

T.C.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRE VE HEKİMLERİN
FİZİKSEL KISITLAMAYA İLİŞKİN BİLGİ VE
TUTUMLARININ ETİK İKİLEM AÇISINDAN İNCELENMESİ

TUNAY GÜNEŞ

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi Nilgün Avcı

İSTANBUL

2019

T.C.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRE VE HEKİMLERİN
FİZİKSEL KISITLAMAYA İLİŞKİN BİLGİ VE
TUTUMLARININ ETİK İKİLEM AÇISINDAN İNCELENMESİ

TUNAY GÜNEŞ

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi Nilgün Avcı

İSTANBUL

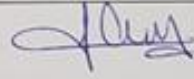
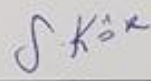

2019

Tez Onay

Anabilim Dalı: Hemşirelik
Program Adı: Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı
Öğrencinin Adı Soyadı: Tunay GÜNEŞ
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nilgün AVCI

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Tunay GÜNEŞ tarafından hazırlanan "Yoğun Bakımda Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi Döveyi ve Tutumunun Etik İkilem Açısından Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:05/07/2019

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Nilgün AVCI Biruni Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Selmin KÖSE Biruni Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Sevda KARAKAŞ İstanbul Arel Üniversitesi	

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

I. Beyan

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tunay GÜNEŞ



II. Teşekkür

Tez çalışmamın her aşamasında desteğini hiç esirgemeyen, bana her zaman yardımcı olan, yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli tez danışmanım Sn. Dr. Öğr. Üyesi Nilgün AVCI 'ya

Bana çalışmam için uygun ortam sağlayan, yardımlarını esirgemeyen ve daima sabır gösteren eşime, aileme ve emeği geçen herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tunay GÜNEŞ



III. İçindekiler

	Sayfa No
İç Kapak.....	-
Onay sayfası.....	-
I. Beyan.....	iii
II. Teşekkür.....	iv
III. İçindekiler.....	v
IV. Simge ve Kısaltmalar Listesi.....	vii
V. Tablo listesi.....	viii
VI. Şekil listesi.....	ix
1. ÖZET VE ANAHTAR KELİMELEER.....	1
2. ABSTRACT AND KEY WORDS.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1 Fiziksel Kısıtlama.....	5
4.1.1. Fiziksel kısıtlama ve kullanım amacı.....	5
4.1.2. Fiziksel kısıtlamanın tarihsel süreci.....	6
4.1.3. Fiziksel kısıtlamanın uygulanmasında kullanılan materyaller....	6
4.1.4. Fiziksel kısıtlama uygulanmasının etik boyutu.....	8
4.1.5. Fiziksel kısıtlamanın komplikasyonları.....	8
4.1.6. Fiziksel kısıtlamanın dünyada ve Türkiye’de kullanımı.....	9
4.2. Yoğun Bakım Ünitesi.....	10
4.2.1. Yoğun bakım ünitelerinin tarihçesi.....	11
4.2.2. Yoğun bakım ünitelerinin düzeyleri.....	11
4.2.3. Türkiye’deki yoğun bakım ünitelerinin sayısı.....	12
4.2.4. Yoğun bakıma kabul kriterleri.....	14
4.2.5. Yoğun bakımdan taburculuk kriterleri.....	17
4.2.6. Yoğun bakım ünitesinde kısıtlama uygulanan hastaya yönelik hemşirelik bakımı.....	17
4.2.7. Fiziksel tespit sırasında olası hemşirelik tanıları ve girişimleri.....	20
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	23
5.2. Araştırmanın Soruları.....	23

5.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	24
5.6. Veri Toplama Araçları.....	24
5.6.1. Kişisel bilgi formu.....	24
5.6.2. Ahlaki duyarlılık anketi.....	24
5.6.3. Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve uygulamaları ölçeği.....	25
5.6.4. Richmond Sedasyon ve Ajitasyon Skalası (RASS).....	26
5.6.5. Motor Aktivite Değerlendirme Skalası (MASS).....	26
5.7. Veri Toplama Yöntemi.....	27
5.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
5.9.Değerlendirme.....	27
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
6. BULGULAR.....	29
7.TARTIŞMA.....	42
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
9. KAYNAKLAR.....	57
10. EKLER.....	62
Ek-1 Gönüllü Olur Formu.....	62
Ek-2 Kişisel Bilgi Formu.....	63
Ek-3 Ahlaki duyarlılık anketi.....	64
Ek-4 Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği.....	66
Ek-5 Richmond Sedasyon ve Ajitasyon Skalası (RASS).....	69
Ek-6 Motor Aktivite Değerlendirme Skalası (MASS).....	70
Ek-7 Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Onayı	71
Ek-8 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum Onayı	73
Ek-9 Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum Onayı.....	74
Ek-10 Bağcılar Medicine Hospital Kurum Onayı	77
11. ÖZGEÇMİŞ.....	78
İntihal Raporu.....	79

IV. Simge ve Kısaltmalar Listesi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ADA: Ahlaki duyarlılık anketi

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)

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

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

MASS: Motor Aktivite Değerlendirme Skalası

RASS: Richmond Sedasyon ve Ajitasyon Skalası

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

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

YB: Yoğun Bakım

SML: Sağlık Meslek Lisesi

V. Tablo Listesi

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Meslekler ile Karşılaştırılması (N:113)	30
Tablo 2	Katılımcıların Mesleki Özelliklerinin Meslekler ile Karşılaştırılması (N:113)	31
Tablo 3	Katılımcıların Mesleki Çalışma Süresi Ortalamalarının Meslekler ile Karşılaştırılması (N:113)	32
Tablo 4	Sağlık Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılık Anketi Puan Ortalamalarının Meslekler ile Karşılaştırılması (N:113)	33
Tablo 5	Hemşire ve Hekimlerin Ahlaki Duyarlılık Anketi Puan Ortalamalarının Eğitim, Çalışılan Kurum ve Önceden Fiziksel Kısıtlama Uygulama Durumu ile Karşılaştırılması (N:113)	35
Tablo 6	Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamalarının Meslek ile Karşılaştırılması (N:113)	37
Tablo 7	Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Richmond Sedasyon ve Ajitasyon Skalası Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:113)	39
Tablo 8	Katılımcıların Motor Aktivite Değerlendirme Skalası Puan Ortalamalarının Meslekler ile Karşılaştırılması (N:113)	39
Tablo 9	ADA, Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi-Tutum-Uygulama Ölçeği ve Motor Aktivite Değerlendirme Skalası Puan Ortalamalarının Birbiri ve Yaş, Meslekte Çalışma Süresi ile Korelasyonu (N:113)	40

V. Şekil Listesi

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
Şekil 1	Yıllara Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları	12
Şekil 2	Seviyelerine Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları	13
Şekil 3	Seviyelerine Göre Yoğun Bakım Doluluk Oranları	14



1. ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER

Bu çalışma, “Yoğun bakımda çalışan hemşire ve hekimlerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının etik ikilem açısından incelenmesi” amacıyla gerçekleştirildi. Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda geliştirilen bu çalışmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Bağcılar Medicine Hospital’da Şubat-Temmuz 2018 tarihleri arasında, aktif olarak çalışmakta olan hekim ve hemşireler (N:197) den araştırmaya katılmayı kabul eden 113 hekim ve hemşire oluşturdu. Verilerin toplanmasında “Kişisel bilgi formu”, “Ahlaki duyarlılık anketi”, “Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği”, “Richmond Sedasyon ve Ajitasyon Skalası” ve “Motor Aktivite Değerlendirme Skalası” kullanıldı. Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 27,926±6,737/yıl, hekimlerin yaş ortalamasının ise 30,00±3,727 yıl olduğu ve hemşirelerin %55,3’ünün, hekimlerin %57,9’unun meslekte çalışma süresinin 6 yıl ve üzeri olduğu görüldü. Hemşirelerin %89,4’ünün, hekimlerin %78,9’unun daha önce fiziksel kısıtlama uyguladıkları, hemşirelerin %98,9’unun ve hekimlerin tamamının gerektiğinde fiziksel kısıtlama uygulanabileceğini ifade ettikleri belirlendi. Daha önce fiziksel kısıtlamayı uygulayan ve gerektiğinde fiziksel kısıtlama uygulanabilir diyenlerin oranının fiziksel kısıtlama uygulamayan ve uygulanmamalı diyenlere göre daha yüksek olduğu görüldü. Hemşirelerin hekimlere kıyasla Ahlaki duyarlılık anketinin aldıkları puanın daha yüksek olmasına bağlı olarak ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu saptandı. Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulama ölçeği puan ortalamalarının (37,011±3,453), hekimlerin uygulama puanlarından (33,579±5,388) daha yüksek olduğu katılımcıların mesleklerinin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını etkilemediği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Yoğun Bakım, Fiziksel Kısıtlama, Ahlaki Duyarlılık, Etik.

2. ABSTRACT AND KEY WORDS

This study was conducted to examine the ethical dilemma of the knowledge, attitudes and practices of nurses and physicians working in intensive care with regard to physical restriction. The universe of this study, which was developed in descriptive design, consisted of active physicians and nurses working between February-July 2018 in İstanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Hospital, İstanbul University İstanbul Medical Faculty Hospital, Biruni University Medical Faculty Hospital and Bağcılar Medicine Hospital (N: 197). 113 physicians and nurses who agreed to participate in the study. “Personal Information Form”, “Moral Sensitivity Scale”, Bilgi Knowledge Level, Attitude and Practices Scale of Physical Determinant Use of Nurses”, “Richmond Sedation and Agitation Scale” and “Motor Activity Assessment Scale” asında It was used. The data obtained from the study were analyzed using SPSS program. The mean age of the nurses participating in the study was 27.926 ± 6.737 / year, and the mean age of the physicians was 30.00 ± 3.727 years, and 55.3% of the nurses and 57.9% of the nurses were working for 6 years or more. Previously, physical restraint status was applied in 89.4% of nurses and 78.9% in physicians. If necessary, physical restraint was applied in 98.9% of nurses and 100% in physicians. It was seen that the rate of those who had previously applied physical restraint and when necessary, said that physical restraint could be applied was higher than the others. It was found that the nurses' moral sensitivity was lower due to the higher scores of the Moral Sensitivity Scale compared to the physician. It was found that the mean scores of the application scale for the use of physical determinants of nurses (37.011 ± 3.453) were higher than the application scores of the physicians ($33.579 \pm 5,388$) and did not affect the knowledge and attitudes of the participants about the use of physical determinants.

Keywords: Intensive Care, Physical Restriction, Moral Responsibility, Ethics.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Fiziksel kısıtlama; kendilerine ya da çevrelerine zarar verme potansiyeli yüksek olan hasta gruplarında (konfüze, ajite, demans ve deliryum), bu durumu ortadan kaldırmak amacıyla kullanılır. Hasta hareketlerinin manuel bir teknikle sınırlandırılmasını içeren bu işlem, hasta vücuduna takılan ve kendisinin kolaylıkla çıkartamadığı, fiziksel veya mekanik ekipmanlar ve materyallerin kullanımıyla da gerçekleştirilmektedir (Orhan ve Yakut, 2012).

Avrupa ülkelerinin yoğun bakım ünitelerinde fiziksel kısıtlamanın kullanımı ile ilgili bir çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada fiziksel kısıtlama kullanımının %39 oranında olduğu bildirilmektedir. Çalışmada İngiltere, Portekiz ve İtalya'da ise bu yöntemin hiç kullanılmadığı sonucuna varılmıştır (Benbenbishty ve ark., 2010).

Türkiye'de ise yoğun bakım ve genel klinikleri kapsayan çalışmalarda hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulama oranının %90,5-%96,1 arasında değişmekte olduğu ifade edilmektedir (Akansel, 2007; Demir, 2007; Karagözoğlu ve Özden, 2013).

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ); klinik durumu kritik hastalarda hastalığın sebebinin belirlendiği, semptomların tedavi edildiği ve hasta bireyin bakımını sağlamak üzere özel yöntemlerin uygulandığı alanlardır. Bu alanlarda özel yetiştirilmiş sağlık personeli ile ileri düzeyde hizmet sunumunun yanı sıra en gelişmiş biyomedikal cihazlar kullanılmaktadır (Hindistan ve ark., 2009; Dedeli ve Akyol, 2008).

Yoğun bakım hastasına verilecek olan bakımların fazlalığı ve gerek yoğun bakım hastasının verilen ilaçlara bağlı olarak gerekse rahatsızlıklarına bağlı olarak istemsiz reaksiyon verebilmeleri nedeniyle bakımlar bazen zorlaşabilmektedir. Bu durumda kliniklerde istenmese de fiziksel tespit yapılabilir. Hekim orderi ile yapılması gereken bu uygulamayı çoğunlukla bakımdan sorumlu olan yoğun bakım hemşireleri gerçekleştirmektedir. Fiziksel tespit hasta yararına uygulansa da birçok komplikasyonu olabileceğinden hemşire; fiziksel kısıtlama uygulaması işlemine başlamadan önce hekimin kısıtlama işlemini order ettiğinden emin olmalıdır. Ayrıca doğru hastaya, uygun materyalle ve uygun tespit yöntemiyle fiziksel kısıtlamayı

uygulamalı ve hastayı sık aralıklarla gözlemelidir. Ayrıca, yaptığı tüm işlem ve uygulamaları da sırasıyla kaydetmelidir (İlhan, 2009).

Fiziksel kısıtlama kullanımı ile ilgili farklı uygulamalar yapılmakta olsa da etik açıdan hasta yararını gözetmek son derece önemlidir. Etik duyarlılık, tüm birimlerde olduğu gibi yoğun bakım ünitelerinde de önem arz etmektedir. Fiziksel kısıtlamanın ortaya çıkarabileceği sorunlar dışında gerek hastanın gerekse hasta yakınının onamı alınmaksızın sadece bilgilendirilmesi de etik açıdan problem yaratabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, tedavisi için yoğun bakım ünitesine yatırılan hastalar ve bu hastaların yakınları yapılan işlemleri, bu işlemlerin neden yapıldığını, bu doğrultuda tedavi edenler tarafından bilgilendirilmeyi ve kendileri ile iş birliği içerisinde olunmasını istediğini belirtilmektedir (Kahraman ve ark., 2015).

Hekim istemi ile başlanan fiziksel kısıtlama uygulamalarının etik açıdan dikkate alınması gereken bir konu olmasının yanında birçok komplikasyonu beraberinde getirdiği unutulmamalı, gerekli görülmedikçe fiziksel kısıtlama uygulanmamalı, hastanın ajitasyonuna bağlı yarar-zarar ilkesi bozulduğunda fiziksel kısıtlama dikkatli şekilde başlanmalı, hastaya zarar vermeyecek fiziksel kısıtlama materyalleri seçilmeli, hastanın ajitasyonu azaldığında ya da bittiğinde fiziksel kısıtlama sonlandırılmalı ve kayıt edilmelidir. Hemşireler hasta bakımında monitör görevi gördüklerinden özellikle fiziksel kısıtlama uygulanan hastalarda hemşirenin yakın gözlem, takip ve bakımı son derece önemlidir (Göktaş ve Buldukoğlu, 2017).

Bu çalışma, yoğun bakımda çalışan hemşire ve hekimlerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve tutumlarını etik ikilem açısından incelemek amacıyla gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Fiziksel Kısıtlama

Bazı hasta gruplarında (konfüze, ajite, demans ve deliryum gibi) kendilerine ya da çevrelerine zarar verme potansiyeli oldukça yüksek olabilmektedir. Bu gruplarda oluşabilecek zararı en aza indirmek veya ortadan kaldırmak amacıyla fiziksel kısıtlama uygulanabilmektedir. Fiziksel kısıtlama, hastanın hareketlerini manuel bir yöntemle azaltmak amacıyla yapılır. Burada hastanın vücuduna takılıp hasta tarafından rahatlıkla çıkarılamayan fiziksel veya mekanik araç-gereçler ve materyallerin kullanımı da tercih edilebilir (Orhan ve Yakut, 2012). Fiziksel kısıtlama, “Sağlık Kurumları Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations = JCAHO)” tarafından ise “hastanın izni veya onayı olmaksızın, hastaya fiziksel güç uygulayarak hastanın hareket özgürlüğünü kısıtlamak” şeklinde tanımlanmıştır. Fiziksel kısıtlama ile eş anlamda kullanılan fiziksel tespit ise; sağlık çalışanının hastanın kendisine ve çalışanlara zarar verebilecek hareketlerini kontrol altına alabilmek için hastanın vücuduna uyguladığı kısa süreli fiziksel güç olarak tanımlanır. Ayrıca, kontrolü hastada olmayan, istediğinde çıkartmadığı mekanik cihaz, malzeme veya araçlarla yapılan uygulamalara da fiziksel kısıtlama denilmektedir (Demir, 2007, Eşer ve ark., 2007, Taha ve Ali, 2013).

4.1.1. Fiziksel kısıtlamanın amacı

Fiziksel kısıtlama uygulamasının aşağıdaki amaçlar için kullanıldığı bildirilmektedir:

- hastaların ajitasyonu veya saldırgan davranışlarını kontrol altına almak,
- tıbbi araç ve gereçlerini çıkartmasını önlemek,
- kendilerine zarar vermesini önlemek,
- yataktan düşmeleri engelleyerek hasta güvenliğini sağlamak,
- yatağa bağımlı olan hastaların duruşlarını korumak (Gürdoğan ve ark., 2016).

4.1.2. Fiziksel tespitin tarihsel süreci

İngiltere’de 18. yüzyılda psikiyatri hastanelerinde hastaların zincirle bağlanması şeklinde başlayan fiziksel kısıtlama uygulaması, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) ise 19. yüzyılda uygulanmaya başlanmıştır (Rogers, 1999). ABD’de 1940’larda fiziksel tespit uygulaması kabul edilerek standart hale gelmiş (Martin ve Mathisen, 2005), 1950’lilerden sonra ABD ve İngiltere’de fiziksel kısıtlama uygulaması yaygınlaşmış, 1980 yıllarından itibaren ise kullanımı sınırlandırılmıştır (Rogers, 1999). İngiltere’de 19. yüzyıl ortalarından itibaren fiziksel kısıtlamaya alternatif olarak daha az kısıtlayıcı yöntemlerin (yatak alarmları, iletişim, dokunma, aile iş birliği, masaj, akupunktur) kullanımında artış gözlenirken (Bray ve ark., 2004; Hine, 2007) bu alternatif yöntemler ABD’de daha sonraki yıllarda kullanılmaya başlanmıştır (Rogers, 1999).

ABD’de fiziksel kısıtlama kullanımıyla ilgili düzenlemeleri sağlayan bazı kurumlar mevcuttur. Bu kurumlar; OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act - Çok Maddeli Bütçe Uzlaşma Yasası), HCFA (Health Care Financing Administration-Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetim Bürosu- bakımevi gibi kurumları düzenleyen ve kontrol eden kurumlar), JCAHO, ANA (American Nurses Association-Amerikan Hemşireler Birliği)’dir (Tel ve Tel, 2002a ve Tel ve Tel, 2002b). İlgili kuruluşlar 1990’lı yıllarda fiziksel kısıtlama kullanımına devam edilmesini önermiş ve sağlık çalışanları için fiziksel kısıtlamanın güvenli uygulanmasına yönelik bilgiler yayınlamıştır (Tel ve Tel, 2002a ve Tel ve Tel, 2002b).

Bu kuruluşlar fiziksel kısıtlamanın hiçbir zaman hastayı cezalandırmak ya da hastanın bakımında kolaylık sağlamak için uygulanmaması gerektiğini savunurlar. Fiziksel kısıtlamanın sadece yarar-zarar ilkesi gözetilerek kendisine ve çevresine zarar verme ihtimalini minimal kılmak veya sağlık bakım kalitesini arttırmak amacıyla uygulanabileceğini savunmaktadır (Bartlova ve ark., 2015).

4.1.3. Fiziksel kısıtlamada kullanılan materyaller

Fiziksel kısıtlama materyalleri, sıklıkla yoğun bakım hastalarının kendilerine zarar vermesini, ajitasyonlarına bağlı bakım ile tedavi girişimlerinde zorluk yaşanmasını önlemek amacıyla kullanılmaktadır (Orhan ve Yakut, 2012).



www.en.wikipedia.org., Erişim tarihi: 15.12.2018

Fiziksel kısıtlama için çeşitli kısıtlama materyalleri kullanılmakta olup, uygulamada eldiven, atel, kemer, kelepçe, ađ yatak, tespit sağlayıcı yelek/gömlük, sargı bezi, tespit sandalyesi, çarşaf ve ip gibi materyaller sık kullanılmaktadır (Balcı, 2016).



www.en.wikipedia.org., Erişim tarihi: 15.12.2018



www.en.wikipedia.org., Erişim tarihi: 15.12.2018

4.1.4. Fiziksel kısıtlama uygulanmasının etik boyutu

Etik; insan ilişkilerinde önemli değerleri, iyi veya kötü, doğru veya yanlış olanın niteliğini ve temellerini ahlaki açıdan inceleyen felsefe dalı olarak ifade edilmektedir (Karaöz, 2000).

Etik duyarlılık ise; çelişkili durumlarda ahlaki değerler ya da kişinin var olan durum içinde kendi rol ve sorumluluklarının farkına varması olarak tanımlanır (Pekcan ve Sevgi, 2007).

Etik sorunları çözme, açıklık getirme, etik bir ikilemi çözme ve ikilemlere bağlı gelişebilecek durumları önleyebilmede etik duyarlılık önemlidir. Özellikle çağımızda hasta hakları ve etik vazgeçilmez olmuş birçok ülkede hasta bakım standartlarının geliştirilmesini ve uygulanmasını zorunlu kılmıştır. Fiziksel kısıtlama kullanımı ile ilgili farklı uygulamalar yapılmakta olsa da etik açıdan hasta yararını göz etmek adına birçok ülkede bu uygulamalar yasalarla kontrol altına alınmıştır. Örneğin; uluslararası standartlar ve gelişmiş ülkelerin yasaları, bu uygulamaların yetkili bir kuruluş tarafından sertifikası olan hemşirenin onayı veya yazılı doktor isteği olmadan yapılmasına müsaade etmemektedir (Hakverdioğlu ve ark., 2006).

Etik duyarlılık, tüm birimlerde olduğu gibi yoğun bakım ünitelerinde de önem arz etmektedir. Fiziksel kısıtlamanın ortaya çıkarabileceği sorunlar dışında gerek hastanın gerekse hasta yakınının onamı alınmaksızın sadece bilgilendirilmesi de etik açıdan problem yaratabilmektedir. Yoğun bakımdaki hastalar ve yakınlarını kapsayan bir çalışmada; kişilerin üniteye yapılan işlemleri, bu işlemlerin neden yapıldığını bilmek istediği, sağlık personeli tarafından bilgilendirilmeyi ve kendileri ile iş birliği içerisinde olunmasını istedikleri belirtilmiştir (Kahraman ve ark., 2015).

4.1.5. Fiziksel kısıtlamanın komplikasyonları

Fiziksel kısıtlamanın çeşitli ülkelerde hastanın yararına yapılan bir uygulama gibi görülmesine rağmen, uygulamaya bağlı olarak birçok komplikasyon görülebilmektedir. Bunlar; kan dolaşımının engellenmesi, doku bütünlüğünde bozulma, inkontinans, aspirasyon, solunum güçlüğü, basınç yaraları, konstipasyon, sinir zedelenmeleri, öz-güven kaybı, aşağılanma duygusu, korku ve öfke olarak sıralanabilir (Göktaş ve Buldukoğlu, 2017).

Fiziksel kısıtlamanın komplikasyonları, kullanılan materyalin türü, uygulama süresi gibi faktörlerden etkilenebilmektedir. Örneğin; kısıtlamanın kullanıma başlama kararı kadar, ne kadar süre ile uygulanacağı da önem arz etmektedir. Yapılan çalışmalarda, fiziksel kısıtlamanın nedeni ortadan kalktığı halde kullanılmaya devam edildiği ve bu durumun hareketsizliğe bağlı olarak, hastalarda duyu yoksunluğundan kas güçsüzlüğüne, asfiksiye bağlı ölüm riskine, boğulma, göğüs kafesine baskı yapma ve intihara kadar pek çok fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlar yaşamasına neden olduğu belirtilmiştir (Kahraman ve ark., 2015).

4.1.6. Fiziksel kısıtlamanın dünyada ve Türkiye’de kullanımı

Başlangıçta İngiltere’de kullanılmaya başlanan fiziksel kısıtlama günümüzde bu ülkede de uygun görülmeyen ve yaygın olarak kullanılmayan bir uygulamadır. İngiltere ve Fransa’da 19 yy.’ da kullanımı desteklenmemiş, Amerika’da ise yoğun bakımlarda terapötik ve etik açıdan uygun görülüp hastane ortamında oluşabilecek kaza ve yaralanmaların önlemede vazgeçilmez bir uygulama olduğu savunulmuştur (Hakverdioğlu ve ark., 2006). Amerika, Avusturalya ve Avrupa’da geleneksel bir yöntem olarak kullanıldığı belirtilmekte olan fiziksel kısıtlamanın Kanada’da ise, sadece hekim istemi ile yapılabilen bir uygulama olduğu söylenmektedir (Bray ve ark., 2004).

Görüldüğü üzere tarihsel süreçte fiziksel kısıtlama ile ilgili farklı tutumlara yer verildiği bununla birlikte dünyada birçok ülkede de yaygın olarak kullanılmakta olduğu bilinmektedir. Fiziksel kısıtlamanın kullanımı ile ilgili Avrupa’daki dokuz ülkenin (İsviçre, İngiltere, İspanya, İtalya, Fransa, Portekiz, Finlandiya, Yunanistan ve İsrail) 34 yoğun bakım ünitesini kapsayan bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada fiziksel kısıtlama kullanımının %39 oranında olup, İngiltere, Portekiz ve İtalya’da hiç kullanılmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Benbenbishty ve ark., 2010). Bu çalışmaya benzer şekilde Tayvan’da yoğun bakım ünitelerinde fiziksel kısıtlama uygulamasının %39,1- %69,9 arasında (Huang ve ark., 2009), Kanada’da %53 (Luk ve ark., 2014), Amerika’da %39 oranında (Martin ve Mathisen, 2005) kullanıldığı belirtilmiştir. Danimarka, İzlanda ve Japonya’da yoğun bakımlarda fiziksel kısıtlama kullanımını %9 oranında iken; İtalya, İsveç, Fransa ve Amerika’da %15-17 arasında, İspanya’da ise %40 oranına ulaştığı bildirilmektedir (Cheung ve Yam, 2005). Yurt dışında yapılmış olan başka bir çalışmada fiziksel kısıtlamanın bakımevlerinde uygulanma oranının %2-%70 gibi geniş bir aralığa ulaştığı bildirilmektedir (Kahraman ve ark., 2015).

Türkiye’de ise yoğun bakım ünitelerini ve genel klinikleri kapsayan çalışmalarda hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulama oranının %90,5-%96,1 arasında değişmekte olduğu ifade edilmektedir (Akansel, 2007; Demir, 2007; Karagözoğlu ve Özden, 2013). Kahraman’ın yoğun bakımda fiziksel kısıtlamaya ilişkin hasta yakınlarının görüşlerini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında da fiziksel kısıtlamanın yoğun bakım ünitelerinde %13-%50 oranları arasında uygulandığı belirtilmiştir (Kahraman ve ark., 2015).

Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya yönelik bilgi ve uygulamalarını içeren başka bir çalışmada, hemşirelerin %82,5’i hastaya bağlı olan tüplerin hasta tarafından çıkarılmasını önlemek, %75,6’sı hastanın yataktan düşmesini önlemek amacıyla fiziksel kısıtlama uyguladıklarını belirtmiştir (Karagözoğlu ve Özden, 2013).

Gürdoğan ve arkadaşlarının yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlama ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarını içeren çalışmasında, hemşirelerin %62,4’unun fiziksel kısıtlama uygulaması ile ilgili eğitim almadıklarını, %81,2’sinin gerekirse hastalara fiziksel kısıtlama uyguladıklarını ortaya koymuştur. Ayrıca, %38,6’sının hekim isteği ve orderi olmadan fiziksel kısıtlamayı uygulamadıkları belirtilmiştir (Gürdoğan ve ark., 2016).

4.2. Yoğun Bakım Üniteleri

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) klinik durumu kritik hastalarda hastalığın sebebinin belirlendiği, semptomların tedavi edildiği ve hasta bireyin bakımını sağlamak üzere özel yöntemlerin uygulandığı alanlardır. Bu alanlar ayrıca en gelişmiş biyomedikal cihazların kullanıldığı, özel yetiştirilmiş sağlık personeli ile ileri düzeyde hizmet sunan bölümlerdir (Hindistan ve ark., 2009; Dedeli ve Akyol, 2008).

YBÜ ayrıca, bireylerin yaşamını tehdit edecek durumlar söz konusu olduğunda, bireylere maksimum yararı sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, disiplinler arası ekip yaklaşımının zorunlu olduğu ve mortalite-morbidite oranının yüksek olduğu birimler olarak da tanımlanmaktadır (Kaya, 2018).

4.2.1. Yoğun bakım ünitelerinin tarihçesi

Kırım Harbi'nde (1852) önemli hizmetlere imza atan hemşire Florence Nightingale'in "kritik hastaların hepsinin mümkün olduğu kadar aynı koşutta toplanmaları daha iyi bir hemşirelik bakımından yararlanmalarını sağlar" gözlemi yoğun bakım ünitelerinin gerekliliğini ortaya koyan önemli bir gözlem olmuştur.

Florence Nightingale'in gözleminden yaklaşık 100 yıl sonra Danimarka'da ortaya çıkan çocuk felci epidemisi sırasında bazı hastaların elle sürdürülen yapay solunum uygulamaları sonucu düzelebildiklerini ortaya koymuştur. Yoğun bakım ve yoğun bakım hemşireliği konusunda özellikle İkinci Dünya Savaşı'nda da önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu savaşta şok tedavisindeki gelişmelerin ve beraberinde ameliyat öncesi-sırası-sonrası bakımın önemi anlaşılmıştır (Akpır, 2004; Hatipoğlu, 2002).

Sonuç olarak; yaşanan bu olaylar hasta bireye verilen bakımın özelleştirilmesini sağlamış ve YBÜ' nün geliştirilmesine katkıda bulunmuştur. Tıbbi gelişmeler, yeni uygulamaları beraberinde getirirken bu alanlarda çalışanların teori ve pratik uygulamalar açısından daha donanımlı olmalarını zorunlu hale getirmiştir (Hatipoğlu, 2002).

4.2.2. Yoğun bakım ünitelerinin düzeyleri

Hastanelerin buldukları bölgelerde, kuruluş amaçları ve hedefledikleri tedavi planları farklı olan ve bu şekilde hasta kabulü yapan yoğun bakım üniteleri vardır. Bunlar 1., 2. ve 3. düzey olmak üzere üç düzeyde sınıflandırılmaktadır.

Düzye 1 (Küçük bölge hastanesi): Birinci düzey hastanelerde bulunan yoğun bakım üniteleridir. Burada servislerden daha yoğun hemşirelik bakımı verilir. Ayrıca EKG, nabız, SpO₂, SaO₂ gibi temel monitörizasyon, ara resüsitasyon ve 24 saat veya daha az süre ile solunum desteği de sağlanır. Konsültasyon ile hekim desteği alan bu birimlere ara yoğun bakım da denilmektedir (Çelik, 2007).

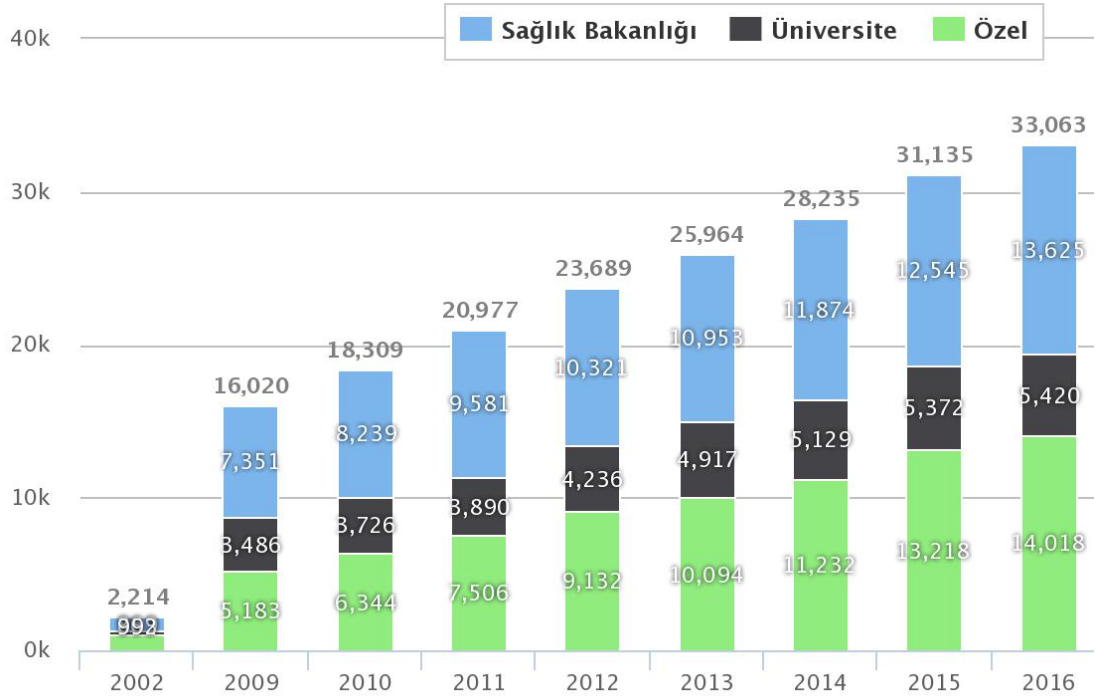
Düzye 2 (Büyük genel hastane): Hasta başında kesintisiz hizmet vermeyen, ancak çağırıldığında hazır bulunan bir yoğun bakım uzmanı bu alanda görev almaktadır. Yoğun bir hemşirelik bakımı verilen bu ünitelerde; uzun süreli solunum desteği, kardiyak monitörizasyon, nutrisyon ve koruyucu fizik tedavi rehabilitasyon

hizmetleri de verilmektedir. Hemofiltrasyon, kafa içi basınç ölçümü ya da pulmoner arter kateterizasyonu gibi invaziv tanı ve tedavi girişimleri de uygulanmaktadır (Çelik, 2007).

Düzyey 3 (Üçüncü düzey hastane): Yoğun bakım konusunda eğitimli, deneyimli ve araştırmacı sağlık çalışanlarından oluşan birimlerdir. Uzman direktörün dışında yoğun bakım uzmanlarının 24 saat serviste bulunduğu bu ünitelerde, aralıksız laboratuvar ve radyoloji hizmeti de vermektedirler. Ayrıca bu alanlar en gelişmiş cihazların mevcut olduğu, ileri monitörizasyon sağlayan ve multidisipliner yaklaşımları benimsemiş servislerdir (Çelik, 2007).

4.2.3. Türkiye' deki yoğun bakım ünitelerinin sayısı

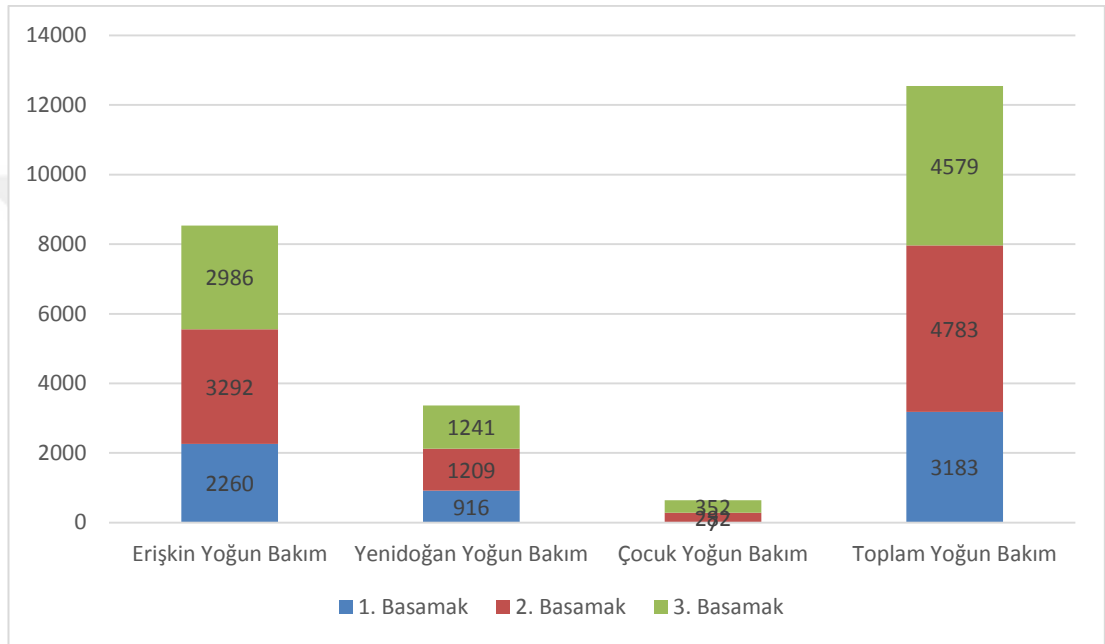
Türkiye' deki toplam yoğun bakım sayıları, seviyelerine göre yatak doluluk oranları ve Sağlık Bakanlığı'nın yatak doluluk oranlarının yıllara göre dağılımı şu şekildedir.



Şekil 1. Yıllara Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları

(<https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>, Erişim Tarihi: 28.02.2019)

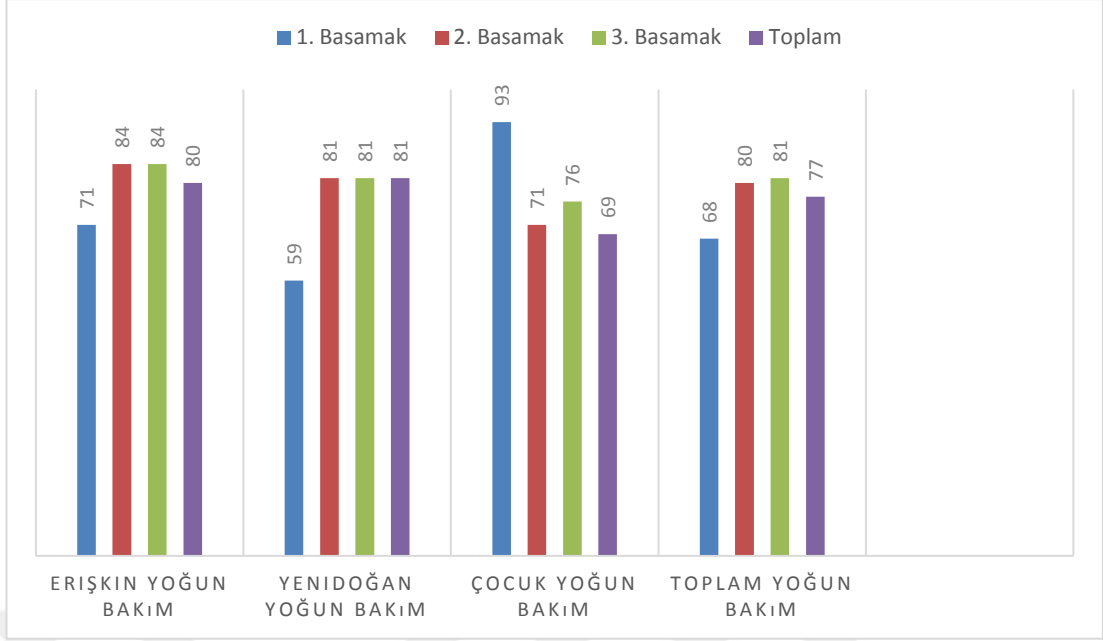
Sağlık Bakanlığı'nın resmi internet sitesinde yer alan, yıllara göre yoğun bakım yatak sayıları Şekil 1'de yer almaktadır. Bu tabloda 2002 yılından itibaren gerek Sağlık Bakanlığı gerek üniversite gerekse özel hastanelerdeki yoğun bakım yatak sayılarının sürekli artış gösterdiği görülmektedir. 2016 yılındaki yatak sayılarının Sağlık Bakanlığı için 13625, üniversite hastaneleri için 5420, özel hastaneler için ise 14018 olduğu da bildirilmektedir. Toplam yoğun bakım yatak sayısı ise 33063'tür (Şekil 1).



Şekil 2. Seviyelerine Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları

([https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/.](https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/), Erişim Tarihi: 28.02.2019)

Seviyelerine göre yoğun bakım yatak sayılarına bakacak olursak; erişkin yoğun bakımda 8538 (1. basamak YB 2260, 2. basamak YB 3292, 3. basamak YB 2986), yeni doğan yoğun bakımda 3366 (1. basamak YB 916, 2. basamak YB 1209, 3. basamak YB 1241), çocuk yoğun bakımda 641 (1. basamak YB 7, 2. basamak YB 282, 3. basamak YB 352), toplamda ise 12545 (1. basamak YB 3183, 2. basamak YB 4783, 3. basamak YB 4579) yatağın olduğunu görüyoruz (Şekil 2).



Şekil 3. Seviyelerine Göre Yoğun Bakım Doluluk Oranları

([https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/.](https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/), Erişim Tarihi: 28.02.2019)

Erişkin yoğun bakım, yeni doğan yoğun bakım ve çocuk yoğun bakımın toplam yatak doluluk oranları 1. basamak için %68, 2. basamak için %80, 3. basamak için %81 olup, toplamda doluluk oranı %77'ye ulaşmaktadır (Şekil 3).

4.2.4. Yoğun bakıma kabul kriterleri

Yoğun bakımda tedavi ve bakım hizmeti alabilmek için öncelikli hasta grupları belirlenmiştir. Bunlar;

1) *Kardiyovasküler sistem*

- Komplike akut MI
- Kardiyojenik şok
- Sıkı takip ve müdahale gerektiren komplike aritmiler
- Solunum/hemodinamik destek ihtiyacı olan akut konjestif kalp yetmezliği
- Disaritmili, hemodinamik dengesizlik ve inatçı göğüs ağrısıyla karakterize belirsiz anjina
- Kardiyak arrest
- Açık kalp cerrahisi (koroner bypass, kalp kapak ameliyatları, vb.)
- Kardiyak tamponad

- Hipertansif aciller

- Aortik anevrizma diseksiyonu

- Tam kalp bloğu

2) *Solunum sistemi*

- Ventilatör desteği ihtiyacı olan akut solunum yetmezliği

- Ara yoğun bakım ünitelerinde bulunup solunum yetmezliği gelişen yoğun bakım hastaları

- Hemodinamik stabilizasyonun olmadığı durum ile karakterize pulmoner emboli

- Acil entübasyon gerektiren solunum yetmezliği

- Masif hemoptizi

3) *Nörolojik hastalıklar*

- Mental durum bozukluğu ile karakterize akut stroke

- Nörolojik veya pulmoner fonksiyon bozukluğu ile karakterize nöromusküler/santral sinir sistemi hastalıkları

- Koma, metabolik, toksik ya da anoksik

- Status epileptikus

- Herniyasyon ihtimali olan intrakraniyal kanama

- Beyin ölümü

- Akut subaraknoid kanama

- Vazospazm

- Solunum yetmezliği veya mental durum bozukluğu olan menenjit

- Şiddetli kafa travması olan hastalar

4) *Aşırı doz alımı/ilaç zehirlenmesi*

- Hemodinamik olarak nonstabil ilaç almış hastalar

- Havayolu açıklığının sağlanamadığı durumlarda, mental durum bozukluğu ile karakterize ilaç alımı durumu

- İlaç alımına bağlı nöbet geçirmiş hastalar

5) Gastrointestinal hastalıklar

- Yaşamı tehlikeye sokan gastrointestinal kanama
- Alevli hepatik yetmezlik
- Ağır pankreatit
- Mediastinit gelişmiş veya mediastinit olmaksızın özofageal perforasyon

6) Endokrin

- Şiddetli asidoz, solunum yetersizliği, mental durumda değişiklik, hemodinamik dengezsizlik gibi durumlarla ortaya çıkan, kompleks diyabetik ketoasidozis
- Hemodinamik dengesizlik ile karakterize tiroid buhranı ya da miksödem
- Hemodinamik instabilite ya da koma ile karakterize hiperosmolar durum
- Hemodinamik instabilite ile karakterize diğer endokrin sorunlar (adrenal kriz gibi)
- Hemodinamik takip gerektiren mental durum değişikliği ile karakterize şiddetli hiperkalsemi
- Mental durum değişikliği ve nöbet ile karakterize hipo/hipernatremi
- Disaritmi veya hemodinamik baskılanma ile karakterize hipomagnezemi ya da hipermagnezemi
- Kas zayıflığı veya disaritmi ile karakterize hipokalsemi veya hiperkalsemi
- Kas zayıflığı ile karakterize hipofosfatemi

7) Cerrahi

- Detaylı hemşirelik bakımı, solunum desteği veya hemodinamik takip gerektiren, kompleks ve uzun cerrahi girişim geçiren, ameliyat sonrası dönemde aşırı kanamalı kişiler

8) Diğer

- Septik şok
- Yanıklar
- Hemodinamik izlem
- Zehirlenmeler

- Multi organ yaralanması
- Gebelik zehirlenmesi
- YB düzeyinde hemşirelik bakımı gerektiren klinik durumlar
- Tetanoz
- Çevresel yaralanmalar
- Komplikasyon gelişme riski olan yeni/deneysel tedaviler

4.2.5. Yoğun bakımdan taburculuk kriterleri

- Hastaların durumu stabil olduğunda, üniteye kabulü esnasındaki sorunlarının tümü ortadan kalktığı ve yoğun bakım ünitesinde izlenmeye, mekanik ventilasyona ihtiyaç duymadığında,

- Hastaların durumu kötüleştiğinde ve aktif müdahale planlanmadığında, bir alt düzeydeki yoğun bakım ünitesine taburcu edilmelidir.

- Durumları iyileştiğinde üniteden taburcu edileceklerse hastane koşulları uygunsa, önce orta düzey yoğun bakım ünitesine taburcu edilmelidir.

- Bu alandaki kaynak kitaplarda, aşağıdaki parametreleri minimum 4 saat süre ile karşılayabilenlerin taburcu edilebileceği belirtilmektedir (Çelik, 2007).

- FiO_2 : <0.6
- PaO_2 : > 10
- $PaCO_2$ (kPa): <6
- HCO_3 : > 19
- Solunum hızı: 10-20/dk
- O_2 saturasyonu: >95
- Sistolik kan basıncı: >100 mmHg
- Kalp atım hızı: 60-100/dk
- Vücut ısısı: 36-37.5 °C
- İdrar miktarı: 1/2 ml/kg
- Hemoglobin: >9 g/dl
- Ağrı skoru: 0-1
- Hasta tam bilinçli ve oryante

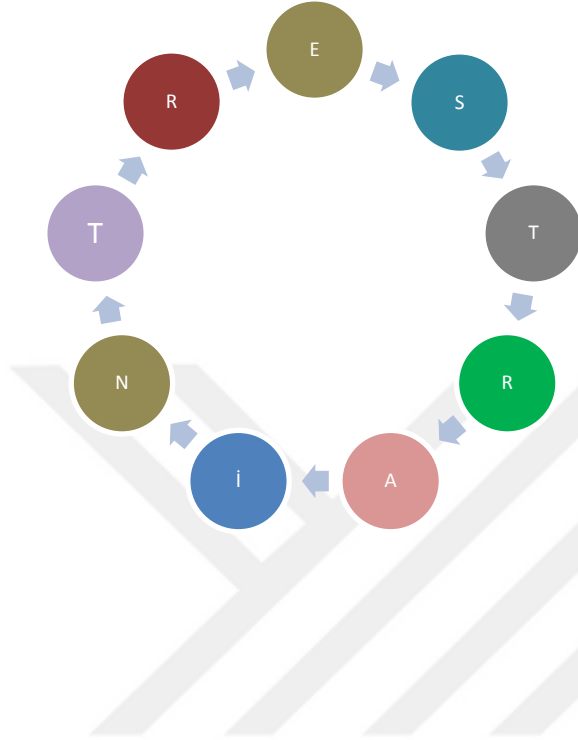
4.2.6. Yoğun bakım ünitesinde kısıtlama uygulanan hastanın hemşirelik bakımı

Hastane ortamında olmak ve yatarak tedavi almak çoğu birey için stres ve kaygı yaratan bir durumdur. Bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki değişim, bulunduğu çevre ve kişileri yabancı olarak algılaması, kendi kontrolü dışında tedavi ve bakım sürecinde olması, üniteye bulunan diğer hastaların tedavi ve bakım sürecine şahitlik ediyor olması nedeniyle yoğun bakım hastasına fizyolojik, psikolojik ve psikososyal yönden bütüncül yaklaşım ile hemşirelik bakımı verilmesi gerekmektedir (Uzelli ve Korhan, 2014).

Yoğun bakım hastasına verilecek olan bakımların fazlalığı ve gerek yoğun bakım hastasının verilen ilaçlara bağlı olarak gerekse rahatsızlıklarına bağlı olarak istemsiz reaksiyon verebilmeleri nedeniyle bakımlar bazen zorlaşabilmektedir. Bu durumda kliniklerde istenirse de fiziksel tespit yapılabilir. Hekim orderi ile yapılması gereken bu uygulamayı çoğunlukla bakımdan sorumlu olan yoğun bakım hemşireleri gerçekleştirmektedir. Fiziksel tespit hasta yararına uygulansa da birçok komplikasyonu olabileceğinden hemşire; öncelikle fiziksel kısıtlama uygulamasına başlamadan önce hekimin kısıtlama işlemini order ettiğinden emin olmalıdır. Sonra doğru hastaya, uygun materyalle ve uygun tespit yöntemiyle fiziksel kısıtlamayı uygulamalı ve hastayı sık sık gözlemelidir. Ayrıca, yaptığı tüm uygulamaları da aşamalarıyla kaydetmelidir. Örneğin; hemşireler fiziksel tespit uygulanan hastayı boğulma riski açısından sık sık gözlemeli, hastanın durumunu izlem formuna kaydetmelidir (İlhan, 2009). Bunun dışında fiziksel kısıtlama komplikasyonlarından biri olarak görülen basınç yaralarını önlemek amacıyla da 2 saat aralıklarla kısıtlama uygulanan bölgenin gevşetilmesi ve gözlemesi gerekmektedir. Uzun süre (2 saatin üstünde) uygulanan fiziksel kısıtlama hastanın güvenliği için risk olarak görülmektedir (Akansel, 2007).

Hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin komplikasyonları bilme oranları belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda; hemşirelerin bilgi düzeylerinin düşük olduğu söylenmektedir. Kliniklerdeki çok sayıda hemşirenin fiziksel tespit uygulamasına başvurdukları, uygulama kararını hekim orderi almadan aldıkları ve alternatif girişimleri tercih etmedikleri de bildirilmektedir. Hemşirelerin yarısından fazlasının uyguladıkları fiziksel tespiti kayıt ettikleri belirlenmiştir (Karagözoğlu ve Özden, 2013; Çelik ve ark., 2012; Suen ve ark., 2006).

Fiziksel tespit sırasında yapılması önerilen uygulama basamakları R-E-S -T-R-A-İ-N-T kısaltması şeklinde düzenlenmiştir (Balcı, 2016). Bu önerilere değinilecek olursa;



A: Fiziksel tespitin gerekli olduğu durumlarda aile bireyelerine bilgi verilmesi, kurum politikasına uygun olması ve hekim orderi olması gerekir.

İ: Fiziksel tespit bireye özgü olmalıdır.

N: İşlem ile ilgili bilgiler not edilmelidir (tarih ve saat).

T: İşlemin süresi önemlidir. Fiziksel kısıtlama psikiyatri hastalarının dışında, diğer hastalara 24 saatten fazla uygulanmamalıdır. Eğer uygulanması gerekirse tekrar hekim istemi yapılmalıdır.

R: Kişinin mevcut durumu değerlendirilmelidir.

E: Olası yaralanmaların tanımının yapılması, hem hastanın hem de diğer kişilerin zarar görme ihtimallerinin saptanması.

S: Bakımdan sorumlu sağlık profesyonelinin hasta yakınları ile görüşmesi.

T: İlk önce alternatif yöntemlerin denenmesi.

R: Alternatif yöntemlerin başarılı olup olmaması açısından hastanın tekrar değerlendirilmesi.

4.2.7. Fiziksel tespit sırasında olası hemşirelik tanıları ve girişimleri

Fiziksel kısıtlama uygulanan hastalarda oluşabilecek durumsal düşük benlik saygısı riski, duyuşsal algılamada bozulma, konforda bozulma, travma riski gibi tanımlara yönelik hemşirelik girişimleri Şu Şekilde sıralanabilir.

- Hemşire, kısıtlama endikasyonu yönünden hastayı değerlendirmeli, kısıtlama uygulamasının yarar–zarar dengesini, koruyucu etkinliğini değerlendirmeli, kısıtlama öncesi uygulanabilecek alternatif yöntemleri ekip ile görüőmelidir (Kılıç ve ark., 2018; Eşer ve Hakverdioğlu, 2006; Yönt ve ark., 2017; Ünal, 2011).

- Hasta yakınından kapsamlı öykü alınmalı, hasta yakınının bakıma katılımı desteklenmeli, hastanın yanında kalmasını istediği yakını ile daha fazla birlikte olması sağlanmalıdır (Kılıç ve ark., 2018).

- Hastaya ilk yaklaşımda; ilk seğenek terapötik ortamın sağlanması, ikinci seğenek hastanın düzenli ve yeterli gözlemlenmesi, üçüncü seğenek ise ajitasyonu artan ya da kendisine ve çevresine zarar verme ihtimali olduğu durumlarda sözlü sakinleőtirme tekniğinin uygulanmasıdır. Sakin yavaő bir ses tonuyla hastaya iyiliğinin istendiği net bir Şekilde açıklanmalıdır. Hasta ile birlikte olma ve hastanın dikkatini başka yöne çekme yöntemleri uygulanmalıdır. Hastayı rahatsız eden durumlar sorgulanmalıdır. Hastanın ajitasyonu devam ediyor veya artıyorsa hastayla iletişim esnasında yakın temasta bulunulmamalı, hasta ile yalnız kalınmamalıdır (Ünal, 2011; Sağlıkta kalite standartları, 2016; Tekkaş ve Bilgin, 2010).

- Hastanın hipoglisemi, ağrı gibi fizyolojik sorunları da ajitasyona neden olabileceğinden fizyolojik sorunlar değerlendirilmelidir. Bu sorunları azaltmak için hasta ile düzenli olarak iletişim içerisinde olunmalı, oryantasyonu sağlanmalı, gevőeme egzersizleri, masaj, müzik terapisi gibi yöntemler hasta veya ailesiyle seğilerek uygulanmalıdır (Sarıcaoğlu ve ark., 2005).

- Hastanın güvenliği hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilmeli, hastanın güvenliğine yönelik çevre düzenlemesi yapılmalıdır. Yatak kenarları kaldırılmalı, yatak seviyesinin alçak olması sağlanmalı, hasta odası düzenlenmeli, çağrı zili kullanımı hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir (Eşer ve ark., 2007). Örneğin; yatağa ya da hastanın pozisyonuna duyarlı alarmlar veya hastanın güvenliği

için yatağın etrafına yer paspası veya sandalyelerin kenarlarına yastıklar kullanılabilir (Özden, 2012).

- Hastaya tıbbi cihazlara ulaşamayacak şekilde pozisyon verilmelidir. Hasta, hemşire odasına yakın bir odaya yatırılmalıdır. Hasta için güvenli ortam sağlanmalıdır. Çevresel uyaranlar azaltılmalıdır (Bilici ve ark., 2013). Odanın ısı düzeyi değerlendirilmeli, tıbbi cihazların ışıkları ve sesleri kontrol edilmelidir (Sarıcıoğlu ve ark., 2005). Fiziksel kısıtlama için kullanılan materyal yatak kenarlıklarına tutturulmamalıdır (Kaya ve ark., 2008).

- Ajitasyon içerisinde olan hastalara karşı yakın gözlem sağlanmalı, çevre düzenlemesi yapılmalı, çevre güvenliği açısından kontrol edilmeli, duygusal destek sağlanmalı, sözel sakinleştirici teknikler uygulanmalı, gerekli görüldüğünde psikiyatri konsültasyonu istenmelidir (Bilici ve ark., 2013).

- Fiziksel kısıtlama başladıktan sonra hasta izlemi yapılmalıdır. Kısıtlama uygulandıktan sonra hastanın ajitasyonu devam ediyorsa her yarım saatte bir, ajite değilse iki saatte bir kısıtlama kaldırılarak cilt ve dolaşım kontrolü yapılmalı, uyku hali, bilinç durumu değerlendirilmeli, hastanın günlük yaşam gereksinimlerini karşılamasına izin verilmeli, egzersiz ihtiyacı planlanmalıdır. Örneğin; hastaya duyuşal destek sağlanmalı, kısıtlama alanlarına masaj yapılmalıdır (Hastane Hizmet Kalite Standartları, 2011).

- Kısıtlama türlerinin en yaygın kullanıldığı alanlardan olan yoğun bakım ve psikiyatri kliniklerinde hasta ile ilgili şiddet risk değerlendirmesi yapılmalıdır (Ünal, 2011).

- Her izlemde kısıtlamanın gerekli olup olmadığı (Kılıç ve ark., 2018), hemşire ve hekim tarafından sonlandırma zamanı değerlendirilmelidir.

Hekim istemi ile başlanan fiziksel kısıtlama uygulamasının birçok komplikasyonu beraberinde getirdiği unutulmamalı, gerekli görülmedikçe fiziksel kısıtlama uygulanmamalı, hastanın ajitasyonuna bağlı yarar-zarar ilkesi bozulduğunda fiziksel kısıtlama dikkatli şekilde başlanmalı, hastaya zarar vermeyecek fiziksel kısıtlama materyalleri seçilmeli, hastanın ajitasyonu azaldığında ya da bittiğinde fiziksel kısıtlama sonlandırılmalı ve kayıt edilmelidir. Hemşireler

hasta bakımında monitör görevi gördüklerinden özellikle fiziksel kısıtlama uygulanan hastalarda hemşirenin yakın gözlem, takip ve bakımı son derece önemli olduğu unutulmamalıdır.



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Çalışma, yoğun bakımda çalışan hemşire ve hekimlerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve tutumlarının etik ikilem açısından incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirildi.

5.2. Araştırma Soruları

1. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve tutumları nasıldır?
2. Yoğun bakımda çalışan hekimlerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve tutumları nasıldır?
3. Yoğun bakımdaki hemşirelerin fiziksel kısıtlama ile ilgili bilgi ve tutumlarının etik ikilem ile ilişkilendirmeleri nasıldır?
4. Yoğun bakımdaki hekimlerin fiziksel kısıtlama ile ilgili bilgi ve tutumlarının etik ikilem ile ilişkilendirmeleri nasıldır?

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Bağcılar Medicine Hospital'da Şubat- Temmuz 2018 tarihleri arasında, gerekli izinler alınarak bu kurumlarda çalışmakta olan sağlık çalışanları (hemşire ve hekim) ile yürütüldü.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Bağcılar Medicine Hospital'da Şubat-Temmuz 2018 tarihleri arasında, yoğun bakımda aktif olarak çalışmakta olan bütün hekim ve hemşireler (N:197) oluşturdu.

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde örneklem belirleme yöntemi kullanılmayıp evrenin bütününe ulaşılmaya çalışıldı. Sonuçta, çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü 113 hekim ve hemşire örneklem kapsamına alındı.

5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

1. Sağlık çalışanının İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Bağcılar Medicine Hospital çalışıyor olması
2. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde kurumda olması
3. Araştırmaya katılmayı kabul etmesi
4. Veri toplama araçlarını eksiksiz doldurması

5.6. Veri Toplama Araçları

Veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Ahlaki duyarlılık anketi”, “Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği”, “Richmond Sedasyon-Ajitasyon Ölçeği (RASS)” ve “Motor Aktivite Değerlendirme Skalası (MASS)” kullanılarak toplandı.

5.6.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak (Balcı 2016; Silay 2018; Gürdoğan ve ark., 2016) sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, mesleği, mezuniyet yılı, meslekteki çalışma yılı, çalıştığı kurum, çalıştığı birim, daha önce yoğun bakımdaki çalışma süresi, hangi yoğun bakımda çalıştığı, fiziksel kısıtlamayı hastalarına uygulama durumları ve fiziksel kısıtlamanın gerekliliğine ilişkin fikirlerini içeren bu form 12 sorudan oluşmuştur.

5.6.2. Ahlaki duyarlılık anketi

Etik duyarlılığı değerlendirmek için Kim Lutzen tarafından geliştirilmiştir. Başlangıçta psikiyatri kliniğinde çalışanlara uygulanmıştır. Yedili likert tarzındaki ölçek 30 ifadeyi kapsamaktadır. Ölçekteki ifadeler 1-7 puan arasında değerlendirilmektedir. Bir puan yüksek duyarlılığı, 7 puan ise düşük duyarlılığı ifade etmektedir. Alınabilecek en düşük puan 30 en yüksek puan 210'dur. Puan yükseldikçe etik duyarlılığın düştüğü, puan düştükçe etik duyarlılığın yükseldiği

görülmektedir. Ölçeğin altı alt boyutu vardır. Bunlar; otonomi (otonomiyi ve tercihlere saygı duyulmasını kapsar, 10,12,15,16,21,24 ve 27. maddeleri içerir), yarar sağlama (birey yararlılığını arttıran eylemleri kapsar, 2.,5.,8. ve 25. maddeleri içerir), bütüncül yaklaşım (zararsız ve hasta yararına olan girişimleri kapsar, 1.,6.,18.,29. ve 30. maddeleri içerir), çatışma (içsel bir etik çatışmayı yansıtır, 9.,11. ve 14. maddeleri içerir), uygulama (eylem kararını ve uygulamanın etik boyutunu kapsar, 4.,17.,20. ve 28. maddeleri içerir) ve oryantasyondur (çalışanların hastayla ilişkisini etkileyen eylemlere ilgisini kapsar, 7., 13., 19. ve 22. maddeleri içerir). Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini Tosun yapmıştır (Tosun, 2018). Cronbach alfası 0,84 olarak söylenmiştir (Arslan, 2017; Dikmen, 2013). Bu araştırmada Ahlaki duyarlılık anketinin güvenilirliği cronbach alfa değeri 0,95 olarak bulundu.

5.6.3. Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve uygulamaları ölçeği

Suen'in geliştirdiği ölçek üç bölümdür. *Birinci bölümde*, hemşirelerin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin bilgisini ölçen 11 madde bulunmaktadır. Bölümdeki maddelerden sadece biri yanlış soru tarzındadır. Doğru cevap 1 puan, yanlış cevap 0 puan olup, bu bölümden aldığı puan 0-11 puan arasındadır. Puan artıkça bilgi düzeyi de artmaktadır. *İkinci bölümde*, hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin tutumlarını ölçen 12 madde yer almaktadır. Likert tarzındaki sorulara verilen puanlar 1-4 arasındadır. Bölümden alınacak puan 12-48 arasındadır. Puan yükseldikçe tutumun olumlu, düştükçe olumsuz olduğu anlaşılmaktadır. *Üçüncü bölümde* ise, hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulamalarını değerlendiren 14 madde bulunmaktadır. Maddelerden sadece biri (10. madde) olumsuz olup tersine çevrilerek değerlendirilir. Üç aşamalı likert tipinde olan ölçek 1-3 puan verilerek değerlendirilir. Puan aralığı 14-42'dir. Puanın fazlalığı mükemmel uygulamayı, düşüklüğü uygunsuz fiziksel tespiti ifade etmektedir (Gürdoğan ve ark., 2016). Kaya ve arkadaşları tarafından Türk toplumuna uyarlanan ölçeğin test-tekrar test değerinin 0,88-0,90 arasında, ölçeğin tümüne göre Cronbach's Alpha değerinin ise 0,69 olduğu belirlenmiştir. Bu güncel çalışmadaki ölçeğin tümüne göre Cronbach's Alpha değeri 0,68 olarak saptanmıştır. (Gürdoğan, 2016; Kaya ve ark., 2008). Bu araştırmada bilgi ölçeğinin güvenilirliği cronbach alfa değeri

0,73, tutum ölçeğinin güvenilirliği cronbach alfa değeri 0,77 ve uygulama ölçeğinin güvenilirliği cronbach alfa değeri 0,75 olarak bulundu.

5.6.4. Richmond Sedasyon ve Ajitasyon Skalası (RASS)

Özellikle mekanik ventilasyondaki ciddi hastalardaki sedasyon halleri ile ajitasyon durumlarını belirlemek için Cook ve Palma'nın (1989) geliştirdiği bir ölçektir. Sessler'in de (2002) tanıladığı bir skaladır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Sılay ve Akyol tarafından 2018 yılında yapılan skalanın alfa değeri 0,96 olarak belirlenmiştir (Sılay ve Akyol, 2018). RASS; 4 seviye ile (+4 ile +1) anksiyete ve ajitasyonu, 5 seviye ile (-1 ile -5) uyandırılmayan durumu, 1 seviye ile (0) uyanık durumu belirten 10 puanlık bir skaladır. Pozitif sayısal değerler ajitasyon için negatif sayısal değerler sedasyon için tasarlanmıştır. RASS'ın; sedasyon ve ajitasyonu değerlendirmesi için yayınlanmış bir prosedürün (10 sn almaktadır) belirtilmesi en önemli özelliğidir. Hastanın sözlü ve fiziksel uyarının cevabına göre derecelendirmeyi ayıran tek skaladır (Sılay, 2016). Bu araştırmada ölçeğinin alfası 0,953 olarak bulundu.

5.6.5. Motor Aktivite Değerlendirme Skalası (MASS)

Hastaları 7 kategoride tanımlayan ve değerlendiren skaladır. Diğer sedasyon ölçekleriyle karşılaştırıldığında yoğun bakımlarda kullanımı güvenli ve uygun bulunmuştur. Devlin ve arkadaşlarının (1999) yoğun bakım hastalarında sedasyon ve ajitasyon seviyesini değerlendirmek amacıyla geliştirdiği bir ölçektir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha 0,83 olarak bulunmuştur (Devlin ve ark., 1999; Korhan ve ark., 2012). Ölçek mekanik ventilasyondaki hastaların yüksek dozda sedatif ilaç alma ihtimalini azaltıp, sedatif ajanın kafi dozda verilmesini sağlar. Ayrıca uzun süre sedasyon altında olan hastaların mekanik ventilasyonda ve yoğun bakımda kalış süresini kısaltmaya yardımcıdır. MASS'ın Türkçe geçerlilik çalışmasında cronbach alpha değeri 0,83 olarak bulunmuştur. MASS, 0 ile 6 puan arasında değerlendirilip "0 puan ileri düzeyde sedasyonda olan hastayı", "1-2 puan hafif düzeyde sedasyonda olan hastayı", "3 puan sakin ve huzurlu hastayı", "4-6 puan ise huzursuz ve ajite olan hastayı" göstermektedir. Puan yükseldikçe huzursuzluk ve ajitasyon düzeyi de yükselmektedir (Sılay, 2016). Bu araştırmada alfa değeri 0,95 bulundu.

5.7. Veri Toplama Yöntemi

Veri, araştırmacılar tarafından sağlık personelleri ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Bağcılar Medicine Hospital'daki tüm yoğun bakımlarda çalışmanın yapıldığı tarihlerde görevli olan hemşire ve hekimlere çalışmanın amacı araştırma tarafından açıklandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan gönüllü onamları alınarak veri toplama formları dağıtıldı. Veri toplama formlarını yaklaşık olarak 15-20 dakikada eksiksiz dolduran katılımcılar araştırmaya dahil edildi.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın etik izni için Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak onayı alındı (Tarih: 26/02/2018, sayı no:13) (Ek-7). Etik kurul onayı sonrası İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Bağcılar Medicine Hospital'dan (Ek-8, Ek-9 ve Ek-10) kurum izni alındı.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı açıklanarak ve araştırma ile ilgili gerekli bilgilendirme yapıp araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözel ve yazılı onamları alınan sağlık çalışanları örneklem kapsamına alındı.

Araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına alınmış olan kişisel bilgilerin hiçbir kimse ile paylaşılmayacağı ve bu bilgilere kimsenin ulaşamayacağı, size açıklanan amaç dışında kullanılmayacağı konularında güvence verildi ve gizlilik ilkesine bağlı kalındı. Gönüllülük ve gizlilik ilkesi gereği isim kullanılmadı.

5.9. Değerlendirme

Araştırmada elde edilen veri SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 22.0) programı kullanılarak analiz edildi. Verinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (Oneway) Anova testi kullanıldı. Anova testi

sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon analizi uygulandı.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verisi, İstanbul'daki iki üniversite hastanesi ile iki özel hastanede çalışan hemşire ve hekimler üzerinde toplanmış olup, veri bu alanlar ile sınırlıdır.



6. BULGULAR

Bu bölümde yoğun bakımda çalışan hemşire ve hekimlerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve tutumlarının etik ikilem açısından incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgulara yer verildi. Araştırma bulguları dört başlık altında incelendi.

6.1. Katılımcıların Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerinin Meslekler ile Karşılaştırılması

6.2. Örneklem Grubuna Alınan Kişilerin Ahlaki duyarlılık anketi Puan Ortalamalarının Meslekler, Eğitim Durumu, Çalışılan Kurum ve Fiziksel Kısıtlama Uygulama Durumu ile Karşılaştırılması

6.3. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulama Puan Ortalamaları, Richmond Sedasyon ve Ajitasyon Skalası Puan Ortalaması ve Motor Aktivite Değerlendirme Skalası Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

6.4. Katılımcıların Tüm Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının, Yaş ve Meslekte Çalışma Süreleri ile Korelasyonu

6.1. Katılımcıların Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerinin Meslekler ile Karşılaştırılması

Bu bölümde katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin meslekler ile karşılaştırılmasına (Tablo 1), katılımcıların mesleki özelliklerinin meslekler ile karşılaştırılmasına (Tablo 2), katılımcıların mesleki çalışma süresi ortalamalarının meslekler ile karşılaştırılmasına (Tablo 3) yer verildi.

Tablo 1. Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Meslekler ile Karşılaştırılması (N:113)

		Hemşire		Hekim		p
		n	%	n	%	
Yaş	25Yaş ve Altı	39	%41,5	3	%15,8	$x^2=4,470$
	26 ve Üzeri	55	%58,5	16	%84,2	$p=0,028$
Cinsiyet	Kadın	66	%70,2	15	%78,9	$x^2=0,594$
	Erkek	28	%29,8	4	%21,1	$p=0,320$
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	30	%31,9	0	%0,0	$x^2=27,760$ p=0,000
	Yüksek Okul/Üniversite	53	%56,4	7	%36,8	
	Lisansüstü/Uzmanlık	11	%11,7	12	%63,2	
Medeni Durum	Bekar	54	%57,4	10	%52,6	$x^2=0,149$
	Evli	40	%42,6	9	%47,4	$p=0,444$

Hemşirelerin %58,5'inin 26 yaş ve üzeri, %70,2'sinin kadın, %57,4'ünün bekar ve %56,4'ü yüksek okul/üniversite mezunu olduğu belirlendi. Hekimlerin ise %84,2'sinin 26 yaş ve üzeri, %78,9'unun kadın, %52,6'sının bekar ve %63,2'sinin lisansüstü/uzmanlık eğitimi almış olduğu görüldü (Tablo 1).

Cinsiyet ve medeni durum ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmazken ($p>0,05$) yaş ve eğitim durumu ile meslek arasında anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; $X^2=4,470$; $p=0,028$, $X^2=27,760$; $p=0,000$). Hemşire grubunda 25 yaş ve altı olma oranı hekim grubuna göre daha yüksekken hekim grubunda 26 ve üzeri olma oranı hemşire grubuna göre daha yüksektir. Yine hemşire grubunda eğitim durumu sağlık meslek lisesi/yüksek okul/üniversite olma oranı hekim grubuna göre yüksek iken hekim grubunda lisans üstü olma oranı hemşire grubuna göre yüksektir (Tablo 1).

Hemşirelerin %58,5'inin 26 yaş ve üzeri, %70,2'sinin kadın, %57,4'ünün bekar ve %56,4'ü yüksek okul/üniversite mezunu olduğu belirlendi. Hekimlerin ise %84,2'sinin 26 yaş ve üzeri, %78,9'unun kadın, %52,6'sının bekar ve %63,2'sinin

lisansüstü/uzmanlık eğitimi almış olduğu görüldü. Hemşirelerin yaş ortalamasının 27,926±6,737, hekimlerin yaş ortalamasının 30,00±3,727 olduğu görüldü (Tablo 1).

Tablo 2: Katılımcıların Mesleki Özelliklerinin Meslekler ile Karşılaştırılması (N:113)

Mesleki Özellikler	Hemşire		Hekim		p	
	n	%	n	%		
Görevi	Sorumlu Hemşire	11	%11,7	0	%0,0	$\chi^2=113,000$ p=0,000
	Klinik Hemşiresi	83	%88,3	0	%0,0	
	Asistan Hekim	0	%0,0	16	%84,2	
	Uzman Hekim	0	%0,0	3	%15,8	
Mezuniyet Süresi	1-5yıl	42	%44,7	8	%42,1	$\chi^2=0,043$
	6 yıl ve üzeri	52	%55,3	11	%57,9	p=0,521
Çalışılan Kurum	Cerrahpaşa Tıp Fak	39	%41,5	13	%68,4	$\chi^2=10,691$ p=0,014
	İstanbul Tıp Fak	19	%20,2	6	%31,6	
	Biruni Hastanesi	7	%7,4	0	%0,0	
	Medicine Hastanesi	29	%30,9	0	%0,0	
Beyin Cerrahi YB	Evet	5	%5,3	14	%73,7	$\chi^2=52,814$
	Hayır	89	%94,7	5	%26,3	p=0,000
Genel YB	Evet	27	%28,7	15	%78,9	$\chi^2=17,072$
	Hayır	67	%71,3	4	%21,1	p=0,000
Acil YB	Evet	8	%8,5	14	%73,7	$\chi^2=42,819$
	Hayır	86	%91,5	5	%26,3	p=0,000
Cerrahi YB	Evet	5	%5,3	9	%47,4	$\chi^2=25,746$
	Hayır	89	%94,7	10	%52,6	p=0,000
Dahili YB	Evet	8	%8,5	7	%36,8	$\chi^2=11,020$
	Hayır	86	%91,5	12	%63,2	p=0,004

Çalışmaya katılanların %88,3'ünün klinik hemşiresi, % 84,2'sinin asistan hekim olduğu belirlendi. Hemşirelerin %55,3'ünün, hekimlerin %57,9'unun meslekte çalışma süresinin 6 yıl ve üzeri olduğu görüldü. Hemşirelerin %41,5'inin hekimlerin %68.4'ünün Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olduğu saptandı. Daha önce veya şu anda çalışılan departman sorgulandığında; hemşirelerin %28,7'sinin genel YB'da, %8,5'inin acil YB'da, %8,5'inin dahili YB'da ve %5,3'ünün beyin cerrahi YB'da çalışmış/çalışmakta olduğu görüldü. Hekimlerin ise; %78,9'unun cerrahi YB'da, %73,7'sinin beyin cerrahi YB'da, %73,7'sinin acil YB'da ve %36,8'inin dahili YB'da çalışmış/çalışmakta olduğu saptandı (Tablo 2).

Beyin cerrahisi ve genel yoğun bakımda çalışma durumu hekimlerde yüksek bulunurken ($\chi^2=52,814$, p=0,000; $\chi^2=17,072$, p=0,000), acil yoğun bakım, dahili

yoğun bakım ve cerrahi yoğun bakımda çalışma durumu hemşirelerde yüksek bulundu (sırasıyla; $\chi^2=42,819$, $p=0,000$; $\chi^2=11,020$, $p=0,004$; $\chi^2=25,746$, $p=0,000$) (Tablo 2).

Tablo 3: Katılımcıların Mesleki Çalışma Süresi Ortalamalarının Meslekler ile Karşılaştırılması (N:113)

Gruplar	Hemşire (n=94)		Hekim (n=19)		Test	SS	p
	Ort	SS	Ort	SS			
Meslekte Çalışma Süresi/yıl	6,383	5,584	4,237	2,097	1,647	111	0,005
Beyin Cerrahi YB Çalışma Süresi	1,300	1,151	0,750	0,259	1,752	17	0,347
Genel YB Çalışma Süresi	3,648	2,987	1,000	1,134	3,290	40	0,000
Acil YB Çalışma Süresi	2,375	2,813	0,750	0,259	2,186	20	0,147
Cerrahi YB Çalışma Süresi	1,600	0,822	0,833	0,250	2,662	12	0,105
Dahili YB Çalışma Süresi	2,563	1,499	0,857	0,244	2,963	13	0,015

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ortalamalarının $6,383\pm 5,584$ yıl, hekimlerin ise $4,237\pm 2,097$ yıl olduğu ve aralarında istatistiksel bir anlamlılık olduğu belirlendi ($t_{(111)}=1,647$, $p=0,005$). Hemşirelerin öncesinde/şuanda genel yoğun bakımda ve dahili yoğun bakımda çalışma süresi ortalamaları hekimlerin çalışma süresinden yüksek bulundu (sırasıyla; hemşireler için $3,648\pm 2,987$ yıl ve $2,563\pm 1,499$ yıl; hekimler için $1,000\pm 1,134$ yıl ve $0,857\pm 0,244$ yıl) ve bu durumun istatistiksel bir anlamlılık gösterdiği belirlendi ($t_{(40)}=3,290$, $p=0,000$; $t_{(13)}=2,963$, $p=0,015$) (Tablo 3).

Hemşirelerin %89,4'ünün hekimlerin %78,9'unun daha önceden fiziksel kısıtlama uyguladığı, hemşirelerin %98,9'unun hekimlerde ise %100'ünün gerektiğinde fiziksel kısıtlama uygulanmalı görüşünde olduğu görüldü. Daha önce fiziksel kısıtlamayı uygulayan ve gerektiğinde fiziksel kısıtlama uygulanabilir diyenlerin oranının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediği saptandı ($\chi^2=1,579$, $p=0,186$; $\chi^2=0,204$, $p=0,832$).

6.2. Örneklem Grubuna Alınan Kişilerin Ahlaki duyarlılık anketi Puan Ortalamalarının Meslekler, Eğitim Durumu, Çalışılan Kurum ve Fiziksel Kısıtlama Uygulama Durumu ile Karşılaştırılması

Bu bölümde; sağlık çalışanlarının Ahlaki duyarlılık anketi puan ortalamalarının meslekler ile karşılaştırılmasına (Tablo 4), katılımcıların meslekler eğitim durumu, çalışılan kurum ve fiziksel kısıtlama uygulama durumu ile karşılaştırılmasına (Tablo 5) yer verildi.

Tablo 4: Sağlık Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılık Anketi Puan Ortalamalarının Meslekler İle Karşılaştırılması (N:113)

ADA	Hemşire (n=94)		Hekim (n=19)		Test	SS	p
	Ort	SS	Ort	SS			
Otonomi	26,266	11,648	21,526	9,477	1,664	111	0,066
Yarar Sağlama	14,851	6,101	13,211	6,696	1,052	111	0,295
Bütüncül Yaklaşım	19,160	9,216	14,000	7,535	2,288	111	0,014
Çatışma	11,777	4,038	10,579	3,906	1,185	111	0,238
Uygulama	15,234	6,557	12,263	4,148	1,896	111	0,015
Oryantasyon	15,287	8,188	11,526	6,328	1,889	111	0,032
Ahlaki duyarlılık anketi Toplam Puan	114,021	41,698	92,842	36,360	2,060	111	0,042

Bağımsız Gruplar T-Testi

Çalışmamızda hemşirelerin ahlaki duyarlılık değerlendirilmesi; ADA' nın alt boyutu olan otonomide $26,2 \pm 11,6$, yarar sağlamada $14,8 \pm 6,1$; bütüncül yaklaşımda $19,1 \pm 9,2$; çatışmada $11,7 \pm 4,0$; uygulamada $15,2 \pm 6,5$; oryantasyonda $15,2 \pm 8,2$ ADA' nın toplam puan ortalamasında ise $114,0 \pm 41,6$ oranında çıktığı belirlendi. Hekimlerin ise ahlaki duyarlılık değerlendirilmesi; ADA' nın alt boyutu olan otonomide $21,5 \pm 9,4$, yarar sağlamada $13,2 \pm 6,6$; bütüncül yaklaşımda $14,0 \pm 7,5$; çatışmada $10,5 \pm 3,9$; uygulamada $12,2 \pm 4,1$; oryantasyonda $11,5 \pm 6,3$ ADA' nın toplam puan ortalamasında ise $92,8 \pm 36,3$ oranında çıktığı belirlendi (Tablo 4).

Ahlaki duyarlılık anketinin (ADA) tüm alt boyut puan ortalamaları (otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon) ile ölçeğin toplam puan ortalamasının hemşire grubunda hekim grubuna kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi. ADA'nın otonomi, yarar sağlama ve çatışma alt boyutları ile meslek arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (sırasıyla; $t_{(111)}=1,664$, $p=0,066 > 0,05$;

$t_{(111)}=1,052$, $p=0,295>0,05$; $t_{(111)}=1,185$, $p=0,238>0,05$) ancak, hemşirelerin ADA'nin bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyutları ile ölçeğin toplam puan ortalamasının hekimlerden daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla; $t_{(111)}= 2,288$, $p=0,014<0,05$; $t_{(111)}= 1,896$, $p=0,015<0,05$; $t_{(111)}= 1,889$, $p=0,032<0,05$; $t_{(111)}= 2,060$, $p=0,042<0,05$) (Tablo 4).

Çalışmaya katılan kişilerden 25 yaş ve altı olanların ADA'nin otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyutları ile ölçeğin toplam puan ortalamasının 26 yaş ve üzeri olanlardan daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterirken (sırasıyla; $t=4,350$, $p=0,000<0,05$; $t=3,519$, $p=0,001<0,05$; $t=4,273$, $p=0,000<0,05$; $t=4,354$, $p=0,000<0,05$; $t=4,764$, $p=0,000<0,05$; $t=4,178$, $p=0,000<0,05$) ADA'nin çatışma alt boyutunda 25 yaş ve altı olanların puan ortalamaları 26 yaş ve üzeri olanlardan daha düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturdu ($t=2,578$, $p=0,000<0,05$).

Tablo 5: Hemşire ve Hekimlerin Ahlaki Duyarlılık Anketi Puan Ortalamalarının Eğitim, Çalışılan Kurum ve Önceden Fiziksel Kısıtlama Uygulama Durumu ile Karşılaştırılması (N:113)

Demografik Özellikler	n	Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	ADA top.
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
SML	30	34,800±8,134	18,433±3,739	25,867±6,180	10,733±3,886	19,400±4,368	21,633±4,287	144,000±25,037
Yüksekokul/üniversite	53	21,774±10,716	12,925±5,971	15,755±8,465	12,434±3,964	13,019±6,393	12,132±7,634	98,547±39,084
Lisansüstü	11	24,636±12,019	14,364±7,865	17,273±10,306	11,455±4,525	14,546±7,313	13,182±9,421	106,818±48,852
F=		16,006	9,239	15,460	1,767	11,130	18,244	15,066
p=		0,000	0,000	0,000	0,177	0,000	0,000	0,000
PostHoc=		1>2,1>3(p<0,05)	1>2,1>3(p<0,05)	1>2,1>3(p<0,05)		1>2,1>3(p<0,05)	1>2,1>3(p<0,05)	1>2,1>3(p<0,05)
Mezuniyet Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-5 yıl	42	28,143±11,711	15,381±5,156	21,024±8,575	11,143±3,771	16,738±5,943	16,833±7,796	120,976±38,921
6 yıl ve üzeri	52	24,750±11,486	14,423±6,789	17,654±9,518	12,289±4,207	14,019±6,830	14,039±8,357	108,404±43,368
t=		1,411	0,755	1,783	-1,374	2,032	1,661	1,462
p=		0,161	0,439	0,078	0,173	0,045	0,100	0,147
Çalışılan Kurum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cerrahpaşa TF	39	20,231±10,014	12,205±6,681	15,308±8,427	12,205±4,027	12,615±5,950	11,359±7,350	94,103±39,587
İstanbul TF	19	20,790±10,438	13,000±4,876	13,790±8,311	13,421±3,920	12,263±7,393	10,263±7,125	94,526±38,282
Biruni Hastanesi	7	39,714±4,786	19,857±3,671	31,429±2,573	10,429±4,392	21,714±3,352	23,571±1,902	160,143±15,126
Medicine Hastanesi	29	34,724±7,015	18,414±3,660	24,897±5,287	10,448±3,709	19,138±3,925	21,862±3,925	142,448±21,859
F=		21,947	10,251	19,741	2,635	12,424	24,698	18,182
p=		0,000	0,000	0,000	0,055	0,000	0,000	0,000
PostHoc=		3>1,4>1,3>2,4>2(p<0,05)	3>1,4>1,3>2,4>2(p<0,05)	3>1,4>1,3>2,4>2(p<0,05)		3>1,4>1,3>2,4>2(p<0,05)	3>1,4>1,3>2,4>2(p<0,05)	3>1,4>1,3>2,4>2(p<0,05)
Daha Önce Fiziksel Kısıtlama Uygulama Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	84	26,107±11,798	14,583±6,217	18,905±9,352	11,631±3,990	15,095±6,513	15,107±8,287	112,786±42,216
Hayır	10	27,600±10,783	17,100±4,677	21,300±8,084	13,000±4,447	16,400±7,168	16,800±7,525	124,400±37,379
t=		-0,381	-1,237	-0,775	-1,014	-0,593	-0,616	-0,831
p=		0,704	0,219	0,440	0,313	0,555	0,539	0,408

Sağlık çalışanlarının cinsiyeti ile ADA'nin tüm alt boyut puan ortalamaları (otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon) ve ölçeğin toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 5).

Katılımcılardan sağlık meslek lisesi mezunu olanların ADA'nin otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon ve ahlaki duyarlılık toplam puan ortalamaları eğitim durumu lisans ve yüksek lisans olanların puanlarından daha yüksek olduğu, bu durumun istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği ($F=16,006$, $p=0<0,05$; $F=9,239$, $p=0<0,05$; $F=15,460$, $p=0<0,05$; $F=11,130$, $p=0<0,05$; $F=18,244$, $p=0<0,05$; $F=15,066$, $p=0<0,05$), ADA'nin çatışma alt boyutu puan ortalamasında ise eğitim durumu sağlık meslek lisesi olanların puan ortalamasının diğerlerinden daha düşük olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 5).

Örneklem kapsamındaki kişilerden bekar olanların ADA'nin otonomi, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyutları ile ölçeğin toplam puan ortalamasının evli olanlardan daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterirken (sırasıyla; $t=2,379$, $p=0,019<0,05$; $t=2,825$, $p=0,006<0,05$; $t=3,253$, $p=0,002<0,05$; $t=2,641$, $p=0,01<0,05$; $t=2,603$, $p=0,011<0,05$) ADA'nin çatışma yarar sağlama ve çatışma alt boyutlarında bekar olanların puan ortalamaları evli olanlardan daha düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturdu ($t=1,729$, $p=0,087>0,05$; $t=-1,346$, $p=0,182>0,05$) (Tablo 5).

Mezuniyet süresi 1-5 yıl olanların ADA'nin uygulama alt boyutu puan ortalaması ($x=16,738$) 6 yıl ve üzeri olanlarınkinden ($x=14,019$) yüksek bulundu. Bu durumun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görüldü ($t=2,032$; $p=0,045<0,05$). Fakat ADA'nin otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma ve oryantasyon alt boyutları ile ADA toplam puan ortalamasının mezuniyet süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemekte olduğu belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 5).

ADA'nin tüm alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamalarının sağlık profesyonellerinin çalıştığı kurumlara göre anlamlı farklılık göstermekte olduğu görüldü ($F=21,947$, $p=0<0,05$; $F=10,251$, $p=0<0,05$; $F=19,741$, $p=0<0,05$; $F=12,424$, $p=0<0,05$; $F=24,698$, $p=0<0,05$; $F=18,182$, $p=0<0,05$). Bu farkın hangi kurumdan

kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan post hoc testte; Biruni Üniversitesi Hastanesi ve Medicine Hastanesi'nde çalışanlarının ADA'nin çatışma alt boyutu dışındaki tüm alt boyutları ve ölçeğin toplam puan ortalamasının Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışanlarından daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptandı ($p<0,05$). ADA'nin çatışma puan ortalamasının çalışılan kurum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemekte olduğu görüldü ($p>0,05$) (Tablo 5).

Katılımcıların daha önceden fiziksel kısıtlama uygulama durumunun ADA'nin tüm alt boyutlarından ve ölçeğin toplam puan ortalamalarından etkilenmediği ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekte olduğu görüldü ($p>0,05$) (Tablo 5).

6.3. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulama Puan Ortalamaları, Richmond Ajitasyon ve Sedasyon Ölçeği Puan Ortalaması ve Motor Aktivite Değerlendirme Skalası Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Bu bölümde; sağlık çalışanlarının mesleklerinin hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve uygulamaları ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına (Tablo 6), katılımcıların mesleklerinin richmond ajitasyon ve sedasyon ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına (Tablo 7), hemşire ve hekimlerin mesleklerinin Motor Aktivite Değerlendirme Skalası puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına (Tablo 8) yer verildi.

Tablo 6: Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamalarının Meslek ile Karşılaştırılması (N:113)

Gruplar	Hemşire (n=94)		Hekim (n=19)		Test	SS	p
	Ort	SS	Ort	SS			
Bilgi Düzeyi	8,532	1,397	9,158	1,302	-1,801	111	0,074
Tutumu	31,277	5,196	34,316	7,188	-2,170	111	0,094
Uygulamaları	37,011	3,453	33,579	5,388	3,558	111	0,014

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi düzeyi ve tutum ölçeği puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir

($t_{(111)}=-1,801$, $p=0,074>0,05$; $t_{(111)}=-2,170$, $p=0,094>0,05$). Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulama ölçeği puan ortalamalarının ($37,011\pm 3,453$), hekimlerin uygulama puanlarından ($33,579\pm 5,388$) daha yüksek bulundu ve bu durum istatistiksel olarak anlamlılık gösterdi ($t_{(111)}=3,558$, $p=0,014<0,05$) (Tablo 6).

Eğitim durumu yüksekokul/üniversite olanların hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları eğitim durumu sağlık meslek lisesi olanların tutum ölçeği puan ortalamalarından daha yüksek bulunurken ($F=3,624$, $p=0,031<0,05$), bilgi düzeyi ve uygulama ölçeği puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Mezuniyet süresi 1-5 yıl olanların hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulama ölçeği puan ortalamaları ($x=36,095$), 6 yıl ve üzeri olanların uygulama ölçeği puan ortalamalarından ($x=37,750$) daha düşük bulundu ve bu durum istatistiksel olarak da anlamlılık ifade etti ($t=-2,366$, $p=0,02<0,05$).

Sağlık çalışanlarının hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi düzeyi ve tutum ölçeği puan ortalamaları mezuniyet süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi düzeyi ve tutum puanları çalışılan kurum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,799$, $p=0,004$; $F=2,923$, $p=0,038$). Bu farkın hangi kurumdan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan post hoc testte; Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi ve Biruni Üniversite Hastanesi çalışanlarının fiziksel tespite ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamalarının Medicine Hospital çalışanlarından daha yüksek çıktı ($p<0,05$). Ayrıca, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ve İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarının hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları Biruni Üniversite Hastanesi ve Medicine Hospital çalışanlardan daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Katılımcıların hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulama puan ortalamaları çalışılan kurum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Örneklem kapsamındaki kişilerin hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve uygulama puan ortalamaları daha önceden fiziksel kısıtlama uygulama durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 7. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Richmond Sedasyon ve Ajitasyon Skalası Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:113)

	Hemşire		Hekim	
	n	%	n	%
Anksiyete ve ajitasyon	94	%100	19	%100
RASS Uyanık	0	%0	0	%0
Uyandırılmayan	0	%0	0	%0

Richmond sedasyon ve ajitasyon skalasında hekimlerin ve hemşirelerin hepsinin hastalara anksiyete ve ajitasyon durumu söz konusu olduğunda fiziksel kısıtlama uyguladıkları belirlendi (Tablo 7).

Tablo 8: Katılımcıların Motor Aktivite Değerlendirme Skalası Puan Ortalamalarının Meslekler ile Karşılaştırılması (N:113)

Motor Aktivite Değerlendirme Ölçeği	Hemşire		Hekim		P
	n	%	n	%	
Huzursuz ve ajite	73	%77,7	12	%63,2	$\chi^2=10,124$ p=0,006
Sakin ve huzurlu	20	%21,3	4	%21,1	
Hafif sedasyon	1	%1,1	3	%15,8	

Motor Aktivite Değerlendirme Skalası'na (MASS) verilen puan ortalamalarına bakacak olursak; hemşirelerin %77,7'sinin, hekimlerin ise %63,2'sinin hastalar huzursuz ve ajite iken fiziksel kısıtlama uyguladıkları görülmekte olup bu durum istatistiksel olarak da anlamlılık ifade etmektedir ($\chi^2=10,124$, $p=0,006$) (Tablo 8).

6.4. Katılımcıların Tüm Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının, Yaş ve Meslekte Çalışma Süreleri ile Korelasyonu

Bu bölümde; sağlık çalışanlarının hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve uygulamaları ölçeği puan ortalamaları, Motor Aktivite Değerlendirme Skalası puan ortalamalarının birbiri ve yaş, meslekte çalışma süresi ile korelasyonuna yer verildi (Tablo 9).

Tablo 9: ADA, Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi-Tutum-Uygulama Ölçeği ve MASS Puan Ortalamalarının Birbiri ve Yaş, Meslekte Çalışma Süresi ile Korelasyonu (N:113)

		Yaş	Meslekte Çalışma Süresi	Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Ahlaki Duyarlılık Toplam	Hfteki Bilgi	Hfteki Tutum	Hfteki Uygulama	Motor Aktivite
Yaş	r	1,000												
	p	0,000												
Meslekte Çalışma Süresi	r	0,871**	1,000											
	p	0,000	0,000											
Otonomi	r	-0,330**	-0,111	1,000										
	p	0,001	0,286	0,000										
Yarar Sağlama	r	-0,286**	-0,135	0,765**	1,000									
	p	0,005	0,193	0,000	0,000									
Bütüncül Yaklaşım	r	-0,384**	-0,187	0,898**	0,776**	1,000								
	p	0,000	0,071	0,000	0,000	0,000								
Çatışma	r	0,273**	0,248*	-0,055	0,051	-0,107	1,000							
	p	0,008	0,016	0,600	0,628	0,307	0,000							
Uygulama	r	-0,383**	-0,204*	0,865**	0,758**	0,873**	-0,039	1,000						
	p	0,000	0,049	0,000	0,000	0,000	0,709	0,000						
Oryantasyon	r	-0,384**	-0,163	0,922**	0,817**	0,936**	-0,140	0,847**	1,000					
	p	0,000	0,117	0,000	0,000	0,000	0,180	0,000	0,000					
Ahlaki Duyarlılık Toplam	r	-0,344**	-0,137	0,950**	0,876**	0,948**	0,047	0,920**	0,949**	1,000				
	p	0,001	0,187	0,000	0,000	0,000	0,651	0,000	0,000	0,000				
Hfteki Bilgi	r	0,264*	0,194	-0,022	-0,046	-0,083	0,065	0,032	-0,082	-0,030	1,000			
	p	0,010	0,061	0,833	0,659	0,428	0,533	0,759	0,431	0,773	0,000			
Hfteki Tutum	r	0,234*	0,075	-0,183	-0,172	-0,202	0,151	-0,210*	-0,235*	-0,196	0,289**	1,000		
	p	0,023	0,471	0,077	0,097	0,051	0,147	0,042	0,023	0,059	0,005	0,000		
Hfteki Uygulama	r	0,161	0,144	0,130	0,055	0,107	0,069	0,123	0,085	0,128	0,142	0,068	1,000	
	p	0,120	0,165	0,212	0,597	0,303	0,510	0,236	0,417	0,220	0,174	0,518	0,000	
Motor Aktivite	r	0,034	0,056	0,107	-0,042	0,108	0,082	0,029	0,110	0,087	-0,046	-0,079	0,123	1,000
	p	0,744	0,592	0,305	0,688	0,302	0,430	0,784	0,292	0,402	0,658	0,452	0,238	0,000

*<0,05; **<0,01

Meslekte çalışma süresi, Ahlaki duyarlılık anketinin alt boyutu olan çatışma, hemşirelikte fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi, hemşirelikte fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutum ile yaş arasında pozitif ($p=0,000<0,05$; $p=0,008<0,05$; $p=0,010<0,05$; $p=0,023<0,05$), hemşirelikte fiziksel kısıtlama uygulaması, hemşirelikte fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi, tutum ve uygulama ölçeğinin alt boyutu, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, Ahlaki duyarlılık anketinin alt boyutu olan oryantasyon, ahlaki duyarlılık toplam ile yaş arasında negatif bir korelasyonun olduğu saptandı ($p=0,000<0,05$; $p=0,001<0,05$; $p=0,005<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,001<0,05$) (Tablo 9).

Otonomi, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon, ahlaki duyarlılık toplamı ile yarar sağlama arasında pozitif ($p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$) korelasyon vardır (Tablo 9).

Yaş, meslekte çalışma süresi ve tutum ile uygulama arasında negatif ($p=0,000<0,05$; $p=0,049<0,05$; $p=0,042<0,05$) otonomi, bütüncül yaklaşım, oryantasyon, ahlaki duyarlılık toplamı ile uygulama arasında pozitif ($p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$) bir korelasyon olduğu belirlendi (Tablo 9).

Çatışma ile meslekte çalışma süresi arasında pozitif ($p=0,016<0,05$) korelasyon saptanırken; otonomi, bütüncül yaklaşım, ahlaki duyarlılık toplamı ile oryantasyon arasında pozitif ($p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$), tutum ile oryantasyon arasında negatif ($p=0,023<0,05$) korelasyon olduğu saptandı (Tablo 9).

Bütüncül yaklaşım, ahlaki duyarlılık toplamı ile otonomi arasında pozitif ($p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$), ahlaki duyarlılık toplamı ile bütüncül yaklaşım arasında pozitif ($p=0,000<0,05$), tutum ile bilgi arasında pozitif ($p=0,005<0,05$) ilişki bulundu. Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 9).

7. TARTIŞMA

Bu bölümde iki üniversite hastanesi ve iki özel hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire ve hekimlerin, fiziksel tespite yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarının etik ikilem açısından belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hekim ve hemşirelerin birbiri ile ve hemşirelerin kendi aralarında kişisel özellikleriyle karşılaştırılarak elde edilen sonuçlar tartışıldı. Elde edilen bulgular iki başlık altında tartışıldı.

7.1. Katılımcıların Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerinin Meslekler ile Tartışılması

7.2. Örneklem Grubuna Alınan Kişilerin Ahlaki duyarlılık anketi Puan Ortalamalarının Meslekler, Eğitim Durumu, Çalışılan Kurum ve Fiziksel Kısıtlama Uygulama Durumu ile Tartışılması

7.3. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulama Puan Ortalamaları, Richmond Ajitasyon ve Sedasyon Ölçeği Puan Ortalaması ve Motor Aktivite Değerlendirme Skalası Puan Ortalamaları ile Tartışılması

7.4. Katılımcıların Tüm Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının, Yaş ve Meslekte Çalışma Süreleri ile Korelasyonunun Tartışılması

7.1. Katılımcıların Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerinin Meslekler ile Tartışılması

Çalışmaya katılan hemşirelerin %58,5'i, hekimlerin %84,2'si 26 yaş ve üzeri, hemşirelerin %70,2'si, hekimlerin ise %78,9'u kadındır. Hemşirelerin %57,4'ü, hekimlerin %52,6'sı bekadır (Tablo 1). Hemşirelerin %56,4'ü yüksekokul/üniversite mezunu iken, hekimlerin %63,2'si lisansüstü/uzmanlık eğitimi almıştır. Ülkemizde hemşirelik eğitiminin lisans ve üzeri eğitime yükseltilmesinde bu alandaki üniversitelerin sayısı artmasının ve hemşirelikte mesleki kadronun verilmesinde lisans ve üzeri mezuniyetin tercih edilmesine bağlanabilir.

Sağlık Bakanlığının resmi internet sitesinde yer alan, yıllara göre yoğun bakım yatak sayıları incelendiğinde; 2002 yılından itibaren gerek Sağlık Bakanlığı gerek üniversite gerekse özel hastanelerdeki yoğun bakım yatak sayılarının sürekli artış gösterdiği görülmektedir. 2016 yılındaki yatak sayılarının Sağlık Bakanlığı için 13625, üniversite hastaneleri için 5420, özel hastaneler için ise 14018 olduğu da bildirilmektedir. Çalışmada kişilerin çalıştığı kurum ile meslekleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($\chi^2=10,691$, $p=0,014$) (Tablo 2). Hekim grubunda çalışılan kurum Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ve İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi olma oranı hemşire grubuna göre yüksek, hemşire grubunda çalışılan kurum Biruni Üniversite Hastanesi ve Medicine Hastanesi olma oranı hekim grubuna göre yüksektir. Bu durum, Sağlık Bakanlığı'nın bilgilerinde de görüldüğü gibi devlet veya üniversite hastanesindeki yatak sayısının özel hastanelere kıyasla çok daha yüksek olması ile ilişkilidir. Çünkü, yoğun bakımlardaki tüm hastalara bakım vermekle yükümlü olan hemşirelerin etkin bir bakım verebilmesi için 1. düzey yoğun bakımda 4 hastaya en az 1 hemşire, 2. düzey yoğun bakımda 3 hastaya en az 1 hemşire ve 3. düzey yoğun bakımda 2 hastaya en az 1 hemşire olması gerekmektedir. Oysa hekim sayıları için böyle bir zorunluluk söz konusu değildir.

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ortalamalarının $6,383\pm 5,584$ yıl, hekimlerin ise $4,237\pm 2,097$ yıl olduğu ve aralarında istatistiksel bir anlamlılık olduğu belirlendi ($t_{(111)}=1,647$, $p=0,005$) (Tablo 3). Hemşirelerin öncesinde/şuanda genel yoğun bakımda ve dahili yoğun bakımda çalışma süresi ortalamaları hekimlerin çalışma süresinden yüksek bulundu (sırasıyla; hemşireler için $3,648\pm 2,987$ yıl ve $2,563\pm 1,499$ yıl; hekimler için $1,000\pm 1,134$ yıl ve $0,857\pm 0,244$ yıl) ve bu durumun istatistiksel bir anlamlılık gösterdiği belirlendi ($t_{(40)}=3,290$, $p=0,000$; $t_{(13)}=2,963$,

p=0,015) (Tablo 3). Hekimlerin mesleki anlamda uzmanlıklarını alabilmeleri için öncelikle tüm alanlarda bilgi ve deneyimlerini arttırması için klinik uygulamaya çıkmaları sonrasında da tıpta uzmanlık sınavındaki başarısına göre tercih ettikleri bölümler netleşmektedir. Uzmanlıklarını alabilmeleri için ise beş yıl bu alanda çalışmaları gerekmektedir. Uzmanlığını alan hekimler isterlerse alanında kalabilecekleri gibi yan dal yapma şanslarına da sahip olabilmektedirler. Hemşirelikte ise, kişilerin tercihleri ve hastanenin açık kadroları baz alınarak çalışılacak olan birimler belirlenmektedir. Yoğun bakım gibi spesifik alanlarda deneyime sahip olan hemşirelerin kurum için rotasyonları hiç denecek kadar az düzeyde yapılmaktadır. Bu nedenle çalışmada hemşirelerin yoğun bakımda çalışma sürelerinin hekimlere kıyasla daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Konfüze, ajite, demans ya da deliryumdaki hastaların kendilerine ya da çevrelerine zarar vermelerini önlemek amacıyla, hasta hareketlerinin manuel bir yöntemle ya da hastanın vücuduna eklenen, hasta tarafından kolayca kaldırılamayan, fiziksel ya da mekanik araç-gereç ve materyallerle kısıtlanmasına fiziksel kısıtlama denmektedir (Orhan ve Yakut, 2012). Fiziksel kısıtlamanın yurtdışındaki yoğun bakım ünitelerinde kullanımının %39 olduğu bildirilmiştir (Benbenbishty ve ark., 2010). Ülkemizde ise yoğun bakım ve genel klinikleri kapsayan çalışmalarda hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulama oranının %90,5-%96,1 arasında değişmekte olduğu bulunmuştur (Akansel, 2007; Demir, 2007; Karagözoğlu ve Özden, 2013). Yapılan benzer çalışmalarda, Tayvan'da yoğun bakım birimlerinde fiziksel kısıtlama uygulamasının %39,1- %69,9 arasında (Huang ve ark., 2009), Kanada'da %53 (Luk ve ark., 2014), Amerika'da ise %39 oranında (Martin ve Mathisen, 2005) kullanıldığı görülmüştür. Yoğun bakımlarda fiziksel kısıtlama kullanım oranı Danimarka, İzlanda ve Japonya'da %9 iken; Fransa, İtalya, İsveç ve Amerika'da %15-17, İspanya'da ise %40'a ulaştığı bildirilmektedir (Cheung ve Yam, 2005). Kahraman ve arkadaşlarının belirttiğine göre; yurt dışında yapılmış olan başka bir çalışmada fiziksel kısıtlamanın bakımevlerinde uygulanma oranının %2-%70 gibi geniş bir aralığa ulaştığı bildirilmektedir (Kahraman ve ark., 2015). Çalışma sonucunda daha önce fiziksel kısıtlama durumu hemşirelerde %89,4 hekimlerde %78,9 oranında evet, gerektiğinde fiziksel kısıtlama uygulama durumu hemşirelerde %98,9 hekimlerde ise %100 oranında belirlendi. Daha önce fiziksel kısıtlamayı uygulayan ve gerektiğinde fiziksel kısıtlama uygulanabilir diyenlerin oranının diğerlerine göre daha yüksek

olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediği saptandı ($\chi^2=1,579$, $p=0,186$; $\chi^2=0,204$, $p=0,832$) (Tablo 3). Karagözoğlu ve arkadaşlarının (2013) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve uygulamalarını incelendiği araştırmasında; çalışmaya katılan hemşirelerin %69,2'sinin fiziksel tespiti uyguladığını belirtmiştir. Çalışmada elde edilen sonuçlar yorumlandığında; çalışma sonucunun Karagözoğlu ve arkadaşlarının çalışma sonucundan yüksek, ülkemizdeki diğer çalışma sonuçları ile uyumlu olduğu, yurtdışında yapılan çalışmadaki verilerden ise çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Ülkemizde, ajite hastalarda bakımın aksamaması adına hekim orderi ile uygulanması gereken fiziksel kısıtlamanın hasta sayısının fazlalığı ve çalışan sayısının azlığına bağlı olarak sıkça başvurulmakta olduğu görülmektedir. ABD' de 1940'larda standart hale gelmiş olan fiziksel tespit uygulamasının (Martin ve Mathisen, 2005), 1980'li yıllardan itibaren kullanımının sınırlandırılmış olduğu bildirilmektedir (Rogers, 1999). İngiltere'de ise 19. yüzyıl ortalarından itibaren fiziksel kısıtlamaya alternatif daha az kısıtlayıcı yöntemler (yatak alarmları, iletişim, dokunma, aile iş birliği, masaj, akupunktur gibi) getirilmiştir (Bray ve ark., 2004; Hine, 2007; Rogers, 1999).

7.2. Örneklem Grubuna Alınan Kişilerin Ahlaki duyarlılık anketi Puan Ortalamalarının Meslekler, Eğitim Durumu, Çalışılan Kurum ve Fiziksel Kısıtlama Uygulama Durumu ile Tartışılması

Etik duyarlılık çelişkili durumlarda ahlaki değerler ya da kişinin var olan durum içinde kendi rol ve sorumluluklarının farkına varması olarak tanımlanır (Pekcan ve Sevgi, 2007). Etik sorunları çözme, açıklık getirme, etik bir ikilemi çözme ve ikilemlere bağlı gelişebilecek durumları önleyebilmede etik duyarlılık önemlidir (Öztürk, 2010). Dikmen'in (2013) yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın incelenmesini içeren çalışmasında; yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki duyarlılık anketinden aldığı toplam puan ortalaması $87,51 \pm 27,79$ olarak saptandı. Anketin alt boyutlarının puan ortalamaları; otonomi alt boyutu $18,24 \pm 7,50$, yarar sağlama alt boyutu $12,14 \pm 5,17$, bütüncül yaklaşım $12,65 \pm 6,69$, çatışma alt boyutu $11,80 \pm 2,83$, uygulama alt boyutu $8,76 \pm 3,75$, oryantasyon alt boyutu ise $8,83 \pm 5,34$ olarak bulundu. Çalışmamızda hemşirelerin ahlaki duyarlılık değerlendirilmesinde Ahlaki duyarlılık anketinin alt boyutu olan otonomide $26,2 \pm 11,6$, yarar sağlamada

14,8±6,1; bütüncül yaklaşımda 19,1±9,2; çatışmada 11,7±4,0; uygulamada 15,2±6,5; oryantasyonda 15,2±8,2 ADA' nın toplam puan ortalamasında ise 114,0±41,6 oranında çıktığı belirlendi. Hekimlerin ise ahlaki duyarlılık değerlendirilmesi; ADA' nın alt boyutu olan otonomide 21,5±9,4, yarar sağlamada 13,2±6,6; bütüncül yaklaşımda 14,0±7,5; çatışmada 10,5±3,9; uygulamada 12,2±4,1; oryantasyonda 11,5±6,3 ADA' nın toplam puan ortalamasında ise 92,8±36,3 oranında çıktığı belirlendi (Tablo 4). Ahlaki duyarlılık anketinin (ADA) tüm alt boyut puan ortalamaları (otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon) ile ölçeğin toplam puan ortalamasının hemşire grubunda hekim grubuna kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi. Bu ölçekte puanın yüksek olması etik açıdan düşük duyarlılığı, puanın düşük olması ise etik açıdan yüksek duyarlılığı göstermektedir. Dikmen'in çalışmasından daha yüksek puan alan hemşirelerin etik duyarsızlıklarının arttığı söylenebilir. Bu sonuç, hemşirelerin etik duyarlılığının hekimlerden daha düşük olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni ile özellikle yoğun bakım ortamında az elemanla uzun süre çalışmakta olan hemşirelerin hastaların her türlü bakım ve tedavi sürecini üstlenmesi olarak gösterilmektedir. Bu da ister istemez kişilerde mesleki deneyim, yoğun bakımda çalışılan süre, stres, fiziksel yorgunluk, psikolojik yıpranma veya mesleki deformite gibi sebeplerle daha fazla görüldüğünü düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan kişilerden 25 yaş ve altı olanların ADA'nin otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyutları ile ölçeğin toplam puan ortalamasının 26 yaş ve üzeri olanlardan daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterirken (sırasıyla; $t=4,350$, $p=0,000<0,05$; $t=3,519$, $p=0,001<0,05$; $t=4,273$, $p=0,000<0,05$; $t=4,354$, $p=0,000<0,05$; $t=4,764$, $p=0,000<0,05$; $t=4,178$, $p=0,000<0,05$) ADA'nin çatışma alt boyutunda 25 yaş ve altı olanların puan ortalamaları 26 yaş ve üzeri olanlardan daha düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturdu ($t=2,578$, $p=0,000<0,05$) (Tablo 4). Çalışmaya katılan kişilerden 25 yaş ve altı olanların diğerlerine göre ADA'nin çatışma alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarında ve ölçeğin toplam puanından daha yüksek olmasına bağlı olarak ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu belirlendi. Ayrıca mezuniyet süresi 1-5 yıl olanların ADA'nin uygulama alt boyutu puan ortalaması ($x=16,738$) 6 yıl ve üzeri olanlarınkinden ($x=14,019$) yüksek bulundu. Bu durumun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görüldü ($t=2,032$; $p=0,045<0,05$).

Fakat ADA'nin otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma ve oryantasyon alt boyutları ile ADA toplam puan ortalamasının mezuniyet süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemekte olduğu belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 5). Mezuniyet süresi 1-5 yıl olanların ADA'nin uygulama alt boyutu puan ortalamasının 6 yıl ve üzeri olanlardan daha yüksek olmasına bağlı olarak ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu belirlendi. Bu alanda yapılmış çalışma sayısının az olmasına bağlı olarak çalışma sonucunun eğitim seviyesi, mesleki deneyim durumu ve yeni kuşağın farklılıkları/önceliklerine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının cinsiyeti ile ADA'nin tüm alt boyut puan ortalamaları (otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon) ile ölçeğin toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 5). Sağlık çalışanlarının cinsiyetinin ahlaki duyarlılığı etkilemediği görüldü. Benzer eğitim sisteminden geçen, aynı kültürel yapı içinde yaşamakta olan ve buna bağlı olarak etik değerleri şekillenmiş olan kişilerin etik duyarlılıklarının da benzer olduğu düşünülebilir.

Katılımcılardan sağlık meslek lisesi mezunu olanların ADA'nin otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon ve ahlaki duyarlılık toplam puan ortalamaları eğitim durumu lisans ve yüksek lisans olanların puanlarından daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği ($F=16,006$, $p=0<0,05$; $F=9,239$, $p=0<0,05$; $F=15,460$, $p=0<0,05$; $F=11,130$, $p=0<0,05$; $F=18,244$, $p=0<0,05$; $F=15,066$, $p=0<0,05$), ADA'nin çatışma alt boyutu puan ortalamasında ise eğitim durumu sağlık meslek lisesi olanların puan ortalamasının diğerlerinden daha düşük olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 5). Sağlık meslek lisesi mezunu olanların diğerlerine göre ADA'nin çatışma alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarında ve ölçeğin toplam puanından daha yüksek olmasına bağlı olarak ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu saptandı. Bu sonuç erken yaşta çalışma hayatına başlamak durumunda olan sağlık meslek lisesi mezunlarının mesleki deformiteden daha çok etkilenmiş olabileceği, otoriter yapılarının daha düşük olabileceği ile ilişkilendirilebilir.

Örneklem kapsamındaki kişilerden bekar olanların ADA'nin otonomi, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyutları ile ölçeğin toplam puan

ortalamasının evli olanlardan daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterirken (sırasıyla; $t=2,379$, $p=0,019<0,05$; $t=2,825$, $p=0,006<0,05$; $t=3,253$, $p=0,002<0,05$; $t=2,641$, $p=0,01<0,05$; $t=2,603$, $p=0,011<0,05$) ADA'nin yarar sağlama ve çatışma alt boyutlarında bekar olanların puan ortalamaları evli olanlardan daha düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturdu ($t=1,729$, $p=0,087>0,05$; $t=-1,346$, $p=0,182>0,05$) (Tablo 5). Bekar olanların evlilere göre ADA'nin çatışma alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarında ve ölçeğin toplam puanından daha yüksek olmasına bağlı olarak ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu bulundu. Evli olanların yaşının bekarlara göre daha yüksek olması ve edindiği yeni rolleri nedeniyle etik duyarlılıklarının daha yüksek olması beklenebilmektedir.

ADA'nin tüm alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamalarının sağlık profesyonellerinin çalıştığı kurumlara göre anlamlı farklılık göstermekte olduğu görüldü ($F=21,947$, $p=0<0,05$; $F=10,251$, $p=0<0,05$; $F=19,741$, $p=0<0,05$; $F=12,424$, $p=0<0,05$; $F=24,698$, $p=0<0,05$; $F=18,182$, $p=0<0,05$). Bu farkın hangi kurumdan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan post hoc testte; Biruni Üniversitesi Hastanesi ve Medicine Hastanesi'nde çalışanlarının ADA'nin çatışma alt boyutu dışındaki tüm alt boyutları ve ölçeğin toplam puan ortalamasının Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışanlarından daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptandı ($p<0,05$). ADA'nin çatışma puan ortalamasının çalışılan kurum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemekte olduğu görüldü ($p>0,05$) (Tablo 5). Özel hastanede çalışanların üniversite hastanelerinde çalışanlara göre ADA'nin çatışma alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarında ve ölçeğin toplam puanından daha yüksek olmasına bağlı olarak ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu belirlendi. Bu durum özel hastanelerde çalışan hemşirelerin çoğunlukla kurum politikasına bağlı olarak sağlık meslek lisesi mezunlarını çalıştırmak istemesi ile ilişkili olabilir.

Yoğun bakım hastasına verilecek olan bakımların fazlalığı ve gerek yoğun bakım hastasının verilen ilaçlara bağlı olarak gerekse rahatsızlıklarına bağlı olarak istemsiz reaksiyon verebilmeleri nedeniyle bakımlar bazen zorlaşabilmektedir. Bu durumda kliniklerde istenmese de fiziksel tespit yapılabilmektedir (İlhan, 2009). Katılımcıların daha önceden fiziksel kısıtlama uygulama durumunun ADA'nin tüm

alt boyutlarından ve ölçeğin toplam puan ortalamalarından etkilenmediği ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekte olduğu görüldü ($p>0,05$) (Tablo 5). Katılımcıların daha önceden fiziksel kısıtlama uygulama durumunun ahlaki duyarlılığı etkilemediği saptandı.

7.3. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulama Puan Ortalamaları, Richmond Sedasyon ve Ajitasyon Skalası Puan Ortalaması ve Motor Aktivite Değerlendirme Skalası Puan Ortalamaları ile Tartışılması

Kahraman'ın yoğun bakımda fiziksel kısıtlamaya ilişkin çalışmasında fiziksel kısıtlamanın yoğun bakım ünitelerinde %13-%50 oranları arasında uygulandığı belirtilmiştir (Kahraman ve ark., 2015). Gürdoğan ve arkadaşlarının yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespite ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları içeren çalışmasında, hemşirelerin %62,4'unun fiziksel kısıtlama uygulaması ile ilgili eğitim almadıklarını, %81,2'sinin gerektiğinde hastalarına fiziksel kısıtlama uyguladıklarını ortaya koymuştur. Ayrıca, %38,6'sının fiziksel kısıtlamayı her zaman hekim istemi ile uyguladıklarını belirtmişlerdir (Gürdoğan ve ark., 2016). Balcı (2016), Çelik ve arkadaşları (2012) ile Kaya ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin bilgi alt boyutundan alınan puan ortalamalarının daha düşük olduğu, Suen ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin komplikasyonları bilme oranları belirlemek amacıyla yapılan çalışmaların çoğunda; hemşirelerin bilgi düzeylerinin düşük olduğu, hemşirelerin çoğunluğunun kliniklerde fiziksel tespit uygulamasına başvurdukları, uygulamaya karar verirken hekim orderi almadıkları ve alternatif yöntemleri kullanmadıkları bildirilmektedir. Hemşirelerin yarısından fazlasının uyguladıkları fiziksel tespiti kayıt ettikleri belirlenmiştir (Karagözoğlu ve Özden, 2013; Çelik ve ark., 2012; Suen ve ark., 2006). Çalışmada hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulama ölçeği puan ortalamalarının ($37,011\pm 3,453$), hekimlerin uygulama puanlarından ($33,579\pm 5,388$) daha yüksek bulundu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı ($t_{(111)}=3,558$, $p=0,014<0,05$). Ayrıca hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi düzeyi ve tutum ölçeği puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemekte olduğu görüldü. Katılımcıların mesleklerinin fiziksel tespit edici

kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını etkilemediği bulundu ($t_{(111)}=-1,801$, $p=0,074>0,05$; $t_{(111)}=-2,170$, $p=0,094>0,05$). (Tablo 6). Anlamlı ilişki olmamasına rağmen hekimlerin fiziksel tespite ilişkin bilgi düzeyi ve tutum ortalama puanlarının hemşirelerden daha yüksek, uygulama puanlarının ise daha düşük olduğu görüldü. Sağlık çalışanlarının fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeylerini ölçen ve yukarıda verilmiş olan çalışmalarda çalışma sonucuna benzer olarak hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu söylenmektedir. Bu durum yoğun bakımda hastayı yakın takip eden ve aynı zamanda bakımını sağlayan, bu nedenle hasta başında hekimden daha çok zaman geçiren grup hemşire grubudur. Hastanın ajite olması hasta bakımını doğru orantılı olarak hemşirenin de hastasına bakım vermesini zorlaştırabilir. Bu nedenle fiziksel kısıtlama ihtiyacının olup olmama durumuna hemşire hekimden daha önce karar vermektedir. Ayrıca, hekimlerin orderi ile yapılması gereken fiziksel tespit ile ilgili ortaya çıkabilecek komplikasyonlarda veya malpraktis olaylarında hekimlerin başrolde olmasına bağlanabilir.

Eğitim durumu yüksekokul/üniversite olanların hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları eğitim durumu sağlık meslek lisesi olanların tutum ölçeği puan ortalamalarından daha yüksek bulunurken ($F=3,624$, $p=0,031<0,05$), bilgi düzeyi ve uygulama ölçeği puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 6). Hemşirelerde eğitim seviyesinin bilgi ve uygulamayı etkilemezken, eğitim seviyesi yükseldikçe fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu görüldü.

Mezuniyet süresi 1-5 yıl olanların hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulama ölçeği puan ortalamaları ($x=36,095$), 6 yıl ve üzeri olanların uygulama ölçeği puan ortalamalarından ($x=37,750$) daha düşük bulundu ve bu durum istatistiksel olarak da anlamlılık ifade etti ($t=-2,366$, $p=0,02<0,05$) (Tablo 6). Çalışma yılı arttıkça fiziksel kısıtlama uygulama durumunun da arttığı görüldü. Bu durum mesleki deneyimi fazla olan çalışanların hangi durumda fiziksel tespit uygulanacağını veya sonlandırılacağını bilmesi ile ilişkilendirilebilir.

Sağlık hizmetlerinde fiziksel kısıtlama uygulaması; hastaların tıbbi araç bağlantılarını çıkarmasını ya da yataktan düşmelerini engelleyerek hastaların güvenliğini sağlamak, ajitasyonu ya da saldırgan davranışları kontrol altına alarak

hastaların kendilerine zarar vermesini önlemek ve yatağa bağımlı olan hastaların vücut postürlerini korumak amacıyla kullanıldığı bildirilmektedir (Gürdoğan ve ark., 2016). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve uygulamalarını içeren çalışmada, hemşirelerin %82,5'i hastaya bağlı olan tüplerin hasta tarafından çıkarılmasını önlemek, %75,6'sı hastanın yataktan düşmesini önlemek amacıyla fiziksel kısıtlama uyguladığını belirtmiştir (Karagözoğlu ve Özden, 2013). Çalışmada Richmond sedasyon ve ajitasyon skalasında hekimlerin ve hemşirelerin hepsinin hastalara anksiyete ve ajitasyon durumu söz konusu olduğunda fiziksel kısıtlama uyguladıkları belirlendi (Tablo 7). Motor Aktivite Değerlendirme Skalası (MASS) verilen puan ortalamalarına bakacak olursak; hemşirelerin %77,7'sinin, hekimlerin ise %63,2'sinin hastalar huzursuz ve ajite iken fiziksel kısıtlama uyguladıkları görülmekte olup bu durum istatistiksel olarak da anlamlılık ifade etmektedir ($\chi^2=10,124$, $p=0,006$) (Tablo 8). Hemşirelerin %77,7'sinin, hekimlerin ise %63,2'sinin hastalar huzursuz ve ajite iken fiziksel kısıtlama uyguladıkları belirlendi. Bu sonuç ile tüm katılımcıların hastalara anksiyete ve ajitasyon durumu söz konusu olduğunda fiziksel kısıtlama uyguladıkları anlaşıldı. Çalışma sonucu literatür bilgisi ve diğer çalışma sonucu ile paralellik göstermek olup fiziksel tespiti uygulamak zorunda kalan kişilerin hastaların kendisine zarar vermesini engellemek amacıyla yaptıklarını düşündürmektedir.

7.4. Katılımcıların Tüm Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları, Yaş ve Meslekte Çalışma Süreleri ile Korelasyonunun Tartışılması

Yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresi, Ahlaki duyarlılık anketinin alt boyutu olan çatışma, hemşirelikte fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi, hemşirelikte fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutum ile yaş arasında pozitif ($p=0,000<0,05$; $p=0,008<0,05$; $p=0,010<0,05$; $p=0,023<0,05$), hemşirelikte fiziksel kısıtlama uygulaması, hemşirelikte fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi, tutum ve uygulama ölçeğinin alt boyutu, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, Ahlaki duyarlılık anketinin alt boyutu olan oryantasyon, ahlaki duyarlılık toplam ile yaş arasında negatif bir korelasyonun olduğu saptandı ($p=0,000<0,05$; $p=0,001<0,05$; $p=0,005<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,001<0,05$) (Tablo 9). Meslekte çalışma süresi arttıkça Ahlaki duyarlılık anketinin çatışma alt boyutunun, fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve tutumun da arttığı, ölçeklerin diğer alt boyutlarının ise

azaldığı görüldü. Bu sonuç mesleki deneyimin ahlaki duyarlılığı ve fiziksel tespite ilişkin bilgi düzeyini etkilemesiyle açıklanabilmektedir.

Etik duyarlılık, tüm birimlerde olduğu gibi yoğun bakım ünitelerinde de önem arz etmektedir. Yapılan bir çalışmada yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalar ve yakınları uygulanan işlemler ve nedenleri hakkında sağlık personeli tarafından bilgilendirilmeyi ve kendileri ile iş birliği içerisinde olunmasını istediği belirtilmektedir (Kahraman ve ark., 2015). Çalışmada da sağlık çalışanlarının otonomi, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon, ahlaki duyarlılık toplamı ile yarar sağlama arasında pozitif ($p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$) korelasyon vardır (Tablo 9). Ahlaki duyarlılığın otonomi, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyonun yarar sağlama ve uygulamayı pozitif yönde etkilediği görüldü. Ahlaki duyarlılığı yükseldikçe fiziksel kısıtlamanın doğru zamanda, doğru şekilde yapılması ve sonlandırması gibi kişilerden beklenen otonomik davranışların yükselmesi beklenen bir sonuçtur. Ayrıca bu, kişilerin hastaya bütüncül yaklaşımda olduklarını ve yarar sağlama ilkesini gözettiklerini de göstermektedir. Zaten yapılmış olan çalışmada da yoğun bakımda yatmakta olan ve bilişsel fonksiyonları zayıflamış ve olan hastaların yakınları da hastalara yapılan uygulamalar ile ilgili söz sahibi olmak istediklerini veya bilgilendirilmek istediklerini söylemektedir. Bu durum empatik olarak da doğrudur.

Yaş, meslekte çalışma süresi ve tutum ile uygulama arasında negatif ($p=0,000<0,05$; $p=0,049<0,05$; $p=0,042<0,05$) otonomi, bütüncül yaklaşım, oryantasyon, ahlaki duyarlılık toplamı ile uygulama arasında pozitif ($p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$) bir korelasyon olduğu belirlendi (Tablo 9). Fiziksel kısıtlamayı uygulayanların yaşının ve meslekte çalışma süresinin fazla fiziksel kısıtlamaya karşı tutumunun ise olumlu olduğu görüldü. Bu sonuç mesleki deneyimin ve yaşın fiziksel tespite ilişkin tutumu etkilemesiyle açıklanabilmektedir.

Çatışma ile meslekte çalışma süresi arasında pozitif ($p=0,016<0,05$) korelasyon saptanırken; otonomi, bütüncül yaklaşım, ahlaki duyarlılık toplamı ile oryantasyon arasında pozitif ($p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$), tutum ile oryantasyon arasında negatif ($p=0,023<0,05$) korelasyon olduğu saptandı (Tablo 9). Ahlaki duyarlılığın çatışma alt boyutundan alınan puan arttıkça meslekte çalışma

süresinin de arttığı görüldü. Bu sonuç hemşirelik ve hekimlik icraatının oldukça meşakkatli olmasına ve zamanla mesleki deformitenin sık görülmesine bağlanabilir.

Bütüncül yaklaşım, ahlaki duyarlılık toplamı ile otonomi arasında pozitif ($p=0,000<0,05$; $p=0,000<0,05$), ahlaki duyarlılık toplamı ile bütüncül yaklaşım arasında pozitif ($p=0,000<0,05$), tutum ile bilgi arasında pozitif ($p=0,005<0,05$) ilişki bulundu. Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 9). Fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyi arttıkça fiziksel kısıtlama ile ilgili olumlu tutumun da arttığı görüldü. Eğitim düzeyi arttıkça emtipik becerinin de artması beklenmektedir. Bu durum da kişilerin fiziksel kısıtlamaya karşı daha tutumu da gerçek anlamda hasta yararına kılmaktadır.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

İki üniversite hastanesi ve iki özel hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire ve hekimlerin, fiziksel tespite yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarının etik ikilem açısından belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı;

- Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının $27,926 \pm 6,737$ /yıl, hekimlerin yaş ortalamasının ise $30,00 \pm 3,727$ yıl olduğu,
- Katılımcılardan hemşirelerin yarıdan fazlasının yüksekokul/üniversite, hekimlerin de lisansüstü/uzmanlık eğitim almış olduğu,
- Hemşire ve hekimlerin yarısının meslekte çalışma süresinin 6 yıl ve üzeri olduğu,
- Hemşirelerin öncesinde/şuanda genel yoğun bakımda ve dahili yoğun bakımda çalışma süresi ortalamalarının hekimlerin çalışma süresi ortalamasından yüksek olduğu,
- Hemşirelerin %89,4'ünün hekimlerin %78,9'unun daha önceden fiziksel kısıtlama uyguladığı,
- Hemşirelerin %98,9'unun hekimlerde ise %100'ünün gerektiğinde fiziksel kısıtlama uygulanmalı görüşünde olduğu,
- Daha önce fiziksel kısıtlamayı uygulayan ve gerektiğinde fiziksel kısıtlama uygulanabilir diyenlerin oranının diğerlerine göre daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin hekime kıyasla ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu,
- Çalışmaya katılan kişilerden 25 yaş ve altı olanların diğerlerine göre ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu,
- Sağlık meslek lisesi mezunu olanların diğerlerine göre ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu,
- Sağlık çalışanlarının cinsiyetinin ahlaki duyarlılığı etkilemediği,
- Bekar olanların evlilere göre ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu,

- Mezuniyet süresi 1-5 yıl olanların diğerlerine göre ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu,
- Özel hastanede çalışanların üniversite hastanelerinde çalışanlara göre ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu,
- Katılımcıların daha önceden fiziksel kısıtlama uygulama durumunun ahlaki duyarlılığı etkilemediği,
- Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulama ölçeği puan ortalamalarının ($37,011 \pm 3,453$), hekimlerin uygulama puanlarından ($33,579 \pm 5,388$) daha yüksek olduğu,
- Katılımcıların mesleklerinin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını etkilemediği,
- Hemşirelerde eğitim seviyesinin bilgi ve uygulamayı etkilemezken, eğitim seviyesi yükseldikçe fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu,
- Çalışma yılı arttıkça fiziksel kısıtlama uygulama durumunun da arttığı,
- Katılımcıların ortalamaları daha önceden fiziksel kısıtlama uygulama durumunun fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını etkilemediği,
- Tüm katılımcıların hastalara anksiyete ve ajitasyon durumu söz konusu olduğunda fiziksel kısıtlama uyguladıkları,
- Hemşirelerin %77,7'sinin, hekimlerin ise %63,2'sinin hastalar huzursuz ve ajite iken fiziksel kısıtlama uyguladıkları,
- Meslekte çalışma süresi arttıkça ahlaki duyarlılık anketinin çatışma alt boyutunun, fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve tutumun da arttığı, ölçeklerin diğer alt boyutlarının ise azaldığı,
- Ahlaki duyarlılığın otonomi, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyonun yarar sağlama ve uygulamayı pozitif yönde etkilediği,

- Fiziksel kısıtlamayı uygulayanların yaşının ve meslekte çalışma süresinin fazla fiziksel kısıtlamaya karşı tutumunun ise olumlu olduğu,
- Ahlaki duyarlılığın çatışma alt boyutundan alınan puan arttıkça meslekte çalışma süresinin de arttığı,
- Fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyi arttıkça fiziksel kısıtlama ile ilgili olumlu tutumun da arttığı görüldü.

Bu sonuçlar çerçevesinde;

- Fiziksel tespit ile ilgili bilgi düzeyini arttırmak için hizmet içi eğitim programına da eklenmesi,
- Komplikasyonları fazla olan fiziksel kısıtlama uygulamasını en aza indirebilmek için alternatif yöntemlerin belirlenmesi,
- Order edilen fiziksel tespiti uygulamak durumunda kalan hemşirelerin hasta kontrolünü arttırarak fiziksel tespit uygulamasını azaltmak için hemşire sayılarının ve baktıkları hasta sayısının da düzenlenmesi,
- Fiziksel kısıtlama uygulanmasının sınırlandırılması için hasta yakınlarının bilgilendirilmesi,
- Etik açıdan uygun olmayan fiziksel kısıtlama uygulamasına yönelik hasta ve ailesini de kapsayan çalışmaların artırılması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Akansel, N. (2007), Physical restraint practices among icu nurses in one university hospital in weastern Turkey, *Health Science J*, 1(4).

Akpir, K. (2004), Türkiye’de yoğun bakım, *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi*, 32, 335-343.

Balcı, H. (2016), Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum Ve Uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Selda Arslan).

Bartlova, S., Hajduchova, H., Prajsova, J. (2015), Nurses opinions regarding patient safety in connection with the use of restraints in patients in czech hospitals, *Kontakt*, 17, 73-79.

Benbenbishty, J., Adam, S., Endacott, R. (2010), Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study, *Intensive Crit Care Nurs*, 26:241-5.

Bilici, R., Sercan, M., Evren, T. (2013), Psikiyatrik hastalarda saldırganlık ve saldırgan hastaya yaklaşım, *Düşünen Adam-The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26:190-198.

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

Cheung, P.P., Yam, B.M. (2005), Patient autonomy in physical restraint, *J Clin Nurs*, 14:34-40.

Çelik, S., Karvazlı, S., Demircan, E., Güven, N., Durmuş, Ö., Duran, E.S. (2012), Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3):176-183.

Dedeli, Ö., Akyol, A. (2008), Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 12(1-2), 26-32. 26.

Demir, A. (2007), Nurses' use of physical restraints in four turkish hospitals, *J Nurs Scholarsh*, 39(1): 38-45.

Devlin, J.W., Boleski, G., Mlynarek, M., Nerenz, D.R., Peterson, E., Jankowski, M, et al. (1999), Motor Activity Assessment Scale: a valid and reliable sedation scale for use with mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit. *Crit Care Med*;27(7):1271-5.

Eşer İ., Hakverdioğlu, G. (2006), Fiziksel tespit uygulamaya karar verme, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 37-42.

Eşer, İ., Khorshid, L., Hakverdioğlu, G. (2007), The characteristics of physically restrained patients in intensive care units, *Int J Human Scie*, 4(2): 1-12.

Göktaş, A., Buldukoğlu, K. (2017), Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1):1-10.

Gürdoğan, E.P., Uğur, E., Kınıcı, E., Aksoy, B. (2016), Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespite ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları ve etkileyen faktörler, *Yoğun Bakım Dergisi*, 7: 83-88.

Hakverdioğlu, G., Demir, A., Ulusoy, M.F. (2006), Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgilerinin değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 26: 634-41.

Hastane Hizmet Kalite Standartları (2011), <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr>, (erişim tarihi: 29.12.2017).

Hatipoğlu, S. (2002), Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri, *Gülhane Tıp Dergisi*, 44(4), 475-479. 35.

Hindistan, S., Nural, N., Öztürk, H. (2009), Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 40-46.

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

Huang, H.T., Chuang, Y.H., Chiang, K.F. (2009), Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: the effectiveness of an in-service education program, *J Nurs Res*, 17(4): 241-248.

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

Kahraman, B.D., Aşiret, G.D., Yıldırım, G., Akyar, İ., AYTEKİN, G.K., ÖZ, A. (2015). Yoğun bakımda fiziksel kısıtlamaya ilişkin hasta yakınlarının görüşleri, *Yoğun Bakım Dergisi*, 6, 78-83.

Karagözoğlu, Ş., Özden, D. (2013), Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve uygulamaları, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1: 11-22.

Karagözoğlu, Ş., Özden, D., Yıldız, F.T. (2013), Knowledge, attitudes, and practices of turkish intern nurses regarding physical restraints, *Clin Nurse Spec*, 27(5): 262-271.

Karaöz, S. (2000), Cerrahi hemşireliği ve etik, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1).

Kaya, H., Doğu, Ö. (2018) Intensive care unit nurses knowledge, attitudes and practices related to using physical restraints, *International Journal of Caring Sciences*, 11(1): 61-70.

Kaya, H., Aşti, T., Acaroğlu, R., Erol, S., Savcı, C. (2008), Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi tutum ve uygulamaları, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(2): 21-29.

Kılıç, G., Kutlutürkan, S., Çevik, B., Erdoğan, B. (2018), Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi, *Van Tıp Dergisi*, 25(1): 11-16.

Korhan, E.A., Bor, C., Uyar, M. (2012), Yetişkin yoğun bakım hastasında ağrının değerlendirilmesi, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 16(2), 57-65.

Luk, E., Sneyers, B., Rose, L. (2014), Predictors of physical restraint use in Canadian intensive care units, *Crit Care*, 18: R46.

Martin, B., Mathisen, L. (2005), Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study, *Am J Crit Care*, 14, 133-42.

Orhan, F., Yakut, İ. (2012), Çocuk yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerinin belirlenmesi, *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 6(3): 155-160.

Özden, D. (2012), Hasta Güvenliği, Editör(ler): Atabek Aştı T., Karadağ A., Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı, İstanbul: Akademi basın ve yayıncılık, s. 263-289.

Pekcan, S.H. (2007), Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları, Marmara Üniversitesi Açık Arşiv Sistemi.

Rogers, P.D, Bocchino, N.L. (1999). Restraint-free care: is it possible?, *Am J Nurs* 99, 26-34.

Sağlık Bakanlığı'nın 2002- 2016 yıllarını kapsayan yoğun bakım sayıları. [https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/.](https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/), (erişim tarihi: 28.02.2019).

Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (2016), <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0>, (erişim tarihi: 29.12.2017).

Sarıcaoğlu, F., Akıncı, S.B., Dal, D., Aypar, Ü. (2005), Yoğun bakım hastalarında analjezi ve sedasyon, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2:86-90.

Sılay, F., Akyol, A. (2018), Yoğun bakım ünitelerinde sedasyon-ajitasyon ve ağrı değerlendirmesinde kullanılan iki ölçüm aracının Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22(2): 50-65.

Suen, L.K., Lai, C.K., Wong, T.K., Chow, S.K. (2006), Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors, *J Adv Nurs*, 55:20–8.

Taha, M.N., Ali, H.Z. (2013), Physical restraints in critical care units: impact of a training program on nurses 'knowledge and practice and on patients' outcomes, *Nursing & Care*, 2/2.

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

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

Tekkaş, K., Bilgin, H. (2010), Psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri: kullanım nedenleri, türleri, uluslararası uygulamalar ve algılamalar, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3): 235-237.

Tosun, H. (2018), Ahlaki duyarlılık anketi (ADA): Türkçe geçerlik ve güvenilirlik uyarlaması, *J Contemp Med*, 8(4):316-321.

Uzelli, D., Korhan, E.A. (2014), Yoğun Bakım Hastalarında Duyusal Girdi Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2): 120-128.

Ünal, S. (2011), Psikiyatri kliniklerinde şiddet yönetimi, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(2): 116-121.

Yönt, G.H., Korhan, E.A., Dizer, B. (2014), Examination of ethical dilemmas experienced by adult intensive care unit nurses in physical restraint practices, *Holist Nurs Pract*, 28: 85-90.

10. EKLER

Ek 1: Gönüllü Olur Formu

Sizi “**Yoğun Bakımda Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Etik İkilem Açısından İncelenmesi**” başlıklı araştırmamıza davet ediyoruz.

Bu çalışma, Yoğun bakımda çalışan hemşire ve hekimlerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve tutumlarının etik ikilem açısından incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmanız sizin isteğinize bağlıdır. Sizden "Kişisel Bilgi Formunu", "Ahlaki duyarlılık anketini" , " Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeğini", " Richmond Sedasyon-Ajitasyon Ölçeğini " ve "Motor Aktivite Değerlendirme Skalasını (MASS) " dikkatle okumanızı ve soruları cevaplamanızı rica ediyoruz.

Bu çalışmada, siz katılımcıların isimleri kullanılmayacak, araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi sizin kimliğiniz gizli kalacaktır. Bu çalışma için size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu form sizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Size özel olarak anlatılan bilgilerin yazılı halini içermektedir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Bilmediğiniz terimleri ve anlamadığınız noktaları lütfen araştırmacıya sorunuz. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Siz istediğiniz zaman çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceksiniz, ayrıca istediğiniz anda çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederim.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Forumu’ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakabileceğimi biliyorum.

Tarih:

Katılımcının

İmza

Araştırmacının

Tunay GÜNEŞ

İmza

Ek 2: Kişisel Bilgi Formu

SORU NO	İÇERİK																		
1	Yaşınız:..... (belirtiniz)																		
2	Cinsiyetiniz 1() Kadın 2() Erkek																		
3	Eğitim durumunuz: 1() Sağlık Meslek Lisesi Mezunu 2() Yüksek Okul/Üniversite Mezunu 3() Yüksek Lisans 4() Doktora																		
4	Medeni durumunuz 1() Bekâr 2() Evli 3() Boşanmış/Dul																		
5	Mesleğiniz: 1() Sorumlu hemşire 2() Klinik hemşiresi 3() Asistan Hekim 4() Uzman Hekim 5() Diğer..... (belirtiniz)																		
6	Mezuniyet yılınız:(belirtiniz)																		
7	Meslekte Çalışma Yılı:..... (belirtiniz)																		
8	Çalıştığı Kurum:..... (belirtiniz)																		
9	Çalıştığı Birim:..... (belirtiniz)																		
10	Daha önceden/Şu anda aşağıdaki departmanlarda çalışma durumunuz: <table border="1"><thead><tr><th>Departman</th><th>Çalışma durumu</th><th>Çalışma süresi</th></tr></thead><tbody><tr><td>Beyin cerrahi yoğun bakım</td><td>1) Evet 2) Hayır</td><td>..... yıl</td></tr><tr><td>Genel yoğun bakım</td><td>1) Evet 2) Hayır</td><td>..... yıl</td></tr><tr><td>Acil yoğun bakım</td><td>1) Evet 2) Hayır</td><td>..... yıl</td></tr><tr><td>Cerrahi yoğun bakım</td><td>1) Evet 2) Hayır</td><td>..... yıl</td></tr><tr><td>Dahili yoğun bakım</td><td>1) Evet 2) Hayır</td><td>..... yıl</td></tr></tbody></table>	Departman	Çalışma durumu	Çalışma süresi	Beyin cerrahi yoğun bakım	1) Evet 2) Hayır yıl	Genel yoğun bakım	1) Evet 2) Hayır yıl	Acil yoğun bakım	1) Evet 2) Hayır yıl	Cerrahi yoğun bakım	1) Evet 2) Hayır yıl	Dahili yoğun bakım	1) Evet 2) Hayır yıl
Departman	Çalışma durumu	Çalışma süresi																	
Beyin cerrahi yoğun bakım	1) Evet 2) Hayır yıl																	
Genel yoğun bakım	1) Evet 2) Hayır yıl																	
Acil yoğun bakım	1) Evet 2) Hayır yıl																	
Cerrahi yoğun bakım	1) Evet 2) Hayır yıl																	
Dahili yoğun bakım	1) Evet 2) Hayır yıl																	
11	Daha önceden fiziksel kısıtlama uygulama durumunuz: 1() Evet 2() Hayır																		
12	Sizce, gerektiğinde fiziksel kısıtlama uygulanmalı mı: 1() Evet 2() Hayır																		

EK 3: Ahlaki Duyarlılık Anketi

Soru no	İçerik	Tamamen katılıyorum (1) Hiç katılmıyorum (7)
1	Hemşire olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.	1 2 3 4 5 6 7
2	Hastalarımnda bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.	1 2 3 4 5 6 7
3	Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.	1 2 3 4 5 6 7
4	Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.	1 2 3 4 5 6 7
5	Hastanın güveninin kaybedersem hemşire olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.	1 2 3 4 5 6 7
6	Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.	1 2 3 4 5 6 7
7	İyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.	1 2 3 4 5 6 7
8	Hastanın hastalığını anlama/ kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.	1 2 3 4 5 6 7
9	Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.	1 2 3 4 5 6 7
10	Hastaların bakım/ tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.	1 2 3 4 5 6 7
11	Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.	1 2 3 4 5 6 7
12	Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.	1 2 3 4 5 6 7
13	Bakım /tedavi uygulamalarında hemşire- hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.	1 2 3 4 5 6 7
14	Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.	1 2 3 4 5 6 7
15	Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.	1 2 3 4 5 6 7
16	Çoğu kez iyi bakım/ tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.	1 2 3 4 5 6 7
17	Ne yapacağım konusunda emin olmadığımnda çoğunlukla diğer hemşire/ hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.	1 2 3 4 5 6 7
18	Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.	1 2 3 4 5 6 7
19	Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.	1 2 3 4 5 6 7
20	Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.	1 2 3 4 5 6 7

21	Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/ tedaviyi red ettiğinde izleyeceğim birtakım kurallarımın olması önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
22	İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.	1	2	3	4	5	6	7
23	Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarla sıklıkla karşılaşırım.	1	2	3	4	5	6	7
24	Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
25	Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/ tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
26	Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.	1	2	3	4	5	6	7
27	Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.	1	2	3	4	5	6	7
28	Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.	1	2	3	4	5	6	7
29	Bir hemşire olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
30	Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olamasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 4: Sağlık Çalışanlarının Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği

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

	Tutum Düzeyi	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Eğer ben hasta olsaydım tespit edici kullanılacağı zaman, bunu kabul etme ya da reddetme hakkım olmasını isterdim.				
2	Hastaya tespit edici uyguladığımda kendimi suçlu hissedirim.				
3	Tespit edici uygulanmış bir hastanın odasına aile üyelerinden biri girdiği zaman Kendimi kötü hissedirim.				

4	Hasta tespit edildikten sonra daha kötü/sinirli olduğu zaman kendimi kötü hissederim.				
5	Tespit edici uygulanan hastanın özgüveninde azalma olur.				
6	Hastanın tespit edilmesi hemşirelik bakımının süresini azaltır.				
7	Tespit edicilerle hastaların düşme oranının azaldığını düşünüyorum.				
8	Aile üyelerinin tespit edici kullanıldığı zaman bunu kabul etmeme hakkı olduğunu düşünüyorum.				
9	Yoğun bakımlarda personel eksikliği fiziksel kısıtlamanın temel nedenidir.				
10	Hasta tespit edildikten sonra bilincini kaybettiğinde kendimi kötü hissederim.				
11	Tespit edicilerin kullanımı için yasal izin verilmesi çok önemlidir.				
12	Tespit edicilerin hastaların boğulma oranını artırdığını düşünüyorum.				

	Uygulama Düzeyi	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
1	Hastaya tespit edici uygulamadan önce hastanın düşmesini önlemeye yönelik farklı alternatifleri denerim			
2	Tespit ediciyi sadece hekim direktifi ile uygulayım.			
3	Hastanın tespit edilmesine gereksinimi olmadığını düşündüğüm zaman bu fikrimi hekime bildiririm.			
4	Tespit edici uygulanan hastanın çağrılarına en kısa zamanda cevap veririm.			

5	Tespit ediciyi, her iki saatte bir doğru pozisyonda olup olmadığını belirlemek amacı ile kontrol ederim.			
6	Tespit edici uygulanan hastaya banyo verirken derisini sürtünme ya da tahriş açısından kontrol ederim.			
7	Hastanın niçin tespit edildiğini aile üyelerine anlatırım.			
8	Niçin tespit edici kullanıldığını hastaya anlatırım.			
9	Tespit edicinin ne zaman çıkarılabileceğini hastaya açıklarım.			
10	Personel sayısı olması gerekenden daha az olduğunda pek çok hasta tespit edilir.			
11	Tespit edicinin açılıp açılmadığını belirlemek amacı ile sık sık kontrol ederim.			
12	Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve gerekli hemşirelik girişimlerini kaydederim.			
13	Tespit edici uygulandığı zaman, etkilerini sık sık kontrol eder, değerlendirir ve kaydederim			
14	Hastanemizde hastaların hareketlerini kontrol etmek için tespit edicilerin kullanılması dışında başka yollar geliştirmeye personeller birlikte çaba gösterir.			

Ek 5: Richmond Sedasyon ve Ajitasyon Skalası (RASS)

SKOR	TERİM	TANIM
+4	“Hırçın”	“Bariz hırçın, şiddete meyilli, Personel tehlikede”
+3	“Çok ajite”	“Tüpleri veya kateterleri çekiyor veya çıkarıyor ya da personele yönelik saldırgan/agresif davranışları var.”
+2	“Ajite”	“Sık amaçsız hareket. Ventilatör ile senkronize değil”
+1	“Huzursuz”	“Endişeli ya da korkulu fakat hareketler agresif/şiddetli değil”
0	“Uyanık ve sakin”	
-1	“Uykulu”	“Tam uyanık değil, sesli uyarana karşı göz teması ile uyanıklığı sürdürüyor (>10 sn)”
-2	“Hafif sedatize”	“Sesli uyarana karşı göz teması ile kısa süreli uyanıklık (<10sn)”
-3	“Orta derecede sedatize”	“Sesli uyarana karşı hareket yanıtı var fakat göz teması yok”
-4	“Derin sedatize”	“Sesli uyarana karşı yanıt yok, fiziksel uyarıya hareket yanıtı”
-5	“Uyandırılmıyor”	“Sesli uyarana veya fiziksel uyarıya yanıt yok”

Ek 6: Motor Aktivite Değerlendirme Skalası (MASS)

Sizece aşağıdaki skorlardan hangisini/hangilerini alan hastaya fiziksel kısıtlama uygulanmalıdır (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz).

SKOR	DURUM	AÇIKLAMA
6	Tehlikeli ajite	Endotrakeal tüpü ve kateterleri eker, yataktan kalkmaya çalışır, debelenir, çalışanlara saldırır
5	Ajite	Endotrakeal tüpü ısırır, sık sözlü uyarılara rağmen sakinleşmez, fiziksel müdahale gerektirir
4	Huzursuz ve koopere	Uyarıya gerek yoktur, hasta çarşaf ve tüple oynar, üzerini açar, emirlere uyar
3	Sakin ve koopere	Uyarıya gerek yoktur, hasta örtü ve giysilerini amaçlı olarak düzeltebilir, emirlere uyar
2	Dokunma veya adına yanıt veren	Dokunulduğunda ve adı ile seslenildiğinde gözlerini açar veya kaşlarını kaldırır veya başını uyarının geldiği tarafa çevirir veya ekstremitelerini hareket ettirir
1	Sadece aşırı uyarıya yanıt veren	Sadece aşırı uyarıya ile gözlerini açar veya kaşlarını kaldırır veya başını uyarının geldiği tarafa çevirir veya ekstremitelerini hareket ettirir
0	Yanıtsız	Aşırı uyarıya rağmen yanıt yoktur

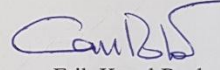
Ek 7: Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Onayı

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

26.02.2018

Sayın: Tunay GÜNEŞ

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nda "**Yoğun Bakımda Çalışan Hemşire Ve Hekimlerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi Ve Tutumlarının Etik İnkilem Açısından İncelenmesi**" isimli araştırmanız, kurulumuzun 26.02.2018 tarihli ve 13 sayılı toplantısında değerlendirilmiş olup, çalışmanın yapılacağı kurumun ilgili birim yöneticilerinden izin almak koşulu ile etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.



Etik Kurul Başkanı
Prof.Dr.Can Polat EYİGÜN

T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Tarih:26.02.2018 Toplantı Sayısı:13	Karar No: 2018/13-32
	Araştırmacı Tunay GÜNEŞ'in planladığı "Yoğun Bakımda Çalışan Hemşire Ve Hekimlerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi Ve Tutumlarının Etik İkiem Açısından İncelenmesi" konulu araştırma incelendi, çalışmanın yapılacağı kurumun ilgili birim yöneticilerinden izin almak koşulu ile araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı soyadı	Alanı	Bölümü	Katılım	İmza
Prof.Dr.Can Polat EYİGÜN	Tıp Fakültesi	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D	Etik Kurul Başkanı	
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof.Dr.Fatma ÇELİK	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	Üye	
Doç.Dr.Şölen HİMMETOĞLU	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A.D.	Raportör	
Doç.Dr.Burcu KARADUMAN	Diş Hekimliği Fakültesi	Periodontoloji A.D.	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Tuba CEYHUN	Eğitim Fakültesi	Zihin Engelliler Bölümü	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Yonca ZENGİNLER	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	Üye	

Ek 8: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 02/08/2018-245623



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Yönetim Kurulu Kararı



Toplantı Yeri : Dekanlık
Toplantı Tarihi : 01/08/2018
Toplantı No : 15
Karar No : 35

İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi Acil Yoğun Bakım Hemşiresi olup ayrıca Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tunay GÜNEŞ'in, Dr. Öğretim Üyesi Nilgün AVCI danışmanlığında yürüteceği "*Yoğun Bakımda Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Etik İnkilem Açısından İncelenmesi*" başlıklı tez çalışmasını Fakültemiz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesinde uygulamasının uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Aslı Gibidir
e-İmzalı
Ekrem AYDIN
Fakülte Sekreteri

Ek 9: Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni

BİRÜNİ
ÜNİVERSİTE HASTANESİ
"Sağlık denince."

TIBBİ/ BİLİMSEL ARAŞTIRMAYA ÖZGÜ HASTA BİLGİLERİNE ULAŞMAK İÇİN İZİN BELGESİ

**Onay verilmesi durumunda verilen onay sadece ilgili talep için geçerlidir. Bu sebeple elde edilen veriler başka bir çalışma için kullanılamaz, kullanılmak istenmesi durumunda tekrar izin onayı için başvuru yapılması gerekmektedir.*

AÇIKLAMALAR

- 1.) Formdaki tüm soruları yanıtlayınız ve gereken yerleri doldurunuz.
- 2.) Formu iki nüsha olarak doldurup imzaladıktan sonra Başhekimliğe gönderiniz.
- 3.) İzin onayı alındıktan sonra Bilgi Sistemleri Müdürü'ne izin belgesiyle başvurunuz.

GENEL BİLGİLER

1. **Araştırma Sorumluları (Unvanı, Adı ve Soyadı):** Yrd. Doç. Dr. Nilgün Avcı, Biruni Üniversitesi Ebelik Bölüm Başkanı,

2. **Yardımcı Araştırmacılar (Unvanı, Adı ve Soyadı):** Yüksek Lisans Öğrencisi Tunay Güneş,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

3. **Tıbbi / Bilimsel Araştırmanın Başlığı:** Yoğun Bakımda Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Etik İnkilem Açısından İncelenmesi

4. **Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı:** Şubat 2018 - Temmuz 2018

5. Araştırmanın Türü: Araştırma tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilecektir.

6. Tıbbi / Bilimsel Araştırmanın Amaç / Kapsamı : (50 kelimeyi geçmeyecek şekilde belirtiniz).

Bu çalışmanın; yoğun bakımlarda sık uygulanan fiziksel kısıtlama ile ilgili hemşire ve hekimlerin bilgi ve tutumlarının etik ikilem açısından incelenmesi amacıyla yapılması planlanmaktadır.

7. Hasta ile ilgili hangi bilgileri talep ediyorsunuz: (Maddeler halinde yazınız)


Yoğun bakımda çalışan hekim ve hemşirelere yönelik yaklaşık 15 dkakika sürecek anket çalışması

BAŞVURU SAHİBİ :

1. Başvuruda belirtilen bilgilerin doğru olduğunu,
2. Araştırma süresi boyunca protokole, konuyla ilgili tüm mevzuat düzenlemelerine, etik değer ve ilkelere uyulacağını,
3. Elde edilen Hasta bilgilerinin herhangi başka bir araştırmada ve/veya amaçla kullanılmayacağını,
4. Araştırmada Hastanın kimliğini ortaya koyacak kişisel bilgileri kullanmayacağımı,
4. Araştırma sona erdikten sonra, ilgili araştırmanın sonuç raporu/ belgesinin bir kopyasını Hastane Başhekimliğine sunacağımı taahhüt ederim.

Ad Soyad: TUNAY GÜNEŞ

Tarih: 16.04.2018

İmza: 

BAŞHEKİMLİK ONAYI :

Başvuru Sahibinin Talebi ; Onaylanmıştır

Reddedilmiştir

Onay Tarihi :/...../.....

Kaşe / İmza:

BİRÜNİ ÜNİVERSİTE HASTANESİ
SAĞLIK EĞİTİMİ UYGULAMA MERKEZİ
Dr. Öğr. Üyesi **Türkan BAHADIR**
Başhekim
Dip.Tes.No:94324 Kurum Kodu:11343977



Ek 10: Bağcılar Medicine Hospital Kurum İzni



MEDICINE HOSPITAL
İSTANBUL

T.C.

MEDICINE HOSPITAL HASTANESİ

30.05.2018

Sayı : 279/2018

Konu : Tez Çalışması İzin Onayı Hk.

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne;

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Tunay Güneş'in hastanemizde yapmak istemekte olduğu **“Yoğun Bakımda Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Etik İnkilem Açısından İncelenmesi”** adlı tez çalışması, etik kurulumuz tarafından onaylanmış olup, çalışmanın etik kurallar çerçevesinde yapılması şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Medicine Hospital Başhekimii

Uzm. Dr. Murat Acar

Uz. Dr. Murat Acar
MESUL NÜDUZ
Diploma Tesdi No: 10427
İstanbul Medicine Hospital
Hast. Kodu: 1043136

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Tunay GÜNEŞ

Doğum Tarihi ve Yeri: 27.11.1988/ Tunceli

Mail Adresi: tnyduru62@outlook.com

Unvanı: Hemşire

Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	İstanbul Üniversitesi	2007- 2011
Y. Lisans	Hemşirelik	Biruni Üniversitesi	2017-
Doktora	---	---	---

İntihal Raporu

Tez Kontrol Son

Yazar Tunay Güneş

Gönderim Tarihi: 24-Haz-2019 03:18PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1148655468
Dosya adı: tunay_24.06.2019_SON.doc (751.5K)
Kelime sayısı: 11945
Karakter sayısı: 86082

Tez Kontrol Son

ORJİNALLİK RAPORU

% 25 BENZERLİK ENDEKSİ	% 16 İNTERNET KAYNAKLARI	% 8 YAYINLAR	% 20 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	---------------------------------------	------------------------	---------------------------------