TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN FİZİKSEL ve KİMYASAL TESPİT UYGULAMALARINDAKİ BİLGİ TUTUM ve BECERİLERİ

BURCU BOZKURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

DOÇ. DR. KIVAN ÇEVİK

MANİSA-2021

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN FİZİKSEL ve KİMYASAL TESPİT UYGULAMALARINDAKİ BİLGİ TUTUM ve BECERİLERİ

BURCU BOZKURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Doç. Dr. KIVAN ÇEVİK	(Tez Danışmanı)
Doç. Dr. Tülay SAĞKAL MİDİLLİ	(Jüri Üyesi)
Dr. Öğr. Üyesi Emine KARAMAN	(Jüri Üyesi)

MANİSA-2021

TEZ KABUL SAYFASI

İÇİNDEKİLER

BEYAN ..... **i**
TEŞEKKÜR ..... **ii**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **iii**
KISALTMA LİSTESİ ..... **iv**
1.ÖZET **1**
2. ABSTRACT **2**
3. GİRİŞ ve AMAÇ **3**
3.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ 3
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI 6
4.GENEL BİLGİLER **7**
4.1.YOĞUN BAKIM 7
4.1.1. Yoğun Bakımın Tarihçesi 8
4.1.2. Yoğun Bakım Düzeyleri 8
4.1.2.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Verilen Bakım ve Tedavi Düzeyine Göre 8
Sınıflandırılması 8
4.1.2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Klinik Yönetim Şekline Göre Sınıflandırılması .. 9
4.1.2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Fonksiyonlarına Göre Sınıflandırılması 9
4.1.3. Yoğun Bakım Hemşiresinin Özellikleri 9
4.1.3.1. Görev tanımı 9
4.1.3.2. Alması gereken eğitimler 10
4.1.3.3. Gerekli nitelikler 10
4.1.3.4. Görevleri 10
4.1.4. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Profili 11
4.1.5. Yoğun Bakımda Hasta Güvenliği 12
4.2.FİZİKSEL TESPİT 13
4.2.1. Fiziksel Tespitin Amacı 13
4.2.2. Fiziksel Tespitin Tarihsel Süreci 14
4.2.3.Fiziksel Tespitte Kullanılan Materyaller 14
4.2.4.Fiziksel Tespit Uygulanmadan Önce Yapılması Gerekenler 15
4.2.5 Fiziksel Tespit İstemi 16
4.2.6.Fiziksel Tespit Uygulamasının Komplikasyonları 17
4.2.7.Fiziksel Tespitin Etik Boyutu 18
4.2.8.Fiziksel Tespit Altındaki Hastanın Hemşirelik Bakımı 18
4.3. KİMYASAL TESPİT 19
4.3.1. Kimyasal Tespitin Amacı 20

4.3.2. Kimyasal Tespitin Tarihsel Süreci....21
4.3.3. Kimyasal Tespit Uygulamasında Kullanılan İlaçlar ve Özellikleri....21
4.3.3.1. İdeal kimyasal tespitajanının özellikleri....21
4.3.3.2. Yoğun Bakım Hastalarında Kimyasal Tespite Yanıtı Değiştiren Faktörler..22
4.3.3.3. Yoğun bakımda kimyasal tespit amacıyla kullanılan ilaçlar....22
4.3.3.3.1. Benzodiazepinler....22
4.3.3.3.2. Barbitüratlar....23
4.3.3.3.3.Propofol....23
4.3.3.3.4. Ketamin....23
4.3.3.3.5.Opioidler (Narkotikler)....24
4.3.3.4. Kimyasal Tespit Uygulamasında Hemşirelik Bakımı....25
5. GEREÇ VE YÖNTEM....26
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ....26
5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI....26
5.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ....26
5.4.ARAŞTIRMA SORULARI....27
5.5. BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER....27
5.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI....27
5.6.1. Hemşire Tanıtım Formu.....27
5.6.2.Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği....27
5.6.3.Sedasyon Uygulama Ölçeği....28
5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ....29
5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ....29
5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI....29
5.10.ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ ……..30
6. BULGULAR....31
Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri....31
Tablo 2. Fiziksel Tespitlere ilişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamaları....33
Tablo 3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı....33
Tablo 4.Sedasyon Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları....36
Tablo 5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sedasyon Uygulama Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı....37
Tablo 6. Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği ile Sedasyon Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi....40

7.TARTIŞMA.....42
7.1.FİZİKSEL TESPİTE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM ve UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI.....42
7.2.HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE FİZİKSEL TESPİTLERE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ, TUTUM ve UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI 44
7.3.SEDASYON UYGULAMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI.....48
7.4.HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE SEDASYON UYGULAMA PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI..49
7.5.FİZİKSEL TESPİTE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM ve UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ ile SEDASYON UYGULAMA ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI.....50
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....51
8.1.SONUÇLAR.....51
8.2.ÖNERİLER.....52
9. KAYNAKLAR.....53
10. EKLER.....67
EK 1 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı.....67
EK 2 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Etik Kurul Onayı.....68
EK 3 Araştırmanın Yapıldığı Kurum İzni.....69
EK 4 Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Kullanım İzni.....70
EK 5 Sedasyon Uygulama Ölçeği Kullanım İzni.....71
EK 6 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....72
EK 7 Hemşire Tanıtım Formu.....75
EK 8 Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği.....76
EK 9 Sedasyon Uygulama Öçeği.....79
EK 10 Tez Çalışması Orjinallik Raporu.....82
11. ÖZGEÇMİŞ.....83

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazılmasına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla direkt elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Burcu Bozkurt

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecimin tüm aşamalarında bilgisini, tecrübesini örnek aldığım, bana sabırla yol gösteren ve destek olan kıymetli hocam Doç. Dr. Kıvan ÇEVİK"e,

Tecrübesini, vaktini ve bilgisini benimle paylaşan çok kıymetli sayın Jüri Üyesi hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimime başladığım andan itibaren bilgisini, sabrını ve desteğini benden esirgemeyen değerli kuzenim Öğr. Gör. Yusuf KARADERE, halam Emine KARADERE ve eniştem İlyas KARADERE' ye,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi yüksek lisans ders ve tez sürecinde yanımda olan çok kıymetli annem Satı ÇAYIR, babam Bayram ÇAYIR ve kardeşim Eren ÇAYIR'a,

Yüksek lisans tezimin yazım aşamasında beni sabır ve özveriyle destekleyen, sevgili eşim Ahmet BOZKURT'a

En içten duygularımla

TEŞEKKÜR EDERİM

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 2. Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulama Puan Ölçeği Ortalamaları

Tablo 3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4. Sedasyon Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sedasyon Uygulama Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 6. Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği ile Sedasyon Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi

KISALTMA LİSTESİ

SPSS : Statistical Package Social Science

YB : Yoğun Bakım

KVC : Kalp ve Damar Cerrahisi

Tezin Başlığı: Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin fiziksel ve kimyasal tespit uygulamalarındaki bilgi tutum ve becerileri

Öğrencinin Adı Soyadı: Burcu BOZKURT

Danışman: Doç. Dr. Kıvan ÇEVİK

Anabilim Dalı: Hemşirelik

1.ÖZET

Amaç: Bu araştırmada, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin fiziksel ve kimyasal tespit ile ilgili bilgi, tutum ve becerilerinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesi'nde Mart- Nisan 2021 tarihleri arasında görev yapan 108 hemşire ile yapılan tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın verileri Hemşire Tanıtım Formu, Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği ve Sedasyon Uygulama Ölçeği kullanılarak toplandı. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelendi.

Bulgular: Hemşirelerin "Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi" puan ortalaması 7,96±2,73, "Fiziksel Tespitlerine İlişkin Tutum" puan ortalaması 32,31±5,97, "Fiziksel Tespitlere İlişkin Uygulama" puan ortalaması 36,86±4,55'dir.. Hemşirelerin "Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutumlar" puan ortalaması 4,09±0,72; "Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler" puan ortalaması 3,07±0,96; "Sedasyon Yönetimi Uygulamaları" puan ortalaması 3,89±0,60'dır.

Sonuçlar: Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları ölçeği ile sedasyon ölçeği puan ortalamalarının yüksek olduğu, sedasyon uygulamalarına ilişkin inanç ve tutumlar, sedasyon yönetiminde dışsal faktörler ve uygulamalar ile fiziksel tespitlere ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları arasında pozitif yönde anlamlı fark bulundu.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, fiziksel tespit, kimyasal tespit, sedasyon

2. ABSTRACT

Titleof Thesis: Knowledge, attitude and skills of nurses working in intensive care in physical and chemical restraints applications

Student's Name and Surname: Burcu BOZKURT

Supervisor: Assoc. Prof.Kıvan ÇEVİK

Department: Nursing

1. ABSTRACT

Purpose: Purpose of this thesis is the evaluation of physical determination knowledge, attitude and applications along with chemical determination attitude and application of nurses working at intensive care units.

Material and Method: This research is a descriptive cross sectional research conducted with 108 nurses working in between March- April 2021 at Postgraduate Degree Education and Research Hospital. Data for this research has been gathered by using Nurse Identification Form, Scale for Knowledge Level, Attitude and Applications of Nurses Regarding Physical Determination and Scale for Application of Sedation. The data gathered in this research has been analysed by using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 software. Kurtosis and Skewness values have been evaluated in order to present whether the variables of the researched showed normal distribution.

Findings: It has been found that the average for "knowledge regarding physical determinations" is 7.96±2.73, the average for "attitude regarding physical determinations" is 32.31±5.97, the average for "application regarding physical determinations" is 36.86±4.55 for all participating nurses. The average for "belief and attitudes in applications of sedation" is found as 4.09±0.72, the average for "external factors in sedation methods" is found as 3.07±0.96, the average for "applications of sedation methods" is found as 3.89±0.60 for participating nurses

Conclusions: It has been concluded that the average of sedation scale and knowledge attitude and application scale regarding physical description usage are high; positively significant difference in between belief attitude and applications of physical determinations and external factors and applications on sedation techniques with beliefs and attitude regarding sedation techniques for the intensive care unit nurses.

Key Words: Nurse, physical determination, chemical determination, sedation.

3. GİRİŞVE AMAÇ

3.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit altında olan kişilere, en üst düzeyde fayda sağlamak amacıyla, çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik cihazın kullanıldığı, disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu; kritik hastalık ve yaralanma karşısında çoklu organ ve sistemlerinin işlevlerini geçici olarak destekleme, yerine koyma gibi hedefleri olan alanlardır. (Kelly ve ark. 2014; Sılay ve Akyol 2018). Yoğun bakım ünitelerinde hastalar yaşamı tehdit eden hastalık sürecinde; anksiyete, depresyon, uyum güçlükleri ve deliryum gibi psikiyatrik tablolar yaşayabilmekte ve bu durum hastaların bakım ve tedavi süreçlerinin sürdürülmesine engel olup; kendilerine ve çevreye zarar vermesine neden olmaktadır (Küçük ve Kaya 2011; Karaca ve Özkan 2018).

Sağlık profesyonelerinin asıl görevi bakım ve tedavisinden sorumlu oldukları kişilerin, güvenliğini tehdit eden faktörleri belirleyerek sağlığını korumak ve geliştirmektir. Özellikle demans, ajitasyon, deliryum gibi hasta güvenliğinin tehlikeye girdiği durumlarda alternatif yöntemler yetersiz kalabilmekte; tespit uygulaması kaçınılmaz olabilmektedir (Ucun ve ark. 2015; Kılıç ve ark. 2018; Özdelikara ve Kaya 2018; Danette ve ark.. 2019).

Tespit, fiziksel ve kimyasal tespit(sedasyon) olarak ikiye ayrılmaktadır (Kısacık ve Coşğun 2019). Fiziksel tespit, hastayı bir ip veya sınırlama bandı kullanarak bir sandalyeye, yatağa bağlamak ve bir eldiven veya yatak çiti kullanarak hastanın hareket serbestliğini sınırlamak olarak tanımlanırken; kimyasal tespit(sedasyon) hastasının çevreyle olan ilişkisinin ve bilinç durumunun ilaçlar yardımıyla santral sinir sistemini baskılayarak azaltılmasıdır (Sandal 2010; Saito ve Suzuki 2019). Fiziksel tespite göre daha konforlu görünmesine rağmen kimyasal tespit yönteminde bireyler, kendilerine güç uygulandığını, bedenleri ve hastalıkları üzerinde kontrolü kaybettikleri hissini yaşamaktadırlar (Jarachovic ve ark. 2011). Tel ve Beyaztaş (2002)' ın yapmış olduğu çalışmada; hastanın güvenliğini sağlamak için, hasta

tarafından kontrol edilemeyecek bir materyalle kişinin hareketinin engellenmesi gerektiği savunulmuştur(Tel ve Beyaztaş 2002). Kahraman ve Erden (2016)' in yapmış olduğu çalışmada ise; stres, deliryum, ajitasyon gibi faktörlerin ve hatta buna bağlı olarak gelişen planlanmamış ekstübasyonun hastaların hastanede yatış süresini uzatan ve tedavi sürecini engelleyen durumlar olduğu, bunların yetersiz fiziksel ve kimyasal tespitten kaynaklandığı belirtilmiştir. (Kahraman ve Erden 2016).

Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda, bakım ve tedavinin sürdürülmesi, hasta konforunun ve güvenliğinin sağlanması gibi amaçlarla kullanılan tespit uygulamaları, kullanılan materyallerin uygunsuz kullanılması ya da prosedürlere uyulmaması gibi sebeplerle yoğun bakım hastalarında olumsuz sonuçlara sebep olabilmektedir (Eşer ve Hakverdioğlu 2006; Eşer ve ark. 2007). Yapılan çalışmada tespit uygulamasını hastaların stres, öfke ve korku duyarak psikolojik istismar olarak algıladığını; hemşirelerin ise rahatsız edici ve son çare olarak düşülen ürkütücü ve zorunlu bir uygulama olarak ifade ettiğini belirtmiştir (Göktaş ve Buldukoğlu 2017). Bazı durumlarda hayat kurtarıcı olabilen ve hastanın güvenliği için kullanılması gereken tespit uygulamalarının, kullanılması gereken durumları, kontrendikasyonları ve komplikasyonları bilinerek sadece zorunlu hallerde kullanılması için kısa ve uzun vadeli politikalar geliştirilmeli ve bütün personele tespite yönelik kapsamlı eğitim verilmelidir (Göktaş ve Buldukoğlu 2017). Yoğun bakım hemşireleri uygun protokolleri kullanarak, sedasyon ve fiziksel tespiti yalnızca hastanın konforunu sağlayıcı bir girişim olarak değil, tedavinin bir parçası olarak ele almalı ve tespit uygulamasında klinik karar vermede ve uygun davranışı göstermede rol alabilmelidir (Korhan Akın 2012; Sılay ve Akyol 2017).

Tespit yöntemlerinin kullanımına ilişkin kurallar, Tekkaş ve Bilgin'in (2010) bildirdiğine göre İngiltere'de Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency- NPSA) (2006) ve Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Kurumlarında Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) (2005) tarafından belirtilmektedir (Tekkaş ve Bilgin 2010). Bu doğrultuda birçok ülkede hastaneler kendi prosedür ve rehberlerini oluşturmaktadır.Ancak ülkemizde profesyonel kontrol yöntemlerinin uygulamalarına ilişkin standart yönergeler henüz yoktur. Bazı özel dal hastanelerinde son yıllarda Tespit Uygulama Yönergeleri hazırlanmış ve uygulamalar kayıt altına alınmaya başlanmış olsa da uygulamaların kullanım sıklığı ve şekilleri açısından hastaneler, hatta aynı hastanedeki farklı servisler arasında çeşitli farklılıklar olabileceği ve

bunun da uygulamalarda tutarsızlıklara, hastalar ve çalışanlar cephesinde algılama farklılıklarına yol açabileceği belirtilmektedir (Tekkaş ve Bilgin 2010).

Son yıllarda birçok ülkede tespit kullanım sıklığını, sağlık çalışanlarının bilgi ve tutumunu belirleme, özellikle fiziksel tespit kullanımını en aza indirgemeye yönelik çalışmaların sayısının artmış olduğu görülse de; Türkiye'de bu konuda yapılmış çalışmaların sınırlı sayıda olduğu ve bilinçsiz hastalar için tespit yönteminin çok sık kullanıldığı, alternatif yöntemlerin kullanılmadığı ve hekim istemi olmadan uygulandığı, yetersiz kayıt tutulduğu belirlenmiştir(Kaya ve ark. 2008; Kısacık ve Coşğun 2019). Yapılan çalışmalar, kısıtlama biçimlerinin dünyada ve ülkemizde çok sık kullanıldığını, bununla birlikte hemşirelerin; hasta kısıtlamasına ilişkin bilgi düzeyinin yeterli olmadığını, kısıtlama komplikasyonlarını bilmediğini ve hekim istemi olmadan hastaya tespit uygulandığını, tespit öncesi alternatif yöntemleri bilmediğini ve uygulamadığını göstermektedir (Karagözoğlu ve Özden 2013; Paslı Gürdoğan ve ark. 2016; Özdelikara ve Kaya 2018).

Hasta güvenliğinin sürdürülmesi, konforunun sağlanması, fiziksel ve kimyasal tespit komplikasyonlarının en aza indirgenmesi ve tespit uygulamasının bakım sürecine destek sağlaması için hemşirelerin; fiziksel ve kimyasal tespit yönetiminde bilgi, tutum ve davranışları önemlidir (Karagözoğlu ve Özden 2013; Paslı Gürdoğan ve ark. 2016; Göktaş ve Buldukoğlu 2017; Sılay ve Akyol 2017; Özdelikara ve Kaya 2018).

Hemşirelerin fiziksel ve kimyasal tespitle ilişkili bilgi tutum ve davranışlarının incelendiği, ulusal ve uluslar arası çalışmalar incelenmiştir. Göktaş ve Buldukoğlu (2017)' nun yapmış olduğu çalışmada; hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi düzeylerinin iyi, tutumlarının olumsuz ve uygulamalarının mükemmele yakın olduğu ; fiziksel tespite alternatif olarak sıkça kimyasal tespit de kullanıldığı sonucuna varılmıştır (Göktaş ve Buldukoğlu 2017). Paslı Gürdoğan ve ark. (2016)' larının yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelerin çoğunun fiziksel tespit konusunda eğitim almamış olmamasına rağmen, fiziksel tespit konusundaki bilgi düzeyleri ve uygulamaya ilişkin tutumlarının olumlu düzeyde olduğu bulunmuş ancak fiziksel tespit sırasında hekim istemi ve aydınlatılmış onamın alınmasına ilişkin uygulamaların istenilen düzeyde olmadığı bulunmuştur (Paslı Gürdoğan ve ark. 2016). Özdelikara ve Kaya (2018); kısıtlamanın doğru şekilde yapıldığında ve bazı protokoller takip edildiğinde hastanın iyileşme sürecine destek sağlayacak bir uygulama olduğunu ve tespit uygulayacak olan hemşirelerin kısıtlama sürecini

sağlıklı yönetmeleri için yasal yükümlülüklerinin farkında olmaları gerektiğini savunmuştur (Özdelikara ve Kaya 2018). Yapılan bir araştırma incelendiğinde; yoğun bakım ünitelerinde fiziksel ve kimyasal tespitin sıkça kullanıldığı fakat hemşire uygulamalarında farklılıklar ve hatalar olduğu bulunmuştur (Özdelikara ve Kaya 2018).Bu çalışma ile tespit komplikasyonlarının en aza indirileceği ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin fiziksel ve kimyasal tespit ile ilgili bilgi, tutum ve becerilerinin incelenmesidir.

4.GENEL BİLGİLER

4.1.YOĞUN BAKIM

Yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit altında olan kişilere, en üst düzeyde fayda sağlamak amacıyla, çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik cihazın kullanıldığı, disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu; kritik hastalık ve yaralanma karşısında çoklu organ ve sistemlerinin işlevlerini geçici olarak destekleme, yerine koyma gibi hedefleri olan alanlardır (Kellyve ark.2014; Sılay ve Akyol 2018).

"Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 2008 tarihli 11395 sayılı Genelge'de yoğun bakım ünitesi; bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileşmesini amaçlayan, yerleşim birimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı klinikler olarak belirtilmiştir (http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7063/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html, Erişim tarihi: 11 Aralık 2020).

Bu ünitelerde, 24 saat monitörizasyon ve organ destek tedavilerinin uygulanabilmekte; kritik, ciddi, tıbbi ve cerrahi hastalığı bulunan kişilere sağlık bakımı sağlanmaktadır(Çam ve Şahin 2018).

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilen hastalarda mortalite oranı yüksek olmasına karşın; tedavisi zor hastalarda bile belirgin iyileşme görülmüş olup bunula birlikte yoğun bakım ünitelerinin yapısı, yatış süresi ve yatan hasta profilinin prognozda önemli derece etkili olduğu belirtilmiştir (Beğer 2004; Kumsar ve Yılmaz 2013).

Yoğun bakım ünitelerinin düzenlenmesinde;

- Hasta profili
- Üniteye yatış ve taburculuk esasları
- Ünitenin tahmini kapasitesi
- Diğer hastanelerde bu birime ayrılan bölüm
- Ziyaretçi ve personel sayısı

- Diğer destek birimlerine ayrılan bölüm esas alınmaktadır (Yarar ve Madaslı 2016).

4.1.1. Yoğun Bakımın Tarihçesi

FlorenceNightingale'in, Kırım Harbi'nde (1852) ''Kritik hastaların hepsinin mümkün olduğu kadar aynı koğuşta toplanmaları daha iyi bir hemşirelik bakımından yararlanmalarını sağlar'' düşüncesinden yaklaşık 100 yıl sonra Danimarka'da meydana gelen çocuk felci epidemisi sırasında bazı hastaların elle çalışan yapay solunum uygulamaları sonucu tedavi edilebildikleri ortaya konmuştur. İkinci Dünya Savaşı sırasında şok tedavisindeki gelişmeler ve ameliyat öncesi-sırası-sonrası bakımın önemiyle birlikte yoğun bakımın önemi anlaşılmıştır (Hatipoğlu 2002). Bu durumlar sonrası hastaya verilen bakımın özelleşmesi sağlanmış ve ünitelerde çalışanların teorik ve pratik açıdan daha donanımlı olmaları zorunlu kılınmıştır (Hatipoğlu 2002).

4.1.2. Yoğun Bakım Düzeyleri

Yoğun bakım ünitelerinin sınıflandırılmasında en sık kullanılan yöntemler;

1. Yoğun bakım ünitelerinin verilen bakım ve tedavi düzeyine göre sınıflandırılması
2. Yoğun bakım ünitelerinin klinik yönetim şekline göre sınıflandırılması
3. Yoğun bakım ünitelerinin fonksiyonlarına göre sınıflandırılması (Haupt ve ark. 2003).

4.1.2.1. Yoğun bakım ünitelerinin verilen bakım ve tedavi düzeyine göre sınıflandırılması

Düzey 1 (Küçük bölge hastanesi): Ara yoğun bakım da denilen, konsültasyon ile hekim desteği sağlanan birimlerde; EKG, nabız, SPO_2, SaO_2 gibi monitörizasyon, ara resüsitasyon ve 24 saat veya daha az solunum desteği sağlanabilir (Çelik 2007).

Düzey 2 (Büyük genel hastane): Hemofiltrasyon, kafa içi basınç ölçümü ya da pulmoner arter gibi invaziv tanı ve girişimlerinin uygulandığı, yoğun hemşirelik bakımı verilen, çağrıldığında hazır bulunan bir hekimin çalıştığı; uzun süreli solunum desteği, kardiyak monitörizasyon, nütrisyon gibi hizmetler veren birimdir (Çelik 2007).

Düzey 3 (Üçüncü düzey hastane): En gelişmiş cihazların bulunduğu, ileri monitörizasyon sağlayan, 24 saat uzmanların bulunduğu, aralıksız laboratuvar ve radyoloji hizmetlerinin verildiği, deneyimli, eğitimli ve araştırmacı sağlık ekibinin çalıştığı birimlerdir (Çelik 2007).

4.1.2.2. Yoğun bakım ünitelerinin klinik yönetim şekline göre sınıflandırılması

Açık Yoğun Bakım Ünitesi: Genel kuralların, giriş- çıkış kontrolünün, herhangi bir sorumlunun olmadığı. İsteyen hekimin kendi hastasını yatırabildiği, sterilizasyon-dezenfeksiyon, tedavi planlanması gibi standartların olmadığı ünitelerdir(Resmî Gazete).

Yarı Açık Yoğun Bakım Ünitesi: Hasta takibinin sorumlu doktor tarafından yapıldığı, çalışanların çok sayıda farklı birimlerden geldiği, bir sorumlu hemşirenin bulunduğu birimlerdir (Resmi Gazete 2013).

Kapalı Yoğun Bakım Ünitesi: Denetimin daha düzenli yapıldığı, konsültan hekim dışında diğer birimlerden giriş-çıkışın olmadığı enfeksiyon kontrolünün yapıldığı birimlerdir (Resmî Gazete).

Ara Yoğun Bakım Ünitesi: Yoğun bakım sorumlusunun denetiminde olup; yoğun bakımda tedavisi biten ancak genel durumu serviste takip edilmeye uygun olmayan hastaların takip edildiği birimlerdir (Uysal ve ark. 2010).

4.1.2.3. Yoğun bakım ünitelerinin fonksiyonlarına göre sınıflandırılması

Özel alanlarda bakımı gerektiren hastaların, alanlarında uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri tarafından tedavi edildiği birimlerdir. Fonksiyonlarına göre yoğun bakımlardan bazıları; Kardiyoloji Yoğun Bakım, Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım, Pediatri Yoğun Bakım, Genel Cerrahi Yoğun Bakım gibi birimlerdir (Resmî Gazete).

4.1.3. Yoğun Bakım Hemşiresinin Özellikleri

4.1.3.1. Görev tanımı

Yoğun bakım hemşireleri, tüm hemşirelerin sahip olduğu bilgi ve becerilerin dışında diğer servis hemşirelerinden daha fazla niteliğe sahip olarak; ciddi hastalığı

olan bireylerle terapötik iletişim kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamakla yükümlüdür (Aydınoğlu 2007).

4.1.3.2. Alması gereken eğitimler

- Hastane enfeksiyonu eğitimi
- İleri ve temel yaşam desteği eğitimi
- Her sene gerçekleşen kurum içi zorunlu eğitimler (Ergün Akbal ve ark. 2007).

4.1.3.3. Gerekli nitelikler

- Sözlü ve yazılı iletişim becerisine sahip olup, terapötik iletişim kurabilme
- Çevresel uyaranları yorumlayarak stresli ortamlarda çalışabilme
- Hızlı karar vererek kriz anını yönetebilme
- Eğitime, araştırmaya ve ekip çalışmasına yatkın
- Sorumluluk sahibi ve dikkatli olmadır (Aydınoğlu 2007; Ergün Akbal ve ark. 2007).

4.1.3.4. Görevleri

- Kanıta dayalı uygulamaları klinik uygulamalarına yansıtmak
- Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nün belirlediği; politika, hedef, kural ve düzenlemeleri bilerek var olan formları uygulamak
- Hastayı yoğun bakım yatışında karşılayarak; hastanın üniteye uyumunu sağlamak
- Veri toplama tekniklerine uygun verileri toplayarak, hastanın öncelikli gereksinimlerini saptayarak, hemşire bakım planı oluşturmak
- Hemşirelik girişimlerini uygulamak, değerlendirmek ve kaydetmek
- Hastanın fizyolojik bulgularını ve aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapmak ve kaydetmek
- Hastayı sistematik şekilde değerlendirerek bakımın ve tedavinin sürekliliğini sağlamak
- Bakım standartlarına göre hemşirelik bakımı vermek ve hastanın genel durumuyla ilgili diğer ekip üyeleriyle iletişim halinde bulunmak
- Hastanın gizliliğini ve mahremiyetini sağlayarak, hasta haklarını savunmak ve ilgili kayıtları saklı tutmak

- Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi için tedbirler almak ve uygulamalarda aseptik teknikleri kullanmak

- Temel ve ileri yaşam desteği için acil ilaç ve cihazların kullanıma hazır bulunmasını sağlamak

- Hekim yazılı istemini 9 doğru ilkesine göre uygulamak

- Düşme, kateter çıkarma gibi hasta güvenliğini engelleyen; tedavi ve bakımın yapılmasını zorlaştıran durumlardan hastayı korumak (Ergün Akbal ve ark. 2007; Aydınoğlu 2007; Terzi ve Kaya 2011).

4.1.4. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Profili

Yoğun bakıma yatışların %30'u medikal, %21'i cerrahi, %25'i pediatri ve kalanı renal transplantasyon veya zehirlenmeler gibi sebepler olmakla birlikte; planlı ya da plansız hasta kabul edilmekte olup; kabul edilecek hasta profilinin sağlık durumlarının düzeltilebilir olması gerekmektedir. Fakat hastaların çoğu çoklu organ yetmezliğindedir ve bu durum morbidite ve mortaliteyi büyük ölçüde etkilemektedir (Hatipoğlu 2002; Gürer 2005).

24 saat yoğun takip, monitörizasyon, organ destek ve insancıl bakım gibi uygulamaların sağlanabilmesi için; ideal bir yoğun bakım ünitesinde, teknik donanım ve hasta bakım kriterlerinin kesinlikle bilinmesi gerekir (Topeli İskit 2007; Aydınoğlu 2007).

Yoğun bakım ünitelerinde;

- Beyin cerrahisi, genel cerrahi, kalp damar cerrahisi gibi hemodinamikmonitörizasyon, yakın izlem ve acil müdahale gerektirebilecek cerrahi operasyon geçirmiş hastalar

- Kardiyojenik şok, kardiakarrest, kalp yetmezliği, akciğer ödemi gibi dolaşım sistemi sorunu olan hastalar

- Solunum arresti, kan gazı parametrelerinin bozulmuş, sık trakealaspirasyonaihtiyacı olan solunum sistemi hastalığı olan hastalar

- Kafa içi kitle, intrakranial kanama, ağır kafa travması gibi nörolojik sorunu olan hastalar takip edilmektedir (Topeli İskit 2007; Terzi ve Kaya 2011).

Bu bilgiler doğrultusunda yoğun bakıma kabul edilen hastalarda; sistem ve organ yetersizliği, akut metabolik bozukluklar, politravmalar, yanıklar, kanamalar, ameliyat sonrası komplikasyonlar, zehirlenmeler gibi hastalıklar görülmektedir (Hatipoğlu 2002).

4.1.5. Yoğun Bakımda Hasta Güvenliği

Yoğun bakım üniteleri, yer ve zaman oryantasyonunun olmadığı, yabancı araç gereçlerle donatılmış, gürültünün ve hoş olmayan ışığın çok fazla olduğu; endotrakeal tüp, santral venözkateter gibi girişimsel işlemlerin yapılarak hasta hareketlerinin kısıtlandığı, diğer birimlere göre hasta güvenliği açısından daha yüksek riskli birimlerdir (Akalın 2005; Dedeli ve Akyol 2005).

Yoğun bakımdaki riskler;

- Arteriyelkateter, santral venözkateter, entübasyon tüpü, ürinerkateter gibi tanı ve tedavi amacıyla kullanılan yöntemlerin yarattığı riskler
- Yanlış ilaç uygulaması ya da ilaç-ilaç etkileşiminden kaynaklanabilecek ilaç tedavisinin yarattığı riskler
- Beslenme yetersizliği ya da mide içeriğinin aspire etmesi gibi beslenmeyle ilgili riskler
- Stres ülserleri, yatak yaraları
- Uzun süre yoğun bakımda yatmaya bağlı oryantasyon ve ruhsal bozukluklardır (Duman ve Kitiş 2013).

Kısıtlanmış bireyler kendilerini çaresiz hissedebilir ve hatta bilinç durumlarında değişmeler, halüsilasyonlar, deliryum ve yatağa bağlı oldukları için düşme olayı gibi durumlar yaşayabilmektedir (Akalın 2004; Dedeli ve Akyol 2005; Duman ve Kitiş 2013).

Yoğun bakım ünitelerinde hastalar yaşamı tehdit eden hastalık sürecinde; anksiyete, depresyon, uyum güçlükleri ve deliryum gibi psikiyatrik tablolar yaşayabilmekte ve bu durum hastaların bakım ve tedavi süreçlerine uyum göstermesine engel olup; kendilerine ve çevreye zarar vermesine neden olmaktadır (Küçük ve Kaya 2011; Karaca ve Özkan 2018). Sağlık çalışanlarının asıl görevi bakım ve tedavisinden sorumlu oldukları kişilerin, güvenliğini tehdit eden faktörleri belirleyerek sağlığını korumak ve geliştirmek olduğu için; demans, ajitasyon, deliryum gibi güvenliğin göz ardı edilemediği ve alternatif yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda kısıtlama uygulaması kaçınılmaz olabilmektedir (Ucun ve ark. 2015; Kılıç ve ark.2018; Özdelikara veKaya 2018; Danette ve ark. 2019).

Tespit, fiziksel ve kimyasal tespit (sedasyon) olarak ikiye ayrılmaktadır (Kısacık ve Coşğun2019).

4.2.FİZİKSEL TESPİT

Tedavisinden sorumlu oldukları hastaların sağlığını korumak, geliştirmek ve güvenliğini sağlama sağlık çalışanlarının ana görevidir (Ucun ve ark. 2015). Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)' nın"Hastanın izni olmaksızın, hastaya doğrudan fiziksel güç uygulayarak hareket özgürlüğünü kısıtlamak" şeklinde tanımladığı fiziksel tespit; özellikle yoğun bakımlarda, konfüze, ajite, demans ve deliryumdaki hastaların; çevrelerine ya da kendilerine zarar vermelerini önlemek, bakım ve tedavinin uygulanabilirliğini sağlamak amacıyla, hastayı bir ip veya sınırlama bandı kullanarak bir sandalyeye, yatağa bağlamak ve bir eldiven veya yatak çiti kullanarak hastanın hareket serbestliğini sınırlamak olarak tanımlanmaktadır(Sandal 2010; Orhan ve Yakut 2012; Saito ve Suzuki 2019) Tel ve Beyaztaş (2002)' ın yapmış olduğu çalışmada; hastanın güvenliğini sağlamak için, hasta tarafından kontrol edilemeyecek bir materyalle kişinin hareketinin engellenmesi gerektiği savunulmuştur (Tel ve Beyaztaş 2002). Kahraman ve Erden (2016)' in yapmış oldukları çalışmada ise; stres, deliryum, ajitasyon gibi faktörlerin ve hatta buna bağlı olarak gelişen planlanmamış ekstübasyon gibi hastaların hastanede yatış süresini uzatan ve tedavi sürecini engelleyen durumların yetersiz fiziksel ve kimyasal tespit kaynaklı olduğunu belirtmişlerdir (Kahraman ve Erden 2016).

Fiziksel tespit, Türkiye'de % 90,5– 96.1 arasında uygulanırken; Danimarka, İzlanda ve Japonya'da % 9, Fransa, İtalya, İsveç ve Amerika'da % 15 -17, İspanya'da ise % 40 oranında uygulanmaktadır. Bunun nedeni Türkiye'deki sağlık bakım profesyonellerinin yetersizliğidir. (Akansel 2007; Çelik ve ark. 2018; Özdelikara ve Kaya 2018). Kaya ve ark. (2008)' de yapmış olduğu çalışmada hastaların %3.4 ile %21'ine hastanede yattığı süre içinde 2,7- 4,5 gün arasında fiziksel tespit uygulandığı bildirilmektedir (Kaya ve ark. 2008).

4.2.1. Fiziksel Tespitin Amacı

- Hastaların kendilerine ve sağlık personeline zarar verecek davranışlarının ve ajitasyonlarının kontrolünü sağlamak

- Tedavisi ile ilgili; tıbbi araç ve gereçlerin çıkarılması gibi olumsuz durumları önlemek

- Hasta güvenliğini sağlamak amacıyla düşme olayını önlemek

- Yatağa bağımlı olan hastaların duruşlarını korumak

- Yaşanabilecek olumsuz olaylara karşı, sağlık hizmeti veren kurumu yasal sorunlara karşı korumak

- Yatağa bağımlı hastaların vücut postürlerini koruyarak kas ve eklem kontraktürü gelişmesini önlemek

- Sağlık personelinin tıbbi tedavi yapmasına olanak sağlamak (Tel ve Beyaztaş 2002; Gürdoğan ve ark. 2016; Kılıç ve ark. 2018).

4.2.2. Fiziksel Tespitin Tarihsel Süreci

Fiziksel tespitin yoğun bakımlarda kullanılmaya başlanması çok uzun zaman öncesine dayanmaktadır. 19.yüzyıl'da Amerika'da yoğun bakımda fiziksel tespit uygulamasının etik ve terapötik açıdan doğru, kaza ve yaralanmaların engellenmesi açısından kaçınılmaz bir uygulama olduğu savunulurken; İngiltere ve Fransa'da fiziksel tespit uygulamasına karşı hareketler ortaya çıkmaya başlamıştır (Hakverdioğlu ve ark. 2006).

Bununla birlikte 19.yüzyıl ortalarından itibaren İngiltere'de fiziksel tespite alternatif yöntemlere yönelirken, Amerika'da bu alternatif yöntemler daha sonraki yıllarda kullanılmaya başlanmıştır (Bray ve ark. 2004).

4.2.3.Fiziksel Tespitte Kullanılan Materyaller

Ajite hastaların bakım ve tedavi girişimlerinde zorluk yaşamamak ve hastaların kendilerine ve sağlık personeline zarar vermesini önlemek amacıyla, yoğun bakımlarda sıklıkla eldiven, atel, kemer, kelepçe, ağ yatak, tespit sağlayıcı yelek/gömlek, sargı bezi, tespit sandalyesi, çarşaf ve ip gibi fiziksel tespit materyallari kullanılmaktadır (Orhan ve Yakut 2012; Ucun ve ark. 2015).

Kısacık ve Coğşun (2019)' nun yapmış olduğu çalışmaya göre; fiziksel tespit için kullanılan materyallerin seçimi, fiziksel tespit komplikasyonlarının önlenmesi açısından önemli olduğu için; hastanın güvenliğini sağlayarak zarar vermeyen materyallerin sağlık kurumlarında bulunması gerektiği belirtilmiştir. Ancak aynı çalışmada, gazlı bezin ya da tabakalar arasında pamuk eklenerek, hastane kumaşından yapılan ekipmanların, temel materyal olduğunu belirten kaynaklar olmamasına rağmen; özel kısıtlama ekipmanları yeterli olmadığı için en sık kullanılan yöntem olduğu belirtilmiştir (Kısacık ve Coğşun 2019).

4.2.4.Fiziksel Tespit Uygulanmadan Önce Yapılması Gerekenler

Amerika'da fiziksel tespitle ilgili ölüm ve yaralanmaların sunulduğu raporda; fiziksel tespit uygulanmadan önce alternatif yöntemlerin denenmesi gerektiği, fiziksel tespitin son çare olarak kullanılması gerektiği, yatan her hastanın fiziksel tespit uygulanmaksızın bakım alma hakkına sahip olduğu bildirilmiştir (Tel ve Beyaztaş 2002).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartları'nda, fiziksel tespit kararının hekim tarafından verilmesi ve tespit kararının 24 saatte bir tekrarlanması gerektiği ve öncesinde hasta ve aile bireylerinden bilgilendirilmiş onam alınması gerektiği belirtilmiştir (Kaya ve ark.2008; Göktaş ve Buldukoğlu 2018).

Bilinci kapalı, ajite, deliryum yaşayan hastada fiziksel kısıtlama öncesinde yapılması gerekenler;

- ✓ Yakın takip
- ✓ Davranışları sınırlandırma
- ✓ Sözlü sakinleştirici teknikler kullanma
- ✓ Psikiyatri konsültasyonu
- ✓ Yapılan işlemlerin onun iyiliği için yapıldığını açıklama
- ✓ Yeniden güven ve duygusal destek sağlama

Düşmeye eğilimli, konfüze hastalarda fiziksel kısıtlama öncesinde yapılması gerekenler;

- ✓ Yakın takip
- ✓ Gerçek bir oryantasyon sağlama
- ✓ Duyusal yardımcıları kullanma
- ✓ Hastanın dikkatini başka yöne çekme
- ✓ Hastayı hemşirenin görebileceği bir yatağa alma
- ✓ Işıklandırmayı arttırma

IV kanüllerini, tüplerini, pansumanlarını çıkarmaya çalışan hastalarda fiziksel kısıtlama öncesinde yapılması gerekenler;

- ✓ Yakın takip
- ✓ Tüplere ya da IV yollara ulaşamayacak bir pozisyon verme
- ✓ Bu tür kanülleri veya tüpleri hastanın göremeyeceği şekilde tespitleme
- ✓ İşbirliği sağlamaya çalışma (Krüger ve ark. 2013).

Karagözoğlu ve Özden (2013)'nin yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin büyük çoğunluğunun, alternatif yöntemleri uygulamadığı, fiziksel tespit komplikasyonlarını bilme oranının düşük olduğu; %65,0'ın fiziksel kısıtlama öncesi hasta ya da hasta yakınından bilgilendirilmiş onam aldığını, %15,6'sının ise bu uygulamayı hekim istemi ile gerçekleştirdiğini, %58,1'inin hemşire gözlem formuna kısıtlamanın türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve hemşirelik girişimlerini kayıt ettiği ifade edilmiştir(Karagözoğlu ve Özden 2013).

Yapılan çalışmalarda tespit edici yöntemlerin sıklığı ve süresinin azaltılması için alternatif yöntemlerin uygulanması gerektiği belirtilmiştir (Smith ve ark. 2005).

- Hastanın güvenliği ile ilgili hasta ve ailesine eğitim vermek ve aileyi de bakıma katarak hastayı yalnız bırakmamak,
- Hastayı hemşire odasına yakın bir odaya alarak fiziksel çevreyi düzenlemek ve çağrı zili kullanmasını sağlamak,
- Gereksinimleri hasta ile birlikte planlayarak hastayla daha fazla vakit geçirmek,
- Hastanın düşündüklerini ve hissettiklerini aktif olarak dinlemek ve hastayı fiziksel ve sosyal aktivitelere yönlendirmek kullanılabilecek alternatif yöntemlerdendir (Baive ark. 2014).

4.2.5 Fiziksel Tespit İstemi

Acil durumlarda kabul edilen ve 12 saat içerisinde hekim tarafından onaylanması gereken sözel istemler dışında kısıtlama istemi; hekim tarafından tarih, saat, hastanın kısıtlama ihtiyaç durumunu gösteren değerlendirme, kısıtlama zamanı, kısıtlama şekli, klinik endikasyon ve hekimin kendi imzasının yer aldığı yazılı istemle yapılır (Özdelikara ve Kaya 2018).

Hemşire kayıtlarında;

- ✓ Hastanın kısıtlama ihtiyacının değerlendirilmesi,
- ✓ Kısıtlamadan önce uygulanan alternatif uygulamalar,
- ✓ Kısıtlamanın tipi,
- ✓ Kısıtlama süresi,
- ✓ Kısıtlamanın başlama zamanı,
- ✓ Kısıtlama amacı ve kısıtlama süresi boyunca hastanın bakım ihtiyaçlarınındeğerlendirilmesi,
- ✓ Hastanın kısıtlamaya cevabı,

✓ Kısıtlama sonrası hastanın ve kısıtlanan bölgenin durumu olmalıdır (Bray ve ark. 2004).

4.2.6.Fiziksel Tespit Uygulamasının Komplikasyonları

Hasta güvenliğinin sağlanması, hastanın davranışlarını kontrol altında tutarak kendisine ve çevresine zarar vermesinin önlenmesi, tedavi ve bakımın sürdürülebilmesi gibi bir çok amaçla kullanılan fiziksel tespit materyallerinin; belirtilen prosedürlere uyulmadan kullanılması durumunda, özellikle yoğun bakım hastalarında; kas zayıflığı ve güçsüzlüğü, osteoporoz, basınç yaralanmaları, kısıtlanan bölgede ödem, laboratuvar değerlerinde bozulma, boğulma, depresyon, ajitasyon, deliryum, korku, utanma, tedavi ve bakıma karşı gelme, sağlık ekibine güvenin azalması, duyu kaybı, uykusuzluk, aspirasyona bağlı ölüm, kaslarda atrofi gibi bir çok fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan komplikasyonları olabilmektedir (Eşer ve Hakverdioğlu 2006; Eşer ve ark. 2007;Haut ve ark. 2010; Goethals ve ark. 2013; Karagözoğlu ve Özden 2013; Kılıç ve ark. 2018).

Yapılan bir çalışmada, ölüm öncesinde fiziksel tespit uygulanan hastaların ölüm nedenleri arasında; kısıtlamaya bağlı boğulma, göğüs kafesine basınç oluşturma, prone pozisyonunda kalma ve intiharın olduğu ifade edilmiştir (Berzlanovich ve ark. 2013). Kandeel ve Attia (2013)' nın yapmış olduğu çalışmada; hastaların %96.5'inin kısıtlama bölgesinde kızarıklık, %51.1'inde morarma, %33.3'ünde ödem geliştiği belirtilmiştir (Kandeel ve Atia 2013). Ucun ve ark. (2015) ile Özdelikara ve Kaya'nın (2018) bildirdiğine göre "Health Care Financing Administration (HCFA)" 1989 yılında, "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCHAO)" 1999 yılında fiziksel tespit komplikasyonlarını önlemek üzere uygulanması gereken kuralları içeren prosedürler yayınlarken; Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetim Bürosu (Health Care Financing Administration=HCFA), Sağlık Organizasyonları Akreditasyon Komisyonu (JointCommission on Accreditation of Healthcare Organization=JCHAO), Ulusal Klinik ve Üstün Sağlık Enstitüsü (National Institute of Clinical and Health Excellence =NICE), Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency=NPSA) gibi kuruluşlar, tespit uygulamasının hasta bakımında son çare olarak kullanılması gerektiğini vurgulamıştır (Ucun ve ark. 2015; Özdelikara ve Kaya 2018).

4.2.7.Fiziksel Tespitin Etik Boyutu

Sağlık bakım profesyonelleri, hastaya zarar vermeme, yararlılık ve özerkliğe saygı gibi etik ilkelerden dolayı bakım verdikleri hastalara fiziksel tespit uygulaması sırasında etik ikilemler yaşayabilmektedir (Gastmans ve Milisen 2006).

Zarar Vermeme İlkesi

Fiziksel kısıtlama öncesi yapılması gereken alternatif yöntemler uygulanarak ve hasta kısıtlama öncesi-sırası ve sonrasında hemşire tarafından değerlendirilerek meydana gelebilecek ciddi yaralanmalar engellenmekte, zarar vermeme ilkesi sağlanmış olmaktadır (Dodds 1996).

Yararlılık İlkesi

Entübasyon tüpü, ürinerkateter, IV kateter gibi setlerini çıkararak; tedavi ve bakımın aksamasına sebep olup, enfeksiyon, kendine zarar verme, ekonomik kayıp gibi durumlara yol açabilen bilinçsiz, ajite, deliryumda olan yoğun bakım hastalarına fiziksel kısıtlama uygulama kararı verilmekte olup; tedavinin amacının ve fiziksel tespit uygulamasının uyuşmadığı örneğin; rehabilitasyon ve kendine yeterli olması amaçlanan hastada uygulanan fiziksel tespit- tedavi amacı uyuşmazlığı gibi durumlarda yararlılık ilkesine göre hareket edilmelidir (Alvarez ve Fitzpatrick 2007; Lake ve ark. 2010).

Özerkliğe Saygı İlkesi

Karar verme yeteneğine sahip hastalarda kendilerine, karar verme yeteneğine sahip olmayan hastalarda varsa hasta yakınına bilgi verilerek işlem öncesi bilgilendirilmiş onam formu doldurularak özerkliğe saygı ilkesi sağlanmış olmaktadır. Fakat hasta yakını yoksa veya ulaşılamıyorsa hemşire hasta adına doğru kararı almalıdır (Eşer ve Hakverdioğlu 2006; Lake ve ark. 2010).

4.2.8.Fiziksel Tespit Altındaki Hastanın Hemşirelik Bakımı

- Kısıtlama öncesi uygulanabilecek alternatif yöntemler ekip ile görüşülüp; kısıtlama uygulamasının yarar- zarar dengesi, koruyuculuğu ve etkinliği hemşire tarafından değerlendirilmelidir (Kahraman ve Erden 2016; Kılıç ark. 2018).
- Hemşire, hastanın yakınından kapsamlı öykü alarak hasta yakınının bakıma katılımını desteklemelidir (Kahraman ve ark. 2015).

- Kısıtlama uygulanacak hastayakendisinin nasıl bir kısıtlama istediği sorulmalıdır (Ünal 2011).

- Ajitasyonu artan ve kendisine ya da çevresine zarar veren hastaya yakın temasta bulunmadan, sakin bir ses tonuyla kendisini rahatsız eden sorunlar sorulmalı, kendisinin iyiliği istendiği net bir şekilde ifade edilerek terapötik ortam sağlanmalı ve dikkatini başka yöne çekme yöntemi uygulanmalıdır (Coşkun ve Avlamaz 2010).

- Hasta, hemşire odasına yakın bir odaya alınmalı, cihazlara ulaşamayacağı şekilde pozisyon verilmeli, çevresel uyaranlar azaltılmalı ve tespit materyalleri yatak kenarlarına tutturulmayarak güvenli çevre sağlanmalıdır (Orhan ve Yakut 2012).

- Kasıtlı olmayan ajitasyon içerisindeolan hastalara sözel sakinleştirici teknikler kullanarak duygusal destek sağlanmalı, gerekli görüldüğünde hekim tarafından psikiyatri konsültasyonu istenmelidir (Bilici ve ark. 2013).

- Fiziksel kısıtlama uygulanan hastanın beden ağırlığı dikkate alınarak uygulama yapılması gerektiğinden; göğüsten kısıtlama kilolu hastalarda uygulanmamalıdır (Bilici ve ark. 2013).

Kısıtlama uygulandıktan sonra, hastanın ajitasyonu devam ediyorsa her yarım saatte bir, devam etmiyorsa iki saatte bir kısıtlama kaldırılarak; dolaşım, bilinç durumu, uyku, cilt durumu değerlendirilmeli, her izlemde kısıtlamanın gerekli olup olmadığına hemşire ve hekim tarafından karar verilmelidir (Hastane Hizmet Kalite Standartları 2011).

4.3. KİMYASAL TESPİT

Farklı etkili sedatifler kullanılarak, santral sinir sisteminin baskılanmasıyla, hastanın bilinç seviyesinin ve çevreyle ilişkisinin azaltılmasına kimyasal tespit (sedasyon) denir (Ay ve Öztürk 2002; Aydın ve Çelik 2017).

Yoğun bakım hastalarında; ventilatör ile uyumsuzluk, endotrekeal tüp, kateter çıkarma gibi tedaviyi zorlaştıran davranışlar kimyasal tespiti gerekli kılmaktadır (Chlan ve ark. 2007; Aydın ve Çelik 2017).

Amnezik, hipnotik ve anksiyolitik özellikleri olan sedatifler; yoğun bakım hastalarında, girişimsel uygulamaların sebep olduğu ağrı ve anksiyeteyi azaltıp; fiziksel ve psikolojik uyaranlardan koruyarak, hastanın çevresel faktörlere

farkındalığını ve dışarıdan gelen uyarılara cevabını azaltmış olmaktadır (Consales ve ark. 2006; Barr ve ark. 2013; Sneyers ve ark. 2014).

ASA tarafından sedasyon/analjezi için 4 düzey tanımlanmıştır (ASA 2002).

Minimal sedasyon (anksiyoliz): Bu sedasyon düzeyi; hava yolu açıklığı ve spontan solunumu koruyarak hastanın, solunumsal ve kardiyovasküler fonksiyonlarını etkilemeden, bilişsel fonksiyon ve koordinasyonunu bozabilir. Fakat hasta sözlü talimatlara kolayca cevap verebilmektedir (Atalay ve Öztürk 2015).

Orta düzeyde sedasyon/analjezi (bilinçli sedasyon): Hava yolu açıklığı ve spontan solunum korunarak solunumsal ve kardiyovasküler fonksiyonlar korunmuştur. Hasta hafif dokunmayla, sözlü talimatlara uygun yanıt verebilmektedir (Atalay ve Öztürk 2015).

Derin sedasyon/analjezi: Hava yolu açıklığını ve spontan solunumu sağlamak amacıyla, sağlık profesyonelleri tarafından müdahale gerekebilir. Kardiyovasküler fonksiyonlar bozulmuş olabilir. Hastadan yanıt alabilmek için ağrılı uyarana ihtiyaç duyulmaktadır (Atalay ve Öztürk 2015).

Genel anestezi: Spontan solunumun olmadığı, hastanın mekanik ventilatörle takip edildiği ve ağrılı uyarana bile yanıt vermediği kimyasal tespit düzeyidir (Atalay ve Öztürk 2015).

4.3.1. Kimyasal Tespitin Amacı

Yoğun bakım ünitelerinde kimyasal tespitin amaçları;

- ✓ Stres cevabının baskılanması
- ✓ Hemodinamikstabilitenin sağlanması
- ✓ Fizyolojik durum stabilizasyonunun sağlanması
- ✓ Hasta konforunun sağlanması
- ✓ Çevresel faktörlere farkındalığın ve uyaranlara cevabın azaltılması
- ✓ Ağrının azaltılması
- ✓ İnvaziv yolların çıkarılmasının önlenmesi
- ✓ Depresyon, anksiyete, deliryum, ajitasyon gibi psikolojik sorunların engellenmesi
- ✓ Amnezinin sağlanması
- ✓ Ventilatörle uyumun sağlanması
- ✓ Uykunun düzenlenmesi
- ✓ İntrakraniyel basıncın azaltılması

✓ Sağlık profesyonellerinin işlerini daha rahat koşullarda yapabilmeleridir (Akçabay 2002; Ely ve ark. 2003; De Jong ve ark. 2005; Chlan ve ark. 2007; Guttormson ve ark. 2010; Grap ve ark. 2012; Barr ve ark. 2013; Beytut ve Başbakkal 2013; Sarıhasan ve Üstün 2013; Sılay ve Akyol 2017).

✓

4.3.2. Kimyasal Tespitin Tarihsel Süreci

İnhaleranestezikler; W. Long ve William E. Clark ilk kez 1842'de cerrahi ve diş çekiminde eter kullanmıştır. Lokal ve rejyonal anestezi; Carl Koller 1884'de topikal kokainin gözde cerrahi anestezi oluşturduğunu göstermiştir. İntravenöz anestezi; 1855'de Alexander Wood'unhipodermik şırınga ve iğneyi icat etmesinden sonra gelişmiştir.

Bazı ilaçlar	**İlk kullanıldığı yıl**
Kloral hidrat	1872
Tiyopental	1932
Klordiazepoksit	1955
Ketamin	1962
Etomidat	1964
Propofol	1986

http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/e3ULjvKxjDRT.pdf E.T: 21.11.2020

4.3.3. Kimyasal Tespit Uygulamasında Kullanılan İlaçlar ve Özellikleri

Kimyasal tespitte, maliyeti düşük, etkisi kısa sürede başlayan, total etkisi kısa olan ve birikici etkisi olmayan ilaçlar seçilmesi gerekirken; bu tanıma tam olarak uygun bir sedatif olmadığı belirtilmektedir (Yaşar 2006; Awati ve ark. 2014).

4.3.3.1. İdeal kimyasal tespitajanının özellikleri (Hepkarşı2013)

✓ Kolay uygulanabilir, hızlı etki gösteren

✓ Yan etkisi az alan

✓ Diğer ilaçlarla etkileşimi az olan

✓ Düşük maliyetli

✓ Birikici olmayan, kesildikten sonra etkisi ortadan kalkan

✓ Kardiyovaskülerdepresan etkisi az olan

4.3.3.2. Yoğun bakım hastalarında kimyasal tespite yanıtı değiştiren faktörler (Yaşar 2006)

✓ Organ yetmezlikleri
✓ Hastanın yaşı ve kilosu
✓ Önceden ilaçla etkileşim öyküsü
✓ Malnütrisyon durumu
✓ Kullandığı ilaçlar

4.3.3.3. Yoğun bakımda kimyasal tespit amacıyla kullanılan ilaçlar

Büyükfırat ve ark. (2020)' nın yapmış olduğu çalışmada yoğun bakımda kimyasal tespit amacıyla en sık kullanılan ilaçların propofol, deksmedetomidin, midazolam, ketamin ve tiyopentalin olduğu belirtilmiştir (Büyükfırat ve ark. 2020).

✓ Benzodiazepinler (Midazolam, Diazepam)
✓ Barbitüratlar (Tiopental, Metoheksital)
✓ Propofol
✓ FensiklidinDeriveleri (Ketamin)
✓ Opoidler (Morfin, Meperidine, Fentanly, Remifentanly, Tramadol)
✓ Antipsikotikler (Haloperidol)
✓ Santral alfa-agonistleri (klonidin, deksmedetomidin) (Ellett 2010).

4.3.3.3.1. Benzodiazepinler

Anksiyoliz, antegrad, amnezi, antikonvülziyon, hipnoz, kas gevşetici etkileri olan benzodiazepinler (BZN), santral etki gösterirler. Diazepem ve Midazolam en sık kullanılan benzodiazepinlerdir (Atalay ve Öztürk 2015).

Ağrılı işlemlerde tek başına yeterli olmayan; opioidlerle kombine kullanılması gereken midazolamların etki süresi kısadır ve etkisi 1-3 dk' da başlar ve 1 saat kadar devam eder (Moran ve ark. 2013; Olsen ve ark. 2013).

Diazepam: Sersemlik, amnezi ve bilinç kaybı yapan diazepamın etkisi, enjekte edildikten 3-5 dk sonra başlar. Diazepamirritasyona sebep olduğu için geniş venlere uygulanmalıdır. Başka ilaçlarla karıştırılmamalı veya dilüe edilmemelidir. Hipotansiyon, flebit, apne, venöztrombozis gibi komplikasyonları vardır (Fassoulaki ve ark. 2010).

Midazolam: Diazepame göre daha sık tercih edilen ve daha güçlü etkiye sahip olan midazolam kuvvetli etkiye sahip olduğu için tek seferde bolus verilmemeli, yavaş yavaş enjekte edilmelidir. Damarlarda irritasyona sebep olmadığı ve etkisi çabuk başladığı, birikici olmadığı için daha güvenli kullanılmaktadır (Roelofse ve ark 1998; Çağıran ve ark. 2012).

4.3.3.3.2. Barbitüratlar

Analjezi etkisi olmayan, verilen dozuna göre; derin sedasyon, hipnozis, hafıza kaybı ve antikovülsan etkileri olan barbitüratlar, rektal, intramüküler ve intravenöz yollarla uygulanabilmektedir (Çoban ve Özden 2004).

İskelet kaslarda hiperaktivite, dolaşım ekspresyonu, laringospazm, bronkospazm gibi komplikasyonları olan barbitüratlardan en sık kullanılanı metoheksitaldir. Metoheksital, hafıza kaybı oluşturmaz, etkisi kısa süreli ve lokal komplikasyonları diğer barbitüratlara göre daha azdır (Çoban ve Özden 2004; Akyüz 2008; Sandal 2010).

4.3.3.3.3.Propofol

Aktif metabolitleri olmayan, karaciğerde metabolize olan, mükemmel derlenme özelliği olan, kısa etkili, intravenöz uygulanan, hipnotik bir ajandır. %1 ve %2'lik preperatları olan propofolun indüksiyon dozu, 2-2.5 mg kg-1 olup, hastanın durumuna bağlı doz değişimi yapılabilmektedir (Sneyd 2004; Absalom ve ark. 2007; Coşkun ve ark. 2012).

4.3.3.3.4. Ketamin

Kısa ve ağrılı işlemlerde kullanılan ketaminin; sedasyon, hipnoz, disosiyasyon, analjezi ve amnezi etkileri olup, hastalarda transa benzer bir durum yaratır. Hastanın gözleri açıktır, solunum refleksleri sürer, uyanık olarak gözükür fakat sözel ve ağrılı uyaranlara yanıt vermez. İntramüsküler, oral, transmukozal, rektal ve intravenöz yollarla uygulanabilen ketaminin etkisi 30 saniyede başlar ve 5-15 dk devam eder. Hastada psikiyatrik bir durum, intrakranial basınçta artış ve iskemik kalp hastalığı varsa kontraendikedir (Çoban ve Özden 2004, Sarıhasan ve Üstün 2013).

4.3.3.3.5.Opioidler (Narkotikler)

Güçlü analjezik etkisi ve ilaç bağımlılığı yapabilen opioidlerin yaygın depresif etkileri vardır ve bu ilaçlara narkotik analjezikler de denir. Analjezik etkileri santral sinir sistemi üzerindedir (Kılıç 2017).

Laringoskopi, entübasyon ve cerrahi insizyon gibi uygulamalarda kullanılan opioidler, bilinci etkilemeden sürekli ağrıyı önler (Min ve ark. 2010). Yoğun bakım hastalarında hızlı etkili ve komplikasyonu az olduğu için en uygun opioid, fentanildir (Reschreiter ve ark. 2008).En sık kullanılan opioidler; Morfin, Meperidine, Fentanly, Remifentanly, Tramadol'dur (Sarıhasan ve Üstün 2013).

***Morfin*:** İntravenöz ve intramusküler uygulanabilen morfin en eski narkotik analzejiklerden olup; öfori ve sedatif etkileri olan opioidtir. İntravenöz yolla enjekte edildikten 15- 30 dk sonra etkisi pik yapar ve sedasyon halini sürdürebilmek için 10-15 dakikada bir doz tekrarı yapılmalıdır. Komplikasyonları; depresyon, gastrikretansiyon ve ürinerretansiyondur (Sarıhasan ve Üstün 2013).

***Meperidine*:** Öfori, sedasyon, bulantı, kusma, solunum arresti ve miyokart depresyonuna neden olabilen meperidinilerin analjezik etkisi ve süresi, morfine göre daha düşüktür fakat etkisi daha kısa sürede başlar. İntravenöz enjekte edildiği zaman etkisi 2-4 dakika içinde başlayıp, 35-40 dakikaya kadar devam eder (Çoban ve Özden 2004).

Fentanly: İntravenöz yolla enjekte edildiğinde, 1 dakika içinde etkisi başlar, 2-3 saat içinde pik noktaya ulaşır ve etki süresi yaklaşık 30-60 dakikadır. Analjezik olarak kısa süreli girişimlerde kullanılır. Komplikasyonları; bulantı, kusma, kaşıntı, hipotansiyon ve bradikardidir (Çoban ve Özden 2004).

***Remifentanly*:** Atıldığı organdan bağımsız bir şekilde vücuttan uzaklaştığı için diğer opioidlere göre daha avantajlıdır ve ilaç kesildiği an etkisi de geçer. Enjekte edildikten hemen sonra etkisi başlar. Komplikasyonları; apne, bradikardi, hipotansiyon ve solunum arrestidir(Çoban ve Özden 2004).

***Tramadol*:** İlaç bağımlılığının diğer opioidlere göre az olması, solunum arresti yapmaması ve sedatif etki yapmaması ilacın avantajlarıdır. Yaşlılarda, karaciğer ve böbrek yetmezliği olanlarda ve çocuklarda minimal dozlarda uygulanmalıdır. Komplikasyonları; ağız kuruluğu, terleme, halsizlik ve hipotansiyondur (Çoban ve Özden 2004).

4.3.3.4. Kimyasal tespit uygulamasında hemşirelik bakımı

Yoğun bakım ünitelerinde; anksiyete, deliryum gibi hasta güvenliğini tehlikeye sokacak durumları önlemek amacıyla doktor istemiyle kimyasal tespit uygulayan hemşireler; ilaç hazırlamak, ilaç hakkında bilgi sahibi olmak, ilacın hasta üzerindeki etkilerini takip etmek, hatayı bilgilendirme gibi görevlerle yükümlüdür (Aygin Cengiz 2011; Sılay ve Akyol 2017).

Bu doğrultuda;

✓ İlacın kesilmesi gereken durumlar, ilacın etkileri ve yan etkileri bilinmelidir.

✓ Sedasyon altındaki hasta sürekli takip edilmeli, takip edilen parametreler kayıt altına alınmalıdır.

✓ Tedavi planı hasta odaklı olmalıdır.

✓ Yoğun bakımlarda sedasyon planı, takibi ve yönetimi multidisipliner olmalıdır (Sılay ve Akyol 2017).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma yoğun bakımda çalışan hemşirelerin fiziksel ve kimyasal tespit uygulamalarındaki bilgi, tutum ve becerilerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yapıldı.

5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesi'nde Mart- Nisan 2021 tarihleri arasında yapıldı.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Mart- Nisan 2021 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesi'nde yoğun bakımda çalışan 150 hemşire oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise aynı tarihler arasında aynı eğitim ve araştırma hastanesinde Koroner ve Kalp Damar Cerrahisi yoğun bakımlarında çalışan hemşire ünvanında görev yapan örneklem seçme ölçütlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden; Koroner Yoğun Bakım'da çalışan 80, Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım'da çalışan 28 olmak üzere 108 hemşire oluşturdu. Hemşirelerden 24 kişi yıllık izinde, 10 kişi karantinada (Covid 19 geçiren) ve 8 kişi doğum izninde olduğundan evrenin yaklaşık %72'sine ulaşıldı.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- ✓ Yoğun bakımda en az 6 ay çalışmış olmak
- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;

- ✓ Yoğun bakımda 6 aydan daha kısa süredir çalışıyor olmak
- ✓ Araştırmaya katılmaya isteksiz olma

5.4. ARAŞTIRMA SORULARI

1: Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin bilgi, tutum ve davranışları nasıldır?

2: Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kimyasal tespite ilişkin tutum ve davranışları nasıldır?

3: Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel ve kimyasal tespit yönetimini etkileyen bireysel ve çalışma özellikleri nelerdir?

5.5. BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımlı Değişkenler: 'Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere ilişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği' ve 'Sedasyon Uygulama Ölçeği'nden elde edilen puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu), mesleki özellikleri (çalışılan klinik, çalışılan birim, çalışma süresi, çalışma saati,) araştırmadaki bağımsız değişkenlerdir.

5.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verilerinin toplanmasında, "Hemşire Tanıtım Formu (EK 7)", Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (EK 8) ve Sedasyon Uygulama Ölçeği (EK 9) kullanıldı.

5.6.1. Hemşire Tanıtım Formu: Hemşire Tanıtım Formu ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hizmet süresi, hangi yoğun bakımda çalıştığı ve aylık çalışma saatlerini içeren 6 sorudan oluşmaktadır. (Çelik ve ark. 2012; Karagözoğlu ve Özden 2013; Kılıç ve ark. 2018).

5.6.2.Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (EK 8): Hemşirelerin Fiziksel Tespitlerine İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği 1999 yılında Suen tarafından geliştirilmiştir (Suen 1999). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kaya ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,88-0,90

arasında değişmektedir. Ölçek üç bölüm içermektedir. Birinci bölüm; hemşirelerin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin bilgisini ölçen, doğru yanıtın 1, yanlış yanıtın 0 puan olarak değerlendirildiği; 10 doğru ve 1 yanlış soru içeren 11 maddeden oluşmaktadır. Bu bölümün puan sınırları 0-11 arasındadır ve yüksek puan yüksek bilgiyi gösterir. İkinci bölüm; hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutumlarını ölçen 4 aşamalı, 12 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Bu bölümün puan sınırları 12-48 arasında olup; "kesinlikle katılıyorum" 4 puan, "katılıyorum" 3 puan,"katılmıyorum" 2 puan , "kesinlikle katılmıyorum" 1 puan olarak değerlendirilir. Üçüncü bölümde ise; hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulamaları değerlendiren 14 madde bulunmaktadır. 3 aşamalı likert tipi bir ölçek olan bu bölümde; "hiçbir zaman" 1 puan, "bazen" 2 puan, "her zaman" 3 puan verilerek değerlendirilir ve puan sınırları 14- 42 arasındadır. Yüksek puan fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin mükemmel uygulamayı gösterirken, düşük puan uygun olmayan uygulamaya işaret eder (Suen 1999; Kaya ve ark. 2008; Çelik ve ark. 2012; Gürdoğan Paslı ve ark. 2016). Bu çalışma için Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi DüzeyiCronbach alfa güvenirlikkatsayısı 0,80, tutum güvenilirlik katsayısı 0,83, uygulama güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak bulundu. Ölçeğin geçerlik-güvenirliğini yapan yazarlardan e posta yoluyla izin alındı.

5.6.3.Sedasyon Uygulama Ölçeği: Ölçek, 2010 yılında hemşirelerin mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların sedasyon yönetimine ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla Guttormson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Guttormson, 2010). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Korhan Akın ve ark. tarafından (2019) yapılmıştır. Ölçeklikert tipinde olup; maddeleri 1' den 5'e kadar değişen puanlamayla değerlendirilmiştir. Ölçeği oluşturan 20 maddeyi; sedasyon yönetimine ilişkin tutum, davranış, uygulama, uygulamadaki öznel normlar gibi başlıklar meydana getirmektedir. Sedasyon uygulamalarına ilişkin inanç ve tutumlar, sedasyon yönetiminde dışsal faktörler ve sedasyon yönetimi uygulamaları ölçeğin 3 alt başlığını oluşturmuştur. Ölçek alt maddelerinin güvenirlik katsayısı 0.60 ile 0,80 arasında değişmektedir. Alt ölçek puanları, bir alt ölçek içindeki tüm öğelerin puanları eklenerek ve o alt ölçek içinde her yanıtlayan tarafından cevaplanan öğe sayısına bölünerek 1 ile 5 puan arasında hesaplanmaktadır (Korhan Akın ve ark. 2019). Bu çalışma için Sedasyon inanç ve tutumlarına ilişkin cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,84, sedasyon yönetiminde dışsal faktörlere ilişkin güvenilirlik

katsayısı 0,89, sedasyon uygulamalarına ilişkin güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak bulundu. Ölçeğin geçerlik-güvenirliğini yapan yazarlardan e posta yoluyla izin alındı.

5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veriler araştırmacı tarafından belirtilen tarihlerde bir eğitim ve araştırma hastanesi'nde görev yapan hemşirelerle çalışma işleyişleri bozulmayacak şekilde yüz yüze görüşme tekniğiyle toplandı. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler araştırma kapsamına dahil edildi. Anketlerin doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürdü.

5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelendi. İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile-1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (Oneway) Anova testi kullanıldı. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon analizi uygulandı.

5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma sadece bir kurumda yapıldığından araştırma bulguları genellenemez. Hemşirelerin iş yeri ortamından ve iş yoğunluğundan dolayı soruları cevaplamakta isteksiz davranması ve Covid-19 pandemisi araştırma verilerinin toplanması sırasında güçlükler oluşturdu.

5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yapılabilmesi için, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan onay (23/05/2019-E.43329- 20478486-050.04.04) (EK 2) ve araştırmanın yapıldığı hastaneden gerekli onay ve hastanenin bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli onay (14267719-302.14.01-E.46075) (EK 3) alındı. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı ve yapılacaklar anlatılarak sözel onamları ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK 6) kullanılarak yazılı izinleri alındı.

6. BULGULAR

Bu bölümde, hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, ölçek puan ortalamaları, sosyodemografik özelliklerle ölçek puan ortalamaları arasındaki farklar, iki ölçek arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=108)

Tanıtıcı Özellikler		(n)	(%)
Yaş (Ort:28,259±5,849)			
	20-25	37	34,3
	26-30	49	45,4
	30 Üzeri	22	20,4
Cinsiyet			
	Erkek	28	25,9
	Kadın	80	74,1
Medeni Durum			
	Evli	38	35,2
	Bekar	70	64,8
Sosyo Ekonomik Düzey			
	Gelir Giderden Az	35	32,4
	Gelir Gidere Eşit	59	54,6
	Gelir Giderden Fazla	14	13,0
Çocuk Sahibi Olma Durumu			
	Yok	86	79,6
	1 ve Üzeri	22	20,4
Eğitim Düzeyi			
	Lise	28	25,9
	Lisans	68	63,0
	Lisansüstü	12	11,1
Çalışılan Yer			
	Koroner YB	86	79,6
	KVC YB	22	20,4

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Meslekte Çalışma Süresi			
	1-5 Yıl	64	59,3
	5 Yıl Üzeri	44	40,7
Haftalık Çalışma Süresi			
	40 ve Altı	22	20,4
	41-50	31	28,7
	50 Üzeri	55	50,9
Günlük Bakılan Hasta Sayısı			
	1-2	26	24,1
	3-4	67	62,0
	5 ve Üzeri	15	13,9
Çalışma Şekli			
	Hasta Merkezli	85	78,7
	İş Merkezli	23	21,3
İşten Memnuniyet			
	Memnun Değilim	44	40,7
	Kararsızım	43	39,8
	Memnunum	21	19,4

YB: Yoğun Bakım, KVC: Kalp Damar Cerrahisi

Çalışmaya katılan hemşirelerin, %45,4'ünün 26-30 yaş grubu arasında olduğu, %74,1'inin kadın; %64,8'inin bekar; %79,6'sının geliri giderden az, %79,6'sının çocuğunun olmadığı, %63'ünün lisans mezunu olduğu, %79,6'sının koroner yoğun bakımda çalıştığı, %59,3'ünün meslekte 1-5 yıl arasında çalıştığı, %50,9'unun haftalık 50 saat ve üzeri çalıştığı; %62'sinin bir günde 3-4 hasta baktığı, %78,7'sinin hasta merkezli çalıştığı, %40,7'sinin işinden memnun olmadığı bulundu (Tablo 1).

Tablo 2. Fiziksel Tespitlere ilişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamaları

	N	Ort±Ss	Min-Maks	Alpha
Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi	108	7,96±2,73	0,00-11,00	0,806
Fiziksel Tespitlerine İlişkin Tutum	108	32,31±5,97	21,00-48,00	0,836
Fiziksel Tespitlere İlişkin Uygulama	108	36,86±4,55	20,00-42,00	0,841

Hemşirelerin "Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi" puan ortalaması 7,96±2,73, "Fiziksel Tespitlerine İlişkin Tutum" puan ortalaması 32,31±5,97, "Fiziksel Tespitlere İlişkin Uygulama" puan ortalaması 36,86±4,55 olarak saptandı (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı(n=108)

Tanıtıcı Özellikler	**n**	**Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi**	**Fiziksel Tespitlerine İlişkin Tutum**	**Fiziksel Tespitlere İlişkin Uygulama**
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
20-25	37	7,86±2,81	32,59±6,84	36,97±4,23
26-30	49	7,85±2,93	32,18±5,94	36,28±4,66
30 Üzeri	22	8,36±2,12	32,13±4,54	37,95±4,80
F/ p		0,294/0,746	0,061/0,941	1,037/0,358
Cinsiyet				
Erkek	28	7,07±3,36	34,25±7,13	36,21±5,69
Kadın	80	8,27±2,41	31,63±5,40	37,08±4,09
t/p		-2,037/0,090	2,019/0,085	-0,872/0,385
Medeni Durum				
Evli	38	8,34±2,26	32,97±6,47	37,60±3,95
Bekar	70	7,75±2,94	31,95±5,70	36,45±4,82
t/p		1,064/0,290	0,843/0,401	1,255/0,212

Tablo 3. (Devamı) Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=108)

Tanıtıcı Özellikler	n	Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi	Fiziksel Tespitlerine İlişkin Tutum	Fiziksel Tespitlere İlişkin Uygulama
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Sosyoekonomik Durum				
Gelir Giderden Az (1)	35	8,08±2,61	34,22±6,31	37,00±3,92
Gelir Gidere Eşit(2)	59	8,30±2,55	31,61±5,89	37,39±4,58
Gelir Giderden Fazla(3)	14	6,21±3,23	30,50±4,34	34,28±5,29
F/p PostHoc=		3,528/0,033* 1> 3, 2 > 3 (p<0,05)	2,955/0,056	2,739/0,069
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Yok	86	7,79±2,85	31,88±5,74	36,60±4,65
1 ve Üzeri	22	8,63±2,08	34,00±6,67	37,86±4,06
t/p		1,300/0,196	-1,491/0,139	1,159/0,249
Eğitim Durumu				
Lise (1)	28	6,67±3,65	32,42±5,90	34,03±5,47
Lisans (2)	68	8,33±2,29	32,20±5,85	37,60±3,99
Lisansüstü (3)	12	8,83±1,33	32,66±7,27	39,25±1,05
F/p PostHoc=		4,645/0,012* 2 > 1, 3 > 1 (p<0,05)	0,036/0,964	9,153/0,000* 2 > 1, 3 > 1 (p<0,05)
Çalışılan Yer				
Koroner YB	86	7,95±2,73	32,02±5,95	36,74±4,65
KVC YB	22	8,00±2,79	33,45±6,06	37,31±4,21
t/p		0,071/0,944	-1,002/0,318	-0,526/0,600

Tablo 3. (Devamı) Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=108)

Tanıtıcı Özellikler		Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi	Fiziksel Tespitlerine İlişkin Tutum	Fiziksel Tespitlere İlişkin Uygulama
Meslekte Çalışma Süresi				
1-5 Yıl	64	7,78±2,64	31,76±5,75	36,87±3,84
5 Yıl Üzeri	44	8,22±2,86	33,11±6,26	36,84±5,47
t/p		-0,833/0,407	1,154/0,251	0,038/0,970
Haftalık Çalışma Süresi				
40 ve Altı	22	8,90±2,20	32,13±4,23	37,90±3,36
41-50	31	7,54±3,06	30,06±5,38	35,93±4,85
50 Üzeri	55	7,81±2,68	33,65±6,55	36,96±4,75
F/p		1,781/0,174	3,776/0,226	1,242/0,293
Günlük Bakılan Hasta Sayısı				
1-2	26	32,76±6,18	8,69±3,17	36,73±4,98
3-4	67	7,58±2,69	32,43±6,08	36,59±4,62
5 ve Üzeri	15	8,40±1,68	31,00±5,25	38,26±3,28
F/p=		1,798/0,171	0,447/0,641	0,835/0,437
Çalışma Şekli				
Hasta Merkezli	85	7,84±2,73	32,02±5,99	36,91±4,63
İş Merkezli	23	8,39±2,74	33,39±5,89	36,65±4,34
t/p		-0,847/0,399	-0,974/0,332	0,247/0,805
İşten Memnuniyet				
Memnun Değilim	44	8,22±2,52	32,95±7,00	37,36±3,23
Kararsızım	43	7,46±2,92	31,97±5,51	35,93±5,75
Memnunum	21	8,42±2,71	31,66±4,46	37,71±3,95
F/p		1,231/0,296	0,440/0,645	1,551/0,217

YB: Yoğun Bakım, KVC: Kalp Damar Cerrahisi *p<0,05Tablo 3' de hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırıldı. Fiziksel tespitlere ilişkin bilgi, tutum, uygulama puan ortalamaları yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışılan birim, meslekte çalışma süresi, günlük bakılan hasta sayısı, çalışma şekli ve meslekten memnuniyet değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermediği (p>0,05); hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamaları sosyoekonomik düzey değişkenine göre incelendiğinde, geliri giderden az olanların

geliri giderden fazla olanlardan, gelir gidere eşit olanların gelir giderden fazla olanlardan yüksek olduğu ($p<0,05$) ancak sosyoekonomik düzey ile fiziksel tespite ilişkin tutum uygulamasının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin bilgi düzeyi ve uygulama puan ortalamaları lise mezunu hemşirelerden yüksek ($p<0,05$) iken; tutum puan ortalamaları ile eğitim düzeyiarasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Hemşirelerin fiziksel tespit bilgi düzeyi ve uygulama puan ortalamaları haftalık çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına karşın ($p>0,05$) haftalık 50 saat ve üzeri çalışan hemşirelerin tutum puan ortalaması haftalık 41-50 saat arası çalışan hemşirelerden yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4. Sedasyon Uygulama Ölçeği Puan Ortalamaları

	n	Ort±Ss	Min.-Maks	Alpha
Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutumlar	108	4,09±0,72	2,00-5,00	0,847
Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler	108	3,07±0,96	1,43-5,00	0,899
Sedasyon Yönetimi Uygulamaları	108	3,89±0,60	2,80-5,00	0,876

Hemşirelerin "Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutumlar" puan ortalaması 4,09±0,72, "Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler" puan ortalaması 3,07±0,96, "Sedasyon Yönetimi Uygulamaları" puan ortalaması 3,895±0,604 olarak saptandı.

Tablo 5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sedasyon Uygulama Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=108)

Tanıtıcı Özellikler		n	Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutumlar	Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler	Sedasyon Yönetimi Uygulamaları
Yaş			Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
	20-25	37	4,28±0,64	3,13±1,08	4,04±0,58
	26-30	49	3,99±0,76	3,11±0,98	3,88±0,67
	30 Üzeri	22	3,98±0,70	2,90±0,70	3,65±0,34
F/p			2,149/0,122	0,416/0,661	2,990/0,055
Cinsiyet					
	Erkek	28	3,96±0,83	3,08±1,11	3,81±0,59
	Kadın	80	4,13±0,67	3,07±0,91	3,92±0,60
t/p			-1,081/0,282	0,031/0,975	-0,824/0,412
Medeni Durum	Evli	38	4,11±0,81	3,11±0,90	3,84±0,57
	Bekar	70	4,08±0,67	3,05±1,00	3,92±0,62
t/p			0,197/0,845	0,314/0,754	-0,607/0,545
Sosyoekonomik Düzey					
Gelir Giderden Az		35	4,09±0,79	3,17±1,12	3,94±0,51
Gelir Gidere Eşit		59	4,11±0,67	3,09±0,90	3,93±0,65
Gelir Giderden Fazla		14	4,00±0,79	2,78±0,78	3,62±0,54
F/p			0,131/0,878	0,805/0,450	1,684/0,191
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
	Yok	86	4,10±0,68	3,06±0,98	3,93±0,62
	1 ve Üzeri	22	4,03±0,87	3,13±0,91	3,74±0,49
t/p			0,441/0,660	-0,288/0,774	1,309/0,193
Eğitim Düzeyi					
	Lise	28	4,17±0,65	2,87±0,99	3,88±0,51
	Lisans	68	4,02±0,75	3,09±0,95	3,88±0,65
	Lisansüstü	12	4,29±0,67	3,41±0,94	3,99±0,53
F=/p			0,953/0,389	1,364/0,260	0,169/0,844

Tablo 5. (Devamı) Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sedasyon Uygulama Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutumlar	Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler	Sedasyon Yönetimi Uygulamaları
Çalışılan Yer				
Koroner YB	86	4,11±0,72	3,08±0,99	3,89±0,64
KVC YB	22	4,01±0,72	3,06±0,88	3,88±0,42
t/p		0,551/0,583	0,064/0,949	0,117/0,882
Meslekte Çalışma yılı				
1-5 Yıl	64	4,14±0,70	3,07±1,04	3,94±0,64
5 Yıl Üzeri	44	4,01±0,74	3,08±0,86	3,82±0,54
t/p		0,906/0,367	-0,068/0,946	1,004/0,318
Haftalık Çalışma Süresi				
40 ve Altı (1)	22	4,02±0,60	3,01±0,77	3,94±0,64
41-50 (2)	31	3,90±0,70	2,71±0,83	3,68±0,47
50 Üzeri (3)	55	4,22±0,75	3,30±1,04	3,99±0,63
F/p		2,131/0,124	3,994/0,021*	2,905/0,059
PostHoc=			3 > 2 (p<0,05)	
Günlük Bakılan Hasta Sayısı				
1-2	26	3,90±0,74	3,31±0,96	3,92±0,62
3-4	67	4,15±0,72	2,97±0,97	3,89±0,61
5 ve Üzeri	15	4,11±0,66	3,11±0,91	3,85±0,52
F/p		1,184/0,310	1,206/0,303	0,063/0,939
Çalışma Şekli				
Hasta Merkezli	85	4,12±0,74	3,05±0,98	3,92±0,62
İş Merkezli	23	3,98±0,62	3,16±0,92	3,77±0,52
t/p		0,789/0,432	-0,472/0,638	1,128/0,262
İşten Memnuniyet				
Memnun Değilim	44	4,18±0,76	3,25±1,08	3,97±0,63
Kararsızım	43	4,00±0,70	2,92±0,86	3,77±0,62
Memnunum	21	4,07±0,66	3,00±0,89	3,99±0,45
F/p		0,696/0,501	1,341/0,266	1,575/0,212

YB: Yoğun Bakım, KVC: Kalp Damar Cerrahisi, p<0,05

Tablo 5'de hemşirelerin Sedasyon Ölçeği puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırıldı. Hemşirelerin sedasyon uygulamalarına ilişkin inanç ve tutumlar, dışsal faktörler, sedasyon yönetimi uygulamaları puan ortalamaları yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik düzey, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, çalışılan yer, günlük bakılan hasta sayısı, çalışma şekli, meslekten memnuniyet değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu ($p>0,05$). Hemşirelerin sedasyon yönetiminde dışsal faktörler puan ortalamaları ile haftalık çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p<0,05$). Haftalık çalışma süresi 50 saat ve üzeri olan hemşirelerin, sedasyon ölçeği puan ortalamaları haftalık çalışma süresi 41-50 saat olan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptandı. Buna karşın; hemşirelerin sedasyon uygulamalarına ilişkin inanç ve tutumlar, sedasyon yönetimi uygulamaları puan ortalamaları ile haftalık çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı($p>0.05$).

Tablo 6. Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği ile Sedasyon Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi (n=108)

		Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi	Fiziksel Tespitlerine İlişkin Tutum	Fiziksel Tespitlere İlişkin Uygulama	Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutumlar	Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler	Sedasyon Yönetimi Uygulamaları
Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi	r	1,000					
	p	0,000					
Fiziksel Tespitlerine İlişkin Tutum	r	0,194*	1,000				
	p	0,044	0,000				
Fiziksel Tespitlere İlişkin Uygulama	r	0,628**	0,113	1,000			
	p	0,000	0,243	0,000			
Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç Ve Tutumlar	r	0,059	0,113	0,115	1,000		
	p	0,541	0,243	0,237	0,000		
Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler	r	0,307**	0,476**	0,229*	0,371**	1,000	
	p	0,001	0,000	0,017	0,000	0,000	
Sedasyon Yönetimi Uygulamalar	r	0,245*	0,227*	0,315**	0,326**	0,170	1,000
	p	0,011	0,018	0,001	0,001	0,079	0,000

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

Fiziksel tespitlere ilişkin bilgi, tutum, uygulama ile sedasyon uygulamalarına ilişkin inanç ve tutumlar, dışsal faktörler, uygulamaları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde;

Fiziksel tespitlerine ilişkin tutum ile fiziksel tespitlere ilişkin bilgi arasında (r=0,194- p=0,044), fiziksel tespitlere ilişkin uygulama ile fiziksel tespitlere ilişkin bilgi arasında (r=0.628- p=0,000) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Fiziksel tespitlere ilişkin uygulama ile tutum arasında (r=0,113 - p= 0,243) bir ilişki bulunmadı.

Sedasyon yönetiminde dışsal faktörler ile fiziksel tespitlere ilişkin bilgi arasında (r=0,307 -p=0,001), sedasyon yönetiminde dışsal faktörler ile fiziksel tespitlerine ilişkin tutum arasında (r=0,476-p=0,000), sedasyon yönetiminde dışsal faktörler ile fiziksel tespitlere ilişkin uygulama arasında (r=0,229-p=0,017), sedasyon yönetiminde dışsal faktörler ile sedasyon uygulamalarına ilişkin inanç ve tutumlar arasında (r=0,371-p=0,000), sedasyon yönetimi uygulamaları ile fiziksel tespitlere ilişkin bilgi arasında (r=0,245- p=0,011), sedasyon yönetimi uygulamaları ile fiziksel tespitlerine ilişkin tutum arasında (r=0,227-p=0,018), sedasyon yönetimi uygulamaları ile fiziksel tespitlere ilişkin uygulama arasında (r=0,315-p=0,001), sedasyon yönetimi uygulamaları ile sedasyon uygulamalarına ilişkin inanç ve tutumlar arasında (r=0,326- p=0,001) pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Sedasyon yönetiminde dışsal faktörlerle sedasyon yönetimi uygulamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmadı (p>0,05).

7.TARTIŞMA

Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda, bakım ve tedavinin sürdürülmesi, hasta konforunun ve güvenliğinin sağlanması gibi amaçlarla kullanılan kısıtlama uygulamasının, kullanılan materyallerin uygunsuz kullanılması ya da prosedürlere uyulmaması gibi sebeplerle, yoğun bakım hastalarında olumsuz sonuçlara sebep olabileceği görülmüştür (Eşer ve Hakverdioğlu 2006; Eşer ve ark. 2007).

Özdelikara ve Kaya (2018); kısıtlamanın doğru şekilde yapıldığında ve bazı protokoller takip edildiğinde hastanın iyileşme sürecine destek sağlayacak bir uygulama olduğunu ve kısıtlama uygulayacak olan hemşirelerin kısıtlama sürecini sağlıklı yönetmeleri için yasal yükümlülüklerinin farkında olmaları gerektiğini savunmuştur (Özdelikara ve Kaya 2018).

Yoğun bakım ünitelerinde; hasta güvenliğinin sürdürülmesi, konforun sağlanması, fiziksel ve kimyasal tespit komplikasyonlarının en aza indirgenmesi ve kısıtlamanın bakım sürecine destek sağlaması için hemşirelerin; fiziksel ve kimyasal tespit yönetiminde bilgi, tutum ve davranışları önemlidir (Karagözoğlu ve Özden 2013; Paslı Gürdoğan ve ark. 2016; Göktaş ve Buldukoğlu 2017; Sılay ve Akyol 2017; Özdelikara ve Kaya 2018).

Bu doğrultuda yapmış olduğumuz çalışmamızda; yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel ve kimyasal tespit ediciler konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla; hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile fiziksel tespit bilgi, tutum ve davranışları ve kimyasal tespit, tutum ve uygulamaları arasındaki ilişki tartışıldı.

7.1.FİZİKSEL TESPİTE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM ve UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI

Araştırmamızda Hemşirelerin "Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi" ortalaması 7,96±2,73(Min=0; Maks=11), "Fiziksel Tespitlerine İlişkin Tutum" ortalaması

32,31±5,97 (Min=12; Maks=48) "Fiziksel Tespitlere İlişkin Uygulama" ortalaması 36,86±4,55 (Min=14; Maks=42) olarak saptandı.

Gürdoğan ve ark. (2016)'nın yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi puan ortalamaları 7,6±1,6 olup iyi düzeyde bulunmuştur (Gürdoğan ve ark. 2016). Bununla birlikte Orhan ve Yakut (2012) bilgi puan ortalamasını 5,9±1,6 şeklinde ve yüksek düzeyde, Kaya ve ark. (2008) 9,75±1,17 şeklinde ve iyi düzeyde olduğunu bulmuşlardır (Kaya ve ark. 2008; Orhan ve Yakut (2012). Wang ve ark. (2019) hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek düzeyde olduğunu belirtmiştir (Wang ve ark. 2019). Mehrok ve ark. (2021) hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgilerinin 13,7 ± 1,9 ve iyi düzeyde olduğunu bulmuşlardır (Mehrokve ark.. 2021). Pradhan ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin %47,9'unun fiziksel tespit uygulamasına ilişkin bilgi düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu bulunmuştur (Pradhan ve ark. 2019). Çalışma sonuçlarımız literatürü destekler niteliktedir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin bilgi düzeylerinin ortalamanın üstünde bulunması, % 63'ünün lisans mezunu olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gül ve Kavak (2019) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi düzeyi puan ortalaması 2,56±1,56 şeklinde ve düşük düzeyde bulunmuştur (Gül ve Kavak 2019). Hakverdioğlu ve ark. (2006) fiziksel tespit uygulamasının komplikasyonları ve fiziksel tespit uygulanan hastanın bakımına ilişkin bilgi düzeyinin düşük olduğunu saptamıştır (Hakverdioğlu ve ark. 2006). Bizim çalışmamızda hemşirelerin "Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi" ortalaması 7,96±2,73 ortalamanın üstünde bulundu. Bu çalışma sonuçları bulgularımızla benzerlik göstermemektedir.

Çalışmamızda ''Fiziksel Tespitlerine İlişkin Tutum" puan ortalaması 32,31±5,97 ortalamanın üstünde bulundu. Orhan ve Yakut (2012) ise yapmış oldukları çalışmada tutum puan ortalamasını 17,5±2,7 bularak hemşirelerin olumlu tutum sergilemelerinin orta düzeyde olduğunu bulmuşlardır (Orhan ve Yakut 2012). Bununla birlikte litaratür incelendiğinde çalışmamıza paralel olarak hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin tutumları olumlu bulunmuştur (Kaya ve ark.2008; Huang 2009; Çelik ve ark. 2012). Wang ve ark. (2019) hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin tutumlarının kararsızım aralığında yer aldığı, bu durumda hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına yönelik olumlu ya da olumsuz bir tutum sergilemedikleri bulgusu elde edilmiştir (Wang ve ark. 2019). Mehrok ve ark. (2021) hemşirelerin

fiziksel tespit kullanımına yönelik tutumlarının 35,1 ± 4,7 olduğunu; hemşirelerin %49'unun tutumlarının olumlu iken, %51'inin olumsuz olduğunu belirlemiştir (Mehrok ve ark. 2021). Kassew ve ark. (2020) çalışmalarında hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin tutumlarının 33,73 ± 6,50 şeklinde ve iyi düzeyde olduğunu belirlemiştir (Kassew ve ark. 2020). Benzer şekilde Azab ve Negm (2013) hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına ilişkin tutumlarının iyi düzeyde olduğu bulgusuna ulaşmıştır (Azab ve Negm 2013). Eskandari ve ark. (2018) çalışmalarında hemşirelerin fiziksel tespite yönelik bilgi ve tutumlarının orta düzeyde olduğunu bildirmişlerdir (Eskandari ve ark. 2018).

Çalışmamızda hemşirelerin fiziksel tespit uygulama puan ortalaması 36,86 ±4,55 bulundu. Eşer ve ark. (2007), Hakverdioğlu ve ark. (2006), Akansel (2007)'nın yapmış oldukları çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin uygulamaların çalışmamıza paralel olarak yüksek olduğu bulunmuştur (Hakverdioğlu ve ark. 2006; Akansel 2007; Eşer ve ark. 2007).

Werner ve Mendelsson (2001) hemşirelerin tutumları ile fiziksel tespit uygulamaları arasında doğrudan bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Werner ve Mendelsson 2001). Çalışmamız sonucuna göre de fiziksel tespite ilişkin bilgi düzeyi ve tutum ile fiziksel tespite ilişkin bilgi ve uygulama arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulundu. Literatürde yer alan bu bilgiler ve yapmış olduğumuz çalışma doğrultusunda; fiziksel tespit uygulamasının değerlendirilmesinde, hemşirelerin sahip olduğu bilgi düzeyinin etkili olduğunu söylemek mümkündür. Bu durumda hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin daha fazla eğitim almaları sağlanarak uygulama ve tutum durumlarının geliştirilebileceği düşünülmektedir.

7.2. HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE FİZİKZEL TESPİTLERE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ, TUTUM ve UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI

Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalar, tespit biçimlerinin dünyada ve ülkemizde çok sık kullanıldığını ancak hemşirelerin; hasta tespitine ilişkin bilgi düzeyinin yeterli olmadığını, tespit komplikasyonlarını bilmediğini ve hekim istemi olmadan hastaya kısıtlama uyguladığını, kısıtlama öncesi alternatif yöntemleri bilmediğini ve uygulamadığını göstermektedir (Karagözoğlu ve Özden 2013; Paslı Gürdoğan ve ark. 2016; Özdelikara ve Kaya 2018).

Araştırmamızda; hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının istatistiksel anlamda yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği bulundu($p>0,05$). Taha ve Ali (2013)yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin yaş ortalamalarının fiziksel tespitle ilgili bilgi ve uygulamaları üzerinde hiçbir etkisinin olmadığını belirtmiştir (Taha ve Ali 2013). Orhan ve Yakut'un (2012) çalışmasında da çalışmamıza paralel olarak yaş ortalamasının bilgi, tutum ve uygulama puanı arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır (Orhan ve Yakut 2012).

Araştırmamızda, hemşirelerin fiziksel tespitlere ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının cinsiyet değişkenine göre istatistiksel anlamda farklılık göstermediği bulundu ($p>0,05$). Araştırma sonucunun; araştırmaya katılanların %74,1 gibi yüksek bir oranla kadın olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü. Benzer şekilde, Suen (1999) çalışmasında cinsiyet ile bilgi tutum ve uygulama puanı arasında anlamlı ilişki olmadığını bildirmiştir (Suen 1999). Taha ve Ali'nin (2013) çalışmasında hemşirelerin cinsiyetinin, fiziksel tespit uygulamalarına; Hamers ve ark.'nın (2009) çalışmasında hemşirelerin cinsiyetinin fiziksel tespit tutumlarına etkisinin olmadığını belirtmiştir (Hamersve ark. 2009; Taha ve Ali 2013). Orhan ve Yakut (2012)'un çalışmasında ise erkek hemşirelerin bilgi düzeyi kadın hemşirelerden anlamlı derecede yüksek iken, tutum ve uygulama puanına cinsiyetin etkisinin olmadığı bulunmuştur (Orhan ve Yakut 2012). Başka bir çalışmada ise erkeklerde, fiziksel tespite yönelik bilgi düzeyi ve uygulamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Gül ve Kavak 2019).

Araştırmamızda fiziksel tespitlere ilişkin bilgi, tutum ve uygulama puan ortalamaları medeni durum ve çocuk sahibi olma değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Araştırmamıza paralel olarak Kaya ve ark (2008)'nın çalışmasında da medeni durum ile bilgi, tutum ve uygulama puanları arasında anlamlı ilişki bulamamıştır (Kaya ve ark. 2008). Ancak Suen (1999) ile Taha ve Ali (2013) çalışmalarında hemşirelerin medeni durumunun bilgi puanı üzerinde etkisi olduğunu bulmuş, Taha ve Ali (2013) bekar olanlara göre farklı sorumlulukları olabileceğinden, evli olanların bilgi puanının düşük olduğunu ifade etmiştir (Suen 1999; Taha ve Ali 2013). Başka bir çalışmada ise; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre fiziksel tespite yönelik tutumları incelendiğinde; medeni durum ile tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Evlilerde, uzun süre hemşirelik yapanlarda ve yoğun bakımda çalışanlarda fiziksel tespite yönelik tutumların daha olumlu olduğu belirlenmiştir (Gül ve Kavak 2019).

Araştırmamızda fiziksel tespitlere ilişkin bilgi puanları sosyoekonomik düzey değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (F=3,528; p=0,033<0,05). Geliri giderden az olanların ve geliri gidere eşit olanların fiziksel tespitlere ilişkin bilgi puan ortalamaları, gelir giderden fazla olanlardan yüksek bulundu. Ancak fiziksel tespite ilişkin tutum ve uygulamalara ilişkin ekonomik düzey değişkenine göre anlamlı farklılık bulunamadı. Literatür incelendiğinde gelir durumu ile hemşirelerin fiziksel tespite yönelik bilgi tutum ve uygulamalarını inceleyen bir çalışma bulunamadı. Bu bulgular doğrultusunda; hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarıyla ilgili yapılacak olan çalışmalarda, sosyoekonomik düzey değişkeni ile incelenip farklı sonuçlara ulaşılması durumunda literatüre katkı sağlanabileceği düşünüldü.

Araştırmamızda hemşirelerin fiziksel tespitlere ilişkin bilgi puan ortalamaları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F=4,645; p=0,012<0,05). Eğitim düzeyi lisans ve lisansüstü olan hemşirelerin fiziksel tespitlere ilişkin bilgi puan ortalamaları; lise mezunu hemşirelere göre dahayüksek bulundu (p<0,05). Çalışmamızda bulduğumuz sonuç; lisans ve lisansüstü eğitimin önemini vurgulamaktadır.

Hemşirelerin fiziksel tespitlerine ilişkin tutum puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü(p>0,05).

Araştırmamızda hemşirelerin fiziksel tespitlere ilişkin uygulama puan ortalamaları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F=9,153; p=0<0,05). Eğitim düzeyi lisans ve lisansüstü olan hemşirelerin fiziksel tespitlere ilişkin uygulama puan ortalamaları lise mezunu hemşirelere göre daha yüksek bulundu (p<0,05). Farkın nedeninin lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünüldü.Bazı durumlarda hayat kurtarıcı olabilen ve hastanın güvenliği için kullanılması gereken tespit uygulamasının; uygulanması gereken durumları, kontrendikasyonları ve komplikasyonları bilinerek sadece zorunlu hallerde kullanılması için kısa ve uzun vadeli politikalar geliştirilmeli ve bütün personele tespite yönelik kapsamlı eğitim verilmelidir (Göktaş ve Buldukoğlu 2017). Kılıç ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %41,1'inin fiziksel tespit konusunda eğitim almış olduğunu saptamışlardır (Kılıç ve ark. 2018). Pradhanve ark.. (2019) tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelerin %81,2'si fiziksel tespit ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı bulunmuştur (Pradhan ve ark. 2019). Gürdoğan ve ark.

(2016)'nın yapmış oldukları çalışmada sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin, fiziksel tespite ilişkin daha olumsuz tutuma sahip olduğu bulunmuştur (Gürdoğan ve ark. 2016). Bununla birlikte hemşirelerin fiziksel tespit ile ilgili eğitim alma durumuna göre bilgi ve uygulama puanlarının değiştiği, eğitim almayanların bilgi ve uygulama puanları; eğitim alan hemşirelerin puanlarından düşük olduğu bulunmuştur. Suen ve ark. (2006)'nın çalışmasında hemşirelerin eğitim durumu ile fiziksel tespit kullanımına ilişkin tutumları arasında farklılık bulunması, Huang ve ark. (2009)'nın çalışmasında ise fiziksel tespit ile ilgili verilen eğitimin hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulama puanlarını arttırdığının belirtilmesi bizim bulgularımızla paralellik göstermekte olup, fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarda eğitimin çok önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmıştır (Suen ve ark. 2006; Huang ve ark. 2009; Gürdoğan ve ark. 2016).

Çalışmamızda hemşirelerin fiziksel tespitlere ilişkin bilgi, tutum ve uygulama puan ortalamaları meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir($p>0,05$). Hemşirelerin fiziksel tespitlere ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamaları haftalık çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermezken ($p>0,05$); fiziksel tespitlerine ilişkin tutum puan ortalamaları haftalık çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir($p<0,05$). Haftalık çalışma süresi 50 saat üzeri olanların fiziksel tespitlerine ilişkin tutum puan ortalamalarının, haftalık çalışma süresi 41-50 saat olanlardan daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Çelik ve ark (2012) 10 yıl üzerinde görev yapan ve haftalık 40-48 saat çalışan hemşirelerin uygulamalarının daha iyi olduğunu bildirmelerine karşı; literatür incelendiğinde diğer çalışmalarda yaş ve çalışılan süre ile bilgi, tutum ve uygulama puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Çelik ve ark. 2012; Orhan ve Yakut 2012; Taha ve Ali 2013). Suen (1999), Suen ve ark. (2006) çalışma yılı ile bilgi puanı arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmişlerdir (Suen 1999; Suen ve ark. 2006). Araştırmamızın bulguları ve literatür incelendiğinde; yaş, tecrübe ve haftalık çalışma süresinin, fiziksel tespit bilgi, tutum ve uygulamaları üzerinde etkisi olduğu görülmüş olup; haftalık 50 saat ve üzeri çalışan hemşirelerin hastayla daha fazla vakit geçirdiği ve hasta ajitasyonuna daha fazla maruz kaldığı için tutumlarının daha yüksek olabileceği düşünüldü.

7.3.SEDASYON UYGULAMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamızda Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutumlar puan ortalaması 4,09± 0,72, Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler puan ortalaması 3,07 ± 0,96 ve Sedasyon Yönetimi Uygulamaları puan ortalaması 3,89 ± 0,60 bulundu.

Tespit kullanımında hemşire ve hekimin eğitim konusunda desteklenmesi gerektiği ve personelinin deneyimi, klinik olanaklarının etkin rol oynadığı görülmektedir (Kontio ve ark. 2009; Moosa ve ark. 2009). Kontio ve ark. (2009) yaptıkları araştırmada, hemşire ve hekimin tespit uygulamasıyla ilgili, hastane içinde uygulamalı ve sürekli verilen eğitimin gerekliliğini vurgulamış, verilen eğitim ile bilgi ve deneyimin arttığı; böylelikle sağlık personelinin işinde doyum kazandığı ve mesleki tükenmişliğin daha az yaşandığı saptanmıştır (Kontiove ark.. 2009). Moosa ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2009) ise tespitin etkin kullanılamamasını donanımların, personel sayısının ve personele tespitin kullanımına ilişkin verilen eğitimin istenen ölçüde olmamasına bağlamışlardır (Moosa ve ark. 2009).

Ucun ve ark. (2015)' nın yapmış olduğu çalışmada; gece ve gündüz çalışan hemşirelerin %34,4'ünün fiziksel, %65,6'sının kimyasal tespit kullandığını, sadece gece çalışan hemşirelerin %77,8'inin fiziksel, %22,2'sinin kimyasal tespit kullandığı bulunmuşken; Van Norman ve Palmer (2001)'ın çalışmasında kimyasal tespit kullanımının fiziksel tespit kullanımından yüksek (%34) olduğu bulunmuştur (Van Norman ve Palmer 2001; Ucun ve ark. 2015). Literatür incelendiğinde; İngiltere'de kimyasal tespit uygulamasının, diğer Avrupa ülkelerinden daha yaygın kullanıldığı bulunmuş olup, Türkiye'de hemşirelerin kimyasal tespit kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarının araştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır (Brayve ark.. 2004; Karaca ve Özkan 2018).

Çalışmamızın bulguları ve yapılan diğer çalışmalar doğrultusunda kimyasal tespitin yanlış ve gereksiz kullanımını önlemek için, hemşirelerin sedayson yönetiminde bilgi sahibi olması gerektiğini söylemek mümkündür (Wit ve ark. 2008; Aydın ve Çelik 2017).

7.4.HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE SEDASYON UYGULAMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI

Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların tedavi uygulamalarında yer alan, özellikle mekanik ventilatöre bağlı olan hastaların %90'ına uygulanan kimyasal tespit uygulamasının, tespit türlerinin ve yasal sorumluluklarının; hasta güvenliğinde ve hastalara kaliteli bakım sağlanmasında birinci derece sorumlu olan hemşireler tarafından bilinmesi oldukça önemlidir (Korhan ve ark. 2013; Aydın ve Çelik 2017; Sılay ve Akyol 2017; Karaca ve ark. 2021). Buna karşın özellikle kimyasal tespit uygulamalarına ilişkin çalışmalar ülkemizde oldukça azdır (Karaca ve ark. 2021).

Çalışmamızda kimyasal tespite ilişkin tutum ve uygulamaların; yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik düzey, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, çalışılan birim, meslekte çalışma süresi, günlük bakılan hasta sayısı, çalışma şekli ve işten memnuniyet gibi sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulundu($p>0.05$).

Çalışmamızdan farklı olarak Ucun ve ark. (2015)'ları yapmış oldukları çalışmada kısıtlama yöntemlerinin uygulamalarıyla, çalışma saati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamışlardır (Ucun ve ark. 2015). Lai (2007) çalışmasında nöbet usulü çalışan hemşirelerin, gece mesaisinin kendilerini strese soktuğu için, gece nöbetlerinde gereğinden fazla kısıtlama uyguladıklarını belirtmiştir (Lai 2007). Sercan ve Bilici (2009) ise personel eksikliğinden dolayı, kısıtlamanın %56'sının gece nöbetinde uygulandığını belirtmiştir (Sercan ve Bilici 2009). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin; hastaların sedasyon ihtiyacını belirlemede ve yönetmede yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları bildirilmiştir (Girardve ark.. 2001; Korhan 2012).

Araştırmamızda hemşirelerin Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler puan ortalamaları haftalık çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=3,994$; $p<0.05$). Haftalık çalışma süresi 50 saat üzeri olanların sedasyon yönetiminde dışsal faktörler puan ortalamaları haftalık çalışma süresi 41-50 saat olanlardan daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Bu farkın hemşirenin hastayla daha uzun vakit geçirmesinden ve hastanın kendi güvenliğini tehlikeye sokan hareketlerine daha fazla maruz kalmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hemşirelerin Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutumlar ve Sedasyon Yönetimi Uygulamaları puan ortalamaları haftalık çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

7.5. FİZİKSEL TESPİTE İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM ve UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ ile SEDASYON UYGULAMA ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda fiziksel tespitlere ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalar, sedasyon uygulamalarına ilişkin inanç ve tutumlar, sedasyon yönetiminde dışsal faktörler, sedasyon yönetimi uygulamaları, arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler ile Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulama arasında pozitif; Sedasyon Yönetimi Uygulamaları ile Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulama arasında pozitif korelasyon bulundu.

Günümüzde yoğun bakım hastalarında daha hafif ve aralıklı sedasyon stratejisinin kullanılmasına yönelik mevcut eğilimin, uyanık hastalarda fiziksel tespit uygulamasına olan gerekliliği arttırdığı belirtilmektedir (Aydın ve Çelik 2017). Literatür incelendiğinde; kimyasal tespitin, fiziksel tespite alternatif veya ek bir yöntem olarak düşünüldüğü için; fiziksel ve kimyasal tespitin bir arada kullanıldığı uygulamalar da görülmüştür (Benbenbishty ve ark. 2010; Kısacık ve Coğşun 2019). Bu çalışmayı destekler nitelikte yapılmış başka bir çalışmada da; mekanik ventilatöre bağlı hastaların kendi kendilerine entübasyon tüpünü çekmemeleri adına, fiziksel tespitin kimyasal tespitle kombine kullanıldığı belirtilmiştir (Johnsonve ark.. 2016). Yapılan bu çalışmalar doğrultusunda; fiziksel tespite ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarla, kimyasal tespit tutum ve uygulamaları arasında pozitif yönde korelasyon çıkmasının sebebinin; yoğun bakım hastalarında kullanılan tespit yöntemlerinin bir arada uygulanması olduğu düşünülmektedir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. SONUÇLAR

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin fiziksel ve kimyasal tespit ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemek amacı ile yapılan çalışma sonucunda;

✓ Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının ortalamanın üstünde olduğu,

✓ Yoğun bakım hemşirelerinin sosyoekonomik durumunun fiziksel tespit bilgi puan ortalamalarını; eğitim düzeylerinin, bilgi ve uygulamalarını; haftalık çalışma sürelerinin ise tutum puanlarını etkilediği,

✓ Yoğun bakım hemşirelerinin, Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutumlar, Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler ve Sedasyon Yönetimi Uygulamaları puan ortalamalarının ortalamanın üstünde olduğu,

✓ Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinden haftalık çalışma süresi ile Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler puan ortalaması arasındaki ilişki hariç, Sedasyon Uygulamalarına İlişkin İnanç ve Tutumlar, Sedasyon Yönetiminde Dışsal Faktörler ve Sedasyon Yönetimi Uygulamalarını etkilemediği,

✓ Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespitlere ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaların; sedasyon yönetiminde dışsal faktörleri ve uygulamaları arttırdığı,

✓ Sedasyon yönetiminde dışsal faktörlerin, sedasyon uygulamalarına ilişkin inanç ve tutumları; sedasyon yönetimi uygulamalarının ise, sedasyon uygulamalarına ilişkin inanç ve tutumları pozitif yönde etkilediği bulundu.

✓

8.2. ÖNERİLER

- ✓ Fiziksel tespit kullanımına ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerini ve tutumlarını arttırmak amacıyla eğitimler planlanması,
- ✓ Fiziksel tespit kullanımına ilişkin hemşirelerin uygulamalarını daha aza indirmek amacıyla eğitimle planlanması , alternatif yöntemler oluşturulması,
- ✓ Yoğun bakım hemşirelerinde kimyasal tespit kullanımına ilişkin tutum ve uygulamalarını değerlendirmek için daha büyük örneklem gruplarıyla benzer çalışmaların yapılması,
- ✓ Hemşirelerin çalışma saatleri, bakım verilen hasta sayısı ve yeterli destek personelinin sağlanması gibi konularda düzenlemeler yapılarak fiziksel ve kimyasal tespit kullanımının azaltılması,
- ✓ Fiziksel ve kimyasal tespit uygulamalarının arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla; iki uygulamanın birlikte değerlendirildiği benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Absalom A, Lee M, Menon D, Sharar S. R, De Smet T, Halliday J, et al. Predictive performance of the Domino, Hijazi, and Clements Models During Low-Dose Target-Controlled Ketamine Infusions in Healthy Volunteers. Br J Anaesth. 2007; 98(5): 1-18.

Akalın E. H. Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?. ANKEM Dergisi. 2004; 18 (2): 12-13.

Akalın E.H. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi 2005;5(3):141-146.

Akansel N. Physical Restraint Practices Among ICU Nurses in One Unıversity Hospital in Weastern Turkey. Health Science Journals. 2007; 4:1-6.

Akçabay M. Yoğun Bakım Ünitesinde Sedasyon Ağrı Kontrolü ve Paralitik İlaç Kullanımı. Yoğun Bakım Dergisi 2002;2(3):151-161.

Akyüz N. Endoskopide Bilinçli Sedasyon ve Hemşirenin Rolü. Endoskopik Laparoskopik & Minimal ‹nvaziv Cerrahi Dergisi. 2008;15(4):163-169.

Alvarez C, Fitzpatrick J. Nurses' job Satisfaction and Patient Falls. Asian Nursing Research. 2007; 1(2); 83-94.

Gross J.B, Farmington C, Bailey P.L, Rochester N.Y, Connis R. T, Woodinville W.A, et al. American Society of Anesthesiologists Task Force on S, Analgesia by N-A. Practice guidelines for sedation and analgesia bynon-anesthesiologists. Anesthesiology 2002; 96: 1004-1017.

Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000; 4(2); 22-27.

Atalay O.Y, Öztürk H.M. Girişimsel Radyolojide Sedasyon ve Analjezi.Türk Radyoloji Semineri. 2015; 3:149-158.

Awati M.N, Awati M.A, Samudyatha T. J. Sedation on ICU. Journal of Evidence Based Medicine & Healthcare. 2014;14(1): 1821-1835.

Ay S, Öztürk M. Bilinçli Sedasyon. Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi. 2000; 3(2): 121-126.

Aygin D, Cengiz H. İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011; 45(3): 110-114.

Azab S, Negm L. A. Use of Physical Restraint in Intensive Care Units (ICUs) at Ain Shams University hospitals, Cairo. Journal of American Science. 2013;9(4):230-240.

Bai X, Kwok T. C, Ip I. N, Woo J, Chui M. Y, Ho F. K. Physical Restraint Use and Older Patients' Length of Hospital Stay. Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal. 2014; 2(1): 160-170.

Barr J, Fraser G. L, Puntillo K, Leaver G, Walker N, O'Leary M, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Critical Care Medicine. 2013;41(1):263-306.

Beğer T. Yoğun Bakımda Dekübit Ülserleri: Risk Faktörleri ve Önlenmesi. Yoğun Bakım Dergisi 2004;4(4):244-253.

Benbenbishty J, Adam S, Endacott R. Physical Restraint Use in Intensive Care Units Across Europe: The PRICE Study. Intensive and Critical Care Nursing. 2010; 26:241-245.

Berzlanovich A. M., Schöpfer J, Keil W. Deaths due to Physical Restraint. Deutsches Ärzteblatt International. 2012;109(3):27-33.

Beytut D, Başbakkal Z. Çocuk Yoğun Bakımda Sedasyon Değerlendirmesi ve Konfor Skalasının Kullanımı.Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2013;17(2):52-58.

Bilici R, Sercan M, Tufan E. Psikiyatrik Hastalarda Saldırganlık ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2013; 26: 190-198.

Bray K, Hill K, Robson W. British Association of Critical Care Nurses Position Statement on the Use of Restraint in Adult Critical Care Units. Nursing in Critical Care. 2004; 9(5): 199-212.

Büyükfırat E, Gönel A, Karahan M.A. Yoğun Bakımda Sedasyon Amaçlı Kullanılan İlaçların Biyokimyasal Markerlara Olan İnterferans Etkisinin Deneysel Araştırılması. JARSS. 2020;28(4):293-298.

Chlan L. L, Engeland W. C, Anthony A, Guttormson J. Influence of Music on the Stress Response in Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support: a Pilot Study. American Journal of Critical Care. 2007;16(2):141-145.

Consales G, Chelazzı C, Rınaldı S, De Gaudio, A. R. Bispectral Index Compared to Ramsey Score for Sedation Monitoring in Intensıve Care Units. Minerva Anestesiol. 2016; 72: 329-336.

Coşkun D, Akçalı D, Çelebi H. Hedef Kontrollü İnfüzyon Cihazı ile Total İntravenöz Anestezi: Propofol ve Remifentalin Uyumlu Beraberliği. Anestezi Dergisi. 2012;20(1):1-12.

Coşkun S, Avlanmaz F, Genç H. Akut Psikoz Kliniklerinde Mekanik Tespit Uygulamasında Cinsiyete Özgü Farklılıklar. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010;1(3):108-114.

Coşkun S, Avlanmaz F. Akut Psikiyatri Kliniklerinde Uygulanan Mekanik Tespit Sayı ve Süresinin Bir Yıl İçinde Gösterdiği Değişimin İncelenmesi.Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010;1(2):51-55.

Çağıran, E, Özveri Koyuncu B, Sezer B. Dişhekimliğinde bilinçli sedasyonda intravenöz ajanlar. EÜ Dişhekimliği Fakültesi Dergisi. 2012; 33(1):1-5.

Çam R, Şahin B. Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Deneyimleri ve Anksiyete-Depresyon Durumları. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2018;1(1):10–14.

Çelik P, Aydın H. T. Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşire Kontrollü Sedasyon Protokollerinin Kullanımı.Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2017; 21(2): 50-54.

Çelik S A, Pasinlioğlu T, Kocabeyoğlu T, Çetin S. Hemşirelik Mesleğinin Toplumdaki İmajının Belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2013; 21(3): 147-153.

Çelik S, Kavrazlı S, Demircan E. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;3(3): 176-183.

Çelik S. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabul ve Taburculuk Kriterleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2007;11(2):96-101.

Çoban Ş, Özden A. Premedikasyon. Güncel Gastroenteroloji. 2004; 8(3): 190-198.

Danetta A, Terasa P, Maureen A. Reducing Use of Restraints in Intensive Care Units: A Quality Improvement Project. Critical Care Nurse. 2018; 38(4): 8-17.

Day P. What Evidence Exists About the Safety of Physical Restraint When Used by Law Enforcement and Medical Staff to Control Individuals with Acute Behavioural disturbance?. Nzhta Tech Brief Series. 2002; 1(3): 1-37.

De Jong M. M. J, Burns S. M, Campbell M. L, Chulay M, Grap M. J, Pierce L. N, et al. Development of the American Association of Critical-Care Nurses' Sedation Assessment Scale for Critically Ill Patients. American Journal of Critical Care. 2005; 14(6): 531-544.

De Wit M, Gennings C, Jenvey W. I, Epstein S. K. Randomized Trial Comparing Daily Interruption of Sedation and Nursing-Implemented Sedation Algorithm in Medical Intensive Care Unit Patients. Critical Care. 2008;12(3): 1-9.

Dedeli Ö, Akyol A. D. Yoğun Bakım Sendromu. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2005;9(1-2):20-27.

Dods S. Exercising Restraint: Autonomy, Welfare and Elderly Patients. Journal of Medical Ethics, 1996; 22: 160-163.

Duman S, Kitiş Y. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Hasta Düşmeleri ile İlgili Farkındalıklarının Belirlenmesi. Turk Yoğun Bakım Derneği Dergisi. (2013);11: 72-79.

Ellet L.M. Review of Propofol and Auxiliary Medications Used for Sedation. Gastroenterology Nursing. 2010; 33(4): 284-295.

Ely E. W, Truman B, Shintani A, Thomason J. W, Wheeler A. P, Gordon S, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA .2003; 289(22): 2983-2991.

Erden S. Yoğun Bakımda Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Anahtar Rolleri. Van Tıp Dergisi. 2015; 22(4): 332-336.

Ergün Y. A, Demir H, Sağnak N. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Göreve Tanımları ile İlgili Çalışma.Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2007; 11(2): 102-113.

Esen H, Öntürk Z. K, Badır A, Aslan F. E. Entübe ve Sedatize Yoğun Bakım Hastalarının Pozisyon Verme ve Aspirasyon Sırasındaki Ağrı Davranışları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; (2): 89-93.

Eskandari F, Abdullah K. L, Zainal N. Z, Wong L. P. The effect of Educational Intervention on Nurses' Knowledge, Attitude, Intention, Practice and Incidence Rate of Physical Restraint Use. Nurse Education in Practice. 2018; 32: 52-57.

Eşer İ, Hakverdioğlu G. Fiziksel Tespit Uygulamaya Karar Verme. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 10(1): 37-42.

Eşer İ, Khorshid L, Hakverdioğlu G. Yoğun Bakım Ünitelerinde Fiziksel Tespitli Hastaların Özellikleri. International Journal of Human Sciences. 2007; 4(2): 1-10.

Fassoulaki A, Theodoraki K, Melemeni A. Pharmacology of Sedation Agents and Reversal Agents. Digestion. 2010; 82: 80–83.

Gastmans C, Milisen K. Use of Physical Restraint in Nursing Homes: Clinical-EthicalConsiderations. J Med Ethics. 2006; 32: 148–152.

Girard T. D, Kress J. P, Fuchs B. D, Thomason J. W, Schweickert W. D, Pun B. T, et al. Thomason Efficacy and Safety of a Paired Sedation and Ventilator Weaning Protocol for Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care (Awakening and Breathing Controlled trial): a Randomised Controlled Trial. The Lancet. 2008; 371(9607), 126-134.

Goethals S, Dierckx de Casterle B, Gastmans C. Nurses' Decision-Making Process in Cases of Physical Restraint in Acute Elderly Care: A Qualitative Study. International Journal of Nursing Studies. 2013; 50: 603–612.

Göktaş A, Buldukoğlu K. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2018;9(1):1-10.

Göktaş A, Buldukoğlu K. Psikiyatri Kliniğinde Fiziksel Tespit Uygulaması ve Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımı. International Journal of Human Sciences. 2017; 14(4): 4207-4218.

Grap M. J, Munro C. L, Wetzel P. A, Best A. M, Ketchum J. M, Hamilton V. A, et al. Sedation in Adults Receiving Mechanical Ventilation: Physiological and Comfort Outcomes. American Journal of Critical Care. 2012; 21(3): e53-e64.

Gross, J. B, Bailey, P. L, Connis, R. T, Coté C. J, Davis F.G, Epstein B. S, et al. Practice Guidelines for Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Anesthesiology. 2002;96(4): 1004-1017.

Gu T, Wang X, Deng N, Weng W. Investigating Influencing Factors of Physical Restraint use in China Intensive Care Units: A Prospective, Cross-Sectional, Observational Study. Australian Critical Care. 2019; 32(3): 193-198.

Guttormson J. L, Chlan L, Weinert C, Savik K. Factors Influencing Nurse Sedation Practices with Mechanically Ventilated Patients: a US National Survey. Intensive and Critical Care Nursing. 2010; 26(1): 44-50.

Gül Ü, Kavak F. Hemşirelerin Fiziksel Tespite Yönelik Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. ACU Sağlık Bil Dergisi. 2019; 10(4):657-662.

Gürdoğan Paslı 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: 83-88.

Gürer S. Yoğun Bakım Hastalarında Laparoskopi. Yoğun Bakım Dergisi. 2005;5(4):201-207.

Hakverdioğlu G, Demir A, Ulusoy F. Yoğun Bakım Hemsirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İliskin Bilgilerinin Degerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Dergisi. 2006; 26: 634-641.

Hatipoğlu S. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri. Gülhane Tıp Dergisi. 2002; 44 (4): 475 – 479.

Haupt M. T, Bekes C. E, Brilli R. J, Carl L. C, Gray A. W, Jastremski M. S, et al. Guidelines on Critical Care Services and Personnel: Recommendations Based on a System of Categorization of Three Levels of Care. Critical Care Medicine. 2003;31(11): 2677-2683.

Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. Attitudes of Relatives of Nursing Home Residents Toward Physical Restraints. Journal of Nursing Scholarship. 2010; 42(4): 448-456.

Http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Ekle nti/2631,hkskitappdf.pdf?0, E:T: 18.11.2020.

Huang H. T, Chuang Y. H, Chiang K. F. Nurses' Physical Restraint Knowledge, Attitudes, and Practices: the Effectiveness of an in-Service Education Program. Journal of Nursing Research. 2009; 17(4): 241-248.

İskit Topeli A. Yoğun Bakım Hastası Kimdir? Yoğun Bakım Hastası. Yoğun Bakım Dergisi 2007;7(1):9-10.

Jarachovic M, Mason M, Kerber K, Mcnett M. The Role of Standerdized Protocols in Unplanned Extubations in Amedical Intensive Care Unit. American Journal of Critical Care. 2011;20(4): 304-311.

Johnson K, Curry V, Steubing A, Diana S, McCray A, McFarren A, et al. A Non-Pharmacologic Approach to Decrease Restraint use. Intensive and Critical Care Nursing. (2016); 34: 20—27.

Kahraman B. B, Erden S. Planlanmamış Ekstübasyonun Önlenmesinde Hemşirenin Anahtar Rolleri. Van Tıp Dergisi. 2016; 23(1): 121-124.

Kahraman Bayrak B, Duru Aşiret G, Yıldırım G, Akyar İ, Kışlak Aytekin G, Öz A. Yoğun Bakımda Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Hasta Yakınlarının Görüşleri. Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi. 2015;6(3): 78-83.

Karaca T, İster E. D, Erdemir F. Bir Hasta Güvenliği Uygulaması ya da Bir Etik İkilem Kaynağı: Kimyasal Tespit. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2021; 4(1): 34-40.

Karaca T, Özkan A. S. Sorumlu Hemşirelerin Tespit Uygulamalarına Yönelik Bilgilerinin Kalitatif Araştırma Yöntemiyle İncelenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2018; 5(3): 172-178.

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

Karakoç Kumsar, A, Taşkın Yılmaz F, Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma. 2013; 10(2): 56-59.

Kassew T, Dejen Tilahun A, Liyew B. Nurses' Knowledge, Attitude, and Influencing Factors Regarding Physical Restraint Use in the Intensive Care Unit: A Multicenter Cross-Sectional Study. Critical Care Research and Practice. 2020:1-10.

Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 2009; 3(51): 168-173.

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.

Kelly F E, Fong K, Hirsch N, Nolan JP. Intensive Care Medicine is 60 Years Old: The History and Futureof the Intensive Care Unit. Clinical Medicine. 2014; 14 (4): 376-379.

Kılıç G, Kutlutürkan S, Çevik B, Erdoğan B. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Tespit Uygulamasına Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi. 2018; 25(1): 11-16.

Kılıç S.M. Opioidler, Ağrı, Opioidlerin Suistimali ve Yanlış Kullanımı. Osmangazi Tıp Dergisi. 2017; 39(3): 125-129.

Kısacık G. Ö, Coşğun T. Yoğun Bakım Hastalarında Kısıtlama Uygulamalarının ve Nörovasküler Etkilerinin İncelenmesi. Yoğun Bakım Dergisi. 2019;10(2): 1-10.

Korhan Akın E, Çevik K, Hakverdioğlu G, Bozkurt G, Özlem M. Sedasyon Uygulama Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019; 4(2):7-11.

Korhan Akın E. Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Sedasyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2012;16(1):29-36.

Krüger C, Mayer H, Haaster B, Meyer G. Use of physical Restraints in Acute Hospitals in Germany: A multi- Centre Cross- Section Study. International Journal of Nursing Studies. 2013; 50(12): 1599-1606.

Küçük L, Kaya H. Koroner Yoğun Bakım Sürecinde Yaşanan Psikiyatrik Bir Durum: Deliryum Ne Kadar Tanıyoruz. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011; 4.(1): 162-166.

Lai C. K. Nurses using Physical Restraints: Are the Accused Also the Victims?–A Study Using Focus Group Interviews. BMC Nursing. 2017;6(1): 1-7.

Lake E. T, Shang J, Klaus S, Dunton N.E. Patient falls: Association with Hospital Magnet Status and Nursing Unit Staffing. Research in Nursing & Health. 2010; 33(5): 413-425.

Mehrok S, Belsiyal C. X, Kamboj P, Mery A. The use of Physical Restraints-Knowledge and Attitude of Nurses of a Tertiary Care Institute, Uttarakhand, India. Journal of Education and Health Promotion.2020;9:1-6.

Min J. H, Chai H. S, Kim Y. H, Chae, Y. K, Choi S. S, Lee A, et al. Attenuation of Hemodynamic Responses to Laryngoscopy and Tracheal Intubation During Rapid Sequence Induction: Remifentanil vs. Lidocaine with Esmolol. Minerva Anestesiologica. 2010; 76(3): 188-192.

Moosa M. Y. H, Jeenah, F. Y. The use of Restraints in Psychiatric Patients. South African Journal of Psychiatry. 2009;15(3):72-75.

Moran T. C, Kaye A. D, Mai A. H, Bok L.R. Sedation, Analgesia, and Local Anesthesia: a Review for General and Interventional Radiologists. Radiographics. 2013;33(2): E47-E60.

Olsen J. W, Barger Jr R. L, Doshi S. K. Moderate Sedation: What Radiologists Need to Know. American Journal of Roentgenology. 2013;201(5): 941-946.

Orhan F. M, Yakut İ.H. Çocuk Yoğun Bakim Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Edicilerin Kullanimina İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulama Düzeylerinin Belirlenmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2012; 6(3): 155-160.

Orhan M. F, Yakut H. İ. Çocuk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Edicilerin Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulama Düzeylerinin Belirlenmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2012; 6(3): 155-160.

Özdelikara A ve Kaya E. Kısıtlama Altındaki Hastanın Bakımında Bir Yol Haritası. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2018;22(1): 37-43.

Pradhan N, Lama S, Mandal G, Shrestha E. Physical Restraining: Nurses Knowledge and Practice in Tertiary Care Hospital of Eastern Nepal. Nursing Open. 2019;6(3): 1029-1037.

Reschreiter H, Maiden M, Kapila A. Sedation Practice in the Intensive Care Unit: a UK National Survey. Critical Care. 2008; 12(6): 1-8.

Resmî Gazete Sayı: 28661 Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Sağlık Bakanlığı' nın 29.05.2013 tarihli genelgesi E.T: 25.11.2020

Roelofse J. A, Louw L. R, Roelofse P. G. A Double Blind Randomized Comparison of Oral Trimeprazine-Methadone and Ketamine-Midazolam for Sedation of Pediatric Dental Patients for Oral Surgical Procedures. Anesthesia Progress. 1998;45(1): 3-11.

Saito J, Suzuki H. Factors Associated With Physical Restraint Use in Acute Care Hospitals: A Comparison of Patient Characteristics Between Paitients With and Without Restraints. Nippon Ronen Igakkai Zasshi. 2019; 56: 283-289.

Sandal S. Acil Serviste Bilinçli Sedasyon Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Uygulama Standartlarının Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Yoğun Bakım Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2010, İzmir (Danışman: Yard. Doç. Dr. Özlem BİLİK).

Sarıhasan B, Üstün Y. Yoğun Bakımda Sedasyon ve Analjezi İhtiyacı. Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2013; 30(1s): 25-31.

Sercan M, Bilici R. Türkiye'de Bir Ruh Sağlığı Bölge Hastanesindeki Hasta Bağlama Uygulamalarının Değişkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2009; 20(1): 37-48.

Sılay F, Akyol A. Yoğun Bakım Ünitelerinde Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018; 3(3): 31-38.

Sılay F, Akyol A. Yoğun bakım Ünitelerinde Sedasyon Kontrolünde Hemşirenin Rolü. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2017;21(1):28-35.

Smith, G. M, Davis R. H, Bixler E. O, Lin H. M, Altenor A, Altenor R. J, et al. Special Section on Seclusion and Restraint: Pennsylvania State Hospital System's Seclusion and Restraint Reduction Program. Psychiatric Services. 2005; 56(9): 1115-1122.

Sneyd J.R. Recent Advances in Intravenous Anaesthesia. British Journal of Anaesthesia. 2004; 93 (5): 725–36.

Sneyers B, Laterre P. F, Perreault M. M, Wouters D, Spinewine A. Current Practices and Barriers Impairing Physicians' and Nurses' Adherence to Analgo-Sedation Recommendations in the Intensive Care Unit-a National Survey. Critical Care. 2014;18(6): 1-12.

Suen LKP. Knowledge, Attitude and Practice of Nursing Home Staff Towards Physical Restraints in Hong Kong Nursing Homes. Asian Journal of Nursing Studies.1999;5(2):73-86.

Taha N. M, Ali Z. H. Physical Restraints in Critical Care Units: Impact of a Training Program on Nurses' Knowledge and Practice and on Patients' Outcomes. J Nurs Care. 2013; 2(2): 1-9.

Tekkaş K, Bilgin H. Psikiyatri Servislerinde Kullanılan Profesyonel Kontrol Yöntemleri: Kullanım Nedenleri, Türleri, Uluslararası Uygulamalar ve Algılamalar. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010; 21(3): 235-242.

Tel H, Beyaztaş Y. F. Hastalara Fiziksel Tespit Uygulanması. STED. 2002 ;11(5): 184-185.

Terzi B, Kaya N. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Dergisi. 2011; 1: 21-25.

Ucun Y, Gürhan N, Kaya B. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin ve Hekimlerin Hasta Kısıtlama Yöntemleri ile İlgili Görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.2015; 17(2-3): 10-20.

Ucun Y, Gürhan N, Kaya B. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin ve Hekimlerin Hasta Kısıtlama Yöntemleri ile İlgili Görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2015; 17(2-3): 10-20.

Uyar M, Çankaya G, Korhan E. A, Khorshıd L. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Güvenirlik Çalışması. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2013; 21(1): 40-48.

Uysal N, Gündogdu N, Börekçi S. Üçüncü Basamak Merkezde Dahili Yogun Bakım Hastalarinin Prognozu. Journal of Critical and Intensive Care. 2010; 1(1):1.

Ünal S. Psikiyatri Kliniklerinde Şiddet Yönetimi. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi. 2011; 19(2): 116-121.

Werner P. Nursing Staff Members' Intentions to use Physical Restraints with Older People: Testing the Theory of Reasoned Action.Journal of Advanced Nursing. 2001;35(5):784-791.

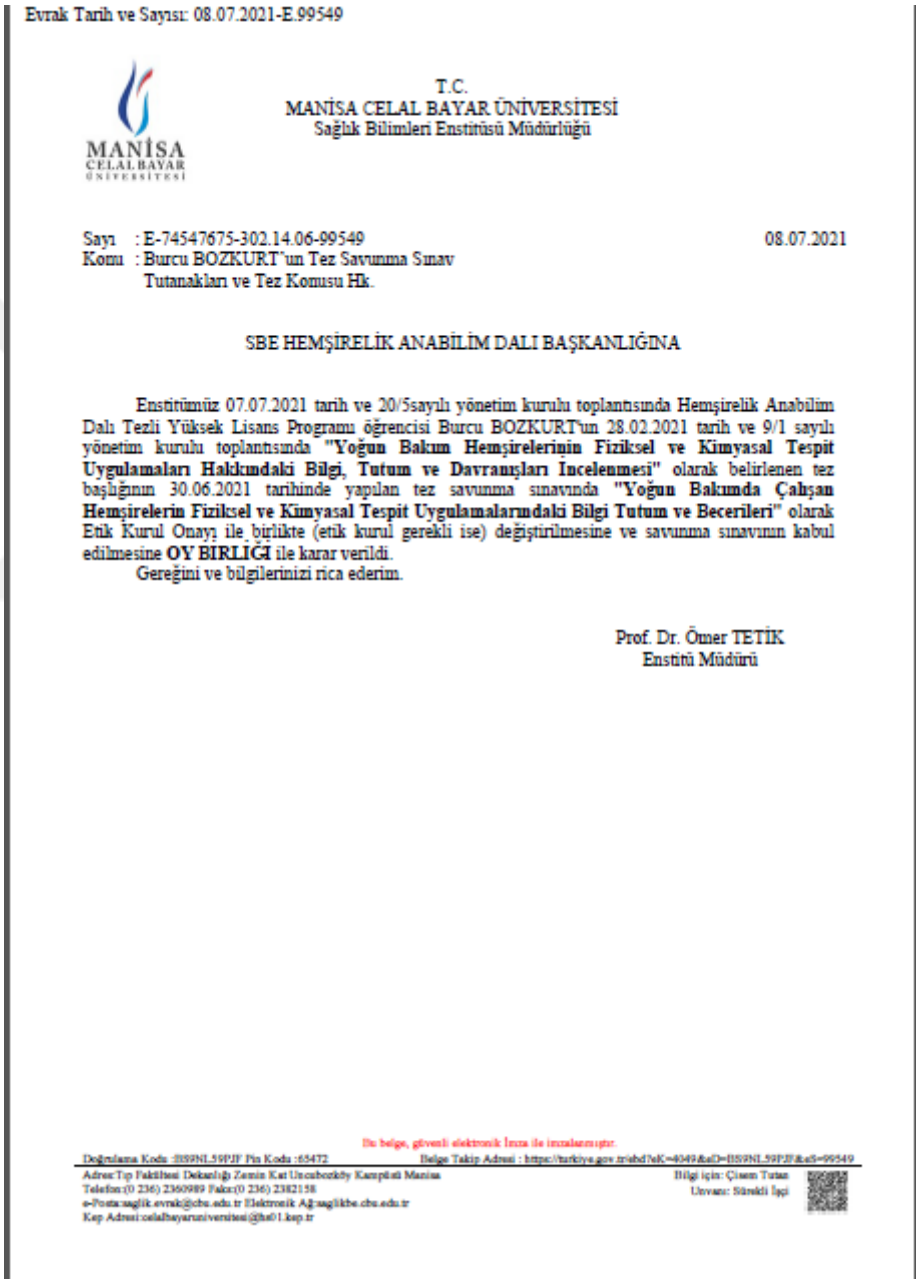
Yarar O, Madaslı R. Yoğun Bakım Ünitelerinde Görev Yapan Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı Çalışanlarında İş Stresi. GKDA Dergisi. 2016; 22(3):105-110.

Yaşar M. A. Yoğun Bakımda Sedasyonun Genel Özellikleri. Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2006; 4(1): 50-57.

10. EKLER

EK 1

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı



Evrak Tarih ve Sayısı: 08.07.2021-E.99549

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-74547675-302.14.06-99549 08.07.2021
Konu : Burcu BOZKURT'un Tez Savunma Sınav Tutanakları ve Tez Konusu Hk.

SBE HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

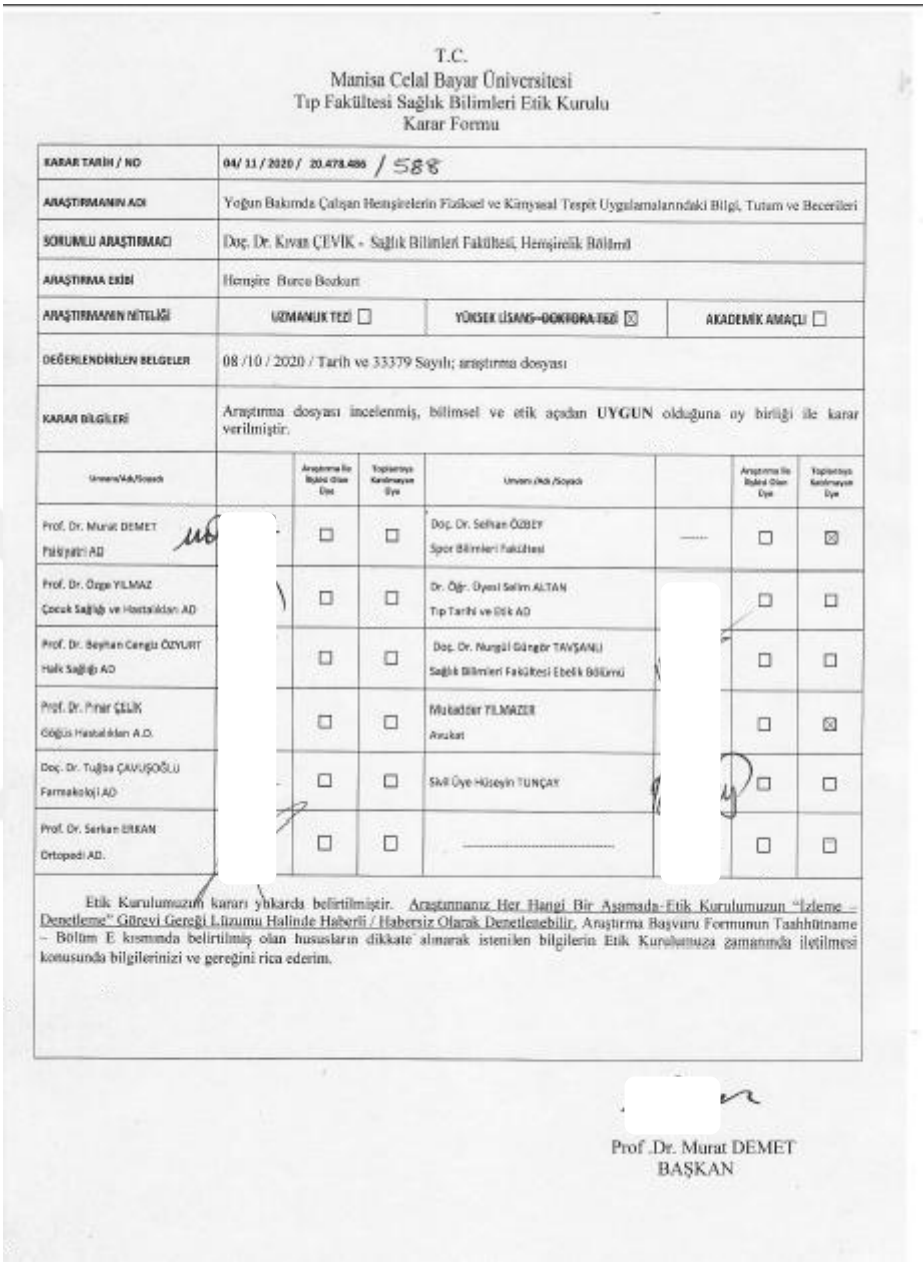
Enstitümüz 07.07.2021 tarih ve 20/5sayılı yönetim kurulu toplantısında Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Burcu BOZKURT'un 28.02.2021 tarih ve 9/1 sayılı yönetim kurulu toplantısında **"Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel ve Kimyasal Tespit Uygulamaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları İncelenmesi"** olarak belirlenen tez başlığının 30.06.2021 tarihinde yapılan tez savunma sınavında **"Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Fiziksel ve Kimyasal Tespit Uygulamalarındaki Bilgi Tutum ve Becerileri"** olarak Etik Kurul Onayı ile birlikte (etik kurul gerekli ise) değiştirilmesine ve savunma sınavının kabul edilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.
Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ömer TETİK
Enstitü Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu :IS9NL59PJF Pin Kodu :65472 Belge Takip Adresi : https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=4049&eD=IS9NL59PJF&eS=99549
Adres:Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 2360989 Faks:(0 236) 2382158
e-Posta:saglik.evrak@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:saglikbe.cbu.edu.tr
Kep Adresi:celalbayaruniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi için: Çisem Tutar
Unvanı: Sürekli İşçi

EK 2

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Etik Kurul Onayı



T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	04/ 11 / 2020 / 20.478.486 / 588
ARAŞTIRMANIN ADI	Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Fiziksel ve Kimyasal Tespit Uygulamalarındaki Bilgi, Tutum ve Becerileri
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Kıvan ÇEVİK - Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Burcu Bozkurt
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐ YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	08 /10 / 2020 / Tarih ve 33379 Sayılı; araştırma dosyası
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan **UYGUN** olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

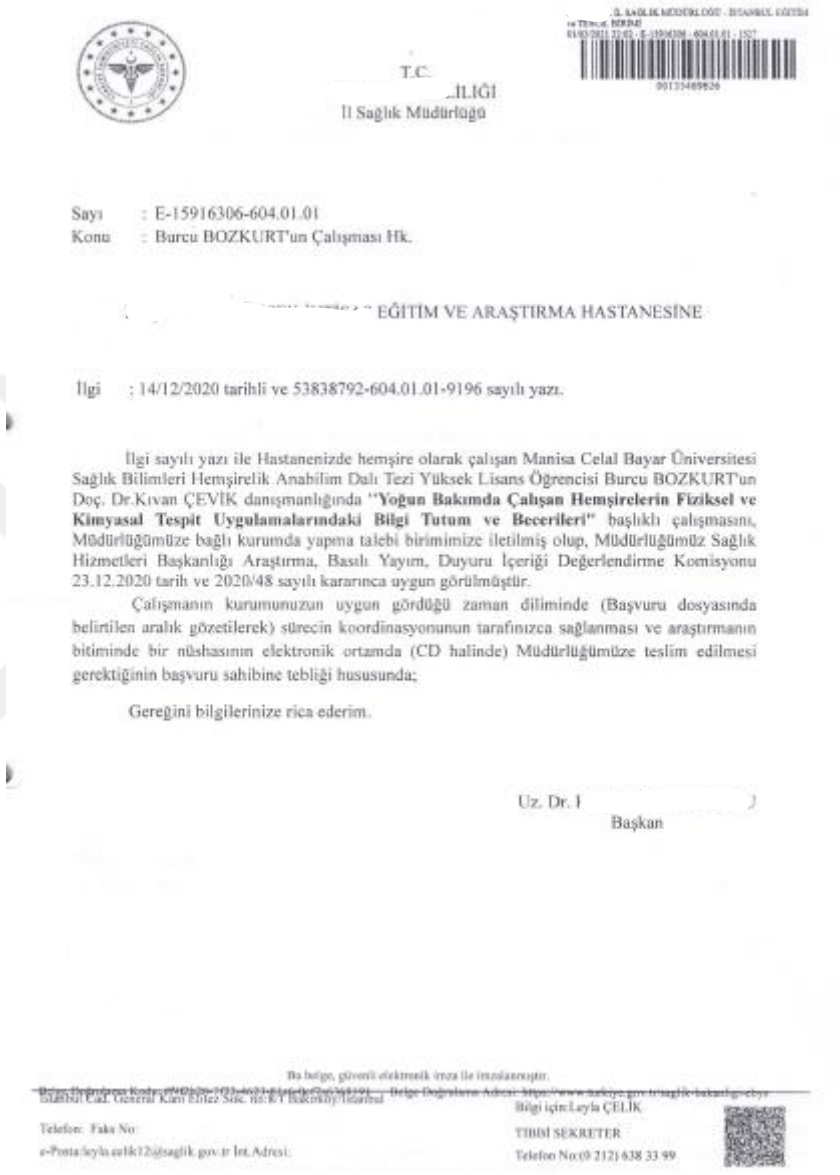
Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Murat DEMET Patoloji AD		☐	☐	Doç. Dr. Selhan ÖZBEY Spor Bilimleri Fakültesi	.....	☐	☒
Prof. Dr. Özge YILMAZ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD		☐	☐	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD		☐	☐
Prof. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		☐	☐	Doç. Dr. Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü		☐	☐
Prof. Dr. Pınar ÇELİK Göğüs Hastalıkları A.D.		☐	☐	Mukaddes YILMAZER Avukat		☐	☒
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		☐	☐	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY		☐	☐
Prof. Dr. Serkan ERKAN Ortopedi AD.		☐	☐	.....		☐	☐

Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof .Dr. Murat DEMET
BAŞKAN

EK 3

Araştırmanın Yapıldığı Kurum İzni



T.C.
İLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Burcu BOZKURT'un Çalışması Hk.

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 14/12/2020 tarihli ve 53838792-604.01.01-9196 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Hastanenizde hemşire olarak çalışan Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalı Tezi Yüksek Lisans Öğrencisi Burcu BOZKURT'un Doç. Dr.Kıvan ÇEVİK danışmanlığında **"Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Fiziksel ve Kimyasal Tespit Uygulamalarındaki Bilgi Tutum ve Becerileri"** başlıklı çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 23.12.2020 tarih ve 2020/48 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. İ
Başkan

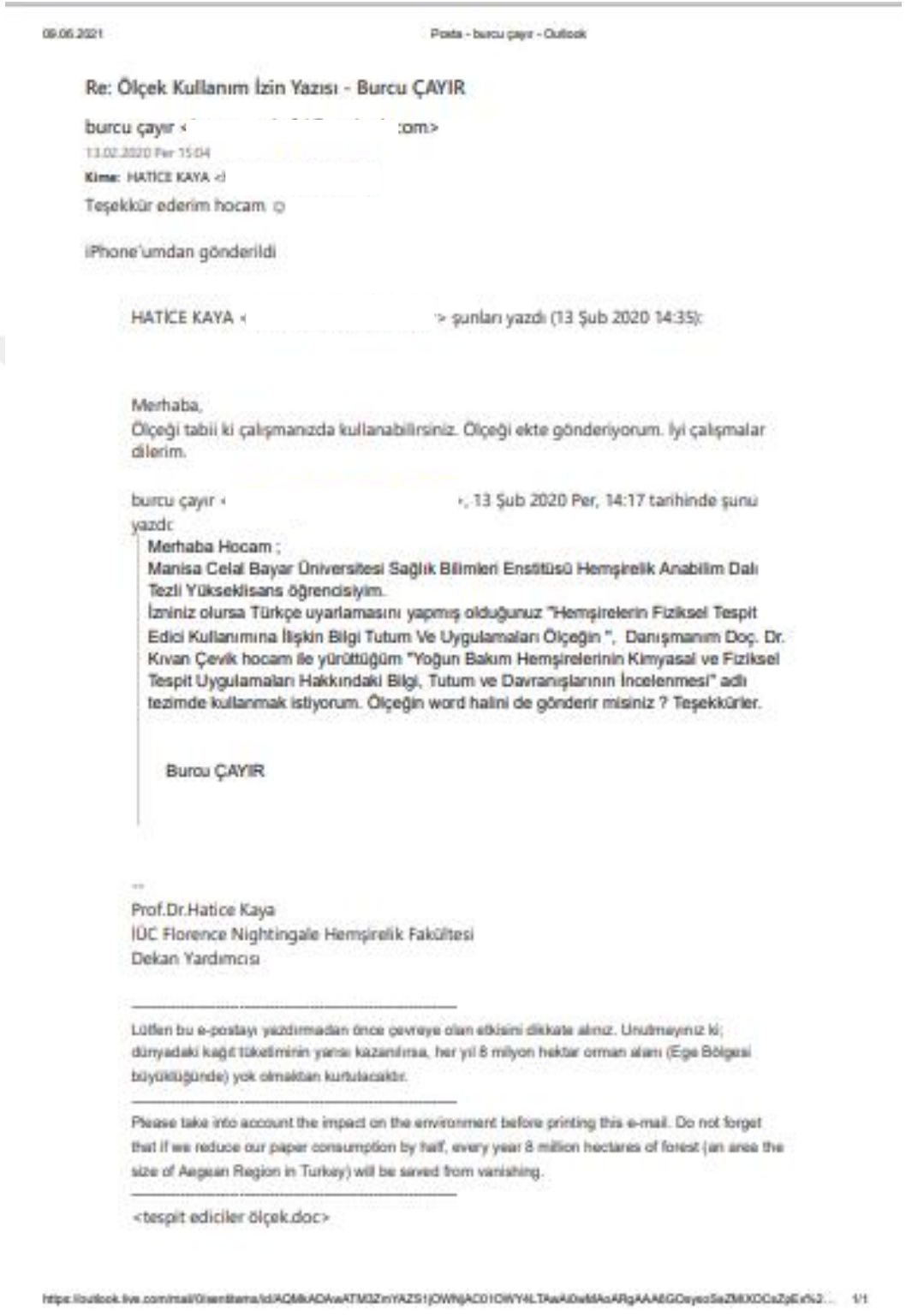
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Leyla ÇELİK
TIBBİ SEKRETER
Telefon No:(0 212) 638 33 99

Telefon: Faks No:
e-Posta:leyla.celik12@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

EK 4

Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamaları Ölçeği Kullanım İzni



09.06.2021 Posta - burcu çayır - Outlook

Re: Ölçek Kullanım İzin Yazısı - Burcu ÇAYIR

burcu çayır ‹ :om›

13.02.2020 Per 15:04

Kime: HATİCE KAYA ‹

Teşekkür ederim hocam ☺

iPhone'umdan gönderildi

HATİCE KAYA ‹ › şunları yazdı (13 Şub 2020 14:35):

Merhaba,
Ölçeği tabii ki çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ekte gönderiyorum. İyi çalışmalar dilerim.

burcu çayır ‹ ›, 13 Şub 2020 Per, 14:17 tarihinde şunu yazdı:

> Merhaba Hocam ;
> Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yükseklisans öğrencisiyim.
> İzniniz olursa Türkçe uyarlamasını yapmış olduğunuz "Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Tutum Ve Uygulamaları Ölçeğin ", Danışmanım Doç. Dr. Kıvan Çevik hocam ile yürüttüğüm "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Kimyasal ve Fiziksel Tespit Uygulamaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi" adlı tezimde kullanmak istiyorum. Ölçeğin word halini de gönderir misiniz ? Teşekkürler.
>
> Burcu ÇAYIR

--
Prof.Dr.Hatice Kaya
İÜC Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dekan Yardımcısı

Lütfen bu e-postayı yazdırmadan önce çevreye olan etkisini dikkate alınız. Unutmayınız ki; dünyadaki kağıt tüketiminin yarısı kazanılırsa, her yıl 8 milyon hektar orman alanı (Ege Bölgesi büyüklüğünde) yok olmaktan kurtulacaktır.

Please take into account the impact on the environment before printing this e-mail. Do not forget that if we reduce our paper consumption by half, every year 8 million hectares of forest (an area the size of Aegean Region in Turkey) will be saved from vanishing.

<tespit ediciler ölçek.doc>

https://outlook.live.com/mail/0/sentitems/id/AQMkADAwATM3ZmYAZS1jOWNjAC01OWY4LTAwAi0wMAoARgAAA6GOeyeoSaZMKOCsZpEx%2... 1/1

EK 5

Sedasyon Uygulama Ölçeği Kullanım İzni

Ynt: ÖLÇEK KULLANIM İZİN YAZISI

esra akın korhan <

9.02.2020 Paz 10:56

Kime: burcu çayır <b

Sayın Çayır,
İlgili ölçeği tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar

Huawei telefonumdan gönderildi

-------- Orijinal mesaj --------
Gönderici: burcu çayır <
Tarih: 9 Şub 2020 Paz 10:30
Al:
Konu: ÖLÇEK KULLANIM İZİN YAZISI

Merhaba Hocam

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yükseklisans öğrencisiyim. İzniniz olursa Geçerlilik Güvenirliğini yapmış olduğunuz " Sedasyon Uygulama Ölçeğini " , Danışman Hocam Doç. Dr. Kıvan Çevik ile yürüttüğüm; "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Kimyasal ve Fiziksel Tespit Uygulamaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi" isimli tezimde kullanmak istiyorum. Teşekkürler.

Burcu ÇAYIR

EK 6

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ÇALIŞMANINADI:(Halkın anlayabileceği şekilde ifade edilmelidir)

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel ve Kimyasal Tespit Uygulamaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağının çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Bu çalışmada amaç, yoğun bakımda görev yapmakta olan hemşirelerin, fiziksel ve kimyasal (sedasyon) tespit hakkındaki bilgi tutum ve uygulamalarını incelemektir. Tespit biçimleri çoğunlukla demans, ajitasyon, deliryum, konfuze olan hastalar ya da mekanik ventilatöre bağlı olup, kateter çıkarma eğilimi olan hastaların güvenliğini sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Hasta ile birebir etkileşimde bulunan hemşirelerin en önemli görevlerinden birisi de hasta güvenliğini sağlamaktır. Yapılan çalışmalar tespit biçimlerinin dünyada ve ülkemizde çok sık kullanıldığını ancak hemşirelerin hasta kısıtlamasına ilişkin bilgi düzeyinin yeterli olmadığını ve uygulamaların yanlış ya da eksik olduğunu göstermektedir (Kaya ve ark. 2008; Kısacık ve Coşğun 2019). Bu çalışmada hemşirelerin fiziksel ve kimyasal (sedasyon) tespit ile ilgili uygulamalarını, bilgi düzeylerini, tutumlarını ve uygulamalarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacakise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Araştırmacı tarafından sizden ' Hemşire Tanıtım Formu', ' Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği' ve 'Sedasyon Uygulama Ölçeği' olmak üzere üç form doldurmanız istenecektir. Tanıtım Formu 12 sorudan oluşan vesosyodemografik özellikleri içeren bir formdur.'Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği' üç bölümden oluşur. Birinci bölüm; hemşirelerin fiziksel tespit edicilerin kullanımına ilişkin bilgisini ölçen, doğru yanıtın 1, yanlış yanıtın 0 puan olarak değerlendirildiği;

10 doğru ve 1 yanlış soru içeren 11 maddeden oluşmaktadır.Bu bölümün puan sınırları 0-11 arasındadır ve yüksek puan yüksek bilgiyi gösterir. İkinci bölüm; hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutumlarını ölçen 4 aşamalı, 12 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Bu bölümün puan sınırları 12-48 arasında olup; "kesinlikle katılıyorum" 4 puan, "katılıyorum" 3 puan,"katılmıyorum" 2 puan , "kesinlikle katılmıyorum" 1 puan olarak değerlendirilir. Üçüncü bölümde ise; hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulamaları değerlendiren 14 madde bulunmaktadır. ' Sedasyon Uygulama Ölçeği' ise hastaların sedasyon yönetimine ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek likert tipinde olup; maddeleri 1' den 5'e kadar değişen puanlamayla değerlendirilmiştir. Ölçeği oluşturan 20 maddeyi; sedasyon yönetimine ilişkin tutum, davranış, uygulama, uygulamadaki öznel normlar gibi başlıklar meydana getirmektedir. Sedasyon uygulamalarına ilişkin inanç ve tutumlar, sedasyon yönetiminde dışsal faktörler ve sedasyon yönetimi uygulamaları ölçeğin 3 alt başlığını oluşturmuştur. Alt ölçek puanları, bir alt ölçek içindeki tüm öğelerin puanları eklenerek ve o alt ölçek içinde her yanıtlayan tarafından cevaplanan öğe sayısına bölünerek 1 ile 5 puan arasında hesaplanmaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma sonucunda, yoğun bakım hemşirelerin fiziksel ve kimyasal (sedasyon) tespit uygulaması konusunda farkındalıklarının arttırılması ve literatüre katkı sağlanması beklenmektedir.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİNOLASIZARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanızın olası hiçbir zararı bulunmamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel gizlilik esası dikkate alınarak sadece araştırma süreci içinde kullanılacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma dışında kullanılmayacak ve (yasal zorunluluklar istisna) üçüncü kişiler ile paylaşılmayacaktır. Bilimsel makaleye dönüştürülecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Burcu BOZKURT

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:		

Veli / Vasinin Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:		

Tanık[1] Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı[2] Adı Soyadı:	Burcu Bozkurt	*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:	Balıkesir Burhaniye Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım	

1:*Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi*

2:Gönüllüyüaraştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK 7

Hemşire Tanıtım Formu

Anket No:

1. Yaşınız……

2. Cinsiyetiniz? ( )Erkek ( ) Kadın

3. Medeni Durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar

4. Sosyo-ekonomik düzeyiniz nedir?
   ( ) Gelir giderden az ( ) Gelir-gidere eşit ( ) Gelir giderden fazla

5. Çocuğunuz var mı? 1) Yok 2) Bir tane 3) İki tane 4) Üç tane 5) Diğer…

6.Eğitim düzeyiniz nedir?
( ) Lise ( ) Lisans ( ) Yüksek lisans/Doktora

7.Çalıştığınız Yoğun Bakım:
( )Koroner Yoğun Bakım ( ) Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım

8.Mesleki çalışma süreniz……

9.Haftalık çalışma saatiniz……

10.Günde ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:.....

11.Çalışma şekliniz nedir? 1) Hasta merkezli 2) İş merkezli

12.Genel olarak yaptığınız işten memnun musunuz?
( ) Hiç memnun değilim
( ) Memnun değilim
( ) Şöyle böyle memnunum
( ) Memnunum
( ) Çok memnunum

EK 8

Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği

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

	Kesinlikle katılıyorum	**Katılıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle katılmıyorum**
1- Tespit edici uygulanmasına, aile üyelerinin karşı çıkma hakkı olduğunu düşünüyorum.				
2-Eğer ben hasta olsaydım tespit edici kullanılacağı zaman, bunu kabul etme ya da reddetme hakkım olmasını isterdim.				
3-Hastaya tespit edici uygularsam kendimi suçlu hissederim.				
4-Kurumumuzda tespit edici kullanımının asıl nedeni hemşire sayısının yetersiz olmasıdır.				
5-Tespit edici uygulanmış bir hastanın odasına aile üyelerinden biri girdiği zaman kendimi kötü hissederim.				
6-Hasta tespit edildikten sonra daha kötü/sinirli olduğunda kendimi kötü hissederim.				
7- Tespit edici uygulandıktan sonra hastanın oryantasyonunda bozulma olduğunda kendimi kötü hissederim.				
8-Tespit edici uygulanan hastanın özgüveninde azalma olur.				
9-Tespit edicileri yasal önlemleri alarak uygulamak benim için ve kurumum için önemlidir.				
10-Tespit edici uygulamasının hemşirelik bakımının süresini azalttığını düşünüyorum.				
11- Tespit edicilerin hastanın boğulma tehlikesini arttırdığını düşünüyorum.				
12-Tespit edicilerle hastaların düşme oranının azaldığını düşünüyorum.				

	Her zaman	**Bazen**	**Hiçbir zaman**
1-Hastaya tespit edici uygulamadan önce hastanın düşmesini önlemeye yönelik farklı hemşirelik girişimlerini denerim.			
2- Tespit ediciyi sadece hekim direktifi ile uygularım.			
3-Hastanın tespit edilmesine gereksinimi olmadığını düşündüğüm zaman bu fikrimi hekime bildiririm.			
4-Hastaya tespit edici uygulandıysa, 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 hastanın cildini sürtünme ya da tahriş açısından kontrol ederim.			
7-Hastanın niçin tespit edildiğini aile üyelerine anlatırım.			
8-Niçin tespit edici kullanıldığını hastaya anlatırım.			
9- Tespit edicinin ne zaman çıkarılacağını hastaya açıklarım.			
10-Çalışma arkadaşlarımın sayısı azaldıkça, tespit edici uygulanmış hasta sayısı artar.			
11-Kurumumuzda hastaya tespit edici uygulanmasından çok, hastanın hareketlerini kontrol altına almanın değişik yollarını bulmaya çalışırız.			
12- Tespit edicinin kendi kendine açılıp açılmadığını belirlemek amacı ile sık sık kontrol ederim.			
13- Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve hemşirelik girişimlerini kaydederim.			
14- Tespit edici uygulandığı zaman etkilerini sık sık kontrol eder, değerlendirir ve kaydederim.			

EK 9

Hemşire Sedasyon Uygulama Öçeği

Tüm ifadeler, özel sedasyon seviyesi gerektiren altta yatan fizyolojik nedeni bulunmayan mekanik ventilasyon hastalarını belirtir. Her durumla ilgili fikrinizi her bir madde için bir seçenek işaretleyerek belirtiniz.

1-5 arasındaki maddeler, Entübe hastalar için sedasyon ve mekanik ventilasyonuna ilişkin inanç ve tutumlarınızı belirtmektedir.						
Madde 1-5 Entübe hastalar için mekanik ventilasyon ve sedasyonları ile ilgili tutum ve inançlarınıza uygun olanı işaretleyiniz.						
		Kesinlikle katılıyorum	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle katılmıyorum**
1-Sedasyon mekanik ventilasyondaki hastaların konforu için gereklidir.						
2-Eğer ben mekanik ventilatöre bağlı olsaydım, sedatize edilmek isterdim.						
3-Entübe bir hastanın YBÜ'ndeki anılarını hatırlamasını engellemek sedasyonun istenen sonuçlarından biridir.						
4- Entübe hastalar sedasyon almalıdır çünkü ventilatör:	**a)** Rahatsız bir deneyimdir					
	b) Stresli bir deneyimdir					
5-Mekanik ventilatöre bağlı bütün hastalar sedatize edilmelidir.						

Madde 6-11 Geçen yıl içerisinde sizin sedasyon yönetimi uygulamalarınızı etkileyebilen dışsal faktörlerle ilişkilidir.						
		Kesinlikle katılıyorum	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle katılmıyorum**
6-Sedasyon istemleri genellikle hastam için uygun sedasyon seviyesini belirlememe izin veren geniş parametreleri içermektedir.						
7- Temel hemşirelik becerilerini tamamlamak için entübe hastalara sedasyon uygularım.						
8- Ünitedeki diğer hemşireler, entübe hastalarıma sedasyon uygulamalarımı etkilemektedir:	**a)** Sedatif ilaçlara ilişkin bilgilerini paylaşarak					
	b) Ventilatördeki hastalar için uygun sedasyon düzeyi hakkındaki düşüncelerini (tutumları) yoluyla					
9- Hastalarımın aileleri hastaları için istedikleri sedasyon seviyesi ile ilgili benimle sık sık iletişim kurarlar.						
10-Hasta ailelerinin sedasyona ilişkin yorumları sedasyon uygulamalarımı etkilemektedir.						
11- Hastam için uygun sedasyon düzeyleri konusunda doktorlarla sıkça uyuşmazlık yaşarım.						

Madde 12-15 Geçen yıl içerisinde sizin sedasyon yönetimi uygulamalarınızla ilgilidir.						
		Kesinlikle katılıyorum	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle katılmıyorum**
12- Mekanik ventilasyondaki bir hastaya aşırı sedasyon verilirse:	**a)** Aspirasyon nedeniyle öksürük refleksi kaybolur.					
	b) Sadece zararlı uyarıcılara yanıt verirler, örneğin yatak basıncının batıcı etkisi ya da aspirasyon.					
	c) Basit komutları takip edemezler.					
13- Entübe edilen hastalara hafif sedasyon verilirse:	**a)** Spontan olarak el ve/veya ayaklarını hareket ettirirler.					
	b) Gövdelerini hareket ettirirler veya yatakta bacaklarını kaldırırlar.					
	c) Endotrakeal tüp ve diğer bağlantılarına ulaşırlar.					
	d) Çok hızlı soluk alıp verirler (takipne'dedirler).					
	e) Hasta ile ventilatör senkronize olmadığı için ventilatör sıkça alarm verir.					
14- Artmış kalp hızı ve kalp basıncı entübe hastalarda sedasyonun yetersiz olduğunu gösterir.						
15- Tüm entübe hastalara kontraendike değilse sedasyon verilmesini öneririm.						

EK 10

Tez Çalışması Orjinallik Raporu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL ve KİMYASAL TESPİT UYGULAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ TUTUM ve DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Tezime ilişkin 14/06/2021 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 21'dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

14.06.2021
Burcu BOZKURT

Adı Soyadı : Burcu BOZKURT
Öğrenci No :161346006
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Programı : Tezli Yüksek Lisans

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
(Doç. Dr. Kıvan ÇEVİK)

Açıklamalar
1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından ulaşılabilir.)
3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
Programa yükleme yaparken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
5-***İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;*** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "Benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.
7- ***Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.***
8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu'nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
9-Turnitin Hakkında Bilgiler: http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Burcu	**Soyadı**	Bozkurt
Doğum Yeri	Bursa	**Doğum Tarihi**	07.04.1994
Uyruğu	TC	**Tel**	[redacted]
E-mail	[redacted]		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/ Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	AKÜ Sağlık Yüksekokulu	2016
Lise	AVP Anadolu Lisesi	2012

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl- Yıl)**
Hemşire	Özel Esentepe Hastanesi	2016-2017
Hemşire	Kartal Koşuyolu YİEAH	2017-2021
Hemşire	Burhaniye Devlet Hastanesi	2021-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	Zayıf	Zayıf	Zayıf

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	72,93	75,84	70,84

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanım Becerisi**
Office, Word	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.