



T.C.

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTANE ETİK İKLİMİNİN HEMŞİRELERİN FİZİKSEL
KISITLAMAYA İLİŞKİN ALGILARINA ETKİSİ**

Hemş. E. Büşra AYYILDIZ GÖKMEN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEKLİSANS TEZİ**

Ocak 2019

BOLU

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Nevin Çıtak Bilgin (Başkan)
Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği AD, Bolu Abant İzzet Baysal
Üniversitesi

.....
N. Çıtak
.....

Dr. Öğr. Üyesi Birgül Cerit (Danışman)
Hemşirelik Esasları AD, Bolu Abant İzzet
Baysal Üniversitesi

.....
Birgül Cerit
.....

Dr. Öğr. Üyesi Nigar Ünlüsoy Dinçer (Üye)
Hemşirelik Esasları AD, Ankara Yıldırım
Beyazıt Üniversitesi

.....
N. Ünlüsoy Dinçer
.....

Tarih: 29/01/2019

Bu tez ile BAİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Emine Büşra Ayyıldız Gökmen'in Yüksek Lisans derecesini onaylamıştır.

Prof. Dr. Erol AYZAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

(imza)



T.C.

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTANE ETİK İKLİMİNİN HEMŞİRELERİN FİZİKSEL
KISITLAMAYA İLİŞKİN ALGILARINA ETKİSİ**

Hemş. E. Büşra AYYILDIZ GÖKMEN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Birgül CERİT

Ocak 2019

BOLU

ÖZET

HASTANE ETİK İKLİMİNİN HEMŞİRELERİN FİZİKSEL KISITLAMAYA İLİŞKİN ALGILARINA ETKİSİ

Araştırma hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algılarına etkisini belirlemek amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılarak yapılmıştır. Araştırma kapsamına Düzce Atatürk Devlet Hastanesi ve Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışan fiziksel tespit uygulaması kullanan hemşireler alınmıştır. Araştırmanın evrenini 300, örneklemini 200 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ), Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, Pearson's korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, hemşirelerin HEİÖ puanının (81.19±17.85) ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi düzeyinin (7.14±2.66) ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin sergiledikleri tutumun (27.14±6.89) orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamalarının (30.77±7.77) kısıtlamaya uygun yapıldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyini, HEİÖ yöneticiler, hastane ve doktorlar alt boyutlarının yordadığı belirlenmiştir (R= .523, R²= .273). Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin tutumlarını, HEİÖ doktorlar ve hastane alt boyutlarının yordadığı belirlenmiştir (R= .486, R²= .237). Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarını ise, HEİÖ hastane alt boyutunun yordadığı belirlenmiştir (R= .577, R²= .333). Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin görev yaptıkları hastaneye ilişkin sahip oldukları etik iklimin, hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımında bilgi düzeyi, sergiledikleri tutum ve uygulamalarına ilişkin algısını yordadığı belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Etik, İklim, Fiziksel kısıtlama

ABSTRACT

THE EFFECTS OF HOSPITAL ETHICAL CLIMATE ON NURSES' PERCEPTION OF PHYSICAL RESTRAINT

This research done by using correlational survey model to determine hospital's ethical climate on nurses' perception of physical restraint. The survey has been done on the nurses whom use physical restraint method and these nurses work at Düzce Atatürk Public Hospital and Düzce Universty Medical Application and Research Center. 200 nurses has been surveyed on this research. The data were collected by using Hospital Ethical Climate Survey (HECS), Attitudes, Levels of Knowledge and Practice of Staff Regarding the Physical Restraint Questionnaire. The evaluation of datas utilized by using number, percentage, mean and standard deviation, Pearson's Correlation Analysis and multiple regression analysis. According to the research findings, nurses' HECS point (81.19 ± 17.85) is above average. It was found that the level of knowledge about the use of phsical restraints of Nurses' was (7.14 ± 2.66) above average. It was found that the attitudes of the Nurses' regarding the use of physical restraints were (27.14 ± 6.89) is medium level. It was determined that the physical restraint practices of the Nurses' were made in adequate (30.77 ± 7.77) with the restriction. The relation between nurses' sub dimension of HECS hospital, doctors, administrators and nurses's knowledge of pyhsical restraint has been found out meaningful ($R = .523$, $R^2 = .273$). The relation between nurses' sub dimension of HECS hospital, doctors and nurses's behavior of pyhsical restraint has been found out meaningful ($R = .486$, $R^2 = .237$). The relation between nurses' sub dimension of HECS hospital and nurses' application of pyhsical restraint has been found out meaningful ($R = .577$, $R^2 = .333$). According to the results obtained from the study, it was determined that the ethical climate of nurses predicted the perception of the nurses about the level of knowledge, the attitudes and practices of the physical restraint.

Key Words: Nursing, Ethics, Climate, Physical restraint

TEŞEKKÜR

Araştırmanın gerçekleşmesinde, bana destek olan ve yol gösteren; bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Sayın Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Birgül CERİT'e,

Araştırmanın uygulanmasında, desteklerini esirmeyen ve araştırmaya katılmayı kabul eden değerli meslektaşlarıma-ekip arkadaşlarıma,

Araştırmanın her aşamasında maddi manevi desteklerini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan arkadaşlarım Fatma Gülhan ERDEN ve Aylin TOZLUOĞLU'na,

Her zaman sabır ve özveriyle beni destekleyen, yanımda olan Canım Annem, Babam ve Kardeşime,

Sonsuz sevgi ve anlayış ile beni en zor zamanlarda motive eden eşim Zafer GÖKMEN ve hayat ışığım oğlum Mert'e teşekkürlerimi sunarım...

E. Büşra AYYILDIZ GÖKMEN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	v
TABLolar	vii
ŞEKİLLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Soruları	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Etik Kavramı	7
2.2. Etik Türleri	8
2.2.1. Mesleki etik.....	8
2.2.2. Örgütsel etik.....	9
2.2.3. Yönelisel etik	10
2.3. Etik Karar Verme	10
2.4. Etik İkilem.....	12
2.5. Etik İklim Algısı	13
2.6. Fiziksel Tespitin Tanımı.....	17
2.7. Fiziksel Tespitin Tarihsel Süreci	18
2.8. Fiziksel Tespitin Dünya’da ve Ülkemizde Kullanımı	19
2.9. Fiziksel Tespit Uygulama Nedenleri	20
2.10. Fiziksel Tespit Uygulamasında Kullanılan Yöntemler.....	22
2.11. Fiziksel Tespit Uygulamasında Kullanılacak Alternatif Yöntemler.....	23
2.12. Fiziksel Tespit Uygulanan Hastada Hemşirelik Bakımı.....	25
2.13. Fiziksel Tespit Uygulamasının Olası Zararları	28

2.14.	Fiziksel Tespit Uygulamasında Karşılaşılan Etik İnkilemler	29
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1.	Araştırmanın Şekli.....	32
3.2.	Araştırmanın Alt Problemleri	32
3.3.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	32
3.4.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.4.1.	Araştırmaya dahil edilme kriterleri.....	34
3.5.	Araştırmanın Sınırlılıkları	34
3.6.	Araştırmanın Değişkenleri.....	34
3.7.	Veri Toplama Araçları.....	34
3.8.	Araştırmanın Uygulanması.....	36
3.9.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.10.	Araştırmanın Etik Yönü.....	37
4.	BULGULAR	38
4.1.	Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular	39
4.2.	Hemşirelerin Hastane Etik İklim Algısına İlişkin Bulgular	40
4.3.	Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Ait Bulgular	41
4.4.	Hastane Etik İklimi İle Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algıları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	42
4.5.	Hastane Etik İkliminin Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algılarına Etkisini Gösteren Bulgular	44
4.5.1.	Hastane Etik İkliminin Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algılarına Etkisine Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	44
5.	TARTIŞMA	47
5.1.	Hemşirelerin Hastane Etik İklim Algısına Ait Bulguların Tartışılması	48
5.2.	Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum Ve Uygulamalarına Ait Bulguların Tartışılması	53
5.3.	Hastane Etik İklimi İle Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması	58
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER	62
6.1.	Sonuçlar.....	62
6.2.	Öneriler.....	63

7.	KAYNAKLAR	66
8.	EKLER	75
9.	ÖZGEÇMİŞ	88



TABLULAR

Tablo	Sayfa
Tablo 4.1. 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	39
Tablo 4.2. 1. Hemşirelerin Hastane Etik İklim Algısı Puan Ortalamaları.	41
Tablo 4.3. 1. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları Puan Ortalamaları.....	42
Tablo 4.4. 1. Hastane Etik İklimi İle Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algıları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.	42
Tablo 4.5.1. 1.. Bilgi düzeyi için regresyon sonuçları	44
Tablo 4.5.1. 2. Tutum regresyon sonuçları	45
Tablo 4.5.1. 3. Uygulama düzeyi için regresyon sonuçları.....	46

ŞEKİLLER

Grafik

Sayfa

Grafik 4.4.1. Hastane Etik İklimi ile Hemşirelerin Fiziksel

43

Kısıtlamaya İlişkin Algıları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları



SİMGELER VE KISALTMALAR

HECS Hospital Ethical Climate Survey

HEİÖ Hastane Etik İklim Ölçeği



1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Etik, bireyler arasındaki ilişkinin temelinde bulunan ahlaki değerleri, insanların yaptığı davranışların iyi ya da kötü, doğru veya yanlış olarak niteliğini inceleyen, davranışların özünde olan inanç, tutum ve değerleri araştıran felsefenin bir dalıdır (1, 2). İnsanlığın varoluşundan bu yana yaşantımızda olan etik, bireysel ve toplumsal anlamda yaşamın her alanında yapılan davranış ve eylemlerin ahlaki değerler açısından neye göre “iyi - kötü” olarak değerlendirileceğini açıklamaya çalışmıştır (3, 4). İnsan eylemlerini konu alan etik, ahlaki olanın özünü araştıran ve insanın normal yaşamında karşılaştığı sorunları kişisel ve toplumsal açıdan ahlaki değerler ile karşılaştıran, ahlaki değerler felsefesi olarak da tanımlanmaktadır (5). Etik Türkçe sözlükte ise “törebilim”, “ belli bir meslek grubunun uymak zorunda olduğu davranışların tümü” olarak ifade edilmiştir (6).

Toplumda bireylerin yaptıkları her davranışın ahlaki açıdan nedenini açıklamaya çalışan ve eylemlerimizin temelini oluşturan değerleri konu alan etik, eğitim ve sağlık gibi hizmet sektöründe yapılan davranışları da kapsamaktadır (7). Sağlık sektöründe verilen hizmetin kamuya açık bir biçimde sunulması, özellikle son yıllarda artan teknolojik ve bilimsel gelişmelere ulaşımın kolay ve takip edilebilir olması, sağlık alanında yapılan uygulamalarda etik açıdan sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (8). Bu sorunlar; hayati fonksiyonlarını uzun süredir yerine getiremeyen bireyin mekanik araçlarla yaşamının uzatılması, organ nakli vb. konularda ortaya çıkabilmekte ve etik tartışmalara yol açabilmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumlarda verilen tedavi ve bakım hizmetlerinin odağında insanın yer almasından dolayı, karşılaşılan sorunlara etik ve ahlaki açıdan uygun çözümlerle yaklaşmak gerekmektedir (9).

Sağlık hizmeti sunan kurumların, toplumun sağlık ihtiyaçlarına yönelik kaliteli ve etkin bir hizmet sunabilmesi, hasta bakımında karşılaşılan etik sorunların çözümüne ilişkin izlenecek basamakların belirlenmesi, hizmet veren ve alanların memnuniyetinin aynı ölçüde artırılabilmesi için kurum tarafından doğru davranışların tanımlanması ve bu davranışların çalışanlar arasında sürdürülmesi ile

mümkündür (10,11). Etik açıdan doğru olan davranışın ne olduğu ile ilgili ortak bir algının geliştirilmesi, örgütlenmiş yani kurumsallaşmış ortak değerlerin oluşturulması ise, kurumdaki etik iklimin varlığı ile ilişkilidir (10).

Victor ve Cullen tarafından (1988) geliştirilmiş olan etik iklim teorisi, bireylerin karşılaştıkları etik sorunlarla nasıl başa çıkacakları konusunda yol gösterir. Etik iklim, kurum tarafından oluşturulan örgütsel değerler, yapılan uygulama ve çalışmalar ilişkin belirlenen genel algı olarak tanımlanmaktadır (10, 12). Etik iklim, etik sorunların çözümünde denenmesi gereken yöntemlerin ve çözüm yollarının, kurumda genelleştirilmesini ve kabul edilmesini içermektedir (13, 14, 11). Sağlık kurumlarında var olan etik iklim, çalışanların karşılaştıkları sorunlarda ya da hastane de genel olarak uyulması gereken davranışlarla ilgili bakış açısı geliştirmektedir. Başka bir deyişle etik iklim, etik sorunlarla karşılaşıldığında bireylerin olaya nasıl baktığı ve sunduğu çözümler değil, kuruma ilişkin genel gözlem ve fikirleridir (10). Aynı zamanda etik iklim; hastane, rehabilitasyon, bakım evi gibi sağlık kurumlarında beklenen, istenen ve desteklenen, davranış ve uygulamaların çalışanlar tarafından algılanması olarak da ifade edilmektedir (11, 12, 15). Kurumda var olan etik iklim algısının ne derece kabul edilebilir olduğu ise, bireylerin beklenen ve istenen davranış ve uygulamaları ne ölçüde yaptığı ile ilişkilendirilir.

Hastane de çalışan sağlık personelinin etik iklim algısını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin başında, daha önce karşılaştıkları etik sorunlarla olan deneyimleri, iş ortamındaki pozisyonları ve birlikte çalıştığı meslektaşlarının etik sorunlara olan yaklaşımları gösterilebilir (10, 14). Yapılan araştırmalarda, kurumdaki etik iklimi negatif olarak algılayan bireylerin, işe olan bağlılığının azaldığı, iş performansının düştüğü, motivasyonunun azaldığı (11, 12), etik sorunlarla daha sık karşılaştığı (16), işten ayrılma oranlarının arttığı ve yöneticiye olan güvenlerinin azaldığı ortaya çıkmıştır (10, 17, 18). Sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin etik iklimle ilişkin negatif algıya sahip olmaları, bakım ve tedavinin istenen düzeyde yapılmamasına ve hasta memnuniyetinin azalmasına yol açabilmektedir (17). Özellikle etik karar verme konusunda sorunların yaşandığı hasta bakım uygulamalarında etik iklim, çözümün üretilmesinde ve izlenecek yolun oluşturulmasında hemşirelere güç ve güven sağlamaktadır (9). Kurumun sahip

olduğu etik iklim yapısı, hasta yararına karar verirken, hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda doğru ve hızlı bir çözüml sunmaya yardımcı olmaktadır. Son yıllarda artan etik sorunların ve hasta gruplarının gerek yazılı gerekse görsel iletişim araçlarına daha kolay ulaşması, hemşirelerin iş yükü ve yorucu çalışma şartları altında daha fazla etik sorunlarla karşılaşmasına sebep olmaktadır (19). Hemşirelerin yoğun çalışma şartları altında, hasta bakım uygulamalarına motivasyonu yüksek ve olumlu bir algı ile yaklaşmasında hastane etik iklim algısı önem arz etmektedir. Bu bağlamda, hemşirelerin pozitif etik iklim algısına sahip olması, bakım ve hizmetlerin beklenen ve istenen düzeyde yapılması için gereklidir (10, 14, 12).

Hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunların başında, yapılan uygulamalarda hasta mahremiyetini koruma, hastanın güvenini kötüye kullanma gibi ikilemler yer almaktadır. Hemşirelerin, hasta yararına olacak bir uygulamaya karar verirken aynı zamanda hastanın isteklerini de göz önünde bulundurması gerekmektedir (20, 21). Hasta bakımı karmaşık ve planlama gerektiren bir süreçtir. Bu sebeple hemşireler tarafından hemşirelik bakımına uygun şekilde planlanıp uygulanmalıdır. Hemşireler hasta bakımında, hastaya sedatif ilaç uygulanması, yapılacak uygulamalara ilişkin rıza alınması gibi etik sorunlarla karşılaşmaktadır (22, 23). Bu sorunlardan birisi de hastaya fiziksel kısıtlama uygulamasıdır (24).

Fiziksel tespit, fiziksel veya mekanik araçların hastanın vücuduna bağlanarak hareketlerinin kısıtlanması olarak tanımlanmaktadır (22, 23, 24). Başka bir tanıma göre ise fiziksel tespit; ajite, konfüze ve saldırgan hastaların yataktan düşmesini önlemek, kendine zarar vermesini engellemek, hastayı sakinleştirmek ve bakım tedavilerini daha etkin uygulamak için, el ve ayaklarının tespit edilmesi olarak tanımlanmıştır (20, 21, 22, 23, 25). İlk olarak 1950'li yıllarda, Amerika ve İngiltere'de fiziksel kısıtlama kullanılmaya başlanmıştır. Fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin prosedür ve kurallar, 1980'li yılların sonlarında yanlış ve uygun olmayan kısıtlama kullanımı nedeniyle artan düşme ve yaralanma gibi komplikasyonların görülmesi ile daha çok gündeme gelmiştir. Bunun üzerine 1989'da Health Care Financing Administration (Sağlık Finansman Yönetimi) HCFA ve 1999'da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonuna İlişkin Ortak Komisyon) JCAHO fiziksel tespit

uygulamasında uyulması gereken prosedürleri belirlemiştir (25, 26, 27). Çünkü uzun süreli ve uygun şekilde yapılmayan fiziksel kısıtlama ciddi komplikasyonlara sebep olmaktadır (28, 29).

Sağlık bakım kurumlarında fiziksel kısıtlama kullanımı, hasta ile en çok vakit geçiren sağlık çalışanı olarak hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Hemşireler fiziksel kısıtlama kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda; hasta güvenliğini sağlamak, hastanın davranışlarını kontrol etmek (25, 30), ajite ve konfüze hastaların kendisine ve çevresine zarar vermesini engellemek (26, 28) amacıyla hastalara kısıtlama kullandıklarını bildirmişlerdir (29). Bununla birlikte, bazı hemşireler fiziksel kısıtlamayı, bakım ve tedavilerin yapılmasını kolaylaştırmak (22, 23), yetersiz personelin olduğu durumlarda hastayı kontrol etmek amacıyla kullanabilmektedir (28, 29). Günümüzde hemşireler, fiziksel kısıtlamayı belirtilen sebeplerden dolayı kullanmayı tercih etse de; doğru ve etkin kullanılmadığında bireyin zarar görmesi (24), otonomisinin kısıtlanmasından dolayı etik ikilemlere yol açabilmektedir (28, 31). Doğru ve etkin kullanılmayan fiziksel kısıtlama hastalarda; kas zayıflığı, bası yaraları, taşikardi, dolaşım bozuklukları (21, 25), inkontinans, korku (30), ajitasyon gibi komplikasyonlara sebep olabilmektedir (26). Aynı zamanda hastanelerde, fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin belirli standart ve prosedürlerin yeterince geliştirilmemiş olması kısıtlama kullanımında farklılıkların gelişmesine, karşılaşılan sorunlara etik açıdan uygun ve hızlı çözümlerin üretilmemesine ve hemşirelerin etik ikilem yaşamasına neden olmaktadır (32). Fiziksel tespit uygulamasının olası komplikasyonları ve hastaya zarar verme düşüncesi göz önünde bulundurulduğunda; uygulamaya ilişkin sorunların çözümünde doğru eyleme hızlı bir şekilde karar verilmesi gerekmektedir. Yaşanan sorunların çözümünde başvuru etik yaklaşımları etkileyen en önemli faktörlerden birisi de kurumun etik iklim algısıdır (10, 33, 34). Fiziksel kısıtlama kullanımı ile ilgili karşılaştıkları sorunlara etik açıdan uygun çözümler arayan hemşireler; kısıtlamaya ilişkin daha önceki deneyimlerinden, meslektaşlarının yaptıkları uygulamalardan, hastane içinde kullanılan ve güncel olan prosedürlerden, yöneticilerinden ve kurum içindeki uygulamaya ilişkin mevcut etik iklim algısından etkilenmektedir (35, 36, 37). Fiziksel kısıtlama altındaki bir hastanın, ajite ve agresif olduğunu gözlemleyen hemşire kısıtlamanın sonlandırılmasına karar verirken; meslektaşlarının hasta ile

ilgili görüşlerinden, hekimin isteminden ve kurumda mevcut olan fiziksel tespit kullanımına ilişkin etik yaklaşımdan etkilenmektedir. Bu gibi nedenler birlikte değerlendirildiğinde, hemşirelerin fiziksel tespit kullanımını büyük ölçüde etkileyen faktörün etik iklim algısı olduğu görülmektedir.

Gastmans ve Millisen (38) tarafından yapılan ve hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımında etkilendikleri klinik yaklaşımları araştıran bir çalışmada; hemşirelerin yönetim, bakım ekibi ve kısıtlama altındaki hastaların tepkilerinden etkilendikleri sonucuna ulaşılmıştır. Goethals ve ark.(39) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya karar verme süreci araştırılmıştır. Araştırma sonucuna göre, hemşireler kısıtlama kullanımına karar verirken karmaşık bir süreçten geçtiklerini belirtmişlerdir. Fiziksel kısıtlama uygulamasına karar verirken, hastanın genel durumundan, meslektaşlarının yaklaşımlarından, kısıtlamanın daha önce başlatılmış olmasından, hasta yakınlarının davranışlarından ve hastanenin uygulamaya olan yaklaşımından etkilendikleri belirlenmiştir.

Yukarıdaki çalışmalarda görüldüğü gibi hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına karar verirken; yanlış etkilere sebep olma, hastanın otonomisini kısıtladığı düşüncesi ve uygulamaya ilişkin belirli standartların olmamasından dolayı etik açıdan ikilem yaşadığı düşünülmektedir. Aynı zamanda kurumun kısıtlamaya kullanımına ilişkin tutumu, hekimlerin ve yöneticilerin kısıtlama kullanımına olan yaklaşımları ve uygulamaya ile ilgili kurumda var olan etik algı, hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin karar verme ve kullanma yetisini etkilemektedir. Fiziksel tespit kullanımını etkileyen faktörlerden biri olan kurumun etik iklim yapısı, uygulama ile ilgili kurum tarafından kabul gören genel teknik ve yaklaşımlardır. Bu nedenle, hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algılarına etkisinin incelenmesinin, uygulama ile ilgili sorunların çözümüne katkı sağlayacağı ve yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Fiziksel kısıtlama kullanımında amaç hastaya yarar sağlamaktır. Fiziksel kısıtlama yanlış kullanıldığında ise hastaya ciddi zararlar veren önemli bir uygulama olmaktadır. Karar verme sürecinde ise sağlık çalışanları birçok faktörden

etkilenmektedir. Bu faktörler; kişisel düşünce ve uygulamalar olabileceği gibi kurumsal ve çevresel faktörler de olabilir. Bu araştırmada, karar verme ve uygulama sürecini etkileyen faktörlerden birisi olan; hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algılarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Hemşirelerin çalıştıkları hastaneye ilişkin etik iklim algısı nedir?
- Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulama düzeyleri nedir?
- Hastane etik iklimi ile hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımı arasında ilişki var mıdır?
- Hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Etik Kavramı

Etik: Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü olarak tanımlanmaktadır (6). Yunanca “ethos= töre” kelimesinden türemiştir. İnsan eylemlerini konu alan etik, ahlaki olanın özünü araştıran ve insanın normal yaşamında karşılaştığı sorunları kişisel ve toplumsal açıdan ahlaki değerler ile karşılaştıran, ahlaki değerler felsefesi olarak da tanımlanmaktadır (5). Etik yüzyıllar boyunca felsefeciler ve mesleki örgütler tarafından tartışılmaktadır. Bu süre içinde etik, insanlar arasındaki ilişkileri ahlaki değerler açısından araştıran, neyin iyi ve kötü neyin doğru veya yanlış olduğunu ahlaki açıdan değerlendiren ve toplumun ihtiyaçlarına göre şekillenerek farklı tanımlarla gündeme gelmiştir (3). Çünkü etik, dinle, ahlakla, gelenek ve göreneklerle, inanç ve kültürlerle bazen de kanun düzenlemeleri ile karşımıza çıkmaktadır (3).

Etik, bireye davranışlarının iyi/doğru ve kötü/yanlış açısından değerlendirme yapmasını sağlayarak, birlikte yaşamın temelini oluşturur. Böylece insanların bir toplumda yaşarken nasıl davranması gerektiği konusunda bireylere ışık tutar. Etik doğal bir bilimdir, çünkü doğru ve yanlış değerlendirilmektedir (40, 41). Bireylerin doğru, yanlış, iyi, kötü davranışlarını ahlaki ve felsefi değerler açısından sorgulayan etik, aynı zamanda bir mesleğe mensup kişilerin davranışlarını ve yapması gerekenleri de belirler (41, 42).

Kişiler arasında ilişkilere yönelik bilgiyi ortaya çıkaran, karşılaşılan etik sorunlara bu bilgiler ile yanıt bulmaya çalışan etik, yapılan davranışa ilişkin bilgi sunan bir bilim dalıdır (42, 43). Etik her gün yaptığımız davranışları, uygulamaları ve aldığımız kararları bir kez daha etik çerçevede değerlendirip gözden geçirmemizi ve böylece ne yapacağımıza karar vermemizi sağlar (43, 44). Genel olarak insanların diğer insanlarla ilişkilerini ahlaki, geleneksel kurallarla belirleyen ve sınırlandıran etik, bu kurallar çerçevesinde yaşamın sürdürülmesini istemektedir (43, 44, 45).

Günlük hayatta kullanılırken etik ve ahlak (moral) sözcükleri çoğu zaman aynı anlamda kullanılmaktadır. Fakat aralarında temel olarak farklılıklar vardır. Etik bilimi, genel olarak ahlaki konu alan bir disiplindir, ahlakilik kavramını insan pratiğine temellendirerek bu açıdan araştırır. Ahlakilik, bir davranışı ve uygulamayı ahlaki açıdan değerlendirerek doğru bir davranış ve uygulama olarak tanımlama imkanı veren özellik anlamına gelir (45, 46, 47).

Ahlak, Latince “moral” sözcüğünün karşılığıdır. ‘Hulk’ sözcüğünün çoğul hali olup, insanlar arasında huy, mizaç anlamına gelip insanlar arasından uyulması gereken temel ve ana kurallar olarak tanımlanmaktadır (5). Ahlak toplumda zaman içinde gelişmiş değerler bütünüdür. Bir toplumda birlikte yaşayan kişilerin uyması gereken davranış ve tutumlara verilen addır (47, 48). Aynı zamanda ahlak, toplumdan topluma, toplum içinde bulunan farklı örgütlere, örgütler ve kişilerin dini, etnik kökenlerine göre değişen ve birbirleri ile yaşarken uyması gereken yazılı olmayan fakat herkes tarafından bilinen kuralları içermektedir (48, 49). Etik, ahlak ile ilgili geçmiş, mevcut ve geleceğe ait kararların belirli kurallar düzeninde düşünülmesi ve çözüme kavuşturulması ile ilgilidir. Ahlak ise, bireylerin karar ve davranışlarının değer ağırlığıdır. Bu tanımlara göre etik, bir bilgi- bilme durumu iken, ahlak davranış ve uygulama ile ilgilidir. Aralarında var olan ilişki ise, etiğin bireylerin verecekleri kararları akla yatkın bir ölçüt ile bağdaştırıp o yönde eylem yapması ile sonuçlanır (49, 50).

2.2. Etik Türleri

Etik, epistemolojik ilişki içerisinde değerlendirildiğinde ve belirli tarihsel süreçte sıralandığında, farklı türleri bulunan ve aynı anlama gelen ahlak felsefesinde üç tür etik olarak ele alınmaktadır. Bunlar: mesleki etik, örgütsel etik ve yönetsel etiktir.

2.2.1. Mesleki etik

Meslek etiği; belirli bir meslek grubunun, meslek üyelerinin kişisel düşünce ve yönelimlerine sınır koyarak ortak bir davranışta hareket etmeyi sağlayan ilkeler olarak tanımlanmaktadır (51). Birçok meslek grubunda ortaya çıkan sorunlarda, etik

konuların çoğalması ve artan sorunlara karşılık çalışan kişilere başvuracakları güvenilir etik kaynakların gösterilmemesi meslek etiklerinin doğmasına sebep olmuştur. Topluma fayda sağlayan meslek gruplarında örneğin; tıp etiği, eğitim etiği, hukuk etiği gibi mesleklerde etik kavramı insan temelli meslekler olması sebebiyle daha ön plana çıkmaktadır. Meslek etiği, özellikle bireylerle ilgilenen mesleklerde uyulması gerekli görülen kuralları içeren ve aynı meslekte faaliyet gösteren kişilerin bu kurallara uygun davranış ve tutum sergilemesini isteyen bir yapıya sahiptir (52, 53).

Sağlık hizmetinde meslek etiği, bakım ve hizmet verdiği bireylere güvenli, inançlı ve sahip oldukları değerlere saygılı, dil, din, ırk ve cinsiyet ayrımı gözetmeksizin insan ve hasta haklarına saygılı, bireylerin mahremiyetine ve isteklerine saygı duyularak sağlık hizmeti verilmesi olarak görülmektedir (52, 53). Meslek etiği aynı zamanda çalışma yaşamında sağlık hizmeti veren bireylerin ve kurumların tutum ve davranışlarını inceleyip, duruma uygun doğru ve dürüst yaklaşımların yapılmasını sağlamaktadır (52).

2.2.2. Örgütsel etik

Örgütsel etik, mesleki etik gibi bir mesleğe ait çalışanları değil, aynı hedefe yönelik tüm meslektaşların aynı etik kurallar içerisinde çalışmasını kapsamaktadır. Örgütsel etik içerisinde bulunan bireyler, aynı algı içinde olan kişilerle birleşip bir bütün oluşturarak güç ve becerilerini artırarak daha kapsamlı çalışma alanına sahip olurlar (52, 53, 54). Örgütsel etik, örgütün tüm uygulamalarında ve çalışmalarında; dürüstlüğü, adaleti ve saygıyı ön planda tutarak örgüte mensup kişiler tarafından benimsenmiş ilke ve standartlar ışığında hedeflenen hizmetin verilmesini istemektedir (55). Bu çerçevede örgütte hissedilen bir etik iklimin olup olmadığı, bu etik iklim algısının oluşması için örgüt çalışanlarının neler yaptıkları ve belirlenen hedeflerin ne ölçüde uygulandığı örgütsel etik açısından büyük önem taşımaktadır (162). Etik iklim algısının örgütte var olup olmadığı çalışanların karşılaşılan etik sorunlara nasıl çözüm ürettikleri ve sergiledikleri davranışın etik açıdan ne kadar doğru olduğu ile ölçülebilir (56). Etik iklim örgütlere doğru davranışın ne olduğunu göstermek ile birlikte var olan ilke ve prensipler ile ortak bir algı oluşmasını sağlamaktadır (56, 57). Etik iklim kavramının örgütlere oluşturduğu fayda, etik dışı

davranışların azalması ve örgüte mensup kişilerde ortak bir dil oluşturularak etik karar verme gücünü artırmaktır (56, 57).

2.2.3. Yönetmel etik

Yönetmel etik daha çok yönetici gruplarını kapsayan, yönetmel kararların verilmesinde adaletli, tarafsız, bireylere saygılı olarak karar almayı sağlayan, taraflar için en iyisinin olmasını hedefleyen ve eşitlik, hoşgörü ve sevgi çerçevesinde yöneticilere eylemlerinde yol gösteren ilkelerdir (56). Yönetici davranışlarının ve tutumlarının nasıl olması ya da olmaması gerektiği yönünde bilgiler verir. Yönetmel etiğin bireyler için temel aldığı ilkeler arasında; çalışma ortamında etik dışı davranışta bulunmamak yer alırken, karşılaşılan etik sorun ve ikilemlerin çözümünde bireylere yol gösteren ilke ve standartların oluşturulması da yer almaktadır (53, 56).

Meslek hayatında karşılaşılan sorunlara, dürüst ve ahlaki yönden uygun çözümler sunabilmek için etik kendi içinde belirtilen alanlara ayrılmıştır. Gerek mesleki gerek yönetim alanında farklı bakış açıları sağlayarak, sorunlara etik açıdan doğru bir yaklaşım sağlamayı amaçlamaktadır (52). Ancak, özellikle sağlık alanında karşılaşılan sorunların çözümünde sadece etik teoriler veya farklı alanlar yetersiz kalmaktadır. Karşılaşılan etik sorunların, sadece bir sorundan ibaret olmayışı, verilen kararların insan hayatını etkileyecek olması verilen etik kararlar üzerinde daha fazla düşünme ve muhakeme etmeyi gerektirmektedir (53, 54, 56).

2.3. Etik Karar Verme

Etik karar verme, sağlık sektöründe çalışan diğer meslek grupları gibi hemşireler içinde oldukça karmaşık ve zor bir süreçtir. Etik karar verme, karşılaşılan karmaşık sorunlara ahlak ve mantık çerçevesinde en doğru kararın verilmesi olarak tanımlanmaktadır (53, 58). Hemşirelerin, çalışma ortamında karşılaştıkları sorunların çözümünde etik açıdan uygun olanı seçmesi gerekmektedir. Hemşireler karar verme sürecinde etik açıdan uygun olanı seçerken aynı zamanda hasta yararına olmasına da dikkat etmektedir (58). Alınan kararların hastaların sağlık durumunu, iyileşme sürecini etkileyecek olması hemşirelerin, karar verme sürecini etkilemektedir (53).

Hemşireler, etik karar verme sürecinde birçok faktörden etkilenmektedir. Hemşireler klinik ortamda karşılaşılan sorunlara etik açıdan uygun çözümler ararken, aynı zamanda hastane ortamından, hasta yakınlarından, meslektaşlarından ve çevresel birçok faktörden etkilenmektedir (53). Sağlık ekibi üyelerinde hasta ile en çok vakit geçiren grubun hemşireler olması sebebiyle, karşılaşılan etik sorunların çözümüne daha hassas yaklaşma durumu olabilmektedir. Bu sorunların çözümlerinde hastaya yarar sağlamak en önemli yaklaşım iken, hastane prosedürleri, kısıtlılıklar, hasta yakınlarının yaklaşımı gibi birçok faktör hemşirelerin karar verme süreçlerini etkilemektedir (53, 55, 59).

Etik karar verme sürecinde yaşanan bu durumlar hemşireler içinde etik ikilemlerin yaşanmasına sebep olmaktadır. Hemşire yapacağı uygulamanın hasta yararına olduğunu düşünerek planlamak isterken, hastane olanaklarının kısıtlı olması, bazı uygulamaların (fiziksel tespit gibi) hekim tarafından order edecek olması, çalışma arkadaşlarının tutumları gibi birçok durum hemşirenin etik ikilem yaşamasına sebep olmaktadır (53).

Sağlık alanında karşılaşılan bu tür etik sorunların çözümü için, karar verme sürecine rehberlik etmek ve kolaylaştırmak için bazı ilke ve modeller geliştirilmiştir. Bu ilkeler: “zarar vermeme”, “yararlılık”, “adalet” ve “özerkliğe saygı” dır.

Zarar vermeme ilkesi

Bu ilke zarar verme durumundan kaçınma anlamına gelmektedir. Hipocrates bu ilkeyi “öncelikle zarar verme” olarak tanımlamıştır. Zarar durumunun nasıl oluştuğu ve neye göre zarar olduğuna karar vermek önemlidir. Zarar verme durumu birine direkt olarak zarar verme olacağı gibi, birine zarar verme durumu olan eylemlerde bulunma olarak da ortaya çıkmaktadır (51, 60, 61).

Yararlılık ilkesi

Yararlılık ilkesi, yararda bulunma ve oluşabilecek zarar durumunu en aza indirmek olarak tanımlanmaktadır. Bu ilkede hemşireler, hastalara zarar verecek durumdan kaçınmalı ve zarar verme riski olan durumları da ortadan kaldırmalıdır

(62, 58). Yararlılık ilkesi kapsamında amaç, olumlu ve olumsuz sonuçları belirli bir dengede tutabilmektir. Hemşirelerin hastalara zarar verecek tüm durumları göz önünde bulundururken, hasta yararına yapılması gereken uygulamayı yarar-zarar dengesi ile planlaması gerekmektedir (60, 61).

Adalet ilkesi

Adalet ilkesi tüm hastaların eşit haklara sahip olması, aynı standartta sağlık hizmeti alması, mevcut kaynakların eşit ve adil dağıtılması anlamına gelmektedir (58, 61). Kaynakları kısıtlı olması, hastalık durumlarının az ya da çok ihtiyaca yönelik olması ve kaynakların neye göre paylaşılacağı konusunda kesin bir tanımın olmayışı, bu kararı vermek zorunda bırakılan hemşireler için oldukça zor bir durumdur (58).

Özerkliğe saygı ilkesi

Bu ilke, hastaların karar verme yeteneğine saygı duyma ve bu yaklaşıma göre davranmayı içermektedir. Özerklik hastaların kendi inanç ve değerlerine yönelik karar vermesini ve bunların uygulanmasını sağlamalıdır. Hasta yapılacak olan tüm uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmalı ve yapılacak uygulamalara karar verme yetkisi kendisine bırakılmalıdır (58, 60).

2.4. Etik İkilem

Hemşirelik bilimi, insani ve etik değerlere dayanan, tedavi ve bakım gereksinimini en adaletli ve bireye yönelik olacak şekilde planlayıp uygulayan, ahlaki değerleri içeren bir meslektir (63). Artan bilimsel ve teknolojik gelişmeler hemşireler için gerek bakım gerekse tedavi alanında; kliniklerde, yöneticilerle, meslektaşlarıyla ve hastane ile etik çatışmaların doğmasına sebep olmaktadır (64). Hemşirelerin, bakımdan sorumlu olmaları ve yapılacak tedavileri uygulamaları, etkilerini gözlemlemeleri sebebiyle etik ikilemler ile daha fazla karşılaşmaktadırlar (64, 65).

Etik ikilem, bir durumda birden fazla seçenek mevcutken birey için uygun olan en iyi seçeneği seçme konusunda yaşanan, tartışmalı çelişkili durumdur (66). Bu

durum içinde olan hemşire, hasta için en uygun çözüm sağlayacak ve tüm gereksinimleri karşılayacak olan seçeneği seçme konusunda ikilem yaşamaktadır (40, 60, 67). Etik ikilem, hemşirenin yapması gereken uygulamaya karar verirken karşılaştığı etik sorunları içermektedir. Örneğin; terminal dönemdeki bir kanser hastasının çektiği ağrılar ve acılar yüzünden kendine zarar vermesini engellemek amacıyla, fiziksel tespit uygulanması gibi hasta yararına yapılacak bir uygulamada hemşire yarar-zarar dengesini kurmak için etik ikilem yaşamaktadır. Etik ikilemler, profesyonel bir hemşirenin yapması gerekenler ile kendi duyguları arasında da ikilem yaşamasına sebep olmaktadır. Etik ikilem aynı zamanda bir hemşirenin, bulunduğu kurumun politikalarından, meslektaşlarının uygulama ve bakım hakkındaki düşüncelerinden, hasta haklarından ve hastane de bulunan etik iklim algısından da etkilenmektedir (10, 67, 68).

Gelişen ve değişen sağlık uygulamalarında hastalara daha kapsamlı bakım vermek zorunda olan hemşirelerin, karşılaştıkları etik problemlere karşı aldıkları kararlar oldukça önemlidir. Karşılaşılan etik problemlere, hasta yararına olacak şekilde farklı bakış açıları ile tekrar değerlendirilmeli ve uygun sürede karar verilmelidir (69). Bu karar sürecinde hemşirelerin, etkilendikleri durumlar doğru kararı vermesi için en aza indirilmelidir. Bu durumların en önemlilerinden biri olan etik iklim algısı, bu durumlarla başa çıkmak için ortak bir etik anlayışın geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Etik iklim algısı, kurumda var olan uygulamalar, işlemler, beklenen ve istenen davranışları içerir (11, 12). Hemşireler, kurumdaki diğer bireylerin karşılaşılan sorunlara karşı gösterdiği deneyimlerinden, hastane politikalarından var olan etik iklim algısından etkilenmektedirler (10, 14, 70).

2.5. Etik İklim Algısı

Victor ve Cullen (1988) tarafından geliştirilmiş olan etik iklim teorisi, karşılaşılan etik sorunlarla nasıl başa çıkılması gerektiği ve doğru davranışın etik olarak ne olduğu ile ilgili fikir veren ortak bir anlayış olarak ortaya çıkmıştır (14). Kurumlarda bulunan örgütsel değerler, uygulamalar ve işlemler ile ilgili bulunan genel algı olarak da tanımlanır (11, 12, 71). Etik iklim, karşılaşılan etik sorunlara

bireylerin nasıl çözüm ürettiği, meslektaşlarının sorun ile ilgili tutum ve düşüncelerinin yanında kurumun çözüme yönelik yaptığı uygulamalardır (10, 72).

Etik iklim, kurumda çalışan kişilere kabul edilebilir olan ve olmayan durumları göstererek etik açıdan uygun olan davranışı yapmaları konusunda yönlendirir (14). Çalışanların etik iklim algısına göre uygulamalar yapması, ilk etapta etik olmayan uygulamaların azalmasını sağlamaktadır (57). Aynı zamanda etik iklim algısı, kurumun istediği davranış ve uygulamaların çalışanlar tarafından ne ölçüde uygulandığı konusunda da bilgi verir (56,72). Kurumda çalışanlar tarafından benimsenmiş bir etik iklim algısının olabilmesi için, kuruma yönelik normlar, davranışlar ve uygulamaları içermelidir ve bunların arasında da bir etkileşim ve bağ olmalıdır (56, 73).

Sağlık kurumlarında çalışan bireylerin etik iklim algısı, önceki iş deneyimleri, çalıştıkları birimdeki pozisyonları gibi faktörlerden etkilenmektedir. Yapılan birçok çalışmada, sağlık profesyonellerinin var olan etik iklim algısını, negatif olarak algıladıklarını ve bu yüzden iş performansının ve iş doyumunun düştüğünün, işe olan bağlılığının azaldığını, etik problemler yaşadığını, işten ayrılma gibi durumlara sebep olduğu bildirilmiştir (11, 71, 74, 75).

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda etik iklim algısı özellikle hasta bakımı konusunda yaşanan zorluklara karşın uygulamalarda güven ve çözüme yönelik bakış açısı sağlamaktadır. Yaşanan etik sorunlara hastaların ve hasta yakınlarının müdahale edip, olayların şikayet edebilecek birimlere ulaşımının hızlı sağlanması, etik sorunların çözümünde etik iklim algısına duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır (9).

Hemşirelerin negatif etik iklim algısına sahip olmaları, sundukları bakım hizmeti ve tedavinin de negatif yönde etkilenmesine sebep olmaktadır (14, 11, 71, 76). Olson (1998) hemşirelerin hastane etik iklim algısını değerlendirmek için hastane etik iklim algısı ölçeğini geliştirmiş, hemşirelerin uygulamalarında etik iklim algısının etkisini anlama ve değerlendirme de bu ölçeğin kullanılabileceğini belirtmiştir (77).

Olson (1998), Hastane Etik İklim Ölçeği'nin (HECS) geliştirilmesi sırasında 360 hemşire ile çalışmıştır. Hemşirelerin yaşadığı etik problemleri analiz etmek için yaptığı çalışmada, hastane koşulları ve uygulamalarda hemşirelerin etik iklim algısından etkilendiği sonucuna ulaşmış özellikle en önemli hemşirelik uygulaması olan hasta bakımı konusunda ciddi problemler yaşandığını saptamıştır. Bu konuda güvenilir bir ölçek olan HECS ölçeği, hemşirelerin hastane etik iklim algısını belirleyip, hemşirelerin hastane, doktorlar, meslektaşları, yöneticiler ve hastalardan ne düzeyde etkilendiklerini ölçmeyi amaçlamıştır (56).

Hart (2005) tarafından hemşirelerin etik iklim algısını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmada, hemşirelerin yaşamış olduğu diğer tecrübeler, etik konusunda aldıkları eğitim, kurumda var olan pozisyonları ve bazı diğer özelliklerden etkilendiğini belirlemiştir (97). Tsai ve Huang (79) tarafından Tayvan'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin etik iklim algısı ile örgütsel bağlılığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yapılan araştırma sonucuna göre hemşirelerin etik iklim algısının, yaptıkların işten aldıkları doyum, maaşları, hastane kural ve prosedürleri ve yöneticilerinin tutumlarından etkilendiği bulunmuştur.

Hemşirelerin etik iklim algılarının ne yönde olduğu verilen hizmetin kalitesi açısından çok önemlidir. Hemşireler hastaları ile en çok zaman geçiren, bakımları ve tedavilerine birebir katılan sağlık personeli olması sebebiyle verilen bakımın ve hizmetin istendik düzeyde olması için etkileyen faktörlerin incelenmesi gerekmektedir (11, 17, 71). Çünkü hemşirelerin negatif etik iklim algısı verilen bakımın, yapılan uygulamaların istenen düzeyde olmasını engelleyebilmektedir (17).

Hemşirelerin etik iklim algısı, çalıştıkları servis, kurumda çalıştıkları pozisyon, meslektaşlarının düşünceleri ve daha önceki kendi tecrübelerinden de etkilenmektedir. Amerika'da hemşirelerin etik iklim algısını etkileyen faktörleri belirlemek için 220 hemşire ile bir çalışma yapılmıştır. Etik iklim algısını etkileyen faktörlerin; çalıştıkları servis ve pozisyonları olduğu bunu takip eden faktörün ise yöneticileri olduğu sonucuna varılmıştır. En yüksek etik iklim algısı ortalaması ise yoğun bakım servislerinde bulunmuştur (80). Etik iklim algısı birçok faktörden etkilendiği gibi, yapılan uygulamaları ve verilen kararları da etkilemektedir. Sağlık alanında yapılan çalışmalar göstermektedir ki, hastane etik iklim algısının

hemşirelerin verdikleri bakım, yaptıkları uygulamalar ve aldıkları kararlar üzerinde oldukça etkilidir.

Karagözoğlu ve ark. (10), yoğun bakım hemşirelerinin hastane etik iklim algısını incelemek için yaptığı çalışmada, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin seçilmesinin sebebi, yoğun bakım ortamlarının karmaşık yapısı, ekip hizmetini çok önemli olduğu birim olması, verilen bakım ve hizmetin ciddi sonuçlarının olabileceği gibi özellikler dikkate alınmıştır. Aynı zamanda yoğun bakım ortamları yaşam ile ölümün birbirine yakın olduğu ve hasta ile ilgili çabuk karar verilip uygulanması gereken birimlerdir. Bu yüzden yaşanan etik sorunlar ve bunlara aranan çözümlerde etik iklim algısı önemli yer tutmaktadır (10).

Hemşirelerin verdikleri hizmet ve yaptıkları uygulamalar oldukça geniş bir alana sahiptir. Hemşirelerin görevleri arasında bakım vermek, hekimin order ettiği tedaviyi uygulamak, hasta ile iletişim kurmak, hastayı bilgilendirmek, rehabilitasyon sürecine katkı sağlamak gibi birçok görev vardır. Bu görevler, yoğun bakım veya ameliyathane gibi özellikli birimlerde daha çok artmaktadır. Hastaların hemşirelere karşı olan ihtiyaçlarının artması ve bağımlı duruma gelmeleri hemşirelerin sorumluluklarını artırmakta ve aldıkları kararların önemini de artırmaktadır (81).

Hemşirelerin yaptıkları uygulamalar ve verdikleri bakım çalıştıkları birimlere göre değişiklik göstermektedir. Örneğin; yoğun bakımda çalışan bir hemşire, hastaya istenen tedavinin yanında ağız bakımı, perine bakımı, yara bakımı, pozisyon verme gibi birçok uygulama yaparken, acilde çalışan bir hemşire ise oraya başvuran hastanın öncelikli hayati bulgularını düzeltmeye yardımcı olmakla görevlidir. Hemşireler görevlerini yerine getirirken hangi birimde olurlarsa olsun hastane etik iklim algısından etkilenmektedir. Örneğin; yoğun bakımda çalışan bir hemşire acı çeken bir hastasına analjezik uygulamasını hekime iletirken, doktorun vereceği cevaptan etkilenmektedir. Acilde çalışan bir hemşire ise, intoks tanısı ile servise başvuran bir hastanın kendine zarar vermesini engellemek için uyguladığı fiziksel tespit uygulamasında, hekim ve hasta yakınlarının yaklaşımından etkilenmektedir (81, 82).

Goethlas ve ark. (39) yapmış olduğu bir çalışmada, hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasına karar verirken ne gibi durumlardan etkilendiklerini araştırmıştır. Araştırma sonucuna göre, hemşireler fiziksel kısıtlama uygulamasına karar verirken, hastanın davranışları, diğer sağlık çalışanlarının davranışları, uygulama ile ilgili belirli bir prosedürün olmayışı, kurumun yetersiz personel ve kaynak durumu ile doktorların yaklaşımları gibi birçok durumdan etkilendiği sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırmada dikkat çeken etki faktörü ise hastane etik iklim algısını oluşturan tüm boyutların fiziksel kısıtlama kullanımını etkilediğidir (39). 2010 yılında yapılan bir çalışmada, psikiyatri servisinde yatan hastalara fiziksel kısıtlama uygulamasında karar verme sebepleri ve alternatif uygulamalar ile ilgili bir araştırma yapılmış ve kısıtlama uygulamasının etik ikilem yarattığı sonucuna ulaşılmıştır. Hastaya kısıtlama uygulamaya karar verirken, hasta için yarar- zarar dengesini değerlendirme, diğer meslektaşların kararları, kurumun uygulamaya yaklaşımı ve var olan etik algıdan etkilendiği sonuçları çıkmıştır (83).

Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, hastane etik iklim algısı hemşirelere ait uygulamalardan biri olan fiziksel kısıtlama üzerinde etkilidir. Fiziksel kısıtlama; hasta yararına yapılması planlanan ve doğru uygulanmadığında olumsuz sonuçları olabilecek bir uygulamadır. Bu sebeple hemşireler kısıtlama uygulamasına karar verirken ikilem yaşarken, aynı zamanda birçok faktörden de etkilenmektedir. Bu faktörlerin yapılan araştırmalar incelendiğinde; meslektaşların davranışları, genel prosedürler, hekimlerin yaklaşımı gibi durumlar olduğu görülmektedir. Bu durumların tümünün, hastane etik iklim algısını oluşturan alt boyutlar olduğu göz önünde bulundurulduğunda, fiziksel tespit uygulamasını etkileyen en önemli faktörlerden birinin hastane etik iklim algısı olduğu söylenebilir.

2.6. Fiziksel Tespitin Tanımı

Fiziksel tespit, hastanın hareket seviyesini azaltmak ya da hareket etmesini önlemek amacıyla, fiziksel, mekanik veya araçlarla kısıtlama uygulanması olarak tanımlanmaktadır (22, 23, 24, 25). Fiziksel kısıtlama, hastanın güvenliğini sağlamak amacıyla, ajite, konfüze, demans ve düşme riski olan hastaların kendilerine zarar vermesini engellemek, hastaya bağlı katater, tp gibi tıbbi malzemeleri çıkarmasını önlemek için hasta tarafından çıkarılamayacak fiziksel veya mekanik araç-gereçlerle

kısıtlanması olarak da tanımlanmaktadır (21, 25, 27, 32). “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) fiziksel kısıtlamayı, hastanın izni/onayı olmadan, hastaya fiziksel güç uygulayarak hareket özgürlüğünü kısıtlamak” olarak tanımlamıştır (27).

Fiziksel tespit, hastanelerin birçok biriminde uygulansa da çoğunlukla yoğun bakım, psikiyatri, acil servis ve ameliyathane gibi ünitelerinde, hastaları sakinleştirmek, hastaların yataktan düşmesini önlemek, hastalarda uygun postürü koruyarak, bası yarası, kas ve eklem kontraktürü gelişmesini önlemek ve sağlık profesyonelinin bakım ve tedavileri uygulayabilmesi amacıyla kullanılır (39, 21, 25, 84, 85).

2.7. Fiziksel Tespitin Tarihsel Süreci

Fiziksel tespit uygulamasının ilk olarak 1940’li yıllarda Amerika ve İngiltere’de kullanılmaya başlandığı bilinmektedir. Amerika’da psikiyatri hastanelerinde ve servislerde hastaların zincire vurulması ile başlayan uygulama, 1950’li yıllarda kabul görmüş ve standart bir uygulama haline getirilmiştir (27, 86, 87). 1950’li yıllardan itibaren artan fiziksel kısıtlama kullanımına 1980’li yılların sonlarına doğru karşı çıkılmaya başlanmıştır. 19. yüzyıl sonlarına doğru İngiltere ve Fransa’da fiziksel kısıtlama kullanımına karşı bazı uygulamalar başlarken, Amerika’da özellikle yoğun bakım ve psikiyatri hastanelerinde oluşabilecek kazalara ve yaralanmalara karşı doğru bir uygulama olduğu savunulmuştur (32, 85). İngiltere’de fiziksel kısıtlama kullanımını azaltmak için iletişim, sedasyon, aile işbirliği gibi alternatif yöntemler Amerika’ya göre daha çabuk kabul görmüş ve uygulanmıştır (87, 88, 89).

Fiziksel kısıtlama uygulaması uygun ve doğru kullanılmadığında, ciddi komplikasyonlara sebep olmuş artan kullanım sebebiyle yaralanma ve bası yaralarındaki artış olmuş ve daha çok gündeme gelmiştir (27, 29). FDA (Food and Drug Administration- Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) tarafından fiziksel kısıtlama uygulamasının doğru şekilde uygulanmadığı takdirde, yıllık 100’den fazla ölüme sebep olduğu bildirilmiştir (32).

Hemşirelik bakımının etkinliği ve kalitesi; yapılan uygulamaların doğru bir biçimde planlaması ve hastaya en az zarar verecek şekilde uygulanması ile ölçülmektedir. Fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin gerekli düzenlemeler ve prosedürler Amerika Birleşik Devletleri'nde OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act- Çok Maddeli Bütçe Uzlaşma Yasası), ANA (American Nurses Association- Amerikan Hemşireler Birliği), HCFA (Health Care Financing Administration- Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetim Bürosu) ve JCHAO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- Bakım evi ve benzeri yerleri kontrol eden kurumlar) tarafından yapılmaktadır (86, 90). Fiziksel kısıtlama uygulaması, hastaların yararına olacak şekilde bakımın daha etkin sağlanması için planlanırken, hastaları cezalandırmak ve iş yükünü azaltıp bakım süresini kısaltmak için uygulanmamalıdır (91).

Ülkemizde ilk olarak 2011 yılında Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan hizmet kalite raporunda, fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin standartlar belirlenmiş ve kurumların bu standartlara uyması istenmiştir (92).

2.8. Fiziksel Tespitin Dünya'da ve Ülkemizde Kullanımı

Fiziksel kısıtlama uygulaması dünyada Amerika, Avustralya, Fransa ve Kanada gibi birçok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda; düşmeleri önleme, ajite ve saldırgan davranışı olan hastaların kendine zarar vermesini engellemek amacıyla fiziksel kısıtlama kullanıldığı belirlenmiştir (93).

Avrupa'da dokuz ülkeyi kapsayan bir çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde fiziksel kısıtlama kullanım oranı ortalaması %39 iken, bu ülkelerden İngiltere, Portekiz ve İtalya da bu oranın %0 olduğu bulunmuştur (24, 94, 93, 95). Amerika'da 2015 yılında 75 hemşire ile yapılan bir çalışmada, fiziksel kısıtlama kullanımına ne kadar eğilimli olduğu sorusuna %69.2 si olumlu baktıklarını söylemiştir (97). Mısır'da 275 yoğun bakım hastasının %58,2'sine fiziksel tespit uygulandığı saptanmıştır (2013). Tayvan ' da yapılan bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinde kısıtlama kullanım oranının %39,1 ile %69,9 oranında değiştiği saptanmıştır (96). Tayvan'da yapılan bir diğer çalışmada hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımı ile

ilgili bir eğitim programı düzenlenmiş ve etkinliği ölçülmüştür. Bu çalışmada eğitim öncesi 136 hemşirenin fiziksel kısıtlama kullanım oranı %72,8 olarak bulunmuştur (99).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada iki hastanenin yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlama kullanım oranı %94,5 olarak bulunmuştur (35). Ülkemizde 2009 yılında yapılan bir çalışmada 254 hemşire ile görüşülmüş ve fiziksel kısıtlama hakkında duyguları, onam alma durumları incelenmiştir. Hemşirelerin %97,6' sı onam almaksızın fiziksel kısıtlama kullandığını belirtmiştir. Ülkemizde 2015 yılında yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hekim ve hemşire 108 kişinin katıldığı araştırma hepsinin fiziksel kısıtlama kullanımını onayladığı, hemşirelerin %52,8' inin fiziksel kısıtlama, %47,2'nin ise kimyasal kısıtlama kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (100). Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımı ile ilgili 2016 yılında 101 hemşire ile yapılan bir çalışmada, hemşireleri %81,2'sinin hastalara gerektiğinde fiziksel kısıtlama uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır (94). Bu sonuca göre bakıldığında, fiziksel kısıtlama kullanımında ülkemizde de yüksek oranda olduğu görülmektedir. Yurtdışında yapılan bir çalışmada, hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasına karar verme nedenleri ve etkileyen faktörler araştırılmış; hemşirelerin bireysel deneyimleri, hasta yakınları, çevresel faktörler, doktor orderları ve meslektaşların- kurumun uygulama hakkındaki etik yaklaşımının en çok etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (39).

2.9. Fiziksel Tespit Uygulama Nedenleri

Fiziksel tespit uygulanmasının en temel nedeni literatürde ve birçok çalışmada hastanın yataktan düşmesini önlemek, hasta güvenliğini sağlamak olarak belirtilmiştir (21, 25). Bununla birlikte fiziksel tespit uygulanma nedeni, hastanın kendine ve çevresine zarar vermesini engellemek, hastaya bağlı ekipman ve tıbbi araçları çıkarmasını önlemek (21, 25, 27), ajite ve konfüze hastaları sakinleştirmek, yatağa bağımlı olan hastalarda bası yarası (29, 94), kontraktür gelişmesini önlemek (104) ve tüm bunların yanı sıra sağlık personelinin hastaya daha iyi bir bakım ve sağlık hizmeti vermesini sağlamak amacıyla yapıldığı bildirilmiştir (36, 85, 101, 102, 103).

Karagözoğlu ve Özden (24) tarafından bir hastanede çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulama sebepleri, hastaya bağlı ekipmanların çıkarılmasını, yataktan düşmesini önlemek ve hastanın postürünü korumak olduğu belirtmiştir (24). Hakverdioğlu ve ark. (32)'nin yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgilerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada da benzer şekilde hemşirelerin çoğunluğunun, hastaların katater ve dren gibi tıbbi araçları çıkarmasını önlemek, kendine ve çevresine zarar vermesini önlemek olduğu sonucu çıkmıştır (32). Goethals ve ark. (37) yapmış olduğu araştırma sonucunda, hemşirelerin fiziksel tespit uygulamadaki etik sebepler araştırılmış, yüksek çoğunluğunun hastalarını korumak olduğu, hastanın vücut bütünlüğünün devamını sağlamak olduğu ve fiziksel yaralanmaları en aza indirmek için yaptıkları bildirilmiştir (37). Aynı şekilde yurt dışında yapılan bir araştırma da hemşirelerin, daha etkin tedavi yapabilmek, tıbbi ekipmana zarar verilmesini önlemek, yetersiz personel sebebiyle daha çok hastayla ilgilenmek için fiziksel kısıtlama uyguladığı bildirilmiştir (101).

Uzun ve ark.(104)'nin psikiyatri servisinde fiziksel kısıtlama uygulamasının cinsiyete göre değişkenlik gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada; genç ve erkek bireylerin tespit uygulanma oranları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada 481 hastadan 98 hastaya tespit uygulandığı (%20,3) ve çıkan sonucun önceki yıllarda yapılan araştırmalara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (104). Bu çalışma sonucuna benzer şekilde Huizing ve ark.(105) yaptığı çalışmada da erkek hastaların şiddet davranışının daha yüksek olması sebebiyle fiziksel tespit daha fazla uygulandığı belirtilmiştir (105).

Literatürde fiziksel tespit uygulanmasının gerekçeleri birçok çalışmada benzer şekilde dile getirilmiştir. Benzer şekilde, personel eksikliği, yetersiz ekipman, hemşirelerin ağır çalışma şartları ve karar verme sırasında etkileyen birçok mekanizma fiziksel kısıtlama uygulanmasına neden olarak gösterilmektedir (29, 39, 104, 106). Tarihsel sürecine bakıldığında uzun yıllardır kullanılan ve günümüzde sebep olduğu komplikasyonlar, etik ve yasal açıdan karar vermede yaşanan sıkıntılar, hasta hakları gibi durumlar göz önüne alındığında fiziksel kısıtlama uygulanması;

hemşirelerin karar verirken, “zarar vermeme/yararlılık” ilkesini göz önünde bulundurması ve hasta için etik açıdan doğru olana karar vermesi gereken bir uygulamadır (32, 93, 100).

2.10. Fiziksel Tespit Uygulamasında Kullanılan Yöntemler

Sağlık profesyoneli tarafından hastaya fiziksel tespit uygulamadan önce kullanılacak alternatif yöntemler değerlendirilmeli bu yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda fiziksel tespit uygulanmalıdır. Hastanın kendisine ve çevresine zarar verebileceği, genel durumu ve bilişsel durumu değerlendirildikten sonra uygun olan fiziksel tespit yöntemine başvurulması gerekmektedir (107, 108).

Fiziksel ve kimyasal olmak üzere iki tip kısıtlama yöntemi bulunmaktadır.

Kimyasal kısıtlama; antipsikotik ve narkotik ilaçlar ile hastanın sedatize edilmesi ve uyutulmasıdır.

Fiziksel kısıtlama da eskiden günümüze pek çok değişik yöntem uygulamıştır. Bunlar: eldiven, atel, kemer, deri bağlar, kısıtlama çarşafı, tek parmaklı eldiven, yumuşak bel ve göğüs kısıtlaması, yumuşak el ve ayak bileği kısıtlaması gibi yöntemler bulunmaktadır (100, 101, 104, 108). Günümüzde bunların çoğu kullanılmamaktadır Bazı servislerde gazlı bezler rulo yapılarak elastik bağların arasında konulup hasta bilekleri tespit edilmektedir (109). Uygulanacak olan fiziksel tespit yöntemine karar verdikten sonra, yapılacak olan uygulama hakkında hemşire yeterli bilgiye sahip olmalı, tespit uygulamasının işlevselliğini, oluşabilecek komplikasyonları izlemeli ve gerektiğinde müdahale edebilmelidir (101, 104, 108). Hastalara uygulanan fiziksel tespit yöntemleri ise şunlardır;

1. *El ve ayak bileği tespiti:* bilinci yerinde olan veya olmayan, yardımlara hareket edebilen ya da yatağa bağımlı olup bazı ekstiremitelerini hareket ettiren hastalarda, endotrakeal tüp, katater veya drenlerini çıkarmasını engellemek aynı zamanda yataktan düşmesini diye uygulanan bir yöntemdir. Hastaya bez, sünger dolgulu tespit malzemeleri, ped vb. materyaller ile kısıtlama yapılır. Bu malzemeler temin edilemediğinde tek parmak eldiven ile de kısıtlama yapılmaktadır (24, 101, 110).

2. *Göğüs ve bel bölgesi tespiti:* bu tespit uygulamasında hastanın göğüs ve bel bölgesi sabitlenir, hasta bu tespitle el ve ayak ekstiremitelerini oynatabilir. Bu tespit

uygulanması diğerk basit tespit yöntemlerinin yetersiz kaldığı durumlarda uygulanmaktadır. Yelek, çarşaf ve ceket gibi tespit ediciler kullanıldığından, bunlar hastanın boğulma riskini artıracığından ihtiyaç olmadıkça tercih edilmemelidir (93, 110).

3. *Dirsek tespiti*: bu tespit uygulamasında diğerk yöntemlerin başarısız olduğu durumlarda kullanılır. Hastanın dirseğı dışında ekstremiteleri hareket edebilmektedir. Hastaya bağı olan cihaz, dren gibi tıbbi malzemeleri çekmesini engeller. Daha çok bebek ve çocuk hastalarda tercih edilmektedir. Bez ve süngerden yapılmış tespit malzemeleri kullanılır (24, 93, 110, 111).

2.11. Fiziksel Tespit Uygulamasında Kullanılacak Alternatif Yöntemler

Hemşireler, hastanın güvenliğini sağlamak, kendisine ve çevresine zarar vermesini engellemek amacıyla fiziksel tespit uyguladıklarını söylemektedirler. Fiziksel tespit uygulaması, hastanın sakinleşmesinin başka alternatif hiçbir yöntem ile sağlanamadığı durumlarda kullanılması gereken bir uygulamadır (24, 32, 39, 93). Hemşireler, yetersiz bilgi düzeyi, kullanılacak alternatif yöntemlerin bilinmemesi, yeterli bilgi ve prosedür bulunmayışı, daha çok deneyim ve tecrübelerinden ve diğerk ekip arkadaşları ile kurum algısından etkilendikleri için, fiziksel tespit uygulanmasında alternatif yöntemleri kullanmadan hastaya tespit uygulamaktadırlar (24, 26, 32, 112).

Rapl ve ark. (113)'nın hemşirelerin fiziksel kısıtlamayı kullanım amaçlarını araştırmak için yaptığı çalışmasında, hemşireler özellikle ajite ve huzursuz hastaları tedavi edebilmek için öncelikli olarak fiziksel kısıtlamayı kullandıkları tespit edilmiştir (113). Oysa, ajite hastalara; iletişim, masaj, terapötik dokunma, aile ile işbirliği gibi uygulanabilecek alternatif yöntemleri bilseler, fiziksel tespit uygulaması kullanmalarına gerek kalmayabilir (13, 114).

Hastanın güvenliğini sağlamak amacıyla yapılan fiziksel tespit uygulamasından önce; yatak kenarlıklarının kaldırılmak ve alçak yatak kullanmak, hastanın ortama uyum sağlamasına yardımcı olmak, hastaya yapılan uygulamalar ve tedavisi ile ilgili bilgi vermek, hastanın ulaşabileceğı bir yerde çağrı zili bulundurmak, bakıma aile bireylerinin de katılmasını sağlamak gibi alternatif

yöntemlere başvurulabilir (25, 24, 26, 39). Bu alternatif yöntemlere ek olarak; hastayı hemşireye yakın bir odaya yerleştirmek, konuşarak sakinleştirmek, hasta ve çevresinde güvenli olmayan eşyaları kaldırmak, hastaya müzik dinletmek, terapötik iletişim ile hastanın sakinleşmesini sağlamak gibi alternatif yollar olduğunun uygulamayı yapan hemşireler bilmek zorundadırlar (93, 101, 110).

Hemşirelerin fiziksel tespit kullanımını azaltmak için uygulanacak alternatif yöntemler ise;

- Hasta odasında bulunan uyaranları azaltmak, ortamın sessiz olmasını sağlamak.
- Hastanın kolay ulaşabileceği bir yerde çağrı zili bulundurmak.
- Hastanın ajitasyon ve ağrı durumunu değerlendirip, duruma yönelik planlamalar yapmak.
- Hastanın yataktan düşmesini önlemek amacıyla alçak yataklar kullanmak.
- Aile üyeleri ile iletişim kurmak ve bakıma katılmalarını böylece hastanın yalnızlık ve korku hissini azaltmak.
- Bilinci yerinde olan hastaların düşüncelerini ve isteklerini dinlemek.
- Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yapmasına yardımcı olmak.
- Hastayı hemşire odasına/bankosuna yakın bir yere almak.
- Hastanın rahatlamasını sağlamak amacıyla müzik ya da radyo dinletmek.
- Hastanın yalnız kalmasını önlemek.

Hakverdioğlu ve ark. (32) tarafından hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada, fiziksel kısıtlama uygulamasından önce kullanılması gereken alternatif yöntemler nelerdir sorusuna, hemşirelerin %71.9'u "konuşarak hastayı sakinleştirmek", %10.1'i "ihtiyacı olduğunda aile ve yakınları ile birlikte olmasını sağlamak", %7.2'si " hasta çevresindeki güvenli olmayan eşyaları ve engelleri kaldırmak", %7.9'u "hastayı daha sık aralıklarla kontrol etmek" yanıtını vermiştir (32). Yine yapılan başka bir

çalışmada ise, hemşirelerin %39'nun hastaya kısıtlama uygulamadan önce daha önceki deneyimlerinden ve arkadaşlarından etkilenecek alternatif yöntemler denemediği, %24'nün hastaya açıklama yaparak rahatlattığını, %22'sinin yatak başlarını kaldırdıklarını ve %4'nün ise çevresel düzenlemeler yaptıklarını bildirmiştir (115).

2.12. Fiziksel Tespit Uygulanan Hastada Hemşirelik Bakımı

Fiziksel tespit uygulaması, hekim tarafından order edildikten sonra birincil olarak hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Hemşireler, hastanın 24 saat bakım ve tedavisinden sorumlu sağlık personeli olduğu için, yapılan uygulamaların olası zararlarını ve bu zararların nasıl düzeltiltiğini gözlemleyen kişidir (24, 32). Fiziksel tespit uygulaması, hemşirelik mesleğinin temel ilkelerinden olan “zarar vermeme/ yarar sağlama” ilkesinin öncelikleri ile bazen ikilemlere sebep olmaktadır. Hemşireler, fiziksel tespit uygulamasının doğru ve uygun şekilde yapılmadığı takdirde hastaya zarar verme, otonomisini kısıtlama gibi durumlara sebep olmaktadır. Bu nedenle hemşireler, kısıtlamaya karar vermede ikilemler yaşamaktadırlar (24, 28, 29, 31). Aynı zamanda fiziksel tespit uygulamasında hemşireler, savunuculuk rolünü üstlenerek, hastaların haklarını gözetmekte, bağımsızlığını savunarak uygulama yapmaya karar vermekte zorlanmaktadır (25, 29, 32).

Hemşirelerin, hastaya fiziksel tespit uygulamadan önce değerlendirmesi ve yapılması gerekenler aşağıda basamaklar şeklinde verilmiştir:

- Hastanın genel durumu değerlendirilmeli ve fiziksel tespit ihtiyacı belirlenmelidir.
- Hastanın düşme riski değerlendirilmeli skora yapılmalı, çevresine zarar verme durumu değerlendirilmelidir.
- Hastaya fiziksel tespit uygulanmadan önce uygulamanın amacı hastaya veya yakınlarına anlatılmalı, yazılı onam alınmalıdır.
- Fiziksel tespit uygulamadan önce alternatif yöntemlere başvurulmalıdır.
- Hastaya fiziksel tespit uygulamasında hekim tarafından yazılı istem yapılması sağlanmalıdır.

- Uygulanan fiziksel yöntem, başlama ve bitiş saatleri, kontrol yöntemleri fiziksel tespit değerlendirme ve hemşire gözlem formuna kaydedilmelidir (108).

Gelişmiş ülkelerde fiziksel tespit uygulaması sağlık kurumlarında belirli standartlara oturtulmuş ve bu standartlara uyma zorunluluğu getirilmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan kalite geliştirme raporunda, fiziksel tespit uygulamasına ilişkin standartlar belirtilmiş ve kurumların bu standartlara uyması istenmiştir (92). Dünyada ise JCAHO ve HCFA tarafından yayınlanan raporlarda fiziksel tespit uygulamasının çerçevesi belirlenmiş, uygulamanın uzman hemşireler tarafından yapılması uygun görülmüştür (111). Çünkü fiziksel tespit uygulamasını çoğu hasta kabul etmemekte, aile bireyleri durumu anlayışla karşılamamakta, fiziksel tespit uygulamasını algılayışlarında farklılık ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden hemşireler, aile ile işbirliği yapmaya özen göstermeli, durumu aile bireyelerine açıklamalı ve aralıklı tespit uygulaması yapmalıdır (93, 111).

Hemşireler, fiziksel tespit uygulamasından önce alternatif yöntemleri denemeli, hekim istemi olmadıkça kısıtlama uygulamasına başlamamalı, doğru materyal ve yöntem ile hastayı tespit etmeli, kısıtlamaya başlama saatini ve kontrol yöntemlerini kısıtlama gözlem formuna kaydetmelidir. Hastalarda oluşabilecek komplikasyonlara karşı hastayı sık gözlemlemeli, baskı yararı riskini karşı 2 saatte bir pozisyon vermeli, kısıtlama uygulanan bölgeye aralıklı olarak kontrol yöntemleri açısından, kızarıklık, dolaşım bozukluğu, ekimoz, ödem yönünden gözlemlemeli, kısıtlamaya ara vermelidir (24, 29, 32, 110).

Taylor ve Lynn (108) tarafında kısıtlama uygulanan hastada yapılacak ve dikkat edilmesi gerekenler “r-e-s-t-r-a-i-n-t” kelimesi kodlanarak aşağıdaki gibi verilmiştir,

R: Hastanın bugünkü durumunun değerlendirilmesi

E: Hastanın ve çevresindekilerin zarar görme riskinin değerlendirilmesi, potansiyel zararın tanımlanması.

S: Bakım veren aile bireyleri ile işbirliği yapılması.

T: Alternatif yöntemlerin denenmesi.

R: Alternatif yöntemlerin sonunda başarı durumu için tekrar hasta değerlendirmesi yapılması.

A: Aile bireyleri, bakım verenlerin fiziksel tespit konusunda bilgilendirilmesi, onam alınması ve hekim istemi ile kısıtlama başlatılması.

I: Bireyselliğe özen gösterilmesi.

N: Fiziksel tespite başlandığı tarih, saat ve kontroller not edilmesi.

T: Fiziksel tespit uygulama süresine dikkat edilmeli, 24 saatten fazla uygulanacaksa tekrar hekim istemi yapılmasıdır.

Hemşirenin fiziksel tespit uygulanan hastanın bakımında dikkat etmesi gereken kurallar aşağıdaki gibidir;

- Hastaya her iki saatte bir pozisyon verilmelidir.
- Hastaya uygulanan tespit iki saatte bir çıkartılarak, bölgeye masaj, nemlendirme ve bakım yapılmalıdır.
- Hastanın beslenme ve sıvı dengesi korunmalı, deri turgoru sık sık değerlendirilmelidir.
- Hastaya aktif, pasif ve yatak içi egzersizler yaptırılmalı, bilinci yerinde ise kendi katılımı sağlanmalıdır.
- Fiziksel tespit uygulamasına ara verilmeli ve alternatif yöntemler tekrar değerlendirilmelidir.
- Hastaya uygulanan tüm yöntemler, fiziksel tespit uygulama saati, değişiklikler fiziksel tespit takip formu ve hemşire gözlem formuna kaydedilmelidir.
- Hastanın psikolojik durumu da sık sık kontrol edilmelidir (108, 116).

2.13. Fiziksel Tespit Uygulamasının Olası Zararları

Fiziksel tespit uygulaması doğru ve uygun şekilde kullanılmadığı takdirde hasta zarar verecek sonuçlar ortaya çıktığı bilinmektedir. Fiziksel tespitin amacı, hastanın kendine ve çevresine zarar vermesini önlemektir. Literatürde birçok çalışmada fiziksel tespit uygulamasının uygunsuz kullanımının hastada birçok komplikasyona ve zarara yol açtığı belirtilmektedir (22, 24, 32, 39, 108).

Yapılan araştırmalarda, uzun süreli fiziksel kısıtlama uygulanmasına bağlı olarak hastalarda kas zayıflığı geliştiği ve duyu yoksunluğuna sebep olduğu belirtilmiştir (25, 32, 39). Miles ve Irvine tarafından yapılan bir çalışmada fiziksel kısıtlama uygulanan 19 hastadan birkaçının yatağında ve sandalyesinde ölü bulunduğu belirtilmiştir (117).

Fiziksel tespit uygulamasının hastalarda sebep olduğu fiziksel, psikolojik ve sosyal zararları aşağıdaki gibidir.

Fiziksel zararlar; kontraktürler, hipertansiyon dolaşım bozukluğu, ortostatik hipotansiyon, taşikardi, kardiyak arrest, basınç yaraları, buna bağlı enfeksiyon, sinir ve cilt yaralanmaları (24, 25, 39,), üriner fekal inkontinans, ödem, kas atrofisi, elektrolit değişiklikleri (27, 32, 94) fiziksel fonksiyonlarda azalma, solunum bozukluğu, aspirasyon, boğulma ve ölümlerdir (93, 101). Fiziksel tespit uygulaması ile ilişkili ölümler genellikle boğulma sonucunda olmaktadır. Fiziksel tespit yeleğinin dolaşım bozukluğuna sebep olması, taşikardi ve ajitasyon ile ölüme sebep olduğu bildirilmiştir (27, 39, 94).

Psikolojik zararlar; korku, konfüzyon, depresyon, ajitasyon, benlik saygısında azalma, uykusuzluk, deliryum, beden imajında bozulma, bilişsel ve davranışsal sorunlar, direnme, işlemlere karşı gelme, hastanın kendini yokmuş gibi hissetmesi gibi durumlar saptanmıştır (25, 27, 32, 94). Fiziksel tespit uygulanan hastalarda görülen en sık davranış değişikliği ise anksiyete olduğu bildirilmiştir (101).

Sosyal zararlar; güven ve saygıda azalma, iletişim becerilerinde bozukluk, duyu yoksunluğu, utanma, özgüven yetersizliği gibi duyu değişimleridir (24, 27, 93).

2.14. Fiziksel Tespit Uygulamasında Karşılaşılan Etik İkilemler

Fiziksel tespit uygulamasının birincil ve etkin uygulayıcıları olan hemşireler, fiziksel tespit uygulamasına karar verirken etik ikilem yaşamaktadırlar. Günümüzde hasta haklarının eskiye nazaran oldukça gelişmiş olması, hastaların haklarıyla ilgili farkındalıklarının artması, sağlıkta kalite standartlarının oldukça yükseltilmesi, hemşirelerin hem hastalarını hem de kendilerini koruyabilmeleri anlamında daha tedirgin davranmalarına sebep olmaktadır (32).

Fiziksel tespit uygulamasının profesyonel ve eğitim almış hemşireler tarafından uygulanması gerekliliği, hemşirelerin tespit uygulamasından mesleğin etik ilkelerinden zarar vermeme/yarar sağlama ve otonomi ilkesi açısından etik ikilemler yaşamasına sebep olmaktadır, çünkü öncelikli olan zarar vermemektir (25, 93). Bu tür ikilemlerle karşılaşan hemşireler, suçluluk, üzüntü, pişmanlık, öfke gibi duygular yaşadıklarını bildirmişlerdir. Hakverdioğlu ve ark. (32)'nin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgilerini değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, hemşireler tespit uyguladıklarında, %50'si "hastayı bağladığım için üzülürüm", %25'i "hastayı bağladığım için suçlu hissederim", %12'si hastaya öfkelenirim cevabını vermişlerdir (32).

Bonner ve ark. (119)' nın yapmış olduğu nitel çalışmada, hemşireler fiziksel tespit uygulamasının sıkıntı verici, rahatsız edici ve zorlu bir deneyim olduğunu belirtmişlerdir (119). Lee ve ark.(120)' nın yapmış olduğu bir çalışmada ise hemşireler, hastaya fiziksel kısıtlama uygularken meslektaşlarının olumsuz davranışlarından dolayı karar verirken etkilendiklerini ve üzüldüklerini belirtmişlerdir (120).

Goethals ve ark. (39)' nın yapmış olduğu nitel çalışmada, hemşirelerin fiziksel tespit uygulamaya karar verirken nelerden etkilendikleri araştırmışlardır. Araştırma sonucuna göre, karar sürece karmaşık ve hasta güvenliğine temellenmiştir,

bununla birlikte karar verirken en çok etik değerlerden, diğer hemşirelerden, hastane etik algısından ve kaynaklardan etkilendiklerini söylemişlerdir (39).

Gastmans ve Milisen (121) tarafından yapılan çalışmada, fiziksel kısıtlama uygulamasında hemşirelerin başvurduğu klinik-etik kurallar incelenmiştir. Fiziksel kısıtlama uygulamaya karar verirken klinik açıdan yarar/zarar dengesi değerlendirilmeli, psikolojik ve sosyal boyutları incelenmeli, uygulama için belirlenmiş kural, metod, yöntem belirlenmeli, bakım verenler için eğitimler düzenlenmeli böylece herkes tarafından kabul edilen bir etik algı oluşturulabileceği sonucuna varılmıştır (121).

Ülkemizde fiziksel kısıtlama uygulamasının sınırları 8 Mart 2011 tarihli 27910 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde ve Sağlık Bakanlığının kısıtlama uygulanan hastanın bakımı talimatlarında hemşirelerin görev ve sorumluluk tanımlarında, acil durumlar haricinde hekimin yazılı istemi ile tedavi uygulayacağı, hasta ve çalışan güvenliği için gereken tedbirleri alacağı, hastaya zarar vereceğini düşündüğü durumlarda hekimi uyarmakla görevli olduğu tanımlanmıştır. Hemşirelik Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte hemşirelerin görev ve sorumluluklarına ek olarak, Psikiyatri hemşirelerinde “tecrit ya da tedbir gerekiyorsa, bu uygulamaları hastaya açıklama yaparak uygular, kaydeder, hastayı gözlem altına alır, kendisine ve çevresine zarar verme riski durumunda olan hastaları engelleyici ve önleyici yaklaşımları uygular” sözleriyle fiziksel tespitin tanımı yapılmıştır. Fiziksel tespit uygulamasına karar verme yetkisi hekime ait olmasına karşın, uygulamayı başlatıp, kayıt eden, gözlem yapan profesyonel sağlık personelidir. Hemşireler, kısıtlamayı hekim direktifi ile başlatmalı, tarih, saat, uygulamaya ne zaman ara verildiği, kontrol yöntemlerini kaydetmeli, üzerinden 24 saat geçen kısıtlama istemlerini devam etmesi gereken durumlarda hekim istemine yeniletmeli, komplikasyon ve zararları açısından gözlemlemeli ve kısıtlama işlemini başlatmadan önce bilinçli ise hastadan, bilinçli değil ise yakınlarından bilgilendirilmiş onam almalıdır (38, 92). Bu sebeple hemşirelerin, fiziksel kısıtlama kullanımında birçok faktörden etkilendiği ve ikilem yaşadığı ifade edilebilir. Hemşirelerin yaşadığı ikilemlerin çözümlenmesi için, fiziksel kısıtlama uygulaması ile ilgili görev ve sorumluluklarının tanımlanması, düzenli hizmet içi eğitimlerin

verilmesi önerilebilir. Bu bağlamda, hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algılarına etkisini belirlemek amacıyla araştırma yapılması planlanmıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algılarına etkisini belirlemek amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

- Hemşirelerin çalıştıkları hastaneye ilişkin etik iklim algısı nedir?
- Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin görüşleri nedir?
- Hastane etik iklimi ile hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algıları arasında ilişki var mıdır?
- Hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algılarına etkisi var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Düzce Atatürk Devlet Hastanesi ve Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırma yapılması planlanan hastanelerde fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin kalite birimi tarafından hazırlanan talimat ve takip formlarının olduğu dikkate alınmıştır.

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, 1950 yılında sağlık merkezi olarak açılmış olup şuan 300 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Hemşirelik hizmetleri çalışılan birime göre değişiklik göstermekle birlikte, 08-16, 16-24 ve 08-08 olmak üzere üç vardiya şeklinde devam etmektedir. Hastanede toplam 175 hemşire görev yapmaktadır.

Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, 1996 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi'ne bağlı olarak kurulmuştur. 2006 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi olmuştur ve şuan 500 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma saatleri,

08-16, 16-08 olmak üzere iki vardiya şeklindedir. Hastanede toplam 275 hemşire görev yapmaktadır

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Düzce il merkezinde bulunan tüm hastanelerde yapılması planlanmıştır. Düzce ilinde, Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Özel Hayri Sivrikaya Hastanesi olmak üzere üç hastane bulunmaktadır. Araştırmanın evrenini hastanede çalışan ve fiziksel kısıtlama uygulaması kullanan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırma yapılması planlanan üç hastaneden fiziksel kısıtlama uygulamasının kullanıldığı iki hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırmada evrenin tamamına ulaşma imkânı olduğundan örneklem seçimine gidilmemiş, araştırma direk evren üzerinden 200 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Düzce Atatürk Devlet Hastanesi'nde görev yapan ve fiziksel kısıtlama uygulaması kullanan 150 hemşire bulunmaktadır. Fiziksel kısıtlama uygulamasını çalıştığı birimler sebebiyle (idari birimler, kan alma, poliklinikler, çocuk servisleri, kadın doğum servisi, yenidoğan servisleri, onkoloji servisi) kullanmayan 25 hemşire ve araştırmanın yapıldığı dönemde rapor, doğum izni ve yıllık izinde olan 17 hemşire ile çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 8 hemşire araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya Düzce Atatürk Devlet Hastanesi'nden 125 hemşire katılmıştır.

Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde görev yapan ve fiziksel kısıtlama uygulaması kullanan 150 hemşire bulunmaktadır. Fiziksel kısıtlama uygulamasını çalıştığı birimler sebebiyle (idari birimler, kan alma, poliklinikler, çocuk servisleri, kadın doğum servisi, yenidoğan servisleri, onkoloji servisi) kullanmayan 125 hemşire araştırmaya dahil edilmemiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde ise rapor, doğum izni, yıllık izin, evlilik izni kullanan 40 hemşire ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 35 hemşire araştırmaya kapsamına alınmamıştır. Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 75 hemşire araştırmaya katılım göstermiştir. Araştırma her iki hastaneden toplam 200 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

3.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Araştırmanın örnekleminde yer alan hastanelerde hemşire olarak çalışıyor olmak
- Verilerin toplanacağı tarihlerde raporlu veya izinli olmamak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak ve
- Fiziksel kısıtlama uygulaması kullanıyor olmak

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak katılımcı olmanın gönüllülük esasına dayanması ve hemşirelerin araştırmanın yapıldığı tarihlerde izin kullanmış olması nedeniyle evrene ulaşılammıştır. Bu nedenle araştırma sonuçları Düzce ilinde görev yapan tüm hemşirelere genellenemez.

Araştırma kapsamında bulunan hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları ile hastane etik iklim algısı, fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları ölçeği ve HEİÖ araçlarından elde edilen verilerle sınırlıdır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Hemşirelerin çalıştıkları hastaneye ilişkin etik iklim algısı araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmuştur.

Bağımlı değişkenler: Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin algıları araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet vb.) belirlemeye yönelik 6 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu (Ek-I), “Hastane Etik İklim Ölçeği” (Ek-II), “Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği” (Ek-III) kullanılmıştır.

Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği

Orijinal adıyla “Level of Knowledge Attitudes and Practices of Staff Regarding Physical Restraints Questionnaire” olan ve Türkçe’ye “Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği” olarak çevrilen ölçek, Janelli, Scherer ve Kuhn tarafından (1994) oluşturulan, Suen LKP tarafından geliştirilen (1999) ve Türk toplumuna uyarlaması Kaya ve ark. tarafından (2008) yapılan üç bölümlü bir ölçektir. Birinci bölüm; hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgisini ölçen 10 doğru ve bir yanlış soru içeren 11 maddeden oluşur. Doğru yanıt 1, yanlış yanıt 0 olarak değerlendirilir. Bu bölümden alınabilecek puan 0-11 arasında olup, yüksek puan yüksek düzeyde bilgiyi göstermektedir. İkinci bölüm; hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutumları ölçen ve 12 maddeden oluşan 4 aşamalı likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında “kesinlikle katılıyorum” 4 puan, “katılıyorum” 3 puan, “katılmıyorum” 2 puan, “kesinlikle katılmıyorum” 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Bu bölümden alınabilecek puan 12-48 arasında olup, yüksek puan olumlu, düşük puan ise olumsuz tutumu gösterir. Üçüncü bölüm; hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulamalarını değerlendiren 14 madde içerir. Ölçekte 10. madde olumsuz bir maddedir ve ters çevrilerek değerlendirilir. Ölçeğin üçüncü bölümü 3 aşamalı likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlamasında ” hiçbir zaman” 1 puan, “bazen” 2 puan, “her zaman” 3 puan olarak değerlendirilmektedir. Bu bölümden alınabilecek puan 14-42 arasındadır. Bölümden alınan yüksek puan fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin mükemmel uygulamayı gösterirken, düşük puan uygun olmayan uygulamaya işaret eder (42). Suen ve arkadaşları (1999) tarafından ölçeğin tümüne göre Cronbach’s Alpha değeri 0.69 olarak belirlenmiştir. Gürdoğan ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ise ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0.72 olarak bulunmuştur (46). Bu çalışmada ise ölçeğin tümüne ait Cronbach Alpha değeri 0.94 olarak hesaplanmıştır. Bölümlere ait Cronbach Alpha değerleri ise Bilgi, Tutum ve Uygulama olmak üzere sırasıyla 0.78, 0.91 ve 0.93 olarak hesaplanmıştır.

Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ)

Orijinal adıyla “The Hospital Ethical Climate Survey” olan ve Türkçe’ye “Hastane Etik İklim Ölçeği” olarak çevrilen ölçek, Olson tarafından 1995 yılında Amerika’da geliştirilmiş, 2003 yılından Bahçecik ve Öztürk tarafından Türkçe’ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçek Hastane (6 madde), Meslektaşlar (4 madde), Hastalar (4 madde), Yöneticiler (6 madde) ve Hekimler (6 madde) olmak üzere beş alt boyuttan ve toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Likert tipinde hazırlanmış ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup, “hiç doğru değil”, “nadiren doğru”, “ ara sıra doğru”, “ genellikle doğru”, “ her zaman doğru” şeklinde 1-5 puan aralığında sıralanmaktadır. HEİÖ’ den alınacak en düşük puan 26, en yüksek puan ise 130’dur. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması hastane etik iklimine ilişkin algının pozitif yönde arttığını göstermektedir (71). Olson (1995) ölçeğin Cronbach Alpha değerini 0.91 bulmuş (70), Bahçecik ve Öztürk (2003) ise 0.89 olarak bulmuştur (71). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.94 olarak bulunmuştur.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verileri Ocak-Nisan 2017 tarihleri arasında, kişisel bilgi formu, “HEİÖ” ve “Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formları fiziksel kısıtlama uygulaması kullanan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler verilmiş ve doldurduktan sonra araştırmacıya teslim etmeleri sağlanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin anketi tamamlama süresi ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 17.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı özelliklere ilişkin verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde hesapları, hemşirelerin hastane etik iklim algısını ve fiziksel kısıtlamaya ilişkin görüşlerini belirlemek için ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek

amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi yapılmış ve analiz sonucunda her iki ölçeğe ait verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir (HEİÖ K-S= 0.69 p=.200, bilgi düzeyi K-S=0.87 p=.300, tutum K-S= 0.65 p=.180, uygulama K-S=0.72 p=.091). Bu sonuca dayalı olarak, hastane etik iklimi ile hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin görüşleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson's korelasyon analizi, hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algılarına etkisini belirlemek için ise Çoklu Regresyon Analizi kullanılmıştır. Literatürde korelasyon katsayısının gücü ile ilgili tanımlar, 0.00-0.25 çok zayıf, 0.26-0.49 zayıf, 0.50-0.69 orta, 0.70-0.89 kuvvetli, 0.90-1.00 arası ise çok kuvvetli olarak belirtilmiştir (72).

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2017/13 sayılı ve 23.02.2017 tarihli etik kurul izni (Bkz. Ek IV), örnekleme yer alan üniversite hastanesi ve devlet hastanesinden resmi yazılı izin (Bkz. Ek V,VI), HEİÖ' nin kullanılabilmesi için Ayşe Nefise Bahçecik'ten e-mail ile izin (Bkz. Ek VII), Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği' nin kullanılabilmesi için Hatice Kaya'dan e-mail ile izin (Bkz. Ek VIII), araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden yazılı aydınlatılmış onam formu (Bkz. Ek IX) ile izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algılarına etkisini ortaya koyan bulgular tablolar halinde verilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular beş başlık halinde sunulmuştur.

4.1. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular

4.2. Hemşirelerin hastane etik iklim algısına ait bulgular

4.3. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarına ait bulgular

4.4. Hastane etik iklimi ile hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımı arasındaki ilişkiye ait bulgular

4.5. Hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algılarına etkisine ait bulgular

4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 4.1. 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=200).

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	141	70.5
Erkek	59	29.5
Yaş		
20-24 yaş	25	12.5
25-29 yaş	64	32.0
30-34 yaş	48	24.0
35-39 yaş	44	22.0
40-44 yaş	19	9.5
Yaş ortalaması	28.41±11.8 (min. 20-max. 44)	
Medeni durum		
Evli	124	62.0
Bekar	76	38.0
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi	12	6.0
Önlisans	70	35.0
Lisans	109	54.5
Yüksek lisans	9	4.5
Çalışma yılı		
1 yıldan az	11	5.5
1-5 yıl	17	8.5
6-10 yıl	59	29.5
11-15 yıl	50	25.0
16-20 yıl	36	18.0
21 ve üzeri	27	13.5

Tablo 4.1.1. (Devam) Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=200).

Çalıştığı Klinik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dahili bilimler	60	30.0
Cerrahi bilimler	47	23.5
Yoğun bakım	77	38.5
Acil	16	8.0
Toplam	200	100.0

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1’ de yer almaktadır. Tabloya göre çalışmaya katılan hemşirelerin %70.5’i kadın, %29.5’i erkektir. Hemşirelerin yaşları incelendiğinde 25-29 (%32.0) ve 30-34 (%24.0) yaş grubu aralığında yığılma gösterdiği ve yaş ortalamasının 28.41 ± 11.8 olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin eğitim durumuna bakıldığında yarıdan fazlasının (%54.5) lisans, %35’inin önlisans ve %4.5’inin yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalışma yıllarına bakıldığında %29.5’nin 6-10 yıl, %25’inin 11-15 yıl ve %5.5’inin 1 yıldan az olduğu, çalıştığı kliniklere bakıldığında ise çoğunun (%38.5) yoğun bakım ünitelerinde, %30’unun dahili birimlerde, %23.5’inin cerrahi bilimlerde ve %8.0’ının ise acilde çalıştığı saptanmıştır.

4.2. Hemşirelerin Hastane Etik İklim Algısına İlişkin Bulgular

Hemşirelerin görev yaptıkları hastaneye ilişkin etik iklim algısını gösteren bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 4.2. 1. Hemşirelerin Hastane Etik İklim Algısı Puan Ortalamaları.

HEİÖ toplam ve alt boyutları	Madde sayısı	(\bar{x}) \pm (ss)	Ölçek puanları (min.- max.)
Meslektaşlar	4	17.10 \pm 2.43	8-20
Hastalar	4	15.33 \pm 2.80	8-20
Yöneticiler	6	18.75 \pm 5.56	6-30
Hastane	6	15.26 \pm 6.25	6-30
Doktorlar	6	15.07 \pm 6.02	6-30
Toplam	26	81.19 \pm 17.85	26-130

Hemşirelerin görev yaptıkları hastaneye ilişkin hastane etik iklim algısı puan ortalamaları Tablo 4.2.1’de yer almaktadır. Tabloya göre hemşirelerin HEİÖ toplam puan ortalaması 81.19 \pm 17.85 olarak hesaplanmıştır. Ölçek alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında hemşirelerin meslektaşlar alt boyutundan 17.10 \pm 2.43, hastalar alt boyutundan 15.33 \pm 2.80, yöneticiler alt boyutundan 18.75 \pm 5.56, hastane alt boyutundan ise 15.26 \pm 6.25 ve doktorlar alt boyutundan ise 15.07 \pm 6.02 puan aldığı belirlenmiştir.

4.3. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Ait Bulgular

Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarına ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.3. 1. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları Puan Ortalamaları.

Ölçek bölümleri	Madde sayısı	$(\bar{x})\pm(ss)$	Ölçek puanları (min.-max.)
Bilgi	11	7.14±2.66	0.00-11.00
Tutum	12	27.14±6.89	12.00-48.00
Uygulama	14	30.77±7.77	14.00-42.00

Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarına ilişkin puan ortalamaları Tablo 4.3.1’de yer almaktadır. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi alt bölümünden 7.14±2.66, tutum alt bölümünden 27.14±6.89 ve uygulama alt bölümünden 30.77±7.77 aldığı belirlenmiştir.

4.4. Hastane Etik İklimi İle Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımı Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Hastane etik iklimi ile hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algıları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.4. 1. Hastane Etik İklimi İle Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algıları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.

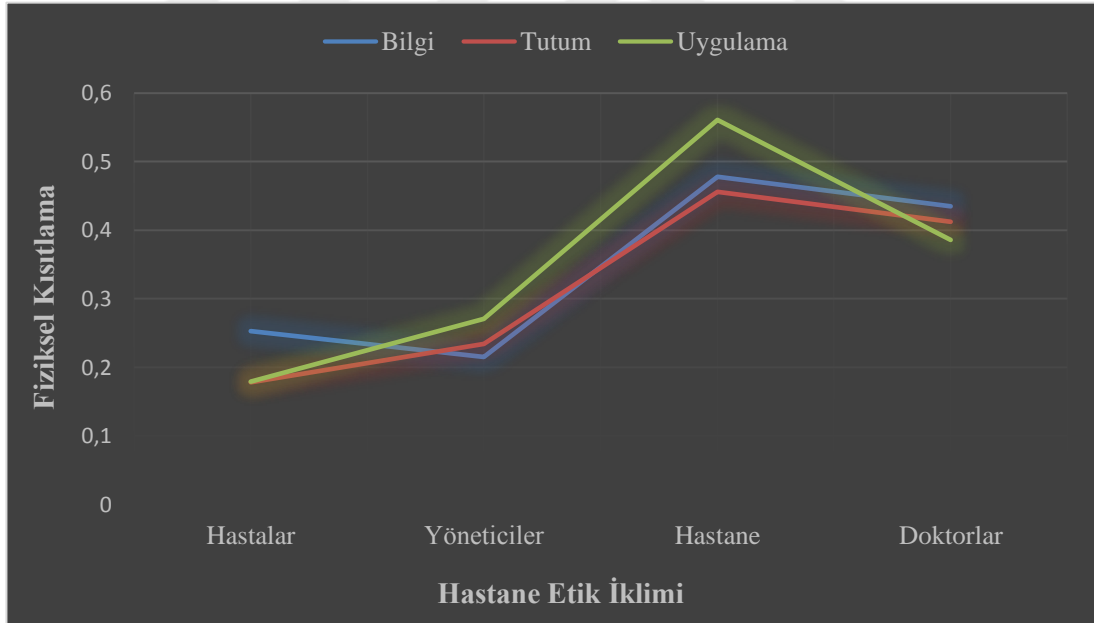
Değişkenler	Meslektaş	Hastalar	Yöneticiler	Hastane	Doktorlar
1- Bilgi	-0.039	0.253**	0.215**	0.478**	0.435**
2-Tutum	-0.076	0.178*	0.234**	0.456**	0.412**
3-Uygulama	-0.097	0.179*	0.271**	0.561**	0.386**

*p<0.05 **p<0.01

Tablo 4.4.1’ de hastane etik iklimi ile hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algıları arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon

analizi sonuçları yer almaktadır. Korelasyon analizi sonuçları hemşirelerin, fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyi ile hastane etik iklim hastalar, yöneticiler, hastane ve doktorlar alt boyutları arasında olumlu, anlamlı ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r= 0.215$ ile 0.478 arasında). Korelasyon değerlerine göre hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumu ile hastalar, yöneticiler, hastane ve doktorlar alt boyutları arasında olumlu, anlamlı ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r= 0.178$ ile 0.456 arasında). Korelasyon değerlerine göre hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamaları ile hastalar, yöneticiler ve doktorlar alt boyutları arasında olumlu, anlamlı ve zayıf düzeyde bir ilişki ($r= 0.179$ ile 0.386 arasında) hastane alt boyutu ile ise olumlu, anlamlı ve orta düzeyde bir ilişki belirlenmiştir ($r= 0.561$).

Korelasyon değerlerine göre hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve uygulamaları ile sadece meslektaşlar hastane etik iklimi alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla $r= 0.039, 0.076, 0.097$).



Grafik 4.4.1. Hastane Etik İklimi ile Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algıları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

4.5. Hastane Etik İkliminin Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algılarına Etkisini Gösteren Bulgular

Hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algılarına etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları ölçüğü üç bölümden oluşmaktadır. Çoklu Regresyon Analizi yapılırken her bölüm için ayrı analiz yapılmıştır.

4.5.1. Hastane Etik İkliminin Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algılarına Etkisine Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 4.5.1. 1. Bilgi düzeyi için regresyon sonuçları

Değişkenler	B	SH	β	t	P
Meslektaş	-.031	.029	-.079	-1.064	.289
Hastalar	.047	.028	.136	1.664	.098
Yöneticiler	-.043	.022	-.166	-1.975	.050
Hastane	.087	.022	.371	3.969	.000
Doktorlar	.052	.022	.271	2.413	.017
F=14.607 P=.000 R=.523 R²= .273					

Tablo 4.5.1.1’de hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyini hastane etik iklimi alt boyutlarının yordayıp yordamadığını belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre, meslektaş, hastalar, yöneticiler, hastane ve doktorlar faktörleri birlikte hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyleriyle orta düzeyde ve anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir (R= .523, R²= .273, p=.000). Bu faktörler birlikte, fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyi ile ilgili varyansın %27.3’ünü açıklamaktadır. Düzeltilmiş regresyon katsayılarına (β)

göre, yordayıcı değişkenlerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyi üzerindeki önem sırası; hastane, doktorlar, yöneticiler, hastalar ve meslektaş' tır. Regresyon analizinin anlamlılığına ilişkin t test sonuçları incelendiğinde ise yöneticiler, hastane ve doktorlar alt boyutlarının fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyi üzerinde önemli bir açıklayıcı olduğu görülmektedir. Meslektaş ve hastalar faktörlerinin ise anlamlı şekilde yordamadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.5.1. 2. Tutum regresyon sonuçları

Değişkenler	B	SH	β	t	p
Meslektaş	-.088	.071	-.095	-1.244	.215
Hastalar	.032	.068	.040	.476	.635
Yöneticiler	-.040	.053	-.070	-.813	.417
Hastane	.195	.053	.353	3.684	.000
Doktorlar	.107	.052	.189	2.050	.042
F= 12.026 P= .000 R= .486 R²= .237					

Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumunun hastane etik iklimi alt boyutları tarafından yordanmasına dair yapılan regresyon analizi sonuçları Tablo 4.5.1.2'de yer almaktadır. Meslektaş, hastalar, yöneticiler, hastane ve doktorlar faktörleri birlikte hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumları ile anlamlı şekilde ilişkide olduğu belirlenmiştir (R= .486, R²= .237, p= .000). Bu faktörler birlikte, hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumlarının %23.7'sini açıklamaktadır. Düzeltilmiş regresyon katsayılarına (β) göre, hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumlarını en çok hastane boyutunun (β = .353), en az ise hastalar alt boyutunun (β = .040) yordadığı tespit edilmiştir. Regresyon analizinin anlamlılığına ilişkin t test sonuçları incelendiğinde ise, hastane ve doktorlar alt boyutlarının hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumlarını anlamlı olarak

yordadığı, ancak meslektaş, hastalar ve yöneticiler alt boyutlarının ise anlamlı düzeyde yordamadığı görülmektedir.

Tablo 4.5.1. 3. Uygulama düzeyi için regresyon sonuçları

Değişkenler	B	SH	β	t	p
Meslektaş	-.112	.065	-.124	-1.733	.085
Hastalar	.009	.062	.011	.145	.885
Yönetici	-.027	.048	-.045	-.561	.575
Hastane	.322	.048	.600	6.693	.000
Doktorlar	-.008	.048	-.015	-.172	.864
F= 19.342 P= .000 R=.577 R²= .333					

Tablo 4.5.1.3’de hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarının hastane etik iklimi alt boyutları tarafından yordanmasına dair yapılan regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre, meslektaş, hastalar, yönetici, hastane ve doktorlar birlikte hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamaları ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir ($R= .577$, $R^2= .333$, $p= .000$). Bu faktörler birlikte hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarının %33.3’ünü açıklamaktadır. Düzeltilmiş regresyon katsayılarına (β) göre, hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarını en çok hastane alt boyutunun ($\beta= .600$), en az ise hastalar alt boyutu ($\beta= .011$) yordadığı belirlenmiştir. Regresyon analizinin anlamlılığına ilişkin t test sonuçları incelendiğinde ise, sadece hastane alt boyutunun hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarını anlamlı olarak yordadığı, ancak meslektaş, hastalar, yönetici ve doktorlar alt boyutlarının ise yordamadığı görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır:

5.1. Hemşirelerin hastane etik iklim algısına ait bulguların tartışılması

5.2. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarına ait bulguların tartışılması

5.3. Hastane etik iklimi ile hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algıları arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması



5.1. Hemşirelerin Hastane Etik İklim Algısına Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin görev yaptıkları hastanelerin ortalamasının üzerinde etik iklime sahip olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Konuya ilişkin yapılmış çalışma sonuçları incelendiğinde birbirinden farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Bazı çalışma sonuçları araştırma bulgumuzu desteklerken (10, 121, 122, 123, 124, 125, 126), bazı çalışmalarda da farklı sonuçlar (127, 128) elde edilmiştir. Araştırma bulgumuzla benzerlik gösteren çalışma sonuçları incelendiğinde; Cerit ve Özveren (122)'in hastane etik ikliminin hemşirelerin etik duyarlılığına etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin çalıştıkları kuruma ilişkin etik iklim algısı puan ortalamasının 84.02 ± 19.80 olduğu ortaya çıkmıştır. Karagözoğlu ve ark. (10)'nın 170 katılımcı ile yoğun bakım hemşirelerinin hastane etik iklim algısını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında, hastane etik iklim algısına ilişkin toplam puan ortalamasının 100.57 ± 15.73 olduğu görülmektedir. Aydın Tükeltürk ve ark. (129)'nın hastane çalışanlarının etik iklim algılarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında hemşirelerin hastane etik iklim algısının yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Sauerland ve ark. (123)'nin yapmış olduğu çalışmada ahlaki distres ile etik iklim algısı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmada etik iklim toplam puan ortalaması 94.30 ± 18.3 olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızla aynı ölçüm aracını kullanıp farklı analiz yöntemi ile yapılan bazı çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Lemmenes ve ark. (124)'nin üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin etik iklim algısını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin hastane etik iklim algısı yüksek düzeyde bulmuştur. Wolcott Altaker ve ark. (125)'nin yoğun bakım hemşirelerinin palyatif bakımda etik iklim ve ahlaki distresin ilişkisini incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin pozitif etik iklim algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Asgari ve ark. (126) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin mesleki memnuniyetlerinin ahlaki distres ve hastane etik iklimi ile ilişkisini araştırmıştır. Bu çalışmada da hemşirelerin etik iklim puan ortalaması ortalamasının üzerinde bulunmuştur. Araştırma bulgumuzdan farklı sonuçların elde edildiği çalışmalar incelendiğinde; Ghorbani ve ark.(127)'nin özel ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin etik iklim algısını karşılaştırmak amacıyla yapmış

olduğu çalışmasında, hemşirelerin etik iklim algısının düşük düzeyde olduğu, özel hastanede çalışan hemşirelerin daha yüksek etik iklim algısına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Jang ve Oh (128) tarafından Kore’de etik faktörlerin iş memnuniyetine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, hemşirelerin hastane etik iklim algısının düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir. Hemşirelerin hastane etik iklim algısı, hemşirelik hizmetlerinin ahlaki duyarlılığa, etik standartlara, güven ve dürüstlüğe dayalı sunulması açısından önemli bir göstergedir (122). Aynı zamanda hemşirelerin çalıştıkları kurumun etik iklimine ilişkin olumlu algıya sahip olması bakımın daha nitelikli sunulması açısından da gerekli bir unsurdur (10). Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin uygulamalarını gerçekleştirirken etik davranış sergilemesinde, çalıştıkları hastanenin etik iklim yapısı ve hastaneye ilişkin etik iklim anlayışının olduğuna inanması önemlidir (122). Hemşireler görev yaptıkları kuruma ilişkin olumsuz etik iklim algısına sahip olduklarında, hasta bakım uygulamalarında profesyonel tutum sergilemeleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Çalışma ortamındaki yetersiz personel sayısı, iş yoğunluğunun fazla olması, uzun çalışma saatleri ve kurumda var olan negatif etik iklim algısı gibi olumsuzluklar hemşirelerin güvenli hasta bakımı vermesini engelleyebilmektedir (10, 123, 130). Bununla birlikte hemşirelerin kurumlarına ilişkin oluşturdukları etik iklim algısının ahlaki distress yaşamalarına, iş doyumunda azalmaya ve işten ayrılma gibi kurumsal aidiyat üzerinde de olumsuz etkilere neden olduğu bilinmektedir (131). Bu nedenle hemşirelerin çalıştıkları hastanelerde olumsuz koşulların iyileştirilmesi, kaliteli hasta bakımının sağlanması, hasta memnuniyetinin artırılması, etik sorunların ve tıbbi hataların azaltılması için etik bir çalışma ortamının sağlanması gereklidir (126, 130, 131, 132). Bu görüşü destekler şekilde Amerikan Hemşireler Birliği (133) tarafından yapılan bir çalışmada da, güvenli olmayan çalışma koşullarının, hemşirelerin istedik hasta bakımı vermesini zorlaştırdığı bildirilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin görev yaptıkları hastaneye ilişkin sahip oldukları olumlu etik iklim algısı hasta bakım uygulamalarının etik ilke ve yaklaşımlar çerçevesinde yürütülmesi, kurumsal aidiyatı geliştirmesi, güvenli hasta bakımının gerçekleştirilmesi, çatışmalardan uzak ekip yaklaşımıyla sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve profesyonel yaklaşımların desteklenmesi açısından önemlidir. Bu açıdan araştırmada hemşirelerin çalıştıkları hastaneye ilişkin sahip oldukları etik iklim algısının ortalamanın üzerinde olmasının,

sağlık bakım hizmetlerine, hasta memnuniyetine ve kurumsal saygınlığa olumlu yansımalarının olacağı ifade edilebilir.

Araştırmada hemşirelerin HEİÖ alt boyutlarından ortalamanın üzerinde ve en yüksek puanı meslektaşlar (17.10±2.43) alt boyutundan aldığı belirlenmiştir. Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde araştırma bulgumuzu destekleyen sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir (10, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 134). Hemşirelerin birlikte çalıştığı meslektaşları ile ilgili etik iklim algısı hasta bakım hizmetinin nitelikli sunumu açısından önemlidir. Bu alt boyutta, hemşirelerin birbirleriyle uyum içinde çalışması, arkadaşlarının yaptığı bakım ve uygulamaların etik açıdan uygun olup olmadığına ve hasta bakımı problemlerinde çözümünde meslektaşlarının bilgilerine güvenip güvenmediklerine ilişkin görüşleri sorgulanmaktadır. Hemşirelerin çalıştıkları hastaneye ilişkin etik iklim algısı; çalışma deneyimi, görev yaptığı pozisyonu ve ekip arkadaşlarından etkilenmektedir (10, 131). Aynı zamanda hemşirelerin meslektaşları ile arasındaki ilişkinin pozitif olması, karşılaşılan etik problemlerin çözümünde ve etik karar verme üzerinde de etkili olmaktadır (124). Hemşirelerin hasta bakım ve tedavisine ilişkin özellikle etik açıdan ikilem yaşadıkları problemlerde meslektaşlarının yaptığı uygulamalardan etkilendiği bilinmektedir (39). Dolayısıyla hemşirelerin çalıştıkları kuruma ilişkin olumlu etik iklim algısına sahip olmasında, meslektaşlarının var olan etik iklimle ilişkin sergilediği tutum ve davranışların etkili olduğu söylenebilir. Araştırmada meslektaşlar etik iklim alt boyutundan diğer alt boyutlara göre daha yüksek puan alınmış olması, hemşirelerin meslektaşları ile dayanışma içinde uygulamalarını yaptığını ve onların mesleki bilgi ve uygulamalarına güvendiğini, çalıştıkları klinikte hastalara ekip işbirliği içinde, karşılıklı saygı temelli ve eleştirel yaklaşımla güvenli hasta bakımı gerçekleştirmek için çaba gösterdiklerini düşündürebilir.

Araştırmada hemşirelerin HEİÖ hastalar alt boyutundan ortalamanın üzerinde (15.33±2.80) puan aldığı belirlenmiştir. Konuya ilişkin yapılan araştırma sonuçları incelendiğinde çalışma bulgumuzu destekleyen sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir (10, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 134). Hemşirelerin hastalar alt boyutuna ilişkin sahip olduğu etik iklim algısı; hastalara sunulan sağlık hizmeti ve hastanın tedaviye ait beklentilerinin karşılanması açısından önemlidir. Hastane etik iklim algısı hastalar

alt boyutunda, hastaların hemşirelik hizmetlerinden beklentileri ve hemşirelerin hasta bakımında yaşadıkları problemlerde çözüme ilişkin bilgiye ulaşma imkânı değerlendirilmiştir. Hastaların, bakım ve tedaviyi ilişkin istekleri ve yapılacak uygulamalar hakkında bilgi edinme hakkı bulunmaktadır (135). Hemşirelerin hastalara ilişkin etik iklim algısının olumlu olması; hasta haklarına, beklentilerine verilecek olan yanıtı ve bu yanıtla ilişkin gerekli bilgiye ulaşma imkanına olan inancını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Araştırmada hemşirelerin HEİÖ hastane alt boyutundan (15.26±6.25) orta düzeyde puan aldığı ve hastane alt boyutuna ilişkin orta düzeyde algıya sahip oldukları belirlenmiştir. Literatürde yer alan çalışma sonuçları incelendiğinde birbirinde farklı sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Bazı çalışma sonuçları araştırma bulgumuzu desteklerken (124, 126), bazı çalışmalarda (10, 122, 127, 134) farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu alt boyutta, hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları problemlerde hastanenin uyguladığı politikalara ve yaklaşımına karşı hemşirenin kuruma ilişkin sahip olduğu etik iklim algısı sorgulanmaktadır. Hemşirelerin görev yaptıkları hastaneye ilişkin etik iklim algısı, hemşirelerin iş motivasyonunu, işe bağlılığını ve kuruma olan güvenini etkilemektedir (10, 12, 13). Hemşirelerin kurumdaki etik iklimi negatif algılamaları; iş aiti verimliliğinin azalmasına dolayısıyla, hasta bakım hizmetlerinde kalitenin düşmesine ve karşılaşılan sorunların artmasına sebep olabilmektedir (17). Bu açıdan değerlendirildiğinde, hastanenin hemşirelerin istedik ve doğru hasta bakımı verebilmesi için, karşılaşılan problemlerde çözüm bulması ve yol gösterici olması gerekmektedir. Böylece hemşireler kendini görev yaptıkları kurumda güvende hissetmekte ve güvenli hasta bakımı verebilmektedir (10, 13). Dolayısıyla, hemşirelerin hastane alt boyutuna ilişkin algılarının olumlu olması, hemşirelerin yaptıkları uygulamalara olan inancını artırırken, hasta bakımına ilişkin problemlerde öğretici ve çözüm odaklı bir rol üstleneceği söylenebilir.

Araştırmada hemşirelerin HEİÖ yöneticiler alt boyutundan (18.75±5.56) ortalamanın üstünde puan aldığı belirlenmiştir. Konuya ilişkin yapılmış çalışmalar incelendiğinde araştırma bulgumuzu destekleyen sonuçlar elde edildiği görülmüştür (10, 122, 123, 126, 127, 128, 134). Hemşirelerin yöneticilerine ilişkin etik iklim algısı, kurum içinde etik iklim algısının oluşturulması ve sürdürülmesi açısından

önem taşımaktadır. Bu alt boyutta, hemşirelerin yöneticilerine karşı olan güven ve saygısı, hasta bakımı konusunda hemşirelerin kararlarına ilişkin desteği ve hasta bakımı konusunda yaşanan ikilemlerin çözümünde gösterdiği yardım sorgulanmaktadır. Yöneticilerin kurumda sergiledikleri tutum ve yaklaşım, çalışanlar ve hedeflenen amaçların gerçekleşmesi için büyük önem taşımaktadır (10). Hemşirelik hizmetlerinin beklenen düzeyde ve profesyonelce yapılabilmesi için, kurumda yöneticiler tarafından etik bir çalışma ortamının sağlanması gerekmektedir (130). Yöneticiler, sahip oldukları yönetici duruşları ile kurumda çalışanlara bir otorite figürü oluşturmaktadır (10, 53). Dolayısıyla, hemşirelerin görev yaptıkları kuruma ilişkin olumlu etik iklim algısının oluşturulmasında, yöneticilerin sergiledikleri tutum ve etik iklim yapısının önemli bir yeri olduğu söylenebilir. Bu araştırmada hemşirelerin yöneticiler alt boyutuna ilişkin ortalamanın üzerinde puan alması hemşirelik hizmetlerinin etik açıdan uygun olarak sunulmasını, verilen hizmetin kalitesinin artmasını ve hemşirelerin etik bir ortamda çalışmasını sağlayacağı ifade edilebilir.

Araştırmada hemşirelerin HEİÖ alt boyutlarından ortalamanın altında ve en düşük puanı doktorlar (15.07 ± 6.02) alt boyutundan aldığı belirlenmiştir. Konuya ilişkin yapılmış çalışma sonuçları incelendiğinde birbirinden farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Bazı çalışma sonuçları araştırma bulgumuzu desteklerken (10, 124, 126, 127, 134) bazı çalışmalarda da farklı sonuçlar (122, 123, 128) elde edilmiştir. Hemşirelerin birlikte çalıştıkları doktorlar ile ilgili etik iklim algısı, hasta bakımı ve tedavisine ilişkin kararlarına ne kadar katılabildiğini ve fikirlerinin hekimler tarafından ne kadar desteklendiğinin belirlenmesi açısından önemlidir. Bu alt boyutta, hemşirelerin hekimlere karşı duyduğu saygı, hasta bakım ve tedavisine ilişkin kararlara katılabilme durumu, hekimlerin hemşirelerin kararlarına ve bilgisine olan saygı ve güveni sorgulanmaktadır. Hemşirelerin hastane etik iklimi doktorlar alt boyutuna ilişkin algılarının ortalamanın altında olması, hemşirelerin ekip içerisinde kendilerini yetkin görmediğini, hemşirelerin hasta bakımına ilişkin fikirlerinin ve kararlarının önemsenmediğini gösterdiği söylenebilir (10). Bu durum, hekimlerin kendilerini hasta hakkında daha yetkili ve bilgili görmeleri, hemşirelerin yaptığı uygulamalara ve tedaviye güvenmeyişleri ile ilişkilendirilebilir. Nitekim sağlık sistemi içerisinde sağlık kurumlarının da hekimlerin daha güçlü pozisyonda olduğu ve

kararlarını daha özerk olarak aldığı görülmektedir (10, 138). Hemşirelerin hasta ile ilgili kararlarda desteklenmemesi ve ekip içerisinde hekimlerin kendini karar verici pozisyonda görmesi, hemşirelerin kuruma karşı olana bağılılığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Düzenli ve etkin hasta bakımı ve tedavisinin yapılabilmesi için, hastane ortamında çalışan bireylerin birbiri ile uyum ve etkileşim içinde olması gerekmektedir. Dolayısıyla, hemşirelerin hekimler tarafından hasta bakımına ilişkin kararlarının desteklenmesi, yapılan tedavi ve uygulamalarda fikirlerinin sorulması, hemşirelerin kendine güveninin artmasına ve kurum içinde kendilerini daha etkin görmesine katkı sağlayacağı söylenebilir.

5.2. Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi düzeyinin (7.14 ± 2.66) ortalamasının üzerinde olduğu belirlenmiştir. Konuya ilişkin literatürde yer alan çalışma sonuçları incelendiğinde, bazı araştırma sonuçları bulgularımız ile benzerlik gösterirken; (27, 29, 93, 94.), bazı çalışmalarda ise farklı sonuçlar (36, 138) elde edildiği görülmektedir. Araştırma bulgumuz ile farklı sonuçlanan çalışmalar incelendiğinde; Suen (36)'nin yapmış olduğu çalışmada bilgi düzeyi puan ortalaması 5.3 ± 0.67 , Suen ve ark. (36)'nın yapmış olduğu çalışmada ise 6.00 ± 1.90 puan ortalaması aldığı ve araştırma sonucumuza göre daha düşük puan olduğu belirlenmiştir. Kor ve ark. (138)'nin hemşirelerin mesai saatlerinde kullandıkları fiziksel kısıtlama bilgi, tutum ve uygulamalarının zamanla değiştiğine yönelik yapılan çalışmada, bilgi düzeyi puan ortalaması 5.46 ± 1.66 ile araştırma sonucumuzdan daha düşük puan aldığı belirlenmiştir. Araştırma bulgumuz ile benzerlik gösteren çalışma sonuçları incelendiğinde; Kaya ve ark. (27)'nin hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada bilgi düzeyi puan ortalamasını 9.75 ± 1.17 olarak belirlemiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla Balcı (93) tarafından yapılan tez çalışmasında, bilgi düzeyi puan ortalaması 7.10 ± 1.70 olarak hesaplanmıştır. Paslı Gürdoğan ve ark. (94)'nin yoğun bakım hemşirelerinde fiziksel tespit kullanımını etkileyen faktörleri araştırmak için yapmış oldukları çalışmada,

bilgi düzeyi puan ortalaması 7.60 ± 1.60 olarak belirtilmiştir. Çelik ve ark. (29)'nın yoğun bakım hemşirelerinde yapmış olduğu çalışmasında bilgi düzeyi puan ortalaması 8.00 ± 1.37 olarak belirlenmiştir. Farklı ölçüm araçları ile yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgisinin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Zencirci (140) tarafından hemşirelerin fiziksel kısıtlama hakkındaki duyguları, bilgilendirilmiş onam alma oranları ve tutumlarını belirlemeye yönelik araştırmada, hemşirelerin %97.6'sının onam almadan fiziksel tespit uyguladığı belirlenmiştir. Karagözoğlu ve Özden (24)'nin üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve uygulamalarını saptamak amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin %50.6'sının fiziksel kısıtlama kullanımından önce alternatif yöntemleri uyguladığı, bunlardan %34.6'sının kimyasal kısıtlamayı alternatif olarak belirttiği, %58.1'inin hemşire gözlem formuna kısıtlama başlangıcını, türünü kaydettiği belirlenmiştir. Hakverdioğlu ve ark.(32)'nin yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin %45.4'ü hastalara fiziksel tespit uygulamasını katater, dren gibi tıbbi cihazları çıkarmasını önlemek amacıyla yaptığını, %46.6'sı el ve ayak bileğini bağlayarak tespit uyguladığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımında bilgi düzeyinin iyi olması, hemşirelerin fiziksel kısıtlamayı ne amaçla kullandığını, kısıtlama takip ve kayıt işlemleri hakkındaki bilgisinin yeterli olduğunu görmek açısından önem taşımaktadır. Hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına ilişkin bilgi düzeyinin ölçüldüğü bu bölümde, tespit uygulamasında onam formunun kullanımı, yapılan uygulamanın gözlem formuna kaydedilmesi, hangi durumlarda tespit edici kullanılacağı gibi sorular sorulmuştur. Karagözoğlu ve Özden (24) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin çoğu, fiziksel kısıtlamayı hastanın yataktan düşmesini engellemek, sağlık personeli tarafından bakım ve tedavinin yapılmasını kolaylaştırmak amacıyla kullandığını belirtmiştir. Fiziksel kısıtlama kullanan bir hemşirenin, kısıtlama uygulamaya karar vermeden önce denenmesi gereken alternatif yöntemleri, kısıtlama uygulaması altındaki hastanın bakımını, fiziksel kısıtlamanın amacına uygun yapılmadığında ve gerekli kontrol yöntemleri uygulanmadığında gelişebilecek komplikasyonları bilmesi gerekmektedir (24-29, 32, 93). Belirtilen komplikasyonlar ve nedenlerden dolayı hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi düzeyi önem taşımaktadır.

Araştırmada hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin tutumlarına ait puan ortalaması 27.14 ± 6.89 olarak belirlenmiş ve hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımında tutumlarının orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Konuya ilişkin çalışma sonuçları incelendiğinde araştırma sonucumuzdan farklı olarak hemşirelerin kısıtlama kullanımına ilişkin daha olumlu tutum sergiledikleri çalışmalar olduğu belirlenmiştir (27, 29, 36, 93, 94, 138). Farklı ölçüm araçları kullanılarak yapılan araştırmalarda da çalışma bulgularımız ile benzerlik gösteren sonuçlara ulaşılmıştır. Karagözoğlu ve Özden (24) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin %86.9'u "fiziksel tespit uygulamasının hastaya açıklanması gerekir" maddesine katıldıklarını, %65.0'ı ise fiziksel kısıtlama öncesinde aile üyelerin bilgi verdiklerini, %78.8'i ise fiziksel kısıtlama uygulama kararını hemşirelerin verdiğini belirtmiştir. Zencirci (140) tarafından 'hemşirelerin fiziksel kısıtlama hakkındaki duyguları, bilgilendirilmiş onam alma durumları ve tutumları' nı belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, hemşirelerin %97.6'sının bilgilendirilmiş onam almadan fiziksel kısıtlama uyguladığını, fiziksel kısıtlama uygulaması sonrasında ise, üzüldüklerini belirtmişlerdir. Hakverdioğlu ve ark. (32)'nin yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin %50'si hastaya kısıtlama uyguladığı için üzüldüğünü, %25'i hastayı bağladığı için kendini suçlu hissettiğini belirtmiştir. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin tutumu; hemşirelerin kısıtlama kullanımında hastaya karşı tutumu, kısıtlama ile ilgili hastanın sahip olduğu haklara olan yaklaşımı ve bunları uygulamaya yansıtma durumu açısından önem taşımaktadır. Fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutum boyutunda hemşirelerin, fiziksel kısıtlama kullanırken sergiledikleri davranışları, empati yapabilme durumlarını ve hastaya karşı olan tutumlarını ölçmek hedeflenmiştir. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla kullandığımız ölçekte; hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygularken hissettikleri duygular, hastanın kısıtlamayı kabul edip etmeme hakkının olması, hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygularken empati yapabilme durumları, hastanın ve ailesinin kısıtlamaya ilişkin hissettikleri, kısıtlama uygulamasının personel eksikliği ile ilişkilendirilebileceğini belirten sorular sorulmuştur. Fiziksel kısıtlama kullanımında hemşirelerin sergiledikleri tutum, yapılan hemşirelik bakımlarının kalitesini ve kısıtlama uygulamasının sonuçlarını etkilediği için önem arz etmektedir (29). Hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygularken olumlu tutuma sahip

olması; hastanın kısıtlama ile ilgili duygularını ve isteklerini anlayabilmeyi, empati yapabilmeyi ve hastanın kısıtlamayı reddetme hakkının olduğunu bilmeyi ifade etmektedir. Fiziksel kısıtlama uygularken olumlu tutuma sahip olan hemşireler, hemşirelik bakımının profesyonel düzeyde verilmesini sağlayarak kısıtlama ile ilişkili oluşabilecek komplikasyonları ve olumsuz sonuçları engellemiş olur (29). Hemşirelerin gösterdiği tutum, kısıtlama altındaki hastanın özgüvenini ve hemşirelik bakımının niteliğini etkilemektedir (94). Sonuç olarak; hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin olumlu tutuma sahip olmaları; fiziksel kısıtlama uygulanan hastanın haklarına ilişkin bilgisini, hemşirelik bakımının süresini ve hastanın özgüvenini etkileyebilmektedir.

Araştırmada hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin uygulamalarına ait puan ortalamaları 30.77 ± 7.77 olarak belirlenmiş ve kısıtlama kullanımının uygun biçimde yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonucu literatürde yer alan diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (27, 29, 36, 93, 94, 138). Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulama düzeylerini belirlemek için bu çalışmada kullanılan ölçekten farklı ölçüm araçları kullanılarak da araştırmalar yapılmıştır. Hakverdioğlu ve ark. (32)'nin yapmış oldukları çalışmada, “fiziksel kısıtlama uygulamasına karar verme yetkisinin kime ait olduğu” sorusuna hemşirelerin, %55.7’si “hem doktor hem hemşireye”, %12.2’si “doktora” aittir yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %87.9’u fiziksel kısıtlama uygulamasının kayıt edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Karagözoğlu ve Özden (24)'nin, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulaması hakkındaki bilgi ve uygulamalarını incelemek amacıyla yapmış oldukları araştırmada, hemşirelerin %50.6’sı kısıtlama uygulamadan önce alternatif yöntem kullandığını, fiziksel kısıtlama kullanımı kararını kimin vermesi gerektiği sorusuna ise, %78.8’i tedaviden sorumlu ekibin, %21.2’si ise sadece hekimin karar vermesi gerekir yanıtını vermişlerdir. Demir (22)'in yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin, %53.5’inin fiziksel kısıtlama uygulamak için hekim istemine gerek duymadıklarını ve %98.4’ünün ise çalıştıkları birimlerde fiziksel kısıtlamayı hekim istemi olmadan uyguladıkları saptanmıştır. Benzer şekilde Akansel (142) de yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %84.1’inin hekim istemi olmadan fiziksel kısıtlama uyguladıkları sonucuna ulaşmıştır. Tel ve ark.(115)'nin yapmış olduğu çalışmada

hemşirelerin %39'u alternatif yöntemleri kullanmadıklarını, %24'ü açıklama yaparak hastayı rahatlattığını ve %22'si hastaya sedatif ilaç uyguladığı cevabını vermişlerdir. Chien (143) tarafından yapılan çalışmada ise, hemşirelerin %65'i hastaya fiziksel kısıtlama uygulamasından önce alternatif yöntemleri kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Choi ve Song (144)'nun yapmış oldukları çalışmada ise hemşirelerin %54'ünün alternatif yöntemleri bilmedikleri ve %45'inin hekim istemi olmaksızın fiziksel kısıtlama uyguladıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanırken; fiziksel kısıtlama uygulamaya karar vermeden önce alternatif yöntemleri denemesi, fiziksel kısıtlamanın hekim istemi uygulandığını bilmesi, kontrol yöntemlerinin ve kayıtlarının yapılması gerekliliğinin farkında olması için hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımında uygulama düzeyine ilişkin bilgisi önemlidir. Fiziksel tespit uygulaması 19. 04. 2011 tarihli Resmi gazetede yayınlanan Hemşirelik yönetmeliğinde, hem doktor hem de hemşire tarafından uygulanabileceği yer almaktadır (100). Ancak, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı (94)'nın belirlediği, hizmette kalite standartlarına göre ise hekim tarafından order edilmesi, kayıt edilmesi ve sonlandırılması gerektiği belirtilmiştir. Hemşireler fiziksel kısıtlama uygulaması konusunda karar veren sağlık personeline ilişkin yönetmelik ve daire başkanlığından farklılıkların olması sebebi ile ikilem yaşamaktadır. Literatür fiziksel kısıtlamanın hekim istemi ile hemşireler tarafından uygulanmasını desteklemektedir (24, 34). Yapılan araştırma sonuçları incelendiğinde ise hemşirelerin, fiziksel kısıtlamayı hekim istemi olmadan uyguladıkları ortaya çıkmıştır (22, 24, 29, 142, 144). Bununla birlikte; Sağlık hizmeti veren kurumlarda fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin belirli prosedür ve rehberin yeterli olmayışı, hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasına karar verme, başlatma ve kayıt tutma konusunda ikilem yaşamalarına sebep olabilmektedir (24, 142). Hemşirelerin fiziksel kısıtlamayı hekim istemi ile uygulaması, uygulamaya yasal olarak dayanak oluşturmasını sağlamaktadır (24). Aynı zamanda hemşirelerin, gözlem formuna yapılan tedavileri ve uygulamaları hemşirelik uygulamaları açısından kayıt etmesi, hastanın tedaviye ne derece yanıt verdiğinin değerlendirilmesinde, tedavi yöntemlerinin değiştirilmesinde, hekimin hastanın genel durumu hakkında bilgi edinmesinde somut bir kanıt oluşturacaktır (32, 90). Araştırma sonucuna göre, hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarının;

hasta yararına olacak şekilde planlandığı, gerekli kayıt işlemlerinin ve komplikasyonların gelişmesine ilişkin kontrol yöntemlerinin yapıldığı ve fiziksel kısıtlamadan önce alternatif yöntemlerin hasta için değerlendirildiği belirlenmiştir. Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarının iyi düzeyde olması, hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasına ilişkin görev ve sorumluluklarının farkında olması, uygulamanın istenen sonuçlar vermesinde ve kaliteli hizmet sağlanmasında önemli bir basamak oluşturacağı söylenebilir.

5.3. Hastane Etik İklimi ile Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamında yapılan analiz sonucuna göre, hemşirelerin HEİÖ hastane, doktorlar ve yöneticiler alt boyutlarının hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeylerini anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Hastane ve doktorlar alt boyutu hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyini pozitif yönde anlamlı düzeyde yordarken, yöneticiler alt boyutu bilgi düzeyini negatif yönde anlamlı düzeyde yordamaktadır. HEİÖ hastalar ve meslektaş alt boyutlarının ise hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyini anlamlı ölçüde yordamadığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin; fiziksel kısıtlamaya ilişkin algıları, fiziksel kısıtlama kullanımına karar verme durumu, kısıtlama kullanımına ilişkin sahip oldukları bilgiler ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir (99). Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımında çevresel faktörlerden etkilenmesi, fiziksel kısıtlamanın önemli ve takip gerektiren bir uygulama olmasından kaynaklanmaktadır (143). Çünkü fiziksel kısıtlama hasta yararına kullanılmadığında; kontraktür, bası yarası, enfeksiyon gibi komplikasyonlara sebep olduğundan, hemşireler kısıtlama kullanımı konusunda ikilem yaşamaktadır (27). Bu sebeple hemşireler, kısıtlama kullanımında karşılaştığı problemlerin çözümünde, görev yaptıkları kurumun bilgi ve uygulamalarına başvurmaktadır (27). Kurumun uygulama hakkında yeterli döküman, rehber gibi başvurabileceği bilgiler sunması, hemşirelerin kısıtlama uygularken kendini güvende hissetmesini ve güvenli hasta bakımı vermesini sağlayabilir (37, 121). Bu açıdan değerlendirildiğinde hemşirelerin çalıştıkları kurumun, kısıtlama hakkında uyguladığı prosedür ve hemşirelerin bilgi düzeyi, yaşanan etik ikilemlerde sunduğu

çözüm önerileri, problemlere olan yaklaşımı hemşireleri fiziksel kısıtlama kullanımı konusunda pozitif yönde etkileyebilir. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasına ilişkin bilgi düzeyini etkileyen bir diğer faktör birlikte çalıştıkları doktorlardır (39). Goethals ve ark. (39) tarafından yapılan araştırmada çalışma bulgularımızın aksine; doktorların hemşireleri fiziksel kısıtlama hakkında negatif yönde etkiledikleri bildirilmiştir. Kontio ve ark. (83) tarafından yapılan araştırmada, hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasına karar verirken yaşadığı etik ikilemler ve alternatif yöntemler incelenmiştir. Araştırma sonucuna göre, hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygularken doktorlardan negatif yönde etkilendiklerini bildirilmiştir. Fiziksel kısıtlama uygulamasına karar verme, başlatma ve sonlandırma yetkisi hekimlere aittir (32). Hemşireler, hekimlerin orderı ile kısıtlama uygulamasını ve takibini yapmaktadır. Hasta ile fazla vakit geçiren ve bakımından sorumlu sağlık profesyonellerinin hemşireler olmasına rağmen, karar verme yetkisi hemşirelere ait değildir (32, 90). Bu bağlamda; hekimlerin fiziksel kısıtlama uygulamasında, hemşirelere karşı olan tutumu ve uygulamaya ilişkin bilgisi, hemşirelerin karar verme ve kısıtlamaya ilişkin bilgisini etkilediği söylenebilir. Araştırma sonucumuza göre, hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgisi hastane etik iklim ölçeğinin yöneticiler alt boyutundan negatif yönde etkilenmiştir. Goethals ve ark. (39) tarafından yapılan araştırmada, yöneticilerin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve uygulamalarını etkilediği bildirilmiştir. Çalışma sonucuna göre, yöneticilerin hemşirelere karşı olan yaklaşımı ve tutumu, hemşirelerin kendilerini uygulama hakkında yetersiz ve zayıf hissetmelerine de sebep olduğu belirtilmiştir (39). Kontio (83)'ya göre hemşireler fiziksel kısıtlama kullanımına karar verirken etik ikilem yaşamakta ve bu süreçte yönetici hemşirelerin, sorumlu kişilerin bilgisine ihtiyaç duymaktadır. Karşılaşılan etik sorunlarda yöneticilerin soruna ilişkin yaklaşımları, hemşireye ve yapılan uygulamaya olan inancı, etik sorunların çözümünde önemli bir unsurdur (10). Hemşireler, kendilerini böyle bir ortamda güvende hissederek iş motivasyonu yüksek bir şekilde çalışmaktadırlar (128). Etik açıdan kurumun ve yöneticilerin sergiledikleri yaklaşımlar hemşirelerin kısıtlamaya ilişkin algılarını etkilemektedir (83). Bu bağlamda; hemşirelerin birlikte çalıştıkları yönetici ve sorumlu hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algıları, hemşirelerin kısıtlama kullanımında bilgi düzeyi etkilediği söylenebilir.

Araştırma sonucuna göre, hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumlarını pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordayan HEİÖ hastane ve doktorlar alt boyutu olmuştur. Meslektaş, hastalar ve yöneticiler alt boyutlarının hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumlarını anlamlı düzeyde yordamadığı görülmüştür. Görev yaptıkları kuruma ilişkin hemşirelerin olumlu etik iklim algısına sahip olması, bakım ve tedavinin istendik düzeyde verilmesini, yapılan uygulamaların doğru ve etkin olmasını sağlamaktadır (10, 12, 13). Hemşirelerin, hastanedeki etik iklime ilişkin pozitif algıları, tedavi ve uygulamalar sırasındaki hastaya olan davranışlarını ve tutumlarını etkilemektedir (10, 131). Fiziksel kısıtlama gibi hasta açısından kullanılmak istenmeyen riskli uygulamalarda, hemşirelerin hastaya karşı sergilediği tutum, kısıtlama uygulamasının doğru ve istendik sonuçlar vermesine de katkı sağlamaktadır (29, 32). Çünkü fiziksel kısıtlama, hasta otonomisini sınırlayan ve ciddi komplikasyonlara sebep olan bir uygulama olduğu için hasta ve hasta yakını tarafından izin verilen bir uygulama değildir (146). Bayrak Kahraman ve ark.(146)'nın fiziksel kısıtlamaya ilişkin hasta yakınlarının görüşlerini araştırdığı çalışmada, hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygularken %90,2'nin hasta yakınlarından onam almadığı belirlenmiştir. Bu sebeple fiziksel kısıtlama uygulanmasına karar verildiğinde, hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilmeli, yazılı onam alınmalı, endişe ettikleri ve merak ettikleri sorulara cevap verilerek olumlu tutum sergilemelidir (29, 32, 94). Araştırma bulgumuzun aksine; Karagözoğlu ve Özden(10)'nin yoğun bakım hemşirelerinin hastane etik iklim algısını araştırmak amacıyla yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin, doktorlar alt boyutuna ilişkin algılarının diğer alt boyutlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Doktorların, hasta ile ilgili tedavi kararları ve bakımı ile ilgili hemşirelerin bilgi ve fikirlerinin daha az desteklendiği belirtilmiştir (10). Hemşirelerin karar verme sürecinde, fiziksel kısıtlamanın doktor tarafından order edilmesi, uygulanmaya başka bir hemşire tarafından başlanmış olması gibi durumlardan etkilendiği bilinmektedir (39). Kısıtlamaya karar veren kişinin doktor olması, uygulayan sağlık personelinin hemşire olması sebebiyle, hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumlarının pozitif yönde etkilenmesi beklenebilir. Çünkü hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasına karar verme sürecinde yaşadığı ikilemlerin böylece en aza inebileceği düşünülebilir. Sonuç olarak; hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin

tutumlarının, görev yaptıkları kurum ve birlikte çalıştıkları hekimlerin yaklaşımlarından etkilendiği, kurumda pozitif etik iklim algısının oluşturulmasının ekip işbirliği ile sağlanacağı bu sebeple çatışma ortamından uzak bir çalışma ortamının yapılacak hasta bakım ve tedavilerinin kalitesini artırmada önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir.

Araştırma sonucuna göre, hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarını pozitif yönde anlamlı düzeyde yordayan HEİÖ hastane alt boyutu olmuştur. Yapılan analiz sonucuna göre, hastane alt boyutu fiziksel kısıtlama uygulamasının bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini ortak olarak etkileyen alt boyut olmuştur. Çalıştıkları kuruma ilişkin etik iklim algısı, sağlık profesyonellerini, özellikle hemşirelerin yaptıkları uygulamaları, iş performansını, kuruma olan bağlılığını etkilemektedir (10, 11, 15). Hastane etik iklim algısı hemşirelerin yaptıkları uygulamalar arasında özellikle hastayı korumak ve hasta yararına işlem yapmak gibi etik açıdan ikilem yaşadığı konularda, hemşireye çözüm bulucu ve öğretici bir yaklaşım sağlamaktadır (20, 21). Fiziksel kısıtlama, hastayı sakinleştirmek, kendisine ve çevresine zarar vermesini engellemek amacıyla kullanılmalıdır (24, 141). Goethals ve ark. (39) tarafından yapılan araştırmada, hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya karar verirken; önceki deneyimlerinden, başka hemşire tarafından başlatılmış olmasından, hemşirelerin bakış açısından etkilendiği belirtilmiştir. Ludwick ve ark. (147) tarafından yapılan araştırmada, hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya karar verme sürecini; hastanın davranışları, doktor ve yönetimin desteğinin eksikliği ve kliniğin yaklaşımının etkilediği belirlenmiştir. Goethals ve ark. (37) tarafından hemşirelerin akut hasta bakımında fiziksel kısıtlama kullanımının ahlaki gerekçelerini incelemek amacıyla yapmış olduğu araştırmada, hemşirelerin kısıtlamayı zor bir süreç, ikilem olarak gördüğünü ve hemşirelerin bilgi ve tecrübelerinin kısıtlama kullanımında etkili olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda; fiziksel kısıtlama uygulamasına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaların geliştirilmesi, gerekli kısıtlama kullanımının sağlanması ve hemşirelerin kısıtlama kullanımında karşılaştıkları problemlerin etik açıdan uygun şekilde çözümlenmesinde, hastane etik iklim algısının önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algılarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Çalışmaya katılan hemşirelerin %70.5'i kadın, yaş ortalaması 28.41 ± 11.8 , %54.5'i lisans mezunu, %29.5'nin 6-10 yıl arasında çalışmaktadır. Hemşirelerin %38.5'nin yoğun bakım ünitelerinde çalıştığı belirlenmiştir.
- Hemşirelerin çalıştıkları hastaneye ilişkin etik iklim algısının ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ)'de yer alan dört alt boyut içerisinde ortalamanın üzerinde puanı yöneticiler (18.75 ± 5.56) alt boyutundan aldığı, ortalamanın altında puanı ise doktorlar (15.07 ± 6.02) alt boyutundan aldığı sonuçları elde edilmiştir. Hemşirelerin ikinci olarak en düşük ortalama puanı hastane (15.26 ± 6.25) alt boyutundan aldığı belirlenmiştir.
- Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ait bilgi düzeyi puan ortalaması 7.14 ± 2.66 , tutumlarına ilişkin puan ortalaması 27.14 ± 6.89 ve uygulamalarına ilişkin puan ortalaması 30.77 ± 7.77 olarak belirlenmiştir.
- Hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algılarını yordayıp yordamadığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizine göre; , meslektaş, hastalar, yöneticiler, hastane ve doktorlar faktörleri birlikte hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyleriyle orta düzeyde ve anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizinin anlamlılığına ilişkin t test sonuçları incelendiğinde ise yöneticiler, hastane ve doktorlar alt boyutlarının fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyi üzerinde önemli bir açıklayıcı olduğu görülmektedir. Meslektaş, hastalar, yöneticiler, hastane ve doktorlar faktörleri birlikte hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumları ile anlamlı şekilde ilişkide olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizinin anlamlılığına ilişkin t test sonuçları incelendiğinde ise, hastane ve doktorlar alt boyutlarının hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin

tutumlarını anlamlı olarak yordadığı, ancak meslektaş, hastalar ve yöneticiler alt boyutlarının ise anlamlı düzeyde yordamadığı görülmektedir. Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarının hastane etik iklimi alt boyutları tarafından yordanmasına dair yapılan regresyon analizi göre; meslektaş, hastalar, yönetici, hastane ve doktorlar birlikte hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamaları ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizinin anlamlılığına ilişkin t test sonuçları incelendiğinde ise, sadece hastane alt boyutunun hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarını anlamlı olarak yordadığı, ancak meslektaş, hastalar, yönetici ve doktorlar alt boyutlarının ise yordamadığı görülmektedir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda,

1. Hemşirelerin çalıştıkları kuruma ilişkin etik iklim algısı düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre,
 - Hemşirelerin çalıştıkları kuruma ilişkin etik iklim algısını belirleyen çalışmaların yapılması,
 - Hemşirelerin kurum içindeki etik iklim algısını etkileyecek pozitif etik davranışların desteklenmesi,
 - Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin karşılaştıkları problemlerin çözümünde kurumun ve yöneticilerin var olan etik iklim algısına uygun çözüm sunması ve ortak bir anlayışın geliştirilmesi,
 - Hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunların çözümünde kurumda var olan etik iklim algısının ön plana çıkarılması,
 - Hastane etik iklim algısının sağlık hizmetlerinin bakım ve kalitesine olan etkisinin hemşireler açısından farkındalıklarının artırılması,
 - Hastane etik iklim algısının hemşirelik bakım ve uygulamaları üzerine olan etkisinin incelenmesi,
 - Hemşirelerin çalıştıkları kuruma ilişkin etik iklim algısını etkileyen faktörlerin, kurum ve çalışanlar tarafından belirlenerek gerekli ortamın sağlanması,

2. Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyinin ve uygulamalarının ortalamasının üzerinde, tutumlarının ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre,

- Hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin eksiklerinin giderilmesi amacıyla belirli aralıklarla hizmet-içi eğitimlerin planlanması,
- Sağlık Bakanlığı'nın kalite standartları kapsamında hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasını standardize etmek için, kurumlarda rehber ve prosedürlerin hazırlanması,
- Hemşirelere fiziksel kısıtlama uygulaması hakkındaki yasal sorumlulukları hakkında bilgilendirme yapılması,
- Fiziksel kısıtlama kullanımının azaltılmasına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi ve alternatif yöntemler hakkında bilgilendirme yapılması,
- Fiziksel kısıtlama konusunda yeni ve örnek çalışmaların yapılması önerilmektedir.

3. Hemşirelerin çalıştıkları kuruma ilişkin hastane etik iklimi ile hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algıları arasında; fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyini HEİÖ hastane ve doktorlar alt boyutunun pozitif yönde, yöneticiler alt boyutunun negatif yönde anlamlı olarak yordadığı, hastalar ve meslektaşlar alt boyutunun ise anlamlı düzeyde yordamadığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre,

- Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin karşılaştıkları problemlerde kurum tarafından bilgi düzeyini artıran eğitimlerin verilmesi,
- Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi düzeyine, doktorların güvenmesi ve hemşirelerin bilgisini destekleyici girişimlerde bulunulması,
- Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin karşılaştıkları problemlerde yöneticilerin yol gösterici ve çözüm bulan davranış sergileyerek, kısıtlamaya ilişkin bilgilerinin paylaşılması,

4. Hemşirelerin çalıştıkları kuruma ilişkin hastane etik iklimi ile fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumlarını HEİÖ hastane ve doktorlar alt boyutunun pozitif yönde anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre,
- Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumlarının kurum ve doktorlar tarafından desteklenmesi,
 - Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumlarının, etik açıdan ikilem yaşadıkları hastalarda kurum tarafından uygun yaklaşımın sağlanması,
 - Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin tutumlarının, kısıtlama kullanımında doktorların hemşirelere güvenerek desteklenmesi,
5. Hemşirelerin çalıştıkları kuruma ilişkin hastane etik iklimi ile fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarını HEİÖ hastane alt boyutunun pozitif yönde anlamlı düzeyde belirlenmiştir. Bu sonuca göre,
- Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarının, kurum tarafından desteklenmesi, yeni uygulamaların kurum tarafından takip edilmesi ve gerekli eğitimlerin verilmesi,
 - Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin uygulamalarında, karşılaştıkları problemlerde kurumun etik açıdan doğru uygulamanın belirlenmesi ve uygulanmasının sağlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Cerit B.** Hemşirelerin Profesyonellik Davranışları ile Etik Karar Verebilme Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Doktora Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, **2010**: 144s.
2. **Köktürk B.** Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2013**:102s.
3. **Orhan, F.** Sağlık Hizmetlerinde Etik Boyut: Hastanelerde Çalışan Personelin Etiksel Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **2007**: 169s.
4. **Öztürk H.** Yönetici Hemşirelerin Etik Davranışları ve Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, **2010**: 214s.
5. **Volker, D.L.** Is There a Unique Nursing Ethic? *Nursing Science Quarterly*, **2012**; 16(3): 205-211.
6. **Türk Dil Kurumu.** Türkçe Sözlük. 1. Baskı, Ankara; Türk Tarih Kurumu Basımevi, **1983**: 505/1.
7. **Aslan, Ö, Vural H, Avcı P.** Ameliyathane Hemşirelerinin Etik Sorunlara Yönelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2003**; 45 (2): 147-152.
8. **Gül H.** Etik Dışı Davranışlar Ve Ulusallaştırılması: Devlet Hastanelerinde Bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi Karaman İİBF Dergisi*, **2006**; 10 (9): 65-79.
9. **Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A.** Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics*, **2008**; 15 (3): 304-321.
10. **Karagözoğlu Ş, Özden D, Yıldırım G.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastane Etik İklim Algısı. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2014**; 16(1):34-35.
11. **Ulrich C, O'Donnell P, Taylor C, Farrar A, Danise M, Grady C.** Ethical Climate, Ethics Stress and the Job Satisfaction of Nurses and Social Workers in the United States. *Social Science & Medicine*, **2007**; 65: 1708-1719.
12. **Ruggerio J.** The Bridge Between and Ethical Climate and Job Satisfaction. *Journal of US-China Public Administration*, **2011**; 8(5): 571- 576.
13. **Huang CC, You CS, Tsai MT.** A Multidimensional Analysis of Ethical Climate, Job Satisfaction, Organizational Commitment and Organizational Citizenship Behaviors. *Nurse Ethics*, **2012**; 19(4): 513-529.
14. **Victor B, Cullen JB.** The Organizational Bases of Ethical Work Climate. *Admin Sci Q*, **1988**; 33: 101-25.
15. **Bahçecik N, Öztürk H.** The Hospital Ethical Climate Survey in Turkey. *Jonas Health Law, Ethics Regul*, **2005**; 37(2): 173-177.

16. **Martin KD, Cullen JB.** Continuities and Extensions of Ethical Climate Theory: A Meta-Analytic Review. *J Bus Ethics*, **2006**; 69: 175-194
17. **Hamric BL, Blackhall LJ.** Nurse-physician Perspectives on The Care of Dying Patients in Intensive Care Units: Collaboration, Moral Distress and Ethical Climate. *Critical Care Medicine*, **2007**; 35(2):422-29.
18. **Tsai MT, Huang CC.** The Relationship Among Ethical Climate Types, Facets of Job Satisfaction, and The Three Components of Organizational Commitment: A Study of Nurses in Taiwan. *J Bus Ethics*, **2008**; 80: 565-581.
19. **Gül H.** Etik Dışı Davranışlar ve Ussallaştırılması: Devlet Hastanelerinde bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi Karaman İBFF Dergisi*, **2006**; 10(9): 65-79.
20. **Li X, Fawcett TN.** Clinical Decision Making On The Use of Physical Restraint in Intensive Care Units. *International J Nurse Sci*, **2014**; 28: 85-90
21. **Potter PA, Perry AG.** Fundamentals of Nursing. 6th Ed., United States of America: St Louis: Mosby Year Book, **2005**.
22. **Demir A.** Nurses' Use of Physical Restraints in Four Turkish Hospital. *Journal Nurse Scholarship*, **2007**; 39(1):38-45.
23. **Demir A.** The Use of Physical Restraints on Children: practices and Attitudes of Pediatric Nurses In Turkey. *Internal Journal Human Sci*, **2007**; 4(2): 1-10.
24. **Karagözoğlu Ş, Özden D.** Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2013**; 1: 11-21.
25. **Eşer İ, Hakverdioğlu G.** Fiziksel Tespit Uygulamaya Karar Verme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 10(1): 37-42.
26. **Atay S, Güvenlik, Bektaş H.** Taylor Klinik Hemşirelik Becerileri. Ankara: Nobel Kitapevi, **2015**: 94-122.
27. **Kaya H, Aştı T, Acaroğlu R, Erol S, Savcı C.** Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamaları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2008**; 1(2):21-29.
28. **Huang HT, Chuang YH, Chiang KF.** Nurses' Physical Restraint Knowledge, Attitudes and Practices: The Effectiveness of An In-Service Education Program. *J Nurse Restraint*, **2009**; 17(4): 241-248.
29. **Çelik S, Kavrazlı S, Demircan E, Güven N, ve ark.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**; 3(3):176-183.
30. **Cheung PP, Yam BM.** Patient Autonomy in Physical Restraint. *Journal Clinical Nurse*, **2005**; 14: 34-40.
31. **Minnick AF, Mion LC, Johnson ME, Catrambone C, Leipzig R.** Prevalence and Variation of Physical Restraint Use in Acute Care Settings in the US. *Journal Nurse Scholarship*, **2007**;39(1): 30-37.

32. **Hakverdioğlu G, Demir A, Ulusoy F.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **2006**; 26: 634- 641.
33. **Faber- Langendoen K, Lancken PN.** Dying Patients in The Intensive Care Unit: For Going Treatment, Maintaining Care. *Ann Intern Med*, **2000**; 133(11): 886-892.
34. **Mobley MS, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS.** The Relationship Between Moral Distress and Perceptions of Futility in The Critical Care Unit. *Intensive Crit Care Nurs*, **2007**;23: 256-263.
35. **Hakverdioğlu G, Akın Korhan E, Dizer B, Gümüş F, Koyuncu R.** Examination of Ethical Dilemmas Experienced by Adult Intensive Care Unit Nurses in Physical Restraint Practices. *Holistik Nursing Practice*, **2014**; 85-89.
36. **Suen LKP.** Knowledge, Attitude and Practice of Nursing Home Staff Towards Physical REstraints in Hong Kong Nursing Homes. *Asian J Nursing Studies*, **1999**; 5: 73-86.
37. **Goethals S, Casterle BD, Gastmans C.** Nurses' Ethical Reasoning in Cases of Physical Restraint in Acute Elderly Care: a Qualitative Study. *Med Health Care and Philos*, **2013**; 16: 983- 991.
38. **Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü.** Hukuk ve Mevzuat Dairesi Başkanlığı. Ankara, **2013**.
39. **Goethals S, Dierckx de Casterle B, Gastmans C.** Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *Journal of Advanced Nursing*, **2011**;1198- 1208.
40. **Cherie A, Mekonen AH, Shimelse T.** Ethiopia: The Ethiopia Public Health Training Initiative. Introduction to Professional Nursing And Ethic. Etiyopya: The Carter Center, **2005**: 50-55.
41. **Acaroğlu R, Şendir M.** "Bakımda Etik", II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya, **2003**: 7-11.
42. **Ege E, Pasinlioğlu T.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Etik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2000**; 3(1): 44-50.
43. **Terakye G, Ocağcı A.F.** Etik Konulardan Seçmeler. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, **2013**.
44. **Elçiğil A, Bahar Z, Beşer A, Mızrak B, Bahçelioğlu D. ve ark.** Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik İkiilemlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2011**; 14(2): 52-60.
45. **Tosun H.** Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkiilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. Doktora Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2005**: 178s.
46. **Karaöz S.** Cerrahi Hemşireliği ve Etik. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Dergisi*, **2000**; 4(1):1-9.
47. **Mahmutoğlu A.** Etik ve Ahlak; Benzerlikler, Farklılıklar ve İlişkiler. *Türk İdare Dergisi*, **2009**; 81(463): 225-249.

48. **Erhan Şentürk, S.** Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2013**.
49. **Pehlivan, İ.** Yönetmelik Mesleki ve Örgütsel Etik. 1 Baskı, Ankara: Pegem A Yayıncılık, **1998**.
50. **Sancak, N.** Tedaviye Son Vermenin Etik Boyutu. Yüksek Lisans Tezi, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, **2011**: 108s.
51. **Köktürk B.** Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2013**:102s.
52. **Alpar ŞE.** Etik İlkeler. Bahçecik N, Karabacak Ü. Çağdaş Hemşirelik Etik. 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, **2013**: 52-78.
53. **Erdoğan Duran B.** Yönetim, Hemşirelik Hizmetleri ve Etik. Yüksek Lisans Tezi, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, **2015**: 77s.
54. **Bursahioğlu Z.** Okul Yönetiminde Yeni Yapı ve Davranış. 19. Baskı, Ankara: Pegem Yayıncılık, **2015**.
55. **Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N.** Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, **2002**; 9: 465-73.
56. **Sonakın C.** Hemşirelerin İş Doyumları ile Çalıştıkları Kurumların Etik İklimi Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2010**: 135s.
57. **Peterson DK.** The relationship between unethical behavior and the dimensions of the ethical climate questionnaire. *Journal of Business Ethics*, **2002**; 313-326.
58. **Schaffer M.A., Cameron M.E., Tatley E.B.** The Value, Be, Do Ethical Decision-Making Model: Balancing Students' Needs in School Nursing. *The Journal of School Nursing*, **2000**; 16(5): 44-49.
59. **Crisham P.** Measuring Moral Judgement in Nursing Dilemmas. *Nursing Research*, **1981**; 30(2): 104-110.
60. **Eşer İ, Hakverdioğlu G.** Fiziksel Tespit Uygulamaya Karar Verme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2010**; 10(1): 37-42.
61. **Alpar ŞE.** Etik İlkeler. Bahçecik N, Karabacak Ü. Çağdaş Hemşirelik Etik. 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, **2013**: 52-78.
62. **Pekcan HS.** Yalova İli ve Çevresinde Görev Yapan Hekimlerin ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları. Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2007**: 86s.
63. **Shahriari M, Mohammadi E, Bahrami M, Fooladi M.M.** Perceived Ethical Values by Iranian Nurses. *Nursing Ethics*, **2011**; 19(1): 1-15.
64. **Akıncı A, Pınar R.** Hemşirelerin Etik Kodlara Uyuma Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, **2011**; 13(1): 5-12.

65. Ersoy N, Göz F. The Etcihal Sensitivity of Nurses in Turkey. *Nursing Ethics*, **2011**; 8(4): 299-314.
66. Demircioğlu İ.H., Tokdemir M.A. Değerlerin Oluşturulma Sürecinde Tarih Eğitimi: Amaç, İşlev ve İçerik. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **2008**; 6(15): 59-88.
67. Pehlivan Aydın İ. *Yönetmel, Mesleki ve Örgütsel Etik*. 7. Baskı, Ankara: Pegem Yayıncılık, **1998**; 76s.
68. Fry S.T., Veatch R.M., Taylor C. *Case Studies in Nursing Ethics*. 4th Ed., United Kingdom: Jones & Bartlett Learning, **2010**.
69. Bahçecik N. Etik Teori. Alpar Ş. E., Bahçecik N, Karabacak Ü. Çağdaş Hemşirelikte Etik. 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, **2013**: 24-49.
70. Charles H, Schwepker JR. Ethical Climate's Relationship of Job Satisfaction, Organizational Commitment and Turnover İntention in the Salesforce. *J Bus Res*, **2001**; 54: 39-52.
71. Silen M, Kjellstrom S, Christensson L, Sidenvall B, Svantesson M. What Action Promote a Positive Ethical Climate? A Critical İncident Study of Nurses' Perceptions. *Nurse Ethics*, **2012**; 19(4): 501- 512.
72. Bayram Ş, Dünder T. Sağlık Sektöründe Etik İklim ve Yıldırma Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, **2011**; 66(1): 129-159.
73. Upchurch RS, Ruhland SK. The organizational bases of ethical work climates in lodging operations as perceived by general managers. *Journal of Business Ethics*, **1996**; 15: 1083-1093.
74. Goldman A, Tabak N. Perception of Ethical Climate and İts Relationship to Nurses Demographic Characteristics and Job Satisfaction. *Nurse Ethics*, **2010**; 17(2): 233-246.
75. Cullen JB, Parboteeah KP, Victor B. The Effects of Ethical Climates on Organizational Commitment: A Two Study Analysis. *J Bus Ethics*, **2003**; 46(2): 127-141.
76. Schminke M, Ambrose ML, Neubaum DO. The effect of leader moral development on ethical climate and employee attitudes. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. **2005**; 97: 135-151.
77. Ganz FD et al. Moral distress and Structural Emporwerment Among a National Sample of Israeli İntensive Care Nurses. *J Adv Nurs*, **2013**; 69(2): 415-424.
78. Jaramillo, F., Mulki, J. P., Solomon, P. The role of ethical climate on salesperson's role stres, job attitudes, turnover intention and job performance. *Journal of Personel Selling & Sales Management*, **2006**; 26: 271-282.
79. Tsai TM, Huang CC. The Relationship among ethical climate types, facets of satisfaction, and the three components of organizational commitment: A study of nurses in taiwan. *Journal of Business Ethics*, **2008**; 80: 565-581.
80. Huerta S.R. Mission and Hospital Ethical Climate as Perceived By Nurses., Doctoral Dissertation, *Loyola University*, Chicago, **2008**.

81. **Güney Kızıl E, Beyece İncazlı S, Erken S, Güntürkün F, Özkan B.** Hemşirelerin Görevlerini Bilme, Benimseme ve Yerine Getirme Durumları: İzmir Örneği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2015**; 12(3): 215-223.
82. **Gönç T.** Türkiye’de Hemşirelik Mesleğinin Profesyonelleşmesi Sürecinde Gelişmeler ve Zorluklar: Sosyolojik bir Değerlendirme. *İş. Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, **2015**; 17(1): 113-146.
83. **Kontio R, Valimaki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffe G.** Patient Restrictions: Are There Ethical Alternatives to Seclusion and Restraint?. *Nursing Ethics*, **2010**; 17(1): 65-76.
84. **Evans D, Wood J, Lambert L.** Patient Injury and Physical Restraint Devices: A Systematic Review. *J Adv Nurs*, **2003**; 41: 274-82.
85. **Bower FL, McCullough CS.** Restraints Use in Acute Care Settings: Can It Be Reduced? *J Nurs Adm*, **2000**; 30: 592-8.
86. **Tel H, Beyaztaş Y.F, Aslan D.B.** Sağlık Personelinin Hastaya Fiziksel Tespit Uygulaması ile İlgili Görüş ve Yaklaşımlarının İncelenmesi, II. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi, **2001**: 323-336.
87. **Rogers PD, Bocchino NL.** Restraint-free care: is it possible? *Am J Nurs*, **1999**; 26-34.
88. **Bray K, Hill K, Robson W.** British association of critical care nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nurs Crit Care*, **2004**; 9: 199-212.
89. **Hine K.** The use of physical restraint in critical care. British Association of Critical Care Nurses, *Nursing in Critical Care*, **2007**; 12: 6-11.
90. **Tel H.** Hasta güvenliğinin sağlanmasında fiziksel tespit uygulaması ve hemşirelik yaklaşımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2002**; 6: 16-74.
91. **Bartlova S, Hajduchova H, Prajsova J.** Nurses opinions regarding patient safety in connection with the use of restraints in patients in czech hospitals. **2015**; 17, e73-e79.
92. **Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı.** *Hastane Hizmet Kalite Standartları*, Ankara, **2011**: Pozitif Matbaa: 104s.
93. **Balcı H.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamaları., Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2016**: 61s.
94. **Pash Gürdoğan E, Uğur E, Kınıcı E, Aksoy B.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. *Yoğun Bakım Dergisi*, **2016**; 7: 83-8.
95. **Bulut S, Türk G, Şahbaz M.** Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2013**; 16: 163-9.
96. **Huang HT, Chuang YH, Chiang KF.** Nurses’ Physical Restraint Knowledge, Attitudes and Practices: the Effectiveness of An In- Service Education Program. *J Nurse Res*, **2009**; 17: 241-8.

- 97. Freeman S, Hallett C, McHugh G.** Physical Restraint: Experiences, Attitudes and Opinions of Adult Intensive Care Unit Nurses. *British Association of Critical Care Nurses*, **2015**; 21(2): 78-86.
- 98. Balcı H.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamaları., Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2016**: 61s.
- 99. Chang YY, Yu HH, Loh EW, Chang LY.** The Efficacy of In-Service Education Program Designed to Enhance The Effectiveness of Physical Restraints. *The Journal of Nursing Research*, **2016**; 24(1): 79-85.
- 100. Ucun Y, Gürhan N, Kaya B.** Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin ve Hekimlerin Hasta Kısıtlama Yöntemleri ile İlgili Görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, **2015**; 17(2): 10-20.
- 101. Kandeel NA, Attia AK.** Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nursing and Health Sciences*, **2013**; 15: 79-85.
- 102. Li X, Fawcett TN.** Clinical Decision Making On The Use Of Physical Restraint İn İntensive Care Units. *International Journal Of Nursing Sciences*, **2014**; 1: 446-50.
- 103. Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G.** Use Of Physical Restraints İn Acute Hospitals İn Germany: A Multi-Centre Cross-Sectional Study. *Int J Nurs Stud*, **2013**; 50: 1599-606.
- 104. Uzun U, Sancak B, Özer Ü, Özen Ş.** Tespit Uygulamalarını Etkileyen Değişkenler: Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Örneği. Yeni Symposium, **2015**; 53(4): 16-20.
- 105. Huizing AR, Hamers JPH, Gulpers MJM, Berger MPF.** Short-termeffect of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatr*, **2006**; 6: 1-10.
- 106. Kong EH, Evans LK.** Nursing Staff Views of Barriers to Physical Restraint Reduction in Nursing Homes. *Asian Nursing Research*, **2012**; 6: 173-80.
- 107. Winston PA, Morelli P; Bramble J, Friday A, Sanders JB.** Improving Patient Care Through Implementation of Nurse-Driven Restraint Protocols. *J of Nursing Care Qua*, **1999**; 13(6): 32-46.
- 108. Hakverdioğlu G.** Hemşirelerin Hastalarda Fiziksel Tespit Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi., Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2002**: 120s.
- 109. Dibartolo V.** Nine Steps of Effective Restraint Use. *Registered Nurse*, **1998**; 61(12): 23-24.
- 110. Turgay AS, Sarı D, Genç RE.** Physical Restraint Use İn Turkish Intensive Care Units. *Clin Nurse Spec*, **2009**; 23, 68-72.
- 111. Erkal İlhan S.** Hasta Bakımında Fiziki Çevre Güvenliği ve Riskler. Sabuncu N, Akça Ay F. Klinik Beceriler. 2. Baskı, Ankara: Nobel Kitabevi, **2009**; 394-98.
- 112. Kısa S. Güvenlik. Atabek Aştı T, Karadağ A.** Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. Adana: Nobel Kitabevi, **2011**; 68-99.

- 113. Li X, Fawcett TN.** Clinical Decision Making On The Use Of Physical Restraint In Intensive Care Units. *International Journal Of Nursing Sciences*, **2014**; 1: 446-50.
- 114. Ralph M, Gabriele M.** Attitudes Of Nurses Towards The Use Of Physical Restraints In Geriatric Care: A Systematic Review Of Qualitative And Quantitative Studies. *International Journal of Nursing Studies*, **2014**; 51: 274-88.
- 115. Hine K.** The Use Of Physical Restraint In Critical Care. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, **2007**; 12: 6-11.
- 116. Hofso K, Coyer FM.** Chemical And Physical Restraints In The Management Of Mechanically Ventilated Patients In The ICU: A Patient Perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, **2007**; 23: 316-22.
- 117. Staten PA.** Restraint, Seclusion Standards Raise Questions. *Nursing Management*, **2001**; 32(7): 17.
- 118. Miles SH, Irvine P.** Deaths Caused by Physical Restraint. *Gerontologist*, **1992**; 32: 762-6
- 119. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N.** Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, **2002**; 9: 465-73.
- 120. Lee DT, Chan MC, Tam EP, Yeung WS.** Use of Physical Restraint on Elderly Patients: An Exploratory Study of The Perceptions of Nurses in Hong Kong. *J Adv Nurs*, **1999**; 29: 153-9.
- 121. Özden D, Gürol Arslan G, Ertuğrul B.** The Effect Of Nurses' Ethical Leadership And Ethical Climate Perceptions On Job Satisfaction. *Nursing Ethics*, **2017**; 1-15.
- 122. Cerit B, Özveren H.** Effect Of Hospital Ethical Climate On The Nurses' Moral Sensitivity. *The European Research Journal*, **2018**; 1-9.
- 123. Sauerland J, Marotta K, Anne Peinemann M, Berndt A, Robichaux C.** Assessing and Addressing Moral Distress and Ethical Climate. *Dimension of Critical Care Nursing*, **2014**; 33 (4): 234-245.
- 124. Lemmenes D, Valentina P, Gwizdalski P, Vincent C, Liao C.** Nurses' Perception Of Ethical Climate At A Large Academic Medical Center. *Nursing Ethics*, **2018**; 25 (6): 724-733.
- 125. Wolcott Altaker K, Howie-Esquivel J, K. Cataldo J.** Relationships Among Palliative Care, Ethical Climate, Empowerment, And Moral Distress In Intensive Care Unit Nurses. *American Journal Of Critical Care*, **2018**; 27(4): 295-302.
- 126. Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, Yazdani-Charati J.** Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nursing Ethics*, **2017**; 1-11.
- 127. Asghar Ghorbani A, Hesamzadeh A, Khademloo M, Khalili S, Hesamzadeh S, Berger V.** Public and Private Hospital Nurses' Perceptions of the Ethical Climate in Their Work Settings. *Nurs Midwifery Study*, **2014**; 3(1): 1-6.
- 128. Jang Y, Oh Y.** Impact Of Ethical Factors On Job Satisfaction Among Korean Nurses. *Nursing Ethics*, **2017**; 1-13.
- 129. Cotter VT.** Restraint free care in older adults with dementia. *Keio J Med*, **2005**; 54: 80-4.

- 130.Khorshid L.** Hemşirelikte Etik Çalışma Ortamı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2017**; 33 (3): 126- 137.
- 131.Hwang J, Park H.** Nurses' Perception of Ethical Climate, Medical Error Experience and Intent to Leave. *Nursing Ethics*, **2014**; 21(1): 28-42.
- 132.Burtson PL, Stichler JF.** Nursing Work Environment And Nurse Caring: Relationship Among Motivational Factors. *Journal of Advanced Nursing*, **2010**; 66(8): 1819–31.
- 133.Lin L, Liang BA.** Addressing the Nursing Work Environment to Promote Patient Safety. *Nursing Forum*, **2007**; 42(1): 20–30.
- 134.Suhonen R, Katajisto J, Charalambous A, Olson L.** Validation of the Hospital Ethical Climate Survey for older people care. *Nursing Ethics*, **2015**; 22 (5): 517-532.
- 135.T.C. Hasta Hakları Yönetmeliği.** Resmi Gazete, Ankara: **1998**; 23420.
- 136.Stinson JK.** Nurses' Attitudes, Clinical Experience, and Practice Issues With Use of Physical REstraints in Critical Care Units. *American Journal of Critic Care*, **2016**; 25 (1): 21-6.
- 137.Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L.** Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate. *Nursing Ethics*, **2009**; 16 (5): 561-573.
- 138.Pui-kin Kor P, Cho Kwan RY, Yat-Wa Liu J, Lai C.** Knowledge, Practice, and Attitude of Nursing Home Staff Toward the Use of Physical Restraint: Have They Changed Over Time? *Journal of Nursing Scholarship*, **2018**; 50(5): 502–512.
- 139.Paşlı Gürdoğan E, Uğur E, Kınıcı E, Aksoy B.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. *Yoğun Bakım Dergisi*, **2016**; 7: 83-8.
- 140.Demir Zencirci A.** Use of Physical Restraints in Neurosurgery: Guide For a Good Practice. *Explicative Cases of Controversial Issues in Neurosurgery*, **2012**; 23: 520- 534.
- 141.Hakverdioğlu G, Demir A, Ulusoy MF.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **2006**; 26: 634-641.
- 142.Akansel N.** Physical Restraint Practices Among ICU Nurses in One University Hospital in Weastern Turkey. *Health Sci J*, **2007**;4(1):1-6.
- 143.Chien TW.** Use of Physical Restraints on Hospitalized Psychogeriatric Patient, *Journal of Psychosocial Nursing&Mental Health Services*. **2000**; 38 (2): 13-22.
- 144.Choi E, Song M.** Physical Restraint Use in A Korean ICU. *J Clinical Nurse*, **2003**; 12 (5): 651-659.
- 145.Goldman A, Tabak N.** Perception Of Ethical Climate And İts Relationship To Nurses' Demographic Characteristics And Job Satisfaction. *Nursing Ethics*, **2010**; 17 (2): 233-246.
- 146.Kahraman BB, Aşiret GD, Yıldırım G, Akyar I, Aytekin KG, Öz A.** Yoğun Bakımda Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Hasta Yakınlarının Görüşleri. *Yoğun Bakım Dergisi*, **2015**; 6: 78-83
- 147.Ludwick R, Meehan A, Zeller R.** Safety Work İnitiating, Maintaining and Terminating Restraints. *Clinical Nurse Specialist*, **2008**; 22(2): 81-87.

8. EKLER

EK- I

HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK ANKET

Bu araştırma Abant İzzet Baysal Üniversitesi Hemşirelik Bölümü yüksek lisans programı kapsamında yürütülen bir tez çalışması için yapılmaktadır.

Bu ankette size demografik özellikleriniz, Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği ile Hastane Etik İklim Ölçeği ile ilgili sorular sorulacaktır. Sorulara içtenlikle ve kendi duygu, düşüncelerinizle cevap vermeniz araştırma için çok önemlidir.

Ankete verilen cevaplar toplu olarak değerlendirilecektir. Bu nedenle anket üzerine isim yazmanıza gerek yoktur. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

E.Büşra AYYILDIZ GÖKMEN

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü

e-posta: ayyildiz.busra.81.ba@gmail.com

ANKET SORULARI

- 1) Yaşınız
 20-24
 25-29
 30-34
 35-39
 40-44
 45 ve üstü
- 2) Cinsiyetiniz
 Kadın Erkek
- 3) Medeni Durumunuz
 Evli Bekar
- 4) Eğitim Durumunuz
 Lise
 Önlisans
 Lisans
 Yüksek Lisans
- 5) Çalışma Yılıınız:
- 6) Hangi serviste çalışıyorsunuz:

EK- II**HASTANE ETİK İKLİM ÖLÇEĞİ**

Hastane Etik İklim Ölçeği	Hiç doğru değil	Nadiren doğru	Ara sıra doğru	Genellikle doğru	Her zaman doğru
1. Meslektaşlar Alt Boyutu					
✓ Bölümümde güvenli hasta bakımı verilir,					
✓ Meslektaşlarım zorlandığım hasta bakımı problemlerinde bana yardım eder,					
✓ Birlikte çalıştığım meslektaşlarım yeterlidir,					
✓ Meslektaşlarım hasta bakımı konusundaki görüşlerimi dikkate alırlar,					
2. Hastalar Alt Boyutu					
✓ Burada hastanın isteklerine saygı gösterilir,					
✓ Hastalar bakımlarından ne beklediklerini bilir,					
✓ Hemşireler, bir hastanın bakım problemini çözmek için gereken bilgiyi kullanır,					
✓ Hemşireler bir hastanın bakım problemini çözmek için gerekli olan bilgilere ulaşabilirler,					
2. Yöneticiler Alt Boyutu					
✓ Yöneticim güvendiğim biridir,					
✓ Hasta bakımı problemlerinden bahsederken yöneticim beni dinler,					
✓ Yöneticim hasta bakımı konusundaki kararlarımda beni destekler,					

✓ Meslektaşlarım özel bir hasta bakımı konusunda neyin yanlış ya da neyin doğru olduğuna karar veremedikleri zaman, yöneticimin onlara yardım ettiğini gözlerim,					
✓ Yöneticim saygı duyduğum biridir,					
✓ Bir hastanın bakımı konusunda neyin yanlış neyin doğru olduğuna karar veremediğim zaman yöneticim bana yardım eder,					
4. Hastane Alt Boyutu					
✓ Hasta bakım problemlerine yaklaşım sorgulayıcı, öğretici ve yaratıcı çözüm bulma şeklindedir,					
✓ Bölümümde gerçekleştirdiğim hemşirelik uygulamalarım, olması gerektiğine inandığım şeklidir,					
✓ Hastanenin misyonunun açık anlamı hemşirelerle paylaşılır,					
✓ Hastane politikaları zorda kaldığım hasta bakım problemlerinde bana yardım eder,					
✓ Çatışma durumlarında açık iletişim kurulur, çatışmadan sakınılmaz,					
5.Doktorlar Alt Boyutu					
✓ Hemşire ve hekimler hasta için neyin en iyi olduğu konusunda aynı görüşte olmasalar bile bu bölümde onlar birbirlerinin fikirlerine saygı gösterir,					
✓ Bu hastanedeki hemşireler desteklenir ve onlara saygı duyulur,					
✓ Hemşireler ve hekimler birbirlerine saygı duyarlar,					
✓ Hemşireler ve hekimler birbirlerine güvenirler,					
✓ Hastalarımın tedavi kararlarına katılıyorum,					
✓ Hekimler hemşirelere tedavi kararları ile ilgili fikirlerini sorarlar,					

EK-III**HEMŞİRELERİN FİZİKSEL KISITLAMAYA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ,
TUTUM VE UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ**

1.BÖLÜM BİLGİ DÜZEYİ	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 tutturulmalıdır		
5. Tespit edici iki saatte bir gevşetilmelidir		
6. Hastaya tespit edici uygulandığında deri bütünlüğünde bozulma riski artar		
7. Boğulma tehlikesi olabileceği için hastanın hiçbir zaman yüz üstü tespit edilmemesi gerekir.		
8. Her açıdan çok iyi diyebileceğimiz bir tespit edici yoktur.		
9. Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; türü, saati ve kullanma nedeninin kaydedilmesi gerekir		
10. Hastaların tespit edicileri reddetme hakkı vardır.		
11. Hastalar hemşireler tarafından yakından takip edilemediğinde tespit ediciler kullanılmalıdır.		

2. TUTUM BÖLÜMÜ	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 hissederim				
3. Tespit edici uygulanmış bir hastanın odasına aile üyelerinden biri girdiği zaman kendimi kötü hissederim.				
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.				

2. TUTUM BÖLÜMÜ	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
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.				

3. UYGULAMA BÖLÜMÜ	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 uygularım.			
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.			

3.UYGULAMA BÖLÜMÜ	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
7. Hastanın niçin tespit edildiğini aile üyelerine anlatırım.			
8. Niçin tespit edici kullanıldığını hastaya anlatırım.			
9. Tespit edicinin ne zaman çıkarılabileceğini hastaya açıklarım			
10. Tespit edicinin açılıp açılmadığını belirlemek amacı ile sık sık kontrol ederim			
11. Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve gerekli hemşirelik girişimlerini kaydederim.			
12. Tespit edici uygulandığı zaman, etkilerini sık sık kontrol eder, değerlendirir ve kaydederim.			
13. Personel sayısı olması gerekenden daha az olduğunda pek çok hasta tespit edilir.			
14. Hastanemizde hastaların hareketlerini kontrol etmek için tespit edicilerin kullanılması dışında başka yollar geliştirmeye personeller birlikte çaba gösterir.			

EK-IV

ETİK KURUL ONAYI

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

Sayı : 51

06./3/2017

Konu: Kararlar

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Hastane Etik İkliminin Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algılarına Etkisi
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATER)	Yrd. Doç.Dr. Birgül CERİT
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Hemşire. Emine Büşra AYYILDIZ GÖKMEN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu Anabilim Dalı

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2017/13	Tarih (Date):23.02.2017
	Yrd. Doç.Dr. Birgül CERİT'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Nimet KABAKUŞ (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Safiye GÜREL (Başkan Yrd.)	Radyoloji AD	Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Akçahan GEPDİREMEN (Üye)	Farmakoloji AD	Tıp Fakültesi	Katılmadı
Doç. Dr. Hüsamettin ÇAKICI (Üye)	Ortopedi ve Travmatoloji AD	Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. Mervan BEKDAŞ (Üye)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	Tıp Fakültesi	İznilidir
Yrd. Doç. Dr. Erkan KILINÇ (Üye)	Fizyoloji AD	Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. İsa YILDIZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	Tıp Fakültesi	
Yrd.Doç.Dr.Oya KALAYCIOĞLU (Üye)	Bioistatistik	AİBÜ	
Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Eczacı	Özel	
Av.Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Hukukçu	Özel Hukuk Bürosu	
Abdurrahman ÇANKALOĞLU (Üye)	Öğretmen	İ.B Halk Eğitim Merkezi	Katılmadı.

EK-V

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ ARAŞTIRMA ONAYI**

Tarih ve Sayısı: 26/12/2016-E.32843



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı :69898333/622.03/
Konu :Tez Çalışması Hk.

SAYIN E. BÜŞRA AYYILDIZ GÖKMEN

İlgi :23/12/2016 tarihli, 32404 sayılı ve Tez Çalışması Hk. konulu yazı,

İlgi yazı sehven yazılmış olup; "Hastane Etik İkliminin Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algılarına Etkisi" isimli çalışmanız Etik Kurul onayı alındıktan sonra Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde yapmanız uygundur.
Bilgilerinize rica ederim.

E - imzalıdır.

Prof.Dr.Öner Abidin BALBAY
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürü (Başhekim)

<http://ebys.duzce.edu.tr/envision-Dogrula/BelgeDogrulama.aspx>

BARKOD NO: *BD2536049412*

Konuralp Yerleşkesi 81620 Merkez DÜZCE

Tel: : 0 380 542 13 90

E-Posta: : hastane@duzce.edu.tr

Faks: 0 380 542 13 87

Elektronik ağ:www.hastane.duzce.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Erkan GÖKMEN



EK- VI

DÜZCE ATATÜRK DEVLET HASTANESİ ARAŞTIRMA ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Düzce İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Düzce Atatürk Devlet Hastanesi

DÜZCE ATATÜRK DEVLET HASTANESİ - DÜZCE
ATATÜRK DEVLET HASTANESİ
24/03/2017 16:54 - 58230125 - 730.08.03 - E.2210



Sayı : 58230125-730.08.03
Konu : Anket Uygulama Talebi

Sayın EMİNE BÜŞRA AYYILDIZ GÖKMEN

Hemşire *Anestesi Yönerge bakan.*

İlgi : 21/03/2017 tarihli ve 82697381-730.08.03-1060 sayılı yazısı.

Düzce İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği' nin ilgili kayıtlı yazısı gereği, Hastamızda görev yapan sağlık personeline yönelik "Hastane Etik İkliminin Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algılarına Etkisi" konulu anket çalışması talebiniz Genel Sekreterlik Başvuru İnceleme Komisyonunda değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr.Ahmet ZENGİN
Hastane Yöneticisi

EKLER:

- 1- Başvuru İnceleme Komisyonu Değerlendirme Formu (1 Sayfa)
- 2- Bilimsel Çalışma Yapılmasına İlişkin Protokol (5 Sayfa)
- 3- Araştırma İzin Taahhütnamesi (1 Sayfa)

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR

26.03.2017

Sefa LAFCI
Evrak Kayıt Memuru

Atatürk Devlet Hastanesi

Faks No:03805497819

e-Posta:ayse.kabaktan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.dadh.gov.tr

Bilgi için:AYŞE KABAKTAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:05052582985

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 24260ef0-d610-4b8f-93f0-740af7c10640 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-VII

HASTANE ETİK İKLİM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Microsoft Word - 010 Microsoft Word - 000

label.başvuru-dosyasi-son


X

← ↻ ⏸ 🗑️ 📧 🕒 📧 📧 📧

4 ileti dizisinden 4. < >

Sn,Büşra,ölçeği kullanabilirsiniz.Detaylı bilgi için ozturkhavva@gmail.comdan Havva Hanim ile görüşebilirsiniz.İyi çalışmalar.Prof.Dr.Nefise Bahçecik

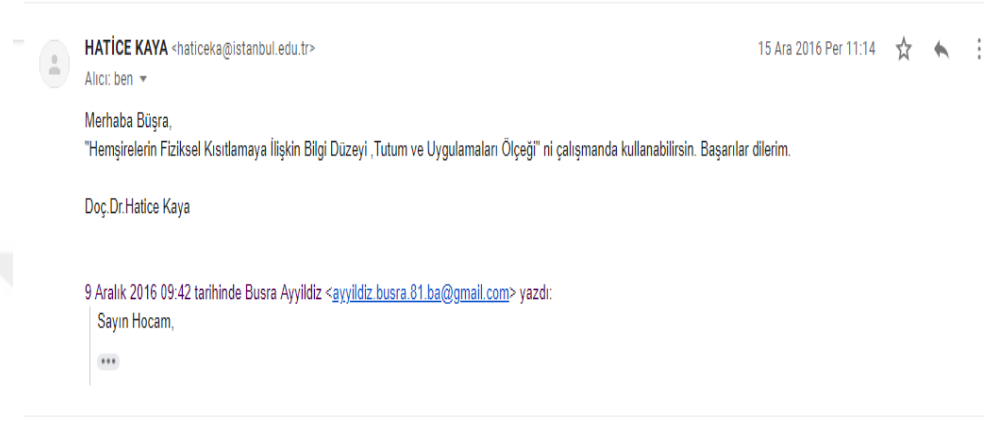
başvuru dosyasi son x

 **Ayşe Nefise Bahçecik** <anbahcecik@gmail.com>

4 Ara 2016 Paz 18:11

EK- VIII

HEMŞİRELERİN FİZİKSEL KISITLAMA KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



EK- IX

KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “ Hastane Etik İkliminin Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algılarına Etkisi” dir.

Bu araştırmanın amacı, hastane etik iklim algısının hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımını ne düzeyde etkilediğini belirlemektir. Bu çalışmada size kişisel bilgi formu, Hastane Etik İklim Ölçeği ve Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlama Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 30 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 200’dir. Bu çalışma ile ilgili olarak araştırma sorularına doğru cevaplar vermek sizin sorumluluğunuzdadır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Çalışmadan çekilmeniz durumunda sizinle ilgili bilgiler bilimsel amaçla kullanılabilir. Araştırma yayınlansa bile kişisel bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Sizde istediğinizde kendi bilgilerinize ulaşabilirsiniz.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için araştırmacı E.Büşra AYYILDIZ GÖKMEN’i 05546467173 nolu telefonda arayabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.


Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
--	--

9. ÖZGEÇMİŞ

Emine Büşra AYYILDIZ GÖKMEN 09.06.1990 tarihinde Cumaova-Düzce'de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Düzce'de tamamladı. 2013 yılında Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 2013 yılında Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi'nde göreve başladı. Belirtilen tarihten itibaren aynı hastanede görevine devam etmektedir.



10.TEZ ORJİNALLİK RAPORU



T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA / YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI
ORJİNALLİK RAPORU

18/02/2019

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Öğrencinin Adı Soyadı: Emine Büşra AYYILDIZ GÖKMEN
Nümarası: 146208012
Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

Lisansüstü Eğitim Düzeyi: Yüksek Lisans
Doktora

Tez Başlığı: Hastane Etik İkliminin Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Algısına Etkisi

Yukarıda başlığı yazılı olan tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç bölümlerinden oluşan 100 sayfalık kısmına ilişkin 18/02/2019 tarihinde tarafımdan/tez danışmanımca **Turnitin** intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı "alıntılar hariç" yapıldığında % 8, "alıntılar dahil" yapıldığında ise % 9 olarak tespit edilmiştir.

Uygulanan Filtrelemeler:

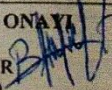
- 1- Kaynakça Hariç,
- 2- Alıntılar Hariç / Dahil
- 3- 5 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

"AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması Ve Kullanılması Uygulama Esasları" nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edileceği durumda her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Bilgilerinize arz ederim. Emine Büşra AYYILDIZ GÖKMEN
Öğrencinin Adı Soyad ve İmza

EK: 1 adet tezin tam başlığını öğrencinin ad soyad bilgisini ve tezin toplam sayfa sayısını gösterecek şekilde raporlama işlemi bittikten sonra alınmış ekran görüntüsü eklenecektir.

TEZ DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR 
18/02/2019
Dr. Öğr. Üyesi Birgül CERİT