

**T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE TANIKLI
RESÜSİTASYON UYGULAMASINA İLİŞKİN GÖRÜŞ VE
DENEYİMLERİ**

Tuğba GÜNEY

**Hemşirelik Esasları Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2023

**T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE TANIKLI
RESÜSİTASYON UYGULAMASINA İLİŞKİN GÖRÜŞ VE
DENEYİMLERİ**

Tuğba GÜNEY

**Hemşirelik Esasları Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Leyla DİNÇ**

**ANKARA
2023**

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE TANIKLI RESÜSİTASYON
UYGULAMASINA İLİŞKİN GÖRÜŞ VE DENEYİMLERİ
Öğrenci: Tuğba GÜNEY
Danışman: Prof. Dr. Leyla DİNÇ

Bu tez çalışması 06.09.2023 tarihinde jürimiz tarafından "Hemşirelik Esasları Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Sergül DUYGULU
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Leyla DİNÇ
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
Üye: Doç. Dr. Şenay GÜL
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
Üye: Doç. Dr. İmatullah AKYAR
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
Üye: Doç. Dr. Şenay SARMASOĞLU KILIKÇIER
(Mudanya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

03 Ekim 2023

~~Prof.~~ Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYAN

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

03/10/2023

TUĞBA GÜNEY

¹"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olaraksunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynakgösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Leyla DİNÇ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık BilimleriEnstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Tuğba GÜNEY

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında desteğini hiç esirgemeyen, bilim insanı kişiliğinden ve bilgilerinden çok şey öğrendiğim, sabırla beni her zaman motive edip güven veren, cesaretlendiren çok değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Leyla Dinç'e, tez çalışmamın uygulanmasına izin veren kurum yöneticilerine, katkı veren acil servis çalışanlarına, tez savunma sınavı sırasında değerli katkı ve önerilerinden dolayı jüri üyelerine ve çalışmam süresince beni motive ederek destekleyen sevgili eşim Ozan Güney'e, özveri ve anlayışlarından dolayı değerli ailem ve iş arkadaşlarıma tüm içtenliğimle teşekkür ediyorum.

Tuğba GÜNEY

ÖZET

Güney T. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resüsitasyon Uygulamasına İlişkin Görüş ve Deneyimleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023. Resüsitasyon işlemleri hastanın yaşamını sürdürmesi için sağlık ekibinin iş birliği ile başlatılan acil bakım müdahalelerinin tümünü kapsar. Aile tanıklı resüsitasyon, resüsitasyon alanında bir veya daha fazla aile üyesinin, görsel ve/veya fiziksel temas kurmalarını sağlayan bir yerde bulunmasıdır. Aile merkezli bakımın temellerine dayanan, günümüzde giderek yaygınlığı artan aile tanıklı resüsitasyon uygulaması, sağlık çalışanları için önemi giderek artan bir yaklaşım haline gelmektedir. Bu araştırma, acil servis sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire, acil tıp teknisyeni-teknikeri, paramedik, sağlık memuru) aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin görüş ve deneyimlerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel olarak, Ankara ili sınırları içinde T.C Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri bünyesinde çalışan 154 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından “Tanıtıcı Özellikler Formu” ve “Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği” aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel analizler, örneklemeler için t-testi, gerekli varsayımların sağlanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; acil servis sağlık çalışanlarının %85,8’i hasta yakınlarının resüsitasyon uygulamasına tanık olmadığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları, resüsitasyon işlemlerinde aile tanıklığını şeffaflığın sağlanması açısından yararlı bulmasına karşın, aileler için travmatik bir uygulama olduğunu belirtmiş ve çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %96,8’i hasta yakınlarının bulunmaması gerektiğini ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının çoğunluğu hasta yakınlarının resüsitasyon işlemlerinde bulunması halinde sağlık ekibinin işleyişinin bozulacağı, şiddet/mobbing riskinin artabileceği ve ailenin işlemlere müdahale etme olasılığına dair endişelerini ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanları resüsitasyon işlemlerinde ailenin varlığını daha az yararlı ve daha fazla riskli bulmuşlardır. Acil servis sağlık çalışanları arasında hemşireler hekimlere göre, sağlık memurları acil tıp teknikeri/paramediklere göre ve KPR uygulama eğitimi olmayanlar olanlara göre aile tanıklı resüsitasyon uygulamasını daha az riskli ve yararlı bulmuşlardır. Aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin sağlık çalışanlarının risk algılarının azaltılması ve aileyi resüsitasyon işlemlerine davet etmenin önündeki engellerin kaldırması adına aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin politikalar geliştirilmesi, toplumun ve ailelerin farkındalığının artırılması için gerekli bilgilendirmelerin yapılması, mesleki gelişim süreçlerinde uygulamanın eğitim müfredatların da yer alması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile, kardiyopulmoner resüsitasyon, kritik bakım, tanıklı resüsitasyon

ABSTRACT

Güney T. Views and Experiences of the Emergency Service Health Workers on the Practice of Family Witnessed Resuscitation, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Fundamentals of Nursing Programme, Master's Thesis, Ankara, 2023. Resuscitation procedures include all emergency care interventions initiated by a healthcare team to maintain the patient's life. Family-witnessed resuscitation is the presence of one or more family members in a place that allows them to make visual and/or physical contact in the resuscitation area. Family-witnessed resuscitation, which is based on the principles of family-centered care and is increasingly common today, is becoming an increasingly important approach for healthcare professionals. This study was conducted on 154 healthcare professionals working in the T.C. Ministry of Health Training and Research Hospitals within the borders of Ankara province, as a descriptive cross-sectional study, to examine the views and experiences of emergency department healthcare workers (doctors, nurses, emergency medical technicians, paramedics, and health technicians) on the practice of family-witnessed resuscitation. Data were collected by the researcher through the "Identifying Features Form" and the "Family Presence Risk-Benefit Scale". Descriptive statistical analyses, t-test for samples, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis tests were used in the evaluation of the data. According to the findings of the study; 85.8% of emergency department healthcare workers stated that they had not witnessed the resuscitation of their loved ones. The healthcare workers who participated in the study stated that family witnessing in resuscitation procedures is beneficial in terms of ensuring transparency, but it is a traumatic practice for families, and 96.8% of the healthcare workers who participated in the study stated that their loved ones should not be present. The majority of healthcare workers expressed concern that the presence of their loved ones in resuscitation procedures would disrupt the functioning of the healthcare team, increase the risk of violence/mobbing, and the possibility of the family interfering with the procedures. The healthcare workers who participated in the study found the presence of the family in resuscitation procedures to be less beneficial and more risky. Among emergency department healthcare workers, nurses found family-witnessed resuscitation to be less risky and more beneficial than doctors, health officers found family-witnessed resuscitation to be less risky and more beneficial than emergency medical technicians/paramedics, and those who did not have CPR training found family-witnessed resuscitation to be less risky and more beneficial than those who did. It is recommended that policies be developed on family-witnessed resuscitation, necessary information be provided to increase the awareness of society and families, and the practice be included in the training curriculum in professional development processes, in order to reduce the risk perceptions of healthcare workers on family-witnessed resuscitation and to remove the obstacles to inviting the family to resuscitation procedures.

Key Words: Family, cardiopulmonary resuscitation, critical care, witnessed resuscitation

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYAN	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Kardiyopulmoner Resüsitasyon (Cardiopulmonary resuscitation [CPR]) ve Tarihsel Süreci	6
2.2. Aile Merkezli Bakım Anlayışı ve Aile Tanıklı Resüsitasyonun Tarihçesi	7
2.3. Aile Tanıklı Resüsitasyona Yönelik Meslek Örgütlerinin Bildirileri	9
2.4. Resüsitasyon Sırasında Aile Tanıklığının Algılanan Yararları	11
2.5. Resüsitasyon Sırasında Aile Tanıklığına ilişkin Algılanan Riskler ve Engeller	13
3. BİREYLER VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Şekli	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	15
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	16
3.4. Veri Toplama Araçları	18
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	18
3.4.2. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği	18
3.5. Araştırmanın Uygulanması	19
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	31

5.1. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resüsitasyona Ait Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	31
5.2. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığına Ait Algıladıkları Risk Ve Faydalara İlişkin Bulguların Tartışılması	32
5.3. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resüsitasyon İşlemi Sırasında Aile Varlığının Fayda Ve Risklerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	37
6.1. Sonuçlar	37
6.2. Öneriler	38
7. KAYNAKLAR	39
8. EKLER	
EK-1. Sosyo-Demografik Bilgiler Formu	
EK-2. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği	
EK-3. Etik Kurul Kararı	
EK-4. Ölçek Kullanım İzni	
EK-5. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi	
EK-6. Araştırmanın Yürütüleceği Hastanelerden Alınan Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu Kararları ve İzin Yazıları	
EK-7. Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-8. Turnitin Raporu	
EK-9. Dijital Makbuz	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AACN	: American Association of Critical Care Nurses (Amerikan Kritik Bakım Hemşireleri Birliği)
CPA	: Cardiopulmonary Arrest (Kardiyopulmoner Arrest)
ENA	: Emergency Nurses Association (Acil Hemşireler Birliği)
ERC	: European Resuscitation Council (Avrupa Resüsitasyon Konseyi)
FWR	: Family Witnessed Resuscitation (Aile Tanıklı Resüsitasyon)
ILCOR	: International Liaison Committee on Resuscitation (Uluslararası Resüsitasyon Liyezon Komitesi)
IES-R	: Impact of Event Scale-Revised (Olay Etkisi Ölçeği-Revize)
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KPR	: Kardiyopulmoner Resüsitasyon
NAS-NRC	: National Academy of Sciences-National Research Council (Ulusal Bilimler Akademisi-Ulusal Araştırma Konseyi)
ROSC	: Return of Spontan Circulation (Spontan Dolaşımın Geri Dönüşü)
ROP	: Retinopathy of Prematurity (Prematüre Retinopati)
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
STAI	: State-Trait Anxiety Inventory (Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri)
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. Araştırmanın yapıldığı hastaneler ve örnekleme	17
4.1. Katılımcıların demografik bilgilerinin dağılımı	21
4.2. Katılımcıların aile tanıklı resüsitasyona ilişkin görüşleri	23
4.3. Acil servis sağlık çalışanlarının kpr sonrasında hasta yakınına bilgilendirirken yaşadığı deneyim ve duygular	25
4.4. Katılımcı sağlık çalışanlarının aile varlığı risk yarar ölçeği puanları	25
4.5. Acil servis sağlık çalışanlarının demografik bilgilerine göre aile varlığı risk yarar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	26
4.6. Acil servis sağlık çalışanlarının memnuniyet durumuna göre aile varlığı risk yarar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	28
4.7. Acil servis sağlık çalışanlarının bazı görüşlerine göre aile varlığı risk yarar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	29

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kardiyopulmoner arrest, çeşitli nedenlerle spontan solunum ve dolaşımın ani olarak durmasıdır. Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) ise spontan dolaşıma dönüşü (return of spontan circulation, ROSC) amaçlayan çabaların hepsini kapsayan karar ve işlemler olarak tanımlanabilir (1). KPR, temel yaşam desteği ve ileri yaşam desteği olmak üzere iki düzeyde gerçekleştirilebilmektedir. Temel yaşam desteği, yaşamı kurtarmak amacı ile hava yolu açıklığı sağlandıktan sonra, solunumu ve/veya kalbi durmuş kişiye yapay solunum ile akciğerlerine oksijen gitmesini, dış kalp masajı ile de kalpten kan pompalanmasını sağlamak üzere yapılan ilaçsız müdahaleleri içermektedir. İleri yaşam desteği ise, hastane içi veya dışında kardiyak arrestin önlenmesi ve tedavisi, kardiyopulmoner resüsitasyon sırasında manuel defibrilasyon, hava yolu yönetimi, mekanik ventilasyon desteği, acil ilaçların uygulanması ve aritmilerin tedavisini içerir (2).

Resüsitasyon uygulaması, hastanelerde diğer yataklı tedavi birimlerine göre kardiyak arrestin daha fazla meydana geldiği acil servislerde daha sık gerçekleştirilmektedir. Acil servis hizmetleri, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlara bağlı olarak gelişen sağlık sorunlarında, sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastaya acil serviste sunulan hizmetlerin tamamıdır. Bu hizmetler ve resüsitasyon işlemleri sırasında hekimler, hemşireler, ambulans ve acil tıp teknikerleri işbirliği içinde çalışmaktadır.

Evrensel bir tanımlama henüz bulunmamasına rağmen aile tanıklı resüsitasyon (Family Witnessed Resuscitation-FWR) kavramı, resüsitasyon işlemleri sırasında bir veya daha fazla aile üyesinin, görsel veya fiziksel temas kurmalarını sağlayacak şekilde resüsitasyon alanında bulunması olarak adlandırılmaktadır (3). Aile tanıklı resüsitasyon uygulaması, aile merkezli bakım anlayışına temellenmektedir. Aile merkezli bakım, aile ve sağlık hizmeti sağlayıcısı arasında sağlık bakımı kararlarının alınmasına yönelik bir ortaklık yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır (4). Aile merkezli bakım anlayışı ve aile tanıklı resüsitasyon konusunda ABD, Acil Hemşireler Derneği (Emergency Nurses Association-ENA) (5), Amerikan Kritik Bakım Hemşireleri Birliği (AACN) (6) ve benzeri meslek

örgütlerinin yayınlanmış çeşitli bildirileri bulunmasına karşın, üzerinde uzlaşmış ortak bir politika ya da protokol bulunmamaktadır. Ülkemizde ise T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları hakkında yer alan tebliğ ve Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde aile merkezli bakımın temelleri vurgulanmasına rağmen, aile tanıklı resüsitasyon kavramına yer verilmediği görülmüştür (7, 8). Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında, palyatif bakım, çocuk hastalara hizmet verilen yoğun bakım üniteleri ve birimlerinde aile merkezli bakım modeli ile ilgili çeşitli standartlar belirlenmiş olmasına karşın, kardiyopulmoner arrest durumunda aile üyelerinin katılımına ilişkin herhangi bir standarta yer verilmemiştir (9). Oysa resüsitasyon uygulaması, sağlık çalışanları ve aile üyeleri açısından ağır duygusal yük ve psikolojik strese yol açan bir uygulamadır, çünkü kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanan hastaların hayatta kalarak taburcu olma oranının %10 ila %15' arasında olduğu öngörülmektedir (10). Bu nedenle resüsitasyon uygulaması ile ilgili ailenin tanıklığı önemli bir konudur ve yazın alanında aile tanıklı resüsitasyon işlemine ilişkin araştırmaların yıllar içinde giderek arttığı gözlenmektedir.

Aileler üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar aile üyelerinin, resüsitasyona tanık olmaya hakları olduğunu, her şeyin yapıldığını görebilmeyi, böylece hastaları için daha az kaygılanmalarının avantaj sağlayabileceğini göstermiştir (11-13). Örneğin, Waldemar ve arkadaşları (14) tarafından, Amerika Birleşik Devletlerinde gerçekleşen bir gözlemsel kohort çalışmaya hastane içinde kardiyak arrest geçiren 3257 hasta dâhil edilmiş; bunların 395'inin ailesi (%12) olay yerinde olup, 186'sı (%6) olay yerinde kalmayı tercih etmiştir. Bu çalışmada ailenin varlığında kalp durmasından resüsitasyona kadar geçen ortalama sürenin daha uzun olduğu, ancak aile tanıklı ve aile tanıklı olmayan resüsitasyon arasında, resüsitasyondan hemen sonra hayatta kalma açısından hiçbir fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmada resüsitasyon sırasında aile tanıklığının sağlanabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Leske ve arkadaşları (15) acil servise motorlu araç kazaları ve ateşli silah yaralanmaları nedeniyle başvuran hastaların resüsitasyonu sırasında aile varlığının etkilerini incelemek amacıyla Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Wisconsin'deki 516 yataklı bir hastanede 140 travma hastasının aile üyelerinin dahil olduğu bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Araştırma sonucunda aile tanıklı resüsitasyon seçeneğine

katılmanın ailelerin kaygı düzeylerini önemli ölçüde azalttığını belirlemişlerdir. Türkiye’de Çelik ve arkadaşları (16) aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına katılmış 100 hasta yakınının uygulama sonrası kaygı düzeyini incelemek amacıyla İstanbul’da bir eğitim ve araştırma hastanesi acil servisinde gözlemsel bir çalışma gerçekleştirmişler ve çalışma sonucunda hastalarının resüsitasyonuna tanık olan aile üyelerinin Durumluk-Sürekli Kaygı puan ortalaması 49.5 ± 11.3 ; resüsitasyona katılmayan aile üyelerinin kaygı puan ortalamaları ise 51.0 ± 9.3 olduğunu saptamışlardır. Bulgular doğrultusunda resüsitasyon uygulamasına tanık olmanın hasta yakınlarının kaygısını artırmadığı sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde Ersoy ve arkadaşları (11) tarafından Türkiye’deki bir acil serviste gerçekleştirilen araştırmada 420 aile üyesi çalışmaya katılmış; katılımcıların çoğu (%66,4) resüsitasyon sırasında hastanın yanında olmak istediklerini belirtmişlerdir.

Konuyla ilgili araştırmalar sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyona ilişkin görüş ve tutumlarının farklı olduğunu göstermektedir. Jabre ve arkadaşları (17) Fransa’daki 15 hastanenin acil servisinde tanıklı resüsitasyonun aile ve sağlık çalışanı üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla 2009-2011 yılları arasında kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanan 570 hastanın hasta yakını ile prospektif randomize kontrollü bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bu araştırmada bir grup hasta yakınlarına kardiyopulmoner resüsitasyon sırasında bulunma seçeneği sunulan hasta yakınları müdahale grubu, seçenek sunulmayan hasta yakınları ise kontrol grubu olarak belirlenmiş; müdahale grubundaki 266 hasta yakınından 211’i (%79), kontrol grubundaki 304 hasta yakınının 131’i (%43) kardiyopulmoner resüsitasyon işlemine tanık olmuştur. Araştırma sonucuna göre kardiyopulmoner resüsitasyona tanık olmayan hasta yakınlarında travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon belirtileri tanık olanlara göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Araştırmada, CPR sırasında aile tanıklığının tıbbi müdahaleyi engellemediği ve sağlık ekibinde stresi artırmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Waldemar ve arkadaşları (18) 2015 yılında İsveç’teki yedi üniversite hastanesinde çalışan 189 sağlık çalışanının aile tanıklı resüsitasyona yönelik deneyimleri ve tutumlarını belirlemek amacıyla kesitsel bir araştırma gerçekleştirmişler ve katılımcıların %68’inin resüsitasyon ekibinin aile üyesini üzecek söylemlerinin olabileceği kaygısı taşıdığını saptamışlardır.

Sak-Dankosky ve arkadaşları (19) tarafından 2013 yılında aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin sağlık çalışanlarının endişelerini belirlemek amacıyla Finlandiya'da üç ve Polonya'da üç olmak üzere altı üniversite hastanesinde çalışan, hemşire ve hekimlerden oluşan 390 sağlık çalışanı ile tanımlayıcı bir araştırma yürütülmüştür. Araştırma sonucunda katılımcılar aile üyelerinin hastanın durumunu tıbbi olarak anlayamaması, objektif kalamaması ve resüsitasyon uygulamasının ailelerin ruhsal sağlıkları üzerinde kısa ve uzun vadeli olumsuz sonuçlar doğurabileceği ve aile üyelerinin fiziksel varlığının kardiyopulmoner resüsitasyonun iş akışını bozacağına dair endişelerini belirtmişlerdir.

Bashayreh ve arkadaşlarının (20) Ürdün'de sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyona yönelik algı ve tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları niteliksel bir çalışma sonucunda ailenin resüsitasyon işlemine tanık olmasının resüsitasyon işlemine müdahale olasılığı nedeniyle sağlık çalışanı üzerinde artan stres ve şiddet endişesine yol açtığı; bu durumun sağlık çalışanlarının performansını olumsuz etkileyebileceği belirlenmiştir.

Hassankhani ve arkadaşları (21) sağlık çalışanlarının resüsitasyon sırasında aile üyelerinin bulunmasına ilişkin deneyimlerini aydınlatmak amacıyla İran'ın Tebriz şehrinde yer alan altı hastanede çalışan 12 hemşire ve 9 hekimin katılımını içeren niteliksel bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Çalışmanın sonunda ailenin varlığının olumsuz etkileri, müdahalenin kesintiye uğraması, resüsitasyon ekibinin odağında bozulma, resüsitasyon ekibiyle tartışma, olumlu etkileri ise resüsitasyon ekibine güven duyma olmak üzere iki ana tema ortaya çıkarılmıştır.

Görüldüğü üzere aile tanıklı resüsitasyon ile ilgili yazın alanı sağlık çalışanlarının resüsitasyon sırasında hasta yakınlarının bulunmasına ilişkin farklı görüş ve tutumlarını ortaya koymakla birlikte; özellikle ülkemizde araştırmalara dayalı bilimsel veriler oldukça kısıtlıdır. Ayrıca, aile tanıklı resüsitasyona çeşitli uluslararası kuruluşların kılavuzlarında yer verilmesine karşın, bu konuda mevzuatın açık olmaması, kurumsal protokol ve prosedürlerin eksikliği sağlık çalışanlarının uygulamada belirsizlik ve ikilem yaşamasına yol açmaktadır. Bu nedenle aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına yönelik özellikle resüsitasyon işlemlerinin daha sık yapıldığı acil servis birimlerinde gerçekleştirilen araştırmalar sağlık çalışanlarının

aile merkezli bakım ve aile tanıklı resüsitasyonun önemine dair farkındalıklarının artırılması açısından önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma acil serviste çalışan sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyona ilişkin görüş ve deneyimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya yön veren sorular aşağıda yer almaktadır:

1. Acil servis sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin görüş ve deneyimleri nelerdir?
2. Acil servis sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin risk-yarar algıları nedir?
3. Acil servis sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin görüşlerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kardiyopulmoner Resüsitasyon (Cardiopulmonary resuscitation [CPR]) ve Tarihsel Süreci

Herhangi bir nedenden dolayı kişinin solunum ve dolaşımının ani olarak durması sonucu gelişen duruma “Kardiyopulmoner arrest” denilmektedir. Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR), kardiyak arrestin ardından hayatta kalma şansını artıran bir dizi hayat kurtarıcı eylemdir (22). Kardiyopulmoner resüsitasyon girişimi, solunumun ve dolaşımın durduğu hallerde ilaç veya cihaz kullanılarak, hastanın dolaşımının tekrar sağlanması ve hayati organların tekrar oksijenlenmesinin sağlanması amacıyla gerçekleştirilen eylemlerdir (23). Canlandırmada ilk hedef spontan dolaşımın geri dönüşünü sağlamak olup, dolaşım sağlandıktan sonraki dönemde kardiyopulmoner ve sistemik işlevlerin en iyi şekilde gerçekleşmesidir. Arreste neden olan faktörlerin ortaya çıkarılıp giderilmesi, arrestin tekrarının önlenmesi, uzun dönem sağ kalımı sağlamaya yönelik tedavilerin başlanması da diğer hedefler arasında yer almaktadır (24, 25). Resüsitasyonun amacı; sağ kalımı korumak, sağlığı düzeltmek, bireyin isteklerine, haklarına ve mahremiyetine saygı duymaktır (26).

Kritik sağlık müdahaleleri içerisinde önemli bir yere sahip olan resüsitasyonun tarihinin oldukça eskiye dayandığı bilinmektedir. Eski mısırdaki M.Ö yaklaşık 4000 yıl önce Mısır mitoloji tanrıçalarından İsis’in eşi Osiris’in ağzına üfleterek iyileştirdiği bilgisinin papirüslerde yer aldığı belirtilmektedir (27). Ayrıca M.Ö. 3500 yıl önce eski Mısır’da inversiyon (ters çevirme) metodu kullanılarak hastanın yaşama döndürülmeye çalışıldığına dair bilgiler de yer almaktadır. Bu yöntemle soluk borusuna yabancı cisim aspirasyonu yaşamış birey yaşama döndürülmeye çalışılmıştır (27, 28). M.Ö 800’lü yıllarda ise İlyas (Elijah) peygamberin ölmüş bir çocuğa soluk verdiği ve çocuğun yeniden hayata döndüğü hadisesi İncil’de yer almaktadır (29). Bu uygulamaların eski dönemde yaşam desteği sağlamak ve yeniden canlandırma çabalarının olduğunu söylemek mümkündür.

Tıbbın babası İbn-i Sina milattan sonraki dönemde ilk trakeal entübasyon denemesini gerçekleştirmiştir (27). 1628 yılına gelindiğinde William Harvey tarafından dolaşım sistemi ve kalp durmasının tanımı ilk kez yapılmıştır. İlk başarılı

kapalı göğüs kompresyonu 1891 yılında Alman cerrah Friedrich Maass tarafından uygulanmıştır (30). 1960'lı yıllara gelindiğinde ise ilk kez kapalı kalp masajı ve suni solunumun başarı bir şekilde uygulandığı, kardiyopulmoner resüsitasyon tanımının yapıldığı bildirilmektedir (1, 28). Kouwenhoven ve arkadaşlarının (31) 1960 yılında 20 hasta üzerinde ilk kez resüsitasyon tekniğini kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada toplamda %70'lik bir kalıcı sağ kalım oranı verilmiştir. 1966 yılında ise ABD'de National Academy of Sciences-National Research Council (NAS-NRC) kardiyopulmoner resüsitasyon girişimini belli standartlara kavuşturma çalışmaları başlatmıştır. Kardiyopulmoner resüsitasyonun ABCD'si bu dönemde oluşturulmuştur. Kardiyopulmoner resüsitasyon girişi, A: Airway opened (hava yolunun açık tutulması), B: Breathing restored (solunumun sağlanması), C: Circulation restored (dolaşımın sağlanması) ve D: Definitive therapy (nihai tedavi) olmak üzere dört basamaktır. 1993 yılında kardiyopulmoner resüsitasyon konusunda önerilerde bulunmak, uluslararası boyutta ortak kararlar almak amacıyla Uluslararası Resüsitasyon Liyezon Komitesi (ILCOR) kurulmuştur. Ayrıca Avrupa Resüsitasyon Kurulu ve Amerikan Kalp Birliği her beş yılda bir resüsitasyonla ilgili güncel değişiklikleri ve bilgileri içeren kılavuzlar yayınlanmaktadır (28).

2.2. Aile Merkezli Bakım Anlayışı ve Aile Tanıklı Resüsitasyonun Tarihçesi

Aile toplumun en temel sosyal birimidir. 1968 yılında Birleşmiş Milletler tarafından açıklanan tanıma göre aile; kan, yasa ve evlilik yoluyla birbirlerine belirli derecede akrabalıklar edinen kişilerden meydana gelen topluluktur (32). Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlüğünde aile evlilik ve kan bağı temelinde eşler, çocuklar ve kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik olarak tanımlanmıştır (33). Aile merkezli bakım; aile üyelerinin fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel ve ruhsal boyutlarının, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirildiği ve ihtiyaç durumunda bakıma tüm aile bireylerinin katıldığı bir yaklaşımdır (34). Aile merkezli bakım, ailenin bütün üyelerinin gerektiğinde bakımın odak noktası olarak kabul edildiği, sağlık bakımının planlanmasının fikir alışverişi içerisinde beraber yönetildiği, bakım ve değerlendirilmesine yönelik uygulamaların karşılıklı olarak ele alındığı bir kavramdır (35). Sağlık hizmetlerinin aile merkezli bakım çerçevesinde

sunulması, ulaşılabilir, devamlılığı olan ve merhametli olma özelliği ile sağlık hizmetlerinin kalitesini ve memnuniyeti arttırmaktadır (36).

Aile merkezli bakım ilkeleri aşağıda verildiği gibi özetlenebilir (4).

- 1- **Bilgi Paylaşımı:** Aile ve sağlık çalışanları arasında anlaşılır ve yansız bilgi paylaşımı olmalıdır. Aile üyeleri hastalarının bakımı ile ilgili devamlılığı olacak şekilde eksiksiz ve anlaşılır olarak bilgi alabilmelidir.
- 2- **Farklılıklara Saygı Duymak ve Onurlandırmak:** Hasta ve ailesine, ırk, köken, kültürel ve sosyoekonomik faktörler ayrımı yapılmadan, saygı duyulmalıdır. Hastanın ve ailenin farklı değer ve inanışlarının farkında olunmalı, farklı baş etme yöntemlerine saygı duyulmalı ve onları destekleyecek yönler geliştirilmelidir.
- 3- **Ortaklık ve İşbirliği:** İhtiyaç duyulan sağlık hizmeti süresince hasta, aile ve sağlık çalışanları arasında ortak bir iletişim bağı ile işbirliği sağlanmalıdır. Bu süreçte aile ve sağlık çalışanları, hastanın ve ailenin yararına ortak hareket etmeli ve aile bakımının her aşamasında dâhil edilerek kararlar taraflarca alınmalıdır.
- 4- **Müzakere:** Hasta bakım sürecinde alınan kararlar, aile üyeleri ve sağlık çalışanları ortak iletişim ağı ile beraber alınmalıdır. Sağlık çalışanları ve aile üyeleri arasında güven duygusu oluşturulmalıdır. Ailelerin güçlü yönleri, farklılıkları tanınmalı, kendi kararlarını verebilmeleri için desteklenmelidir.
- 5- **Aile ve Toplum Bağlamında Bakım:** Genel çerçevede tüm ortamlarda aile merkezli politikalar, prosedürler geliştirmek, sağlık hizmetlerinin hastanın ve ailenin ihtiyaçlarına göre uyarlanması, ailenin tüm bakım düzeylerine dâhil edilmesine imkân sağlayacak sistemlerin geliştirilmesi sağlanmalıdır (4).

Aile merkezli anlayışa temellenen aile tanıklı resüsitasyon ilk olarak 1980'lerde Amerika Birleşik Devletleri (ABD) eyaleti Michigan'daki Foote Hastanesinde ortaya çıkmıştır. Hasta yakınlarının resüsitasyon uygulaması sırasında hastalarının yanından ayrılıp odadan çıkmak istememeleri üzerine yaşanmış olay sonrasında, hasta yakınlarına yönelik geleneksel tıbbi tutum sorgulanmaya başlanmıştır. 1985 yılında Doyle ve arkadaşları (37) Foote Hastanesi'nin acil servisinde 55 aile üyesi ve 21 sağlık personeliyle ailelerin canlandırma girişimi sırasında yaşadıkları deneyimleri hakkında bir anket çalışması yapmışlar; çalışmanın

sonucunda hasta yakınlarının %72'sinin canlandırma odasında bulunmak istediğini ve sağlık bakım çalışanlarının %71'inin de aile varlığında resüsitasyon uygulamasını destekledikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Hemşirelik yazın alanında ise, Hanson ve Strawser (38) hasta yakınlarının arzu etmesi durumunda, yeniden canlandırma anında hastanın yanında bulunmalarına izin veren bir program uygulamaya başlamışlar; bu programı içeren dokuz yıllık uygulama verileri değerlendirilmiş ve yayınlanmıştır.

2.3. Aile Tanıklı Resüsitasyona Yönelik Meslek Örgütlerinin Bildirileri

Amerika Birleşik Devletleri'nde, Acil Hemşireler Derneği (Emergency Nurses Association-ENA) ilk olarak 1994 yılında, daha sonra ise en son 2010 yılında olmak üzere, sıklıkla revize edilen, İnvaziv Prosedürler ve/veya Resüsitasyon Sırasında Hasta Başında Aile Varlığı başlıklı bir bildiri yayınlamıştır (5). Bu bildiride aile varlığının etkisi ile ilgili araştırmaların teşvik edilmesi, acil sağlık çalışanları ile ilgili aile varlığı sorunlarına ilişkin eğitim kaynaklarının geliştirilmesi ve aileye yönelik kılavuzların geliştirilmesi için acil sağlık hizmetleri alanındaki diğer disiplinlerle işbirliği desteklenmektedir. Bu bildiride aile tanıklı resüsitasyon kavramı 8 madde şekilde özetlenmiştir.

1. Hastaların resüsitasyon sırasında aile üyelerinin yanında olmasını tercih edeceklerine dair bazı kanıtlar vardır.
2. Aile üyelerinin, invaziv prosedürler veya bir aile üyesinin resüsitasyonu sırasında hazır bulunma seçeneğinin sunulmasını istediklerine dair güçlü kanıtlar vardır.
3. Aile üyesinin varlığının hastaya, aileye veya sağlık ekibine zarar verdiğini gösteren kanıtlar çok azdır veya hiç yoktur.
4. Aile üyelerinin varlığının invaziv prosedürler veya resüsitasyon sırasında hasta bakımını engellemediğine dair kanıtlar vardır.
5. Sağlık hizmeti çalışanlarının, açıklama ve rahatlık sağlamak için mevcut aile üyelerine atanmış bir sağlık hizmeti uzmanının varlığını desteklediğine dair kanıtlar vardır.
6. Aile üyelerinin mevcudiyetine ilişkin bir politikanın, bu uygulamaya dâhil olan sağlık hizmetleri uzmanlarına yapı ve destek sağladığına dair bazı kanıtlar vardır.

7. İnvaziv prosedürler veya resüsitasyon sırasında aile üyesinin varlığı, uygun aile üyelerine bir seçenek olarak sunulmalı ve sosyal hizmetler, pastoral bakım, risk yönetimi, hemşirelik gibi departmanlarla işbirliği içinde geliştirilen yazılı kurum politikasına dayanmalıdır.

8. Sağlık kuruluşları, invaziv prosedürler ve resüsitasyon sırasında ailenin yanında bulunma seçeneğiyle ilgili olarak halk için eğitim kaynakları geliştirmeli ve yaymalıdır (5).

1995 yılında İngiltere Royal College of Nursing, İngiliz Kaza ve Acil Tıp Derneği ile ortaklaşa aile tanıklı resüsitasyonun seçenek olarak düşünülmesini ve desteklenmesi gerektiğini ifade etmiştir (39). Amerikan Kalp Derneği'nin kardiyopulmoner resüsitasyon ve acil kardiyovasküler bakım yönergeleri de sağlık ekibine, resüsitasyon uygulamaları sırasında aile üyelerine hastaların yanında kalma seçeneği sunmalarını tavsiye etmektedir (40).

Amerikan Kritik Bakım Hemşireleri Birliği (AACN) 2004 yılında, “*KPR ve İnvaziv Prosedürler Sırasında Ailenin Varlığı*” başlıklı kanıta dayalı bir uygulama bildirisi yayınlamıştır (6). AACN'nin bu bildirisi, Acil Hemşireler Derneği'nin (Emergency Nurses Association-ENA) “İnvaziv Prosedürler ve Resüsitasyon Sırasında Ailenin Yatak Başında Bulunması” (5) şeklindeki pozisyon bildiriminin bir onayıdır.

Avrupa Resüsitasyon Konseyi (European Resuscitation Council-ERC) ailelerin resüsitasyonda bulunma seçeneğini resmi olarak destekleyerek, hem hastaların hem de ailelerinin özerkliğini geliştirmedeki önemli rolünü vurgulamaktadır (41). Avrupa Resüsitasyon Konseyi, 2005 yılında yayınladığı resüsitasyon rehberinde, aile tanıklı resüsitasyonun, hasta yakınlarının sevdiklerini kaybetme durumunu kabul etmeyi kolaylaştırdığını; sevdikleri birinin son anlarında yanında olabilmenin, dokunabilmenin resüte edilen kişi için hoşnutluk yaratacağını, hasta yakınlarının yapılabilecek her şeyin yapıldığını görmüş olması ve resüsitasyon sırasında en iyi deneyimi yaşayabilmelerini sağlamak için belirli önlemlerin alınması gerektiğini belirtmektedir (42).

Kanada Kritik Yoğun Bakım Derneği yayınladığı bir bildiride resüsitasyon sırasında aile varlığını yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet gibi Beauchamps

ve Childress tarafından açıklanan kapsayıcı 4 etik ilke ile değerlendirmiştir (43, 44). Bu değerlendirmeler aşağıda belirtilmiştir.

Zarar vermeme; aile tanıklı resüsitasyonun aileye, sağlık çalışanlarına veya kurumlara sağladığı önemli faydalar, resüsitasyon uygulanan hasta için oluşturduğu risklerin önüne geçmemelidir. Hastaya yönelik riskler, aile üyelerinin sıkıntısı nedeniyle resüsitasyonun erken sonlandırılmasını veya ailenin sağlık ekibinin resüsitasyon çabalarına doğrudan müdahalesini içerebilir (45).

Yarar sağlama; sağlık çalışanları mümkün olduğu kadar hasta iyiliğini önde tutmaya özen göstermelidir. Hastaya bir zarar gelmediği durumlarda, fayda ilkesi mümkünse aile bireylerini de içine alarak destek olunmasını ifade eder. Bazı etikçiler, resüsitasyon işlemleri sırasında hastanın hayatta kalma şansının çok düşük olduğunu bu yüzden resüsitasyona tanıklık eden aile üyelerinin rahatlığının öncelikli olması gerektiğini savunmaktadır (46).

Özerklik ; doğum ve ölüm olayları duygu yüklü kişisel yaşam olaylarıdır. Bu nedenle hastalar ve aileleri, kendilerini ilgilendiren konularda mümkün olduğunca fazla özerkliğe sahip olmalıdır. Bir aile üyesinin, sevdiği kişinin son anlarına şahit olmasının engellenmesi veya bir hastanın yanında bir yakını olmadan son anlarını yaşaması, özerklik ilkesine aykırıdır (45).

Adalet; adalet ilkesi, tüm insanların sosyal ve sağlık kaynaklarına eşit, yeterli erişime sahip olmasını teşvik eder. Bu nedenle aile tanıklı resüsitasyon aile yakınlarının hasta müdahalesine eşit erişim hakkını doğurmaktadır (45).

2.4. Resüsitasyon Sırasında Aile Tanıklığının Algılanan Yararları

Aile ve hastayı birbirine bağlayan güçlü bir ihtiyaç bağı vardır. 2007-2008 yıllarında Hong Kong'da yapılan bir araştırmada katılımcılar, hastadan ayrı kalmanın hasta yakınlarında büyük bir korku oluşturduğunu ve bu duygunun hastalarına müdahale sırasında resüsitasyon odasında hastanın yanında bulunmak için güçlü bir arzu uyandırdığını belirtmiştir (47). Konuyla ilgili yazın alanında yer alan çalışmalar, kardiyopulmoner resüsitasyon sırasında ailelerin hastanın yanında kalmak istediğini göstermiştir (10-12, 48).

De Stefano ve arkadaşları (49) resüsitasyona katılan aile üyelerinin uygulama sırasındaki deneyimlerini belirlemek amacıyla randomize kontrollü bir çalışma

gerçekleştirmişlerdir. Bu randomize kontrollü araştırmaya dahil edilen 540 katılımcıdan 75'i rastgele olası katılımcı olarak seçilmiş, 30 katılımcı ile üç ay sonra telefon görüşmesi sağlanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular; aile varlığının resüsitasyon işlemlerini kolaylaştırabileceği ve ailelerin sağlık ekibine, hastalarının tıbbi öyküleri hakkında en iyi bilgiye sahip kişi olarak, hastaları ile ilgili en doğru bilgi kaynağı olduklarının önemi vurgulanmıştır. Çalışmada ayrıca aile tanıklı resüsitasyonun ailenin resüsitasyon sürecini doğrudan anlamasını sağlayacağı, hasta için manevi bir güç ve olası ölümünün kabul edilmesinde fayda sağlayacağı ve ailenin varlığının hastaya huzur sağlayacağı ifade edilmiştir.

Çeşitli araştırmaların sonuçlarına göre, resüsitasyon sırasında aile üyelerinin varlığı, sevdikleri için mümkün olan her şeyin yapıldığını gördükleri için aileleri rahatlatmakta; bu şekilde hasta ve sağlık çalışanına destek daha fazla artmaktadır. Aynı zamanda tanıklı resüsitasyon uygulaması ile aile üyeleri, hastanın durumuna ilişkin kritik bilgileri gerekli hallerde sağlık çalışanları ile daha etkili paylaştıklarını belirtmektedir. Aile üyelerinin bu süreç içerisindeki hastalarına ilişkin kaygı ve korkuları en aza indirilip olası süreçlerde aile varlığı yas sürecine yardımcı olabilmektedir (13, 49, 50). Aile tanıklı resüsitasyon aileye sevdiklerine veda etme fırsatları sağlamayı, hastanın sağlık durumunun öneminin ve ciddiyetinin farkında olmayı ayrıca bu süreçte aileye sevdiklerini duygusal olarak destekleme fırsatı sağlar (51). Aile tanıklı resüsitasyon, ailelerde yaygın olarak ifade edilen psikolojik travmaya neden olmamakla beraber, tedavinin neden olduğu depresyon, korku ve endişeyi azaltırken, tıbbi bakım üzerindeki kontrol duygularını ve memnuniyetlerini arttırmaktadır. Resüsitasyonda aile varlığı, ailelere hastanın durumu hakkında hızlı ve net bir bilgi sağlamaktadır. Aile ile hasta arasındaki fiziksel temas, aile bireylerinin rahatlamasını ve hastalarının kayıplarına ilişkin ailenin uyum sağlama becerisini artırmıştır (52). Sağlık çalışanları, resüsitasyon uygulama esnasında aile varlığının sağlık personeline hastanın geçmiş hastalık öyküsü ve tıbbi bilgileri hakkında ayrıntılı bilgiyi sunmaları hastanın tedavi sürecine katkı sağlayacağı bildirilmektedir (53).

2.5. Resüsitasyon Sırasında Aile Tanıklığına ilişkin Algılanan Riskler ve Engeller

Ailelerin kritik hasta bakımında daha fazla katılma isteklerini gösteren çalışmalara rağmen sağlık çalışanları aile tanıklı resüsitasyon anlayışından hala uzaktır (19, 54). Örneğin, Twibell ve arkadaşları tarafından yapılan niteliksel bir çalışmanın sonucunda hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin bulunmasına ilişkin karar vermesini etkileyen faktörlere ilişkin çeşitli temalar ortaya çıkarılmıştır. “*Aileye travma*” teması hemşirelerin en fazla ağırlık verdiği temadır. Hemşireler uygulamanın aile için yıkıcı olmasına, kötü anılara sahip olmalarına yol açacak potansiyel bir travma olarak görmüşlerdir. “*Aile rahatsız edebilir*” teması altında araştırmaya katılan hemşireler ailenin resüsitasyon çabalarını aksatabileceği endişesini belirtmişlerdir. “*Ailenin olumsuz duygularına tepki verme*” temasında hemşireler resüsitasyona katılan ailenin duygusal, fiziksel ve yapılan işlemlere ilişkin bilgi ihtiyaçlarını karşılayacak birinin bulunması gerektiğini belirtmişlerdir. “*Aile varlığına karar vermek zor*” temasında hemşireler kimin içeri girmesine izin verileceği, hangi yaşın uygun olduğu, kaç kişiye izin verileceği gibi birçok kararda gelişmiş bir direktifin bulunmamasının ikileme yol açtığını ifade etmişlerdir (55).

Aile bireylerinin resüsitasyon uygulamasına tanıklık etmesi, aile bireylerinde çaresizlik, endişe, panik ve suçluluk duygularını yaratabilir (10). Literatürde kantitatif yaklaşımlar kullanılarak tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin bildirilen en yaygın aile sonuçları; depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomları ve resüsitasyona tanık olmanın oluşturduğu değişken deneyimdir (56, 57).

Sağlık çalışanları açısından aile tanıklı resüsitasyon uygulamasının sakınca ve riskleri, ailelerin ve hastaların bu tanıklıktan olumsuz etkilenmesi, sağlık çalışanlarının uygulama sırasındaki çalışma ortamının ve performanslarının etkilenmesidir. Sağlık çalışanlarının çoğu ailelerin resüsitasyon işlemi sırasında bulunmasının hasta mahremiyetini ihlal edeceği yönünde endişe duymaktadır (50). Gizlilik ilkesi, hastaların kişisel bilgilerini sağlık ekibine kolayca ifade edebildikleri bir güven bağı oluşturmakta, ihlali durumunda güvene dayalı hasta-sağlık çalışanı ilişkisi zarar görüp olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Bir hastayla ilgili özel bilgilerin yayılması, kamunun sağlık çalışanlarının dürüstlüğüne ilişkin inancını

zedeleylebilir. Bu mahremiyet ihlali aynı zamanda yasal işlemlerin ihlali sebebiyle hukuki davaların açılmasına yol açabilir (58, 59).

Ayrıca sağlık çalışanları ailenin bilgi düzeyinin yapılan işlemler için yeterli olmadığını, bu nedenle resüsitasyon işlemleri sırasında uygulama ve tedavileri anlayamayacakları için müdahale ekibine yönelik olumsuz tutumlarla müdahale edebileceklerinden endişe etmektedirler (50). Aile tanıklığı, geri dönüş imkânı daha az bir resüsitasyon uygulamasında müdahaleyi uzatma kararını etkileyebilir. Tersine, bir akraba, resüsitasyon uygulamasının erken durdurması için ekibe baskı yapabilir. Her iki durumda da, sağlık ekibinin dikkati hastadan uzaklaşabilir, strese yol açabilir ve olası odaklanma bozukluğu yaşanabilir (16). Resüsitasyon ekibinin işleyişinin aksama ihtimali, hastaya ilişkin dava açılması ihtimali ve hasta ailelerinin resüsitasyon tanıklığı sonrası yaşayabilecekleri travmatik anların devam etmesi gibi riskler uygulamayı benimsemeyi engelleyen faktörler olarak belirtilmektedir (60). Aile tanıklı resüsitasyonun, sağlık çalışanları açısından diğer bazı riskler ise yasal süreçlerde dava riskleri, kurumların tanıklı resüsitasyona ilişkin politikalarının olmaması ve sağlık personelin tanıklı resüsitasyona ilişkin bilgi ve eğitim eksikliğinin korku ve strese neden olmasıdır (61, 62).

Kardiyovasküler resüsitasyon, hasta ve ailelerinin yaşamlarında önemli bir dönüm noktasıdır. Çalışmalar sağlık çalışanlarının resüsitasyon işlemleri sırasında ailenin varlığına ilişkin olumsuz tutumlarının genellikle bu konuda resmi bir politikanın bulunmamasından kaynaklanabildiğini göstermektedir(10, 62). Bu nedenle aile tanıklı resüsitasyon uygulaması için standart prosedürlere yön verecek multidisipliner küresel politikalar gereklidir. Ayrıca özellikle acil servisler gibi kardiyopulmoner resüsitasyonun sıklıkla kullanıldığı alanlarda, kardiyopulmoner resüsitasyona ilişkin multidisipliner eğitim ve öğretim planı hazır olmalıdır (63). Sağlık alanı eğitimcileri hasta başında sağlık çalışanlarına rehber olacak yönergelere ve eğitime odaklanmalıdır (59). Aile tanıklı resüsitasyonu, rutin resüsitasyon uygulamaları kapsamında bir seçenek olarak sunan hastaneler, resüsitasyon sırasında hangi aile üyesinin resüsitasyona katılacağına ilişkin şeffaf politikalar geliştirmelidir. Resüsitasyon işleminde hasta müdahalesinde yer alan sağlık çalışanı dışında deneyimli refakatçiler resüsitasyon alanında aile üyelerine eşlik etmeli ve onları desteklemelidir.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, acil servis sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire, acil tıp teknisyeni-teknikeri, paramedik, sağlık memuru) aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin görüş ve deneyimlerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın Ankara ili sınırları içinde T.C Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri bünyesinde 11 farklı sağlık kuruluşunun acil servis birimlerinde yürütülmesi planlanmıştır. Bu kuruluşlar; Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sanatoryum Yerleşkesi, Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Keçiören Yerleşkesi, Ankara Şehir Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesidir. Araştırmanın yürütülmesi planlanan hastanelerin acil sağlık bölümlerinde 384 hekim, 863 hemşire, 57 sağlık memuru, 49 Paramedik /Acil tıp teknikeri olmak üzere toplam 1353 sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Ancak, 2022 yılında araştırmaya idari izin veren kuruluşların sayısı yalnızca 4 olduğundan, bu araştırma Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis bölümlerinde gerçekleştirilmiştir.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 21 Eylül 1957’de hizmete açılmıştır. A1 Genel sınıflamasında yer alan hastane 640 yatak sayısı ile hizmet vermektedir. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinin özellikli birimleri içerisinde, Organ Nakli Merkezi, Kalp Merkezi, İnme Merkezi, Replantasyon Merkezi, Yanık Merkezi,

Kemoterapi Merkezi yer almaktadır. Acil servis binası Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi yerleşkesinin ana caddeye komşu kısmına inşa edilmiş olup bodrum, zemin ve üzerindeki 2 katla beraber 4 ayrı katta hizmet vermektedir. Zemin kat triaj ve hasta bekleme alanı, yeşil alan, travma ve acil cerrahi ünitesi, kırmızı alan ve resüsitasyon, izole alan ve monitörlü gözlem alanlarından oluşur. Birinci katta sarı alan poliklinikleri, sarı monitörlü gözlem ünitesi ve resüsitasyon bulunmaktadır.

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1898 yılında kurulmuş olup, A1 Genel hastane olarak 1100 yatak kapasitesinde, Diyaliz, Organ Nakli Merkezi, Kalp Merkezi (Erişkin), İnme Merkezi, Replantasyon Merkezi, Yanık Merkezi (Erişkin), Kemoterapi Merkezi, Kemik İliği (Erişkin Padiatri), Genetik Merkezi, Radyoaktif İyot Tedavisi, Hiperbarik Oksijen Tedavisi, ÜYTE Merkez, Robotik Cerrahi Merkezi, ROP Tanı Merkezi gibi özellikli birimleri ile hizmet vermektedir. Acil tıp kliniğinde triyaj ve arena olmak üzere iki muayene alanı bulunmaktadır. Arena bölümünde tam donanımlı üç travma ve resüsitasyon odası, 10 adet monitörlü gözlem odası bulunmaktadır.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi hizmete 1 Haziran 2010 yılında kurulmuş olup, A1 Genel hastane olarak 264 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Özellikli birimleri içerisinde Çocuk İzlem Merkezi, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Evde Sağlık Hizmetleri yer almaktadır. Acil servis kliniğinde triaj, yeşil alan muayene, sarı alan muayene, müşahade odası ve resüsitasyon odası bulunmaktadır.

Çalışmanın gerçekleştiği hastanelerden Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi A1 Dal hastanesi olarak 1995 yılında kurulmuş olup, hastane 85 yatak kapasitesinde özellikli hizmet olarak Organ Nakli Merkezi (Kornea Nakli) işlemleriyle hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara il sınırları içerisindeki T.C Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri bünyesindeki acil servis birimlerinde çalışan toplam 1353 acil servis sağlık çalışanının oluşturması planlanmış; örneklem hacmi ise evren sayısının bilindiği durumda 0.05 örnekleme hatası ile 299 olarak hesaplanmıştır.

Ancak araştırmaya idari izin veren kuruluşların sayısı yalnızca 4 olduğundan, örnek bir araştırma esas alınarak güç analizi hesaplaması yapılarak örneklem belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyona yönelik deneyimleri ve tutumlarının incelenmesi amacıyla 189 katılımcı ile yapılan kesitsel bir araştırmada acil servis çalışanları arasında (hemşire ve hekim) resüsitasyon sırasında aile üyelerini davet etme oranı sırasıyla %35,8 ve %24,6 olarak bulunmuştur (18). Bu oranlar göz önünde bulundurularak Gpower 3.1.9.7 programında effect size g 0.112 olarak belirlenmiş, güç %90 kabul edilerek gerekli örneklem büyüklüğü minimum 145 olarak hesaplanmıştır.

Bu araştırmada, araştırmanın yürütülmesine izin veren toplam dört eğitim ve araştırma hastanelerinin acil servis bölümlerinde az 6 aydır görev yapan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan bütün acil servis sağlık çalışanları örnekleme alınmış ve 154 katılımcıya ulaşılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı yer ve örneklem kapsamına alınan sağlık çalışanlarının sayısı Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmanın yapıldığı hastaneler ve örnekleme

Hastane Adı	Hekim sayısı	Hemşire sayısı	Sağlık memuru sayısı	Paramedik /Acil tıp teknikeri sayısı	Toplam Sağlık Çalışanı Sayısı	Örneklem Sayısı
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	32	62	1	2	97	58
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	31	35	8	1	75	45
YBÜ Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi	22	34	4	9	69	41
Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi	8	9	-	-	17	10
TOPLAM	93	140	13	12	258	154

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak ‘Tanıtıcı Özellikler Formu’ ve ‘Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği’ kullanılmıştır.

3.4.1 Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu form araştırma kapsamına alınan acil servis çalışanlarına ait sosyo-demografik bilgilere ve kardiyopulmoner resüsitasyon ile aile tanıklı resüsitasyona ilişkin görüş ve deneyimleri incelemeye yönelik geliştirilmiştir. Formun ilk bölümünde sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, unvan, toplam hizmet yılı, acil bölümü/klinik toplam hizmet yılı ve çalışma saat aralıklarına ilişkin toplamda 9 adet soru (1-9. sorular) yer almaktadır. Formun ikinci bölümü (10-22. sorular) ise sağlık çalışanlarının kardiyopulmoner resüsitasyon ile aile tanıklı resüsitasyona ilişkin görüş ve deneyimlerini ortaya çıkarmaya yönelik 7 adet açık uçlu soru, 6 adet kapalı uçlu soru olmak üzere toplamda 13 soru içermektedir. Bu form 22 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

3.4.2 Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği

Orjinal adı “*Family Presence Risk-Benefit Scale*” olan Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği 2008 yılında Renee Samples Twibell ve arkadaşları tarafından ilk kez sağlık çalışanlarının resüsitasyon sırasından ailenin varlığının risk ve faydaları hakkındaki algılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 26 maddeden oluşmaktadır ve 5’li Likert tipi bir ölçektir. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği’nde dokuz adet ters ifade (2, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13 ve 14. maddeler) bulunmaktadır. Ölçek maddeleri “Kesinlikle katılmıyorum=1”, “Katılmıyorum=2”, “Kararsızım=3”, “Katılıyorum=4” ve “Kesinlikle katılıyorum=5” olmak üzere beşli Likert skala şeklinde seçeneklerden oluşmaktadır.

Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeğinden alınabilecek puan 26 ila 130 arasında değişmektedir. Ortalama toplam puan madde sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeğinden alınacak yüksek puanlar, acil servis sağlık çalışanlarının resüsitasyon sırasında aile varlığını daha fazla yararlı ve daha az riskli algıladıkları; ölçekten alınan düşük puanlar ise sağlık çalışanlarının resüsitasyon sırasında aile varlığını daha riskli ve daha az yararlı algıladıkları şeklinde

yorumlanmaktadır. Twibell ve arkadaşları (2008) Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeğinin faktör analizi sonucunda toplam varyansın %53'ünü açıkladığını, ölçeğin faktör yüklerinin -0,498 ile 0,890 arasında değiştiğini, Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısının 0,96 olduğunu bildirmişlerdir (64).

Ölçeğin Türkçe diline uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk E.A tarafından 2020 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin dahili, cerrahi ve yoğun bakım birimlerinde çalışmakta olan 427 hemşire örnekleminde yapılmıştır. Türkçe uyarlama çalışmasında Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) değeri 0,876 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe versiyonundaki güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak saptanmıştır (65) (EK 2).

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanmasına izin veren hastaneler ve acil servis birimleri, araştırmaya ilişkin gerekli etik kurul onayı alındıktan sonra, her hastane için belirli bir tarih belirlenmek suretiyle ziyaret edilmiştir. Öncelikle ilgili kurumların Başhekimlik ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü ile görüşülerek araştırma hakkında bilgilendirme sağlanıp; araştırmanın etik kurul onayı ve resmi izinler beyan edildikten sonra, hastanenin acil servisi ziyaret edilmiştir. Acil servis sorumlusu ve sağlık çalışanlarına araştırma hakkında bilgi verilerek ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan sağlık çalışanlarından aydınlatılmış onam formlarını imzalamaları istenmiştir. Ardından araştırmanın veri toplama formları verilerek formların doldurulması sağlanmıştır. Acil servislerde 24 saat hizmet sunulmasına karşın, araştırmanın verileri 1 Kasım 2022 - 30 Aralık 2022 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından 08.00-20.00 saatleri arasında yüz yüze olarak toplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler kodlanmış ve istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 Windows paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanıtıcı özellikler formundan elde edilen veriler sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, ortanca gibi betimleyici istatistikler ile analiz edilmiştir. Araştırma verileri ANOVA gibi parametrik yöntemler yardımı ile test edilmiş, gerekli varsayımların sağlanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi

ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Nicel veri analizlerinde nicel verilerin kategorik değişkenleri frekans, sayısal değişkenleri ortalama-standart sapma şeklinde sunulmuştur. Ölçek toplam puanları ile sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla, değişkenler arası ilişkilerin yönünü ve derecesini tanımlamak için Spearman korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Değerlerin normallik testi için Shapiro-Wilk testinden faydalanılmıştır. Normal dağılım gösteren, gruplar arası karşılaştırmada iki bağımsız gruplarda Bağımsız Örneklem T Testi, üç veya daha fazla bağımsız grup olması durumunda Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının aile varlığı risk-yarar algısını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla basit regresyon tekniğinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi %5 düzeyinde alınmıştır. Bulgular % 95’lik güven aralığında, $p < 0.05$ düzeyinde anlamlılık kabul edilmiştir. Açık uçlu sorulara verilecek yanıtlar ise sorumlu araştırmacı ve yardımcı araştırmacı tarafından önce bağımsız olarak, daha sonra ise birlikte okunarak, ardından benzerlik ve farklılıklara göre tematik olarak gruplandırılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma protokolü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun 14 Haziran 2022 tarihli toplantısında tez önerisi olarak uygun bulunmuştur. Araştırmanın etik boyutu Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır (06.09.2022; GO 22/757) (**EK 3**).

Araştırmada Acil Servis Sağlık Çalışanları için Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği’nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapan Öztürk E.A’dan ölçeğin kullanımına ilişkin izin, elektronik posta yoluyla alınmıştır (**EK 4**).

Araştırmanın uygulanabilmesi için öncelikle T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden izin talep edilmiştir (**EK 5**). Araştırmanın yürütüleceği hastanelerden alınan Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu kararları ve izin yazıları ise **EK 6**’da sunulmuştur.

Araştırmaya katılan acil servis sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgi verilmiş, katılımın gönüllük esasına dayandığı açıklanmış ve katılmayı kabul edenlerden aydınlatılmış onam alınmıştır (**EK 7**).

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik bilgilerinin dağılımı (n=154)

Demografik Bilgiler	Sayı	%
Yaş	$\bar{x} \pm SS: 29,34 \pm 6,5$	
Cinsiyeti		
Kadın	90	58,4
Erkek	64	41,6
Medeni Durumu		
Evli	58	37,7
Bekâr	96	62,3
Çocuğunun Var Olma Durumu		
Evet	35	22,7
Hayır	119	77,3
Eğitim Düzeyi		
Ön Lisans	18	11,7
Lisans	91	59,1
Yüksek Lisans	13	8,4
Doktora / Tıpta Uzmanlık	32	20,8
Unvanı		
Hekim	46	29,9
Hemşire	94	61,0
Sağlık Memuru	4	2,6
Acil Tıp Teknikeri/ Paramedik	10	6,5
Meslekte Toplam Çalışma Süresi		
6 ve 12 ay	12	7,8
1-5 yıl	92	59,8
6-10 yıl	25	16,2
11-15 yıl	5	3,2
16-20 yıl	9	5,9
21 yıl ve üzeri	11	7,1
Acil Serviste Çalışma Süresi		
6 ve 12 ay	37	24
1-5 yıl	92	59,8
6-10 yıl	15	9,8
11-15 yıl	5	3,2
16-20 yıl	5	3,2

Tablo 4.1. (Devam) Katılımcıların demografik bilgilerinin dağılımı (n=154)

	Sayı	%
Çalışma Şekli		
Sadece gündüz	17	11
Gece-gündüz vardiyalı	39	25,3
Nöbet usulü (24 saat)	98	63,6
KPR Uygulama Sertifikası		
Var	39	25,3
Yok	115	74,7
KPR Uygulama Eğitimi		
Var	126	81,8
Yok	28	18,2
İleri Yaşam Desteği Uygulama Sertifikası		
Var	33	21,4
Yok	121	78,6
Son 1 Ayda KPR Uygulama Durumu		
Evet	106	68,8
Hayır	48	31,2
KPR Uygulaması Sırasında Aile Tanıklığı Durumu		
Evet	19	14,2
Hayır	115	85,8
Acil Serviste Çalışma Memnuniyeti		
Evet	59	38,3
Hayır	34	22,1
Kısmen (Memnun)	61	39,6

Tablo 4.1’de katılımcıların sosyo-demografik bilgileri verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $29,34 \pm 6,5$ olup, %58,4’ü kadın ve %62,3’ü bekârdır; %77,3’ünün çocuğu yoktur. Eğitim düzeyleri açısından, katılımcıların %59,1’i lisans, %20,8’i de doktora/tıpta uzmanlık mezunu, %11,7’si ön lisans mezunu, %8,4’ü ise yüksek lisans derecesine sahiptir. Çalışmaya katılanların %61’i hemşire, %29,9’u hekim, %6,5’i acil tıp teknikeri/paramedik, %2,6’sı ise sağlık memurudur. Yaklaşık yarıdan fazlasının (%59,7) toplam çalışma süresi ve acil serviste çalışma süresi 1-5 yıldır. Çoğunluğu gece-gündüz vardiyalı (%25,3) veya 24 saat nöbet usulü (%63,6) çalışmaktadır. Katılımcı sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%74,7) KPR Uygulama Sertifikası ve İleri Yaşam Desteği Uygulama Sertifikası (%78,6) yoktur; ancak KPR uygulama eğitimi almıştır (%81,8) ve %68,8’i son 1 ay içinde KPR uygulamasına katılmıştır. Katılımcıların %85,8’i hasta yakınlarının KPR uygulamasına tanık olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %38,3’ü Acil Servis’te çalışmaktan memnun iken, %22,1’i memnun değil, %39,6’sı da kısmen memnun olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların aile tanıklı resüsitasyona ilişkin görüşleri (n=154) *

Görüşler	Sayı	%
Aile Tanıklı Resüsitasyonun Anlamı *		
Aile üyelerinin uygulamaya tanıklık etmesi	97	83,0
Yanlış bir uygulama	9	7,6
Olay yeri 112 ye haber verilen alan	7	6,0
Travma, üzüntü	4	3,4
Aile Tanıklı Resüsitasyonun Sağlık Ekibi Açısından Önemi ve Sakıncaları *		
Her şeyin yapıldığının görülmesi/şeffaflık	12	5,8
Sağlık ekibinin işleyişi bozulur	59	28,6
Şiddet/mobbing riski	43	21,0
Uygulamayı engelleme/müdahale riski	47	22,8
Sağlık ekibinin odaklanamaması	29	14,0
İş yükünün artması	6	3,0
Dava riski	7	3,4
Stres	3	1,4
Aile Tanıklı Resüsitasyonun Hasta/Hasta Yakını Açısından Önemi ve Sakıncaları *		
Her şeyin yapıldığının görülmesi/ şeffaflık	27	15,4
Ölümü kabullenme	10	5,7
Hasta için manevi destek sağlamak	6	3,4
Aile travma yaşar	71	40,3
Aile fazla tepkisel olabilir	25	14,2
Uygulamanın kötü anı olarak kalması	15	8,5
İşleyiş aksar / hasta zarar görür	14	8,0
Uygulamayı engelleme/ müdahale riski	8	4,5
KPR Sırasında Hastanın Birinci Derece Yakını Ortam/Odada Bulunmalı mı?		
Evet	5	3,2
Hayır	149	96,8
Katılımcının Yakınına KPR Uygulanması Durumunda İşlem Esnasında Yakınının Yanında Olmak İster mi?		
Evet	23	14,9
Hayır	87	56,5
Kararsızım/ Bilmiyorum	44	28,6
Katılımcının Kendisine KPR Uygulanması Sırasında Aile Üyelerinden Birisinin Bulunmasını İster mi?		
Evet	7	4,5
Hayır	144	93,5
Kararsızım/ Bilmiyorum	3	1,9

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir, n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Katılımcıların Aile Tanıklı Resüsitasyona İlişkin Görüşleri Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan acil servis çalışanlarının %83’ü “*Aile tanıklı resüsitasyon nedir?*” sorusuna “*Aile üyelerinin KPR uygulamasına tanıklık etmesi/uygulamada aynı odada bulunması*” şeklinde ifade vermişleridir. Katılımcıların %7,6’sı yanlış bir uygulama, %6’sı olay yeri / 112’ye haber verilen alan şeklinde yanıtlamıştır. Daha az oranda katılımcı ise travma, üzüntü olarak tarif etmiştir.

Aile tanıklı resüsitasyonun sağlık ekibi açısından önemi her şeyin yapıldığının gösterilmesi, hasta ve hasta yakını açısından önemi ise her şeyin yapıldığının görülmesi, ölümü kabullenme ve hasta için manevi destek sağlamak şeklinde belirtilmiştir. Aile tanıklı resüsitasyonun sakıncaları ise sağlık ekibinin işleyişinde bozulma (%28,6), uygulamayı engelleme/müdahale riski (%22,8), şiddet / mobbing riski (%21) ve sağlık ekibinin odaklanamaması (%14) olarak açıklanmıştır. Daha az orandaki katılımcı ise her şeyin yapıldığının görülmesi, iş yükünün artması, dava riski ve stres olarak ifade etmiştir. Katılımcıların yarıya yakını (%40,3) aile tanıklı resüsitasyonun aile için bir travma olduğunu belirtmiş; daha az oranda ise ailenin fazla tepkisel olması, kötü anı olarak kalması ve hastanın zarar görmesi şeklinde açıklamıştır.

Çalışmaya katılan acil servis çalışanlarının çoğunluğu (%96,8) hastanın birinci derece yakını ortam/odada bulunmalı sorusuna hayır yanıtı vermiştir. “*Katılımcının yakınına KPR uygulanması durumunda işlem esnasında yakınının yanında olmak ister mi?*” sorusuna yarıdan fazla oranda (%56,5) hayır yanıtı verilmiş; daha az oranda (%28,6) kararsızım ve evet (%14,9) seçenekleri işaretlenmiştir. Buna karşın, “*Katılımcının kendisine KPR uygulaması sırasında aile üyelerinden birisinin bulunmasını ister mi?*” sorusuna ise çoğunlukla hayır (%93,5) yanıtı verilmiştir.

Tablo 4.3. Acil servis sağlık çalışanlarının kpr sonrasında hasta yakınıni bilgilendirirken yaşadığı deneyim ve duygular (n=159)

Deneyim ve Duygular *	Sayı	%
Üzüntü	41	26,0
Hissizlik	20	12,5
Bilgi vermiyorum	29	18,2
Özenli ve dikkatli	9	5,7
Şiddet korkusu	17	10,7
Gergin	16	10
Zorlanma, çaresizlik	8	5,0
Başarılı ise mutlu, değilse üzgün	5	3,1
Soğukkanlı	6	3,8
Stres	8	5,0

*Katılımcılar birden fazla cevap vermiştir, n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Çalışmaya katılan acil servis çalışanlarının KPR sonrasında hasta yakını bilgilendirmesinde yaşadığı deneyim ve duygular üzüntü, hissizlik, bilgi vermeme, özenli ve dikkatli olma, şiddete maruz kalma korkusu, gerginlik, zorlanma, çaresizlik, stres şeklinde ifade edilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcı sağlık çalışanlarının aile varlığı risk yarar ölçeği puanları (n=154)

	Ortanca	Min.	Maks.	Ort	SS
Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği	58	29	115	58,84	17,1

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Aile Varlığı Risk Yarar Ölçek puan ortalaması $58,84 \pm 17,1$ olup en düşük puan 29, en yüksek puan ise 115 olmuştur. Ortanca (medyan) değeri ise 58'dir.

Tablo 4.5. Acil servis sağlık çalışanlarının demografik bilgilerine göre aile varlığı risk yarar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Demografik Bilgiler	n	Ortanca	Min.-Max.	Ort.±SS	İstatistiksel T.	p
Cinsiyeti						
Kadın	90	57	31-115	57,49± 16,8	Mann Whitney U Test	0,184
Erkek	64	63,5	29-102	60,73± 17,3		
Medeni Durumu						
Evli	58	57	30-115	58,36± 16,6	Independent samples t test	0,789
Bekâr	96	58	29-102	59,13± 17,4		
Çocuğunun Var Olma Durumu						
Evet	35	59	30-115	59,54± 18,2	Independent samples t test	0,782
Hayır	119	58	29-112	58,63± 16,8		
Eğitim Düzeyi						
Ön Lisans	18	54,5	35-80	55,56± 15,6	Kruskal Wallis test	0,607
Lisans	91	60	29-115	60,21± 17,7		
Yüksek Lisans	13	64	30-79	57,69± 16		
Doktora/TıptaUzmanlık	32	55	33-102	57,25± 16,8		
Unvanı						
Hekim	46	52,5	29-102	53,87± 17,4	Kruskal Wallis test; H=11,015	0,012* p<0,05
Hemşire	94	61	31-115	61,3± 16,6		
Sağlık Memuru	4	75	54-93	74,25± 17,9		
Acil Tıp Teknikeri/ Paramedik	10	55	36-69	52,4± 11,7		
Meslekte Toplam Çalışma Süresi						
6 ve 12 ay	12	60,5	46-96	60,08± 14,3	Kruskal Wallis test	0,452
1-5 yıl	92	57	34-110	58,28± 17,1		
6-10 yıl	25	58	50-95	59,56± 17		
11-15 yıl	5	61	41-84	62,8± 19,4		
16-20 yıl	9	42	54-90	50,11± 18,2		
21 yıl ve üzeri	11	65	65-105	65		
Acil Serviste Çalışma Süresi						
6 ve 12 ay	37	58	41-102	57,86± 14,2	Kruskal Wallis test	0,093
1-5 yıl	92	57,5	34-110	58,5± 18,2		
6-10 yıl	15	63	56-105	61,33± 14,8		
11-15 yıl	5	80	64-90	76± 15		
16-20 yıl	5	45	68-110	47,6± 14		
Çalışma Şekli						
Sadece gündüz	17	64	44-115	67,71± 18	Kruskal Wallis test	0,127
Gece-gündüz vardiyalı	39	56	34-102	57,23± 16		
Nöbet usulü (24 saat)	98	57,5	29-112	57,94± 17		
KPR Uygulama Sertifikası						
Var	39	56	29-93	56,28± 15,8	Mann Whitney U Test	0,289
Yok	115	59	30-115	59,7± 17,4		
KPR Uygulama Eğitimi						
Var	126	57	29-102	56,67± 15,9	MannWhitney U, Z=-2,992	0,003 p<0,01
Yok	28	69,5	33-115	68,61± 19,1		
İleri Yaşam Desteği Uygulama Sertifikası						
Var	33	57	29-93	57,73± 19	Mann Whitney U	0,728
Yok	121	58	30-115	59,14± 16,6		

Tablo 4.5’de acil servis sağlık çalışanlarının demografik bilgilerine göre aile varlığı risk yarar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir.

Tabloda görüleceği üzere, sağlık çalışanlarının cinsiyeti, medeni durumu, çocuğunun olup olmaması, eğitim düzeyi, meslekte toplam çalışma süresi, acil serviste toplam çalışma süreleri ve çalışma şekline göre Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ayrıca katılımcı sağlık çalışanlarının KPR uygulama sertifikasına ve İleri Yaşam Desteği Uygulama Sertifikası olma durumuna göre Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların unvanlarına göre Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ($p=0,012<0,05$). Bu fark; hekimler ile hemşirelerin ($p=0,008<0,01$) ve sağlık memurları ile acil tıp teknikeri/paramediklerin ($p=0,048<0,05$) Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları arasındaki farklardan kaynaklanmıştır.

Katılımcıların KPR uygulama eğitimi alma durumuna göre Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Mann whitney U test; $U=1125,5$; $Z=-2,992$ $p=0,003<0,01$) KPR uygulama eğitimi olmayan sağlık çalışanlarının Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları, eğitimi olan sağlık çalışanlarının Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanlarından anlamlı olarak daha fazladır.

Acil serviste çalışmaktan memnun olmayanların Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları normal dağılmamış iken (Shapiro Wilk test; $p < 0,05$) memnun olanlar ve kısmen memnun olanların Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları normal dağılmıştır. Katılımcı sağlık çalışanlarının acil serviste çalışma memnuniyet durumlarına göre Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. (Kruskal Wallis test; $p > 0,05$).

Tablo 4.7. Acil servis sağlık çalışanlarının bazı görüşlerine göre aile varlığı risk yarar ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Görüşler	N	Ortanca	Min.-Max.	Ort.±SS	İstatistiksel Test	P
Son 1 Ayda KPR Uygulama Durumu						
Evet	106	58	29-115	57,5± 17,3	Mann Whitney U	0,146
Hayır	48	60	31-102	61,79± 16,4		
KPR Sırasında Hastanın Birinci Derece Yakını Ortam/Odada Bulunmalı mı?						
Evet	5	79	68-112	57,5± 17,3	Mann Whitney U test; U=80,5; Z=-2,977;	0,003 <i>p <0,01</i>
Hayır	149	58	29-115	57,95± 16,4		
Katılımcının Yakınına KPR Uygulanması Durumunda İşlem Esnasında Yakınının Yanında Olmak İster mi?						
Evet	23	64	38-112	65,35± 16	Kruskal Wallis test	0,068
Hayır	87	54	29-115	56,63± 18,3		
Kararsızım/ Bilmiyorum	44	60,5	31-88	59,8± 14,1		
Katılımcının Kendisine KPR Uygulanması Sırasında Aile Üyelerinden Birisinin Bulunmasını İster mi?						
Evet	7	78	70-92	79,29± 7	Kruskal Wallis test; H=13,239;	0,001* <i>p <0,01</i>
Hayır	144	57	29-115	57,66± 16,8		
Kararsızım/ Bilmiyorum	3	74	52-77	67,67± 13,7		

Tablo 4.7’de görüldüğü üzere acil servis çalışanlarının son 1 ayda KPR uygulama durumu ve kendi yakınına KPR uygulanması durumunda işlem esnasında yakınının yanında bulunmayı isteyip istememesine göre Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$).

Ancak, “KPR sırasında hastanın birinci derece yakını ortamda bulunmalı mıdır?” sorusuna verilen yanıtlara göre Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ($p=0,003<0,01$). ‘Evet’ diyen sağlık çalışanlarının Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları, ‘Hayır’ diyen sağlık çalışanlarının Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanlarından anlamlı olarak daha fazladır. Ayrıca katılımcının kendisine KPR uygulaması sırasında aile üyelerinden birini yanında bulunmasını isteme durumuna göre Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ($p=0,001<0,01$) Bu fark; ‘Evet’ diyenler ile ‘Hayır’ diyenlerin ($p=0,001<0,01$) Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları arasındaki farktan kaynaklanmıştır.



5. TARTIŞMA

Acil servis sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyona ilişkin görüş ve deneyimlerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmaya 154 sağlık çalışanı katılmıştır. Bu bölümde, araştırmadan elde edilen başlıca bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır:

1. Acil servis sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyona ilişkin görüşlerine ilişkin bulguların tartışılması
2. Acil servis sağlık çalışanlarının resüsitasyon sırasında aile varlığına ilişkin algıladıkları risk ve faydalara ilişkin bulguların tartışılması
3. Acil servis sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyon işlemi sırasında aile varlığının fayda ve risklerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörlerin tartışılması

5.1. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resüsitasyona Ait Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan acil servis sağlık çalışanlarının %83'ü “*Aile tanıklı resüsitasyon nedir?*” sorusuna “*Aile üyelerinin KPR uygulamasına tanıklık etmesi/uygulamada aynı odada bulunması*” şeklinde ifade vermiştir. Aile tanıklı resüsitasyon uygulaması, aile merkezli bakıma temellendirilen bir uygulamadır. Aile merkezli bakımın en temel özellikleri, ailenin karar verme sürecindeki aktif katılımı ve ailelerin hastalara her zaman fiziksel erişim sağlaması yer almaktadır. Ancak çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu (%96,8) hastanın birinci derece yakını ortam/odada bulunmalı sorusuna hayır yanıtını vermiştir. “*Katılımcının yakınına KPR uygulanması durumunda işlem esnasında yakınının yanında olmak ister mi?*” sorusuna yarısından fazla oranda (%56,5) hayır yanıtı verilmiş; daha az oranda (%28,6) kararsızım ve evet (%14,9) seçenekleri işaretlenmiştir. Buna karşın, “*Katılımcının kendisine KPR uygulaması sırasında aile üyelerinden birisinin bulunmasını ister mi?*” sorusuna ise çoğunlukla hayır (%93,5) yanıtı verilmiştir. Waldemar ve arkadaşlarının (18) aile tanıklı resüsitasyona yönelik sağlık çalışanlarının deneyimlerini ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada toplam katılımcıların (hemşire ve hekim) %43,9'u aileye KPR sırasında hastanın yanında bulunma fırsatı verilmesi gerektiğini kabul ederken, %44,1'i bu ifadeye

katılmamış ve %12'si kararsız kalmıştır. Aynı çalışmada hekimlerin %55,6'sı ve hemşirelerin %31,4'ü resüsitasyon işlemleri sırasında bir aile üyesinin bulunmasının hasta için yarar sağlamayacağını belirtmiştir. Bir başka benzer çalışmada acil serviste çalışan hekim ve hemşirelerin aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin tutumları değerlendirilmiş ve araştırma bulgularında hemşirelerin %82'si, hekimlerin ise %87'si aile tanıklı resüsitasyon uygulamasını desteklediğini ifade etmiştir (3). Bu çalışmalar mevcut çalışmamız ile karşılaştırıldığında mevcut çalışmanın katılımcıları aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına daha yüksek oranda karşı çıkmıştır. Mevcut çalışmanın aksine resüsitasyon işlemleri sırasında ailenin bulunma fırsatı verilmesinin önemini kabul eden çalışmalarda mevcuttur. Avusturalya'da 18 Acil servis de gerçekleştirilen bir çalışmada hemşirelerden (%79) ve hekimlerden (%77) ailenin hazır bulunma hakkı olduğu konusunda güçlü bir fikir birliği vardır (13). Fakat bulgularımız konuyla ilgili yazın alanında yer alan Türkiye de gerçekleştirilmiş sınırlı çalışmalarda elde edilen sonuçlarla örtüşmektedir (50, 60). Elde edilen bulgunun ülkemizin sağlık sistemi ve farklılaşan kültürel değerleri sebebiyle ortaya çıktığı düşüncesindeyiz. Sağlık çalışanları, resüsitasyon işlemlerinde hasta yakınının bulunmasına ilişkin farklı görüşlere sahiptir (45, 50, 66). Aile tanıklı resüsitasyon uygulaması aile üyeleri tarafından desteklendiğine ilişkin çalışmalar giderek artmasına rağmen sağlık çalışanlarının tanıklı resüsitasyon uygulamasının uygun olmayacağına ilişkin görüşlerinin yer aldığı çalışmalar daha ağırlıktadır (21, 50, 67).

5.2. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığına Ait Algıladıkları Risk Ve Faydalara İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Aile Varlığı Risk Yarar Ölçek puan ortalaması $58,84 \pm 17,1$ bulunmuştur (Tablo 4.4). Resüsitasyon sırasından ailenin varlığının risk ve faydaları hakkındaki algılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen aile varlığı risk yarar ölçeğinden alınacak yüksek puanlar, sağlık çalışanlarının resüsitasyon sırasında aile varlığını daha fazla yararlı ve daha az riskli algıladıklarını ifade etmektedir. Aynı şekilde ölçekten alınan düşük puanlar ise sağlık çalışanlarının resüsitasyon sırasında aile varlığını daha riskli ve daha az yararlı algıladıklarını ifade etmektedir. Aile varlığı risk yarar ölçeğinden alınacak maksimum puan 130

olduğundan, çalışma kapsamında acil servis sağlık çalışanlarının resüsitasyon işlemlerinde aile varlığını daha riskli ve daha az faydalı algıladıkları belirlenmiştir. Literatürde aile varlığı risk yarar ölçeği kullanarak katılımcılarının ailenin resüsitasyonda bulunmasına ilişkin risk ve faydalarını inceleyen çalışmaların çoğu sadece hemşireler üzerinde yapılmış olup (64, 65, 68), sağlık çalışanlarını incelen araştırmalar sınırlı sayıdadır (53, 69). Fernández ve arkadaşları (69) tarafından gerçekleştirilen, bulgularımızı destekler nitelikteki çalışmada, 167'si hemşire olmak üzere toplam 237 sağlık çalışanı resüsitasyon işlemlerinde daha fazla risk ve daha az fayda belirlemiştir.

Literatürde araştırma bulgularımızın uyumlu olmadığı çalışmalarda mevcuttur. Chapman ve arkadaşlarının (53) 77 hemşire, 25 hekim katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcılar resüsitasyon işlemlerinde ailenin bulunmasını daha az riskli ve daha fazla faydalı bulmuşlardır. Ayrıca bu çalışmaya katılan katılımcıların yaklaşık üçte ikisi aile varlığının tüm ailelerin ve hastaların sahip olması gereken bir hak olduğu konusunda hemfikirdir. Gerçekleştirdiğimiz çalışmadan farklı bulgular elde edilmesinin nedeni Chapman'ın çalışmasında katılımcıların %47'si aile tanıklı resüsitasyon uygulamasını deneyimlemiş sağlık çalışanlarıdır. Çalışmamızın gerçekleştirildiği sağlık kuruluşlarında katılımcıların sadece %14,2'si resüsitasyon işlemlerde hasta yakınlarının tanıklığını deneyimlemiştir.

Bu çalışmada katılımcılar aile tanıklı resüsitasyonun sağlık ekibi, hasta ve hasta yakını açısından önemi ve sakıncaları hakkında görüşlerini açıklarken, sağlık ekibi açısından sağlık ekibinin işleyişinde bozulma, uygulamayı engelleme/müdahale riski, şiddet / mobbing riski ve sağlık ekibinin odaklanamaması şeklinde yanıt vermiştir. Daha az orandaki katılımcı ise her şeyin yapıldığının görülmesi, iş yükünün artması, dava riski ve stres olarak ifade etmiştir. Aile tanıklı resüsitasyonun hasta ve hasta yakını açısından önemi ve sakıncaları ise aile açısından travma, her şeyin yapıldığının görülmesi ve ailenin fazla tepkisel olması olarak belirtilmiş; daha az oranda katılımcı uygulamanın kötü anı olarak kalması ve hastanın zarar görmesi ve ölümü kabullenme şeklinde açıklamıştır. Literatürde yer alan Twibell ve arkadaşlarının (55) 193 hekim ve 325 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmanın bulgularında aile tanıklı resüsitasyon uygulaması için katılımcıların

başlıca endişeleri ağırlıklı olarak ailenin resüsitasyon işlemini aksatması, ailenin travmatize olma potansiyeli ve ailenin resüsitasyonu bozma potansiyeli olarak ifade edilmiştir. Çalışma bulgularını destekler başka bir çalışmada sağlık çalışanları tanıklı resüsitasyona ilişkin endişelerini ailenin travma yaşaması, resüsitasyon iş akışının bozulacağı olarak ifade etmiştir (19). Bashayreh ve arkadaşlarının (20) gerçekleştirdikleri çalışmada sağlık çalışanlarının çoğunluğu aile tanıklı canlandırmaya karşı olduklarını ifade etmiş, ailenin resüsitasyona tanık olmasına izin verilerse sözlü ve fiziksel saldırıya uğramakla ilgili çeşitli endişelerini dile getirmişlerdir. Bashayreh'in çalışmasında katılımcıların neredeyse tamamı, ailelerinin sağlık ekibinin işine karışmasından korktuklarını ve ailenin tanık olduğu resüsitasyonun aile üyeleri için travmatik olduğunu belirtmişlerdir. Belpomme ve arkadaşlarının (70) Fransa'da 337 hastanede sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmanın bulgularında katılımcıların çoğu (%90) aile tanıklı resüsitasyon uygulamasının aile üyelerinde psikolojik travmaya neden olacağı ifade edilmiştir.

Literatürde araştırma bulgularımızın uyumlu olmadığı çalışmalarda mevcuttur. Abuzeyad ve arkadaşlarının (71) acil serviste 79 hemşire 67 hekim ile gerçekleştirdikleri çalışmanın bulgularında katılımcıların %77,4'ü ailenin uygulama sırasında fiziksel tehdit oluşturacağına, %56,1'i resüsitasyon işlemine müdahalede bulunacağına, katılmamıştır. Aynı çalışmada katılımcıların çoğu aile tanıklı resüsitasyon uygulamasını desteklemiştir. Mevcut çalışmamızdan elde edilen bulgular literatürde yer alan çalışmaları destekler niteliktedir. Katılımcıların öne çıkan ağırlıklı endişeleri, resüsitasyonun engellenme riski, iş akışının bozulma riski, ailenin travma yaşama endişesi, şiddet/mobbing riski, tanıklı resüsitasyon uygulamasının güncelliğini korumasına rağmen yaygın bir uygulama olarak görülmemesinden kaynaklanmaktadır. Sağlık ekibi dışında hasta ve aileler için farkındalığının yeterli düzeyde olmaması uygulama için endişeleri arttırmaktadır. Literatürde Waldemar ve arkadaşlarının (18) gerçekleştirdikleri benzer bir çalışmada katılımcıların %62,9'u resüsitasyon sırasında aile varlığının, aile üyelerinin hasta için her şeyin yapıldığını bilmelerine yardımcı olacağını ifade etmiş, aynı çalışmada katılımcıların %47,7' si ailenin yas sürecine katkı sağlayacağını belirtmiştir. Mevcut çalışmada elde edilen bulgular Waldemar ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer faktörler içermekte fakat katılımcıların ağırlıkları değişkenlik göstermektedir.

5.3. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resüsitasyon İşlemi Sırasında Aile Varlığının Fayda Ve Risklerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Bu çalışmada katılımcıların unvanlarına ve KPR uygulama eğitimi alma durumuna göre Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Hemşireler, hekimlere göre sağlık memurları, paramedik ve acil tıp teknikerlerine göre ve KPR uygulama eğitimi olmayan sağlık çalışanları, eğitimi olan sağlık çalışanlarına göre resüsitasyon sırasında aile varlığını daha az riskli ve daha faydalı bulmaktadır. Bu çalışmanın bulguları neticesinde hemşirelerin hekimlere göre aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına karşı daha olumlu tutuma sahip olduğu görülmektedir. Çalışmadan elde edilen bu bulgu literatürde yer alan çalışmaları destekler niteliktedir (18, 55, 69). Sağlık çalışanlarının meslek disiplini farklılıkları aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin görüşlerini etkilemektedir. Hemşirelerin hekimlere oranla daha olumlu olmasını hemşirelik mesleğinin temelinde tıbbi bakım olmasına ve ailenin bu sürecin bir bileşeni olmasına bağlamaktayız. Ayrıca hemşireler, hastanede kaldıkları süre boyunca hasta ve hasta yakınları ile en uzun süreyi geçiren meslek disiplinidir. Bu yüzden aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına yaklaşımları diğer meslek gruplarına göre daha olumludur.

Mevcut çalışmada tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin katılımcılar iş yükünün artması, dava riski ve stres faktörünü belirtmiştir. Çalışmayı destekler nitelikte Bashayreh ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanları resüsitasyon sırasında aile üyelerinin bulunmasının önemini takdir etmiş ancak resüsitasyon işlemlerinin zorlu sürecinde kendilerini daha fazla strese maruz bırakma endişesini ifade etmişlerdir (20). Benzer bir başka çalışmada aile tanıklı resüsitasyon uygulaması hakkında bilgi eksikliğinin sağlık çalışanlarında haksız dava edilme endişesine, korku ve strese neden olduğu belirtilmiştir (61).

Literatürde mevcut çalışmanın aksine resüsitasyon uygulamasında sağlık çalışanı üzerinde aile varlığı durumuna göre stres düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı saptayan çalışmalar da mevcuttur (17). Benzer bir başka çalışmada acil servis sağlık çalışanlarının %85,6'sı resüsitasyon işlemlerinde aile varlığının sağlık ekibi üzerinde stres yaratmadığını ifade etmişlerdir (71). Resüsitasyon işlemi gerek

sağlık çalışanı gerekse hasta yakınları açısından hem fiziksel hem de duygusal boyutları içinde barındırmaktadır Resüsitasyon işlemlerinin değişkenliği ve dinamiği genel olarak sağlık çalışanlarının üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Sağlık çalışanlarının stres algıları ülkelerin mevcut sağlık yönetim sistemlerinin ve eğitim yetkinliklerinin farklılığından kaynaklanabilir.

Çalışmada bulgularından katılımcıların belirttiği iş yükünün artması, dava riski endişeleri literatürde yer alan çalışma bulgularıyla örtüşmektedir. Powers ve Reeve (62) gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcılar aile tanıklı resüsitasyon uygulamasının önünde önemli bir engel olarak yazılı bir protokol ve politikanın olmamasını ifade etmişlerdir. Sak-Dankosky ve arkadaşları (19) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için yetersiz sayıda personel varlığı mevcut personelde iş yükünün artmasına neden olacağı ifade edilmiştir. Çalışma bulgularında ifade edilen dava riski tanıklı resüsitasyon uygulamasının birçok meslek kuruluşu tarafından tanınmasına rağmen uygulamaya ilişkin ülkemizde ve birçok ülkede yazılı bir politika bulunmamasından kaynaklıdır. Ayrıca acil servisler sağlık hizmetleri bünyesinde hasta sayısı en fazla olan ve akut müdahalelerin gerçekleştiği önemli noktalardır. Çalışmanın gerçekleştiği hastanelerde personel istihdamının yetersizliği resüsitasyon işlemlerinde aile ile ilgilenecek bir personelin bulunmayışı katılımcılar tarafından iş yükünün artması olarak değerlendirilmiş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Acil servis sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin görüş ve deneyimlerini incelemek amacıyla Ankara’da T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı 4 adet eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapan 154 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen başlıca sonuçlara aşağıda yer verilmiştir:

- Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Aile Varlığı Risk Yarar Ölçek puan ortalaması $58,84 \pm 17,1$ bulunmuş ve çalışma kapsamında acil servis sağlık çalışanlarının resüsitasyon işlemlerinde aile varlığını daha az faydalı ve daha riskli algıladıkları belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşları, günlük bakım verilen ortalama hasta sayıları ve çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının acil serviste çalışma memnuniyet durumlarına göre Aile Varlığı Risk Yarar Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Hemşirelerin hekimlere göre, sağlık memurlarının acil tıp teknikeri/paramediklere göre ve KPR uygulama eğitimi olmayanların olanlara göre Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir. Hemşireler, sağlık memurları ve KPR uygulama eğitimi olmayanlar aile tanıklı resüsitasyon uygulamasını daha az riskli daha fazla faydalı bulmuşlardır.
- Acil servis sağlık çalışanları tanıklı resüsitasyon uygulamasını katılımcıların %83’ü *Aile üyelerinin KPR uygulamasına tanıklık etmesi/uygulamada aynı odada bulunması*” şeklinde tarif etmişlerdir.
- Çalışmaya katılan Acil Servis çalışanlarının çoğunluğu hastanın birinci derece yakını ortam/odada bulunmalı sorusuna hayır yanıtını vermiştir. Katılımcıların yarıdan fazlası yakınlarına KPR uygulanması durumunda yakınının yanında bulunmak istememiş, daha az oranda katılımcı kararsız kalmış ve katılmak istemiştir. Buna karşın, katılımcılar kendilerine KPR uygulanması sırasında aile üyelerinden birisinin bulunmasını istememiştir.
- Sağlık çalışanları aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin görüşlerini ifade ederken, sağlık ekibinin işleyişinde bozulma (%28,6), uygulamayı

engelleme/müdahale riski (%22,8), şiddet / mobbing riski (%21) ve sağlık ekibinin odaklanamaması (%14) faktörlerini belirtmiştir. Daha az orandaki katılımcı ise her şeyin yapıldığının görülmesi, iş yükünün artması, dava riski ve stres olarak ifade etmiştir.

- Aile tanıklı resüsitasyonun hasta ve hasta yakını açısından değerlendirilmesinde ise aile açısından travma (%40,3), her şeyin yapıldığının görülmesi (%15,4) ve ailenin fazla tepkisel olması (%14,2) olarak faktörler belirtilmiş; daha az oranda katılımcı uygulamanın kötü anı olarak kalması, hastanın zarar görmesi ve ölümü kabullenme etkisini ifade etmiştir.
- Çalışmaya katılan acil servis çalışanlarının KPR sonrasında hasta yakını bilgilendirmesinde yaşadığı deneyim ve duygular; üzüntü, hissizlik, bilgi vermeme, özenli ve dikkatli olma, şiddete maruz kalma korkusu, gerginlik, zorlanma, çaresizlik ve stres şeklinde ifade edilmiştir.

6.2. Öneriler

- Çalışma bulgularından yola çıkarak aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin sağlık çalışanlarının risk algılarının azaltılması ve aileyi resüsitasyon işlemlerine davet etmenin önündeki engellerin kaldırılmasına yönelik tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin politika ya da protokollerin geliştirilmesi,
- Aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin farkındalığın artırılması adına profesyonel temel sağlık alanı eğitim programlarında ve kurum içi hizmet içi eğitimlerde özel olarak bu konuya yer verilmesi,
- Uygulama esnasında sağlık çalışanlarının iş yükü ve stresinin azaltılması, ailenin resüsitasyon sırasında desteklenmesi ayrıca ailenin uygulamayı en iyi şekilde deneyimlemesi adına aile tanıklı resüsitasyon uygulaması için gerekli eğitimleri almış sağlık çalışanlarının ailelere ve sağlık çalışanlarına destek vermek için acil servis bünyelerinde bulundurulması,
- Sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyon uygulaması sırasında güvenliğinin sağlanması,
- Aile tanıklı resüsitasyon uygulamasıyla ilgili olarak ülkemizde ve dünyada daha geniş örneklem içeren kapsamlı araştırmaların yürütülmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Balcı B, Keskin Ö, Karabağ Y. Kardiyopulmoner resüsitasyon. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. 2011;1(1):41-6.
2. Soar J, Böttiger BW, Carli P, Couper K, Deakin CD, Djärv T, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation. 2021;161:115-51.
3. Tomlinson KR, Golden IJ, Mallory JL, Comer L. Family Presence During Adult Resuscitation: A Survey of Emergency Department Registered Nurses and Staff Attitudes. Advanced Emergency Nursing Journal. 2010;32(1):46-58.
4. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. Maternal and child health journal. 2012;16(2):297-305.
5. Association EN. Family presence at the bedside during invasive procedures and/or resuscitation 2010 [Available from: <http://www.ena.org/redirect.asp?PATH=/services/posistate/data/fampre.htm>].
6. Nurses AAOC-C. AACN practice alert: Family presence during CPR and invasive procedures. Retrieved June 17, 2008. 2004.
7. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. 2022 [Available from: <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-90029/yatakli-saglik-tesislerinde-acil-servis-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslarihakkinda-teblig.html>].
8. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. 2000 [Available from: <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-4226/yonetmelikler.html>].
9. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. Sağlıkta Kalite Standartları 2023. [Available from: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-52460/guncel-standartlar.html#>].
10. Yavuz M, Dikmen BT, Altınbaş Y, Aslan A, Karabacak Ü. Opinions for Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation in Turkey: A Literature Review. Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi. 2013;4(1).
11. Ersoy G, Yanturali S, Suner S, Karakus NE, Aksay E, Atilla R. Turkish patient relatives' attitudes towards family-witnessed resuscitation and affecting sociodemographic factors. Eur J Emerg Med. 2009;16(4):188-93.
12. Zali M, Hassankhani H, Powers KA, Dadashzadeh A, Rajaei Ghafouri R. Family presence during resuscitation: A descriptive study with Iranian nurses and patients' family members. Int Emerg Nurs. 2017;34:11-6.
13. Porter JE, Cooper SJ, Taylor B. Family presence during resuscitation (FPDR): A survey of emergency personnel in Victoria, Australia. Australas Emerg Nurs J. 2015;18(2):98-105.

14. Waldemar A, Bremer A, Holm A, Strömberg A, Thylén I. In-hospital family-witnessed resuscitation with a focus on the prevalence, processes, and outcomes of resuscitation: A retrospective observational cohort study. *Resuscitation*. 2021;165:23-30.
15. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ, Feetham S. Family Presence During Resuscitation After Trauma. *J Trauma Nurs*. 2017;24(2):85-96.
16. Celik C, Celik GS, Buyukcam F. The witness of the patient's relatives increases the anxiety of the physician, but decreases the anxiety of the relatives of the patient. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*. 2019;0(0):1024907919860632.
17. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 2013;368(11):1008-18.
18. Waldemar A, Thylen I. Healthcare professionals' experiences and attitudes towards family-witnessed resuscitation: A cross-sectional study. *Int Emerg Nurs*. 2019;42:36-43.
19. Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood PR, Kvist T. Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice. *Nurs Crit Care*. 2018;23(3):134-40.
20. Bashayreh I, Saifan A, Batiha AM, Timmons S, Nairn S. Health professionals' perceptions regarding family witnessed resuscitation in adult critical care settings. *Journal of clinical nursing*. 2015;24(17-18):2611-9.
21. Hassankhani H, Zamanzadeh V, Rahmani A, Haririan H, Porter JE. Family Presence During Resuscitation: A Double-Edged Sword. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(2):127-34.
22. Gören S, Bayraktar S. Erişkinde Kardiyak Arrest ve Kardiyopulmoner Resüsitasyon. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD Basılmamış Ders Notları*. 2017:1-16.
23. Shahrakivahed A, Masinaienezhad N, Shahdadi H, Arbabisarjou A, Asadibidmeshki E, Heydari M. The Effect of CPR Workshop on the Nurses' Level of Knowledge and Skill. *International Archives of Medicine*. 2015;8.
24. Tiryaki Ö, Özlem D. Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Teknoloji. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2018;22(1):44-9.
25. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2015;95:1-80.
26. Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, et al. Part 3: ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122(18 Suppl 3):S665-75.

27. Ufuk K, Aydın N, Yıldız K. Geçmişten Günümüze Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulamalarının Tarihçesi: MÖ-20. Yüzyıl. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2021;25(3):177-83.
28. Karataş M, Selçuk EB. Kardiyopulmoner resüsitasyonun tarihçesi. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. 2012(2):84-7.
29. LaHood N, Moukabary T. History of cardiopulmonary resuscitation. Cardiology journal. 2009;16(5):487-8.
30. Aitchison R, Aitchison P, Wang E, Kharasch M. A review of cardiopulmonary resuscitation and its history. Disease-a-month: DM. 2013;59(5):165-7.
31. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-Chest-Cardiac Massage. JAMA. 1960;173(10):1064-7.
32. Kuğuoğlu S, Demirbağ BC. Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı: Akademisyen Kitabevi; 2022.
33. T.D.K. Güncel Türkçe Sözlük 2023 [Available from: <https://sozluk.gov.tr/>].
34. Törüner E, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Hemşireliği: Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Gökçe Ofset, Ankara-2011. 2011:172-82.
35. Söyünmez S, Koç ET. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;1(3):141-8.
36. Azuine RE, Singh GK, Ghandour RM, Kogan MD. Geographic, racial/ethnic, and sociodemographic disparities in parent-reported receipt of family-centered care among US children. International journal of family medicine. 2015;2015.
37. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. Annals of emergency medicine. 1987;16(6):673-5.
38. Hanson C, Strawser D. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. J Emerg Nurs. 1992;18(2):104-6.
39. Nursing RCo. Witnessing Resuscitation. Guidance for Nursing Staff: Royal College of Nursing; 2002.
40. Resuscitation GfC, Care EC. Part 3: Adult basic life support. The American Heart Association in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation. Circulation. 2000;102(8):I22-59.
41. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation. 2015;95:302-11.
42. Baskett PJ, Steen PA, Bossaert L. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation. 2005;67 Suppl 1:S171-80.
43. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics: Oxford University Press, USA; 2001.

44. Vincent C, Lederman Z. Family presence during resuscitation: extending ethical norms from paediatrics to adults. *J Med Ethics*. 2017;43(10):676-8.
45. Oczkowski SJ, Mazzetti I, Cupido C, Fox-Robichaud AE. Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care Society position paper. *Can Respir J*. 2015;22(4):201-5.
46. Lederman Z, Garasic M, Piperberg M. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: who should decide? *J Med Ethics*. 2014;40(5):315-9.
47. Hung MS, Pang SM. Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. *J Adv Nurs*. 2011;67(1):56-67.
48. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ. Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *Journal of Trauma Nursing| JTN*. 2013;20(2):77-85.
49. De Stefano C, Normand D, Jabre P, Azoulay E, Kentish-Barnes N, Lapostolle F, et al. Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *PLoS One*. 2016;11(6):e0156100.
50. Badir A, Sepit D. Family presence during CPR: a study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *International journal of nursing studies*. 2007;44(1):83-92.
51. Porter DJE. Family presence during resuscitation (FPDR): A qualitative descriptive study exploring the experiences of emergency personnel post resuscitation. *Heart Lung*. 2019;48(4):268-72.
52. Vardanjani AE, Golitaleb M, Abdi K, Kia MK, Moayedi S, Torres M, et al. The Effect of Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures on Patients and Families: An Umbrella Review. *J Emerg Nurs*. 2021;47(5):752-60.
53. Chapman R, Watkins R, Bushby A, Combs S. Assessing health professionals' perceptions of family presence during resuscitation: a replication study. *Int Emerg Nurs*. 2013;21(1):17-25.
54. Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood PR, Kvist T. Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;50:95-102.
55. Twibell R, Siela D, Riwitis C, Neal A, Waters N. A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):e320-e34.
56. Considine J, Eastwood K, Webster H, Smyth M, Nation K, Greif R, et al. Family presence during adult resuscitation from cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation*. 2022;180:11-23.
57. Fulbrook P, Latour J, Albarran J, Graaf W, Lynch F, Devictor D, et al. The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation:

- European Federation of Critical Care Nursing Associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2008;6:255-8.
58. Brasel KJ, Entwistle JW, Sade RM. Should family presence be allowed during cardiopulmonary resuscitation? *The Annals of thoracic surgery*. 2016;102(5):1438-43.
 59. Powers KA, Candela L. Nursing Practices and Policies Related to Family Presence During Resuscitation. *Dimens Crit Care Nurs*. 2017;36(1):53-9.
 60. Demir F. Presence of patients' families during cardiopulmonary resuscitation: physicians' and nurses' opinions. *J Adv Nurs*. 2008;63(4):409-16.
 61. Grimes C. The effects of family-witnessed resuscitation on health professionals. *Br J Nurs*. 2020;29(15):892-6.
 62. Powers K, Reeve CL. Original Research: Family Presence During Resuscitation: Medical-Surgical Nurses' Perceptions, Self-Confidence, and Use of Invitations. *Am J Nurs*. 2020;120(11):28-38.
 63. Breach J. Exploring the implementation of family-witnessed resuscitation. *Nurs Stand*. 2018;33(1):76-81.
 64. Twibell RS, Siela D, Riwtis C, Wheatley J, Riegle T, Bousman D, et al. Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. *Am J Crit Care*. 2008;17(2):101-11; quiz 12.
 65. Öztürk EA. Hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığında risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörler. 2020.
 66. Fulbrook P, Albarran JW, Latour JM. A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(5):557-68.
 67. Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood PR, Kvist T. Factors associated with experiences and attitudes of healthcare professionals towards family-witnessed resuscitation: a cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2015;71(11):2595-608.
 68. Tudor K, Berger J, Polivka BJ, Chlebowy R, Thomas B. Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care*. 2014;23(6):e88-e96.
 69. de Mingo-Fernández E, Belzunegui-Eraso Á, Jiménez-Herrera M. Family presence during resuscitation: adaptation and validation into Spanish of the Family Presence Risk-Benefit scale and the Self-Confidence scale instrument. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1):221.
 70. Belpomme V, Adnet F, Mazariegos I, Beardmore M, Duchateau F-X, Mantz J, et al. Family witnessed resuscitation: nationwide survey of 337 prehospital emergency teams in France. *Emergency Medicine Journal*. 2013;30(12):1038-42.

71. Abuzeyad FH, Elhobi A, Kamkoum W, Bashmi L, Al-Qasim G, Alqasem L, et al. Healthcare providers' perspectives on family presence during resuscitation in the emergency departments of the Kingdom of Bahrain. *BMC Emerg Med.* 2020;20(1):69.



8. EKLER

EK-1. Sosyo-Demografik Bilgiler Formu

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

3. Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekâr

4. Çocuğunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

5. Eğitim Düzeyiniz:

☐ Ön lisans

☐ Lisans

☐ Yüksek lisans

☐ Doktora /Tıpta
Uzmanlık

6. Unvanınız:

☐ Uzman hekim

☐ Asistan hekim

☐ Hemşire

☐ Sağlık memuru

☐ Acil Tıp Teknikeri / Paramedik

☐ Diğer (Açıklayınız).....

7. Mesleğinizde toplam çalışma süreniz (Yıl):

☐ ≤1

☐ 1-5

☐ 6-10

☐ 11-15

☐ 16-20

☐ ≥21

8. Acil bölümü / servisinde toplam çalışma süreniz:

☐ ≤1

☐ 1-5

☐ 6-10

☐ 11-15

☐ 16-20

9. Çalışma şekliniz:

- ☐ Sadece gündüz (08.00-16.00) ☐ Gece-gündüz vardiyalı
☐ Sadece gece ☐ Nöbet usulü (24 saat) ☐ Diğer (Açıklayınız)

10. Kardiyopulmoner resüsitasyon uygulama sertifikanız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

11. Kardiyopulmoner resüsitasyon uygulaması eğitimi aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

12. İleri yaşam desteği sertifikasına sahip misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır

13. Acil bölümü / serviste çalışmak memnun musunuz?

- ☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır

14. Son 1 ay içinde Kardiyopulmoner resüsitasyon uyguladığınız hastanız oldu mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır (18. Soruya geçiniz)

15. Kardiyopulmoner resüsitasyon sırasında hasta yakını uygulamaya tanık oldu mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

16. Kardiyopulmoner resüsitasyon sonrasında hasta yakınıni bilgilendirirken yaşadığınız deneyim ve duygular nelerdir?

17. Sizce Kardiyopulmoner resüsitasyon sırasında hastanın birinci derece yakınları ortam/ odada bulunmalı mıdır?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Nedenini açıklayınız

18. Eğer sizin bir yakınınıza kardiyopulmoner resüsitasyon uygulaması yapılsaydı, bu işlem sırasında yanında olmak ister miydiniz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım / Bilmiyorum

☐ Nedenini açıklayınız.....

19. Eğer size resüsitasyon uygulanması gerekseydi, aile üyelerinizden herhangi bir kişinin odada bulunmasını ister miydiniz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım / Bilmiyorum

☐ Nedenini açıklayınız.....

20. Sizce, aile tanıklı resüsitasyon nedir?

21. Sizce, aile tanıklı resüsitasyon uygulamasının sağlık ekibi açısından önemi ve sakıncaları neler olabilir?

22. Sizce, aile tanıklı resüsitasyon uygulamasının hasta/hasta yakını açısından önemi ve sakıncaları neler olabilir?

EK-2. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği

AİLE VARLIĞI RİSK-YARAR ÖLÇEĞİ		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Lütfen düşüncelerinizi en iyi şekilde yansıtan numarayı işaretleyiniz.						
1	Yakınlarından biri resüsite edilirken aile üyelerine odada bulunma seçeneği sunulmalıdır.	1	2	3	4	5
2	Aile üyeleri resüsitasyon işlemine tanıklık ederlerse panik olabilirler.	1	2	3	4	5
3	Aile üyeleri, bir resüsitasyon işlemini izlemenin uzun vadede duygusal etkisine alışmakta zorlanacaklardır.	1	2	3	4	5
4	Resüsitasyon ekibi, resüsitasyona tanıklık eden aile üyeleri ile tanıklık etmeyenlere göre yakın ilişki kurabilirler.	1	2	3	4	5
5	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyeleri ortamda olursa doğru şeyleri yapma konusunda daha endişeli olurum.	1	2	3	4	5
6	Sevdiğim biri resüsite edilirken, odada bulunmak isterim.	1	2	3	4	5
7	Hastalar bir resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunmasını istemezler.	1	2	3	4	5
8	Aile üyelerinin ortamda bulunması durumunda resüsitasyon ekibi daha fazla çaba gösterecektir.	1	2	3	4	5
9	Başarısız resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyeleri yas tutma sürecini daha kolay atlatacaklardır.	1	2	3	4	5
10	Sevdiğim biri resüsite edilirken hemşire olduğum için orada bulunmama izin verilmelidir.	1	2	3	4	5
11	Aile üyeleri, resüsitasyon işlemine tanıklık ederlerse işlerin aksamasına neden olurlar.	1	2	3	4	5
12	Resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyelerinin dava açma ihtimali daha yüksektir.	1	2	3	4	5
13	Aile üyeleri ortamda olduğu takdirde resüsitasyon ekibi işini gerektiği gibi yapamayacaktır.	1	2	3	4	5
14	Birlikte çalıştığım hemşireler resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunmasını desteklemiyorlar.	1	2	3	4	5
15	Çalıştığım birimdeki aile üyeleri resüsitasyon işlemi sırasında odada bulunmayı tercih ederler.	1	2	3	4	5
16	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması hastalar için yararlıdır.	1	2	3	4	5
17	Aileler için faydalıdır	1	2	3	4	5
18	Hemşireler için faydalıdır	1	2	3	4	5
19	Hekimler için faydalıdır	1	2	3	4	5
20	Aile merkezli bakımın bir parçası olmalıdır.	1	2	3	4	5
21	Hastanın hastane bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	1	2	3	4	5
22	Ailenin hastane bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	1	2	3	4	5
23	Hemşirenin hasta ve ailenin bakımını optimal düzeyde sağlamaya yönelik memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	1	2	3	4	5
24	Hekimin optimum hasta ve aile bakımı sağlamaya yönelik memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	1	2	3	4	5
25	Tüm hastaların sahip olması gereken bir haktır.	1	2	3	4	5
26	Tüm aile üyelerinin sahip olması gereken bir haktır.	1	2	3	4	5

EK-3. Etik Kurul Kararı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

*Sayı : 16969557-1544

Konu : **ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

Toplantı Tarihi : 06 EYLÜL 2022 SALI

Toplantı No : 2022/13

Proje No : GO 22/757 (Değerlendirme Tarihi: 06.09.2022)

Karar No : 2022/13-17

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Leyla DİNÇ'in sorumlu araştırmacı olduğu, Hem. Tuğba AKSOYLU'nun yüksek lisans tezi olan, GO 22/757 kayıt numaralı "*Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resüsitasyon Uygulamasına İlişkin Görüş ve Deneyimleri*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 07 Eylül 2022 – 07 Eylül 2023 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

- | | | | |
|------------------------------------|----------|---------------------------------|-------|
| 1. Prof. Dr. G. Burça AYDIN, | (Başkan) | 8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK | (Üye) |
| 2. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK | (Üye) | 9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ | (Üye) |
| 3. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER | (Üye) | 10. Doç. Dr. Merve BATUK | (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN | (Üye) | 11. Doç. Dr. Gülten KOÇ | (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR | (Üye) | 12. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR | (Üye) |
| İZİNLİ | | | |
| 6. Prof. Dr. Tolga YILDIRIM | (Üye) | 13. Av. Buket ÇINAR | (Üye) |
| İZİNLİ | | | |
| 7. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN | (Üye) | | (Üye) |

EK-4. Ölçek Kullanım İzni

ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



tuğba aksoylu

Alıcı: esmaayseozturk

30 Mayıs Pzt 12:49 (5 gün önce)



Sayın Esmâ Ayşe ÖZTÜRK,

Tarafınızdan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeğini Yüksek Lisans Tez konum olan "Aile Tanıklı Resüsitasyon Uygulamasına İlişkin Acil Servis Çalışanlarının Görüş ve Deneyimleri" tanımlayıcı çalışmasında kullanabilmem için gerekli iznin verilebilmesi hususunu en derin saygılarımla arz ederim.

Saygılarımla.

Fwd: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ HAKKINDA

Gelen Kutusu x



Esmâ ayşe ÖZTÜRK

Alıcı: ben

2 Haziran Per 01:22 (2 gün önce)



Sayın Aksoy,

AİLE VARLIĞI RİSK-YARAR ÖLÇEĞİ VE AİLE VARLIĞI ÖZGÜVEN ÖLÇEĞİ 'inin Türkçe versiyonunu kullanmanız uygundur.

Ekte Türkçe versiyonu ve hesaplama şeklini gönderiyorum. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim. İyi günler .



EK-5. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-90739940-799-212867109
Konu : Tuğba AKSOYLU (Tez Çalışması)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 14.11.2022 tarih ve 2516116 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Leyla DİNÇ' in sorumlu araştırmacı yüksek lisans öğrencisi Tuğba AKSOYLU' nun yardımcı araştırmacısı olduğu "Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resüsitasyon Uygulamasına İlişkin Görüş Ve Deneyimleri" konulu tez çalışması talebine ilişkin hastane cevabi yazıları yazımız ekinde gönderilmiştir.

Söz konusu çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla ilgili kuruma yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Fatih TEKİN
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizm. Başkan Yrd.

Ek: Üst Yazı ve Ekleri.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 937086AA-968B-46BD-BFDB-915C1387927A

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Edik Şehir Hastanesi Kampüsü G 6 Kapısı, Ayvalı
Mih. Halil Sezai Erzur Cad. No:5 -P.K. 6010 Keçiören/Ankara

Bilgi için: Yeşim ÖZER
Sürekli İyici

06010
Telefon No: 03127973000
e-Posta: ankara@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: ankarilisaglik@hs01.kep.tr

Telefon No: 03127973000 - 124913



EK-6. Araştırmanın Yürütüleceği Hastanelerden Alınan Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu Kararları ve İzin Yazıları



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-72300690-799-212697241
Konu : Tez Çalışması Hk. (Tuğba AKSOYLU)

04.04.2023

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Eğitim ve Tescil Birimi)

İlgi : 16.11.2022 tarihli ve E-90739940-799-2598 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Leyla DİNÇ'in sorumlu araştırmacı yüksek lisans öğrencisi Tuğba AKSOYLU'nun yardımcı araştırmacı olduğu "Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resüsitasyon Uygulamasına İlişkin Göçüş ve Deneyimleri" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi, Eğitim Planlama Kurulumuzun 30.03.2023 tarih ve 7 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, uygun bulunmamıştır. Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SURELİ
Koordinatör Başhekim





T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Atatürk Sanatoryum
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ALATÜRK
SANATORYUM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANKARALICITÜRK SANATORYUM E.A. HASTANESİ
KOORDİNASYONLARI
09/12/2022 11:26 E-53610172-799-123
09/12/2022 11:26 E-53610172-799-123

Sayı : E-53610172-799
Konu : Çalışma İzni İlk. (Tuğba
AKSOYLU)

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 16/11/2022 tarihli ve 90739940-799-E-90739940-799-2598 sayılı yazı.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi **Tuğba AKSOYLU**' nun yardımcı araştırmacısı olduğu "**Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resfirsitasyon Uygulamasına İlişkin Görüş Ve Deneyimleri**" başlıklı etik kurul kararı olan çalışması 21.11.2022 tarih,40 no'lu toplantısında görüşülerek uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Osman ÖRSEL
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek: Tuğba AKSOYLU EPK karar 21.11.2022

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: db94998a-ec2f-7730-a068-ec53a6e81b8c Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ehys>

Pınarbaşı Mah. Arslan Sk. No:25 Keçiören / ANKARA

Bilgi için: Samra TEMUR

Telefon: Faks No: (0 312) 356 90 02

Birim Sorumlusu

e-Posta: samra.temur@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.aksah.gov.tr

Telefon No: (0 312) 567 70 00



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Eğitim Kurulu

Tarih: 21.11.2022

Toplantı No: 40 - Sayfa 1/2

Yer: Başhekimlik Makamı

Başkan:	Prof Dr Aydın YILMAZ
Üyeler:	
Prof Dr Selma UYSAL RAMADAN	SUAM Kurum Eğitim Sorumlusu
Prof Dr Pınar ERGÜN	Göğüs Hastalıkları
Prof Dr Yunsur ÇEVİK	Acil Tıp
Prof Dr Murat ALTAY	Ortopedi ve Travmatoloji
Doç Dr Ayşe Derya BULUŞ	Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları
Doç Dr Tijen ACAR	Aile Hekimliği

Hastanemiz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Eğitim Planlama Kurul Kararı'nın 21.11.2022 tarihli toplantısına saat 13.30'da başlandı. Kurula yapılan başvurular doğrultusunda alınan kararlar aşağıda belirtilmiştir.

2. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi **Tuğba AKSOYLU**' nun yardımcı araştırmacısı olduğu "Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tıbbı Resisitasyon Uygulanmasına İlişkin Görüş Ve Deneyimleri" konulu etik kurul kararı olan tez çalışması oy birliği ile RED edilmiştir.

Doç Dr Ayşe Derya BULUŞ
Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları

Doç Dr Tijen ACAR
Aile Hekimliği

Prof Dr Pınar ERGÜN
Göğüs Hastalıkları

Prof Dr Yunsur ÇEVİK
Acil Tıp

Prof Dr Murat ALTAY
Ortopedi ve Travmatoloji

Prof Dr Selma UYSAL RAMADAN
SUAM Kurum Eğitim Sorumlusu

Prof Dr Aydın YILMAZ
Başhekimlik



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-41303261-799
Konu : Tuğba AKSOYLU (Tez Çalışması)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 16.11.2022 tarih ve 799-2598 sayılı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim ve Tescil Birimi yazısı.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Leyla DİNÇ'in sorumlu araştırmacı, yüksek lisans öğrencisi Tuğba AKSOYLU'nun yardımıyla araştırmacısı olduğu **"Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resüsitasyon Uygulamasına İlişkin Görüş Ve Deneyimleri"** konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapmasına ilişkin talep yazısı incelenmiş olup Kurumumuzdaki iş yükü nedeniyle anılan çalışmanın yapılması uygun görülmemiştir. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Burhan KURTULUŞ
Başhekim V.

Dağıtım:
Gereği:
Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Bilgi:
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
Eğitim ve Tescil Birimi

Bu belge, givce ile elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 3409a83b-df62-440e-8962-730c47a2ed8b Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
Ziraat Mah. Şehit Ömer Halisdemir Cnd. No:20 Altındağ/ANKARA Bilgi için: Tuğba KAYA
Telefon: (0312) 596 2000 Faks No: SÖREKLİ İŞÇİ
e-Posta: tuğba.kaya19@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Telefon No: (0 312) 596 20 26





T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DR. SAMİ ULUS KADIN
DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI VE HAST. FAH. DR. SAMİ
ULUS KADIN DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ
17.11.2022 11:31 - E-73799008-799-406

Sayı : E-73799008-799
Konu : Tuğba AKSOYLU (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Eğitim ve Tescil Birimi)

İlgi : 16/11/2022 tarihli ve 90739940-799-E-90739940-799-2598 sayılı yazı.

İlgi tarih sayılı yazınıza istinaden; Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Leyla DİNÇ' in sorumlu araştırmacı, yüksek lisans öğrencisi Tuğba AKSOYLU' nun da yardımcı araştırmacısı olduğu "Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resüsitasyon Uygulamasına İlişkin Görüş Ve Dencyimleri" konulu tez çalışmasının kurumumuzda yapma isteği Başhekimliğimizce uygun bulunmamıştır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Çağanay SOYSAL
Başhekim V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 578105a5-d868-46cf-b54d-068895b10934 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-eyys>

Plevne Mah. Bahadır Cad. No:36/38 06080 Altındağ/ Ankara Eğitim Koordinatörlüğü

Telefon: Faks No:

e-Posta: esin.bespinar@saglik.gov.tr İnternet Adresi: esin.bespinar@saglik.gov.tr

Bilgi için: Esin BEŞPINAR

ŞİRKETLİ İŞÇİ

Telefon No: (0 312) 205 60 40





T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-90057706-799
Konu : TUEK Başvurusu Tuğba
AKSOYLU (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
Eğitim ve Tescil Birimi

İlgi : 16.11.2022 tarih ve E-90739940-799 - 2598 sayılı yazınız.

İlgi tarih sayılı yazıya istinaden Hacettepe Üniversitesi hemşirelik fakültesi hemşirelik esasları anabilim dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Leyla DİNÇ'in sorumlu araştırmacı yüksek lisans öğrencisi Tuğba AKSOYLU'nun yardımcı araştırmacı olduğu "Acil servis sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin görüş ve deneyimleri" konulu tez çalışmasının 21.11.2022 tarihinde toplanan SUAM Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) tarafından incelenmiş olup, 15/01 nolu karar yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN
Başhekim

Ek :
1 Adet TUEK Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 12674763-8e1a-4f60-8727-68e323b96804 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH
Telefon: Faks No: 03123220184
e-Posta: dogan.aytas@saglik.gov.tr İnternet Adresi: dogan.aytas@saglik.gov.tr
Bilgi için: Doğan AYTAŞ
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: (0 312) 567 47 24





T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



SUAM Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

KARAR TARİHİ : 21.11.2022

KARAR NO : 15

KARAR

01. Hacettepe Üniversitesi hemşirelik fakültesi hemşirelik esasları anabilim dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Leyla DİNÇ'in sorumlu araştırmacı yüksek lisans öğrencisi Tuğba AKSOYLU'nun yardımcı araştırmacı olduğu "Acil servis sağlık çalışanlarının aile tanıklı resüsitasyon uygulamasına ilişkin görüş ve deneyimleri" konulu tez çalışmasının hastanemizde yapılması uygun bulunmamış olup reddine,

Karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salim ERKAYA
Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Serdar DİLBAZ
Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN
Başhekim



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-16631222-700-211316735
Konu : Tuğba AKSOYLU(Tez Çalışması)

14.03.2023

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 16.11.2022 tarihli ve E-50739940-799-2598 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ile bildirilen, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Leyla DİNÇ'in sorumlu araştırmacı yüksek lisans öğrencisi Tuğba AKSOYLU' nun yardımcı araştırmacısı olduğu **"Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resüsitasyon Uygulamasına İlişkin Görüş Ve Deneyimleri"** konulu çalışmasının uygulamasına yönelik izin talebi başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Hasan Bozkurt TÜRKER
Başhekim V.

Bu belge, gizli ve teknik bilgi içermediğinden

Belge kimliği kodu: 437E1D0E04-B-90-43A10-BE11-5-BDF1AD85D398

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-eyys>

Kale Mah. Ulucanlar Cad. No:59, 06350 Altındağ / Ankara 06000

Telefon No:

e-Posta : iletisim@sa.gov.tr

Kapı Adresi:

Bilgi isim: Emin AYDIN

Sicil No: 344

Telefon No: 031251262611129





T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-50687469-799
Konu : 01.12.2022 Tarihli Eğitim Planlama Kurulu (EPK)/Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) Kararları Hk.

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Eğitim ve Tescil Birimi)

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Eğitim Planlama Kurulu (EPK)/Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)'nın 01.12.2022 tarihli kurul kararları Ek'te sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.

Op.Dr. Ömer Faruk TANER
Başhekim Yardımcısı

Ek:
01.12.2022 Tarihli EPK/TUEK Kararları

Bu belge, görevli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 996c119-276c-4318-95dc-6633ee11f62a — Belge Doğrulama Adresi: <http://www.saglik.gov.tr/tilt/tuketiligi/e-bys>
Genel Dr. Dilek Sağlam CİL EĞİTİM ARAŞTIRMA Hastanesi
Bilgi için: Dilek MENAY
Telefon: Faks No: Veri Hazırlama ve Kontrol İşleri
e-Posta: dilek.menay@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.gulhanesah.saglik.gov.tr/>
Telefon No: (0 312) 304 61 05





SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
EĞİTİM PLANLAMA KURULU (EPK)/
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ



KARAR TARİHİ: 01.12.2022

KARAR NO: 23

1. GEAH Genel Cerrahi Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Bilgi KARAKAŞ**'ın 16.11.2022 tarihli, SAYI: 50687469.799.000.17558 sayılı "Uzmanlık Tezi Hk." konulu dilekçesi ve "**Metastatik Lenf Nodlarında İmmün Hücre İnfiltrasyonu ve Meme Kanseri Hastalık Prognozuna Etkisinin İncelenmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun** görülmüştür.
2. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 10.11.2022 tarihli, SAYI: 90739940.799.2558 sayılı ve "**Beyza KIRACIOĞLU (Tez Çalışması)**" konulu Yüksek Lisans Öğrencisi **Beyza KIRACIOĞLU**'nun, "**Kronik Hastalığı Olan Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Etkililik Düzeylerinin İncelenmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun** görülmüştür.
3. GEAH Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Serkan DAĞ**'ın 14.11.2022 tarihli, SAYI: 50687469.799.619.17335 sayılı "Araştırma İzni (Serkan DAĞ)" konulu dilekçesi ve "**Meme Kanseri ve Akut Güç Kanseri Tanısı Almış Kadın Hasta Gruplarında Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisinin Karşılaştırılması**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun** görülmüştür.
4. GEAH Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Güzde ÖZYAVUZ**'un 21.11.2022 tarihli, SAYI: 50687469.799.17579 sayılı "Dr. Güzde ÖZYAVUZ'un Tez Çalışması Uygulama İzni Hk." konulu dilekçesi ve "**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanılı Ergenlerde İncelenen Damgaların Düzeyi ve İncelenen Damgaların Akran Zorbalığına Dahil Olma, Mağdur ve Zorba Roller ile İlişkisinin Değerlendirilmesi ve Sağlıkli Kontrollerle Karşılaştırılması**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun** görülmüştür.
5. GEAH Nükleer Tıp Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Beyza BEDİ**'nin 18.11.2022 tarihli, SAYI: 50687469.799.17650 sayılı "Dr. Beyza BEDİ'nin Araştırması Hk." konulu dilekçesi ve "**Hodgkin Lenfomada Prognoz Tahmini ve Tedavi Yanıtı Öngörmede F-18 FDG PET/CT Radionükleer Bulguları ve Makine Öğrenmesinin Katkısı**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun** görülmüştür.
6. GEAH Üroloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Vusal RZAYEV**'in 15.11.2022 tarihli, SAYI: 50687469.799.17368 sayılı "Asistan Dr. Vusal RZAYEV'e Ait Tez Çalışması" konulu dilekçesi ve "**Robotik Radikal Prostatektomili Hastalarda Perinöral İnvazyonun Prognoz Üzerine Etkisi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun** görülmüştür.
7. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 16.11.2022 tarihli, SAYI: 90739940.799.2598 sayılı ve "**Tuğba AKSOYLU (Tez Çalışması)**" konulu Yüksek Lisans Öğrencisi **Tuğba AKSOYLU**'nun, "**Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tıbbı Restriksiyon Uygulamasına İlişkin Görüş Ve Deneyimleri**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun** görülmüştür.
8. GEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Kübra ÖZPINAR**'ın 23.11.2022 tarihli, SAYI: 50687469.799.267 sayılı "Dr. Kübra ÖZPINAR'ın Tıpta Uzmanlık Tezi Hk." konulu dilekçesi ve "**Polikistik Over Sendromlu Hastalarda Serum Fraktalkin Seviyeleri ve Oksidatif Stress Markerlerinin Arteria Carotis Communis İntima Media Kalınlığının Kardiyovasküler Sonuçlara Etkisi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun** görülmüştür.

Göçeril Tevfik Sağlam Cad. No:1 Etilik-Keciören/ANKARA Telefon:0312 304 61 65 Faks: 0312 304 2150 gulhanetuek@gmail.com

www.gulhanetuek.com.tr 3785115-270e-018-85de-6533a111fe7a Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bilimleri-eyys>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
EĞİTİM PLANLAMA KURULU (EPK)
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ



KARAR TARİHİ: 01.12.2022

KARAR NO: 23

01.12.2022 TARİHLİ 23. KURUL KARARININ DEVAMIDIR

9. GEAH Üroloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Doğan Nuri UĞUR**'un 24.11.2022 tarihli, SAYI: 50687469.799.17955 sayılı "Asistan Dr. Doğan Nuri UĞUR'a Alt Tez Araştırma" konulu dilekçesi ve "Üretra Darlığı Hastalarında İnternal Üretrotomi Operasyonu Sonrası Üretral Kateterin Kalma Süresinin Üretra Darlığı Rekürrensi Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun** görülmüştür.
10. GEAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görevli Çocuk Nörolojisi yandal uzmanlık öğrencisi **Dr.Mine Çiğdem ŞENOĞLU**'nun 30.11.2022 tarihli, SAYI:50687469.774.03.01.18291 sayılı "Dr.Mine Çiğdem ŞENOĞLU'nun Rotasyonu Hk." konulu dilekçesi ile Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği gereğince, 01.02.2023 tarihinden itibaren 1 (bir) ay süre ile Çocuk Metabolizma Hastalıkları Kliniğinde rotasyon eğitimi yapması gerekmektedir. İlgili rotasyonun SBÜ Ankara Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapması talebi incelenmiş ve oybirliği ile **uygun** görülmüştür.
11. GEAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görevli Çocuk Nörolojisi yandal uzmanlık öğrencisi **Dr.Mine Çiğdem ŞENOĞLU**'nun 30.11.2022 tarihli, SAYI:50687469.774.03.01.18290 sayılı "Dr.Mine Çiğdem ŞENOĞLU'nun Rotasyonu Hk." konulu dilekçesi ile Hastanemizde Çocuk Rehabilitasyon yataklı ünitesi olmadığı için 01.01.2023 tarihinden itibaren 1 (bir) ay süre ile Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğinde rotasyon eğitimi yapması gerekmektedir. İlgili rotasyonun SBÜ Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapması talehi incelenmiş ve oybirliği ile **uygun** görülmüştür.

Prof.Dr. Onur GENÇ
TUEK Kurul Üyesi

Prof.Dr. Hasan ÇAYLAK
TUEK Kurul Üyesi

KATİEMADİ
Doç.Dr. Nesrin ÖCAL
TUEK Kurul Üyesi

Doç.Dr. A. Bıza SÖNKAYA
TUEK Kurul Üyesi

Doç.Dr. M. Burak EŞKİN
TUEK Kurul Üyesi

Prof.Dr. U. Çağdaş YUKSEL
SUAM Eğitim Koordinatörü
TUEK Başkan Yardımcısı

Uzm.Dr. K. Cemil ULUBULDU
TUEK Başkanı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-33373887-771
Konu : TUĞBA AKSOYLU (Tez
Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Eğitim ve Tescil Birimi)

İlgi: 16/11/2022 tarihli ve 90739940-799-E-90739940-799-2598 sayılı yazı.
İlgi yazı ile anılan çalışmanın, kurumumuzda yapılması hastane başhekimliği tarafından uygun
görölmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Mustafa DURAN
Başhekim

Bu belge, gıverekli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: b16d08e7-9632-4a9e-92a3-582210058e1f / Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-g-ys>

Telefon: Faks No:

e-Posta: sema.demir3@saqlik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Sema DEMİR

HEMŞİRE

Telefon No: (0 312) 587 20 00





T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - ANKARA SAĞ PERSONEL
BİRDİR
27/12/2022 09:50 - E-93471371 - 799 - 2598
30718046568

Sayı : E-93471371-799
Konu : Tuğba AKSOYLU (Tez Çalışması)

ANKARA EĞİTİM VE TESCİL BİRİMİ

İlgi : 16/11/2022 tarihli ve 90739940-799-E-90739940-799-2598 sayılı yazı

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Leyla DİNÇ'in sorumlu araştırmacı yüksek lisans öğrencisi Hemşire Tuğba AKSOYLU GÜNEY' in yardımcı araştırmacısı olduğu *"Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Aile Tanıklı Resüsitasyon Uygulamasına İlişkin Görüş Ve Deneyimleri"* konulu tez çalışması talebi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini arz ederim.

Dr. Ahmet GEYİKOĞLU
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 8ed2664b-ha-f43bc-8a2e-cd5bd5f0c0b Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-dbya>

Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Personel Şube

Bilgi için: LEVENT ÇOBAN

Telefon: Faks No:

MFMDR

e-Posta: levent.coban@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.anisarahastanesi.gov.tr

Telefon No: (0 312) 595 50 81



EK-7. Aydınlatılmış Onam Formu

ANKET FORMU

Bu çalışma acil serviste çalışan sağlık profesyonellerinin aile tanıklı resüsitasyona ilişkin görüş ve deneyimlerinin neler olduğu belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı bünyesinde yapılmaktadır. Araştırmadan elde edilecek sonuçların sağlık çalışanlarının aile merkezli bakım ve aile tanıklı resüsitasyonun önemine dair farkındalıklarının artırılmasına ve uluslararası yazın alanında ve ülkemizde konuyla ilgili bilgi birikimine katkı sağlayacağı, eksik olan etik ve yasal düzenlemeler ve kurumsal prosedürlerin geliştirilmesi bakımından yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daireyi işaretleyerek ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

Araştırma Ekibi

Sorumlu: Prof. Dr. Leyla DİNÇ

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Yardımcı Araştırmacı: Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba GÜNEY (AKSOYLU)

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devamedininiz

☐

Kabul ediyorum

EK-8. Turnitin Raporu

ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE TANIKLI
RESÜSİTASYON UYGULAMASINA İLİŞKİN GÖRÜŞ VE
DENEYİMLERİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 16	% 16	% 4	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	% 4
2	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 3
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	ankaraism.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	ankaraeah.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1

docplayer.biz.tr

EK-9. Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Tuğba Güney
 Ödev başlığı: ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE TANIKLI RESÜSİT...
 Gönderi Başlığı: ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE TANIKLI RESÜSİT...
 Dosya adı: TUGBA_G_NEY-_YL_TEZ_Turnitindosyas.doc
 Dosya boyutu: 731.5K
 Sayfa sayısı: 38
 Kelime sayısı: 10,354
 Karakter sayısı: 73,515
 Gönderim Tarihi: 01-Eki-2023 08:59ÖS (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 2182136985



9. ÖZGEÇMİŞ

