

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

**ACİL HEMŞİRELERİNİN YETİŞKİN
KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON
UYGULAMALARINI KOLAYLAŞTIRAN VE
ZORLAŞTIRAN DURUMLARA YÖNELİK
DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA**

Hande TÜZÜN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024-ANTALYA

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

**ACİL HEMŞİRELERİNİN YETİŞKİN KARDİYOPULMONER
RESÜSİTASYON UYGULAMALARINI KOLAYLAŞTIRAN VE
ZORLAŞTIRAN DURUMLARA YÖNELİK DENEYİMLERİ: NİTEL
BİR ÇALIŞMA**

HANDE TÜZÜN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Fatma CEBECİ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2024-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 07/06/2024

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Fatma CEBECİ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Üye : Prof. Dr. Ayla GÜRSOY
Antalya Bilim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Bölümü

Üye : Doç. Dr. Gülten SUCU DAĞ
Doğu Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik Bölümü

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ebru KARAZEYBEK
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

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

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Melike Cengiz

ETİK BEYAN

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

Hande TÜZÜN

İmza

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Fatma CEBECİ

İmza

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca akademik bilgisi, sabrı, duruşu ve pozitif yaklaşımı ile beni destekleyen, motive eden değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Fatma Cebeci'ye,

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca akademik bilgilerinden ve deneyimlerinden faydalandığım Akdeniz Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri; Doç. Dr. Nilgün Aksoy, Dr. Öğr. Üyesi Emine Çatal ve Dr. Öğr. Üyesi Ebru Karazeybek'e,

Verilerin analizi sırasında kodlama ve temalandırma aşamasında katkıları ve uzman görüşü nedeni ile Dr. Öğr. Görevlisi Songül Bişkin Çetin'e,

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü'sünün kıymetli çalışanlarına,

Araştırmama katılarak tez çalışmamın var olmasına katkı veren değerli acil hemşiresi meslektaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimimde destekleri ile hep yanımda olan dostlarım Neslihan Kurtkaya, Ebru Büyükkaya ve Kübra Erdal'a,

Yokluğunda bile bana güç veren, yanımda hissettiğim canım babam Şakir Tüzün'e, varlıklarıyla gücüme güç katan, sevgilerini her daim hissettiğim ve desteklerini aldığım sevgili annem Rabia Tüzün, ağabeyim Halil Tüzün ve ablam Çiğdem Tüzün'e;

Sonsuz ve en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu nitel araştırma, acil hemşirelerinin kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamalarını kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara yönelik deneyimlerinin odak grup ve bireysel görüşmelerle derinlemesine açıklanması amacıyla yürütülmüştür.

Yöntem: Çalışma nitel desen, fenomenolojik tasarımlıdır. Antalya il merkezindeki hastanelerin yetişkin acil servislerinde görev yapan 35 hemşire ile yürütülmüştür. Veriler, Temmuz 2023- Eylül 2023 tarihleri arasında, altı odak grup ve veri zenginliği için yapılan dört bireysel görüşme oturumları ile toplanmıştır. Graneheim ve Lundman tarafından tanımlanan adımlara uygun olarak nitel yöntemlerle elde edilmiştir. Araştırma verileri analitik genelleme yapılarak yorumlanmıştır.

Bulgular: Acil hemşirelerinin kardiyopulmoner resüsitasyon sürecini kolaylaştıran durumlara ilişkin nitel görüşmelerin içerik analizi sonucunda ekip çalışması dinamikleri, ekip üyelerinin yetkinliği, hasta ile çalışan güvenliğini sağlama ve sürdürme olmak üzere üç ana tema ve 12 alt temaya ulaşılmıştır. Kardiyopulmoner resüsitasyon sürecini zorlaştıran durumlara ilişkin olarak ise hastaya ilişkin özellikler, güvenlik tehdidi, duygu durum kontrolünün sağlanamaması olmak üzere üç ana tema ve 11 alt tema elde edilmiştir. Bu temalar ve alt temalar, acil hemşirelerinin kardiyopulmoner resüsitasyon sürecinde karşılaştıkları kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı faktörleri anlamak için değerli bir iç görü sunmaktadır.

Sonuç: Bu çalışmada, acil hemşirelerinin kardiyopulmoner resüsitasyon sürecini kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara ilişkin deneyimleri incelenmiştir. Bu sonuçlar, acil hemşirelerinin kardiyopulmoner resüsitasyon sürecinde kolaylaştıran durumların sürdürülmesi, desteklenmesi, zorlukları azaltmaya yönelik politika ve uygulamaların geliştirilmesi için önemli bilgileri sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Acil, Arrest, Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR), Hemşire, Deneyim, Zorluk, Kolaylık, Nitel araştırma

ABSTRACT

Objective: This qualitative study explored the experiences of emergency nurses regarding the factors that facilitate and hindering cardiopulmonary resuscitation practices, incorporating both focus group discussions and individual interviews.

Method: A phenomenological research design was employed, Data were collected from 35 nurses working in the adult emergency departments in Antalya between July and September 2023. Six focus groups and four individual interviews were conducted using a semi-structured interview guide to ensure both breadth and depth of data collection. Following the framework established by Graneheim and Lundman, the data were analyzed using content analysis, and the findings were interpreted through analytical generalization.

Results: The analysis of the interview data yielded three main themes and 12 sub-themes related to factors facilitating cardiopulmonary resuscitation practices: teamwork dynamics, competence of team members and ensuring/maintaining patient and employee safety. Three main themes and 11 sub-themes emerged regarding factors complicating cardiopulmonary resuscitation practices: patient-related characteristics, safety threats, and inability to manage mood. These themes and sub-themes offer a comprehensive understanding of the multifaceted nature of emergency nurses' experiences during cardiopulmonary resuscitation.

Conclusion: In this study researched an in-depth understanding of the facilitators and barriers experienced by emergency nurses during cardiopulmonary resuscitation. The findings have the potential to inform the development of policies and practices aimed at mitigating these challenges, thus enhancing the quality of cardiopulmonary resuscitation delivery in emergency settings.

Keywords: Emergency, Arrest, Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), Nurses, Experiences, Hindering, Facilitators, Qualitative research

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR	VIII
1. GİRİŞ	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Acil Hemşireliği	3
2.1.1. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Ekip Çalışması ve Önemi	5
2.1.2. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Acil Servis Hemşiresinin Rolü	7
2.2. Kardiyak Arrest	8
2.3. Resüsitasyon.....	10
2.3.1. Temel Yaşam Desteği.....	11
2.3.1.1. Kardiyak Arrestin Tanınması ve Acil Müdahale Sisteminin Aktive Edilmesi.....	11
2.3.1.2. Erken Kardiyopulmoner Resüsitasyon.....	12
2.3.1.3. Hızlı Defibrilasyon.....	12
2.3.2. İleri Kardiyak Yaşam Desteği	13
2.3.2.1. Hava Yolu ve Ventilasyon	14
2.3.2.2. Monitorizasyon	15
2.3.2.3. Defibrilasyon.....	15

2.3.2.4. Vasküler Erişim ve İlaç Uygulamaları	17
2.3.2.5. Vazopressör İlaçlar.....	17
2.3.2.6. Antiaritmik İlaçlar	18
2.3.2.7. Kardiyopulmoner Arrestte Kullanılan Diğer İlaçlar	19
2.3.2.8. Göğüs Kompresyonu İçin Mekanik Cihazlar.....	20
2.3.2.9. Erişkin Kardiyak Arrest Algoritması	21
2.3.2.10. Resüsitasyonda Geri Döndürülebilir Nedenler	22
2.3.2.11. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Etik Değerler.....	24
2.3.2.12. Kardiyopulmoner Resüsitasyonun Sonlandırılması.....	24
2.3.2.13. Kardiyopulmoner Resüsitasyonu Kolaylaştıran Durumlar	25
3. ARAşTIRMA	27
3.1. Araştırmanın Türü	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer, Özellikleri ve Zaman.....	27
3.3. Araştırmanın Örneklemi	28
3.4. Verilerin Toplanması.....	29
3.4.1. Veri Toplama Araçları:	30
3.4.2. Veri Toplama Süreci.....	30
3.5. Verilerin Analizi	31
3.6. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliliği	32
3.7. Araştırmanın Sayıltıları	34
3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları.....	34
3.9. Araştırmacıların Yetkinliği.....	34
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	35
3.11. Araştırma Sürecinde Karşılaşılan Güçlükler	35

4. BULGULAR	36
4.1. Katılımcılara Ait Özellikler	36
4.2. Katılımcı Acil Hemşirelerinin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sürecini Kolaylaştıran Durumlara İlişkin Deneyimleri	38
4.2.1. Ekip Çalışması Dinamikleri	39
4.2.2. Ekip Üyelerinin Yetkinliği	44
4.2.3. Hasta ile Çalışan Güvenliğini Sağlama ve Sürdürme	45
4.3. Katılımcı Acil Hemşirelerinin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sürecini Zorlaştıran Durumlara İlişkin Deneyimler	51
4.3.1. Hastaya İlişkin Özellikler	53
4.3.2. Güvenlik Tehdidi	56
4.3.3. Duygu Durum Kontrolünün Sağlanamaması	58
5. TARTIŞMA	63
5.1. Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sürecini Kolaylaştıran Durumlar	63
5.2. Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sürecini Zorlaştıran Durumlar	69
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	73
6.1. Öneriler	74
KAYNAKLAR	76
EKLER	94
ÖZGEÇMİŞ	108

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Katılımcı Acil Hemşirelerine Ait Özellikler (N=35)	37
Tablo 4.2. Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sürecini Kolaylaştıran Durumlar	38
Tablo 4.3. Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sürecini Zorlaştıran Durumlar	52



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Ventriküler Fibrilasyon.....	16
Şekil 2.2. Nabızsız Ventriküler Taşikardi.....	16
Şekil 2.3. Asistoli.....	16
Şekil 2.4. Nabızsız Elektriksel Aktivite.....	16
Şekil 2.5. Erişkin Kardiyak Arrest Algoritması.....	21



SİMGELER ve KISALTMALAR

AACN	: American Association of Colleges of Nursing (Amerikan Hemşirelik Okulları Birliği)
AHA	: American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)
AHD	: Acil Hemşireleri Derneği
ANA	: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
CENA	: College of Emergency Nursing Australasia (Avustralya Acil Hemşireliği Okulları)
CENNZ	: College of Emergency Nurses New Zealand (Yeni Zelanda Acil Hemşireler Koleji)
EDNA	: Emergency Department Nurses Association (Acil Servis Hemşireleri Derneği)
EKPR	: Ekstrakorporeal Kardiyopulmoner Resüsitasyon
ENA	: Emergency Nurses Association (Acil Servis Hemşireleri Derneği-Amerika)
ETCO₂	: End-Tidal Karbondioksit
ERC	: European Research Council (Avrupa Resüsitasyon Konseyi)
FAST	: Focused Assessment with Sonography (Sonografi ile Odaklanmış Değerlendirme)
FEN	: College of Emergency Nursing (Acil Hemşireliği Fakültesi)
ILCOR	: International Liaison Committee on Resuscitation (Uluslararası Resüsitasyon Komitesi)

HİKA	: Hastane İçi Kardiyak Arrest
IO	: İntraosseöz
IV	: İntravenöz
İKYD	: İleri Kardiyak Yaşam Desteği
KBRN	: Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer
KPR	: Kardiyopulmoner Resüsitasyon
NEA	: Nabızsız Elektriksel Aktivite
NENA	: National Emergency Nurses Association Canada (Ulusal Acil Hemşireler Derneği- Kanada)
NVT	: Nabızsız Ventriküler Taşikardi
OED	: Otomatik Eksternal Defibrilatör
HOKA	: Hastane Dışı Kardiyak Arrest
SVT	: Supraventriküler Taşikardi
SDGD	: Spontan Dolaşımın Geri Dönüşü
TYD	: Temel Yaşam Desteği
VF	: Ventriküler Fibrilasyon
VT	: Ventriküler Taşikardi

1. GİRİŞ

Acil servis çalışanları, kardiyak arrest geçiren hastalarla en çok ve doğrudan teması olan sağlık profesyonelleridir (Hao ve ark., 2023). Acil hemşireliği genelleştirilmiş ve uzmanlaşmış değerlendirme ile müdahalenin ve yönetim becerilerinin benzersiz bir karışımını gerektirir (Berry, 2019). Hemşirelik araştırmaları arttıkça, acil hemşireliğinde araştırma ve kalite iyileştirme projelerinin sayısı ve çeşitliliği de artmaktadır (Milbrath ve Snyder, 2021). Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR), çeşitli nedenlerden dolayı solunum ve dolaşımı ani olarak duran bireylerde, solunum ve dolaşımının yeniden sağlanması için yapılan, acil, hayat kurtarıcı bir işlemdir (Garcia Macias ve ark., 2020).

KPR, kardiyak arrest hastalarının hayatta kalması için çok önemlidir. Hastane içi kardiyak arrest (HİKA) sonrası sağkalım oranı %7-26,7 olarak bildirilmiştir (Janatolmakan ve ark., 2021). Resüsitasyondaki ve acil tıbbi hizmetlerdeki gelişmelere rağmen, kardiyak arrestten sonra hastaların sağ kalım ve hastane taburculuğu oranları %1-%25 arasında değişmektedir (Long ve ark., 2020). Resüsitasyona erken başlanması hayattta kalma oranları ve nörolojik sağ kalımın iyileşmesi açısından çok önemlidir (Panchal ve ark., 2020).

Acil Hemşireleri genellikle kardiyak arrest durumlarını ilk tanımlayan ve resüsitasyon manevralarına başlayan sağlık profesyonellerindendir ve yüksek kaliteli bakım uygulamaları ile KPR girişiminin sonucunu iyileştirmek kritik öneme sahiptir (Araujo ve ark., 2022). Etkin bir yaşam desteği sağlamak için hemşirelerin bu süreçteki tutum ve uygulamaları önemlidir (Umuhoza ve ark., 2021).

Acil Hemşireleri, KPR ekibinin ayrılmaz bir parçasıdır ve hızlı değerlendirme, hava yolu yönetimini, ilaç yönetimi ve izlemeye kadar tüm sürecinde kritik bir rol oynar. Resüsitasyon kurallarındaki güncellenmeler, kısıtlı görevlerden sorumlu tutulan hemşirelerin geleneksel rollerinde değişmeye neden olmuştur. Bu yeni rollerle birlikte KPR'nin yönetiminde hemşirelerin yaptığı müdahalelerinin, hastalarda daha iyi prognoz elde etmesine yardımcı olmada önemli olduğu belirtilmektedir (Sanguino ve ark., 2021).

Acil hemşirelerinin KPR sürecindeki rolleri nedeniyle bu süreçte yaşanan deneyimler KPR sürecini etkilemektedir. Acil hemşireleri için acil eylem gerektiren KPR'nin beklenmedik bir şekilde ortaya çıkması göz önüne alındığında, sağlık profesyonelleri deneyimlerinden bağımsız olarak stres, endişe, gerginlik, korku, özgüven eksikliği ve KPR ekipmanına erişim eksikliğinden kaynaklanan engeller gibi zorluklar yaşarlar. Olumsuz deneyime müdahale edilmemesi, KPR performansına yönelik olumsuz tutumlara yol açarak KPR'nin etkin bir şekilde ilerlemesini ve sonuçlarını etkiler. Bu durum hasta sonuçlarına da olumsuz şekilde yansımaktadır (Silverplats ve ark., 2022; Janatolmakan ve ark., 2021). Bu nedenle, olumsuz olarak algılanan ve olumsuz sonuç veren tekrarlayan KPR girişimleri, sonraki resüsitasyon girişimlerinin kalitesini olumsuz etkileyebilir (Nedelea ve ark., 2022). Hemşireler KPR'yi uygulayabilmek için iyi bilgi, tutum, beceri ve deneyim ile eşit derecede özgüvene sahip olmalıdır (Guteta ve ark., 2022).

KPR sürecindeki engellerin ve kolaylaştırıcıların niteliksel ve bilgi açısından zengin bir şekilde tanımlanması, KPR uygulamalarını gerçekleştirme, kalitesini iyileştirme ve hastaların sağ kalımının artmasına yardımcı olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, acil hemşirelerinin uygulama sürecindeki kritik rolü ve önemi nedeniyle KPR uygulamalarını kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara yönelik görüş ve deneyimlerini nitel ve fenomenolojik desende incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Hemşireliği

Acil hemşireliği, Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-(ANA) tarafından resmi olarak tanımlanmış bir uzmanlık alanıdır (<https://www.nursingworld.org/content-hub/hub-search/?query=emergency+nursing+standards+of+care> Erişim Tarihi 30.04.2024). Acil hemşireliğinin uygulama kapsamı, akut ve karmaşık sorunları bulunan hastalardaki artışa ve teknolojik yeniliklere yanıt olarak hızla genişlemektedir (Varndell ve ark., 2021).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (Emergency Nurses Association-(ENA) Avustralya (College of Emergency Nursing Australasia- (CENA), Kanada (National Emergency Nurses Association Canada- (NENA), Yeni Zelanda (College of Emergency Nurses-(CENNZ), Birleşik Krallık (College of Emergency Nurses-(FEN)'da bulunan acil hemşireliği ile kuruluşların her biri, acil servis hasta bakımının sağlanmasına daha fazla rehberlik etmek için uygulama veya yeterlilik standartları oluşturmuştur (Davis ve ark. 2022; Jones ve ark., 2021). Bu standartlar güvenli uygulamalar hakkında bilgilendirmeyi amaçlamakla birlikte, her ülkenin acil hemşiresinin nitelikleri arasında farklılıklar olduğunu da göstermektedir (Trisyani ve ark., 2023). Birleşik devletlerde ise Acil Servis Hemşireler Derneği (Emergency Departman Nurses Associaton-(EDNA) 1970 yılında bir grup hemşire tarafından kurulmuştur EDNA'nın adı 1985'te Anita Dorr ve Judith Kelleher tarafından Acil Hemşireleri Derneği (Emergecnny Nurses Association American-(ENA) olarak değiştirilmiştir (<https://www.ena.org/press-room/articles/detail/2023/04/25/ena-update-on-emergency-nursing-2020>, Erişim: 23.04.2024). ENA, 1994 tarihinde klinik ortamda acil hemşiresinin birincil rolünü, doğrudan hasta bakımının sağlanması ile birlikte koordinasyon, bakımın kolaylaştırılması ve yardımcı personelin yönlendirilmesi şeklinde tanımlamıştır (Milbrath ve Snyder, 2021).

Bazı hemşirelik uygulamaları, hemşirelerin temel bir hemşirelik uygulamasıyla örtüştüğü durumları içerecek şekilde genişletilerek ileri hemşirelik uygulaması veya tıp uygulamasıyla örtüşebilir. Bu protokoller ilaç uygulamaları ve tanı testlerini içeren "standartlaştırılmış prosedürler" olarak adlandırılabilir (Lash, 2022). Standartlara ilişkin

yeterlilikler, kayıtlı hemşirelerin, lisansüstü düzeyde hazırlanmış kayıtlı hemşirelerin ve ileri düzey kayıtlı hemşirelerin rollerine göre tanımlanır. (Jones ve ark., 2021). Bununla birlikte, Avustralya'daki acil hemşire ekibi lisanslı olan kayıtlı ve kayıtsız hemşirelerden oluşmuştur (Crevacore ve ark., 2022) Mevcut eğitim hazırlığı, sertifikasyonu ve uygulama kapsamına dayanarak, acil hemşireleri, profesyonel standartlara göre akut ve kritik hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için en iyi hazırlanmış ekip olarak kabul edilir (Kaplan ve Klein, 2021). Sürekli değişen ve gelişen rolleri olan acil hemşireleri, halk sağlığını ilgilendiren acil durum ve felaketler (adalet, iyilik, zarar vermeme), ağrı yönetimi (yararlılık ve zarar vermeme), resüsitasyon kararları, yaşam sonu bakımın (özerklik), karar verme süreçlerinde yer alır (Matamoros, 2019).

Türkiye’ de acil hemşireliğinin, Kırım Savaşı (1854-1856) sırasında Florence Nightingale’in yaralı askerlere bakım vermesiyle başladığı bilinmektedir. Trablusgarp Savaşı ve Balkan Savaşı’nın birleşen etkisiyle çok sayıda yaralıya bakım hizmeti verilmesi hem Türk Acil Hemşireliği Hizmetlerinin önemini hem de eksikliklerini ortaya koymuştur (Özer, 2021).

Ülkemizde acil hemşireleri, mesleği güçlendirme çalışmalarını 1999-2010 yılları arasında Türkiye Acil Tıp Derneği Acil Hemşireliği Komisyonu bünyesinde sürdürmüştür. Acil hemşireliğini geliştirme, acil durumlarda girişim gereksinimi olan her yaştaki bireye gerekli bakımı sunma, acil hemşirelerini destekleme, Türkiye’deki acil hemşirelerini bir araya getirerek mesleki güç oluşturma ve bireyin acil sağlık bakımını en üst düzeyde yürütmeye iş birliği yapma amacı ile 22 Mart 2010 da İzmir’ de Acil Hemşireleri Derneği (AHD) kurulmuştur (ahemder.org.tr <https://ahemder.org.tr/hakkimizda/> Erişim Tarihi: 16.04.2024).

Ülkemizde Acil Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programları 23.01.2016 tarihli ve 86 sayılı oluru ile kabul edilmiş, eğitim süresi, konuları ve süreçleri standart hale getirilerek verilmeye başlanmıştır (Acil Bakım Hemşireliği, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4125/0/acil-bakim-son-taramapdf.pdf>, Erişim Tarihi: 26.10.2023).

Türkiye’de Acil Hemşireliği yüksek lisans programı, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde 1996 yılında başlamıştır. Günümüzde Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde acil bakım alanında gerekli olan teorik bilgi ve beceri donanımı sağlamak amacı ile Acıbadem Üniversitesi’nde, Acil Hemşireliği; Ondokuz Mayıs Üniversitesi’nde Acil Tıp Hemşireliği Lisansüstü Eğitim Programı yürütülmektedir (Özer, 2021).

Ülkemizde Sağlık bakanlığı 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğine göre acil hemşiresinin KPR sürecindeki görev, yetki sorumlulukları;

- Acil durumlarda hekimle iş birliği sağlamak,
- Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapmak,
- Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda TYD/İKYD uygulamalarına katılmak (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi),
- Ünitede hekimin olmadığı durumda ileri yaşam desteği sertifikasına sahip (geçerlilik süresi dolmamış) ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatmak, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygulamak ve vakaları rapor etmektir (Sağlık Bakanlığı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10533/hemsirelik-yonetmeli.html>. Erişim Tarihi:14.01.2022).

Acil serviste görev yapan sağlık çalışanlarına yılda en az bir kez KPR eğitimi verilmesi gerektiği Sağlık Bakanlığı, kalite çalışmaları kapsamında ele alınmaktadır (Sağlık Bakanlığı Kalite. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,64476/sks-hastane-surum-6-yayinlandi.html#> Erişim Tarihi: 01.4.2024). Bu kapsamda KPR uygulamalarında ekip çalışmasının önemi üzerinde durulmaktadır.

2.1.1. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Ekip Çalışması ve Önemi

Acil sağlık hizmetleri ekip çalışması anlayışı ile yürütülen hizmetlerin bütünüdür ve KPR acil müdahale gerektiren bir durumdur. Kaliteli bir KPR, büyük ölçüde etkili ekip çalışmasına ve arrestin yönetimine bağlıdır (Nallamothe ve ark., 2023). Etkili resüsitasyon, ekibin her bir üyesinin becerilerine ve görevlerini ekibin diğer üyeleriyle uyum içinde yerine getirmesine bağlıdır (Mitropoulou ve Fitzsimmons, 2022).

Arrest yönetiminde başlarken ekip yerleşiminde göğüs kompresyonunu başlatacak olan personel, birinci sağlık personelidir (Araujo ve ark., 2022) ve hastanın sol dirsek ve sol omuzu arasında olacak şekilde yerleşir. Hastanın monitörizasyonundan ve defibrilasyonundan sorumlu ikinci personel, hastanın sağ dirsek ve sağ omuz arasında olacak şekilde yerleşir. Ekip lideri ise üçüncü personel olup, hastanın baş tarafına yerleşir, bu süreçte hastanın havayolunun devamlılığını sağlamaktan ve vakanın yönetiminden sorumludur (Jiang ve ark., 2015; Pearson ve ark., 2024). Ekip lideri ya da ekip liderinin görev verdiği üyelerden biri iletişim kurulabiliyorsa hastanın kendisinden, kurulamıyorsa yakınından tıbbi öyküyü alır (Armstrong ve ark., 2021). Malzeme yerleşimi kullanılacak malzemeye kol mesafesinde ulaşılabilir şekilde olmalıdır. Ancak bu yerleşim dinamiktir ve süreç boyunca değişiklikler gösterebilir (Pearson ve ark., 2024).

Ekip üyelerinin en kötü durumu yönetecek şekilde hazırlıklı olması, süreci ve gerekli tüm araç gereçleri hazır bulundurması, yerleştirmesi, cihazları doğru olarak kullanması, hızlı değerlendirme yapması ve görevini derhal yerine getirmesi önemlidir. Ekip liderinin kendini tanıtmayı ve değerlendirmeleri yaparak yönlendirmeleri gerçekleştirmesi gerekir (Han ve ark., 2022).

Resüsitasyon sürecinde ekip üyelerinden birinin hasta yakınlarının (aile üyelerinin) rahatlığının sağlanması ve sorularının yanıtlanarak desteklemesi de önemli ve yararlıdır (Nallamothu ve ark., 2023). Ekip çalışması, ekip üyelerinin motive edilmesi, çalışanların yeteneklerinin artırılması, bilgi paylaşımlarının sağlanması ve performanslarının artırılması için de önemlidir (Najafi ve ark., 2024). Etkin bir ekip çalışmasını gerçekleştiren kurumlar hem çalışanlarının motivasyonlarını artırır hem de çalışanlar arasındaki bağlılığı güçlendirerek iletişim kopukluklarını ortadan kaldıracaktır. Ekip çalışması, çalışanların bireysel performansları ile ekibin performanslarını da yükseltmektedir (Hosseini ve ark., 2022). AHA, KPR kalitesini ve hayatta kalma sonuçlarını iyileştirmek için ekip eğitiminin ve teknik olmayan becerilerin önemini vurgulamaktadır (Cheng ve ark., 2020).

2.1.2. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Acil Servis Hemşiresinin Rolü

Kardiyak arrest geçiren hastalarla en fazla temas eden, acil servis çalışanları, KPR'nin kalitesi ve hasta sonuçları üzerinde önemli etkilere sahiptir (Hao ve ark., 2023). Acil hemşireleri, resüsitasyon süreçlerinin hızlı değerlendirme, hava yolu yönetimi, ilaç yönetimi ve izlemeye kadar tüm alanlarında kritik roller üstlenmektedir (Milbrath ve Snyder, 2021). Acil servisler resüsitasyon uygulamalarının öncü alanlarından ve hastanede kardiyak arrest geçirerek müdahale edilen hasta sonuçlarının, hastane dışı sonuçlarından iyi olduğu vurgulanmaktadır. Hastanede kardiyak arrest geçirenlerin %25,8'i hastaneden sağ olarak taburcu edilirken, hayatta kalanların %82'sinin iyi fonksiyonel durumlarla taburcu edildiği bildirilmektedir (Craig-Brangan ve Day, 2021; Panchal ve ark, 2020).

Acil servislerde izlenen hastalarda hipotansiyon, taşikardi, takipne, mental durum değişiklikleri, idrar çıkışında azalma ve eşlik eden laboratuvar anormallikleri (hipoksi, asidoz, hiponatremi, hiperkalemi, kreatinin artışı) arrest olasılığını yükseltmektedir (Altınbilek ve ark., 2020). Bu nedenle acil hemşirelerinin kardiyak arrest riski taşıyan bir kötüleşmeye işaret edebilecek yaşamsal parametrelere dikkat etmesi önemlidir. Deneyimli bir hemşire, yalnızca gözlem yoluyla bile hastaların durumundaki kötüleşmeyi hızlı fark edebilir (Ohlander Ströberg ve Helgesson, 2022).

Hastanede, kardiyak arrest durumlarını tanımlayan ve resüsitasyon manevralarına başlayan ilk kişiler genellikle hemşirelerdir. Hemşireler, acil durum çağrısını etkinleştirerek, gerekli malzemeleri diğer ekip üyeleri arasında koordinasyonu sağlayarak çevik, senkronize ve verimli bir hizmet sunar ve bakım kalitesini en üst düzeye çıkarır (Araujo ve ark, 2022). Acil hemşireleri KPR de bakım sağlar ve acil ihtiyacı olan hastalar hakkında diğer sağlık profesyonelleriyle iletişim kurar. KPR süreci genellikle bir kişi göğüs kompresyonlardan, bir kişi hava yolundan sorumlu olacak şekilde bölünmüştür. Ekip özellikleri ile bağlantılı olarak entübasyon ve ilaçları içeren daha gelişmiş bir KPR hazırlanmaktadır (Ohlander Ströberg ve Helgesson, 2022). Acil hemşirelerinin KPR sürecindeki rolleri nedeniyle bu süreçte yaşanan deneyimler KPR sürecini etkilemektedir. Acil hemşireleri için acil eylem gerektiren KPR'nin beklenmedik bir şekilde ortaya çıkması göz önüne alındığında, deneyimlerinden bağımsız olarak stres, endişe, gerginlik,

korku, özgüven eksikliği ve KPR ekipmanına erişim eksikliğinden kaynaklanan engeller gibi zorluklar yaşarlar. Olumsuz deneyime müdahale edilmemesi, KPR performansına yönelik olumsuz tutumlara yol açarak KPR ilerlemesini ve sonuçlarını etkiler. Bu durum hasta sonuçlarına da olumsuz şekilde yansımaktadır (Silverplats ve ark., 2022). Ani kardiyak arreste hemen müdahale edilerek tedaviye başlanamaması, ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunucularının, özellikle hastanede yatan hastalara en yakın personel olarak görülen hemşirelerin, KPR uygulama konusunda yetkin olmaları beklenmektedir (Aina ve ark., 2021).

2.2. Kardiyak Arrest

Kardiyak arrest, kalbin elektriksel ileti sistemi sorun yaşadığında ve vücuda kan pompalamayı bıraktığında meydana gelir. Kalbin elektriksel aktivitesindeki bozulmaya bağlı olarak solunum ve bilinç kaybı ile ani ve beklenmedik kalp fonksiyon kaybı olarak tanımlanır (Ohlander Ströberg ve Helgesson, 2022). Her yıl dünya çapında yaklaşık 6,8 ila 8,5 milyon kişide kalp durması meydana gelmektedir. Tedavi edilen kardiyak arrest hastalarının oranı %54,6 (ABD) ile %28,3 (Asya) arasında değişmektedir. Ventriküler fibrilasyon (VF) ve sağkalım oranları Asya'da sırasıyla sağkalım %2 ile %11, %6 ve %28'e, Kuzey Amerika'da %9 ve %35'e Avrupa'da ve Avustralya'da %1 ve %40 arasında değişmektedir (Huis in't Veld ve Hirshon, 2020). Kardiyak arrest insidansı ve buna bağlı mortalite dünya çapında hala çok yüksektir ve başlıca ölüm nedenlerinden biridir (Zhang ve ark., 2023).

Kardiyak arrest olaylarındaki ana odak noktası, hızlı tanıma, KPR'nin derhal sağlanması, malign şoklanabilir ritimlerin defibrilasyonu ve spontan dolaşımın geri dönüşü (SDGD) sonrası destekleyici bakım ve altta yatan nedenlerin tedavisini içerir (Craig-Brangan ve Day, 2021).

Ani kardiyak ölüm vakalarının çoğu evde meydana gelir, ancak halka açık bir yerde kalp krizi geçiren kişinin hayatta kalma şansı çok daha yüksektir (Ornato, 2020). Koroner kalp hastalığı, özellikle yaşlı hastalarda ani kardiyak ölümlerin %80'ini oluşturur ve iskemik olmayan kardiomyopatiler %10-15'ini oluşturur. Gençlerde kalıtsal hastalıklar, miyokardit ve madde kötüye kullanımı en sık kardiyak arrest nedenlerindendir. Ani kardiyak ölüm nedenlerinin bilinmesi erken tedaviye ve

Hastane Dışı Kardiyak Arrest (HOKA)'nın önlenmesine yardımcı olacaktır (Soar ve ark., 2021).

Ani Kardiyak Ölüme Neden Olan Olası Bilinen Nedenler

Kardiyovasküler patoloji

- Koroner arter hastalığı
- Şiddetli sol ventriküler fonksiyon bozukluğu
- Kardiyomiyopati
- Hipertrofik kardiyomiyopati
- Aritmojenik sağ ventriküler kardiyomiyopati
- Konjenital kalp hastalığı, özellikle koroner arter anomalileri
- Kalp kapak hastalığı
- Kalp pili ve iletim sistemi hastalığı

Kalıtsal kanalopatiler

- Brugada sendromu
- Erken repolarizasyon sendromu
- Uzun QT sendromu
- Kısa QT sendromu
- Katekolaminerjik polimorfik ventriküler taşikardi

Risk faktörleri ve tetikleyiciler

- Uzun vadeli risk yönetimi
- Hipertansiyon
- Hiperlipidemi
- Sigara içme
- Şeker hastalığı

- Sosyo-ekonomik durum
- Kararsız aterosklerotik plak
- Psikolojik stres
- Zorlayıcı fiziksel aktivite (Soar ve ark., 2021; Panchal ve ark., 2020).

2.3. Resüsitasyon

Kişinin spontan kalp atımı, solunum, dolaşım ve beyin fonksiyonlarının geri kazanılması için uygulanan müdahalelerin tümüne KPR denir (Perkins ve ark., 2021). HİKA hayatta kalma oranı %25,8 olup hayatta kalanların %82'sinde iyi nörolojik sonuçlanım olmaktadır. Arrestin tanınması ve müdahaleye erken başlanması bu nedenlerle son derece önemlidir (Panchal ve ark., 2020). Resüsitasyon hızla değişen bir klinik bilimdir (Long ve ark., 2020), insanlık tarihinin değişik aşamalarında, farklı bilgi ve birikim düzeylerinde, insanla ve onun talepleriyle evrimleşerek günümüze kadar gelmiştir (Garcia Macias ve ark, 2020).

Göğüs kompresyonu 1960 yılında Kouwenhoven, Jude, Knickerbocker tanımlanmasından kısa bir süre sonra Maryland'deki bir toplantıda kompozit bir antite olarak tanınan KPR'nin geliştirilmesini sağlamıştır (Mitura ve ark. 2021). Amerikan Kalp Derneği (AHA) bu süreçte önemli bir rol oynamıştır. AHA'nın KPR Standartları ve Kılavuzları (1974, 1980 ve 1986) The Journal of the American Medical Association (JAMA) 'da yayınlanarak sonraki yıllarda uluslararası altın standart haline gelmiştir. Uluslararası Resüsitasyon Komitesi (International Liaison Committee on Resuscitation (Uluslararası Resüsitasyon Komitesi- (ILCOR)'nin 1992 yılında dünya çapındaki resüsitasyon konseyleri arasında iş birliği için bir forum oluşturmak amacıyla kurulmuştur (Hingley ve ark., 2020). AHA ve Avrupa Resüsitasyon Konseyi (European Research Council- (ERC)'nin dahil olduğu bu organizasyon, dünyanın birçok bölgesinden resüsitasyon organizasyonlarını temsil etmektedir (Kane ve Nolan, 2022).

"Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Resüsitasyon Komitesi" 1996 yılında kurulmuş, 1998'de ERC'ye üye olmuştur. Ardından, 2003 yılında Prof. Dr. Agah Çertuğ tarafından kurulan Türk Resüsitasyon Derneği, uluslararası standartlarda resüsitasyon eğitimini ülkemizde başlatmak amacıyla ERC ile bir yazılı anlaşma yapmıştır (Karataş ve Selçuk, 2012).

ILCOR, resüsitasyon bilimini sürekli incelemelerle koordine etmekte bulguları ve tedavi önerilerini yıllık özet belge halinde yayınlamaktadır (Kane ve Nolan, 2022). Her beş yılda bir ERC ve AHA tarafından resüsitasyonla ilgili güncel değişiklikleri ve bilgileri içeren, güncel kılavuzlar yayınlanmaktadır. ERC, kardiyak arrestin hızlı tanımlanması, acil tıbbi sistemin aktivasyonu ve hızlı, yüksek kaliteli KPR ile oluşan hızlı ve güçlü göğüs kompresyonları ve hızlı defibrilasyonun, kişinin hayatta kalma oranını ve beyin fonksiyonlarının iyileşmesini artıran, hayatta kalma zincirinde bir öncelik olduğu belirtmiştir (Soar ve ark., 2021). AHA da ani kardiyak ölümden KPR'nin zamanı konusundaki hassasiyetini yaşam zincirinde vurgulamıştır (Craig-Brangan ve Day, 2021). Yaşam zinciri, kardiyak arrest tedavisi için yapılandırılmış acil bakım sistemi olarak da tanımlanabilmektedir. Tanınması ve acil yanıt sisteminin aktifleştirilmesi, anında yüksek kaliteli KPR, hızlı defibrilasyon, temel yaşam desteği (TYD)/ileri kardiyak yaşam desteği (İKYD) ve arrest sonrası bakım olmak üzere beş bileşeni bulunmaktadır (Spinelli ve ark. 2021).

2.3.1. Temel Yaşam Desteği

Kardiyak arresti tanıyamamak, daha fazla hayat kurtarmanın önünde bir engel olmaya devam etmektedir (Olasveengen ve ark., 2021). Kardiyak arrest veya ani kardiyak ölüm durumunun dakikalar hatta saniyeler içinde tanımlanması ile hemen TYD ve İKYD uygulamalarına başlanması hayat kurtarıcıdır (Sert ve Olgun, 2021). Tüm sağlık personeli, çeşitli adımları doğru ve hızlı bir şekilde "ne zaman" ve "nasıl" gerçekleştireceğini bilmelidir (Spinelli ve ark. 2021).

2.3.1.1. Kardiyak Arrestin Tanınması ve Acil Müdahale Sisteminin Aktive Edilmesi

Kardiyak arrestte olay yerinin güvenli olduğu doğrulandıktan sonra yardım çağırılması ve kişinin tepkisiz olup olmadığını belirlenmesi, bilinçsiz/yanıtsız ise ve soluk almıyor ya da anormal soluk (iç çekme gibi) alıyorsa, kişi arrest kabul edilmelidir. Eğer kurtarıcı sağlık profesyoneli ise kişinin bilinçsiz/yanıtsız ve soluk almıyor ya da anormal soluk (iç çekme gibi) alıyorsa 10 saniyeden uzun olmamak şartıyla nabızı değerlendirmeli, nabız alamazsa kişi arrest olarak kabul etmelidir (Soar ve ark. 2021; Panchal ve Ark., 2020). Arrestin tanınmasından sonra yaşam zinciri acil yanıt sisteminin aktivasyonu

ile devam eder. Resüsitasyona erken başlanması hayattta kalma oranları ve nörolojik sağ kalımın iyileşmesi açısından çok önemlidir (Panchal ve ark., 2020).

2.3.1.2. Erken Kardiyopulmoner Resüsitasyon

Kardiyak arrest olaylarındaki ana odak noktası, hızlı tanıma, KPR'nin derhal sağlanması, malign şoklanabilir ritimlerin defibrilasyonu ve SDGD sonrası destekleyici bakım ve altta yatan nedenlerin tedavisini içerir (Craig-Brangan ve Day, 2021). Kardiyak arrest tespit edildiğinde acil müdahale sistemi etkinleştirilmeli, kod ekibi uyarılmalı ve KPR'ye derhal başlanmalıdır. Göğüs kompresyonları ve ventilasyona; 30 kompresyona 2 ventilasyon oranındaki döngüler halinde başlanmalıdır. Yetişkin hastalar için kompresyonlar sert (en az 5cm derinlikte, 6cm'yi geçmeyecek şekilde) ve hızlı (100-120/dakika arasında bir hız korunarak) olmalıdır. Kompresyon sonrası göğsün tamamen geri gelmesine/rahatlamasına izin verilmelidir. Hastanın solunumu yok ancak nabızı varsa, her 6 saniyede bir veya dakikada 10, olacak şekilde kurtarma solunum desteği başlatılmalıdır. Düzensiz veya agonal solunumun nefes alma olarak kabul edilmediği unutulmamalıdır (Craig-Brangan ve Day, 2021; Soar ve ark., 2021; Huis in't Veld ve Hirshon, 2020).

Göğüs kompresyonları tüm KPR ölçümlerinin odak noktasıdır. Yüksek kaliteli KPR için önemli noktalar:

- a) Basınç noktası: göğsün ortasının üstünde,
- b) Baskı derinliği: 5–6 cm,
- c) Basınç frekansı: 100–120/dk,
- d) Minimum veya ideal olarak kesinti yok,
- e) Yeterli rahatlama (Olasveengen ve ark., 2021).

2.3.1.3. Hızlı Defibrilasyon

Erken defibrilasyon, spontan dolaşımın geri dönüşü için en etkili yöntemdir (Long ve 2020). Erken defibrilasyonun temel amacı elektrik şoku verebilen bir ritmi, mümkün olan en kısa sürede sonlandırmaktır. Defibrilasyon ne kadar erken gerçekleştirilirse, hastanın hayatta kalma şansı o kadar artmaktadır (Craig-Brangan ve Day, 2021).

Defibrilatör veya otomatik eksternal defibrilatör (OED) ulaşana kadar KPR'ye devam edilmelidir. OED' ye ulaşır ulaşmaz;

- OED'de veya pedlerde gösterilen konuma göre (anterolateral), defibrilatör pedlerini hastanın çıplak göğsüne yerleştirin. Birden fazla kurtarıcı mevcutsa, pedler takılıyken KPR'ye devam edin,
- OED'den gelen sözlü (ve / veya görsel) istemleri izleyin,
- OED kalp ritmini analiz ederken kimsenin arrest hastasına dokunmadığından emin olun,
- Bir şok belirtilirse, kimsenin hastaya dokunmadığından emin olun. Belirtildiği gibi şok düğmesine basın. Hemen 30 kompresyon ile KPR'yi yeniden başlatın,
- Şok belirtilmezse, KPR'yi 30 kompresyonla hemen yeniden başlatın,
- Her iki durumda da, OED'nin belirttiği şekilde KPR'ye devam edin. OED'nin bir sonraki ritim analizi için duraklaması, KPR için bir period oluşturacaktır (sıklıkla iki dk) (Soar ve ark., 2021; Panchal ve ark., 2020).

Defibrilasyon kullanımı, otomatik bir harici defibrilatör veya manuel bir defibrilatör ile yapılabilir. VF veya nabızsız VT (Ventriküler Taşikardi) şok uygulaması sırasında göğüs kompresyonlarına minimum düzeyde ara verilmesi önerilir (Long ve ark., 2020).

2.3.2. İleri Kardiyak Yaşam Desteği

İleri kardiyak yaşam desteği, ani kalp durması, kalp krizi ve tam hava yolu tıkanıklığı belirtilerinin tanınmasının yanı sıra KPR ve OED ile defibrilasyon yapılmasını içerir (Adal ve ark., 2022).

İleri yaşam desteği;

- Göğüs kompresyonlarının etkin bir şekilde ve ara vermeden devam edilmesini,
- Endotrakeal entübasyon, video laringoskopi ile entübasyon, krikotirotomi uygulamaları ile hava yolu yönetiminin ve ventilasyon desteğinin sağlanmasını, end-tidal CO₂ (ETCO₂) ile KPR kalitesinin değerlendirilmesini,
- Ambu maske ve ventilatör ile yapay solunum uygulamasını,

- Monitörizasyon ile şoklanabilir ritimlerin (VF / nabızsız VT) erken defibrilasyonunu, şoklanamaz ritimlerin (asistoli / nabızsız elektriksel aktivite (NEA) tedavi protokollerinin uygulanmasını,
- İlaç uygulamalarını intravenöz yol (IV) ile bu mümkün değilse intraosseöz (IO) yol tercih edilmesini içerir.

KPR'ye hemen başlanarak hızlı defibrilasyon uygulanmalı, minimum kesinti ile kaliteli göğüs kompresyonları yapılmalıdır (Perkins ve ark., 2021). İleri kardiyak yaşam desteğinde asistoli ve NEA'de "olabildiğince erken" epinefrin vurgulanmıştır. İlaçlarda, epinefrin ve amiodaronun yanında lidokain dozlarına yer verilmektedir (Craig-Brangan ve Day, 2021).

2.3.2.1. Hava Yolu ve Ventilasyon

Temel hava yolu teknikleri ardından etkili ventilasyon sağlanana kadar hava yolu girişimleri devam etmelidir (Mitropoulou ve Fitzsimmons, 2022). KPR sırasında mümkün olan en yüksek oksijen önerilir (Soar ve ark.,2021). Kurtarıcının becerisi ve durumuna bağlı olarak hem ambu maske, hem de ileri hava yolu açıklığı sağlanarak ventilasyon gerçekleştirilebilir (Panchal ve ark., 2020). Geleneksel yaklaşım, genellikle başlangıçta torba-maske ventilasyonu ve ardından supraglottik hava yolu veya trakeal entübasyon ile gelişmiş hava yolu yönetimi olmuştur. Bir trakeal tüp veya supraglottik hava yolu yerleştirildikten sonra, akciğerlerin dakikada 10 oranında havalandırılması ve ventilasyonlar sırasında duraklamadan göğüs kompresyonlarına devam edilmesi önerilir (Mitropoulou ve Fitzsimmons, 2022; Soar ve ark., 2021; Panchal ve ark., 2020). Ventilasyon oranını ve KPR kalitesini izlemek için dalga formu kapnografi kullanılabilir. Yüksek kaliteli kompresyonlar en az 12 ila 15 mm Hg, hatta daha fazla soluk sonu CO₂ üretmelidir. 20 dakikada >20 mm Hg olan soluk sonu CO₂ okumaları daha yüksek bir SDGD şansı öngörürken, 20 dakikada <10 mm Hg okumaları neredeyse hiç SDGD şansı öngörmez. Endtidal karbondioksitteki ani bir artış, SDGD'nin erken bir göstergesidir (Long ve ark, 2020). ETCO₂, ekspirasyonun sonunda ölçülen kısmi karbondioksit basıncıdır (PCO₂). Ventilasyon dakika hacminin yanı sıra kalp debisini, doku perfüzyonunu ve pulmoner kan akışını yansıtır (Soar ve ark. 2021).

2.3.2.2. Monitorizasyon

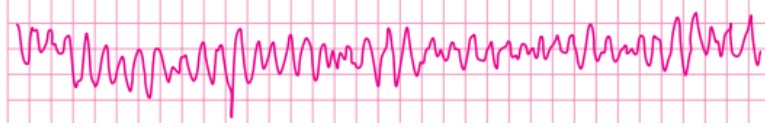
KPR sırasında kurtarıcı performansının ve hastanın fizyolojik parametrelerinin izlenmesi KPR'nin kalitesi için önemlidir. KPR sırasında ETCO₂, koroner perfüzyon basıncı, arteriyel relaksasyon basıncı, arteriyel kan basıncı, santral venöz oksijen satürasyonu, kardiyak output ve miyokardiyal kan akımı ile ilişkilidir (Panchal ve ark., 2020). Parametrelerdeki ani beklenmedik değişiklikler KPR kalitesini izlemek için kullanılabilir. Dalga formu kapnografisi, resüsitasyon ve SDGD'yi izlemenin yanı sıra trakeal tüp yerleşimini doğrulamanın ve sürekli olarak izlemenin en güvenilir yoludur (Soar ve ark., 2021). AHA kılavuzunda bu fizyolojik parametrelerin uygun şekilde izlenmesi ve bu değerleri KPR kalitesini arttırmakta, vazopressör tedaviyi yönlendirmede ve SDGD tespit etmede kullanılmasını önerir (Panchal ve ark., 2020).

2.3.2.3. Defibrilasyon

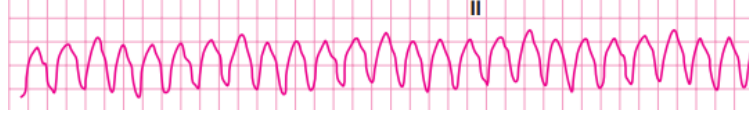
Defibrilasyon, kalp durması durumunda, VF'yi veya perfüze olmayan VF'yi ortadan kaldırmak ve böylece koordineli kasılmaların devam edebilmesi için tüm miyokardın depolarize edilmesi amacıyla terapötik elektrik kullanımıdır (Long ve ark., 2020). Defibrilatör ped veya kaşıkları için seçilecek ilk pozisyon antero-lateral pozisyonudur. Apikal yani lateral pedin konumunun doğru olduğuna dikkat edilmeli, V6 derivasyonu seviyesinde mid-aksiller hatta olmalıdır. Mekanik göğüs kompresyonu varlığında bası durdurulmadan defibrilasyon yapılabilir. Defibrilasyon endike ise tek şok verilmeli ve sonrasında 2 dk göğüs kompresyonu uygulanmalıdır (Soar ve ark., 2021).

Kardiyak arrest ile ilişkili kritik ritimler;

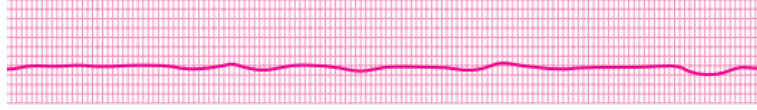
- Ventriküler Fibrilasyon (VF) (Şekil 1),
- Nabızsız Ventriküler Taşikardi (nVT) (Şekil 2),
- Asistoli (Şekil 3)
- Nabızsız Elektrik Aktivitesidir (NEA) (Şekil 4).



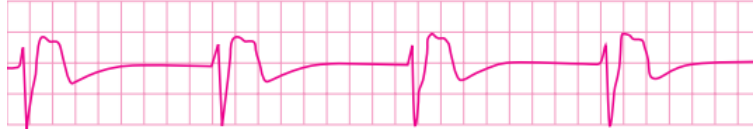
Şekil 2.1. Ventriküler Fibrilasyon



Şekil 2.2. Nabızsız Ventriküler Taşikardi



Şekil 2.3. Asistoli



Şekil 2.4. Nabızsız Elektriksel Aktivite

VF veya nabızsız VT teşhis edildiğinde, KPR'ye devam ederken defibrilasyon için hazır olunur. İlk şoktan sonra SDGD oluşmazsa VF yaklaşımına geçilmelidir. Bir ila iki dakika KPR'ye devam edilmeli, ardından ritim analizi yapılmalı ve VF devam ederse veya tekrarlırsa, genellikle iki fazlı, 200 J'de başlayan ve gerekirse 360 J'ye artırılan elektrik şokları verilmelidir. Monofazik defibrilatörler için 360 J'de başlanır. Şok verildikten sonra, ritim analizinden önce tekrar 1-2 dakika KPR uygulanır. KPR-analiz-şok döngüsüne paralel olarak epinefrin ve/veya amiodaron, lidokain gibi defibrilasyon eşiklerini düşürmeye yardımcı olabilecek ilaçlar verilir. Bu ilaçların herhangi biri veya tümü, herhangi bir kombinasyon halinde uygulanabilir ve genellikle 3-5 dakikalık aralıklarla tekrarlanabilir. Bu ilaçlardan herhangi birinin uygulanmasından sonra, enjekte

edilen ilacın bir sonraki şoktan önce merkezi dolaşıma ulaşmasını sağlamak için en az 30 ila 60 saniye etkili KPR sağlanmalıdır. Ritim VF veya nabızsız VT olarak kaldığı sürece resüsitasyon döngüsüne devam edilir (Long ve ark., 2020).

Asistoli veya NEA için genellikle ventriküler kasılmanın tamamen yok olduğu bir son dönem ritmidir (Bowman, 2022). Bu durumda KPR'ye devam edilir ve SDGD şansını artırmak için ilaçlar verilir. Epinefrin 1.0 miligram, 10 mL sulandırılarak bolus olarak önerilir. Vazopressin tek başına veya epinefrin ile kombinasyon halinde, tek başına epinefrinden daha etkili değildir. 3-5 dakikalık aralıklarla gerektiği kadar epinefrin tekrarlanır. Asistoli veya NEA'nın diğer olası nedenlerini göz önünde bulundurulur ve bunlar tanımlayarak düzeltilir. (Long ve ark., 2020).

2.3.2.4. Vasküler Erişim ve İlaç Uygulamaları

Arrest durumunda ilaç uygulamaları için periferik intravenöz damar yolu açılması önerilmektedir. Ancak acil şartlarda bu her zaman mümkün olmayabilir. Bu durumda IV yolun alternatifleri; IO, santral venöz, intrakardiyak ve endotrakeal yollardır. İntrakardiyak yol, 2000 AHA kılavuzundan itibaren potansiyel morbidite, özel yetenek gerekliliği ve diğer yolların uygulanabilirliği dolayısıyla artık önerilmemektedir. Endotrakeal yol ise ilaçların kan düzeylerinin düşük olması ve farmakolojik etki öngörülemezliğinden, önerilmemektedir. Santral yol, genelde HİKA arrestlerde kullanılır. IO yüksek başarı oranı ve görece düşük riskler nedeniyle IV yolun en iyi alternatifidir. Kardiyak arrestte ilaç uygulaması için ilk olarak IV yolun denenmesi, girişimlerinin başarısız olması veya uygun olmaması durumunda IO yolun dikkate alınması önerilmektedir (Craig-Brangan ve Day, 2021; Soar ve ark., 2021).

2.3.2.5. Vazopressör İlaçlar

Epinefrin

Epinefrin, endojen bir katekolamindir (Long ve ark., 2020). KPR sırasında epinefrin uygulaması öncelikle koroner perfüzyon basıncını ve dolayısıyla spontan dolaşımın geri dönüşü ile koroner kan akışını arttırmayı amaçlar (Putzer ve ark., 2021). AHA şoklanamaz ritimlerde mümkün olan en kısa sürede erken epinefrin uygulanmaya başlanması gerektiğini vurgulamıştır (Craig-Brangan ve Day, 2021).

Vazopressin

Koroner ve renal vazokonstrüksiyona neden olan nonadrenerjik periferik vazokonstrüktördür (Sert ve Olgun, 2021). Antidiüretik hormon olarak da adlandırılan vazopressin, hipotalamusta sentezlenen ve hipofiz bezinde depolanan doğal olarak oluşan bir nörohipofizyal peptid hormonudur. Vazopressin daha uzun etki süresine sahiptir ve laboratuvar çalışmalarında koroner perfüzyon basıncını, miyokardiyal kan akışını ve serebral kan akışını epinefrinden daha iyi korur (Long ve ark., 2020). Vazopressinin tek başına veya epinefrin ile kombinasyon halinde kullanılması, tek başına epinefrin ile karşılaştırıldığında sonuçları iyileştirmede bu nedenle karmaşıklığı azaltmak için tek başına epinefrin önerilmektedir (Nolan ve ark., 2020).

2.3.2.6. Antiaritmik İlaçlar

Amiodarone

Amiodaron, sınıf III antiaritmik bir ilaç olarak kabul edilir, ancak dört Vaughan-Williams sınıfının da elektrofizyolojik özelliklerine sahiptir. Koroner ve periferik arter vazodilatasyonuna neden olur. Kardiyak arrestte ana kullanımı, defibrilasyon ve epinefrinden sonra kalıcı VT veya VF içindir. Dirençli VF veya nabızsız VT yaşayan erişkinlerde, 300 mg I.V./I.O. olası ikinci doz 150 mg veya 1 mg/kg ila 1.5 mg/kg I.V./I.O. 0,5 mg/kg ila 0,75 mg/kg olası ikinci dozu olan lidokain önerilebilir (Long ve ark., 2020).

Lidokain

Lidokain, sınıf I antiaritmik bir ilaçtır. Otomatikliği azaltır, ventriküler ektopiyi baskılar ve hemodinamik olarak stabil VT ve refrakter VF/nabızsız VT için kullanılabilir (Long ve ark., 2020). Amiodaron yoksa veya yerel olarak amiodaron yerine lidokain kullanılmasına karar verilmişse alternatif olarak lidokain 100 mg IV kullanılabilir. Beş defibrilasyon denemesinden sonra ek bir 50 mg lidokain bolusu da verilebilir (Soar ve ark., 2021).

2.3.2.7. Kardiyopulmoner Arrestte Kullanılan Diğer İlaçlar

Atropin

Atropin, doğrudan vagolitik etki ile sinüs düğümü otomatisitesini ve atriyoventriküler iletimi artıran bir parasempatolitik ajandır (Long ve ark., 2020). Vagusun kalp üzerine olan etkinliğini azaltır (Sert ve Olgun, 2021).

Kalsiyum

Miyokardiyal kontraksiyonda ve uyarı oluşumunda rolü vardır (Sert ve Olgun, 2021). Kalsiyum, resüsitasyon sırasında sadece hiperkalemi, hipokalsemi veya β -bloker/kalsiyum kanal-bloker aşırı dozundan kaynaklanan kardiyak arrest için verilir. VF/nabızsız VT veya NEA için rutin uygulama için kalsiyum önerilmez. Kalsiyum klorür dozu, yavaş IV bolus olarak verilen 0,2 mL/kg %10'luk kalsiyum klorürdür (Long ve ark, 2020).

Sodyum Bikarbonat

Kardiyak arrest sırasında ciddi metabolik asidoz olasılığı, sodyum bikarbonat kullanımına yol açmıştır (Wu ve ark., 2020). Ancak, bir takım potansiyel yan etkiler nedeniyle kardiyak arrest sırasında rutin kullanımı önerilmemektedir (Long ve ark, 2020).

Magnezyum

Magnezyum, insan vücudundaki birçok kritik enzimin önemli bir kofaktörüdür (Ludwin ve ark., 2020). Magnezyum, hipomagnezemi, QT uzamasından kaynaklanan kardiyak arrest veya kardiyak glikozit toksisitesine sekonder torsades de pointes ve disritmiler için başlangıç tedavisidir (Long ve ark., 2020). Magnezyum eksikliğinin olduğu durumlarda uygulanması avantajlıdır ancak kardiyak arrest sırasında rutin olarak uygulanmasının faydaları belgelenmemiştir (Ludwin ve ark., 2020). Nabız olan hastalar için doz, 60 dk 50 mL %5 dekstroza içinde 1 ila 4 gramdır (Long ve ark., 2020).

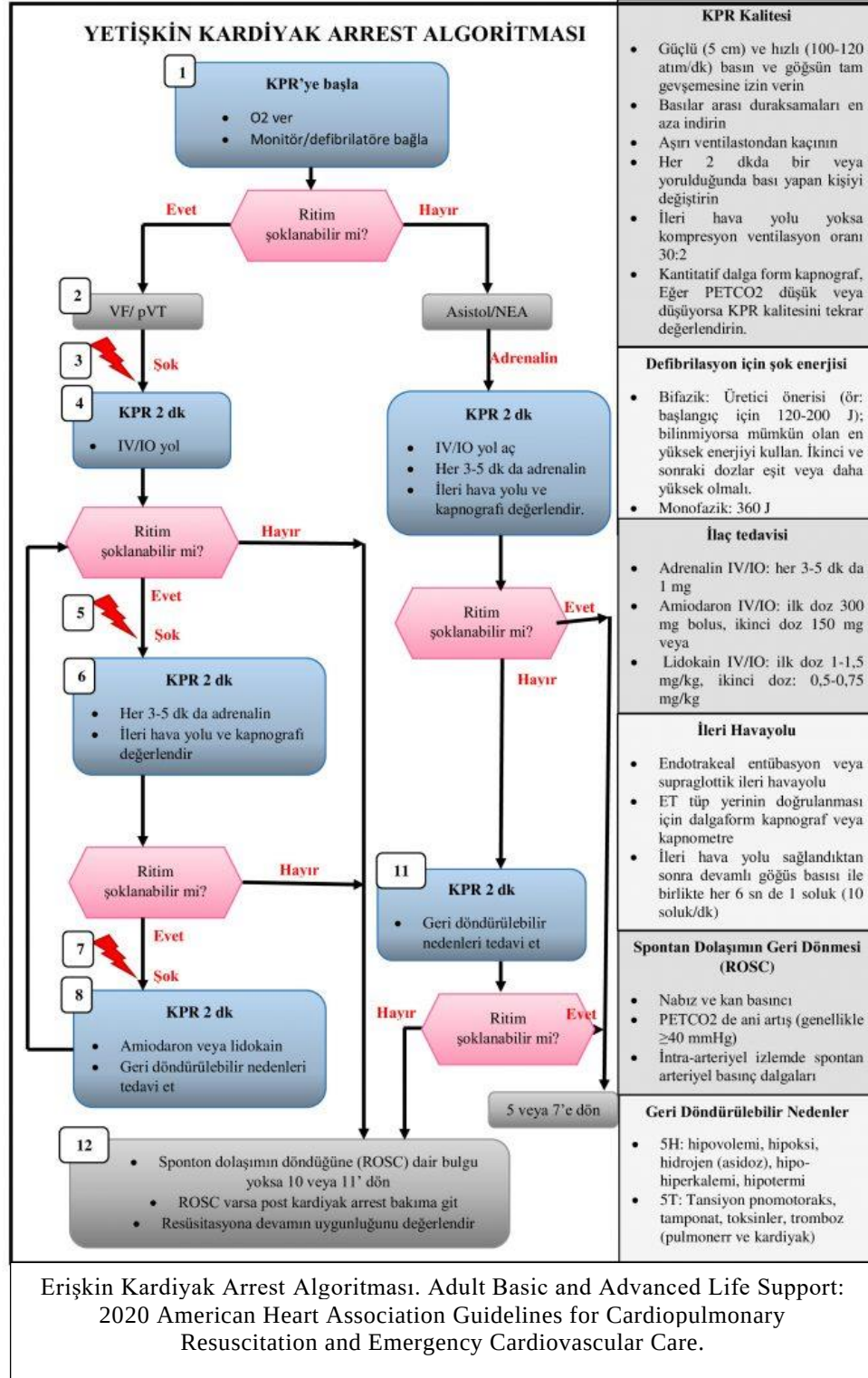
β -Bloklerler

Kardiyak arrestte β -blokajı, 24 saatlik bir süre içinde üç veya daha fazla sürekli VF veya VT atağı ile tanımlanan, elektrik fırtınası olarak bilinen refrakter VF veya VT hastalarında en fazla faydayı gösterir. Dirençli VF veya VT'de esmolol, metoprolol ve propranolol kullanılabilir. En az üç defibrilasyon, 300 mg amiodaron ve 3 mg epinefrin alan dirençli VF veya VT'li hastaların retrospektif bir serisinde, resüsitasyon sırasında verilen esmololün SDGD, yoğun bakım ünitesine yatış, hastaneden taburcu olma ve olumlu nörolojik sonuçlar alınmıştır (Long ve ark, 2020).

2.3.2.8. Göğüs Kompresyonu İçin Mekanik Cihazlar

Mekanik piston cihazları, manuel göğüs kompresyonları yerine göğüs kompresyonları uygulamak üzere tasarlanmıştır. Sternum üzerine yerleştirilen ve göğse belirli bir oranda kompresyon uygulayan otomatik basınçlı gaz veya elektrikle çalışan bir pistondan oluşur (Huis in't Veld ve Hirshon, 2020). AHA kılavuzları, tercih edilen kompresyon yöntemi olarak manuel göğüs kompresyonlarını önermektedir. Kılavuzlar, mekanik bir cihazın yalnızca belirli ortamlarda uygun şekilde eğitilmiş personel tarafından kullanılmasını önermektedir (Craig-Brangan ve Day, 2021).

2.3.2.9. Erişkin Kardiyak Arrest Algoritması



Şekil 2.5. Erişkin Kardiyak Arrest Algoritması

2.3.2.10. Resüsitasyonda Geri Döndürülebilir Nedenler

Her resüsitasyonda, kardiyak arrestin ve standart resüsitasyon algoritmalarına yanıtızsızlık nedenlerini belirlemek faydalıdır (Long ve ark., 2020). Yüksek kaliteli KPR ve erken defibrilasyon kardiyak arrestte başarılı resüsitasyonun temel taşları olsa da en kısa sürede arrestin erken olası nedenleri düşünölmelidir (Bowman, 2022).

Erken olası nedenler; 5 H ve 5 T; hipovolemi veya kanama, hipoksi, hidrojen iyonu (asidoz), hipokalemi, hiperkalemi ve diğör elektrolit bozuklukları ve hipotermi, toksinler (zehirlenme/aşırı doz), tamponad (kardiyak), tansiyon pnömotoraks, pulmoner ve koroner tromboz (Long ve ark., 2020).

H: Hipovolemi veya Kanama

Sıvı veya kan kaybı öyküsü mevcut olabilir. Rektal muayene masif alt gastrointestinal sistem (GI) kanamayı belirleyebilir; nazogastrik entübasyon masif üst GI kanamayı belirleyebilir ve yatak başı sonografi ile odaklanmış değörlendirme (Focused Assessment with Sonography-(FAST) masif intraperitoneal kanamayı teşhis edebilir. FAST, travma hastalarının kanamaya yönelik değörlendirilebilmesi için kanıtlanmış ve faydalı bir prosedördür. Sıvı ve kan ürünleri ile tedavi edilmelidir (Long ve ark., 2020).

H: Hipoksi

Hipoksi, oksijen eksikliği ve alveolar ventilasyon ile oluşur. Hava yolu eklentisinin doğru yerleştirildiğinden emin olunmalıdır. Endotrakeal tüpün trakeadan dışarı kaymadığından emin olmak veya pnömotoraksı belirlemek için solunum sesleri aralıklarla kontrol edilmelidir. Oksijen kaynağını değörlanmalıdır (Long ve ark., 2020).

H: Hidrojen İyonu (Asidoz)

Kardiyak arrestteki asidoz, respiratuar ve metabolik asidoz kombinasyonudur. Solunum asidozu erken endotrakeal entübasyon ve alveolar ventilasyon ile giderilir. Metabolik asidoz, kaliteli KPR ile bir şekilde ele alınabilir. Sodyum bikarbonat, 1-

1.5 mEq/kg dozunda, uzun süreli veya kötü başlangıç resüsitasyonundan kaynaklanan şiddetli metabolik asidoz için uygulanabilir (Long ve ark., 2020).

H: Hiper veya Hipokalemi ve Diğer Elektrolit Bozukluklar

Hiperkalemi durumlarında kalsiyum klorür veya kalsiyum glukonat, sodyum bikarbonat, insülin ve glikoz kullanılır. Sıklıkla hemodiyaliz alan ve böbrek yetmezliği olan hastalarda görülen hiperkalemi ayrıca diüretik alan hastalarda da görülür (Foley ve Sweet, 2019).

H: Hipotermi

Hipotermiden korumanın temel amacı, SDGD ile kardiyopulmoner arresti takiben hastalarda nörolojik fonksiyonları korumaktır. Normotermiyi sağlamak için ticari cihazlar mevcuttur ve ılık IV sıvılarla kademeli olarak yeniden ısıtarak yardımcı olunur (Bowman, 2022).

T: Toksinler (Zehirlenme/Aşırı Doz İlaç)

Resüsitasyon sürecinde aşırı dozda ilaç nadiren kardiyak arrest nedeni olarak tanımlanır (Long ve ark., 2020). Antidepresan doz aşımı durumunda uzamış QT/torsade de pointes görülebilir. Tedavisinde IV sodyum bikarbonat uygulanır (Long ve ark., 2020).

T: Tamponat (Kardiyak)

Kardiyak tamponad en iyi hasta başı transtorasik ultrasonografi ile resüsitasyon sırasında tanımlanır. Bu, göğüs kompresyonlarına kısa bir süre ara verilmesini gerektirir. Kardiyak arreste neden olan tamponadın tedavisi yatak başı perikardiyosentezdir (Long ve ark., 2020).

T: Tansiyon Pnömotoraks

Sıklıkla künt göğüs travmalı hastalarda görülür. Göğüs kompresyonları nedeniyle KPR sonrasında sırasında da özellikle KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) hastalarında ortaya çıkabilir. Tedavi acil iğne dekompresyonudur (Foley ve Sweet 2019).

T: Tromboz (Koroner)

Akut koroner tromboz veya akut miyokard enfarktüsü, kalp durmasının en yaygın nedenlerinden biridir. Risk faktörleri, koroner arter hastalığı öyküsü ve VF/VT'nin başlangıç ritmidir (Long ve ark., 2020).

T: Tromboz (Pulmoner)

Kardiyak arreste neden olan pulmoner emboli, fibrinoliz veya embolektomi gerektirir. Faktörler, 3 belirti veya semptomdan ikisini içerir (arrest öncesi solunum sıkıntısı, mental durumda değişiklik veya şok); bir doktor veya sağlık profesyonelinin tanık olduğu arrest ve ilk veya birincil arrest ritmi olarak NEA (Long ve ark., 2020).

2.3.2.11. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Etik Değerler

Etik, çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünüdür (<https://tdk.gov.tr/wp-content/uploads/2015/12/etikrehber.pdf>. Erişim: 23.04.2024) Hipokrat Yemini, tıp etiğinin en eski kurallarından biri olarak saygı görür. Bioetik yaşamı sürdüren durumlardaki ve kritik kararlardaki etik konularla ilgilenir (Pozgar, 2023). Biyoetiğin ilkeleri arasında iyilik yapma; zarar vermeme hastanın özerkliğine, gizliliğine ve dürüstlüğüne saygı; dağıtım adaleti ve hukuka saygı (Marco, 2020). ERC, yetişkinlerin ve çocukların etik, rutin resüsitasyon uygulaması ve yaşam sonu bakım sunmak için kanıta dayalı öneriler sunmaktadır. Bu, yaşamı sürdüren tedavilerin faydasını en üst düzeye çıkarırken, aynı zamanda ilgili zararı önlemek ve en kaliteli resüsitasyon bakımına adil erişimi teşvik etmek anlamına gelir (Mentzelopoulos ve ark., 2021).

2.3.2.12. Kardiyopulmoner Resüsitasyonun Sonlandırılması

Resüsitasyon çabaları, hasta spontan soluyana ve kalp debisi düzelene, kurtarıcı kişi bitkin hale gelene veya hastanın öldüğü ilan edilene kadar sürdürülmelidir (Huis in't Veld ve Hirshon, 2020). Sistemler, KPR'nin durdurulması ve sonlandırılması için kriterler tanımlamalı ve kriterlerin yerel olarak doğrulanmasını sağlamalıdır. KPR'nin sonlandırılmasında aşağıdaki kesin kriterler:

Sağlayıcının güvenliği yeterince sağlanamadığında,

Bariz ölümcül yaralanma veya geri dönüşü olmayan ölüm olduğunda, KPR'nin sağlanmasına karşı tavsiyede bulunan geçerli ve ilgili bir ön direktif mevcut olduğunda göz önünde bulundurulabilir (Mentzelopoulos ve ark., 2021).

2.3.2.13. Kardiyopulmoner Resüsitasyonu Kolaylaştıran Durumlar

Acil serviste kardiyak arrest yönetimi, yüksek bilişsel yüke sahip karmaşık bir görevdir. Birden fazla görevi kolaylaştırmak ve denetlemek genellikle ekip liderinin sorumluluğudur (Armstrong ve ark., 2021). Liderlik, başarılı bir canlandırma için etkili ekip dinamiklerinin kritik bir bileşenidir (Lin ve ark., 2023). Resüsitasyon ekibi üyelerinin acil servislerde ve resüsitasyon vakalarındaki deneyimlerine dayanarak, sıklıkla karşılaştıkları değişen ve karmaşık durumlarla birlikte, ekip liderinin önemli rolleri bulunmaktadır (Hosseini ve ark., 2022). Ekibin bilgi ve becerileri, KPR başarısını etkileyen bir faktördür. KPR ekibinde her birey uzmanlık alanında yetkinliğe sahip olmalıdır (Janatolmakan ve ark., 2021).

Kardiyak arrestte, resüsitasyonun yanında müdahaleler gerektirebilir ve bu ekipmanın hazır bulunması ya da onlara erişim etkili resüsitasyon yaklaşımının temel bileşenleridir (Aljuaid ve Al-Moteri, 2022; Amoako-Mensah ve ark., 2023). Hastanelerde genellikle herhangi bir ani kalp durmasının acil resüsitasyonu ve stabilizasyonu için geliştirilmiş, hızlı yanıt sistemi mevcuttur (Hazra ve ark., 2022). Hızlı yanıt sistemlerinin HİKA kardiyopulmoner arrest insidansı üzerinde yararlı etkisi olduğu düşünülmektedir (https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/related_files/mhs4-failure-rescue-rapid-research.pdf. Erişim: 23.05.2024).

Uluslararası kılavuzlar, KPR optimize etmek ve göğüs kompresyon duraklamalarını en aza indirmek için sağlık çalışanları arasındaki iletişimin önemini vurgulamaktadır (Perkins ve ark., 2021; Chen ve ark., 2020). Hasta ve ailesi için bakımın sürekliliğini ve kalitesini korumak, tıbbi bilgi ve bakıma aktif katılımı, anlaşılması ve bakım planlarına uyum olumlu sağlık sonuçları için önemlidir (Satake ve Mcelroy, 2024).

Sağlık profesyonellerinin motivasyonu ve tutumu, KPR durumlarındaki davranışlarını etkileyebilir (Najafi ve ark., 2024). Hemşirelerin motivasyonu, KPR'deki başarılarında önemli bir faktördür (Alamri ve Fırcı, 2022).

2.3.2.14. Kardiyopulmoner Resüsitasyonu Zorlaştıran Durumlar

Acil hemşireleri açısından bakıldığında, KPR başarısızlığının en önemli nedenleri arasında; KPR ekibi üyeleri arasında koordinasyon eksikliği, ekipman ve tesis eksikliği (Afaya ve ark., 2021), kalp masajı sırasında hasta yakınlarının bulunması (Manetti, 2023), hastanın klinik koşulları, KPR süresi, resüsitasyona başlamada gecikme (Zali ve ark., 2023), KPR ekibinin bilgi ve beceri yetersizliği, KPR ekibinin kötü yönetilmesi ve KPR ekibinin bireysel özellikleri, zihinsel problemler ve fiziksel zayıflık yer almaktadır (Janatolmakan ve ark., 2021).

Acil hemşirelerinin stresli çalışma ortamları, sınırlı uzmanlık eğitimi, fazla hasta sayıları ve personel yetersizliği, onların rollerini güçleştirmektedir (Afaya ve ark., 2021). Resüsitasyon uygulaması, acil hemşireleri üzerinde aşırı stres yüküne yol açarak, dikkat, hafıza ve karar verme gibi zihinsel veya bilişsel işlevleri, ekip çalışması ve kardiyak arrest yönetimini olumsuz etkileyebilir (Silverplats ve ark., 2022). Bununla birlikte hemşirelerin görev duygusu ile ne yapıldığı ve neyin farklı yapılabileceği konusundaki endişeleri, tepkileri, aile için üzüntü, öfke, hayal kırıklığı da güçlük yaratan alanlardır (Varner-Perez ve ark., 2023).

Hasta yoğunluğu, düzenli ve sürekli olarak travmalı hastalarla karmaşık çalışma ortamı ve yetersiz sayıda personel, acil hemşirelerinin tükenmişliğini arttırmaktadır (Turnbach ve ark., 2024). Profesyonel sağlık çalışanı olarak hemşirelerin, mesleki yaşamları boyunca etkili ve verimli sağlık hizmeti sağlayabilmesi, hızla değişen klinik ortamı yönetmesi, hasta sonuçlarını iyileştirmesi, İKYD konusundaki bilgi ve becerileri, hasta sonuçlarını iyileştirmek için önemlidir (Adal ve ark., 2022). KPR klinik, duygusal ve etik açıdan zorlayıcı olabilir (Hartanto ve ark., 2023). KPR, gerekli bilgi, beceri ve tekniklerin yanı sıra sosyal faktörlerden, bunu gerçekleştirme isteğinden, psikolojik hazırlıktan, etik ve yasal yönler gibi diğer faktörlerden de etkilenir (Winarti ve Rosiana, 2020). KPR etiği ile ilgili tartışmaların, hasta ve aileleri ile sağlık profesyonelleri üzerinde önemli etkileri olabilir (Hartanto ve ark. 2023).

3. ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, nitel desen, fenomenolojik türdedir. Bu yaklaşım, acil hemşirelerinin KPR uygulamalarını kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara yönelik öznel deneyimleri derinlemesine anlamak, bu deneyimlere eklenen anlam, yorum ve bakış açılarını ortaya çıkarmak keşfetmek amacı ile tercih edilmiştir. Nicel araştırma yöntemleriyle karşılaştırıldığında nitel araştırma daha derinlemesine veri toplanmasına, sorunun daha derin anlamlarının, sosyal ve kültürel özelliklerinin tanımlanmasını katkıda bulunur. Niteliksel araştırma yaklaşımı olarak içerik analizi, sağlık hizmetleri olgusunun keşfedilmesinde önemli bir role sahiptir (Long, Silva & Boswell 2020; Polit & Beck 2018)

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer, Özellikleri ve Zaman

Araştırma, Antalya il merkezinde yetişkinlere acil servis hizmeti veren üniversite, eğitim araştırma, devlet ve özel hastanelerin acil hemşireleri ile yürütülmesi planlanmıştır. Çalışma izni veren kurumla; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Antalya Kepez Devlet Hastanesi ve Özel Medstar Yıldız Hastanesi ile yapılmıştır.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde erişkin acil servisinde resüsitasyon, monitörlü alan ve erişkin gözlem alanları bulunmaktadır. Acil servis toplam 37 yatak kapasitesine sahip olup toplam 35 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler, 08:00-16:00, 16:00-24:00, 16:00-08:00, 08:00-20:00, 20:00-08:00 şeklindeki shiftler halinde çalışmaktadır. Her shiftte bulunan hemşire sayısı ortalama yedidir. Acil tıp uzmanı doktorlar, asistan doktorlar (araştırma görevlisi) mevcuttur. Günlük ortalama acil servise başvuran hasta sayıları 300'dür. Antalya Eğitim Araştırma, Antalya Kepez ve Antalya Atatürk Devlet Hastanelerinin erişkin acil servisinde resüsitasyon, kırmızı, dahili ve cerrahi sarı alanları bulunmaktadır. Hemşireler 08:00-16:00, 16:00-08:00, 08:00-08:00 shiftlerinde çalışmaktadır. Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi acil serviste toplam 75 yatak kapasitesine sahiptir. Acil serviste acil tıp uzmanı doktor, asistan doktor (araştırma görevlisi) ve toplam 107 hemşire görev yapmaktadır. Her shiftte ortalama 19 hemşire çalışmaktadır. Acil serviste günlük ortalama 2500 hasta başvurusu olmaktadır. Antalya

Kepez Devlet Hastanesinde toplam 40 yatak kapasitesine sahiptir. Acil serviste uzman ve pratisyen doktor ile toplam 70 hemşire görev yapmaktadır. Her şifte ortalama 15 hemşire bulunmaktadır. Acil serviste günlük ortalama 1400 hasta başvurusu olmaktadır. Antalya Atatürk Devlet Hastanesi acil servisinde toplam 16 yatak kapasitesine sahiptir. Acil serviste uzman ve pratisyen doktor ile toplam 54 hemşire görev yapmaktadır. Her şifte ortalama 10 hemşire görev yapmaktadır. Acil serviste günlük ortalama 1000 hasta başvurusu olmaktadır. Özel Medstar Yıldız Hastanesi resüsitasyon odası altı yataklı gözlem alanı bulunmaktadır. Acil serviste günlük ortalama 100 hasta başvurusu olmaktadır. Hemşireler KPR'ye katılmakta olup (sorumlu hemşire dahil) 08:00-20:00, 20:00-08:00 çalışmaktadır. Acil serviste uzman ve pratisyen doktor ile ortalama toplam 12 hemşire görev yapmaktadır. Her şifte ortalama üç hemşire bulunmaktadır. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Atatürk Devlet Hastanesinde, göğüs kompresyonu cihazı bulunmaktadır. Akdeniz Üniversitesi hariç diğer hastanelerin KPR odalarında şifreli kapı mevcuttur. Araştırma, Antalya merkezinde bulunan, acil servis hizmeti veren ve izin alınan hastanelerin yetişkin acil servislerinde çalışan hemşirelerle Temmuz 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme, amaçlı, ölçüt örnekleme yöntemi ile belirlendi. Amaçlı örnekleme birey veya gruplar araştırma amacına dayanan belirli bir kriter veya özelliğe bağlı olarak seçilmektedir. Ölçüt örnekleme de ise önceden belirlenmiş koşulları taşıyan bireylerle çalışmak amaçlanır (Creswell, 2017; Carol 2020). Bu çalışmanın amacına uygun olarak odak grup örnekleme ölçütleri; KPR eğitimi alan, yetişkin acil serviste en az bir yıldır aktif görev yapan ve KPR uygulamalarına aktif katılan acil hemşireleridir. Bireysel görüşmelerin ölçüt örnekleme ise odak grup görüşme ölçütlerine ek olarak en az beş yıl deneyimi olan acil servis sorumlu hemşireleridir. Veriler, etik kurul onayı, kurum izinleri ve katılımcılardan aydınlatılmış onamları alındıktan sonra toplandı (EK-1). Veri toplamak için odak grup görüşmeleri ve derinlemesine bireysel yarı yapılandırılmış görüşmeler yapıldı. Odak grup görüşmeleri, birçok konuda zengin bir bakış açısı, geniş bir perspektif sağlayarak büyük resmi görmeyi kolaylaştırmaktadır. Bir kişinin dile getirdiği bir fikir, bir diğeri tarafından geliştirilebilmekte ve detaylı bilgilere ulaşılabilmektedir (Carol, 2020). Bireysel görüşmeler ise KPR ye ilişkin grup içerisinde

dile getirilemeyen, durumların ortaya çıkarılmasında yararlı olabileceği düşünülerek en az beş yıl deneyimi bulunan acil servis sorumlu hemşireleri ile yapıldı. Odak grup ve bireysel görüşmelerin kombinasyonu, pragmatik ve veri bütünlüğü nedenleriyle birlikte kullanıldı (Carol, 2020; Lambert ve Loiselle, 2008). Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğüne doyum noktası rehberlik etmektedir. Görüşme sırasında daha önceki verilerin tekrar edilmeye başlanması ya da yeni bilgi ortaya çıkmaması durumu, doyum noktasına ulaşıldığını düşündürür (Long, Silva, & Boswell, 2020; Carol, 2020; Polit & Beck 2018). Araştırmada odak grup ve örneklem sayısı, üniversite, eğitim araştırma, devlet ve özel hastanelerin acil hemşireleri ile birer odak grup görüşmesi yapıldıktan sonra doyum noktasına ulaşılması (yeni verinin gelmediği aşama) ile belirlendi. Odak grup görüşmelerinin ardından bireysel görüşmeler yapıldı. Odak grup görüşmelerinde her grup beş-altı kişiden oluşmaktadır. Araştırmada toplam 35 katılımcının yer aldığı beş odak grup görüşmesinde veri doygunluğuna (yeni verinin gelmediği aşama) ulaşılmış ancak veri kapsamlılığını sağlamak amacı ile bir odak grup görüşmesi daha yapılmıştır. Odak grup görüşmesinin ardından veri zenginliği için derinlemesine bireysel görüşmeler (n=4) yapılmıştır. Veri toplama süreci, doyum noktasına ulaşılması, yeni bilgiler ortaya çıkmaması ve tekrar etmeye başladığında sonlandırılmıştır. Çalışmada (n=6) odak grup, (n=4) bireysel olmak üzere (n=26) kadın ve (n=9) erkek toplam 35 acil hemşiresi ile görüşmeler yapılmıştır. Odak grup görüşmeleri ortalama 53 dakika (aralık: 45- 64 dakika) bireysel görüşmeler ise ortalama 60 dakika (aralık: 60-90 dakika), sürmüştür.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada bireysel görüşme ve odak grup görüşmesi olmak üzere iki farklı veri toplama yöntemi kullanılmıştır. Hemşirelerin görüşlerini almak amacıyla açık uçlu sorulara dayanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Verilerin toplanması için hazırlanan araçlara ilişkin uzman görüşleri alınmıştır (EK-4).

3.4.1. Veri Toplama Araçları:

Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2) ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK-3), kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından ilgili literatüre dayalı olarak (Hao ve ark., 2023; Janatolmakan ve ark., 2021) hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu, on sorudan oluşmaktadır. Bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyimleri, çalışma yılı, acilde hizmet süresi, haftalık çalışma saati ve ortalama KPR sayısına ilişkin soruları içermektedir. Yarı yapılandırılmış görüşme formu hem odak grup hem bireysel görüşmelerde kullanılmıştır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Yetişkin acil serviste çalışan hemşirelerin KPR'ye ilişkin deneyimlerinin paylaşılması, büyük resmi görmemizi kolaylaştıracak, çeşitli önlemlerle zorlukların ve kolaylaştırıcıların anlaşılması ve geliştirilmesi yolu ile KPR uygulamalarındaki başarı ve kaliteyi iyileştirmesine yönelik olarak açık uçlu dört (4) sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için etik kurul onayı ve gerekli izinler alındıktan sonra yüksek lisans öğrencisi araştırmacı (ilk yazar/HT) hastanelerin Hemşirelik Hizmetleri müdürü ve Acil servis sorumlu hemşireleri ile görüşerek acil hemşirelerinin çalışma listelerine erişim talebinde bulundu. Potansiyel katılımcı hemşirelerle görüşmeler yaptı. Dahil edilme kriterlerini karşıladığı belirlenen ve aydınlatılmış onamları alınan katılımcılarla görüşmeler (odak grup ve bireysel derinlemesine) için uygun gün ve saatler belirlendi. Veri toplama sürecinin uygulanabilirliğini ve geçerliliğini değerlendirmek için bireysel ve odak grup görüşmeleri içeren pilot görüşme çalışma acil hemşireliğinde deneyimli yüksek lisans öğrencisi ve nitel çalışmalarda deneyimli danışman araştırmacı tarafından yapıldı. İzin verilen kurumda yapılan pilot görüşmede dört katılımcı acil hemşiresi ile bir odak grup ve bir katılımcı acil hemşiresi ile derinlemesine bireysel görüşme yapıldı. Çalışmanın verilerini elde etmek için görüşmeler, Temmuz 2023- Eylül 2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Görüşmeler, belirlenen tarihte, konforları ve veri güvenliği açısından uygun bir odada yapıldı. Bu özel oda ses, gürültü, oturma alanı ve rahatlığı, ışık ve sıcaklığın uygun olması gibi odak grup ve derinlemesine görüşme için gerekli koşulları sağlıyordu. Görüşmelerin kesintiye uğramaması için gerekli önlemler alındı; ekip üyelerine de bilgi verildi ve içeride görüşme yapıldığına dair not asıldı. Araştırmanın görüşmeleri ilk araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Araştırmacılar tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formu doldurulduktan sonra, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak bireysel ve odak grup görüşmeleri ile veriler toplandı. Odak grup görüşmeleri, bir kişinin dile getirdiği bir fikrin, bir diğeri tarafından geliştirilebilmesi ve detaylı bilgilere ulaşılabilmesine olanak tanınması, olgu ile ilgili zengin bir bakış açısı, geniş bir perspektif sağlayarak büyük resmi görmeyi kolaylaştırması nedeni ile tercih edilmiştir (Carol, 2020). Görüşme verileri, ses kayıt cihazı kullanılarak kaydedildi. Odak grup görüşmesinde yarı-yapılandırılmış görüşme formundaki sorular soruldu. Katılımcıların bakış açılarını anlamak, daha fazla veri toplamak amacı ile” Daha fazla açıklayabilir misiniz”? “...ile “neyi kastediyorsunuz”, “Sonra ne oldu? Soruları da yöneltildi. Nitel veri toplamada, odak grup görüşmelerinde sorulara verilen yanıtlar, gruptaki hemşirelerin birbiriyle etkileşimleri sonucu oluşan sorulardı. Odak grup görüşmesi, gruptan bir hemşirenin sorulan soruya verdiği bir yanıtın diğer hemşire tarafından duyulması, gruptaki diğer hemşirelere, kendi düşüncelerini, verilen bu yanıt çerçevesinde oluşturma fırsatı verdi. Bireysel görüşmelerde akla gelmeyen bazı düşüncelerin, grup görüşmelerinde diğer bireylerin açıklamaları çerçevesinde aklına geldiğinden ek veriler elde edildi.

3.5. Verilerin Analizi

Çalışma verileri, içerik analizine uygun olarak değerlendirilmiştir. İçerik analizinin amacı toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. Bu amaç çerçevesinde içerik analizini yaparken izlenen birtakım aşamalar vardır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Görüşmeler, ses kayıt cihazı ile kaydedilerek, kelimesi kelimesine yazıya geçirildi. Yapılan görüşmelerden yüz yetmiş altı (176) sayfa yazılı metin elde edildi. Veriler, Graneheim ve Lundman (2004) tarafından tanımlanan adımlara uygun olarak analiz edildi. Verilerin geçerliliğini arttırmak için transkriptleri iki araştırmacı ayrı ayrı inceledi

ve kapsamlı okumalar, birkaç kez tekrarlandı. İçerik birkaç kelimededen, cümlelerden veya birbiriyle ilişkili faktörlerden oluşan paragraflar içeren anlamlı birimlere bölündü. Bu anlamlı birimler kodlandı. Kodlar farklılık ve benzerlikler açısından yorumlandı, karşılaştırıldı kategoriler oluşturuldu ve alt temalar elde edildi. Araştırmanın dış güvenirliğini artırmak için, nitel araştırma konusunda deneyimli dış uzman tarafından veri teyidi yapıldı. Kodlar karşılaştırılarak farklılıklar tartışıldı, paylaşılan kodlar ve kategoriler oluşturulana kadar değerlendirmeler devam etti (Graneheim & Lundman, 2004). Analiz sırasında, tüm metin birimlerinde ileri geri hareket mümkündü. Son olarak, alt temalar bir araya toplandı ve çalışma temaları belirlendi. Daha sonra kavramlar oluşturulup elde edilen kavramların birbirleriyle olan ilişkileri ortaya çıkarılarak belirli bir tema altında toplandı. Tümevarımcı içerik analiz ile kodlama yoluyla verilerin altında yatan kavramlar ve bu kavramlar arasındaki ilişkiler ortaya çıkarılmıştır. Tümevarımsal içerik analizi bir olguyu ele alan daha önce yapılmış çalışmaların olmadığı ya da parçalı olduğu durumlarda kullanılır (Carol, 2020; Polit & Beck 2018). Acil hemşirelerinin KPR uygulamalarına ilişkin çalışmaların eksikliği, kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara yönelik çalışmaların olmaması nedeni ile bu çalışmada tümevarımsal içerik analizi yapılmıştır.

Araştırmada bireyin verileri; okuyucunun verilerle bire bir karşılaşmasını sağlamak için, yorum eklemeden ve verinin doğasına sadık kalınarak aktarılmıştır. Bu araştırmanın raporlamasında, Nitel Araştırma Raporlama Konsolide Kriterler Kontrol Listesi (COREQ) (EK-5) kullanıldı (Tong ve ark., 2007).

3.6. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliliği

Nitel araştırma yöntemlerinde bilimsel olguların doğruluğu geçerlik, bulguların tekrarlanabilirliği ise güvenirlik ile belirlenir. Bir araştırma sonucunun uygulamaya konulması, çalışmanın güvenirliği, geçerliliği ve genellenebilirliği veya aktarılabilirliği ışığında değerlendirilmelidir (Long, Silva, & Boswell, 2020). Bu nedenle, geçerlilik ve güvenirlik kriterlerinin kullanılması elde edilen verilerin inandırıcılığını ortaya koyar (Erdoğan, 2018). İç geçerlilikte (inandırıcılık) araştırmacının bulduğu sonuçlara nasıl vardığını açık seçik ortaya koyması ve çıkarımları ile ilgili kanıtları diğer kişilerin ulaşabileceği tarzda sunması gereklidir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bir çalışmanın iç

geçerliğini artırmada belki de en çok bilinen ve uygulanan strateji üçgenleme tekniğidir. Üçgenleme iki ya da daha fazla veri toplama yönteminin (örneğin, görüşmeler ve gözlemler) ya da iki ya da daha fazla veri kaynağı (örneğin, farklı grup üyeleriyle bireysel görüşmeler) sonuçlarının karşılaştırılmasıdır. Bu şekilde yöntemlerden birinin zayıf yönleri diğer yöntemin güçlü yönleriyle telafi edilebilir (Streubert ve Carpenter, 2011). Üçgenlemede her majör sonucu desteklemek için en az üç bilgi kaynağı kullanılmalıdır. Çalışmada çok çeşitli veri kaynaklarının kullanılması (üniversite, eğitim araştırma, devlet ve özel hastaneler, sorumlu hemşire, hemşire), verilerin toplanması, analizi ve yorumlanmasında birden fazla araştırmacının yer alması, birden çok veri toplama yönteminin (görüşmeler, gözlemler ve doküman incelemesi vb.) kullanılmasını gerektirir (Streubert ve Carpenter, 2011).

Dış geçerlilik (aktarılabirlik) araştırmanın sonuçlarının genellenebilmesi ile ilgili olduğundan ve nitel araştırmalarda genelleme söz konusu olmadığından analitik genelleme yapılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Güvenirlik değişmemiş kişiler için tekrarlanan ölçümlerde puanların ne derece aynı olması ile ilgilidir (Polit ve Beck, 2018). Araştırmanın güvenilirliği (tutarlılık ve teyit edilebilirlik) ise yapılmış bir çalışmanın başka bir araştırmacı tarafından aynı biçimde tekrar edildiğinde, aynı veya benzer sonuçları vermesi ile ilgilidir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). İç güvenilirliği veya ölçek homojenliği, bir araçtaki tüm maddelerin aynı değişkeni ölçme derecesini ele alır. (Tilley, 2018). Araştırmanın iç güvenilirliğini (tutarlılığını) arttırmak için bulguların tamamı yorum yapılmadan verilmiştir. Ayrıca görüşmede elde edilen veriler, acil hemşireliği (1. Araştırmacı ve YL öğrencisi) ve nitel araştırma ve acil hemşireliği konusunda deneyimli (2. Araştırmacı ve Danışman) araştırmacılar tarafından ayrı ayrı kodlanmıştır. Araştırmada görüşme kılavuzu, hem yetişkin kardiyopulmoner resüsitasyon deneyimlerini kapsaması hem de nitel araştırmanın doğasına uygunluğu açısından uzman görüşüne sunuldu. İki uzman onayladı. Böylece araştırmada değerlendiriciler arasında kabul edilebilir bir uyumun olup olmadığına ve kodlamanın güvenilir olup olmadığına karar verilerek iç güvenilirlik sağlanmış oldu. Araştırmanın dış güvenilirliğini (teyit edilebilirliğini) arttırmak için araştırmacıların tüm veri toplama araçlarını, ham verilerini, analiz aşamasında yaptığı kodlamaları ve rapora temel oluşturan algıları, notları, yazıları

ve çıkarımları proje ekibi dışında bir uzmana sunarak teyit incelemesi yapılmıştır. Dış uzman, aynı sonucu teyit etti/onayladı.

3.7. Araştırmanın Sayıtları

Araştırmacı tarafından hazırlanan sorular için konu alanındaki uzmanlar tarafından kontrol edildi. Katılımcıların KPR uygulamasında yaşadığı sorunlara ilişkin görüşme sorularının amaca uygun olarak ölçmek isteneni ölçtüğü ve görüşme sorularını ciddiyet, samimiyetle ve içtenlikle cevapladıkları varsayıldı.

3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Bu araştırmanı acil servis hemşirelerinin KPR sürecini kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara yönelik deneyimlerini inceleyen ilk çalışma olması güçlü yönü olarak kabul edilebilir. Çalışmanın yetişkin acil sağlık hizmeti veren tüm farklı kurumlarda (üniversite, eğitim araştırma, devlet ve özel) yapılması da araştırmanın güçlü yönlerindendir. Araştırmacıların alan deneyimleri ve danışman araştırmacının kalitatif çalışma deneyimleri de güçlü yönleri olarak ifade edilebilir. Veri çeşitliliği bakımından görüşmelerin hem grup hem bireysel yapılması da güçlü yönüdür.

Nitel çalışmaların doğası gereği veri toplamanın ana yöntemi olarak görüşmeye güvenilmesi, araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir. Araştırma olgusunun hassasiyeti ve işyerinde görüşmelere katılmanın olumsuz sonuçları olabileceği kaygısı bazı katılımcıların bakış açılarını ve deneyimlerini gizlemiş olabilir. Araştırmada üniversite, eğitim araştırma, devlet ve özel hastanelerde çalışan n=35 acil hemşire katılımcı ile altı odak grup görüşmesi dört katılımcı ile derinlemesine bireysel görüşme yapılmıştır. Görüşme içeriği açısından hem odak hem de derinlemesine görüşmelerin kombinasyonlu kullanılması oldukça zengin veriler elde edilmesini sağlamıştır. Ancak KPR sürecini zorlaştıran durumları azaltmak için diğer sağlık meslek üyeleri ve sağlık bakım kurumları bağlamında kullanılan stratejileri anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

3.9. Araştırmacıların Yetkinliği

Birinci araştırmacı/YL tez öğrencisinin yedi yıllık hemşirelik altı buçuk yıl acil hemşireliği çalışma deneyimi vardır. Aynı zamanda nitel araştırmalar ile ilgili DKH 5014

Nitel Araştırmalara Giriş ve EYD 7028 Nitel Araştırma Yöntemleri dersleri ile Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu almıştır. İkinci araştırmacı ve tez danışmanı ise 13 yıllık klinik, bir yıl acil hemşireliği deneyimi olup nitel yöntemde uluslararası ve ulusal çalışmaları bulunmaktadır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirildi. 22.02.2023 tarih ve KAEK-149 kararı (EK-6) ile uygun bulundu. Antalya merkezinde bulunan ve erişkin acil hizmeti veren kurumlardan talep edilen izin başvurularına, Akdeniz Üniversitesi (EK-7), Antalya Eğitim Araştırma (EK-8), Kepez Devlet (EK-9), Atatürk Devlet (EK-10), Özel Medstar Yıldız (EK-11), Hastanelerinden olumlu yanıt alındı.

Katılımcılara araştırmanın amacı, yöntemi veri toplama süreci, kişisel bilgilerin gizliliği ve anonimliği, katılımın gönüllülük esası hakkında bilgi verildi. Katılımcıların, görüşmenin kaydedilmesi konusunda hem fikir olmaları ve araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarını beyan etmelerinin ardından yazılı aydınlatılmış onamları alındı.

3.11. Araştırma Sürecinde Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma, Antalya il merkezinde yer alan ve yetişkin acil servis hizmeti veren tüm kurumlarda yapılması hedeflenmiş ancak izin alma sürecinde sorunlar ve gecikmeler yaşanmıştır. Veri toplama sürecinde katılımcı acil hemşireleri ile odak grup ve bireysel görüşmelerin planlanmasında da güçlükler yaşanmıştır. Acil hemşirelerinin yoğun ve değişken çalışma saatleri odak grup görüşmelerinin planlanan şekilde yapılmasını güçlenmiştir ve ekstra zamanlarda yeni planlamaların yapılmasını zorunlu kılmıştır. Bu durumlar ciddi bir planlama çabası ve zaman yönetimi gerektirmiştir.

4. BULGULAR

Acil hemşirelerinin KPR uygulamalarını kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara yönelik görüş ve deneyimlerini incelemek amacıyla yürütölen bu araştırmaya toplam 35 acil hemşiresi katılmıştır. Araştırmanın bulguları, üç bölüm altında sunulmuştur. İlk bölümde, çalışmaya katılan acil hemşirelerine ait özellikler verilmiştir. İkinci bölümde katılımcı acil hemşirelerinin KPR deneyimlerinde süreci kolaylaştıran, üçüncü bölümde ise zorlaştıran durumlara ilişkin ortaya çıkan tema ve alt temalarla araştırma konusu açıklanmıştır.

4.1. Katılımcılara Ait Özellikler

Araştırmaya katılan 35 acil hemşiresinin 26 (%74,6)'i kadın, 9 (%25,4)'ü erkek olup yaşları 23-41 arasında değişmektedir. Hemşirelerin 26'sı evli, 9'unun ise bekar olduğu, ikisinin lise, altısının ön lisans, 23'ünün lisans, dördünün ise lisansüstü düzeyde eğitim aldığı belirlenmiştir. Acilde çalışma süreleri, 1-23 yıl arasında değişmektedir. Katılımcıların 12'si eğitim araştırma, 11'i devlet, yedisi üniversite, beşi ise özel kurumlarda görev yapmaktadır. Çalışma şiftlerinin kurumlara ve eleman ihtiyacına göre, 8 saat, 12 saat, 16 saat ve 24 saat olacak şekilde farklılık gösterdiği görölmüştür. Haftalık 40 saatten fazla çalışan katılımcı sayısının çok yüksek olduğu (29) belirlenmiştir. Tablo 4.1'de katılımcı acil hemşirelere ait özellikler verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcı Acil Hemşirelerine Ait Özellikler (N=35)

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Kurum	Meslekte Hizmet Yılı	Acilde Hizmet Yılı	Haftalık Ortalama KPR Sayısı	Çalışma Saatleri/Şiftleri	Haftalık Çalışma Saati
OG*1	35	K	Evli	Lisans	AÜ	10	10	6	08-16,16-08 08-16,16-08	48
OG2	31	K	Evli	Lisansüstü	AÜ	8	8	10	08-20,20-08	40
OG3	39	E	Evli	Lisans	AÜ	16	11	7	08-16,16-08	48
OG4	32	E	Evli	Lisans	AÜ	5	3	6	08-16,16-08	48
OG5	36	K	Bekar	Lisansüstü	AÜ	12	12	10	08-16,16-08	40
OG6	27	K	Bekar	Lisans	AÜ	2	2	5	08-08	40
OG7	31	E	Evli	Lisansüstü	AEAH	8	8	7	08-08	48
OG8	33	E	Evli	Lisansüstü	AEAH	8	7	6	08-08	72
OG9	32	K	Evli	Lisans	AEAH	9	2	5	08-08	72
OG10	24	K	Bekar	Lisans	AEAH	5	1	10	08-08	72
OG11	30	K	Evli	Lisans	AEAH	11	11	10	08-08	80
OG12	26	K	Bekar	Lisans	AEAH	3	3	10	08-08	72
OG13	37	K	Evli	Lisans	AEAH	16	15	10	08-08	72
OG14	41	K	Evli	Ön Lisans	AEAH	16	14	5	08-08	72
OG15	33	K	Evli	Ön Lisans	AEAH	14	1,5	10	08-08	64
OG16	25	K	Evli	Ön Lisans	AEAH	4	2	12	08-08	72
OG17	30	K	Evli	Lisans	KDH	11	7	5	08-08	80
OG18	32	K	Evli	Lisans	KDH	9	7	5	08-08	72
OG19	33	K	Evli	Lisans	KDH	9	6	10	08-16	64
OG20	34	K	Evli	Lisans	KDH	16	4	10	08-16	40
OG21	43	K	Evli	Lisans	KDH	25	6	10	08-08	56
OG22	32	K	Evli	Lisans	ADH	12	4	10	08-08	56
OG23	26	E	Bekar	Lisans	ADH	1	1	3-4	08-08	56
OG24	37	E	Evli	Lisans	ADH	18	16	7	08-08	72
OG25	45	K	Bekar	Lisans	ADH	25	25	3-4	08-08	48
OG26	47	K	Bekar	Lisans	ADH	25	18	3-4	08-18	72
OG27	39	K	Evli	Önlisans	MED	19	9	1	08-20,20-08	72
OG28	35	K	Bekar	Önlisans	MED	15	12	1-2	08-20,20-08	56
OG29	25	K	Bekar	Önlisans	MED	7	3	1	08-20,20-08	45
OG30	37	E	Evli	Lise	MED	17	11	1	08-20,20-08	45
OG31	28	E	Evli	Lise	MED	10	4	0	08-20,20-08	60
BG**32	45	K	Evli	Lisans	AÜ	25	23	2	08-16	40
BG33	41	E	Evli	Lisans	AEAH	13	11	15	08-08	40
BG34	45	K	Evli	Lisans	AEAH	20	10	10	08-16	72
BG35	36	K	Evli	Lisans	ADH	13	5	5	08-16	40

OD:** Odak Grup Görüşmesi *BG:** Bireysel Görüşme **AÜ:** Akdeniz Üniversitesi Hastanesi **AEAH:** Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi **ADH:** Atatürk Devlet Hastanesi

KDH: Kepez Devlet Hastanesi **MED:** Özel MedStar Hastanesi (Yıldız) **MEM:** Özel Memorial Hastanesi

4.2. Katılımcı Acil Hemşirelerinin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sürecini Kolaylaştıran Durumlara İlişkin Deneyimleri

Acil hemşirelerinin KPR deneyimlerinde süreci kolaylaştıran durumlara ilişkin nitel görüşmelerin içerik analizi sonucunda ekip çalışması dinamikleri, ekip üyelerinin yetkinliği, hasta ile çalışan güvenliğini sağlama ve sürdürme olarak üç ana temaya ulaşılmış, ana ve alt Temalar Tablo 4.2 de verilmiştir.

Tablo 4.2. KPR Sürecini Kolaylaştıran Durumlar

TEMALAR	ALT TEMALAR
Ekip Çalışması Dinamikleri	Liderlik
	Organize ve Uyumlu Bir Ekip
	Net Rol ve Sorumluluklar
	Yapıcı Müdahaleler
	Stresi/Duyguları Kontrol Edebilme Yeteneği
Ekip Üyelerinin Yetkinliği	KPR Deneyim
	Etkin İletişim
Hasta ile Çalışan Güvenliğini Sağlama ve Sürdürme	Uygun Fiziksel Ortam
	Ekipman, İlaç Temini ve Yönetimi
	Yeterli İnsan Kaynağının Bulunması
	Hastanın Öyküsünü Bilen Birinin Varlığı
	Hastaya Erken Müdahale Edilmiş Olması/Ön Hazırlık

4.2.1. Ekip Çalışması Dinamikleri

Katılımcı acil hemşirelerinin, yetişkin KPR sürecini kolaylaştıran durumlara yönelik elde edilen, ekip çalışması dinamikleri teması; liderlik, organize uyumlu bir ekip, net rol ve sorumluluklar, yapıcı müdahaleler, stresi/duyguları kontrol edebilme yeteneğine sahip ekip üyeleri alt temalarından oluşmuştur.

Alt Tema 1: Liderlik

“Liderlik” KPR sürecini kolaylaştırdığı, katılımcıların hemen hemen tamamı (33/35) tarafından ifade edilmiştir. KPR liderinin sahip olması gereken liderlik özellikleri vurgulanmaktadır. İyi bir liderin varlığı, mesleğinde yetkin, iletişim becerisi iyi, ne yaptığını bilen bir profesyonel olması gerektiği belirtilmektedir. Katılımcıların bu konudaki görüşleri *“Kardiyopulmoner resüsitasyonu kolaylaştıran en önemli şeylerden bir tanesi ekip lideri. Resüsitasyonu yöneten hekim oluyor ve resüsitasyon yöneten kişi iyiye kendinden emin, ne yaptığını bilen, teorik bilgi ve becerisi yüksek biriyse resüsitasyon daha güzel, daha başarılı geçiyor...”* (AÜBG1, K32, Kadın, Evli, Lisans, 23 Yıl), *“KPR yöneten tek bir lider olmalı...”* (EAHOG4, K10, Kadın, Bekar, Lisans, 1 Yıl), *“KPR lideri iyi liderlik özellikleri göstermişse ekibe yeni katılan kişi de pozitif etkileniyor ve motivasyonu artıyor”* (ADHBG1, K35, Kadın, Evli, Lisans, 5 Yıl), *“Ekip liderinin işini bilen ve ne yaptığını bilen profesyonel biri olması gerekli”* (EAHOG8, K14, Kadın, Evli, Ön Lisans, 14 Yıl), *“...İşinde iyi liderlere(doktor) denk geldiğimizde KPR’de iyi oluyor”* (ADHOG2, K23, Erkek, Bekar, Lisans, 1 Yıl), *“... Ekip lideri KPR’de yetkin ve motiveyse ekipte motive oluyor...”* (EAHBG2, K34, Kadın, Evli, Ön Lisans, 10 Yıl) ve *“...doktorun iletişim becerisine bağlı KPR etkilenebiliyor. İletişim iyi olduğunda KPR süreci de kolay geçiyor...”* (EAHOG5, K11, Kadın, Evli, Lisans, 11 Yıl) şeklinde bildirmişlerdir. Liderin kendine güveni, KPR sürecinde algoritmayı adım adım takip etmesi, bilgiye hâkim olması süreci kolaylaştırdığı bildirilmiştir. Katılımcılar *“Ekibin lideri algoritmayı adım adım takip etmesi, ne yapması gerektiğini bilmesi, teoriyi pratiğe geçirebilmesi, iletişim becerisi, yaklaşımı, soğukkanlılığı çok önemli. Ayrıca stres yönetimi problem çözme becerisi de çok önemli. Bu özelliklere sahip lider KPR sürecini kolaylaştırır...”* (AÜOG5, K5, Kadın, Bekar, Lisans, 2 Yıl), *“...Ekipteki lider algoritmaya hâkim, bir sonraki basamağı düşünebilen, kılavuzdaki sıraya ve bilgilere*

hâkim olduğunda her şey rutinde çok kolay ilerliyor” (EAHBG1, K33, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl), “...KPR’de lider hastaya ne kadar hâkim, sakın, pratikse KPR çok güzel geçiyor...” (EAHBG2, K34, Kadın, Evli, Ön Lisans, 10 Yıl) şeklinde ifade etmişlerdir. Ortam güvenliği ve malzemelerin sağlanmasında liderin rolünün önemi belirtilmektedir. Bu konudaki görüşlerini “Ekip liderinin ortamın güvenliğini sağlayabiliyor olması önemli. KPR sürecinin yönetilmesi ekibin hızlı hareket etmesini kolaylaştırıyor...” (EAHOG1, K7, Erkek, Evli, Lisansüstü, 8 Yıl) ve “...malzemeler tam, güvenli bir ortam, tecrübeli ve tüm bunları yönetebilen yetkin liderle çalışıyor olmak, durumları son derece kolaylaştırıyor” (EAHOG6, K12, Kadın, Bekar, Lisans, 3 Yıl) şeklinde ifade etmişlerdir.

Alt Tema 2: Organize ve Uyumlu bir Ekip

“Organize ve uyumlu bir ekibin olması” KPR sürecini kolaylaştırdığı, katılımcıların büyük çoğunluğu (25/35) tarafından ifade edilmiştir. Ekip olarak uyumlu bir şekilde çalışmanın, KPR sürecini kolaylaştırdığı ve ekibin senkronize bir şekilde hareket etmesi, sürecin daha hızlı ve etkili bir şekilde yapılmasını sağlayacağı vurgulanmaktadır. Katılımcılar “Ekip olarak hareket etmek gerçekten KPR’yi kolaylaştıran bir durum. Hastaya burada bulunan herkesle (gerek personel gerek doktor gerekse hasta yakınlarıyla beraber) senkronize bir şekilde çalışırsan o zaman işlerin gerçekten daha kolay oluyor ve durumu daha hızlı ve kolay yönetebiliyorsun. Resüsitasyon sırasında bunlardan herhangi birinin olmaması ise dikkatinin dağılmasına neden oluyor. Ekipte herkesin senkronize bir şekilde çalışması kolaylaştırıcı bir etken oluyor” (EAHOG7, K13, Kadın, Evli, Lisans, 15 Yıl), “Organize olmak, ekip olmak... organize olduktan sonra tak tak tak her şey kolaylaşıyor. Sadece organizasyon” (ADHOG1, K22, Kadın, Evli, Lisans, 4 Yıl) ve “...muntazam organize çalışan tecrübeli bir ekiple resüsitasyon odasıdaysanız böyle saat gibi her şey tıkır tıkır işliyor...ekipteki herkes organize şekilde iş bölümü yapıyor, acil arabası, epinefrin, damar yolu, tedavi ve kayıt gibi... Organize olarak çalışan ekip, tecrübeli düzenli çalışan ekiptir. Ekibin kesinlikle iyi olması gerekiyor” (ADHOG4, K25, Kadın, Bekar, Lisans, 25 Yıl) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir. KPR sürecinin hızlı, donanımlı ve yetkin bir ekip ile yönetilmesinde ekibin kritik önemi vurgulanmıştır. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini: “Yeterli ve donanımlı bir ekip KPR sürecinin etkisini ve başarısını artırıyor...” (EAHOG4, K10, Kadın, Bekar, Lisans, 1 Yıl), “Ekip. Ekibimin

donanımlı olması” (MEDOG5, K31, Erkek, Evli, Lise, 4 Yıl), “KPR sırasında tüm geri döndürülebilir nedenler düşünülüyor ve her şey uygulanarak hastanın basısına devam ediliyor. KPR’de hızlı ve yeterli ekip olmalı...Resüsitasyon ekibinin de olmasının kolaylaştırdığını düşünüyorum...” (EAHBG2, K34, Kadın, Evli, Ön Lisans, 10 Yıl) ve “...acilde deneyimli ve eğitimli neyi neden yaptığını bilen ekiple çalışmak işlerimizi kolaylaştırıyor” (MEDOG1, K27, Kadın Evli, Ön Lisans, 9 Yıl) ifade etmişlerdir. KPR’de ekip üyelerinin birbirlerini tanımaları ve birbirlerine güven duymaları ile ekibin uyum içinde çalışması süreci kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini: “KPR’yi kolaylaştıran bilgin ve beceri sahibi, birbirini iyi tanıyan bir ekiple girmesi çok kolaylaştırıyor” (EAHBG1, K33, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl), “...kolaylaştıran durumlardan biri ekip. Ekibin varlığı güven veriyor bize...” (MEDOG2, K28, Kadın, Bekar, Ön Lisans, 12 Yıl), “Benim için KPR’yi kolaylaştıran ekibe güvenmek. Ekibin ne yaptığını bilen, yetkin kişiler olması süreci kolaylaştırıyor. Ekip üyelerinin (doktor- hemşire, hemşire- hemşire) birbirine güvenmesi kolaylaştırıcı sebeptir...” (EAHOG8, K14, Kadın, Evli, Ön Lisans, 14 Yıl), “Donanımlı, anlayışlı, yanında güvende hissettiğin, iyi anlaştığın, iyi iletişim kurduğun bir ekip arkadaşıyla çalışmak kesinlikle KPR sürecini kolaylaştırıyor.” (EAHOG4, K10, Kadın, Bekar, Lisans, 1 Yıl) ve “Ekibe güvenmek de önemli. KPR sırasında ekip arkadaşına güveniyorsan, epinefrin uygulanması, kan alımı, göğüs kompresyonu kontrolü gibi işlemlerin takibini yapmana gerek kalmaz ve süreç daha kolay ilerler...” (EAHBG2, K34, Kadın, Evli, Ön Lisans, 10 Yıl) şeklinde ifade etmişlerdir.

Alt Tema 3: Net Roller ve Sorumlulukların

“Net roller ve sorumlulukların olması” KPR sürecini kolaylaştırdığı, katılımcılar (20/35) tarafından ifade edilmiştir. Lider tarafından uygun iletişimle yapılan görev dağılımı ve ekip üyelerinin rollerini bilerek senkronize bir şekilde çalışması, KPR sürecini kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Katılımcılar “Görev dağılımında ekip neler yapacağını bilirse her şey tıkr tıkr oluyor. Çünkü burada her saniye çok önemli ve uyum bozulunca karmaşaya neden oluyor. KPR anındaki rolleri bilmek resüsitasyon sürecini kolaylaştırıyor” (EAHBG2, K34, Kadın, Evli, Ön Lisans, 10 Yıl), “Görev dağılımının yapılmış olmasının kolaylaştırdığını düşünüyorum. Kalp masajı yaptığım sırada tek

odağım hastanın geri dönmesi oluyor. O anda birinin görev dağılımı yaparak yönlendirmesi gerekiyor. Örneğin göğüs kompresyonu yapan kişi yoruldu, şimdi yer değiştirin denmesi önemli...” (MEDOG4, K30, Erkek, Evli, Lise, 11 Yıl), *“Ekipte görev dağılımı çok önemli. Hastaya müdahale ederken ekibin ilaç uygulaması, göğüste kompresyon, hava yolu ve kayıt gibi görev dağılımı yapılması gerekli”* (KDHO5, K21, Kadın, Evli, Lisans, 6 Yıl), *“...ekipte görev dağılımının olması ve organize şekilde olması KPR sürecini kolaylaştırdığını düşünüyorum...”* (ADHOG1, K22, Kadın, Evli, Lisans, 4 Yıl) ve *“Bizim burada ekip bütünlüğü var. Herkes görev dağılımını bilerek senkronize bir şekilde çalışıyor...”* (AÜOG3, K3, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl) şeklinde düşüncelerini bildirmişlerdir. KPR sürecinin başarılı bir şekilde yönetilmesi için görev dağılımı ve rollerin önemi vurgulanmaktadır. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini: *“Lider tarafından görev dağılımının düzgün yapılması KPR sürecini kolaylaştırıyor”* (AÜOG3, K3, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl), *“KPR anında lider kişileri görev dağılımını düzgün bir şekilde yapması ve önceliğin belirleyerek ekip üyelerini uygun şekilde yönlendirmesi KPR’yi kolaylaştıran önemli bir faktör”* (ADHBG1, K35, Kadın, Evli, Lisans, 5 Yıl), *“KPR sürecinde algoritmaya teorik ve pratik olarak hâkim olan ekip liderinin, ekip üyelerine sakin ve uygun iletişimle görev dağılımı yapması durumunda, işimiz çok daha kolaylaşıyor... yöneten kişinin, ambulama veya damar yolu açma gibi görevleri sakin bir şekilde dağıttığında, KPR süreci çok daha kolaylaşıyor”* (EAHBG1, K33, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl) ve *“Benim için kolaylaştıran ilk faktör ortamdır, ikincisi ise ekiptir. Sakin ve görev dağılımını yapabilen bir ekip olduğunda, KPR süreci daha kolay oluyor”* (EAHOG8, K14, Kadın, Evli, Ön Lisans, 14 Yıl) ifade etmişlerdir.

Alt Tema 4: Yapıcı Müdahaleler

“Yapıcı müdahaleler” KPR sürecini kolaylaştırdığı, katılımcılar (14/35) tarafından ifade edilmiştir. Kritik ve kaotik bir ortamda yapıcı ve sakin kalmanın KPR sürecini etkili bir şekilde yönetmede önemi vurgulanmaktadır. Katılımcılar “...kritik ve kaos ortamında gerçekten yapıcı ve sakin kalarak bu süreci yönetmede insanların bireysel özellikleri önemli bir rol oynuyor” (EAHOG4, K10, Kadın, Bekar, Lisans, 1 Yıl) ve *“...Çalıştığınız insanların sakin ve karmaşık durumlarda yönetebilen, hangi adımları atması gerektiğini bilen kişiler olması gerçekten süreci kolaylaştırır. Durumun sakinliğini koruyarak*

ilerlemek, kaos ortamlarında neyi nasıl yapması gerektiğini bilmek ve hangi aşamalardan geçilmesi gerektiğini bilen kişilerle çalışmak süreci kolaylaştırıyor...” (EAHOG6, K12, Kadın, Bekar, Lisans, 3 Yıl) ifadelerini belirtmişlerdir. Kritik anlarda liderin, ekibine etkili iletişim ve yapıcı müdahalelerde bulunması, KPR sürecini kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini: “...KPR’yi yöneten liderin kaos ortamındaki iletişim becerisi iyi olduğunda KPR süreci kolaylaşıyor...” (EAHOG5, K11, Kadın, Evli, Lisans, 11 Yıl), “Ekip liderinin üslubu çok önemli, ekibindeki herkesi rahatlatarak ve rahatlıkla yönlendiren, işin nasıl yapılması gerektiğini bilen, kimin ne yapacağını yönlendiren ve bunu yapmalarını teşvik eden üslup gerçekten çok önemli” (EAHOG8, K14, Kadın, Evli, Ön Lisans, 14 Yıl), “Kaos ortamında çalışmak çok zor olabilir, özellikle doktorun (yöneticinin) KPR deneyimi olmadığında ve bağırıp çağırdığında oryantasyon kaybolabilir. Ekip olarak sakinlik ve deneyim ise çok önemlidir...” (EAHOG3, K9, Kadın, Evli, Lisans, 2 Yıl) ve “...kargaşaya mahal vermeden sadece ekip liderinin süreci yönlendirip takip etmesi gerekiyor. KPR etkinliğinde liderin yapacağı şey, sakinliği, sükuneti korumak...” (AÜOG1, K1, Kadın, Evli, Lisans, 10 Yıl) şeklinde konuya ilişkin görüşlerini bildirmişlerdir.

Alt Tema 5: Stresi/Duyguları Kontrol Edebilme Yeteneğine Sahip Ekip Üyeleri

“Stresi/duyguları kontrol edebilme yeteneğine sahip ekip üyeleri” KPR sürecini kolaylaştırdığı, katılımcıların (19/35) tarafından ifade edilmiştir. Deneyimli ekip üyelerinin duygusal dengeyi koruyabilme ve etkili bir şekilde hareket edebilme yetenekleri, stresle ve kayıplarla başa çıkma becerilerinin KPR’deki önemi belirtilmektedir. Katılımcıların bu konudaki görüşleri “Yetişkin acil servisinde yüzlerce resüsitasyona katıldım ve ölümü kabullendim. Birçok vakadan etkilenmiyorum, ancak yeni başlamış ve deneyimsiz bir hemşirenin ölümü kabul etmekte zorlanabileceğini fark ediyorum. Bu durumdan etkilenebilir ve hatta ağlayabilirler, ancak bu süreci kısa sürede atlatırlarsa, KPR süreci daha kolay ilerleyebilir” (EAHBG1, K33, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl) ve “Mesleğimizin ilk yıllarında hepimiz stresliydik ve KPR sürecine adapte olmadığımız için o heyecanımızı yönetemiyorduk ama KPR’yi tecrübe ettikçe bu duygumuz azaldı...tecrübe arttıkça yararlı olma düşüncesi arttı. Süreci yönetirken daha mantıklı yürütebiliyorsunuz” (EAHOG4, K10, Kadın, Bekar, Lisans, 1 Yıl) ifade

edilmiştir. Başarısız bir KPR durumunda duygusal olarak sağlam kalan ve kararlılık gösteren ekip üyelerinin kriz anlarını kontrol edebilme yeteneğine sahip olmalarının önemi vurgulanmaktadır. Katılımcı bu görüşü: *“KPR’nin başarısız olması durumunda acil serviste elimizden geleni yaptığımız için duygusal olarak tereddüt etmiyoruz; bu anlamda bir doygunluk var”* (EAHBG1, K33, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl) şeklinde ifade etmiştir.

4.2.2. Ekip Üyelerinin Yetkinliği

Katılımcı acil hemşirelerinin, yetişkin KPR sürecini kolaylaştıran durumlara yönelik elde edilen, ekip üyelerinin yetkinliği ana teması; KPR deneyim ve etkin iletişim sağlama alt temalarından oluşmuştur.

Alt Tema 1: KPR Deneyim

KPR’ye ilişkin deneyim/becerinin süreci kolaylaştırdığı, acil hemşirelerinin çoğunun (32/35) ifade ettiği bir olgudur. Katılımcılar: *“Ekip tecrübesiz olursa kim ne yapacağını bilemezse işler zorlaşıyor.”* (EAHBG2, K34, Kadın, Evli, Ön Lisans, 10 Yıl), *“Yeni başlayan personeller özellikle arrest anından korkuyorlar; çünkü KPR’nin yarattığı kaos ve stres oldukça zorlayıcı olabiliyor. Ancak deneyimli kişilerin psikolojik olarak hazır olmaları, yeterli olmaları bu korkuyu azaltabilir ve bu da KPR sürecin kolaylaştırır...”* (AÜBG1, K32, Kadın, Evli, Lisans, 23 Yıl), *“Acil servise yeni başlamış olabilir veya KPR deneyimi az olabilir. Deneyim arttıkça farklı vakalarla karşılaşıyorsunuz ve KPR sürecine hızla adapte olabiliyorsunuz. Ancak ekip lideri deneyimli değilse, KPR sırasında önceliğe odaklanmakta zorlanabilir ve deneyimli bir ekip üyesinin rehberliğine ihtiyaç duyabilir. Deneyimli insanlarla çalışmak, her zaman KPR sürecini kolaylaştırır.”* (ADHBG1, K35, Kadın, Evli, Lisans, 5 Yıl) ve *“Bilgili ve deneyimli kişi kardiyopulmoner resüsitasyonu kolaylaştıran durumlardan biri”* (MEDOG5, K31, Erkek, Evli, Lise, 4 Yıl) şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir.

Alt Tema 2: Etkin İletişim

Katılımcıların hemen hemen tamamı (33/35), etkin iletişimin KPR sürecini kolaylaştırdığını ifade etmişlerdir. KPR sürecinde, doktor veya ekip liderinin iletişimi belirleyici bir faktör olduğu; “...KPR esnasında doktor aceleci ve panik halinde bağırarak konuşunca insan irrite oluyor, organize olamıyor senin müdahalen etkiliyor. Etkili ve olumlu bir iletişim her zaman KPR ‘yi kolaylaştırır...”, “...İşi en çok kolaylaştıran aslında yöneten kişinin iletişimi oluyor. Ne istediğini bilen, panik yapmayan KPR yönetildiğinde KPR’de zorluk yaşamıyoruz” (EAHBG1, K33, Erkek, Evli, Lisans), “Deneyimli ve birbirini tanıyan bir ekip olduğunda iletişim problemi yaşanmıyor. Bireylerin birbirlerini tanımaması ya da iletişimin kötü olması olumsuz ekiliyor, KPR sürecini zorlaştırıyor...” (MEDOG2, K28, Kadın, Bekar, Ön Lisans, 12 Yıl) ve “Ekip liderinin iletişimi ne kadar iyi olursa KPR o kadar kolay oluyor. İletişim kötü olduğunda her şey birbirine karışabiliyor, ilk yapman gerekeni en son yapmak zorunda kalabiliyorsun” şeklinde bildirmişlerdir.

4.2.3. Hasta ile Çalışan Güvenliğini Sağlama ve Sürdürme

Katılımcı acil hemşirelerinin, yetişkin KPR sürecini kolaylaştıran durumlara yönelik elde edilen, hasta ile çalışan güvenliğini sağlama ve sürdürmenin KPR sürecini kolaylaştırdığını belirtmişlerdir. Bu ana tema; uygun fiziksel ortam, ekipman, ilaç temini ve yönetimi, yeterli insan kaynağının bulunması, hastanın öyküsünü bilinmesi ve hastaya erken müdahale edilmiş olması/ön hazırlığı alt temalarından oluşmuştur.

Alt Tema 1: Uygun Fiziksel Ortam

“Uygun fiziksel ortam” KPR sürecini kolaylaştırdığı, katılımcıların büyük çoğunluğu (33/35) tarafından ifade edilmiştir. Katılımcılar “KPR süreci boyunca, ortamın ısısı olağan bir seviyede olmalıdır, çünkü bu durum işleri kolaylaştırır. Ayrıca, KPR yapılacak odanın genişliği önemlidir. KPR esnasında uygun pozisyonda olması gereken hasta için basamak bulunmalı ve seviyesi çalışır vaziyette olmalıdır. Doğru, hastanın uygun bir pozisyonda olması, etkili bir müdahale için önemli. Özellikle semi powler pozisyonunda kalan bir hasta, uygun müdahalelerin yapılamayacağı bir pozisyonda olabilir. Bu nedenle, hastanın doğru pozisyonda olmasını sağlamak, etkili ve uygun müdahalelerin

yapılabilmesi açısından hayati öneme sahip” (EAHOG3, K9, Kadın, Evli, Lisans, 2 Yıl), ve “...resüsitasyon sürecinde çalışma şeklimizi ortamın durumu da etkiliyor. Rahat hareket edebileceğimiz alanda KPR’nin kolay ilerlediğini düşünüyorum...” (AÜOG2, K2, Kadın, Evli, Lisans, 8 Yıl) ifadelerini belirtmişlerdir. Resüsitasyon odasının acil serviste uygun bir konumda olması, çalışma alanının genişliği, hastaların geçişinin rahat olması ve çevre düzeninin sağlanması KPR sürecini kolaylaştırdığı vurgulanmaktadır. Bu konudaki görüşler: “Resüsitasyon yapılan ortamın resüsitasyona uygun fiziksel özelliklerle, araç gereçlerle donatılmış ve düzenlenmiş olması, acil servis içerisindeki konumu çok önemli diye düşünüyorum” (AÜBG1, K32, Kadın, Evli, Lisans, 23 Yıl) ve “KPR için ayrılan odanın bulunduğu alanın acil servisin uygun bir alanında bulunması, hastaların geçişinin rahat olabileceği, kapılarda güvenliğin olması önemli. Çevre düzeni resüsite odası için çok önemli” (ADHBG1, K35, Kadın, Evli, Lisans, 5 Yıl) şeklinde belirtilmiştir. Resüsitasyon sürecinde, uygun fiziksel ortam koşullarının sağlanması ve gerekli malzemelere kolay ulaşılabilirlik, KPR sürecini kolaylaştıran faktörler arasında belirtilmektedir. Katılımcıların görüşleri “Ortamın uygun olması, malzemelere kolay ulaşılabilir olması ve herkesin işi bilerek birbirine destek olması, KPR sürecini kolaylaştırır...” (EAHOG10, K16, Kadın, Evli, Ön Lisans, 2 Yıl), “Ekibe rahat ve uygun özelliklere sahip bir çalışma ortamı sağlanması ve ihtiyacımız olan malzemelere kolayca ulaşabilmemiz, KPR sürecini kolaylaştıran faktörler arasındadır...” (EAHOG8, K14, Kadın, Evli, Ön Lisans, 14 Yıl) ve “...uygun ortam koşullarının sağlanması ve malzemelere kolay ulaşılabilir olması, kapıların kontrollü bir şekilde kullanılması, KPR’yi kolaylaştırır...” (KDHOG3, K19, Kadın, Evli, Lisans, 6 Yıl), “KPR de ortamın çok geniş ya da çok dar bir alanda yapılıyor olması malzemeye ulaşmamızı etkiliyor...” (EAHOG10, K16, Kadın, Evli, Ön Lisans, 2 Yıl) ve “...KPR’de çevre/fiziksel özellikler gerçekten önemli. Hastayı nerede KPR yaptığım sedyede, zemindeki bulunan fiziksel koşullar önemli...” (EAHOG6, K12, Kadın, Bekar, Lisans, 3 Yıl) şeklinde belirtmişlerdir.

Alt Tema 2: Ekipman, İlaç Temini ve Yönetimi

“Ekipman, ilaç temini ve yönetimi” KPR sürecini kolaylaştırdığı, katılımcıların büyük çoğunluğu (33/35) tarafından ifade edilmiştir. Bu tema aşağıda yer alan ifadelerden oluşmaktadır. KPR sürecinde kullanılan malzemelerin ve ekipmanların kalitesi ve

eksiksizliği, müdahalenin etkinliğini ve başarısını belirleyen kritik faktörler arasında yer aldığı vurgulanmaktadır. İlaçların tam ve eksiksiz olmasının, kaliteli malzemelerin kullanılmasının, resüsitasyonu kolaylaştıran araçların ve cihazların varlığının önemini belirtilmektedir. Katılımcılar “...İlaçların tam ve eksiksiz olması, malzemelerin bulunması, kaliteli malzemelerin kullanılması, resüsitasyonu kolaylaştıran şeyler arasındadır...Resüsitasyonun kalitesini gösteren entidal karbondioksit gibi araçlar ya da KPR’ de göğüs kompresyonu yapan, derinlik ve hızı ölçen bir cihazlar olması KPR’ nin kalitesi ve başarısında önemli. Örneğin, entübasyon tüpünün yüksek kaliteli bir malzemedenden olması, entübasyon işleminin başarı oranını artırabilir. Stilenin bulunması dahi resüsitasyon sürecini kolaylaştıran faktörlerden biridir. Bu nedenle, kullanılan malzemeler ve kalitesi, KPR'nin etkinliğini büyük ölçüde etkileyebilir” (AÜBG1, K32, Kadın, Evli, Lisans, 23 Yıl), “Ekipmanların tam olması KPR sürecini kolaylaştırıyor. Biz her sabah aspiratörleri, bleytleri kontrol ediyoruz ya da ilaçları kontrol ediyoruz...Malzemelerin tam ve kaliteli olması işlerimizi kolaylaştırıyor...yardımcı cihazların varlığında işimizi çok kolaylaştırdığını düşünüyorum. Özellikle korpus olduğunda, bir kişi hem boşa çıkıyor hem de KPR sırasında yaşanan yorgunluk ve tükenmişlik azalıyor...” (EAHBG2, K34, Kadın, Evli, Ön Lisans, 10 Yıl), “Cihazlarda işimizi çok kolaylaştırıyor. Resüsitatör cihaza ulaştığımızda (göğüs kompresyonu uygulayan cihaz KÖRPUŞ=LUKAS) cihazı bağlayıp basıda ya da ritimde herhangi bir hataya mahal vermeden cihaz aracılığıyla yapılıp sağlanabiliyor. Örneğin aynı dakika içinde kan gazı görebiliyorsanız bu sizin için çok faydalı oluyor. Hem KPR’ nin başarısını artırıyor hem de ekibin işini çok kolaylaştırıyor” (EAHBG1, K33, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl), “Cihazlar, kalbe gerektiği şekilde dokunup onun aktif bir şekilde kanlanmayı sağlamasını, dolaşımı sağlamasını aktive ediyor. Bu gerçekten çok güzel. Önceden hastayı sürekli ambuyla taşımamız gerekiyordu, ancak artık mekanik ventilatörlerimiz var. Eğer hasta sevk edilene kadar uzun bir süre ambulanması gerekiyorsa ben o tek kullanımlık mekanik ventilatör ile acilde bu işlemi yapabiliyorum. Bunlar bizim sahada işimizi kolaylaştıran şeyler” (ADHOG4, K25, Kadın, Bekar, Lisans, 25 Yıl), “LUKAS (Yardımcı göğüs kompresyonu uygulayan cihaz), KPR’ yi kolaylaştırıyor. Önceden erkekler sırayla kalp masajı yapardı şimdi işimiz kolaylaştı” (ADHOG3, K24, Erkek, Evli, Lisans, 16 Yıl), “KPR için teknolojik cihazların kullanılması gerçekten çok önemli. Bizler sahada bu

cihazları aktif olarak kullanıyoruz. Bu cihazlar, bir kişinin yerine geçerek KPR sürecini büyük ölçüde kolaylaştırıyor. Teknolojik cihazlara sahip olmak büyük bir rahatlık sağlıyor. Örneğin, laringoskop cihazının kameralı olması, hekimin KPR sırasında entübasyon işlemini kolaylaştırıyor...” (EAHOG2, K8, Erkek, Evli, Lisansüstü, 8 Yıl), *“Ekipmanın işimizi kolaylaştırması nedeniyle çok önemli olduğunu düşünüyorum. İnvaziv girişimlerde intraketin kalitesi, otomatik defibrilatör, kalp masajı cihazı, ventilatör gibi ekipmanların olması, malzemenin kalitesi KPR süreci için büyük önem taşır...”* (ADHBG1, K35, Kadın, Evli, Lisans, 5 Yıl), *“...KPR yaptığımız alanın daha geniş olması, monitörün gerekli cihazların çok daha teknolojik, yeni ve en önemlisi çalışıyor olması KPR’yi kolaylaştırıyor”* (EAHOG4, K10, Kadın, Bekar, Lisans, 1 Yıl), ve *“Yeterli malzeme ve ekipmanların varlığı KPR’yi olumlu etkiliyor...”* (KDHO3, K19, Kadın, Evli, Lisans, 6 Yıl) şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir. KPR sürecinin etkinliğini önemli ölçüde etkileyen faktörlerden birinin kritik anlarda müdahalelerde bulunabilmek için uygun fiziki ortamların sağlanması ve malzemelere kolayca ulaşılabilir olmanın önemi vurgulanmaktadır. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini: *“.....diğer etkenler arasında, malzemelere yakın olmamız da var. Eğer KPR sırasında malzemelere hızlıca ulaşabiliyorsak, müdahale etmek daha kolay oluyor...”* (EAHOG9, K15, Kadın, Evli, Ön Lisans, 1 Yıl 5 Ay), *“Malzemenin varlığı ve malzemelere kolay ulaşılabilir bir ortamın varlığı, aynı zamanda personelin malzemelere kolay ulaşılabilirliğini sağlar. Bu durum, KPR sürecinde hızlı ve etkili müdahalelerde bulunmamızı sağlayarak süreci kolaylaştırır...”* (AÜOG1, K1, Kadın, Evli, Lisans, 10 Yıl) ve *“...ortamın, malzemelerin, ekipmanların ve ilaçların standartlara uygun ve kaliteli olması, ulaşılabilir ve düzgün bir şekilde yerleştirilmiş olması, KPR sürecini kolaylaştırır...”* (EAHOG8, K14, Kadın, Evli, Ön Lisans, 14 Yıl) şeklinde belirtmişlerdir. Acil arabasında bulunan malzemelerin standartlara uygun ve kolayca erişilebilir olmasının KPR sürecini kolaylaştırdı belirtilmektedir. Katılımcı *“Acil arabasının standart dizini aynı standartta olması KPR’i kolaylaştırıyor. Acil arabasında malzemelerin varlığı (ambu, ilaç vb.) kolay ulaşılabilir olması KPR için kolaylaştırıcıdır”* (MEDOG1, K27, Kadın Evli, Ön Lisans, 9 Yıl) ifadesini bildirmiştir.

Alt Tema 3: Yeterli İnsan Kaynağının Bulunması

“Yeterli insan kaynağının bulunması” KPR sürecini kolaylaştırdığı, katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (22/35) tarafından ifade edilmiştir. Yeterli sayıda nitelikli personelin bulunması, KPR sürecinin etkin bir şekilde yönetilmesinde kritik bir rol oynadığı vurgulanmaktadır. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini: “...Kişi sayısının yeterli olması her zaman işi kolaylaştırıyor ve nitelikli kişilerle çalışmak her zaman KPR ı kolaylaştırıyor..., yeterli çalışan sayısı ile KPR yönetebilen bilen bir ekibin olması...” (KDHOG5, K21, Kadın, Evli, Lisans, 6 Yıl), “Yeterli kişiyle olması, kayıt yapacak, ambunun başında duracak, ilaç uygulaması yapılacak yeterli kişi olduğu zaman daha seri, hızlı ve güvenilir ilerliyor” (AÜOG5, K6, Kadın, Bekar, Lisans, 2 Yıl) ve “KPR anında ekibin belli bir sayıda yani yeterli sayıda olması gerekiyor. Arresti anında fark edip müdahale edersek hastanın damar yolunu açıp monitörize edip ritmini görüp havalandırıp kompresyonuna başlanmamız gerekiyor. Sayı en az üç kişi olduğunda KPR süreci kolay ilerliyor” (EAHBG2, K34, Kadın, Evli, Ön Lisans, 10 Yıl) belirtmişlerdir. Doktorlar, hemşireler, destek hizmet personeli ve güvenlik gibi tüm personelin yeterli sayıda ve çok iyi olması gerektiği vurgulanmaktadır. Katılımcılar bu konu ile ilgili “Doktorlar, hemşireler, destek hizmet personeli, güvenlik herkesin yeterli sayıda, çok iyi olması gerekiyor...” (AÜBG1, K32, Kadın, Evli, Lisans, 23 Yıl), “...KPR sürecinde, profesyonel bir ekibin yanı sıra bize destek verecek bakım veya temizlik personelinin az olması, iş yükümüzü artırabilir. KPR sırasında hastanın kıyafetlerinin çıkarılması gerektiğinde, yardım edecek personel bulunması önemli ...” (EAHOG4, K10, Kadın, Bekar, Lisans, 1 Yıl) ve “Destek personel eksikliği durumunda, örneğin triyajdan gelen hastayı sedyeye yerleştirmek için bir personel gerekli, her şeyi tek başına yapamıyorsun. Bu durumda, hastayı monitörize etmek ve damar yolunu açmak gibi işleri tek başına yapmak mümkün olmayabiliyor...” (EAHOG3, K9, Kadın, Evli, Lisans, 2 Yıl) şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir.

Alt Tema 4: Hastanın Öyküsünü Bilen Birinin Varlığı

“Hastanın öyküsünü bilen birinin varlığı” KPR sürecini kolaylaştırdığı, katılımcıların (18/35) tarafından ifade edilmiştir. Katılımcılar “Hasta yakınlarından hastanın öyküsünü alabilmek, hastanın geri döndürülebilir nedenlerine yönelik müdahalede bulunmamıza

olanak tanır ve bu da KPR başarısını artırır...hasta arrest olduğunda ve hastayla ilgili bilgilere sahip olduğumuzda, özellikle takip ettiğimiz bir hasta ise, bu süreç daha kolay ve etkili olabilir. Çünkü hasta hakkında önceden bilgi sahibi olmak, daha doğru ve hızlı müdahalelerde bulunmamıza olanak tanır... ” (EAHOG9, K15, Kadın, Evli, Ön Lisans, 1 Yıl 5 Ay) ve “Hasta yakınından hastanın durumu hakkında bilgi aldığımızda, altta yatan sebepleri anlama şansına sahip oluyoruz. Eğer hastanın geri döndürülebilir bir nedeni varsa, hızla müdahale ederek hastanın iyileşme sürecini hızlandırabiliriz. Ancak hastayı bilmeden müdahaleye başlarsak, tüm olası sebepleri göz önünde bulundurmak zorunda kalıyoruz. Hastanın öyküsünü bildiğimizde ise hemen ona yönelik doğru müdahaleleri yapabiliyoruz. Bu durum KPR sürecini kolaylaştırır” (EAHOG10, K16, Kadın, Evli, Ön Lisans, 2 Yıl) görüşlerini belirtmişlerdir. Hastanın öyküsünü almak ve hasta hakkında bilgi sahibi olmak, geri döndürülebilir nedenlere yönelik doğru müdahalelerde bulunmayı kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Hasta yakınlarının varlığı, hastanın sürekli izlenmesi ve monitörize olması kritik durumları hızlı bir şekilde fark etmeye ve müdahale etmeye olanak tanıdığı vurgulanmaktadır. Katılımcı bu konuda: “...Alanda 14 yatak bulunuyor ve hepsini aynı anda takip etmek zor olabiliyor. Hastanın yanında bir hasta yakını bulunmuyorsa, hastayı gözden kaçırma riski olabilir. Ancak eğer hastanın başında bir hasta yakını bulunuyorsa veya hasta hali hazırda monitörize ediliyorsa kritik durumları hemen fark ederek müdahale edebilirsiniz...” (EAHOG3, K9, Kadın, Evli, Lisans, 2 Yıl) şeklinde görüşünü belirtmiştir.

Alt Tema 5: Hastaya Erken Müdahale Edilmiş Olması/Ön hazırlık

“Hastaya erken müdahale edilmiş olması/ön hazırlık” KPR sürecini kolaylaştırdığı, katılımcıların neredeyse üçte biri tarafından (10/35) ifade edilmiştir. Hastanın 112 ekipleri tarafından hazır bir şekilde getirilmesi, hızlı ve kritik müdahalelerde bulunulmasını sağlayarak hastanın hayatını kurtarma şansını arttıracakı vurgulanmaktadır. Katılımcıların bu konudaki görüşleri “KPR sürecinde, 112 ekiplerinin hastanın damar yolunu açmış, entübe etmiş veya müdahaleye hazır olarak getirmesi, sürecin ilerlemesine yardımcı olabilir. Bu sayede hızlı bir şekilde kritik müdahalelerde bulunabilir ve hastanın durumunu stabil hale getirmeye odaklanabiliriz...” (KDHOG2, K18, Kadın, Evli, Lisans, 7 Yıl) ve “112 ekiplerinin ilk müdahaleyi yaparak hastayı bize getirmesi, işimizi

kolaylaştırıcı bir etken. Bu sayede hastanın durumu hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilir ve hızlı bir şekilde müdahale etme imkânı bulabiliriz...” (MEDOG2, K28, Kadın, Bekar, Ön Lisans, 12 Yıl) ve “Hasta ne kadar kısa sürede bize ulaşırsa, müdahale etme şansımız da o kadar artar ve hastanın geri dönüşü daha kolay olabilir. Bu durum, tüm süreci kolaylaştırabilir. Örneğin, ilk 3 dakikada başlanan KPR ile yarım saat sonra getirilen bir hastanın KPR süreci farklı olabilir çünkü erken müdahale, hastanın hayatta kalma şansını artırabilir...” (EAHOG2, K8, Erkek, Evli, Lisansüstü, 8 Yıl) belirtmişlerdir. Hemşireler, takip ettikleri hastanın durumu hakkında bilgi sahibi ve hazırlıklı olmanın, hastaya hızlı bir şekilde müdahale etmelerine olanak sağladığını belirtmişlerdir. Katılımcılar “Alanda hasta monitörize takip edilirken, KPR sürecinin başlatılması daha kolay olabilir çünkü hastanın durumu monitörün sesinden takip edilebilir. Eğer hasta aniden arrest olursa, hemen müdahaleye başlanabilir. Bu durum, sıfır bir hastanın varlığıyla takipli bir hastanın arasında fark yaratabilir...” (EAHOG3, K9, Kadın, Evli, Lisans, 2 Yıl) ve “...alandaki takip edilen bir hastanın durumu hakkında bilgi sahibi olduğumuzda, örneğin beyin kanaması veya göğüs ağrısı gibi durumlar için hazırlıklı olabiliriz ve müdahalemiz daha hızlı olabilir. Aniden gelişen kardiyak arrest gibi durumlarda, kaotik bir ortamda hemen senkronize olmak zor olabilirken, hazır olan ve stabil durumdaki hastaya müdahale etmek daha kolay oluyor...” (EAHOG9, K15, Kadın, Evli, Ön Lisans, 1 Yıl 5 Ay) görüşlerini ifade etmişlerdir.

4.3. Katılımcı Acil Hemşirelerinin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sürecini Zorlaştıran Durumlara İlişkin Deneyimler

Acil hemşirelerin KPR deneyimlerinde süreci zorlaştıran durumlara ilişkin nitel görüşmelerin içerik analizi sonucunda hastaya ilişkin özellikler, güvenlik tehdidi, duyu durum kontrolünün sağlanamaması olmak üzere üç ana ve 11 alt tema elde edilmiştir. Temalar Tablo 4.3 de sunulmuştur.

Tablo 4.3. KPR Sürecini Zorlaştıran Durumlar

TEMALAR	ALT TEMALAR
Hastaya İlişkin Özellikler	Klinik Durumu
	Fiziksel Özellikleri
	Öyküsünün Alınamaması
Güvenlik Tehdidi	Şiddet
	Sağlık Profesyonellerinin Kendini Güvende Hissetmemesi
	Ekip Dışı Personel Kalabalığı
Duygu Durum Kontrolünün Sağlanamaması	Beklenmeyen Durumlar/Ölümler
	Kaos Yönetmede Yetersizlik
	Sosyal Roller/Deneyimler
	KPR Sürecinin Uzaması
	Duygusal Yük ve Etik İkilem

4.3.1. Hastaya İlişkin Özellikler

Katılımcı acil hemşireleri ile görüşmelerden elde edilen verilerin analizinde KPR sürecini zorlaştıran hastaya ilişkin özellikler ana teması; klinik durumu, fiziksel özellikleri ve öyküsünün alınamaması alt temalarından oluşmuştur.

Alt Tema 1: Klinik Durumu

“Klinik durumu” süreci zorlaştırdığı, katılımcılar yaklaşık üçte biri (9/35) tarafından ifade edilmiştir. Travmatik vakalar, multiple travmalı, kanamalı, gebe, bulaşıcı hastalıkların varlığı gibi müdahaleyi zorlaştıran faktörler belirtilmektedir. Katılımcılar: *“Hastanın kronik hastalığı, gebe ya da travmatik, kanamalı arrest gibi klinik durumların mevcut olması arrest anında KPR’yi zorlaştırır”* (EAHOG8, K14, Kadın, Evli, Ön Lisans, 14 Yıl), *“Travma hastaları, özellikle çoklu travmatik kanamalı arrestlerde, müdahaleyi zorlaştırabilir. Ekstremitelerinde kırıklar olan hastalarda damar yolu açma işlemi engellenebilir, bu da hastaya müdahaleyi zorlaştırabilir. Hastanın klinik durumu da müdahaleyi etkileyen önemli bir faktörlerden biri...”* (KDHOG1, K17, Kadın, Evli, Lisans, 7 Yıl) ve *“Hasta profili de süreç için çok önemli. Özellikle dördüncü evre kanser gibi durumlarda, hasta profili müdahale sürecini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu tür hastalarda damar yoluna erişimde zorluklar yaşanabilir ve yapılan müdahalelerin sonuçları daha karmaşık olabilir. Örneğin, göğüs kompresyonu uygularken oluşabilecek kırıklar gibi durumlar, kanamalara neden olabilir ve müdahaleyi daha zorlu hale getirebilir. Bu nedenle, hastanın profilinin dikkate alınması, etkili bir müdahale için önemli oluyor...”* (EAHOG2, K8, Erkek, Evli, Lisansüstü, 8 Yıl) şeklinde düşüncelerini belirtmişlerdir. Hastanın klinik durumuna bağlı olarak özel durumların (Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer- (KBRN) müdahale sürecini etkilediği ve güvenlik endişesi yaşamamanın süreci zorlaştırdığı vurgulanmaktadır. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini: *“Hastanın durumu, özellikle KBRN vakalarında, müdahale sürecini etkileyebilir. Güvenlik endişesi yaşamak, bu gibi durumlarda süreci daha da zorlaştırabilir. Bu tür koşullar altında çalışmak gerçekten zorlu olabilir. Hastanın durumu KPR’yi etkiliyor...”* (EAHOG9, K15, Kadın, Evli, Ön Lisans, 1 Yıl 5 Ay), *“Multiple travmalı kanamalı bir hastanın arrest olarak geldiğinde bulaşıcı hastalıkların varlığı düşüncesi KPR sürecini zorlaştırıyor...”* (EAHOG10, K16, Kadın, Evli, Ön

Lisans, 2 Yıl) ve “...birkaç travma hastası aslında gerçekten kötü durumda olabiliyor ya da benim karşılaştığım 2-3 vakada fosseptik çukuruna düşmüş hasta arrest ve siz resüite etmeye çalışırken aynı zamanda fosseptikten kaynaklanan organofosfata maruz kalıyorsunuz. Resüitasyon süreci boyunca kokuya ya da ilaca maruz kalıyorsunuz. Bu gibi dış etkenler zorlaştıran durumlar arasında sayılabilir” (EAHBG1, K33, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl) ifade etmişlerdir.

Alt Tema 2: Fiziksel Özellikleri

“Fiziksel özellikleri” süreci zorlaştırdığı, acil hemşirelerinin (28/35) çoğunluğunun ifade ettiği bir olgudur. Hastanın fiziksel özellikleri, özellikle obezite gibi durumlar veya anatomik özellikler KPR sürecini zorlaştırdığı belirtilmektedir. Katılımcılar: “...Hastanın fiziksel özellikleri, özellikle obezite gibi durumlar veya boynunun kısa olması gibi anatomik özellikler, entübasyon gibi işlemleri ve dolayısıyla KPR sürecini zorlaştırıyor. Bu tür durumlar, hava yoluna erişimi ve solunum desteğini sağlamak için ekstra zorluklar yaratıp ve müdahaleyi zorlaştırıyor...” (EAHOG10, K16, Kadın, Evli, Ön Lisans, 2 Yıl), “...kilolu hastaların hızlı bir şekilde kaldırılıp sedyeye alınması zor oluyor ve bu durum KPR sürecinde gecikmelere yol açıyor. Bu gecikmeler, acil müdahalenin başarısını etkiler ve olumsuz sonuçlara yol açıyor. Ayrıca, hastanın durumuna ve fiziksel özelliklerine göre uygun ve dikkatli bir şekilde taşınması gerekmekte...” (EAHOG5, K11, Kadın, Evli, Lisans, 11 Yıl), “...hastanın zayıf, kilolu veya anatomik özellikleri, KPR sürecini etkileyebilir. Obez bir hastanın taşınması ve müdahalesi daha zor oluyor, çünkü ekstra vücut kütlesi, ekipmanların kullanımını ve müdahaleyi zorlaştırıyor. Diğer yandan, zayıf bir hastanın taşınması ve müdahalesi daha kolay oluyor. Skolyoz gibi postür bozuklukları da KPR sürecini zorlaştırabiliyor çünkü bu durumlar, doğru pozisyonun sağlanmasını ve hava yolu erişimini engelleyebiliyor. Entübasyon ve KPR sırasında doğru pozisyonun sağlanması daha zor oluyor ve müdahaleyi geciktiriyor ...” (EAHOG3, K9, Kadın, Evli, Lisans, 2 Yıl), “Hastanın bireysel özellikleri, özellikle obezite veya genel sağlık durumunun kötü olması, KPR müdahalesini zorlaştırabilir. Ayrıca, altta yatan hastalıklar veya kronik durumlar da müdahaleyi karmaşık hale getirebilir. Bu tür durumlar, müdahale sürecini etkileyebilir...” (EAHBG1, K33, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl) ve “Hastanın fiziksel özelliklerini de KPR’yi etkiliyor. Obez olan bir hastaya kalp masajı

çok efektif olmuyor ya da kaşektik hastalarda kot kırıkları çok olması nedeniyle efektif olmuyor” (EAHOG10, K16, Kadın, Evli, Ön Lisans, 2 Yıl) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir. Genç ve çocuk hastalarda, yaşamın devam edebileceği düşüncesiyle geri dönüşümün mümkün olduğu inancı, daha fazla çaba gerektirdiği ve bu durumunda KPR sürecini zorlaştırdığı belirtilmektedir. Katılımcıların bu konudaki görüşleri “Yaşı genç hastalarda daha yaşayacak günleri ve geri döndürülebilir nedenleri var olması düşüncesiyle diğer vakalardan daha çok çabalıyoruz. KPR daha zor geçiyor” (MEDOG2, K28, Kadın, Bekar, Ön Lisans, 12 Yıl), “Hastanın çok kilolu ya da zayıf olması ya da çocuk olması KPR sürecini zorlaştırıyor” (EAHOG9, K15, Kadın, Evli, Ön Lisans, 1 Yıl 5 Ay) ve “...genç hastalarda yapılan KPR de hasta kapnograflar, endtidaller değerleri düştüğü zaman eksitus kararı vermiyoruz. Hasta geri döner umuduyla duygusal yaklaştığımız için KPR devam ediyoruz. KPR süreci daha zor geçiyor” (AÜOG3, K3, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl) şeklinde ifade etmişlerdir.

Alt Tema 3: Öyküsünün Alınamaması

Katılımcılar (10/35) tarafından “öyküsünün alınamaması” KPR’yi zorlaştırdığı belirtilmektedir. Hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olunamaması ve geri döndürülebilir nedenlere yönelik müdahalenin gerekliliği konusunda bilgi eksikliği, etkili bir KPR sürecini engellediği vurgulanmaktadır. Katılımcılar “Hasta yakınları, hastalarının öldüğünü düşünerek alana panik içinde gelebiliyorlar. Bazen hastanın öyküsü hakkında bilgi sahibi olamıyoruz. Hastanın geri döndürülebilir nedenleri hakkında bilimizin olmaması bu süreci zorlaştırıyor” (EAHOG9, K15, Kadın, Evli, Ön Lisans, 1 Yıl 5 Ay) ve “Hasta hakkında 112 ekibinden ya da hasta yakınlarından yeterli bilgi alınamadığında geri döndürülebilir nedenlere yönelik müdahale edemiyoruz. Hasta arrest geliyor ve ölü katılığı (rigor mortis) gelişmiş oluyor. Hastanın arrest olduğu zaman veya müdahale edilme süresi gibi soruların cevaplarını alamıyoruz. Bu durum KPR'yi zorlaştırıyor. Ekip veya yakınlarından yeterli bilgiyi almak, bu süreci yönetmek açısından önemli” (EAHOG2, K8, Erkek, Evli, Lisansüstü, 8 Yıl) şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir.

4.3.2. Güvenlik Tehdidi

KPR sürecini zorlaştıran güvenlik tehdidi ana teması, şiddet, sağlık profesyonellerinin kendini güvende hissetmemesi ve ekip dışı kalabalığın olması alt temalarından oluşmuştur.

Alt Tema 1: Şiddet

“Şiddet” KPR sürecini zorlaştırdığı, katılımcıların büyük çoğunluğu (32/35) tarafından ifade edilmiştir. Hasta yakınlarının odanın kapısını zorlaması, içeri girmeye çalışması ve dışarıdaki bağırıışların içerdeki ekipleri tedirgin ettiği ayrıca bu tür durumlar, sağlık personelinin odaklanmasını ve etkili bir şekilde müdahale etmesini engelleyerek KPR sürecini olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini: “...dışarıda bağırıış çağırıışın olması, kapıyı zorlayanların olması ya da içeriye zorla girmeye çalışan hasta yakınlarının olması içerideki ekibi tedirgin ediyor. Hasta yakınlarının ajite olması, hastalarını görmek için ısrarcı olunması, dışarıdaki seslerin içeriye yansması içerideki ekibe şiddet uğrama korkusu yaşıyor” (AÜBG1, K32, Kadın, Evli, Lisans, 23 Yıl), “KPR anında hasta yakınları içeriye girmek için kapıları yumrukluyor, bu durum KPR sürecini zorlaştırdı” (EAHOG9, K15, Kadın, Evli, Ön Lisans, 1 Yıl 5 Ay) ve “...Hasta yakınları resüsitasyon odasının kapısını yumrukluyor...ya kapı açılır, kırılır da içeri girerler ve o yumruğu bana atarlar kaygısı yaşıyoruz. Kendi can güvenliğimiz için kaygılanıyoruz, kendimizi güvende hissetmiyoruz. KPR anında doktorun söylediklerini duymuyorsun, aklın yumruklanan kapıda oluyor... dolayısıyla KPR güçleşiyor...” (KDHOG5, K21, Kadın, Evli, Lisans, 6 Yıl) şeklinde belirtmişlerdir.

Alt Tema 2: Sağlık Profesyonellerinin Kendini Güvende Hissetmeme

“Sağlık profesyonellerinin kendini güvende hissetmeme” KPR sürecini zorlaştırdığı, katılımcılar (25/35) tarafından ifade edilmiştir. Acil servis hemşirelerinin sıklıkla karşılaştığı şiddet nedeniyle kendilerini güvende hissetmeme endişesi KPR yönetimini zorlaştırdığı belirtilmektedir. Katılımcıların bu konudaki görüşleri “Kendini güvende hissediyor olmak KPR de daha iyi hissetmeni sağlıyor. Sürekli birilerinin giriyor, çıkıyor olması ortam güvenliğinin olmaması ya da bazen hasta yakınlarının sesini duyuyor olmak stres oluşturuyor” (KDHOG1, K17, Kadın, Evli, Lisans, 7 Yıl), “Ortamın güvenliği de

son derece önemli çünkü güvenlik sağlanmadığında hem kendi güvenliğimiz hem de hastanın güvenliği risk altında oluyor. Bu durum, bizleri strese sokup, tedirginlik yaratıyor ve işimize odaklanmamızı zorlaştırıyor...” (EAHBG2, K34, Kadın, Evli, Ön Lisans, 10 Yıl), *“...Güvende hissetmemiz bizim için çok önemli. Örneğin güvenlik sağlanmadığında hasta yakınları dışarda bağırmaya devam ediyor ancak KPR anında güvenliğin orada olması kendimizi güvende hissettiriyor...”* (MEDOG2, K28, Kadın, Bekar, Ön Lisans, 12 Yıl), *“KPR sırasında güvenliğim tehdit altında hissettiğimde bu durum beni strese sokar ve orada KPR zorlaştırır”* (EAHOG10, K16, Kadın, Evli, Ön Lisans, 2 Yıl) ve *“KPR sırasında güvenliğimden endişe hissettiğim için tedirginlik yaşıyorum”* (EAHOG9, K15, Kadın, Evli, Ön Lisans, 1 Yıl 5 Ay) ifadeleri ile şeklindedir. Güvenliğin sağlanamaması KPR sürecini zorlaştıran bir faktör olarak vurgulanmaktadır. Katılımcılar *“Güvenlik eksikliği olmamalı. Ben müdahale ederken işimi rahatça yapabilmeliyim. Güvenlik görevlisi resüsitasyonda odasında benim güvenliğini sağlayamıyorsa bu durum süreci zorlaştırır...”* (KDHOG5, K21, Kadın, Evli, Lisans, 6 Yıl) ve *“KPR’ yi zorlaştıran süreç güvenliği sağlayamamak oluyor. Temel yaşam desteğini standartlarımız başında kendi güvenliğini sağlamak geliyor. Orada benim güvenliğimi tehdit eden bir durum varsa KPR zorlaşır”* (EAHBG1, K33, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl) şeklinde görüşlerini belirtmişlerdir.

Alt Tema 3: Ekip Dışı Kalabalığın Olması

“Ekip dışı personel kalabalığı olması” KPR sürecini zorlaştırdığı, katılımcıların yaklaşık üçte biri (10/35) tarafından ifade edilmiştir. İzleyicilerin veya kalabalık bir ekip olmanın, sürece müdahaleyi karmaşık hale getirebileceği ve etkinliğini azaltabileceği belirtilmektedir. Katılımcılar: “Resüsitasyon aşırı kalabalık, gereksiz kişiler bulundurulması ortamın daralmasına neden oluyor. Bu durum da KPR sürecini kötü etkiliyor” (AÜOG2, K2, Kadın, Evli, Lisans, 8 Yıl) ve *“Okul döneminde öğrencilerle (intörnler, paramedik ve hemşire) birlikte çok kalabalık bir ortam oluyor. Kalabalık, küçük alanda adım atacak yer olmuyor ve hareket alanının da kısıtlanıyor. KPR sırasında hastanın geri dönmesi ile hastanın yaşam bulguları alınırken kalabalık bir ortamda hastanın koluna ulaşmada zorluklar yaşanabiliyor. Bu gibi kaotik durum KPR sürecini zorlaştırıyor”* (AÜBG1, K32, Kadın, Evli, Lisans, 23 Yıl) görüşlerini belirtmişlerdir.

Ortamın gereğinden fazla kalabalık veya kaotik olması, hızlı müdahaleyi engelleyerek KPR sürecini zorlaştırdığı vurgulanmaktadır. Katılımcıların bu konudaki görüşleri “...Kalabalık bir ortamda, herkesin ne yaptığıının belirsiz olması ve kuru kalabalığın oluşması kaosa neden olur. Bu tür durumlar, etkili müdahaleyi engelliyor ve KPR sürecini zorlaştırıyor...” (EAHOG3, K9, Kadın, Evli, Lisans, 2 Yıl), “...ortamın gereğinden fazla kalabalık veya kaotik durumlar, hızlı müdahaleyi engelleyerek KPR sürecini ilerletmekte zorlanmamıza neden oluyor” (EAHOG6, K12, Kadın, Bekar, Lisans, 3 Yıl) ve “...KPR sırasında izleyicilerin bulunması ve kalabalık bir ekip olmamız da süreci zorlaştırıyor.” (EAHOG3, K9, Kadın, Evli, Lisans, 2 Yıl), şeklinde bildirilmiştir.

4.3.3. Duygu Durum Kontrolünün Sağlanamaması

KPR sürecini zorlaştıran duygu durum kontrolünün sağlanamaması ana teması; beklenmeyen durumlar/ölümler, kaos yönetmede yetersizlik, sosyal roller/deneyimler, KPR sürecinin uzaması ve duygusal yük/etik ikilem alt temalarından oluşmuştur.

Alt Tema 1: Beklenmeyen Durumlar/Ölümler

“Beklenmeyen durumlar/ölümler” KPR sürecini zorlaştırdığı, katılımcıların yaklaşık üçte biri (11/35) tarafından ifade edilmiştir. KPR sürecinde başkalarının neden olduğu KPR vakaları, beklenmedik ölümler ve genç hastalarla yaşanan travmatik deneyimler, sağlık çalışanlarının duygusal olarak yoğun bir stresle karşılaşmalarına neden olduğu belirtilmektedir. Katılımcılar bu durumu “Başkasının neden olduğu KPR durumlarında zor olan müdahale etmek değil zor olan sadece içimizde yaşadığımız duygulardır. Hasta karısını öldürüyor, sonra kendini vuruyor bu tip vakalarda farklı duygular yaşıyorsunuz...Genç hasta resüsitasyonlarında hasta yakınlarından kopan kıyametlerin, ağzından dökülen sözlerin bende çok yer ettiğini hissettim. Hiç unutmadığım anneler var... Beklenmedik, ani ya da hiç olmayacak şekilde kayıplarımız oluyor. Bir başkasının sebep olduğu ölümler...Resüsitasyon sürecinde ve sonrasında kızgınlık, öfke o kadar çok duygu yaşadım...” (AÜBG1, K32, Kadın, Evli, Lisans, 23 Yıl), “...travmatik resüsitasyonlar genellikle zorlayıcı olabiliyor. Travmatik bir resüsitasyon sonrasında, bir kez daha yıkımla karşılaşıyorsun ve bu kez daha da zorlayıcı oluyor sonrası tekrar bir yıkım daha yaşıyorsun ve bu yıkım daha zor oluyor...Bağ kurduğun zaman KPR’ da yıkım duygusu var daha zor oluyor...Bundan sonraki nöbette büyük bir boşluk hissediyorsun...”

(AÜOG3, K3, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl), “*Hastanın bireysel özellikleri de KPR sonrası duygusal durumumuzu etkiliyor. Genç beklenmedik hasta eks olmuşsa KPR sürecinde sen de çok üzülüyorsun ve bekleyen hasta yakınlarının gözlerine bakamıyorsun*” (KDHOG4, K20, Kadın, Evli, Lisans, 4 Yıl), “*Genç kardiyak hastalarda çok üzülüyorum. Travmatik hastalar da dönemeyeceğini kabullenmek zor oluyor duygusal yıpranmışlığımız değişiyor*” (AÜOG2, K2, Kadın, Evli, Lisans, 8 Yıl) ve “*Duygusal bağ kurduğumuz genç hastalarla KPR süreci daha zorlaştırıcı bir süreç oluyor*” (EAHBG2, K34, Kadın, Evli, Ön Lisans, 10 Yıl) ifadeleri ile belirtmişlerdir. KPR sürecinde yaşanan duygusal zorluklar ve baskı etkisi vurgulanmaktadır. Acil hemşirelerinin beklenmeyen ölüm durumunda, dışarıda ağlayan aile üyeleriyle yüzleşmekten kaçınma eğiliminde olduğu belirtilmektedir. Katılımcılardan biri durumu: “*KPR başarısız olduğunda dışarıda ağlayan aile ile bir araya gelince yüzünü kaldıramıyorsun, göz göze gelmemeye çalışıyorsun. Bizler işimizi ne kadar doğru yapmış olsak da oradaki aile kayıp veriyor ve onların gözünde siz başarısızsınız. Ailenin söylediği sözler aklınıza yer ediyor. O yüzden insan uzaklaşmak istiyor*” (EAHBG2, K34, Kadın, Evli, Ön Lisans, 10 Yıl) şeklinde ifade etmiştir.

Alt Tema 2: Kaos Yönetmede Yetersizlik

“Kaos yönetmede yetersizlik” KPR sürecini zorlaştırdığı, katılımcıların yaklaşık yarısı (18/35) tarafından ifade edilmiştir. KPR sürecindeki stresle başa çıkma konusundaki başarısızlık ve duygusal zorlukların, hemşireler ve ekip lideri için KPR'yi zorlaştırdığı vurgulanmaktadır. Katılımcılar “*...KPR sürecinde olayı yönetmekte zorlanan doktorlar olabiliyor. Bu durum, ekip içinde çalışmayı zorlaştırabilir. Kendi görevin dışında başka diğer ekip arkadaşının da görevini üstlenildiği durumlarda, KPR süreci daha da zorlaşabilir...*” (EAHOG10, K16, Kadın, Evli, Ön Lisans, 2 Yıl), “*...müdahale anında mevcut durum yönetilemediğinde ortaya çıkan kaos zorlaşır. Doktor, işlemlerin aynı anda yapılmasını istese de müdahale anında ekip uyumunu sağlamakta zorlanıyor. ekibin elini ayağını birbirine karıştırıyor. Bu durum yetemiyormuşsun hissi yaratıyor...*” (KDHOG2, K18, Kadın, Evli, Lisans, 7 Yıl), “*...KPR süreci kaotik ve kritik bir süreç. O karmaşık ve kaotik ortamda hızlı olmanız gerekiyor...KPR bilgi ve beceri eksikliği olan lider tarafından yönetildiği zaman ekip, mevcut durumu yönetemiyor ve dikkat eksikliğine neden oluyor...panik ya da kriz yönetimini yapamayan ekip arkadaşıyla çalıştığımda KPR*

sürecini yönetmek 2 kat daha zor” (EAHOG6, K12, Kadın, Bekar, Lisans, 3 Yıl) ve “KPR 'yi daha önce defalarca görmüş olmama rağmen, ortamdaki panik havası, kendime de yansıyor ve beklenmedik şekilde panik olabiliyorum... KPR anında kaos ortamında çalışmak çok zor...” (EAHOG3, K9, Kadın, Evli, Lisans, 2 Yıl) ve “KPR sırasında aktif (ultrason, defibrilatör) cihazlar kullanıyoruz. Müdahale anında cihazlar çalışmadığı zaman doktorla bizim aramızda gerginlik yaşıyor... Bu süreç ekipte gerginlik yaratıyor kaosa yol açıyor” (EAHOG4, K10, Kadın, Bekar, Lisans, 1 Yıl) şeklinde belirtmişlerdir.

Alt Tema 3: Sosyal Roller/Deneyimler

“Sosyal roller/deneyimler” KPR sürecini zorlaştırdığı, katılımcıların üçte biri (12/35) tarafından ifade edilmiştir. Çocuk ve genç hastalarda, kendi çocuklarının başına gelebilecek durumları düşünmek, sağlık personelinin daha derinden etkileyebilmekte ve bu sosyal roller, sağlık personelinin KPR sürecini zorlaştırdığı belirtilmektedir. Katılımcılar: *“Yaşanmışlıklar. Kendi hayatımızdaki travmatik olaylar KPR sürecini zorlaştıran durumlar...” (AÜOG1, K1, Kadın, Evli, Lisans, 10 Yıl), “Çok fazla empati kurmaya başlıyoruz ve o resüsitasyon da müdahale eden sağlık personeli de oldum dışarı da çocuğuna KPR yapılan, bekleyen anne de oldum. İkisi de çok zor ve asla unutmuyorsunuz” (ADHOG4, K25, Kadın, Bekar, Lisans, 25 Yıl), “Çocuk hastalarda kendi çocuğumun da başına gelebilir endişesi ile vakayı içselleştiriyorum. Bu da beni kötü hissettiriyor” (EAHOG3, K9, EAHOG3, K9, Kadın, Evli, Lisans, 2 Yıl), ve “KPR de genç yaştaki hastalar bizim için tam bir stres kaynağı oluyor. Anne olarak ailesi empati kurduğum genç yaştaki çocuk hastalar beni daha çok etkiliyor” (KDHOG2, K18, Kadın, Evli, Lisans, 7 Yıl) şeklinde görüşlerini bildirmişlerdir. KPR sırasında sağlık personelinin tanıdık birine veya aile üyesine müdahale etmek, duygusal olarak daha yoğun bir etki yarattığı ve KPR sürecini zorlaştırdığı belirtilmektedir. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini: *“...acil servis hemşiresi olarak travmatik bir hastanın kolunun, bacağıının olmaması gibi durumlar çok fazla etkilemiyor... ancak kendi arkadaşına, aileden birine resüsitasyon yapmak burada hissedilen duygular nedeniyle KPR yapmayı zorlaştırıyor” (EAHBG1, K33, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl) şeklinde ifade etmişlerdir.**

Alt Tema 4: KPR Sürecinin Uzaması

“KPR sürecinin uzaması” KPR sürecini zorlaştırdığı, katılımcıların yaklaşık üçte biri (13/35) tarafından ifade edilmiştir. Özellikle malzeme eksikliği veya entübasyon gibi işlemlerde yaşanan gecikmeler sürecin uzamasına ve dolayısıyla zorlaşmasına neden olduğu belirtilmektedir. Katılımcıların konuya yönelik düşünceleri: “*KPR sürecinde malzeme varlığı önemli. Entübasyonda gaytin olup olmaması sürecin uzamasına neden oluyor. KPR süresinin uzaması süreci zorlaştırıyor...*” (MEDOG5, K31, Erkek, Evli, Lise, 4 Yıl) ve “*...doktorun el becerisinin olmaması KPR zorlaşabiliyor. Entübasyon süreci uzadığı zaman doktor geriliyor, stresi artıyor. Bu stresi ekibe yansıtıyor, o zamanda kaos ortamı oluşuyor*” (EAHOG5, K11, Kadın, Evli, Lisans, 11 Yıl) şeklinde bildirmişlerdir. İnvaziv girişimlerin gecikmesi veya başarısız olması gibi nedenler, süreci kaotik hale getirerek KPR'yi zorlaştırdığı belirtilmektedir. Katılımcılar “*...Bazen damar yolu açılmayan hastalar oluyor. Bu hastalarda kateter açılabilir ama kateter açmak öncesinde hazırlık gerektiren oldukça zahmetli bir girişim. KPR de ilaç uygulamasını geciktirdiği için resüsitasyonun uzamasına sebep oluyor...*” (AÜBG1, K32, Kadın, Evli, Lisans, 23 Yıl) ve “*...uzun süren resüsitasyonlarda hastanın dolaşımı bozulduğu için damar yolu bulunamıyor ve o sırada epinefrin uygulanamıyor. Kaotik bir ortam oluyor. KPR süreci çok zorlaştırıyor...*” (EAHOG3, K9, Kadın, Evli, Lisans, 2 Yıl) şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir.

Alt Tema 5: Duygusal Yük ve Etik İkilem

“Duygusal yük ve etik ikilem” KPR sürecini zorlaştırdığı, katılımcılar (10/35) tarafından ifade edilmiştir. şeklinde ifade etmişlerdir. Katılımcı: “*...Başarısız sonuçlanan KPR’ da profesyonel olarak duygularımızı yönetmeye çabalıyor olsak da bir yerde o annenin ya da çocuğun yerine kendini koymak üzüyor ya da başarılı KPR da onlardan biriymişsincesine insan seviniyor çok fazla tatmin ediyor, mutlu hissettiriyor...birkaç duyguyu aynı anda yaşıyorsun*” (EAHOG9, K15, Kadın, Evli, Ön Lisans, 1 Yıl 5 Ay) şeklinde görüşünü belirtmiştir. Acil hemşireleri beklenmedik veya travmatik durumlarla karşılaştıklarında duygusal olarak etkilendiklerini bu durumun müdahaleye odaklanmalarını zorlaştırdığını ifade etmişlerdir. Katılımcılar bu konudaki görüşlerini: “*...Adamın biri cinnet geçirmiş, komşusunu tüfekte ayağından vurmuş sonra elinden silahı almak için ikna etmeye çalışan*

polisleri de vurmuş... sabaha karşı ise tüm bunları vuran kişi yaralı olarak geliyor, müdahale ediyoruz ama o kadar kızgınım ki. ...dört kişiyi yaralamış, birini öldürdü ve ben şimdi senin tedavini yapıyorum... ama hiç yapmak istemiyorum...o kadar karmaşık bir duyguydu ki anlatamam üzüntümü ve öfkemi. Kimse istekli değildi ama tabii ki baktık, yatırdık” (AÜBG1, K32, Kadın, Evli, Lisans, 23 Yıl) ve “...hayatımın en kötü iki resüsitasyonu var. Biri kendi arkadaşımıza yaptığımız bir resüsitasyondur. İki çocuğuyla beraber boğularak geldi. O vaka çok kötüydü. İkincisi trafik kazası geçiren anne ve çocuğu getirilmişti. KPR de içselleştirme, empati kurmak bizi çok fazla etkiliyor. Burada hissedilen duygular KPR’yi yapmayı zorlaştırıyor” (EAHBG1, K33, Erkek, Evli, Lisans, 11 Yıl) şeklindeki ifadelerle dile getirmişlerdir. Yaşlı ya da genç kişilerin resüsitasyonunda sıkıntı hissettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcılardan biri bu konudaki görüşünü: “...90 yaş bir hastanın resüsitasyon süreci ile gene bir çocuğun standart süre dışında KPR’ e devam resüsitasyon süreci ekipteki herkesi duygusal anlamda psikolojik olarak ruhsal olarak yoran bir durum” (AÜOG5, K5, Kadın, Bekar, Lisans, 2 Yıl) şeklinde belirtmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma ile ülkemizde ilk defa, acil hemşirelerinin KPR kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara ilişkin deneyimleri incelenmiştir. Acil servis çalışanları olarak acil hemşireleri, kardiyak arrest geçiren hastalarla en fazla temas eden kişiler arasındadır (Hao ve ark., 2022). Hemşirenin acil bakım sağlama konusundaki yetkinliği, hasta güvenliğinde kritik bir faktördür (Vand ve ark., 2020). Bu nedenle acil hemşirelerinin KPR deneyimleri, resüsitasyon süreçlerindeki bakımın güvenli ve etkili bir şekilde sürdürülebilmesini sağlayan ve engelleyen koşulların ortaya konulmasında önemlidir (Riley ve ark., 2021). Bu araştırmanın tartışması da çalışmanın amacına uygun olarak kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara ilişkin ortaya çıkan temalar doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

5.1. Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sürecini Kolaylaştıran Durumlar

KPR sürecini kolaylaştıran deneyimler üzerine yapılan odak ve bireysel görüşmelerden elde edilen içerik analizi sonucunda “Ekip Çalışması Dinamikleri” ana temasının, “liderlik”, “organize ve uyumlu ekip bir ekip”, “net roller ve sorumlulukların”, “yapıcı müdahaleler” ve “stresi/duyguları kontrol edebilme yeteneği” alt temalarından oluştuğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların neredeyse tümü (33/35), KPR’de liderin varlığı ile ekip içindeki görevlerini etkin bir şekilde yerine getirmesinin süreci kolaylaştırdığını vurgulamışlardır. Literatürde, liderlik niteliklerine sahip bir ekip liderinin resüsitasyon çabalarını senkronize etmek, meslektaşlarıyla etkili iletişim kurmak, uygun kararlar almak ve makul eylemleri gerçekleştirmek için ekibi yönlendirdiğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Kakemam ve ark., 2021; Källberg ve ark., 2017; Lin ve ark., 2023; Muthelo ve ark., 2023). Kardiyak arrest yönetimi gibi acil durumlarda başarı ile gerçekleştirilen liderlik, resüsitasyon ekibinin performansını ve hastaların sonuçlarını önemli ölçüde etkiler (Greif ve ark., 2020).

Ekip liderinin temel sorumluluğu KPR kalitesi hakkında geri bildirim sağlamak, kilit noktaları koordine etmek, göğüs kompresyonunda duraklamaları en aza indirirken defibrilasyon ve entübasyonu koordine etmek, meslektaşlarıyla iletişim kurmak ve tüm bunlara yönelik uygun kararlar almaktır (Gabr, 2019; Lin ve ark., 2023). Kern ve ark.

(2023)'nin yaptığı çalışmada, ekip liderlerinin aktifliğinin, belirtilen liderlik ifadeleri açısından, daha iyi KPR performansı ile ilişkilendirildiği bulunmuştur (Kern ve ark., 2023).

Ekip çalışması, dinamik bir süreç olup verilen hizmette boşlukları ve yinelemeleri ortadan kaldırılarak hasta bakımında süreklilik sağlanması ve kalitenin artırılmasında önemlidir (Woodward, 2023; Moll ve ark., 2024). Ekip çalışması dinamikleri, takım olabilmeyi, bireyselliğini korumayı ve kolektif yeterlilik göstermeyi gerektirir (Woodward, 2023; Schnapp, 2024). Ekip dinamiği, üyelerinin özelliklerini ve yeteneklerini ortaya çıkarmada da etkilidir. KPR, saniyelerle yarışılan bir süreçtir ve ekip üyelerinin hem takım hem de bireysel ve kolektif olarak verilen hizmette boşluk kabul etmez (Woodward, 2023; Moll ve ark., 2024).

Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (20/35) tarafından ekip çalışmasında liderin ve her bir üyenin rol ve sorumluklarını yerine getirmesinin önemini belirtmişlerdir. Başarılı resüsitasyonlar, bilişsel, davranışsal ve sosyal becerileri kullanan ekip üyelerini gerektirir (Riley ve ark., 2022). Literatür; hemşirenin deneyim ve eğitim düzeyinin, resüsitasyona olan güven duyulmasına ve dolayısıyla resüsitasyonun ilk anlarında başkalarına liderlik sağlama yeteneğinin resüsitasyonu olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur (Janatolmakan ve ark., 2021; Rutherford-Hemming ve ark., 2022).

Ekibin etkili olabilmesi için ekip üyelerinin iş birliği yapması ve ekip çalışmasına katılması gereklidir (Schmutz ve ark., 2019). Nitel bir çalışmada, yüksek sağkalım oranlarına sahip hastanelerde etkili bir resüsitasyon ekibi ve liderinin olmasının önemi vurgulanmıştır (Nallamothe ve ark., 2018).

Kardiyak arrestte, ekibin hızlı ve sistematik katılımı gereklidir (Sen ve ark., 2021). AHA, ekip olarak KPR uygularken etkili resüsitasyon için sekiz temel unsur önermektedir. Bu unsurlar: kapalı döngü iletişim, açık mesajlar, net roller ve sorumluluklar, kişinin sınırlarını bilme, bilgi paylaşımı, yapıcı müdahale, yeniden değerlendirme, özetleme ve karşılıklı saygıdır (Panchal ve ark., 2020).

Görev dağılımının ve başkalarının becerilerinin dikkate alınması, ekip üyelerinin davranışları üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (Koželj ve ark., 2021). Bu noktada liderin

ekibi yönlendirmesi, herkesin rolünü net bir şekilde anlaması ve yerine getirmesi önemlidir (Pearson ve ark., 2024).

Katılımcılar tarafından neredeyse üçte biri (14/35) ekip çalışmasında iş birliği yapabilen, duygularını kontrol edebilen ve yapıcı müdahalelerin KPR'yi kolaylaştırdığını belirtmişlerdir. Yapıcı müdahaleler, hataların düzeltilmesine ve olumsuz sonuçların önlenmesine yardımcı olurken, aynı zamanda ekip içi iletişimi güçlendirir ve ekip çalışmasını destekler. Bu nedenle, yapıcı müdahale becerilerin geliştirilmesi için önemli bir yetenektir (Chu, 2019).

Çalışmamız da katılımcılar yaklaşık yarısı (19/35), KPR'de ekip çalışmasını deneyimledikçe, duygu ve stresi yönetebilmede iletişim becerisi, yetkinlik, sakinliğini koruyabilme gibi bireysel özelliklerin önemini vurgulamışlardır. Lee ve ark., (2018) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin resüsitasyon sırasında belirli bir oranda strese maruz kaldıklarını, ancak çoğunun bunu etkili bir şekilde tolere etmeyi başardığını, hizmet yılı, cinsiyet, çalışma alanı ve resüsitasyon katılım sayısının stresi yönetme ile ilişkili olduğunu ortaya konmuştur (Lee ve ark., 2018).

Hunziker ve ark., (2018), daha yüksek stres ve aşırı yüklenmenin daha az KPR uygulamasına katılımı ile ilişkili olduğunu ve başa çıkma stratejisinin algılanan stresi orta derecede azalttığını göstermiştir (Hendy ve ark., 2023; Hunziker ve ark., 2018). Yapılan bir çalışmada KPR olayından sonra, hemşireler olumsuz duygular yaşadığı, deneyimle ilişkili olarak bu duygularını dizginlemeye, kontrol etmeye veya uzaklaştırmaya çalıştıkları bulunmuştur (Lee ve Cha, 2018).

“Ekip üyelerinin yetkinliği” ana teması altında “KPR deneyim” ve “etkin iletişim” alt temaları belirlenmiştir. KPR ekibi, çeşitli uzmanlık alanlarından gelen farklı kişilerden oluşur ve her biri kendi alanında yeterli yetkinliğe sahip olmalıdır. Özellikle, hastalarla daha fazla etkileşime sahip olan hemşireler, KPR ekibinin önemli bir parçasını oluştururlar (Janatolmakan ve ark., 2021). Etkin ve kılavuzlara uygun KPR, kardiyak arrest sonrasında optimal hasta sonuçları açısından kritik öneme sahiptir (Hooper ve ark., 2023).

Katılımcı hemşirelerin çoğu (32/35), KPR'ye ilişkin deneyim, bilgi ve becerinin KPR yi kolaylaştırdığını belirtmiştir. Hemşirelerin, KPR'yi başlatma ve ekip gelene kadar temel yaşam desteğini sürdürme sorumluluğu nedeniyle KPR'nin etkinliğini artırmak için yeterli beceri ve deneyime sahip olmalarını gerektirir (Citolino ve ark., 2015). Yapılan çalışmalar, yeterlilik, deneyim ve etkin KPR uygulaması arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (Guteta, 2022; Tomas ve Kachekele, 2023). Ancak Hendy ve ark. (2023) KPR uygulaması ile deneyim arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır (Hendy ve ark., 2023).

Resüsitasyon sürecinde, bir hemşirenin deneyimini etkileyen önemli faktörlerden biri de kendini güvende hissetmesidir. Bu güven, hemşirenin resüsitasyon öncesindeki hazırlık duygusu ve yeterliliği ile yakından ilişkilidir (Riley ve ark., 2022). Resüsitasyon ekibi üyelerinin güven yetersizliği ekibin performansını olumsuz etkileyebilir (Hooper ve ark., 2023). KPR'ye katılmak, deneyimli olsanız bile zor bir görev olarak görülür. Bu nedenle, KPR gibi zorlu bir bilişsel görevde başarılı olmak ve sağlık profesyonellerinin yeteneklerine olan güvenini de artıracaktır (Navalpoto-Pascual ve ark., 2019).

KPR'yi etkili bir şekilde gerçekleştirmek için, uygun tekniklerle ilgili kapsamlı bir bilgiye ve anlayışa sahip olmak çok önemlidir (Sok ve ark., 2020). Hemşirelerin KPR ile ilgili yetersiz bilgisi, acil durumlarda hasta sonuçları üzerinde olumsuz etkilere yol açar; bu nedenle, hemşirelerin KPR'ye hızlı ve etkili bir şekilde yanıt verebilmeleri için KPR tekniklerini ve uygulamaları tam olarak anlamaları önemlidir (Tomas ve Kachekele, 2023).

Katılımcıların hemen hemen tamamı (33/35) etkili iletişimin KPR'yi etkilediğini belirtmişlerdir. Günümüzde de etkili bir iletişimin resüsitasyonda da önemli olduğu kabul edilmektedir (Calder ve ark., 2017). Yapılan çalışmalar resüsitasyonda ekip içi etkili iletişimin süreci olumlu etkilediğini vurgulamıştır (Lauridsen ve ark., 2021; Lok, 2018). Uluslararası kılavuzlar, KPR'yi optimize etmek ve göğüs kompresyon duraklamalarını en aza indirmek için iletişimin ve yapıcı müdahalelerin öğretilmesinin önemini vurgulamaktadır (Mentzelopoulos ve ark., 2021; Panchal ve ark., 2020). KPR sırasında etkili iletişim çok önemlidir ve klinisyenler iletişim becerilerini geliştirmek için eğitilmelidir (Mitropoulou ve Fitzsimmons, 2022).

Ekip üyelerinin KPR anında birbirlerini tanımamaları, çeşitli görevleri yerine getirirken rol karışıklığına ve kaosa neden olabilir ve bu da verimsiz ekip çalışmasına ve hasta sonuçlarını tehlikeye atabilecek yanlış iletişime yol açar (Chu ve ark., 2019). Özellikle hemşireler, doktorlarla çalışırken iletişim kurmada tedirginlik yaşayabilirler ve performans beklentilerinin görünür olduğu bir ortamda aşırı yüklenmiş hissedebilirler. Hiyerarşik yapıdan kaynaklanan bu durum iş birliği ve iletişimi engelleyebilir (Armstrong ve ark., 2021).

“Hasta ile çalışan güvenliğini sağlama ve sürdürme” ana teması altında “uygun fiziksel ortam”, “ekipman, ilaç temini ve yönetimi”, “yeterli insan kaynağının bulunması”, “hastanın öyküsünü bilen birinin varlığı”, “hastaya erken müdahale edilebilir olması/ön hazırlık” alt temaları belirlenmiştir.

Hasta bakımında 24 saat sorumlu olan hemşireler hasta güvenliği ve yetkinliğinde kritik öneme sahiptir (Han ve Roh, 2020). Bu yetkinlik, hasta güvenliği ile ilgili bilgi, beceri ve tutumları içerir. Hemşireler, bakım yöneticisi olarak hareket ederek operasyonel süreçleri yönetir ve liderlik, karar verme, klinik akıl yürütme ve etkili iletişim gibi özel yetkinliklere sahiptirler (Alves ve ark., 2019; Han ve Roh, 2020). Hasta güvenliği, hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleri olarak tanımlanmaktadır (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf>. Erişim: 17.05.2024).

Sağlık bakım alanlarında hemşireler başta olmak üzere pek çok hizmet ve meslek alanı birlikte çalışmaktadır. Bu alanlarda başarı, insanların mesleklerini, bulunduğu seviyeleri, rollerini ve beceri alanları ile karmaşık bağlantı ağlarını anlamasına bağlıdır (Woodward 2023). Ekip üyesi içerisinde yer alan bireyler, sistem içerisinde birbirlerinin bilgi, tecrübe, kültür, davranış ve tutumlarından etkilenmektedir. Kurumların sahip olduğu olanaklar, bütçe, personel, kaynak, politika, prosedür, kural ve gereksinimleri de verilen hizmeti etkilemektedir. Tüm bunlar uygulama alanlarının, fiziksel ortam, insan kaynağı ve yönetimi ile ekipman, ilaç temini, yönetimine karar alma sürecimizi de etkilemektedir (Woodward, 2023).

Çalışmamızda tüm katılımcılar (35/35) resüsitasyon uygulamalarında ortamın resüsitasyona uygun fiziksel özelliklerle, araç gereçlerle donatılmış ve düzenlenmiş olması, ekipmanların ve ilaçların, yardımcı cihazların varlığının KPR kolaylaştırdığını vurgulamışlardır. Amoako-Mensah ve ark., (2023)' nın yaptığı nitel çalışma bu bulguları desteklemektedir (Amoako-Mensah ve ark., 2023). KPR için uygun ve işleyen ekipmanın mevcudiyeti, herhangi bir resüsitasyonun sonucunun önemli bir belirleyicisidir (Afaya ve ark., 2021). T.C Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartlarına göre acil serviste en etkin ve güvenilir sağlık sonuçlarına ulaşılmasını sağlamak için yapısal ve süreç bazlı faaliyetlerin, hasta ve çalışanın güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-609082021pdf.pdf> Erişim: 17.05.2024).

Katılımcı acil hemşirelerinin yaklaşık yarısı (18/35) tarafından hastanın öyküsünü bilen birinin varlığının resüsitasyonda geri döndürülebilir nedenlerin belirlenerek KPR sürecini kolaylaştırdığını vurgulamışlardır. Resüsitasyonda geri döndürülebilir nedenleri bilme ve hastanın öyküsünü bilme/tanıma hasta güvenliğinin önemli unsurlarındandır (Moll ve ark., 2024). Hastalar ve yakınları genellikle tedavi kararlarına aktif olarak katılmayı beklerler. Resüsitasyon ve akut tıbbi bakım sırasında bile, hastalar yakınlarının yakınlarda olmasını isteyebilir ve olasılık sunulursa hasta yakınları hazır bulunmak isteyebilir (Rubin ve ark., 2023). Hastanın ve ailesinin tıbbi bilgiye ve bakım hedeflerine aktif katılımı ve anlayışı, sağlık bakımına katılımı artırır ve olumlu sağlık sonuçlarını destekler (Satake ve Mcelroy, 2024). Bu nedenle, resüsitasyon ekibinin bir parçası olarak hasta yakınlarına odaklanan belirlenmiş bir destek görevlisi önerilmiştir (Mentzelopoulos ve ark., 2021).

Hastaya erken müdahale edilmiş olması ya da ön hazırlığın olmasının katılımcıların üçte biri tarafından (10/35) KPR sürecinin kolaylaştırdığını belirtmişlerdir. Anormal yaşamsal olaylar genellikle, kardiyak arrest gibi ciddi sağlık sorunlarının ortaya çıkmasından önce belirli kritik belirtileri gösterir. Erken uyarı işaretleri, uygun müdahale ile ciddi olumsuz olayların önlenmesini sağlar. Hızlı yanıt sistemleri, erken tespit ve hızlı müdahale yeteneğiyle sağlık hizmetlerinde etkili bakım sağlanır (https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/related_files/mhs4-failure-rescue-rapid-research.pdf Erişim: 23.05.2024).

Sağlık disiplinleri içerisindeki çeşitlilik göz önüne alındığında, etkili ekip dinamiklerinin oluşturulması son derece önemlidir. Ekip üyeleri arasında, liderlik, etkili iletişim ve iş birliği, güven, sakinlik ve deneyim paylaşımı, KPR sürecinin başarılı bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunabilir (Mitropoulou ve Fitzsimmons, 2022; Mentzelopoulos ve ark., 2021; Lauridsen ve ark., 2021).

5.2. Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sürecini Zorlaştıran Durumlar

Katılımcılarla yapılan odak grup ve bireysel görüşmelerin analizi sonucunda KPR zorlaştıran deneyimlerde, “hastaya ilişkin özellikler”, “güvenlik tehdidi”, “duygu durum kontrolünün sağlanamaması” olarak 3 tema ve 11 alt tema elde edilmiştir.

“Hastaya ilişkin özellikler” ana teması altında “klinik durum”, “fiziksel özellikler”, “öyküsünün alınamaması” alt temaları ele alınmıştır. Kanıtlar, hastanın klinik durumunun KPR’nin sonuçlarını etkileyen bir faktör olduğunu göstermektedir (Assarroudi ve ark., 2017; Chang ve ark., 2021). Janatolmakan ve ark., (2021) çalışmasında, hastaların kritik durumlarının yanı sıra önemli organ yetmezliği ve kötü fiziksel durumlarının, KPR ile hayatta kalma olasılığını etkileyebileceği vurgulanmıştır (Janatolmakan ve ark., 2021). Katılımcılar tarafından hasta hakkında bilgi eksikliğinin, geri döndürülebilir nedenleri düşünmeyi engellediği ve KPR’yi zorlaştırdığı vurgulandı.

“Güvenlik tehdidi” ana teması altında belirlenen alt temalar “şiddet”, “sağlık profesyonellerinin kendini güvende hissetmeme” ve “ekip dışı personel kalabalığı”dır. Acil serviste şiddet, psikolojik etkileri ve yaralanma riski göz önüne alındığında endişe vericidir (Brunero ve ark., 2021; Najafi ve ark., 2024). Margavi ve ark., (2020) ve Sharifi ve ark., (2020) çalışmalarına göre KPR sırasında acil hemşirelerine yönelik şiddet oldukça yaygındır (Margavi ve ark., 2020; Sharifi ve ark., 2020). Çalışmamızda da katılımcıların üçte ikisinde çoğu (25/35), güvenlik tehdidi hissettiklerini vurgulamışlardır. Literatürdeki çalışmalar, KPR sırasında hemşireler tarafından deneyimlenen şiddet, fiziksel yaralanma korkusu, anksiyete, tedirginlik gibi duygular yaşamalarıyla ilişkilendirilmiştir (Hassankhani ve ark., 2018; Zali ve ark., 2023).

Katılımcı acil hemşireleri KPR sürecinde kendilerini güvende hissetmediklerini vurguladılar. Zali ve ark., (2023) yaptığı nitel çalışmada hemşirelerin bakış açısına göre,

KPR başarısızlığında rol oynayan faktörler arasında hasta yakınlarının KPR sürecine müdahalesi olduğunu belirtmiştir (Zali ve ark., 2023). Zali ve ark., (2023)’nın çalışması. çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Acil servis hemşirelerinin sıklıkla karşılaştığı şiddet nedeniyle hastalara yeterince bakamama endişesi yaşadıkları, krizi yönetmelerinin zorlaştığı ve baş etme stratejilerinde yetersizliğe yol açtığı belirtilmektedir (Al-Qadi, 2020).

KPR ve invaziv girişimler; aile varlığı, çevre, kültür ve bakım koşullarına bağlı olarak değişir. Her hasta için özel bir değerlendirme yapılmalıdır, bunun için hastanın ve aile bireylerinin tercihleri, klinik durumun ciddiyeti, yapılan işlemlerin karmaşıklığı, ailenin duygusal durumu, sağlık ekibinin eğitimi ve birimdeki fiziksel koşullar göz önünde bulundurulmalıdır (Barreto ve ark., 2019). Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliğinin sağlanması gerektiği T.C Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartlarında da belirtilmiştir (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf> Erişim: 17.05.2024).

“Duygu durum kontrolünün sağlanamaması” ana teması altında “beklenmeyen durumlar/ölümler”, “kaos yönetmede yetersizlik” “sosyal roller/deneyimler”, “KPR sürecinin uzaması” ve “duygusal yük ve etik ikilem” alt temaları belirlenmiştir. Beklenen veya beklenmeyen ölüm olsun, bu durum duygusal olarak stresli bir olay olabilir (Harder ve ark., 2020). Yapılan bir çalışmada, başarısız KPR sonucunda büyük bir trajedi, pişmanlık, suçluluk, duygusal tükenme ve motivasyon kaybı gibi duyguların resüsitasyonun kalitesini etkilediğini belirtmiştir (Amoako-Mensah ve ark., 2023). Fernández-Aedo ve ark. (2017) ve Koželj ve ark., (2020)’nın yaptıkları çalışmalarda başarısız bir resüsitasyonun hemşirelerde strese yol açtığı ve bu durumun etkisiz baş etme stratejileriyle birleştiğinde olumsuz deneyimlerin daha da arttığı gösterilmiştir (Fernández-Aedo ve ark., 2017; Koželj ve ark., 2020).

KPR, tüm sağlık çalışanları için önemli bir fiziksel ve psikolojik zorluk oluşturmaktadır. Bu deneyimler, sağlık profesyonellerinde yüksek düzeyde akut zihinsel strese yol açabilir (Vincent ve ark., 2021). Ayrıca stres, bilişsel yetenekleri olumsuz etkileyerek, öğrenmeyi ve hafızayı geliştirmeyi engelleyebilir (Łoś ve ark., 2021). Ayrıca, dikkat eksikliği hasta güvenliği sorunlarına, tıbbi hatalara ve yaşamsal semptomların gözden kaçmasına yol

açabilir (Łoś ve ark., 2021; Vincent ve ark., 2021). Yapılan bir araştırmada, KPR sırasında duygusal zorluk yaşayan ve KPR' den sonra olumsuz duyguları devam eden sağlık profesyonellerinin, KPR esnasında sakinliğini korumada ve iletişim kurmakta zorluk yaşadıkları görülmüştür (Lee ve ark., 2018).

Acil hemşirelerinin KPR sürecinde sıkça karşılaştığı zorluklar arasında, kaynakların yanlış kullanımı, sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki iletişim yetersizliği, belirsiz tedavi hedefleri ve iş birliği eksikliği bulunmaktadır. Bu durum, gereksiz müdahalelere yol açabileceği gibi hasta tedavilerinin ihmal edilmesine de neden olabilir (Jiménez-Herrera ve ark., 2020).

Janatolmakan ve ark. (2022)' nin çalışmasına göre, stres ve kaygı, karar vermede güçlük, performansın gecikmesi gibi çeşitli olumsuz etkileri bulunmaktadır (Janatolmakan ve ark., 2022). Bu durum KPR sürecinde istem dışı gecikmelere yol açabilir. Riley ve ark. (2022), yaptıkları çalışmada, hemşirelerin özellikle başarısız veya travmatik KPR' nin olumsuz diyaloglarla daha da kötüleşen bir durum olarak nitelendirildiği ifade edilmiştir (Riley ve ark., 2022).

Çalışmamızda katılımcılar (12/35) sosyal rollerin KPR sürecini zorlaştırdığını belirttiler. Literatürde sosyal rollerin çokluğu nedeniyle, sağlık çalışanları profesyonel bir kurtarıcı rolünü üstlenirken, hastanın ebeveyn-çocuk gibi sosyal rolüyle empati kuracakları ortaya konmuştur (Hao ve ark., 2023; Janatolmakan ve ark., 2021). KPR sırasında sosyal baskı stresi; genç hastalarda, çocuklarda veya alanda çok sayıda insan olduğunda daha fazladır (Navalpotro-Pascual ve ark., 2019).

Fernández-Aedo ve ark. (2017) çalışmasında, genç hastalarda resüsitasyon girişimleri başarısız olduğunda hemşirelerin ruh hallerinde olumsuz etkileri olduğu belirtilmiştir (Fernández-Aedo ve ark., 2017). Bazı sağlık çalışanları, KPR sırasında aile üyelerinin yanlarında olmasının aile üzerinde olumsuz etkilere neden olabileceğini dile getirmişlerdir. (Lee ve ark., 2018). Sağlık çalışanlarının sosyal deneyimleri, eğitim deneyimleri ve kültürel geçmişleri gibi özellikleri de KPR uygulamaları üzerinde etkili olabilir (Fernandez ve ark., 2020).

Katılımcılar (13/35), KPR ortamındaki kalabalığın, malzeme ve ilaç eksikliği olmasının, başlamada gecikme veya uzun süren resüsitasyonların, süreci olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. İran'da yapılan çalışmada, KPR' ye başlamadaki gecikme ve ekibin beceri yetersizliğinin, KPR başarısının önündeki önemli engeller olarak bildirilmiştir (Janatolmakan ve ark., 2021; Zali ve ark., 2023). Cheema ve ark. (2019) yaptığı çalışma sonucu da KPR'nin süresi ne kadar uzun olursa, sonucun o kadar kötü olduğu yönündedir (Cheema ve ark., 2019). Yapılan çalışmalarda, KPR sürecini zorlaştıran pek çok faktör olduğunu göstermektedir (Lee ve ark., 2018; Janatolmakan ve ark., 2021).

Hemşireler, resüsitasyon sırasında bakım sağlarken duygusal yük ve etik ikileme maruz kalmaktadırlar. Başarısız sonuçlanan resüsitasyon girişimlerinden sonra yaşanan üzücü deneyim sağlık profesyonellerinde kişisel ve mesleki stres, kaygı gibi duygusal zarar verebilir (Sedaghati ve ark., 2017). Sağlık profesyonellerinin resüsitasyon deneyimlerinde bazı olayların diğerlerinden daha dokunaklı, daha rahatsız edici veya daha stresli olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte, bazen, üzücü olaylar, iş sınırlarını aşan ve kişisel yaşamlarımıza giren etkilere sahip olabilir (Beed ve Penn, 2019).

Hemşireler, ne zaman resüsitasyonun uygun olduğunu ve tedaviyi ne zaman bırakacaklarını bilmenin belirsizliği ile mücadele etmektedirler (Riley ve ark., 2021). Bazı hastalarda, başarılı bir CPR şansı uzaktır ve bu tedaviyi potansiyel olarak boşuna yapar. Ayrıca bazen ailevi değer yargılarının hastanın isteklerine aykırı olması, etik çatışmalara yol açabilir (Tíscar-González ve ark., 2020).

Resüsitasyonlara ilk müdahale eden hemşirelerin deneyimlerini ve KPR uygulamalarının önündeki engellerin net bir şekilde anlaşılması hemşirelerin içinde çalıştıkları resüsitatif bağlamı vurgulayacak ve güvenli ve etkili resüsitatif bakım sunumlarını destekleyen veya engelleyen koşulların anlaşılması hayati önem taşımaktadır (Riley ve ark., 2021). Tüm bulgular göz önüne alındığında, bir resüsitasyonda iş birliği yapmanın karmaşık sorununun derinlemesine ve kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını acil servis hemşirelerinin yaşadıkları duygusal deneyimlere odaklanmaları, olumlu duygularını pekiştirmeleri ve olumsuz duygularını aktif olarak azaltmaları için desteklenmelidir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırma ülkemizde acil hemşirelerinin KPR sürecini kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara yönelik deneyimlerini inceleyen ilk çalışmadır. Görüşmelerden elde edilen veriler doğrultusunda KPR'yi kolaylaştıran durumlara ilişkin ekip çalışması dinamikleri, ekip üyelerinin yetkinliği, hasta ile çalışan güvenliğini sağlama ve sürdürme olmak üzere üç ana tema ve 12 alt temaya ulaşılmıştır. KPR'yi zorlaştıran durumlara ilişkin olarak ise hastaya ilişkin özellikler, güvenlik tehdidi, duygu durum kontrolünün sağlanamaması olmak üzere üç ana tema ve 11 alt temaya ulaşılmıştır.

- Bu çalışmada KPR sürecini kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlar açıklanmıştır.
- Rollerini etkin olarak yerine getiren lider ile organize, uyumlu rol ve sorumlulukları net olan bir ekibin, KPR sürecini kolaylaştırdığı ifade edilmiştir.
- Ekip çalışması dinamiklerinde yer alan yapıcı müdahaleler ile stresi ve duyguları kontrol edebilme yeteneğinin de kolaylaştırıcı faktör olduğu vurgulanmıştır.
- Yetkin ekip üyeleri, uygun fiziksel ortam, yeterli insan kaynağı, etkin iletişim, KPR deneyimi, ekipman, ilaç temini ve yönetimi, hasta öyküsünün bilinmesi, erken müdahale, hasta ile çalışan güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi de KPR sürecini kolaylaştırmaktadır.
- Hastanın fiziksel özellikleri ile klinik durumunun ve öyküsünün bilinmemesinin KPR sürecini ve başarısını etkilediği ifade edilmiştir.
- Sağlık profesyonellerinin kendilerini güvende hissetmemelerinin, ortamda ekip dışı personel kalabalığının, fiziksel, duygusal ve/veya sözel şiddete maruz kalmalarının da KPR sürecini zorlaştırdığına vurgu yapılmıştır.
- Beklenmeyen durumların, ölümlerin olması, kaosun yönetilememesi, sosyal rol ve deneyimlerin yarattığı baskı ile uzayan KPR süreci zorlaştırmaktadır.
- KPR sürecinin etkin bir şekilde sürdürülmesi ve resüsitasyon başarısının artırılmasında, süreci kolaylaştıran durumların sürdürülmesi, desteklenmesi, zorlaştıran durumların ise ortadan kaldırılmasına yönelik hem bireysel hem de kurumsal düzeyde müdahalelerin gerekli olduğu söylenebilir.

6.1. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda eğitim, araştırma ve uygulamaya yönelik aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

Eğitime Yönelik Öneriler

- Sağlık çalışanlarının güvenini ve performansını artırmak için KPR eğitimlerinin verilmesi, bu eğitimlerin düzenli aralıklarla yenilenmesi ve güncellenmesi,
- Tüm ekip üyelerine, ekip çalışması dinamikleri, iş birliği, iletişim ve zor koşullarda duygu durum kontrolü konularında eğitimlerin verilmesi,
- Araştırmanın özellikle KPR sürecini kolaylaştıran faktörlere yönelik bulgularının, sağlık profesyonelleri ve hemşirelik öğrencilerinin eğitim programlarında kullanılması,
- Acil hemşireleri ile KPR ekibinin hizmet içi eğitimlerinde KPR'yi kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörlere yönelik farkındalıklarının oluşturulması ve araştırma sonuçlarının kullanılması,

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Kurumların, KPR sürecine odaklı ekipler oluşturması ve acil servislerde KPR'den sorumlu bir ekip bulundurmasının teşvik etmesi,
- Etkili liderlik, KPR sürecinin daha düzenli ve etkili olmasına yardımcı olduğundan ekip liderlerine, stresli durumları yönetme ve ekibi koordine etme konusunda daha fazla eğitim ve destek sağlanması,
- Ekip üyelerinin rol ve sorumluluklarının netleştirilmesi,
- KPR ortamında ekip dışı personel kalabalığının önlenmesi ve/veya sınırlandırılması,
- Hasta yakınının özellikle bilgi ve bilgilendirme boyutları ile ekibin bir üyesi olarak ele alınması,
- Araştırma sonuçlarının, sağlık kurumları, acil servis yöneticileri ve çalışanları ile paylaşılması,
- KPR başarısını artırmak adına, kolaylaştırıcılar bakımından ekibin güçlendirilmesi,

Araştırmaya Yönelik Öneriler

- Ülkemizde acil hemşirelerinin KPR sürecini kolaylaştıran ve zorlaştıran durumlara yönelik deneyimlerini inceleyen bir araştırmaya ulaşılmamıştır. Bu nedenle konuya yönelik daha fazla nitel ve nicel araştırmaların yapılması,
- KPR alanında süreci zorlaştıran durumların iyileştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması,
- KPR'yi kolaylaştıran durumların KPR başarısına etkisinin araştırılması,
- KPR'yi kolaylaştıran ve zorlaştıran durumların kuruma, sağlık çalışanlarına ülkemize olan ekonomik maliyetinin hesaplanmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Adal, O., & Emishaw, S. Knowledge and attitude of healthcare workers toward advanced cardiac life support in Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, Ethiopia, 2022. SAGE Open Medicine. 2023; 11.

Afaya A, Bam V, Azongo TB, Afaya RA, Yakong VN, Kpodo GK, et al. We're left with nothing to work on"; challenges of nurses working in the emergency department in a secondary referral hospital: a descriptive qualitative study. PLoS One. 2021;16: e0247062.

Aina, M., Bolarinwa, OA., Adeniran, PI., Oyedepo, DS., & Adeniran, AS. Cardiopulmonary resuscitation among nursing staff at a tertiary health facility: a cross-sectional study. Medical Journal of Zambia. 2021; 48(4): 415-422.

Alamri AA. & Fıncı OG. Nurses' self-efficacy regarding cardiopulmonary resuscitation: literature review. Global J Health Science. 2022; 14(6):1.

Aljuaid, J., & Al-Moteri, M. (2022). Periodic resuscitation cart checks and nurse situational awareness: an observational study. Journal of Emergency Nursing. 2022; 48(2): 189-201.

Altınbilek, E., Çalık, M., Tümer, M., Erdem B. & Öztürk, D. Acil serviste kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanan hastaların geriye dönük olarak değerlendirilmesi. Journal of Academic Research in Medicine. 2020;10(3):264-68

Alves, M., & Melo, CL. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de enfermagem de um pronto-socorro. REME-Revista Mineira de Enfermagem. 2019; 23(1).

Al-Qadi, MM. Nurses' Perspectives of Violence in Emergency Departments: A Metasynthesis. International Emergency Nursing. 2020; 52:100905.

Amoako-Mensah, E., Achempim-Ansong, G., Gbordzoe, NI. et al. Nurses' perceptions of adult cardiopulmonary resuscitation quality in ghana: a qualitative study. BMC Nurs. 2023; 22: 220.

Andersen, LW., Holmberg MJ., Berg KM., Donnino MW., & Granfeldt, A. In-hospital cardiac arrest: a review. JAMA. 2019 Mar; 26;321(12):1200-1210

Araujo, NR., Araújo, RA., Moretti, MA., & Chagas, ACP. Nursing training and retraining on cardiopulmonary resuscitation: a theoretical-practical intervention. Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P. 2022; 56: e20210521.

Armstrong, P., Peckler, B., Pilkinton-Ching, J., McQuade, D., & Rogan, A. The impact of simulation training on nurse leadership in a shared leadership model for cardiopulmonary resuscitation in the emergency department. Emergency Medicine Australasia. 2021; 33(2): 255-261.

Assarroudi, A., Heshmati Nabavi, F., Ebadi, A., & Esmaily, H. Professional rescuers' motivational experiences for cardiopulmonary resuscitation: a qualitative study. Nursing and Health Sciences. 2017; 19(2): 237-243.

Barreto, MDS, Peruzzo, HE., Garcia-Vivar, C. & Marcon, S. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2019; 53.

Beed, M., & Penn, M. Does psychological trauma affect resuscitation providers. Resuscitation. 2019; 142: 188-189.

Berry, S. Emergency Nursing Practice. In: Foley, A, Sweet V, eds. Sheehy's Emergency Nursing: Principles and Practice. United States: Elsevier Health Sciences. Seventh Edition. 2019;1: 2-8.

Bossaert, L., & Chamberlain, D. The European Resuscitation Council: its history and development. Notfall+ Rettungsmedizin. 2013;16(7): 508-511.

Bowman, A. J. Medical and Traumatic Emergencies; Cardiyopulmonary Arrest. In: Zimmermann, PG, Hammond BB, eds. A Sheehy's Manual of Emergency Care. United States: Elsevier Health Sciences, Eighth Edition, 2022;2(13): 141-147

Brunero, S., Lamont, S., Dunn, S., Varndell, W., & Dickens, GL. Examining the utility of the violence prevention climate scale: A metropolitan Australian general hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2021; 30(15-16): 2399-2408

Calder, S., Tomczyk, B., Cussen, M. E., Hansen, G. J., Hansen, T. J., Jensen, J., ... & Schliemann, P. A framework for standardizing emergency nursing education and training across a regional health care system: programming, planning, and development via international collaboration. *Journal of Emergency Nursing*. 2022; 48(1): 104-116.

Carol, B. Data Collection Qualitative Research Methods In: Boswell, C. Cannon, S. (Eds) *Introduction to Nursing Research: Incorporating Evidence-Based Practice*, Fifth Edition. Jones & Bartlett, Burlington.2020;243-255.

Chang, JCY., Yang, C., Lai, LL., Chen, YJ., Huang, HH., Fan, JS., ... & Yen, DHT. Differences in characteristics, hospital care, and outcomes between acutely critical emergency department patients with early and late do not resuscitate orders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(3): 1028.

Cheema, MA., Ullah, W., Abdullah, HMA., Haq, S., Ahmad., A., & Balaratna, A. Duration of in-hospital cardiopulmonary resuscitation and its impact on survival. *Indian Heart J*. 2019; 71:314–9.

Cheng, A., Magid, D. J., Auerbach, M., Bhanji, F., Bigham, BL., Blewer, AL., ... & Donoghue, A. Chapter 6: The science of resuscitation training: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2020; 142(16_Suppl_2): 551-S579.

Chu, R. Code blue: Effective resuscitation teams. *Nursing Made Incredibly Easy*. 2019; 17(5): 13-16.

Citolino Filho, CM., Santos, ES., Silva, RCG., & Nogueira, LDS. Factors affecting the quality of cardiopulmonary resuscitation in inpatient units: nurses' perception. *USP's Escola Publication*. 2015; 49(6): 907-913.

Craig-Brangan, KJ., & Day, MP. AHA Update: BLS, ACLS, and PALS. *Nursing2023*. 2021;51(6): 24-30.

Creswell, JW., & Poth, CN. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.2016.

Crevacore, C., Coventry, L., Duffield, C., & Jacob, E. Factors impacting delegation decision making by registered nurses to assistants in nursing in the acute care setting: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*. 2022; 136: 104366.

Davis, WD., Hallman, MG., Denke, NJ., House, DT., Switzer, DF., & Wilbeck, J. A collaboration to combine emergency nurse practitioner competencies. *Journal of Nurse Practitioners*. 2022; 18(8): 889-892.

Ehrler, F., Sahyoun, C., Manzano, S., Sanchez, O., Gervais, A., Lovis, C., Courvoisier, DS., Lacroix, L., & Siebert, JN. Effect of a shared decision-making mhealth tool on caregivers' team situational awareness, communication effectiveness, and performance during pediatric cardiopulmonary resuscitation: Study protocol of a cluster randomized controlled trial. *Essays*. 2021; 22(1): 277.

Einav, S., Kaufman, N., & Varon, J. Barriers to effective in-hospital resuscitation: lessons learned during implementation of a hospital-wide code system. *Critical Care Shock*. 2018; 21(3):128–39.

Fernández-Aedo, I., Pérez-Urdiales, I., Unanue-Arza, S., García-Azpiaz, Z., & Ballesteros-Peña, S. A qualitative study about experiences and emotions of emergency medical technicians and out-of-hospital emergency nurses after performing

cardiopulmonary resuscitation resulting in death. *Enfermería Intensiva* (English ed.). 2017; 28(2): 57-63.

Foley, A., & Sweet, V. *Medical and Surgical Emergencies; Cardiyovasküler Emergencies*. Foley, A. (Ed), Sweet V. (Ed). *Sheehy's Emergency Nursing: Principles and Practice*. United States: Elsevier Health Sciences. Seventh Edition. 2019;4(23):227- 230.

Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. Interprofessional communication in health care: An integrative review. *Nurse Education in Practice*. 2016; 19, 36–40

Garcia Macias JL., Ibarra AC., Torres Fuentes MJ., & Lopez Tapia, JD. *Acil Tıp Temel Başvuru Kitabı*. Çeviren: Avcı, MA., Ak, E., Cander B. İstanbul Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2020: 32.

Gaol, RL. & Neno, AUD. Nurses' Perceptions About CPR for Patients in the Emergency Department at Santa Elisabeth Hospital Medan 2023. *Journal of Midwifery and Nursing*. 2024; 6(1): 16-21.

Glaser, BG. The constant comparative method of qualitative analysis. *Social Problems*. 1965; 12(4): 436-445.

Giddens, J., Douglas, JP., & Conroy, S. The revised AACN essentials: Implications for nursing regulation. *Journal of Nursing Regulation*. 2022; 12(4): 16-22.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures for achieving reliability. *Nurse Education Today*. 2004; 24(2): 105-112.

Granfeldt, A., Avis, SR., Nicholson, TC., Holmberg, M. J., Moskowitz, A., Coker, A., ... & Nolan, JP. Advanced airway management during adult cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation*. 2019: 139, 133-143.

Gräsner, JT., Herlitz, J., Tjelmeland, IB., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., ... & Perkins, GD. European Resuscitation Council Guidelines 2021: epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*. 2021; 161: 61-79.

Greif, R., Bhanji, F., Bigham, BL., Bray, J., Breckwoldt, J., Cheng, A., ... & Finn, JC. Education, implementation, and teams: 2020 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Circulation*. 2020; 142(16_suppl_1): 222-283.

Guteta, M. Factors influencing the practice of cardiopulmonary resuscitation among nurses at Mizan Tepi University Teaching Hospital, Tepi General Hospital and Gebretsadik Shawo Hospital, southwestern Ethiopia. *Open Access Emergency Medicine*. 2022; 165-175.

Hao, Y., Zhu, W., Wu, H., Guo, Y., Mu, W., Li, D., ... & Fan, L. Cardiopulmonary resuscitation experience of healthcare professionals in emergency departments: A descriptive phenomenological study. *Emergency Nursing International*. 2023; 70: 101336.

Hammersley, M., & Traianou, A. Nitel araştırmalarda etik. Ankara: Anı Yayıncılık. 2017.

Han, JH. & Roh, YS. Teamwork, psychological safety, and patient safety competence among emergency nurses. *Emergency Nursing International*. 2020; 51: 100892.

Han, S., Park, HJ., Jeong, WJ., Kim, G. W., Choi, HJ., Moon, HJ., ... & Lee, CA. Application of the team emergency assessment measure for prehospital cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11(18): 5390.

Harder, N., Lemoine, J., & Harwood, R. Psychological consequences of notifying healthcare providers of expected and unexpected patient death in clinical or simulation experiences: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 2020; 29(3-4): 330-346.

Hartanto, M., Moore, G., Robbins, T., Suthantirakumar, R., & Slowther, AM. Adult patients, families and healthcare professionals' experiences of CPR decision-making

conversations in the UK: A qualitative systematic review. *Resuscitation Plus*. 2023; 13: 100351.

Hassankhani, H., Parizad, N., Gacki-Smith, J., Rahmani, A., & Mohammadi, E. Consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *International emergency nursing*. 2018; 39: 20-25.

Hassankhani, H., Zamanzadeh, V., Rahmani, A., Haririan, H., & Porter, JE. Family presence during resuscitation: a double-edged sword. *Journal of Nursing Scholarship*. 2017; 49(2): 127-134.

Hazra, D., Nekkanti, A. C., Jindal, A., Sanjay, M., Florence, I., Yuvaraj, S., & Abhilash, K.P.P. Code blue: Predictors of survival. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*. 2022; 38(2), 208.

Hendy, A., Hassani, R., Ali Abouelela, M., Nuwayfi Alruwaili, A., Abdel Fattah, H. A., Abd elfattah Atia, G., & Reshia, F. A. A. Self-rated abilities, attitudes, and stress among pediatric nurses regarding cardiopulmonary resuscitation. *Multidisciplinary Health Journal*. 2023; 603-611.

Holmberg MJ, Geri G, Wiberg S, et al; International Liaison Committee on Resuscitation's (ILCOR) Advanced Life Support and Pediatric Task Forces: Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation for cardiac arrest: a systematic review. *Resuscitation*. 2018; 131: 91.

Hooper, G., Guidry, DW., Kumar, N., Brown, K., Beninati, W., Brown, SM., & Peltan, I. D. Relationship between resuscitation teams' confidence and competence during in-hospital cardiac arrest. In a103. Towards Improving Icu Practice, American Thoracic Society. 2023; A2606-A2606.

Hosseini, M., Heydari, A., Reihani, H., & Kareshki, H. Elements of teamwork in resuscitation: An integrative review. *Bulletin of Emergency & Trauma*. 2022; 10(3): 95.

Hosseini, M., Heydari, A., Reihani, H., & Kareshki, H. (2022). Teamwork experiences of resuscitation team members: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Studies*. 2022; 27(5): 439.

Hsieh, HF., & Shannon, SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(9):1277-1288.

Huis in't Veld, MA., & Hirshon, MJ. Basic Cardiopulmonary Resuscitation. Tintinalli, J. E., (Ed) Tintinalli's Emergency Medicine a Comprehensive Study Guide. American College of Emergency Physicians, 2020;22:143-152.

Hunziker, S., O'Connell, KJ., Ranniger, C., Su, L., Hochstrasser, S., Becker, C., ... & Marsch, S. (2018). Effects of designated leadership and team size on cardiopulmonary resuscitation: Basel-Washington SIMulation (BaWaSim) study. *Journal of Critical Care*. 2018; 48:72-77.

İnce, S., & Bingöl, S. Acil serviste çalışan hemşirelerin hemşirelik bakım algıları. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*. 2020;7(1).

Janatolmakan, M., Nouri, R., Soroush, A., Andayeshgar, B., & Khatony, A. Barriers to the success of cardiopulmonary resuscitation from the perspective of Iranian nurses: A qualitative content analysis. *International Emergency Nursing*. 2021; 54:100954.

Jiang, C., Jiang, S., Zhao, Y., Xu, B. & Zhou, XL. Dominant hand position improves the quality of external chest compression: A mannequin study based on the 2010 CPR guidelines. *Journal of emergency medicine*. 2015; 48(4):436-444.

Jiménez-Herrera, MF., Llauredó-Serra, M., Acebedo-Urdiales, S., Bazo-Hernández, L., Font-Jiménez, I., & Axelsson, C. Emotions and feelings in critical and emergency care situations: A qualitative study. *BMC Nursing*. 2020; 19:1-10.

Jones, T., Curtis, K., & Şaban, RZ. Practice expectations for Australian postgraduate emergency nursing programs: A Delphi study. *Nurse Education Today*. 2021; 99:104811.

Kakemam, E., Hajizadeh, A., Azarmi, M., Zahedi, H., Gholizadeh, M., & Roh, Y. S. Nurses' perception of teamwork and its relationship with the occurrence and reporting of adverse events: A questionnaire survey in teaching hospitals. *Journal of Nursing Management*, 2021;29(5):1189-1198.

Kane, AD, & Nolan, JP. Changes to European Resuscitation Council guidelines for adult resuscitation. *BJA Training*. 2022; 22(7):265-272.

Källberg, AS., Ehrenberg, A., Florin, J., Östergren, J., & Göransson, KE. Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. *International Emergency Nursing*. 2017; 33:14-19.

Kaplan, L., & Klein, TA. Characteristics and perceptions of the US nurse practitioner hospitalist workforce. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2021; 33(12):1173-1179.

Karataş, M., & Selçuk, EB. Kardiyopulmoner resüsitasyonun tarihçesi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi* (2). 2012; 84-87.

Kern, P., Tschan, F., Semmer, N. K., & Marsch, S. Effects of team leaders' positions in cardiopulmonary resuscitation teams on leadership behavior and team performance: A prospective randomized interventional crossover simulation-based study. *Medicine*. 2023; 102(27): 34235.

Kiymaz, D., & Koç, Z. Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27(5-6):1160-1169.

Koželj, A., Šikić Pogačar, M., Fijan, S., Strauss, M., Poštuvan, V., & Strnad, M. (2021, December). Exploring nurses' emotions during resuscitation—a cross-sectional study. *In Healthcare*. 2021; 10(1): 5.

Lash, R. Legal Considerations. In: Zimmermann, PG, Hammond BB, eds. A Sheehy's Manual of Emergency Care. United States: Elsevier Health Sciences, Eighth Edition 2022;2;13:141-147.

Lauridsen, KG., Krogh, K., Müller, SD., Schmidt, AS., Nadkarni, VM., Berg, RA., ... & Løfgren, B. Barriers and facilitators for in-hospital resuscitation: a prospective clinical study. *Resuscitation*. 2021; 164:70-78.

Lee, M. R., & Cha, C. Emergency department nurses' experience of performing CPR in South Korea. *International Emergency Nursing*. 2018; 38:29-33.

Lin, Y., Savage, T., Gravel, G., Davidson, J., Tofil, N., Duff, J., & Cheng, A. Who is the real team leader? Comparing leadership performance of the team leader and CPR Coach during simulated cardiac arrest. *Resuscitation Plus*. 2023; 14:100400.

Lok, F. The effect of team personality composition on team performance of teams performing cardiopulmonary resuscitation in the simulation room. University of Twente, Educational Science and Technology Master's Thesis, 2018, Hollanda.

Łoś, K., & Waszkiewicz, N. Biological markers in anxiety disorders. *Journal of Clinical Medicine*. 2021; 10(8):1744.

Long, B., Koyfman, A., Anantharaman, V., Han Lim, S., Ong, MEH., Kiat Kenneth, TB., & Manning, JE. Cardiac Resuscitation. Tintinalli, J. E., (Ed) Tintinalli's Emergency Medicine a Comprehensive Study Guide. American College of Emergency Physicians, 2020; 24:153-169.

Long, J. Silva, S. & Boswell, C. Qualitative Research Methods In: Boswell, C. Cannon, S. (Eds) Introduction to Nursing Research: Incorporating Evidence-Based Practice, Fifth Edition. Jones & Bartlett, Burlington. 2020;189-201.

Ludwin, K., Smereka, J., Jaguszewski, MJ., Filipiak, KJ., Ladny, JR., Szarpak, L., ... & Evrin, T. The place of magnesium sulfate in cardiopulmonary resuscitation. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Disaster and Emergency Medicine*. 2020; 5(4):182-189.

Manetti, BSK. Views of emergency and intensive care unit nurses on family presence during emergency procedures in hospitals in Walvisbay, Erongo region, University of Namibia, Science in Nursing of Doctoral Thesis, 2023, Namibia (Main Supervisor: Prof. Hans J. Amukugo).

Marco, CA. Resuscitative Procedures: Ethical Issues of Resuscitation. Tintinalli, J. E., (Ed) Tintinalli's Emergency Medicine a Comprehensive Study Guide. American College of Emergency Physicians 2020; 27:172-173.

Margavi, MK., Bagheri-Nesami, M., Mousavinasab, N., & Lolaty, HA. Frequency of violence against nurses and its related factors during cardiopulmonary resuscitation in emergency wards. Journal of Nursing and Midwifery Sciences. 2020; 7(4):262.

Marznaki, ZH., Karkhah, S., Amiri, MM., Källmen, H., Moradi, A., & Najjarboura, M. Attitudes of emergency nurses and patients' family members towards the presence of family members during cardiopulmonary resuscitation; a cross-sectional study. Archives of Academic Emergency Medicine. 2022;10(1).

Matamoros, L. Emergency Nursing Practice. Foley, A. (Ed), Sweet V. (Ed). Sheehy's Emergency Nursing: Principles and Practice. United States: Elsevier Health Sciences. Seventh Edition. 2019; 6:1-46.

Mentzelopoulos, SD., Couper, K., Van de Voorde, P., Druwé, P., Blom, M., Perkins, G. D., ... & Bossaert, L. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. Resuscitation. 2021; 161:408-432.

Metilda, SM. Emergency and trauma nursing. International Journal of Emergency and Trauma Nursing. 2017; 2(1): 5-7.

Milbrath, G., & Snyder, A. Emergency nurses' association: 50 years of advocacy and progress. Journal of Emergency Nursing. 2021; 47(2):224-238.

Miranzadeh, S., Adib-Hajbaghery, M., & Hosseinpour, N. A prospective study of survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation and its related factors. Trauma Monthly. 2016; 21(1).

Mitropoulou, P., & Fitzsimmons, S. Cardiopulmonary resuscitation. *Medicine*. 2022; 50(9): 599-606.

Mitura, K., Celiński, D., Hawrylewicz-Łuka, A., Pilip, S., Szpakowski, L., Jarzębowska, M., ... & Szajda, SD. Life-saving procedures and cardiopulmonary resuscitation from the ancient history to the present day. *Emergency Medical Service*. 2021; 8(4):274-283.

Moll J., Tidwell, R., & Adams, R. Gastrointestinal Emergencies. In: Shah, K, Lee, J, Owyang CG, Renne, BC, eds. *Practical emergency resuscitation and critical care*. United Kingdom: Cambridge University Press. Second Edition. 2024;253,334.

Nallamothu, BK, Greif, R., Anderson, T., Atiq, H., Couto, TB, Considine, J., ... & International Liaison Committee on Resuscitation. Ten steps to improving the quality and outcomes of in-hospital cardiac arrest care. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2023; 16(11);793-806.

Najafi, M., Yadollahi, S., Maghami, M., & Azizi-Fini, I. Nurses' motivation to perform cardiopulmonary resuscitation: a cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2024; 23(1):181.

Navalpotro-Pascual, S., Blanco-Blanco, Á., & Torre-Puente, JC. Experience of emergency healthcare professionals in cardiopulmonary resuscitation and its relationship with self-efficacy: A qualitative approach. *Enfermería Clínica (English Edition)*. 2019; 29(3):155-169.

Nedelea, PL., Corlade-Andrei, M., Kantor, C., Popa, OT., Manolescu, E., & Cimpoeșu, D. Impact of cardiopulmonary resuscitation on emergency medical staff—romanian perspective (IRESUS-EMS). *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11(19): 5707.

Newell, C., Grier, S. & Soar, J. Airway and ventilation management during cardiopulmonary resuscitation and after successful resuscitation. *Critical Care*. 2018; 22:190.

Nolan, JP., Maconochie, I., Soar, J., Olasveengen, TM., Greif, R., Wyckoff, MH., ... & Hazinski, MF. Executive summary: 2020 international consensus on the science and treatment recommendations of cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 2020; 142(suppl_1): 2-27.

Ohlander Ströberg, F., & Helgesson, L. När hjärtat stannar: Sjuksköterskans upplevelse av omhändertagandet vid hjärtstopp. Linnéuniversitetet, Institutionen för hälso- och, Doctoral dissertation, Linnaeus University, 2022 (Handledare: Elin-Sofie Forsgärde).

Olasveengen, TM., Semeraro, F., Ristagno, G., Castren, M., Handley, A., Kuzovlev, A., ... & Perkins, GD. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. *Resuscitation*. 2021; 161:98-114.

Olgun, N. 2021. Temel ve ileri yaşam desteğinin sağlanması. Eti Aslan, F. (Ed), Olgun, N., Acil Bakım. 4. Baskı, Akademisyen Kitapevi, Ankara; 2021;93.

Ornato, J.P. Resüsitasyon. Tintinalli, J. E., (Ed) Tintinalli's Emergency Medicine a Comprehensive Study Guide. American College of Emergency Physicians, Ninth Edition, 2020;53-27.

Özer, N. Acil Bakımın Tarihsel Süreci. Eti Aslan, F. (Ed), Olgun, N. (Ed), Acil Bakım. 4. Baskı, Akademisyen Kitapevi, Ankara, 2021;15-22.

Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, et al. Adult basic and advanced life support writing group. Part 3: adult basic and advanced life support: 2020 American Heart Association Circulation Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. 2020; 142(suppl 2); 366–468.

Perkins, GD., Graesner, JT., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., ... & Zideman, DA. European resuscitation council guidelines 2021: executive summary. *Resuscitation*. 2021; 161, 1-60.

Polit, DF., & Beck, CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2018.

Pozgar, GD. Legal and ethical issues for health professionals. Jone&Barlett Learning, sixty editions, 2024; 1-50.

Putzer, G., Martini, J., Spraidner, P., Abram, J., Hornung, R., Schmidt, C., ... & Mair, P. Epinefrine improves regional cerebral blood flow, cerebral oxygenation and cerebral metabolism during CPR in a porcine cardiac arrest model using low-flow extracorporeal support. *Resuscitation*. 2021; 168:151-159.

Riley, K., Middleton, R., Wilson, V., & Molloy, L. Voices from the 'resuscitation room': an integrative examination of nurses' resuscitation experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 2022; 31(9-10):1164-1173.

Rutherford-Hemming, T., Herrington, A., & Newsome, L. The use of simulation-based education with new graduate nurses in emergency department and acute care settings: a scoping review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2022; 53(7):301-306.

Sagün, A., Doruk, N., Özdemir, L., Azizoğlu, M., & Birbiçer, H. Kardiyopulmoner resüsitasyon ne zaman sonlandırılır? Bir anket çalışması. *TJR*. 2023; 2(1):16-27.

Sanguino, GZ., Furtado, MCDC., Godoy, SD., Vicente, JB., & Silva, JRD. Management of cardiopulmonary arrest in an educational video: contributions to education in pediatric nursing. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2021;29: e3410.

Satake, A., & McElroy, V., Inpatient Transitions of Care: Challenges and Safety Practices, 2024.

Schmutz, JB., Meier, LL., & Manser, T. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019; 9(9): e028280.

Schnapp, B. General Trauma Principles. Shah, K, Lee, J, Owyang CG, Renne, BC, eds. Practical emergency resuscitation and critical care. United Kingdom: Cambridge University Press. Second Edition, 2024;336-580.

Sedaghati, SA., Bera RB., & Baker, J. Grief support. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). 2023; PMID: 28722956.

Sen, IM., Kumar, R., Grewal, A., & Singh, M. A simple mnemonic to remember team tasks during cardiopulmonary resuscitation. Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology. 2021; 37(3): 486-487.

Sert, H., Olgun, N., Temel ve İleri Yaşam Desteğinin Sağlanması. Arslan, F.E. (Ed.), Olgun N. (Ed), Acil Bakım, 2021;(8):93-118.

Sharifi, S., Shahoei, R., Nouri, B., Almvik, R., & Valiee, S. Effect of an educational program, risk assessment checklist, and prevention protocol on violence against emergency department nurses: A single center pre- and post-study. International Emergency Nursing. 2020; 50: 100813.

Silverplats, J., Strömsöe, A., Äang, B., & Källestedt, MLS. Dersved. Attitudes towards cardiopulmonary resuscitation situations and associations with potential influencing factors-a hayattta kalma among in-hospital healthcare professionals. Plos One. 2022; 17.

Soar, J., Böttiger, BW., Carli, P., et al. European resuscitation council guidelines 2021: adult advanced life support. Resuscitation. 2021; 161:115–151.

Sok, SR., Kim, JA., Lee, Y., & Cho, Y. Effects of a simulation-based CPR training program on knowledge, performance, and stress in clinical nurses. The Journal of Continuing Education in Nursing. 2020; 51(5): 225-232.

Spinelli, G., Brogi, E., Sidoti, A., Pagnucci, N., & Forfori, F. Assessment of healthcare staff's knowledge and experience with CPR and early defibrillation: an internal survey. BMC Cardiovascular Disorders. 2021; 21(1): 1-8.

Stewart, C., Shoemaker, J., Keller-Smith, R., Edmunds, K., Davis, A., & Tegtmeyer, K. Code team training demonstrating adherence to AHA guidelines during pediatric code blue activations. *Pediatric Urgent Care*. 2021; 37(12): e1658–e1662.

Strauss, AL. *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1987.

Streubert, HJ., & Carpenter, DR. *Qualitative research in nursing*. 5th ed..Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.2011.

Tíscar-González, V., Gea-Sánchez, M., Blanco-Blanco, J., Moreno-Casbas, M. T., and Peter, E. The advocacy role of nurses in cardiopulmonary resuscitation. *Nursing Ethics*. 2020; 27(2): 333-347.

Tomas, N., & Kachekele, ZA. Nurses' knowledge, attitudes, and practice of cardiopulmonary resuscitation at a selected training hospital in Namibia: a cross-sectional survey. *SAGE Open Nursing*. 2023; 9:23779608231216809.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349-57.

Trisyani, Y., Emaliyawati, E., Prawesti, A., Mirwanti, R., & Mediani, HS. Competencies of emergency nurses in the emergency department context: a qualitative study. *Open Access Emergency Medicine*. 2023; 165-175.

Tsima BM, Rajeswaran L, Cox M. Evaluation of cardiopulmonary resuscitation equipment in resuscitation carts in district hospitals in Botswana: a cross-sectional study. *Afr J Prim Health Services Fam Med*. 2019; 11:1–7.

Turnbach, E., Coates, L., Vanek, F. D., Cotter, E., Pogue, C. A., Clark, R. R., ... & Whade, JJ. Emergency nurses' well-being in magnet hospitals and recommendations for improvements in work environments: a multicenter cross-sectional observational study. *Journal of Emergency Nursing*. 2024; 50(1).153-160.

Umuhzoa, C., Chen, L., Unyuzumutima, J., & Mccall, N. Impact of structured basic life-support course on nurses' cardiopulmonary resuscitation knowledge and skills: experience of a paediatric department in low-resource country. *African Journal of Emergency Medicine*. 2021; 11(3):366–371.

Vail, B., Morgan, MC., Dyer, J., Christmas, A., Cohen, S. R., Joshi, M., ... & Walker, DM. Logistical, cultural, and structural barriers to immediate neonatal care and neonatal resuscitation in bihar, India. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18(1): 1-10.

Vand Tamadoni, B., Shahbazi, S., Seyedrasooli, A., Gilani, N., & Gholizadeh, LA Survey of clinical competence of new nurses working in emergency department in Iran: A Descriptive, Cross-Sectional Study. *Nursing Open*. 2020; 7(6):1896-1901.

Varndell, W., Fry, M., Lutze, M., & Elliott, D. Use of the Delphi method to generate guidance in emergency nursing practice: a systematic review. *International Emergency Nursing*. 2021; 56:100867.

Varner-Perez, SE., Mathis, KA., Banks, SK., Burke, ES., Slaven, J. E., Morse, GJ., ... & Ahmed, RA. A descriptive study of the multidisciplinary healthcare experiences of inpatient resuscitation events. *Resuscitation Plus*. 2023; 13:100349.

Vincent, A., Semmer, NK., Becker, C., Beck, K., Tschan, F., Bobst, C., ... & Hunziker, S. Does stress affect the performance of cardiopulmonary resuscitation? A narrative review of the literature. *Journal of Critical Care*. 2021; 63:223-230.

Yıldırım, A. & Şimşek, H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık. 2016.

Yun, S., Park, HA., Na, SH., & Yun, HJ. Effects of communication team training on clinical competence in Korean Advanced Life Support: A randomized controlled trial. *Nursing and Health Sciences*. 2024; 26(1): e13106.

Zali, M., Rahmani, A., Powers, K., Hassankhani, H., Namdar-Areshtanab, H., & Gilani, N. Nurses' experiences of ethical and legal issues in post-resuscitation care: a qualitative content analysis. *Nursing Ethics*. 2023; 30(2), 245-257.

Zhang, N., Lin, O., Jiang H., & Zhu H. Age-adjusted charlson comorbidity index as effective predictor for in-hospital mortality of patients with cardiac arrest: a retrospective study. *BMC Emergency Medicine*. 2023; 23:7.

Winarti, W., & Rosiana, R. Persepsi perlindungan hukum dan aspek etik terhadap keinginan perawat IGD melakukan CPR pada out-of-hospital cardiac arrest (HOKA). *Jurnalpendidikankeper Wanita Indonesia*. 2020; 128-137.

Woodward, S. Patient Safety Now Applying Concepts, Theories, and Ideas for Creating a Safe Environment. New York, Routledge. 2023; 32-35

Wu, KH., Chang, C. Y., Chen, YC., Chang, CP., Hsiao, CT., & Weng, HH. Effectiveness of sodium bicarbonate administration on mortality in cardiac arrest patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Emergency Medicine*. 2020; 59(6):856-864

EKLER

EK-1. Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın meslektaşlarım,

Ben Hande TÜZÜN, Prof. Dr. Fatma CEBECİ danışmanlığında yürüttüğüm bu çalışmanın amacı, Acil Hemşirelerinin Yetişkin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulamalarını Kolaylaştıran ve Zorlaştıran Durumlara Yönelik Deneyimlerinin ortaya konmasıdır. Çalışmanın yapılması için Etik kurul onayı ve Hastanelerden gerekli izinler alınmıştır. Yüksek lisans tez kapsamında yapılan bu çalışmada sizden beklenen görüşmeye katılmanız, size yöneltilen konulara ilişkin görüşlerinizi belirtmenizdir. Görüşmenin bir saat sürmesi beklenmektedir. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, bireysel görüşmeler birebir, odak grup görüşmeleri ise 4-6 kişi bir arada yapılacaktır. Konu ile ilgili sizlerin deneyimlerine son derece önem veriyor ve sizlerin her türlü görüş, öneri, fikir, katkı, yorum ve beklentilerinizle ilgileniyoruz. Söyledikleriniz bizim için çok önemli ve hiçbir şeyi kaçırmak istemiyoruz. Bu nedenle izin verirsiniz bu görüşmeyi kayıt altına almak istiyoruz. Bu şekilde hem zamanı daha iyi kullanabiliriz hem de sorulara vereceğiniz yanıtların kaydını daha ayrıntılı tutma fırsatı elde edebiliriz. Bu araştırma tamamen bilimsel amaçlı yapılmaktadır. Araştırmamızda kimliğiniz ve vereceğiniz bilgiler, gizli tutulacak, araştırmacılar dışında kimse dinlemeyecek, görmeyecek ve herhangi bir yayın veya raporda isminiz kullanılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Sizinle görüşmeye başlamadan önce sormak istediğiniz bir soru varsa önce bunu yanıtlamak isterim.

Ben, ... katılmam istenen araştırmanın amacını, içeriğini tamamen anladım. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu çalışmayı istediğim anda sonlandırabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir olumsuz tutumla karşılaşmayacağıma inandım. Bu koşullar doğrultusunda kendi rızamla, herhangi bir baskı ve zorlama altında kalmadan araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü CHH YL Öğrencisi: Hande TÜZÜN,
Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Fatma CEBECİ

Katılımcının Adı-Soyadı:

Tarih:

Tel:

İmzası:

Onay alma işlemine Tanıklık edenin Adı-Soyadı:

İmzası:

Tel:

EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek
3. Medeni durumunuz: ()Evli ()Bekar
4. Eğitim durumunuz:() Sağlık Meslek Lisesi ()Ön Lisans ()Lisans ()Lisansüstü
5. Çalıştığınız Kurum: ()Üniversite ()Devlet ()Özel ()Araştırma Uygulama ()Şehir Hastanesi ()Diğer..... Lütfen Belirtiniz
6. Meslekte toplam hizmet süreniz:.....ay.....yıl
7. Acilde toplam hizmet süreniz:.....ay yıl
8. Çalıştığınız hastanenin acil biriminde haftalık ortalama KPR sayısı nedir? Lütfen Belirtiniz
9. Çalışma şekliniz: () Sürekli gece ()Sürekli gündüz ()Nöbet st Lütfen Belirtiniz
10. Haftalık Toplam Çalışma Saatiniz:

EK-3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Giriş:

1. Bir Acil hemşiresi olarak kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR)'a sizin için anlamı nedir?

Ana Sorular:

2. KPR sürecini kolaylaştıran durumlara ilişkin deneyimlerinizden bahseder misiniz?
Neler? Nasıl?
3. KPR sürecini zorlaştıran durumlara ilişkin deneyimlerinizden bahseder misiniz?
Neler? Nasıl?

Bitirme:

4. Konuyla ilgili söylemek veya eklemek istediğiniz başka görüşleriniz var mı?

EK-4. Uzman Görüşü Alınan Kişiler

Prof. Dr. Fatma CEBECİ

Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL

Dr. Öğr. Üyesi Ebru KARAZEYBEK

Dr. Öğr. Görevlisi Songül BİŞKİN ÇETİN

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Yetişkin Acil Servis Sorumlu Hemşire Meral GÖZKAYA



EK-5. Nitel Araştırmaların Raporlanması İçin Konsolide Kriterler Kontrol Listesi (COREQ)

NO	Maddeler	Kılavuz sorular/ Açıklama	Araştırmacı Cevapları
Alan 1: Araştırma Ekibi ve Yansıma			
Kişisel Özellikler			
1	Görüşmeci/Kolaylaştırıcı	Görüşme veya odak gruplarını hangi yazarlar yürüttü?	YL Tez öğrencisi
2	Kimlik Bilgisi	Araştırmacının kimlik bilgileri neydi?	Tez Öğrencisi
3	Meslek	Çalışma zamanındaki meslekleri neydi?	Hemşire
4	Cinsiyet	Araştırmacı erkek miydi kadın mı?	Kadın
5	Deneyim ve Eğitim	Araştırmacının hangi deneyimi ya da eğitimi vardı?	Birinci Araştırmacı ve YL tez öğrencisi (HT) 7 yıl hemşirelik, 6,5 yıl acil hemşireliği deneyimi ve acil servis bakım sertifikası bulunup nitel araştırmalara yönelik iki ders ve nitel araştırma yöntemleri kursuna katılmıştır. İkinci araştırmacı ve tez danışmanı (FC) ise 13 yıllık klinik, bir yıl acil hemşireliği deneyimi olup, uluslararası ve ulusal çalışmaları nitel yöntem çalışmaları bulunmaktadır.
Katılımcılarla İlişkisi			
6	İlişki kurulması		Hayır
7	Katılımcı hakkında görüşme yapan bilgi sahibi	Katılımcılar araştırmacı hakkında ne biliyordu? Örneğin. Kişisel hedefler, araştırmanın yapılma nedenleri	Araştırmanın yapılma nedenleri biliniyordu.
8	Görüşmeci özellikleri	Görüşmeci / kolaylaştırıcı hakkında hangi özellikler bildirildi? Örneğin. araştırma konusundaki önyargı, varsayımlar, nedenler ve ilgi alanları	Yoktur.

Alan 2: Çalışma Tasarımı			
Teorik Çerçeve			
9	Metodolojik yönelim ve teori	Çalışmayı desteklemek için hangi metodolojik yönelim belirtildi? Örneğin. temel teorisi, söylem analizi, etnografi, fenomenoloji, içerik analizi	Fenomenoloji, İçerik Analizi
Katılımcı Seçimi			
10	Örnekleme	Katılımcılar nasıl seçildi? Örneğin: amaçlı, kolaylık, ardışık, kartopu	Amaçlı örneklem
11	Yaklaşım Yöntemi	Katılımcılara nasıl ulaşıldı? Örneğin: yüz yüze, telefon, posta, e-posta	Yüz yüze
12	Örnek boyut	Çalışmada kaç katılımcı vardı?	35
13	Katılımsız	Kaç kişi katılmayı reddetti ya da bıraktı? Bunun nedenleri neydi?	yok
Çerçeve			
14	Veri toplama çerçevesi	Veriler nerede toplandı? Örneğin: ev, klinik, iş yeri	Kurumların sorumlu hemşire odası
15	Katılımcı olmayanların varlığı	Katılımcılar ve araştırmacılar dışında başka biri var mıydı?	Hayır
16	Örneklemin tanımı	Örneklemin önemli özellikleri nelerdir? Örneğin: Demografik veriler, tarih	Odak grup görüşmesi: Acil serviste en az 1 yıl deneyim olmak Bireysel derinlemesine görüşme: en az beş yıl deneyimi bulunan acil servis sorumlu
Veri Toplama			
17	Görüşme klavuzu	Yazarlar tarafından sorular soruldu, rehberlik edildi mi? Pilot test edildi mi?	Pilot görüşme yapıldı
18	Tekrarlanan görüşmeler	Görüşmelerin tekrarı oldu mu? Evet ise kaç tane?	Hayır
19	Görsel / işitsel kayıt	Araştırma verilerini toplamak için sesli mi yoksa görsel kayıt mı kullanıldı?	Sesli kayıt

20	Alan notları	Alan içi ya da odak grup görüşme esnasında ya da sonrasında alan notları yapıldı mı?	Katılımcıların yüz ifadeleri gözlemlendi.
21	Süre	Görüşme veya odak grubunun süresi neydi?	Odak grup görüşmeleri ortalama 53 dakika (aralık: 45- 64 dakika) bireysel görüşmeler ise ortalama 60 dakika (aralık: 60-90 dakika),
22	Veri doygunluğu	Veri doygunluğu tartışıldı mı?	Evet
23	Transkriptlerin geri dönüşü	Transkriptler, yorum ve/veya düzeltme için katılımcılara geri döndü mü?	Dökümler katılımcılar tarafından teyit edilmedi.
Alan 3: Analiz ve Bulgular			
Veri Analizi			
24	Veri kodlayıcı sayısı	Veri kodlayıcıların kaç tanesi verileri kodladı?	1.Araştırmacı YL tez öğrencisi (HT) ve 2. Araştırmacı Danışman (FC)
25	Kodlama ağacının tanımlanması	Yazarlar kodlama ağacının açıklamasını sağladılar mı?	Evet
26	Temaların türetilmesi	Temalar önceden tanımlanmış mı veya verilerden elde edildi mi?	Temalar verilerden elde edildi.
27	Yazılım	Erişim sağlandıysa verileri yönetmek için hangi yazılım kullanıldı?	Yazılım kullanılmadı.
28	Katılımcı kontrolü	Katılımcılar bulgular hakkında geri bildirimde bulundu mu?	Hayır
29	Sunulan alıntılar	Temaları / bulguları göstermek için katılımcı alıntıları sunuldu mu? Her alıntı tanımlandı mı? Örneğin. Rumuz (Nick Name)	Evet
30	Veri ve bulguların tutarlılığı	Sunulan veriler ile bulgular arasında tutarlılık var mıydı?	Evet

31	Ana temaların açıklığı	Bulgularda ana temalar açıkça ortaya konuldu mu?	Evet
32	Alt temaların netliği	Farklı vakaların açıklaması veya alt temaların tartışması var mı?	Evet

Kaynak: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007 Dec;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042. Epub 2007 Sep 14. PMID: 17872937.

EK-6. Etik Kurul Kararı



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

Sayı:

163

06/03/2023

Sayın

Prof.Dr.Fatma CEBECİ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "Acil Hemşirelerinin Yetişkin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulamalarını Kolaylaştıran ve Zorlaştıran Durumlara Yönelik Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma" adlı araştırmaya ait alınan kurul kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Aşda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Kurul kararı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2023

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Prof.Dr.Fatma CEBECİ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Acil Hemşirelerinin Yetişkin Kardiyopulmoner Restitasyon (CPR) Uygulamalarını Kolaylaştıran ve Zorlaştıran Durumlara Yönelik Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 149	Tarih: 22.02.2023
	Daha önce onay almış (25.01.2023/80) uyarıda bilgileri verilen çalışmanın başlığının başlığının Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü önerisi ile “Acil Hemşirelerinin Yetişkin Kardiyopulmoner Restitasyon Uygulamalarını Kolaylaştıran ve Zorlaştıran Durumlara Yönelik Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma” olarak değiştirilmesi konulu 15.02.2023 tarihli dilekçe ve ekleri görüşülerek; kurul üyeleri bilgilendirildi, uygun bulundu.	

EK-7. Akdeniz Üniversitesi İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.05.2023-651242



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü

Sayı : E-26708535-900-651242
Konu : Hande TÜZÜN Uygulama İzni Hk.

25.05.2023

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 17.05.2023 tarihli ve 36005147-302.14.03-643808 sayılı yazı,
b) 25.05.2023 tarihli ve 55863009-010.99-650481 sayılı yazı,

İlgi (a)' da kayıtlı yazınıza istinaden; Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Hande TÜZÜN'ün "Acil Hemşirelerinin Yetişkin Kardiyopulmoner Restüsitasyon Uygulamalarını Kolaylaştıran ve Zorlaştıran Durumlara Yönelik Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma" konulu tez çalışmasını Hastanemiz bünyesinde yapma talebi uygun görülmüş olup; konuyla ilgili Sağlık Hizmetler Müdürlüğü cevap yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerini ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Yıldray ÇETE
Başhekim

Ek: Sağlık Hizmetler Müdürlüğü Cevap Yazısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: BSCH0TU2H2 Pin Kodu: 02552 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/cbd/tck-5543&cD=BSCH0TU2H2&cS=651242>
Akdeniz Üniversitesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane) Bilgi için: Fulya ALTINANAHTAR
Başmüdürlüğü Unvan: Yeni Giriş Personeli
Telefon No: 2422496000 Faks No: 2422496040
e-Posta: yazitil@akdeniz.edu.tr Elektronik Ad: www.akdeniz.edu.tr
Kep Adresi: akdenizuniversitesi@hs01.kep.tr Telefon No: 6289

EK-8. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-81266704-774.01.99-216887912
Konu : Hande TÜZÜN (Araştırma İzin Talebi)

01.06.2023

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ)

İlgi : 30.05.2023 tarihli ve E-98360293-604.02.02-216654494 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastahkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hande TÜZÜN'ün "Acil Hemşirelerinin Yetişkin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulamalarını Kolaylaştıran ve Zorlaştıran Durumlara Yönelik Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma" başlıklı yüksek lisans tezi çalışmasını kurumumuzda yapma talebi tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Halil Yalçın YÜKSEL
Başhekim

EK-9. Kepez Devlet Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya Kepez Devlet Hastanesi



Sayı : E-15107294-604.01.02-216855421
Konu : Hande TÜZÜN(Araştırma İzin Talebi)

01.06.2023

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ (SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ)

İlgi : 30.05.2023 tarihli ve E-98360293-604.02.02-216654494 sayılı yazınız.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hande TÜZÜN'ün "Acil Hemşirelerinin Yetişkin Kardiyopulmoner Restisitasyon Uygulamalarını Kolaylaştıran ve Zorlaştıran Durumlara Yönelik Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma" başlıklı çalışmasının Kepez Devlet Hastanesi'nde yapabildiği isteğine ilişkin müracatı, sağlık tesisimizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmanın amacı,yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılması, çalışmanın sonucunun sağlık tesisimizin bilgisi dışında ilan edilmemesi, çalışma sonunda sonuç raporunun sağlık tesisimize gönderilmesi, bilgi güvenliği, enfeksiyon kontrol önlemleri ve çalışan haklarına dikkat edilmesi şartları ile hastanemiz tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Ramazan GÜRKAN
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 9FAAC1DD-C673-4137-A58D-AA40A7E4518D

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

Hısnı Karakaş Mah. No:124, Güneş Cad., 07320 Kepez 07000

Telefon No: 0242

e-Posta: [Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/](mailto:Internet.Adresi:https://www.saglik.gov.tr/)

Kep Adresi:

Bilgi için: Nurdan İŞLER
Sağlık Memuru

Telefon No: 00000000000





T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya Atatürk Devlet Hastanesi



Sayı : E-71713619-604.01.02-216869374
Konu : Hande TÜZÜN(Araştırma İzin Talebi)

01.06.2023

ANTALYA SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ

İlgi : 30.05.2023 tarihli ve E-98360293-604.02.02-216654494 sayılı yazınız.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hande TÖZÜN'ün "Acil Hemşirelerinin Yetişkin Kardiyopulmoner Restitasyon Uygulamalarını Kolaylaştıran ve Zorlaştıran Durumlara Yönelik Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma" başlıklı yüksek lisans tezi yapabileme talebi Kurumunuzca değerlendirilerek uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. İbrahim EKE
Başhekim V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Belge doğrulama kodu: 14B85750-D884-4407-A3D3-CC9C8B254A66

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

Üçgen, Anafartalar Cd. No:100, 07040 Muratpaşa/Antalya 07000

Bilgi için: Şirin TEKİN KIRAL
Hemşire

Telefon No:

Telefon No:



EK-11. Özel Medstar Hastanesi (Yıldız) İzin Yazısı

• Evrak Tarih ve Sayısı: 09.06.2023-663228

ÖZEL
MEDSTAR
ANTALYA HASTANESİ

05.06.2023

Sayı: 23-100- 529
Konu: Hande TÜZÜN (Uygulama İzni)
İlg: 23.05.2023 tarih ve 50913635-302.14.03-646592

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi yazınızda bahsi geçen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hande TÜZÜN'ün, " Acil Hemşirelerinin Yetişkin Kardiyopulmoner Restüsitasyon Uygulamalarını Kolaylaştıran ve Zorlaştıran Durumlara Yönelik Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma" konulu yüksek lisans tezini, *ses kaydı alınmamak koşuluyla*, yapmasına hastanemiz yönetimince onay verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Nihat ŞENGAL
Başhekim/ Mesul Müdür

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hande	Uyruğu	TC
Soyadı	Tüzün	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Muratpaşa Lisesi	2012
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2016
Yüksek Lisans		
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis	2017-2020
Hemşire	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2022-halen

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YÖKDİL-2024/1	55

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler:		
IYSRC-2019	Acil Serviste Travmatik Olmayan Subaraknoid Kanamalı Hastada Hemşirelik Yönetimi: Olgu Sunumu	Poster Bildiri
İHSLC-2024	Acil Serviste Hasta ve Yakınlarının Hemşirelere Uyguladığı Şiddet Durumlarına Yönelik Araştırmaların Bibliyometrik Analizi	Sözel Bildiri