

T.C
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



ACİL SERVİSTE RESÜSİTASYON VE YAŞAM SONU
BAKIMA KATILMA KONUSUNDA AİLE GÖRÜŞLERİNİN
İNCELENMESİ

UĞUR AKMAN

Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2022

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSTE RESÜSİTASYON VE YAŞAM SONU
BAKIMA KATILMA KONUSUNDA AİLE GÖRÜŞLERİNİN
İNCELENMESİ**

UĞUR AKMAN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin Hemşirelik
Anabilim Dalı'nın Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU

GAZİANTEP

2022



**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY FORMU**

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Uğur AKMAN** tarafından hazırlanan “Acil Serviste Resüstasyon ve Yaşam Sonu Bakıma Katılma Konusunda Aile Görüşlerinin İncelenmesi” başlıklı tez, 25/07/2022 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Görevi

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası:

Kurumu/Üniversitesi

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Ayla YAVA

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Hülya SARAY KILIÇ

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. İbrahim Halil GÜZELBEY
Enstitü Müdür

İTHAF

İlk adımlarımı atmaya başladığım günden bu yana her adımında elimden tutan, bugüne gelmemde en büyük pay sahibi, hayat kaynağım anneme,

Yüksek lisans süreci boyunca bana koşulsuz destek olan, sevginin ve yol arkadaşlığının anlamını ondan öğrendiğim değerli eşime,

Her zorlukta desteklerini hissettiğim kardeşlerime,

Öğrenim sürecim boyunca beni sürekli motive eden, yorulduğumda ayağa kaldıran, değerli zamanını bana ayıran, yol gösteren ve aydınlatan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU'ya

Bütün yüksek lisans süreci boyunca başarılı olabilmem için bana her adımda destek olan, bütün imkanları seferber eden değerli müdürüm, ablam, arkadaşım Serap ÖZDAĞ'a çok teşekkür ederim.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimi sırasında hemşireliğe olan sevgimin katlanmasına neden olan ve yaptığım işin anlamını ve heyecanını bana yeniden öğreten değerli hocam Prof. Dr. Ayla YAVA'ya,

Engin bilgisinin bir damlasına talip olduğum, benden bilgisini, vaktini ve sabrını esirgemeyen, yapamayacağımı düşündüğüm her anda beni yeniden cesaretlendiren, başarma inancını bana aşılayan değerli danışman hocam Aynur KOYUNCU'ya,

Yüksek lisans tezim boyunca desteğini sürekli yanımda hissettiğim, saygıdeğer Başhekim Yardımcım Uzm. Dr. Mehmet Ali BİLGİLİ'ye,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince her adımda yardımlarını esirgemeyen hemşire arkadaşlarım Rabia GÜLBAKTI, Birsen ÇİFTÇİ, Bengisu GÜNGÖRDÜ, Fulden SONGÜR, Yalçın GÖKDUMAN ve diğer çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında desteğini benden esirgemeyen yüksek lisans öğrenimim boyunca yardımlarını eksik etmeyen değerli dostum Dr. Mehmet TAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimine başlamam konusunda beni cesaretlendiren değerli dostum, kardeşim Faruk DANIŞMAN'a,

Tez çalışmama başladığım ilk günden itibaren bana yardımını esirgemeyen Psikolog Cavit SARCAN'a

Daha planlama aşamasında güler yüzü ve yardımsever tavrıyla bu tez çalışmasını yapmam için cesaret kaynağı olan, bana her adımda destek olan ve karşılaştığım her engelde çözülmeyecek sorun yoktur inancını bana aşılayan S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yetişkin Acil Servis Sorumlu Hemşiresi Cafer GÜLEN ve ekibine,

Tez çalışmam esnasında bana yardım eden ve destek sağlayan bütün arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Uğur AKMAN

Gaziantep, 2022

ÖZET

Uğur AKMAN, Acil Serviste Resüsitasyon ve Yaşam Sonu Bakıma Katılma Konusunda Aile Görüşlerinin İncelenmesi. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep 2022. Resüsitasyon esnasında bir aile üyesinin hastanın yanında bulunarak fiziksel ve psikososyal desteğini sürdürmesi resüsitasyon esnasında aile varlığı olarak tanımlanır. Hasta ve aile üyeleri açısından yararları bilinmesine ve küresel rehberlerin önerilerine rağmen literatürde aile üyelerinin görüşleri tutarsızdır. Bu çalışmanın amacı acil servise başvuran hastaların aile üyelerinin resüsitasyon esnasında aile varlığı ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşlerinin incelenmesidir. Araştırmaya başlanmadan önce etik ve yasal izinler alındı (No: E-97105791-050.01.01-5318). Araştırma, 1 Ekim 2021- 1 Mayıs 2022 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde, tanımlayıcı ve kesitsel türde yapıldı. Araştırmanın örneklemini acil servise başvuran hastaların aile üyelerinden araştırmaya katılmaya gönüllü olan 467 aile üyesi oluşturdu. Araştırmanın verileri aile üyeleri ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Görüşmede bir klinik psikolog hazır bulundu. Veriler SPSS 22.0 paket programında analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kabul edildi. Aile üyelerinin yaş ortalaması $34,3 \pm 10,43$ olup %64,2'si erkek, %62,1'i evli, %76,9'u çekirdek aile olarak yaşamaktadır. Aile üyelerinin %61'inin yakınının resüsitasyonu esnasında bulunma seçeneğinin kendisine sunulmasını istediği, %47,5'inin yakının resüsitasyonu esnasında bulunmak ve yaşam sonu bakımına katılmak istediği belirlendi. Aile üyelerinin yakınının resüsitasyonu esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılmayı isteme konusundaki görüşleri eğitim durumu, çalışama durumu ve resüsitasyon eğitimi almış olma durumu ile karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla; $p=0.015$, $p=0.001$, $p=0.002$), ($p < 0.05$). Aile üyelerinin çoğunluğu resüsitasyonda bulunma seçeneğinin kendilerine verilmesini, yarısına yakını da resüsitasyon esnasında bulunmayı ve yaşam sonu bakıma katılmayı istemektedir. Bu konuda yasal prosedürlerin oluşturulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyopulmoner resüsitasyon esnasında aile varlığı, Aile merkezli bakım, Kardiyopulmoner resüsitasyon, Acil hemşireliği, Hemşirelik

ABSTRACT

Uğur AKMAN, Examination of Family Views on Family Presence During Resuscitation and Participation in End-of-Life Care in the Emergency Department. Postgraduate Thesis for Nursing Postgraduate Program, Gaziantep 2022. The presence of a family member during resuscitation and maintaining physical and psychosocial support is defined as family presence during resuscitation. Despite the well-known benefits for patients and family members and the recommendations of global guidelines, family members' views are inconsistent in the literature. This study was conducted to examine the views of family members of patients who applied to the emergency department about family presence during resuscitation and participation in end-of-life care. Research: It was conducted in a descriptive, cross-sectional manner in a training and research hospital. The sample of the study consisted of 467 family members of the patients who applied to the emergency department, who volunteered to participate in the study. The data of the study were collected by face-to-face interviews with family members. A clinical psychologist was present at the meeting. It was determined that 61% of family members wanted the option to be present during the resuscitation, 47.5% of family members wanted to be present during the relative's resuscitation and participate in end-of-life care. When the views of family members about being present during the relative's resuscitation and wanting to participate in end-of-life care were compared with their educational status, employment status, and receiving resuscitation training, the difference was found to be statistically significant. ($p=0.015$, $p=0.001$, $p=0.002$), ($p<0.05$ respectively). The majority of family members want to be offered the option to resuscitate and with nearly half wishing to be present during resuscitation and to participate in end-of-life care. Legal procedures need to be established in this regard.

Key Words: Family presence during resuscitation, Family-centered care, Cardiopulmonary resuscitation, Emergency nursing, Nursing

TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans /Doktora tezi olarak sunduğum “**Acil Serviste Resüsitasyon ve Yaşam Sonu Bakıma Katılma Konusunda Aile Görüşlerinin İncelenmesi**” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Tarih: 25/07/2022

Öğrenci Adı Soyadı: Uğur AKMAN

İmza:

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
ŞEKİL DİZİNİ.....	ix
TABLO DİZİNİ.....	x
SEMBOLLER /KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kardiyak Arrest.....	5
2.1.1. Hastane İçi Kardiyak Arrest	5
2.1.2. Hastane Dışı Kardiyak Arrest.....	6
2.2. Yaşam Kurtarma Zinciri	6
2.3. Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR)	8
2.3.1. Temel Yaşam Desteği.....	8
2.3.2. Sadece Elle Kardiyopulmoner Resüsitasyon	10
2.3.3. İleri Yaşam Desteği	10
2.3.4. Hava Yolunun Açılması	13
2.3.5. Yüksek Kalitede Kardiyopulmoner Resüsitasyon.....	13
2.3.6. Havalandırma.....	13
2.3.7. Erken Defibrilasyon.....	14

2.3.8.	Kardiyak Arrest için Diğer Elektrik veya Psödo-Elektrik Tedavileri	14
2.3.9.	İlaç Uygulama Yolları	14
2.3.10.	Kardiyak Arrest Sırasında Vazopresör Kullanımı	15
2.3.11.	Kardiyak Arrest Sırasında Vazopressör Olmayan İlaçların Kullanımı.....	15
2.3.12.	Resüsitasyonun Sonlandırılması	15
2.3.13.	Resüsitasyon Sonrası Bakım.....	15
2.3.14.	Hedeflenen Vücut Sıcaklığı Yönetimi	16
2.3.15.	İyileşme.....	16
2.4.	Hasta Merkezli Bakım	16
2.4.1.	Kişi Merkezli Bakımın Uygulanması İçin Üç Rutin Uygulama.....	17
2.4.2.	Kişi Merkezli Bakımın Uygulanmasının Önündeki Engeller.....	18
2.5.	Aile Merkezli Bakım	18
2.6.	Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı	19
2.6.1.	Resüsitasyonda Esnasında Aile Varlığının Uygulanması	19
2.6.2.	Aile Üyesini Destekleme Stratejileri	20
2.6.3.	Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığı Kontrendikasyonları	21
2.6.4.	Kardiyopulmoner Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı Seçeneği Sunulurken Dikkate Alınması Gereken Faktörler.....	21
2.6.5.	Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı Konusunda Yazılı Politikaların Varlığı	21
2.6.6.	Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı Uygulamasında Aileye Destek Olacak ve Rehberlik Edecek-Sağlık Profesyoneli	22
2.6.7.	Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı Konusunda Etik Kaygılar.....	22
2.7.	Ölümü Yaklaşan Hastanın Bakımı.....	22
2.7.1.	Ölümü Yaklaşan Hastanın Bakımının Hedefleri	23
2.7.2.	Ölümcül Hastası Olan Aile Üyesi ve Yas Süreci	23
2.8.	Kötü Haber Verme	24

2.8.1.	Kötü Haber Verme Protokolleri	24
2.9.	Yaşam Sona Erdikten Sonraki Bakım	24
2.10.	Resüsite Etmeme Kararı.....	25
2.10.1.	Resüsitasyon ve Yaşam Sonu Kararları İçin Etik Yönler.....	26
2.10.2.	Yararsızlık (Nafile Bakım)	26
2.10.3.	Kardiyopulmoner Resüsitasyon Yapılmaması ile İlgili Ön Direktifler	26
2.10.4.	Ötenazi	27
2.10.5.	İnsan Hakları Açısından Resüsitasyon ve Yaşam Sonu Kararları	27
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1.	Araştırma Soruları.....	28
3.2.	Araştırmanın Etik Yönü:.....	28
3.3.	Araştırmanın Tipi Yeri Zamanı	29
3.4.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.4.1.	Örneklem Ölçütleri	31
3.5.	Veri Toplama Gereçleri	31
3.5.1.	1. Bölüm: Tanıtıcı Bilgiler Formu	31
3.5.2.	2. Bölüm: Aile Üyelerinin REAV Görüşlerini Belirleme Formu.....	32
3.6.	Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri	32
3.7.	Araştırmanın Uygulanması	33
3.7.1.	Etik ve Yasal İzinlerin Alınması	33
3.7.2.	Aile Üyelerinin Bilgilendirilmesi	33
3.7.3.	Araştırma Verilerinin Toplanması.....	34
3.7.4.	Verilerin Analizi	35
		35
3.8.	Verilerin İstatistiksel Analizi	35
3.9.	Tez Takvimi	36
4.	BULGULAR	37

4.1.	Bölüm I Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
4.2.	Bölüm II Aile Üyelerinin Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı ve Yaşam Sonu Bakıma Katılma Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bulgular	39
4.3.	Bölüm III Aile Üyelerinin Resüsitasyon Esnasında Aile varlığı ve Yaşam Sonu Bakıma Katılmaları Konusundaki Görüşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	45
5.	TARTIŞMA.....	54
5.1.	Bölüm I Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması ..	54
5.2.	Bölüm II Aile Üyelerinin Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı ve Yaşam Sonu Bakıma Aktif Olarak Katılma Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	54
5.3.	Bölüm III Aile Üyelerinin Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı ve Yaşam Sonu Bakıma Katılma Konusundaki Görüşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	62
6.1.	Sonuçlar	62
6.2.	Öneriler	63
6.3.	Sınırlılıklar	63
6.4.	Araştırmanın Kliniğe Yansıması	64
7.	KAYNAKLAR.....	65

EKLER

EK-1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

EK-2. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurul Kararı

EK-3. S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Alınan Kurum İzni

EK-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK-5. Tanıtıcı Bilgiler Formu

EK-6. Aile Üyesi Görüşleri Formu

EK-6. Lisansüstü Tez İntihal Rapor Formu

EK-7. Özgeçmiş

ŞEKİL DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 2-1. Amerikan Kalp Derneği Hayatta Kalma Zincirleri.....	7
Şekil 2-2 Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları için Yetişkin Temel Yaşam Desteği Algoritması ...	9
Şekil 2-3 Amerikan Kalp Derneği İleri Yaşam Desteği Algoritması.....	11
Şekil 2-4. Avrupa Resüsitasyon Konseyi Yetişkin İleri Yaşam Desteği Algoritması	12
Şekil 3-1 Araştırmanın Örneklemi	30
Şekil 3-2 Araştırma Verilerinin Toplanması	35
Şekil 3-3 Tez Takvimi.....	36



TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 4-1. Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özellikleri	38
Tablo 4-2. Aile Üyelerinin Yakının Resüsitasyonu Esnasında Bulunma ve Yaşam Sonu Bakıma Katılmayı İsteme Konusundaki Görüşleri.....	39
Tablo 4-3. Aile Üyelerinin Resüsitasyon Esnasında Bulunmayı İsteme Nedenleri	42
Tablo 4-4. Aile Üyelerinin Resüsitasyon Esnasında Bulunmayı İstememe Nedenleri	43
Tablo 4-5. Aile Üyelerinin Sağlık Profesyonellerinin İşlerini İyi Yapmadıklarını Düşündükleri Zaman Tepkileri	44
Tablo 4-6. Aile Üyelerinin Yakının Son Anlarını Geçirmesini İstedığı Yer Konusundaki Görüşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması	46
Tablo 4-7. Aile Üyelerinin Yakının Resüsitasyonu Esnasında Bulunması Konusundaki Görüşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması	48
Tablo 4-8. Aile Üyelerine Yakının Resüsitasyonu Esnasında Bulunma Seçeneği Sunulması Konusundaki Görüşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4-9. Aile Üyelerinin Yakının Resüsitasyonu Esnasında Aktif Olarak Bulunma ve Yaşam Sonu Bakıma Katılmayı İsteme Konusundaki Görüşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması.....	52

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafikler	Sayfa No
Grafik 4-1 Aile Üyelerinin Yakının Son Anlarını Geçirmesini İstedığı Yer	40
Grafik 4-2 Yakının Resüsitasyonu Esnasında Aile Üyelerinin Bulunması	41
Grafik 4-3 Yakının Resüsitasyonu Esnasında Aile Üyelerine Bulunma Seçeneği Sunulması	41
Grafik 4-4 Yakının Resüsitasyonu Esnasında Bulunma ve Yaşam Sonu Bakıma Aktif Katılmayı İsteme	42



SEMBOLLER /KISALTMALAR LİSTESİ

AACN : American Association of Critical-Care Nurses

AHA : American Heart Association

AÜ : Aile Üyesi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ENA : Acil Hemşireler Derneği

ERC : European Resuscitation Council

HDKA : Hastane Dışı Kardiyak Arrest

HİKA : Hastane İçi Kardiyak Arrest

İO : İntra Oseöz

İV : İntra Venöz

İYD : İleri Yaşam Desteği

KPR : Kardiyopulmoner Resüsitasyon

NİCE : National Institute for Health and Care Excellence

REAV : Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı

1. GİRİŞ

1.1.Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Resüsitasyon solunumu ve dolaşımı duran hastalara uygulanan yaşam kurtarıcı prosedürlerdir. Başarı oranı oldukça düşüktür, yüksek oranda ölüm ile sonuçlanır (1). Bir Aile Üyesinin (AÜ) resüsitasyon esnasında hastanın yanında bulunarak fiziksel ve psikososyal desteğini sürdürmesi, Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı (REAV) olarak tanımlanır (2–4). Aile merkezli bakım teorisine göre; hastanın otonomisinin kaybolduğu durumlarda tercihleri ve gereksinimleri konusundaki kararlar AÜ'lere devredilir (5, 6). Aileler aynı zamanda sağlık ekibinin hayati bir parçası, yakınlarının sağlığı ve esenliği için gerekli bir unsur olarak görülmekte ve hasta ile ailesinin bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği giderek daha fazla kabul görmektedir (7). REAV aile merkezli bakım teorisinin bir parçası olarak görülmekte, her geçen gün literatür desteği kazanmaktadır (2–5). Bu teorinin öncülü AÜ'lerin resüsitasyona pasif bir katılımından ziyade hastayı ve sağlık profesyonellerini destekleyebilmesidir (6). Resüsitasyon esnasında bulunan AÜ aynı zamanda hastanın otonomisini de devralır (2, 5). American Association of Critical-Care Nurses (AACN)'ye göre REAV uygulamasının tıbbi karar vermeyi kolaylaştırdığı ve bakım kalitesini iyileştirdiği bildirilmektedir (8). Aile merkezli bakım açısından REAV uygulaması gerçekleşmemiş bir hedeftir ve uygulanması literatürde halen tartışmalı bir konudur (2, 5).

Hasta ve aile tercihlerinin ön planda tutulması hemşirelikte önem kazanmış bir paradigmadır. Yaklaşık 40 yıl önce REAV tartışılmaya başlanmış ve hemşirelerin ilgisini çekmiştir. Doyle ve arkadaşları tarafından AÜ tercihlerinin belirlendiği ilk çalışmada; AÜ'lerin %72'sinin resüsitasyon esnasında bulunmak istediği belirlenmiştir (9). Amerika Birleşik Devletleri'nde Acil Hemşireleri Derneği (ENA) 1995'ten beri REAV uygulamasını önermektedir (10). Güncel rehberlerde de aynı öneri mevcuttur. European Resuscitation Council (ERC) 2021 rehberinde de REAV için AÜ'lere bir seçenek sunulması önerilmiştir (1). Ancak bu öneriye rağmen ERC rehberi önerilerinin uygulandığı 32 Avrupa ülkesinden sadece yarısından daha azında REAV uygulamasına izin verilmektedir (11). AACN rehberinde resüsitasyon esnasında AÜ'lerden bir temsilcinin yatak başında bulunması ve bu konu ile ilgili yazılı prosedürler oluşturulması önerilmiştir. Meslek kuruluşlarının ve kılavuzların önerilerine rağmen Birleşik Devletler 'deki kritik bakım ünitelerinin sadece %5'i, Kanada'da %8 ve Avrupa'da ise %7'si yazılı yönergelerle sahiptir (8).

Yeni bir kavram olmamasına (9) rağmen REAV uygulamasında acil çalışanlarının uygulamaları tutarsızdır ve sistematik değildir (2, 12). Resüsitasyon odasına alınan hastaların AÜ'leri genellikle bekleme odasında yalnız kalırlar. Bu esnada hasta ölür ise yeterince müdahale edilmediği endişesi taşıyabilirler. Hasta yalnız başına öldüğünden, vedalaşma fırsatı bulamadıkları için suçluluk duygusu yaşayabilirler (13). Resüsitasyon yapılan hastaların AÜ'lerin desteklenmesi küresel rehberlerde (1, 14) resüsitasyon ekibinin görevleri arasında tanımlanmasına rağmen çoğu zaman acil servislerde AÜ'leri, bilgilendiren ve destekleyen bir sağlık profesyoneli bulunmaz. Genellikle bu işi hastaların klinik durumu, prognozu ve resüsitasyonun uzun vadeli etkileri hakkında sınırlı bilgilere sahip, sağlık profesyoneli olmayan kişiler üstlenir (12). Sağlık Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) ve ERC rehberi, AÜ'ler ile iletişiminden bir ekip üyesinin sorumlu olmasını önermiştir (1, 14). İletimden sorumlu ekip üyesi hastaların geçmiş sağlık öyküsünü, hasta ve AÜ'lerin tercihlerini ve manevi ihtiyaçlarını belirlemede yardımcı olabilir. Hastanın ve AÜ'lerin dini, sosyal ve kültürel özellikleri göz önünde bulundurularak bakım almasına katkı sağlayabilir (14).

Yakın zamanda yapılan bir sistematik incelemenin sonuçları REAV uygulamasını, sağlık profesyonellerinin rutin olarak benimsemediklerini yansıtmaktadır (2). Sağlık profesyonellerinin görüşlerini inceleyen çalışmalarda; REAV uygulamasını desteklemedikleri, genellikle AÜ'leri resüsitasyon odasına hiç davet etmedikleri belirlenmiştir (13, 15). Bu konuda en sık rapor edilen engeller; resüsitasyona tanık olmanın AÜ'ler için üzücü, yıkıcı ve travmatik olabileceği, AÜ'lerin prosedürleri bilmemesi nedeniyle prosedürlere fiziksel olarak müdahale edebilecekleri korkusu, ekip üyelerinin performans kaygısı, tepki alma korkusu, dava edilme korkusu, şiddete maruz kalma korkusu, resüsitasyon odasında sınırlı bir alan olması ve mimari engellerin bulunmasıdır (12, 15–17). Ayrıca örgütsel destek eksikliği, insan gücü eksikliği ve sağlık profesyonellerinde bilgi eksikliği ise diğer nedenlerdir (15, 18, 19). İnsanlar aileleri hakkında kötü bir haber aldıkları zaman tepkilerini ağlayarak, bağırarak gösterebilirler (13, 20). Resüsitasyon odasına alınan AÜ'lerin kültürel özellikleri nedeniyle bağırarak ağlaması, ekip içi iletişim kalitesini bozabilir (20). Ayrıca AÜ'ler resüsitasyon odasında bayılabilirler. AÜ'nün bayılması sağlık profesyonellerinin dikkatini hastadan uzaklaştırabilir (13).

REAV uygulamasını öneren kanıtlar hasta ve AÜ'lerin tercihlerini ve potansiyel yararlarını temel alır (2, 10, 21–24). AÜ'lerin görüşlerini belirleyen çalışmalarda; REAV uygulamasını temel bir hak olarak gördükleri belirlenmiştir (2, 25). Bir sistematik

incelemede; REAV deneyimine sahip AÜ'ler, varlıklarının hasta ve sağlık profesyonellerine faydalı olduğunu düşündükleri, sevdikleri birinin canlandırılması esnasında bulunma seçeneği verilmesini istedikleri bildirilmiştir (2). Hastanın sadece yabancılar ile çevrili olmadığını bilmesi önemlidir (21, 23, 26). AÜ'lerin hastanın görebileceği bir yerde bulunması hastalar için bir güven ve huzur ortamı sağladığı gibi (4), hastaya, fiziksel, duygusal ve ruhsal olarak da yararlıdır (21). Hastalar bilinçsiz olsalar bile AÜ'lerin varlıklarını hissettiklerini ve rahatladıklarını bildiren raporlar bulunmaktadır (21–23). Sınırlı sayıda çalışmada AÜ'lerin hastalara dokunabildikleri, hasta ile konuşabildikleri, ölüm olması durumunda ölüm sonrası bakıma katılabildikleri ve sağlık profesyonellerine yardımcı olabildikleri gösterilmiştir (23, 26). Bir çalışmada AÜ'lerin bir çocuğa sevdiklerini söylemeleri ve ölmesine izin vermeleri anlatılmıştır (26).

Meta-sentez çalışmaları ve bütünleştirici incelemeler REAV uygulamasının, uygulamaya katılan AÜ'ler için de bazı faydaları olduğunu öne sürmektedir (2, 4, 10, 24). Bu faydalar; hasta için her şeyin yapıldığını bilmek, yardımcı ve destekleyici olma hissi, kritik bilgileri sağlık profesyonelleri ile paylaşmak ve sağlıklı bir yas süreci olarak tanımlanmıştır (2, 10, 24). REAV uygulamasını AÜ'lerin psikolojileri açısından olumlu sonuçlar ile ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur (3, 8, 25, 27). REAV uygulamasının AÜ'lerin stres ve kaygılarını azaltabileceği ve AÜ'lerin daha sağlıklı bir yas süreci geçirebileceği düşünülmektedir (25, 27). Bir çalışmada resüsitasyona tanık olan AÜ'lerde, tanık olmayanlara göre post travmatik stres bozukluğunun anlamlı ölçüde düşük olduğu belirlenmiştir (3). Resüsitasyon esnasında bulunmayan AÜ'lerde bulunanlara göre daha uzun ve patolojik bir yas süreci yaşadıkları, daha fazla kaygı ve depresyon belirtilerine sahip oldukları sık rapor edilmektedir (3, 8).

REAV uygulaması konusunda yazılı prosedürlere gereksinim olduğu açıktır. Ancak literatürde resüsitasyon esnasında ve yaşam sona erdikten sonra AÜ'lerin gerçekleştirdikleri roller konusunda sınırlı sayıda kanıt bulunmaktadır. Kanıt eksikliği REAV konusunda gerçekçi ve uygulanabilir prosedürlerin oluşturulmasında en önemli engeldir. AÜ'lerin görüşlerinin belirlenmesinin, resüsitasyon esnasında ve yaşam sona erdikten sonra yerine getirebildikleri rollerin tanımlanmasının, bu konudaki kısıtlılık ve engellerin azaltılmasında yararlı olabileceği değerlendirildi.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada acil servise müracaat eden hastaların aile üyelerinin resüsitasyon esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılma konusunda görüşlerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kardiyak Arrest

Çeşitli nedenlerle normal dolaşımın durması ve kardiyak fonksiyonların kaybedilmesi kardiyak arrest olarak tanımlanmaktadır (28). En kısa sürede kardiyopulmoner resüsitasyona başlanmazsa ölümle sonuçlanması kaçınılmazdır (29). Yetişkinlerde ani kardiyak arrest çoğunlukla miyokard enfarktüsü ve elektriksel bozukluklar olmak üzere iki nedenle gerçekleşmektedir. Bununla birlikte birincil olarak kardiyak nedenlere bağlı olmayan; solunum yetmezliği, zehirlenme, pulmoner emboli ve boğulma gibi nedenlere bağlı olarak da gerçekleşebilmektedir. Bu gibi durumlarda altta yatan nedenin tedavisi de hayatta kalım açısından önemlidir. Ayrıca opioid doz aşımı gibi bazı nedenlerden dolayı da kardiyak arrest görülebilmektedir (30). En önemli belirti ve bulguları; göğüs ağrısı, solunum güçlüğü, çarpıntı hissi ve yorgun hissetme olarak sayılabilir. Sayılan belirtiler kardiyak arreste özel olmasa da ipucu verebilir. Ayrıca bilinç kaybı, düzensiz solunum, nabzın hissedilememesi, kalp atım seslerinin duyulamaması, ventriküler taşikardi, ventriküler fibrilasyon, asistoli, nabızsız elektriksel aktivite, pupiller dilatasyon, derinin siyanotik ve solgun olması ve kan basıncının düşüklüğü de kardiyak arrest belirtileri arasındadır (31). Gerçekleştiği yere göre hastane içi kardiyak arrest (HİKA) ve hastane dışı kardiyak arrest (HDKA) olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır (32).

2.1.1. Hastane İçi Kardiyak Arrest

Hastane içi kardiyak arrest hastanede yatmakta olan bütün hastaların etkilenme potansiyeline sahip olduğu akut gelişen bir olaydır (33). Her ne kadar HİKA'nın global insidansı iyi tanımlanamasa da Amerikan Kalp Derneği'nin verilerine göre 2003-2007 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde HİKA insidansının yıllık 211 000 olduğu ve her 1000 başvuruda kabaca 6-7 olduğu tahmin edilmiştir (34, 35). Aynı kurumun 2008-2017 yılları arasındaki verilerine göre ise yıllık insidansın 292 000 olduğu ve her 1000 başvuru başına 9-10'a yükseldiği gösterilmiştir (33). Birleşik Krallık Ulusal Kardiyak Arrest Denetimi'nin verilerine göre İngiltere'deki HİKA insidansı 2011-2013 yılları için her 1000 başvuru başına 1,6 olduğu tahmin edilmektedir (36).

Her ne kadar son 20 yılda Amerika Birleşik Devletleri'nde HİKA vakalarında gözle görünür bir artış görülse de elde edilen sonuçlar 2000 yılından beri gün geçtikte iyileşmektedir. 2018 yılı verilerine göre sağ kalım oranları ilk müdahaleden sonra %45-%85 arasında, hastaneden

taburcu olana kadar ki sürede %10-%35, iyi nörolojik sonuçlarla hayatta kalma oranı %7-%35, 1 yıllık sağ kalım ise %5-%35 arasında değişmektedir (32). Türkiye İstatistik Kurumu'nun yayınladığı 2019 yılına ait verilere göre ise Türkiye'de toplam ölüm oranının %36,1'ini dolaşım kaynaklı hastalıklar oluşturmakta ve bunun %39,1'ini de iskemik kalp hastalıkları oluşturmaktadır (37).

2.1.2. Hastane Dışı Kardiyak Arrest

Hastane dışı kardiyak arrest tüm dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Çeşitli nedenlerle halk sağlığı üzerindeki yükü tam olarak hesaplanamamakla beraber İngiltere'de 2014 yılında 28 729 HDKA vakasına acil müdahale sistemi ile müdahale edildiği ve bunların sadece %7,9'unun hastaneden taburcu olabildiği tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde HDKA insidansının her 100 000 kişide 53, küresel olarak bakıldığında ise Avrupa'da 34,4, Asya'da 59,4, Avusturalya'da ise 49,7 vaka olduğu, hastaneden taburcu olma oranlarının ise Avrupa'da yüzde 7,6, Asya'da 3 ve Avusturalya'da ise 9,7 olduğu tahmin edilmektedir (38).

2.2.Yaşam Kurtarma Zinciri

1991'den beri, American Heart Association (AHA), resüsitasyon bilimi ve eğitimi uygulamak için kullanılan koordineli çaba olan bir hayatta kalma zinciri kavramını vurgulamaktadır. AHA'nın hayatta kalma zincirinde, kardiyak arrestin erken tanınması, acil müdahale sisteminin aktivasyonu, erken defibrilasyon, yüksek kaliteli kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR), gelişmiş resüsitasyon teknikleri ve kardiyak arrest sonrası bakım vurgulanmaktadır. Yaşam kurtarma zinciri yaş gruplarına ve arrestin gerçekleştiği yere göre değişiklikler göstermektedir (39). Amerikan Kalp Derneği'nin yaş gruplarına ve gerçekleştiği yere göre yaşam kurtarma zincirleri Şekil 2.1'de gösterilmiştir.

Adult IHCA



Adult OHCA



Pediatric IHCA



Pediatric OHCA



Şekil 2-1. Amerikan Kalp Derneği Hayatta Kalma Zincirleri (39)

Kardiyak arrestin yeri ve gerçekleştiği yaş grubuna göre içerik ve sıralamalar değişiklikler göstermektedir. Fakat her hayatta kalma zinciri bazı unsurları içerir. Bu unsurlar şu şekilde sıralanmaktadır:

- ✓ Müdahale edecek kişilerin eğitimi, kardiyak arrestin erken tanınması ve hızlı müdahale de dahil olmak üzere önleme ve hazırlık.
- ✓ Acil müdahale sisteminin hastane dışında veya hastane içinde etkinleştirilmesi.
- ✓ Ventriküler fibrilasyon ve nabızsız ventriküler taşikardinin erken defibrilasyonu ve yüksek kaliteli KPR.
- ✓ İlaçlar, gelişmiş hava yolu müdahaleleri ve ekstrakorporeal KPR de dahil olmak üzere gelişmiş resüsitasyon müdahaleleri.
- ✓ Kritik bakım müdahaleleri ve hedeflenen vücut sıcaklığı yönetimi de dahil olmak üzere KA sonrası bakım.
- ✓ Fiziksel, bilişsel, duygusal ve aile ihtiyaçları için etkili bir iyileşme desteği (39).

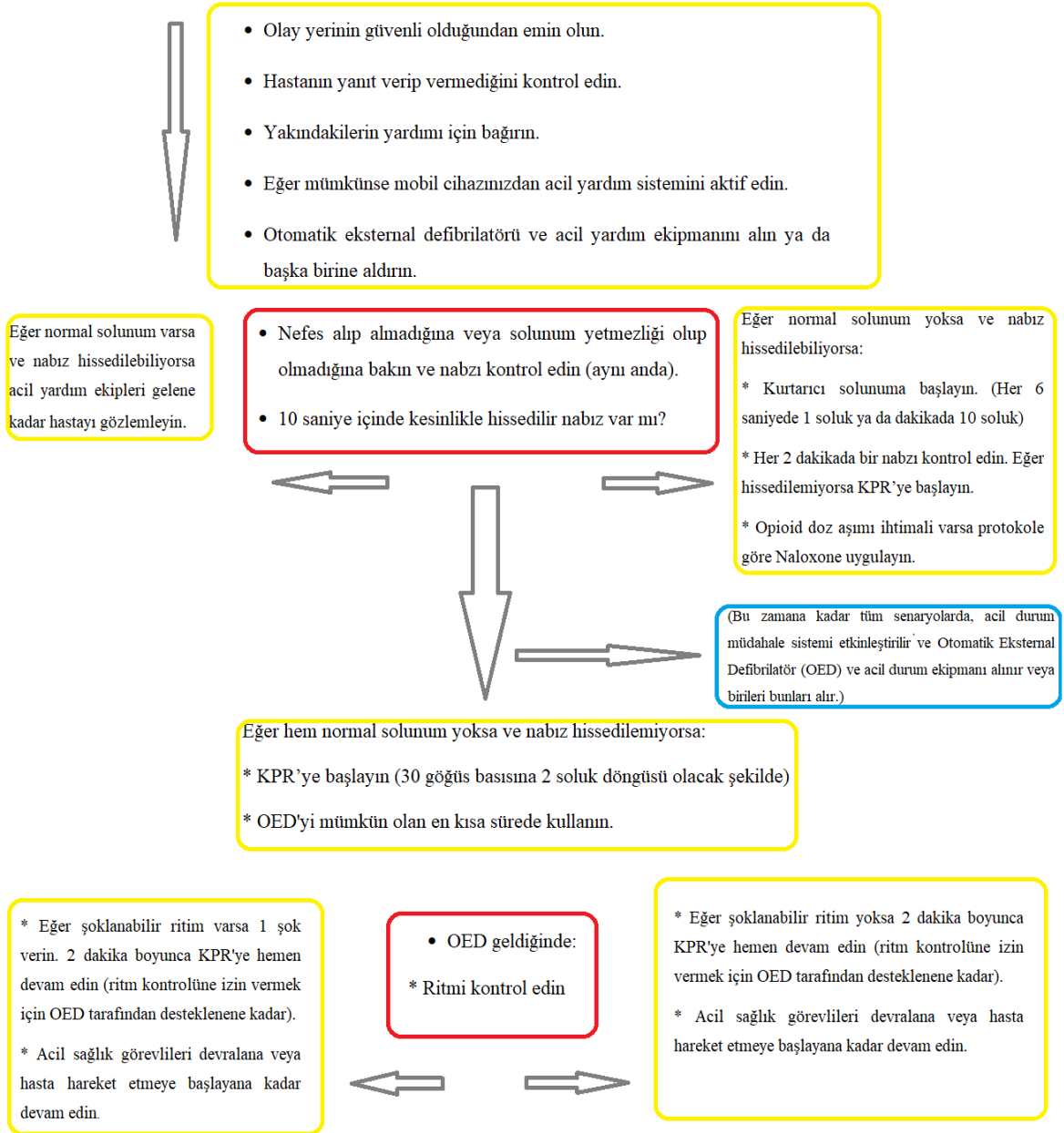
2.3.Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR)

Kardiyopulmoner resüsitasyon solunumu ve dolaşımı duran hastalara uygulanan yaşam kurtarıcı prosedürlerin tamamı olarak adlandırılabilir. KPR’de amaç hastanın normal dolaşımının ve solunumunun geri döndürülmesi ve solunum ve dolaşımın durmasına bağlı olarak gelişebilecek beyin hasarını engellemektir (40). Tarihçesi çok eskiye dayansa da ilk modern KPR tanımı Kouwenhoven ve arkadaşları tarafından 1960 yılında yapıldı ve 60 yılı aşkın bir süredir gelişerek bugüne kadar ulaştı (41).

2.3.1. Temel Yaşam Desteği

Kardiyak arrest tespit edildikten sonra resüsitasyon süreci, acil müdahale sisteminin aktivasyonu ve KPR'nin başlatılmasıyla devam eder. KPR'nin hemen başlatılması, hayatta kalma ihtimalini ve nörolojik sonuçları iyileştirmek için elzendir (42). İdeal olan acil yardım çağrısının ve KPR'nin başlatılmasının aynı anda gerçekleştirilmesidir. Mevcut yaygın mobil cihaz kullanımı ve erişilebilirlik imkanlarının fazla olması, yalnız olan bir kurtarıcının bir yandan telefonu hoparlöre alıp yardım almak için arama yaparken, diğer yandan eş zamanlı olarak hemen KPR'yi başlatarak acil yardım sistemini etkinleştirmesini mümkün kılmaktadır (30). Kurtarıcının acil yardım merkezinden KPR sırasında görüntülü destek alması göğüs kompresyonlarının kalitesini arttırmaktadır (43). AHA 2020 temel yaşam desteği algoritması Şekil 2.2’de gösterilmiştir.

Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları için Yetişkin Temel Yaşam Desteği Algoritması



*AHA 2020 rehberindeki algoritma baz alınarak yazar tarafından hazırlanmıştır (30)

Şekil 2-2 Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları için Yetişkin Temel Yaşam Desteği Algoritması (30)

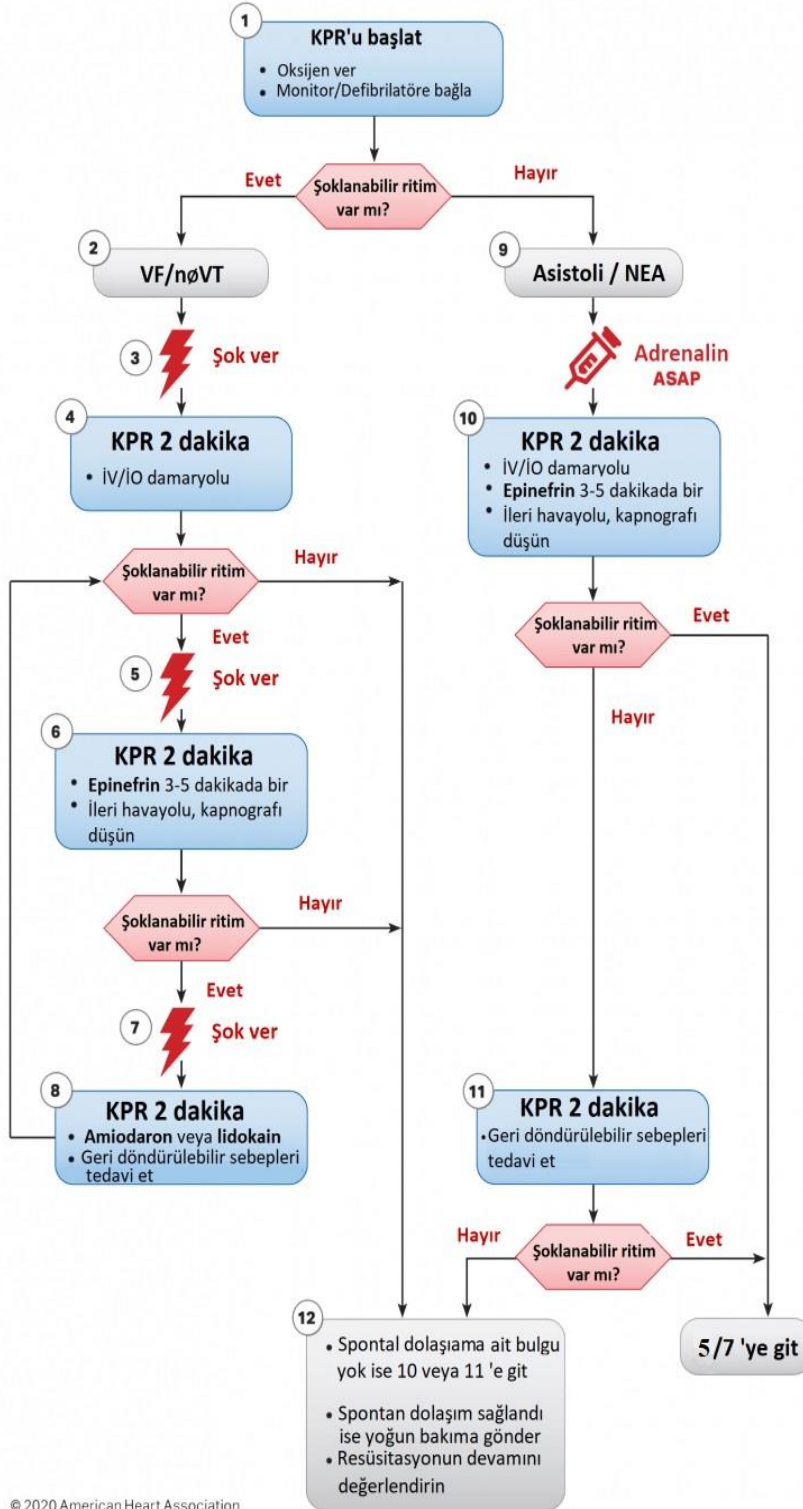
2.3.2. Sadece Elle Kardiyopulmoner Resüsitasyon

Kardiyak arreste müdahale eden kurtarıcının 30 kompresyona 2 nefes olacak şekilde KPR yapması önerilmektedir. Fakat hastaya zarar verme korkusu, kurtarıcı nefes vermenin karmaşıklığı ve fiziksel temastan kaçınma gibi nedenlerle KPR yapmada isteksizlikler olabilmektedir. Bu nedenle kardiyak arrest sırasında daha fazla kurtarıcıyı harekete geçirmek için bir KPR yöntemi olan “Sadece Elle KPR” (Hands Only CPR) kavramı ortaya çıktı. Hastane dışında birinin kardiyak arrest geçirdiğine şahit olan bireyler için kullanılması önerildi (44).

2.3.3. İleri Yaşam Desteği

Kardiyak arrestin belirlenmesiyle beraber hava yolu açıklığı, solunum ve dolaşımın sağlanması için belli kurallar çerçevesinde bir dizi girişim uygulanır (11). Bu girişimler ileri yaşam desteği (İYD) olarak tanımlanabilir. İYD’nin nasıl uygulanacağı konusunda küresel rehberler algoritmalar yayınlamışlardır. Amerikan Kalp Derneği ve Avrupa Resüsitasyon Konseyi’nin ileri yaşam desteği algoritmaları Şekil 2.3 ve Şekil 2.4’te gösterilmiştir.

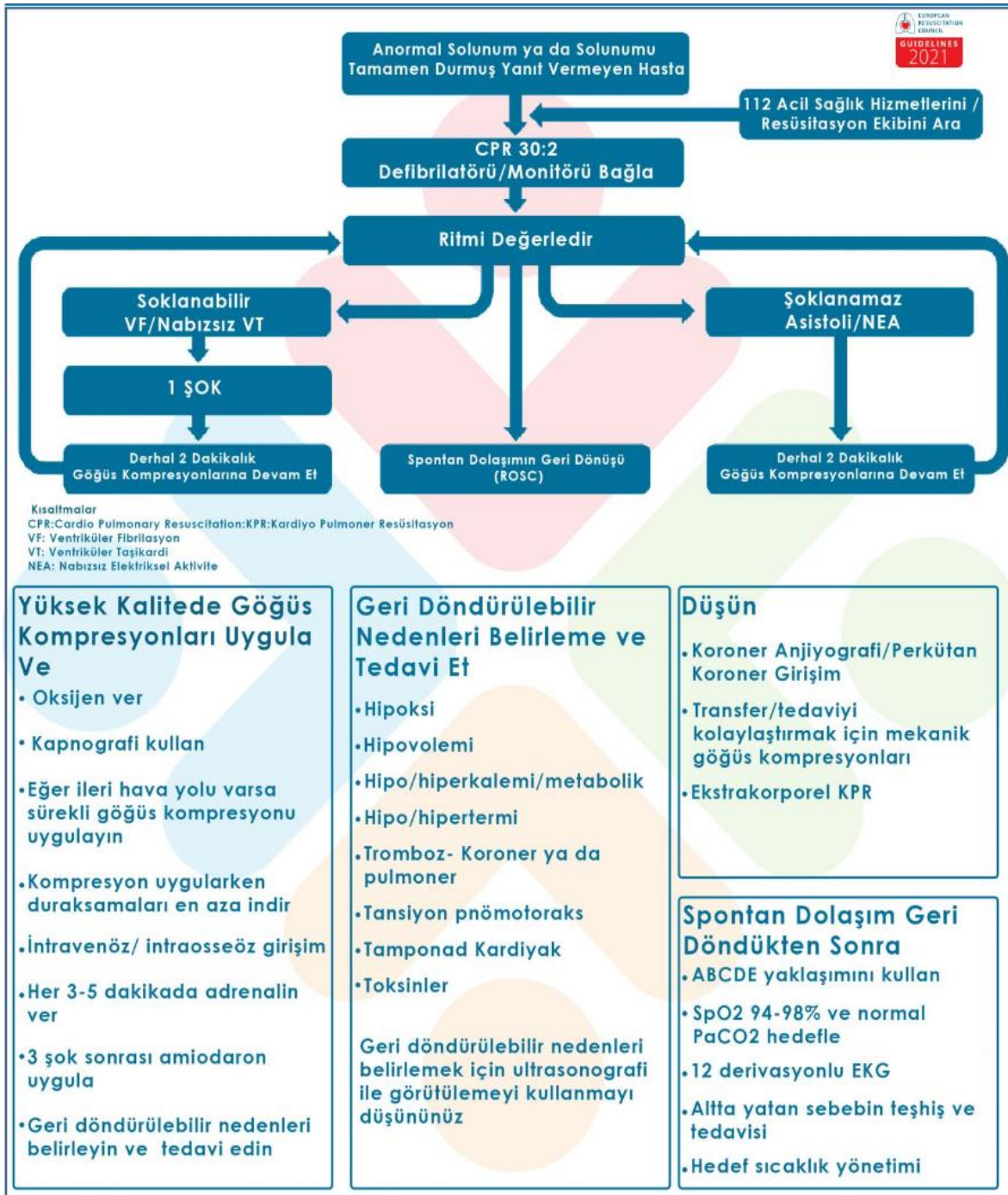
Erişkin Kardiyak Arrest Algoritması 2020



© 2020 American Heart Association

Etkin KPR
-Güçlü ve hızlı kompresyon uygula(>5cm, >100-120 dk) göğüs kafesinin gevşemesine izin ver - Kopresyon esnasında duraksamayı azalt - Aşırı ventilasyondan kaçın - Kompresyon yapını 2 dakika veya yorulduysa değiştir - Hava yolu sağlanamıyorsa 30/2 oranında kompresyon/ventilasyon uygula - Kapnografik dalga formunu izle, eğer PETCO2 düşük veya azalıyor ise KPR'yi gözden geçir
Defibrilasyon için şok enerjisi
Bifazik: üretici tavsiyesi 120-200J bilinmiyorsa en üst seviye tekrar dozları aynı veya yüksek ver Monofazik: 360 J
İlaç tedavisi
- Adrenalin İV/İO dozu 1mg 3-5 dakikada bir - Amiodaron İV/İO dozu ilk doz 300 mg bolus, ikinci doz 150 mg. veya - Lidokain İV/İO dozu ilk doz 1-1.5mg/kg ikinci doz 0,5-0,75mg/kg
İleri havayolu
-Endotreakeal entübasyon veya supraglottik havayolu -Endotreakeal tüp yerleşimini, dalga form kapnograf veya kapnometri ile doğrula ve izle - İleri havayolu sağlanınca her 6 saniyede bir (10/dk) solunum vererek kopresyona devam et
Spontan dolaşıma dönme
- Nabız veya tansiyon ölçümü - PETCO2'nin ani ve devamlı yükselmesi (>40mmhg) - intraarterial basınç monitöründe spontan basınç ölçüm alınması
Geri döndürülebilir sebepler
-Hipovolemi -Hipoksi -H⁺ asidoz -Hipokalemi -Hiperkalemi -Tansiyon pnemotoraks -Toksiner -Trombozis kardiyak -Trombozis pulmoner

Şekil 2-3 Amerikan Kalp Derneği İleri Yaşam Desteği Algoritması (30)



Şekil 2-4. Avrupa Resüsitasyon Konseyi Yetişkin İleri Yaşam Desteği Algoritması (45).

2.3.4. Hava Yolunun Açılması

Kardiyopulmoner resüsitasyonda uygun ventilasyonu ve oksijenasyonu kolaylaştırmak için hava yolunu açmak şarttır. Endotrakeal entübasyon ya da supraglottik ileri hava yolu materyalleri kullanılarak hava yolu açıklığı sağlanmalıdır (45). Hangi hava yolu materyalinin kullanılacağına, hava yolu yönetimini sağlayan kurtarıcının yeteneklerine göre karar verilmelidir. Düşük ve orta entübasyon başarı oranına sahip bir kurtarıcı ile yapılıyorsa supraglottik hava yolu materyalleri kullanılmalıdır. Kurtarıcı eğer yüksek başarı oranı ile endotrakeal entübasyon yapabiliyorsa (>%95) endotrakeal entübasyon düşünülmelidir (45). Eğer ileri hava yolu açılmazsa ventilasyon kompresyon oranı 30/2 olmalıdır. Hava yolu açıklığını ve yeterli ventilasyonu ve oksijenasyonu doğrulamak için hastalar sürekli olarak izlenmelidir (42). Kapnografi bu izlemin yapılması için en ideal yollardan biridir (46).

2.3.5. Yüksek Kalitede Kardiyopulmoner Resüsitasyon

Yüksek kaliteli KPR, şoklanabilir ritimleri olan vakalarda defibrilasyonla birlikte hayat kurtaran en önemli müdahaledir. Yetişkin hastalarda göğüs kompresyonlarının sternumun alt yarısına yapılması önerilmektedir. Göğüs kompresyonları sert olmalı ve derinliği 2-2.4 inch (5-6) cm arasında olmalıdır. Hızı dakikada 100-120 bası olmalıdır. Kompresyondan sonra göğsün tam kalkmasına izin verilmelidir (47). Göğüs kompresyonlarında kesintilerin en aza indirilmesi, yeterli hız ve derinlikte kompresyon sağlanması, kompresyonlar arasında göğse yaslanmaktan kaçınılması ve aşırı ventilasyondan kaçınılması yüksek kaliteli KPR'nin anahtar bileşenleridir. Kompresyon yapan kişinin 2 dakikada bir ya da yorulduğunda değişmesi gerekmektedir (30).

2.3.6. Havalandırma

Gelişmiş bir hava yolu yerleştirilmeden önce kurtarıcının 30 kompresyona 2 nefes olacak şekilde KPR yapması uygundur. Burada dikkat edilmesi gereken husus yetişkin hasta için 500-600 ml'lik ya da göğsün yükselmesine yetecek kadar tidal hacim oluşturmak ve aşırı ventilasyondan kaçınmaktır. Gelişmiş bir hava yolu yerleştirildikten sonra oran her 6 saniyede bir 1 nefes olacak şekilde düzenlenmelidir (47). Sürekli göğüs kompresyonlarının uygulanması kompresyon fraksiyonunu artırır ancak yeterli ventilasyonun sağlanmasını zorlaştırır. Bu nedenle mümkün olduğunca eş zamanlı kompresyon ve ventilasyondan kaçınılmalıdır. Fakat bunu sağlamaya çalışırken ventilasyon için göğüs kompresyonlarına ara verilmemelidir (30).

2.3.7. Erken Defibrilasyon

Ani kardiyak arrestte ventriküler fibrilasyon (VF) veya nabızsız ventriküler taşikardi (VT) neden olduğunda, KPR ile birlikte erken defibrilasyon sağkalım için kritik öneme sahiptir. Defibrilasyon, VF ya da nabızsız VT başlangıcından sonra mümkün olan en kısa sürede uygulandığında maksimum başarı sağlanır. Kardiyak arrestin başlangıcından hastaya şok uygulanmasına kadar geçen süre çok kısa olursa ideal uygulama yapılmış olur. Tersine, VF ya da nabızsız VT daha uzun süreli olursa, kalbin enerji rezervlerinin tükenmesi nedeniyle defibrilasyonun etkinliğini tehlikeye atabilir. Bifazik defibrilatörlerde üretici önerisi bilinmiyorsa başlangıç dozu 120-200 joule, sonraki dozlar aynı ya da daha yüksek olabilir. Monofazik defibrilatörlerde ise 360 joule'dur (30).

2.3.8. Kardiyak Arrest için Diğer Elektrik veya Psödo-Elektrik Tedavileri

Defibrilasyona ek olarak, kardiyak arrest sırasında olası tedavi seçenekleri olarak çeşitli alternatif elektrik ve psödoelektrik tedaviler mevcuttur. Öksürük KPR, yumruk veya perküsyon pacing ve prekordiyal yumruk gibi psödoelektrik tedavilerin tümü, periarrest olan veya tanıklı kardiyak arrestin ilk saniyelerinde (öksürük KPR hasta bilincini kaybetmeden önce) seçilmiş hastalarda kesin tedavi hazır olmadığında geçici önlemler olarak tanımlanmıştır (47). Prekordiyal yumruk, sıkıca sıkılmış bir yumruğun ulnar yönü tarafından orta sternuma tek, keskin, yüksek hızlı bir darbedir. Prekordiyal bir vuruştan gelen kuvvet, altta yatan taşiaritmiyi sonlandırmayı umarak, düşük enerjili bir şoka benzer şekilde elektrik enerjisini kalbe iletmeyi amaçlar (48). Fakat güncel rehberlerde önerilmemektedir (47). Yumruk veya perküsyon pacing, kapalı bir yumrukla sternuma seri, ritmik, nispeten düşük hızlı bir etkinin verilmesidir (40). Yumruk pacing güncel rehberlerde önerilmemektedir (47). Öksürük KPR, aortik ve intrakardiyak basınçları artırmak amacıyla, bilinç kaybından önce geçici hemodinamik destek sağlayan, birkaç saniyede bir öksürüğün hemen ardından tekrarlanan derin nefesler olarak tanımlanır (40). Öksürük KPR'nin kardiyak arrest sırasında rutin olarak kullanımı önerilmemekte, istisnai koşullarda, bilinç kaybından hemen önce perfüzyon yapmayan bir ritim tanınırsa, yalnızca geçici bir önlem olarak önerilmektedir (47).

2.3.9. İlaç Uygulama Yolları

Acil ilaç tedavisi uygulamak için geleneksel yaklaşım periferik intravenöz (IV) yoldur. Bununla birlikte, acil koşullar altında IV erişimi elde etmek, hasta özellikleri ve uygulayıcının deneyimine bağlı olarak zor olabilir. Bu nedenle alternatif yöntemlerin

kullanılması gerekebilir. Bu yöntemler arasında intraosseöz (İO), santral venöz, intrakardiyak ve endotrakeal yollar bulunur (30). Uygulamasının yüksek derecede beceri istemesi, morbidite ihtimali nedeniyle intrakardiyak ilaç uygulaması önerilmez. Endotrakeal ilaç uygulamasının, düşük kan konsantrasyonları, öngörülemeyen farmakolojik etkileri ve diğer seçeneklerin varlığı nedeniyle kullanımı azalmıştır. Santral venöz yol, gerekli uygulama becerisi elde etmek ve sürdürmek için uygun eğitim gerektirdiğinden öncelikle hastane ortamında kullanılır. İO yol, elde edilebileceği göreceli kolaylık ve hız, İV kanülayona kıyasla daha yüksek başarılı yerleştirme oranı ve nispeten düşük prosedür riski göz önüne alındığında popülerlik kazanmıştır (45).

2.3.10. Kardiyak Arrest Sırasında Vazopresör Kullanımı

Kardiyak arrest olan hastalara her 3-5 dakikada bir 1 mg epinefrin kullanılması önerilmektedir. Şoklanamayan ritimlerde epinefrinin mümkün olan en kısa sürede verilmesi gerekir. Yüksek doz epinefrinin kullanılması önerilmemektedir. Ayrıca Vasopressin'in rutin kullanılması da önerilmemektedir (45).

2.3.11. Kardiyak Arrest Sırasında Vazopressör Olmayan İlaçların Kullanımı

Defibrilasyona yanıt vermeyen ventriküler fibrilasyon ve nabızsız ventriküler taşikardi hastalarında amiodoron ve lidokain düşünülebilir. HDKA'larda steroid kullanımının faydası belirsizdir. Kardiyak arrestlerde kalsiyumun, magnezyumun ve sodyum bikarbonatın rutin kullanılması önerilmemektedir (30).

2.3.12. Resüsitasyonun Sonlandırılması

Hastane dışı kardiyak arrest, çoğunlukla düşük hayatta kalma oranlarıyla ilişkilendirilen durumdur. Acil sağlık hizmeti sağlayıcıları için, devam eden resüsitasyonun boşuna olduğu hastaları, hayatta kalma şansı olan, sürekli resüsitasyon yapılması ve hastaneye taşınması gereken hastalardan ayırt edebilmeleri önemlidir. Bu hem kaynak kullanımına hem de hastanın hayatta kalma şansını optimize etmeye yardımcı olacaktır. Doğrulanmış bir resüsitasyon sonlandırma kuralı kullanmak, resüsitasyondan fayda göremeyecek hastaları belirlemede daha sağlıklı sonuçlar alınmasına yardımcı olacaktır (30).

2.3.13. Resüsitasyon Sonrası Bakım

Kardiyak arrest ve sonrasındaki resüsitasyonun neden olduğu iskemi-reperfüzyon hasarının sistemik etkisi, etkilenen çoklu organ sistemlerini aynı anda desteklemek için kardiyak arrest

sonrası bakımı gerektirir. İlk stabilizasyondan sonra, kritik durumdaki postarrest hastaların bakımı, hemodinamik desteğe, mekanik ventilasyona, sıcaklık yönetimine, altta yatan nedenlerin teşhisine ve tedavisine, nöbetlerin teşhis ve tedavisine, enfeksiyona karşı dikkatli olunmasına ve tedavisine ve kritik hasta durumunun yönetimine bağlıdır. Postarrest bakımın çoğu beyin hasarını hafifletmeye odaklanır. Bu amaçla serebral perfüzyon basıncının optimizasyonu, oksijen ve karbondioksit seviyelerinin yönetimi, vücut sıcaklığının kontrolü ve nöbetlerin saptanması ve tedavisi sağlanmalıdır (49).

2.3.14. Hedeflenen Vücut Sıcaklığı Yönetimi

Güncel kılavuzlarda kardiyak arrest sonrası hedeflenen vücut sıcaklık yönetimi resüsitasyon sonrası bakımın bir parçası olarak önerilmektedir. Bu kılavuzlarda hem HİKA hem de HDKA'daki tüm kardiyak ritimler için en az 24 saat boyunca 32°C ile 36°C arasında vücut ısısı önerilen aralık olarak görülmektedir (30, 49). Fakat 2021 yılında yapılan bir meta-analizin sonuçlarına göre HDKA sonrası 32–34°C hipoterminin mortaliteyi azaltmadığı ve bu hastalarda aritmi insidansının daha yüksek olduğu saptanmıştır (50). Ayrıca başka meta-analiz çalışmaları da bu kanıyı desteklemektedir (51).

2.3.15. İyileşme

Kardiyak arrestten kurtulan kişiler, kritik hastalıklardan kurtulan birçok kişi gibi, çoğu zaman bir dizi fiziksel, nörolojik, bilişsel, duygusal veya sosyal sorun yaşarlar. Bunların bazıları hastaneden taburcu olana kadar ortaya çıkmayabilir. Kardiyak arrestten sonra sağ kalanlarda hayatta kalma, rehabilitasyon ve iyileşme yolculuğu başlar. Hastaların hastane ortamından ayakta tedavi ortamına geçişlerini kolaylaştırmak için hastaneden taburcu olurken tedavi, takip ve rehabilitasyonu ele alan hayatta kalma planlarının sağlanması gerekir. Birçok hasta ve aile için bu planlar kardiyak arrestten sonra yaşam kalitesinin artması için çok önemli olabilir (30).

2.4.Hasta Merkezli Bakım

Hasta merkezli bakım hastaya bakım verilirken bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olan, hasta değerlerinin tüm klinik uygulamalara rehberlik etmesini sağlayan bir yaklaşımdır (52). Hasta merkezli bakım kavramının sağlık hizmetlerinde uzun bir geçmişi ve geleneği vardır. Bu kavramın köklerinin hastalıktan çok hastaya odaklanan Florence Nightingale'e kadar dayandırılabilceği savunulsa da (53) 1940'larda Amerikalı psikolog Carl Rogers'ın ortaya attığı kişi merkezlilik kavramı (54) ve

1960’larda Balint tarafından ortaya atılan hasta merkezli tıp kavramlarıyla günümüze kadar gelişerek gelmiştir (55). Hemşirelik bakımının yıllar içinde gelişmesi ve değişime uğramasıyla; bakım eskiden merkezinde hemşirenin olduğu ve yetenekleri ile gerçekleştirdiği faaliyetler bütünü olarak tanımlanırken günümüzde kişinin kendine özgü olan ve bütüncül bir fenomen olarak tanımlanmaktadır (56). Hemşirelik bakımı hemşire ile hasta arasında gerçekleşen ve sonucunda beden, zihin ve ruhta bir uyum yaratan etkileşimli bir ilişki olduğu kabul görmektedir (52). Bu nedenle kişinin kendisinin sağlığıyla ilgili kararlarda itici güç olması kavramı hızla gelişmekte ve ivme kazanmaktadır. Bugün artık bütün dünyada sağlık hizmetleri için altın standart haline gelmektedir (57).

Günümüzde sadece kliniğin veya tıbbi gereksinimlerin ötesinde bireyin ihtiyaç ve tercihlerinin tamamını kapsayacak şekilde hasta merkezli bakım terimi yerine artık kişi merkezli bakım terimi kullanılmaya başlamıştır (58). Kişi merkezli bakım geleneksel sağlık bakım modelini hemşire ya da diğer bakım sağlayıcıların birincil karar verme rolünde olduğu bir modelden sağlık kararlarında bireysel seçimleri ve özerkliği destekleyen bir modele doğru genişletebilir ve değiştirebilir. Her ne kadar kişi merkezli bakıma gün geçtikçe ilgi artıyor olsa da henüz üzerinde bir fikir birliğine varılamamıştır (59).

2.4.1. Kişi Merkezli Bakımın Uygulanması İçin Üç Rutin Uygulama

- ✓ Hastanın öyküsünü dinleyip öğrenerek sağlık bakım konusundaki iş birliğini başlatın.
- ✓ Sağlık bakım planlarını hasta ile beraber hazırlayarak bu iş birliğini uygulamaya dökün.
- ✓ Sağlık bakım planında üzerinde mutabık kalınan maddeleri belgeleyin ve bu iş birliğini koruyun (60).

2.4.2. Kişi Merkezli Bakımın Uygulanmasının Önündeki Engeller

Kişi merkezli bakım uygulamalarının hayata tam olarak geçirilebilmesi için mevcut sağık sistemlerinin birçoğıundaki kurallarda ve beklentilerde değışikliklere gidilmesi gerekir. Farklı uygulama ortamlarında gerçekçi olarak nelerin uygulanabileceğı endişesinden kaynaklanan çeşitli engeller vardır. Bazı önemli engellerin şunlar olduğı düşünölmektedir (61).

- ✓ Tutarsız terminoloji
- ✓ Klinik uygulamaya geleneksel yaklaşım
- ✓ İş yükünün fazla olması
- ✓ Teşviklerin yanlış yönlendirilmesi
- ✓ Uygun göstergelerin belirlenememesi
- ✓ Bakım sağılayıcının risk ve güvenlik endişeleri
- ✓ Bakımın önceden planlanmasının eksikliğı
- ✓ Sağık kayıtlarında devamlılığın eksikliğı (61).

2.5.Aile Merkezli Bakım

Aile toplumu oluşturan en küçük sosyal oluşumdur. Friedman'ın Aile Değerlendirme Modeli aileyi toplumun bir alt birimi olarak değerlendirir ve bir bütün olarak kabul eder. Aile Sistemleri Teorisi ise aileyi; kendisini oluşturan parçaların toplamında daha büyük, birbirine bağımlı, sürekli etkileşim içinde olan bir bütün olarak görür. Bu teoriye göre aile; kendi içindeki denge mekanizmaları aracılığı ile istikrarı korumaya çalışan etkileşimli bir sistemdir. Aile Değerlendirme Model'ine göre aile üyelerinden birisi, aile birimini tehdit eden bir stresör yaşadığında, tüm aile kendini tehdit altında hisseder ve koruyucu savunmalar geliştirir (62). Hastalık durumu aile sisteminde oluşacak bu stresörlerin başında gelmektedir. Aile üyelerinden birinin hastaneye yatması, sağık durumunun kritik olması veya hayatının tehlikede olması diğeri aile üyelerinde korku, endişe ve strese neden olur (63). Ayrıca ailenin sisteminde ve işleyişinde bir kriz durumu yaratır. Kriz, geçici olarak baş edememe ile sonuçlanan akut bir duygusal rahatsızlık olarak tanımlanabilir. Bu nedenle sağık hizmetlerinde hastayı ve ailesini bütöncöl olarak değerlendirmek gerekir (64).

Hastaların yakınlarının bakıma katılması fikri yaklaşık otuz yıl önce ortaya kondu. O günden bu yana hasta yakınlarının bakıma katılmasının hastaların iyileşme sürecinde olumlu etkisi olduğı gün geçtikçe daha fazla kabul görmektedir (65). Aile merkezli bakım modeli,

hastaların ailesini birer ziyaretçi olarak değil şifa kaynağı olarak görerek hiyerarşik sağlık profesyoneli merkezli bir bakım modelinin yerini almaktadır. Bu model hastanın ailesini kısa ziyaret aralığında değil devamlı olarak hastanın bakımına katan hatta vizite saatlerinde bile hastanın yanına davet eden bir yaklaşımla hastanın ailesini bakımın bir parçası olarak görür. Aile bakıma dahil olduğunda ailenin bilgi ihtiyacı karşılanmış olur, sevdikleri için her şeyin yapıldığını gördükleri için daha az endişe duyarlar, hasta kendi adına karar veremeyecek durumdaysa karar verici rolünü devralırlar. Hasta ile ilgili bilgileri gerektiğinde anında sağlık personeli ile paylaşabilirler ve hastanın değer ve inançlarının bakım planına dahil olmasını kolaylaştırırlar (66).

2.6.Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı

Kardiyopulmoner resüsitasyon esnasında hastanın baş ucunda en az bir aile üyesinin bulunması REAV olarak tanımlanır (67). REAV, ilk olarak 1982 yılında Doyle ve arkadaşları tarafından, Amerika’da bir hastanede yapılan bir çalışmada 55 aile üyesinden %72’sinin KPR sırasında resüsitasyon odasında bulunmak istediğini belirtmesiyle tartışılmaya başlanmıştır (9). 1990’larda Avrupa’da da tartışılmaya başlanan REAV (68) 1993 yılında Acil Hemşireleri Birliği tarafından kabul edilmiştir. Ardından 2000 yılında Amerikan Kalp Derneği REAV uygulamasını tavsiye etmiştir. 2005 yılına gelindiğinde ise Avrupa Resüsitasyon Konseyi’nin yayınladığı resüsitasyon rehberinde REAV uygulamasını önermiş ve bununla ilgili politikalar geliştirilmesini tavsiye etmiştir (69).

2.6.1. Resüsitasyonda Esnasında Aile Varlığının Uygulanması

Resüsitasyon esnasında aile varlığının gerçekleşmesinin önündeki en önemli engeller; yetersiz personel eğitimi, uygulamaya rehberlik edecek politikaların olmaması ve algılanan hasta, aile ve disiplinler arası ekip için riskler olarak belirtilebilir (70). Bu tür endişeler kanıtlarla desteklenmemektedir. Aslında kanıtlar, REAV’ın hasta bakım sürecinde aksaklılara neden olmadığı, olumsuz KPR sonuçlarına neden olmadığını veya aile üyesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olmadığını, aksine daha az korku ve kaygı yaşamalarına, travma sonrası stres bozukluğunun daha az görülmesine ve daha sağlıklı bir yas süreci geçirmelerine katkıda bulunduğunu göstermektedir (8). Bu nedenle bütün sağlık profesyonellerinin, optimal hasta merkezli ve aile merkezli bakımı desteklemek, uygulamada etik ilkeleri desteklemek ve yaşam sonu bakımıyla ilgili en ideal sonuçları elde etmek için REAV ile ilgili en güncel rehberleri ve kanıta dayalı çalışmaları takip etmesi gerekmektedir (71). Günümüzde REAV’ı destekleyen ulusal ve uluslararası sağlık otoriteleri

arasında AHA (72), ENA (73), Kanada Yoğun Bakım Derneği (27), AACN (8) gibi sağlık toplulukları mevcuttur. Bu kuruluşlar, literatürün kapsamlı bir değerlendirmesine ve sentezine dayalı olarak REAV için kanıta dayalı müdahaleler sağlamaktadırlar. REAV'ın hastanın istekleri göz önünde bulundurularak aile üyeleri için bir seçenek olduğunu, REAV'ın uygulanması gerektiğini ve aile için REAV sırasında danışmanlık yapacak bir görevlinin rolünü içeren yazılı bir hastane politikası oluşturmalarını tavsiye etmektedirler (8, 27, 73).

2.6.2. Aile Üyesini Destekleme Stratejileri

REAV seçeneği aile üyelerine sunulmadan önce, uygun aday olup olmadıklarını belirlemek amacıyla taranmalıdır. Ekibin ayrıca uygun aday olmayan aile üyelerini ve resüsitasyon uygulaması sırasında davranışları yıkıcı ve hasta bakım sürecine zarar veren aile üyelerini yönetmek ve desteklemek için bir planı olmalıdır (27, 72). Aile üyesini destekleme stratejileri şu şekilde sıralanabilir:

- ✓ Hasta ve ailesinin özerkliğine saygı duyun.
- ✓ Kültürel ve dini kararlara saygı duyun.
- ✓ Tüm müdahale boyunca aile üyesiyle kalın.
- ✓ Aile üyesini REAV'a uygunluk ve ilgi açısından tarayın.
- ✓ Ailenin durumuna göre hastanın görüş ve temas alanında olmasını destekleyin.
- ✓ Aile üyelerinin tepkilerinin farkında olun ve onların bireysel ihtiyaçlarını karşılayın.
- ✓ Aile üyesinin müdahale sırasında ne görebileceğini ve duyabileceğini açıklayın.
- ✓ Su, mendil ve oturma ihtiyacı gibi konfor ihtiyaçlarını önceden tahmin edin.
- ✓ Duygusal sıkıntıların ve odadan uzaklaşma ihtiyacının farkına varın.
- ✓ Diğer aile üyeleri ile iletişim kurmasında yardımcı olun.
- ✓ KPR etkinliği sırasında bilgilendirme sağlayın, dürüst ve açık bir şekilde iletişim kurun (74).

2.6.3. Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığı Kontrendikasyonları

- ✓ Hastanın İstememesi
- ✓ Aile Üyesinin İstememesi
- ✓ Sağlık Profesyoneli Yetersizliği
- ✓ Cerrahi ve Tıbbi Gerekçeler
- ✓ Güvenlik
- ✓ Aile Üyesinin Şiddet Davranışı (74).

2.6.4. Kardiyopulmoner Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı Seçeneği Sunulurken Dikkate Alınması Gereken Faktörler

Birçok faktör REAV seçeneği sunulurken dikkate alınmalıdır. Böylece REAV sürecinin daha sağlıklı ilerlemesi mümkün olacaktır (74). Bu faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- ✓ Etik İlkeler Uyumlu
- ✓ Hastane Politikalarının Uygunluğu
- ✓ Aile Üyelerinin Uygunluğu
- ✓ Aile Üyesinin Bakıma Katılma İsteği
- ✓ Eğitimli Sağlık Profesyoneli
- ✓ Hastanın Tercihi
- ✓ Aile ile İlgilenebilecek Sağlık Profesyoneli Varlığı (74).

2.6.5. Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı Konusunda Yazılı Politikaların Varlığı

Yazılı bir politikası olan kurumlarda sağlık profesyonellerinin REAV'ı destekleme olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (75). Fakat mevcut durumda REAV konusunda yazılı politikası olan çok az sağlık kuruluşu olması (73) sağlık personeli açısından olumsuz bir durumdur (75). REAV konusunda yazılı politikası olmayan kuruluşlarda REAV konusunda karar vermek zorunda kalan personeller kendi kişisel tecrübelerine göre hareket etmek zorunda kalıp daha başka sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu nedenle sağlık kuruluşlarının yazılı bir politikası olması rehberlerde tavsiye edilmektedir (8, 11).

2.6.6. Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı Uygulamasında Aileye Destek Olacak ve Rehberlik Edecek-Sağlık Profesyoneli

Resüsitasyon ekibinin bir üyesi olarak eğitimli bir aile destek görevlisinin dahil edilmesi, bakıma müdahale edileceği konusunda sağlık profesyonellerinin endişelerini azaltarak REAV'ın önündeki birçok engelin aşılmasında önemli rol oynayabilir. Bu ekip üyesi, resüsitasyon sırasında aile üyelerinin sorularına yanıt vermeye ve uygun olduğunda hastanın odasında bulunma fırsatı sunmak da dahil olmak üzere, resüsitasyon sırasında yalnızca aileyi desteklemeye odaklanmalıdır. Aile destek personeli hemşire, sosyal hizmet uzmanı, çocuk yaşam uzmanı, manevi bakım sağlayıcı veya solunum terapisti gibi sağlık ekibinin üyeleri arasından ya da acil durum ekibinin mevcut üyeleri arasından seçilebilir. Yapılan araştırmalar aile destek personelinin hazır bulunduğu REAV uygulamalarında sağlık profesyonellerinin %70'i daha rahat hissettiklerini belirtmiştir (76).

2.6.7. Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı Konusunda Etik Kaygılar

Resüsitasyon esnasında aile varlığı uygulanırken bazı etik konular devreye girer. Sağlık profesyonelleri REAV'ı uygularken oluşacak riskleri ve elde edilecek yararları karşılaştırmalıdır. Bu noktada yarar sağlama, zarar vermeme, özerklik ve adalet ilkelerini gözden geçirmelidir (77).

2.7.Ölümü Yaklaşan Hastanın Bakımı

Palyatif sözcüğü dilimizde “Tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren.” anlamında kullanılmaktadır (78). DSÖ palyatif bakımı “Yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili sorunla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerinin fiziksel, psikososyal ve manevi/spiritüel sorunlarının erken tanınması, kusursuz bir şekilde değerlendirilmesi ile yaşam kalitesinin artırılması, ağrı ve diğer sorunların tedavi yoluyla önlenmesi ve hafifletilmesi ile iyileştiren bir yaklaşımdır.” (79) olarak tanımlamaktadır. Ölüm ve hayat palyatif bakımda doğal süreçler olarak kabul edilir. Amaç ölümü geciktirmek ya da hızlandırmak değil, hayatın bitimiyle ölüme geçiş sürecini kolaylaştırmaktır. Önemli olan geriye kalan yaşamın niteliğidir. Bunun yanında hastanın ailesini hayatın son döneminde ve ölüm gerçekleştikten sonra destekler ve yas sürecinde de desteklemeye devam eder (78). Yaşam sonu bakım ise hayatın devamı için tıbbi tedavilerin yarar sağlayamadığı, ölümün artık kaçınılmaz bir hale geldiği evrede verilen hastanın semptomlarını gidermeyi

ve rahatlatmayı amaçlayan bakımdır. Palyatif bakım ve yaşam sonu bakım kelime anlamı olarak iç içe geçmiş iki terimdir (79).

2.7.1. Ölümü Yaklaşan Hastanın Bakımının Hedefleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam sonu bakım ile ilgili 2012 yılında bir bildiri yayınlamıştır. Bu bildiride yaşam sonu bakım için hedefler belirlemiştir. DSÖ'ye göre palyatif bakım:

- ✓ Hastayı ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlardan kurtarmayı amaçlar.
- ✓ Yaşamı onaylar ve ölmeyi normal bir süreç olarak görür.
- ✓ Ölümü hızlandırmaya ya ertelemeye çalışmaz.
- ✓ Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal boyutlarını bütünleştirir.
- ✓ Hastaların ölene kadar olabildiğince aktif yaşamalarına yardımcı olacak bir destek sistemi sunar.
- ✓ Hastanın hastalığı ve kendi yasını geçirmesi sırasında ailenin başa çıkmasına yardımcı olacak bir destek sistemi sunar.
- ✓ Gerektiğinde yas danışmanlığı da dahil olmak üzere hastaların ve ailelerin ihtiyaçlarını karşılamak için bir ekip yaklaşımı kullanır.
- ✓ Yaşam kalitesini artırır ve hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilir (80).

2.7.2. Ölümcül Hastası Olan Aile Üyesi ve Yas Süreci

Kişinin sevdiğini birdenbire yitirmesi ile aile üyeleri keder yaşamaya başlar. Bu dönem kişinin ölümcül hastalığının teşhisinden itibaren başlar ve öldükten sonraki bir yıla kadar devam eder. Hastalığın her döneminde ve yaşam sona erdikten sonra farklı düzeylerde yaşanır. Keder yaşayan kişiler çaresizlik, inkâr, suçluluk, korku, şaşkınlık ve öfke gibi duygular yaşayabilirler. Yaşanan bu duygular keder kadar şiddetli olabilir. Ölümün beklenmesi kişilerin birçok şeyle baş etmesini zorunlu kılar. Böylece karşımıza yas süreci çıkar. Normalde yas süreci tedavi gerektirmeyen doğal bir süreçtir.

Ölümlle ilgili tepkiler bireyin duygusal ve bilişsel gelişim düzeyine ve sosyokültürel yapının özellerine bağlı olarak değişmektedir. Bireyler ölümlle ortaya çıkan yoksunluğu dört aşamada yaşarlar. Bunlar; şok ve duygusallık dönemi, araştırmacı olma ve özlem duyma dönemi, düzenin bozulma dönemi, yeni bir düzen kurma dönemidir. Sırayla ya da aynı anda görülebilirler. Yas dönemi ölümden sonraki bir yıla kadar da devam edebilir. Bu nedenle verilen destek ölümden sonraki dönemde de devam ettirilmelidir (81).

2.8.Kötü Haber Verme

Kötü haber, hastayla ilgili hoş olmayan içerikli ve bakım veren veya ailesi tarafından hastaya iletilen, geleceğe bakış açısında ve/veya sağlık algısında köklü bir değişiklik içeren her türlü bilgi olarak tanımlanmaktadır. Kötü haberlerin içeriği ve bağlamı genellikle ölüm, ağır hastalık durumlarıyla ilişkilendirilir (82). Kötü haber verilmesi hasta veya aile üyelerinin memnuniyetini azaltır, uzun vadede duygusal iyilik halini etkileyerek depresyon, anksiyete ve uykusuzluk gibi sorunlara yol açabilir (83). Öteki taraftan kötü haberi veren sağlık profesyonellerinin tükenmişlik yaşamalarına da neden olabilir (84).

Kötü haber verme sadece sağlık profesyonellerine özel bir beceri olmasa da beceri gerektiren bir durumdur. Çünkü eğer uygun bir şekilde yapılmazsa yıkıcı etkileri olabilecek hassas bir konudur (83). Tıpta kötü haberlerin etkili bir şekilde iletilmesinin iki ana bileşeni vardır. Bunlar:

- ✓ Haberlerin ne kadar açık, doğru ve kapsamlı bir şekilde iletildiği
- ✓ Kötü haber verilirken haber vericinin ne kadar empati kurduğu ve karşı tarafın duygularını nasıl ele aldığıdır (83).

2.8.1. Kötü Haber Verme Protokolleri

Kötü haber vermede sağlık profesyonellerinin işini kolaylaştıracak bazı protokoller geliştirilmiştir. ABCDE protokolü de bunlardan bir tanesidir. İsmi aşağıda verilen maddelerin İngilizce baş harflerinden almıştır. Bu maddeler şunlardır:

- ✓ Önceden hazırlık yapın
- ✓ Terapötik bir ortam hazırlayın
- ✓ İyi iletişim kurun
- ✓ Hasta ve aile tepkileriyle ilgilenin
- ✓ Duyguları cesaretlendirin, doğrulayın ve geri yansıtın (85)

2.9.Yaşam Sona Erdikten Sonraki Bakım

Ölüm insan hayatının ayrılmaz parçalarından biridir. Ne kadar süre sonra gerçekleşeceğini bilmesede de insanoğlunun tarih boyunca merak ettiği ve anlamlandırmaya çalıştığı bir konudur (86). Ölüm canlılardaki hayatı devam ettiren yaşamsal işlevlerin tekrar yenilenmemek üzere son bulması olarak tanımlanabilir ya da canlılardaki hayatın kesin

olarak son bulması olarak tanımlanabilir (86, 87). Geçen yüzyılda hastalar ve aileleri ölümü doğal bir süreç olarak kabul ederdi ve genellikle evde, ailenin refakatinde gerçekleşen bir ölüm süreci vardı (88). Teknolojinin ve tıbbi olanakların gelişmesi ile birlikte artık yaşam süresi beklentisi uzamakta ve tıbbi destekleyici tedavilerle beraber yaşamın son anlarına kadar devam eden bir tedavi süreci işlemektedir (89). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin ölüm ile karşılaşma durumları artmaktadır (88).

Mevcut uygulamalarda yaşam sona erdikten sonra hastanın baş yastığı alınır, alt ve üst ekstremiteleri uzatılır. Açıkça gözleri kapatılır, protez ve ziynet eşyaları çıkarılır. Tıbbi ekipmanlar (tüp, dren vs.) çıkarılır. Kanama olan yer varsa temiz pansuman uygulanır. Çenesi ve ayak baş parmakları bağlanır. Ayak ucuna hastanın kim olduğunu belirten etiket yapıştırılır ve temiz bir çarşafa sarılır (86).

Özellikle Müslüman toplumlarda ölümden sonra hastanın vücudunun temizlenmesi ve temiz çarşafa sarılması ölen kişinin ruhunun daha huzurlu olması için önemli kabul edilir (90). Vefat eden hastaya yapılan bu uygulamalar ile hastaların ailelerinin sağlık profesyonellerine olan güven duygusu artmakta ve sağlık bakımının kalitesi artmaktadır (91). Çünkü ölüm ve ölmek sadece ölen kişiyi değil tüm aileyi etkiler. Yaşamın sonunda yaşam kalitesini artırmak için sağlık profesyonelleri kendi kültürel inançlarını bir kenara bırakmalı ve hasta ve ailesinin inançlarını anlamaya çalışmalıdır. Kültür, acı, rahatsızlık ve keder gibi ölme sürecine verilen tepkileri büyük ölçüde etkiler. Bazı kültürlerde eğer bir kişi evde ölürse, aile ya evi terk eder ya da ritüel bir törenle evi temizler. Yine bazı kültürlerde, ölmekte olan bireyin adı söylenir. Bazı dinlerde, din adamlarının ölmekte olan bireyi mesh etmelerine veya ölmekte olan bireye ayinsel ritüeller yapmalarına izin vermek önemlidir. Cenaze âdetleri, çok özel bir törenden günlerce süren abartılı bir sürece kadar değişebilir (92).

2.10. Resüsite Etmeme Kararı

Daha iyi tıbbi bilgi, yeni ve gelişmiş müdahaleler ve halkın artan beklentileri, etik hususları herhangi bir yaşam sonu müdahalesinin veya kararının önemli bir parçası haline getirmiştir. Son yıllarda, faydaya vurgu yapan doktor merkezli bir yaklaşımdan, hasta özerkliğine daha fazla vurgu yapan hasta merkezli bir yaklaşıma doğru bir kayma olmuştur. Bu değişiklik, resüsitasyon ve yaşam sonu kararları için 2015 ERC etik yönergelerine de yansıtılmıştır. Sağlık profesyonelleri, resüsitasyon kararlarının verilmesi gereken gerçek bir duruma dahil olmadan önce etik ilkeleri anlamalıdır (Bossaert et al., 2015).

2.10.1. Resüsitasyon ve Yaşam Sonu Kararları İçin Etik Yönler

Karar verme sürecinde belli ilke ve kurallar belirlenmemiş konularda yönlendirici olarak etik kavramına başvurulur. Etik, ahlaki yaşamı inceleme ve anlama yolları olarak tanımlanırken; tıbbi etik, tıbbi kararlar verilirken, karar vermede etik akıl yürütmenin uygulanması olarak tanımlanır (93). Tıp etiğinin temel ilkeleri olan bireyin özerkliği, yararlılık ve zarar vermeme, adalet ve eşitlik, dürüstlük ilkelerine yaşam sonu kararı verirken başvurulmalıdır (57).

2.10.2. Yararsızlık (Nafile Bakım)

Dünya Tabipler Birliği, nafile tıbbi tedaviyi “Makul bir iyileşme veya iyileşme umudu sunmayan.” veya “Hastanın kalıcı olarak herhangi bir fayda göremediği.” bir tedavi olarak tanımlamaktadır. İyi kalitede sağkalım şansı minimum olduğunda resüsitasyon boş olarak kabul edilir. Bir tedaviyi boşuna saymak için ilk ön koşul, tıbbi bir endikasyonun varlığı veya yokluğudur. Sağlık profesyonelleri, resüsitasyon girişiminde bulunmama kararının hastadan vazgeçmek ya da hastayı görmezden gelmek ya da terk etmek değil, hastayı zarardan korumak, konfor ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak anlamına geldiğini açıklamalıdır (94).

2.10.3. Kardiyopulmoner Resüsitasyon Yapılmaması ile İlgili Ön Direktifler

İnsanlar gelecekteki bir zaman diliminde demans gibi zihinsel süreçleri etkileyen hastalıklar ve kaza ya da kardiyak arrest gibi bilinç kaybına neden olabilen akut durumlarla karşılaşabilir ve kendi bedenleri hakkındaki tıbbi karar alma süreçlerine katılamayacak durumda olabilirler. Böyle durumlarda kişinin kendisi tarafından ileriye dönük verilen ve gelecekte kendisine verilmesini ya da verilmemesini istediği tedavilerle ilgili kararlara ön direktifler denir (94). Ön direktifler iki farklı şekilde olabilir, ancak birbirini dışlamaz.

Bunlardan birincisi yaşayan hastaların kendi iradeleri ile ifade ettikleri, gelecekte kendi sağlıklarıyla ilgili karar veremeyecek duruma gelmeleri durumunda belirlenen tedavilerin kendilerine verilmesine veya durdurulmasına ilişkin tercihlerini ifade eden yazılı belgelerdir. İkincisi ise sağlık hizmetleri için kalıcı vekaletname ile karar verme kapasitelerini kaybetmeleri durumunda kendi adlarına sağlık kararları verebilecek bir vekil (örneğin güvenilen bir akraba veya arkadaş) atamalarıdır. (95)

Ön direktifler üç kriteri karşılamalıdır. Bunlar mevcudiyet, geçerlilik ve uygulanabilirliktir. Sağlık profesyonelleri, KPR'yi yasaklayan önceden bir direktifin var olup olmadığını belirlemeye çalışırken resüsitasyon müdahalelerini geciktirmemelidir (95).

2.10.4. Ötenazi

İyileşemeyeceği ve dayanılmaz acılarının ölümüne kadar süreceği benimsenmiş olan, durumu kendisi ve yakınları tarafından bilinen zihinsel yetkinliğe sahip bir kişinin kendi bilinci ve özgür iradesi ile vermiş olduğu karar üzerine tedavisini yürüten hekim aracılığıyla acısız bir biçimde sonlandırılması olarak tanımlanmaktadır (96). Kanada mevzuatına göre, ölmekte olan kişiye tıbbi olarak yardım etmek için iki eyleme izin verilir: Bunlardan birincisi kişinin isteği üzerine ölümüne neden olan bir maddeyi vermek (genellikle ötenazi olarak adlandırılır), ikincisi ise bir kişiye talebi üzerine bir maddeyi reçete etmek veya sağlamak böylece maddeyi kendi kendilerine uygulayabilirler ve kendi ölümlerine neden olurlar (genellikle yardımcı intihar olarak adlandırılır) (97).

Bugüne kadar dünya çapında yedi ülke bir tür ötenazi için izin vermektedir. Kanada, Hollanda, Belçika, Kolombiya ve bazı ülkelerin yanı sıra Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı eyaletleri, ölüme yardım etmeyi kanun haline getirmişlerdir. İsviçre, Lüksemburg gibi diğer bazı ülkelere ise ölüme yardım eden tıbbi prosedürler suç olmaktan çıkarılmıştır veya önceden belirlenmiş koşullar altında izin verilmiştir (98). Türkiye'de ise hukuki mevzuatta ötenazi kavramı olarak açıklanıp yasaklanmamıştır. Fakat Sağlık Bakanlığı'nın Hasta Hakları Yönetmeliğinin 13. maddesinde ötenazi için bir hüküm getirilmiştir. Bu maddeye göre; tıbbi nedenler de dahil hangi durumda olursa olsun, yaşam hakkından vazgeçilemeyeceği, bireyin ya da başka bir kişinin talebi durumunda bile kişinin yaşamına son verilemeyeceği belirtilmiş ve ötenazi yasaklanmıştır (99).

2.10.5. İnsan Hakları Açısından Resüsitasyon ve Yaşam Sonu Kararları

Kardiyopulmoner resüsitasyon girişimine ilişkin kararlarla ilgili hükümler aşağıdaki hakları içerir: yaşam hakkı, insanlık dışı veya aşağılayıcı muameleden korunmak, özel hayata ve aile hayatına saygı, fikir sahibi olma ve bilgi alma hakkını içeren ifade özgürlüğü ve bu haklara ilişkin ayrımcı uygulamalardan uzak olmak (57). Amerika' da kötü prognoza sahip olsa bile her hasta hastaneye kabul edildiğinde resüsitasyon yapılması zorunluluğu vardır. Bazı eyaletlerde tıbbi açıdan resüsitasyonun yararsız olduğu durumlarda bile hasta veya ailesinin direktifi olmadan resüsitasyon yapmanın kararı alınamaz (100).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırma Soruları

Bu çalışmaya ile aşağıdaki soruların yanıtları arandı.

1. Acil servise başvuran hastaların aile üyelerinin resüsitasyon ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşleri nedir?
2. Acil servise başvuran hastaların aile üyelerinin resüsitasyon ve yaşam sonu bakıma katılmayı isteme nedenleri nedir?
3. Acil servise başvuran hastaların aile üyelerinin resüsitasyon ve yaşam sonu bakıma katılmayı istememe nedenleri nedir?
4. Acil servise başvuran hastaların aile üyelerinin resüsitasyon ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, akrabalık ilişkisi gibi tanıtıcı özelliklerinden etkilenir mi?

3.2.Araştırmanın Etik Yönü:

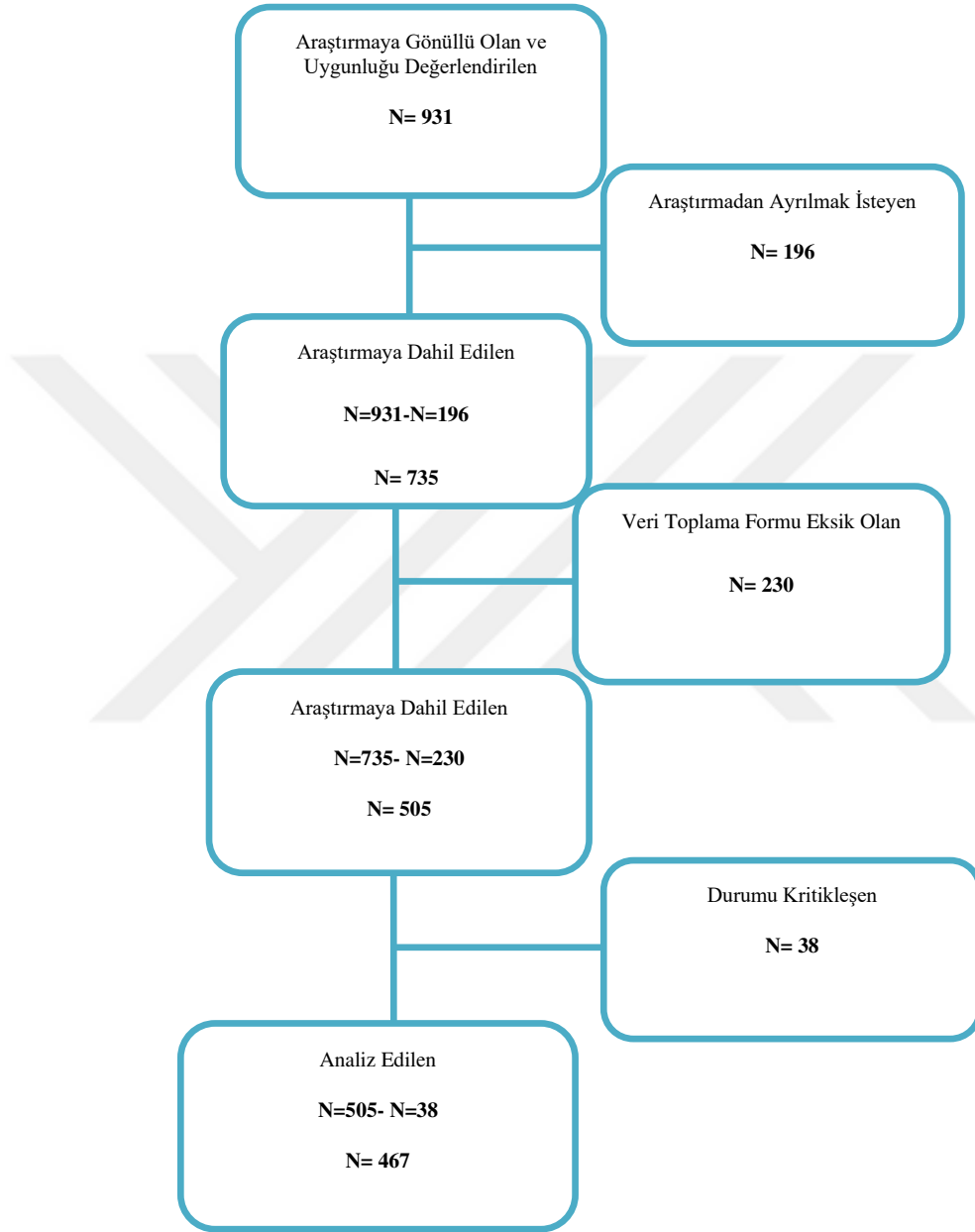
- ✓ Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü yönetim kurulundan onay (Onay No: E-97105791-302.14.01-3651) (EK 1) alındı.
- ✓ Araştırmaya başlamadan önceden Hasan Kalyoncu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik kurulundan onay (Onay No: E-97105791-050.01.01-5318) (EK-2) alındı.
- ✓ Araştırmanın yapılacağı S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetiminden izin (Onay No: E-36866945-604.02.02) (EK-3) alındı.
- ✓ Aile üyeleri araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair sözlü ve yazılı onamları alındı. AÜ'ler araştırmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra araştırmanın herhangi bir aşamasında vazgeçme hakkı tanındı (101).
- ✓ Araştırma kapsamında AÜ'lerden alınan bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma kapsamında sorulacak soruları aile üyelerinin yanıtlaması yaklaşık 10-15 dakika sürdü. Araştırmanın her aşaması uluslararası kurallara ve Helsinki Bildirgesine uygun olarak yapıldı (102).

3.3.Araştırmanın Tipi Yeri Zamanı

Araştırma 1 Aralık 2021- 1 Mayıs 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin acil servisinin 'Yeşil Alanı'na başvuran hastaların AÜ'leri ile yapılan prospektif tanımlayıcı kesitsel türde bir araştırmadır.

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1 Ekim 2021-1 Mayıs 2022 tarihleri arasında SBÜ Van Eğitim ve Araştırma hastanesinin acil servisine başvuran ve acil servis dahilinde triyaj yapıldıktan sonra yeşil alan hastası olduğu belirlenen ve yeşil alana gelen hastaların AÜ'leri oluşturdu. Araştırmanın örneklemi ise araştırmaya katılmaya gönüllü olan N=467 AÜ oluşturdu. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin acil servisinin yeşil alanında bulunan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 931 AÜ'nün araştırma için uygun olduğu değerlendirildi. Araştırmaya dahil edildikten sonra (duygulandığını ve üzüldüğünü ifade eden, hasta ile ilgilenmek isteyen, hastane ortamından bir an önce ayrılmak isteyen ve anketin uzun sürdüğünü düşünen) araştırmadan ayrılmak isteyen N=196 ve veri toplama formundaki bazı sorulara cevap vermek istemeyen ve veri toplama formu eksik doldurulmuş olan N=230 AÜ örnekleminden çıkarıldı. Ayrıca AÜ'ler ile görüşme esnasında yakının durumu kritikleşen ve resüsitasyon ihtimali bulunan 38 AÜ ile veri toplama sürecine devam edilmedi ve örnekleminden çıkarıldı. Araştırmanın örneklemine 467 AÜ oluşturdu. Araştırmanın istatistiksel analizleri N= 467 ile yapıldı (Şekil 3.1).



Şekil 3-1 Araştırmanın Örnekleme

3.4.1. Örneklem Ölçütleri

3.4.1.1.Dahil Edilme Ölçütleri

- ✓ 18 yaştan büyük,
- ✓ Türkçe konuşabilen ve yazabilen,
- ✓ İşitme ve iletişim engeli olmayan,
- ✓ Zihinsel engeli olmayan,
- ✓ Araştırmanın yapıldığı hastanenin acil servisine müracaat eden hasta ile kan bağı ve evlilik bağı gibi akrabalık ilişkisi bulunan,
- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olan AÜ'ler araştırmaya dâhil edildi.

3.4.1.2.Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri

- ✓ Durumu kritikleşen ve resüsitasyon odasına alınan hastaların AÜ'leri,
- ✓ Araştırmaya dâhil edildikten sonra araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmak isteyen AÜ'lerin verileri araştırmaya dahil edilmedi.

3.5.Veritoplama Gereçleri

Veritoplama formları araştırmacı tarafından (3, 4, 10, 12–17, 19, 21, 22, 26, 103, 104) kaynakların incelenmesi sonucunda araştırmanın amacına uygun olarak oluşturuldu.

Veritoplama formlarının kapsam geçerliliğini belirlemek için alanında uzman 2 hemşire öğretim üyesi, 3 acil uzmanı hekimden uzman görüşü alındı. Uzmanlardan veritoplama formunda bulunan her bir sorunun uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini 1-4 arasında puan vererek değerlendirmesi istendi (1: uygun değil, 2: biraz uygun, 3: oldukça uygun ancak ufak değişiklik gerekir, 4: çok uygun) uzmanların görüşlerine göre veritoplama formlarının Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) 0,98 olarak hesaplandı. KGİ:0,98>0.80 olduğu için veritoplama formlarının bu araştırma için uygun olduğu değerlendirildi (105). Veritoplama formu iki bölümden oluşmaktadır.

3.5.1. 1. Bölüm: Tanıtıcı Bilgiler Formu

Veritoplama formunun birinci bölümünde AÜ'lerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, aile tipi, hasta ile akrabalık ilişkisi belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Ayrıca formun bu bölümünde AÜ'lerin daha önce resüsitasyon konusunda eğitim almış olma durumu, daha önce bir yakını ölüm nedeni ile kaybetme durumu, daha

önce bir yakının ölümüne tanık olma durumu, kronik hastalığı olan bir yakının bulunma durumunu belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

3.5.2. 2. Bölüm: Aile Üyelerinin REAV Görüşlerini Belirleme Formu

Veri toplama formunun ikinci bölümünde AÜ'lerin görüşlerini belirlemeye yönelik yedi adet yapılandırılmış soru bulunmaktadır. AÜ'lerin yakınlarının son anlarını geçirmesini istediği yer, yakının resüsitasyonu esnasında AÜ'lerin bulunması, yakının resüsitasyonu esnasında AÜ'lere bulunma seçeneği sunulması, yakının resüsitasyonu esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılmayı isteme durumlarını belirlemeye yönelik sorular çoktan seçmelidir. AÜ'lerin resüsitasyon odasında bulunmayı isteme nedenlerine yönelik 14 adet evet, hayır sorusu, AÜ'lerin resüsitasyon odasında bulunmayı istememe nedenlerine yönelik 10 adet evet, hayır sorusu bulunmaktadır. Ayrıca AÜ'lerin sağlık profesyonellerinin işlerini iyi yapmadığını düşündükleri zaman davranışlarının ne olacağını belirlemeye yönelik de 8 adet evet hayır sorusu bulunmaktadır. 'Aile üyelerinin REAV görüşlerini belirleme formunun' kapsam geçerliliğini belirlemek için 3 acil uzmanı hekimden, 2 hemşire öğretim üyesinden uzman görüşü alındı. Uzman görüşleri e-posta yolu ile toplandı. Uzmanlardan 'Aile üyelerinin REAV görüşlerini belirleme formunda' bulunan her bir sorunun uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini 1-4 arasında puan vererek değerlendirmesi istendi (1: uygun değil, 2: biraz uygun, 3: oldukça uygun ancak ufak değişiklik gerekir, 4: çok uygun) Uzmanların görüşlerine göre 'Aile üyelerinin REAV görüşlerini belirleme formunun Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) 0.98 olarak hesaplandı. KGİ:0,98 >0.80 olduğu için veri toplama formlarının bu araştırma için uygun olduğu değerlendirildi (105).

3.6.Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yetişkin acil servisi Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yönetmeliğine (106) uygun olarak düzenlenmiş 3. Seviye bir acil servistir. Yine aynı yönetmeliğe uygun olarak Kırmızı alan, Sarı alan ve Yeşil alan olmak üzere 3 alandan oluşmaktadır. Acil servise başvuran hastalar ilk olarak triyaj birimine gelerek triyajdan geçirilir. Ardından muayene olması gereken birime yönlendirilir. Yeşil alanda durumu daha iyi olan ve acil servis poliklinik muayenesi alması gereken hastalar muayene edilmektedir. Sarı ve kırmızı alanda ise sağlık durumu daha ciddi olan ve hayati tehlikesi bulunan hastalar muayene edilmektedir. İki resüsitasyon odası bulunmakta ve günlük 18 hemşire görev yapmaktadır. Hastane kuralları gereği resüsitasyon uygulanan hastaların AÜ'lerin resüsitasyon odasına alınmamaktadır. Resüsitasyon ile

döndürülen hastalar yoğun bakım ünitesine alındıktan ve uyandıktan sonra AÜ'ler ile görüşürmektedir. Acil serviste hastaların kaybedilmesi durumunda yaşam sonu bakıma aile üyelerinin katılmasına izin verilmemektedir. S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin acil servisinde AÜ'leri bilgilendirmek ve ölüm haberini vermek için bir oda bulunmaktadır.

3.7.Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanması aşağıdaki sıra ile yapıldı (Şekil 3.2).

3.7.1. Etik ve Yasal İzinlerin Alınması

Araştırmaya başlamadan önce etik ve yasal izinler alındı. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü yönetim kurulundan onay (Onay No: E-97105791-302.14.01-3651) (EK-1) alındı. Araştırmaya başlamadan önceden Hasan Kalyoncu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik kurulundan onay (Onay No: E-97105791-050.01.01-5318) (EK-2) alındı. Araştırmanın yapılacağı S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetiminden izin (Onay No: E-36866945-604.02.02) (EK-3) alındı (Şekil 3.2).

3.7.2. Aile Üyelerinin Bilgilendirilmesi

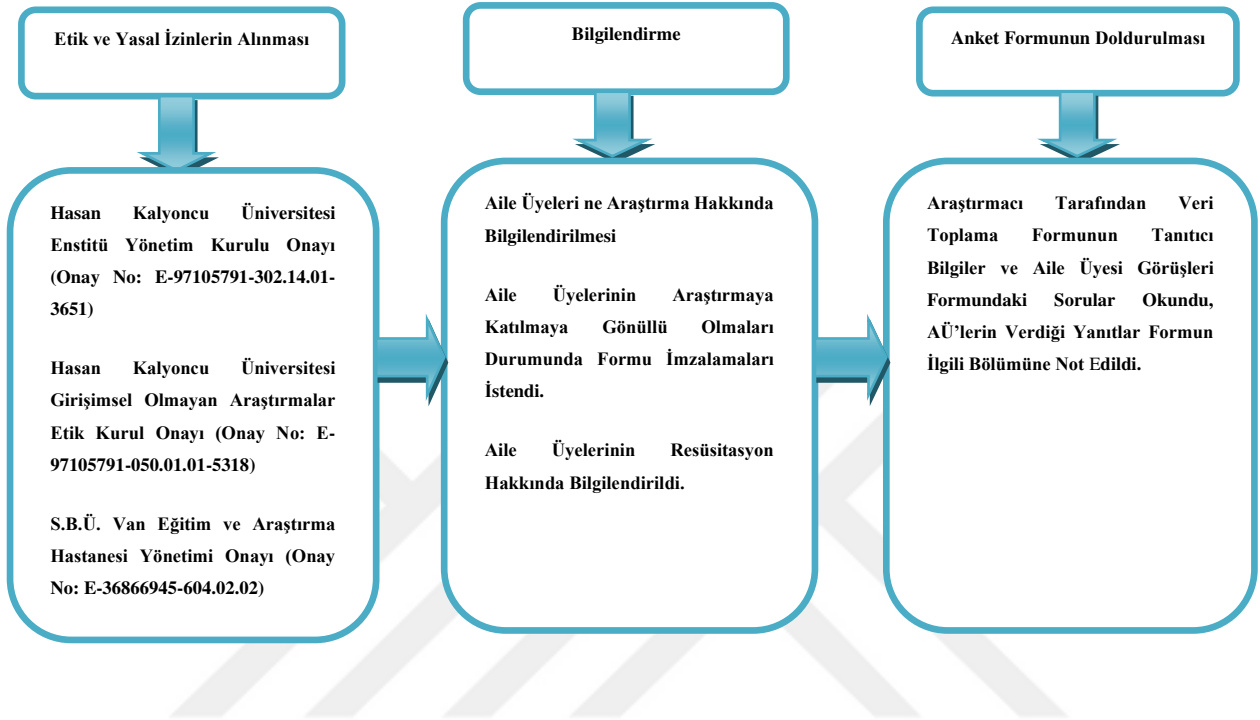
Araştırma verilerinin toplandığı gün AÜ'ler acil servis bünyesinde bulunan bir görüşme odasına davet edildi. Görüşme odasına alınan AÜ'ler öncelikle araştırmanın amaç ve hedefleri hakkında bilgilendirildi. AÜ'lere önce araştırmanın amaç ve hedefleri anlatıldı ve soruları yanıtlandı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan AÜ'lere teşekkür edilerek görüşme sonlandırıldı. AÜ'ler araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair sözlü ve yazılı onamları alındı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan AÜ'lere araştırma bilgilendirilmiş onam formu (gönüllü olur formu) imzalamaları istendi. AÜ'ler araştırmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra araştırmanın herhangi bir aşamasında vazgeçme hakkı tanındı (101). Resüsitasyonun ne olduğunu bilmeyen AÜ'lere resüsitasyon hakkında bilgilendirme yapıldı. AÜ'lerin resüsitasyon hakkındaki bilgilendirilmesi; araştırmacı tarafından önceden hazırlanmış bir broşür aracılığı ile yapıldı. Bu broşürde AÜ'lerin anlayabileceği şekilde resüsitasyon esnasında uygulanan yaşam kurtarıcı prosedürler hakkında kısa bilgiler bulunuyordu. Bu broşür yardımı ile AÜ'lere resüsitasyon (kalp akciğer canlandırması), entübasyon, kalp masajı, defibrilasyon kavramları anlatıldı ve AÜ'lerin soruları yanıtlandı. Bilgilendirme işlemi tamamlandıktan sonra veri toplama aşamasına geçildi (Şekil 3.2).

3.7.3. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın verileri S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis bünyesinde bulunan bir görüşme odasında toplandı. AÜ'ler ile görüşme esnasında hastanede görevli olan bir klinik psikolog hazır bulundu. Görüşme odasına alınan AÜ'ler ile bir psikolog ve araştırmacı (hemşire) birlikte görüştü. AÜ'lerin birbirleri ile etkileşimlerini önlemek için görüşme odasına birer kişi olarak davet edildi. Her bir görüşmede yalnızca bir AÜ ile görüşüldü. Her hastanın yalnızca bir AÜ ile görüşüldü. Görüşme esnasında AÜ, psikolog, araştırmacı (hemşire) bu üç kişinin dışında kimse bulunmadı. Bir AÜ ile veri toplama işlemi bittikten sonra diğer bir AÜ görüşme odasına davet edildi. Görüşme odasına alınan AÜ'lere sonra yüz yüze röportaj şeklinde araştırma hakkındaki bilgiler açıklandı. AÜ'lerin resüsitasyon uygulamaları hakkında var ise soruları yanıtladı. Ayrıca AÜ'lerden gönüllüleri bilgilendirme formunu okumaları ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmaları durumunda formu imzalamaları istendi. Daha sonra veri toplama formu AÜ'lere verilerek soruları yanıtlamaları istendi. AÜ'lerin anket sorularını yanıtlamaları yaklaşık 10-15 dakika sürdü (Şekil 3.2).

3.7.4. Verilerin Analizi

Veri toplama formundaki veriler uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edildi. İstatistiksel analizi yapılan veriler yorumlanarak araştırma raporu yazıldı.

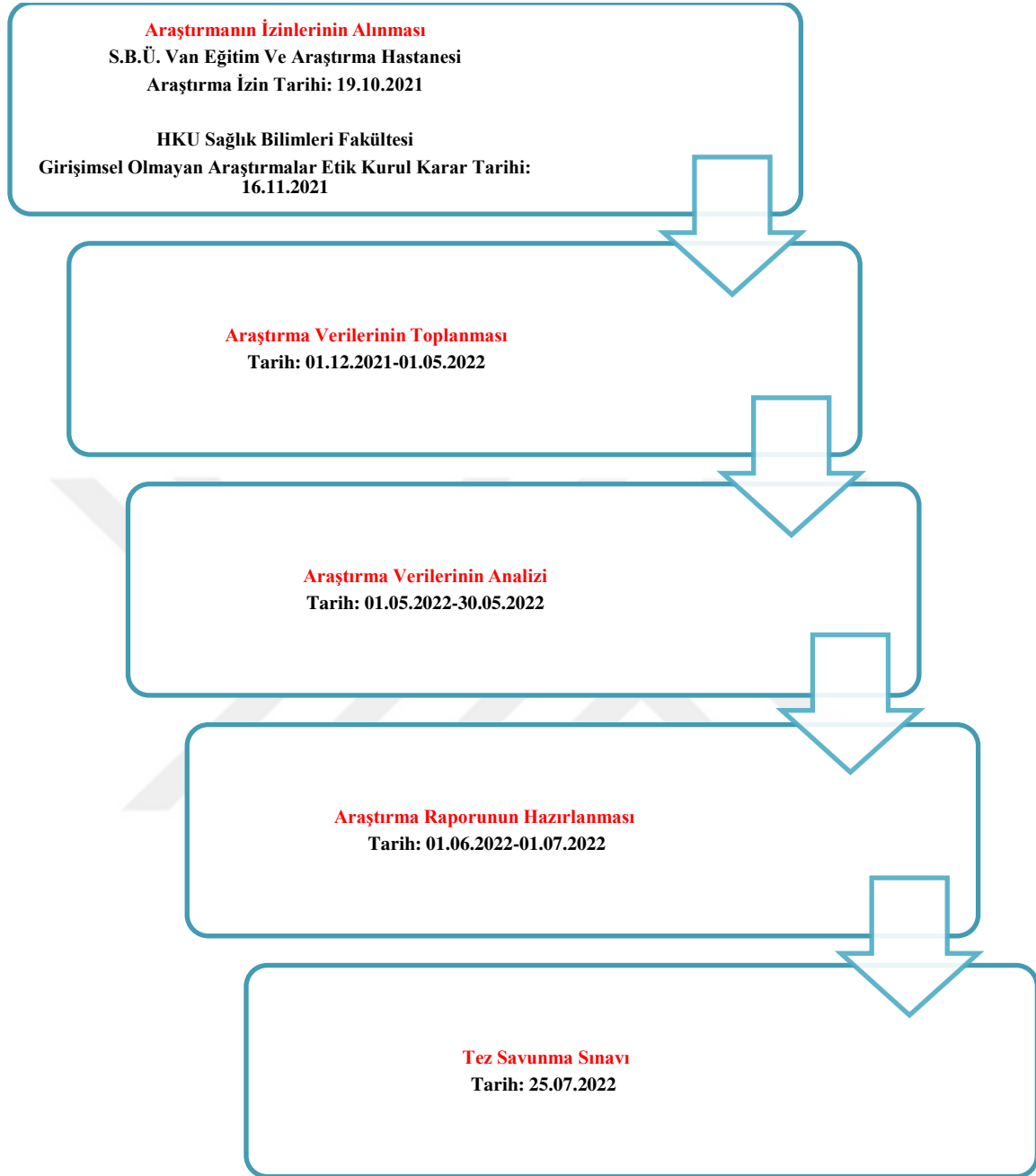


Şekil 3-2 Araştırma Verilerinin Toplanması

3.8.Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22,0 (IBM Inc Kanada) Windows paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenlerin gösteriminde sayı (n) ve yüzde (%) değeri, sayısal değerlerin gösteriminde ortalama±standart sapma kullanıldı. Araştırmanın bağımlı değişkeni AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılmayı istemesi, bağımsız değişkenleri ise AÜ'lerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, hasta ile akrabalık ilişkisi, resüsitasyon eğitimi alma durumu, yakının ölmesi durumu, yakının ölümüne tanık olma durumu, resüsitasyona katılma deneyimi, kronik bir hastalığı bulunan yakını bulunma durumudur. AÜ'lerin resüsitasyona katılmayı isteme durumu bağımsız değişkenler ile istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri kabul edildi.

3.9.Tez Takvimi



Şekil 3-3 Tez Takvimi

4. BULGULAR

Bu bölümde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Acil Servisine 1 Aralık 2021-1 Mayıs 2022 tarihleri arasında başvuran hastaların aile üyelerinin resüsitasyon esnasında aile varlığı ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşlerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulgularına yer verildi. Araştırmadan elde edilen veriler istatistiksel analizlerden elde edilen bulgular doğrultusunda tablolar, grafikler şeklinde üç başlık altında sunuldu.

- ✓ Bölüm I aile üyelerinin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- ✓ Bölüm II aile üyelerinin resüsitasyon esnasında aile varlığı ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşlerine ilişkin bulgular,
- ✓ Bölüm III aile üyelerinin resüsitasyon esnasında aile varlığı ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşlerinin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

4.1.Bölüm I Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bölüm I'de AÜ'lerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, aile tipi gibi tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular bulunmaktadır. Ayrıca bu bölümde AÜ'lerin resüsitasyon eğitimi alma durumu, aile üyelerinin vefat etmiş olma durumu, aile üyesinin vefatına tanıklık etmiş olma durumu, aile üyesinin resüsitasyonuna tanıklık etmiş olma durumuna ilişkin bulgular sunuldu.

Tablo 4-1. Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özellikleri (N=467)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort±SS*: 34.36±10.43, En genç 18 –En yaşlı 79)		
18-29	174	37.3
30-44	212	45.5
≥45	81	17.2
Cinsiyet		
Kadın	167	35.8
Erkek	300	64.2
Eğitim Durumu		
İlköğretim	52	11.1
Ortaöğretim	197	42.2
Lisans ve Üstü	218	46.7
Çalışma Durumu		
Sağlık Çalışanı	74	15.8
Diğer Meslek Çalışanları	270	57.8
İşsiz, Emekli ve Ev Hanımı	123	26.4
Medeni Durumu		
Evli	290	62.1
Bekar	177	37.9
Aile Tipi		
Geniş Aile	71	15.2
Çekirdek Aile	359	76.9
Yalnız Yaşıyor	37	7.9
Hasta ile Akrabalık İlişkisi		
Annem	148	31.7
Babam	110	23.6
Kardeşim	66	14.1
Eşim	97	20.8
Oğlum	25	5.4
Kızım	21	4.5
Resüsitasyon Eğitimi Alma Durumu		
Evet	212	45.4
Hayır	255	54.6
Aile Üyesinin Geçmişte Yakınının (1.derece) Vefat Etmiş Olma Durumu		
Evet	165	35.3
Hayır	302	64.7
Aile Üyesinin Geçmişte Yakınının (1.derece) Vefatına Tanık Olma Durumu		
Evet	94	20.1
Hayır	373	79.9
Aile Üyesinin Geçmişte Yakınının (1.derece) Resüsitasyonuna Tanıklık Etmiş Olma Durumu		
Evet	38	8.1
Hayır	429	91.9

*Ort±SS:Ortalama±Standart Sapma

Tablo 4.1’de AÜ’lerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, aile tipi, resüsitasyon eğitimi alma durumu, AÜ’lerin geçmişte yakının vefat etmiş olma durumu, AÜ’lerin geçmişte yakının vefatına tanıklık etmiş olma durumu, AÜ’lerin geçmişte yakının resüsitasyonuna tanıklık etmiş olma durumuna ait bilgilerin dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre araştırmaya katılan AÜ’lerin yaş ortalaması $34.3 \pm 10,4$ yıl (En genç:18-En yaşlı:79) olup, %64,2’si Erkek, %62,1’i evli ve %76,9’u çekirdek ailede yaşamaktadır. Hasta ile akrabalık ilişkisi 31.7’si annesidir. Çalışmaya katılan AÜ’lerin %35,3’ü daha önce bir yakını vefat etmiş ve katılımcıların %20,1’i yakının vefatına tanıklık etmiştir. AÜ’lerden geçmişte bir yakınına resüsitasyonuna tanıklık edenlerin oranı ise %8,1’dir (Tablo 4.1).

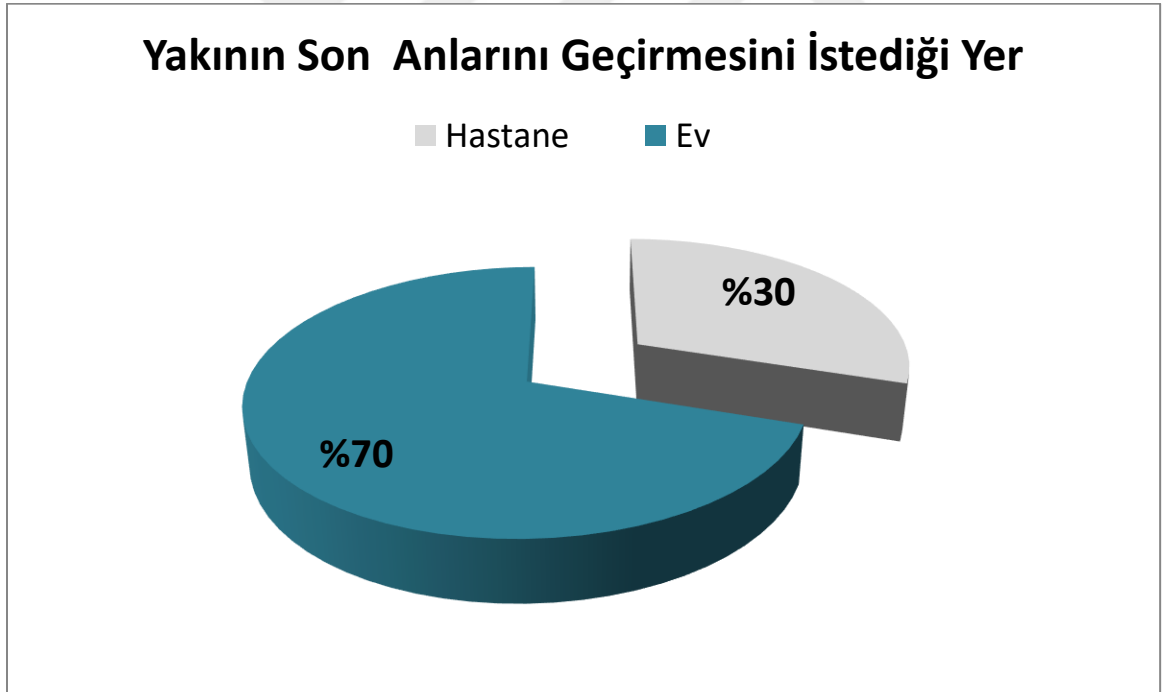
4.2.Bölüm II Aile Üyelerinin Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı ve Yaşam Sonu Bakıma Katılma Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde AÜ’lerin yakının son anlarını geçirmesini istediği yer, yakının resüsitasyonu esnasında aile üyeleri bulunması, yakının resüsitasyonu esnasında AÜ’lerine bulunma seçeneği sunulması, yakının resüsitasyonu esnasında bulunmayı isteme konularındaki görüşlerinin dağılımı sunulmuştur. Ayrıca AÜ’lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı isteme ve istememe nedenleri, sağlık profesyonellerinin işlerini iyi yapmadıklarını düşündükleri zaman tepkilerine ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4-2. Aile Üyelerinin Yakının Resüsitasyonu Esnasında Bulunma ve Yaşam Sonu Bakıma Katılmayı İsteme Konusundaki Görüşleri (N=467)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yakının Son Anlarını Geçirmesini İsteddiği Yer		
Hastane	140	30.0
Ev	327	70.0
Yakının Resüsitasyonu Esnasında Aile Üyelerinin Bulunması		
Bulunmalıdır	237	50.7
Bulunmamalıdır	230	49.3
Yakının Resüsitasyonu Esnasında Aile Üyelerine Bulunma Seçeneği Sunulması		
Sunulmalıdır	285	61.0
Sunulmamalıdır	182	39.0
Yakının Resüsitasyonu Esnasında Bulunma ve Yaşam Sonu Bakıma Aktif Katılmayı İsteme		
İsterim	222	47.5
İstemem	245	52.5

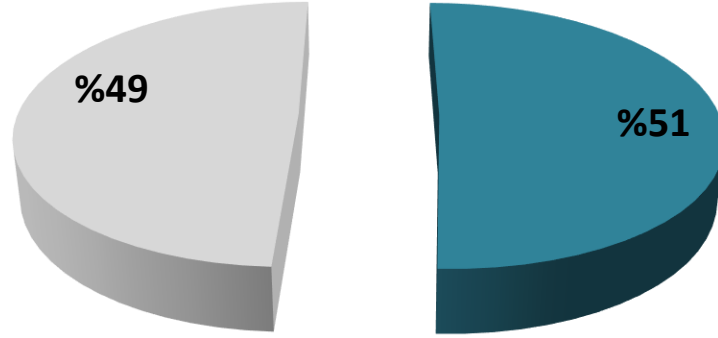
Tablo 4.2’de AÜ’lerin yakının son anlarını geçirmesini istediği yer, yakını resüsitasyonu esnasında AÜ’lerin bulunması, yakının resüsitasyonu esnasında AÜ’lere bulunma seçeneği sunulması, yakının resüsitasyonu esnasında bulunmayı isteme durumuna ilişkin bulguların dağılımı sunuldu. Tablo 4.2’ ye göre AÜ’lerin %70,0’i ailemden birinin vefat edeceğini bilseydim son anlarını evde geçirmesini isterdim görüşündedir (Grafik 4.1), (Tablo 2). AÜ’lerin %50,7’si yakının resüsitasyonu esnasında AÜ’lerin bulunması görüşündedir (Grafik 4.2), (Grafik 2). AÜ’lerin %61’i yakının resüsitasyonu esnasında bulunma seçeneğinin sunulmasını istediği belirlendi (Grafik 4.2), (Grafik 4.3). AÜ’lerin %47.5’i yakının resüsitasyonu esnasında bulunmak ve yaşam sonu bakımına katılmak istediği belirlendi (Grafik 4.4), (Tablo 4.2).



Grafik 4-1 Aile Üyelerinin Yakının Son Anlarını Geçirmesini İsteddiği Yer (N=467)

Yakının Resüsitasyonu Esnasında Aile Üyelerinin Bulunması

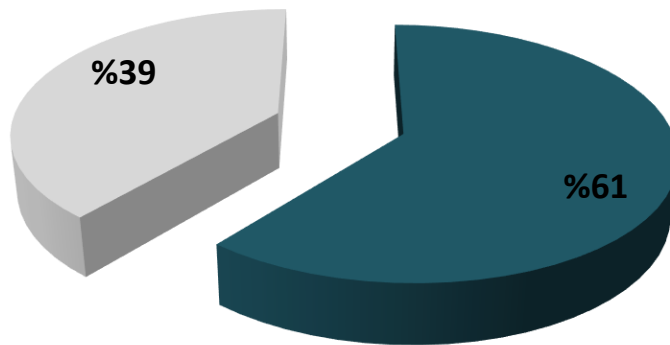
■ Bulunmalıdır ■ Bulunmamalıdır



Grafik 4-2 Yakının Resüsitasyonu Esnasında Aile Üyelerinin Bulunması (N=467)

Yakının Resüsitasyonu Esnasında Aile Üyelerine Bulunma Seçeneği Sunulması

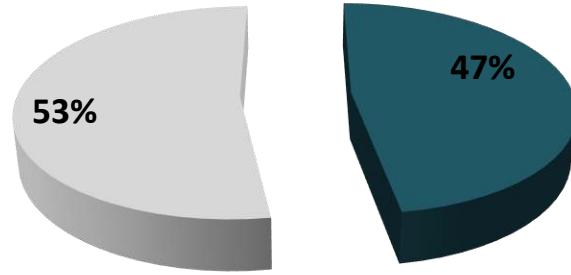
■ Sunulmalıdır ■ Sunulmamalıdır



Grafik 4-3 Yakının Resüsitasyonu Esnasında Aile Üyelerine Bulunma Seçeneği Sunulması (N=467)

Yakının Resüsitasyonu Esnasında Bulunma ve Yaşam Sonu Bakıma Aktif Katılmayı İsteme

■ İsterim ■ İstemem



Grafik 4-4 Yakının Resüsitasyonu Esnasında Bulunma ve Yaşam Sonu Bakıma Aktif Katılmayı İsteme (N=467)

Tablo 4-3. Aile Üyelerinin Resüsitasyon Esnasında Bulunmayı İsteme Nedenleri (N=222)

	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Yakının durumu hakkında her an bilgi sahibi olmak	203	91.4
Yakının son anlarında yanında olmak	197	88.7
Yakının yanında olmak, güvende hissetmesini sağlamak	190	85.6
Yakını hakkında alınacak bütün tıbbi kararları bilmek	182	82.0
Yakını hakkında önemli bilgileri sağlık profesyonellerine aktarmak	181	81.5
Yakını ile vedalaşmak /helalleşmek	175	78.8
Yakınını destekleyip yardımcı olmak	173	77.9
Yakının resüsitasyonu esnasında bulunmak temel bir haktır	152	68.5
Yakınım hakkında alınacak bütün kararlara katılmak isterim	147	66.2
Sağlık profesyonellerinin yeterli müdahaleyi yaptığından emin olmak	145	65.3
Yakının tercihleri ve inançları doğrultusunda bakım almasını sağlamak	124	55.9
Sağlık profesyonellerine yardımcı olmak	122	55.0
Yakınını ölümü halinde yakının tercihleri, inançları doğrultusunda dini ve kültürel uygulamaları yapmak	111	50.0
Yakının mahremiyetini korumak	109	49.1

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için n katlanmıştır.

Tablo 4.3'te AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı isteme nedenlerine ilişkin bulgular sunuldu. Tablo 4.3'e göre AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı en sık isteme nedenleri yakını hakkında her an bilgi sahibi olmak, yakının son anlarında yanında olmak, yakının güvende hissetmesini sağlamak, yakını hakkında alınacak bütün tıbbi kararları bilme, yakını hakkındaki önemli konuları sağlık profesyonellerine aktarmaktır (sırasıyla; %91,4, 88.7, 85.6, 82.0,81.5). AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı diğer önemli oranlarda isteme nedenleri; yakını ile vedalaşmak-helalleşmek, yakınıni destekleyip yardımcı olmak, yakının resüsitasyonu esnasında bulunmayı temel bir hak olarak görme, yakını hakkında alınacak bütün kararlara katılmayı isteme, sağlık profesyonellerinin yeterli müdahaleyi yaptıklarından emin olmaktır (sırasıyla; %78,8, 77.9, 68.5, 66.2,65.3). AÜ'lerin daha az sıklıkta bildirdiği nedenler ise; yakının tercihleri ve inançları doğrultusunda bakım almasını sağlamak, sağlık profesyonellerine yardımcı olmak, yakının ölümü halinde yakının tercihleri ve inançları doğrultusunda dini ve kültürel uygulamaları yapmak, yakının mahremiyetini korumak olduğu belirlendi (sırasıyla; %55.9, 55.0, 50.0, 49.1), (Tablo 4.3).

Tablo 4-4. Aile Üyelerinin Resüsitasyon Esnasında Bulunmayı İstememe Nedenleri (N=246)

	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Yakınıımı bu halde görmeye dayanamam	209	84.6
Sağlık profesyonellerinin işlerini zorlaştırmaktan korkarım	204	82.9
Yakınımın (ölümü halinde) güzel anılar ile hatırlamak isterim	184	74.8
Yakınımın onun için ağladığını, üzüldüğümü görmesini istemem	167	67.9
Yakınımın mikrop kapmasından korkarım	156	63.4
Sağlık profesyonelleri ile çatışmak istemem	145	58.9
Yanlış bir şey yapmaktan yakınıma zarar vermektan korkarım	143	58.1
Bana verilen görevleri yapamamaktan yeterince yardımcı olamamaktan korkarım	116	47.2
Yakınımın mahremiyeti bozulur	87	35.4
Kendim de hastalanmaktan korkarım	44	17.8

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için n katlanmıştır

Tablo 4.4'te AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı istememe nedenlerine ilişkin bulgular sunuldu. Tablo 4.4'e göre AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı istememe konusunda en sık bildirdikleri nedenler; yakınıımı bu halde görmeye dayanamam, sağlık profesyonellerinin işlerini zorlaştırmaktan korkarım, yakınımın (ölümü halinde) güzel anılar ile hatırlamak istemeleridir (sırasıyla; % 84.6, 82.9, 74.8). AÜ'lerin resüsitasyon esnasında

bulunmayı istememeleri konusunda bildirdikleri diğer önemli nedenler; yakınımın onun için ağladığını, üzüldüğümü görmesini istemem, yakınımın mikrop kapmasından korkarım, sağlık profesyonelleri ile çatışmak istemem, yanlış bir şey yapmaktan yakınına zarar vermekten korkmalarıdır (sırasıyla; % 67.9, 63.4, 58.9, 58.1). AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı istememe konusunda daha az sıklıkta bildirdikleri nedenlerse; bana verilen görevleri yapamamaktan yeterince yardımcı olamamaktan korkarım, yakınımın mahremiyeti bozulur, kendilerinin de hastalanmaktan korkmalarıdır (sırasıyla; % 47.2, 35.4, 17.8), (Tablo 4.4).

Tablo 4-5. Aile Üyelerinin Sağlık Profesyonellerinin İşlerini İyi Yapmadıklarını Düşündükleri Zaman Tepkileri (N=467)

	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Sağlık profesyonellerine durumu sorarım, açıklamalarını dinlerim	404	86.5
İşlerini iyi yapmaları gerektiğini hatırlatırım, sözel olarak müdahale ederim	310	66.4
Yasal yollara başvurup sağlık profesyonellerini dava ederim	305	65.3
Hastayı alıp başka bir sağlık kuruluşuna götürürüm	246	52.7
Sağlık profesyonellerinin hastaya dokunmalarına izin vermem	80	17.1
Doğru olan uygulamayı kendim yaparım	60	12.8
Hiçbir şey yapmam, Allah'a havale ederim	48	10.3
Sağlık profesyonellerine fiziksel olarak müdahale ederim	35	7.5

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için n katlanmıştır

Tablo 4.5'te AÜ'lerin sağlık profesyonellerinin işlerini iyi yapmadıklarını düşündükleri zaman tepkilerinin ne olacağına ilişkin bulgular sunuldu. Tablo 4.5'e göre AÜ'lerin sağlık profesyonellerinin işlerini iyi yapmadıklarını düşündükleri zaman en sık bildirdikleri tepkiler; sağlık profesyonellerine durumu sorarım ve açıklamalarını dinlerim, işlerini iyi yapmaları gerektiğini hatırlatırım sözel olarak müdahale ederim, yasal yollara başvurup sağlık profesyonellerini dava ederim, hastayı alıp başka sağlık kuruluşuna götürmeyi istemeleridir (sırasıyla; % 86.5, 66.4, 65.3, 52.7). AÜ'lerin sağlık profesyonellerinin işlerini iyi yapmadıklarını düşündükleri zaman daha az sıklıkta bildirdikleri tepkiler; sağlık profesyonellerinin hastaya dokunmalarına izin vermem, doğru olan uygulamayı kendim yaparım, hiçbir şey yapmam Allah'a havale ederim, sağlık profesyonellerine fiziksel olarak müdahale ederim olduğu belirlendi (sırasıyla; %17.1, 12.8, 10.3, 7.5), (Tablo 4.5).

4.3.Bölüm III Aile Üyelerinin Resüsitasyon Esnasında Aile varlığı ve Yaşam Sonu Bakıma Katılmaları Konusundaki Görüşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde AÜ'lerin yakınlarının son anlarını geçirmesini istediği yer, yakının resüsitasyonu esnasında aile üyelerinin bulunması, yakının resüsitasyonu esnasında AÜ'lere bulunma seçeneğinin sunulması, yakının resüsitasyonu esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılmayı isteme konusundaki görüşlerinin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu.



Tablo 4-6. Aile Üyelerinin Yakınının Son Anlarını Geçirmesini İstedığı Yer Konusundaki Görüşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması (N=467)

Özellikler	Ev n(%)	Hastane n(%)	Test/p
Yaş (Ort±SS*: 34.36±10.43, En genç 18 –En yaşlı 79) 18-29 30-44 ≥45	115(24.6) 151(32.3) 61(13.1)	59(12.6) 61(13.1) 20(4.3)	$\chi^2= 2.505$ $p=0.286$
Cinsiyet Kadın Erkek	119(25.5) 208(44.5)	48(10.3) 92(19.7)	$\chi^2=0.189$ $p=0.664$
Eğitim Durumu İlk Öğretim Orta Öğretim Lisans ve Üzeri	38(8.1) 140(30.0) 149(31.9)	14(3.0) 57(12.2) 69(14.8)	$\chi^2=0.624$ $p=0.732$
Çalışma Durumu Sağlık Çalışanı Çalışan Çalışmayan (İşsiz, Emekli, Ev Hanımı)	54(11.6) 187(40.0) 86(18.4)	20(4.3) 83(17.8) 37(7.9)	$\chi^2=0.382$ $p=0.826$
Medeni Durumu Evli Bekar	205(43.9)) 122(26.1)	85(18.2) 55(11.8)	$\chi^2=0.163$ $p=0.687$
Aile Tipi Geniş Aile Çekirdek Aile Yalnız Yaşayan	60(12.8) 244(52.2) 23(4.9)	11(2.4) 115(24.6) 14(3.0)	$\chi^2=8.908$ $p=0.012$
Hasta İle Akrabalık İlişkisi Annem Babam Kardeşim Eşim Oğlum Kızım	101(21.6) 79(16.9) 42(9.0) 69(14.8) 19(4.1) 17(3.6)	47(10.1) 31(6.6) 24(5.1) 28(6.0) 6(1.3) 4(0.9)	$\chi^2= 3.352$ $p=0.646$
Resüsitasyon Eğitim Alma Durumu Almış Almamış	150(32.1) 177(37.9)	62(13.3) 78 (16.7)	$\chi^2=0.099$ $p=0.752$
Yakınının Vefat Etme Durumu Evet Hayır	124(26.6) 203(43.5)	41(8.8) 99(21.2)	$\chi^2=3.199$ $p= 0.074$
Yakınının Vefatına Tanık Olma Durumu Evet Hayır	73(15.6) 254(54.4)	21(4.5) 119(25.5)	$\chi^2= 3.271$ $p=0.071$
Yakınının Resüsitasyonuna Tanık Olma Durumu Evet Hayır	29(6.2) 298(63.8)	9(1.9) 131(28.1)	$\chi^2=0.781$ $p=0.372$

Tablo 4.6’da AÜ’lerin yakınlarının son anlarını geçirmesini istediği yer konusundaki görüşlerinin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi. Tablo 4.6’ya göre AÜ’lerin yakınlarının son anlarını geçirmesini istediği yer, yaş grupları, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum açısından karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). AÜ’lerin yakınlarının son anlarını geçirmesini istediği yer aile tipi ile karşılaştırıldığında ise aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.012$), ($p<0.05$). AÜ’lerin yakınlarının son anlarını geçirmesini istediği yer; hasta ile akrabalık ilişkisi, resüsitasyon eğitimi alma durumu, yakının vefat etme durumu, yakının vefatına tanık olma durumu, yakının resüsitasyonuna tanık olma durumu ile karşılaştırıldığında ise aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

Tablo 4-7. Aile Üyelerinin Yakının Resüsitasyonu Esnasında Bulunması Konusundaki Görüşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması (N=467)

Özellikler	Bulunmalıdır n(%)	Bulunmamalıdır n(%)	Test/p
Yaş (Ort±SS*: 34.36±10.43, En genç 18 – En yaşlı 79) 18-29 30-44 >45	90(19.3) 96(20.6) 51(10.9)	84(18.0) 116(24.8) 13(6.4)	$X^2=7.435$ $p=0.024$
Cinsiyet Kadın Erkek	87(18.6) 150(32.1)	80(17.1) 150 (32.1)	$X^2=0.189$ $p=0.664$
Eğitim Durumu İlk Öğretim Orta Öğretim Lisans ve Üzeri	35(7.5) 104(22.3) 98(21.0)	17(3.6) 93(19.9) 120(25.7)	$X^2=8.962$ $p=0.011$
Çalışma Durumu Sağlık Çalışanı Çalışan Çalışmayan (İşsiz, Emekli, Ev Hanımı)	20(4.3) 138(29.6) 79(16.9)	54(11.6) 132(48.9) 44(9.4)	$X^2=25.615$ $p=0.000$
Medeni Durumu Evli Bekar	144(30.8) 93(19.9)	146(31.3) 84(18.0)	$X^2=0.367$ $p=0.545$
Aile Tipi Geniş Aile Çekirdek Aile Yalnız Yaşayan	37(7.9) 181((38.8) 19(4.1)	34(7.3) 178((38.1) 18(3.9)	$X^2=0.074$ $p=0.964$
Hasta ile Akrabalık İlişkisi Annem Babam Kardeşim Eşim Oğlum Kızım	67(14.3) 63(13.5) 35(7.5) 48(10.3) 11(2.4) 13(2.3)	81(17.3) 47(10.1) 31(6.6) 49(10.5) 14(3.0) 8(1.7)	$X^2=5.351$ $p=0.375$
Resüsitasyon Eğitim Alma Durumu Almış Almamış	143(30.6) 94(20.1)	112(24.0) 118(25.3)	$X^2=6.382$ $p=0.012$
Yakının Vefat Etme Durumu Evet Hayır	81(17.3) 156(33.4)	84(18.0) 146(31.3)	$X^2=0.281$ $p=0.596$
Yakının Vefatına Tanık Olma Durumu Evet Hayır	50(10.7) 187(40.7)	44(9.4) 186(39.8)	$X^2=0.281$ $p=0.596$
Yakının Resüsitasyonuna Tanık Olma Durumu Evet Hayır	21(4.5) 216(46.3)	17(3.6) 213(45.6)	$X^2=0.337$ $p=0.561$

Tablo 4.7’de AÜ’lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunması konusundaki görüşlerinin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi. Tablo 4.7’ye göre AÜ’lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunması konusundaki görüşleri yaş grupları, eğitim durumu, çalışma durumu ile karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (sırasıyla; $p=0.024$, $p=0.011$, $p=0.000$), ($p<0.05$). AÜ’lerinin yakının resüsitasyonu esnasında bulunması konusundaki görüşleri cinsiyet, medeni durum, aile tipi, hasta ile akrabalık ilişkisi ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). AÜ’lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunması konusundaki görüşleri resüsitasyon eğitimi alma durumu ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.012$), ($p<0.05$). AÜ’lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunma konusundaki görüşleri yakının vefat etme durumu, yakının vefatına tanık olma durumu, yakının resüsitasyonuna tanık olma durumu ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Tablo 4-8. Aile Üyelerine Yakının Resüsitasyonu Esnasında Bulunma Seçeneği Sunulması Konusundaki Görüşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması (N=467)

Özellikler	Sunulmalıdır n(%)	Sunulmamalıdır n(%)	Test/p
Yaş (Ort±SS*: 34.36±10.43, En genç 18 –En yaşlı 79) 18-29 30-44 >45	101(21.6) 122(26.1) 62(13.3)	73(15.6) 90(19.3) 19(4.1)	$X^2=9.929$ $p=0.007$
Cinsiyet Kadın Erkek	103(22.0) 182(39.0)	64(13.7) 182((39.0)	$X^2=0.046$ $p=0.830$
Eğitim Durumu İlk Öğretim Orta Öğretim Lisans ve Üzeri	40(8.6) 125(26.8) 120(25.7)	12(2.6) 72(15.4) 98(21.0)	$X^2=9.291$ $p=0.010$
Çalışma Durumu Sağlık Çalışanı Çalışan Çalışmayan (İşsiz, Emekli, Ev Hanımı)	29(6.2) 169(36.2) 87(18.6)	45(9.6) 101(21.6) 36(7.7)	$X^2=9.291$ $p=0.000$
Medeni Durumu Evli Bekar	179(38.3) 106(22.7)	111(23.8) 71(15.2)	$X^2=0.156$ $p=0.693$
Aile Tipi Geniş Aile Çekirdek Aile Yalnız Yaşayan	46(9.9) 217(46.5) 22(4.7)	25(5.4) 142(30.4) 15(3.2)	$X^2=0.512$ $p=0.774$
Hasta ile Akrabalık İlişkisi Annem Babam Kardeşim Eşim Oğlum Kızım	83(17.8) 68(14.6) 40(8.6) 63(13.5) 15(3.2) 16(3.4)	65(13.9) 42(9.0) 26(5.6) 34(7.3) 10(2.1) 5(1.1)	$X^2=4.225$ $p=0.518$
Resüsitasyon Eğitim Alma Durumu Almış Almamış	176(37.7) 109(23.3)	79(16.9) 103(48.6)	$X^2=15.084$ $p=0.000$
Yakının Vefat Etme Durumu Evet Hayır	99(21.2) 186(39.8)	66(14.1) 111(24.8)	$X^2=0.113$ $p=0.736$
Yakının Vefatına Tanık Olma Durumu Evet Hayır	58(12.4) 227(48.6)	36(7.7) 146(31.3)	$X^2=0.022$ $p=0.881$
Yakının Resüsitasyonuna Tanık Olma Durumu Evet Hayır	21(4.5) 264(56.5)	17(3.6) 165(35.3)	$X^2=0.578$ $p=0.447$

Tablo 4.8’de AÜ’lere yakının resüsitasyonu esnasında bulunma seçeneği sunulması konusundaki görüşlerinin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi. Tablo 4.8’ e göre AÜ’lere yakının resüsitasyonu esnasında bulunma seçeneği sunulması konusundaki görüşleri yaş grupları, eğitim durumu, çalışma durumu ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla; $p=0.007$, $p=0.010$, $p=0.000$) ($p<0.05$). AÜ’lere yakının resüsitasyonu esnasında bulunma seçeneği sunulması konusundaki görüşleri cinsiyet, medeni durum, aile tipi, hasta ile akrabalık ilişkisi açısından karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). AÜ’lere yakının resüsitasyonu esnasında bulunma seçeneği sunulması konusundaki görüşleri resüsitasyon eğitimi alma durumu ile karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0.000$), ($p<0.05$). AÜ’lere yakının resüsitasyonu esnasında bulunma seçeneği sunulması konusundaki görüşleri yakının vefat etme durumu, yakının vefatına tanıklık etme durumu, yakının resüsitasyonuna tanıklık etme durumu ile karşılaştırıldığında ise aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($P>0.05$), (Tablo 4.8).

Tablo 4-9. Aile Üyelerinin Yakının Resüsitasyonu Esnasında Aktif Olarak Bulunma ve Yaşam Sonu Bakıma Katılmayı İsteme Konusundaki Görüşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması (N=467)

Özellikler	İsterim n(%)	İstemem n(%)	Test/p
Yaş (Ort±SS*: 34.36±10.43, En genç 18 –En yaşlı 79) 18-29 30-44 >45	80(17.1) 94(20.1) 48(10.3)	94(20.1) 118(25.3) 33(7.1)	$X^2=5.502$ $p=0.064$
Cinsiyet Kadın Erkek	83(17.8) 139(29.8)	84(18.0) 161(34.5)	$X^2=0.488$ $p=0.485$
Eğitim Durumu İlk Öğretim Orta Öğretim Lisans ve Üzeri	34(7.3) 94(20.1) 94(20.1)	18(3.9) 103(22.1) 124(26.6)	$X^2=8.350$ $p=0.015$
Çalışma Durumu Sağlık Çalışanı Çalışan Çalışmayan (İşsiz, Emekli, Ev Hanımı)	23(4.9) 128(27.4) 71(15.2)	51(10.9) 142(30.4) 52(11.1)	$X^2=13.155$ $p=0.001$
Medeni Durumu Evli Bekar	140(30.0) 82(17.6)	150(32.1) 95(20.3)	$X^2=0.167$ $p=0.683$
Aile Tipi Geniş Aile Çekirdek Aile Yalnız Yaşayan	36(7.7) 171(36.6) 15(3.2)	35(7.5) 188(40.3) 22(4.7)	$X^2=1.013$ $p=0.603$
Hasta ile Akrabalık İlişkisi Annem Babam Kardeşim Eşim Oğlum Kızım	63(13.5) 55(11.8) 31(6.6) 51(10.9) 10(2.1) 12(2.6)	85(18.2) 55(11.8) 35(7.5) 46(9.9) 15(3.2) 9(1.9)	$X^2=4.076$ $p=0.539$
Resüsitasyon Eğitimi Alma Durumu Almış Almamış	138(29.6) 84(18.0)	117(25.1) 128(27.4)	$X^2=9.752$ $p=0.002$
Yakının Vefat Etme Durumu Evet Hayır	78(16.7) 144(30.8)	87(18.6) 158(33.8)	$X^2=0.007$ $p=0.933$
Yakının Vefatına Tanık Olma Durumu Evet Hayır	46(9.9) 176(37.7)	87(18.6) 158(33.8)	$X^2=0.092$ $p=0.761$
Yakının Resüsitasyonuna Tanık Olma Durumu Evet Hayır	21(4.5) 201(43.0)	17(3.6) 228(48.8)	$X^2=0.990$ $p=0.320$

Tablo 4.9’da AÜ’lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılmayı isteme konusundaki görüşlerinin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi. Tablo 4.9’a göre AÜ’lerin yakının resüsitasyon esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılmayı isteme konusundaki görüşleri yaş grupları ve cinsiyet ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). AÜ’lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılmayı isteme konusundaki görüşleri eğitim durumu ve çalışma durumu ile karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (sırasıyla; $p=0.015$, $p=0.001$), ($p<0.05$). AÜ’lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşleri medeni durum, aile tipi, hasta ile akrabalık ilişkisi, açısından karşılaştırıldığında ise aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). AÜ’lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşleri resüsitasyon eğitimi alma açısından karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.002$), ($p<0.05$). AÜ’lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşleri yakının vefat etme durumu, yakının vefatına tanık olma durumu, yakının resüsitasyonuna tanık olma durumu açısından karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde acil servise müracaat eden hastaların aile üyelerinin resüsitasyon esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılma konusunda görüşlerini incelemek amacıyla yaptığımız çalışmanın bulgularının tartışılması aşağıdaki başlıklar halinde sunuldu.

- ✓ Bölüm I aile üyelerinin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,
- ✓ Bölüm II aile üyelerinin resüsitasyon esnasında aile varlığı ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşlerine ilişkin bulguların tartışılması,
- ✓ Bölüm III aile üyelerinin resüsitasyon esnasında aile varlığı ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşlerinin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması.

5.1.Bölüm I Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Türkiye’de REAV uygulaması AÜ’ler için yeni bir kavramdır. AÜ’lerin REAV konusundaki görüşleri; hastane politikalarının ve yazılı yönergelerin oluşturulmasının çok önemli bir bileşendir. Ancak bu uygulama Türkiye’deki hastanelerin acil servislerinde geleneksel olarak yasaklanmış ve kısıtlanmış bir durumdur (13). Bu çalışma; Türkiye’nin doğu Anadolu bölgesi Van ilinde, acil servise müracaat eden hastaların AÜ’lerinin REAV konusundaki görüşlerini ve yaşam sonu bakıma aktif olarak katılmayı isteme durumlarını belirleyen ilk çalışmadır. AÜ’lerin kültürel, aile ve dini yapısı, verdikleri yanıtları etkilemiş olabilir. Gelecekteki araştırmalarda yakını resüsitasyon odasına alınan hastaların AÜ’lerinin görüşleri ve deneyimleri nitel yöntemler ile belirlenmesi Türkiye’nin doğu Anadolu bölgesi için daha objektif veriler sağlayabileceği değerlendirildi. Araştırmanın örneklemini oluşturan acil servise müracaat eden AÜ’lerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi tanıtıcı özellikleri literatür ile uyumludur (2, 25).

5.2.Bölüm II Aile Üyelerinin Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı ve Yaşam Sonu Bakıma Aktif Olarak Katılma Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışma sonucunda acil servise müracaat eden hastaların AÜ’lerin REAV ve yaşam sonu bakıma aktif olarak katılma konusundaki görüşleri nicel olarak kapsamlı bir şekilde belirlendi. AÜ’lerin resüsitasyonda sadece izleyici olmalarından ziyade aktif katılımcı olmaları konusunda görüşlerini ve yaşam sonu bakıma aktif olarak katılmayı isteme

durumlarını belirleyen Türkiye’de yapılmış ilk çalışmadır. Çalışma bulguları AÜ’lerin REAV’ı isteme ve istememe nedenlerini belirlenmesi mevcut bilgileri genişletmektedir. Güncel rehberlerde REAV için AÜ’lere bir seçenek sunulması ve bu süreçte AÜ’lerin bir sağlık profesyoneli tarafından desteklenmesi önerilmektedir (1, 73). Çalışmada AÜ’lerin %61’i bir yakının resüsitasyon yapılması durumunda kendisine REAV seçeneğinin sunulmasını görüşündedir. AÜ’lerin %50’si bir yakının resüsitasyonunda AÜ’lerinin bulunması gerektiği görüşünde iken %47,5’i kendisine REAV seçeneği sunulduğunda yakının resüsitasyonunda bulunmak ve yaşam sonu bakımına aktif olarak katılmayı istediği belirlendi. Çalışma bulguları AÜ’lerin görüşlerinin bölünmüş ve kararsız olduğunu ortaya çıkardı. AÜ’lerin bu görüşleri REAV’ın Türkiye’de rutin bir uygulama olmamasından kaynaklanmış olabilir. Bu durum AÜ’lerin REAV konusundaki farkındalıklarının düşük olabileceğini düşündürdü. Niemczyk ve ark. tarafından 500 hasta ve 500 AÜ ile yapılan nicel bir çalışmada; hastaların ve AÜ’lerin büyük bir çoğunluğu REAV uygulaması konusundaki haklarını bilmediği belirlenmiştir. REAV uygulamasını hastaların destekleme oranı %24.2, AÜ’lerin destekleme oranı ise %29.2 olarak raporlanmıştır (107). Ancak konu ile ilgili nitel çalışmalar incelendiğinde AÜ’lerin REAV uygulamasını daha fazla destekledikleri ve kendilerine bir yakının resüsitasyonuna katılma seçeneği sunulduğunda ise daha yüksek oranlarda katılmayı istedikleri bulunmuştur. Mortelmans ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmada AÜ’lerin %75’i resüsitasyon sırasında hastanın yanında bulunmak istemişlerdir (108). Benzer bir şekilde Twibell ve ark. 2015 yılında yaptıkları çalışmada REAV’ı deneyimleyen hastaların %90’ından fazlası aile varlığını tercih etmiş ve REAV konusunda olumsuz düşünen katılımcıların %52’sinin söz konusu kendi ailesi olduğunda resüsitasyonda bulunmak istediği tespit edilmiştir (109). Çalışmada REAV seçeneğinin sunulmasını isteme durumları ve kendilerine bir seçenek sunulduğunda resüsitasyonda bulunmayı isteme oranları mevcut literatürden daha düşük bulundu. Bunun nedeni AÜ’lerin çoğunluğunun (%54.6) resüsitasyon eğitimi almamış, geçmişte bir yakını kaybetmemiş (%64.7), vefatına ve resüsitasyonuna tanıklık etmemiş (%91,9) olması verdikleri yanıtları belirlemiş olabilir. Araştırmanın örneklemini resüsitasyon dışında başka nedenler ile acil servise müracaat eden hastaların AÜ’lerinden oluşması araştırmanın bulgularını etkileyebileceğini düşündürdü. Araştırmanın örneklemini oluşturan AÜ’ler yakının resüsitasyonu ile yüzleştğinde REAV konusundaki görüşleri değişebilir. Niteliksel bir çalışmada yakının resüsitasyonunda bulunma seçeneği sunulan ve resüsitasyonu izleyen AÜ’lerin; yakının resüsitasyona aktif olarak katılıp yakınlarına ve sağlık profesyonellerine yardımcı olmak istedikleri belirlenmiştir (110). Yakın zamanda yapılan bir bütünlendirici

incelemede AÜ'lerin REAV'ı temel bir hak olarak gördükleri gösterildi (2). Ayrıca AÜ'lerin resüsitasyonda varlıklarının hastaya ve sağlık profesyonellerine fayda sağladığı bildirildi (2). Vardanjani ve ark. tarafından bir meta-analiz çalışmasında REAV uygulamasına katılan AÜ'lerin hastalar ve sağlık profesyonelleri üzerinde olumsuz bir etkileri olmadığı raporlanmıştır (111). Benzer bir şekilde Waldemar ve ark. tarafından yapılan retrospektif kohort çalışmasında ise AÜ'lerin katıldıkları REAV uygulamalarında sonuç ve süreçlerin olumsuz etkilenmediği raporlanmıştır (112). Çalışmada AÜ'lerin çoğunluğunun yakınlarının son anlarını evde geçirmesini isteme nedeni ise yakınlarının son anlarında yanında olarak ona destek olmayı istemelerinden kaynaklanmış olabilir. Youngson ve ark. 2017 de yaptıkları çalışmada; yakınına resüsitasyon uygulanan hastaların AÜ'lerin hastalarının durumu hakkında bilgi sahibi olmaya çalıştıkları, hastaya fiziksel ve moral olarak destek oldukları ve hastayı rahatlattıkları bulunmuştur (Youngson, 2017). Ayrıca yapılan çalışmalarda AÜ'lerin yakının resüsitasyonunda bulunmalarının zararlı olmadığı gösterilmiştir (114, 115).

Çalışmada AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı isteme nedenlerine ait oranlar oldukça birbirine yakın bulundu. Bu durum aslında AÜ'lerin bütün bu nedenleri önemseyişini de göstermektedir. AÜ'lerin yakının resüsitasyonunda bulunmayı isteme nedenleri literatür ile benzerlik göstermektedir. (103, 109, 110, 116, 117). Çalışmada AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı en sık isteme nedeni arasında yakını hakkında her an bilgi sahibi olmak (91.4) olduğu belirlendi. Acil serviste kritik hasta yakınlarının gereksinimleri ve karşılanma durumlarının araştırıldığı bir çalışmada; AÜ'lerin ilk on gereksiniminden dokuzunun sağlık profesyonelleri ile iletişim ve bilgi alma ile ilgili olduğu belirlenmiştir (117). Çalışmada AÜ'lerin %82'si yakını hakkında alınacak bütün tıbbi kararları bilmek istediğini belirtti. AÜ'ler yakını hakkında en doğru bilgiyi hastanın yakınında bulunurlar ise alabilir ve yakını hakkındaki kararlarda katılımcı olabilir. Acil serviste ölüm süreci sırasında AÜ'lerin deneyimlerinin araştırıldığı nitel bir çalışmada; AÜ'lere verilen bilginin kalitesinin AÜ'lerin memnuniyetlerini etkilediği belirlenmiştir (118). Çalışmada AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı istemelerinde diğer önemli nedenler ise; yakının son anlarında yanında olmak (%88.7), yakının güvende hissetmesini sağlamaktır (%85.6). Hastalar için AÜ'lerinden ayrılmış olmak önemli bir stres nedenidir (119). Yapılan çalışmalarda; yakının resüsitasyonuna tanıklık eden AÜ'ler varlıklarının hasta için rahatlatıcı olduğuna inandıkları belirlenmiştir (109, 114). Benjamin ve ark. (2004)'nın tarafından acil servise müracaat eden hastalar ile yapılan bir çalışmada; hastaların

% 72'si kendisine resüsitasyon yapılması durumunda AÜ'lerini yanında istediği belirlenmiştir (120). Benzer bir şekilde; Martelmans ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, acil serviste hayati tehlikesi bulunan hastaların güvenlik kaygısı yaşadığı ve %72'sinin AÜ'lerini yanında istediğini bildirmiştir (108).

Çalışmada; AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı istemelerinde önemli olan bir diğer neden ise, yakını hakkındaki önemli konuları sağlık profesyonellerine aktarmak (%81.5) olduğu tespit edildi. Hastanın geçmiş hastalık öyküsü ve kullandığı ilaçlar gibi müdahalenin seyrini değiştirebilecek en doğru bilgilere AÜ'ler sayesinde ulaşılabilir. De Stefano ve ark. 2016 yılında yaptıkları çalışmada; resüsitasyona katılan AÜ'lerin hasta ile ilgili tıbbi öyküyü gibi bilgilerin sağlık profesyonellerine aktarılmasını sağladığı belirlenmiştir. Ayrıca AÜ'lerin sağlık profesyonellerinin elinden geleni yaptığını görmelerinin yararlı olduğu tespit edilmiştir (110). Twibell ve ark. 2015 yılında REAV deneyimleyen hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada; hastaların REAV'ın faydası olarak gördükleri konuların başında ailelerin anında bilgi sahibi olması ve kendileri için her şeyin yapıldığının aile tarafından bilinmesi olarak belirtmişlerdir (109). Çalışmada AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı diğer önemli oranlarda isteme nedenleri; yakını ile vedalaşmak-helalleşmektir (%78.8). Bu dünya ile ilgili hesabın kapatılması, yakını ile vedalaşmak ve helalleşmek kültürümüzde önemli bir yere sahiptir. AÜ'lerin resüsitasyona katılmayı istemelerindeki bir diğer neden ise, yakınına destekleyip yardımcı olmaktır (%77.9). Çalışmanın bu sonucu AÜ'lerin asıl istediği şeyin yakınının bu zor anına sadece tanık olmaktan ziyade, sevdiği kişinin yaşamda kalabilmesi için elinden geleni yapmak istemeleridir.

Çalışmada AÜ'ler yakınının resüsitasyonu esnasında bulunmayı temel bir hak olarak görme oranı %68 olarak belirlendi. Benzer şekilde Duran ve ark. 2007 yılında yaptıkları çalışmada hasta ve yakınlarının REAV'ı temel bir hak olarak gördükleri belirlenmişti (103). Çalışmada AÜ'lerin yakınının resüsitasyonunda bulunmayı istemelerinde bir diğer neden ise 'yakını hakkında alınacak bütün kararlara katılmayı istemedir' (%66.2). Yakın zamana kadar AÜ'lerin resüsitasyon odasına alınmaması bir kuraldı. Resüsitasyona başlamadan önce ilk olarak AÜ'ler odanın dışına alınırdı. Geçmişte sağlık profesyonellerinin bu paternalist tutumlarının yerini günümüzde hasta ve AÜ'lerin tercihlerinin ön planda tutulduğu bir bakım anlayışı almıştır. Çalışmada AÜ'lerin yakınının resüsitasyonuna katılmayı istemelerinde diğer bir neden de 'sağlık profesyonellerinin yeterli müdahaleyi yaptıklarından emin olmaktır' (%65.3). Çalışma bulguları AÜ'lerin yakınlarının otonomisini

sürdürmede istekli olduklarını da göstermiştir. Çalışmada AÜ'lerin yarısından fazlası 'yakının tercihleri ve inançları doğrultusunda bakım almasını sağlamak' (%55.9), 'sağlık profesyonellerine yardımcı olmak' (%50), 'yakının ölümü halinde yakının tercihleri ve inançları doğrultusunda dini ve kültürel uygulamaları yapmak' (%50.0), 'yakının mahremiyetini korumak' (%49.1) olduğu belirlendi. Aslında her toplumda ve bütün dinlerde ölüm sonrası ritüeller, dini ve kültürel uygulamalar mevcuttur. AÜ'ler inançları gereği yapmak zorunda hissettikleri dini ve kültürel uygulamalar nedeni ile yakınlarının son anlarını evde geçirmesini istemiş olabilirler. Bilincini kaybeden hastalar, otonomilerini, iletişim ve mahremiyetini koruma becerilerini kaybederler. AÜ'lerin kültürel ve dini inançları mahremiyetin korunması gerektiğini düşündürmüş olabilir.

Aile üyelerinin resüsitasyon esnasında bulunmayı istememe konusunda en sık bildirdikleri nedenler; yakını bu halde görmeye dayanmam (%84.6), sağlık profesyonellerinin işlerini zorlaştırmaktan korkarım (%82.9), yakınının (ölümü halinde) güzel anılar ile hatırlamak (%74.8) istemeleridir. De Stefano ve ark. 2016 da yaptıkları çalışmada AÜ'lerin resüsitasyona katılmak istememe nedenlerinin başında hastanın vücuduna yapılan işlemlerin korkutucu olması ve sevdikleri kişiyi o halde görmek istememeleridir (De Stefano et al., 2016). Twibell ve ark. 2015 ve Fernandez ve ark. 2020 yılındaki çalışmalarında katılımcıların REAV konusunda en çok korktukları şeyin sağlık personellerinin işlerini zorlaştırmak ve onlara engel olmak olduğu belirlenmiştir (109, 116). Çalışma bulguları AÜ'lerin resüsitasyonda bulunmayı istememe nedenleri açısından literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmada AÜ'lerin Resüsitasyon esnasında bulunmayı istememeleri konusunda bildirdikleri diğer önemli nedenler ise, yakınının onun için ağladığını, üzüldüğümü görmesini istemem (%67.9), yakınının mikrop kapmasından korkarım (% 63.4), sağlık profesyonelleri ile çatışmak istemem (%58.9). Bu çalışmanın önemli bir sonucu da yakının resüsitasyonuna katılmayı istemeleri durumunda; AÜ'lerin %63'ünden fazlasının sağlık profesyonelleri ile çatışma yaşayabileceğini düşünmesidir. Ayrıca AÜ'ler yanlış bir şey yapmaktan yakınına zarar vermekten korkmalarıdır (%58.1). Yapılan çalışmalarda sağlık profesyonellerinin REAV'ı destekleme oranı oldukça düşük bulunmuştur (13, 16). Demir ve ark. (2008) çalışmasında araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %82.6'sı AÜ'lerin resüsitasyonda bulunmasının uygun olmadığı görüşündedir. Ayrıca sağlık profesyonelleri %56.3'ü AÜ'ler sağlık çalışanlarının uygulamalarına müdahale edebileceği, %43.6'sı resüsitasyonun AÜ'ler için travmatik bir prosedür olduğu görüşündedir (13). Kosowan ve ark. (2011) sağlık profesyonelleri

perspektifinden REAV uygulamasına yönelik engeller tanımlanmıştır. En önemli engeller; AÜ'ler için destek eksikliği, deneyimin AÜ'ler için travmatik olması, AÜ'lerin prosedürleri anlamaması, AÜ'lerin prosedürlere fiziksel olarak müdahale etmesi korkusu, AÜ'lerin personel arasındaki stres düzeyini arttırması, gelenek ve hastane politikalarının REAV uygulamasını dışlamasıdır (16). Çalışmada AÜ'lerin resüsitasyon esnasında bulunmayı istememe konusunda daha az sıklıkta bildirdikleri nedenleri ise; bana verilen görevleri yapamamaktan yeterince yardımcı olamamaktan korkarım (% 47.2), yakınımın mahremiyeti bozulur (%35.4), kendilerinin de hastalanmaktan korkmalarıdır (%17.8).

Sağlık profesyonellerinin REAV uygulamasını desteklememelerinin önemli bir nedeni ise AÜ'lerin verecekleri tepkilerdir. Çalışma AÜ'lerin sağlık profesyonellerinin işlerini iyi yapmaması durumunda tepkilerinin neler olacağını belirlemesi açısından mevcut bilgileri genişletmektedir. AÜ'lerin sağlık profesyonellerinin işlerini iyi yapmadıklarını düşündükleri zaman en sık bildirdikleri tepkiler; 'sağlık profesyonellerine durumu sorarım ve açıklamalarını dinlerim' (%86.5), 'işlerini iyi yapmaları gerektiğini hatırlatırım sözel olarak müdahale ederim' (%66.4). Bir yakının resüsitasyonuna tanık olan AÜ'ler ile ilgilenecek bir sağlık profesyonelinin bulunması; AÜ'lere prosedürler hakkında bilgi vermesi, sorularını yanıtlaması, AÜ'lerin streslerine bağlı olumsuz tepkilerini yönetmek için oldukça önemli olduğu değerlendirildi. Çalışmada AÜ'lerin bir diğer tepkisi ise 'yasal yollara başvurup sağlık profesyonellerini dava ederimdir' (%65.3). Yavuz ve ark. (2014) çalışmasında yakının resüsitasyonuna tanık olan AÜ'lerin prosedürleri yanlış anlayabileceği ve dava riskinin artabileceği bildirilmiştir (121). AÜ'lerin diğer tepkileri ise hastayı alıp başka sağlık kuruluşuna götürmeyi istemeleridir (%52.7). AÜ'lerin bu tepkileri hastanın yaşamını riske atabilir. Bu nedenle uygulamalar ve yaşam kurtarıcı prosedürler AÜ'lerin anlayacağı şekilde açıklanmalıdır. AÜ'lerin sağlık profesyonellerinin işlerini iyi yapmadıklarını düşündükleri zaman daha az sıklıkta bildirdikleri tepkiler; 'sağlık profesyonellerinin hastaya dokunmalarına izin vermem' (%17.1), 'doğru olan uygulamayı kendim yaparım' (%12.8), 'hiçbir şey yapmam Allah'a havale ederim' (%10.3), 'sağlık profesyonellerine fiziksel olarak müdahale ederim' (%7.5) olduğu belirlendi. Çalışmada fiziksel müdahale tepkisi %7.5 düşük bir oran gibi gözükse de aslında önemsenmesi gereken bir orandır. REAV uygulaması hastalar ve AÜ'ler üzerinde sayısız faydalan sunuyor olsa da AÜ'lerin fiziksel olarak müdahale edebileceği riski uygulamanın rutinleşmesini engelleyen önemli bir engeldir. Aljohani ve ark. tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında acil serviste sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin %52'sinin AÜ'ler tarafından

gerçekleştirildiği belirlenmiştir (122). REAV uygulamasında sağlık profesyonellerine yönelik şiddet konusunda da önlem alınması gereklidir.

5.3.Bölüm III Aile Üyelerinin Resüsitasyon Esnasında Aile Varlığı ve Yaşam Sonu Bakıma Katılma Konusundaki Görüşlerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada AÜ'lerin REAV ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşlerini tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesi, AÜ'lerin görüşlerini tanıtıcı özelliklerinin nasıl etkilediğinin anlaşılması; şüphesiz literatüre önemli katkılar sağlar. Çalışmada AÜ'lerin yakının son anlarını geçirmesini istediği yer, aile tipi ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Geniş aile tipinde yaşayan bireylerin çoğunluğu, yakının son anlarını evde geçirmesini istemektedir. Bu farklılık geniş aile tipinde yaşayan bireylerde aile bağlarının daha güçlü olmasından kaynaklanmış olabilir. Çalışmada AÜ'lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunması konusundaki görüşleri yaş grupları ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Bu farklılık 45 yaş üstü bireylerin yakınına kaybetme ve ölüm gerçeği konusundaki farkındalıklarının daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği değerlendirildi.

Çalışmada AÜ'lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunması konusundaki görüşleri eğitim durumları ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Bu farklılık ilköğretim mezunu olan AÜ'ler daha fazla oranda yakının resüsitasyonunda bulunmayı istedikleri belirlendi. Bu durum AÜ'lerin resüsitasyon esnasında yapılan prosedürleri bilmemelerinden kaynaklanmış olabilir. Çalışmada AÜ'lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunması konusundaki görüşleri çalışma durumu ile karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Bu farklılığın nedeni sağlık çalışanı olan AÜ'ler daha düşük oranda yakının resüsitasyonunda bulunmayı isterken, çalışmayan AÜ'lerin daha yüksek oranda yakının resüsitasyonunda bulunmayı istediği belirlendi. Bu durum sağlık çalışanı olan AÜ'lerin resüsitasyon esnasındaki prosedürleri ve uygulamadaki zorlukları bilmesinden, çalışmayan AÜ'lerin ise bilmemelerinden kaynaklanmış olabilir. AÜ'lerin yakının resüsitasyonu esnasında bulunması konusundaki görüşleri resüsitasyon eğitimi alma durumlarına göre karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Resüsitasyon konusunda eğitim almanın REAV'ı destekleme oranlarını artırdığı belirlendi. REAV konusunda hem hastaların hem de AÜ'lerin bilinçlendirilmesi kanaatindeyiz. Gelecek

Çalışmalarda AÜ'lere resüsitasyon konusunda verilen eğitimin REAV'ı destekleme oranlarına etkisi randomize kontrollü çalışmalar ile tekrar test edilmelidir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Çalışmanın sonuçları olarak AÜ'lerin yaklaşık dörtte üçü yakının son anlarını evde geçirmesini istemektedir. Yakının son anlarını evde geçirmesini isteme oranı geniş aile olarak yaşayanlarda daha yüksektir. AÜ'lerin yarısından fazlası kendilerine REAV konusunda bir seçenek sunulması gerektiğini düşünmektedir. REAV uygulamasını destekleme konusunda AÜ'lerin görüşleri bölünmüş ve kararsızdır. AÜ'lerin yarısı REAV uygulamasını desteklemektedir. Çalışmanın çok önemli bir sonucu ise AÜ'ler kendilerine REAV seçeneği sunulduğunda yarısına yakını yakının resüsitasyonunda bulunmak ve yaşam sonu bakımına aktif olarak katılmayı istemektedir. Ayrıca AÜ'lerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, resüsitasyon eğitimi alma durumu gibi tanıtıcı özellikleri REAV konusundaki görüşlerini etkilemektedir. 45 yaş üstü bireylerde, ilköğretim mezunlarında, resüsitasyon eğitimi alanlarda ve çalışmayanlarda REAV'ı destekleme oranı daha yüksektir.

Hastaların ailelerin REAV ve yaşam sonu bakıma katılmayı istemelerinin en başta gelen nedenleri hastaları hakkında anlık ve sürekli bilgi sahibi olmak istemeleri, hastaları için elden gelen her şeyin yapıldığından emin olmak ve son anlarında yanında olup hastaya destek olmak olarak sayılabilir. Bunun yanında hastanın tıbbi öyküsünü sağlık profesyonellerine iletmek ve manevi olarak destek olup, dini ve kültürel uygulamalarla ona karşı görevlerini yerine getirmek ve vedalaşıp helalleşmek de hasta ailelerinin istekleri arasındadır. Hasta hakkında alınacak tıbbi kararları bilme ve bu kararlara katılım sağlama da diğer aile istekleri arasında yer almaktadır.

Hastaların aile üyelerinin REAV ve yaşam sonu bakıma katılmak istememelerinin en önemli nedenleri hastayı o halde görmeye dayanamayacaklarını düşünmeleri, sağlık profesyonellerinin işlerini zorlaştırmaktan korkmaları ve hastayı güzel anılarla hatırlamak istemeleridir. Bunun yanında hastanın, onun için ağlayıp, üzülen bir aile üyesini görmesini istememeleri, hastanın mikrop kapmasından endişelenmeleri ve yanlış bir şey yapıp hastaya zarar vermekten korkmalarıdır. Sağlık profesyonelleri ile çatışmaktan çekinmeleri de REAV ve yaşam sonu bakıma katılma konusunda isteksiz olmalarının nedenleri arasında yer almaktadır.

Hastaların aile üyelerinin sağlık profesyonellerinin işlerini iyi yapmadıklarını düşündüklerinde vereceği tepkiler çoğunlukla durumu sorup açıklama isteme, sözel olarak müdahale, yasal yola başvuru hakkını arama ve hastayı başka bir sağlık kuruluşuna götürme şeklinde tepkilerdir. Daha az kişi tarafından belirtilmiş olsa da sağlık profesyonellerinin hastaya dokunmalarına izin vermeme, doğru olan uygulamayı kendisi yapma, sağlık profesyonellerine fiziksel olarak müdahale etme gibi tepkilerin de olabileceği tespit edilmiştir.

6.2.Öneriler

- ✓ Kurumlarda REAV ve yaşam sonu bakım konusunda rehber önerileri dikkate alınarak kanıt temelli yazılı prosedürler oluşturulmalıdır.
- ✓ AÜ'lerin REAV ve yaşam sonu bakıma katılmaları konusundaki görüşlerini belirleyen kanıtlar arttırılmalıdır.
- ✓ AÜ'lerin yakının son anlarını evde geçirmesini isteme nedenleri nitel ve nicel çalışmalar ile belirlenmelidir.
- ✓ AÜ'ler resüsitasyon prosedürleri ve REAV uygulaması hakkında bilgilendirilmelidir.
- ✓ Hastaların ve AÜ'lerin REAV konusundaki tercihleri önceden belirlenmelidir.
- ✓ Acil serviste resüsitasyon uygulanan hastaların AÜ'lerine resüsitasyon ve yaşam sonu bakıma katılma konusunda seçenek sunulmalıdır.
- ✓ Kurumlarda resüsitasyon esnasında AÜ'lere eşlik edecek bir sağlık profesyoneli görevlendirilmeli ve eğitilmelidir.

6.3.Sınırlılıklar

Acil servis ortamında hastalarının sağlık durumunun belirsizliği ve hastaların sağlık durumundan endişe duyulması nedeniyle örneklem sadece yeşil alanda sağlık durumu daha iyi olan hastaların AÜ'leri ile sınırlandırılmıştır. Resüsitasyon geçiren ve durumu daha ciddi olan sarı ve kırmızı alanda hastaları konusunda endişeli olan aile üyelerine yapılamamış olması bu araştırmanın en büyük sınırlılığıdır. Ayrıca AÜ'lerin REAV'ın bir hak olduğunu bilmemeleri araştırmamız için bir sınırlılık olabilir. Ancak hastaneye başvuran acil servis hastalarının ailelerine acil serviste anket yapılması ve hasta aileleri ile bu konuda yapılan araştırmaların az olması bu araştırmanın bulgularını özgün ve değerli kılar.

6.4.Araştırmanın Kliniğe Yansıması

Araştırmanın sonuçları görüldükten sonra kliniğimizde REAV konusunda farkındalık arttı. Kliniğimizde AÜ'lerin KPR ve yaşam sonu bakıma dahil edilmesi desteklenmeye başlandı. Acil servisimize gelen iki kritik vakanın aile üyelerinin resüsitasyon esnasında bulunmasına izin verdik. Bu uygulama sırasında aile üyesine sağlık ekibinden bir hemşire eşlik etti. Vakalardan biri vefat etti. Ve hastanın oğlunun yaşam sonu bakıma aktif olarak katılmasına izin verdik. Hastanın oğlunun babasını alnından öptüğünü, elini öptüğünü ve vedalaştığı gördük. Ardından dua ederek dini ve kültürel uygulamalar yaptığını gördük. Bu deneyimlerimizin araştırmamızın sonuçları ile uyumlu olduğunu tespit ettik. Diğer vakamızda ise hastanın yaklaşık iki saatlik KPR sonucunda kalbi yeniden çalıştı ve anjiyo sonrası yoğun bakıma yatırdık. Üzücü bir şekilde hastamız ertesi gün vefat etti. Hastanın bütün KPR sürecine katılan aile üyesi ve katılmayan bir oğlu bir hafta sonra kliniğimize geldi ve elimizden gelen her şeyi yaptığımız için teşekkür ettiler. Bu deneyimlerimiz bu konudaki birçok ön yargımızın kırılmasına sebep oldu.

7. KAYNAKLAR

1. Perkins, G. D., Graesner, J. T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., and Nolan, J. P. (2021) European Resuscitation Council guidelines 2021: executive summary. *Resuscitation* 161 (1): 1–60.
2. Toronto, C. E., and LaRocco, S. A. (2019) Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *J Clin Nurs* 28 (1–2): 32–46.
3. Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Tazarourte, K., Bouilleau, G., Pinaud, V., Broche, C., Normand, D., Baubet, T., Ricard-Hibon, A., Istria, J., Beltramini, A., Alheritiere, A., Assez, N., Nace, L., Vivien, B., Turi, L., Launay, S., Desmaizieres, M., Borron, S. W., Vicaut, E., and Adnet, F. (2013) Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med* 368 (11): 1008–1018.
4. Barreto, M. da S., Peruzzo, H. E., Garcia-Vivar, C., and Marcon, S. S. (2019) Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. *Rev Esc Enferm USP* 53 (1): 1–13.
5. Park, M., Giap, T. T. T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., and Go, Y. (2018) Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: a review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud* 87: 69–83.
6. Bamm, E. L., and Rosenbaum, P. (2008) Family-centered theory: origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. *Arch Phys Med Rehabil* 89 (8): 1618–1624.
7. Goldfarb, M. J., Bibas, L., Bartlett, V., Jones, H., and Khan, N. (2017) Outcomes of Patient- and Family-Centered Care Interventions in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med* 45 (10): 1751–1761.
8. Guzzetta, C. (2016) Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Critical Care Nurse* 36 (1): 11–14.
9. Doyle, C. J., Post, H., Burney, R. E., Maino, J., Keefe, M., and Rhee, K. J. (1987) Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* 16 (6): 673–675.

10. Egging, D., Crowley, M., Arruda, T., Proehl, J., Walker-Cillo, G., Papa, A. M., Li, S., Walsh, J., and Bokholdt, M. L. (2011) Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. *J Emerg Nurs* 37 (5): 469–473.
11. Monsieurs, K. R. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., Greif, R., Maconochie, I. K., Nikolaou, N. I., Perkins, G. D., Soar, J., Truhlar, A., Wyllie, J., Zideman, D. A., Abbas Khalifa, G. E., Alfonzo, A., Arntz, H. R., Askitopoulou, H., Bellou, A., Beygui, F., Biarent, D., Bingham, R., Bierens, J. J. L. M., Böttiger, B. W., Brattebø, G., Brugger, H., Bruinenberg, J., Cariou, A., Carli, P., Castren, M., Cassan, P., Chalkias, A. F., Conaghan, P., Deakin, C. D., de Buck, E. D. J., Dunning, J., Evans, T. R., Vries, W. de, Eich, C., Gräsner, J. T., Hafner, C. M., Handley, A. J., Hunyadi-Antiçević, S., Haywood, K. L., Koster, R. W., Lippert, A., Lockey, D. J., Lockey, A. S., Lópezherce, J., Lott, C., Mentzelopoulos, S. D., Meyran, D., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Rajka, T., Raffay, V. I., Ristagno, G., Rodríguez-Núñez, A., Roeher, C. C., Rüdiger, M., Schunder-Tatzber, S., Sandroni, C., Singletary, E. M., Skrifvars, M. B., Smith, G. B., Smyth, M. A., Thies, K. C., Trevisanuto, D., Vandekerckhove, P. G., van de Voorde, P., Sunde, K., Wenzel, V., Urlesberger, B., and Xanthos, T. T. (2015) European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation* 95: 1–80.
12. Porter, J. E., Cooper, S. J., and Sellick, K. (2014) Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *Int Emerg Nurs* 22 (2): 69–74.
13. Demir, F. (2008) Presence of patients' families during cardiopulmonary resuscitation: physicians' and nurses' opinions. *J Adv Nurs* 63 (4): 409–416.
14. National Institute for Health and Care Excellence. (2015) National clinical guideline centre care of dying adults in the last days of life care of dying adults in the last days of life clinical guideline ng31 methods, evidence and recommendations. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357> (Erişim: 01.03.2022).

15. Powers, K., and Reeve, C. L. (2020) Original research: family presence during resuscitation: medical-surgical nurses' perceptions, self-confidence, and use of invitations. *Am J Nurs* 120 (11): 28–38.
16. Kosowan, S., and Jensen, L. (2011) Family presence during cardiopulmonary resuscitation: cardiac health care professionals' perspectives. *Can J Cardiovasc Nurs* 1 (1): 9–23.
17. Abuzeyad, F. H., Elhobi, A., Kamkoum, W., Bashmi, L., Al-Qasim, G., Alqasem, L., Mansoor, N. M. A., Hsu, S., and Das, P. (2020) Healthcare providers' perspectives on family presence during resuscitation in the emergency departments of the Kingdom of Bahrain. *BMC Emerg Med* 20 (1): 1–10.
18. Johnson, C. (2017) A literature review examining the barriers to the implementation of family witnessed resuscitation in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 30 (1): 31–35.
19. Khalaila, R., and Avraham, Z. (2015) Family presence during resuscitation: professional considerations and ethical issues. *Med Law* 34 (1): 147–160.
20. Hassankhani, H., Zamanzadeh, V., Rahmani, A., Haririan, H., and Porter, J. E. (2017) Family presence during resuscitation: a double-edged sword. *Journal of Nursing Scholarship* 49 (2): 127–134.
21. Leske, J. S., McAndrew, N. S., and Brasel, K. J. (2013) Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *J Trauma Nurs* 20 (2): 77–85.
22. Maxton, F. J. C. (2008) Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. *J Clin Nurs* 17 (23): 3168–3176.
23. Meyers, T. A., Eichhorn, B. J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E., and Calvin, A. (2000) Family presence during invasive procedures and resuscitation. *Am J Nurs* 100 (2): 32–42.
24. Terzi, A. B., and Aggelidou, D. (2008) Witnessed resuscitation: beneficial or detrimental? *J Cardiovasc Nurs* 23 (1): 74–78.

25. Leske, J. S., McAndrew, N. S., Brasel, K. J., and Feetham, S. (2017) Family presence during resuscitation after trauma. *J Trauma Nurs* 24 (2): 85–96.
26. McGahey-Oakland, P. R., Lieder, H. S., Young, A., and Jefferson, L. S. (2007) Family experiences during resuscitation at a children’s hospital emergency department. *J Pediatr Health Care* 21 (4): 217–225.
27. Oczkowski, S. J. W., Mazzetti, I., Cupido, C., and Fox-Robichaud, A. E. (2015) Family presence during resuscitation: a Canadian Critical Care Society position paper. *Can Respir J* 22 (4): 201–205.
28. Balcı, B., Keskin, Ö., and Karabağ, Y. (2011) Kardiyopulmoner resüsitasyon cardiopulmonary resuscitation. *Kafkas J Med Sci* 1 (1): 41–46.
29. Geçmen, Ç., Kahyaoğlu, M., Kalaycı, A., Naser, A., Akgün, Ö., Alpay, E., Candan, Ö., Güner, A., Çelik, M., Karabay, C. Y., İzgi, A., and Kıрма, C. (2018) Üçüncü basamak bir merkezden kardiyak arrest serisi. *Koşuyolu Heart Journal* 21 (1): 16–20.
30. Panchal, A. R., Bartos, J. A., Cabañas, J. G., Donnino, M. W., Drennan, I. R., Hirsch, K. G., Kudenchuk, P. J., Kurz, M. C., Lavonas, E. J., Morley, P. T., O’Neil, B. J., Peberdy, M. A., Rittenberger, J. C., Rodriguez, A. J., Sawyer, K. N., and Berg, K. M. (2020) Part 3: adult basic and advanced life support: 2020 american heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 142 (16 2): 366–468.
31. Uysal, H. (2010) Kardiyak Arrest ve Hemşirelik Bakımı. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing* 1 (1): 19–27.
32. DiLibero, J., and Misto, K. (2021) Outcomes of in-hospital cardiac arrest: a review of the evidence. *Crit Care Nurs Clin North Am* 33 (3): 343–356.
33. Andersen, L. W., Holmberg, M. J., Berg, K. M., Donnino, M. W., and Granfeldt, A. (2019) In-hospital cardiac arrest: a review. *JAMA* 321 (12): 1200–1210.
34. Morrison, L. J., Neumar, R. W., Zimmerman, J. L., Link, M. S., Newby, L. K., McMullan, P. W., Hoek, T. vanden, Halverson, C. C., Doering, L., Peberdy, M. A., and Edelson, D. P. (2013) Strategies for improving survival after in-hospital cardiac

arrest in the United States: 2013 consensus recommendations: A consensus statement from the American heart association. *Circulation* 127 (14): 1538–1563.

35. Merchant, R. M., Yang, L., Becker, L. B., Berg, R. A., Nadkarni, V., Nichol, G., Carr, B. G., Mitra, N., Bradley, S. M., Abella, B. S., and Groeneveld, P. W. (2011) Incidence of treated cardiac arrest in hospitalized patients in the United States. *Critical Care Medicine* 39 (11): 2401–2406.
36. Nolan, J. P., Soar, J., Smith, G. B., Gwinnutt, C., Parrott, F., Power, S., Harrison, D. A., Nixon, E., and Rowan, K. (2014) Incidence and outcome of in-hospital cardiac arrest in the United Kingdom National Cardiac Arrest Audit. *Resuscitation* 85 (8): 987–992.
37. TÜİK Kurumsal. Available at: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> (Erişim: 30 Nisan 2022).
38. Myat, A., Song, K. J., and Rea, T. (2018) Out-of-hospital cardiac arrest: current concepts. *Lancet* 391 (10124): 970–979.
39. Berg, K. M., Cheng, A., Panchal, A. R., Topjian, A. A., Aziz, K., Bhanji, F., Bigham, B. L., Hirsch, K. G., Hoover, A. v., Kurz, M. C., Levy, A., Lin, Y., Magid, D. J., Mahgoub, M., Peberdy, M. A., Rodriguez, A. J., Sasson, C., and Lavonas, E. J. (2020) Part 7: Systems of care 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 142 (2): S580–S604.
40. Atkins, D. L., Berger, S., Duff, J. P., Gonzales, J. C., Hunt, E. A., Joyner, B. L., Meaney, P. A., Niles, D. E., Samson, R. A., and Schexnayder, S. M. (2015) Part 11: pediatric basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 132 (18 Suppl 2): 519–525.
41. Harris, A. W., and Kudenchuk, P. J. (2018) Cardiopulmonary resuscitation: the science behind the hands. *Heart* 104 (13): 1056–1061.
42. Newell, C., Grier, S., and Soar, J. (2018) Airway and ventilation management during cardiopulmonary resuscitation and after successful resuscitation. *Crit Care* 22 (1).

43. Wyckoff, M. H., Singletary, E. M., Soar, J., Olasveengen, T. M., Greif, R., Liley, H. G., Zideman, D., Bhanji, F., Andersen, L. W., Avis, S. R., Aziz, K., Bendall, J. C., Berry, D. C., Borra, V., Böttiger, B. W., Bradley, R., Bray, J. E., Breckwoldt, J., Carlson, J. N., Cassan, P., Castrén, M., Chang, W. T., Charlton, N. P., Cheng, A., Chung, S. P., Considine, J., Costa-Nobre, D. T., Couper, K., Dainty, K. N., Davis, P. G., de Almeida, M. F., de Caen, A. R., de Paiva, E. F., Deakin, C. D., Djärv, T., Douma, M. J., Drennan, I. R., Duff, J. P., Eastwood, K. J., El-Naggar, W., Epstein, J. L., Escalante, R., Fabres, J. G., Fawke, J., Finn, J. C., Foglia, E. E., Folke, F., Freeman, K., Gilfoyle, E., Goolsby, C. A., Grove, A., Guinsburg, R., Hatanaka, T., Hazinski, M. F., Heriot, G. S., Hirsch, K. G., Holmberg, M. J., Hosono, S., Hsieh, M. J., Hung, K. K. C., Hsu, C. H., Ikeyama, T., Isayama, T., Kapadia, V. S., Kawakami, M. D., Kim, H. S., Kloeck, D. A., Kudenchuk, P. J., Lagina, A. T., Lauridsen, K. G., Lavonas, E. J., Lockey, A. S., Malta Hansen, C., Markenson, D., Matsuyama, T., McKinlay, C. J. D., Mehrabian, A., Merchant, R. M., Meyran, D., Morley, P. T., Morrison, L. J., Nation, K. J., Nemeth, M., Neumar, R. W., Nicholson, T., Niermeyer, S., Nikolaou, N., Nishiyama, C., O’Neil, B. J., Orkin, A. M., Osemeke, O., Parr, M. J., Patocka, C., Pellegrino, J. L., Perkins, G. D., Perlman, J. M., Rabi, Y., Reynolds, J. C., Ristagno, G., Roeher, C. C., Sakamoto, T., Sandroni, C., Sawyer, T., Schmölzer, G. M., Schnaubelt, S., Semeraro, F., Skrifvars, M. B., Smith, C. M., Smyth, M. A., Soll, R. F., Sugiura, T., Taylor-Phillips, S., Trevisanuto, D., Vaillancourt, C., Wang, T. L., Weiner, G. M., Welsford, M., Wigginton, J., Wyllie, J. P., Yeung, J., Nolan, J. P., Berg, K. M., Abelairas-Gómez, C., Barcala-Furelos, R., Beerman, S. B., Bierens, J., Cacciola, S., Cellini, J., Claesson, A., Court, R., D’Arrigo, S., de Brier, N., Dunne, C. L., Elsenga, H. E., Johnson, S., Kleven, G., Maconochie, I., Mecrow, T., Morgan, P., Otto, Q., Palmieri, T. L., Parnia, S., Pawar, R., Pereira, J., Rudd, S., Scapigliati, A., Schmidt, A., Seesink, J., Sempsrott, J. R., Szpilman, D., Warner, D. S., Webber, J. B., and West, R. L. (2021) 2021 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations: summary from the basic life support; advanced life support; neonatal life support; education, implementation, and teams; first aid task forces; and the covid-19 working group. *Resuscitation* 169 (1): 229–311.
44. Ropini Karuthan, S., Jasmine Filza binti Firdaus, P., Dee-Afryna George Angampun, A., Jia Chai, X., Dom Sagan, C., Ramachandran, M., Perumal, S., Karuthan, M.,

- Manikam, R., Chinna, K., and Dee-Afryna George, A. (2019) Knowledge of and willingness to perform hands-only cardiopulmonary resuscitation among college students in Malaysia. *Medicine* 98 (51): 1–7.
45. Perkins, G. D., and Nolan, J. P. (2022) Advanced life support update. *Crit Care* 26 (1): 1–9.
 46. Sandroni, C., de Santis, P., and D'Arrigo, S. (2018) Capnography during cardiac arrest. *Resuscitation* 132 (5): 73–77.
 47. Olasveengen, T. M., Mancini, M. E., Perkins, G. D., Avis, S., Brooks, S., Castrén, M., Chung, S. P., Considine, J., Couper, K., Escalante, R., Hatanaka, T., Hung, K. K. C., Kudenchuk, P., Lim, S. H., Nishiyama, C., Ristagno, G., Semeraro, F., Smith, C. M., Smyth, M. A., Vaillancourt, C., Nolan, J. P., Hazinski, M. F., and Morley, P. T. (2020) Adult basic life support: 2020 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Circulation* 142 (16 1): 41–91.
 48. Dee, R., Smith, M., Rajendran, K., Perkins, G. D., Smith, C. M., Vaillancourt, C., Avis, S., Brooks, S., Castren, M., Chung, S. P., Considine, J., Escalante, R., Han, L. S., Hatanaka, T., Hazinski, M. F., Hung, K., Kudenchuk, P., Morley, P., Ng, K. C., Nishiyama, C., Semeraro, F., and Smyth, M. (2021) The effect of alternative methods of cardiopulmonary resuscitation - Cough CPR, percussion pacing or precordial thump - on outcomes following cardiac arrest. A systematic review. *Resuscitation* 162: 73–81.
 49. Nolan, J. P., Sandroni, C., Böttiger, B. W., Cariou, A., Cronberg, T., Friberg, H., Genbrugge, C., Haywood, K., Lilja, G., Moulaert, V. R. M., Nikolaou, N., Olasveengen, T. M., Skrifvars, M. B., Taccone, F., and Soar, J. (2021) European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Medicine* 47 (1): 369–421.
 50. Shrestha, D. B., Sedhai, Y. R., Budhathoki, P., Gaire, S., Adhikari, A., Poudel, A., Aryal, B. B., Yadullahi Mir, W. A., Dahal, K., and Kashiouris, M. G. (2022) Hypothermia versus normothermia after out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of Medicine and Surgery* 74 (1): 1–8.

51. Granfeldt, A., Holmberg, M. J., Nolan, J. P., Soar, J., and Andersen, L. W. (2021) Targeted temperature management in adult cardiac arrest: Systematic review and meta-analysis. *Resuscitation* 167: 160–172.
52. Morgan, S., and Yoder, L. H. (2012) A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs* 30 (1): 6–15.
53. Lauver, D. R., Ward, S. E., Heidrich, S. M., Keller, M. L., Bowers, B. J., Brennan, P. F., Kirchhoff, K. T., and Wells, T. J. (2002) Patient-centered interventions. *Res Nurs Health* 25 (4): 246–255.
54. Ahmad, N., İsmail, H., and Tekke, M. (2015) Rediscovering Rogers’s self theory and personality. *Journal of Educational Health and Community Psychology* 4 (3): 28–36.
55. Balint, E. (1969) The possibilities of patient-centered medicine*. *Tavistock Institute of Human Relations, London* 17 (1): 269–276.
56. Flagg, A. J. (2015) The role of patient-centered care in nursing. *Nurs Clin North Am* 50 (1): 75–86.
57. Bossaert, L. L., Perkins, G. D., Askitopoulou, H., Raffay, V. I., Greif, R., Haywood, K. L., Mentzelopoulos, S. D., Nolan, J. P., van de Voorde, P., and Xanthos, T. T. (2015) European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2015 section 11. the ethics of resuscitation and end-of-life decisions on behalf of the ethics of resuscitation and end-of-life decisions section collaborators 1. *Resuscitation* 95 (1): 302–311.
58. Santana, M. J., Kimberly, J., Mph, M., Jolley Msc, R. J., Zelinsky, S., Quan, J., Hude, and Lu, M. (2018) How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations* 21 (1): 429–440.
59. Westphal, E. C., Alkema, G., Seidel, R., Chernof, B., and Goodwin, C. (2016) How to get better care with lower costs? see the person, not the patient. *J Am Geriatr Soc* 64 (1): 19–21.
60. Ekman, I., Ebrahimi, Z., and Contreras, P. O. (2021) Person-centred care: looking back, looking forward. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 20 (1): 93–95.

61. Goodwin, C. (2016) Person-centered care: a definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc* 64 (1): 15–18.
62. Haefner, J. (2014) An application of Bowen family systems theory. *Issues Ment Health Nurs* 35 (11): 835–841.
63. Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., Kon, A. A., Scruth, E. A., Harvey, M. A., Lewis-Newby, M., White, D. B., Swoboda, S. M., Cooke, C. R., Levy, M. M., Azoulay, E., and Curtis, J. R. (2017) Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med* 45 (1): 103–128.
64. Gavaghan, S. R., and Carroll, D. L. (2002) Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing* 21 (2): 63–71.
65. Ciufo, D., Hader, R., and Holly, C. (2011) A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centred care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 9 (4): 362–387.
66. Allyn Rippin. (2016) Evidence-based design: structuring patient- and family-centered icu care. *AMA J Ethics* 18 (1): 73–76.
67. Giles, T., de Lacey, S., and Muir-Cochrane, E. (2016) Factors influencing decision-making around family presence during resuscitation: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing* 72 (11): 2706–2717.
68. Adams, S. (1994) Should relatives be allowed to watch resuscitation? *BMJ* 308 (1): 1687–1689.
69. Baskett, P. J. F., Steen, P. A., and Bossaert, L. (2005) European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005 section 8. the ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 67 (1): 171–180.
70. Powers, K. A. (2017) Educational interventions to improve support for family presence during resuscitation a systematic review of the literature FPDR educational interventions. *Dimens crit care nurs* 36 (2): 125–138.

71. Soskin, P. N., and Yu, J. (2019) Resuscitation of the Pregnant Patient. *Emerg Med Clin North Am* 37 (2): 351–363.
72. Neumar, R. W., Shuster, M., Callaway, C. W., Gent, L. M., Atkins, D. L., Bhanji, F., Brooks, S. C., de Caen, A. R., Donnino, M. W., Ferrer, J. M. E., Kleinman, M. E., Kronick, S. L., Lavonas, E. J., Link, M. S., Mancini, M. E., Morrison, L. J., O'Connor, R. E., Samson, R. A., Schexnayder, S. M., Singletary, E. M., Sinz, E. H., Travers, A. H., Wyckoff, M. H., and Hazinski, M. F. (2015) Part 1: executive summary: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 132 (18 Suppl 2): 315–367.
73. Vanhoy, M. A., Horigan, A., Stapleton, S. J., Valdez, A. M., Bradford, J. Y., Killian, M., Reeve, N. E., Slivinski, A., Zaleski, M. E., Proehl, J., Wolf, L., Delao, A., and Gates, L. (2019) Clinical practice guideline: family presence. *J Emerg Nurs* 45 (1): 76.e1-76.e29.
74. Bradley, C. (2021) Family presence and support during resuscitation. *Critical Care Nursing Clinics* 33 (3): 333–342.
75. Powers, K., and Reeve, C. L. (2018) Factors associated with nurses' perceptions, self-confidence, and invitations of family presence during resuscitation in the intensive care unit: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 87 (1): 103–112.
76. Mureau-Haines, R. M., Boes-Rossi, M., Casperson, S. C., Çoruh, B., Furth, A. M., Haverland, A., Herrera, F., Hirai-Seaton, T., Kummet, C., Ngo, H., Shushan, S., Kritek, P. A., and Greco, S. A. (2017) Family support during resuscitation: A quality improvement initiative. *Critical Care Nurse* 37 (6): 14–23.
77. Vincent, C., and Lederman, Z. (2017) Family presence during resuscitation: extending ethical norms from paediatrics to adults. *J Med Ethics* 43 (10): 676–678.
78. Kabalak, A. A., Öztürk, H., and Çağil, H. (2013) Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 11 (2): 56–70.
79. Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., de La Cruz, M., Kim, S. H., Kwon, J. H., Hutchins, R., Liem, C., and Bruera, E. (2014) Concepts and definitions for “actively dying,” “end of life,” “terminally ill,” “terminal care,” and “transition of

- care”: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management* 47 (1): 77–89.
80. World Health Organization. (2013) WHO Palliative Care Overview. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. (Erişim: 10 Ocak 2022)
81. Sucaklı M. (2020) Ölmekte olan hasta ve yaşam sonu bakım. *Turkish journal of family medicine and primary care* 7 (3): 52–57.
82. Mendes, C., Fontes, B., Vieira De Menezes, D., Borgato, M. H., Roberto, M., and Iii, L. (2017) Good practices and fundamentals of nursing work in the construction of a democratic society review. *Rev Bras Enferm* 70 (5): 1089–95.
83. Warriier, V., and Pradhan, A. (2020) A narrative review of interventions to teach medical students how to break bad news. *Med Sci Educ* 30 (3): 1299–1312.
84. Cheon, S., Fu, W., Agarwal, A., Chow, E., Henry, B., and Bioethics, D. (2017) The impact of breaking bad news on oncologist burnout and how communication skills can help: a scoping review. *J Pain Manage* 10 (1): 89–97.
85. Rabow, M. W., and Mcphee, S. J. (1999) Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *WJM* 171 (1): 260–263.
86. Akyol, A. (2010) Yetişkinde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 26 (3): 59–72.
87. Sönmez Benli, S., and Yıldırım, A. (2017) Hemşirelerde yaşam doyumunu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi GUSBD* 6 (4): 167–179.
88. Šarić, L., Prkić, I., and Jukić, M. (2017) Futile treatment-a review. *Journal of Bioethic Injury* 14 (1): 329–337.
89. Nelson, J. E. (2006) Identifying and overcoming the barriers to high-quality palliative care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 34 (11): 324–331.
90. Kongsuwan, W., and Locsin, R. C. (2009) Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *Int Nurs Rev* 56 (1): 116–122.

91. Çelik, S., Altun Uğraş, G., and Aksoy, G. (2010) Yoğun bakım hemşirelerinin yaşamını kaybetmiş hasta ve hasta ailesine verdikleri bakımın incelenmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2 (18): 80–86.
92. Eues, S. K. (2007) End-of-life care: improving quality of life at the end of life. *Professional Case Management* 12 (6): 339–344.
93. Sayım, F. (2011) Sağlık piyasası ve etik. *MKM yayıncılık* 1 (1): 51–63.
94. Johnston, C., and Liddle, J. (2006) The mental capacity act 2005: a new framework for healthcare decision making. *Journal of Medical Ethics* 33 (1): 94–97.
95. Andorno, R., Biller-Andorno, N., and Brauer, S. (2009) Advance health care directives: towards a coordinated European policy? *European Journal of Health Law* 16 (1): 207–227.
96. Özkara E. (2008) Ötenaziye farklı bir bakış: Belçika’da ötenazi uygulaması ve ülkemizdeki durum. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi* 78 (1): 105–122.
97. Downie, J. (2016) And miles to go before i sleep: the future of end-of-life law and policy in Canada. *Dalhousie Law Journal* 39 (2): 412–430.
98. Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J., Burgess, M., Institutet, K., Chambaere, S. K., and Janke, R. (2020) Nursing and euthanasia: a narrative review of the nursing ethics literature Carol Tishelman. *Nursing Ethics* 27 (1): 152–167.
99. Arpacioğlu, I. T. (2019) Ötanazi: Türk hukuku açısından bir değerlendirme. *International journal of afro-eurasian research (IJAR)* 4 (7): 109–122.
100. Bjorklund, P., and Lund, D. M. (2019) Informed consent and the aftermath of cardiopulmonary resuscitation: ethical considerations. *Nurs Ethics* 26 (1): 84–95.
101. Emanuel, E. J., Wendler, D., Killen, J., and Grady, C. (2004) What makes clinical research in developing countries ethical? The benchmarks of ethical research. *J Infect Dis* 189 (5): 930–937.
102. Declaration of Helsinki 2008 – WMA – The World Medical Association. Available at: <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/> (Erişim: 04 Şubat 2022).

103. Duran, C. R., Oman, K. S., Abel, J. J., Koziel, V. M., and Szymanski, D. (2007) Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *Am J Crit Care* 16 (3): 270–280.
104. Ersoy, G., Yanturali, S., Suner, S., Karakus, N. E., Aksay, E., and Atilla, R. (2009) Turkish patient relatives' attitudes towards family-witnessed resuscitation and affecting sociodemographic factors. *European Journal of Emergency Medicine* 16 (4): 188–193.
105. Davis, L. L., and Grant, J. S. (1993) Guidelines for using psychometric consultants in nursing studies. *Res Nurs Health* 16 (2): 151–155.
106. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Mevzuat Bilgi Sistemi. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13494&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5> (Erişim: 11 Haziran 2022).
107. Niemczyk, E., Ozga, D., and Przybylski, A. (2020) Experiences and opinions of patients and their relatives to family presence during adult resuscitation in Poland: quantitative research. *Patient Prefer Adherence* 14 (1): 227–234.
108. Mortelmans, L. J. M., van Broeckhoven, V., van Boxstael, S., de Cauwer, H. G., Verfaillie, L., van Hellemond, P. L. A., van Colen, S., and Cas, W. M. F. (2010) Patients' and relatives' view on witnessed resuscitation in the emergency department: A prospective study. *European Journal of Emergency Medicine* 17 (4): 203–207.
109. Twibell, R. S., Craig, S., Siela, D., Simmonds, S., and Thomas, C. (2015) Being There: Inpatients' Perceptions of Family Presence During Resuscitation and Invasive Cardiac Procedures. *American Journal of Critical Care* 24 (6): e108–e115.
110. de Stefano, C., Normand, D., Jabre, P., Azoulay, E., Kentish-Barnes, N., Lapostolle, F., Baubet, T., Reuter, P. G., Javaud, N., Borron, S. W., Vicaut, E., and Adnet, F. (2016) Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *Plos one* 11 (6): 1–12.
111. Vardanjani, A. E., Golitaleb, M., Abdi, K., Kia, M. K., Moayedi, S., Torres, M., and Dehghan-Nayeri, N. (2021) The effect of family presence during resuscitation and invasive procedures on patients and families: an umbrella review. *J Emerg Nurs* 47 (5): 752–760.

112. Waldemar, A., Bremer, A., Holm, A., Strömberg, A., and Thylén, I. (2021) In-hospital family-witnessed resuscitation with a focus on the prevalence, processes, and outcomes of resuscitation: A retrospective observational cohort study. *Resuscitation* 165: 23–30.
113. Youngson, M. J., Currey, J., and Considine, J. (2017) Current practices related to family presence during acute deterioration in adult emergency department patients. *J Clin Nurs* 26 (21–22): 3624–3635.
114. Dudley, N. C., Hansen, K. W., Furnival, R. A., Donaldson, A. E., van Wagenen, K. L., and Scaife, E. R. (2009) The effect of family presence on the efficiency of pediatric trauma resuscitations. *Ann Emerg Med* 53 (6).
115. Piira, T., Sugiura, T., Champion, G. D., Donnelly, N., and Cole, A. S. J. (2005) The role of parental presence in the context of children's medical procedures: a systematic review. *Child Care Health Dev* 31 (2): 233–243.
116. Fernández, E. de M., Martín, G. M., and Herrera, M. J. (2021) Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions. *Nurs Ethics* 28 (5): 645–655.
117. Sucu, G., Cebeci, F., and Karazeybek, E. (2009) Acil servisteki kritik hasta yakınlarının gereksinimleri ve karşılanma durumu. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery* 15 (5): 473–481.
118. Berbís-Morelló, C., Mora-López, G., Berenguer-Poblet, M., Raigal-Aran, L., Montesó-Curto, P., and Ferré-Grau, C. (2019) Exploring family members' experiences during a death process in the emergency department: A grounded theory study. *J Clin Nurs* 28 (15–16): 2790–2800.
119. Koyuncu, A., Yava, A., Yamak, B., and Orhan, N. (2021) Effect of family presence on stress response after bypass surgery. *Heart Lung* 50 (2): 193–201.
120. Benjamin, M., Holger, J., and Carr, M. (2004) Personal preferences regarding family member presence during resuscitation. *Acad Emerg Med* 11 (7): 750–753.

121. Yavuz, M., Totur Dikmen, B., Altınbaş, Y., and Aslan Başlı, A. (2013) Opinions for Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation in Turkey: A Literature Review. *Journal of Medical and Surgical Intensive Care Medicine* (4): 13–17.
122. Aljohani, B., Burkholder, J., Tran, Q. K., Chen, C., Beisenova, K., and Pourmand, A. (2021) Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public Health* 196 (1): 186–197.



EKLER

EK-1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.10.2021-3651



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-97105791-302.14.01-3651
Konu : Tez Konu Başlığı Hk.

12.10.2021

Sayın Uğur AKMAN

Enstitü Yönetim Kurulunun 13.07.2021 tarih ve 2021/16 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
216113571 Uğur AKMAN	Acil Serviste Resüstasyon ve Yaşam Sonu Bakıma Katılma Konusunda Aile Görüşlerinin İncelenmesi.

Prof.Dr. İbrahim Halil GÜZELBEY
Müdür V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSR7807UU

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/hasan-kalyoncu-universitesi-ebys>

Adres:Hasan Kalyoncu Üniversitesi Havaalanı Yolu Üzeri 8. Km. Şahinbey / Gaziantep

Telefon:0 (342) 211 8080 / 1400/1402 Faks:0 (342) 211 80 81

e-Posta:info@hku.edu.tr Web:0 (342) 211 80 81

Kep Adresi:hasankalyoncu.univ@hs01.kep.tr

Bilgi için: Aylin FİLİZ

Unvanı: Memur

Tel No: 0(342) 211 8080



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.11.2021-5318



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU KARARI

Sayı : E-97105791-050.01.01-5318

Konu :

Çalışmanın Türü	Yüksek Lisans Tezi
Konu	Anket Uygulama
Başlık	"Acil Serviste Resüstasyon ve Yaşam Sonu Bakıma Katılma Konusunda Aile Görüşlerinin İncelenmesi"
Yürütücü / Danışman	Dr. Öğ. Üyesi Aynur KOYUNCU
Yazar	Uğur AKMAN
Karar	Olumlu

Prof. Dr. Özge HACİFAZLIOĞLU
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. İbrahim Halil GÜZELBEY
Etik Kurul Üyesi

Prof.Dr. Mazlum ÇELİK
Etik Kurul Üyesi

Prof.Dr. Kezban BAYRAMLAR
Etik Kurul Üyesi

Prof.Dr. Mahmut Serhat YENİCE
Etik Kurul Üyesi

Prof.Dr. Bülent Bahri KÜÇÜKERDOĞAN
Etik Kurul Üyesi

Prof.Dr. Enver BOZKURT
Etik Kurul Üyesi

Ek:

- 1- Araştırma-Dosyası-Değerlendirme-Formu (1)
- 2- Araştırmanın-Yürütüldüğü-Bölümün-Onayı (3)
- 3- Bilgilendirmeye-Dair-Belge (1)
- 4- Diğer-Araştırmacılar-Özgeçmiş (1)
- 5- F.FR_68-Etik-Kurul-Basvuru-Formu-B. (3)
- 6- Gönüllüleri-Bilgilendirme-ve-Olur-Formu (2)
- 7- Helsinki-Deklarasyonu (3)
- 8- Kaynaklar (4)
- 9- Sorumlu-Araştırmacının-Özgeçmişi (1)
- 10- Veri-Toplama-Formu (3)
- 11- Uğur Akman Kurum İzni
- 12- Araştırma-Ölçütleri (2)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSV77P075*

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?ek=5999&cD=BSV77P075&cS=5318>

Adres: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Havaalanı Yolu Üzeri 8. Km. Şahinbey / Gaziantep

Telefon: 0 (342) 211 8080 / 1400/1402 Faks: 0 (342) 211 80 81

e-Posta: info@hku.edu.tr Web: www.hku.edu.tr

Kep Adresi: hasankalyoncu.univ@hs01.kep.tr

Bilgi için: Nida ÇALIŞKAN

Unvanı: Memur

Tel No: 0(342) 211 8080



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1/2

EK-3. S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Alınan Kurum İzni



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
29/09/2021 14:17 - E-36866945 - 604.02.02 - 20638
00147845372

T.C.
VAN VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-36866945-604.02.02
Konu : Eğitim Planlama ve Koordinasyon
Kurulu Kararı Hk.

Sayın UĞUR AKMAN

İlgi : UĞUR AKMAN'ın 06/09/2021 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçeyle başvurusunu gerçekleştirdiğiniz aşağıda bilgileri bulunan Klinik Araştırma talebiniz, Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu tarafından değerlendirilerek, söz konusu çalışmanın başlatılması uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Kamil YAVUZER
Başhekim

Klinik Araştırma Başlığı

1. Acil Serviste Resüsitasyon Ve Yaşam Sonu Bakıma Katılma Konusunda Aile Görüşlerinin İncelenmesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 42a2679a-4f56-451a-87ac-fc353eb23c6c — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
S.B.Ü Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Birimi Bilgi için: Fatma ERDEMİR

Telefon: Faks No: 0432 212 19 54

e-Posta: fatma.erdemir@saglik.gov.tr İnternet Adresi: fatma.erdemir@saglik.gov.tr
0432 215 76 01 Dahili: 23644

HEMŞİRE

Telefon No: (0 432) 215 76 01

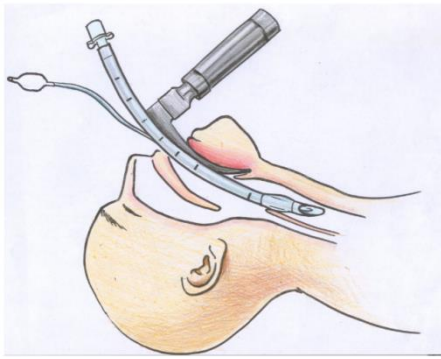


EK-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Acil Serviste Resüsitasyon ve Yaşam Sonu Bakıma Katılma Konusunda Aile Görüşlerinin İncelenmesi

Sayın Katılımcı;

Bu çalışmada, acil serviste resüsitasyon uygulanan hastaların aile üyelerinin resüsitasyon esnasında bulunma ve yaşam sonu bakıma katılma konusundaki görüşlerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Resüsitasyon; solunumu ve dolaşımı duran hastaları yaşama döndürmek amacıyla yapılan yaşam kurtarıcı uygulamaların genel ismidir. Bu uygulamalar temel olarak suni solunum ve kalp masajı ve defibrilasyonu içerir. Solunumu duran hastalara yapılacak suni solunum işlemini kolaylaştırmak için hastanın soluk borusuna bir tüp takmak (endotrakeal entübasyon) gerekebilir.



Şekil 1. Endotrakeal Entübasyon

Dolaşımı duran hastalara kalp masajı yapmak gerekir. Kalp masajı için de hastanın göğüs bölgesi açıldıktan sonra sternum (göğüs kemiği / iman tahtası) üzerine belirli aralıklar ile basınç uygulanır.



Şekil 2. Kalp Masajı

Kalp atımları ve dolaşımları başlayan hastaların, kalp atımlarındaki düzensizlikleri gidermek ve dolaşımı normal haline tekrar döndürmek için hastaların göğüs bölgesinden defibrilatör denilen cihazlar ile elektrik verilebilir (defibrilasyon).



Şekil 3. Defibrilasyon

Resüsitasyon uygulanan hastaların kaybettikleri kan ve sıvıyı telafi etmek için kollarına veya kasık bölgesine kateterler (küçük boru ve tüpler) takmak gerekebilir. Bazı ilaçları uygulamak içinde bu kateter kullanılabilir. Ayrıca hastaların üzerinde yaşam bulgularını ölçmek için (nabız, solunum, tansiyon) cihazlar ve kablolar bulunabilir. Resüsitasyonda aile varlığı hastalara bu yaşam kurtarıcı uygulamalar yapılırken bir aile üyesinin hastayı görebileceği ve fiziksel temasta bulunabileceği bir yerde bulunarak hastalara fiziksel ve psikososyal desteğini sürdürmesidir. Bu çalışmaya hiç katılmama hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra da istediğiniz bir zamanda çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmanız halinde araştırmacının size soracağı sorulara yanıt vermeniz gerekmektedir. Bu çalışma için vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu çalışmaya olan katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Hemşire Uğur AKMAN

SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

EK-5. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Acil Serviste Resüsitasyon ve Yaşam Sonu Bakıma Katılma Konusunda Aile Görüşlerinin İncelenmesi Çalışması Veri Toplama Formu

BÖLÜM I TANITICI BİLGİ FORMU

1. Doğum tarihiniz.....? (Yıl) (Lütfen Yazınız)

2. Cinsiyetiniz?

- a) Kadın b) Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur Yazar b) İlköğretim c) Ortaöğretim d) Ön Lisans e) Lisans f) Lisans Üstü

4. Medeni durumunuz?

- a) Evli b) Bekar

5. Aile tipiniz nedir?

- a) Geniş Aile b) Çekirdek Aile c) Yalnız yaşıyorum

6. Çalışma durumunuz nedir?

- a) Çalışan..... (Sağlık Çalışanı)Diğer (Lütfen Belirtiniz)
b) Çalışmayan
c) Ev hanımı
d) Emekli

7. Hasta ile akrabalık ilişkiniz nedir?

- a) Annem
b) Babam
c) Kardeşim
d) Eşim
e) Oğlum
f) Kızım

8. Daha önce resüsitasyon yapma konusunda (ilk yardım) herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a) Evet..... (Eğitimi nerden aldığınızı belirtiniz)
- b) Hayır

9. Daha önce vefat eden birinci derece bir yakınınız (Anne, baba, çocuk, kardeş, eş) oldu mu?

- a) Evet.....(Ne kadar zaman önce belirtiniz)
- b) Hayır

10. Daha önce birinci derece bir yakınınızın (Anne, baba, çocuk, kardeş, eş) vefatına (ölümüne) tanık oldunuz mu?

- a) Evet.....(Nerde tanık olduğunuzu belirtiniz)
- b) Hayır

11. Daha önce birinci derece bir yakınınızın (Anne, baba, çocuk, kardeş, eş) resüsitasyon uygulamasına tanık oldunuz mu?

- a) Evet.....(Nerde tanık olduğunuzu belirtiniz)
- b) Hayır

12. Kronik bir hastalığı olan birinci derece yakınınız (Anne, baba, çocuk, kardeş, eş) var mı?

- a) Evet.....(Hastalığın ismini belirtiniz)
- b) Hayır

13. Şu an hastanede yatan birinci derece yakınınız (Anne, baba, çocuk, kardeş, eş) var mı?

- a) Evet.....(Hastalığın ismini belirtiniz)
- b) Hayır

EK-6. Aile Üyesi Görüşleri Formu

BÖLÜM II AİLE ÜYESİ GÖRÜŞLERİ FORMU

1. Yakınınızın ölümünden önce son saatlerini, son anlarını nerede geçirmesini istersiniz?

a) Hastanede.....
.....(Lütfen nedenini belirtiniz)

b) Evde.....
..... (lütfen nedenini belirtiniz)

2. Aile üyeleri (tercih edip istemeleri durumunda) resüsitasyon odasında bulunmaları konusundaki görüşünüz nedir?

- a) Aile üyelerinin resüsitasyon odasına alınmalıdır
b) Aile üyeleri resüsitasyon odasında alınmamalıdır
✓

3. Bir yakınınız için resüsitasyon başlarken sağlık profesyonelleri tarafından size resüsitasyon odasında bulunma seçeneği sunulmasını ister misiniz?

- a) Evet
b) Hayır

4. Bir yakınınız için resüsitasyon başlarken sağlık profesyonelleri tarafından resüsitasyon odasında bulunma seçeneği sunulduğunda yanıtınız ne olurdu?

- a) Evet (resüsitasyon odasında bulunmak isterim)
b) Hayır (resüsitasyon odasında bulunmak istemem)

5. Resüsitasyon odasında bulunmayı isteme nedeniniz nedir? Lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
Hastanın durumu hakkında her an bilgi sahibi olmak		
Sevdiğim kişinin son anlarında yanında olmak		
Sevdiğim kişi ile vedalaşmak /helalleşmek		
Hastanın yanında olmak, güvende hissetmesini sağlamak		
Hastayı destekleyip yardımcı olmak		
Hasta hakkındaki önemli bilgileri sağlık profesyonellerine aktarmak		
Sağlık profesyonellerinin yeterli müdahaleyi yaptığından emin olmak		
Sağlık profesyonellerine yardımcı olmak (malzeme, kan, ilaç temini)		
Hastanın mahremiyetini korumak		
Hastanın tercihleri ve inançları doğrultusunda bakım almasını sağlamak		
Hastanın tercihleri ve inançları doğrultusunda dini ve kültürel uygulamaları yapmak (Dua okumak, zenzem vermek, kına yakmak)		
Resüsitasyon odasında bulunmak aile üyesinin temel bir hakkıdır		
Hasta hakkında alınacak bütün tıbbi kararları bilmek isterim		
Hasta hakkında alınacak bütün kararlara katılmak isterim		

Diğer nedenler (Lütfen belirtiniz)

.....
.....
.....

6. Resüsitasyon odasında bulunmayı istememe nedeniniz nedir? Lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
Sevdiğim kişiyi bu halde görmeye dayanamam		
Sevdiğim kişiyi güzel anılar ile hatırlamak isterim		
Kendim de hastalanmaktan korkuyorum		
Yanlış bir şey yapmaktan ona zarar vermektan korkarım		
Yakınının onun için ağladığımı, üzüldüğümü görmesini istemem		
Sağlık profesyonellerinin işlerini zorlaştırmaktan korkarım		
Bana verilen görevleri yapamamaktan yeterince yardımcı olamamaktan korkarım		
Hastanın mahremiyeti bozulur		
Sağlık profesyonellerini çatışmak istemem		
Hastanın mikrop kapmasından korkarım		

Diğer nedenler (Lütfen belirtiniz)

7. Sağlık profesyonellerinin resüsitasyon esnasında işlerini iyi yapmadıklarını düşünürseniz ne yaparsınız? Lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
Hiçbir şey yapmam, Allah'a havale ederim		
Sağlık profesyonellerine durumu sorarım, açıklamalarını dinlerim		
Yasal yollara başvurup sağlık profesyonellerini dava ederim		
Doğru olan uygulamayı kendim yaparım		
Sağlık profesyonellerinin hastaya dokunmalarına izin vermem		
Hastayı alıp başka bir sağlık kuruluşuna götürürüm		
İşlerini iyi yapmaları gerektiğini hatırlatırım, sözel olarak müdahale ederim		
Sağlık profesyonellerine fiziksel olarak müdahale ederim		

Diğer (Lütfen belirtiniz)

EK-6. Lisansüstü Tez İntihal Rapor Formu



EK-7. Özgeçmiş

1. Adı Soyadı: Uğur AKMAN

2. Ünvanı: Hemşire

3. Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Okul	Yıl
Lisans	İngilizce Hazırlık Programı	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi	2009 - 2010
Lisans	Hemşirelik	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi	2010 -2014

4. Mesleki Tecrübesi

Kurum Adı	Unvanı	Bölümü	Zaman Aralığı
Acıbadem İnternational Hastanesi	Hemşire	Cerrahi Yoğun Bakım	2014-2015
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire	Genel Cerrahi Servisi	2015-2015
T.C. Hınıs Devlet Hastanesi	Hemşire	Karma Servis	2015-2017
S.B.Ü. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi İskele Ek Binası	Sorumlu Hemşire	Acil Servis	2017- Halen Devam Ediyor