamın oluşması için güvenlik, bakım, bilgilendirilme ve personel tarafından saygı görme gibi olumlu olarak etkilendiklerini belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada hastalar, personelin empati yapmaması ve fiziksel tespit hakkında yeterince bilgilendirilmemesinden dolayı anksiyete, güçsüzlük ve çaresizlik gibi olumsuz olarak etkilendiklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin fiziksel tespite yönelik tutumları genellikle olumsuz duygularla kendini belli eder (Ralph ve Gabriele, 2013). Bonner ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşireler fiziksel tespit uygulamanın kendilerine sıkıntı verdiğini, rahatsız olduklarını ve son çare olarak düşünülen, korkunç ve zorunlu bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Orhan ve Yakut (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin fiziksel tespit uyguladıklarında kendilerini suçlu hissetme konusunda %76.2 oranında tutumlarının olumsuz olduğu saptanmıştır. Çelik ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelerin %52.4'ü "*hastaya fiziksel tespit uyguladığımda kendimi suçlu hissederim*" ifadesine "*katılmıyorum*" yanıtını vermiştir. Kaya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da hemşirelerin fiziksel tespite yönelik tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir. Çalışmada "*hastaya fiziksel tespit uyguladığımda kendimi suçlu hissederim*" ifadesine "*katılmıyorum*" yanıtını veren hemşire sayısı %63.2 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde 2011 yılında yayınlanan URSEP'te (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı) "...hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir" denilmektedir (<http://www.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 24 Haziran 2014). Literatür incelendiğinde URSEP'te yer alan bu maddeye yakın ifadeler kullanılarak yapılan çalışmalara rastlanmaktadır (Suen, 1999; Suen ve ark., 2006; Kaya ve ark., 2008; Çelik ve ark., 2012; Orhan ve Yakut, 2012). Orhan ve Yakut (2012) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin tutumunu belirlemek için "*Eğer ben hasta olsaydım tespit edici kullanılacağı zaman, bunu kabul etme ya da reddetme hakkım olmasını isterdim*" ifadesine hemşirelerin %47.6'sı; Kaya ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada %45.6'sı "*katılıyorum*" cevabını vermiştir. Çelik ve arkadaşlarının (2012) bulgusu da bunlara benzerdir. Suen (1999) tarafından yapılan çalışmada ise bu oran %69.5 iken, Suen ve arkadaşlarının (2006) Hong Kong'da yaptıkları bir çalışmada bu oran %76.5 olarak bulunmuştur. Bu sonuçları göz önüne alındığında Hong Kong'daki hemşirelerin bu konudaki tutumlarının ülkemize göre daha olumlu olduğu sonucuna varılabilir.

Hasta yakınlarının fiziksel tespit hakkındaki düşünceleri fiziksel tespit konusunda bilgilendirilme ve tespit uygulamasını gerekli görme durumuna göre değişmektedir (Kahraman ve ark., 2015). Hasta aileleri genellikle fiziksel tespit hakkında bilgi

sahibi değildirler. Fiziksel tespitin kullanışlı olup olmadığı, fizyolojik ve psikolojik zararlar ve etkin alternatif yöntemler hakkında bilgileri yoktur (Lai ve Wong, 2008). Bower ve arkadaşlarının (2003) aktardığına göre, hasta yakınları fiziksel tespit hakkında anksiyete yaşadıklarını ve fiziksel tespit uygulamasının sonuçları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. Birçok aile sevdiği kişiyi tespit altında gördüğünde üzülme ve huzursuz olmaktadır. Bunun yanı sıra hem fiziksel hem de psikolojik olarak zararlı olan fiziksel tespitin uygulama nedenini anlamamaktadır. Haut ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise, hasta yakınları fiziksel tespitin uygun bir girişim olduğunu ancak sonuçları hakkında kaygılandıklarını belirtmişlerdir.

2.10. Fiziksel Tespiti Azaltma

Son yıllarda psikiyatri kliniklerinde fiziksel tespit uygulamalarını azaltmaya yönelik girişimler yapılmaktadır. Literatüre (McCue ve ark., 2004; Sullivan ve ark., 2005; Glover, 2006; Damen, 2009; Colton ve Xiong, 2010; Wale ve ark., 2011; Lai ve ark., 2013) bakıldığında fiziksel tespit uygulamalarını azaltmak için birçok çalışma yapıldığı görülmektedir. Tespit uygulamasının azaltılması ya da tamamen ortadan kaldırılması ulaşılamayan bir hedef olarak görülebilir. Ancak başarılı girişimler ile tespit uygulamaları büyük ölçüde azaltılabilir (Bilici ve ark., 2013). Bu girişimler ile tespit uygulamalarının başarılı bir şekilde azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (McCue ve ark., 2004; Wale ve ark., 2011). McCue ve arkadaşlarına (2004) göre tespit uygulamalarını azaltmak için öncelikle multidisipliner bir ekip oluşturulması önerilmektedir. Bu ekip yönetim kadrosu, psikiyatri uzmanı, hemşire, psikolog, yaratıcı sanatlar terapisti ve sosyal çalışmacıdan oluşmalıdır. Bu ekip, tespit uygulamalarının azaltılması için belirlenen temel müdahalelerin uygulanmasını sağlamaya odaklanmalıdır (McCue ve ark., 2004; Bilici ve ark., 2013). Bu müdahalelerden biri, tespit edilmeye yatkın olan hastaların belirlenmesidir. Yatışı yapılan hastaların tamamına ilk psikiyatrik değerlendirme ile saldırgan davranışları değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme sonunda hastaya uygun bakım planı uygulanmalıdır (McCue ve ark., 2004). Personel eğitimi psikiyatri kliniklerindeki tespit uygulamalarını azaltan önemli diğer bir faktördür. Tespit uygulamaları hakkında bütün personele eğitim verilerek, krize müdahale teknikleri, şiddet içermeyen kendini koruma eğitimi ve tespite yönelik alternatif yöntemler hakkında bilgilendirilmelidir (Ashcraft ve Anthony, 2008; Bilici ve ark., 2013; Stewart ve ark.,

2016). Tespit uygulamalarını azaltmak için personel eğitiminin yanı sıra hasta eğitimine de önem verilmelidir. Hastalar için farklı oturumlarda terapötik programlar düzenlenerek stres ile baş etme ve öfke yönetimi kazandırılır (McCue ve ark., 2004). Bu programlar sayesinde hasta, tespit uygulamasına neden olan davranışlarını daha iyi kontrol edebilir.

Tespit uygulamalarını azaltma kapsamında yapılan önemli girişimlerden biri de tespit uygulamalarını günlük olarak yorumlama ve rapor etmedir (McCue ve ark., 2004). Tespit uygulamalarının ardından tutulan raporlar ile veri tabanı oluşturulur. Veri tabanına uygulamalarla ilgili bilgilerin toplanması ve bu verilerin analiz edilmesi ile problemlere ilişkin önlemler alınmasıyla problemler azaltılarak tespit kullanımının önüne geçilebilir (Bilici ve ark., 2013). Tespit uygulamalarını azaltmada en önemli faktörlerden biri de personel için teşvik sistemi oluşturmaktır. Aylık değerlendirmeler yapılarak kliniklerin uyguladıkları tespit sayıları belirlenir. En az tespit uygulayan klinikler belirlenerek ödüllendirilir (McCue ve ark., 2004). Bu sistem ile kliniklerdeki personelin “*daha az tespit*” uygulamada bir rekabete girerek gerekli durumlar dışında tespit uygulamayacağı öngörülmektedir.

2.11. Fiziksel Tespitin Etik ve Yasal Boyutu

Bir sağlık girişiminin ne kadar başarılı olduğunu göstermek için en azından iki testten geçirilmesi gerekmektedir. İlk olarak, etkili bir girişim olup olmadığı, ikincisi ise etik açıdan kabul görüp görmediğidir. Psikiyatrik kontrol altına alma işlemlerinin etkililiği ve kabul edilebilirliğini test etmede ise bazı güçlükler yaşanmaktadır. Girişimlerin etkililiğini değerlendirmek için çok boyutlu düşünmek gerekir. Bu nedenle, etkili olup olmadığını test etmek zordur. Örnek verilecek olursa, tespitten sonra fiziksel şiddetin azalıp azalmadığı, kısıtlama esnasında sözel şiddetin varlığı, komplikasyonların oluşup oluşmadığı, sonuç kriterlerinden biridir. Ancak bu yöntemler güvenliğin temin edilmesi ve şiddetin önüne geçme açısından günlük uygulamada etkili yöntemler olmasıyla birlikte hastalar ve sağlık personeli açısından fiziksel ve psikolojik açıdan olumsuzluklara yol açtığı için etik açıdan ikilemler doğurmaktadır (Tekkaş ve Bilgin, 2010). Bu ikilemlerden dolayı fiziksel tespit uygulamasının koruyucu etkinliği, tespit kullanımında yarar-zarar dengesi ve fiziksel tespite alternatif yöntemlerin uygulanabilirliği sağlık personeli tarafından göz önünde bulundurulmalıdır (Eşer ve Hakverdioğlu, 2006). Hemşire bir hastayı tespit etme

kararı ile karşı karşıya kaldığında “*otonomi, yararlılık ve zarar vermeme ilkeleri*” ile terapötik hedefleri dengelemek zorundadır (Taxis, 2002).

Ruhsal olarak sağlık problemleri olan bireyler mümkün olan en az kısıtlayıcı bir ortamda tedavi alma hakkına sahiptir (Keltner, 2007). Ancak tespit, geçmişten günümüze kadar psikiyatri hastalarında tedavi ve bakımın bir parçası olarak kullanılmıştır. Hastaların ve uygulayan bireylerin güvenliğinin temin edilmesi, yöntemlerin etkin ve uygun bir şekilde kullanılabilmesi için tespit uygulama rehberine ihtiyaç vardır. Bu rehberlerin hazırlanması ve etkin bir şekilde uygulanabilmesi için çalışanların profesyonel kontrol yöntemleri ile ilgili gerekli bilgiye sahip olmaları gerekir (Tekkaş ve Bilgin, 2010).

Fiziksel tespit kullanımına ilişkin standartlar JCAHO tarafından 1998 yılında oluşturulmuş ve bu standartlar 2009 yılında revize edilmiştir (<http://www.nursingworld.org>, Erişim Tarihi: 12 Nisan 2016). Bu standartlar temel alınarak birçok ülke kendi kurallarını oluşturmuştur. Bu kurallar ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir (McGuinness, 2011). Ülkemizde ise konu ile ilgili mevcut kanunlarımız yetersiz kalmaktadır. Örnek olarak, mahkeme kararı olmadan, hastanın kendi isteği dışında “*zorla*” yatırılması ve özgürlüğünün kısıtlanması kanunlarımız açısından suç olduğu halde uzun yıllardır uygulanmaktadır (<http://www.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 24 Haziran 2014).

Ülkemizde 1998 yılında uygulamaya giren hasta hakları yönetmeliği genel konuları içerdiği için psikiyatrik hasta hakları konusunda ayrı bir mevzuat bulunmamaktadır. Mevcut olan yönetmelikte “*Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir.*” denilmektedir. Ancak ülkemizde ruh sağlığı alanındaki genel uygulama hastanın zorla tedavi edilmesi gerektiğidir ve uygulama da bu yöndedir. (<http://www.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 24 Haziran 2014). Ayrıca, 2011 yılında Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan Hastane Hizmet Kalite Standartları Raporu'nda hasta güvenliğini sağlamak amacıyla, hastanelerde fiziksel tespite yönelik standartlar belirlenmiştir. Bu rapora göre; fiziksel kısıtlama kararı hekim

tarafından verilmeli ve tespit kararı 24 saatte bir gözden geçirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Sonuç olarak, bazı durumlarda hayat kurtarıcı olabilen tespit uygulamalarının uygulanması gereken durumlar ve kontrendikasyonlar dikkate alınarak, sadece zorunlu hallerde uygulanması için kısa ve uzun vadeli politikalar geliştirilmeli ve bütün personele tespite yönelik kapsamlı eğitim verilmelidir. Tespit sorununu çözebilmek için bütün psikiyatri merkezleri kendi mevcut durumunu belirlemeli, sonrasında ise yönetmeliğin gerekliliklerini göz önüne alarak tespit uygulamalarını azaltmak için önlemler almalıdır (Bilici ve ark., 2013).

2.12. Fiziksel Tespit Kullanımında Hemşirelik Yaklaşımları

Psikiyatri hemşireleri hastanın tespit edilmesine karar vermede ve tespit edilen hastanın bakımında büyük bir sorumluluk sahibidir. Şiddet riski taşıyan bir hastanın tespit edilmesine karar verildiğinde çalışanlar içinden bir lider seçilir. Bu lider kişi tespit işlemindeki basamakları yönlendirir ve diğer personelin sergileyeceği görevlerden sorumlu olur. Lider seçimi çok önemlidir ve çeşitli faktörlere dayanabilir. Bu faktörlerden biri hastanın daha iyi tanınmasıdır. Burada asıl amaç maksimum işbirliği ve minimum şiddettir. Lider seçildikten sonra yeterli sayıda personel toplanarak işbirliği halinde çalışılır. Bu çalışan desteği hastaya güven vermeli ve sakin kalmayı sağlamalıdır. Ayrıca, hastayı fiziksel ve sözel olarak korkutmaktan kaçınılmalıdır. Çünkü bu davranışlar hastanın şiddet eğilimini provoke edebilir. Liderin yanındaki personelin desteği ve çalışanların hastaya aynı anda yaklaşması yeterlidir. Daha ileri müdahalelere gerek duyulmaz. Çalışanlardan biri çevreyi ve diğer hastaları yönetmek için görevlendirilir. Bu kişi işlem süresince gergin olan diğer hastaları sakinleştirmeden sorumludur. Bunlara ek olarak, diğer hastalar hastanın odasının yanındaki alandan uzaklaştırılmalı ve yaralama riski olan fiziksel yapılar en aza indirilmelidir (Delaune, 2009).

Hastayı tespit etmeden önce ekiptekilerin gözlük, küpe, yüzük, kalem, saat, anahtar gibi ekip üyelerine ya da hastaya zarar verebilecek malzeme ve aksesuarları çıkarılır. Silah olarak kullanılabilecek nesnelere ortadan kaldırılır. Klinik ortamın güvenliği sağlandığı zaman ekip hastaya sakince yaklaşır (Schwecke, 2007; Delaune, 2009; McGuinness, 2011). Lider hastaya, açık ve kısa ifadelerle tespit amaç ve gerekçesini söyler. Örneğin, hastaya davranışlarını kontrol edemediği söylenir ve

yeniden davranış kontrolünü sağlayabilmesi için tespit edilmesinin gerekli olduğu anlatılır (Frisch ve Frisch, 2011). Diğer ekip üyeleri hastanın etrafında ve hastanın ekstremitelerine rahat ulaşabilecek bir yerde pozisyon alırlar. Daha sonra lider, hastaya ekip üyelerine tespit odasına kadar eşlik etmesini söyler. Bu noktada durumu daha zor bir hale getireceği için hasta ile tartışmaktan kaçınılmalıdır. Hastaya gösterilen davranışlar basit, açık ve minimum düzeyde tutulmalıdır (Delaune, 2009; Frisch ve Frisch, 2011).

Tespit sonrası hastaya yoğun hemşirelik bakımı uygulanır. Hasta doğrudan ya da kamera ile devamlı gözlenir (McGuinness, 2011; Schwecke, 2007). Bu gözlem 15-30 dakikada bir yapılmalı ve hastanın davranışları kontrol edilmelidir. Bu kontroller hastanın davranışlarını tanımlama, rutin bakım aktiviteleri, yemek öğünleri ve tuvalet ihtiyaçlarını içerir (Delaune, 2009; Brooke, 2013). Düzenli gözlemler yapılırken her defasında tespit işleminin sürdürülmesinin gerekli olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir (Tel ve Beyaztaş, 2002). Yapılan bütün gözlemler düzenli bir şekilde kaydedilir (Brooke, 2013). Yapılan gözlemler kapsamlı bir hemşirelik bakımının planlanmasına olanak sağlamalıdır. Kapsamlı olarak yapılan bakım hem hasta güvenliğini sağlamalı, hem de terapötik destek sunmalıdır (Sabancıoğulları ve ark., 2014). Tespit uygulanan hastanın hemşirelik bakımı aşağıda maddeler halinde verilen yaklaşımları içermelidir:

- Tespit edilmiş hastanın yanına diğer hastaların yaklaşmasına izin verilmemelidir. Hastanın ruhsal durumu, ilaçların yan etkilerine verdiği tepki, hidrasyon, beslenme, eliminasyon, yaşam bulguları ve kişisel bakımı gözlenir ve her 15-30 dakikada bir kaydedilir (Schwecke, 2007; McGuinness, 2011; Brooke, 2013).
- Tespit uygulanan hastanın uzun süre izlenmemesi yaralanma riskini artırmaktadır (Tel ve Beyaztaş, 2002). Herhangi bir durumda ya da tespit esnasında açılan yaralar önemlidir ve derhal kaydedilmelidir (Schwecke, 2007; McGuinness, 2011).
- İki saatte bir, iki personel tarafından kısıtlama kaldırılır ve hastaya aktivitelerini yerine getirmesi için 10 dakika izin verilir (Schwecke, 2007; Frisch ve Frisch, 2011; McGuinness, 2011)

- Ziyaretçiler, telefon aramaları ve radyo, dergi gibi malzemeler kısıtlanarak uyarıcılar azaltılır. Bu durumda hasta yalnızlık ve izolasyon duygusu hissedebilir. Yalnızlık ve izolasyon duygusunu ortadan kaldırmak için düzenli aralıklarla çalışan bağlantısı/teması sağlanmalıdır (Schwecke, 2007; McGuinness, 2011).
- Tespit edilen hastada pozisyon değişimi ve cilt bakımı çok önemlidir (Schwecke, 2007; McGuinness, 2011). Hastanın pozisyonu anatomik olarak uygun olmalı ve yatak yaralarının oluşumu engellenmelidir (Frisch ve Frisch, 2011).
- Tespit edilen hastaya bakım verilirken Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği'nin (NANDA: North American Nursing Diagnosis Association) belirlediği olası hemşirelik tanıları göz önünde bulundurulmalı ve bu tanılara yönelik bakım planı düzenlenmelidir. Bu tür hastalardaki olası hemşirelik tanıları arasında “*anksiyete, etkisiz başetme, öz bakım eksikliği, şiddet riski (kendine-başkalarına yönelik), doku bütünlüğünde bozulma riski, yaralanma riski, savunucu başetme*” sayılabilir (Carpenito-Moyet, 2005).

Hemşire hastaya bakım verirken kendi sözlü ve sözsüz iletişiminin farkında olmalıdır. Beden dili, ses, konuşma içeriği, hasta ile hemşire arasındaki mesafe, fiziksel temas ve göz teması öğelerini terapötik bir şekilde kullanmalıdır. Uzun süreli ve yoğun göz teması hastalar tarafından tehdit edici olarak algılanabilir. Empatik yaklaşım açısından hastaların kendini ifade etmesi ve anlaşıldığını hissetmesi sağlanmalıdır. Hasta ile iletişimde “*sıkıntılarınızı anlıyorum ve size yardımcı olmak istiyorum*” şeklinde ifadeler kullanılabilir. Hastaya cezalandırılacağına dair mesaj verme, tehdit etme, ani hareketler, bağırma ve dokunma gibi davranışlar hastayı daha da öfkeli edebilir (Ünal, 2011).

Sürekli yapılan gözlemlerle, her defasında tespit işleminin sürdürülmesinin gerekli olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir. Hastanın davranışları kontrol altına alındığında, artık kendisine ve başkasına karşı bir tehlike oluşturmadığında tespit kaldırılır. Tespitin kaldırılması kararı hastanın tespitite iken toplanan verilerin değerlendirilmesine bağlıdır. Hastanın davranışlarını kontrol edebilme yeteneği tespit süresince birçok defa gözlenir ve tespitin kaldırılmasında temel alınır (Tel ve Beyaztaş, 2002; Delaune, 2009; Frisch ve Frisch, 2011).

Sonuç olarak, hasta tespit edilmeden önce, tespit esnasında, hasta tespit altındayken ve tespit sonrası süreçlerde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşire tespit edilen hastayı sürekli gzlemeli ve hiçbir ayrıntıyı kaçırmadan düzenli bir Şekilde kayıt tutmaya zen göstermelidir. Özellikle tespit süresince oluşabilecek komplikasyonlara çok dikkat etmelidir.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Mayıs-Ekim 2015 tarihleri arasında Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Kurumuna (KHK) bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri’nde (RSHH) yapılmıştır. Ülkemizde yataklı ruh sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından verilmekte ve tüm yataklı ruh sağlığı hizmetlerinin yarısından fazlası sekiz RSHH bünyesinde toplanmaktadır. Bu hastanelerde ruh sağlığı hizmetleri bölge temelinde verilmektedir. Diğer illerde, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonları sağlanamayıp sevki zorunlu görülen hastalar sorumlu bölge hastanelerine sevk edilmektedir. RSHH’ler genellikle buldukları ilin hastalarına hizmet verseler de, sorumlu oldukları illerden ve bazen bölge dışından da hasta kabul etmektedirler (<http://www.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 24 Haziran 2014). Bu hastaneler; İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleridir. Bu hastanelerden İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi’nden araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurum izni verilmediği için araştırmanın kapsamı dışında kalmıştır (EK-1).

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye’de KHK’ya bağlı RSHH’lerin psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmada örnekleme yöntemine gidilmeyerek tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 16’sı raporlu-

izinli olmak üzere 60 hemşire, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 28'i raporlu-izinli olmak üzere 198 hemşire, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 13'ü raporlu-izinli olmak üzere 42 hemşire, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 5'i raporlu-izinli olmak üzere 75 hemşire, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 29'u raporlu-izinli olmak üzere 151 hemşire, Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 5'i raporlu-izinli olmak üzere 23 hemşire bulunmaktaydı. Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde hastane yönetiminin 31 hemşire dışında, anketlerin doldurulmasına izin vermediği için bu hastane için ulaşılabilecek sayı 31 olarak kabul edilmiştir. Yedi RSHH'de 96'sı raporlu-izinli olmak üzere 580 hemşire bulunmaktaydı. Raporlu-izinli olanlar dışlama kriteri olarak seçildiği için 484 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Mesleği ebe olanlar hemşirelik yapma yetkisine sahip olduğundan (<http://www.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2016), sağlık memuru olanlar da hemşire olarak kabul edildiğinden (<http://www.resmigazete.gov.tr>, Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2016) katılımcıların tamamı "hemşire" olarak anılmıştır. Bu bağlamda, 484 hemşirenin 304'ü araştırmaya katılmayı kabul ederek bilgi formu ve ölçeği doldürmüştür. Buna göre araştırmaya katılım oranı %62.8'dir. Geriye kalan hemşireler, kendi ifadelerine göre çalıştıkları kurumda birçok çalışma yapıldığı için anket doldürmaktan gelen bıkkınlık ve fiziksel tespite taraftar olma gibi nedenlerden dolayı bu çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir.

3.3.1. Katma kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etme
- Psikiyatri kliniğinde çalışma

3.3.2. Dışlama kriteri

- Verilerin toplandığı dönemde raporlu-izinli olma

3.4. Ön uygulama

Veriler toplanmaya başlamadan önce, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan sekiz hemşire ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası bilgi formu ile ilgili herhangi bir düzeltme yapılmamıştır. Bilgi formu ve ölçeklerin ortalama yanıtlanma süresi 15-20 dakika olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Bu çalışmanın verileri, KHK'ya bağlı RSHH'nin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerden elde edilmiştir. KHK'dan izin alındıktan sonra, araştırmacı hemşirelerin çalıştığı hastanelere giderek yöneticiler ile iletişime geçtikten sonra hemşirelere ulaşmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hemşirelerle yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, hemşirelerin demografik özelliklerini içeren "*Bilgi Formu*" ve "*Hemşirelerin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği*" ile toplanmıştır.

3.6.1. Hemşirelere Ait Bilgi Formu

Bilgi formu literatüre dayalı olarak (Hakverdioğlu ve ark., 2006; Kaya ve ark., 2008; Çelik ve ark., 2012; Karagözoğlu ve Özden, 2013) hazırlanmış olup, hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mezuniyet sonrası alınan eğitim, hizmet yılı, çalışma şekli, her bir iş gününde bakım verdikleri hasta sayısı, klinik çalışma modeli, fiziksel tespit yerine kullanılan alternatif yöntemler, daha önce fiziksel tespit uygulama durumu ve gözlemlenen komplikasyonları içeren 12 adet sorudan oluşmaktadır (EK-2).

3.6.2. Hemşirelerin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi Düzeyi,

Tutum ve Uygulamaları Ölçeği

Janelli ve arkadaşları (Janelli ve ark., 1994) tarafından oluşturulan, Suen (1999) tarafından geliştirilen, Kaya ve arkadaşları (Kaya ve ark., 2008) tarafından toplumumuza uyarlanan "*Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği*" üç bölümden oluşmaktadır (EK-3). Hemşirelerin fiziksel tespit ile ilgili bilgi düzeyini ölçen birinci bölüm, 10 doğru ve bir yanlış önerme olmak üzere 11 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde doğru cevap 1, yanlış cevap ise 0 olarak değerlendirilir. Bu bölümün puan sınırları 0-11 arasındadır. Yüksek puan "*bilgi düzeyinin yüksek olduğunu*" gösterir. İkinci bölüm, hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin tutumlarını ölçmekte ve 12 maddeden oluşmaktadır. Bu bölüm 4 aşamalı likert tipi bir ölçektir; "*kesinlikle katılıyorum*" 4 puan, "*katılıyorum*" 3 puan, "*katılmıyorum*" 2 puan, "*kesinlikle katılmıyorum*" 1 puan olarak değerlendirilir. İkinci bölümün sınırları 12-48 puan arasındadır. Burada

yüksek puan “*olumlu tutum*”u, düşük puan ise “*olumsuz tutum*”u göstermektedir. Üçüncü bölüm; hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına yönelik uygulamalarını değerlendiren 14 maddeden oluşmaktadır. Bu bölümdeki 10. madde olumsuz bir maddedir ve ters çevrilerek değerlendirilir. Bölümün puan sınırları 14-42 arasında olup yüksek puan fiziksel tespit edici kullanımı ile ilgili uygulamanın “*mükemmel*” olduğunu gösterirken, düşük puan “*uygun olmayan uygulama*”ya işaret eder (Janelli ve ark., 1994; Suen, 1999; Kaya ve ark., 2008).

Suen (1999) tarafından geliştirilen orijinal ölçeğin test-tekrar test toplam korelasyon katsayısının 0.85-0.99 arasında olduğu saptanmış olup, internet ortamında yapılan yazışmalardan (**EK-4**) elde edilen bilgiye göre, Kaya ve arkadaşları (2008) tarafından Türk toplumuna uyarlanan ölçeğin test-tekrar test değerinin 0.88-0.90 ve ölçeğin tümüne göre Cronbach's Alpha değeri ise 0.69'dur. Bu çalışmanın Cronbach's Alpha değeri ise 0.67 olarak bulunmuştur.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Fiziksel tespit uygulamaları, hemşirelerin bilgi düzeyi, tutum ve uygulamaları

Bağımsız değişkenler: Hemşirelerin bireysel özellikleri, çalışma özellikleri ve fiziksel tespit deneyimleridir (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mezuniyet sonrası aldığı eğitim, hizmet yılı, çalışma şekli, ortalama bakılan hasta sayısı, klinik çalışma modeli, fiziksel tespit ile ilgili eğitim alma durumu, fiziksel tespit kullanma durumu, kullanılan etkin alternatif yöntemler ve fiziksel tespit komplikasyonları).

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (**EK-5**) ve araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izinler (**EK-6**) alınmıştır. Ölçeğin kullanımı ile ilgili gerekli izin de alınmıştır. İnternet ortamında yapılan yazışmalar **EK-4**'te verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek yazılı aydınlatılmış onam (**EK-7**) alınmıştır.

3.9. Verilerin Analizi

Verilerin analizi lisanslı SSPS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıkların analizinde Tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare bağımsızlık testi; bilgi, tutum ve uygulama ölçeğinden elde edilen puan ortalamalarının analizinde Kolmogorov-Smirnov normallik testi yapılmıştır. Hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulama puan ortalamaları normal dağılım göstermediği için Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal-Wallis testinde anlamlı çıkan gruplar, ikişerli gruplar halinde Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan testlerde istatistiksel anlamlılık sınırı için alfa düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Güçlü Yönü ve Sınırlılıkları

Bu araştırmanın güçlü yönü Türkiye'nin yedi farklı ilinde bulunan RSHH'ni kapsamı ve araştırmaya katılan 304 hemşirenin psikiyatri kliniğinde çalışıyor olmasıdır. Araştırmanın sınırlılıkları ise, araştırmanın yapılması planlanan hastanelerden birinin gerekli kurum iznini vermemesi ve araştırmanın yapıldığı hastanelerdeki hemşirelerin bir kısmının araştırmaya katılmak istememesidir.

4. BULGULAR

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları iki başlık altında sunulmuştur.

Bu bağlamda birinci başlık altında “*hemşirelerin özellikleri*” ile ilgili bulgular, ikinci başlık altında ise “*hemşirelerin fiziksel tespitlere ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve uygulamaları ölçeği*”ne ait bulgular yer almaktadır. hemşirelere ait özellikler üç alt grupta verilmiştir. Bu gruplar; “*hemşirelere ait bireysel özellikler, çalışma özellikleri ve fiziksel tespit deneyimleri*”dir. Ölçekten hemşireler ile ilgili elde edilen bulgular da üç grup altında sunulmuştur. Bu gruplar; “*hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi düzeyleri, tutumları ve uygulamaları*”dır.

4.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri

Çalışmaya katılanların yaş ortalamasının 34.73 ± 7.48 , %70.1’inin kadın, %74.3’ünün evli, %54.9’unun lisans mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri

Bireysel Özellikler	Sayı	%
Yaş		
20-35	161	53.0
36 ve üstü	135	44.4
Yanıtızsız	8	2.6
Cinsiyet		
Kadın	213	70.1
Erkek	91	29.9
Medeni Durum		
Bekar	78	25.7
Evli	226	74.3
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	28	9.2
Ön lisans	91	29.9
Lisans	167	54.9
Lisansüstü	17	5.6
Yanıtızsız	1	0.3
TOPLAM	304	100.0

4.2. Hemşirelerin Çalışma Özellikleri

Hemşirelerin %78'inin vardiyalı olarak çalıştığı, %27.6'sının her bir çalışma gününde 31-40 arası hastaya baktığı, %82.2'sinin hasta merkezli çalıştığı bulunmuştur. Hemşireler deneyim açısından incelendiğinde, %46.4'ünün 1-5 yılları arasında psikiyatri kliniklerinde çalışma deneyimi olduğu, %32.9'unun diğer kliniklerde çalışma deneyimi olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Çalışma Özellikleri

Çalışma Özellikleri (N=304)	Sayı	%
Çalışma Şekli		
Vardiya	237	78.0
Düzenli Gündüz	64	21.0
Yanıtsız	3	1.0
Günlük Bakılan Hasta Sayısı		
1-10	28	9.2
11-20	50	16.4
21-30	61	20.1
31-40	84	27.6
41 ve üstü	69	22.7
Yanıtsız	12	3.9
Çalışma Modeli		
Hasta Merkezli	250	82.2
İş Merkezli	40	13.2
Hasta + İş Merkezli	11	3.6
Yanıtsız	3	1.0
Psikiyatri Kliniğinde Çalışma Deneyimi		
1 yıldan az	19	6.3
1-5 yıl	141	46.4
6-9 yıl	88	28.9
10 yıl ve üstü	56	18.4
Diğer Kliniklerde Çalışma Deneyimi		
1 yıldan az	4	1.3
1-5 yıl	91	29.9
6-9 yıl	33	10.9
10 yıl ve üstü	76	25.0
Çalışmayan	100	32.9
TOPLAM	304	100.0

4.3. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Deneyimleri

Hemşirelerin %53'ünün mezun olduktan sonra fiziksel tespit ile ilgili eğitim aldığı bulunmuştur. Fiziksel tespit ile ilgili herhangi bir eğitim alanların %93.5'i hizmet içi eğitim aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin %81.3'ünün en az bir kere fiziksel tespit

uyguladığı ve %65.8'inin fiziksel tespit kullanmadan önce fiziksel tespite yönelik herhangi bir etkin alternatif yöntem kullanmadığı bulunmuştur (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Deneyimleri

Fiziksel Tespit Deneyimleri (N=304)	n	%
Fiziksel Tespit ile İlgili Eğitim Alma		
Evet	161	53.0
Hayır	142	46.7
Yanıtsız	1	0.3
Fiziksel Tespit ile İlgili Alınan Eğitim Konusu* (n=124)		
Hizmet içi Eğitim	116	93.5
Diğer (lisansüstü eğitim, seminer vb.)	8	6.5
Alternatif Yöntem Kullanma		
Evet	103	33.9
Hayır	200	65.8
Yanıtsız	1	0.3
Fiziksel Tespit Kullanma		
Evet	247	81.3
Hayır	56	18.4
Yanıtsız	1	0.3
Toplam	304	100.0

*Yüzdeler yanıt verenler üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.3.1 incelendiğinde hemşirelerin büyük bir kısmı (%65.8) fiziksel tespit kullanmadan önce herhangi bir alternatif yöntem kullanmadığını belirtmiştir. Tablo 4.3.2 incelendiğinde bir iş gününde bakılan hasta sayısı ($p=0.006$) ve fiziksel tespit ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumu ($p=0.011$) ile alternatif yöntem kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bir iş gününde 1-10 arası hasta bakanların (%53.6) daha çok etkin alternatif yöntem kullandıkları belirlenmiştir. Fiziksel tespit ile ilgili eğitim alanların (%40.6), eğitim almayanlara (%26.8) göre daha çok alternatif yöntem kullandıkları bulunmuştur.

Tablo 4.3.2. Hemşirelerin Özellikleri ile Alternatif Yöntem Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

Hemşirelerin Özellikleri	Alternatif Yöntem Kullanma Durumu				p
	Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	
Bakılan Hasta Sayısı					
1-10	15	53.6	13	46.4	0.006
11-20	24	48.0	26	52.0	
21-30	13	21.7	47	78.3	
31-40	28	33.3	56	66.7	
41 ve üstü	19	27.5	50	72.5	
Eğitim Alma Durumu					
Evet	65	40.6	95	59.4	0.011
Hayır	38	26.8	104	73.2	

Bilgi formunda hemşirelerin fiziksel tespit deneyimlerine yönelik iki adet açık uçlu soru sorulmuştur. Hemşirelerin 103'ü (%34), “*Fiziksel tespit yerine kullandığınız alternatif yöntemler var mı*” sorusuna “*evet*” yanıtını vermiştir (Tablo 4.3.1). Hemşirelerden “*evet*” yanıtını verenlerden kullandıkları alternatif yöntemleri belirtmeleri istenmiştir. Tablo 4.3.3'e göre hemşirelerden gelen cevap sayısı 145'tir. Gelen cevaplar incelendiğinde hemşirelerin fiziksel tespite yönelik etkin alternatif yöntemleri yeterince bilmedikleri ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.3.3. Hemşirelerin Kullandığı Alternatif Yöntemlerin Dağılımı

Alternatif Yöntemler (n=103)	Sayı	%
Kimyasal Tespit	46	31.7
Tecrit	43	29.6
İletişim kurarak sakinleştirme çalışma	42	29
Diğer*	14	9.7
Toplam**	145	100

***Diğer** (mekanik tespit:3, gözlem yapma:2, terapi uygulama:2, dikkatini çekebilecek faaliyetlere yönlendirme:2, servis değişikliği yapma:2, uyarma:2, ceza verme:1)

**Yanıtlar birden fazla olduğu için yüzdeler n üzerinden verilmiştir.

Hemşirelerden 247'si (%81.3) daha önce en az bir defa fiziksel tespit uyguladığını belirtmiştir (Tablo 4.3.1). Fiziksel tespit uygulayan 123 kişiden “*ne gibi komplikasyonlar gözlemlediniz*” sorusuna 207 yanıt gelmiştir (Tablo 4.3.4). Tablo 4.3.4'te hemşirelerin gözlemledikleri fiziksel tespit komplikasyonları verilmiştir. Gelen cevaplar dikkate alındığında ilk üç sırada “*dolaşım bozukluğu, kızarıklık ve ajitasyon-öfke*” yer almıştır. Komplikasyonların büyük çoğunluğunun fiziksel

komplifikasyonlar olduğu bulunmuştur. Psikolojik komplifikasyonların gelen yanıtlar arasındaki oranı sadece %14.6'tır. Hastayı sosyal olarak etkileyebilecek komplifikasyonları belirten hemşire olmamıştır (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.4. Hemşirelerin Gözlemledikleri Fiziksel Tespit Komplifikasyonları

Komplikasyonlar	Komplikasyon Türü	Sayı	%
Dolaşım Bozukluğu	Fiziksel	33	16
Kızarıklık	Fiziksel	31	15
Ajitasyon-öfke	Psikolojik	26	12.6
Morarma-Siyanoz	Fiziksel	19	9.2
Ödem-Şişlik	Fiziksel	19	9.2
Ekimoz	Fiziksel	10	4.8
Aspirasyon	Fiziksel	9	4.4
Deri Bütünlüğünün Bozulması	Fiziksel	9	4.4
Ağrı	Fiziksel	8	3.9
Solunum Sıkıntısı	Fiziksel	7	3.4
Tespiti Çözme	Fiziksel	7	3.4
İnkontinans	Fiziksel	6	3
Kırık-Çıkık	Fiziksel	5	2.4
Boğulma Riski	Fiziksel	3	1.5
Yorgunluk	Psikolojik	2	1
Yatağı Devirme	Fiziksel	2	1
Diğer*	Fiziksel	10	4.8
Toplam**		207	100

*Diğer (Solunum durması:1, Psikolojik sarsıntı:1, Özgüven kaybı:1, Tutulma:1, Alerji:1, Eksitasyon riski:1, Kusma:1, Susama:1, Ateş:1, Terleme:1, Ortostatik Hipotansiyon:1)

** Birden fazla cevap verilmiştir.

4.4. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyleri,

Tutum ve Uygulamaları

Bu bölümde hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği'nden aldıkları ortalama puanlar ile hemşirelerin bireysel özellikleri, çalışma özellikleri ve fiziksel tespit deneyimleri arasındaki ilişki Nonparametrik testler ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar; “hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi düzeyleri, tutumları ve uygulamaları”dır.

Tablo 4.4.1'e göre hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulama puan ortalamaları sırasıyla 7.75 ± 1.27 , 27.29 ± 4.12 ve 38.58 ± 2.61 'dir. Her bir bölümden alınabilecek puan aralıkları dikkate alındığında fiziksel tespit

kullanımına ilişkin bilgi düzeylerinin “iyi” olduğu, “olumsuz” tutum sergiledikleri ve uygulamalarının “mükemmel” olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4.1. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi,
Tutum ve Uygulama Puan Ortalamaları

Ölçek Bölümleri (n=304)	$\bar{X}\pm SS$	Ölçek Sınırları
Bilgi	7.75±1.27	0-11
Tutum	27.29±4.12	12-48
Uygulama	38.58±2.61	14-42

Tablo 4.4.2. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri, Çalışma Özellikleri ve Fiziksel Tespit Deneyimleri ile Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Karşılaştırılması

Hemşirelerin Özellikleri	Bilgi Puan Ortalaması $\bar{X}\pm SS$	Tutum Puan Ortalaması $\bar{X}\pm SS$	Uygulama Puan Ortalaması $\bar{X}\pm SS$
Yaş			
20-35yaş	7.70±1.30	27.78±4.26	38.41±2.73
36 yaş ve üzeri	7.81±1.25	26.81±3.81	38.74±2.49
	p*=0.429 Z=-0.8	p*= 0.044 Z=-2.0	p*=0.351 Z=-0.9
Cinsiyet			
Kadın	7.79±1.32	27.37±4.22	38.88±2.39
Erkek	7.65±1.14	27.09±3.88	37.87±2.96
	p*=0.233 Z=-1.2	p*=0.732 Z=-0.3	p*= 0.005 Z=-2.8
Medeni Durum			
Bekar	7.79±1.17	28.11±4.20	38.00±3.17
Evli	7.73±1.31	27.00±4.06	38.78±2.36
	p*=0.938 Z=-0.1	p*= 0.026 Z=-2.2	p*=0.077 Z=-1.7
Eğitim Durumu			
SML	7.60±1.54	27.64±4.90	38.39±3.38
Önlisans	7.78±1.25	26.74±4.4	38.96±2.1
Lisans	7.73±1.25	27.45±3.8	38.46±2.7
Lisansüstü	8.00±1.27	28.05±3.9	38.05±2.1
	p**=0.813 $\chi^2=0.9$	p**=0.411 $\chi^2=2.8$	p**=0.391 $\chi^2=3.0$
Hizmet Yılı Psikiyatri			
1 Yıldan Az	7.89±1.44	28.15±2.38	37.05±3.53
1-5	7.68±1.27	27.17±4.61	38.40±2.61
6-9	7.71±1.29	27.43±3.92	38.60±2.31
10 ve Üstü	7.94±1.21	27.07±3.57	39.51±2.44
	p**=0.472 $\chi^2=2.5$	p**=0.679 $\chi^2=1.5$	p**= 0.003 $\chi^2=13.8$

Hizmet Yılı Diğer Klinikler 1 Yıldan Az 1-5 6-9 10 ve Üstü	9.00±0.00	30.50±1.91	38.00±1.63
	7.79±1.21	27.17±4.73	38.60±2.66
	7.66±1.45	27.36±3.68	38.45±2.50
	7.59±1.32	26.69±3.70	38.64±2.63
	p**=0.109 x ² =6.0	p**=0.187 x ² =4.8	p**=0.794 x ² =1.0
Çalışma Şekli Vardiya Düzenli Gündüz	7.77±1.28	27.30±4.22	38.46±2.71
	7.68±1.27	27.29±3.57	39.04±2.21
	p*=0.814 Z= -0.2	p*=0.929 Z= -0.1	p*=0.127 Z= -1.5
Bakılan Hasta Sayısı 1-10 11-20 21-30 31-40 41 ve Üstü	8.21±0.91	26.92±4.30	39.32±3.23
	7.72±1.08	26.98±3.09	38.18±2.96
	7.83±1.21	26.95±5.07	38.93±2.13
	7.65±1.47	27.76±4.06	38.50±2.25
	7.50±1.32	27.10±3.90	38.27±2.86
	p**=0.134 x ² =7.0	p**=0.692 x ² =2.2	p**=0.113 x ² =7.5
Çalışma Modeli Hasta Merkezli İş Merkezli Hasta + İş Merkezli	7.80±1.30	27.34±4.22	38.58±2.66
	7.55±1.10	27.50±3.37	38.72±2.45
	7.45±1.21	25.72±4.14	38.27±2.32
	p**=0.343 x ² =2.1	p**=0.430 x ² =1.7	p**=0.801 x ² =0.4
Eğitim Alma Durumu Evet Hayır	7.81±1.22	27.50±4.48	38.59±2.45
	7.66±1.33	27.02±3.67	38.43±2.77
	p*=0.270 Z= -1.1	p*=0.210 Z= -1.2	p*=0.431 Z= -0.8
Alınan Eğitim Konusu Hizmet içi Eğitim Diğer	7.79±1.21	27.41±4.48	38.87±2.41
	7.50±1.41	27.37±5.9	38.25±2.18
	p*=0.584 Z= -0.5	p*=0.807 Z= -0.2	p*=0.402 Z= -0.8
Tespit Kullanma Durumu Evet Hayır	7.67±1.25	27.07±3.98	38.58±2.45
	8.08±1.35	28.28±4.59	38.51±3.23
	p**=0.031 Z= -2.1	p**=0.034 Z= -2.1	p**=0.506 Z= -0.7
Alternatif Kullanma Yöntem Evet Hayır	7.80±1.16	27.80±4.29	38.78±2.55
	7.72±1.33	27.06±3.99	38.48±2.65
	p*=0.617 Z= -0.5	p*=0.122 Z= -1.5	p*=0.284 Z= -1.0

*Man-Whitney U Testi

**Kruskal-Wallis Test

4.4.1. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi

Tablo 4.4.1'e göre hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi puan ortalaması 7.75 ± 1.27 'dir. Bu bölümden alınabilecek puan 0-11 arasındadır. Bu değerler dikkate alındığında hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi düzeylerinin iyi olduğu görülmektedir. Hemşirelerin *“eğitim durumu, mezun olduktan sonra fiziksel tespit ile ilgili eğitim alma durumu, alınan eğitim konusu, psikiyatri kliniğinde çalışma deneyimi, diğer kliniklerde çalışma deneyimi, çalışma şekli, bakılan hasta sayısı ve çalışma modeli”* ile bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, *“tespit kullanma durumu ile bilgi puan ortalaması”* arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Fiziksel tespit uygulamayanların ($p=0.031$) bilgi puan ortalaması uygulayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.4.1.1'e göre hemşirelerin bilgi düzeyine ilişkin bilgi ölçeğindeki maddelere verdikleri yanıtlar incelendiğinde, hastanın tespit ediciye itiraz etme hakkının olması ve hastanın durumuna uygun tespit edici seçilmesi (%42.1) ve hastanın ailesinden bilgilendirilmiş onam alma (%18.1) konularına özen göstermedikleri bulunmuştur. Doğru yanıtlar incelendiğinde hemşirelerin fiziksel tespit uygulamaya ve kayıt tutmaya özen gösterdikleri saptanmıştır. Ayrıca, fiziksel tespit risk faktörleri ile ilgili maddeler (7,9,11) incelendiğinde *“boğulma tehlikesi olabileceği için hastanın hiçbir zaman yüz üstü tespit edilmemesi gerekir”* maddesine hemşirelerin tamamına yakın bir kısmı (%96.7) *“katılıyorum”* yanıtını vermiştir.

Tablo 4.4.1.1. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımları

BİLGİ MADDELERİ (N=304)	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)
1-Tespit ediciler yaralanmayı önleyecek şekilde hazırlanmış araçlardır.	280 (92.1)	24 (7.9)
2- Tespit ediciler, hasta yakından gözlemlenemediği zaman profesyonel kişiler tarafından uygulanır.	149 (81.9)	55 (18.1)
3- Hastanın tespit ediciye itiraz etme hakkı vardır. Hastanın durumuna uygun tespit edici belirlenmelidir.	128 (42.1)	176 (57.9)
4-Hastaya tespit edici uygulanacağı zaman bir aile üyesinden bilgilendirilmiş onam alınmalıdır.	55 (18.1)	249 (81.9)
5-Tespit edici 2 saatte bir gevşetilmelidir.	178 (91.4)	26 (8.6)
6- Deri ile tespit edici arasında boşluk kalmayacağı için rahat bir şekilde uygulanmalı, hemşirelik notuna türü, saati ve kullanma nedeni kaydedilmelidir.	288 (94.7)	16 (5.3)
7-Hastaya tespit edici uygulanacağı zaman deri bütünlüğünde bozulma riski artar.	172 (56.6)	132 (43.4)
8-Tespit edici yatak çarşafı ya da raylarına değil, yatak kenarlarına tutturulmalıdır.	297 (97.7)	7 (2.3)
9-Boğulma tehlikesi olabileceği için hastanın hiçbir zaman yüz üstü tespit edilmemesi gerekir.	294 (96.7)	10 (3.3)
10-Her açıdan çok iyi diyebileceğimiz bir tespit edici yoktur.	210 (69.1)	94 (30.9)
11-Ceket tipi tespit ediciler hastanın ölümüne neden olabilir.	222 (77.4)	65 (22.6)

4.4.2. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına Yönelik Tutumları

Tablo 4.4.1'e göre hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına yönelik tutum puan ortalaması 27.29 ± 4.12 'dir. Bu bölümden alınabilecek puan 12-48 arasındadır. Bu değerler dikkate alındığında, hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına yönelik tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir. Tablo 4.4.2'ye göre "eğitim durumu, mezun olduktan sonra fiziksel tespit ile ilgili eğitim alma durumu, alınan eğitim konusu, psikiyatri kliniğinde çalışma deneyimi, diğer kliniklerde çalışma deneyimi, çalışma şekli, bakılan hasta sayısı ve çalışma modeli" ile tutum puan ortalamaları arasında Nonparametrik testler kullanılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). "Yaş, medeni durum ve tespit kullanma durumu" ile tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Yaşları 20-35 arası olanlar (p=0.044), bekar olanlar (p=0.026) ve fiziksel tespit uygulamayanların (p=0.034) tutum puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.2).

Hemşirelerin fiziksel tespite yönelik tutum ölçeğindeki maddeler incelenerek *“kesinlikle katılmıyorum”* ve *“katılmıyorum”* yanıtları dikkate alındığında, hemşirelerin fiziksel tespite yönelik tutumlarının olumsuz olduğu bulunmuştur. Hemşireler *“tespit kullanımına aile üyelerinin karşı çıkma hakkının olması ve hasta olsam tespit kullanımını kabul etme ya da reddetme hakkının olmasını isteme”* konularında %54.9 oranında *“katılmıyorum”* yanıtını vermiştir (Tablo 4.4.2.1).

Tutum ölçeğindeki üç, beş, altı ve yedinci maddeler hemşirelerin duygularıyla, sekiz, 11 ve 12. maddeler de fiziksel tespitin komplikasyonlarıyla ilgilidir. Hastayı tespit edince *“kendini suçlu hissetme, tespit edilen hastanın sinirlenmesi ve oryantasyonunun bozulması durumunda kendini kötü hissetme”* konularında olumsuz tutumları sırasıyla %92.1, %74.4 ve %64.8 oranında olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin duygularıyla ilgili maddeler içinde *“aile üyelerinden biri tespit edilen hastanın odasına girdiğinde kendini suçlu hissetme”* (madde beş) maddesine ilişkin tutumlarının diğer maddelere göre biraz daha olumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.2.1).

Fiziksel tespitin komplikasyonlarıyla ilgili maddelere bakıldığında, hemşirelerin *“tespit edilen hastanın boğulma riskinin artması ya da özgüveninde azalma olması”* konularında olumsuz tutum sergiledikleri bulunmuştur. Hastaların tespit edicilerle düşme oranının azalması konusunda ise %84.9 oranında olumlu tutum sergiledikleri bulunmuştur (Tablo 4.4.2.1).

Hemşirelerin tutum ölçeğinin dokuzuncu maddesinde *“Tespit edicileri yasal önlemleri alarak uygulamak benim için ve kurumum için önemlidir”* maddesine verdikleri *“kesinlikle katılıyorum”* ve *“katılıyorum”* yanıt oranı %92.8’dir. Buna göre hemşirelerin tespit edici uygularken, kendileri ve çalıştıkları kurum için yasal önlemleri alma konusuna özen gösterdikleri bulunmuştur (Tablo 4.4.2.1).

Tablo 4.4.2.1. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına Yönelik Tutum Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımları

TUTUM (N=304)	MADDELERİ	Kesinlikle Katılıyorum n (%)	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Kesinlikle Katılmıyorum n (%)
1-Tespit edici uygulanmasına, aile üyelerinin karşı çıkma hakkı olduğunu düşünüyorum.		9 (3)	59 (19.4)	167 (54.9)	69 (22.7)
2-Eğer ben hasta olsaydım tespit edici kullanılacağı zaman, bunu kabul etme ya da reddetme hakkım olmasını isterdim.		24 (7.9)	80 (26.3)	167 (54.9)	33 (10.9)
3-Hastaya tespit edici uygularsam kendimi suçlu hissederim.		5 (1.6)	19 (6.3)	193 (63.5)	87 (28.6)
4-Kurumumuzda tespit edici kullanımının asıl nedeni hemşire sayısının yetersiz olmasıdır.		3 (1)	15 (4.9)	147 (48.4)	139 (45.7)
5-Tespit edici uygulanmış bir hastanın odasına aile üyelerinden biri girdiği zaman kendimi kötü hissederim.		48 (15.8)	120 (39.5)	91 (29.9)	45 (14.8)
6-Hasta tespit edildikten sonra daha kötü/sinirli olduğunda kendimi kötü hissederim.		7 (2.3)	71 (23.4)	178 (58.6)	48 (15.8)
7- Tespit edici uygulandıktan sonra hastanın oryantasyonunda bozulma olduğunda kendimi kötü hissederim.		3 (1)	104 (34.2)	154 (50.7)	43 (14.1)
8-Tespit edici uygulanan hastanın özgüveninde azalma olur.		4 (1.3)	61 (20.1)	188 (61.8)	51 (16.8)
9-Tespit edicileri yasal önlemleri olarak uygulamak benim için ve kurumum için önemlidir.		130 (42.8)	152 (50)	10 (3.3)	12 (3.9)
10-Tespit edici uygulamasının hemşirelik bakımının süresini azalttığını düşünüyorum.		8 (2.6)	50 (16.4)	199 (65.5)	47 (15.5)
11- Tespit edicilerin hastanın boğulma tehlikesini arttırdığını düşünüyorum.		4 (1.3)	74 (24.3)	184 (60.5)	42 (13.8)
12-Tespit edicilerle hastaların düşme oranının azaldığını düşünüyorum.		76 (25)	182 (59.9)	34 (11.2)	12 (3.9)

4.4.3. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Uygulamaları

Hemşirelerin fiziksel tespit uygulama puan ortalaması 38.58 ± 2.61 'dir. Bu bölümden alınabilecek puan 14-42 arasındadır (Tablo 4.4.1). Bu değerler dikkate alındığında fiziksel tespit uygulamalarının mükemmele yakın olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin *“eğitim durumu, mezun olduktan sonra fiziksel tespit ile ilgili eğitim alma durumu, alınan eğitim konusu, diğer kliniklerde çalışma deneyimi, çalışma şekli, bakılan hasta sayısı ve çalışma modeli ile uygulama puan ortalamaları”* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. *“cinsiyet ve psikiyatri kliniğinde çalışma deneyimi”* ile uygulama puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda kadınların ($p=0.005$) uygulama puan ortalamalarının erkeklerden daha iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca psikiyatri kliniklerinde 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olanların ($p=0.03$) uygulama puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.2).

Hemşirelerin uygulama ölçeğindeki maddelere verdikleri yanıtlar dikkate alındığında, *“fiziksel tespiti hekim direktifi ile uygulama, tespit edilen hastanın çağrılarına en kısa zamanda cevap verme, tespit edicinin doğru pozisyonda olup olmadığını kontrol etme, tespit edilen hastanın cildini sürtünme ve tahriş yönünden kontrol etme”* konularına özen gösterdikleri bulunmuştur. Ayrıca, *“tespit edicinin kendi kendine açılıp açılmadığını kontrol etme, tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saati ve hemşirelik girişimlerini değerlendirme ve kaydetme”* konularına da oldukça dikkat ettikleri belirlenmiştir. Özellikle *“tespitteki hastanın çağrılarına cevap verme, sık aralıklarla kontrol etme ve tespite yönelik tutulan kayıtlarla”* ilgili yöneltilen sorulara *“hiçbir zaman”* yanıtını veren hemşire olmamıştır (Tablo 4.4.3.1).

Hemşirelerin tespit uygulamadan önce *“hastanın düşmesini önlemeye yönelik farklı hemşirelik girişimleri uygulama, tespitinin nedenini aile üyelerine açıklama ve hastanın hareketlerini kontrol altına almanın değişik yollarını bulmaya çalışma (alternatif yöntemler)”* konularına gereken önemi göstermedikleri saptanmıştır. Ayrıca, hemşirelerin %36.9'unun çalışma arkadaşlarının sayısı azaldığında daha fazla hastaya tespit uyguladıkları bulunmuştur. Hastanın tespit edilmesine gerek kalmadığında *“bunu hekime bildirme, hastaya tespitinin nedenini ve ne zaman*

çıkarılacağına dair bilgi verme” (madde 3, 8 ve 9) konularına ise biraz daha dikkat ettikleri bulunmuştur (Tablo 4.4.3.1).

Tablo 4.4.3.1. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Uygulama Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımları

UYGULAMA MADDELERİ (N=304)	Her Zaman n (%)	Bazen n (%)	Hiçbir Zaman n (%)
1-Hastaya tespit edici uygulamadan önce hastanın düşmesini önlemeye yönelik farklı hemşirelik girişimlerini denerim.	193 (63.5)	105 (34.5)	6 (2)
2- Tespit ediciyi sadece hekim direktifi ile uygulayım.	260 (85.5)	40 (13.2)	4 (1.3)
3-Hastanın tespit edilmesine gereksinimi olmadığını düşündüğüm zaman bu fikrimi hekime bildiririm.	213 (70.1)	82 (27)	9 (3)
4-Hastaya tespit edici uygulandıysa, çağrularına en kısa zamanda cevap veririm.	270 (88.8)	34 (11.2)	0(0)
5-Tespit ediciyi, her iki saatte bir doğru pozisyonda olup olmadığını belirlemek amacı ile kontrol ederim.	290 (95.4)	9 (3)	5 (1.6)
6-Tespit edici uygulanan hastanın cildini sürtünme ya da tahriş açısından kontrol ederim.	286 (94.1)	17 (5.6)	1 (0.3)
7-Hastanın niçin tespit edildiğini aile üyelerine anlatırım.	159 (52.3)	116 (38.2)	29 (9.5)
8-Niçin tespit edici kullanıldığını hastaya anlatırım.	224 (73.3)	77 (25.3)	3 (1)
9- Tespit edicinin ne zaman çıkarılacağını hastaya açıklarım.	238 (78.3)	63 (20.7)	3 (1)
10-Çalışma arkadaşlarımla sayıları azaldıkça, tespit edici uygulanmış hasta sayısı artar.	19 (6.3)	93 (30.6)	192 (63.2)
11-Kurumumuzda hastaya tespit edici uygulanmasından çok, hastanın hareketlerini kontrol altına almanın değişik yollarını bulmaya çalışırız.	148 (48.7)	149 (49)	7 (2.3)
12- Tespit edicinin kendi kendine açılıp açılmadığını belirlemek amacı ile sık sık kontrol ederim.	255 (83.9)	49 (16.1)	0 (0)
13- Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve hemşirelik girişimlerini kaydederim.	197 (97.7)	7 (2.3)	0 (0)
14- Tespit edici uygulandığı zaman etkilerini sık sık kontrol eder, değerlendirir ve kaydederim.	278 (91.4)	26 (8.6)	0 (0)

5. TARTIŞMA

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmaya toplam 304 hemşire katılmıştır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 34.73 ± 7.48 olup, %70.1'inin kadın, %74.3'ünün evli, %54.9'unun lisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Araştırmada ulaşılan sonuçlar aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

1. Fiziksel tespite alternatif yöntemler
2. Fiziksel tespit komplikasyonları
3. Hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin bilgi düzeyi
4. Hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin tutumları
5. Hemşirelerin fiziksel tespit uygulamaları

5.1. Fiziksel Tespite Alternatif Yöntemler

Fiziksel tespit uygulamaları, psikiyatri hemşireliği klinik uygulama standartları kapsamında yer alan tedavi edici ortam (çevre) oluşturma sorumluluğu ile doğrudan ilişkili bir uygulamadır. (Kum, 2000; ANA, 2007;Çam, 2014). Fiziksel tespit uygulamaları, hastalara fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak zarar verme ve otonomi hakkını elinden alma riskine sahiptir (<http://www.apna.org>, Erişim Tarihi: 9 Şubat 2016; Moghadam ve ark., 2014). Bu nedenle fiziksel tespit kullanılmadan önce daha az kısıtlayıcı olan alternatif yöntemler kullanılmalıdır (<http://www.apna.org>, Erişim Tarihi: 9 Şubat 2016). Bu araştırmada, hemşirelerin sadece %33.9'u fiziksel tespite alternatif yöntem kullandığını belirtmiştir. Karagözoğlu ve Özden'in (2013) dahili, cerrahi klinikleri ve yoğun bakım ünitelerinde yaptığı çalışmada bu oran %50.6 iken, Eşer ve arkadaşlarının (2007) yoğun bakım ünitelerinde yaptığı çalışmada bu oran %74.8'dir. Bu araştırmaların sonuçlarının bizim çalışmamız ile farklılık göstermesinin sebebi, çalışmaların psikiyatri dışı kliniklerde yapılmış olması olabilir. Ayrıca, hemşirelerin fiziksel tespite alternatif olabilecek etkili yöntemleri kullanmaması, hemşirelik uygulamalarını yönlendiren etik ilkeler açısından düşünüldüğünde, hemşirenin zarar vermeme-yararlılık ilkesini (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr>, Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2016) dikkate almadığının da göstergesi olarak kabul edilebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin fiziksel tespite alternatif olarak kullandıklarını ifade ettikleri yöntemlerin, %70 oranında fiziksel tespitin alternatifi olmadığı belirlenmiştir. Bu durum hemşirelerin fiziksel tespit konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarının göstergesi olması açısından önemlidir. Özellikle hemşirelerin kimyasal tespit (%31.72) uygulamalarını fiziksel tespitin alternatifi olduğunu düşünmesi ve sık olarak bu yönteme başvurması dikkat çekicidir. Literatürdeki çalışmalarda bu bulguyu destekler niteliktedir (Hakverdioğlu ve ark., 2006; Eşer ve ark., 2007; Karagözoğlu ve Özden, 2013). Kimyasal tespit, hiçbir koşulda kabul edilemez bir tespit olmakla birlikte, fiziksel tespitin alternatifi değil, hastanın davranışlarını kontrol altına almak ya da hastanın özgürlüğünü kısıtlamak için ilaçların kullanıldığı başka bir tespit türüdür (Hamolia, 2005; National Mental Health Consumer & Carer Forum-NMHCCF, 2009). Hemşirelerin, kimyasal tespitin fiziksel tespitin alternatifi olmadığı farkında olmaması ve hekim istemi ile dahi olsa, alternatif yöntem olarak kimyasal tespit kullanması hastalar açısından çok tehlikeli bir durum ortaya çıkarabilir. Çünkü kimyasal tespit, insan haklarının en temel dayanağı olan otonomi hakkını (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr>, Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2016) elinden almakla birlikte, hastanın düşme riski gibi komplikasyonlar açısından da kötü bir tablo olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmaya katılan her üç hemşireden ikisi fiziksel tespit kullanmadan önce herhangi bir alternatif yönteme başvurmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin bireysel özellikleri, çalışma özellikleri ve fiziksel tespit deneyimleri arasında sadece fiziksel tespit ile ilgili eğitim alma ve bakılan hasta sayısı ile alternatif yöntem kullanma arasında anlamlı fark bulunmuştur. Günlük ortalama bakılan hasta sayısının 1-10 arasında olması durumunda daha çok alternatif yöntem kullanması ve genel olarak bakılan hasta sayısı arttıkça kullanılan alternatif yöntem oranının azalması hemşirelerin iş yükü ve hemşire başına düşen hasta sayısı ile açıklanabilir. Hemşirelerin fiziksel tespit ile ilgili eğitim alma durumu ayrıntılı olarak incelendiğinde, eğitim alanların daha çok alternatif yöntem kullanması hemşirelere verilecek eğitimlerin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, fiziksel tespit uygulanmasında aktif olarak görev alan hemşirelerin bilgi ve becerilerinin güncellenmesinin önemli bir kurumsal gereksinim olduğu anlaşılmaktadır. Sonuç olarak, bu araştırmaya katılan hemşirelerin fiziksel tespit kullanımını normalleştirmeye eğilimli olduklarının düşünülebileceği ve hastanın otonomisini daha az etkileyebilecek hasta ile terapötik

iletişim ve gözlem gibi alternatif yöntemler konusunda bilgiye gereksinimleri olduğunu söylemek mümkündür.

5.2. Fiziksel Tespit Komplikasyonları

Çalışmamızın ilginç bir bulgusu da hemşirelerin fiziksel tespit komplikasyonlarını bilme oranının oldukça düşük olmasıdır. Fiziksel tespit kullanımı hasta yararına bir uygulama olmasına rağmen, kullanımına bağlı olarak hastada fiziksel, psikolojik ve hastanın sosyal yaşamını etkileyen komplikasyonlar görülebilir (Hamers ve Huizing, 2005). Fiziksel tespit; kan dolaşımının engellenmesi, doku bütünlüğünde bozulma, kas ve kemik güçsüzlüğü, kırık, inkontinans, aspirasyon, solunum güçlüğü, basınç yaraları (Potter ve Perry, 2001; Hamers ve Huizing, 2005; Taylor ve ark., 20011), konstipasyon, sinir zedelenmeleri, öz-güven kaybı, aşağılanma duygusu, korku ve öfke (Potter ve Perry, 2001; Hamers ve Huizing, 2005), depresyon, agresyon ve sosyal fonksiyonlarda bozulma (Hamers ve Huizing, 2005) gibi çok sayıda ciddi komplikasyonları bulunmaktadır. Fiziksel tespit primer uygulayıcısı olan hemşirelerin (Hakverdioğlu ve ark., 2006), fiziksel tespit hasta üzerindeki etkilerini bilmesi ve hastayı buna yönelik olarak takip etmesi gerekmektedir. Fiziksel tespit çok sayıda komplikasyonu olmasına rağmen, araştırmaya katılan hemşirelerin belirttiği komplikasyon sayısı en fazla dördüttür. Bununla birlikte 124 (%50) hemşire daha önce fiziksel tespit uygulamasına rağmen hiçbir komplikasyon belirtmemesi, fiziksel tespit hakkındaki bilgi açığının göstergesi olması açısından dikkat çekicidir. Konu ile ilgili benzer çalışmalar bu bulgumuzu destekler niteliktedir (Hakverdioğlu ve ark., 2006; Karagözoğlu ve Özden, 2013). Bu konu psikiyatri hemşireliği uygulamaları arasında yer alan “*terapötik ortam oluşturma*” sorumluluğu açısından ele alındığında; hemşirelerin bu rolü yerine getirme konusuna yeterince dikkat etmediklerini düşündürmektedir. İlgili kaynaklarda (Videbeck, 2011b; Catherina, 2015), psikiyatri hemşiresinin “*hasta için güvenli ve terapötik bir çevre oluşturmaya ve devamını sağlaması gerektiği*” belirtilmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin hem fiziksel tespit hem de fiziksel tespit komplikasyonları ile ilgili bilgi eksikliğinin olması, onların tespit altındaki hasta için terapötik bir ortam sağlaması ve sürdürmesinin mümkün olmadığını düşündürmektedir.

Hemşirelerin fiziksel tespit komplikasyonu olarak ifade ettikleri durumlar incelendiğinde, bunların çoğunlukla fiziksel komplikasyonlar olduğu görülmektedir.

Oysa, fiziksel tespit uygulanan hastada fiziksel olduğu kadar hem psikolojik hem de hastanın sosyal yaşamını etkileyen komplikasyonlar da görülmektedir (Hamers ve Huizing, 2005). Bu çalışmada, hemşirelerin belirttiği komplikasyonlardan sadece %14.6'sı psikolojik komplikasyonlardır. Daha da önemlisi, hastanın sosyal yaşamını etkileyen *"kişisel saygınlığın azalması ve itibarını kaybetme"* (Hamers ve Huizing, 2005) gibi komplikasyonları belirten hemşire olmamıştır. Karagözoğlu ve Özden'in (2013) yaptığı çalışmada da hemşirelerin az bir kısmının psikolojik komplikasyonları bildiği belirtilmektedir. Hemşirelerin fiziksel komplikasyonların psikososyal komplikasyonlara göre daha görünür olması ve hemşirelerin fiziksel komplikasyonlara yönelmesi hastalara holistik bir bakış açısıyla bakım vermediklerinin göstergesi olabilir. İnsanı biyopsikososyal bir varlık olarak kabul eden (Velioglu, 1999) psikiyatri hemşiresinin, *"her birey biyo-psiko-sosyal alanlarıyla bir bütündür ve bu alanlardan birinde çıkan bir olumsuzluk diğer alanları da etkiler"* (Kum, 2000) ifadesinde anlam bulan bir felsefi yaklaşımla uygulamalarını yerine getirmesi beklenmektedir. Bu nedenle son yıllarda hemşirelerin hastalara bütüncül yaklaşması gerektiği savunulmaktadır (Kocaman, 2005). Bu durum aynı zamanda hemşirelik alanında konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğine gereksinimin olduğunu göstermektedir.

Psikiyatri hemşiresinin klinikteki en önemli rollerinden biri tespit gözetiminin en iyi şekilde sürdürülmesidir (Halter, 2013). Bu çalışmanın özgün bir bulgusu da hemşirelerin belirttiği komplikasyonlar arasında literatürde rastlanmayan *"tespiti çözüme"* (%3.4) ifadesinin yer almasıdır. Bu ifade, tespit gözetiminin sürdürülmesine yeterince önem verilmediğini göstermektedir. Tespitin hasta tarafından çözülmesi doğrudan bir komplikasyon olarak kabul edilmeyebilir. Ancak sonuçları açısından düşünüldüğünde hasta güvenliğini tehdit edecek durumlara yol açabilir. Çünkü tespit edilen hastaların öfkelerini kontrol etmede zorlandıkları belirtilmektedir (Dodds, 1996). Bu nedenle hastanın tespiti açmasının, kendisi, diğer hastalar ve sağlık personeli açısından çok tehlikeli sonuçlara yol açabileceği düşünülmektedir. Bunu önlemenin ve güvenliğini sağlamanın basit ve kolay yolunun tespit uygulamasının çok dikkatli bir şekilde uygulanmasıdır. Ayrıca, hastanelerde tespit odalarının özel olarak hazırlanmış ve tek kişilik olması gerektiği düşünülmektedir. Birden fazla yataklı olan odalar, tespit altındaki hastalar için büyük bir tehlike potansiyeli oluşturmaktadır. Tespit edilmiş ve tamamen savunmasız olan hasta, diğer hastaların semptomlarının

alevlenmesi durumunda saldırıya uğrayabilir. Zaman zaman medyada çıkan haberler de bu durumun ne kadar tehlikeli olabileceğini göstermektedir. İstanbul Bakırköy Hastanesi'nde 2011 yılında bir hastanın başka bir hasta tarafından gözlerinin oyularak çıkarılması (<http://www.istanbulhaber.com.tr>, Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2016), 2016 yılında bir hastanın başka bir hasta tarafından öldürülmesi (<http://www.internethaber.com>, Erişim Tarihi: 1 Mayıs 2016) yukarıda söz edilen tehlikeli durumlara örnek olarak gösterilebilir. Nitekim bu olaylarda mağdur olan hastalar tespit altında olmayan hastalardır. Bu gerçeklerin ışığında, tespit altında olan ve aynı zamanda savunmasız olan hastalar açısından çok daha büyük tehlike oluşturmaktadır.

5.3. Hemşirelerin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi Düzeyi

Bu araştırmada hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi puan ortalaması 7.75 ± 1.27 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Bilgi ölçeğinden alınabilecek puan sınırları göz önüne alındığında, hemşirelerin bilgi düzeylerinin iyi ancak yetersiz olduğu söylenebilir. Özden ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada eğitim öncesi hemşirelerin bilgi puan ortalaması 7.59 ± 1.69 iken eğitim sonrası 9.07 ± 1.21 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi hemşirelerin bilgi puan ortalaması bizim çalışmamız ile uyumlu iken, eğitim sonrası daha yüksek bulunmuştur. Konu ile ilgili verilen eğitimin önemini göstermesi açısından önemlidir. Bakır ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ise, hemşirelerin bilgi puan ortalaması 9.33 ± 1.15 olarak bulunmuştur. Bakır ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ulaşılan bulguya başka bir açıdan bakıldığında eğitim faktörünün etkisi dikkati çekmektedir. Bizim araştırmamızda fiziksel tespit ile ilgili eğitim alanların oranı %53 iken onların çalışmasında bu oran %69 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte Kaya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında hemşirelerin bilgi puan ortalaması 9.75 ± 1.17 olarak bulunmasına rağmen, hemşirelerin tamamının eğitimleri süresince fiziksel tespit ile ilgili bilgi almamış oldukları tespit edilmiştir. Orhan ve Yakut'un (2012) ve Çelik ve arkadaşlarının (2012) bulguları ise bu çalışmanın bulgusu ile uyumludur. Ayrıca, hemşirelerin bilgi puan ortalaması bu çalışmanın bulgusundan daha düşük olan çalışmalar da vardır (Suen, 1999; Suen ve ark., 2006). Ayrıca, bu araştırmada hemşirelerin bilgi puan ortalaması tespit kullanma durumuna göre farklılık göstermektedir. Fiziksel tespit uygulamayanların bilgi puan ortalaması uygulayanlara

göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum tespit uygulamayanların tutum puanlarının daha yüksek olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin %92.1'i tespit edicilerin yaralanmayı önleyecek şekilde hazırlanmış araçlar olduğunu düşünmesi, özel olarak üretilmiş tespit malzemelerinin daha fazla kullanıldığını göstermektedir. Nitekim bu araştırma yapılırken araştırmacının gözlemleri de bu yöndedir. Kliniklerde hastaları tespit etmek için gazlı bez ya da sargı bezi gibi materyallerin kullanıldığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Eşer ve ark., 2007; Akansel, 2007). Bu materyallerin tespit edici olarak kullanılması hastalar açısından tehlikeli olabilmektedir. Son yıllarda fiziksel tespit kullanımı için özel materyaller hazırlanmıştır. Eşer ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada özel olarak üretilen tespit materyalleri kullandığını belirten hemşire olmamıştır. Akansel'in (2007) çalışmasında ise hemşirelerin %6.4'ü özel tespit edicileri kullandığını belirtmiştir. Görüldüğü gibi, literatür bilgisi (Eşer ve ark., 2007; Akansel, 2007) bu araştırmanın bulgusu ile uyumlu değildir. Bunun nedeninin başta yoğun bakım üniteleri olmak üzere diğer kliniklerde özel tespit materyallerinin çok az kullanılması ile ilgili olduğu düşünülebilir. Bu nedenle kurum yöneticileri tarafından fiziksel tespit uygulanan klinikler için özel tespit materyallerinin temin edilmesinin uygun olduğu düşünülmektedir.

İlkesel olarak tespit ediciler hastanın sağlık probleminin daha da kötüye gitmesine yol açmamalıdır (Potter ve Perry, 1993). Bu nedenle, tespit malzemesi tespit edilen hastaya uygun boyutta ve hastanın durumuna uygun olarak seçilmelidir (Tel ve Beyaztaş, 2002; Craven ve Hirnle, 2007; Carter, 2008; www.fda.gov.tr, Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016). Çünkü, tespit malzemesi çok sıkı olursa hastayı rahatsız eder ve hasta daha fazla ajite olur. Ayrıca bu durum kan dolaşımını olumsuz etkiler. Tespit malzemesi çok gevşek olursa, hasta tespiti kısmen ya da tamamen açabilir. Bu durum hastanın yataktan kayarak düşmesine ya da tespit malzemesinin boynuna dolanarak boğulmasına neden olabilir (Carter, 2008; www.fda.gov.tr, Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016). Bu çalışmada hastanın tespit ediciye itiraz etme hakkının olması ve hastanın durumuna uygun tespit edicinin belirlenmesi konusunda hemşirelerin %57.9'u "*katılmıyorum*" yanıtını vermiştir. Bu durum hemşirelerin tespit edici seçiminde hastanın durumunu dikkate almadıklarını göstermektedir. Bu bulgumuz literatür ile uyumlu değildir (Kaya ve ark., 2008; Çelik ve ark., 2012; Orhan ve

Yakut, 2012; Özden ve ark., 2014). Bu maddeye hemşirelerin tamamının “katılıyorum” yanıtını verdiği çalışmalar da bulunmaktadır (Kaya ve ark., 2008; Çelik ve ark., 2012). Bunun nedeni bu çalışmalarda “*hastanın tespit ediciye itiraz etme hakkı vardır*” ifadesinin çıkarılmasıdır. Bizim çalışmamızda bu iki ifadenin tek maddede (bilgi ölçeği madde 3) olması, hemşirelerin ikisi arasında ikilemde kalması nedeni ile olabilir. Özden ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada bu iki ifade aynı maddede sorulduğu halde bizim bulgumuzdan farklılık göstermektedir. Bunun nedeni ise çalışmanın eğitim programı dahilinde yapılmış olmasıdır. Ayrıca, bilgi ölçeğinde ters çevrilip puanlanan 10. maddede bulunan “*her açıdan çok iyi diyebileceğimiz bir tespit edici yoktur*” ifadesine hemşirelerin %69.1’i yanlış cevap vermiştir. Bu bulgumuz Suen’in (1999) ve Kaya ve arkadaşlarının (2008) çalışması ile uyumlu iken Çelik ve arkadaşları (2012) ve Orhan ve Yakut’un (2012) çalışması ile uyumlu değildir.

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin sadece %18’i tespit uygularken onam aldığını belirtmiştir. Hemşire tespiti uygulamadan önce hasta ya da ailesini bilgilendirerek onam formu kullanması gerekir (Tel ve Tel, 2002b; Eşer ve Hakverdioğlu, 2006). Hastaya fiziksel tespit uygulanmadan önce onam alınmalı, hasta karar verecek bir durumda olmadığında aile üyesi ya da yasal temsilcisinden onam alınmalıdır (Moss ve Puma, 1991, Eşer ve Hakverdioğlu, 2006). Uygulamayı kabul etmemeleri durumunda, tespit uygulamasının gerekliliğini gösteren bulgular ve işlemin reddedildiği yazılı olarak belgelenir (Tel ve Tel, 2002b). Hastanın izni olmadan tespit uygulanması yasal sınırlılıklar getirebildiği için hasta ve ailesinin bilgilendirilerek onayının alınması, hemşireyi olası durumlarda yasal sorunlara karşı korur (Moss ve Puma, 1991, Tel ve Tel, 2002b; Eşer ve Hakverdioğlu, 2006). Karagözoğlu ve Özden’in (2013) yaptığı çalışmada hemşirelerin fiziksel tespit uygulamadan önce bilgilendirilmiş onam alma oranı %65 olarak bulunmuştur. Zencirci’nin (2009) çalışmasında hemşirelerin yaklaşık tamamının (%97.6) bilgilendirilmiş onam almadan hastaları tespit altına aldıkları bulunmuştur. Kahraman ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise hemşirelerin onam almaksızın tespit uygulama oranı %90.2’dir. Bu durum çok önemli bir bilgi açığının göstergesi olmakla birlikte hastanelerde onam formunun kullanılıp kullanılmamasıyla da ilgili olabilir. Ayrıca, tespit uygulama nedeninin açıklanması hastanın ve ailenin aksiyetesini, öfkesini

azaltacak, hastanın tespit uygulamasına uyum göstermesine yardım edecektir (Tel ve Tel, 2002b).

Tespit edilen hasta hakkında kurum prosedürüne göre düzenli olarak kayıt tutulmalıdır (Carter, 2008; Brooke, 2013). Kayıtlar tutulurken hemşirelik notuna tespit tipi, saati ve kullanma nedeni kaydedilir (Tel ve Tel, 2002b). Bu çalışmada hemşirelerin kayıt tutmaya özen gösterdikleri bulunmuştur. Hemşirelerin %94.7'sinin yaptığı tespit uygulamalarını kaydettikleri belirlenmiştir. Demir'in (2007a) çalışmasında hemşirelerin %53.3'ü tespit uygulamalarını kaydetmedikleri ve gerekliliğine inanmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, kullandıkları formda kayıt tutmak için yer olmadığını belirtmişlerdir. Turgay ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da hemşirelerin %59.5'inin yaptığı tespit uygulamalarını kaydetmediği vurgulanmaktadır. Choi ve Song'un (2003) yaptığı çalışmada hemşirelerin kayıt tutma oranı %24.5 iken, Akansel'in (2007) çalışmasında bu oran %6.3 olarak bulunmuştur. Bu çalışmaların sonuçları göz önüne alındığında bizim bulgumuzla farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Bunun nedeni söz edilen araştırmaların farklı ölçme araçlarının kullanılarak yapılmış olması olabilir. Nitekim, bu çalışmada kullanılan ölçme araçları kullanılarak yapılan çalışmaların bulguları, çalışmamızın bulgusu ile benzerlik göstermektedir (Kaya ve ark., 2008; Çelik ve ark., 2012).

Hemşirelerin bilgi düzeyini ölçen bilgi ölçeğindeki bazı maddeler fiziksel tespit risk faktörleri ile ilgilidir. Literatürde fiziksel tespit uygulandığında deri bütünlüğünün bozulmasına yol açan basınç yarası, kızarıklık, sıyrık, ödem, siyanoz, ekimoz gibi komplikasyonların olduğu bildirilmektedir (Hakverdioğlu ve ark., 2006; Eşer ve ark., 2007; Demir, 2007b; Karagözoğlu ve Özden, 2013;). Bilgi ölçeğinde yer alan *“tespit uygulanacağı zaman hastanın deri bütünlüğünde bozulma riski artar”* ifadesine hemşirelerin %43.4'ü *“katılmıyorum”* yanıtını vermiştir. Bu oran, hemşirelerin bilgi eksikliği ve bunun hastalar üzerine yol açabileceği zararlar açısından düşünüldüğünde yadsınamayacak kadar yüksektir. Azab ve Negm (2013) tarafından yapılan bir çalışmaya göre bu oran %5.5 iken, Suen'in (1999) çalışmasında %83.3 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılmış araştırmalardan Kaya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasına göre hemşirelerin %9.6'sı, Çelik ve arkadaşlarının (2012) çalışmasına göre ise hemşirelerin %9.5'i fiziksel tespit uygulamasının cilt bütünlüğünde bozulma riskini artırdığını bilmemektedir. Fiziksel

tespitin risk faktörü ile ilgili olarak “*hastaların yüzüstü tespit edilmemesi*” hakkında hemşirelerin yaklaşık tamamı (%96.7) olumlu yanıt vermiştir. Bu bulgumuz ulusal literatür (Kaya ve ark., 2008; Çelik ve ark., 2012; Orhan ve Yakut, 2012) bulguları ile benzerlik gösterirken, uluslararası literatür (Suen, 1999; Suen ve ark., 2006) bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Uluslararası literatürün farklılık göstermesinin sebebi daha eski yıllarda yapılmış çalışma olması ya da uygulama alanının farklı olmasından kaynaklanmış olabilir. Çünkü bu çalışmalar rehabilitasyon merkezlerinde ve huzur evinde yapılmış olan çalışmalardır (Suen ve ark., 2006; Suen, 1999). Fiziksel tespitin risk faktörü ile ilgili olan diğer bir madde ise tespit ceketinin kullanımıyla ilgilidir. FDA’nın belirttiğine göre fiziksel tespit kullanımına bağlı olarak yılda en az 100 ölüm görülmektedir (www.fda.gov.tr, Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016). Meydana gelen ölüm vakaları asfiksi, akut pulmoner ödem ve pnömoni sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Mohr ve ark., 2003). Bahsedilen bu ölüm vakalarının bir kısmı tespit ceketini kullanılmamasından dolayı gerçekleşmektedir (Chan ve ark., 1997; Tel ve Beyaztaş, 2002). Bu çalışmada tespit ceketinin ölüme neden olabilmesi hakkında hemşirelerin %22.6’sı “*katılmıyorum*” yanıtını vermiştir. Hemşirelerin bir kısmı “*tespit ceketini kullanmadığımız için bilmiyorum*” diyerek bu maddeye cevap vermek istememiştir. Onam formunda “*eksiksiz doldurulması gerekmektedir*” ifadesi yer aldığından, hemşirelerin büyük çoğunluğu kendilerince mantıklı olan cevabı işaretlemiştir. Buna rağmen 17 hemşire bu maddeyi yanıtsız bırakmıştır. Tespit ceketinin kullanıldığı dönemlerde psikiyatri kliniklerinde tercih edilen bir yöntem olduğu bilinmektedir. Diğer kliniklerde böyle bir yöntemin uygulandığına dair bir bilgiye rastlanmamıştır. Hemşirelerin ifadelerine göre psikiyatri kliniklerinde de ceket tipi tespit ediciler artık kullanılmamaktadır. Ceket tipi tespit ediciler artık kullanılmadığına göre ölçekte bu maddenin varlığını koruması, bu konunun ölçeğin uyarlanması sırasında gözden kaçtığını düşündürmektedir.

5.4. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Tutumları

Bu araştırmada hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına ilişkin tutum puan ortalaması 27.29 ± 4.12 olarak bulunmuştur. Tutum ölçeğinden alınabilecek puan sınırları (12-48) göz önüne alındığında, hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin olumsuz tutum sergiledikleri söylenebilir. Araştırmamızda elde edilen bu bulgu ulusal (Çelik ve ark., 2012; Orhan ve Yakut, 2012; Özden ve ak., 2014; Bakır ve ark., 2016) ve

uluslararası (Suen, 1999; Suen ve ark., 2006) literatürden farklılık göstermektedir. Bu farklılık literatürde yer alan çalışmaların psikiyatri klinikleri dışında yapılmış olması ile açıklanabilir. Çalışmamızda belirlenen tutum puan ortalaması hemşirelerin yaş grupları, medeni durumu ve tespit kullanma durumuna göre farklılık göstermektedir. Yaşları 20-35 arası olanlar, bekar olanlar ve fiziksel tespit uygulamayanların tutum puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Fiziksel tespite yönelik olarak daha olumlu tutum anlamına gelen bu durumun nedeninin konuya ilişkin bilgi düzeyinin daha yüksek olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Bekar olanların ve 20-35 yaş grubunda olanların olumlu tutum sergilemesinin nedeni ise psikiyatri kliniğinde çalışma deneyiminin daha az olması ile ilgili olabilir. Gelkopt ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada da hemşirelerin genellikle olumsuz tutum sergiledikleri bulunmuştur. Hemşirelerin olumsuz tutum sergilemesi cinsiyete göre değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir. Onların çalışmasına göre kadınların fiziksel tespite yönelik tutumu daha olumsuz duygularla kendini göstermektedir.

Tespit uygulanmadan önce hasta ya da ailesi bilgilendirilmeli ve onam formu imzalatılmalıdır (Tel ve Tel, 2002b; Eşer ve Hakverdioğlu, 2006). Hastalar kısıtlanmama hakkına sahip oldukları için fiziksel tespit uygulaması ilk seçenek olarak başvurulması uygun değildir (www.fda.gov.tr, Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016). Ayrıca, her bireyin karar verebilme ve bunları kullanabilme gücünün olduğunun göz önünde bulundurulması ve bakımı ile ilgili alınan kararlara ortak edilmesi anlayışı, psikiyatri hemşireliği uygulamalarına yön veren temel felsefi yaklaşımın bir yansıması olarak kabul edilmektedir (Kum, 2000). Bu nedenle tespit uygularken hasta haklarının gözetilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin, *“aile üyelerinin tespit uygulamasına karşı çıkma hakkının olması ve kendilerinin hasta olması durumunda tespit uygulamasını kabul etme ya da reddetme hakkının olması”* konularında olumsuz tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Bu durum, hemşirelerin fiziksel tespit uygularken hasta haklarını göz ardı etme ve hastalara karşı empatik yaklaşım gösterememe riski taşıması açısından önemli bulunmuştur.

Fiziksel tespit uygulamasının personel sayısının yetersizliğinden dolayı uygulanması kabul edilemez olmanın yanı sıra etik açıdan sorunlu bir uygulamadır (akt. Akansel, 2007). Bu çalışmada fiziksel tespit uygulamasının hemşire sayısının yetersizliğinden

dolayı uygulandığını düşünen hemşire oranı %5.9'dur. Özden ve arkadaşlarının çalışmasına göre bu oran %17'dir. Bu çalışmaların sonucuna baktığımızda az da olsa hemşire yetersizliğinden dolayı tespit uygulamasına başvurulduğu görülmektedir. Bu nedenle, diğer kliniklerde olduğu gibi psikiyatri kliniklerinde de hemşire açığının kapatılmasının, tespit uygulamasının azalması yönünde etkili bir adım olacağı düşünülebilir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken bir taraftan hemşire sayısını artırırken, diğer taraftan tespit ile ilgili farkındalığın geliştirilmesinin ihmal edilmemesidir. Aksi durumda, alışılan uygulamanın olduğu gibi devam ettirileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Fiziksel tespit yöntemleri şiddetin önlenerek güvenliğinin sağlanması açısından günlük uygulamada etkili bir yöntem olmakla birlikte hastalar ve sağlık personeli üzerinde fiziksel travmalara ve korku, öfke, kızgınlık gibi ruhsal travmalara neden olmaktadır (Tekkaş ve Bilgin, 2010). Tespit kullanılarak özgürlükleri kısıtlanan hastaların öfkelenedikleri, huzursuz oldukları, korktukları, anksiyete yaşadıkları ve özgürlük kaybı belirtilerini gösterdikleri saptanmış olup, hastanın itibarında düşme, incinme ve beden bütünlüğünde bozulma olduğu ifade edilmiştir (Dodds, 1996; Bower ve ark., 2003; Mohr ve ark., 2003). Bu nedenle tespit uygulayan hemşireler üzüntü ve suçluluk hissedebilirler. Bu çalışmada, hemşirelerin çoğunluğunun fiziksel tespit uygulamasına başvurduklarında *“kendini suçlu hissetme, aile üyeleri karşısında kendini kötü hissetme ya da tespit uygulanan hastada sinirlilik ve oryantasyonunda bozulma gibi komplikasyonlar görüldüğünde kendini kötü hissetme”* gibi duygulara sahip olmadıkları anlaşılmıştır. Bu konuda yapılan bir çalışmada *“Fiziksel kısıtlama uygulamak sizi nasıl etkiler?”* sorusuna hemşirelerin yarısı *“hastayı bağlamak zorunda kaldığım için üzülürüm”* dörtte biri *“hastayı bağladığım için kendimi kötü hissederim”* yanıtını vermiştir (Hakverdioğlu ve ark., 2006). Bonner ve arkadaşlarının (Bonner ve ark., 2002) yaptığı çalışmada fiziksel tespit uygulamasının rahatsız edici ve aşağılayıcı olduğunu belirtmiştir. Lee ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada ise hemşireler, fiziksel tespit uygularken kendilerini gerçekten kötü hissettiklerini ve insanlık dışı bu uygulamadan nefret ettiklerini belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada hemşireler *“hastaların güvenliğini sağlamak benim sorumluluğum olduğu için bu uygulamayı yapmak zorundayım”* ifadesini kullanmışlardır (Lee ve ark., 1999). Bütün bunlar hemşirelerin etik çatışma yaşadıkları ve ikilem arasında kaldıklarının göstergesi olabilir. Çünkü, hastaya yarar sağlamak için yapılan fiziksel

tespit uygulaması, hastaya fiziksel ve psikososyal olarak zarar verebilmektedir (Hakverdioğlu ve ark., 2006).

Tutum ölçeğindeki sekiz ve 12. maddeler fiziksel tespitin komplikasyonları ile ilgilidir. Literatürde fiziksel olarak tespit edilen hastada aşağılanma ve özgüveninde azalma olduğu belirtilmektedir (Lee ve ark., 1999; Hamers ve Huizing, 2005; Karagözoğlu ve Özden, 2013;). Bu çalışmada “*tespit edilen hastanın özgüveninde azalma olur*” ifadesine hemşirelerin %78.6’sı katılmadığını belirtmiştir. Bu durum hemşirelerde fiziksel tespitin psikolojik komplikasyonları hakkında ciddi bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bilgi formunda da fiziksel tespitin komplikasyonları ile ilgili soruya çalışmaya katılan hemşirelerden sadece bir kişinin cevap olarak özgüven kaybını belirtmesi oldukça dikkat çekicidir. Literatür bilgisi de bu bulgumuzu destekler niteliktedir (Eşer ve ark., 2007; Demir, 2007a; Karagözoğlu ve Özden, 2013;). Karagözoğlu ve Özden’in (2013) çalışmasına göre komplikasyon olarak özgüven kaybını belirten hemşire oranı %19.4’tür. Ayrıca, özgüven kaybını belirten hemşirenin olmadığı çalışmalar da vardır (Eşer ve ark., 2007; Demir, 2007a). Tutum ölçeğinin 12. maddesi de fiziksel tespitin komplikasyonları ile ilgili bir ifade içermektedir. Literatürde hastanın yataktan düşmesini önlemek için fiziksel tespit kullanıldığı belirtilmektedir (Forrester ve ark., 2000; Tel ve Tel, 2002a; Eşer ve ark., 2007; Huang ve ark., 2009; Karagözoğlu ve Özden, 2013). Hemşirelerin %84.9 oranında fiziksel tespit edicilerle hastaların düşme oranının azaldığını düşünmesi, hastaların düşme riskine karşı tespit edilmesi gerektiği inancına yol açıyor olabilir. Ulusal ve uluslararası çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Suen, 1999; Chien, 2007; Kaya ve ark., 2008; Orhan ve Yakut, 2012; Özden ve ark., 2014). Shorr ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada ise durum farklıdır. Bu çalışmaya göre fiziksel tespitin hastaların yataktan düşmesini önlemede yetersiz kaldığı belirtilmektedir. Bunun nedeni hastaların fiziksel tespit edilme nedeninin klinikten kliniğe farklılık göstermesi olabilir. Çünkü aynı çalışmada psikiyatri kliniğindeki hastaların düşme oranı %12 iken diğer kliniklerde %88 olarak bulunmuştur (Shorr ve ark., 2002).

Bütün sağlık kurumlarının hastalara tespit uygulama prosedürü olmalıdır (www.fda.gov.tr, Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016). Kurumun tespit uygulama prosedürü incelendikten sonra, kurum politikasının içerdiği tespit uygulaması hakkındaki özel

ilkeler, hastayı ve hemşireyi olası problemlere karşı korur (Tel ve Tel, 2002b; Carter, 2008). Bu çalışmada hemşirelerin %92.8'inin kendileri ve kurumları açısından yasal önlemleri alarak fiziksel tespit uyguladıkları bulunmuştur. Özden ve arkadaşlarının (2014) çalışmasının bulgusu da bu çalışmanın bulgusuyla uyumludur. Hemşirelerin fiziksel tespit uygularken kendileri ve kurumları açısından gösterdikleri hassasiyet şüphesiz takdir edilmelidir. Ancak, psikiyatri hemşiresinin “*her hastaya değerli bir insan olarak yaklaşmalı*” (Çam, 2014) ilkesi gereğince hasta ile ilgili olan konularda da aynı hassasiyeti göstermeleri gerektiği düşünülmektedir. Bu konuda kurum yöneticilerine ciddi görevler düşmektedir. Kendilerini ve personelini korumaya yönelik önlemler hastalar içinde alınmalıdır.

5.5. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Uygulamaları

Bu araştırmada hemşirelerin fiziksel tespit uygulama puan ortalaması 38.58 ± 2.61 olarak bulunmuştur. Uygulama ölçeğinden alınabilecek puan sınırları (14-42) göz önüne alındığında, hemşirelerin fiziksel tespit uygulamalarının oldukça iyi düzeyde olmakla birlikte bazı eksikliklerin olduğu söylenebilir. Suen'in (1999) çalışma bulgusu bu çalışmanın bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Ulusal literatürdeki çalışmalar ise bu konuda bizim bulgumuzdan farklı sonuçları göstermektedir (Kaya ve ark., 2008; Orhan ve Yakut, 2012; Karagözoğlu ve Özden, 2013;). Araştırma sonucunun literatür ile farklılık göstermesinin sebebi psikiyatri kliniklerinde fiziksel tespitin daha çok kullanılması ile ilgili olabilir. Kaya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin uygulama puan ortalamasının, diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin uygulama puan ortalamasından daha iyi düzeyde çıkması bu bulgumuzu desteklemektedir.

Bu araştırmanın önemli bir bulgusu da uygulama puan ortalamasının hemşirelerin cinsiyet ve psikiyatri kliniğinde çalışma deneyimine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermesidir (Tablo 4.4.2). Kadınların uygulama puanları erkeklerden daha yüksek bulunmuş ve bu durum kadınların daha çok fiziksel tespit uygulaması ile ilgili olduğunu düşündürmüştür. Çünkü kadınların fiziksel tespit uygulama oranı %67.6 iken erkeklerde bu oran %32.4'tür. Psikiyatri kliniğinde 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olanların uygulama puan ortalamasının diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çelik ve arkadaşlarının (2012) çalışma bulgusu da

bizim bulgumuzla uyumludur. Bu durum fiziksel tespit kullanımında klinik deneyimin önemini ortaya koyma açısından önemlidir.

Fiziksel tespit uygulaması doktor istemi gerçekleştirildikten sonra uygulanır (Tel ve Tel, 2002b; Carter, 2008;). Bu çalışmada hemşirelerin uygulama ölçeğindeki yanıtları dikkate alındığında, bazı eksiklikler olsa da tespit uygulamasını hekim direktifi ile uygulamaya özen gösterdikleri bulunmuştur. Hemşirelerin fiziksel tespit uygularken doktor istemi almaları hemşireyi ve hastayı yasal olarak koruma açısından önemlidir (Carter, 2008). Önceki birçok çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun doktor istemi almadan tespit uyguladıkları belirtilmektedir (Choi ve Song, 2003; Hakverdioğlu ve ark., 2006; Akansel, 2007; Turgay ve ark., 2009; Karagözoğlu ve Özden, 2013;). Demir (2007a) ve Hakverdioğlu ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmalarda fiziksel tespit kararının kime ait olduğu sorusuna hemşireler sırasıyla %5.1 ve %12.2 oranlarında doktora ait olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum hemşirelerdeki bilgi eksikliğinin boyutunu göstermesi açısından önemlidir. Ülkemizde 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Hastane Hizmet Kalite Standartları'nda tespit uygulamasına hekimin karar vermesi gerektiği açıkça belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları dikkate alındığında, belirlenen bu standartların tam anlamıyla uygulanmadığı görülmektedir. Ayrıca, 2011 yılından sonra yapılan çalışmalarda da hemşirelerin tespit uygularken doktor istemine özen göstermemeleri Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı standartların uygulanmadığını açıkça göstermektedir (Kaya ve ark., 2008; Orhan ve Yakut, 2012; Özden ve ark., 2014).

Bir hastaya fiziksel tespit uygulandıktan sonra yoğun hemşirelik bakımı uygulanır. Hasta doğrudan ya da kamera ile devamlı gözlenir (Schwecke, 2007; McGuinness, 2011). Bu gözlem 15-30 dakikada bir yapılmalı ve hastanın davranışları kontrol edilmelidir. (Delaune, 2009; Brooke, 2013). Düzenli gözlemler yapılırken her defasında tespit işleminin sürdürülmesinin gerekli olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir (Tel ve Beyaztaş, 2002). Ayrıca, tespit edilen hastada pozisyon değişimi ve cilt bakımı da çok önemlidir (Schwecke, 2007; McGuinness, 2011). Hastanın pozisyonu anatomik olarak uygun olmalı ve yatak yaralarının oluşumu engellenmelidir (Frisch ve Frisch, 2002). Bütün bu yapılan gözlem ve kontroller oluşabilecek komplikasyonları önlemek açısından da önemlidir. Bu

çalışmada hemşirelerin tespit edilen hastanın çağrularına cevap verme, hastanın cildini komplikasyon yönünden kontrol etme, tespitin doğru pozisyonda olup olmadığını ve açılıp açılmadığını kontrol etme konularına dikkat ettikleri bulunmuştur. Bu çalışmanın bulgusu Özden ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmanın bulgusu ile uyumlu iken, Suen ve arkadaşlarının (2006) bulgusu ile uyumlu değildir. Hemşirelerin bu konuya gerekli önemi vermemesi ve tespit uygulanan hastanın uzun süre izlenmemesi durumunda hastaların yaralanma riskini artırabilir. Yapılan bütün izlemler düzenli bir şekilde kaydedilir (Brooke, 2013). İzlemlerin bu şekilde kaydedilmesi kapsamlı bir hemşirelik bakımının planlanmasına olanak sağlar. Kapsamlı olarak yapılan bakım hem hasta güvenliğini sağlar, hem de terapötik bir destek sunar (Sabancıoğulları ve ark., 2014).

Bu çalışmada hemşirelerin fiziksel tespit hakkında hasta ve ailelerine bilgi vermede özensiz davrandıkları bulunmuştur. Hasta Hakları Yönetmeliğine (<http://www.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2016) göre hastaların yapılması planlanan bütün müdahaleler konusunda bilgi alma hakkı vardır. Uygulama ölçeğinin yedinci, sekizinci ve dokuzuncu maddeleri tespit yapılırken hasta ve ailesine tespit hakkında bilgi verilmesi ile ilgilidir. Literatüre göre fiziksel tespit uygulamasının gerektiği durumlarda hastaya ve hasta yakınına tespitin nedeni, amacı ve türü dikkatlice açıklanmalıdır (Potter ve Perry, 1993; Smith ve Duell, 1996; Tel ve Tel, 2002b). Hemşirelerin bu konuda özensiz davranmaları hasta ve ailesinden onam alma konusunda da yaşanmaktadır. Bu konu hemşirelerin bilgi düzeyi bölümünde literatür bilgisi ile daha detaylı olarak tartışılmıştır. Uygulama ölçeğinin kayıt tutma ile ilgili olan maddeleri (13 ve 14) incelendiğinde hemşirelerin bu konuya özen gösterdikleri saptanmıştır. Bilgi ölçeğinde de hemşirelere kayıt tutma ile ilgili soru sorulmuştur. Hemşirelerin her iki bölümde verdikleri yanıtların uyumlu olması da hemşirelerin bu konuya verdikleri önemi göstermektedir. Tespit uygulaması ile ilgili kapsamlı kayıt tutulması uygulamanın gerekliliğini tam olarak ortaya koymaktadır. Düzenli tutulan kayıtlar alternatif girişimlerin belirlenmesini ve değerlendirme verilerinden tüm ekibin yararlanmasını sağlamaktadır (Tel ve Tel, 2002b). Ayrıca hem sağlık ekibini hem de kurumu yasal durumlarda korur (Carter, 2008). Tespitin uygulanma nedeninin açıklanması hastanın ve ailenin aksiyetesini ve öfkesini azaltacak, hastanın tespit uygulamasına uyum göstermesine yardım edecektir (Tel ve Tel, 2002b).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar ve yapılan öneriler aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısı mezun olduktan sonra fiziksel tespit ile ilgili eğitim almıştır.
- Hemşirelerin büyük bir bölümü en az bir defa fiziksel tespit uygulamıştır.
- Hemşireler fiziksel tespit yerine kullanılabilecek alternatif yöntemleri yeterince bilmemektedir.
- Hemşirelerin yarısından fazlası fiziksel tespit uygulamadan önce alternatif yöntemleri kullanmamaktadır.
- Fiziksel tespit ile ilgili eğitim alan hemşireler ve bir iş gününde az sayıda hasta bakan hemşireler daha çok alternatif yöntem uygulamaktadır.
- Hemşirelerin başta psikososyal komplikasyonlar olmak üzere, fiziksel tespitin komplikasyonlarını bilme oranı düşüktür.
- Hemşirelerin fiziksel tespite yönelik bilgi düzeyleri iyi, tutumları olumsuz ve uygulamaları mükemmel yakındır.
- Hemşireler fiziksel tespit uygularken hastanın tespit ediciye itiraz etme hakkının olması ve hastanın durumuna göre tespit edicinin belirlenmesi konusuna dikkat etmemektedirler.
- Hemşireler %81.9'u tespit uygularken hastanın ailesinden bilgilendirilmiş onam almamaktadır.
- Hemşireler fiziksel tespit konusunda kayıt tutmaya özen göstermektedir.
- Hemşireler hasta ilgili konularda olumsuz tutum sergilerken, kendileri ve kurumları ile ilgili olan konularda olumlu tutum sergilemektedir.
- Hemşirelerin %85.5'i fiziksel tespiti sadece doktor direktifi ile uygulamaktadır.
- Hemşireler tespit altındaki hastanın çağrılarına kısa zamanda cevap verme, tespit edicinin doğru pozisyonda olup olmadığını kontrol etme ve olası komplikasyonları önleme yönünden izleme konularına özen göstermektedir.

- Hemşireler tespit edicinin açılıp açılmadığını kontrol etme, tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve hemşirelik girişimlerini değerlendirme ve kaydetme konularına oldukça özen göstermektedir.

Bu sonuçlar göz önüne alınarak;

- Hemşire ve hemşire statüsünde çalışan bütün personelleri kapsayacak şekilde ve belli aralıklarla fiziksel tespit ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hemşirelerin tespit ile ilgili ulusal ve uluslararası bilimsel toplantılara katılması yönünde teşvik edilmesi,
- Kurumların kendilerine ait fiziksel tespit uygulama rehberi geliştirmesi ve güvenli tespit uygulama standartlarının oluşturulması,
- Tespit kullanılmadan hasta güvenliğinin sağlanması için gereken önlemlerin kurum düzeyinde yapılması,
- Sağlık Bakanlığı Hastane Hizmet Kalite Standartlarınının 34. sayfasında hasta kısıtlaması ile ilgili bölümün yeniden gözden geçirilmesi, daha etkin ve kapsamlı standartlar geliştirilmesi ve bu standartların bütün kurumlara gönderilerek etkin bir şekilde uygulanmasının sağlanması ve denetlenmesi,
- Fiziksel tespite yönelik özellikle nitel çalışmalar olmak üzere bilimsel çalışmaların yapılması,
- Fiziksel tespit ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamaların gerçek düzeylerini belirlemek için yapılandırılmış ölçüm araçlarının geliştirilmesi,
- Ölçeği geliştiren ve toplumumuza uyarlayan araştırmacıların bu ölçeği tekrar gözden geçirilerek birbirine yakın olan ifadelerin birleştirilmesi, uygulanmayan maddelerin çıkarılması,
- Bilimsel çalışmalar yapan araştırmacılar güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu nedenle kurum yöneticilerinin araştırmacılar için kolaylaştırıcı olması,
- Bilimsel çalışmalara hemşirelerin imkanları dahilinde destek vermesi, araştırmacılara yardım etmesi **önerilmektedir.**

KAYNAKLAR

Akansel N. Physical Restraint Practices Among ICU Nurses in One University in Weastern Turkey. Health Science Journal. 2007;4.

American Nurses Association (2007). Psychiatric-mental health nursing: Scope and standarts of practice. Nursebooks.org.

Ashcraft L, Anthony W. Eliminating Seclusion and Restraint in Recovery-Oriented Crisis Services. Psychiatric Services. 2008; 10: 1198-1202.

Azab SM, Negm LA. Use of Physical Restraint in Intensive Care Units (ICUs) an Ain Sham University Hospitals, Cairo. Journal of American Science. 2013; 4: 230-240.

Bakır E, Şahin G, Dişel NR, Akpınar AA. Adana İli Acil Serviste Çalışan Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları. Zirve Tıp Dergisi. 2016; 1: 10-16.

Bell CC. Survey of the demographic characteristics of patients requiring restraints in a psychiatric emergency service. Journal of the Medical Association. 1983; 10: 981-987.

Berland B, Watchel TJ, Kiel DP, O'sullivan, PS, Philips E. Patient Characteristics Associated with the Use of Mechanical Restraints. 1990; 5: 480-485.

Bilici R, Sercan M, Tufan E. Psikiyatri Kliniklerinde Yalıtım ve Bağlama Uygulamaları. Düşünen Adam. 2013; 26: 80-88.

Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2002; 9: 465-473.

Bower FL, McCullough CS, Timmons ME. A Synthesis of What We Know About the Use of Physical Restraints and Seclusion with Patient in Psychiatric an

Acute Care Settings: 2003 Update. The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing. 2003; 1.

Boyd MA. Social Change and Mental Health. In: Boyd MA, ed. Psychiatric Nursing: Contemporary Practice. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002, p:3-15.

Bray K, Hill K, Robson W, Leaver G, Walker N, O'leary M, Delaney D, Walsh D, Gager M, Waterhouse C. British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care. 2004; 5: 199-212.

Brooke PS. Legal and Ethical Basis for Practice. In: Varcarolis EM, ed. Essentials Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care. 2nd ed. China: Elsevier Saunders; 2013, p: 81-95.

Cannon ME, Sprivulis P, McCarthy j. Restraint practices in Australiasian emergency departments. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2001; 35: 464–467.

Carpenito-Moyet LJ. Handbook of Nursing Diagnosis Çeviren: Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 13. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2012.

Carter PJ. Patient and Resident Safety and Restraints. In: Carter PJ ed. Lippincott's Textbook for Nursing Assistants: A Humanistic Approach to Caregiving. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008, p: 165-180.

Catherina FK. The 2014 Scope and Standarts of Practice for Psychiatric Mental Health Nursing: Key Updates. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2015; 1, Manuscript 1.

Chan TC, Vilke GM, Neuman T, Clausen JL. Restraint Position and Positional Asphyxia. Annals of Emergency Medicine. 1997; 5: 578-586.

Chien WT, Chan WHC, Lam LW, Kam CW. Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling*. 2005; 59: 81-86.

Chien WT. Psychiatric nurses' knowledge and attitudes toward the use of physical restraint on older patients in psychiatric wards. *International Journal of Multiple Research Approaches*. 2007; 1: 52-71.

Choi E, Song M. Physical Restraint Use in a Korean ICU. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; 12: 651-659.

Clark MA. Involuntary Admission and the Medical Inpatient: Judicious Use of Physical Restraint. *Medsurg Nursing*. 2005; 4: 213-218.

Colton D, Xiong H. Reducing Seclusion and Restraint. *Journal of Psychiatric Practice*. 2010; 5: 358-366.

Coşkun S, Avlamaz F. Akut Psikiyatri Kliniklerinde Uygulanan Mekanik Tespit Sayı ve Süresinin BİR Yıl İçinde Gösterdiği Değişimin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 2: 51-55.

Coşkun S, Avlamaz F, Genç H. Akut Psikoz Kliniklerinde Mekanik Tespit Uygulamasında Cinsiyete Özgü Farklılıklar. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 3: 108-114.

Craven RF, Hirnle CJ. Safety. In: Craven RF, Hirnle CJ eds. *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007, p: 670-701.

Çam O. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. In: Çam O, Engin E, eds. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1st ed. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2014, p: 3-19.

Çelik S, Kavrazlı S, Demircan E, Güven N, Durmuş Ö, Duran ES. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları. 2012; 3: 176-183.

Damen IM. The Effectiveness of a Restraint Reduction Policy Implemented to Reduce the Use of Physical Restraint with Children and Adolescents in a Residential Care Facility. University of Tennessee, Doktora Tezi, 2009, (Danışman: Major Professor W Nugent).

Davies JL, Janosik EH. Historical Developments in Mental Health Care. In: Davies JL, Janosik EH, eds. Mental Health and Psychiatric Nursing: A Caring Approach. Boston: Jones & Bartlett Publishers; 1991, p:18-32.

Delaune SC. Intervening in Violence in the Psychiatric Setting. In: Kneisl CR, Trigoboff E, eds. Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing. 2th ed. USA: Pearson Prentice Hall; 2009, p: 912-930.

Demir A. Nurses' Use of Physical Restraint in Four Turkish Hospital. Journal of Nursing Scholarship. 2007a; 1: 38-45.

Demir A. The use of physical restraint on children: practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. International Council of Nurses. 2007b; 54: 367-374.

Dodds S. Exercising Restraints: Autonomy, Welfare, and Elderly patients. Journal of Medical Ethics. 1996; 22: 160-163.

Eşer İ, Hakverdioğlu G. Fiziksel Tespit Uygulamasına Karar Verme. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 10: 37-42.

Eşer İ, Khorshid L, Hakverdioğlu G. The characteristics of physically restraint patients in intensive care units. International Journal of Human Sciences. 2007; 2: 1-12.

Evans D, FitzGerald M. Reasons for physical restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. International Journal of Nursing Studies. 2002; 39: 735-743.

Forrester D, McCabe-Bender J, Walsh N, Bell-Brown J. Physical Restraint Management of Hospitalized Adults and Follow-up Study. Journal for Nurses in Staff Development. 2000; 6: 267-276.

Frisch NC, Frisch LE. Complementary and Somatic Therapies. In: Frisch NC, Frisch LE, eds. *Psychiatric Mental Health Nursing*. 4th ed. USA: Delmar Thomson Learning; 2011, p: 888-904.

Gelkopt M, Roffe Z, Werbloff N, Bleich A. Attitudes, Opinions, Behaviors, and Emotions of the Nursing Staff Toward Patient Restraint. *Issues in Mental Health Nursing*. 2009; 30: 758-763.

Glover RW. (2006). Reducing the use of seclusion and restraint: A NASMHPD priority. *Psychiatric Services*. 2006; 9: 1141-1142.

Hakverdioğlu G, Demir A, Ulusoy MF. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri*. 2006; 26.: 634-641.

Halter MJ. Setting for Psychiatric Care. In: Varcarolis EM, ed. *Essentials Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care*. 2nd ed. China: Elsevier Saunders; 2013, p: 68-79.

Hamers J, Huizing A. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Z. Gerontol Geriat*. 2005; 19: 19-25.

Hamolia CD. Preventing and Managing Aggressive Behavior. In: Stuart G, Laraia, M, eds. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th ed. China: Elsevier Mosby; 2005, p: 630-653.

Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. Attitudes of Relatives of Nursing Home Residents Toward Physical Restraints. *Journal of Nursing Scholarship*. 2009; 4: 448-456.

Huang HT, Chuang YH, Chiang, KF. Nurses' Physical Restraint Knowledge, Attitudes, and Practices: The Effectiveness of an In-Service Education Program. *Journal of Nursing Research*. 2009; 4: 241-248.

Janelli L, Scherer Y, Kuhn M. Acute/critical care nurses' knowledge of physical restraints implications for staff development. *Journal of Nursing Staff Development*. 1994; 1: 6-11.

Kahraman BB, Aşiret GD, Yıldırım G, Akyar İ, Aytakin GK, Öz A. Yoğun Bakımda Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Hasta Yakınlarının Görüşleri. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2015; 6: 78-83.

Kaltiala-Heino R, Tuohimaki C, Korkeila J, Lehtinen V. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2003; 26: 139-149.

Karagözoğlu Ş, Özden D. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2013; 1:11-22.

Kaya H, Aştı T, Acaroğlu R, Ero, S, Savcı C. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamaları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2008; 2: 22-29.

Keltner NL. Legal Issues. In: Keltner NL, Bostrom CE, McGuinness TM, eds. *Psychiatric Nursing*. 6th ed. USA: Elsevier Mosby; 2011, p: 33-41.

Keltner NL, Lillie K. Legal Issues. In: Keltner NL, Schwecke LH, Bostrom CE, eds. *Psychiatric Nursing*. 5th ed. USA: Mosby Elsevier; 2007, p: 61-65.

Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto AM, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. The Reasons for Using Restraint and Seclusion in psychiatric Inpatient Care: A nationwide 15-year study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2010; 2: 136-144.

Keskin G. Acil Psikiyatri. In: Çam O, Engin E, eds. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1st ed. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2014, p: 827-869.

Kum N. Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları. In: Kum N, ed. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. 2nd ed. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti.; 2000, ss: 4-8.

Knutzen M, Bjorkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Mjosund NH, Opjurdsmoen S, Sandvik L, Friis S. Characteristics of patients frequently subjected to

pharmacological and mechanical restraint- A register study in three Norwegian acute Psychiatric wards. *Psychiatry Research*. 2014; 215: 127-133.

Knutzen M, Mjosund NH, Bjorkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjurdsmoen S, Sandvik L, Friis S. Characteristics of Psychiatric Inpatients Who Experienced Restraint and Those Who Did Not: A Case-Control Study. *Psychiatric Services*. 2011; 5: 492-497.

Kocaman, N. Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005, 1: 49-51.

Lai CK, Wong IY. Families' perspectives on the use of physical restraints. *Contemporary Nurse*. 2008; 2: 177-184.

Lai C, Chow S, Suen L, Wong I. Reduction of physical restraints on patients during hospitalization/rehabilitation: a clinical trial. *Asian J Gerontol Geriatr*. 2013; 8: 38-43.

Lee D, Chan M, Tam E, Yeung W. Use of physical restraint on elderly patients: An exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*. 1999: 1 153-159.

McCue RE, Urcuyo L, Lilo Y, Tobias T, Chambers M J. Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2004; 2: 217-224.

McGuinness TM. Working with the Aggressive Patient. In: Keltner NL, Bostrom CE, McGuinness TM, eds. *Psychiatric Nursing*. 6th ed. USA: USA: Elsevier Mosby, 2011, p: 101-111.

Moghadam MF, Khoshknab MF, Pazargadi M. (2014). Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *IJCBNM*. 2014; 1: 20-30.

Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse Effects Associated with Physical Restraint. *Can J Psychiatry*. 2003; 5: 330-337.

Moss RJ, Puma JL. (1991). The Ethics of Mechanical Restraint. The Hasting Center Report. 1991; 1: 22-25.

NMHCCF. Ending Seclusion and Restraint in Australian Mental Health Services. 2nd ed. Australia: www.nmhccf.org.au; 2010, p:4-16.

Okçin F, Eroğlu B, Turgay AS, Genç RE, Őenol S, İslamoğlu A. Çocuklarda Fiziksel Tespit Uygulamaları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 1: 81-86.

Orhan MF, Yakut Hİ. (2012). Çocuk yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerinin belirlenmesi. Türkiye Çocuk Hast. Derg. 2012; 3: 155-160.

Otong DA. (2003). History of Psychiatric Nursing. In: Otong DA, ed. Psychiatric Nursing: Biological & Behavioral Concepts. USA: Thomson; 2003, p: 3-21.

Özden D, Karagözoğlu Ő, Vergi İ. (2014). Hastanede Çalışan Hemşirelerde Fiziksel Tespit Eğitim Programının Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Etkisi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2014; 2: 75-86.

Öztürk MO. Psikiyatrinin Tarihçesi. In: MO Öztürk, ed. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Basım. Ankara: Tuna Matbaacılık San. Ve Tic. AŞ.; 2008, s:1-15.

Potter PA, Perry, AG. Safety. In: Potter PA, Perry, AG eds. Fundamentals of Nursing. 5th ed. Philadelphia: Mosby; 1993, p:1431-1459.

Potter PA, Perry, AG. Safety. In: Potter PA, Perry, AG eds. Fundamentals of Nursing. 5th ed. Philadelphia: Mosby; 2001, p:1019-1053.

Ralph M, Gabriele M. (2013). Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. International Journal of Nursing Studies. 2013; 52: 274-288.

Sabancıoğulları S, Alıç AA, Hallaç S. Akut Psikiyatrik Bakımda profesyonel Kontrol Yöntemi: Hemşirelik Gözlemleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014; 1: 81-91.

Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Hastane Hizmet Kalite Standartları. Ankara: Pozitif Matbaa Ltd. Şti; 2011, p: 104.

Schwecke LH. Working With the Aggressive Patient. In: Keltner NL. Schwecke LH, Bostrom CE, eds. Psychiatric Nursing. 5th ed. USA: Mosby Elsevier; 2007, p: 128-141.

Sercan M, Bilici R. Türkiye'de Bir Ruh Sağlığı Bölgesindeki Hasta Bağlama Uygulamalarının Değişkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008; 1: 37-48.

Shorr RI, Guillen MK, Rosenblat L, Walker K, Caudle C, Kritchevsky S. Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients. Journal of the American Geriatric Society. 2002; 3: 526-529.

Simon RI. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviren: Aydın H, Bozkurt A. 8. basım, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara; 2007, s: 3969-3988.

Smith SF, Duell DJ. Safe Client Environment. In: Smith SF, Duell DJ, eds. Clinical Nursing Skills: Basic to Advanced Skills. 4th ed. USA: Appleton & Lange; 1996, p:115-138.

Stewart D, Merwe MV, Bowers L, Simpson A, Jones J. A review of interventions to reduce mevhanical restraints and seclusion among adult psychiatric inpatients. Issues in Mental Health Nursing. 2016; 6: 413-424.

Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Manuel Restraint of adult psychiatric inpatints: a literatüre review. City University London. 2009; 1-21.

Strumpf NE, Tomes N. Restraining The Troublesome Patient: A Historical Perspective on a Comtemporary Debate. In: Nursing History Review. Lynaugh JE, Brodie B, Castillo C, eds. Philadelphia: Official Journal of The American Association for the History of Nursing; 1993; 1: p:3-24.

Suen LKP. Knowledge, Attitude and Practice of Nursing Home Staff Towards Physical Restraints in Hong Kong Nursing Homes. *Asian Journal of Nursing Studies*. 1999; 2: 73-86.

Suen LKP, Lain CKY, Wong TKS, Chow SKY, Kong SKF, Ho JYL, TK Kong, JSC Leung, IYC Wong. Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 1: 20-28.

Sullivan AM, Barron CT, Casey LC. Reducing restraints: Alternatives to restraints on an inpatient psychiatric services utilizing safe and effective methods to aveluate and treat the violent patient. *Psychiatric Quarterly*. 2005;, 1: 51-65.

Taxis JC. Ethics and Praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*. 2002; 2: 157-170.

Taylor C, Lillis C, LeMone P. Safety, Security, and Emergency Preparedness. In: Taylor C, Lillis C, LeMone P, eds. *Fundamentals of Nursing The Art & Sciences of Nursing Care*. 7th ed. Philadelphia. Philadelphia: Lippincott; 2011, p:614-651.

Tekkaş K, Bilgin H. Psikiyatri Servislerinde Kullanılan Profesyonel Kontrol Yöntemleri: Nedenleri, Türleri, Uluslararası Uygulamalar ve Algılamalar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010; 21: 235-242.

Tel H, Beyaztaş FY. Hastalara Fiziksel Tespit Uygulaması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2002; 5: 184-185.

Tel H, Tel H. Hasta Güvenliğinin sağlanmasında fiziksel tespit uygulaması ve hemşirelik yaklaşımı-I. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2002a; 16-22.

Tel H, Tel H. Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Fiziksel Tespit Uygulaması ve Hemşirelik Yaklaşımı- II. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2002b; 2: 69-74.

Townsend MC. Mental Health/Mental Illness: Historical and Theoretical Concepts. In: Townsend MC, ed. *Psychiatric Mental Health Nursing, Concepts of*

Care in Evidence-Based Practice. Philadelphia: FA Davis Company; 2009, p: 12-20.

Turgay AS, Sari D, Genc RE. Physical Restraint Use in Turkish Intensive Care Units. *Clinical Nurse Specialist*. 2009; 2: 68-72.

Ünal S. Psikiyatri kliniklerinde şiddet yönetimi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2011; 116-121.

Velioğlu P. Hemşireliğin Doğası ve Hemşireliğin Kavramsal Çerçevesi. In: Velioğlu P, ed. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 1st ed. İstanbul: Alaş Ofset; 1999, p: 51-77.

Videbeck SL. Legal and Ethical Issues. In: Videbeck SL ed. *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011a, p: 155-165.

Videbeck SL. Current Theories and Practice. In: Videbeck SL ed. *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011b, p: 2-16.

Wale JB, Belkin GS, Moon R. Reducing the use of seclusion and restraint in psychiatric emergency and adult inpatient services improving patient-centered care. *The Permanente Journal*. 2011; 2: 57-62.

Wingfield W. The Asylum Its Construction and Deconstruction. In: Rubin LC, ed. *Psychotropic Drugs and Popular Culture: Essays on Medicine, Mental Health and the Media*. USA: McFarland & Company; 2006, p: 7-16.

Zencirci AD. Attitudes, Informed Consent Obtaining Rates and Feelings About Physical Restraint Use Among Nurses. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2009; 6: 1573-1581.

EKLER

EK 1

İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Şarh İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/06/2015-20407



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397/770
Konu : Ahmet Göktaş Tez Çalışması Hk.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 05.03.2015 tarihli ve 5472 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimler Enstitüsü Psikiyatri Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Ahmet GÖKTAŞ' ın " Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi" başlıklı çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı İstanbul Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan Uz. Dr. Cenk VARLIK'ın tez Danışmanı olarak yer alması şartı ile yapması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim

Uzm. Dr. M. Turgay SEYMEN
Genel Sekreter a
İdari Hizmetler Başkanı

Güvenli Elektronik İmza
ASLI İL.F. AYDIN
Mukaddes SERBES
İdari Hizmetler Uzmanı
Tarih: 7/6/15

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. No: 25-2 Dr. Raşit Tahsin Ek Hizmet Binası Bakırköy / İSTANBUL
A★ tılı bilgi için: Bakırköy Eğitim ve Staj Birimi 0 (212) 409 16 00-4097

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bf2f41a6-1229-4445-a72a-e87acc112c97 kodu ile erişebilirsiniz.

Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz?
A. Kadın B. Erkek
3. Medeni durumunuz?
A. Bekar B. Evli C. Boşanmış
4. Eğitim durumunuz?
A. Sağlık Meslek Lisesi (Ortaöğretim)
B. Ön lisans
C. Lisans
D. Lisansüstü (Hangi alanda yaptığınızı belirtiniz)
5. Hizmet Yılıınız:
A. Psikiyatri Kliniğinde B. Diğer Kliniklerde
6. Çalışma Şekliniz:
A. Vardiya B. Düzenli Gündüz C. Diğer (belirtiniz):
7. Her bir iş gününde ortalama baktığınız hasta sayısı:
8. Klinik çalışma modeliniz:
A. Hasta Merkezli B. İş merkezli C. Diğer (belirtiniz)
9. Mezuniyet sonrası fiziksel tespit ile ilgili eğitim (lisansüstü eğitim, hizmet içi eğitim, sertifika eğitimi, kurs, seminer vb.) aldınız mı?
A. Hayır B. Evet (belirtiniz)
10. Fiziksel tespit yerine kullandığınız alternatif yöntemler var mı?
A. Yok
B. Var (belirtiniz) (istediğiniz sayıda yazabilirsiniz)
11. Daha önce hastalara fiziksel tespit uyguladınız mı?
A. Hayır
B. Evet (Cevabınız evet ise 13. soruyu cevaplayın)
12. Fiziksel tespit kullanımı ile ilgili ne gibi komplikasyonlar gözlemlediniz ?
(istediğiniz sayıda yazabilirsiniz)

Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği

Sayın Meslektaşım,

Aşağıda verilen ölçek üç bölümden oluşmaktadır. Her bölümde bulunan maddeler karşısında bazı ifadeler bulunmaktadır. Doğru olduğunu düşündüğünüz ifadenin altında bulunan köşeli parantezin içine "X" işareti koyunuz. Örnek: [X]

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

10-Her açıdan çok iyi diyebileceğimiz bir tespit edici yoktur.	Katılıyorum []	Katılmıyorum []
11-Ceket tipi tespit ediciler hastanın ölümüne neden olabilir.	Katılıyorum []	Katılmıyorum []

İKİNCİ BÖLÜM: TUTUM ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Tespit edici uygulanmasına, aile üyelerinin karşı çıkma hakkı olduğunu düşünüyorum.	Kesinlikle Katılıyorum []	Katılıyorum []	Katılmıyorum []	Kesinlikle Katılmıyorum []
2-Eğer ben hasta olsaydım tespit edici kullanılacağı zaman, bunu kabul etme ya da reddetme hakkım olmasını isterdim.	Kesinlikle Katılıyorum []	Katılıyorum []	Katılmıyorum []	Kesinlikle Katılmıyorum []
3-Hastaya tespit edici uygularsam kendimi suçlu hissederim.	Kesinlikle Katılıyorum []	Katılıyorum []	Katılmıyorum []	Kesinlikle Katılmıyorum []
4-Kurumumuzda tespit edici kullanımının asıl nedeni hemşire sayısının yetersiz olmasıdır.	Kesinlikle Katılıyorum []	Katılıyorum []	Katılmıyorum []	Kesinlikle Katılmıyorum []
5-Tespit edici uygulanmış bir hastanın odasına aile üyelerinden biri girdiği zaman kendimi kötü hissederim.	Kesinlikle Katılıyorum []	Katılıyorum []	Katılmıyorum []	Kesinlikle Katılmıyorum []
6-Hasta tespit edildikten sonra daha kötü/sinirli olduğunda kendimi kötü hissederim.	Kesinlikle Katılıyorum []	Katılıyorum []	Katılmıyorum []	Kesinlikle Katılmıyorum []
7- Tespit edici	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

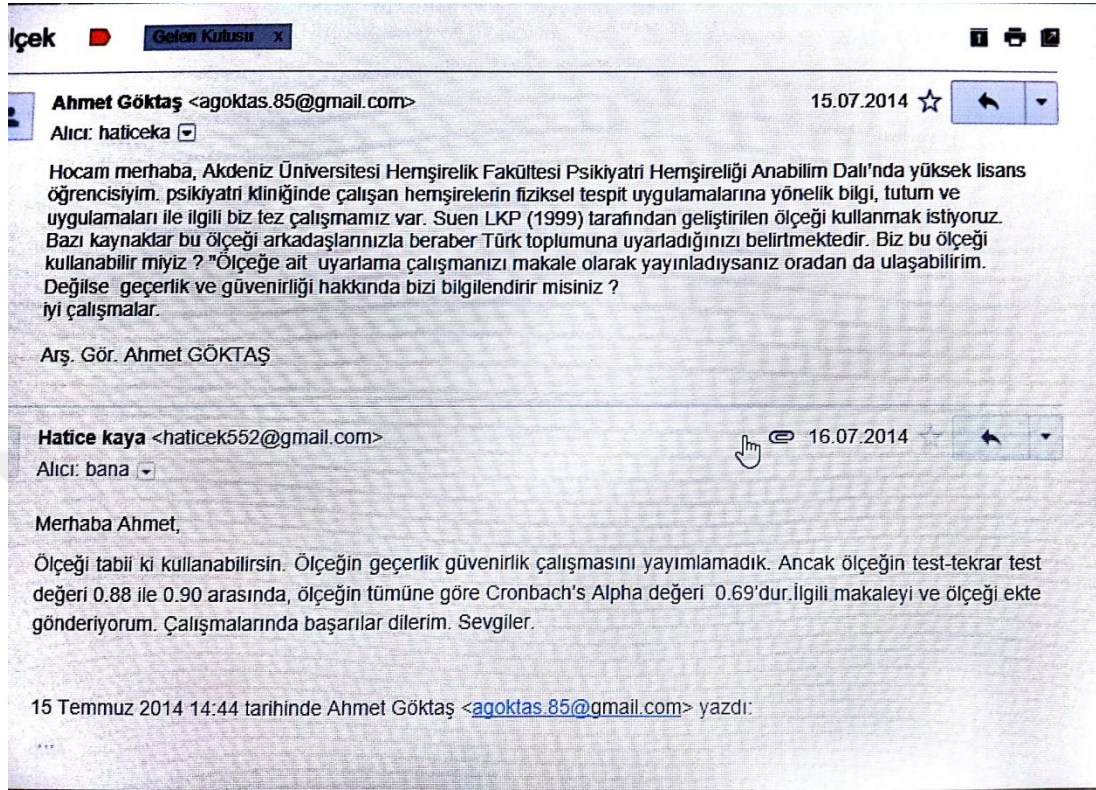
uygulandıktan sonra hastanın oryantasyonunda bozulma olduğunda kendimi kötü hissederim.	[]	[]	[]	[]
8-Tespit edici uygulanan hastanın özgüveninde azalma olur.	Kesinlikle Katılıyorum []	Katılıyorum []	Katılmıyorum []	Kesinlikle Katılmıyorum []
9-Tespit edicileri yasal önlemleri olarak uygulamak benim için ve kurumum için önemlidir.	Kesinlikle Katılıyorum []	Katılıyorum []	Katılmıyorum []	Kesinlikle Katılmıyorum []
10-Tespit edici uygulamasının hemşirelik bakımının süresini azalttığını düşünüyorum.	Kesinlikle Katılıyorum []	Katılıyorum []	Katılmıyorum []	Kesinlikle Katılmıyorum []
11- Tespit edicilerin hastanın boğulma tehlikesini arttırdığını düşünüyorum.	Kesinlikle Katılıyorum []	Katılıyorum []	Katılmıyorum []	Kesinlikle Katılmıyorum []
12-Tespit edicilerle hastaların düşme oranının azaldığını düşünüyorum.	Kesinlikle Katılıyorum []	Katılıyorum []	Katılmıyorum []	Kesinlikle Katılmıyorum []

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: UYGULAMA ÖLÇEĞİ	Her Zaman	Bazen	Hiçbir Zaman
1-Hastaya tespit edici uygulamadan önce hastanın düşmesini önlemeye yönelik farklı hemşirelik girişimlerini denerim.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []
2- Tespit ediciyi sadece hekim direktifi ile uygulayım.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []
3-Hastanın tespit edilmesine gereksinimi olmadığını düşündüğüm zaman bu fikrimi hekime bildiririm.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []
4-Hastaya tespit edici uygulandıysa, çağrılarına en kısa zamanda cevap veririm.	Her Zaman	Bazen	Hiçbir Zaman

	[]	[]	[]
5-Tespit ediciyi, her iki saatte bir doğru pozisyonda olup olmadığını belirlemek amacı ile kontrol ederim.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []
6-Tespit edici uygulanan hastanın cildini sürtünme ya da tahriş açısından kontrol ederim.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []
7-Hastanın niçin tespit edildiğini aile üyelerine anlatırım.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []
8-Niçin tespit edici kullanıldığını hastaya anlatırım.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []
9- Tespit edicinin ne zaman çıkarılacağını hastaya açıklarım.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []
10-Çalışma arkadaşlarımla sayıları azaldıkça, tespit edici uygulanmış hasta sayısı artar.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []
11-Kurumumuzda hastaya tespit edici uygulanmasından çok, hastanın hareketlerini kontrol altına almanın değişik yollarını bulmaya çalışırız.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []
12- Tespit edicinin kendi kendine açılıp açılmadığını belirlemek amacı ile sık sık kontrol ederim.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []
13- Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve hemşirelik girişimlerini kaydederim.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []
14- Tespit edici uygulandığı zaman etkilerini sık sık kontrol eder, değerlendirir ve kaydederim.	Her Zaman []	Bazen []	Hiçbir Zaman []

ZAMAN AYIRDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.....

Ölçek Kullanım İzin Yazısı



Şekil 1. Ölçeğin Kullanılabilmesi için İnternet Ortamında Yapılan Yazışmanın Ekran Görüntüsü

Etik Kurul Onayı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

12.10.2015

Sayı : 70904504/ 60
Konu :

Sayın
Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 70904504/
Konu:

2015

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:30	Tarih: 21.01.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında <u>bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği</u> ile karar verilmiştir.	
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.		

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Ali Aydın YAVUZ
Üye

Prof.Dr. Oktay ERAY
Üye

Prof.Dr. Bilge KARSLI
Üye

Prof.Dr.Can ÇEVİKOL
Üye (İzinli)

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Doç.Dr.Ebru Nur BARÇIN
Üye

Doç.Dr. Fesih SENOL
Üye

Doç.Dr.Hasan MUTLU
Üye

Doç.Dr.Doga TÜRKKAHRAMAN
Üye

Doç.Dr. Gülşüm Özge BAYSAL
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye

Turgut ALTUN
Üye (İzinli)

EK 6

Kurum İzin Yazıları

Ek 6.1. Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı

MANISA İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - MANISA EĞİTİM HİZMETLERİ
KOORDİNATÖRLÜĞÜ
09/04/2015 08:14 - 61763929 / 774.07 / 319

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUMU
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

TC Sağlık Bakanlığı

Sayı : 61763929/774.07
Konu : Ahmet GÖKTAŞ/Tez Çalışması
Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü'nün 05/03/2015 tarihli ve 5467 sayılı yazısı.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Ahmet GÖKTAŞ'ın "Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi" konulu araştırmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Sağlık Tesisinde yapması uygun görülmüş olup, ancak hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırmacı metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler de göz önünde bulundurularak, çalışma sonucunda kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonuç raporunu, araştırmanın tamamlanmasının öngörüldüğü tarihten itibaren 30 (otuz) gün içerisinde Genel Sekreterliğimiz Eğitim Birimi'ne iletilmesi; sonuç raporunun Kurumumuza iletilmemesi durumunda, tarafınızdan Kurumumuz bünyesindeki Sağlık Tesislerinde bundan sonra talep edeceğimiz çalışmalara izni verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Gereğini, bilgilerinize arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Ayhan KORKMAZ
Genel Sekreter

Dağıtım:
Manisa Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi Yöneticiliği
Ahmet GÖKTAŞ (Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

5070 sayılı kanun gereğince E-İMZA
BİRLİĞİ TASEVİLENDİRİLMİŞ
ADI SOYADI
Uzman
İzmir

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı no:58
si ünlü

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c5695a2a-c7a7-4366-b2f0-641e47086844 kodu ile erişebilirsiniz.

Ek 6.2. Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı



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

SAMSUN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - EĞİTİM HİZMETLERİ
13/03/2015 09:34 / 54103609 / 044 / 396



Sayı : 54103609/044
Konu : Ahmet GÖKTAŞ'ın Anket
Uygulanması

Sayı : 54103609/044
Konu : Ahmet GÖKTAŞ'ın Anket
Uygulanması

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 05/03/2015 tarihli ve 43202761/5470 sayılı yazıdır.

İlgi yazıya istinaden; Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU Danışmanlığında Yüksek Lisans Program Öğrencisi Ahmet GÖKTAŞ Birliğimize bağlı Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışan Hemşirelere "Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi" konulu Anketi uygulayabilmek için izin istemektedir.

Bahse konu anket uygulaması izni için; hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilerin korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorulara ihtiva edip etmediğinin tespiti ve araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Sağlık Bakanlığı bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışmanın bir örneğinin Genel Sekreterliğimize sunulması kaydı ile Genel Sekreterliğimize bağlı Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Anket uygulanması için ilgili Öğretim Üyesine ve Öğrencisine izin verilmiştir.

Gereğini rica bilgilerinize arz ederim.

Dr. Yılmaz DÜNDAR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:
1- Anket
2- Başvuru Formu

EKLER:
1- Anket
2- Başvuru Formu

Eğitim Hizmetleri Adalet Mah. 100. Yıl Bulvarı No:232 İlkadım/Samsun
A * tılı bilgi için: Uzman Nazmiye ÖZTÜRK Tel: 0362 311 25 00 /1507 Faks: 0362 311 25 28
E-Posta:nazmiye.ozturk@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ce21e08b-e6ce-400c-8a8d-c6cb2d05341b kodu ile erişebilirsiniz.



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

Sayı : 33564870/770
Konu : Ahmet GÖKTAŞ'ın Tez Çalışması
Hk.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi : 05.03.2015 tarihli ve 5471 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr.Kadir BULDUKOĞLU'nun danışmanlığını yürüttüğü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Ahmet GÖKTAŞ'ın "Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Fiziksel ve Tesbit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi " konulu tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde uygulama talebi tarafımızca değerlendirilmiş olup; anket çalışmasının Sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, çalışma sonucunun tarafımıza gönderilerek Genel Sekreterliğimizin bilgisinde ilan edilmemesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr. Latif ÜSTÜNEL
Genel Sekreter

Adres: Olgunlar Mah.Atatürk Bulvarı (Eskisaruhatun Hast.) No:2 Pk:23040 Merkez ELAZIĞ
Web:www.elazigkhhb.gov.tr e-posta:khhb23.tb@saglik.gov.tr
A★ tılı bilgi için: 0(424)247 05 10 K.ÖZKAN Dahili 3167

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 324217a2-8fa1-4079-b368-ccfd4955475a kodu ile erişebilirsiniz.

Ek 6.4. Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı

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

Sayı :91785128--6823
Konu :Tez Çalışmanız Hk.

NORMAL
21.04.2015

SN AHMET GÖKTAŞ
(Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği ABD
07058 Kampus/Antalya)

İlgi :17.04.2015 tarih ve 9407 sayılı yazınız

"Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi" başlıklı çalışmanızın, Birliğimize bağlı Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde uygulama izin talebi ile ilgili olarak; Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Çalışma Değerlendirme İnceleme Komisyonumuz tarafından Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazıları doğrultusunda, çalışmaların sağlık tesisindeki hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayata özen gösterilmesi ve çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla değerlendirilmiş ve izin talebiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd.Doç.Dr. Halit ÇINARKA
Genel Sekreter

EKLER:
-Komisyon Tutanağı (1 sayfa)



GÜVENLİ ELEKTRONİK
İMZA LAŞLI İLE AYNTISIDIR
22 Nisan 2015

Taner BOZ
V.H.K.I.



01557 00006823

Bu evrak 5070 Sayılı Yasa gereğince elektronik olarak imzalanmıştır.

Adres: http://81.213.151.6:4444/edys/ebul.aspx Parametre: WmE0bkdSSkVXYm10VjZdWNGY2VKZz09

Trabzon Kamu Hast. Birliği Genel Sekreterlik Ağz. Dış Sağlığı ve Çevre Hizmetleri Birimi


İnönü Mahal. Maraş Cad. Numüne Kampüsü / Trabzon

Telefon: 0462 2141111-1946 Faks: 0462 2341113

Bilgi için İrtibat: F. EGE
khhb61.adscevire@saglik.gov.tr

Ek 6.5. Adana İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/05/2015-19123


T.C. SAĞLIK BAKANLIğI

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Adana İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

ADANA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ADANA İLİ SAĞLIK
İL ÜELERARASI HASTA KOORDİNASYON,
STATİSTİK BİRİMİ
15/25/2015 16:15 - 75940015 / 770 / 443
00000001

Sayı : 75940015/770
Konu : Araştırma İzni

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 05.03.2015 tarihli ve 50913635.100.5468 sayılı yazınız

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans yapmakta olan Ahmet GÖKTAŞ'ın Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde yapmak istediği "Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi" konulu tez çalışması için başvuru talebi, "Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma İle Bilimsel Araştırma Ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonu" tarafından incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize sunulması koşuluyla uygun görülmüştür.

Gereğini Bilgilerinize arz ederim

Doç.Dr.Orhan GÖRGÜLÜ
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı


Hacı Ömer Sabancı Cd. SEYHAN ADANA
F. REMEZ


Güvenli Elektronik İmza
15.05.2015
16:15
İbrahim KAPICI
Evrak Birimi

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0488447-4368-46d0-a7bb-d598a37db6d8 kodu ile erişebilirsiniz.

Ek 6.6. Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı

BOLU İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BOLU İLİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
26.05/2013 14:50 - 71924980 / 770 / 263


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği


00010703982

Sayı : 71924980/770
Konu : Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE


Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Bölümü yüksek lisans öğrencisi Ahmet GÖKTAŞ'ın, "Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Fiziksel Teşpit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi" konulu araştırmasını Genel Sekreterliğimizce bağlı İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmasına dair Makam Onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Ali Rıza ZOR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkan V.

EKLER:
1- Araştırma İzni

Dağıtım:
1- Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
2- Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi


Güvenli Elektronik İmza
26.05.2013

Bolu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Birimi Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Ağaççılar
Mevkii 0(374)2753030-2649
★ sta:www.bolu.khb @ sağlik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1fe1e5a6-4de7-42d3-9bb8-078744676ca5 kodu ile erişebilirsiniz.

Ek 6.7. İstanbul İli Kuzey Anadolu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.10.2015-36489



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



ÇOK İVEDİ

Sayı : 77517973-770-
Konu : Anket İzni Hk.

SAYIN AHMET GÖKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dumlupınar Bulvarı 07058 Kampus Antalya

İlgi : a) 20.05.2015 tarihli ve bila sayılı yazınız.
b) Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 06.10.2015 tarihli ve 10159 sayılı yazısı.

İlgi (a) sayılı yazı ile tarafımıza başvuruda bulunduğunuz "Psikiyatri Klinik Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi" adlı anket çalışmanızı Genel Sekreterliğimize bağlı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütme talebiniz ilgi (b) sayılı yazıya istinaden Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

İsmail ÖZTÜRK
İdari Hizmetler Başkanı a.
İdari Hizmetler Başkanlığı Koordinatörü

Güvenli Elektronik
İmza ile Aynıdır.
Nurhayat SAYIN
Hemşire

E-5 Karayolu Üzeri 34752 / Ataşehir / İstanbul
Telefon: 5787878-7767 Faks: 0216 578 78 21
e-Posta: emineturegun_12@hotmail.com
Evrakı Doğrulamak İçin : <http://212.156.51.42:805/enVision/Dogrula/GPMFHC4>

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Emine ÖZÇAYDAR



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Meslektaşım,

Ben **Ahmet GÖKTAŞ**. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Yüksek Lisans tezimin başlığı ***“Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum Ve Uygulamalarını Belirlemek”***tir. Sizden bu araştırmaya katılımcı olarak destek vermenizi arzu ediyorum. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, aşağıda yer alan bilgi formu ile, fiziksel tespit uygulamalarına yönelik olarak geliştirilmiş ve üç bölümden oluşan ölçeği **eksiksiz** olarak yanıtlamanızı diliyorum. Soruların yanıtlanması yaklaşık **15-20** dakikanızı alacaktır. Bu araştırmanın psikiyatri hemşireliği eğitimi, uygulaması ve yönetimine bilimsel katkı sağlamanın yanı sıra, fiziksel tespit ile ilgili standartların oluşturulması ve geliştirilmesine katkı vereceğini düşünmekteyim.

Sizden alınacak olan tüm bilgiler bu araştırmada veri olarak kullanılacak ve **kesinlikle gizli tutulacaktır**. Hiçbir şekilde isminiz kayıt edilmeyecektir. Araştırmaya gönüllü olarak katılma ve istediğiniz zaman araştırmadan çıkma hakkınız vardır.

Bu bilimsel çalışmaya katılımınız ve katkınız için teşekkür ederim.

Araš.Gör. Ahmet GÖKTAŞ

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

E-posta:agoktas.85@gmail.com

GSM: 0 544 257 87 74

Katılımcının imzası:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ahmet	Uyruğu	T.C.
Soyadı	GÖKTAŞ	Tel no	0553 499 25 75
Doğum tarihi	16.08.1985	e-posta	agoktas.85@gmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Bitlis Beş Minare Lisesi	2005
Lisans	Siirt Üniversitesi/SYO	2012
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	Devam ediyor
Doktora	-	-

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Özel Tatvan Can Hastanesi	4 ay (2012)
Hemşire	Bitlis Devlet Hastanesi	1 ay (2013)
Araştırma Görevlisi	Bitlis Eren Üniversitesi	1 yıl (2013-2014)
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi	2 yıl (2014-.....)

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS	70.00
İngilizce	IELTS	6.0

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
-		
-		

Burslar-Ödüller:-

Yayınlar ve Bildiriler:-