



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN RESÜSİTASYON SIRASINDA
AİLENİN VARLIĞININ RİSK VE FAYDALARINA
İLİŞKİN ALGI VE KENDİLERİNE GÜVENLERİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

DOKTORA TEZİ

Esmayşe ÖZTÜRK

**Samsun
Ocak-2020**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN RESÜSİTASYON SIRASINDA
AİLENİN VARLIĞININ RİSK VE FAYDALARINA
İLİŞKİN ALGI VE KENDİLERİNE GÜVENLERİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

DOKTORA TEZİ

Esmâ Ayşe ÖZTÜRK

**Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun
Ocak-2020**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Esma Ayşe ÖZTÜRK tarafından Prof. Dr. Zeliha KOÇ Danışmanlığında hazırlanan “ Hemşirelerin Resüsitasyon Sırasında Ailenin Varlığının Risk Ve Faydalarına İlişkin Algı Ve Kendilerine Güvenlerini Etkileyen Faktörler ” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 31/01/2020 tarihinde yapılan sınav ile Acil Hemşireliği Anabilim Dalında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan:
Prof. Dr. Turgut DENİZ, Kırıkkale Üniversitesi

Üye:
Prof. Dr. Zeliha KOÇ, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye:
Doç. Dr.Fikret BİLDİK, Gazi Üniversitesi

Üye:
Doç. Dr.Tülin ATAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye:
Dr.Öğretim Üyesi Serap TOPATAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... /.. /.....

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim süresince engin bilgi ve tecrübeleriyle bana ışık tutan, yol gösteren, sabrı ve özverisiyle manevi desteğini her daim hissettiğim, değerli danışman hocam Sayın Prof.Dr. Zeliha KOÇ'a,

Tez izleme komitesinde görev alarak bilgi ve deneyimlerini paylaşan, çalışmaya önemli katkılar olan Sayın Doç. Dr. Tülin ATAN'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN'a, akademik bilgi ve tecrübeleri ile Acil Hemşireliği'nin gelişimine büyük katkılar sunan Sayın Doç.Dr. Latif DURAN'a, Sayın Prof. Dr.Ahmet BAYDIN'a, Sayın Prof.Dr. Türker YARDAN'a Sayın Doç.Dr. H. Ufuk AKDEMİR'e, Sayın Doç.Dr. Celal KATI'ya, tezimin tüm aşamalarında beni destekleyen değerli arkadaşlarım Öğr. Gör. Dr.Tuğba ÇINARLI, Öğr. Gör. Dr. Asuman ŞENER, Öğr. Gör. Dr. Selin KESKİN KIZILTEPE'ye,

Hayatım boyunca sevgi, ilgi ve güvenleriyle daima yanımda hissettiğim ve varlıklarından güç aldığım çok değerli aileme özellikle ablam Fatma GÜNEŞDOĞDU'ya

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

HEMŞİRELERİN RESÜSİTASYON SIRASINDA AİLENİN VARLIĞININ RİSK VE FAYDALARINA İLİŞKİN ALGI VE KENDİLERİNE GÜVENLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Amaç: Bu araştırma hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak yürütüldü.

Materyal ve Metot: Araştırmanın örneklemini, 23.03.2017-15.02.2019 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi hastanesinde çalışmakta olan toplam 427 hemşire oluşturdu. Veriler, hemşireleri tanıtıcı bilgi formu ile Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği, Aile Varlığı Özgüven Ölçeği, Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri ve Özgüven Ölçeği kullanılarak toplandı. Nitel verilerin toplanması aşamasında ise yarı yapılandırılmış görüşme formundan yararlandı.

Bulgular: Bu çalışmada, Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yürütüldü. 17 madde ve tek faktör ile doğrulanan Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nin güvenilirlik seviyesi 0,911 olarak belirlendi. 17 madde ve tek faktör ile doğrulanan Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin güvenilirlik seviyesi 0,944 olarak saptandı. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin toplam puan ortalaması sırasıyla $35,90 \pm 11,49$ ve $51,46 \pm 14,28$ olarak belirlendi. Hemşireler ile yapılan odak grup görüşmelerden elde edilen bulgular doğrultusunda, resüsitasyon sırasında aile varlığı kavramının bilinirliği, resüsitasyon sırasında aile varlığının riskleri, resüsitasyon sırasında aile varlığının yararları, resüsitasyon sırasında aile varlığını engelleyen faktörler ve resüsitasyon sırasında aile varlığı için yapılması gerekenler olmak üzere beş tema belirlendi.

Sonuç: Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin ülkemizde hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir ölçme araçları olduğu belirlendi. Hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığını istemedikleri ve bu durumu riskli olarak algıladıkları görüldü.

Anahtar Kelimeler: Aile; hemşire; özgüven; resüsitasyon; risk; yarar.

**Esmayşe ÖZTÜRK, Doktora Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Ocak-2020**

ABSTRACT

FACTORS AFFECTING THE PERCEPTIONS AND SELF-CONFIDENCE OF NURSES ON THE RISKS AND BENEFITS OF FAMILY PRESENCE DURING RESUSCITATION

Aim: This descriptive, correlational and methodological study was conducted to determine the factors affecting the perceptions and self-confidence of nurses on the risks and benefits of family presence during resuscitation.

Material and Method: The sample of the study consisted of 427 nurses working in the Health Practice and Research Center of Ondokuz Mayıs University between 23.03.2017-15.02.2019. Data were collected using nurses information form, Family Presence Risk-Benefit Scale, Family Presence Self-Confidence Scale, State-Trait Anxiety Inventory and Self-Confidence Scale. Semi-structured interviews were done to collect qualitative data.

Results: Validity and reliability studies of the Family Presence Risk-Benefit Scale and the Family Presence Self-Confidence Scale were conducted. Confirmed by 17 items and one factor, the Family Presence Risk-Benefit Scale had a reliability level of 0.911. Confirmed by 17 items and one factor, the Family Presence Self-Confidence Scale had a reliability level of 0.944. The mean total scores of the Family Presence Risk-Benefit Scale and the Family Presence Self-Confidence Scale were determined to be 35.90 ± 11.49 and 51.46 ± 14.28 , respectively. According to the findings obtained from the focus group interviews with the nurses, 5 themes were identified as awareness of the concept of family presence during resuscitation, risks of family presence during resuscitation, benefits of family presence during resuscitation, factors preventing family presence during resuscitation and what needs to be done during resuscitation.

Conclusion: The Family Presence Risk-Benefit Scale and the Family Presence Self-Confidence Scale were found to be valid and reliable measurement tools to be used on nurses in our country. It was seen that nurses did not want family presence in resuscitation and that they perceived this as a risky situation.

Keywords: Benefit; family; nurse; self-confidence; resuscitation; risk

**Esma Ayşe ÖZTÜRK, Doctoral's Thesis
Ondokuz Mayıs University-Samsun, January-2020**

SİMGE VE KISALTMALAR

AACN	: The American Association of Colleges of Nursing/Amerikan Hemşireler Üniversiteler Birliği
AAP	: American Academy of Pediatrics /Amerikan Pediatri Akademisi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACEP	: American College of Emergency Physicians/Amerikan Acil Hekimleri Koleji
ACS	:American College of Surgeons/ Amerikan Cerrahlar Koleji
AHA	: The American Heart Association /Amerikan Kalp Birliği
AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality/Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı
ALS	: Advanced Life Support/İleri yaşam desteği
ANA	: The American Nursing Association/Amerikan Hemşireler Birliği
APA	: Ambulatory Pediatrics Association/ Ambulatuvar Pediatri Derneği American Academy of Pediatrics
ATS	: American Trauma Society/ Amerikan Travma Topluluğu
BLS	: Basic Life Support Temel yaşam desteği
BTS	: Barlett's Test of Sphericity/İleri yaşam desteği
CPR	: Kardiyopulmoner Resüsitasyon
ENA	: Emergency Nursing Association/Acil Hemşireler Birliği
ERC	: European Resuscitation Council/Avrupa Resüsitasyon Konseyi
Ex	: Exitus Letalis
ILCOR	: International Liaison Committee on Resuscitation /Uluslararası Resüsitasyon Liyezon Komitesi
ITC	: International Test Commission/Uluslararası test komisyonu
KGO	: Kapsam Geçerlilik Oranı
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KR	: Kuder Richardson
Min-Max	: Minimum-Maksimum
n	: Örneklem Alınacak Birey Sayısı
N	: Evrendeki Birey Sayısı
NACHRI	: National Association of Children's Hospitals and Related Institutions/ Ulusal Çocuk Hastaneleri ve İlgili Kurumlar Birliği

NAEMT	: National Association of Emergency Medical Technicians/ Ulusal Acil Tıp Teknisyenleri Birliği
NAPNAP	: National Association of Pediatric Nurse Practitioners/ Ulusal Pediatrik Hemşire Uygulayıcıları Birliği
NMC	: Nursing - Midwifery Council / Hemşirelik ve Ebelik Konseyi
p	: Anlamlılık Düzeyi
PICU	: Pediatric Intensive Care Units/Pediatrik Yoğun Bakım Birimi
q	: İncelenen Olayın Görülmeyiş Sıklığı
r	: Korelasyon Katsayısı
SAEM	: Society for Academic Emergency Medicine / Akademik Acil Tıp Topluluğu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
α	: Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı
WHO	: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGE VE KISALTMALAR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Kavramsal Çerçeve.....	3
1.3. Araştırmanın Amacı	5
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	5
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1. Resüsitasyon Kavramının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi.....	7
2.2. Resüsitasyon Sürecinde Hemşirenin Rolü	10
2.3. Resüsitasyon Süresince ve Sonrasında Aileyi Desteklemenin Önemi.....	11
2.4. Aile Varlığında Resüsitasyon Kavramı	12
2.4.1. Aile Varlığında Resüsitasyonun Tarihsel Gelişimi	16
2.4.2. Aile Varlığında Resüsitasyonun Yararları	19
2.4.3. Aile Varlığında Resüsitasyonun Riskleri	20
2.4.4. Aile Varlığında Resüsitasyon Uygulamasındaki Engeller	22
2.4.5. Sağlık Bakım Profesyonelleri, Aile Üyeleri ve Hastaların Aile Varlığında Resüsitasyona Bakış Açısı	23
2.4.6. Aile Varlığında Resüsitasyonda Etik Konular	28
2.4.7. Aile Varlığında Resüsitasyonda Aile Merkezli Bakım Modeli	31
2.4.8. Aile Varlığındaki Resüsitasyonda Hemşirenin Rolü	34
2.5. Ölçek Uyarlama Süreci	38
2.5.1. Geçerlik	40
2.5.2. Güvenirlik.....	46

2.6. Nitel Araştırma Yöntemi	53
2.6.1. Odak Grup Görüşmesi.....	54
3. MATERYAL VE METOT	56
3.1. Materyal.....	56
3.1.1. Araştırmanın Şekli.....	56
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	56
3.2. Metot	57
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	57
3.2.2. Verilerin Toplanması.....	58
3.2.3. Veri Toplama Araçları	59
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	64
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu	65
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	66
4. BULGULAR	69
4.1. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri69	
4.1.1. Dil Geçerliği.....	69
4.1.2. Kapsam Geçerliği.....	70
4.1.3. Yapı Geçerliği	72
4.2. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri.....	83
4.2.1. Test -Tekrar Test / Değişmezlik Güvenirliği	83
4.2.2. İç tutarlılık	84
4.3. Nicel Bulgular	87
4.3.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	87
4.3.2. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	92
4.3.3. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği' ne İlişkin Bulgular	99
4.4. Nitel Bulgular	106

4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	106
4.4.2. Hemşirelerin Resüsitasyon Sırasında Ailenin Varlığının Risk Ve Faydalarına İlişkin Algı Ve Kendilerine Güvenlerini Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları İle İlgili Bulgular.....	107
5. TARTIŞMA	127
5.1. Aile Varlığı Risk-Yarar ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması.....	127
5.2. Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığı Risk-Yarar Algısı ve Aile Varlığı Özgüvenini Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması	131
5.3. Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığı Risk-Yarar Algısı ve Aile Varlığı Özgüvenini Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması	135
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	144
6.1. Sonuçlar.....	144
6.2. Öneriler.....	145
KAYNAKLAR.....	146
EKLER.....	163
ÖZ GEÇMİŞ.....	184

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Resüsitasyon, yaşam ile ölüm arasındaki çizgide uygulanan birçok acil tıbbi müdahaleler içerisinde ayrı bir öneme sahiptir (Gönenç, 2015). Resüsitasyon kalbin ve/veya solunum durması gibi acil durumlarda, hastaların hayati bulgularını mekanik, fizyolojik ve farmakolojik yollarla geri döndürülmesini içeren acil tıbbi bir girişimdir (Ong ve ark., 2004). Resüsitasyon hızlı ve yoğun müdahale gerektiren bir süreç olmakla birlikte, hem aile hem de sağlık bakım profesyonelleri açısından fiziksel ve duygusal boyutları içinde barındırmaktadır. Resüsitasyon sürecinde ailelerin birçoğu sevdikleri birey ile beraber olmayı tercih etmektedir (ERC, 2005). Bu konudaki literatürde, resüsitasyon işlemleri sırasında ailelerin, hastayla görsel veya fiziksel temasta bulunmasının aile üyeleri için değerli bir deneyim olduğu kabul edilmektedir (Meyers ve ark., 2004; Twibell ve ark., 2008; ENA, 2019).

Resüsitasyon sırasında aile varlığı, ilk kez 1980'lerde ABD'de gündeme gelmiştir (Madden ve Condon, 2007). Resüsitasyon işlemi sırasında ailenin hastanın yanında bulunmasının, hastanın durumu ile ilgili yapılması gereken her şeyi görmeleri açısından ailelerin bir hakkı olduğu belirtilmiştir (Twibell ve ark., 2008). Bu doğrultuda resüsitasyon sırasında aile varlığı, günümüzde birçok ülkede kabul gören bir uygulamadır (Bossaert ve ark., 2015). Sağlık hizmetleri sunumunda aile merkezli bakımın öneminin artmasıyla birlikte, sağlık bakım kararlarına ailelerin katılımı artmış, resüsitasyon sırasında ailenin olmamasını destekleyen bazı politikalar ve prosedürler değiştirilmeye başlanmıştır (Davidson ve ark., 2017; Powers, 2017; ENA, 2019).

Resüsitasyonda aile varlığı, aile merkezli bakımın önemli bir bileşenidir (Fulbrook ve ark., 2005; Twibell ve ark., 2008; ENA, 2019). Aile merkezli bakım, hasta ve ailenin fiziksel rahatlığını sağlamayı, duygusal destek sunmayı, hastanın aile ve arkadaşlarının bakım sürecine katılımını desteklemektedir. Resüsitasyonda aile varlığının aynı zamanda tıbbi karar vermeye yardımcı olduğu ve hasta aileleriyle iletişimi güçlendirdiği bildirilmektedir (AACN, 2016). Hasta ve aile merkezli bakım, profesyonel hemşirelik uygulamalarının merkezidir (Finkelman ve Kenner, 2009). Bu nedenle bir hasta yakınının bakım sürecine katılımını desteklemenin, hastaya mümkün olan en iyi bakımı sunmayı güçlendirdiği vurgulanmaktadır (Mitchell, 2009).

Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği, aile üyelerinin resüsitasyon sırasında hazır bulunmasının iyi bir uygulama örneği olduğunu, bu nedenle hasta yakınlarına bu seçeğin sunulması gerektiğini bildirmektedir (Strasen ve ark., 2016). Bununla birlikte resüsitasyonda aile varlığının, ailelerin yaşamakta olduğu suçluluk veya hayal kırıklığını azaltacağı, yapılabilecek her şeyin yapıldığına olan inançlarını arttıracığı, ölüm gerçeğini kabullenmelerine yardımcı olacağı ve yas sürecini kolaylaştıracağı vurgulanmaktadır (Çolak ve ark., 2009; AHA, 2010; Bossaert ve ark., 2015; ENA, 2019).

Literatürde, sağlık bakım profesyonellerinin genellikle resüsitasyonda aile varlığını; aileler, hastalar ve kendileri için riskli olarak algılamalarına karşın hasta yakınları yönünden yararlı olduğu, resüsitasyon uygulamasının ve kalitesinin bu durumdan etkilenmediği bildirilmektedir (Bossaert ve ark., 2015). Bu doğrultuda uluslararası resüsitasyon konseyleri ve dernekleri; ailelere resüsitasyonda aile varlığı seçeneği sunulmasını ve ailelerin bu konuda desteklenmesini önermektedir (AHA, 2015; AACN, 2016; Lederman, 2016; ENA, 2019).

Resüsitasyon sırasında aile varlığı giderek yaygınlaşan bir sağlık uygulaması olmasına karşın halen bu uygulamanın risk ve yararları sağlık profesyonelleri tarafından oldukça sık tartışılan bir konudur (Parial ve ark., 2016). Sağlık bakım profesyonelleri genellikle aile üyelerinin resüsitasyon sürecine müdahale etme olasılığının bulunması, kardiyopulmoner resüsitasyonu (CPR) sonlandırmanın zorlaşması ve hastaya gereksiz uzun girişimler uygulanması konularında endişe duymaktadır. Bu nedenle sağlık bakım profesyonellerinin, bu konudaki endişe ve kaygıları, aile varlığında resüsitasyon uygulamasını desteklemelerini engelleyebilmektedir (Beer, 2005, Badır ve Sepit, 2007; Porter ve ark., 2014).

Hemşireler, aile varlığında resüsitasyon sürecinin önerilmesinde ve uygulanmasında önemli bir role sahiptir. Çünkü hasta ve yakınlarının aile varlığında resüsitasyon süreci ile ilgili isteklerini hemşirelere ifade edebilme olasılıkları oldukça yüksektir. Bu nedenle hasta ve aile üyelerinin savunucusu olan hemşireler onların ihtiyaçlarının karşılanmasında benzersiz önemli bir konuma sahiptir (Fulbrook ve ark., 2005; Miller ve Stiles, 2009). Buna karşın hemşirelerin, aile varlığında resüsitasyonu riskli olarak görmeleri ve desteklememeleri, aile merkezli bakımın uygulanabilme olasılığını azaltabilmektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin, aile varlığında resüsitasyon

uygulamasına yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir (Powers, 2017).

Aile üyeleri ve sağlık bakım profesyonelleri yönünden yararlı olduğu kanıtlanmış olmasına karşın, dünyanın birçok ülkesinde resüsitasyon sırasında aile varlığı standart bir uygulama haline gelmemiştir. Özellikle, resüsitasyon sırasında aile varlığının yararları hakkındaki bilgi ve farkındalık eksikliği bu durumu etkileyebilmektedir. Bu doğrultuda resmi sağlık politikaları geliştirerek, hemşirelik liderlerini destekleyerek, resüsitasyon sırasında aile varlığının bir bakım standardı haline gelebileceği düşünülmektedir (Strasen ve ark., 2016). Aile varlığında resüsitasyon, uluslararası, kültürlerarası ve dinler arası bir konudur. Bu nedenle ulusal, kültürel ve dini özellikleri dikkate alarak bu konuda amaçlı ve anlamlı bir strateji geliştirilmesi oldukça önemlidir (Köberich, 2018).

Ülkemizde hemşirelerde resüsitasyon sırasında aile varlığının risk ve faydalarına ilişkin algılarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çalışma sayısı oldukça sınırlıdır (Bahadır ve Sepit, 2005; Yanturalı ve ark, 2005; Demir, 2008; Ersoy ve ark., 2008; Güneş ve Zaybak, 2009; Yavuz ve ark., 2013). Diğer yandan hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu, araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur.

Resüsitasyon sırasında aile varlığının tüm hasta ve ailelerinin sahip olması gereken bir hak olduğu düşünülmeyle birlikte bu durumun hem bakım hizmeti sunanların hem de bakım hizmeti alanların memnuniyet düzeylerini arttıracığı; ailenin, bakımın bir parçası olmalarını sağlayacağı ve sağlıklı/hasta bireye sunulan bakımın kalitesini yükselteceği düşünülmektedir. Bu araştırmadan elde edilecek bulgular doğrultusunda hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörler belirlenecek, elde edilen bulgular doğrultusunda uygun bireysel, kurumsal strateji ve öneriler geliştirilecektir.

1.2. Kavramsal Çerçeve

Bu çalışmanın kavramsal çerçevesi Konfor Kuramı ve Öz Yeterlilik Kuramı'na dayanmaktadır. Konfor Kuramı, Katharine Kolcaba tarafından geliştirilmiştir (Masters, 2015). Kolcaba'nın konfor çalışmaları Orlando, Henderson, Paterson ve Zderad gibi hemşirelik kuramcılarının çalışmalarından etkilenmiştir (Masters, 2015). Kolcaba'ya

göre konfor sadece ağrı ya da başka bir fiziksel rahatsızlığın olmaması değildir. Fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel, çevresel boyutlarda huzur, kendini aşma ve güçlenme deneyimidir (Kolcaba, 2005; Masters, 2015). Kolcaba'ya göre konforun ferahlama, huzur ve anlam bulma olmak üzere üç tipi vardır. Konfor kuramının fiziksel konfor, psikospiritüel konfor, sosyokültürel konfor ve çevresel konfor olmak üzere dört boyutu bulunmaktadır. Fiziksel rahatlık, bedensel duyular ve homeostatik mekanizmalar ile ilgilidir. Psikospiritüel rahatlık; benlik saygısı, kimlik, cinsellik gibi kendine ilişkin farkındalık durumu, kişinin yaşamındaki anlamı ve var oluşu, yüce varlıkla ilişkisini ifade eder. Sosyokültürel rahatlık, kişiler arası aile ve sosyal ilişkiler ve kültürel gelenekler ile ilişkilidir. Çevresel rahatlık; aydınlık, gürültü, renk, ısı, atmosfer, doğal veya sentetik elementler gibi insan deneyimlerinin dışsal etkenleri ile ilgilidir (Erdemir ve Çırlak, 2013; Masters, 2015).

Hemşirelik bakımının sonucu ya da işlevi olarak tanımlanan konfor kuramının özü, bireyi tüm boyutları ile rahatlatmaktır. Hemşireler konfora yönelik önlemleri alarak bakım ve yardımı gerçekleştirirler (Terzi ve Kaya, 2017). Kolcaba'nın Konfor Kuramında aile varlığının desteklendiği görülebilmektedir (Kolcaba ve ark., 2006). Çünkü aile merkezli bakımın bir şekli olan aile varlığında resüsitasyon uygulaması hastanın ve ailenin konforunu arttırmaktadır. Aile varlığında resüsitasyon, aileye hastanın bakım alanında kalma seçeneği sunarak hastayla görsel ve fiziksel temas kurmalarına fırsat verir. Ailenin anlamlı dokunuş ve sözlü hatırlatmaları hastanın konforunun artmasını sağlar (Kolcaba ve ark., 2006; ENA, 2019). Konfor Kuramı rehber alınarak uygulanacak olan aile varlığında resüsitasyon sürecinin, hem hasta yakınları hem de sağlık bakım profesyonellerinin psikospiritüel ihtiyaçlarını karşılayabileceği düşünülmektedir. Kolcaba'nın Konfor Teorisi, hastaların ailelerinin huzurunda en iyi güce ulaşmalarını, huzur içinde ölmelerini ve kritik bakım uygulamaları sırasında ailenin katılımının sağlanmasını desteklemektedir (Johnson, 2017). Kolcaba; insanlar rahat olduklarında içsel davranışlar, dışsal davranışlar veya huzurlu bir ölümü içeren sağlık davranışlarına daha fazla katıldıklarını bildirmektedir (Kolcaba ve ark., 2006).

Çalışmanın diğer kuramsal çerçevesini oluşturan Öz Yeterlilik Kuramı, Albert Bandura tarafından 1977 yılında geliştirilmiştir. Bandura'ya göre, öz yeterlik bireyin karşılaştığı bir olay, durum ya da olgu karşısında yeterlik düzeyini, kendine olan

inancını ve öz güvenini ifade etmektedir (Kacaroglu Vicdan ve Taştekin, 2019). Öz yeterlilik inançları, insanların motivasyon ve davranışlarının önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Arseven, 2016). Bandura'ya göre öz yeterlilik inancı, bireylerin nasıl hissettiklerini, düşüncelerini, kendilerini nasıl motive ettiklerini ve nasıl davrandıklarını belirlemektedir (Karadağ ve ark., 2011).

Öz yeterlik inancının bireyin doğru ya da yanlış etkinlikler yapma davranışını etkilediği, bir sorun ile karşılaşıldığında sorunu çözmek için ne kadar çaba harcayacağı ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Alabay, 2006). Özgüven kavramı, öz yeterlik ve algılanan yeterlilik olarak kavramsallaştırılmaktadır (Akın, 2007). Literatür, özgüvenin hemşirelerin aile varlığında resüsitasyon uygulamasını ve bu konuya yönelik tutumlarını etkilediğini bildirmektedir (Twibell ve ark., 2008). Özgüveni düşük hemşireler, yapacakları uygulamaların gerçekte olduğundan daha zor olduğuna inanmaktadır. Bu düşünce tarzı hemşirelerde kaygı ve stres düzeyini artırarak kişinin bir sorunu en iyi şekilde çözebilmesi için gereken bakış açısını sınırlamaktadır. Bandura'nın Öz Yeterlilik Kuramına göre, bir hemşirenin bir görevi yerine getirme ve tamamlama yeteneği, özgüveni ile yakından ilişkilidir. Hemşirelerin aile varlığında resüsitasyonda kendine güvenleri ve deneyimleri ne kadar yüksek olursa, aile varlığını destekleme olasılıklarında o kadar artacağı bildirilmektedir (Twibell ve ark., 2008).

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik bir araştırma olarak yürütülmüştür.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

1. Hipotez: Hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığının risk ve faydasını algılama düzeyini belirlemede "Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği" geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır.

2. Hipotez: Hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığında kendine güven düzeyini belirlemede "Aile Varlığı Özgüven Ölçeği" geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır.

3. Hipotez: Hemşireler resüsitasyon sırasında ailenin varlığını daha riskli ve daha az faydalı algırlarlar.

4. Hipotez: Hemşirelerin ailenin varlığında resüsitasyon uygulamalarında kendilerine olan özgüven düzeyleri düşüktür.

5. Hipotez: Özgüven düzeyi yüksek hemşireler resüsitasyonda aile varlığını daha yararlı algırlar.

6. Hipotez: Kaygı düzeyleri yüksek olan hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığına ilişkin özgüven düzeyleri düşüktür.

7. Hipotez: Hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendine güven düzeyleri sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre farklılık gösterir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Resüsitasyon Kavramının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Resüsitasyon ölümle yaşam arasında yer alan ince bir çizgidir. Hastaya birkaç dakika içinde gerekli acil müdahale yapılmadığında hasta yaşamını yitirebilmektedir. Sağlık profesyonelleri resüsitasyon sürecinde aynı zamanda zamanla yarışmaktadır (AHA, 2010; Ersoy, 2019). Resüsitasyon; hasta, aile üyeleri ve sağlık bakım profesyonelleri için oldukça stres verici bir uygulamadır (AHA, 2012). Resüsitasyon sürecinde sistematik bir yaklaşımın kullanılmaması, akut bakımın yetersiz olması, zayıf bir iletişimin kurulması, multidisipliner ekip çalışmasının olmaması, tedavi planlarının yetersiz kullanılması ve hastanın problemlerinin holistik yaklaşım doğrultusunda ele alınmaması, hastaların klinik durumlarını olumsuz yönde etkileyerek ani ölümlerine yol açabilir (Efil ve Türen, 2015). Bu nedenle etkili bir resüsitasyon multidisipliner bir yaklaşımla etkili bir ekip çalışması gerektirir (Terzi, 2008).

Kardiyopulmoner arrest, kalbin sistol sırasında etkili olarak kasılmaması sonucunda, kan dolaşımının ani olarak durduğu ve yetersiz serebral kan akımına neden olduğu ani bilinç kaybı ile karakterize bir tablodur (Uysal, 2010; Balcı ve ark., 2011). Kardiyopulmoner resüsitasyon ise herhangi bir nedenle kardiyopulmoner arrest gelişmiş bir hastanın hava yolu açıklığının devam ettirilebilmesi, solunum ile dolaşımının desteklenmesi amacıyla gerçekleştirilen uygulama olarak tanımlanmaktadır (Karataş ve Selçuk, 2012; Kara ve ark., 2015; Tiryaki ve Doğu, 2018).

Kardiyopulmoner resüsitasyon girişimi, kardiyopulmoner arrest durumlarında ilaç veya cihaz kullanılarak yapılan, hızlı ve acil müdahale ile kalbi veya solunumu duran hastanın hayati organlarının kanlanması sağlamak amacıyla uygulanan, temel beceri gerektiren tüm girişimlerdir (Shahrakivahed ve ark., 2015). Kardiyopulmoner resüsitasyon kardiyak arrest sonrası sağ kalımı arttıran bir dizi hayat kurtarıcı eylemden oluşmaktadır. Kardiyopulmoner resüsitasyonda temel anlayış, en erken ve en etkili resüsitasyonu sağlamaktır (AHA, 2010). Resüsitasyonun amacı; yaşamı korumak, sağlığı düzeltmek, acıyı dindirmek, yetersizliği azaltmak, bireyin kararlarına, haklarına ve mahremiyetine saygı duymaktır (Morrison ve ark., 2010).

Tıbbi müdahaleler içinde kritik öneme sahip olan resüsitasyonun tarihi oldukça eskidir (Karataş ve Selçuk, 2012). Bu konudaki literatür incelendiğinde, 3500 yıl önce eski Mısır'da inversiyon (ters çevirme) metodu kullanılarak hastanın yaşama

döndürülmeye çalışıldığı bildirilmiştir (Balcı ve ark., 2011; Karataş ve Selçuk, 2012; Kara ve ark., 2015). İnsanları hayata döndürmek amacıyla o tarihten günümüze kadar resüsitasyon olarak kabul edilebilecek ve fizyolojik olarak etkili sayılabilecek girişimlerin uygulandığı bilinmektedir (Balcı ve ark., 2011). 1960'lı yıllarda ilk kez kapalı kalp masajı ve suni solunumun başarı ile uygulandığı, kardiyopulmoner resüsitasyon tanımının yapıldığı bildirilmektedir (Balcı ve ark., 2011; Karataş ve Selçuk, 2012).

Kardiyopulmoner resüsitasyon girişimini belli standartlara kavuşturma çalışmaları 1966 yılında ABD'de başlamıştır. Kardiyopulmoner resüsitasyonun ABCD'si bu dönemde oluşturulmuştur. Kardiyopulmoner resüsitasyon girişimi, A (Airway opened): hava yolunun açık tutulması, B (Breathing restored): solunumun sağlanması, C (Circulation restored): dolaşımın sağlanması ve D (Definitive therapy): nihai tedavi olmak üzere dört basamaktan oluşmaktadır. Kardiyopulmoner resüsitasyon girişimlerinde, uluslararası boyutta ortak kararlara dayalı önerilerde bulunmak amacıyla 1993 yılında Uluslararası Resüsitasyon Liyezon Komitesi (ILCOR) kurulmuştur. Her beş yılda bir Avrupa Resüsitasyon Kurulu ve Amerikan Kalp Birliği tarafından Resüsitasyonla ilgili güncel değişiklikleri ve bilgileri içeren, güncel kılavuzlar yayınlanmaktadır (Karataş ve Selçuk, 2012).

Amerikan Kalp Birliği (AHA) "Yaşam Kurtarma Zinciri"nde yer alan girişimlerin uygulanması gerektiğini önemle vurgulamaktadır. Yaşam kurtarma zinciri kavramı, mümkün olan en üst düzeyde sağ kalım için gerekli girişimleri tanımlamak için kullanılmaktadır (AHA, 2010). Amerikan Kalp Birliği'nin (AHA) 2010 kılavuzuna göre, kardiyak arresti takip eden başarılı bir resüsitasyon, sağ kalım zincirindeki halkalarda belirtilen bir dizi koordineli işlemin entegre bir şekilde yapılması ile gerçekleştirilebilmektedir. Yaşam kurtarma zinciri beş halkadan oluşmaktadır. Birinci halka "kardiyak arrestin hemen tanınması ve acil yanıt sisteminin aktive edilmesini"; ikinci halka "Göğüs basısına önem verilerek yapılan erken kardiyopulmoner resüsitasyonu"; üçüncü halka "Hızlı defibrilasyonu"; dördüncü halka "Etkili ileri yaşam desteğini"; beşinci halka "Entegre kardiyak arrest sonrası bakımı" içermektedir (AHA, 2010). Literatürde, yaşam kurtarma zinciri halkalarını etkili bir şekilde yerine getiren acil sistemlerinin, ventriküler fibrilasyona bağlı kardiyak arrestte yaklaşık %50 oranında sağ kalımı gerçekleştirebildiği ve her bir dakikalık gecikmenin hastanın yaşam

şansını %10-12 oranında azalttığı bildirilmiştir (AHA, 2010; Balcı ve ark., 2011; Uysal; 2012).

Resüsitasyon işleminde, temel yaşam desteği ve ileri yaşam desteği olmak üzere iki seviye tanımlanmıştır. Temel yaşam desteği (BLS; basic life support) durumun tanınmasını, solunum ve göğüs kompresyonu ile spontan sirkülasyona dönüşü amaçlayan ilk seviyedir (ERC, 2005; AHA, 2010; Balcı ve ark., 2011; Bossaert ve ark., 2015). İleri yaşam desteği (ALS; advanced life support) kardiyopulmoner resüsitasyon'un medikasyon yanında cihaz kullanımını da içeren daha komplike seviyesidir. Bununla birlikte temel yaşam desteği ve ileri yaşam desteği hastanın bulunduğu ortama göre iç içe geçmiş işlem basamaklarından oluşmaktadır (AHA, 2010; Bossaert ve ark., 2015; ERC, 2015). Yüksek kaliteli resüsitasyon uygulaması çok yönlü yaklaşımları gerektirmektedir. Arrest sırasındaki bulguların elde edilmesinin yanısıra eş zamanlı ve olay sonrası bulguya dayalı karar verilmesi resüsitasyonda önemlidir. Bununla birlikte teknik ve insani faktörler yüksek kaliteli resüsitasyon uygulamada belirleyici rol oynamaktadır (Balcı ve ark., 2011).

Sağlık bakım profesyonelleri, resüsitasyon sürecinde etik, yasal ve kültürel faktörleri göz önünde bulundurmalıdır. Sağlık bakım profesyonellerinin resüsitasyon kararı almak zorunda kaldığı durumlarda, hastanın kendisi veya aile tercihleri ile birlikte yerel politika ve yasal gerekliliklerin gözönünde bulundurulması önerilmektedir. (Morrison ve ark., 2010). Resüsitasyon uygulayan ekip üyelerinin yararlılık, zarar vermeme, adalet ve otonomi gibi dört temel etik ilkeye saygı göstermeleri önemlidir. Resüsitasyon ve yaşam sonu bakım kararlarını hasta yerine genellikle doktorların tek başına alması önceden normal karşılanmasına karşın, bu anlayış günümüzde değişmiştir. Hastaların "do not resuscitate" (DNR) talimatını, yaşam sonu bakım kararını ve diğer ileri talimatları kendilerinin vermek istemeleri, aile üyelerinin resüsitasyon sırasında girişim odasında bulunma beklentileri bu anlayışın değişmesine neden olmuştur (Kurtipek, 2007). Etik açıdan bu konular günümüzde hâlâ tartışılmaya devam etmektedir (AHA, 2010). Buna karşın hasta yakınlarının resüsitasyon sırasında girişim odasında bulunma isteklerinin anlayış ile karşılanması önerilmektedir (Bossaert ve ark., 2015).

2.2. Resüsitasyon Sürecinde Hemşirenin Rolü

Hemşireler resüsitasyonun yönetiminde önemli rol oynarlar (Uysal, 2010). Resüsitasyon sürecinde bilişsel, psikomotor ve sorun çözme becerilerini kullanırlar. Etkin ve kaliteli bir şekilde hasta yakınlarının bakım gereksinimlerini karşılarlar (Elazazay ve ark., 2012). Teknolojik gelişmeler, sağlık alanındaki araştırma ve ilerlemeler, resüsitasyon kurallarının güncellenmesine ve multidisipliner ekip üyelerinin rollerinin değişmesine neden olmuştur (Vanden Hoek ve ark., 2010). Aynı zamanda sağlık alanındaki bu ilerlemeler ve gelişmeler deneyimli hemşirelere duyulan ihtiyacı arttırmıştır (Terzi, 2008; Efil ve Türen, 2015).

Resüsitasyon uygulaması sırasında, hastanın vital bulgularının alınması ve ilaçların hazırlanması gibi geleneksel hemşirelik rolleri değişmiş ve hemşireler acil müdahale ekibinin aktif bir üyesi haline gelmiştir (Hamilton, 2005; Terzi, 2008; ENA, 2019). Hemşireler, resüsitasyon uygulamasında otomatik eksternal defibrilasyon/defibrilatör kullanımı, CPR yapılmasına/devam edilmemesine diğer ekip üyeleri ile birlikte karar verme, kardiyak arrest sırasında kullanılan ilaçları hazırlama ve resüsitasyona tanık olan ailelere destek olma gibi bilgi ve beceri gerektiren bir çok rolü üstlenmektedir (Efil ve Türen, 2015). Hemşireler kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılırlar (Uysal, 2012; Efil ve Türen, 2015). Bununla birlikte hemşireler ölüme yaklaşmakta olan bireyin gizlilik ve onurunun korunmasının yanı sıra, son saatlerinde hastaya şefkatli bakım vermekten sorumludurlar (Johnson, 2017).

Lommel ve arkadaşları (2001) Hollanda'da yapmış oldukları bir çalışmada, ölümü deneyimleyen ve kardiyak arrestten dönen bir hastanın CPR esnasında tüm ekibin ruh halini, ifadelerini, odadaki her detayı en ince ayrıntısıyla anlattığını, ilacını vermek üzere yanına gelen hemşireyi tanıdığını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada hasta CPR esnasında ekibin CPR'ı durduracağını ve öleceğini düşündüğünü, bu durumdan çok korktuğunu, tüm ekibin umutsuzca CPR'a devam ettiklerini hissettiğini ifade etmiştir. Bu doğrultuda hemşireler, kardiyak arrest sırasında hastaların duyu fonksiyonlarının hala aktif olduğunu gözönünde bulundurmalıdır. Bu nedenle, arrest sırasında hasta ile ilgilenirken negatif veya küçük düşürücü konuşmalardan ve hareketlerden kaçınmalıdır (Uysal, 2012).

2.3. Resüsitasyon Süresince ve Sonrasında Aileyi Desteklemenin Önemi

Resüsitasyon sürecinde hasta ve ailesinin desteklenmesi yaşam ve bakım kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Uysal, 2010). Resüsitasyon sürecinde aileler sevdikleri bireyi kaybetme korkusu ve bu duruma bağlı rol değişiklikleri yaşayabilmektedir. Aynı zamanda bu korku aile üyelerinde strese ve kaygıya neden olabilmektedir. Bu doğrultuda hasta yakınlarına sosyal ve duygusal destek sunulması, onların stres ve korkularını azaltabilmektedir (Efil ve Türen , 2015).

Literatürde, resüsitasyon sırasında sağlık bakım profesyonellerinin sadece teknik yönler odaklanmaması, hasta ve ailesi arasındaki ilişkide saygı göstermesi gerektiği bildirilmektedir (Sak-Dankosky ve ark., 2018). Sağlık bakım profesyonellerinin, hastaların sevdikleriyle paylaştıkları bağları gözönünde bulundurarak aileleri bakım sürecine dahil etmeleri önerilmektedir. Bununla birlikte sağlık bakım profesyonellerinin resüsitasyon sırasında aile üyelerinin bireysel ihtiyaçlarını karşılamada daha dikkatli davranmaları ve empati yapmaları gerektiği belirtilmektedir. Bu nedenle aile üyelerinin, hastalarının bakımına dahil olamayacaklarını hissettiklerinde yaşayacakları hayal kırıklıkları göz önünde bulundurulmalıdır (ERC, 2005; AHA, 2012; ENA, 2019).

Resüsitasyon sürecinde ailelerin bir çoğu ölüme yaklaşmakta olan hastaları ile birlikte olmayı tercih etmektedir (ERC, 2005; Morrison ve ark., 2010). Ancak sağlık bakım profesyonelleri bu konuda desteklenmediği sürece, ebeveyn ve diğer aile üyelerinin resüsitasyona katılıp katılamayacakları konusundaki düşünceleri gözardı edilmeye devam edecektir (AHA, 2012). Bu nedenle sağlık bakım profesyonelleri, aile üyelerine bu fırsatı vermelidir (Lederman, 2016). Resüsitasyon ekibi, aile üyelerinin resüsitasyon sırasında hazır bulunması konusunda hassas ve duyarlı davranmalıdır. Diğer yandan resüsitasyonda aile üyelerine destek olmak, bilgi vermek ve sordukları soruları cevaplamak için ekip üyelerinden biri görevlendirilmelidir (Morrison ve ark., 2010).

Aile üyelerine yakınının ölümünü bildirmek, resüsitasyon girişiminin en önemli boyutunu oluşturmaktadır. Ölümü haberi, ailenin kültür düzeyi, dini inançları, ölüm hakkındaki önyargıları, olay öncesi durumla ilgili hissedebilecekleri suçluluk duygusu göz önünde bulundurularak, şefkat ve özenle verilmelidir (Morrison ve ark., 2010). Adamowski ve arkadaşları (1993), sağlık bakım profesyonellerinin resüsitasyon

ve ölüm ile ilgili bilgilendirme broşürü oluşturarak ailelere vermelerinin, gerekli tıbbi bilgilendirme ve desteği sağladığını bildirmişlerdir.

Resüsitasyon uygulanan hastaların yalnızca %17'si hayatta kaldığı için, sağlık kurumlarının sevilen birinin ölümünün ardından ailelere yardım eden ve onları destekleyen bir kurum politikası geliştirmeleri önerilmektedir (ENA, 2019). Resüsitasyon sonrası bir kayıp yaşanmışsa, aile üyelerini desteklemek için ölüm sonrası yas izlem hizmeti sunulmalıdır. Bu yas programı, ailelerle periyodik aralıkla iletişim kurularak gerçekleştirilmelidir. Yas programı uygulamak için benimsenmiş olan çeşitli yaklaşımlar mevcut olmakla birlikte, böyle bir programın oluşturulmadığı durumlarda aile varlığında resüsitasyon programına yas takip süreci eklenmelidir (ENA, 2019).

2.4. Aile Varlığında Resüsitasyon Kavramı

“Aile varlığında/tanıklığında resüsitasyon” uygulamasında hasta yakınları hastaya yapılan işlem ve girişimlerin ne olduğunu izlemek veya öğrenmek amacıyla bireyin yanına alınmaktadır. Aile varlığında resüsitasyonda amaç, ailelerin hastasının hayatta olduğu son dakikalarda onunla beraber olup dua etmesine ve vedalaşmasına fırsat sunmaktır (Ersoy, 2019). Resüsitasyon sırasında aile üyesinin varlığı, ailelerin kapalı kapılar ardında gerçekleşen resüsitasyon işlemleri hakkında duyduğu endişe ve şüpheleri ortadan kaldırmaktadır. Aynı zamanda aile üyelerinin, resüsitasyon ekibi tarafından hastaya mümkün olan her şeyin uygulandığını görmelerine ve anlamalarına fırsat sunmaktadır (Jabre ve ark., 2013). Resüsitasyon girişimi sırasında ailenin varlığı hastaya manevi destek, güç ve moral verebilir. Böylece hastaya yalnız olmadığı hissettirebilir (Uslu ve Korkmaz, 2015). Bununla birlikte ailelerin sevdikleri bireyin yaşamının sonlandığı gerçeğini kabul etmelerine yardımcı olabilir (Jabre ve ark., 2013).

Aile varlığında/tanıklıklı resüsitasyon kavramının literatürdeki karşılığı “*Family Witness Resuscitation*”dır (Twibell ve ark., 2008; Ersoy, 2019). Bu kavram ilk kez Doyle ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmanın, 1987 yılında *Annals of Emergency Medicine* dergisinde yayınlanması ile literatüre girmiştir (Doyle ve ark., 1987).

Acil Hemşireler Derneği (ENA) (2007) aile varlığı kavramını “İnvazif prosedürler ve/veya kardiyopulmoner resüsitasyon sırasında, hastayla görsel veya fiziksel temas kurulabilen bir yerde hasta bakım alanında ailenin bulunmasıdır” olarak tanımlamıştır.

Boehm (2008), sağlık bakım profesyonellerinin, resüsitasyonda aile varlığını, acil bakım ortamlarında bir komplikasyon olarak görmek yerine, aile üyeleriyle paylaşılması gereken bir ayrıcalık olarak görmeleri gerektiğini belirtmiştir.

Amerikan Kritik Bakım Hemşireleri Birliği ise (AACN) Nisan 2010'da, "resüsitasyon ve invazif prosedürler geçiren hastaların tüm aile üyelerine yatak başında bulunma seçeneği verilmesi gerektiğini" ifade etmiştir. Tüm hastalar, resüsitasyon sırasında aile üyelerinin yanında bulunması hakkına sahiptir (Fulbrook ve ark., 2007; Boucher, 2010; AACN, 2016). Bu nedenle uygun şartlar sağlandığı takdirde aile üyelerine yakınının resüsitasyonunda bulunma fırsatı verilmelidir (Boucher, 2010; AACN, 2016; De Robertis, 2017). Nitekim literatürde resüsitasyonda aile varlığının, aile üyeleri için değerli bir deneyim olduğu kabul edilmektedir (Meyers ve ark., 2004; Fulbrook ve ark., 2007; Twibell ve ark., 2008; AHA, 2010).

Aile bireyin sağlığını yeniden kazanmasında ve iyilik halini sürdürmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Hastanın ailesi, sevdikleri ve yakın arkadaşlarından oluşmaktadır. Aile, bireylerin yaşamında önemli bir yere sahip olmakla birlikte zor zamanlarda ait olma duygusu hissettiren, destek, güven ve rahatlık sağlayan önemli bir toplumsal kurumdur. Aynı zamanda aile, holistik bakımın ve aile merkezli bakımın önemli bir parçasıdır (Sucu ve ark., 2009). Bununla birlikte aile merkezli bakım, resüsitasyon sırasında aile varlığının hasta ve ailelere sunulmasını destekleyen önemli bir modeldir (ENA, 2018).

Hastane ortamında hasta ve ailesinin deneyimleyeceği en dramatik ve en zorlu an, resüsitasyon girişiminin uygulanmasını gerektiren bir durumu yaşamak zorunda kalmaktır. Bu doğrultuda aile hiç beklemediği bir anda çok sevdiği bir yakını (eşi, karısı, kocası, çocuğu, annesi, babası, kardeşi vs.) kaybetme olasılığıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum hasta yakınlarının içinde bulunduğu korku ve endişeyi daha da arttırmaktadır (Yanturalı ve ark., 2005; Ersoy, 2019). Ailenin hastanın yanında olmasına fırsat sunma, hasta yakınlarının çaresizlik duygusunu hafifletmelerine yardımcı olur (ENA, 2018). Aynı zamanda ailenin resüsitasyon sürecine katılması hastaları ile ilgili kritik bilgi paylaşımını hızlandırır. Yaşadıkları endişe ve korkuyu azaltarak manevi yönden kendilerini rahat hissetmelerini sağlar. Aynı zamanda hasta yakınlarının yaşadığı keder sürecine yardımcı olur (Tudor ve ark., 2014; Oczkowski ve ark., 2015).

Sağlık bakım profesyonelleri hasta ailesinin/yakınlarının yerini hiçbir zaman dolduramayacağı için, hastanın bu konudaki beklenti ve ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır (Badır ve Sepit, 2005). Aile üyelerinin sevdiği kişiye veda etmesine fırsat sunulmalıdır. Bu nedenle aile üyelerini resüsitasyon odasına almak hem insani, hem etik hem de moral değerler açısından oldukça önemlidir (Ersoy, 2019). Resüsitasyonda aile varlığı, aileleri hastalarına dokunmaya, onunla konuşmaya ve onu desteklemeye ve sakinleştirmeye teşvik etmektir. Aynı zamanda ailelerin sevdikleri kişinin bakımında güç sahibi olmalarına izin vermektir (ENA, 2018).

Literatürde, sağlık bakım profesyonellerinin genellikle resüsitasyon sırasında hasta ailelerinin yakınları ile beraber olmalarını desteklemedikleri, onların bu konudaki isteklerine olumsuz yanıt verdikleri bildirilmektedir (Badır ve Sepit, 2005). Bununla birlikte sağlık bakım profesyonellerinin, resüsitasyonda aile varlığının etik, ahlaki ve pratik ikilemler yaratabileceğini, resüsitasyon ekibi ile çatışma, dava açma ve stres gibi problemlere yol açabileceğini düşündükleri belirtilmektedir (Grice ve ark., 2003). Sağlık bakım profesyonellerinin bu konuda duymuş oldukları kaygı ve endişeler, resüsitasyon sırasında aile varlığına yönelik uygulamalara direnç göstermelerine neden olabilmektedir (Fernandes ve ark., 2014; Sak-Dankosky ve ark., 2014; Johnson, 2017).

Son yıllarda dünya çapında birçok resüsitasyon otoritesinin doğal kabul edilen geleneksel uygulamayı sorgulaması bu konuda çok boyutlu tartışmaların başlamasına neden olmuştur (Jabre ve ark., 2013). Bu doğrultuda uluslararası sağlık hizmetleri ve uluslararası resüsitasyon komiteleri aile varlığında resüsitasyon hakkında ortak görüşe vararak bu konuda birtakım kararlar almıştır. Alınan bu kararlardan bazıları şunlardır;

- Hasta ve aile merkezli bakım felsefesi tüm ailelerle kurulmalıdır.
- Tüm ailelere prosedürler ve resüsitasyon sırasında aile varlığı seçeneği sunulmalıdır.
- Aileyi yönlendirecek eğitilmiş ve bu göreve atanmış bir sağlık profesyoneli bulunmalıdır.
- Disiplinler arası bir yaklaşım entegre edilmelidir.
- Aile varlığı uygulanmadan önce, bu konuda yapılandırılmış rehberler, politikalar ve prosedürler geliştirilmelidir.
- Ayrıca resüsitasyon sürecinde yer alan tüm personele hizmet içi eğitim verilmelidir (ENA, 2007; Fulbrooke ve ark., 2007; Lippert ve ark., 2010).

Literatürde resüsitasyon sırasında aile varlığının, aile üzerinde olumlu birçok etkisi olduğu bildirilmiş olmasına karşın bu uygulama hala tartışılmakta ve tutarlı bir şekilde uygulanmamaktadır (Tudor ve ark., 2014). Diğer yandan resüsitasyonda aile varlığının, hastane öncesi ve pediatrik ortamlarda daha fazla kabul gördüğü bildirilmektedir (De Robertis, 2017). İnsanoğlunun en değerli parçası olan çocuklar ailelerin yapı taşıdır. Günlük yaşamlarında sağlıklı olan çocuklarını yanlarından ayırmak istemeyen ebeveynler, resüsitasyon gibi zorlu ve kritik bir süreçte çocuklarının yanlarında olmayı istemektedir. Ebeveynler, çocuklarına neler yapıldığını kendi gözleriyle görmenin önemli olduğunu düşünmektedir (Ferreira ve ark., 2014). Resüsitasyon sırasında orada bulunma ebeveyn rolleri doğrultusunda rahatlatılmaktadır (Tinsley ve ark., 2008). Maxton'a (2008) göre, "Resüsitasyon sırasında ebeveyn olmanın özü, karmaşık ve paradoksaldır. Bu paradoks ebeveynlerin, tanık olabileceği canlandırma sahnesinden değil, çocuklarının muhtemel ölümünden kaynaklanmaktadır". Bununla birlikte Amerikan Pediatri Akademisi ve diğer meslek örgütleri, resüsitasyon sırasında ailenin varlığını önermektedir (AAP, 2006).

Bu konuda yapılan bazı araştırmalarda pediatri alanındaki doktor ve hemşirelerin, resüsitasyon sırasında ailenin varlığını daha fazla kabul ettikleri, bu durumun çocukların temel sağlık bakımından, hem sağlık bakım profesyonelleri hem de aile üyelerinin sorumlu olduğunu düşünmelerinden kaynaklandığı bildirilmektedir (Gold, 2006; Kuzin ve ark., 2007). Pediatrik Yoğun Bakım Birimi (PICU), ebeveynlerin stresini azaltmak için, çocuklarının yanlarında kalmalarını ve mümkün olduğunca bakıma katılmalarını önermektedir (Meyer ve ark., 1998). Literatürde, ebeveynler için en büyük stres kaynağının, özellikle invazif işlemler ve resüsitasyon sırasında çocuklarından ayrılma korkusu ile ilgili olduğu, genellikle çocuklarına uygulanan prosedürler sırasında onların yanlarında bulunmak ve bakıma katılmak istedikleri belirtilmektedir (McAlvin ve Carew-Lyons, 2014). Bununla birlikte, resüsitasyona tanıklık eden ebeveynlerin, tedavinin ilerleyişi hakkında cevaplanmamış sorularının olmadığı ve bu konuda daha anlayışlı bir tutum sergiledikleri vurgulanmaktadır (McGahey-Oakland ve ark., 2007; Maxton, 2008). Buna karşın resüsitasyona tanıklık etmemenin ebeveynlerin stres, belirsizlik ve çaresizliğini arttırdığı, sağlık profesyonellerine olan güvenlerini azalttığı belirtilmektedir (Maxton, 2008).

2.4.1. Aile Varlığında Resüsitasyonun Tarihsel Gelişimi

Aile varlığında resüsitasyon kavramının, ilk kez 1982 yılında Amerika'nın Michigan eyaletindeki Foote Hastanesi'nde, aile üyelerinin sevdikleri kişinin resüsitasyonu sırasında odadan ayrılmayı reddettikleri iki olay yaşanması üzerine ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bu doğrultuda, aile üyelerinin resüsitasyona planlı bir şekilde katılmalarına olanak sağlayan bir programın başlatılması konusunun tartışılmaya başlandığı belirtilmektedir (Doyle ve ark., 1987). Bu olayın ardından, Doyle ve arkadaşları 1985 yılında Foote Hastanesi'nin acil servisinde 55 aile üyesinin ve 21 sağlık bakım profesyonelinin katılmış olduğu bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bu araştırmanın bulguları, anket yapılan ailelerin %72'sinin resüsitasyon odasında olmayı tercih ettiklerini ve sağlık bakım profesyonellerinin %71'inin de aile varlığında resüsitasyon uygulamasını desteklediklerini ortaya çıkarmıştır.

Bununla birlikte, hastanenin Kardiyak İleri Yaşam Desteği Komitesi, resüsitasyonda aile varlığının söz konusu olduğu ve olmadığı, resüsitasyon olayları arasında hiçbir fark olmadığını belirlemiştir. Bu bulgular, resüsitasyon sırasında aile varlığının faydalarını ana hatlarıyla ortaya koyan araştırmaların temelini atmıştır (ENA, 2019). ABD'de 1980-1990 yılları arasında bu konuda yapılan araştırma sayısı oldukça sınırlıdır. Avrupa'da ise 1994 yılına kadar bu konu pek gündeme gelmemiştir. İngiltere'de ardi ardına yaşanan at yarışı kazalarından sonra yayınlanan bir makale, Avrupa'da bu konu ile ilgili tartışmaları başlatmıştır (Adams ve ark., 1994). Hanson ve Strawser'ın (1992) resüsitasyon sırasında aile varlığına yönelik olarak yapmış oldukları, dokuz yıllık bir araştırma sonrasında bu alandaki uygulamaları standartlaştırmaya yönelik prosedür ve politikalar geliştirilmiştir.

Dünyada saygın bir çok organizasyon resüsitasyon sırasında aile varlığını desteklemektedir (Strasen ve ark., 2016). Acil Hemşireleri Derneği (ENA) 1993 yılında resüsitasyon sırasında aile varlığını kabul eden ilk kurum olmuştur. Aynı zamanda ENA invaziv prosedürler ve resüsitasyon sırasında aile varlığı uygulaması hakkında disiplinler arası rehberler ve eğitim kaynakları yayınlamıştır. ENA'nın 1995 yılında hazırladığı eğitim programında, resüsitasyon sırasında ailenin sevdikleri kişinin yanında olmasının önemine dikkat çekilmiştir. ENA (2010), "Aileye yönelik yazılı politikalar olmadan, acil servis sağlık personeli, uygulamaları riske atıyor ve hastaları/aileleri

ihtiyaç duyduğu duygusal destekten mahrum bırakıyor olabilir” açıklamasını yapmıştır. ENA bu konuda birçok rehber yayınlamaya devam etmektedir.

Amerikan Kalp Birliği (AHA) 2000 yılında aile varlığında resüsitasyonun savunuculuğunu yapmıştır. Aynı zamanda aile üyelerinin resüsitasyon girişimleri sırasında bulunmalarına izin verilmesini tavsiye eden kılavuzlar yayınlamıştır (AHA, 2000; McClenathan ve ark., 2002). Hem Amerikan Kalp Derneği (AHA) hem de Acil Hemşireler Derneği (ENA), mevcut kanıtların aile varlığında resüsitasyonu desteklediğini ve bu uygulamanın yararlı olduğunu vurgulamıştır (Lippert ve 2010; Wolf, 2012; Neumar, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü de (WHO) (2003), resüsitasyonda invaziv prosedürlerin onayı için ailenin dâhil edilmesini ve iletişim sırasında kültürel faktörlerin göz önünde bulundurulmasını önermiştir. WHO 2012 ve 2016 yıllarında yenidoğan resüsitasyonu konusunda ek politikalar geliştirmiştir. Ancak, yenidoğan resüsitasyonunda aile varlığını önermemiştir. Avrupa Resüsitasyon Konseyi ise (ERC) kültürel ve sosyal farklılıklara duyarlı bir şekilde, hasta yakınlarına resüsitasyon girişiminde bulunma seçeneği sunulmasını desteklemektedir (Bossaert ve ark., 2015). Avrupa Resüsitasyon Konseyi 2005 yılında bu konuya ilişkin olarak yayınlamış olduğu rehberde;

- Pediatrik işlemlerde ve resüsitasyon girişimi sırasında ailenin bulunmasının bir seçenek olarak göz önünde bulundurulmasını,
- Resüsitasyon sırasındaki ortamın aile üzerinde olumsuz etki yapabileceği konusunda hasta yakınlarının bilgilendirilmesini,
- Aile resüsitasyon sırasında bulunmak istemezse bununla ilgili yazılı bir formun doldurulmasını,
- Resüsitasyon ekibinin güvenliğinin her zaman düşünülmesini,
- Hastanelerde aile tanıklı resüsitasyon uygulaması ile ilgili işlemlerin belirlenmesini ve hastane politikalarının gözden geçirilmesini,
- Aile tanıklı resüsitasyonu yapacak personele yönelik eğitimlerin düzenlenmesini önermiştir (ERC, 2005; Ersoy ve Yanturalı, 2006).

2006 yılında 18 ulusal örgüt, *Aile Varlığı Üzerine Ulusal Konsensüs Konferansı Raporunu* yayınlamak üzere toplanmıştır. Bu toplantıya katılan ve aile varlığını destekleyen örgütler Tablo 1’de sunulmuştur (ENA, 2019).

Tablo 1. Aile Varlığı Destekleyen Örgütler

Aile Varlığı Destekleyen Örgütler
Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ)
Ambulatuvar Pediatri Derneği (APA)
Amerikan Pediatri Akademisi (AAP)
Amerikan Acil Hekimleri Koleji (ACEP)
Amerikan Cerrahlar Koleji (ACS)
Amerikan Kalp Derneği (AHA)
Amerikan Pediatrik Cerrahi Derneği
Amerikan Travma Topluluğu (ATS)
Profesyonel Papazlar Derneği
Çocuk Yaşam Konseyi
Acil Hemşireleri Derneği (ENA)
Anne ve Çocuk Sağlığı Bürosu
Ulusal Çocuk Hastaneleri ve İlgili Kurumlar Birliği (NACHRI)
Ulusal Acil Tıp Teknisyenleri Birliği (NAEMT)
Ulusal Pediatrik Hemşire Uygulayıcıları Birliği (NAPNAP)
Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
Akademik Acil Tıp Topluluğu (SAEM)
ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı

Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği (AACN), Nisan 2010'da, resüsitasyon sırasında aile varlığı seçeneği sunulabilmesi için resüsitasyon ekibinin onaylanmış bir yazılı uygulama belgesine sahip olması gerektiğini belirtmiştir (Strasen ve ark., 2016). Günümüzde ise bazı toplum ve kuruluşların resüsitasyon sırasında aile varlığıyla ilgili uygulama rehberleri geliştirmeleri veya revize etmeleri, bu konunun önemle üzerinde durulduğuna işaret etmektedir (Gutysz-Wojnicka ve ark., 2018). Bu konuda yayınlanmış rehberlere karşın, aile üyelerinin resüsitasyon sırasında hastanın yanında olması hemşireler arasında tartışılmaya devam etmekte ve ailelere rutin bir seçenek olarak sunulamamaktadır (Carroll, 2014; Powers ve Candela, 2017).

Literatürde, aile varlığında resüsitasyon uygulamasının ülkeler arasında farklılık gösterdiği bildirilmektedir. Aile varlığında resüsitasyon uygulaması, Kanada'da (McClement ve ark., 2009), ABD'de (Tudor ve ark., 2014), Birleşik Krallık'ta (Grice ve ark., 2003) ve Avustralya'da (Chapman ve ark., 2013) önemli ölçüde kabul görmüştür. Ancak, İran (Kianmehr ve ark., 2010), Ürdün (Hayajneh, 2013), Almanya (Köberich ve

ark., 2010), İsrail (Wacht ve ark, 2010), Türkiye (Demir, 2008; Güneş ve Zaybak, 2009), Suudi Arabistan (Al- Mutair ve ark., 2012), Hong Kong (Leung ve Chow, 2012), Brezilya (Ferreira ve ark., 2018), İspanya (Enriquez ve ark., 2017) ve Singapur'da (Ong ve ark., 2007) personele yönelik potansiyel fiziksel zararlar nedeniyle klinik olarak hâlâ kabul görmemektedir.

2.4.2. Aile Varlığında Resüsitasyonun Yararları

Bu konudaki literatürde aile varlığında resüsitasyon uygulamasının aile üyeleri, hastalar ve sağlık bakım profesyonelleri açısından birçok yararının olduğu bildirilmektedir. Aile üyelerinin, resüsitasyon sırasında sevdiklerinin yanında bulunmalarının hastaya ve kendilerine yararlı olduğuna inandıkları vurgulanmaktadır (Pasquale ve ark., 2010). Aile varlığında resüsitasyon ailelere sevdikleri bireylerin yaşamlarının son anlarını paylaşabilmelerine fırsat sunar (De Robertis ve ark., 2017; ENA, 2019). Ailenin hem birbirine hem de hastaya destek vermesine olanak sağlar (Çolak ve Arslan, 2009). Ailenin çaresizlik duygusunu hafifletmesine yardımcı olur (De Robertis ve ark., 2017). Aile üyelerinin yakınlarına ne olduğu konusundaki endişelerini azaltır. Aynı zamanda hastanın durumu hakkında önemli klinik bilgilerin öğrenilmesini kolaylaştırır. Aile üyelerinin sevdiklerinin durumunun ciddiyetini anlamalarına yardımcı olur (AACN, 2016).

Jabre ve arkadaşları (2013) resüsitasyona tanıklık eden ve yakınlarını kaybeden ailelerle yaptığı araştırmada, resüsitasyona aktif katılımın aileler için pozitif ve koruyucu etkilere sahip olduğunu ve travmatik yas sürecine karşı koruduğunu bildirmiştir. Literatürde aile varlığında resüsitasyonun travma sonrası stres bozukluğu, depresyon gibi zararlı psikolojik etkilerinin olmadığı vurgulanmıştır (Jabre ve ark., 2013; Compton ve ark., 2011). McClenathan ve arkadaşlarının (2002) aile tanıklı resüsitasyon girişimi ile ilgili olarak hastalar üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, 60 yaşında miyokard infarktüsü geçiren bir hastanın, “CPR girişimi sırasında resüsitasyon odasında bulunan eşinin varlığını hissettiğini ve bunun yaşam savaşında kendisine güç verdiğini” belirttiğini saptamışlardır.

Literatürde aile varlığında resüsitasyonun sağlık bakım profesyonelleri yönündende yararlarının olduğu bildirilmiştir. Sağlık bakım profesyonelleri, resüsitasyon sırasında aile varlığının kendileri ile aile arasında iletişimi artırmak için önemli bir fırsat olduğunu ve girişimler gözönünde olduğu için gerçek zamanlı bir

eđitimi kolaylařtırdıđını dűřünmektedirler (Eichhorn ve ark., 2001; Mcmahon-Parkes ve ark., 2009). Aynı zamanda aile űyelerinin hastanın tıbbi űykűsű ile ilgili bilgi vermesine bađlı olarak hastaya dođru tedavinin yapılabilirdiđi bildirilmektedir (Chapman ve ark., 2013).

Holzhauser ve arkadaşları (2006) yapmış oldukları araştırmada, aile varlığında resűsıtasyonun personel ve aile arasındaki iletişimi kolaylaştırarak, aile űyelerinin durumla bařa çıkmalarına yardımcı olduğunu belirlemiştir. Bununla birlikte aile űyelerinin memnuniyetlerinin arttığını ve řikűyetlerinin azaldığını ortaya çıkarmışlardır. Bu konuda yapılan diğer bir araştırmada, aile varlığında resűsıtasyonunun sağlık bakım profesyonelleri ile aileler arasında gűven oluşturduğu ve bilgi gereksinimlerini yerine getirmelerine yardımcı olduğu belirtilmiştir (Leske ve ark., 2013). Aynı zamanda bu uygulamanın sağlık bakım profesyonellerine karşı dava açılma olasılığında azalttığı vurgulanmıştır (Tudor ve ark., 2014). Literatűr, resűsıtasyona katılan ailelerin, resűsıtasyon sonucu ne olursa olsun, daha iyi kararlar alabildiğini ve sağlık bakım profesyonelleri tarafından sağlanan bakımı daha iyi algılayabildiklerini desteklemektedir (Tudor ve ark., 2014 ; De Robertis ve ark., 2017).

2.4.3. Aile Varlıđında Resűsıtasyonun Riskleri

Aile varlıđında resűsıtasyonun yararlarının yanı sıra aile, hasta ve sađlık bakım profesyonelleri açısından risklerinin olduđu dűřűnűlmektedir. Bu konudaki literatűr incelendiđinde aile varlıđında resűsıtasyonun risklerini belirlemeye yűnelik birçok arařtırmanın yapıldıđı gűrűlmektedir (Compton ve ark., 2009; Al Mutair ve ark.,2012). Bu arařtırmalarda dava açılma riski, stres ve kaygı dűzeyinde artıř, travmatik tecrűbe, aile űyelerinin resűsıtasyona műdahale edebileceđi korkusu ve ailelerin sađlık bakım profesyonellerinin dikkatini dađıtma olasılıđı olmak űzere beř ana risk belirlenmiřtir (Porter ve ark., 2014).

Sađlık bakım profesyonelleri, aile űyelerinin resűsıtasyonda yapılan tıbbi hatalar, uygun olmayan yorumlar ve tedaviye iliřkin kararlar ile ilgili hata arayacaklarını, bu nedenle dava edilme risklerinin oldukça yűksek olduđunu dűřűnmektedirler (Badır ve Sepit, 2005; Cottle ve James, 2008; Porter ve ark., 2014). Sađlık alıřanları arasında aileler tarafından dava edilme korkusu en sık gűrűlen risk olmasına karřın literatűrde bu dűřűnceyi destekleyecek yeterli kanıt bulunmadıđı bildirilmektedir (Fulbrook, 2007; Madden ve Condon, 2007; Macy ve ark., 2016).

Marrone ve Fogg (2005), dışlanan ve bekleme bölgesinde tutulan hasta yakınlarının dava açma ihtimalinin daha yüksek olduğunu buna karşın ailelere doğru ve yeterli desteğin sağlanmasının yasal riskleri azaltabileceğini bildirmektedir. Resüsitasyon aile üyeleri için zorlu ve potansiyel olarak travmatik bir süreç olmasının yanı sıra sağlık bakım profesyonelleri için de fizyolojik ve psikolojik önemli bir stres kaynağıdır (Davies ve Perkins, 2013; Breach, 2018). McClenathan ve arkadaşları (2002), sağlık bakım profesyonellerinin dava açılmasına yönelik endişelerinin, resüsitasyon ekibinin stresinde artışa neden olabileceğini ve performanslarını etkileyebileceğini bildirmiştir.

Diğer yandan hasta yakınlarının saldırgan olabileceği ve resüsitasyon ekibine zarar verebileceği de belirtilmektedir (McClenathan ve ark., 2002; Knott ve Kee 2005). Meyers (2000), resüsitasyon sırasında odada bulunan aile üyelerinin, yıkıcı davranışlarda bulunmalarının, duygu kontrolünü kaybetmelerinin resüsitasyonu engellebileceğini, bu durumun aynı zamanda sağlık bakım profesyonellerinin hasta yerine aile üyesine odaklanılmasına neden olabileceğini bildirmiştir. Badır ve Sepit (2005) aile üyesinin varlığının, ekibin işine konsantre olmalarını engellediğini bu nedenle ekip üyelerinin stres düzeyinin arttığını ve performanslarının olumsuz yönde etkilendiğini bildirmiştir. Aynı zamanda bu konudaki literatürde, resüsitasyonda aile varlığının, resüsitasyon ekibi arasında çatışmalara yol açabileceği ve bu durumun performanslarını etkileyebileceği belirtilmiştir (Helmer ve ark., 2000; McClenathan ve ark., 2002).

Resüsitasyon sırasında aile varlığı, sağlık bakım profesyonellerinin kaygı düzeyini arttırabilmektedir (Gold, 2006; Holzhauser ve Finucane, 2007; Madden ve Condon, 2007). Fernandez ve arkadaşları (2009) resüsitasyonda aile varlığının kritik olayların zamanını, CPR'ı başlatmayı, hastayı entübe etmeyi ve hastanın yaşamının sonlandığını bildirmeyi etkilemediğini, buna karşın hastaya yapılacak olan defibrilasyon ve şok uygulamasını etkileyebileceğini bildirmiştir. Bununla birlikte resüsitasyonda aile varlığının hastanın hayatta kalma durumunu etkilemediği belirtilmiştir (Kleinman ve ark., 2015).

Sağlık bakım profesyonelleri, aile üyelerinin resüsitasyon sırasında bulunmasına izin verilmesinin aileler için aşırı travmatik bir deneyim olduğuna ve duygusal sıkıntıya neden olabileceğine inanmaktadır (Holzhauser ve Finucane, 2007; Ong ve ark., 2007; Al Mutair ve ark., 2012). Resüsitasyon hastada kosta ve sternum

kırıkları gibi önemli fiziksel travmalar ile sonuçlanabilmektedir (Breach, 2018). Sağlık bakım profesyonelleri, bu gibi durumlarda aile üyelerinin resüsitasyon odasında bulunmasının sevdiklerinin son hatırasına zarar vereceğini düşünmektedir (Holzhauser ve ark. 2006; McMahon-Parkes ve ark. 2009; Breach, 2018). Ayrıca ailenin başarısız resüsitasyon girişimlerine tanık olmasının, travma sonrası stres bozukluğu riskini artırabileceğine inanılmaktadır (Compton ve ark., 2009). Aile üyelerinin sevdiklerinin resüsitasyonuna tanık olmalarına izin verilmesinin, hastaların gizlilik hakkı ve mahremiyetini ihlal edebileceği belirtilmektedir (Eichhorn ve ark., 2000; Fulbrook, 2007). Diğer yandan Boucher'ın aktardığı üzere Schilling (1994), bilinçsiz hastaların gizlilik hakkına sahip olduğunu ve doktorların bilinçsiz hastaların kendi rızalarına tanıklık eden akrabalarına onay vereceğini düşünmemeleri gerektiğini savunmaktadır (Boucher, 2010).

2.4.4. Aile Varlığında Resüsitasyon Uygulamasındaki Engeller

Aile varlığında resüsitasyon uygulamasındaki engeller; aile, hasta ve sağlık bakım profesyonellerinin aile varlığına yönelik olumsuz tutum ve davranışları, sağlık kurumlarının sahip oldukları imkan ile bakım politikalarının yetersizliği olarak bildirilmiştir (Oman ve Duran, 2010; Tudor ve ark., 2014; Johnson, 2017; Sak-Dankosky ve ark., 2018). Aile varlığında resüsitasyon uygulaması ile ilgili olarak sağlık bakım profesyonelleri kaynaklı birçok engel bulunmaktadır (Fernandes ve ark., 2014; Porter ve ark., 2014; Sak-Dankosky ve ark., 2014; Johnson, 2017). Genellikle sağlık bakım profesyonellerinin, aile üyelerinin duygusal olacağı, davranışsal tepkilerinin yıkıcı olacağı, ailelerin fiziksel veya sözlü şiddete bulunacağı, ailelerinin acil bakım uygulaması sırasında dikkatlerini dağıtacağı ve bakımın kesintiye uğrayacağı ile ilgili endişeleri bulunmaktadır (Demir, 2008; Oman ve Duran, 2010; Hung ve Pang, 2011). Sağlık bakım profesyonellerinin hissetmiş olduğu bu korku, endişe ve kaygı durumu aile varlığında resüsitasyon uygulaması ile ilgili en büyük engeller olarak bildirilmiştir (Sak-Dankosky ve ark., 2014; Johnson, 2017). Bununla birlikte, sağlık bakım profesyonelleri arasında resüsitasyon sırasında aile varlığının uygulanması ve desteklenmesi konusunda fikir ayrılıkları bulunduğu da belirtilmektedir (Hung ve Pang, 2011; Tudor ve ark., 2014). Bu doğrultuda Al- Mutair (2012) aile varlığının uygulanmasında ve desteklenmesinde hemşirelerin sahip olduğu kültürel değerleri ve inançları önemli bir engel olarak tanımlamıştır.

Hung ve Pang (2011) aile kaynaklı engelleri; aile üyelerinin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaması, aile varlığını seçenek olarak görmemeleri, kendilerinin resüsitasyon odasında olmalarının riskli olabileceğini düşünmeleri, bu konuda deneyim sahibi olmamaları, ailelerin kültürel ve dini inançlarındaki farklılıklar olarak sıralamışlardır. Johnson (2017) ise aile kaynaklı engelleri, kurumsal destek eksikliği, aile destek görevlisi belirleyebilmek için yeterli insan gücünün olmaması, başa çıkma stratejileri ile ilgili kısıtlamalar ve sağlık bakım profesyonellerinin duyarsızlaşması olarak ifade etmiştir.

Sağlık kurumlarının aile varlığını destekleyen sağlık bakım politikalarının olmaması ve bu konuya yönelik yasal düzenlemelerin yapılmaması, sağlık bakım profesyonellerinin tutum ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Oman ve Duran, 2010; Tudor ve ark., 2014; Breach, 2018). Bununla birlikte resüsitasyon uygulamasının sıklıkla yapıldığı ünitelerden biri olan acil servislerin, aşırı kalabalık ve yoğun olması, acil servislerde hasta / aile ve sağlık bakım profesyonelleri arasında bir iletişim geçmişinin olmaması, hastaların genellikle ailesi olmadan ambulans ile başvurması ve resüsitasyon odasında uygun yerin bulunmaması aile varlığında resüsitasyon uygulamasını engellediği bildirilmektedir (ERC, 2005).

2.4.5. Sağlık Bakım Profesyonelleri, Aile Üyeleri ve Hastaların Aile Varlığında Resüsitasyona Bakış Açısı

Sağlık Bakım Profesyonellerinin Bakış Açısı

Sağlık bakım profesyonellerinin aile varlığına yönelik tutum ve davranışları, aile üyelerinin resüsitasyon odasında kalma veya ayrılma kararını önemli derecede etkileyebilmektedir (Demir, 2008; Al Mutair ve ark., 2012). Aile varlığında resüsitasyonun yararları ile ilgili güçlü kanıtlar olmasına karşın, bu uygulama sağlık bakım profesyonelleri arasında tartışılmaya devam etmektedir (Sak-Dankosky ve ark., 2017). Çünkü dünyanın farklı bölgelerinde bu konuda yapılan çalışmalar, sağlık bakım profesyonellerinin tutumlarının kültürel olarak belirgin farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır (Ong ve ark., 2004; Yanturalı ve ark., 2005; Colbert ve Adler, 2013).

Resüsitasyonda aile varlığı konusu ile ilgili olarak sağlık bakım profesyonelleri arasında görüş farklılıkları bulunmaktadır (McClenathan ve ark., 2002; Fulbrook, 2005, Duran ve ark 2007). Hemşirelerle karşılaştırıldığında genel olarak doktorların, aile

varlığında resüsitasyonu destekleme konusunda hemşirelere göre daha isteksiz davrandıkları bildirilmektedir (Demir, 2008; Leung ve Chow, 2012; Oczkowski, 2015). Aile varlığında resüsitasyon uygulamasını acil servis ve çocuk doktorlarının büyük çoğunluğu desteklemesine karşın, diğer branş doktorları ve anestezi uzmanlarının bu konuda olumsuz tutum sergiledikleri belirtilmektedir (Critchell ve Marik, 2007).

Sağlık bakım profesyonellerinin birçoğu, aile varlığında resüsitasyonun; ailelerde psikolojik travmaya neden olacağını, ailelerin duygu kontrolünü kaybederek bakımı engelleyeceğini ve bu durumda sağlık ekibininin hastaya değil aile üyesine odaklanılmasına neden olacağını düşünmektedir (Ellison 2003; Demir, 2008; Yanturalı ve ark. 2005; Howlett ve ark. 2010; Tudor, 2014; ENA, 2019). Sağlık bakım profesyonelleri genellikle, aile üyelerinin resüsitasyon sürecine müdahale etmelerinden, resüsitasyonun sonlandırılmasını zorlaştırmalarından, streslerini arttırmalarından ve ekibin performansı düşürmelerinden endişe duymaktadır (Meyers ve ark., 2004; Ong ve ark. 2004; Badır ve Sepit 2007; Mian ve ark. 2007; Tudor ve ark., 2014; ENA, 2019).

Sağlık bakım profesyonelleri, resüsitasyon konusunda hiçbir bilgisi olmayan aile üyelerinin, onlara bir sağlık profesyoneli eşlik etmediğinde ve açıklama yapmadığında resüsitasyon uygulamasını anlayamayacaklarını düşünmektedir. Bu nedenle aileye destek olacak ve onları bilgilendirecek eğitimli sağlık profesyoneli ile bu konuda yazılı prosedürlerin oluşturulması gerektiği belirtilmektedir. Aynı zamanda, aile üyelerine resüsitasyon uygulamalarına katılma seçeneği sunan yazılı bir politikanın oluşturulması gerektiğide bildirilmektedir (Al Mutair ve ark., 2012). Literatürde, bazı hemşirelerin aile varlığında resüsitasyon uygulamasının, aile üyelerini rahatlatma, duygusal ve ruhsal destek sağlama rollerini yerine getirebilecekleri bir ortam oluşturduğunu, ailelere bilgi vermek ve açıklamalar yapmak için fırsat sunduğunu düşündükleri vurgulanmıştır (Booth ve ark., 2004; Boucher, 2010; Breach, 2018).

Bazı hemşirelere göre aile varlığında resüsitasyon uygulaması ailenin ve hastanın fiziksel ve duygusal ihtiyacı olmakla birlikte hemşirelik uygulamalarının ve ruhsal bakımın bir parçasıdır (Thacker ve Long, 2010). Bu konudaki bazı çalışmalarda, hemşirenin hasta savunucusu rolüne karşın, resüsitasyon sırasında ailenin var olma seçeneğini desteklemedikleri bildirilmiştir (McClenathan ve ark., 2002; Goodenough ve Brysiewicz, 2003; Ong ve ark., 2004). Rol farklılıkları, çalışılan klinik birim ve

yaşanılan deneyimler sağlık bakım profesyonellerinin aile varlığında resüsitasyon uygulamasını destekleme düzeylerini etkilemektedir (Duran ve ark., 2007).

Mian ve ark. (2007), resüsitasyon hakkında sınırlı deneyimlere sahip olan, beş yıldan daha az süredir acilde çalışan ve 40 yaşın altı olan hemşirelerin, aile tanıklı resüsitasyon hakkında olumsuz düşüncüklerini saptamıştır. Acil servis ve yoğun bakımda çalışan sağlık bakım profesyonellerinden bazıları, aile varlığında resüsitasyonun, kendi stres düzeylerini yükseltebileceğini, gizliliklerini tehlikeye düşürebileceğini ve odanın kalabalıklaşmasına neden olabileceğini ifade etmektedir (Waldemar ve Thylen, 2019).

Tudor ve arkadaşları (2014), hemşirelerin ileri kardiyak yaşam desteği eğitimi almalarının, on veya daha fazla resüsitasyona katılmalarının, uzmanlık sertifikası almış olmalarının, mesleki kuruluşlara üye olmalarının hemşirelerin özgüvenlerini önemli ölçüde yükselttiğini belirtmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin özgüvenleri ile aile varlığının algılanan yararları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. García-Martínez ve Meseguer-Liza (2018), daha önce aile varlığında resüsitasyona fırsat veren hemşirelerin tutumlarının, bu uygulamaya fırsat vermeyen hemşirelerin tutumlarından farklı olduğunu, bu konuda olumlu düşünen hemşirelerin aileleri resüsitasyona davet etme konusunda daha istekli olduklarını bildirmiştir.

Aile Üyelerinin Bakış Açısı

Aile üyelerinin yaşanılan kritik olay karşında sevdiklerini yalnız bırakmamak ve yanında olmak eğilimleri oldukça yüksektir (Boucher, 2010). Bu nedenle aile üyelerinin çoğu, sevdiklerinin resüsitasyonu sırasında hazır bulunma haklarının olduğunu ve bunun doğal insani bir hak olduğunu düşünmektedir (Meyers ve ark., 2004; Holzhauser ve ark., 2006; Çelik ve ark., 2013; AACN, 2016). Aile üyeleri hastalarının yanında var olma hakkının, hem kendileri hem de hastaları için önemli ve yararlı olduğunu bildirmişlerdir (Davidson ve ark., 2007; Boucher, 2010; Leske ve ark., 2013). Aile üyeleri genellikle resüsitasyon sürecine aktif bir şekilde dâhil olmak, CPR sırasında hastayı desteklemek ve resüsitasyon ekibinin çabalarına tanıklık etmek amacıyla resüsitasyon sırasında hastalarının yanında bulunmayı tercih etmektedir (De Stefano ve ark., 2016).

Aile üyeleri, aile varlığında resüsitasyonun “çaresizliklerini azalttığını” ve “ızdıraplarını en aza indirdiğini ” ifade etmektedir (Meyers ve ark., 2004). Bununla

birlikte aileler yakınlarının son anlarında hoşçakal demek için sevdiklerinin yanında olmanın onlar için önemli manevi bir deneyim olduğunu bildirmektedir (Meyers ve ark., 2004). Aile üyelerinin birçoğu, sevdiklerinin resüsitasyonu sırasında hazır buldukları için sağlık profesyonellerine minnettar olduklarını, varlıklarının hastalarının iyileşmesinde yararlı olduğunu hissettiklerini ve yakınlarını destekledikleri için mutlu olduklarını belirtmişlerdir (Holzhauser ve ark., 2006).

Nitekim Hampe (1974), aile üyelerinin sevdikleri ile birlikte olmak, onların acı içinde olmadığından emin olmak ve koşulları hakkında bilgi sahibi olmak üzere üç temel ihtiyacının olduğunu bildirmektedir. Bu nedenle, aile üyeleri resüsitasyon sırasında hastalardan ayrılmayı tercih etmezler (Boucher, 2010). Axelsson ve Zettergrem (2005) aile üyelerinin resüsitasyon odasında buldukları sırada sevdikleri kişinin yaşamı sonlandığında ölümü daha kolay kabul edebildiklerini belirtmektedir.

Diğer yandan ailelerin resüsitasyon sırasında sevdiği kişinin yanında olmak istememelerinin farklı nedenleri olabileceği bildirilmiştir. Genel olarak aile üyelerinin birçoğunun, resüsitasyonu aşırı derecede travmatize edici bir olay olarak algıladıkları belirtilmektedir (Boucher, 2010). Aile üyeleri resüsitasyon sırasında bir dizi karmaşık duygular yaşamaktadır. Resüsitasyon sırasında bir yandan korku ve acı yaşarken diğer yandan sevdikleriyle birlikte kalma veya ayrılmama kararıyla mücadele etmeye çalışmaktadır. Aynı zamanda bazı aile üyeleri sevdikleri bireyin gözlerinin önünde yaşamının sonlanmasından korktuklarını ifade etmektedir (Wagner, 2004).

Agard (2008), ailelerin birçoğunun, yaşamının son anlarında sevdikleri kişinin yanında bulunmazlarsa, başarısız olacaklarını düşündüklerini bildirmiştir. Aile üyelerinin kaygı yaşadıkları diğer bir alan ise tedavi süreci hakkında yeterince bilgi sahibi olmamalarıdır (Sak-Dankosky ve ark., 2018). Aile üyeleri, sağlık bakım profesyonellerinin sevdikleriyle ilgili bilgileri kendilerinden saklamalarından korkmaktadır (Leske, 1991). Resüsitasyona tanıklık eden aileler, resüsitasyon sırasında bilgi verilmediğinde kendilerini terk edilmiş hissettiklerini bildirmektedir (Sak-Dankosky ve ark., 2018). Ailelerin bir diğer korkusu da resüsitasyon odasında bulunmalarının sağlık çalışanlarının çalışma düzenini etkileyebilme olasılığının olmasıdır (Robinson ve ark., 1998; Benjamin ve ark., 2004). Aileler, aile varlığı destek personelinin hasta aileleriyle nasıl başa çıkılacağı konusundaki yeterli bilgiye sahip olmamasının kendilerini güvensiz hissetmelerine neden olduğunu bildirmektedir. Aynı

zamanda bazı ailelerde kendilerini sağlık profesyonelleri için bir yük olarak görmektedir (Sak-Dankosky ve ark., 2018).

Rosencweig (1998), resüsitasyona katılan aileler üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada, aile üyelerinin %64'ünün “yaşamı sonlanmakta olan bireyin aile üyelerinin varlığını hissettiklerini ve duyabildiklerini”, aile üyelerinin son anlarında yanında olup “güle güle ve seni seviyorum deme fırsatı yakaladıklarını” saptamıştır. Literatüre göre, bu deneyimi yaşamış olan ailelerin %94'ü aynı durumun tekrarlanması durumunda resüsitasyonda bulunmak istediklerini bildirmişlerdir. Aynı zamanda ailelerin, hastalarının aldıkları bakım hakkında bilgi sahibi olmalarının hastalarının konforunu arttırmada onlara yardımcı olduğunu düşündükleri belirlenmiştir (ERC, 2005; ENA, 2019). Birçok kişi yakınlarının resüsitasyonu sırasında onun yanında olmalarından, sevdikleri kişinin hoşnut olacağını düşündüklerini bildirilmektedir (Tudor ve ark., 2014). Ailenin sahip olduğu kültür ve din, onların resüsitasyonda aile varlığına ilişkin bakış açılarını etkileyebilir. Bazı Müslüman aileler resüsitasyona katılmayı “ahiret hayatına” giden yakının son nefesinde yanında olmak ve ona dua etmek olarak değerlendirebilir (Al-Mutair ve ark., 2012).

Hastanın bakış açısı

Hasta onurunu, rahatlığını ve özerkliğini ön planda tutan etkili bir bakım sunabilmek için, hasta bireylerin aile varlığında resüsitasyona ilişkin bakış açısını ve isteklerini bilmek önemlidir (İşler ve Conk, 2006). Resüsitasyon sonrası sadece hastaların %10 ile %18'inin hayata geri dönebildiği bildirilmektedir (Madden ve Condol, 2007). Hastaların sağkalım oranlarının düşük olmasına bağlı olarak bu deneyimi yaşamış hastaların aile varlığında resüsitasyon konusundaki görüşlerini değerlendiren araştırma sayısı oldukça sınırlıdır (Maclean ve ark., 2003; Lederman ve Macht, 2014).

Genellikle hastalar, yakınları için travmatik bir deneyim olsa da sevdiklerinin yanlarında olmasını istediklerini belirtmişlerdir (Deniz ve Çolak, 2009; Wolf ve ark., 2012). Deniz ve Çolak'ın (2009), acil servise başvuran hastaların resüsitasyon sırasında bir yakınının yanında bulunmasını isteme durumunu değerlendirdikleri bir çalışmada, hastaların görüşlerinin farklılık gösterdiğini, yakınlarının kendilerine manevi güç, destek, moral vereceğini düşünen hastaların yanısıra; büyük çoğunluğunun “yakınlarının üzülp, dayanamayacağını, unutamayacağı kötü bir deneyim olacağını”

düşündüklerini saptamıştır. Mortelmans ve ark. (2009), yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylerin %72'sinin resüsitasyon sırasında bir akrabasının hazır bulunmasını istediğini, hasta bireylerin %35'inin resüsitasyon sırasında yalnızca yakın akrabalarının olmasını tercih ettiğini, yakınlarının ruhsal acıları nedeniyle sağlık profesyonellerinin uygulamalarına müdahale edebileceklerinden korktuklarını belirlemiştir.

Hasta odaklı çalışmalarda hasta bireylerin, aile varlığında resüsitasyon uygulaması için olumlu bir görüş sergiledikleri ve bunun bir seçenek olarak aile üyelerine sunulması gerektiğine inandıkları belirtilmiştir (Eichhorn ve ark., 2001; Duran ve ark., 2007; Albarran ve ark., 2009). Resüsitasyon sırasında hastalar, ara sıra bilinçlerinin yerine gelebileceğini ve bu süreçte sevdiklerinin varlığını hissedebileceklerini bildirmektedir (Boucher, 2010). Ayrıca hastaların, aile varlığında resüsitasyonun cesaret aşılıyarak ve destek vererek hayatta kalmalarını etkileme potansiyeline sahip olduğuna inandıkları ortaya çıkarılmıştır (McMahon-Parkes ve ark., 2009).

Hastalar, ailelerin resüsitasyonda aile varlığı uygulaması için karar vermeleri gerektiğini, hastanın yanında olma kararını vermeleri durumunda ise ailelere engel olunmamasını önermektedirler (McMahon-Parkes ve ark., 2009). Hastalar, resüsitasyonda aile varlığının hastanın bir hakkı olduğunu kabul etmektedir. Aile varlığı, hasta bireylere rahatlık, sevilme ve desteklenme duygusu vermekte ve hastaların ailelerine bağlı kalmasına yardımcı olmaktadır (Eichhorn ve ark., 2001). Aynı zamanda aile varlığında resüsitasyonun, hastaların stresle başa çıkmasını kolaylaştırdığı, yanlış anlamaları önlediği ve endişeyi azalttığı bildirilmiştir (McMahon-Parkes ve ark., 2009). Hastalar ailenin odada bulunması ile ilgili tercihlerinin hastaneye kabul sırasında sorulmasının oldukça önemli olduğunu düşünmektedir (Grice ve ark., 2003). Bu konudaki literatür incelendiğinde pediatrik hastaların tamamına yakınında, invaziv prosedür sırasında ailelerinin yanlarında bulunmasını tercih ettikleri saptanmıştır (Oczkowski, 2015; De Robertis, 2017).

2.4.6. Aile Varlığında Resüsitasyonda Etik Konular

İnsan yaşamının ve yaşam içindeki anların son derece değerli olduğunun hissedildiği resüsitasyon uygulamalarında, aileleri resüsitasyonun dışında tutma kararı bazı önemli etik konuları beraberinde getirmektedir (Gönenç, 2015; Oczkowski ve Fox-Robichaud, 2015). Sağlık bakım profesyonelleri davranışlarını “zarar vermeme” ve

“yararlı olma” evrensel etik ilkeler doğrultusunda gerçekleştirmelidir. Aile varlığında resüsitasyon uygulaması sırasında “özerklik ve adalet” gibi evrensel etik ilkelere dikkat edilmelidir (Erkekol ve ark., 2002; Gönenç, 2015).

Yararlı olmak ilkesi: Bu ilke sağlık bakım profesyonellerini mümkün olduğunca iyiyi yapmaya ve en üst düzeyde yararlı olmaya yönlendirmektedir. Sağlık bakım profesyonelleri resüsitasyonda yarar ve riskleri dengeleyerek karar vermelidir (Baskett ve ark., 2005). Bununla birlikte sağlık bakım profesyonellerinin amacı, hasta ve aileler için mümkün olan en iyi şeyi yapmak olmalıdır. Yararlı olma ilkesi hastanın zarar görmemesi durumunda aile varlığının desteklenmesi gerektiğini ifade eder (Oczkowski ve Fox-Robichaud, 2015). Bazı etikçiler, hastaların resüsitasyon sonrasında hayatta kalma şanslarının oldukça düşük olacağını bu nedenle aile üyelerinin resüsitasyon sırasında bulunmasına öncelik verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Aynı zamanda bu yararlı uygulama aile merkezli bakımın özünü oluşturmaktadır (Wagner, 2010; Oczkowski ve Fox-Robichaud, 2015).

Zarar vermemek ilkesi: Aile varlığında resüsitasyonda ön koşul hastanın zarar görmemesidir. Resüsitasyon uygulaması aile üyeleri istediği için erken sonlandırılmamalıdır. Aynı zamanda aile istediği için yaşam süresi ve yaşama kalitesine etki etmeyecek bir resüsitasyon hastaya başlatılmamalıdır. Yıkıcı davranışta bulunan ve zararlı olacağı düşünülen hasta yakınları sevdiklerinin son anlarında yanında olmak isteselerde resüsitasyon odasına alınmamalıdır (Baskett ve ark., 2005; Oczkowski ve Fox-Robichaud, 2015). Bununla birlikte hasta yakınlarının sevdiklerinin canlandırılmasına tanık olmalarına izin verilmesinin hastaların gizlilik hakkını ihlal edebileceği düşünülmektedir (De Robertis ve ark., 2017).

Otonomi ilkesi (Özerklik): Bu ilke hastanın kendisi hakkında karar verebilmesini kapsar. Bu nedenle hasta ve aileleri kendileri ile ilgili konularda mümkün olduğunca özerkliğe sahip olmalıdır (Yokuşoğlu ve ark., 2008). Canlandırma girişimleri sırasında ailenin varlığı, hem hastanın hem de akrabaların özerkliğine katkıda bulunacaktır (Lederman, 2016). Ölüm son derece dokunaklı kişisel yaşam olaylarıdır. Bir aile üyesi, ölümden önceki son birkaç dakika içinde sevdiklerini görmek isterse, bu hakkının sağlık bakım profesyonelleri tarafından reddedilmesi otonomi ilkesine aykırıdır (De Robertis ve ark., 2017).

Aynı zamanda yakınları tarafından sevilmeyen bir hastanın yaşamının sonlanmasına izin vermek, resüsitasyonun başlamasını geciktirmek veya erken sonlandırmak da otonomi ilkesine aykırı diğer durumlardır (Oczkowski ve Fox-Robichaud, 2015). Kanıtlar her ne kadar aile varlığında resüsitasyonun aile için faydalı olduğuna işaret etsede travmatik bir deneyim olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle potansiyel risk ve faydaların olduğu bildirilen tıbbi müdahalelerde olduğu gibi, olaylardan etkilenen aile üyelerinin özerkliğinde saygı duyulmalıdır (Tsai, 2002). Sağlık profesyonelleri aile varlığında resüsitasyonu teklif edilebilir. Ancak hiçbir zaman aile üyeleri bu konuda zorlanılmamalıdır. Hastanın hayattayken aile varlığında resüsitasyon ile ilgili herhangi bir isteği varsa onun isteğine saygı duyulmalıdır (Oczkowski ve Fox-Robichaud, 2015).

Adaletli davranmak ilkesi: Adalet ilkesi aile varlığında resüsitasyon gibi uygulamalara her bireyin eşit erişimi için çaba göstermemiz gerektiğine işaret etmektedir. Genellikle sağlık bakım profesyonelleri stres ve dava edilme riski nedeniyle sadece istekte bulunan aile üyelerini almaktadır. Ancak yapılan araştırmalar aile varlığında resüsitasyonun sağlık çalışanları açısından oluşturduğu yasal risklerin son derece düşük olduğunu göstermektedir (Fulbrook ve ark., 2007). Sağlık bakım profesyonelleri bu uygulamanın rutin bir uygulama haline gelmesini ve her bireyin eşit haklardan yararlanmasını desteklemelidir (Oczkowski ve Fox-Robichaud, 2015).

Ülkemizde sağlık bakım profesyonelleri genellikle resüsitasyon sırasında olayları yönlendirerek paternalist bir yaklaşım sergilemektedir. Bu paternalist yaklaşım gelişmiş ülkelerde ciddi eleştirilere maruz kalmakta ve yavaş yavaş yerini hasta ve yakınlarının katılımını içeren etik yaklaşımlara bırakmaktadır (Yokuşoğlu ve ark., 2008). Aile varlığında resüsitasyon konusu birçok uluslararası kurum ve dernek tarafından önerilmesine karşın hukuki açıdan bu konuda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle ülkemizde ve dünyada sağlık bakım profesyonelleri aile varlığında resüsitasyon konusunda etik açıdan ne yapacağına karar verememekte ve etik ikilem yaşamaktadır (Asdemir, 2016). Bu konuda yasal düzenlemenin ve hastane protokollerinin olmaması, verilen kararın resüsitasyon ekibinin ortak değerlendirmesiyle alınmaması, hekimlerin karar alıcı, sağlık bakım profesyonellerinin uygulayıcı rolde olması, sağlık bakım profesyonellerinin etik ikilemde kalmasına neden olabilmektedir (Yokuşoğlu ve ark., 2008).

2.4.7. Aile Varlığında Resüsitasyonda Aile Merkezli Bakım Modeli

Hasta aileleri acil ve krik durumlarda, bilinçsiz veya iletişim kurulamayan, kendi kararını kendi veremeyen hastalarının rollerini üstlenmektedir. Aileler sadece hastalara hayati destek sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda hastaların “sesi” haline gelebilmektedir (Mitchell, 2009). Aile tanıklı resüsitasyon uygulamasında Aile Merkezli Bakım Modeli oldukça önemlidir (Twibell ve ark., 2008). Aile üyesinin varlığı aile merkezli bakımın önemli bir yönüdür (Dudley ve ark., 2015). Aile merkezli bakım modeli; sağlık ve iyilik halinin sağlanmasında ailelerin önemli bir rolü olduğunu kabul eden bir bakım felsefesidir. Aile merkezli bakım modeli, hasta, aile ve sağlık bakım profesyonelleri arasında karşılıklı yarar sağlayan ve sağlık bakım hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarında ailenin katılımını destekleyen yenilikçi bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte bu bakım modeli her yaştan birey için, tüm sağlık hizmeti alanlarında geçerli bir modeldir (Brown ve ark., 2008; Mitchell, 2009; Öztürk ve Ayar, 2014).

Ailelerin bakıma katılımının desteklenmesi, aile ile işbirliği yapılması, ailenin bilgilendirilmesi, hastalık ve tedaviye bağlı sorunların azaltılarak aile ve çocuğunun konfor düzeyinin yükseltilmesi, bakım ve yaşam kalitesinin artırılması aile merkezli bakım modelinin amacıdır (Günay ve Polat, 2017). Nitekim aile üyelerinin hastalarının bakımına yardımcı olmasının, ailelerin bazı duygusal ihtiyaçlarını karşıladığı bildirilmektedir (Mitchell, 2009). Aile merkezli bakım, ailenin ayrılmaz rolünü tanıyan, hasta, aile ve sağlık profesyonelleri arasında karşılıklı işbirliğini teşvik eden, hastane ortamında ailelerin ve hastaların gereksinimlerini ve beklentilerini en iyi şekilde karşılayan bir bakım yaklaşımıdır (Cooper ve ark., 2007; Brown ve ark., 2008; Boztepe ve Çavuşoğlu, 2009).

Aile merkezli bakım modeli onur ve saygı, bilgi paylaşımı, ailenin bakımda yer alması ve aile ile işbirliği olmak üzere dört temel kavramdan oluşmaktadır. Sağlık bakım profesyonelleri ailelerin inançları ve kültürel değerlerinden kaynaklanan tercihlerine ve görüşlerine saygı duymalıdır. Aynı zamanda bunları sunulan bakıma entegre etmelidir. Sağlık bakım profesyonelleri hastaları ile ilgili bilgileri ve gelişmeleri aileler ile düzenli olarak tam, doğru ve ön yargısız olarak paylaşmalıdır. Aileler kendi seçimleri ve istekleri doğrultusunda hastalarının bakımında yer almaya ve onlarla ilgili karar vermeye cesaretlendirilmelidir. Aileler bakım ile ilgili programların

geliştirilmesinde kurumun tasarımında ve profesyonellerin eğitiminde sağlık çalışanları ile iş birliği içerisinde olmalıdır (Brown ve ark., 2008; Erdev, 2009). Aile merkezli bakım modeli, her hasta ve ailesinin bakımın bir parçası olduğunu ve ailenin hastanın hayatında önemli bir yeri olduğunu kabul eder. Hasta ve aile, hastanın tıbbi bakımında kilit karar vericilerdir (AAP, 2006; Yavaş Çelik, 2018). Aile merkezli bakımın uygulamasında genel ilkeler;

- Her hastaya ve aileye saygı duymak,
- Etnik, etik, kültürel ve sosyo-ekonomik farklılıklara duyarlı olmak, bu farklılıkların ailenin deneyimi ve bakım anlayışı üzerindeki etkisini belirlemek,
- Zor ve destek gerektiren durumlarda her bireyin ve ailenin güçlü yanlarını tanımak ve onları cesaretlendirmek,
- Bakım ve destek yaklaşımlarıyla, hasta birey ve ailesinin seçimini desteklemek ve onlara yol göstermek,
- Ailelerle her zaman doğru ve tarafsız bir şekilde bilgileri paylaşmak,
- Sağlık bakım politikaları, yöntemleri ve uygulamaları yaşama geçirerek, bu hizmetlerin her çocuğun ve ailenin kültürel değerlerine, inançlarına ve gereksinimlerine uyarlanabilirliğini sağlamak,
- Çocuğa ve aileye bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde resmi veya gayri resmi destek sunmak,
- Her bireye ve ailesine kendi güçlerini keşfetme, güven inşa etme ve sağlığıyla ilgili seçim ve kararlar alma yetkisi vermek,
- Ailenin, çocuğun bakımında, eğitiminde, plan ve program geliştirmesinde sağlığın bütün alanları ile işbirliği yapmasını sağlamaktır (Yavaş Çelik, 2018).

Literatürde hasta ve aile merkezli bakımın aile varlığında resüsitasyon için en iyi uygulama olduğu bildirilmiştir (Twibell, 2008). Hasta ve aile merkezli bakım, ailenin tıbbi bakımdaki rolünü tanıyan holistik bir bakım yaklaşım modelidir. Ebeveynlerin ve çocukların gereksinimlerini en üst düzeyde karşılayan bakım yaklaşımıdır. Aile merkezli bakımın başarı ile yürütülebilmesi için sağlık bakım profesyonellerinin hasta ve aile ile işbirliği becerisine sahip olması önemlidir (Cooper ve ark., 2007; Öztürk ve Ayar, 2014). Aile merkezli bakım modelinin uygulamasında sağlık bakım profesyonelleri ve aileler arasındaki iletişim ve etkileşimi arttırmak

amacıyla LEARN Modeli ve Karşılıklı Katılımlı Hemşirelik Modeli olmak üzere iki model kullanılmaktadır.

LEARN Modeli: Berlin ve Fowkes (1983) tarafından geliştirilen, hemşireler ve aileler arasındaki iletişimi güçlendirmede kullanılan bir modeldir.

L dinleme (Listening): Sempati ile dinlenilmesi ve ailenin problemi nasıl algıladığının anlaşılmasına çalışılması.

E açıklama (Explaining): Sağlık bakım profesyonellerinin problemi nasıl algıladığını açıklaması.

A bilgilendirme (Acknowledging): Ailelerle farklılıkların ve benzerliklerin tartışılması, uyum sağlanan alanlar ile olası çalışma alanlarının belirlenmesi.

R tavsiye etme (Recommending): Aileye tedavi planı veya bakım planının tavsiye edilmesi.

N uzlaşma (Negotiating): Önerilen tedavi planı veya bakım planına ilişkin hastanın kültürel normlarını ve yaşam biçimini düşünerek birlikte uzlaşmaya varılması.

Karşılıklı Katılımlı Hemşirelik Modeli: Aile merkezli bakım modelini uygulamada, sağlık bakım profesyonelleri ve aileler arasındaki etkileşimi güçlendirmede kullanılan bu model Curley tarafından 1988-1997 yılları arasında geliştirilmiştir. Karşılıklı Katılımlı Hemşirelik Modeli, hasta çocukların ve ailelerinin hemşirelik bakım uygulamalarında bireysel yaklaşım felsefesini benimseyen bir modeldir (Potts ve Mandleco, 2012). Bu modelin ana felsefesi ailelerin değerlerine önem vermeye dayanır. Ailelerin, hastanede yatmaya bağlı olarak gelişen stres düzeylerini azaltmayı hedefler. Hastanede kalma süresi boyunca ebeveynlik rollerini yerine getirebilmeleri için ailelerin güçlendirilmesini destekler (Öztürk ve Ayar, 2014). Aile merkezli bakım modelinde olduğu gibi, ailelerin bakımı planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında sağlık bakım profesyonelleri ile eşit düzeyde olduğunu kabul eder (Potts ve Mandleco, 2012). Aile varlığında resüsitasyon uygulamasının temelini oluşturan aile merkezli bakım modeli, ailenin öz yeterlilik duygusunu ve bakım kalitesini artıran, hasta ve aile memnuniyetini yükselten, ebeveyn-çocuk bağlılığını ve davranışlarını olumlu yönde etkileyen bir bakım modelidir (İşler ve Conk, 2006; Dunst ve ark., 2007).

2.4.8. Aile Varlığındaki Resüsitasyonda Hemşirenin Rolü

Hemşireler, tüm uygulama ortamlarında holistik bakım sunmak için çaba gösterirler. Hemşirelik uygulamalarında hasta ve ailelerinin tercihlerine saygı duymak ve kişilerarası ilişkilere özen göstermek önemlidir (ENA, 2019). Birleşik Krallık'ta, Hemşirelik ve Ebelik Konseyi (NMC) (2015), hemşirelerin, bireysel seçime saygı duyan, hastalarla ve aileleriyle ortaklaşa çalışan, bütünsel bakım sunma konusunda yetkin olan profesyoneller olmaları gerektiğini belirtmiştir (Breach, 2018). Bu nedenle, resüsitasyon sırasında bütünsel aile varlığı felsefesini birleştirmek için hem hastayı hem de aileyi destekleyen hasta-aile merkezli bakıma geçilmiştir (ENA, 2019).

Hasta ve aile merkezli bakım, profesyonel hemşirelik uygulamalarının merkezidir (Finkelman ve Kenner, 2009). Hemşirelik, hastaya bakım sunulurken ailenin rolünü kabul etmektedir. Hasta ve aile merkezli bakım modeli resüsitasyon sırasında aile varlığını desteklemektedir (ENA, 2019). Resüsitasyon ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşireler, hastaların mahrem, hassas, güçsüz, özel yönlerini görebilmekte; onların yalnız, umutsuz, acılı, kederli duygularına ve ölümlerine tanıklık edebilmektedir (Koyuncu ve ark., 2013). Hemşireler bireylerin kültürel, sosyal ve dini farklılıklarına saygı duymalı ve bu konuda duyarlı olmalıdır (De Robertis ve ark., 2017). Hemşireler, hastanın ve ailenin kültürel geçmişini değerlendirmelidir (Fulbrook ve ark., 2007).

Aile merkezli bakımı rutin destekleyen ve kolaylaştıran bir ortam sağlanması önemlidir. Bu konuda uzman klinik hemşirelerin en uygun niteliklere sahip oldukları bildirilmiştir. Çünkü sosyal hizmet uzmanları ve din adamları gibi diğer profesyonellerin çoğu zaman ebeveynlerin ihtiyaçlarını karşılayamadıkları belirtilmiştir. Resüsitasyon sırasındaki desteğin en deneyimli klinik hemşireler tarafından sunulması önemlidir (Maxton, 2008). Hemşireler, aile varlığında resüsitasyon uygulanmasının teklif edilmesinde ve uygulanmasında önemli bir role sahiptir. Hastalar ve ailelerin, aile varlığında resüsitasyon süreci ile ilgili ihtiyaç ve isteklerini hemşirelere ifade etme olasılıkları oldukça yüksektir. Bu nedenle hasta ve ailesinin savunucusu olarak hemşireler önemli bir konumdadır (Fulbrook ve ark., 2005; Miller ve Stiles, 2009). Hemşirelerin, aile varlığında resüsitasyonu riskli olarak görmeleri ve desteklememeleri durumunda, aile varlığında resüsitasyonun ve aile merkezli bakımın sürdürülmesi oldukça zordur. Bu nedenle hemşirelerin, aile varlığında resüsitasyon uygulamasına yönelik tutum ve davranışları hayati önem taşımaktadır (Powers, 2014).

Resüsitasyon girişiminde aile üyelerinin bulunması kararı, bireylerin istekleri doğrultusunda verilmelidir. Resüsitasyon yapılan bireyin aile varlığında resüsitasyon uygulamasına yönelik olarak daha önceden hazırlanmış olduğu bir dilekçesi yoksa veya dileklerini iletmediği bir durum söz konusuysa, resüsitasyon sırasında kimlerin bulunması gerektiği ile ilgili karar resüsitasyon ekibi üyeleri ve aile üyeleri tarafından birlikte verilmelidir (Fulbrook ve ark., 2007). Aile üyelerine sunulan seçeneğin tamamen kendi seçimleri olduğu açıklanmalıdır. Zorlama veya baskı olmaksızın aile üyelerine resüsitasyon sırasında bulunmak isteyip istemeyecekleri sorulmalıdır. Aile üyelerinin seçimi ne olursa olsun onlarda suçluluk duygusuna neden olabilecek davranışlardan kaçınılmalıdır. Sağlık bakım profesyonelleri ailenin aldığı karara saygı duymalıdır (AACN, 2016).

Resüsitasyon yapan hekimin izni olmadan ve resüsitasyon ekibine önceden bilgi vermeden hiçbir aile üyesi odaya davet edilmemelidir. Ancak kritik bakım ortamında ailenin bulunması için tedavi eden hekimin onay vermesine gerek duyulmayabilir. Bu konuda hazırlanmış bir protokol bulunması durumunda hemşirelerde onay verebilir (Strasen ve ark., 2016). Aile varlığında resüsitasyonda aile üyesine eşlik eden ve onu destekleyen bir destek personeline ihtiyaç duyulmaktadır. Bu destek personeli resüsitasyona katılacak uygun aile üyesini belirlemekten, sorularını cevaplamaktan ve ailenin yanında bulunmaktan sorumludur (Strasen ve ark., 2016; ENA, 2019).

Aile tanıklı resüsitasyonda uygun aile üyelerini belirlemek oldukça önemlidir. Eğer mümkünse uygun bir tarama prosedüründen sonra uygun aile üyesi seçilmelidir (De Robertis ve ark., 2017). Kızgın ve kavgacı olan, küfür eden, şiddet içeren davranışlar sergileyen, kontrolsüz duygusal patlamalar yaşayan, uyuşturucu veya alkol alan aile üyeleri resüsitasyon odasına alınmamalıdır. Bununla birlikte istismardan şüphelenilen durumlarda da aile üyesinin resüsitasyona alınmaması konusunda dikkatli olunmalıdır (AACN, 2016; De Robertis ve ark., 2017). Diğer yandan yatak başında ikiden fazla aile üyesinin bulunmasına izin verilmemelidir (Strasen ve ark., 2016).

Aile üyesi resüsitasyon odasına alınmadan önce, trakea entübasyonu, santral ven katateri girişimi ve hastanın defibrilasyona vereceği konvülsif yanıt gibi olası girişimler konusunda bilgilendirilmelidir. Aynı zamanda aile üyelerine kesinlikle hiçbir işleme müdahale etmemeleri gerektiği belirtilmelidir. Diğer yandan resüsitasyonların

büyük çoğunluğunun başarısızlıkla sonuçlandığı açıklanmalıdır. Aile üyesi gereksiz yere ümitlendirilmemelidir (ERC, 2005; Fulbrook ve ark., 2007; ENA, 2019). Resüsitasyona tanıklık etmeyi tercih eden aile üyeleri üzücü bir deneyim yaşayabilir (Meyers ve ark., 2004). Bu nedenle aile varlığında resüsitasyon uygulaması öncesinde, hazırlık aşaması oldukça önemli rol oynar (Fulbrook ve ark., 2005). Hasta yakınlarının resüsitasyon sırasında en iyi deneyimi yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla belirli önlemlerin alınması gerekmektedir (Fulbrook ve ark., 2005; ENA, 2019). Hasta yakınlarının duygusal tepki göstermelerine, yapılan işlemler hakkında soru sormalarına fırsat verilmelidir. Bununla birlikte ölüm sonrası başvurabilecekleri destek servisler hakkında bilgi sunulmalıdır (ERC, 2005).

Resüsitasyon odasına alınan bir aile üyesinin bu durumdan etkilendiği anlaşıldığında, destek görevlisi aile üyesine eşlik ederek resüsitasyon odasından çıkarmalı ve uygun destekleyici bakım sunmalıdır (Strasen ve ark.,2016). Aile varlığında resüsitasyon uygulamalarında sağlık ve güvenlik sorunları gözönünde bulundurulmalıdır (McClenathan ve ark., 2002). Aile üyeleri resüsitasyon sırasında kendinden geçebilir veya bayılabilir. Sık karşılaşılsa da aile üyelerinde kardiyopulmoner arrest gelişebilir. Bu nedenle olası bu durumların önüne geçebilmek için gerekli destek ve önlemler alınmalıdır. Aile üyelerine karşı dikkatli davranılmalıdır. Aile üyeleri yalnız bırakılmamalıdır. Defibrilasyon ve resüsitasyon işlemi sırasında keskin aletlerin kullanılması aile üyeleri için tehlike oluşturabilir. Bu nedenle bu konuda gerekli risk yönetimi ve güvenlik önlemleri alınmalıdır (Cottle ve James, 2008).

Aile Varlığında Resüsitasyonda Rol ve Sorumluluklar

Resüsitasyonda aile üyelerinin varlığı, sağlık bakım profesyonellerinin hastanın bakımına ilişkin rol ve sorumluluklarını etkilememelidir. Aile varlığında resüsitasyon girişiminde hemşireler, hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri, hastaya klinik olarak yapılması gereken kritik ve acil bakıma devam etmelidir (ENA, 2019). Resüsitasyon girişimi sırasında odada bulunan aile üyeleri, duygusal ve fiziksel yük altındadır. Bu nedenle sağlık bakım profesyonelleri bu durumun farkında olmalıdır (Jabre ve ark., 2013). Resüsitasyona dâhil olan tüm profesyoneller, rehber hemşirenin/aile varlığı destekleyicisinin rol ve sorumluluklarını bilmelidir (Strasen ve ark., 2016).

Aile varlığı destekleyicisinin bu sürece eklenmesi, resüsitasyon sırasında aile varlığı uygulamasının başarısında anahtar rol oynar. Hemşireler, doktorlar, sosyal

hizmet uzmanları, din görevlileri, çocuk yaşam uzmanları, aile terapistleri veya hemşirelik öğrencileri aile varlığı destekleyicisi olabilir (AACN, 2016; ENA, 2019). Hemşireler, sağlık bakım profesyonelleri veya sosyal hizmet uzmanları aile varlığı destekleyici rolünü üstlenebilecek en doğru kişilerdir (Fulbrook ve ark., 2007; Strasen ve ark., 2016). Aynı zamanda aile varlığı destekleyicisi, resüsitasyon ekibinin ailenin varlığına onay vermesini sağlamak, güvenli bir ortam oluşturmak, resüsitasyon odasına girmeden önce aileyi tanımak ve odada ailenin varlığından tüm personelin haberdar olmasını sağlamakla sorumludur. Aile varlığı destekleyicisi, aile üyesini resüsitasyon odasındaki görüntü ve sesler için hazırlar. Tanık olacakları uygulamalar hakkında bilgilendirir. Bu işlemler tamamlandıktan sonra aile varlığı destekleyicisi, aile üyeleri ile birlikte resüsitasyon odasına girer (ENA, 2019).

Aile varlığı destekleyicisi resüsitasyon odasında hasta yakınlarına destek sağlamaya devam etmelidir. Aynı zamanda, hasta bakımını kesintiye uğratmadan ailenin nerede duracağını belirlemede yardımcı olur. Aile varlığı destekleyicisi, sağlık ekibinin paylaştıkları tıbbi terimleri izah eder. Hastaya uygulanmakta olan prosedürleri açıklar ve ailenin sorularını cevaplar. Ailenin eylemlere karşı tepkisini ve resüsitasyon odasındaki davranışlarını sürekli olarak değerlendirir. Resüsitasyon odasında bulunan aile üyesinin hastanın bakımını tehlikeye atacak davranışlarda bulunması durumunda, o aile üyesi odan dışarı çıkartabilir (Strasen ve ark., 2016; ENA, 2019). Aile varlığı destekleyicisi, hastanın yaşamının sonlanması durumunda aileye, sevdikleri kişinin bedenini görmek için odaya tekrar girdiklerinde ne görecekleri ve duyacakları konusunda yardımcı olur. Aynı zamanda aileye ne zaman odadan ayrılacaklarını açıklamalıdır. Bununla birlikte hastalarını ne zaman alabilecekleri konusunda aileye bilgi vermelidir (ENA, 2019).

Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığı Konusunda Sağlık Bakım Profesyonellerinin Eğitimi

Sağlık bakım profesyonelleri resüsitasyonda aile varlığının yararlarının farkında olmalıdır. Bu nedenle aile tanıklı resüsitasyon uygulanmadan önce sağlık bakım profesyonellerine eğitim programı yapılmalıdır (Strasen ve ark., 2016). Aile varlığında resüsitasyon konusunda eğitim alan sağlık bakım profesyonellerinde farkındalığın arttığı, hemşirelerin %90'ının, hekimlerinde %75'inin bu uygulamayı desteklediği bildirilmektedir (Meyers ve ark., 2000; Mangurten ve ark., 2006). Aile

varlığında resüsitasyon eğitimi, aile varlığını savunmayı, uygun aile seçimini, destek kişinin rolünü, deneyimlerin değerlendirilmesini, uygulamanın yas süreci üzerine etkisini, kurumsal prosedür ve talimatları içermelidir (ENA, 2019). Bununla birlikte aile varlığı destekleyici personellerinin, aile üyelerinin davranışsal işaretleri ve fiziksel semptomlarının belirlenmesi, etkin iletişim teknikleri, kriz ortamı yönetimi ve gerginliği azaltma teknikleri konularında eğitim almaları önemlidir (ENA, 2019).

Resüsitasyon sırasında aile varlığı, kardiyopulmoner resüsitasyon eğitim müfredat programına dahil edilmelidir (Fulbrook ve ark., 2007). Resüsitasyon sırasında aile varlığının riskleri ve yararları, eğitim lisans programlarının da bir parçası haline gelmelidir (Chapman ve ark., 2013; Bray ve ark., 2016; Breach, 2018). Ayrıca toplumun, resüsitasyon sırasında aile varlığı konusunda bilinçlenmesini sağlamak ve farkındalık düzeylerini arttırmak amacıyla eğitimler düzenlenmelidir (Breach, 2018). Protokollerin ve eğitimin uygulanması önemli olduğu için her hastanenin özel eylem politikaları olmalıdır (De Robertis ve ark., 2017). Resüsitasyon sırasında aile varlığının güvenli ve etkili bir şekilde uygulanmasını kolaylaştırmak amacıyla uygulama ile ilgili politikalar ve rehberler geliştirilmelidir (Oczkowski ve ark., 2015). Bu nedenle tüm yoğun ve acil bakım ünitelerinin, kardiyopulmoner resüsitasyon sırasında aile üyelerinin varlığına ilişkin yazılı yönergeleri ve rehberleri olmalıdır (Fulbrook ve ark., 2007). Bu konuda yapılan eğitimler, kurumların bireysel olarak benimsediği rehberlere göre değişiklik gösterebilmektedir (ENA, 2019).

2.5. Ölçek Uyarlama Süreci

Ölçme araçlarının bilinen ilk uyarlama çalışması Goddard tarafından 1908 yılında ABD’inde gerçekleştirilmiştir. Uyarlama konusundaki standartlarda ilk kez 1985 yılında Eğitimde ve Psikolojik Ölçmelerde Standartlar kitabında yer almıştır. Uyarlama konusundaki problemler ise ilk kez 1990’larda kapsamlı bir şekilde tartışılmaya başlanmıştır. Uluslararası test komisyonu (ITC: International Test Commission) bu konu ile ilgili yönergeler çıkarmıştır. ITC yönergeleri, dünya çapında kültürlerarası karşılaştırılabilirlik, dil ve yapı eşdeğerliğine ilişkin ilke ve standartlara odaklanmaktadır (Koç ve Yıldırım,2017; Erkuş ve Selvi, 2019; Özer, 2019).

Ölçek uyarlama, farklı bir dilde geliştirilmiş olan geçerlik ve güvenilirliği test edilmiş, kanıtlanmış bir ölçeğin başka bir dil ve kültürde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak kullanıma hazır hale getirilmesidir (Akbaş ve Korkmaz, 2007;

Deniz, 2007; Karakoç ve Dönmez, 2014; Seçer, 2018; Erkuş ve Selvi, 2019). Ölçek uyarlaması uzun zaman ve çok dikkat gerektiren, birden fazla araştırmacının çabasıyla gerçekleşen bir süreçtir (Akbaş ve Korkmaz, 2007). Ölçek uyarlama süreci genel olarak psikolinguistik (dil geçerliği) ve psikometrik (geçerlik ve güvenilirlik) özelliklerin incelenmesi olmak üzere iki süreçte ele alınmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek çıkması için dil geçerliğinin sağlanması önemlidir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Dilsel eşdeğerliğinin sağlanması oldukça zor bir süreçtir (Karakoç ve Dönmez, 2014; Seçer, 2018).

Uyarlanacak ölçeğin, kullanılacak toplumun kültürüne uygun olması önemlidir. Uyarlama süreçlerinde ölçeği oluşturan maddelerin olduğu gibi çevrilmesi ve uyarlanması, ölçeğin geçerliğini ve güvenilirliğini etkileyebilmektedir. Bu durum özellikle ölçeğin standardizasyonunu bozacak madde çıkarmalara neden olabilmektedir. Bu nedenle ölçekte yer alan maddelerin dilsel olduğu kadar kültürel uyumunun da sağlanması önemlidir. Dilsel eşdeğerliğinin sağlanması sürecinde alanında uzmanların yanısıra birden fazla yabancı dil uzmanı ve Türkçe dil uzmanının sürece katılması, ortak bir görüşün oluşturulması ve ölçeğin standardizasyonunun sağlanması gereklidir (Seçer, 2018).

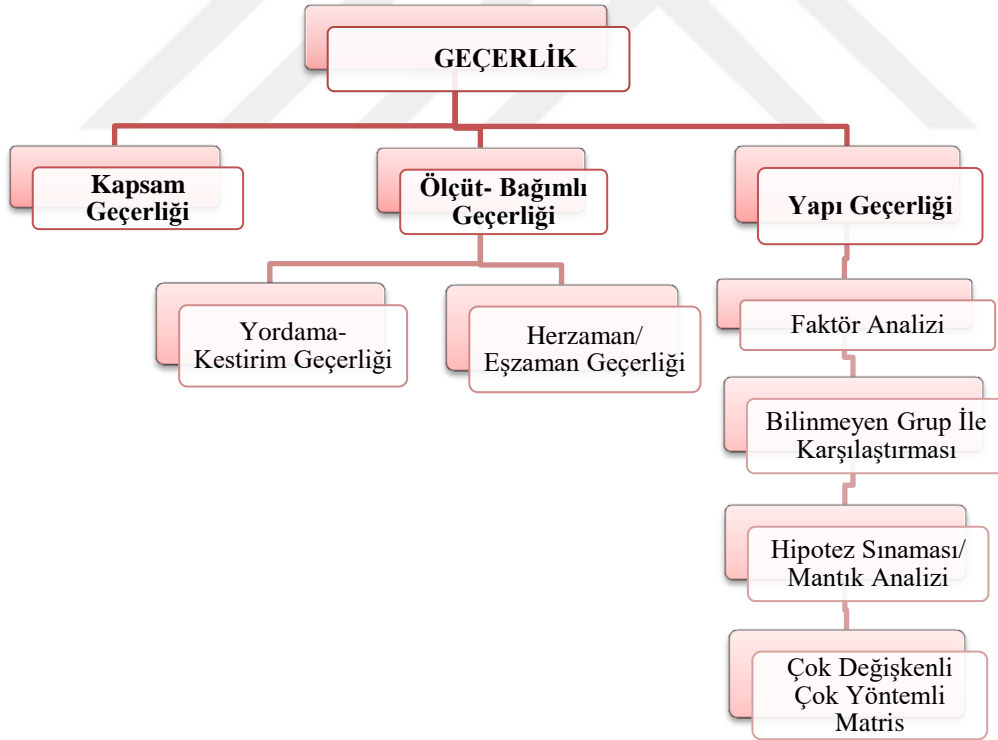
Ölçek uyarlamanın bazı avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır (Deniz, 2007; Karakoç ve Dönmez, 2014; Seçer, 2018). Ölçek uyarlama yeni bir ölçek geliştirmeye göre daha az zaman ve maliyet gerektirir (Deniz, 2007; Karakoç ve Dönmez, 2014; Seçer, 2018). Bir diğer avantajı ikinci bir kültürde ölçek geliştirmek için uzmanlık bilgisinin yetersiz olduğu durumlarda, yeni ölçek geliştirmek yerine uyarlama yapmak daha kabul görmektedir. Buna karşın asıl ölçeğin iyi bilinen bir ölçek olduğu durumlarda yeni geliştirilecek ölçeğe duyulacak olan güven azalabilmektedir (Deniz, 2007; Karakoç ve Dönmez, 2014).

Ölçek uyarlamanın en önemli dezavantajlarından biri de uyarlama yapılan ölçme aracının Türk kültür yapısına uygun olmama olasılığının bulunmasıdır. Ölçme araçlarında kültürel faktörler ve din önemli etkenlerdir (Seçer, 2018). Ölçek uyarlama aşamasında yaşanan en önemli sıkıntı, ölçeğin geliştirildiği ve uyarlanacağı her iki kültürde hâkim, bu iki kültürün karşılaştırmasını yapabilecek düzeyde bilgiye sahip, konu alanında uzmanı bireyleri bulmakta problem yaşanmasıdır. Uyarlamada

çalışmalarında karşılaşılabilecek diğer bir sıkıntı ise, uyarlanan testin psikometrik özelliklerinin sağlanamamasıdır (Deniz, 2007).

2.5.1. Geçerlik

Geçerlilik, ölçme aracının ölçülmek istenen özelliği doğru bir şekilde ölçebilme derecesidir (Alpar, 2018; Özdamar, 2018). Diğer bir tanıma göre geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellik karıştırmadan doğru olarak ölçmesidir (Karagöz, 2017). Geçerlik çalışmalarında kullanılan ölçüm aracının ölçmek istenen özelliğe uygun olması, ölçümün kurallara uygun bir şekilde doğru olarak yapılması ve ölçüm verilerinin gerçekten ölçülmek istenen özelliği yansıtıp yansıtmadığını belirleme olmak üzere üç önemli özelliği olduğu vurgulanmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2018). Sağlık bilimi alanında yaygın olarak kullanılan geçerlik yöntemleri Şekil 1’de verilmiştir (Erdoğan ve ark., 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018).



Şekil 1. Geçerlik Yöntemleri (Erdoğan ve ark., 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018)

Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, örneklem olarak belirlenen test veya ölçek maddelerinin belirli bir amaca yönelik olarak kavramsal ana kütleyle temsil etme derecesidir (Şencan, 2005). Kapsam geçerliği, ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı yapıyı ve bu yapıya ait özellikleri amaca uygun bir biçimde ölçebilmesidir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Geliştirilen ölçme aracı incelenen konuların tüm önemli alt konularını kapsıyorsa, ölçme aracının kapsam geçerliğinin yüksek olduğu söylenebilir (Alpar, 2018). Bu doğrultuda ölçmek istenilen niteliği yüksek düzeyde ölçebilen ölçme araçlarının kapsam geçerliği de yüksektir (Seçer, 2018).

Kapsam geçerliğinin belirlenmesinde kullanılan farklı yöntemler bulunmaktadır. Uzman görüşüne başvurma ve aynı kapsamı ölçtüğu bilinen başka bir testle yeni test arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanması bu yaklaşımlar arasında yer almaktadır (Alpar, 2018). Uzman görüşlerine başvurularak yapılan kapsam geçerliği çok etkili ve çok kullanılan bir yöntemdir. Literatürde uzman görüşüne başvuru alan uzman sayısının 5 ile 40 arasında olması önerilmektedir. Uzmanlar, ölçeğin hazırlandığı bilim alanını iyi bilen alana hâkim, bu konular hakkında çalışmış veya konu ile ilgili yayını olan ve ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini iyi bilen kişiler olmalıdır. Uzman görüşünde maddelerin ölçülecek özelliği temsil edip etmediği, maddelerin yeterince yalın ve açık bir şekilde ifade edilip edilmediği, maddelerin hedef kitle tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı değerlendirilmektedir (Alpar, 2018; Özdamar, 2018).

Kapsam geçerliği uzmanların yargılarına dayanan bir yöntemdir. Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda gerekirse ölçme aracı yeniden yapılandırılır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Tüm kapsam geçerlik indeksi hesaplanmalarında uzmanlar birbirinden bağımsız hareket etmelidir (Alpar, 2018). Kapsam geçerliği kuramsal olarak sağlanmadığında ölçüm aracının yapısal geçerliliğide sağlanamamış olur (Gürbüz ve Şahin, 2018).

Ölçüt Bağımlı Geçerlik

Ölçüt bağımlı geçerlik, ölçüm aracının etkinliğini belirlemek amacıyla, elde edilen puanlarla belirlenen kriter arasında, gelecekteki veya o andaki ilişkiyi incelemektedir (Karagöz, 2017). Bu yöntemde, gerçekliği sınanan ölçek puanının, ölçülen kavramı ölçmesinin yanı sıra bilinen bazı dış ölçütlerle/geçerliği sınanmış ölçeklerle olan ilişkisi aranmaktadır. Farklı bir ifadeyle, bir testin diğer bir testle elde

edilen sonuçları verme yeteneğidir. Bu geçerlik yönteminin değerlendirilmesinde hem yordama-kestirim geçerliği hemde zaman-eş zaman geçerliği olmak üzere iki farklı yaklaşım tanımlanmıştır (Erdoğan ve ark., 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018).

Yordama-Kestirim Geçerliği: Ölçekle yapılan ölçme ile ölçülmeye çalışılan kavramın gerçek hayattaki yansımalarının karşılaştırılmasıdır (Karagöz, 2017). Ölçüt durumdaki puanlar, geçerliği belirlenecek ölçme aracından elde edilen puanlardan (yordayıcı) daha sonra elde edildiğinde bu puanlar arasındaki korelasyona dayalı geçerlik yöntemidir (Şencan, 2005; Alpar, 2018)

Hemzaman- Eşzaman Geçerliği: Ölçüm aracından elde edilen puanlarla, belirlenen kriter arasındaki korelasyon olarak değerlendirilen bir yöntemdir (Alpar, 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018). Eşzamanlık geçerliğinde, ölçek aynı veya ilişkili bir yapıyı inceleyen ve daha önceden geçerliliği ispatlanmış başka bir ölçekle eşzamanlı uygulanarak test edilir (Aktürk ve Acemoğlu, 2012). Ölçülen veriler sayısal ise korelasyon katsayısından, niteliksel veri ise duyarlık ve seçicilik istatistiklerinden yararlanılmaktadır (Seçer, 2018).

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, bir ölçeğin ve ondan elde edilen puanın gerçekte ne anlama geldiğini araştırma sürecidir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Yapı geçerliği, doğrudan ölçülemeyen bir özelliği ölçen bir testin ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Alpar, 2018). Yapı geçerliği, ölçme aracının ilgili soyut kavram ya da kavramsal yapının tümünü ne derece doğru ölçebildiğini gösterir (Erdoğan ve ark., 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018; Seçer, 2018). Yapı geçerliğini sağlamak için ölçülmek istenen kavramların içeriğinin netleşmesi ve bilinmesi önemlidir (Seçer, 2018). Bir ölçeğin yapı geçerliği, bir süreci ölçmede etkin ve bilimsel bir kuram geliştirmedir (Özdamar, 2018). Yapı geçerliğinin belirlenmesinde faktör analizi, bilinen grup ile karşılaştırma, hipotez sınanması /mantıksal analiz, çok değişkenli çok yöntemli matris yaklaşımı olmak üzere kullanılan dört yöntem vardır. Genellik en çok başvurulan yöntem faktör analizidir (Karagöz, 2017; Erdoğan ve ark., 2018).

Faktör Analizi

Faktör analizi verilen bilgilerin altında yatan teorik yapıların neler olduğunu ve bu yapıların ne dereceye kadar özgün değerleri yansıttığını belirlemek için kullanılan bir

yöntemdir. Genellikle toplam puanı dışında alt boyutları olan ölçme araçları için kullanılmaktadır (Erdoğan ve ark., 2018). Faktör analizi, çok sayıdaki değişkenin aslında birkaç temel faktörle ifade edilip edilemeyeceğini değerlendirmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Faktör analizinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki yaklaşım söz konusudur. Ölçek uyarlama çalışmalarında genellikle ölçekteki maddelerin yapısı hakkında var olan hipotezin sınanması için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003).

Faktör analizin de incelenen örneklemin faktör analizine uygunluğu genellikle Keiser Meyer Olkin (KMO) Örneklem Yeterliği Ölçüsü ve Bartlett test yöntemi ile incelenmektedir (Alpar, 2018). KMO değerinin 0 ile 1 arasında değişmekte olup 1'e yaklaşması istenmektedir. KMO değerinin 0,60 ve üstünde olması örneklemin faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir. Tablo 2'de Keiser Meyer Olkin (KMO) Örneklem Yeterliği Ölçüsünün katsayı değerleri sunulmuştur (Aksu ve ark., 2017; Alpar, 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018). Bartlett testi, değişkenler arasında ilişki olup olmadığını kısmi kolerasyonlar düzeyinde incelemektedir. Bu değer %95 güven aralığında 0,05'ten küçük olması istenmektedir (Aksu ve ark., 2017).

Tablo 2. Keiser Meyer Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsünün Katsayısı Değerleri (Aksu ve ark., 2017)

Keiser Meyer Olkin (KMO) Değeri	Örneklem Yeterliği
0,00 – 0,49	Kabul edilemez. Faktör yok
0,50 – 0,59	Çok kötü
0,60 – 0,69	Kötü düzeyde
0,70 – 0,79	Orta düzeyde
0,80 – 0,89	İyi düzeyde
0,90 – 1,00	Çok iyi düzeyde

Açıklayıcı Faktör Analizi

Araştırmacının belirli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bilgi edinilen araştırma türüdür (Erdoğan ve ark., 2018). Sıklıkla ölçek geliştirme çalışmalarının ilk aşamalarında, gözlenen değişkenlerin hangi faktörleri oluşturduğunu belirlemek ve ölçeklere madde eklenmesi/çıkarılması amacıyla kullanılmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2018). Ana amacı, verilerin yapısına uygun modeli ortaya çıkarmaktır (Alpar, 2018).

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Doğrulayıcı faktör analizi, çok değişkenli istatistikî süreçlerdendir. DFA, açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen yapıların test ederek geçerliliğini inceler. Aynı zamanda daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama işlevini yerine getirir. Doğrulayıcı faktör analizinde tündengelim stratejisi söz konusudur. Bu doğrultuda değişkenlerin varsayılan kuramsal yapıya ne derece uyduğu belirlenmeye çalışılır (Alpar, 2018). Bu yöntemde teorik olarak tanımlanan yapıya göre ölçüm modeli oluşturulur. Modelin oluşturulmasından sonra doğrulayıcı faktör analizi yapılır. Metin çıktıları üzerinden model uyum değerleri incelenir. Veri setinin daha önceki yapıyı doğrulayıp doğrulamadığına bakılarak daha iyi uyum değerleri oluşması yönünden kontrol edilir. Analiz değerlerinin faktör yapısını doğrulaması gerekir. Faktör yapısı doğrulanan model ile analize devam edilir (Meydan ve Şeşen, 2011).

Doğrulayıcı faktör analizi için kullanılan model uyum iyiliği indekslerinde, mutlak uyum indeksleri ve marjinal uyum indeksleri olmak üzere iki uyum iyim indeksi incelenmektedir (Meydan ve Şeşen, 2011). Mutlak uyum indeksleri, öncü modelin örneklem verisine ne kadar uyduğunu belirlemek amacıyla kullanılır (McDonald ve Ho, 2002). Önerilen modellerin hangisinin en iyi uyuma sahip olduğu belirlenir. Bu indekslerin veri ile modelin uyumunda en temel işaret olduğu kabul edilir. Diğer indekslerin hesaplanmasında olduğu gibi bir temel model ile karşılaştırma yapılmaz. Modelin başka hiçbir model ile karşılaştırmadan ne kadar uyum sağladığını gösterir (Jöreskog ve Sörbom, 1993). Bu kategoride Ki-Kare testi, RMSEA, GFI, IFI, RMR ve SRMR indeksleri yer almaktadır (McDonald ve Ho, 2002).

Marjinal uyum indeksleri, karşılaştırmalı veya göreceli uyum indeksleri olarak da bilinirler. Ki-kare ve onun ham formlarını kullanmayıp ki-kare değerini temel model ile karşılaştırırlar. Bu modellerde sıfır hipotezi, tüm değişkenler arasında ilişki olmadığı yönünde yorumlanır. Genellikle analiz sonuçlarında en çok raporlanan uyum indekslerinin CFI, GFI, NFI ve NNFI olduğu bilinmektedir. Ölçek model uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir tüm eşik değerleri özeti Tablo 3'de verilmiştir (Meydan ve Şeşen, 2011).

Tablo 3. Ölçüm Modelinin Uyum İyiliği Değerleri (Meydan ve Şeşen, 2011)

	İyi Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
χ^2/sd	≤ 3	4-5
GFI	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
IFI	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
NFI	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
NNFI (TLI)	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
CFI	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
RMSEA	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)
SRMR	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)

χ^2/sd : Ki-Kare İstatistiği, **GFI**: İyilik Uyum İndeksi, **IFI**: Fazlalık Uyum İndeksi, **TLI**: Tucker-Lewis İndeksi, **NFI**: Normlaştırılmış Uyum İndeksi, **NNFI**: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi, **CFI**: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, **RMSEA**: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, **SRMR**: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü

Bilinen Grup İle Karşılaştırma

Ölçülmesi amaçlanan değişken bakımından aralarında fark olduğu düşünülen gruplara ölçeğin uygulanarak, elde edilen puan ortalamaları arasındaki farkın incelenmesidir. Bu yöntemde, özelliği bilinen grup ile bilinmeyen grup arasındaki farklılık varyans analizi ya da t- testi ile karşılaştırma yapılarak saptanmaktadır (Erdoğan ve ark., 2018; Karasar, 2018).

Hipotez Sınanması /Mantıksal Analiz

Ölçüm aracının diğer ölçüm araçlarıyla olan ilişkisinin incelenmesidir. Araştırmacı, ilgili kaynaklar doğrultusunda, önceden aralarında ilişki olacağı varsayımını kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analiziyle değerlendirmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Bu geçerlik yönteminde eldeki testten çıkacak sonuçlara yönelik hipotezler geliştirilmektedir (Erdoğan ve ark., 2018).

Çok Değişkenli Çok Yöntemli Matris Yaklaşımı

Bir testin ölçümlerinin aynı ya da farklı yapılardaki diğer test ya da testlerle nasıl ilişkili olduğunun belirlenmesi yoluyla yapı geçerliği değerlendirilir. Aynı zamanda bir ölçeğin hem ölçtüğü hemde ölçmediği değişkenleri belirlemede önemlidir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Şencan, 2005; Erdoğan ve ark., 2018).

2.5.2. Güvenirlik

Bilimsel araştırmalarda kullanılan veri toplama araçlarının objektif ve standart olması gerekmektedir (Esin, 2014). Ölçüm araçlarının, ölçmek istenilen Şeyi doğru ölçebilmesi, standardize olabilmesi ve sonrasında uygun bilgiler oluşturma yeteneğini gösterebilmesi için güvenirlik (Reliability) ve geçerlik (Validity) özelliklerine sahip olması istenmektedir (Karagöz, 2017; Erdoğan ve ark., 2018). Bu özelliklerden güvenirlik, bir ölçme aracının farklı yerlerde, farklı zamanlarda ve aynı evrenden seçilmiş farklı örnekleme uygulandığında benzer sonuçlar vermesi olarak tanımlanmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2018).

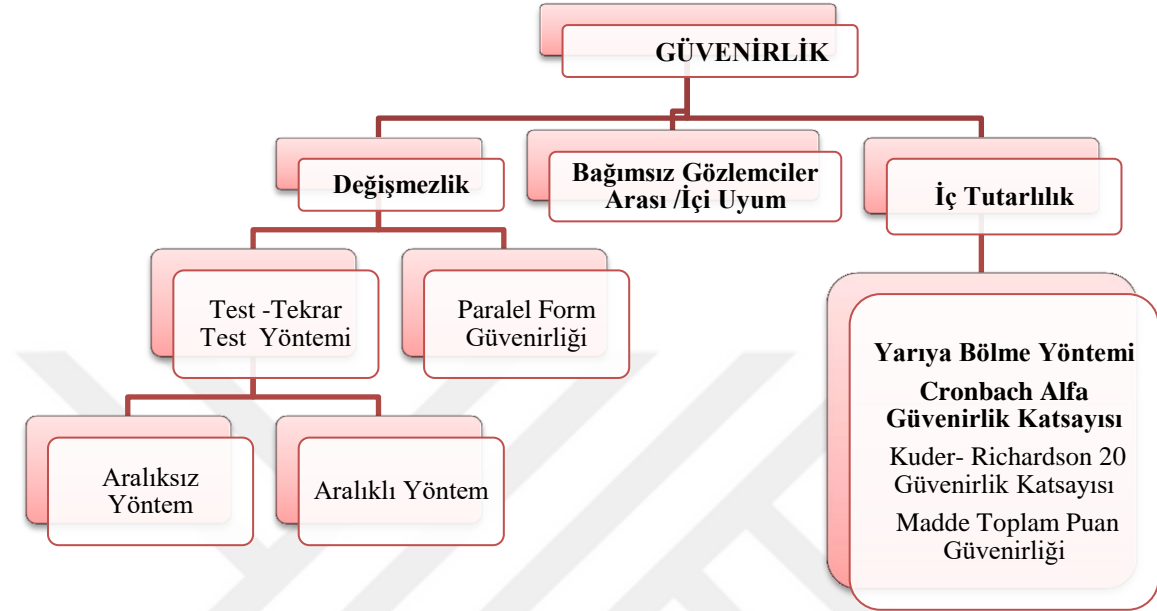
Güvenirlik için ölçüm araçlarının tekrarlanabilir ve aktarılabilir olması gerekmektedir (Alpar, 2018). Güvenirlik; değişmezlik, yeterlilik, eşdeğerlilik, tutarlılık, doğruluk ve kararlığı ifade etmektedir (Erdoğan ve ark., 2018). Bununla birlikte ölçek madde sayısının fazla veya az olmasının, maddelerin hatalı hazırlanmasının, maddelerin çok kolay veya çok zor olmasının, maddelerin homojen olmamasının, katılımcılar tarafından soruların anlaşılmasının, uygulama ve puanlama aşamasında hataların yapılmasının güvenirliliğini etkilediği bildirilmektedir (Seçer, 2018).

Güvenirlik sadece ölçme aracına ait bir özellik olarak nitelendirilemez. Aynı zamanda ölçme aracı ve aracın sonuçlarına ilişkinde bir özelliktir (Ercan ve Kan, 2004). Güvenirliliğin, iç tutarlılık, nesnellik, istikrarlılık, temsil edicilik ve eş değerlilik olmak üzere temel beş bileşeni vardır. İç tutarlılık, ölçek veya test içindeki maddelerin belirli bir kavramsal yapıya birlikte sahip olmasıdır. Ölçekte bulunan her bir maddenin, ölçmek istenilen kavramsal yapıyı temsil ediyor olması önemlidir. Nesnellik, gözlemciler arasındaki değerlendirme güvenirliliğidir. Nesnellik, derecelendirme ölçeklerinde aranan bir özelliktir. İstikrarlılık, ölçüm aracının ölçüm sonuçlarının aynı ve farklı koşullarda (yer, zaman, prosedür vb.) kararlılık göstermesi ve değişmemesidir. Ölçme aracının temsil edicilik özelliği, aynı ana kütleye ait farklı örneklemlerde uygulandığında benzer sonuçlar vermesidir. Eş değerlilik, aynı zamanda uygulanan iki veya daha fazla testin benzer sonuçlar ortaya koymasındadır (Şencan, 2005).

Güvenirlik Yöntemleri

Güvenirlik ölçülebilir bir değerdir. Güvenirlik olup olmaması ile varsa derecesi güvenirlik katsayısı ile ölçülmektedir (Karagöz, 2017; Özdamar, 2018). Güvenirliliğin belirlenmesinde, aynı objelerle ilgili iki ölçüm arasındaki ilişkinin derecesi

(korelasyonu) hesaplanmaktadır (Karagöz, 2017). Güvenirlilik Katsayısı α ile gösterilir ve pozitif sınırlar içinde 0 ile +1 arasında olması istenir. Katsayı +1'e yaklaştıkça, güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilir (Şencan, 2005; Özdamar, 2018).



Şekil 2. Güvenirlilik Yöntemleri (Erdoğan ve ark., 2018; Özdamar, 2018)

Değişmezlik

Bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuç verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Değişmezlik test- tekrar test ve paralel form güvenirliliği ile sağlanabilmektedir (Erdoğan ve ark., 2018).

Test-Tekrar Test Güvenirliliği

Ölçme araçlarının kararlılık gösterip göstermediğinin test edilmesine olanak sağlayan bir güvenirlilik yöntemidir (Şencan, 2005; Seçer, 2018). Bu yöntemde aynı sorular, farklı zaman diliminde, aynı kişilere, aynı şartlar altında sorulduğunda benzer cevapların alınması ölçeğin değişmezliğini gösterir (Karagöz, 2017; Alpar, 2018). Bu yöntem, her ölçme aracında uygulanamaz. Özellikle ölçülen niteliğin değişmez olduğu durumlarda uygulanmalıdır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Test- tekrar test yönteminin aralıklı ve aralıksız yöntem olmak üzere iki farklı uygulanış yolu bulunmaktadır. Aralıklı yöntem, ölçme aracının iki ile dört hafta gibi belli bir zaman aralığında iki kez

uygulanmasıdır. Aralıksız yöntem ise ölçme aracının bir gruba aralıksız ya da çok kısa bir dinlenme sonrası uygulanmasıdır. Bu yöntem katılımcılara bir süre sonra ulaşma imkânının olmadığı durumlarda tercih edilen bir yöntemdir.

Bu iki test- tekrar test yönteminde de gözlemci/uygulayıcı, işlemler, saat ve çevre faktörlerinin aynı olmasına özen gösterilmelidir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Erdoğan ve ark., 2018). Test- tekrar test yönteminde iki uygulama arasında geçen sürenin ne olması gerektiği önemli bir sorundur (Alpar, 2018). İki uygulama arasındaki zaman, uygulanacak testin veya ölçeğin özelliklerine, katılımcıların durumuna göre farklılık gösterebilmektedir (Karagöz, 2017). Uygulamalar arasındaki zaman aralığının kısa tutulması, katılımcının önceki test yanıtlarını hatırlamasına neden olabilir. Zaman aralığının çok geniş tutulması durumunda ise katılımcının ilgisi değişebilir. Katılımcı ölçülen niteliklerle ilgili farklı kaynaklardan bilgi edinme arayışı içine girebilir (Seçer, 2018). Literatürde test- tekrar test yöntemi için ideal zaman aralığının ortalama 2-4 hafta arasında olduğu bildirilmektedir (Karagöz, 2017; Alpar, 2018; Seçer, 2018).

Ölçme araçlarının ilk ve ikinci uygulama arasındaki korelasyon katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon test ile hesaplanmaktadır. Bulunan korelasyon katsayısına testin güvenilirlik katsayısı yani kararlılık katsayısı da denilmektedir. Güvenirlik katsayıları ölçeğin toplam puanları arasında hesaplanıyor ise 0,80'inin üzerinde olması ve 0,70'inin altına düşmemesi önerilmektedir (Seçer, 2018; Alpar, 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018). Elde edilen korelasyon katsayısının pozitif ve oldukça yüksek olması istenmektedir. Korelasyon katsayısı +1'e yaklaştıkça testin güvenilirliğinin yüksek olduğu, 0'a yaklaştığında ise testin güvenilir olmadığı kabul edilmektedir (Alpar, 2018).

Bununla birlikte elde edilen değerler arasındaki korelasyon katsayısının (devamlılık, kararlılık, istikrarlılık) yüksek olması, güvenilirliğin yüksek olmasına işaret etmektedir (Karagöz, 2017; Gürbüz ve Şahin, 2018). Aynı zamanda test- tekrar test katsayısının yüksek olması yeterli olmadığı için iki ölçüm puanları arasında fark olup olmadığına t-test ile bakılmalıdır (Büyüköztürk, 2002; Şencan, 2005). Test tekrar analizinde sadece toplam puanlara değil her maddenin ilk ve ikinci uygulamaları arasındaki korelasyonada bakılması gerekmektedir. Maddenin ilk ve ikinci uygulaması arasındaki korelasyon katsayısının en az 0,20 (0,25 veya 0,30) olması istenmektedir (Büyüköztürk, 2002).

Paralel Form Güvenirliği

Alternatif veya eşdeğer form güvenirliği olarak da ifade edilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Bu güvenirlik ölçütü genellikle ölçek oluştururken kullanılan bir yöntemdir. Aynı ölçeğe ait iki form olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Paralel form yöntemi ile iki form halinde ve eşdeğer nitelikte geliştirilmiş bir ölçek aynı bireylere, aynı veya farklı oturumlarda uygulanmaktadır (Erdoğan ve ark., 2018). Bu yöntem Test- tekrar test güvenirlik yöntemine benzerlik göstermektedir. Ancak paralel form güvenirliği yönteminde ikinci oturumda ölçme aracının aynısı değil eşdeğer nitelikteki form kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Erdoğan ve ark., 2018).

Her ölçme aracının eşdeğer formu olmadığından, araştırmacılar tarafından ölçeğe eş olan paralel form oluşturulmalıdır. Her iki ölçeğin benzer amaçlar için hazırlanmış olması ve benzer maddeleri içermesi önemlidir (Alpar, 2018; Erdoğan ve ark.,2018). Testlerin paralel sayılabilmesi için içeriklerinin farklı olması, testlerdeki madde sayısının aynı olması, maddelerin güçlük derecesinin benzer olması, aritmetik ortalamalarının ve standart sapmalarının eşit olması, maddelerin niteliği ile ölçtüğu davranışlar bakımından birbirine benzer olması gerekmektedir (Alpar, 2018). Eşdeğer test formları geliştirmek zaman aldığı ve yapımı güç olduğu için bu güvenirlik yöntemi çok kullanılmamaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003).

Paralel form güvenirliği yönteminde, iki ölçeğe ait toplam değerlerin korelasyonu Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon test ile hesaplanmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Alpar, 2018; Erdoğan ve ark.,2018). Paralel testlerin ortalamalar arasındaki farkı İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ile varyanslarının benzerliği ise *Varyansların Homojenlik Testi* ile incelenmektedir (Alpar, 2018). Uygulama sonunda her iki ölçekten alınan ortalama ve standart sapmanın benzer olması gerekmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Erdoğan ve ark.,2018). Paralel form yönteminde dikkat edilmesi gereken en önemli konu iki formun uygulanması arasında geçen zamanın ayarlanmasıdır. Bu süre ölçülen özellik yönünden uygulanan kişilerde değişiklik yaratmayacak kadar kısa, diğer yandan hatırlamanın olmayacağı kadar uzun süreli olmalıdır (Alpar, 2018).

Bağımsız Gözlemciler Arası /İçi Uyum

Gözlemciler, belirli bir olguyla ilgili puan veren veya değerlendirme yapan kişiler olarak tanımlanmaktadır. Literatürde bu amaçla kullanılan iki yöntem tanımlanmıştır (Şencan, 2005; Aktürk ve Acemoğlu, 2012, Erdoğan ve ark.,2018).

Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum Güvenirliği

Gözlemciler arası uyum, farklı gözlemciler tarafından yapılan değerlendirmelere ait puan ortalamalarında sapma derecesini gösteren bir tutarlık ölçütüdür (Gürbüz ve Şahin, 2018; Karasar, 2018). Bağımsız ölçümler arasında eşitliğin arandığı durumlarda uygulanan bir güvenilirlik yöntemidir (Erdoğan ve ark., 2018). Gözlemciler arası uyum güvenilirlik katsayısı hesaplamalarında, kesikli verilerse gözlemciler arası uyuma yüzdesi güvenilirlik değeri Cohen Kappa, Ki kare, Phi, Kendall W kullanılarak hesaplama yapılmaktadır (Karagöz, 2017). Veriler sürekli ise, gözlemciler arası tutarlık güvenilirliği için, gözlemcilere ait puanlar arasındaki korelasyona bakılmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2018). Gözlemciler arasındaki uyuma değeri, sadece gözlem yaparak elde edilmişse en az 0,70 (%70), ölçüm aracı kullanılarak yapılmışsa en az 0,80 (% 80) olması önerilmektedir (Şencan, 2005; Karagöz, 2017).

Gözlemciler İçi Uyum Güvenirliği

Aynı değerlendiricinin yaptığı birden fazla ölçümün arasındaki uyum derecesidir. Gözlemci aynı durumu farklı zamanlarda genellikle aynı ölçüm aracı ve gereçlerini kullanarak gözlemleyip değerlendirmektedir (Erdoğan ve ark., 2018; Aktürk ve Acemoğlu, 2012; Şencan,2005). Bu yöntemde, genellikle gözlemlenecek durum ve davranış videoya kayıt edilmektedir. Daha sonra gözlemci izlemekte ve gözlemlerini kayıt etmektedir. Bu nedenle güvenilirlik değeri gözlemcinin özelliklerinden etkilenebilmektedir (Aktürk ve Acemoğlu, 2012). Gözlemci içi uyum güvenliğinde ölçümler numerik ise sınıf içi korelasyon, kategorik veri ise Chon'in Kappa katsayısına bakılarak değerlendirme yapılmaktadır (Aktürk ve Acemoğlu, 2012).

İç Tutarlılık Güvenirliği

Bu yöntem, ölçme aracının ölçtüğü varsayılan nitelikleri ölçen soruların, kendi içlerinde birbiriyle ne kadar ilişkili oldukları, ne kadar homojen bir soru grubu oluşturduklarını belirlemektedir (Karagöz, 2017). İç tutarlılık, bir ölçme aracının kendi

içinde uyumlu bir bütün olmasıdır (Karasar, 2018). İç tutarlılık güvenilirliği, bir ölçme aracının tek seferde yapılan ölçümle ölçülmek isten olguyu tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediğini göstermektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Ölçme aracını oluşturan maddelerin birbiriyle uyumunun olması, aynı zamanda ölçeğin istenen olguya ilişkili olması iç tutarlılığın bir göstergesidir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Seçer, 2018). Güvenilir ölçüm araçları, maddeler arasında iç tutarlığı yüksek olan araçlardır (Gürbüz ve Şahin, 2018). Ölçme araçlarının iç tutarlılığını belirlemede genel olarak Yarıya Bölme Yöntemi, Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı , Kuder-Richardson 20 (Kr-20) ve Madde Toplam Puan Güvenirliği olmak üzere dört yöntem kullanılmaktadır (Şencan,2005; Erdoğan ve ark., 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018).

Yarıya Bölme Yöntemi

Yarıya bölme yönteminde, ölçme aracındaki maddeler rassal veya tek-çift biçiminde iki ayrılarak, bu iki soru grubu arasındaki korelasyon incelenmektedir (Karagöz, 2017). Ölçme aracının iki yarısı ayrı test olarak kabul edilerek, bu iki soru grubunun puanları arasındaki ilişki Sperman Brown Korelasyon Katsayısı ile hesaplanmaktadır (Karasar, 2018; Seçer, 2018). İki soru grubu arasındaki korelasyon yüksekse hem tutarlı hemde aracın bütünüünün birbiri ile yakından ilişkili sorulardan oluştuğuna, aracın iç tutarlılığının yüksek olduğuna işaret eder. Bununla birlikte yarıya bölme güvenilirlik katsayısının en az 0,70 olması gerekmektedir (Erdoğan ve ark., 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018).

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Bu yöntem ölçekteki korelasyonlar veya kovaryanslardan yararlanılarak diğer istatistiklerin veya testlerin yapılmasına yardımcı olur (Özdamar, 2018). Cronbach Alfa Katsayısı, ölçme aracındaki maddelerin homojenliğinin bir göstergesidir. Ölçme aracının içerdiği maddelerin birbiriyle ne ölçüde tutarlı olduğuna, arka planda gizli, hipotetik değişkeni ne ölçüde temsil ettiğine işaret eder (Alpar, 2018; Erdoğan ve ark., 2018). Cronbach Alfa Katsayısı, toplam puanlar üzerine kurulu Likert türü ölçeklerin iç tutarlılık güvenilirliğinin hesaplanmasında kullanılmaktadır (Alpar, 2018). Ölçme aracının her bir boyutu için ayrı ayrı alpa değeri hesaplanmalıdır. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı 0 ile 1 arasında değişim göstermektedir. Alfa katsayısının 1 değerine yaklaşması ölçeğin güvenilirliğinin arttığını ifade etmektedir (Kalaycı, 2010;

Karagöz, 2017; Gürbüz ve Şahin, 2018). Sağlık bilimleri alanında tercih edilen güvenilirlik değerleri Tablo 4’de sunulmuştur (Özdamar, 2018).

Tablo 4. Cronbach Alpa Katsayısı (α) Sınırları (Özdamar, 2018)

Cronbach Alpa Katsayısı (α) Sınırları	Güvenilirlik Düzeyi
$\alpha < 0,50$	Ölçek güvenilir değil
$0,50 \leq \alpha < 0,60$	Ölçek düşük derecede güvenilir
$0,60 \leq \alpha < 0,70$	Ölçek orta derecede güvenilir
$0,70 \leq \alpha < 0,80$	Ölçek genel kabul gören düzeyde güvenilir
$0,80 \leq \alpha < 0,90$	Ölçek yüksek derecede güvenilir
$\alpha \geq 0,90$	Ölçek mükemmel derecede güvenilir

Kuder-Richardson KR-20 ve KR-21 Güvenirliği Yöntemi

Bu yöntem özellikle bilgi testlerinde, ölçme aracı maddelerinin iki kategorili seçeneklerden oluştuğu durumlarda, ölçeğin güvenilirliğini ve iç tutarlılığını ölçmede kullanılan bir yöntemdir. Kuder-Richardson yönteminde, ölçme aracının sadece bir kez kullanılması yeterli olup, korelasyon katsayısının hesaplanmasına ihtiyaç duyulmamaktadır (Alpar, 2018). Ölçme aracının madde sayısının 10-15 gibi az sayıda olduğu durumlarda, güvenilirlik katsayısı 0,50 gibi düşük bir değer olsa da ölçek güvenilir olarak değerlendirilir. Eğer ölçüm aracı maddelerinin zorluk dereceleri birbirine çok yakın ise veya güçlük derecesi %50 ise bu durumda KR-21 güvenilirlik belirleme yönteminden yararlanır (Seçer, 2018).

Madde Toplam Puan Güvenirliği

Madde Toplam Puan Güvenirliği, ölçüm aracının maddelerinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Bu yöntemde madde toplam puan korelasyonu bir maddenin ayırt edicilik indeksini verir (Büyüköztürk, 2002). Madde toplam puan korelasyon katsayıları ortalaması ölçüm aracının güvenilirliğinin göstergesidir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Her bir madde için korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise maddenin amaçlanan davranışı ölçmede o kadar etkin ve yeterli olduğu kabul edilir (Büyüköztürk, 2002). Madde toplam puan korelasyon analizinde korelasyon katsayısı değerinin 0,25 (0,20-0,30)’den büyük olması gerekmekte ve düşük korelasyona sahip maddelerin ölçme aracıdan çıkartılması önerilmektedir

(Büyüköztürk, 2002; Gürbüz ve Şahin, 2018). Ölçme aracından madde çıkarılma işlemi yapılmadan önce, maddenin içeriğinde değişiklik gerekli olup olmadığı aynı zamanda alfa değerine olan etkisi dikkate alınmalıdır (Gürbüz ve Şahin, 2018).

2.6. Nitel Araştırma Yöntemi

Bilimsel araştırmalarda nicel, nitel ve karma araştırmalar olmak üzere üç araştırma yöntemi kullanılmaktadır. Bilimsel araştırma yöntemlerinden nicel araştırmalar, gözlem ve ölçümlerle tekrarlanabilen, objektif biçimde yapılabilen ve somut gerçeklik üzerine kurulmuş olan bir yöntemdir. Temelinde mantık ve matematik vardır. Tümdengelim, tümevarım ve hipotetik-dedüktif akıl yürütme kullanılmaktadır (Sönmez ve Alacapınar, 2016; Karagöz, 2017). Nitel araştırma yöntemleri ise, hermeneutik (yorumlamacı) ve post modern bilim felsefelerinden temel almaktadır. Nitel araştırmaların içeriğinde sayılar değil, sezgiler ve soyut yaşam deneyimleri vardır. Nitel araştırmacılar akıl yürütmelerin yerine sezgiye, derinden kavrayışa, çok yönlü düşünmeye ve karşı tümevarıma başvurmaktadır (Erdoğan ve ark, 2018). Nitel araştırmalarda sanal gerçeklik vardır. Bu sanal gerçeklik sürekli değişiklik göstermektedir. Aynı zamanda nitel araştırmalarda neden sonuç ilişkisine bakılmadığı için deterministik yaklaşım ön planda değildir (Sönmez ve Alacapınar, 2016).

Nitel araştırma; bireylerin yaşam tarzlarını, davranışlarını, öykülerini, örgütsel yapılarını, toplumsal değişmeyi, algıları ve olayları doğal ortamda gerçekçi, bütüncül ve yorumlayıcı bir yaklaşımla inceleyen bir araştırma yöntemidir (Karagöz, 2017; Gürbüz ve Şahin, 2018). Nitel araştırmalar bireylerin davranışlarına ve deneyimlerine, süreçler ve olgular ile ilgili görüşlerine odaklanır (Erdoğan ve ark, 2018). Nitel araştırma yöntemi, araştırmacıyı insanların yaşadığı ve çalıştığı gerçek dünyanın içine götürür. Derinlemesine görüşme ile insanların içindekini açığa çıkarır (Patton, 2014).

Nitel araştırmaların amacı, anlama, kavrama, beklenmeyen yönleri ile olayları tanımlama, süreçleri anlama ve nedensel açıklamalar geliştirmedir (Erdoğan ve ark, 2018). Nitel araştırmalar doğal ortam, araştırmacının araştırmaya katılımı, bütüncüllük, algıların ortaya çıkarılması, esneklik ve tümevarımcı analiz gibi özelliklerden oluşmaktadır (Karagöz, 2017; Gürbüz ve Şahin, 2018). Nitel araştırma yöntemlerinde kullanılan kavramlar, bütüncüllük, doğallık, sezgi, yaşanmış deneyimler, etkileşim, iletişim ve oluşumlar hemşirelik değerleriyle uyumludur. Aynı zamanda hemşirelik

olayları tek bakış açısıyla anlaşılacağı için nitel araştırmalar hemşirelik biliminin gelişimi için son derece önemlidir (Erdoğan ve ark., 2018).

2.6.1. Odak Grup Görüşmesi

Nitel araştırma yöntemlerinden biri olan odak grup görüşmesi, konu hakkında bilgi sahibi olan insanlarla görüşmelerin yapıldığı bir veri toplama yöntemidir (Merriam, 2015). Odak grup görüşme, benzer geçmiş tecrübeye sahip bir grup ile belli bir konu üzerine yapılan mülakattır (Patton, 2014). Odak grup görüşmelerinin amacı katılımcıların araştırılan konular ve olaylar hakkında neler hissettiklerini ortaya çıkarmaktır. Bu konular hakkında yeni fikirler üretmektir. Ortak özelliklere sahip bireyler için araştırılan konu için nelerin önemli olduğunu açıklamaktır. Aynı zamanda odak grup görüşmeleri grupların, bilinçli, yarı bilinçli veya bilinçsiz olarak yaptıkları davranışları ile psikolojik, sosyolojik, kültürel özellikleri hakkında bilgi almayı hedeflemektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016; Erdoğan ve ark., 2018; Karasar, 2018).

Odak grup görüşmelerinin en önemli avantajı grup içi etkileşim ve grup dinamiğı sayesinde yeni ve farklı fikirlerin ortaya çıkmasıdır. Grup içindeki karşılıklı etkileşim ve çağrışımlar sonucu, katılımcılar birbirlerinin zihnindeki duygu ve düşüncelerini tetikler. Bu durumun bir sonucu olarak zengin bir bilgi akışı sağlanır (Karagöz, 2017). Odak grup görüşmelerinde gözlem ve mülakat yöntemleri soru-cevap biçiminde uygulanır (Karagöz, 2017).

Odak grup görüşmesinin en az iki araştırmacı tarafından yönetilmesi önerilmektedir (Patton, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Araştırmacılardan biri görüşmeyi yöneten moderatör, diğer araştırmacı ise ses veya kamera kaydı ile notları tutmakla görevli olan raportördür. Araştırmacıların grup sürecine hâkim olması önemlidir (Merriam, 2015). Moderatör önceden belirlenmiş araştırma çerçevesinde grubu yönlendirerek, belirtilen zaman diliminde hedeflenen bilgiyi derleyen kişidir. Moderatörün, tartışılan konuyu iyi bilen, empati yeteneğıne sahip, iletişim becerisi olan, oldukça nazik, katılımcıları konunun amacına uygun yönlendirebilen, hoşgörü sahibi, esnek ve hassas, tarafsız tutum sergileyen bir kişi olması gerekmektedir. Raportör, katılımcıların görüşlerini kayıt altına almakla görevlidir (Patton, 2014; Karagöz, 2017).

Veri toplamanın anahtarı iyi soru sormaktır. Bu nedenle görüşme öncesinde pilot çalışma yapılarak soruların denenmesi önemlidir (Merriam, 2015; Karagöz, 2017). Odak grup görüşmelerinde yapılandırılmış veya yapılandırılmamış görüşme yöntemi

kullanılır. Sorular, katılımcılar tarafından kolayca anlaşılacak açıklıkta ve net, günlük konuşma dilinde, kolay cevaplanan bir yapıda olmalıdır (Çokluk ve ark., 2011). Aynı zamanda sorular açık uçlu, yönlendirme içermeyen, neden ve niçin gibi sorgulamalardan kaçınılarak sorulan, gerekirse derinleşmeye olanak sağlayan nitelikte olmalıdır (Çokluk ve ark., 2011). Literatürde katılımcı sayısı konusunda kesin bir sayı belirtilmemesine karşın ortak özelliklere sahip 4-12 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Çokluk ve ark., 2011; Merriam, 2015; Arıkan, 2017). Katılımcı sayısı araştırmacının görüşmeyi ne kadar kontrol altında tutabileceği ile yakından ilişkilidir (Çokluk ve ark., 2011). İdeal bir odak grup görüşmesi 1-2 saat kadar sürmektedir (Çokluk ve ark., 2011; Karagöz, 2017).

Odak grup görüşmeler sırasında önemli olan katılımcıların kendi görüş ve düşüncelerini özgürce ifade edebilecekleri bir ortamın sağlanmasıdır (Karagöz, 2017). Katılımcıların birbirini görebilecekleri bir oturma düzeni sağlanmalıdır. Aydınlatma ve havalandırılmanın yeterli olduğu, sessiz ve rahatsız edici etkenlerden izole edilmiş bir ortam oluşturulmalıdır. Katılımcıların kendilerini güvende hissedebileceği sosyal bir ortam olması gerekmektedir (Şahsuvaroğlu ve Ekşi, 2008; Çokluk ve ark., 2011). Odak grup görüşmelerinin açılış konuşmasında bilgilendirilmiş onam alınmalıdır. Odak grup görüşmesini yapan birey, görüşme başlangıcında süreç hakkında basit, doğru, anlaşılır, kısa ve net bilgiler vermelidir (Patton, 2014).

Odak grup görüşmeyi yöneten moderatör, görüşmenin stratejik noktalarını özetleyerek ve katılımcılara teşekkür ederek görüşmeyi bitirmelidir. Görüşme sonrasında moderatör ve raportör, notları analiz ederek raporu hazırlamalıdır. Görüşme sırasında kaydedilen sözel veriler dikkatli ve titiz bir şekilde birebir yazıya geçirilmelidir. Daha sonra nitel verilerin kodlanması, temaların bulunması, kodların ve temaların düzenlenmesi, bulguların tanımlanması ve yorumlanmasıyla veriler analiz edilir (Şahsuvaroğlu ve Ekşi, 2008; Yıldırım ve Şimşek, 2016).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışmakta olan hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu çalışmada kalitatif ve kantitatif araştırma tasarımlarının birlikte kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanılmıştır. Bu doğrultuda hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla niceliksel yöntem, hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığına ilişkin duygu, düşünce ve deneyimlerini paylaşabilmelerini sağlamak amacıyla "odak grup görüşmesi tekniğinin" kullanıldığı niteliksel yöntemden yararlanılmıştır. Aynı zamanda bu çalışmada Türkiye'de hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini objektif olarak değerlendirebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olmaması nedeniyle, yurt dışında geliştirilmiş olan iki ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna kazandırılması amaçlanmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 23.03.2017-15.02.2019 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin dahili, cerrahi ve yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin katılımıyla yürütülmüştür. Karadeniz Bölgesinin en büyük ve en gelişmiş hastanesi olan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 1037 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede toplam 617 hemşire görev yapmaktadır. Bununla birlikte Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Aile Tanıklı Resüsitasyona yönelik herhangi bir resmi protokol bulunmamaktadır.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin dahili, cerrahi ve yoğun bakım birimlerinde çalışmakta olan toplam 617 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Karataş, 2012; Özdamar, 2018).

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

n: Örnekleme alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,04 (%4 hata payı)

$$\frac{617 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,04)^2 \cdot (617-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = 304$$

Bu formüle göre; örneklem büyüklüğü 304 olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı olabileceği düşünülerek 427 hemşireye ulaşılmca veri toplama süreci tamamlanmıştır. Anket formu ve ölçeklerin cevaplanma oranı %69,2'dir.

Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın ikinci aşaması olan nitel boyutta, araştırma konusu hakkında derinlemesine bilgi toplamayı amaçlayan “amaçlı örneklem” modeli yöntemlerinden biri olan benzeşik (homojen) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcı sayısı, nitel araştırmalar için geçerli olan “veriye doyma” ilkesine göre belirlenmiştir. Görüşme yapılan her hemşireye bir kod isim atanmış ve analiz sürecinde hemşirelerin isimleri yerine bu kod isimler kullanılmıştır.

3.2.2. Verilerin Toplanması

Nicel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nicel verilerinin toplanması aşamasında, veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Twibell ve ark., 2008; Lowry, 2011; Chapman ve ark., 2013; Bray, ve ark., 2016) hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerini tanıttıcı anket formu ile “Özgüven Ölçeği”, “Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri” ve Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği test edilecek olan “Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

“Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği”nin dil ve kapsam geçerliği çalışmaları tamamlandıktan sonra, anket formu ve ölçekler 50 kişilik bir hemşire grubu üzerinde ön uygulama yapılarak test edilmiştir. Ön uygulama sonrasında anlaşılmayan veya eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiştir. Pilot uygulama sonrasında “Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği”nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,85, “Aile Varlığı Özgüven Ölçeği”nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,96 olarak belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına çalışmanın yürütüldüğü hastanenin dahili, cerrahi ve yoğun bakım birimlerinde en az 6 aydır görev yapan, çalışmaya katılmaya istekli hemşireler alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere anket formu ve ölçekler uygulanmadan önce araştırmanın amacı açıklanmış, ölçme aracı hakkında bilgi verilerek bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Verilerin toplanması sürecinde bilim etiği ilkelerine uygun davranılarak gönüllülük ilkesi göz önünde bulundurulmuştur. Hemşirelere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir. Veriler hemşireler ile

yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 25-30 dakika sürmüştür.

Nitel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nitel verilerinin toplanması aşamasında, toplam 21 hemşire ile beş ve altı kişilik gruplar halinde odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Soruların araştırmanın amacına uygunluğunu, anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla örnekleme alınmayan üç hemşire ile ön görüşme yapılmıştır. Katılımcı hemşirelerin görüşme süresince rahatsız edilmemeleri ve kendilerini rahat ifade edebilmeleri için servis sorumlu hemşirelerinin desteği ile sessiz, yeterli aydınlıkta ve ısıda olan, havalandırması iyi yapılmış olan bir toplantı odası hazırlanmıştır. Odak grup görüşmeleri yaklaşık olarak 45-60 dakika arası sürmüştür. Görüşmeye başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı, görüşmenin nasıl yapılacağı, yaklaşık olarak ne kadar süreceği, görüşmede kullanılan ses kayıt cihazının hangi amaçla kullanılacağı, görüşmelerden elde edilen verilerin ve görüşmeye katılan kişilerin gizli tutulacağı konusunda bilgi verilerek katılımcılardan sözlü onam alınmıştır. Odak grup görüşmeleri sırasında iç geçerliği sağlamak amacıyla, katılımcıların söyledikleri tekrarlanarak ve özetlenerek doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları kontrol edilmiştir. Tüm odak grup görüşmeleri sırasında katılımcıların davranışları ve tepkileri, birbiriyle olan etkileşimleri iki bağımsız gözlemci tarafından kayıt edilmiştir. Araştırma sorularının yanıtı olabilecek kavramlar tekrar etmeye başladığında görüşmeler sonlandırılmıştır.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşireleri tanıtıcı anket formu, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 11 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu vb.), çalışma özelliklerini içeren 14 soru (çalışma yılı, çalışma şekli, çalıştığı serviste görevli toplam hemşire sayısı, günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısı, hastanedeki çalışma statüsü, mesleğini seçme neden/nedenleri, mesleğini sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu, görev yaptığı bölümü isteyerek seçme durumu, haftada toplam kaç saat çalıştığı vb.) ve

aile varlığında resüsitasyon konusundaki görüşme ve tutumlarını belirleyen 23 soru (aile varlığında resüsitasyon ile karşılaşma durumu, aile varlığında resüsitasyon konusunda bilgi sahibi olma durumu, aile varlığında resüsitasyonunun risk ve faydaları hakkındaki düşünceleri vb.) olmak üzere toplam 48 sorudan oluşmaktadır.

Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği

Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği ilk kez 2008 yılında Renee Samples Twibell ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Orjinal adı “aile varlığı” araçları olan ölçek hemşirelerin resüsitasyon sırasından ailenin varlığının risk, fayda ve kendilerine güvenleri hakkındaki algılarını değerlendirmektedir. Araçlar, Rogers (1995) ve Bandura (1986) teorilerine, içerik uzmanlarından gelen nitel verilere ve önceki araştırmaların bulgularına dayanarak geliştirilmiştir.

Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği 26 maddeden oluşan, 5’li Likert tipi bir ölçektir. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği’nde dokuz adet ters ifade (2, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13, ve 14. Maddelerdir) bulunmaktadır. Ölçek maddeleri “Kesinlikle Katılmıyorum=1”, “Katılmıyorum=2”, “Kararsızım=3”, “Katılıyorum=4”, “Kesinlikle Katılıyorum=5” olarak puanlanmaktadır. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeğinden alınabilecek puan 26 ila 130 arasında değişmektedir. Ortalama toplam puan madde sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği’nden alınan yüksek puanlar, hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığını daha fazla yararlı ve daha az riskli algıladıkları; ölçekten alınan düşük puanlar ise hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığını daha riskli ve daha az yararlı algıladıkları şeklinde yorumlanmaktadır. Twibell ve arkadaşları (2008) Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği’nin faktör analizi sonucunda toplam varyansın %53’ünü açıkladığını, ölçeğin faktör yüklerinin -0,498 ile 0,890 arasında değiştiğini, Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısının 0,96 olduğunu bildirmişlerdir (Twibell ve ark., 2008). Bu çalışmada Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak saptanmıştır.

Aile Varlığı Özgüven Ölçeği 17 maddeden oluşan, 5’li Likert tipi bir ölçektir. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği ters madde içermemektedir. Ölçek maddeleri “Hiç Güvenmem=1”, “Çok Güvenmem=2”, “Biraz Güvenirim=3”, “Oldukça Güvenirim=4”, “Çok Güvenirim=5” olarak puanlanmaktadır. Aile Varlığı Özgüven Ölçeğinden alınabilecek puan 17 ila 85 arasında değişmektedir. Ortalama toplam puan

madde sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin den alınan yüksek puanlar, hemşirelerin aile varlığında resüsitasyon uygulamasında kendilerine güvenlerinin yüksek olduğu, ölçekten alınan düşük puanlar ise, hemşirelerin aile varlığında resüsitasyon uygulamasında kendilerine güvenlerinin düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Twibell ve arkadaşları (2008) Aile Varlığı Özgüven Ölçeği faktör analizi sonucunda toplam varyansın %52'sini açıkladığını, ölçeğin faktör yüklerinin 0,553 ile 0,825 arasında değiştiğini, Cronbach Alpha güvenirlik katsayısının 0,95 olduğunu bildirmişlerdir (Twibell ve ark., 2008). Bu çalışmada Aile Varlığı Özgüven Ölçeği Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,94 saptanmıştır. Aile Varlığı Risk-Yarar ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Renee Samples Twibell' den izin alınmıştır (Ek-9).

Özgüven Ölçeği

Özgüven Ölçeği bireylerin özgüven düzeyini ölçmek için Akın (2007) tarafından geliştirilmiş olan, 33 maddeden oluşan, likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddeleri “Hiçbir zaman=1”, “Genellikle=2”, “Sık sık=3”, “Nadiren=4”ve “Her zaman=5” olarak puanlanmaktadır. Bu ölçekten alınabilecek en yüksek puan 165, en düşük puan ise 33'dür. Olumsuz madde bulunmayan ölçekten alınan yüksek puan, yüksek düzey öz-güvene işaret etmektedir. Özgüven Ölçeği'nin, iç öz-güven ve dış öz-güven olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. İç özgüven alt boyutu 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 30, 32. maddeleri, dış özgüven alt boyutu 2, 6, 8, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 29, 31, 33. maddelerini içermektedir. Yapılan faktör analizi toplam varyansın %43,6'sını açıklamaktadır. Ölçeğin faktör yükleri 0,31 ile 0,75 arasında değişmektedir (Akın, 2007).

Özgüven Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayıları ölçeğin bütünü için 0,83, iç öz-güven ve dış öz-güven alt boyutları için sırasıyla, 0,83 ve 0,85 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayıları ise ölçeğin bütünü için 0,94, iç öz-güven alt ölçeği için 0,97 ve dış özgüven alt ölçeği için 0,87 olarak saptanmıştır. Ölçeğin madde-toplam korelasyonları 0,30 ile 0,72 arasında değişmektedir (Akın, 2007; Okyay, 2012). Bu çalışmada 33 maddeden oluşan Özgüven Ölçeği'nin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,96, 17 maddeden oluşan iç öz-güven alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,94 ve 16 maddeden oluşan “dış özgüven alt boyutu Cronbach

Alpha güvenilirlik katsayısı 0,92 olarak saptanmıştır. Özgüven Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Akın'dan izin alınmıştır (Ek-10).

Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği

Spielberg ve arkadaşları (1966) tarafından geliştirilen Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği Necla Öner ve Ayhan Le Compte (1977) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, durumluk ve süreklilik olmak üzere iki alt boyut ile toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, Süreklilik Kaygı Ölçeği ise bireyin genellikle kendini nasıl hissettiğini ifade etmektedir (Öner ve Le Compte, 1985).

Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği 4'lü likert tipte bir ölçek olup, Durumluk Kaygı Ölçeği maddelerinde (ölçeğin ilk 20 maddesi) ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla seçeneklerinden birinin işaretlemesiyle cevaplanmaktadır. Süreklilik Kaygı Ölçeğinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çoğu zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenmektedir. Ölçeklerde doğrudan (düz) ve tersine dönmüş ifadeler bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade etmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde on tane ters ifade (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler) bulunmaktadır.

Süreklilik Kaygı Ölçeğinde yedi ters ifade (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) bulunmaktadır. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya değişmeyen değerler olan Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Süreklilik Kaygı Ölçeği için 35 sayısı eklenir. Bu işlemler sonucunda elde edilen puan bireyin kaygı düzeyi ile ilgili yorumlanacak puanını oluşturur. Her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması kaygı düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (Öner ve Le Compte, 1985; Yam, 2014).

Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği'nin Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılan güvenilirlik çalışmasında, Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği'nin güvenilirlik katsayısının Süreklilik Kaygı Ölçeği için 0,83 ile 0,87, Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,94 ile 0,96 arası değiştiği bildirilmiştir. Ayrıca, Süreklilik Kaygı Ölçeği'nin Cronbach Alpha

güvenirlilik katsayısı 0,87; Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği'nin Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı 0,76'dır. Bu çalışmada 40 maddeden oluşan "Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği" nin Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı 0,82, 20 maddeden oluşan Durumluk Kaygı Ölçeği'nin Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı 0,85 ve 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeğinin Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı 0,62 olarak saptanmıştır. Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Öner' den izin alınmıştır (Ek-11).

Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmanın nitel verilerinin toplanmasında literatür doğrultusunda oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (Twibell ve ark., 2008). Yarı yapılandırılmış görüşme formu hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığını isteyip istememe durumu, bu durumun risk ve faydalarına ilişkin algıları ile kendilerine güvenlerini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Odak grup görüşmesinde sorulan sorular;

- Sizce aile tanıklı resüsitasyon nedir?
- Sizce resüsitasyon sırasında aile üyeleri hastanın yanında bulunmalı mıdır?
- Aile üyelerinin, hastalarının resüsitasyonu sırasında yanında bulunup bulunmayacaklarına sizce kim karar vermelidir?
- Resisütasyon işlemleri sırasında daha önce hiç aile üyelerinden birisini odada hazır bulunması için davet ettiniz mi?
- Eğer cevabınız hayır ise aile üyelerini hastalarının resüsitasyonu uygulamasına davet etmeme neden/nedenleriniz nelerdir?
- Resisütasyon işlemleri sırasında aile üyelerinden herhangi birinin odada hastanın yanında bulunma talebi oldu mu?
- Resüsitasyon sırasında hasta yakınlarının yanınızda bulunmasından ve sizi gözlemlemesinden etkilenir misiniz?
- Ailenin resüsitasyon sırasında hastanın yanında bulunup bulunmayacağı kararı sizce hastanın isteğine bağlı olmalı mıdır?
- Sizce aile tanıklığında resüsitasyon uygulamasının avantajları nelerdir?
- Sizce aile tanıklığında resüsitasyon uygulamasının dezavantajları nelerdir?

- Daha önce hiç aile üyelerinizden biri resüsite edilirken yanında buldunuz mu?
- Eğer resüsite edilecek bir hasta olsaydınız, aile üyelerinizin o sırada yanınızda bulunmasını ister miydiniz?
- Sizce aile tanıklığında resüsitasyon nasıl uygulanmalıdır?

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Nicel verilerin değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen nicel veriler IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS Amos 21 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Nicel verilerin kategorik değişkenleri frekans, sayısal değişkenleri ortalama-standart sapma şeklinde sunulmuştur. Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan “Aile Varlığı Risk-Yarar” ve “Aile Varlığı Özgüven” ölçeklerinin hemşirelerden elde edilen puanlarının oluşturduğu faktör yapısı ve yapı geçerliğini incelemek için açıklayıcı faktör analizi (Exploratory Factor Analysis) ve doğrulayıcı faktör analizi (Confirmatory Factor Analysis) uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan Aile Varlığı Risk-Yarar, Aile Varlığı Özgüven, Durumluk-Sürekli Kaygı ve Özgüven ölçeklerinin güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Araştırmada uygulanacak analizlere karar vermek amacıyla ölçek puanlarında Kolmogorov Smirnov normallik testi kullanılmış ve test sonucunda puanların normallik varsayımını sağladığı görülmüştür. Ölçek toplam puanları ile hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla, normal dağılım gösteren, gruplar arası karşılaştırmada iki bağımsız gruplarda Bağımsız Örneklem T Testi, üç veya daha fazla bağımsız grup olması durumunda Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve çoklu karşılaştırmalarda Tukey Testi kullanılmıştır. Hemşirelerin aile varlığı risk- yarar algısını ve özgüven düzeyini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla basit regresyon tekniğinden yararlanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Pearson Korelasyon Katsayısı analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için p değeri <0,05 olarak alınmıştır.

Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Odak grup görüşmesinden sonra elde edilen verilerin analizinde tümdengelim yöntemi ile içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi süreci görüşme verilerinin yazıya

geçirilmesini, verilerin düzenlenmesini, anlamlı veri birimlerinin saptanmasını, analiz matrisi oluşturulmasını, analiz süreci ve sonuçlarının rapor edilmesini içermiştir. Bu doğrultuda yapılan her bir görüşme araştırmacı tarafından bilgisayarda birebir yazıya dökülmüştür. Veriler yazılırken, katılımcıların isimleri kullanılmamış, analizde kolaylık sağlaması bakımından görüşme yapılan kişiler ve oturumlar numaralandırılarak kodlanmıştır. Yapılan dört oturum 1-4, her oturumdaki katılımcılar ise 1-6 rakamlarıyla numaralandırılmıştır (örnek: O.1/K.1). Görüşmeler yazılı hale getirildikten sonra içerik analizinin ilk aşaması olan veri kodlaması yapılmıştır.

Veri kodlaması yapılırken katılımcıların yazılı hale getirilen ifadeleri tekrar tekrar okunarak her bir ifadenin ne anlama geldiği belirlenmiştir. Anlamlı olan ifadelere tanımlayıcı isimler/kodlar bulunmuştur. Görüşmenin farklı bölümlerindeki benzer kodlar birbiri ile ilişkilendirilerek bir araya getirilmiştir. Tüm veriler benzer şekilde kodlandıktan ve bir kod listesi oluşturulduktan sonra temalar ve alt temalar ortaya çıkarılmıştır. Verilerin güvenilirliği için araştırmacı dışında danışman öğretim üyesi tarafından da bağımsız olarak kodlar ve temalar oluşturulmuştur. Daha sonra araştırmacılar bir araya gelmişler, kodların temalarla ilişkilerini değerlendirerek temaları yeniden düzenlemişlerdir. Ortaya çıkan temaların altında yer alan kodların temalarla anlamlı bir bütün oluşturup oluşturmadığı (iç tutarlılık) alanında uzman iki kişi tarafından değerlendirilerek temalara son şekli verilmiştir. Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirliği artırmak için en çok kullanılan yöntemlerden biride ayrıntılı alıntılar yapmaktır. Bu nedenle çalışmanın niteliğini arttırmak için hemşirelerin ifadelerinden bazıları çalışmanın bulgularına alıntı olarak yansıtılmıştır. Araştırmacı 18-20 Nisan 2017 tarihlerinde Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Derneği tarafından düzenlenen Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu'na katılmıştır (Ek-12).

3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul (14.11.2016/ Sayı; B.30.2.ODM.020.08/491-537) (Ek-7) onayı alındıktan sonra başlanmıştır. Verileri toplamak amacıyla, araştırmanın yapılacağı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği'nden (23.03.2017/ Sayı: 15374210-804.01-E.7232) (Ek-8) yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerden de sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması bu araştırmanın bir sınırlılığıdır. Elde edilen bulguların hemşireler ile eş zamanlı görüşmelere dayalı olması, konuya ilişkin uzun süreli gözlem ve değerlendirmeler yapılamaması bu araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır. Bununla birlikte, farklı bölge ve illerde yer alan hastanelerde çalışan hemşireler üzerinde karşılaştırılabilir araştırmalar yapıncaya kadar bu araştırmadan elde edilen bulgular tüm hemşirelere genelleştirilememektedir.



	2016				2017								2018								2019								
	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	
Araştırma Konusunun Belirlenmesi																													
Araştırmanın Planlanması																													
Tez Konusu Öneri Sınavının Yapılması																													
Etik Kurul Formunun Oluşturulması																													
Etik Kurul İzin Yazısının Alınması																													
Ölçeğin Dil Geçerliği Çalışmalarının Yapılması																													
Ölçeğin Kapsam Geçerliği Çalışmalarının Yapılması																													
Ön Uygulamanın Yapılması																													
Ölçeğe Son Halinin Verilmesi																													
Nicel Verilerin Toplanması																													
Nitel Verilerin Toplanması																													
Verilerin Analizi																													
Araştırmanın Rapor Edilmesi																													

Şekil 3. Araştırma Planı

HEMŞİRELERİN RESÜSİTASYON SIRASINDA AİLENİN VARLIĞININ RİSK VE FAYDALARINA İLİŞKİN ALGI VE KENDİLERİNE GÜVENLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER



ÖLÇEKLERİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARININ YAPILMASI

Dil Geçerliği

- İngilizce'den Türkçe'ye Çeviri
- Türkçe'den İngilizce'ye Çeviri
- İngilizce'den Türkçe'ye Geri Çeviri



Kapsam Geçerliği

- Uzman Görüşünün Alınması
- Kendall Uyuşum Katsayısının Hesaplanması

Ön Grup Çalışması

- 50 Kişilik bir grup üzerinde pilot çalışma yapıldı.
- Ölçeklere Son Şekli Verilmesi**

NİCEL VERİLERİN TOPLANMASI

Örneklem büyüklüğü hesaplanarak Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin klinik servislerinde çalışan 427 hemşireye anket formları ve ölçekler uygulandı.

GEÇERLİK ÇALIŞMASI

Yapı Geçerliği

- KMO ve BTS Analizi
- Doğrulayıcı Faktör Analizi



GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Değişmezlik

- Test Tekrar Test Analizi

İç Tutarlılık

- Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayısı
- Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı

NİTEL VERİLERİN TOPLANMASI

Yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, görüşmeler ses kayıt cihazı eşliğinde yapıldı. 21 hemşire ile yapılan görüşmeler sonrasında veri doygunluğuna ulaşılarak görüşmeler sonlandırıldı.

VERİLERİN ANALİZİ

Nicel Verilerin Analizi

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS Paket programında uygun istatistiksel analiz yöntemleri ile değerlendirildi.

Nitel Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin analizi matriksi oluşturularak, ana tema, alt tema ve kodlar belirlenerek değerlendirildi.

VERİLERİN RAPORLANMASI

Sekil 4. Arştırmanın CONSORT Seması

4.BULGULAR

Hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular üç bölüm şeklinde sunulmuştur. İlk bölümde, Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına ilişkin bulgular verilmiştir. İkinci bölümde, hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörler ile ilgili nicel bulgular verilmiştir. Üçüncü bölümde ise hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörler ile ilgili nitel bulgular verilmiştir.

4.1. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri

4.1.1. Dil Geçerliği

Bu aşamada Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Türk kültürüne uyarlanması amacıyla yönelik olarak ölçeklerin dil eşdeğerliliğinin sağlanmasına ilişkin çalışmalar yürütülmüştür. İlk olarak ölçekler, ölçeğin hazırlandığı yabancı dil olan İngilizceye ve Türkçeye hâkim, alanında uzman üç kişi tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Çeviriler araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından incelenmiş ve en uygun ifadeler seçilerek ölçek maddeleri tekrar oluşturulmuştur. Oluşturulan ölçek maddeleri ana dili Türkçe olan, yurt dışında yaşayan her iki kültürü de iyi bilen ve bu konu hakkında ayrıntılı bilgi verilen, üç kişi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeklerin orijinal hali, Türkçe formu ve geri çevirisi yapılan İngilizce formu araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından karşılaştırılmış ve ölçek maddelerinin birbiri ile uyumlu olduğu ve aynı anlamı verdiği görülmüştür. Türkçeye çevrilen ölçekler iki Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından, dil, anlam, bütünlük ve yazım kuralları bakımından değerlendirilmiş, daha sonra bu uzmanların önerileri doğrultusunda ölçeklere son şekli verilmiştir. Son olarak hazırlanan ölçekler kapsam geçerliği için uzman görüşüne sunulmuştur.

4.1.2. Kapsam Geçerliği

Aile Varlığı Risk-Yarar ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeklerinin kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi aşamasında dil geçerliği yapılan ölçekler Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi'nden 1 Öğretim Üyesi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi'nden 2 Öğretim Üyesi, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi'nden 1 Öğretim Üyesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi'nden 1 Öğretim Üyesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi'nden 1 Öğretim Üyesi ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi'nden 1 Öğretim Üyesi olmak üzere toplam 7 kişilik uzman grubunun görüşüne sunulmuştur (Ek-14). Araştırmacı tarafından, ölçeklerin orijinal dili ve Türkçe karşılığı arasındaki uyumunu belirlemek ve ifadelerin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için uzman görüşü formu hazırlanmıştır. Uzmanlar ölçeklerin maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet edebilme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından incelemiştir. Uzmanlar bu formda her bir ölçek maddesini "1" ile "10" arasında (1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Uzmanların "Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği" maddelerine verdikleri puanlar doğrultusunda Kendall Uyuşum Katsayısı (W_a) (Kendall Coefficient of Concordance) korelasyon testi uygulanarak ölçeklerin kapsam geçerliği çalışması yapılmıştır. Uzmanların değerlendirmesi sonucunda elde edilen verilerin Kendall Uyuşum Katsayısı istatistiksel analizi sonucunda, uzmanlar arasında istatistiksel düzeyde görüş birliği olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Kendall Uyuşum Katsayısı korelasyon analizi test sonuçları (n:7)

	W^a	X^2	P
Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği	0,169	29,579	0,240
Aile Varlığı Özgüven Ölçeği	0,157	17,600	0,348

W^a : Kendall Uyuşum Katsayısı

X^2 : Kruskal Wallis test istatistiği

Uzmanlardan alınan öneriler doğrultusunda, Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği maddelerine son şekli verilmiştir. Uzmanların Aile Varlığı

Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği maddelerine verdikleri puanlamalara ilişkin istatistiksel veriler Tablo 6 ve Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 6. Uzmanların Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği maddelerine verdikleri puanların dağılımı (n:7)

	Ortalama	Standart Sapma	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
M1	9,9	0,4	9	10
M2	9,9	0,4	9	10
M3	9,6	0,8	8	10
M4	8,4	1,4	6	10
M5	8,7	1,9	5	10
M6	9,6	0,8	8	10
M7	9,1	1,2	7	10
M8	9,0	2,2	4	10
M9	9,4	1,1	7	10
M10	9,6	0,8	8	10
M11	9,1	1,6	6	10
M12	9,7	0,8	8	10
M13	9,3	1,9	5	10
M14	9,3	0,9	8	10
M15	9,3	1,5	6	10
M16	9,3	1,5	6	10
M17	9,9	0,4	9	10
M18	9,6	0,8	8	10
M19	9,6	0,8	8	10
M20	9,1	1,9	5	10
M21	9,6	0,8	8	10
M22	9,6	0,8	8	10
M23	9,0	1,8	5	10
M24	9,0	1,5	6	10
M25	10,0	0,0	10	10
M26	10,0	0,0	10	10

Dil ve kapsam geçerliği çalışmaları tamamlanan Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği’nin hemşireler tarafından anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere örneklem grubunun özelliklerini taşıyan, araştırmaya dahil edilmeyen 50 kişilik bir hemşire grubu üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama

sonrası hemşireler ile uzmanların görüşleri dikkate alınarak gerekli düzenlemeler yapılmış ve ölçeklere son şekli verilmiştir.

Tablo 7. Uzmanların Aile Varlığı Özgüven Ölçeği maddelerine verdikleri puanların dağılımı (n:7)

	Ortalama	Standart Sapma	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
M1	10,0	0,0	10	10
M2	10,0	0,0	10	10
M3	10,0	0,0	10	10
M4	10,0	0,0	10	10
M5	10,0	0,0	10	10
M6	9,9	0,4	9	10
M7	9,6	0,8	8	10
M8	9,3	1,3	7	10
M9	9,4	1,0	8	10
M10	9,6	0,8	8	10
M11	9,7	0,8	8	10
M12	9,1	1,2	7	10
M13	9,4	1,1	7	10
M14	8,7	2,0	5	10
M15	9,1	1,2	7	10
M16	9,4	1,1	7	10
M17	9,7	0,5	9	10

4.1.3. Yapı Geçerliği

Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin faktör yapısını belirlemeden önce, verilerin faktör analizi için uygulanabilir olup olmadığını saptamak amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) testi, analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını ortaya çıkarmak için de Barlett's Test of Sphericity (BTS) analizlerin den yararlanılmıştır.

Araştırmamızda Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nin KMO değeri 0,876 olarak bulunmuştur (Tablo 8). Aynı zamanda bu sonuç örneklem büyüklüğünün faktör analizi uygulaması için yeterli büyüklükte olduğunu göstermektedir. Barlett testine ilişkin ki-kare değerinin de ileri düzeyde ($p < 0,001$) anlamlı olması değişkenler arasında önemli bir ilişkinin var olduğuna ve verilerin faktör analizi için uygun olduğuna işaret etmektedir (Tablo 8). 26 madde olan Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeğine, Temel

Bileşenler yöntemi ile Ortogonal rotasyon çeşidi olan Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. 26 maddeden oluşan ölçek, analiz sonucunda tek boyuta ayrılmış ve faktör yükü 0,30'un altında kalan maddeler ölçekten çıkartılarak 20 maddeye düşürülmüştür (Çıkan Maddeler: 2, 3, 5, 7, 8, 15. maddeler). Ölçek maddelerinin açıklama oranı ve faktör yükleri Tablo 8 ve Tablo 13'de verilmiştir. Tablo 9 incelendiğinde Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği maddelerinin toplam varyansın %39,47'sini açıkladığı görülmüştür.

Tablo 8. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nin Kaiser- Mayer- Olkin Measure of Sampling Adequacy ve Bartlett's Test of Sphericity analizleri sonuçları (n:427)

Testler	Sonuçlar
Kaiser- Mayer- Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,876
Bartlett's Test of Sphericity df	X ² 5926,389
	Sd 190
	P <0,001

Tablo 9. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nin varyans açıklaması

	Başlangıç Öz Değerleri		
	Toplam	Açıklanan Varyans %	Birikimli %
Aile Varlığı Risk-Yarar	7,893	39,465	39,465

Araştırmamızda Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin KMO değeri 0,927 olarak saptanmıştır (Tablo 10). Aynı zamanda bu sonuç örneklem büyüklüğünün faktör analizi uygulaması için yeterli büyüklükte olduğunu göstermektedir. Bartlett testine ilişkin ki-kare değerinin de ileri düzeyde ($p < 0,001$) anlamlı olması değişkenler arasında önemli bir ilişkinin var olduğuna ve verilerin faktör analizi için uygun olduğuna işaret etmektedir (Tablo 10).

Tablo 10. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Kaiser- Mayer- Olkin Measure of Sampling Adequacy ve Bartlett's Test of Sphericity analizleri sonuçları (n:427)

Testler	Sonuçlar
Kaiser- Mayer- Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,927
Bartlett's Test of Sphericity df	X ² 5625,473
	Sd 136
	P <0,001

Tablo 11. Aile Varlığı Özgüven Ölçeğinin varyans açıklaması

	Başlangıç Öz Değerleri		
	Toplam	Açıklanan Varyans %	Birikimli %
Aile Varlığı Özgüven	9,011	53,007	53,007

17 madde olan Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'ne Temel Bileşenler yöntemi ile Ortogonal rotasyon çeşidi olan Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. 17 maddeden oluşan ölçek, analiz sonucunda tek boyuta ayrılmış ve faktör yükü 0,30'un altında kalan madde olmadığı belirlenmiştir (Tablo 15). Tablo 11 incelendiğinde ise Aile Varlığı Özgüven Ölçeği maddelerinin toplam varyansın %53,01'ini açıkladığı görülmüştür.

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi, açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliliğinin incelenmesini veya daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama işlevini yerine getirmektedir. DFA hem kanıtsal sonuçların yeniden irdelenmesini hem de AFA ile belirlenen hipotetik yapıların denetlenmesi işlevini yerine getirmektedir (Özdamar, 2018). Bu çalışmada dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliği sağlanan Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği (26 madde) ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeğinin (17 madde), tek faktörden oluşan yapılarını doğrulamak ve Türk kültüründe geçerli olup olmadığını belirlemek amacıyla kurulan ölçüm modele doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Modelin doğrulanıp doğrulanmadığı konusunda karar verilebilmesi için analiz sonucundan elde edilen uyum indeksleri değerlendirilmiştir. Aile Varlığı Risk-Yarar ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği için doğrulayıcı faktör analizinin uyum indeksi değerleri ile iyi uyum değerleri ve kabul edilebilir uyum değerleri Tablo 12 ile Tablo 15' de sunulmuştur.

Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

Tablo 12 incelendiğinde 26 madde ve tek boyuttan oluşan Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği için oluşturulan ölçüm modelinin ilk hali ile ilgili (Tablo 12) uyum indeksleri incelendiğinde modelin tüm modifikasyon katsayılarının yeterli uyum sağlamadığı belirlenmiştir. Bu nedenle modelde iyileştirme çalışması yapılmıştır.

Tablo 12. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği Doğrulayıcı Faktör analizi model uyum indeksleri

	Modelin Uyum İndeks Değerleri (İlk Hal)	Modelin Uyum İndeks Değerleri (Son Hal)	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
χ^2/sd	11,029	4,033	$\leq 3(4-5)$
GFI	0,641	0,887	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
IFI	0,578	0,846	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
NFI	0,509	0,918	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
NNFI (TLI)	0,490	0,923	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
CFI	0,531	0,937	$\geq 0,95$ ($\geq 0,90$)
RMSEA	0,153	0,084	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
SRMR	0,104	0,056	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)

χ^2/sd : Ki-Kare İstatistiği, **GFI**: İyilik Uyum İndeksi, **IFI**: Fazlalık Uyum İndeksi, **TLI**: Trucker-Lewis İndeksi, **CFI**: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, **RMSEA**: Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü, **SRMR**: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karakökü

Öncelikle Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği için kurulan ilk modelde (ham halinde) Tablo 13’de sunulan madde faktör yükleri diğer bir deyişle standardize faktör yükleri incelenmiştir. Bu doğrultuda 2, 3, 5, 7, 8 ve 15. maddelerin madde faktör yüklerinin 0,30’dan küçük olduğu görüldüğü için bu maddeler ölçüm modelinden çıkarılmıştır. 20 madde ve tek boyuttan oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm model analiz edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum sağlamadığı belirlenmiştir (Tablo 12). Bu nedenle modelde iyileştirme çalışması yapılmıştır. Öncelikle maddelerin faktör yük değerleri incelenmiştir. Analiz sonucunda modele katkısı olmayan yani faktör yükü 0,30’ün altında kalan 4, 11 ve 12. madde ölçekten çıkartılmıştır. Daha sonra 17 madde ve tek boyuttan oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli analiz edilmiştir. Öncelikle modifikasyon indeksleri tablosuna bakılarak, modelde yapılacak olası değişiklikler için ki-kare düşüş değerleri (“M.I.”değerleri) incelenmiştir. En yüksek “M.I.” değerinin göstermiş olduğu modifikasyon, kavramsal olarak uygun olduğu durumlarda bağlanarak model yürütülmüştür.

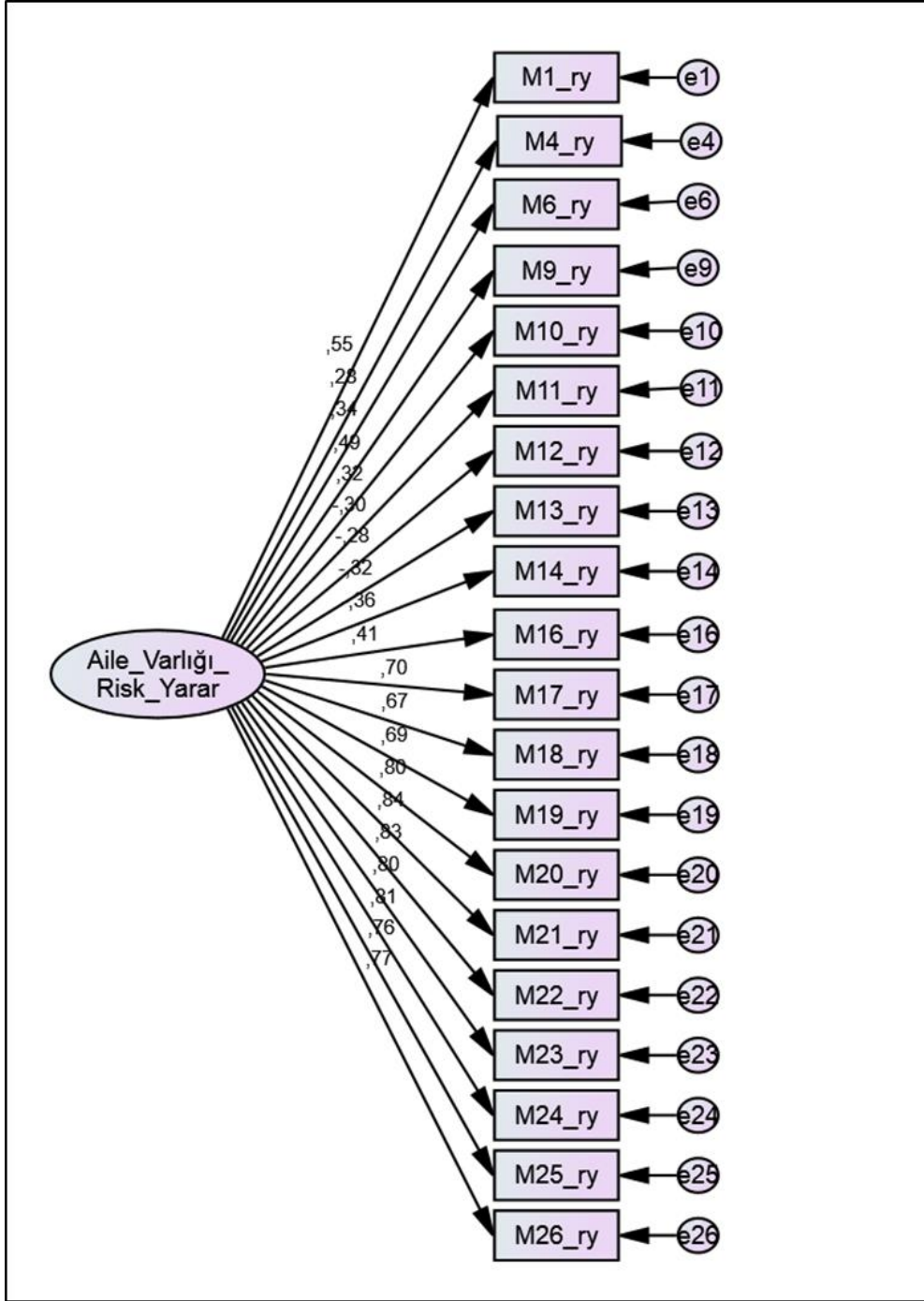
Sonuç olarak toplam 9 maddenin (2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12 ve 15.) çıkartılmasıyla yapının 17 madde ve tek boyuttan oluştuğu ve modelin uyum indeks değerleri de incelendiğinde ölçüm modelinin doğrulandığı görülmüştür (Tablo 12, Tablo 14). Doğrulanmış ölçüm modeli aşağıda Tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 13. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeğinin maddelerine ilişkin faktör yük değerleri (İlk hal)

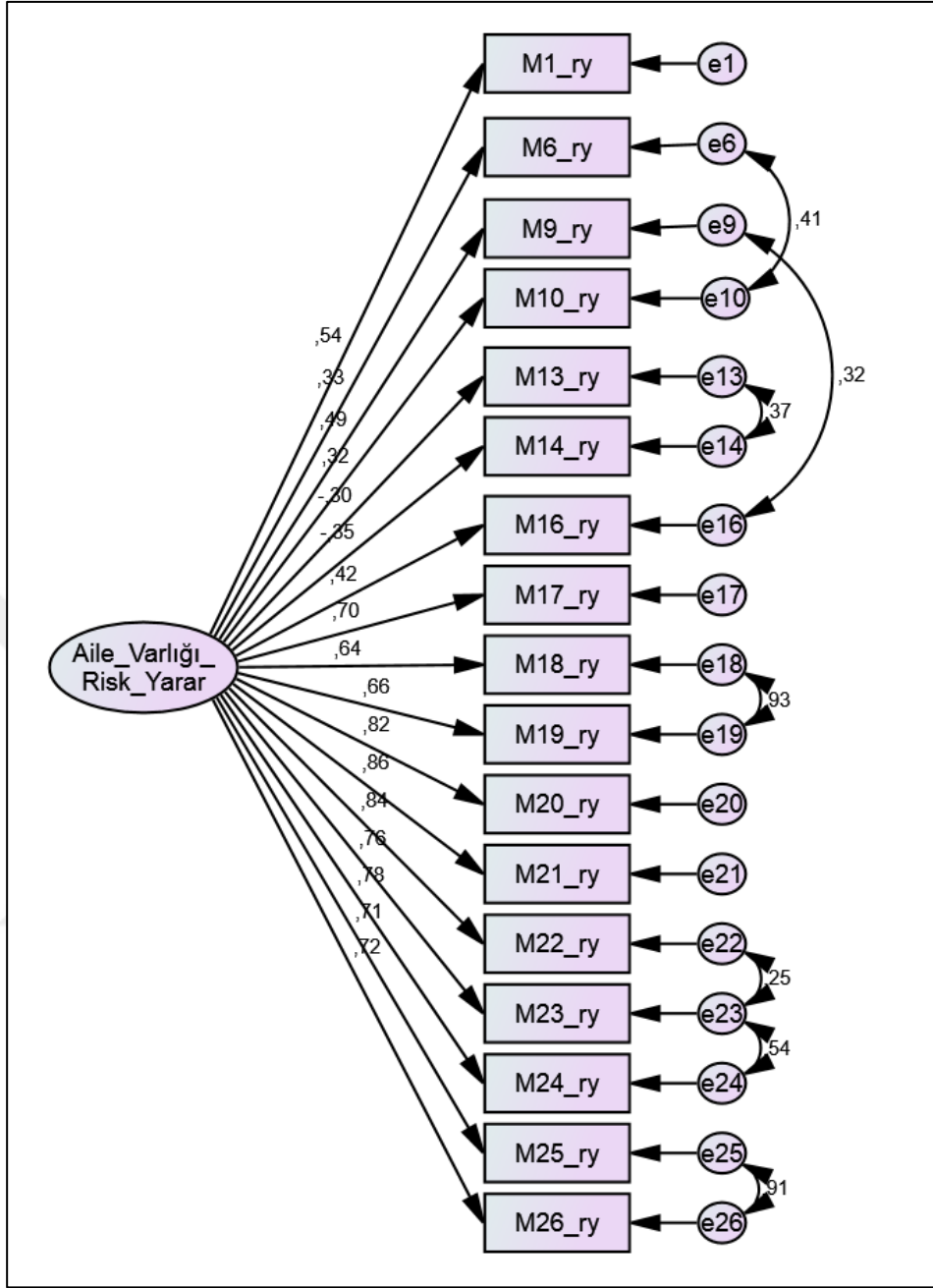
Madde	İfadeler	Faktör Yükü (İlk Hal)	Faktör Yükü (Son Hal)
M1	Yakınlarından biri resüsite edilirken aile üyelerine odada bulunma seçeneği sunulmalıdır.	0,606	0,602
M2	<i>Aile üyeleri resüsitasyon işlemine tanıklık ederlerse panik olabilirler. (ters)</i>	Yok	-
M3	<i>Aile üyeleri, bir resüsitasyon işlemi izlemenin uzun vadede duygusal etkisine alışmakta zorlanacaklardır. (ters)</i>	Yok	-
M4	Resüsitasyon ekibi, resüsitasyona tanıklık eden aile üyeleri ile tanıklık etmeyenlere göre yakın ilişki kurabilirler.	0,316	0,320
M5	<i>Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyeleri ortamda olursa doğru şeyleri yapma konusunda daha endişeli olurum. (ters)</i>	Yok	-
M6	Sevdiğim biri resüsite edilirken, odada bulunmak isterim	0,410	0,410
M7	<i>Hastalar bir resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunmasını istemezler. (ters)</i>	Yok	-
M8	<i>Aile üyelerinin ortamda bulunması durumunda resüsitasyon ekibi daha fazla çaba gösterecektir. (ters)</i>	Yok	-
M9	Başarısız resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyeleri yas tutma sürecini daha kolay atlatacaklardır.	0,560	0,562
M10	Sevdiğim biri resüsite edilirken hemşire olduğum için orada bulunmama izin verilmelidir.	0,387	0,562
M11	Aile üyeleri, resüsitasyon işlemine tanıklık ederlerse işlerin aksamasına neden olurlar. (ters)	-0,411	0,386
M12	Resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyelerinin dava açma ihtimali daha yüksektir. (ters)	-0,362	-0,384
M13	Aile üyeleri ortamda olduğu takdirde resüsitasyon ekibi işini gerektiği gibi yapamayacaktır. (ters)	-0,412	-0,347
M14	Birlikte çalıştığım hemşireler resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunmasını desteklemiyorlar (ters)	-0,454	-0,389
M15	<i>Çalıştığım birimdeki aile üyeleri resüsitasyon işlemi sırasında odada bulunmayı tercih ederler.</i>	Yok	-
M16	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması hastalar için yararlıdır.	0,482	0,476
M17	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması aileler için faydalıdır.	0,742	0,744
M18	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması hemşireler için faydalıdır.	0,704	0,705
M19	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması doktorlar için faydalıdır.	0,717	0,718
M20	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması aile merkezli bakımın bir parçası olmalıdır.	0,800	0,808
M21	Hastanın hastane bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	0,810	0,816
M22	Ailenin hastane bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	0,799	0,810
M23	Hemşirenin hasta ve ailenin bakımını optimal düzeyde sağlamaya yönelik memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	0,764	0,770
M24	Doktorun optimum hasta ve aile bakımı sağlamaya yönelik memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	0,786	0,795
M25	Tüm hastaların sahip olması gereken bir haktır.	0,746	0,766
M26	Tüm aile üyelerinin sahip olması gereken bir haktır.	0,758	0,776

Tablo 14. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeğinin maddelerine ilişkin faktör yük değerleri (Son hali)

Madde	İfadeler	Faktör Yüğü (İlk Hal)	Faktör Yüğü (Son Hal)
M1	Yakınlarından biri resüsite edilirken aile üyelerine odada bulunma seçeneğı sunulmalıdır.	0,547	0,545
M4	<i>Resüsitasyon ekibi, resüsitasyona tanıklık eden aile üyeleri ile tanıklık etmeyenlere göre yakın ilişki kurabilirler.</i>	0,279	-
M6	Sevdiğim biri resüsite edilirken, oda da bulunmak isterim	0,337	0,329
M9	Başarısız resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyeleri yas tutma sürecini daha kolay atlatacaklardır.	0,486	0,486
M10	Sevdiğim biri resüsite edilirken hemşire olduğum için orada bulunmama izin verilmelidir.	0,324	0,324
M11	<i>Aile üyeleri, resüsitasyon işlemine tanıklık ederlerse işlerin aksamasına neden olurlar.</i>	-0,303	-
M12	<i>Resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyelerinin dava açma ihtimali daha yüksektir.</i>	-0,281	-
M13	Aile üyeleri ortamda olduğu takdirde resüsitasyon ekibi işini gerektiğı gibi yapamayacaktır.	-0,324	-0,300
M14	Birlikte çalıştığım hemşireler resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunmasını desteklemiyorlar	-0,364	-0,349
M16	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması hastalar için yararlıdır.	0,408	0,421
M17	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması aileler için faydalıdır	0,702	0,705
M18	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması hemşireler için faydalıdır	0,670	0,638
M19	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması doktorlar için faydalıdır	0,690	0,661
M20	Aile merkezli bakımın bir parçası olmalıdır.	0,799	0,82
M21	Hastanın hastane bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	0,84	0,861
M22	Ailenin hastane bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	0,826	0,839
M23	Hemşirenin hasta ve ailenin bakımını optimal düzeyde sağlamaya yönelik memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	0,795	0,761
M24	Doktorun optimum hasta ve aile bakımı sağlamaya yönelik memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	0,812	0,784
M25	Tüm hastaların sahip olması gereken bir haktır.	0,761	0,714
M26	Tüm aile üyelerinin sahip olması gereken bir haktır.	0,767	0,722



Şekil 5. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği' nin ölçüm modeli ilk hal path diyagramı



Şekil 6. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği' nin ölçüm modeli son hal path diyagramı

Şekil 6 incelendiğinde 17 madde tek boyut ile doğrulanan ölçüm modelinin, modelin hangi maddelerinden oluştuğu görülmektedir. Diğer yandan tek yönlü oklar üzerindeki yollara ait standardize regresyon katsayıları başka bir deyişle faktör yükleri görülmektedir. Her bir maddenin faktör yükü ayrıntılı olarak incelenmiş ve 0,30'un altında değer bulunmadığı görülmüştür. Bu doğrultuda, M21 ifadesinin 0,86'lık değeri ile ölçeğin en güçlü göstergesi olduğu görülmektedir.

Aile Varlığı Özgüven Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

Tablo 15. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği Doğrulayıcı Faktör analizi model uyum indeksleri

	Modelin Uyum İndeks Değerleri (İlk Hal)	Modelin Uyum İndeks Değerleri (Son Hal)	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
χ^2/sd	15,349	5,475	$\leq 3(4-5)$
GFI	0,568	0,867	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
IFI	0,444	0,853	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
NFI	0,680	0,938	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
NNFI (TLI)	0,650	0,918	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
CFI	0,694	0,854	$\geq 0,95$ ($\geq 0,90$)
RMSEA	0,184	0,08	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
SRMR	0,112	0,07	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)

χ^2/sd : Ki-Kare İstatistiği, **GFI**: İyilik Uyum İndeksi, **IFI**: Fazlalık Uyum İndeksi, **TLI**: Trucker-Lewis İndeksi, **CFI**: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, **RMSEA**: Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü, **SRMR**: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karakökü

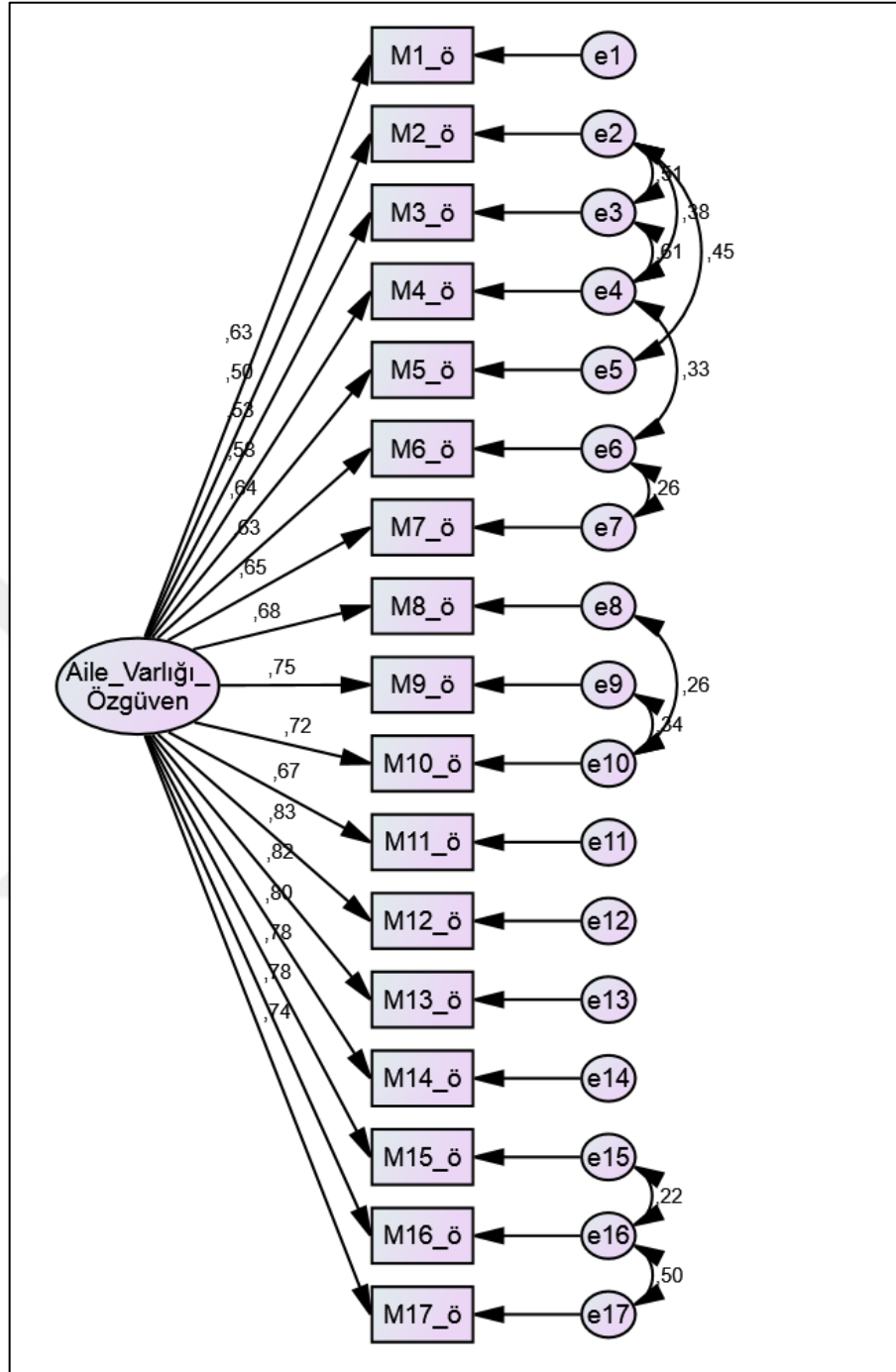
Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin ölçüm modelinin uyum indeks değerleri Tablo 15'de sunulmaktadır. Tablo 15 incelendiğinde 17 madde ve tek boyuttan oluşan Aile Varlığı Özgüven Ölçeği için oluşturulan ölçüm modelinin ilk hali için uyum indeksleri incelendiğinde tüm modifikasyon katsayılarının uyum sağlamadığı belirlenmiştir. Bu nedenle model iyileştirme çalışmaları yapılmıştır. Öncelikle maddelerin faktör yük değerleri incelenmiş ve modele katkısı olmayan madde görülmüştür (Tablo 16). Bu nedenle ikinci aşamada modifikasyon indeksleri tablosuna bakılmış, modelde yapılacak olası değişiklikler için ki-kare düşüş değerleri ("M.I."değerleri) incelenmiştir. En yüksek "M.I." değerinin göstermiş olduğu modifikasyon, kavramsal olarak uygun olduğu durumlarda bağlanarak model yürütülmüştür. Modelin uyum indeks değerleri de incelenerek ölçüm modelinin doğrulandığı görülmüştür (Tablo 15). Aile Varlığı Özgüven Ölçeğinin doğrulanan ölçüm modeli Şekil 7'de sunulmuştur.

Tablo 15 incelendiğinde ilk olarak en yaygın olarak kullanılan uyum indeksi ki-kare (χ^2) uyum iyiliği testi ve p değeri incelenmiş, modelin anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Ancak ki-kare değeri örneklem büyüklüğüne çok duyarlı olduğundan, model ile veri arasındaki uyumu değerlendirmede bu değer tek başına yeterli görülmemiştir. Bu nedenle diğer uyum değerlerine de bakılmıştır. Ölçüm modeli

için elde edilen uyum indeks değerleri incelendiğinde ise χ^2/sd , GFI, AGFI, NFI, NNFI, CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin kabul edilebilir uyum sağladığı belirlenmiştir.

Tablo 16. Aile Varlığı Özgüven Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Faktör Yük Değerleri

Madde	İfadeler	Faktör Yüğü
M1	Aile üyeleri odadayken resüsitasyon işlemi ile ilgili bilgi verebilirim.	0,696
M2	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında ilaç tedavileri uygulayabilirim.	0,619
M3	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında elektriksel tedavileri uygulayabilirim.	0,647
M4	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında göğüs kompresyonu uygulayabilirim.	0,686
M5	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında diğer sağlık ekibi üyeleriyle etkin bir şekilde iletişim kurabilirim.	0,741
M6	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında hastanın onurunu/haysiyetini koruyabilirim.	0,722
M7	Resüsitasyon işlemi sırasında orada bulunabilecek ve uygun başa çıkma davranışlarını sergileyebilecek aile üyelerini belirleyebilirim.	0,717
M8	Aile üyelerini yakınlarına resüsitasyon işlemi yapılacak alana girmeleri için hazırlayabilirim.	0,719
M9	Resüsitasyon işlemi sırasında resüsitasyon işlemine katılan doktorlardan ailenin ortamda bulunması konusunda destek alabilirim.	0,741
M10	Aile üyelerine, resüsitasyonu işlemi sırasında odaya girerken eşlik edebilirim.	0,744
M11	Ortamda bir aile üyesinin bulunduğunu resüsitasyon ekibine bildirebilirim.	0,722
M12	Yakınlarının resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyeleri için rahatlatıcı önlemler alabilirim.	0,793
M13	Yakınlarının resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyelerinin ruhsal ve duygusal gereksinimlerini tanımlayabilirim.	0,776
M14	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerini hastayla konuşmaları konusunda cesaretlendirebilirim.	0,764
M15	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerine destek olmaları konusunda diğer hemşireler arasında görev dağılımı yapabilirim.	0,771
M16	Yakınlarının resüsitasyon işleminden sonra aileden bilgi alabilirim.	0,771
M17	Eğer gerekirse, resüsitasyon sonrasında aile üyelerinin yas tutma sürecini koordine edebilirim.	0,724



Şekil 7. Aile Varlığı Özgüven Ölçeğinin Ölçüm Modeli

Şekil 7’ de 7 madde tek boyut ile doğrulanan ölçüm modeli incelendiğinde, modelin hangi maddelerden oluştuğunu ve diğer yandan tek yönlü oklar üzerindeki yollara ait standardize regresyon katsayıları, başka bir deyişle faktör yükleri görülmektedir. Her bir maddenin faktör yükü ayrıntılı olarak incelenmiş ve 0,40’ın

altında değer bulunmadığı görülmüştür. Buna göre; M12 ifadesinin ise 0,83'lük değerinin ölçeğin en güçlü göstergesi olduğu belirlenmiştir.

4.2. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri

4.2.1. Test -Tekrar Test / Değişmezlik Güvenirliği

Test-tekrar test güvenirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Test tekrar test yöntemi, bir ölçeğin tutarlılığını belirlemek amacıyla, farklı zaman dilimlerinde, aynı bireylere aynı şartlar altında tekrar yapılması esasına dayanmaktadır (Karagöz, 2017). Test-tekrar test güvenirliğini belirlemek amacıyla iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır (Karasar, 2018). Elde edilen değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması güvenirliğinde aynı derece yüksek olduğu anlamına gelir.

Bu çalışmada 427 hemşireye uygulanan Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği, bu örneklem içinden seçilen 93 kişiye iki hafta arayla tekrar uygulanmıştır. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Katsayısı ile incelenmiştir. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin test-tekrar test sonuçları sınıf içi korelasyon katsayısı ile incelendiğinde, ölçeklerin toplam puanları ile test-tekrar test sonucu elde edilen puanlar arasındaki uyumlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Bu ilişkiye ait korelasyon değerleri ve puan ortalamaları Tablo 17'de sunulmuştur. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği toplam puanı ile test-tekrar test arasında sırasıyla %82,5 ve %93,5'lik pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,001$). Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği ile test-tekrar testten elde edilen puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı bağımlı örneklem t testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 17) ($p > 0,05$). Bu bulgular Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin test-tekrar test sonuçları ile benzer olduğunu göstermekte birlikte ölçeklerin zamana karşı değişmezliğini ve tutarlılığını desteklemektedir.

Tablo 17. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği test tekrar test puanları arasındaki Pearson korelasyon katsayısı, anlamlılığı ve puan ortalamaları (n:93)

Ölçekler	Puanlar ortalamaları		Analiz sonuçları			
	Test	Tekrar Test	t	P	R	P
Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği	34,17	34,68	-0,781	0,437	0,825	<0,001
Aile Varlığı Özgüven Ölçeği	51,31	52,40	-1,681	0,096	0,935	

t=Bağımlı Örneklem T Testi r= Pearson Korelasyon Katsayısı

4.2.2. İç tutarlılık

Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin iç tutarlılığı Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı ve madde toplam puan korelasyon katsayıları ile değerlendirilmiştir.

Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları

Ölçme araçlarının iç tutarlılığını gösteren diğer bir yöntemde madde toplam puan korelasyon katsayılarının hesaplanmasıdır. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyon katsayılarına ilişkin bulgular Tablo 18'de sunulmuştur. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği madde toplam puan korelasyon katsayılarının 0,308 ile 0,760 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu çalışmada Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nin 17 maddeden her birinin çıkarılması durumunda Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı değerlerinin daha yüksek bir değer alamayacağı belirlenmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nin 18 madde ile iç tutarlılığının yüksek olduğu görülmüştür (Cronbach $\alpha > 0,700$).

Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyon katsayılarına ilişkin bulgular Tablo 19'da sunulmuştur. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği madde toplam puan korelasyon katsayılarının 0,590 ile 0,748 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu çalışmada Aile Varlığı Özgüven Ölçeğinde 17 maddeden her birinin çıkarılması durumunda Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı değerinin daha yüksek bir değer alamayacağı belirlenmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin 17 madde ile iç tutarlılığının yüksek olduğu görülmüştür (Cronbach $\alpha > 0,700$).

Tablo 18. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nin Madde Toplam Puan Korelasyon

Madde Sayısı	Ölçek Maddeleri	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach α
M1	Yakınlarından biri resüsite edilirken aile üyelerine odada bulunma seçeneği sunulmalıdır.	0,561	0,907
M6	Sevdiğim biri resüsite edilirken, odada bulunmak isterim	,0395	0,913
M9	Başarısız resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyeleri yas tutma sürecini daha kolay atlatacaklardır.	0,533	0,908
M10	Sevdiğim biri resüsite edilirken hemşire olduğum için orada bulunmama izin verilmelidir.	0,375	0,913
M13	Aile üyeleri ortamda olduğu takdirde resüsitasyon ekibi işini gerektiği gibi yapamayacaktır.	0,308	0,914
M14	Birlikte çalıştığım hemşireler resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunmasını desteklemiyorlar.	0,391	0,911
M16	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması hastalar için yararlıdır.	0,432	0,911
M17	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması aileler için faydalıdır.	0,687	0,904
M18	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması hemşireler için faydalıdır.	0,645	0,904
M19	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması doktorlar için faydalıdır.	0,657	0,904
M20	Aile merkezli bakımın bir parçası olmalıdır.	0,751	0,901
M21	Hastanın hastane bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	0,760	0,901
M22	Ailenin hastane bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	0,748	0,902
M23	Hemşirenin hasta ve ailenin bakımını optimal düzeyde sağlamaya yönelik memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	0,698	0,903
M24	Doktorun optimum hasta ve aile bakımı sağlamaya yönelik memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	0,728	0,902
M25	Tüm hastaların sahip olması gereken bir haktır.	0,701	0,903
M26	Tüm aile üyelerinin sahip olması gereken bir haktır.	0,716	0,902

Tablo 19. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Madde Toplam Puan Korelasyon

Madde Sayısı	Ölçek Maddeleri	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach α
M1	Aile üyeleri odadayken resüsitasyon işlemi ile ilgili bilgi verebilirim.	0,657	0,941
M2	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında ilaç tedavileri uygulayabilirim.	0,590	0,943
M3	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında elektriksel tedavileri uygulayabilirim.	0,616	0,942
M4	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında göğüs kompresyonu uygulayabilirim.	0,655	0,942
M5	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında diğer sağlık ekibi üyeleriyle etkin bir şekilde iletişim kurabilirim.	0,712	0,940
M6	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında hastanın onurunu/haysiyetini koruyabilirim.	0,689	0,941
M7	Resüsitasyon işlemi sırasında orada bulunabilecek ve uygun başa çıkma davranışlarını sergileyebilecek aile üyelerini belirleyebilirim.	0,679	0,941
M8	Aile üyelerini yakınlarına resüsitasyon işlemi yapılacak alana girmeleri için hazırlayabilirim.	0,675	0,941
M9	Resüsitasyon işlemi sırasında resüsitasyon işlemine katılan doktorlardan ailenin ortamda bulunması konusunda destek alabilirim.	0,691	0,941
M10	Aile üyelerine, resüsitasyonu işlemi sırasında odaya girerken eşlik edebilirim.	0,696	0,941
M11	Ortamda bir aile üyesinin bulunduğunu resüsitasyon ekibine bildirebilirim.	0,683	0,941
M12	Yakınlarının resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyeleri için rahatlatıcı önlemler alabilirim.	0,748	0,940
M13	Yakınlarının resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyelerinin ruhsal ve duygusal gereksinimlerini tanımlayabilirim.	0,730	0,940
M14	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerini hastayla konuşmaları konusunda cesaretlendirebilirim.	0,716	0,940
M15	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerine destek olmaları konusunda diğer hemşireler arasında görev dağılımı yapabilirim.	0,726	0,940
M16	Yakınlarının resüsitasyon işleminden sonra aileden bilgi alabilirim.	0,724	0,940
M17	Eğer gerekirse, resüsitasyon sonrasında aile üyelerinin yas tutma sürecini koordine edebilirim.	0,670	0,941

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin dil ve kapsam geçerliği tamamlandıktan sonra, araştırma kapsamına alınmayan örneklem grubu ile aynı özellikleri taşıyan 50 kişilik hemşire grubuna ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında Aile Varlığı Risk-Yarar ve Aile Varlığı Özgüven ölçeklerinin

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı sırasıyla 0,852 ve 0,955 olarak saptanmıştır. Daha sonra gerekli düzenlemeler yapılarak Aile Varlığı Risk-Yarar ve Aile Varlığı Özgüven ölçeklerinin son hali verilmiştir. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeğinin yapı geçerliği 17 madde, Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin yapı geçerliği 17 madde ile doğrulanan ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach Alfa Güvenirlik katsayısı ile incelenerek Tablo 20'de sunulmuştur. Ölçeklerin güvenirliliğinin oldukça iyi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Türkçe formunun hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığına ilişkin risk/yarar algılarını ve özgüvenlerini ölçmede Türk toplumu için geçerli ve güvenilir ölçme araçları olduğu saptanmıştır (Ek-2).

Tablo 20. Aile Varlığı Risk-Yarar ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach Alfa(α)	Güvenilirlik Düzeyi
Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği	17	0,911	Mükemmel derecede güvenilir.
Aile Varlığı Özgüven Ölçeği	17	0,944	Mükemmel derecede güvenilir.

4.3.Nicel Bulgular

4.3.1.Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 21'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %94,6'sını kadın, %5,4'ünü erkeklerin oluşturduğu, %71,7'sinin evli, %65,6'sının çocuk sahibi olduğu, %85,0'ının lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması 33,45±6,67, aylık gelir ortalaması ise 5.766,39 TL'dir. Hemşirelerin %24,1'inin sağlık sorununun olduğu, %25,2'sinin diabetes mellitus ve %38,8'inin kalp hastalıkları tanısı aldığı belirlenmiştir

Tablo 21. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n:427)

Özellikler		n	%
Yaş grupları 33,45±6,67 yaş	20-25 yaş	59	13,8
	26-31 yaş	125	29,3
	32-37 yaş	113	26,5
	38-43 yaş	99	23,2
	44 yaş ve üstü	31	7,2
Cinsiyet	Kadın	404	94,6
	Erkek	23	5,4
Medeni durum	Evli	306	71,7
	Bekar	121	28,3
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	280	65,6
	Hayır	147	34,4
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	18	4,2
	Ön Lisans	26	6,1
	Lisans	363	85,0
	Yüksek Lisans	20	4,7
Gelir durumu 5766,4±1980,14	1500-3499 TL	36	8,4
	3500-5499 TL	170	39,8
	5500-7499 TL	122	28,6
	7500-9499 TL	82	19,2
	9500-12000 TL	17	4,0
Sağlık sorununa sahip olma durumu	Evet	103	24,1
	Hayır	324	75,9
*Sahip olunan sağlık sorunları (n:103)	Kalp Hastalıkları	40	38,8
	Diabetes Mellitus	26	25,2
	Fibromiyalji	15	14,6
	Fıtık	14	13,6
	Psikiyatrik Hastalıklar	9	8,7
	Migren	6	5,8
	Kanser	5	4,9
	Diğer	1	1,0

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 22’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %79,6’sının kadrolu olarak görev yaptığı, %93,2’sinin servis hemşiresi olarak çalıştığı, %53’ünü 1-10 yıl arası mesleki deneyime sahip olduğu,

%50,8'inin bulunduğu serviste 1-5 yıl arası çalıştığı, %85,2'sinin vardiyalı olarak görev yaptığı, %44,0'ının rastlantı sonucu bulunduğu serviste çalıştığı ve %46,4'ünün bulunduğu serviste çalışmaktan memnun olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin buldukları serviste çalışan hemşire sayısı ortalaması 15,65±6,71, haftalık toplam çalışma saati ortalaması 40 (33-50), günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısı 20 (1-100) olarak belirlenmiştir.

Tablo 22. Hemşirelerin mesleki özelliklerinin dağılımı (n:427)

Özellikler		n	%
Çalışma statüsü	Kadrolu	340	79,6
	Sözleşmeli	87	20,4
Servisteki görevi	Servis hemşiresi	398	93,2
	Servis sorumlu hemşiresi	29	6,8
Çalıştığı servis	Dahili birimler	179	41,9
	Yoğun bakım	134	31,4
	Cerrahi birimler	114	26,7
Kaç yıldır hemşire olarak çalıştığı 11,39±7,10	1-10 yıl	226	53
	11-21 yıl	156	36,5
	22-32 yıl	45	10,5
Çalıştığı serviste kaç yıldır hemşire olarak çalıştığı 6,68±4,87	1-5 yıl	217	50,8
	6-10 yıl	145	34,0
	11-15 yıl	40	9,3
	16 yıl ve üzeri	25	5,9
Servisinde çalışan toplam hemşire sayısı 15,65±6,71	5-10 hemşire	116	27,2
	11-16 hemşire	158	37,0
	17-22 hemşire	63	14,7
	23 hemşire ve üzeri	90	21,1
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	58	13,6
	Vardiyalı	364	85,2
	Diğer	5	1,2
Haftada toplam kaç saat çalıştığı 40 (33-55)	33-39 saat	2	0,4
	40-46 saat	379	88,8
	47-51 saat	46	10,8

Tablo 22. Hemşirelerin mesleki özelliklerinin dağılımı (devamı)

Özellikler		n	%
Günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısı 20(1-100)	0-10 hasta	139	32,6
	11-21 hasta	112	26,2
	22-32 hasta	124	29,0
	33-43 hasta	23	5,4
	44 hasta ve üzeri	29	6,8
Bulunduğu serviste çalışma nedeni	İsteyerek	135	31,6
	Eleman yetersizliği	83	19,4
	Rastlantı sonucu	188	44,0
	Diğer	21	5,0
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	198	46,4
	Memnun değil	44	10,3
	Kısmen memnun	185	43,3

Hemşirelerin aile varlığında resüsitasyona ilişkin düşüncelerinin dağılımı Tablo 23’de sunulmuştur. Hemşirelerin %91,1’inin mezuniyet sonrası resüsitasyon konusunda eğitim aldığı, %75,2’sinin resüsitasyon ile ilgili güncel gelişmeleri izlediği, resüsitasyon ile ilgili güncel gelişmeleri %56,4’ünün internetten takip ettiği saptanmıştır. Hemşirelerin %77,5’inin kendileri resüsite edilirken aile üyelerinin odada bulunmasını istemediği, %54,3’ünün aile üyelerinden birinin resüsite edilmesi durumunda yanında bulunmak istemediği, %87,4’ünün aile üyelerinden biri resüsite edilirken yanlarında bulunmadığı, aile üyelerinden biri resüsite edilirken hemşirelerin %68,5’inin üzüntü, %74,1’inin çaresizlik, %42,6’sının korku ve %46,3’ünün kaygı yaşadığı saptanmıştır.

Hemşirelerin, %76,8’inin resüsitasyon girişimi sırasında aile üyesinin odada bulunması konusundaki kararı doktorun vermesi gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir. Hemşirelerin %98,8’inin çalıştığı kurumda aile tanıklı resüsitasyon konusyla ilgili hazırlanmış bir protokolün olmadığı, %68,4’ünün resüsitasyon sırasında ailenin hazır bulunması ile ilgili onam formunun hastaya daha önceden imzalatılması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır. Hemşirelerin %97,9’unun daha önce resüsitasyon işlemleri sırasında aile üyelerinden birini odada hazır bulunması için davet etmediği, %76,8’inin resüsitasyon sırasında hasta yakınlarının odada hazır bulunmasının ekip iletişimini bozacağını, %52,9’unun dava edilme riskini artıracığını, %71,4’ünün sağlık bakım profesyonellerinin darp ve saldırıya maruz kalma riskini yükselteceğini, %73,3’ünün

stresi arttırabileceğini düşündüğü, %85,5'inin hasta yakınlarına yapılan resüsitasyon işlemleri hakkında bilgi verilmesi gerektiğini ifade ettiği, %77,5'inin çalıştığı serviste gerçekleştirilen resüsitasyon işlemleri sırasında aile üyelerinden birinin odada hastanın yanında olma talebinde bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Hemşirelerin aile varlığında resüsitasyona ilişkin düşüncelerinin dağılımı (n:427)

Özellikler		n	%
Mezuniyet sonrası resüsitasyon konusunda eğitim alma durumu	Evet	389	91,1
	Hayır	38	8,9
Resüsitasyon ile ilgili güncel gelişmeleri takip etme durumu	Evet	321	75,2
	Hayır	106	24,8
*Cevabı evet ise güncel gelişmeleri hangi kaynaklardan takip ettiği (n:321)	İnternet	181	56,4
	Hemşirelikle ilgili dergiler	119	37,1
	Kongre ve sempozyumlar	76	23,7
	Bakanlığın gönderdiği genelge ve talimatlar	72	22,4
	Dernekler	62	19,3
	Tıpla ilgili dergiler	50	15,6
Kendisinin resüsite edilmesi durumunda aile üyelerini odada isteme durumu	Evet	59	13,8
	Hayır	331	77,5
	Kararsız	37	8,7
Daha önce aile üyelerinden biri resüsite edilirken orada bulunma durumu	Evet	54	12,6
	Hayır	373	87,4
*Cevabı evet ise aile üyelerinden biri resüsite edilirken yaşadığı duygu/duygular (n:54)	Çaresizlik	40	74,1
	Üzüntü	37	68,5
	Kaygı	25	46,3
	Korku	23	42,6
	Umut	15	27,8
	Hayal kırıklığı	9	16,7
	Yalnızlık	7	13,0
	Heyecan	1	1,9
Aile üyelerinden biri resüsite edilirken orada bulunmayı tercih etme durumu	Evet	84	19,7
	Hayır	232	54,3
	Kararsız	111	26,0

Tablo 23. Hemşirelerin aile varlığında resüsitasyona ilişkin düşüncelerinin dağılımı (devamı)

Özellikler		n	%
*Resüsitasyon girişimi sırasında ailenin hazır bulunması konusunda kararı kimin vermesi gerektiği ile ilgili düşünceleri	Doktor	328	76,8
	Hemşire	194	45,4
	Hasta	90	21,1
	Aile üyeleri	80	18,6
	Diğer	9	2,1
Çalıştığı kurumda aile tanıklı resüsitasyon konusunda hazırlanmış bir protokol bulunma durumu	Evet	5	1,2
	Hayır	422	98,8
Resüsitasyonda ailenin varlığı ile ilgili onam formunun önceden hastaya imzalatılması konusundaki düşünceleri	Evet	292	68,4
	Hayır	135	31,6
Çalıştığı serviste gerçekleştirilen resüsitasyon işlemleri sırasında daha önce aile üyelerinden birini odada hazır bulunması için davet etme durumu	Evet	9	2,1
	Hayır	418	97,9
*Resüsitasyon sırasında hasta yakınlarının odada hazır bulunması ile ilgili düşünceleri	Ekip iletişimini bozar	328	76,8
	Stresi artırır	313	73,3
	Sağlık bakım profesyonellerinin darp ve saldırıya maruz kalma riskini artırır	305	71,4
	Zaman kaybını artırır	282	66,0
	Gereksiz müdahalelere neden olur	251	58,8
	Dava edilme riskini artırır	226	52,9
	Hasta yakınları ile olan iletişim ve işbirliğini güçlendirir	60	14,1
Dava edilme riskini azaltır	22	5,2	
Resüsite edilen hasta yakınlarına resüsitasyon işlemi hakkında bilgi verilmesi konusundaki düşünceleri	Evet	365	85,5
	Hayır	62	14,5
Daha önceden aile üyelerinden birinin resüsitasyonda odada hastanın yanında bulunmayı isteme durumu	Evet	96	22,5
	Hayır	331	77,5

*Birden fazla cevap verilmiştir.

4.3.2. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) değerleri Tablo 24'de sunulmuştur. Bu doğrultuda araştırma kapsamına alınan hemşirelerin Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği' nin toplam puan ortalaması $35,9 \pm 11,5$ (17-74) olarak belirlendi. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nden en yüksek puanı "Sevdiğim biri resüsite edilirken, odada bulunmak isterim" ($4,0 \pm 1,1$) ve "Tüm hastaların sahip olması gereken bir haktır" ($4,1 \pm 1,0$)

maddelerinden aldıkları, en düşük puanı ise “Aile üyeleri ortamda olduğu takdirde resüsitasyon ekibi işini gerektiği gibi yapamayacaktır” (1,8±1,0) ve “Birlikte çalıştığım hemşireler resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunmasını desteklemiyorlar” (1,8±1,1) maddelerinden aldıkları belirlenmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nin maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

Madde Sayısı	İfadeler	A.O ± S.S	Ortanca (Min- Max)
M1	Yakınlarından biri resüsite edilirken aile üyelerine odada bulunma seçeneği sunulmalıdır.	2,5±1,3	2 (1-5)
M6	Sevdiğim biri resüsite edilirken, odada bulunmak isterim.	4,0±1,1	4 (1-5)
M 9	Başarısız resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyeleri yas tutma sürecini daha kolay atlatacaklardır.	2,1±1,0	2 (1-5)
M10	Sevdiğim biri resüsite edilirken hemşire olduğum için orada bulunmama izin verilmelidir.	2,8±1,1	3 (1-5)
M 13	Aile üyeleri ortamda olduğu takdirde resüsitasyon ekibi işini gerektiği gibi yapamayacaktır	1,8±1,0	1 (1-5)
M14	Birlikte çalıştığım hemşireler resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunmasını desteklemiyorlar.	1,8±1,1	2 (1-5)
M 16	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması hastalar için yararlıdır.	2,1±1,0	2 (1-5)
M 17	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması aileler için faydalıdır.	2,2±1,0	2 (1-5)
M 18	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması hemşireler için faydalıdır.	2,1±0,9	2 (1-5)
M 19	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması doktorlar için faydalıdır.	2,1±1,0	2 (1-5)
M 20	Aile merkezli bakımın bir parçası olmalıdır.	2,4±1,1	2 (1-5)
M 21	Hastanın hastane bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	2,4±1,1	2 (1-5)
M 22	Ailenin hastane bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	2,5±1,3	2 (1-5)
M 23	Hemşirenin hasta ve ailenin bakımını optimal düzeyde sağlamaya yönelik memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	2,1±1,1	2 (1-5)
M 24	Doktorun optimum hasta ve aile bakımı sağlamaya yönelik memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	2,9±1,2	3 (1-5)
M 25	Tüm hastaların sahip olması gereken bir haktır.	4,1±1,0	4 (1-5)
M 26	Tüm aile üyelerinin sahip olması gereken bir haktır	3,9±1,0	4 (1-5)

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği toplam puanı Tablo 25’de karşılaştırılmıştır. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği toplam puan ortalamasının hemşirelerin eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği, sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği puan ortalamasının ön lisans, lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden daha

düşük olduğu ve aile varlığını riskli algıladıkları belirlenmiştir ($p<0,05$). Bununla birlikte bu araştırmada cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, bir sağlık sorununa sahip olma durumu gibi değişkenlerin Aile Varlığı Risk-Yarar Algısı ölçeği puanını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği puan ortalamaları ile hemşirelerin sosyo- demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		n	A.O. ± S.S	P Değeri Test Değeri
Cinsiyet	Kadın	404	35,9 ± 11,5	p=0,961 t=0,049
	Erkek	23	35,8 ± 11,2	
Yaş grubu	20-25 yaş	59	35,8 ± 12,6	p=0,814 F=0,392
	26-31 yaş	125	34,9 ± 11,9	
	32-37 yaş	113	36,3 ± 10,9	
	38-43 yaş	99	36,4 ± 11,6	
	44 yaş ve üstü	31	36,9 ± 9,3	
Medeni durum	Evli	306	35,3 ± 11,2	p=0,078 t=-1,766
	Bekâr	121	37,5 ± 12,0	
Çocuk sahibi olma durumu	Var	280	35,8 ± 11,3	p=0,845 t=-0,196
	Yok	147	36,1 ± 11,9	
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	18	27,9 ± 8,0 ^A	p=0,013* F=3,627
	Ön Lisans	26	36,4 ± 11,9 ^B	
	Lisans	363	36,1 ± 11,6 ^B	
	Yüksek Lisans	20	39,4 ± 8,3 ^B	
Gelir durumu	1500-3499 TL	36	33,6 ± 13,0	p=0,264 F=1,314
	3500-5499 TL	170	37,4 ± 11,6	
	5500-7499 TL	122	35,0 ± 10,8	
	7500-9499 TL	82	35,2 ± 11,7	
	9500-12000 TL	17	35,9 ± 9,4	
Sağlık sorununa sahip olma durumu	Evet	103	37,4 ± 10,7	p=0,141 t=1,475
	Hayır	324	35,4 ± 11,7	

* $p<0,01$ A.O=Aritmetik Ortalama S.S=Standart Sapma Test İst.=Test İstatistiği
t=Bağımsız Örneklem T Testi F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) p=Anlamlılık Düzeyi

Hemşirelerin mesleki özellikleri ile Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği toplam puanı Tablo 26' da karşılaştırılmıştır. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği toplam puanının hemşirelerin çalıştığı servisteki toplam hemşire sayısına göre farklılık gösterdiği, çalıştığı serviste toplam hemşire sayısı 5- 10 olan hemşirelerin, Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği puan ortalamalarının servisinde çalışan hemşire sayısı 11-16 olan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu ve resüsitasyonda aile varlığını daha yararlı algıladıkları belirlenmiştir ($p<0,05$). Bununla birlikte serviste eleman yetersizliği nedeniyle çalışan hemşirelerde Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve resüsitasyonda aile varlığını daha yararlı algıladıkları saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer

yandan çalışma statüsü, servisteki görev, çalışma şekli, haftalık toplam çalışma saati, hemşire olarak çalışma yılı, bulunduğu serviste çalışma yılı, günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısı, çalıştığı servisten memnun olma durumu gibi değişkenlerin Aile Varlığı Risk Yarar ölçeği puanı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 26. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği puan ortalamaları ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		n	A.O. ± S.S	P Değeri Test Değeri
Çalışma statüsü	Kadrolu	340	36,0 ± 11,5	p=0,738
	Sözleşmeli	87	35,5 ± 11,5	t=0,335
Servisteki görev	Servis hemşiresi	398	35,9 ± 11,5	p=0,570
	Servis sorumlu hemşiresi	29	34,7 ± 11,7	t=0,569
Hemşire olarak çalışma yılı	1-10 yıl	226	35,1 ± 11,9	p=0,271 F=-1,309
	11-21 yıl	156	37,1 ± 11,4	
	22-32 yıl	45	35,8 ± 9,4	
Çalıştığı serviste çalışma yılı	1-5 yıl	217	36,0 ± 12,5	p=0,442 F=-0,899
	6-10 yıl	145	35,2 ± 10,4	
	11-15 yıl	40	38,5 ± 10,8	
	16 yıl ve üzeri	25	35,3 ± 9,9	
Servisinde çalışan toplam hemşire sayısı	5-10 hemşire	116	38,3 ± 11,7 ^A	p=0,011* F=3,781
	11-16 hemşire	158	33,8 ± 11,3 ^B	
	17-22 hemşire	63	35,4 ± 9,1 ^{A-B}	
	23 hemşire ve üzeri	90	36,8 ± 12,5 ^{A-B}	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	58	34,8 ± 10,0	p=0,452
	Vardiyalı	364	36,0 ± 11,8	t=-0,753
Haftalık çalışma saati toplamı	33-45 saat	381	35,9 ± 11,6	p=0,752
	46 saat ve üzeri	46	35,4 ± 10,9	t=-0,316
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	0-10 hasta	139	37,1 ± 11,2	p=0,050 F=2,649
	11-21 hasta	112	36,4 ± 11,5	
	22-32 hasta	124	33,5 ± 10,9	
	33 hasta ve üzeri	52	37,4 ± 13,0	
Bulunduğu serviste çalışma nedeni	İsteyerek	135	36,0 ± 11,0 ^{A-B}	p=0,016* F=3,478
	Eleman yetersizliği	83	38,2 ± 12,0 ^B	
	Rastlantı sonucu	188	35,6 ± 11,2 ^{A-B}	
	Diğer	21	29,4 ± 12,9 ^A	
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	198	35,8 ± 11,7	p=0,842
	Memnun değil	44	35,1 ± 11,9	F=0,172
	Kısmen memnun	185	36,2 ± 11,1	

* $p<0,01$ A.O=Aritmetik Ortalama S.S=Standart Sapma Test İst.=Test İstatistiği
t=Bağımsız Örneklem T Testi F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) p=Anlamlılık Düzeyi

Hemşirelerin aile varlığında resüsitasyona ilişkin düşünceleri ile Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği toplam puanı Tablo 27' de karşılaştırılmıştır. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği toplam puanının resisüsitasyon ile ilgili güncel gelişmeleri takip etme, kendisinin resüsite edilmesi durumunda aile üyelerinin odada bulunmasını isteme, kendi aile üyesinden birisi resüsite edilirken odada bulunmayı tercih etme, resisütasyonda ailenin bulunması ile ilgili onam formunun önceden hastaya imzalatılması konusundaki düşünceleri ile resüsite edilen hastanın yakınlarına resüsitasyon işlemi hakkında bilginin verilmesi durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi.

Bu doğrultuda resüsitasyon ile ilgili güncel gelişmeleri takip etmeyenlerde, kendisinin resüsite edilecek olması durumunda aile üyelerini odada isteyenlerde, kendi aile üyelerinden birinin resüsite edilmesi durumunda orada bulunmayı talep edenlerde, resisütasyonda ailenin bulunması ile ilgili onam formunun hastaya önceden imzalatılmasını destekleyenlerde, resüsite edilen hastanın yakınlarına resüsitasyon işlemi hakkında bilginin verilmesi gerektiğini düşünenlerde Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve resüsitasyonda aile varlığını daha yararlı algıladıkları belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 27).

Bununla birlikte mezuniyet sonrası resüsitasyon ile ilgili eğitim alma durumu, aile üyelerinden birisi resüsite edilirken orada bulunma durumu, resüsitasyon girişimi sırasında ailenin orada hazır bulunması konusunda kararı kimin vermesi gerektiği, resüsitasyonda ailenin bulunması kararını en iyi kimin vereceği, çalıştığı serviste gerçekleştirilen resüsitasyon işlemleri sırasında daha önceden aile üyelerinden birisini odada hazır bulunması için davet etme durumu gibi değişkenlerin Aile Varlığı Risk Yarar Algısı ölçeği puanı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği puan ortalamaları ile hemşirelerin aile varlığında resüsitasyona ilişkin düşüncelerinin karşılaştırılması

Özellikler		n	A.O. ± S.S	P Değeri Test Değeri
Mezuniyet sonrası resüsitasyon ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	389	35,9 ± 11,5	p=0,814
	Hayır	38	36,3 ± 11,2	t=-0,235
Resüsitasyon ile ilgi güncel gelişmeleri takip etme durumu	Evet	321	35,2 ± 11,3	p=0,027*
	Hayır	106	38,0 ± 11,8	t=-2,223
Resüsite edilecek olması durumunda aile üyelerini odada isteme durumu	Evet	59	39,3 ± 13,7 ^A	p=0,007*
	Hayır	331	34,9 ± 11,1 ^B	F=5,023
	Kararsız	37	38,9 ± 9,8 ^{AB}	
Aile üyelerinden birisi resüsite edilirken orada bulunma durumu	Evet	54	37,7 ± 9,6	p=0,221
	Hayır	373	35,6 ± 11,7	t=1,225
	<i>Hasta</i>			
	Evet	90	38,8 ± 9,7	p=0,296
	Hayır	337	35,1 ± 11,8	t=1,046
	<i>Hemşire</i>			
Resüsitasyon girişimi sırasında ailenin orada hazır bulunması konusunda kararı kimin vermesi gerektiği hakkındaki düşünceleri	Evet	194	35,5 ± 10,8	p=0,900
	Hayır	233	36,2 ± 12,0	t=0,125
	<i>Doktor</i>			
	Evet	328	35,6 ± 12,1	p=0,095
	Hayır	99	37,1 ± 9,0	t=-1,672
	<i>Aile üyeleri</i>			
	Evet	80	38,4 ± 11,8	p=0,873
	Hayır	347	35,3 ± 11,4	t=1,160
Resüsitasyon da ailenin bulunması kararını EN İYİ kimin verebileceği hakkındaki düşünceleri	<i>Hasta</i>	33	36,7 ± 11,7	p=0,428
	<i>Hemşire</i>	76	35,5 ± 11,3	F=0,926
	<i>Doktor</i>	283	35,6 ± 11,5	
	<i>Aile üyeleri</i>	35	38,8 ± 11,4	
Resüsitasyon sırasında ailenin bulunması ile ilgili onam formunun önceden hastaya imzalatılması hakkındaki düşünceleri	Evet	292	36,9 ± 11,6	p=0,009*
	Hayır	135	33,8 ± 11,1	t=2,610
Resüsite edilen hastanın yakınlarına resüsitasyon işlemi hakkında bilgi verilmesi hakkındaki düşünceleri	Evet	365	36,4 ± 11,4	p=0,019*
	Hayır	62	32,7 ± 11,3	t=2,364
Çalıştığı serviste resüsitasyon işlemleri sırasında daha önce aile üyelerinden birisini odada hazır bulunması için davet etme durumu	Evet	96	37,3 ± 10,8	p=0,161
	Hayır	331	35,5 ± 11,7	t=1,403
Aile üyelerinden birisi resüsite edilirken orada bulunmayı isteme durumu	Evet	84	40,3 ± 10,7 ^A	p=0,000*
	Hayır	232	34,1 ± 11,9 ^B	F=9,601
	Kararsız	111	36,4 ± 10,4 ^B	

* $p < 0,01$ A.O.=Aritmetik Ortalama S.S=Standart Sapma Test İst.=Test İstatistiği
t=Bağımsız Örneklem T Testi F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) p=Anlamlılık Düzeyi

Hemşirelerin Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği puanına Durumluk-Sürekli Kaygı puanlarının etkilerini belirleyebilmek için uygulanan çoklu doğrusal regresyon analizi

sonuçları Tablo 28’de sunulmuştur. Elde edilen bulgular doğrultusunda regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($F=2,980$; $p>0,05$).

Tablo 28. Durumluk-Sürekli Kaygı puanlarının Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği puanı üzerindeki etkileri ve modeldeki katsayılarının anlamlılığı

Bağımsız Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	T	p	B için 95% Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Sabit	26,637	3,881		6,863	0,000	19,008	34,266
Durumluk Kaygı	0,096	0,076	0,068	10,265	0,207	-0,053	0,245
Sürekli Kaygı	0,119	0,089	0,071	10,336	0,182	-0,056	0,293

Model Özeti:

$R=0,118$; $R^2=0,014$; $Adj. R^2=0,009$; $F= 2,980$; $p=0,052$

Bağımlı Değişken=Aile Varlığı Risk-Yarar Std. Hata=Standart Hata, Adj. R²=Düzeltilmiş R², F=Test İstatistiği p=Anlamlılık Düzeyi

Hemşirelerin Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği puanına, Özgüven Ölçeği puanının etkisini belirleyebilmek için uygulanan basit doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 29’da sunulmuştur. Elde edilen bulgular doğrultusunda regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=17,795$; $p<0,001$). Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeğinde meydana gelen değişimin %4,0’ı ($R^2=0,040$) modele dâhil ettiğimiz Özgüven ölçeği tarafından açıklanmaktadır. Bu doğrultuda, bağımsız değişken olan özgüvenin modeldeki katsayısının anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Özgüven ölçeğinin, Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği puanına negatif etki yaptığı ve özgüven puanındaki 1 birimlik artışın, Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği puanında 0,121 (B) birim azalışa sebep olduğu belirlendi. Buna göre, özgüveni yüksek hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığını daha riskli algıladıkları saptandı.

Tablo 29. Özgüven Ölçeği puanının Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği puanı üzerindeki etkisi ve modeldeki katsayısının anlamlılığı

Bağımsız Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	T	P	B için 95% Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Sabit	51,945	3,843		13,517	0,000	44,391	59,498
Özgüven	-0,121	0,029	-0,200	-40,218	0,000*	-0,178	-0,065

Model Özeti:

$R=0,200$; $R^2=0,040$; $Adj. R^2= 0,038$; $F= 17,795$; $p=0,000^*$

*Bağımlı Değişken=Aile Varlığı Risk-Yarar * $p<0,001$ Std. Hata=Standart Hata, Adj. R²=Düzeltilmiş R², F=Test İstatistiği p=Anlamlılık Düzeyi*

4.3.3. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği' ne İlişkin Bulgular

Aile Varlığı Özgüven Ölçeği maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) değerleri Tablo 30'da sunulmuştur. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin Aile Varlığı Özgüven Ölçeği toplam puan ortalaması $51,5 \pm 14,3$ (17-85) olarak belirlendi. Hemşirelerin Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nden en yüksek puanı "Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında ilaç tedavileri uygulayabilirim" ($3,6 \pm 1,14$) ve "Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında hastanın onurunu/haysiyetini koruyabilirim" ($3,6 \pm 1,18$) maddelerinden aldıkları, en düşük puanı ise "Resüsitasyon işlemi sırasında resüsitasyon işlemine katılan doktorlardan ailenin ortamda bulunması konusunda destek alabilirim." ($2,6 \pm 1,1$) ve "Aile üyelerine, resüsitasyonu işlemi sırasında odaya girerken eşlik edebilirim" ($2,7 \pm 1,2$) maddelerinden aldıkları belirlenmiştir (Tablo 30).

Tablo 30. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

Madde sayısı	İfadeler	A.O ± S.S	Ortanca (Min-Max)
M1	Aile üyeleri odadayken resüsitasyon işlemi ile ilgili bilgi verebilirim.	2,9±1,1	3 (1-5)
M2	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında ilaç tedavileri uygulayabilirim.	3,6±1,1	4 (1-5)
M3	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında elektriksel tedavileri uygulayabilirim.	3,2±1,2	3 (1-5)
M4	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında göğüs kompresyonu uygulayabilirim.	3,4±1,2	4 (1-5)
M5	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında diğer sağlık ekibi üyeleriyle etkin bir şekilde iletişim kurabilirim.	3,3±1,2	4 (1-5)
M6	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında hastanın onurunu/haysiyetini koruyabilirim.	3,6±1,2	4 (1-5)
M7	Resüsitasyon işlemi sırasında orada bulunabilecek ve uygun başa çıkma davranışlarını sergileyebilecek aile üyelerini belirleyebilirim.	3,0±1,1	3 (1-5)
M8	Aile üyelerini yakınlarına resüsitasyon işlemi yapılacak alana girmeleri için hazırlayabilirim.	2,8±1,1	3 (1-5)
M9	Resüsitasyon işlemi sırasında resüsitasyon işlemine katılan doktorlardan ailenin ortamda bulunması konusunda destek alabilirim	2,6±1,1	3 (1-5)
M10	Aile üyelerine, resüsitasyonu işlemi sırasında odaya girerken eşlik edebilirim.	2,7±1,2	3 (1-5)
M11	Ortamda bir aile üyesinin bulunduğunu resüsitasyon ekibine bildirebilirim.	3,4±1,2	4 (1-5)
M12	Yakınlarının resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyeleri için rahatlatıcı önlemler alabilirim.	2,8±1,1	3 (1-5)
M13	Yakınlarının resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyelerinin ruhsal ve duygusal gereksinimlerini tanımlayabilirim.	2,9±1,1	3 (1-5)
M14	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerini hastayla konuşmaları konusunda cesaretlendirebilirim.	2,7±1,1	3 (1-5)
M15	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerine destek olmaları konusunda diğer hemşireler arasında görev dağılımı yapabilirim.	3,0±1,2	3 (1-5)
M16	Yakınlarının resüsitasyon işleminden sonra aileden bilgi alabilirim.	2,9±1,1	3 (1-5)
M17	Eğer gerekirse, resüsitasyon sonrasında aile üyelerinin yas tutma sürecini koordine edebilirim.	2,8±1,1	3 (1-5)

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Aile Varlığı Özgüven ölçeği toplam puanı Tablo 31'de karşılaştırılmıştır. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği toplam puanının hemşirelerin bir sağlık sorununa sahip olma durumu göre farklılık gösterdiği, sağlık sorunu olmayan hemşirelerin Aile Varlığı Özgüven ölçeği puan ortalamalarının sağlık sorunu olan hemşirelerden daha yüksek olduğu ve resüsitasyon sırasında aile varlığında daha özgüvenli oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$). Bununla birlikte cinsiyet,

medeni durum, çocuk sahibi olma durumu gibi değişkenlerin, Aile Varlığı Özgüven Ölçeği puanı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 31. Aile Varlığı Özgüven ölçeği puan ortalamaları ile hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		n	A.O. ± S.S	P Değeri Test Değeri
Cinsiyet	Kadın	404	51,5 ± 14,4	p=0,770
	Erkek	23	50,6 ± 13,2	t=0,292
Yaş grubu	20-25 yaş	59	50,9 ± 12,3	p=0,466 F=0,897
	26-31 yaş	125	50,3 ± 15,3	
	32-37 yaş	113	53,5 ± 14,1	
	38-43 yaş	99	51,3 ± 13,6	
	44 yaş ve üstü	31	50,3 ± 16,7	
Medeni durum	Evli	306	50,9 ± 14,8	p=0,230
	Bekar	121	52,8 ± 12,9	t=-1,202
Çocuk sahibi olma durumu	Var	280	51,0 ± 14,7	p=0,382
	Yok	147	52,3 ± 13,5	t=-0,876
Eğitim durumu	Sağlık MeslekLisesi	18	45,3 ± 15,4	p=0,295 F=1,240
	Ön Lisans	26	51,8 ± 10,5	
	Lisans	363	51,8 ± 14,6	
	Yüksek Lisans	20	50,4 ± 11,3	
Gelir durumu	1500-3499 TL	36	52,5 ± 12,7	p=0,121 F=1,837
	3500-5499 TL	170	52,0 ± 13,4	
	5500-7499 TL	122	49,2 ± 14,6	
	7500-9499 TL	82	54,0 ± 15,6	
	9500-12000 TL	17	47,8 ± 15,6	
Sağlık sorununa sahip olma durumu	Evet	107	47,6 ± 15,6	p=0,001*
	Hayır	320	52,8 ± 13,6	t=-3,273

* $p<0,01$ A.O=Aritmetik Ortalama S.S=Standart Sapma Test İst.=Test İstatistiği
t=Bağımsız Örneklem T Testi F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) p=Anlamlılık Düzeyi

Hemşirelerin mesleki özellikleri ile Aile Varlığı Özgüven Ölçeği toplam puanı Tablo 32’de karşılaştırılmıştır. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği toplam puanının hemşirelerin çalışma statüsü, servisteki görevi, çalışma şekli, hemşire olarak çalışma yılı, haftalık toplam çalışma saati, bulunduğu serviste çalışma yılı, servisinde çalışan toplam hemşire sayısı, günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısı, bulunduğu serviste çalışma nedeni ve çalıştığı servisten memnun olma durumu göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 32. Aile Varlığı Özgüven ölçeği puan ortalamaları ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		n	A.O. ± S.S	P Değeri Test Değeri
Çalışma statüsü	Kadrolu	340	51,7 ± 14,8	p=0,496
	Sözleşmeli	87	50,6 ± 12,3	t=0,682
Servisteki görev	Servis hemşiresi	398	51,2 ± 14,2	p=0,136
	Servis sorumlu hemşiresi	29	55,3 ± 14,5	t=-1,494
Hemşire olarak çalıştığı yıl	1-10 yıl	226	51,3 ± 14,3	p=0,765 F=-0,268
	11-21 yıl	156	52,0 ± 13,7	
	22-32 yıl	45	50,4 ± 16,2	
Çalıştığı serviste çalışma yılı	1-5 yıl	217	50,8 ± 12,5	p=0,439 F=-0,904
	6-10 yıl	145	51,3 ± 16,6	
	11-15 yıl	40	54,6 ± 13,2	
	16 yıl ve üzeri	25	52,9 ± 16,2	
Servisinde çalışan toplam hemşire sayısı	5-10 hemşire	116	50,5 ± 14,1	p=0,693 F=-0,484
	11-16 hemşire	158	52,2 ± 15,4	
	17-22 hemşire	63	50,5 ± 12,9	
	23 hemşire ve üzeri	90	52,1 ± 13,5	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	58	53,3 ± 15,5	p=0,300
	Vardiyalı	364	51,2 ± 14,1	t=-1,037
Haftalık toplam çalışma saati	33-45 saat	381	51,6 ± 14,4	p=0,527
	46 saat ve üzeri	46	50,2 ± 13,0	t=-0,634
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	0-10 kişi	139	52,9 ± 13,1	p=0,050 F=2,625
	11-21 kişi	112	49,9 ± 13,8	
	22-32 kişi	124	49,7 ± 15,9	
	33 kişi ve üzeri	52	54,9 ± 13,7	
Bulunduğu serviste çalışma nedeni	İsteyerek	135	52,3 ± 13,4	p=0,611 F=0,607
	Eleman yetersizliği	83	51,8 ± 13,0	
	Rastlantı sonucu	188	50,5 ± 15,4	
	Diğer	21	53,5 ± 14,6	
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	198	52,3 ± 15,0	p=0,157 F=1,857
	Memnun değil	44	47,7 ± 13,2	
	Kısmen memnun	185	51,5 ± 13,7	

* $p < 0,01$ A.O=Aritmetik Ortalama S.S=Standart Sapma Test İst.=Test İstatistiği
t=Bağımsız Örneklem T Testi F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) p=Anlamlılık Düzeyi

Hemşirelerin Aile Varlığı Özgüven ölçeği puan ortalamaları ile hemşirelerin aile varlığında resüstasyon algısına ilişkin düşünceleri Tablo 33’de karşılaştırılmıştır. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği toplam puanının resüstasyon sırasında ailenin bulunması ile ilgili onam formunun hastaya önceden imzalatılması konusundaki düşüncelerine göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Resüstasyon sırasında ailenin hazır bulunması ile

ilgili onam formu hastaya daha önceden imzalatırılmalı olarak ifade eden hemşirelerin aile varlığı Özgüven Ölçeği puan ortalamalarının, imzalatırılmamasını öneren hemşirelerden daha yüksek olduğu ve daha özgüvenli oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$).

Bununla birlikte mezuniyet sonrası resüsitasyon ile ilgili eğitim alma, resisüsitasyon ile ilgili güncel gelişmeleri takip etme, kendisinin resüsitate edilmesi durumunda aile üyelerini odada isteme, aile üyelerinden birisi resüsitate edilirken orada bulunmayı tercih etme, resüsitasyon girişimi sırasında ailenin orada hazır bulunması konusunda kararı kimin vermesi gerektiği ve resüsitasyonda ailenin hazır bulunması kararını en iyi kimin verebileceği, resüsitate edilen hastanın yakınlarına resüsitasyon işlemi hakkında bilgi verme gibi değişkenlerin Aile Varlığı Özgüven ölçeği puanı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$)(Tablo 33).

Tablo 33. Aile Varlığı Özgüven ölçeği puan ortalamaları ile hemşirelerin aile varlığında resüsitasyon algısına ilişkin düşüncelerinin karşılaştırılması

Özellikler		n	A.O. ± S.S	P Değeri Test Değeri
Mezuniyet sonrası resüsitasyon ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	389	51,4 ± 14,4	p=0,655
	Hayır	38	52,5 ± 13,6	t=-0,448
Resisüsitasyon ile ilgi güncel gelişmeleri takip etme durumu	Evet	321	51,5 ± 14,9	p=0,941
	Hayır	106	51,4 ± 12,4	t=0,074
Resüsitate edilecek olması durumunda aile üyelerini odada isteme durumu	Evet	59	51,9 ± 13,4	p=0,867
	Hayır	331	51,3 ± 14,9	F=0,143
	Kararsızım	37	52,4 ± 8,6	
Aile üyelerinden birisi resüsitate edilirken orada bulunma durumu	Evet	54	52,1 ± 13,213	p=0,719
	Hayır	373	51,4 ± 14,4	t=0,360
Aile üyesinden birisi resüsitate edilirken orada bulunmayı isteme durumu	Evet	84	52,4 ± 13,3	p=0,792
	Hayır	232	51,3 ± 15,3	F=0,233
	Kararsızım	111	51,0 ± 12,9	
	Hasta			
	Evet	90	52,9 ± 12,7	p=0,296
	Hayır	337	51,1 ± 14,7	t=1,046
	Hemşire			
Resüsitasyon girişimi sırasında ailenin orada hazır bulunmasına kimin karar vermesi gerektiği hakkındaki düşünceleri	Evet	194	51,6 ± 14,9	p=0,900
	Hayır	233	51,4 ± 13,8	t=0,125
	Doktor			
	Evet	328	50,8 ± 14,2	p=0,095
	Hayır	99	53,6 ± 14,3	t=-1,672
	Aile üyeleri			
	Evet	80	51,7 ± 15,8	p=0,873
	Hayır	347	51,4 ± 13,9	t=1,160

Tablo 33. Aile Varlığı Özgüven ölçeği puan ortalamaları ile hemşirelerin aile varlığında resüsitasyon algısına ilişkin düşüncelerinin karşılaştırılması (devamı)

Özellikler		n	A.O. ± S.S	P Değeri Test Değeri
Resüsitasyon da ailenin orada hazır bulunması konusundaki kararı EN İYİ kimin vereceği hakkındaki düşünceleri	Hasta	33	56,3 ± 13,6	p=0,170 F=1,681
	Hemşire	76	52,4 ± 14,6	
	Doktor	283	50,8 ± 14,6	
	Aile üyeleri /Diğer	35	50,3 ± 10,9	
Resisütasyon sırasında ailenin bulunması ile ilgili onam formunun önceden hastaya imzalatılması hakkındaki düşünceleri	Evet	292	52,5 ± 13,9	p=0,026* t=2,238
	Hayır	135	49,2 ± 15,0	
Resüsite edilen hastanın yakınlarına resüsitasyon işlemi hakkında bilgi verme durumu	Evet	365	51,7 ± 13,9	p=0,335 t=0,965
	Hayır	62	49,8 ± 16,2	

*p<0,01 A.O=Aritmetik Ortalama S.S=Standart Sapma Test İst.=Test İstatistiği, t=Bağımsız Örneklem T Testi F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) p=Anlamlılık Düzeyi

Hemşirelerin Aile Varlığı Özgüven ölçeği puanına, Özgüven ölçeği puanının etkisini belirleyebilmek amacıyla uygulanan basit doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 34’de verilmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=8,859; p<0,001). Aile Varlığı Özgüven ölçeğinde meydana gelen değişimin %2,0’ı (R²=0,020) modele dâhil ettiğimiz Özgüven ölçeği tarafından açıklanmaktadır. Bu doğrultuda, bağımsız değişken olan özgüvenin modeldeki katsayısının anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,01). Özgüven ölçeğinin, Aile Varlığı Özgüven ölçeği puanına pozitif etki yaptığı ve Özgüven ölçeği puanındaki 1 birimlik artışın, Aile Varlığı Özgüven ölçeği puanında 0,107 (B) birimlik artışa neden olduğu saptanmıştır. Buna göre özgüveni yüksek hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığı konusunda da özgüvenlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 34. Özgüven ölçeği puanının Aile Varlığı Özgüven ölçeği puanı üzerindeki etkisi ve modeldeki katsayısının anlamlılığı

Bağımsız Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	T	P	B için 95% Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Sabit	37,234	4,827		7,713	0,000	27,746	46,723
Özgüven	0,107	0,036	0,143	20,976	0,003*	0,036	0,178

Model Özeti:

R=0,143; R²=0,020; Adj. R²= 0,018; F= 8,859; **p=0,000****

Bağımlı Değişken=Aile Varlığı Özgüven *p<0,01 **p<0,001 Std. Hata=Standart Hata, Adj. R²=Düzeltilmiş R², F=Test İstatistiği p=Anlamlılık Düzeyi

Hemşirelerin Aile Varlığı Özgüven ölçeği puanına Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeği puanlarının etkilerini belirleyebilmek amacıyla uygulanan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 35’de verilmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (F=0,341; p>0,05).

Tablo 35. Durumluk-Sürekli Kaygı puanlarının Aile Varlığı Özgüven ölçeği puanı üzerindeki etkileri ve modeldeki katsayılarının anlamlılığı

Bağımsız Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	T	P	B için 95% Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Sabit	54,125	4,856		11,147	0,000	44,580	63,669
Durumluk Kaygı	-0,074	0,095	-0,042	-0,775	0,439	-0,260	0,113
Sürekli Kaygı	0,009	0,111	0,004	0,079	0,937	-0,210	0,227

Model Özeti:

R=0,040; R²=0,002; Adj. R²= -0,003; F= 0,341; p=0,711

Bağımlı Değişken=Aile Varlığı Özgüven Std. Hata=Standart Hata, Adj. R²=Düzeltilmiş R², F=Test İstatistiği p=Anlamlılık Düzeyi

Aile Varlığı Risk-Yarar Ve Aile Varlığı Özgüven ölçeği puanları ile Özgüven ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı puanları arasındaki ilişki Tablo 36’da sunulmuştur. Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği ile Özgüven ölçeği arasında %20’lik negatif ilişki bulunmaktadır. Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği ile iç özgüven alt boyutu arasında %22,2’lik, dış özgüven alt boyutu arasında %16, 9’lük düşük düzeyde negatif ilişki bulunmaktadır. Aile Varlığı Özgüven ölçeği ile Özgüven ölçeği arasında %14,3’lük düşük düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır. Aile Varlığı Özgüven ölçeği ile iç özgüven alt boyutu arasında %12,2’lik ve dış özgüven alt boyutu arasında %15,7’lik düşük

düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır. Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği ile Durumluk Kaygı arasında %9,9'luk ve Sürekli Kaygı arasında %10,1'lik düşük düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır. Aile Varlığı Özgüven ölçeği ile Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeği arasında anlamlı doğrusal ilişkiler olmadığı belirlenmiştir (Tablo 36).

Tablo 36. Aile Varlığı Risk-Yarar Ve Aile Varlığı Özgüven ölçeği puanları ile Özgüven ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı puanları arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	
Aile Varlığı Risk-Yarar Ve Aile Varlığı Özgüven	1)Aile Varlığı Risk-Yarar	R P	1						
	2) Aile Varlığı Özgüven	R P	0,239 0,000 ***	1					
Özgüven Ölçeği	3) Özgüven (Toplam)	R P	-0,200 0,000 ***	0,143 0,003 **	1				
	4) İç Özgüven	R P	-0,222 0,000 ***	0,122 0,012 *	0,977 0,000 ***	1			
	5) Dış Özgüven	R P	-0,169 0,000 ***	0,157 0,001 **	0,976 0,000 ***	0,907 0,000 ***	1		
Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği	6) Durumluk Kaygı	R P	0,099 0,042 *	-0,040 0,411	-0,271 0,000 ***	-0,293 0,000 ***	-0,235 0,000 ***	1	
	7) Sürekli Kaygı	R P	0,101 0,038 *	-0,014 0,776	-0,349 0,000 ***	-0,349 0,000 ***	-0,333 0,000 ***	0,432 0,000 ***	1
Ortalama			35,90	51,46	132,48	68,35	64,14	41,59	44,46
Std. Sapma			11,486	14,282	19,010	9,855	9,610	8,108	6,919

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ r =Pearson Korelasyon Katsayısı p =Anlamlılık Düzeyi

4.4. Nitel Bulgular

Hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla niteliksel olarak yürütülen bu aşamada elde edilen veriler, odak grup görüşmelerine katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve nitel görüşmelerden elde edilen verilere ilişkin içerik analizi bulguları olmak üzere iki bölümde sunulmuştur.

4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-

Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Nitel araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 37'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin

%95,2'sinin kadın, %71,4'nün evli, %71,4'ünün lisans mezunu olduğu, %33,3'ünün 1-5 yıl arası çalışma deneyimine sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması $33,10 \pm 8,17$ olarak bulunmuştur (Tablo 37).

Tablo 37. Araştırmanın nitel bölümüne katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı (n:21)

Özellikler		n	%
Yaş grupları $33,10 \pm 8,17$	22-27yaş	6	28,6
	28-33yaş	4	19,0
	34-39yaş	6	28,6
	40 yaş ve üstü	5	23,8
Cinsiyet	Kadın	20	95,2
	Erkek	1	4,8
Medeni durum	Evli	15	71,4
	Bekâr	6	28,6
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	3	14,3
	Ön Lisans	1	4,8
	Lisans	15	71,4
	Yüksek Lisans	2	9,5
Çalışma Yılı	1-5 yıl	7	33,3
	6-11 yıl	4	19,0
	12-17 yıl	6	28,6
	18 yıl ve üzeri	4	19,0

4.4.2. Hemşirelerin Resüsitasyon Sırasında Ailenin Varlığının Risk Ve Faydalarına İlişkin Algı Ve Kendilerine Güvenlerini Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları İle İlgili Bulgular

Bu bölümde odak grup görüşmelerine katılan 21 hemşirenin yarı yapılandırılmış görüşme formundaki sorulara verdikleri yanıtlar kodlanarak ve içerik analizi yapılarak, ilgili temalar ile alt temalar oluşturulmuştur. Hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığı ile ilgili düşüncelerine ilişkin olarak oluşturulan temalar ve alt temalar Tablo 38'de sunulmuştur.

Tablo 38. Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığı kavramına ilişkin temalar ve alt temalar

Tema	Alt temalar
Resüsitasyon sırasında aile varlığı kavramının bilinirliği	Vedalaşma
	Ailenin resüsitasyon odasında bulunması
	Ailenin hasta ile görsel ve fiziksel temasta bulunması
	Ailenin istek ve önerilerinin dikkate alınması
	Ailenin resüsitasyona katılması
	Yaşamın son anlarını paylaşma
	Ailenin resüsitasyona tanık olması
Resüsitasyon sırasında aile varlığının riskleri	İş akışına yönelik riskler
	Hastaya yönelik riskler
	Hasta yakınına yönelik riskler
	Sağlık bakım profesyonellerine yönelik riskler
Resüsitasyon sırasında aile varlığının yararları	Hastanın kendini güvende hissetmesi
	Hasta yakınının kendini iyi hissetmesi
	Hasta yakınlarının memnuniyetinin artması
	Hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına güveninin artması
	Hasta yakınları tarafından takdir edilme/ mesleki değerliliğin artması
	Ailenin hızlı bilgilendirilmesi
	Malpraktisi önlemesi /dava oranlarını azaltması
	Yas sürecini kolaylaştırması
Yaşamın ve ailenin değerinin anlaşılması	
Resüsitasyon sırasında aile varlığının engelleyen faktörler	Kurum kaynaklı engeller
	Hasta yakını kaynaklı engeller
	Sağlık bakım profesyonelleri kaynaklı engeller
Etkin ve kaliteli aile varlığında resüsitasyon için yapılması gerekenler	Yasal düzenlemelerin ve resmi prosedürlerin oluşturulması
	Ailenin odaya alınma kararının verilmesi
	Uygun hasta yakınının seçilmesi
	Seçilen hasta yakınının önceden bilgilendirilmesi
	Hasta yakınına uygun ortamın oluşturulması
	Sağlık çalışanı için güvenli fiziksel ortamın sağlanması
	Eğitilmiş personel eşliğinde aileye destek sunulması ve sürdürülmesi
	Aile merkezli bakımın benimsenmesi

Hemşirelerle yapılan odak grup görüşmeleri sonrasında 5 tema ile 31 alt tema elde edilmiştir. Bu çalışmada temalar resüsitasyon sırasında aile varlığı kavramının bilinirliği, resüsitasyon sırasında aile varlığının riskleri, resüsitasyon sırasında aile varlığının yararları, resüsitasyon sırasında aile varlığının engelleyen faktörler, etkin ve

kaliteli aile varlığında resüsitasyon için yapılması gerekenler olarak belirlenmiştir. Elde edilen bulgular Şekil 8’de sistematik şekilde sunulmuştur.

Tema 1: Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığı Kavramının Bilinirliği

Resüsitasyon sırasında aile varlığı kavramının bilinirliği ile ilgili olarak 21 katılımcı görüş bildirmiştir. Katılımcı hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığı kavramının bilinirliğine ilişkin ifadeleri vedalaşma, ailenin resüsitasyon odasında bulunması, ailenin hasta ile görsel/fiziksel teması, ailenin istek ve önerilerinin dikkate alınması, yaşamın son anlarını paylaşma, ailenin resüsitasyona tanık olması kavramları ile ilişkilendirilmiştir. Hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığı kavramına yönelik ifadeleri şöyledir:

“Resüsitasyon sırasında ailenin birinci derece yakınlarının işlem sırasında yanlarında bulunması, olayı görmesi, şahit olması, odada bulunması... Son anlarını birlikte, beraber yaşaması son kez bir daha görmesi. Ya da Allah korusun ölmüş olsa yanında olmak, veda etmek, son halini görmektir ”(O.1/K.1).

“Aile tanıklığında demek; ailenin yapılan CPR’a şahit olması, görmesi ve yanımızda olmasıdır” (O.1/K.2).

“Ailenin son dönem veya ani acil bir durumda gelişen arrest müdahalesi sırasında ailenin bu duruma tanıklık etmesidir” (O.4/K.2).

“Hastaya müdahale edilirken ya da resüsitasyon yapılırken hastaya yapılan işlemlere yakınının da tanık olması. Ailenin istek ya da önerileri göz önüne alınarak, aile ile birlikte o işlemin gerçekleştirilmesidir” (O.2/K.1).

“Hastanın resüsitasyon ihtiyacı olduğunda hastanın ailesinin ve yakınlarının resüsitasyon işlemine tanıklık etmesi. Resüsitasyon işlemi yapılırken ailenin orada bulunup, olayları izlemesi, ona müdahil olması olaya katılmasıdır” (O.2/K.5).

“CPR yapılırken hastanın ailesinin yanına alınması, son döneminde en azından ne gibi işlemlerin yapıldığına tanıklık etmesidir” (O.4/K.1).

Tema 2: Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığının Riskleri

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda resüsitasyon sırasında aile varlığının riskleri; iş akışına yönelik riskler, hastaya yönelik riskler, hasta yakınına yönelik riskler ve sağlık bakım profesyonellerine yönelik riskler olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcılar, resüsitasyon sırasında ailenin, resüsitasyon odasında bulunmasının özellikle sağlık bakım profesyonelleri ve iş akışı açısından çok riskli olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşireler iş akışına yönelik riskleri; resüsitasyonun etkinlik ve kalitesinin olumsuz etkilenmesi, iş akışını yavaşlatması, zaman kaybına neden olması, iş akışına engel olması, etkin olmayacağı halde resüsitasyona devam edilmesi/gereksiz uzun müdahalelere neden olması, resüsitasyonun sonlandırılmasını zorlaştırması olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin iş akışına ilişkin risklere yönelik ifadeleri şöyledir:

“Ailenin içeri de yanımda olması, rahatsızlık verici. Çünkü, sürekli ‘Ne yapıyorsunuz, ne ediyorsunuz’ tarzında bilgi almayı isteme ihtimalleri var. O anda hızlı olmak zorundayız ve yapılması gerekenlerle ilgilimiz. Yanımızda olduğu zaman, yakınına merak ettiği için sürekli bizimle konuşmak ve bilgi almak isteyecek. Bizde bilgilendirmek isteyeceğiz. Ama sürekli soru saracağı için hızlı olamayacağız” (O.3/K.3).

“CPR’in efektif olmasını etkileyeceğini düşünüyorum. Bazı entübasyonlar zor yapılıyor. Doktor hasta yakınlarının önünde kendisini daha fazla kasacak.....Hem çalışanların hem CPR ekibindeki herkesin gergin olacağını, çok kasılacağını dolayısıyla hasta yakınlarının işin doğru yapılmasına engel olacaklarını düşünüyorum”(O.1/K.6).

“CPR’in etkili olmayacağını düşünüyorum. Sonuçta hızlı olmak lazım....Uygulamayı yavaşlatacaklarını düşünüyorum. (O.1/K.1).

“Evet fazlasıyla etkiler. Etkin müdahale etmemi engelleyebilir. Çünkü kendim çok duygusal bir yapıya sahibim. Anlatırken bile sesim titriyor. Etkin müdahale edemeyebilirim” (O.4/K.2).

“Benim müdahalemi etkilemez. Ama zaman kaybına neden olabilirler. Geçen haftalarda buna benzer bir olay yaşadık. Bir tane hasta yakını, eşine müdahale edilirken içeriye girdi. Biz müdahale ederken bir yandan çıkmasını söyledik. Benim ona çıkmasını söylemem müdahale sırasında zaman kaybına neden oldu. Dolayısıyla çalışma ekibide gerildi” (O.3/K.6).

“Açıkçası iş akışını etkiler. Çünkü hasta yakını mutlaka ajite olur..... Bu durumda benim işimde engel olabilir. Ben ya da arkadaşım o anda CPR yapıyorken, hasta yakını “sen ne yapıyorsun” diyerek onu tutabilir. Müdahale etmeye çalışabilir. Ya da ben orda adrenalini verirken işimi yapmama engel olabilir..... Bu hastanın hayati tehlikesini daha da arttıracaktır” (O3/K.1).

“Resüsitasyonda gerekeni yaptıktan sonra resüstasyonu sonlandırmaya karar verebiliriz. Resüsitasyon işlemi bitti diyebiliriz. Ama hasta yakını “Hayır bitirmeyin nasıl biter? hayır devam edin! Bırakmayın! diyebilir”. Hasta yakını olarak bende orada olsam belki sonlandırma işlemine müdahale ederim.”(O.2/K.5).

“...Bu durumu yaşayan arkadaşlarım oldu. Arkadaşlarımdan bir tanesi bir umut vadetmemesine karşın bir hastaya 1,5 yaklaşık 2 saat CPR’ın yapıldığını söyledi”(O.3/K.6).

Hemşireler resüsitasyon sırasında aile varlığının sağlık bakım profesyonellerine yönelik risklerini; duygusal yıpranma, psikolojik travma, heyecan/stres atışı, konsantrasyonun bozulması, motivasyonun düşmesi, kontrolünü kaybetme, psikolojik baskı, sözlü/fiziksel şiddet, şikayet/dava edilme riski, tehdit edilme, yanlış anlaşılma ve kendini güvende hissetmeme/tedirginlik olarak ifade etmişlerdir. Hemşireler, özellikle resüsitasyon sırasında yaşanan olumsuzlukların ya da çalışanların hareket ve davranışlarının odada bulunan hasta yakınları tarafından yanlış anlaşılabilceği konusunda endişe duymaktadır. Katılımcıların bu alt temaya yönelik ifadeleri şöyledir:

“Sağlıklıyız ama sonuçta bizimde duygularımız var. Bizde bir annemiz, kardeşiz, evladız.... Bir anne ya da bir baba hastanın başında ağlarken insan ister istemez duygusal olarak olumsuz etkilenebiliyor” (O.4/K.3).

“Hasta yakınının niteliği çok önemli. Eğer bu kişi bir anneye ya da CPR bir çocuğa uygulanıyorsa manevi olarak etkilemektedir. Ben hem ağlayıp hem de damar yolu açtığımı, hem ağlayıp hem de CPR yaptığımı çok iyi hatırlıyorum. Çünkü bir annemim. Duygusal açıdan kesinlikle çok etkiliyor” (O.1/K.2).

“Hasta yakınlarının orada bulunması nedeniyle sözel/ fiziksel şiddet riski var. Aynı zamanda hastasına CPR yapılırken “Acaba hasta yakını ne düşünüyor” diye onun psikolojisinde düşünüyorsun. Örneğin bir annenin çocuğuna CPR yapıyoruz. O anda belki aklınıza pek gelmiyor. Ama daha sonrasında, annenin halini düşünüyoruz. Bu durum bizi çok yıpratıyor” (O.1/K.6).

“Burada sadece hasta yakınının psikolojisi bozulmuyor. Aynı zamanda bizimde psikolojimiz etkileniyor. Örneğin ben işimi yaptığım halde bana dava açıldığını düşünelim. Bu benim çalışma sürecimi etkileyecek. Aynı zamanda psikolojimide bozacak. Ben neden işe gergin ve stresli geleyim?.....” (O.3/K.1).

“Hasta yakınının orada bulunması benim profesyonelliğimi etkilemeyecek. Ama içten içe stres yaşamama neden olacak. Belki stresimi o anda uygulamama yansıtmayacağım. Ancak bu stresi üzerimden atamayacağım. Belki sosyal yaşantıma da etki edecek. Ekip arkadaşlarımla aramda gerginliğe neden olacak.....Kısacası hasta yakınının olması farklı gerginliklere neden olabilir”(O.1/K.5).

“...Resüsitasyon sırasında aile varlığının bizim motivasyonumuzu ve hızımızı düşüreceğini düşünüyorum” (O.1/K.1).

“.....Hasta yakınlarının soracağı ‘ne oldu?, ya da niye olmuyor?, geldi mi?, kalbi attı mı? öldü mü?’ gibi en kısa sorular bile, o anki bütün konsantrasyonumuzu bozabilir. O

an yapman gereken işin sırasını karıştırabilirsin. Yapacağın işi unutabilirsin. (O.2/K.5).

“Bizi etkileyeceğini düşünüyorum. Çünkü en ufak bir damar yolu açarken bile iki gözün üzerimizde olması çok rahatsız edici bir şey. Yaptığım işi kesinlikle etkiler..... Panik yaşamama neden olur. Hasta yakınının çıkardığı sesler; oflaması, puflaması, ‘Neden olmuyor’ demesi insanı terletir. Sağlık çalışanlarını işlemleri yapamayacak hale getirebilir. Kesinlikle strese sokar” (O.2/K.4).

“.....Bir insanın hayatını kurtarmaya çalışıyorsun. Hastaya odaklanmışken başka biriyle daha uğraşmak istemem. Çünkü bu durum beni ajite edebilir.....Orada bir insan hayatını kaybediyor. Ben ise orada başka biri ile uğraşıyorum. Bu beni sinirlendirir” (O3/K.1).

“....Etkin müdahale edemem. Bırakın hasta yakınının CPR yapılırken odada olmasını, dışarda hasta yakınlarını ağlarken gördüğümde kendimi bayılacak gibi hissediyorum.....Ben böyle bir ortamda bulunmak istemem, bir şey yapamam, kontrolümü sağlayamam” (O.4/K.1).

“....O ortamdaki sağlık çalışanı, bu durumdan çok etkilenebilir. Tedirgin ve gergin olur. Eli ayağına dolanır..... Son dönemlerde ‘Hasta yakını her zaman haklıdır’ diye bir imaj oluşturulmuş. Bu ister istemez tedirgin ediyor insanı..... Bu nedenle hastaya son derece tedirgin bir şekilde yaklaşımda bulunuyorsun.” (O.4/K.1).

“....En sakın kişinin bile o anki ruhsal travmaya bağlı olarak ne yapacağını bilemezsiniz. Hasta yakınları bize şiddet içerikli davranışlarda bulunabilir. Ben arkam dönük işlem yaparken bana ne yapacağını bilemem. Bu durum bende güvensizlik yaratır” (O.1/K.2).

“ Resüsitasyon sırasında darp olayı olabilir. Sözlü şiddete maruz kalabiliriz.” (O.3/K.1).

“....O esnada birbirimize ses tonumuz yükselebiliyor, bağırabiliyoruz. Bu birbirimizi rencide etmek amaçlı olmuyor. Daha hızlı olmak, işlerin daha hızlı yürümesini sağlamak amacıyla oluyor. Ama bu durum hasta yakınları tarafından yanlış anlaşılabilir”(O.1/K.1)

“Resüsitasyon sırasında bir alet tutukluk yapabiliyor. Örneğin; laringoskopun ışıkları yanmayabiliyor. Temassızlık ya da laringoskop tam yerleştirilmemiş olabiliyor. Bu anında halledilebilen küçük bir sorun. Ancak hasta yakını,“keşke o alet çalışsaydı belki benim hastam dönebilirdi” diyebilir..... O esnada konuşulan konular bile yanlış anlaşılabilir. Aile tanıklı resüsitasyonun, yanlış anlaşılmalara neden olacağını düşünüyorum”(O.2/K.3).

“..... CPR yaparken bazen gülebiliyoruz, şakalaşabiliyoruz.....Bizim aramızdaki muhabbet ve iletişim, onlar tarafından yanlış anlaşılabilir.....Her ne kadar işinizi yapsanızda “lakayt davranıyorlar, gülüyorlar, şakalaşıyorlar benim hastam orada ölürken onlar çok rahat olabiliyor” gibi yorumlarla karşılaşabiliyoruz. Hatta bu adli boyutlara bile taşınabiliyor”(O.1/K.1).

“Malpraktis oranını ve dava oranını arttırabilir ”(O.2/K.5).

“Hasta yakınları müdahale edilme anını kayıt altına alabilir. “Hastama tüp takarken dişini kırdılar” ya da “kaburgasını kırdılar” diyerek bize dava açabilir.....Bunu maddi anlamda paraya dökenlerde çok var”(O.1/K.4).

“....Bizim ortamımız için düşündüğümüzde aynı anda 2-3 CPR oluyor. Birine aile tanıklı resüsitasyon yaparken, diğeri ile de uğraşacaksınız. Aynı anda iki iş ... Birde “benim hastamla ilgilenmiyorsunuz” diye davada açılabilirler. Resüsitasyon olayını çok fazla deklare etmek, ifşa etmek, daha çok yanlış anlaşılmalara meydan verebilir”(O.1/K.3).

“Hasta yakınının o anki psikolojik durumuna göre şiddet bile olabilir.....Duygusal yaklaşım, hastasına kötü davrandığımızı düşünüp bize karşı şiddet uygulayabilir. Bu

durumda bizde tedirgin ve güvensiz oluruz. Muhtemelen şu yapıldı bu yapıldı, diye de şikayet edilebiliriz” (O.4/K.3).

“O yas sürecinde, sağlıkçıya şiddet olabilir. Sağlıkta şiddet artık neredeyse öldürme boyutuna kadar gidiyor. Görüyoruz sağlıkçı dövülüyor, öldürülüyor, dışarda sıkıştırılıyor veya tehdit alıyor” (O.2/K.2).

Hemşireler resüsitasyon sırasında aile varlığının hasta yakınına yönelik risklerini psikolojik travma, travma sonrası stres bozukluğu, kendi kontrolünü kaybetme, bayılma, yas sürecinin uzaması ve yakınının ölümünü kabullenememe olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin bu alt temaya yönelik ifadeleri şöyledir:

“Bu durum hasta yakınında psikolojik travma yaratır. Özellikle annenin evladını öyle görmesi, anne için çok büyük travma olur... Zaten resüsitasyon sürecinin büyük çoğunluğu ölümle sonuçlandığı için hasta yakını psikolojik travma yaşar” (O.2/K.3).

“Hastanın durumu çok önemli. Örneğin kanamalı bir hastaya CPR yapılırken her yeri kanyor. Bu hasta yakınında travma yaratabilir... Öyle bir durumda hasta yakınına nasıl alacaksın? Fakültede staj yaparken bir kez gördüm. Hastanın torunu sağlık çalışanıymış. Yanımıza gelerek “ben girebilir miyim?” dedi. Onu içeri aldılar. Kız ambu yapmaya yardım etti. Hem ağlıyor hem ambu yapıyordu. Ben bunu dışarıdan bakan biri olarak hiç unutamadım. Gözümün önünden hiç gitmedi.....Bence o kız da onu hiç unutamaz. Hepimiz sağlık çalışanıyız ama hepimiz insanız....” (O.4/K.1).

“.....Hasta yakınının oda da bulunması, o olayları görmesi, şahitlik etmesi başlı başına bir dezavantaj..... Bilinçaltına yerleşecek ve hatırlayacak. Yaşadıkları o an sürekli olarak gözlerinin önünden gitmeyecek” (O.1/K.4).

“Kayıp yaşamak bir travma. Müdahaleyi görmek ayrı bir travma....Anneannem vefat ettiğinde çok üzüldüm. Ama zamanla acı biraz hafifliyor. Yaşadığın bu gibi anıları unutmak çok zor. Kişiyi değil, onun acı çektiği anı unutmak çok zor. Hasta yakını, o

duyguları orada yaşarsa daha geç atlatır. Bende daha geç atlatırdım diye düşünüyorum’’(O.4/K.2).

‘‘Zaman zaman hastanın yakını doktor oluyor. Örneğin , ‘ben doktorum’’ diyerek içeri girmek istiyor..... Hastası arrest olmuş. EKG’si düz çiziyor. Arrest olduğunu bile anlamıyor. ‘Ex oldu’’ diyorsun. Hasta yakını doktor bile olsa ‘nasıl hastam ‘’ diye sorabiliyor. O anda hasta yakını bir doktora olsa şok yaşıyor’’ (O.4/K.1).

‘‘Şimdi düşünüyorum babam 1998 de ex oldu. Birkaç müdahale sırasında odada buldum. Ancak psikolojik olarak çok etkilendim....Ben profesyonel bir sağlık çalışanıyım ama söz konusu babam olduğu için kötü etkilendim....Şimdi bile onun o halini düşününce etkileniyorum’’ (O.2/K.3).

‘‘Hasta yakınları, müdahale esnasında daha fazla etkilenebilir. Fenalaşabilir, kötü olabilir ve kendini kaybedebilir. Yakını kaybetmesiyle birlikte kendini kaybeden insanları çok görüyoruz’’ (O.3/K.3).

‘‘...Küçük çocuk resüsitasyon aşamasındaydı ve entübe ediliyordu. O sırada babası içeri girdi ve çığlık atarak ‘kurtarın onu’’ diye bağırmaya başladı. Sonra yere düştü. Kendini yere atarak kafasını vurdu. Çocuğu bırakıp birkaç kişi de babayla ilgilendi’’ (O.3/K.6).

‘‘Böyle bir durumda kim olursa olsun ajite olur. Bir yakını kaybetme korkusu ve ölüm korkusu nedeniyle insanlar ajite hale gelir. Ajitasyon nedeniyle her şey dört dörtlük olsa da eksikler olduğunu düşünebilir. Ben hemşire olmama karşın, yakını kaybetmenin vermiş olduğu acıyla ‘hayır bir şeyler eksik yapıldı, o yapılmadı, bu yapılmadı’’ diye o an kendi kontrolümü kaybedebilirim’’(O.3/K.2).

‘‘...Bir yerde bir şey okumuştum. İnsan hafızası, ölüm haberini veren kişinin yüzünü hiçbir zaman unutamazmış. Bu hasta yakınlarında da böyle bir etki yaratabilir. Yaşadığı o an gözünün önünden ömür boyu silinmeyebilir..... Yas sürecini olumsuz etkileyebilir’’ (O.3/K.2).

Hemşireler resüsitasyon sırasında aile varlığının hastanın mahremiyetine zarar vermesi ve hastanın hayata geri döndüğü zaman bu durumdan utanç duyması gibi hastaya yönelik risklerinin olabileceğini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin bu alt temaya yönelik ifadeleri şöyledir:

“Hastanın mahremiyeti açısından dezavantajlı olduğunu düşünüyorum” (O.1/K.3).

“Hastanın CPR’ı başarılı olduğunda, hasta geri döndüğünde ve yakınları onu o durumda gördüklerini söylediklerinde hasta utanç duygusu yaşayabilir” (O.1/K.6).

“Hastanın yaşı ve cinsiyeti benim için çok önemli. Yapılan işlemin hasta açısından en büyük dezavantajı mahremiyeti engellemesi. CPR yapılan hasta genç ve bayansa mahremiyet açısından çok daha önemli.....Bu yüzden, hasta yakınının orada bulunması dezavantaj.” (O.1/K.2).

“Mahremiyet söz konusu oluyor burada. Bayan ya da erkek hasta olmasına bakmaksızın hastanın üzerini açıyorsunuz. O şekilde müdahale etmek zorunda kalıyorsunuz. Kalp masajı ya da kardiyoversiyon yapıyorsunuz. Şok uyguluyorsunuz. Ya da sonda takılacak. Tüm bu işlemler sona erene kadar üstü hep açık kalıyor..... Mahremiyet konusunda toplumumuz çok hassas. Aynı anda yan yana erkek ve bayan hastanın bulunmasını bile istemiyorlar” (O.1/K.1).

Tema 3: Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığının Yararları

Hemşirelerin ifadeleri doğrultusunda resüsitasyon sırasında aile varlığının yararları: hastanın kendini güvende hissetmesi, manevi destek, hasta yakınının kendini iyi hissetmesi, hasta yakınlarının memnuniyetinin artması, hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına güveninin artması, hasta yakınları tarafından takdir edilme/mesleki değerliliğin artması, ailenin hızlı bilgilendirilmesi, malpraktisi önlemesi/dava oranlarını azaltması, yas sürecini kolaylaştırması, yaşamın ve ailenin değerinin anlaşılması olarak sınıflandırılmıştır. Hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığının yararlarına yönelik ifadeleri şöyledir:

“.....Hasta açısından düşündüğümüzde, hasta en son işitme duyusunu kaybediyor. Orada ailesinden birisini gördüğünde veya sesini duyduğunda kendini yalnız hissetmeyeceğini düşünüyorum....” (O.3/K.3).

“Hasta açısından dezavantajı olsa bile bazen bir annenin son kez evladının elini tutması, anne için bir avantaj olabilir” (O.1/K.3).

“Aklıma gelen tek avantajı, hasta yakınları bilinçliyse resüsitasyon sürecinde “Benim hastam için her şey yapıldı, ellerinden gelen her şeyi yaptılar, her şeyi kullandılar, hiç bir eksiklik yoktu” diyebilir. Hastası ex olduğu zaman akıllarından “ hastama müdahale edilmedi, hasta için hiç bir şey yapılmadı” gibi soru işaretleri kalkabilir. Bu nedenle kendilerini biraz daha rahat hissedebileceklerini düşünüyorum”(O.1/K.1).

“Bence tek bir avantajı var. Hasta yakınlarının gereken her şeyin yapıldığını görmeleri. Hasta yakını en azından “hastamı kurtarmak için herşeyi yaptılar” diye düşünerek içi rahat eder. Sağlık personeline kendini bu anlamda savunmuş olur ”(O.2/K.4).

“Sağlık çalışanları gerekeni yaptılar” diye düşünecekleri için hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına karşı güvenleri artmış olur” (O.2/K.3).

“Belki olumlu tepkide alabiliriz. Yapılan müdahale esnasında canla başla çalıştığınızı görüp bizi takdir edebilirler. “Yaptığınız iş çok zor hemşire hanım. Allah size kolaylık versin” ya da “ Elinizden geleni yaptınız teşekkür ederiz” gibi olumlu geri bildirimlerde alabiliriz”(O.4/K.1).

“ Tabiki iyi yanları da var kötü yanları da var. İyi yanı, biz sağlık çalışanları CPR sırasında çok fazla emek veriyoruz. Bu emeğin birileri tarafından görülmesi, hasta yakınına elimizden gelenin en iyisini yaptığımızı göstermemizi sağlar” (O.3/K.2).

“Sağlıkçı açısından memnuniyet düzeyi artar. Her iki tarafta memnun olur... Malpraktis önlenmiş olur. Böylelikle dava oranları da azalır” (O.2/K.2).

“Yas süreci her insandan insana değişebilir. Ölümü kabul etmeleri daha hızlı olabilir. Yas sürecinin inkâr aşaması hızlı bir şekilde geçilebilir. Aynı zamanda en yakını olarak, bu duruma kendisinde şahit olmuş olur. Diğer olumlu yanında, bilgilendirmenin hızlı olması nedeniyle hasta yakınlarına nasıl söylesem endişesi azalmış olur.....”
(O.3/K.4).

*“Sosyo-kültürel açıdan kendini geliştirmiş bir insanın yakınına resüsitasyon yapıyorsak, yaptıklarımızı gördüğü için kendini daha iyi hissedebilir. “Evet, benim hastama her şey yapıldı ama geri dönüşü olmadı, vadesi doldu” diyebilir. Hasta yakını hastasının öldüğünü daha kolay kabullenebilir”***(O.3/K.1).**

*“ Çoğu zaman çocuk, genç, son dönem kanser hastalarına resüsitasyon yapıyoruz. Kaza geçiren genç, multi travmalı hastalarda uyguluyoruz. Onlara bazen üzümlere bazende ağlayarak CPR yapabiliyoruz. CPR yapıp kaybettiğimiz hastalarımız da oluyor. O an çok üzülüyorum. Her şey bitip eve gittiğim de, o gün ve yaşadığım olaylar gözümün önünden geçiyor. Evet, hayat kısa. Ölüm bizim için. Ölüm her an başımıza gelebilir. Ne zaman başımıza geleceğinin bilmiyoruz. O nedenle, insanlar hareket ederken birbirlerini kırmamalı, incitmemeli. Birbirini daha çok sevmeli. Ailesine daha çok zaman ayırmalı ve birlikte olmalı diye düşünüyorum ”***(O.1/K.1).**

Tema 4: Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığını Engelleyen Faktörler

Katılımcıların görüşleri doğrultusunda resüsitasyon sırasında aile varlığı uygulamasını engelleyen faktörler, kurum kaynaklı, hasta-hasta yakını kaynaklı ve sağlık bakım profesyoneli kaynaklı engeller olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcılar kurum kaynaklı engelleri; fiziki olanakların yetersiz olması, güvenlik şartlarının yeterli olmaması, personel sayısının yetersizliği, hasta sayısının fazla olması, kurumun olumsuz tutum ve politikası, resmi prosedür ve talimat eksikliği olarak ifade etmişlerdir. Hemşireler kurumlarında bu konuya yönelik herhangi bir resmi prosedür ve talimatın olmadığını bu nedenle formal olarak aile varlığında resüsitasyon yapamadıklarını bildirmişlerdir. Hemşirelerin bu alt temaya yönelik ifadeleri şöyledir;

“CPR’i hastaların yanında araya perde çekerek yapıyoruz. Diğer hastalar bütün yapılan işlemleri, o karmaşayı, makine seslerini herşeyi duyuyorlar. Aile tanıklı

resüsitasyonun şuan bizim şartlarımızda pek mümkün olacağını düşünmüyorum. Çünkü ortam uygun değil'' (O.3/K.5).

''Hasta yakınları yapılanları farklı bir bölümden izleyebilir. Ama bizim hastanemiz de bunların olması pek mümkün değil. Bunun olması için hastanenin, gerekli donanıma ve yeterli sayıda personele ihtiyacı var. Özellikle bu uygulama için yeterli personelimiz yok'' (O.3/K.1).

''Hasta yakınları sorsun, doktorda açıklama yapsın dediler. Ama bizim ve doktorumuzun detaylı açıklama yapacak vakti yok.....''(O.3/K.6).

''Ailenin alınmaması hastanenin bir kuralı gibi. Zaten ailenin bulunması hem etik değil, hemde uygun değil. Biz CPR uygulamasında hiçbir zaman hasta yakını almadık.....Olmaması veya olmaması ile ilgili hiçbir yazılı kuralla karşılaşmadım. 16 yıldır çalışıyorum. Ailenin olmaması kuralı hep var. Her arrest sırasında ''hasta yakınlarını dışarı alalım. Yanındaki hastayı dışarı çıkaralım ve müdahale yapalım'' diyoruz..... Hatta kapıları camları örtüyoruz'' (O.4/K.3).

Bununla birlikte katılımcılar sağlık bakım profesyoneli kaynaklı engelleri; aile varlığı konusunda sergilenen olumsuz tutum ve davranışlar, rahat çalışma isteği, aile varlığı konusunda hasta yakınlarının isteklerinin önemsenmemesi ve sorulmaması, hasta ve hasta yakınlarına karşı empati eksikliği, özgüven eksikliği, aile tanıklı resüsitasyon konusunda bilgi ve eğitim eksikliği, ailenin bulunması kararının kişiden kişiye değişmesi/ortak bir kararın olmaması ve iş merkezli bakımın benimsenmesi olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin bu alt temaya yönelik ifadeleri şöyledir;

''Bir sağlık çalışanı olarak hasta yakınlarının müdahale ortamında bulunmaması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü hasta yakınları panik, üzüntü ve korkuyu aynı anda yaşadıkları için farklı tepkiler verebilirler. Sağlık çalışanlarına şiddete varan tepkiler gösterebilirler. Bizim yaptığımız işlemi engelleyebilirler. O nedenle orada bulunmamaları gerektiğini düşünüyorum'' (O.2/K.5).

“Hasta yakını o sırada son derece duygusal olduğu için ne tepki vereceğini bilemeyiz. Sonuçta bir kayıp yaşıyor. O an ne düşünür? Nasıl davranır? Kendine sahip olamayabilir.” (O.4/K.3).

“Resüsitasyona tanıklık edilmesini kesinlikle uygun bulmuyorum. Etik değil. O işlemin olumlu hiç bir yönünün de olduğunu düşünmüyorum”(O.4/K.2).

“Biz hasta yakınlarını resüsitasyona hiç davet etmedik.....O kötü manzarayı hasta yakınlarının görmemesi için ve daha rahat çalışmak için onları daha önce davet etmeyi düşünmedik. 25 yıllık meslek hayatımda hiç aklıma bile gelmedi.....Böyle bir hakları var mı? Onu da bilmiyorum” (O.2/K.3).

“Resüsitasyon sırasında hastasının yanına gelmek istiyorlar. Biz engel oluyoruz. Bir şekilde hasta yakınına dışarıya çıkarıyoruz” (O.1/K.6).

“İçerde arkadaşlarım CPR yaparken hasta yakınlarının “ bizde girelim” dediklerine defalarca tanık oldum. Genellikle çocuk hastaların aileleri “ben her zaman çocuğumun yanında olurum” diyor..... Bazen içeri girmelerini engellemek için güvenlikten destek aldığımız oluyor” (O.3/K.6).

“ Davet etmek hiç aklıma gelmedi. Çünkü biz öyle gördük. Davet edilmemesi gerektiğini öğrendik. Bu doğrultuda hep o şekilde gitti”(O.2/K.2).

“Sadece hasta yakınları sağlık çalışanı olduğunda ayrıcalıklı davranılabiliyor. O gün çalışan doktorumuza görede değişiyor. Bazılarının hasta yakınlarını içeri alıp ‘evet bakabilirsiniz, yanında durabilirsiniz’ gibi ifadeler kullandığını biliyorum” (O.1/K.2).

“Bu konuda kararsızım. Sağlıkçı açısından baktığımda olmamalı diye düşünüyorum. Ama aile açısından baktığımda, hastasına gerçekten müdahale edilip edilmediğini görmesi açısından bulunmalı diye düşünüyorum. Çünkü empati yaptığımda, yakınımın yanında olmayı ve olanları görmeyi isterim. Ama bir sağlıkçı olarak bu soruya cevap verecek olursam aile olmamalı diye düşünüyorum”(O.2/K.3).

“Hastaya odaklandığımız için, hasta yakınları ikinci planda kalıyor” (O.1/K.6).

Katılımcılar resüsitasyonda aile varlığını engelleyen faktörlerden hasta yakını kaynaklı engelleri; hasta yakınının olumsuz tutum ve davranışları, hasta yakınının resüsitasyonda bulunma talebinin olmaması, hasta yakınlarının aile varlığında resüsitasyona ilişkin bilgi eksikliği/resüsitasyonda bulunma haklarını bilmeme, sosyo-kültürel farklılıklar ve eğitim düzeyi olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt temaya yönelik ifadeleri şöyledir:

“Bir sağlık çalışanı olarak ne işlem yapıldığını bildiğim için, hastamın acı çektiğini görmek beni daha çok üzer. Bu nedenle görmek istemem. Hasta ister istemez acı çekiyor. Ben yakınının acı çekmesine şahit olmak istemem. Aklımda en güzel haliyle kalmasını tercih ederim” (O.2/K.5).

“Ben bulunmak istemezdim. Çünkü ben çok duygusal bir insanım. Onu hep eski haliyle hatırlamak isterim. Onu öyle görmek istemem. Yakınımı arkadaşlarımıza teslim ederim” (O.1/K.4).

“.....Muhtemelen hasta yakınlarında girilmeyeceği konusunda bilgileri vardır..... Giremeyeceklerinin farkında oldukları içinde hiçbir zaman böyle bir talepte bulunmadılar”(O.2/K.3).

“Ülkemizin, sosyo-ekonomik durumunu düşündüğüm zaman insanların bu konuda çok bilgili olduklarını zannetmiyorum. Çoğu kişinin, yapılan işlemleri eziyet olarak görmesi nedeniyle orada bulunmayı istemediklerini düşünüyorum”(O.1/K.2).

“Bence hasta yakınlarının sosyo-kültürel seviyesine göre değişir. Bu işin bilincinde olan aileler yapılanları çok rahatlıkla izleyebilir. Her şeyi görmek isteyebilir..... Ancak, bizim toplumumuzda sosyo-kültürel seviyesi düşük olan aileler bu durumu çok farklı algılayıp, doktora, sağlık çalışanına saldırabilir” (O.3/K.2).

“Bence eğitim düzeyi etkiler. Eğitim düzeyinin yüksek olması bazen engel oluşturabilir” (O.2/K.1).

Tema 5: Kaliteli ve Etkin Aile Varlığında Resüsitasyon İçin Yapılması Gerekenler

Katılımcılar kaliteli ve etkin aile varlığında resüsitasyon için yapılması gerekenleri; yasal düzenlemelerin ve resmi prosedürlerin oluşturulması, ailenin odaya alınma kararının verilmesi, uygun hasta yakınının seçilmesi, seçilen hasta yakınının ön bilgilendirilmesi, hasta yakınına uygun ortamın oluşturulması, sağlık ekibi için güvenli fiziksel ortamın sağlanması, eğitilmiş personel eşliğinde aileye destek sunulması ve sürdürülmesi ve aile merkezli bakımın benimsenmesi olarak ifade etmişlerdir. Katılımcılar genellikle hasta yakınlarının resüsitasyonda birebir olmaması gerektiğini ancak resüsitasyon odasının içinde ayrı camlı bir bölümden resüsitasyonu izleyebileceklerini belirtmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin çoğu ailenin resüsitasyona alınması kararının doktor tarafından verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Hemşirelerin kaliteli ve etkin aile varlığında resüsitasyon için yapılması gerekenlere yönelik ifadeleri şöyledir:

“Bu uygulamanın etik ve hukuksal bir yanının olması gerekiyor. Bununla ilgili net bir kararın ve hazırlanmış prosedürlerin olması önemli” (O.1/K.3).

“ ...Bu uygulama ile ilgili bir yasa düzenlenirse, etik kurul ve yasalar doğrultusunda hasta yakınları alınabilir. Bunlar olmadan birebir resüsitasyon başında olan doktor ya da hemşirenin hasta yakınına “Sen de gel resüsitasyona dahil ol” diyeceğini düşünmüyorum” (O.1/K.1).

“Eğer bu konuda alınan bir karar yoksa uygulama kişiden kişiye değişecektir. O nedenle bu konuda bir karar olmalı. Bu uygulama kişiden kişiye değişmemeli...” (O.1/K.2).

“Bence hasta hastaneye ilk geldiğinde, sağlığı ve bilinci yerindeyse buna kendisi karar vermeli” (O.2/K.1).

“Bence bu karar aileye bırakılmamalı. Çünkü duygusal açıdan değerlendireceklerdir... Bence bunun kararını sadece doktor ya da sadece hemşire de veremez. Hem doktor hem hemşire birlikte karar vermeli” (O.3/K.1).

“Her ne kadar hasta yakınlarının o müdahale esnasında hastanın yanında olmamasını istesemde, hasta hakları doğrultusunda hasta yakını “ben orada olmak istiyorum” dediğinde resüsitasyon işlemi yöneten kişi ona izin vermelidir. Birinci öncelik hasta yakınının olmalıdır... Çünkü hasta haklarının ön planda olması gerektiğini düşünüyorum” (O.2/K.2).

“Bence ailenin birinci derece yakını alınmamalı. Biraz daha uzak akrabası, olayı iyi yönetebilecek bir kişi olabilir. Sözü geçen bir hasta yakını olabilir.....” (O.2/K.4).

“Eğer bir kişi resüsitasyona tanıklık edecekse en azından soğukkanlı, işi bilen bir hasta yakını olması gerektiğini düşünüyorum.... Sağlık çalışanı olan, duygusal yaklaşmayan bir yakını olabilir” (O.4/K.3).

“İçeri alınacak hasta yakını durumu anlayabilecek, konuyu bilen, aynı zamanda ailenin diğer fertlerini aydınlatabilecek bir kişi olmalı” (O.2/K.2).

“CPR konusunda bilgi verecek deneyimli, eğitilmiş bir kişi hasta yakınına eşlik etmeli. Hasta yakınına bilgi verilmeli. Verilen ön bilginin yasal bir dayanağı olmalı” (O.1/K.1).

“Fiziksel şartlar önceden oluşturulursa CPR’a yakınları alınabilir. Bilgilendirme önceden hazırlanmış resmi kayıt ve prosedürlere göre yapılmalıdır. Bilinçlendirme sağlandıysa hasta yakınları alınmalıdır..... Maksimum fiziksel şartların oluşturulması gerektiğini düşünüyorum” (O.1/K.3).

“.....Bu uygulama yeterli sayıda; hemşire, doktor, personel olduğu zaman uygulanabilir” (O.3/K.1).

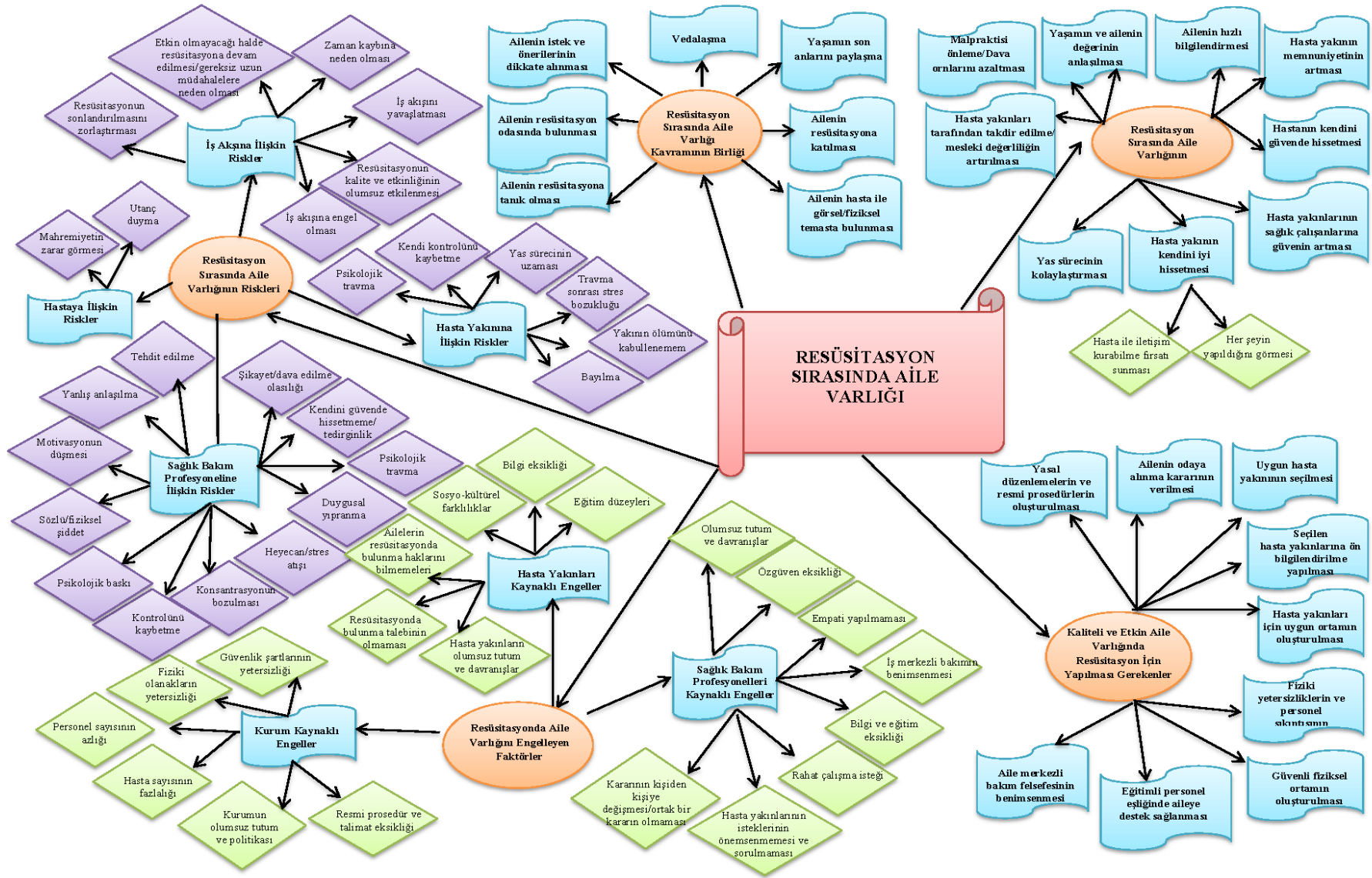
“Resüsitasyon sırasında mutlaka güvenliğin sağlanmasını isterim. İlk önce kendimizi güvence altına almamız lazımki hem hasta yakınına hem hastaya faydalı olalım”
(O.4/K.1).

“Aile üyelerinden seçilen kişiye çok hızlı bir şekilde ön bilgilendirme yapıldıktan sonra resüsitasyon odasının uygun bir yerinden izlemesine izin verilebilir. Ancak öncelikle kendi can güvenliğini sağlamak koşuluyla” **(O.4/2.K).**

“Bu uygulama korumalı, kırılmayan bir cam ardında olmalı. Yanımızda güvenlik olsun, odaya girmeden önce hasta yakının üstü başı aransın. Fiziksel herhangi bir şiddet aracı veya kamera olmasın... Ses yalıtımı olsun. Ekip içi konuşmalar ve iletişim duyulmasın”
(O.1/K.3).

*“Hasta yakını farklı bir bölümden, hiçbir şekilde sesin dahi duyulmadığı camlı bir bölümden hastasını izleyebilir. Yanında bir doktor ya da bir hemşire arkadaşımız bulunabilir. Hasta yakını yapılanlar hakkında bilgilendirebilir. “Bakın damar yolu açılıyor, şuan kalbinin çalışması için kalbine bası yapılmak zorunda” gibi hasta yakınına yapılan tüm işlemler tek tek açıklanabilir”***(O.3/K.2).**

*“.....Eğer aile tanıklı resüsitasyon olacaksa resüsitasyon için ayrı bir bölmenin, ayrı bir odanın olması gerektiğini düşünüyorum. Bu nedenle resüsitasyon odası farklı bölmelerden oluşmalıdır”***(O.1/K.6)**



Şekil 8- Hemşirelerin görüşleri doğrultusunda resüsitasyon sırasında aile varlığına yönelik oluşturulan tema ve alt temaların kavram haritası

5. TARTIŞMA

Resüsitasyon sırasında aile varlığı, holistik yaklaşım ve aile merkezli bakımın önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Hasta ve ailesinin savunucusu olarak hemşireler, aile varlığında resüsitasyon uygulamasında önemli bir role sahiptir. Bu doğrultuda hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığına yönelik tutum ve davranışları ile özgüvenlerinin belirlenmesi son derece önemlidir. Bu çalışma Samsun ilinde hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörler arasındaki ilişkinin yorumlandığı ilk çalışmadır.

5.1. Aile Varlığı Risk-Yarar ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığına ilişkin algılarını belirlemek amacıyla Twibell ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanma, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Kültür, dinamik bir yapıya sahiptir. Farklı toplumlarda duygu, düşünce ve davranışların ifadesi değişiklik gösterebilir. Bu nedenle ölçek uyarlama sürecinde bu dinamik yapının göz önünde bulundurulması gereklidir. (Akbaş ve Korkmaz, 2007). Araştırmalarda kullanılacak olan uluslararası ölçeklerin geçerli ve güvenirli olması son derece önemlidir (Aktürk ve Acemoğlu, 2012). Ölçeğin geçerlik ve güvenirliği ne kadar kanıtlanmış olsa da, uyarlanan ölçekteki bazı maddelerin uyarlandığı kültürdeki geçerlik ve güvenirliğinin saptanması önerilmektedir (Akbaş ve Korkmaz, 2007).

Ölçek uyarlama süreci uzun ve çok dikkat gerektiren, birden fazla araştırmacının katıldığı bir süreçtir (Akbaş ve Korkmaz, 2007). Ölçek uyarlanması aşamasında birçok kriter ve standarda uygun çalışılması gerekmektedir. Bu standartlara uyulmadığı takdirde ölçeğin geçerlik ve güvenirlik düzeyi düşük çıkabilmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Test Komisyonu (International Test Commission-ITC) ölçek uyarlama sürecinde izlenmesi gereken adımları ayrıntılı bir şekilde tanımlamışlardır (Çapık ve ark., 2018).

Ölçek uyarlama sürecinin ilk adımını dil geçerlilik aşaması oluşturmaktadır (Çapık ve ark., 2018). Dil geçerlilik aşamasında sıklıkla çeviri-geri çeviri yöntemi

kullanmaktadır. Çeviri aşamasında ana dili Türkçe olan, her iki dilde akıcı konuşan, çalışma yapılan kültürleri tanıyan, ölçülen yapı hakkında bilgi sahibi çevirmenler tercih edilmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014; Çapık ve ark, 2018). Bu araştırmanın dil geçerliliği aşamasında, en çok tercih edilen çeviri-geri çeviri yöntemi, literatürde belirtilen noktalara dikkat edilerek uygulanmıştır. Ölçeklerin maddelerinde gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra, ölçeklerin kapsam geçerliği aşamasına geçilmiştir.

Kapsam geçerliği uzmanların yargılarına dayanan bir yöntemdir (Karakoç ve Dönmez, 2014). En az 5 en fazla 40 uzmandan gelen görüşler arasındaki uyum ile Kapsam Geçerlilik İndeksi hesaplanmaktadır (Çapık ve ark, 2018). Uzmanlar ölçeklerin maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet edebilme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından değerlendirerek görüşlerini bildirmektedir. Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda gerekirse ölçme aracı yeniden yapılandırılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003).

Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla dil eşdeğerliği sağlanan Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin maddeleri 7 uzman görüşüne sunulmuştur. Alınan uzman görüşleri doğrultusunda ölçeklerde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu çalışmada uzman görüşleri arasındaki uyumu değerlendirebilmek amacıyla Kendall İyi Uyuşum analizi uygulanmış ve uzmanlar arasında görüş birliği olduğu görülmüştür ($p>0,05$).

Ölçek uyarlama çalışmalarında çevirinin anlaşılabilirliğini test etmek için pilot uygulama önemli yer tutmaktadır. Aynı zamanda bu aşama uyarlama sürecinin son basamağını oluşturmaktadır (Çapık ve ark, 2018). Pilot uygulama dil geçerlilik çalışması tamamlandıktan sonra, örneklem grubun özelliklerine sahip, örneklemin %10'u gibi bir gruba ya da 30-40 kişiye uygulanmalıdır (Seçer, 2018; Güngör, 2016). Bu doğrultuda bu çalışmada "Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği"nin dil ve kapsam geçerlilik çalışmaları tamamlandıktan sonra örneklemin özelliklerini taşıyan ve örnekleme dâhil edilmeyen 50 kişilik hemşire grubuna pilot uygulama yapılmıştır. Ölçeklerin dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliliğinin sağlandığı ve ölçülmek istenen alanı temsil ettiği anlaşılmıştır.

Yapı geçerliğini değerlendirmek için farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler arasında en yaygın olarak kullanılan yapı eşitlik modellemesi, benzer ölçek geçerliği ve faktör analizi yöntemleridir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Faktör analizinin

genel amacı, veriler arasındaki ilişkileri kolayca yorumlanabilir ve anlaşılabilir bir şekilde özetlemek ve değişkenleri yeniden gruplandırmaktır (Çokluk ve ark., 2011). Faktör analizi, çok sayıdaki değişkenin aslında birkaç temel faktörle ifade edilip edilemeyeceğini değerlendirmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Faktör analizinde incelen örneklemin faktör analizine uygunluğu genellikle Keiser Meyer Olkin (KMO) Örneklem Yeterliği Ölçüsü ve Bartlett test yöntemi ile incelenmektedir. KMO değeri 0 ile 1 arasında değişmekte olup 1'e yaklaşması istenmektedir. KMO değerinin 0,60 ve üstünde olması örneklemin faktör analizi için yeterli olduğuna işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2002; Alpar, 2018). Literatürde verilen bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmada ölçeklerin yapı geçerliğinin değerlendirileceği örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğu KMO ve Bartlett testi kullanılarak belirlenmiştir. Bu araştırmada literatürle uyumlu olarak Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği KMO değerinin 0,876 ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin KMO değerinin 0,927 olduğu ve örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uyumlu olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Ölçek uyarlama çalışmalarında genellikle ölçekteki maddelerin yapısı hakkında var olan hipotezin sınanması için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Bu araştırmanın doğrulayıcı faktör analizi sonuçları doğrultusunda, 26 madde ve tek faktör yapısına sahip Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nin öncelikle ölçüm modelini oluşturan maddelerin faktör yükleri incelenmiş ve 0,30'dan küçük faktör yüküne sahip olan maddeler (M2, M3, M5, M7, M8, M15) yapıdan çıkarılmıştır. 20 madde ve tek boyuttan oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli analiz edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum sağlamadığı belirlenmiştir (χ^2/sd : 11,029; GFI: 0,641; IFI:0,578; NFI:0,509; NNFI:0,490; CFI: 0,531; RMSEA:0,153; SRMR:0,104). Bu nedenle modelde iyileştirme çalışması yapılmıştır. Öncelikle maddelerin faktör yük değerleri incelenmiştir. Analiz sonucunda modele katkısı olmayan yani faktör yükü 0,30'ün altında kalan 4, 11 ve 12. maddeler ölçekten çıkartılmıştır. Daha sonra 17 madde ve tek boyuttan oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli analiz edilmiştir. Öncelikle modifikasyon indeksleri tablosuna bakılarak, modelde yapılacak olası değişiklikler için ki-kare düşüş değerleri incelenmiştir. En yüksek "M.I." değerinin göstermiş olduğu modifikasyon, kavramsal olarak uygun olduğu durumlarda bağlanarak model yürütülmüştür. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nden toplam 9 maddenin (M2, M3, M4, M5, M7, M8, M11, M12 ve

M15.) çıkartılmasıyla yapının 17 madde ve tek boyuttan oluştuğu son modelde uyum indeks değerlerinin (χ^2 /sd: 4,033; GFI: 0,887; IFI:0,846; NFI:0,918; NNFI:0,923 CFI: 0,937; RMSEA:0,084; SRMR:0,056) kabul edilebilir uyum sağladığı ve literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nin yurtdışında yapılan diğer uyarlama çalışmalarında da araştırmacıların açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yaptıkları belirlenmiştir. Chapman ve arkadaşları (2013) maddelerin faktör yüklerini incelemiş ve 0,30'dan küçük faktör yüküne sahip olan 4, 5, 8, 10, 13, 14. maddeleri ölçekten çıkarmıştır.

17 madde ve tek faktör yapıdan oluşan Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'ne ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçları doğrultusunda, uyum indeksi ki-kare (χ^2) uyum iyiliği testi ve p değeri incelenmiş, modelin anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Aile Varlığı Özgüven Ölçeği için oluşturulan ölçüm modelinin ilk hali için uyum indeksleri (χ^2 /sd: 15,349; GFI: 0,568; IFI:0,444; NFI:0,680; NNFI:0,650 CFI: 0,694; RMSEA:0,184 SRMR:0,112) incelendiğinde tüm modifikasyon katsayılarının uyum sağlamadığı belirlenmiştir. Bu nedenle model iyileştirme çalışmaları yapılmıştır. Öncelikle maddelerin faktör yük değerleri incelenmiş ve modele katkısı olmayan madde görülmemiştir. Bu nedenle ikinci aşamada modifikasyon indeksleri tablosuna bakılmış, modelde yapılacak olası değişiklikler için ki-kare düşüş değerleri incelenmiştir. En yüksek "M.I." değerinin göstermiş olduğu modifikasyon, kavramsal olarak uygun olduğu durumlarda bağlanarak model yürütülmüştür. Ölçüm modeli için elde edilen uyum indeks değerleri incelendiğinde ise değerlerinin (χ^2 /sd: 5,477; GFI: 0,867; IFI:0,853; NFI:0,938; NNFI:0,918 CFI: 0,854; RMSEA:0,08; SRMR:0,07) kabul edilebilir uyum sağladığı ve literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Güvenirlilik ölçülebilir bir değerdir. Güvenirliğin olup olmadığı varsa derecesi ve güvenirlilik katsayısı ile ölçülür (Karagöz, 2017; Özdamar, 2018). Güvenilir ölçüm araçları, maddeler arasında iç tutarlığı yüksek olan araçlardır. Likert tipi ölçme araçlarının iç tutarlılığını belirlemede genellikle Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayısı yöntemi kullanılmaktadır (Alpar, 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018). Croncach Alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değişim göstermektedir. Croncach Alfa katsayısının 1 değerine yaklaşması ölçeğin güvenirliliğinin arttığına işaret etmektedir (Kalaycı, 2010). Bu araştırmada doğrulayıcı faktör analizi ile geçerliği test edilmiş 17 madde ve tek

faktör yapılı ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ($\alpha=0,911$) ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin ($\alpha=0,944$) güvenilirliğinin oldukça iyi olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Bray ve arkadaşlarının (2016) yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ($\alpha=0,81$) ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin ($\alpha=0,96$) iç tutarlığının oldukça iyi olduğu bildirilmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Türk toplumunda hemşireler için geçerli ve güvenilir ölçüm araçları olduğu belirlenmiş olmakla birlikte her iki ölçeğin de ülkemizde kullanımı önerilmektedir.

5.2. Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığı Risk-Yarar Algısı ve Aile Varlığı Özgüvenini Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması

Türkçe geçerlik ve güvenilirliği sağlanan 17 madde ile tek faktörden oluşan Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin herbirinden alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan ise 85'tir. Twibell ve arkadaşları (2008) Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği'nden alınan yüksek puanların, hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığını daha yararlı ve daha az riskli algıladıklarına; ölçekten alınan düşük puanların ise hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığını daha riskli ve daha az yararlı algıladıklarına işaret ettiğini bildirmiştir. Bu çalışmada araştırma kapsamına alınan hemşirelerin Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği toplam puan ortalaması $35,90 \pm 11,49$ (17-74) olmakla birlikte resüsitasyonda aile varlığını riskli olarak algıladıkları belirlendi. Ölçek maddelerinden en yüksek puanı "Sevdiğim biri resüsite edilirken, odada bulunmak isterim" ($4,0 \pm 1,1$) ve "Tüm hastaların sahip olması gereken bir haktır" ($4,1 \pm 1,0$), en düşük puanı ise "Aile üyeleri ortamda olduğu takdirde resüsitasyon ekibi işini gerektiği gibi yapamayacaktır" ($1,8 \pm 1,0$) ve "Birlikte çalıştığım hemşireler resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunmasını desteklemiyorlar" ($1,8 \pm 1,1$) maddelerinden aldıkları belirlendi. Araştırma bulgumuzun bu konudaki literatürle uyumlu olmadığı görülmüştür (Twibell ve ark., 2008; Chapman ve ark., 2013; Bray ve ark., 2016).

Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nden alınan yüksek puanlar, hemşirelerin aile varlığında resüsitasyon uygulamasında kendine güvenlerinin yüksek olduğuna işaret

etmektedir. Aile Varlığı Özgüven Ölçeği toplam puan ortalaması $51,46 \pm 14,28$ (17-85) olarak belirlenmiş olmakla birlikte hemşirelerin en yüksek puanı “Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında ilaç tedavileri uygulayabilirim” ($3,6 \pm 1,14$) ve “Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında hastanın onurunu/haysiyetini koruyabilirim” ($3,6 \pm 1,18$) maddelerinden aldıkları belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin aile varlığında resüsitasyon yönetiminde kendilerine güvenlerinin yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Rafiei ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada, Aile Varlığı Özgüven Ölçeği toplam puan ortalaması $53,86 \pm 11,7$ olarak bildirilmiştir.

Bu çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ve bir sağlık sorununa sahip olma durumu gibi değişkenlerin Aile Varlığı Risk-Yarar Algısı ölçek puanı üzerinde etkili olmadığı ($p > 0,05$), buna karşın Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği toplam puan ortalamasının hemşirelerin eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği, eğitim düzeyi düşük olan hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığını daha riskli algıladıkları belirlenmiştir ($p < 0,05$). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Chapman ve arkadaşları (2013), Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği ile eğitim durumu arasında bir ilişki bulunduğunu, yüksek eğitim düzeyine sahip sağlık bakım profesyonellerinin resüsitasyonda aile varlığını daha yararlı algıladıklarını ve özgüvenlerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Araştırma bulgularımıza karşın Twibell ve arkadaşları (2018) yaş, cinsiyet ve çalışılan bölüm gibi sosyo-demografik özelliklerin Aile Varlığı Risk-Yarar Algısı ölçek puanı üzerinde etkili olduğunu, genç ve kadın sağlık bakım profesyonellerinin aile varlığını daha yararlı algıladıklarını belirlemişlerdir.

Literatürde resüsitasyon sırasında aile varlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda, profesyonel bir hemşirelik organizasyonuna üye olmanın, resüsitasyon konusunda uzmanlık sertifikasına sahip olmanın ve daha önceden resüsitasyona aile üyesi davet etmenin aile varlığı risk- yarar algısını etkilediği ve aile varlığında resüsitasyonu daha yararlı algılamalarını sağladığı vurgulanmıştır (Mangurten ve ark., 2006; Chapman ve ark., 2013). Tudor ve ark., 2014; Powers ve Reeve, 2018). Bu konuda yapılan diğer araştırma bulgularına karşın (Mangurten ve ark., 2006; Chapman ve ark., 2013; Tudor ve ark., 2014; Powers ve Reeve, 2018), bu çalışmada resüsitasyon ile ilgili güncel gelişmeleri takip etme durumunun aile varlığı risk yarar

algısı üzerinde olumsuz etkisinin olduğu, resüsitasyonla ilgili güncel bilgileri takip edenlerin aile varlığını daha riskli algıladıkları saptanmıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte hemşirelerin aile varlığı risk ve yarar algısını personel sayısının etkilediği, çalıştığı servisteki toplam hemşire sayısı 11-16 olan hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığını daha yararlı algıladıkları belirlenmiştir ($p<0,05$). Diğer yandan hemşirelerin çalışma statüsü, servisteki görevi, çalışma şekli, haftalık toplam çalışma saati, hemşire olarak çalışma yılı, bulunduğu serviste çalışma yılı, günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısı gibi değişkenlerin aile varlığı risk- yarar algısı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırma bulgularımıza karşın Tudor ve arkadaşları (2014), 11 ile 20 yıl arası mesleki deneyime sahip olan sağlık bakım profesyonellerinin, aile varlığında resüsitasyonu daha yararlı algıladıklarını bildirmiştir. Ayrıca Sak-Dankosky ve arkadaşları da (2014) sağlık bakım profesyonellerinin artan iş deneyimine bağlı olarak resüsitasyonda aile varlığına olan ilgilerinin arttığını, kariyerlerinin başında olanların, aile varlığının yararları konusunda şüphe ettiklerini hatta bu uygulamayı desteklemediklerini bildirmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda Aile Varlığı Risk-Yarar Algısı ölçek puanının, kendisinin resüsite edilmesi durumunda aile üyelerini odada isteme, kendi aile üyelerinden birisi resüsite edilirken orada bulunmayı isteme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,05$). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Tudor ve arkadaşları (2014) kendi yakını resüsite edilirken odada bulunma isteğinde bulunan sağlık bakım profesyonellerinin resüsitasyonda aile varlığını daha yararlı algıladıklarını bildirmiştir.

Bu araştırmada Aile Varlığı Risk-Yarar Algısı ölçeği puanının, resüsitasyonda ailenin bulunması ile ilgili onam formunu hastaya önceden imzalatırma, resüsite edilen hastanın yakınlarına resüsitasyon işlemi hakkında bilgi verme durumuna göre farklılık gösterdiği, resüsitasyon sırasında ailenin hazır bulunması ile ilgili onam formunun hastaya önceden imzalatırılması gerektiğini düşünen hemşirelerin Aile Varlığı Risk-Yarar Algısı ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aile varlığını daha yararlı algıladıkları belirlenmiştir ($p<0,05$). Bununla birlikte katılımcılar resüsitasyonda aile varlığına yönelik prosedür ve kılavuzların geliştirilmesi gerektiğine inandığı buna karşın çalıştıkları kurumda aile tanıklı resüsitasyon ile ilgili hazırlanmış bir protokolün olmadığını ifade ettikleri görüldü. Literatürde resüsitasyonda ailenin varlığı ile ilgili

politikalar oluşturmanın hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığı algısını olumlu yönde etkilediği, özgüvenlerini arttırdığı, aile üyelerini resüsitasyona davet etmelerini sağladığı, resüsitasyon ekibi arasındaki çatışmaları ve uygulamadaki tutarsızlıkları önlenmeye yardımcı olduğu bildirilmektedir (Lowry, 2012; Flanders ve Strasen, 2014; Dwyer ve Friel, 2016; Powers ve Candela, 2017).

Bu araştırmada Aile Varlığı Özgüven Ölçeği toplam puanının bir sağlık sorununa sahip olma durumu göre farklılık gösterdiği, sağlık sorunu olmayan hemşirelerin Aile Varlığı Özgüven ölçeği puan ortalamalarının sağlık sorunu olan hemşirelerden daha yüksek olduğu ve resüsitasyon uygulamasında daha özgüvenli oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$). Bununla birlikte cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, hemşire olarak çalışma yıl, bulunduğu serviste çalışma yılı gibi değişkenlerin Aile Varlığı Özgüven ölçeği puanı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Twibell ve arkadaşları (2008) kritik bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin, kritik olmayan bakım birimlerinde çalışan hemşirelerle karşılaştırıldığında risk, fayda veya özgüven algıları yönünden farklılık göstermediğini bildirmişlerdir.

Araştırma bulgularına karşı literatürde Aile Varlığı Özgüven Ölçeği ile yaş ve klinik deneyim arasında anlamlı bir ilişki olduğu, genç ve klinik deneyimi az olan sağlık bakım profesyonelleri ile karşılaştırıldığında ileri yaş grubunda bulunan ve yüksek klinik deneyime sahip olan sağlık bakım profesyonellerinin resüsitasyonu yönetme konusunda kendilerine daha çok güvendikleri bildirilmiştir (Chapman ve ark., 2013). Tudor ve arkadaşları (2014), yoğun bakım ünitesinde çalışan, 10'dan fazla CPR katılan, İleri Kardiyak Yaşam Desteği konusunda eğitim alan sağlık bakım profesyonellerinin, aile varlığında resüsitasyon konusunda daha özgüvenli olduklarını belirlemişlerdir. Elde edilen bulgular doğrultusunda özgüveni yüksek olan hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığı özgüvenlerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte literatürde özgüveni yüksek hemşirelerin aile varlığında resüsitasyon uygulamalarını daha rahat yönettikleri, bu konuda kendilerine olan güvenlerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Twibell ve ark., 2008).

Bu araştırmada Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ile Aile Varlığı Özgüven Ölçeği arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu, resüsitasyon sırasında ailenin varlığını yönetebilme becerisine sahip, özgüveni yüksek hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile

varlığını daha faydalı ve daha az riskli algıladıkları belirlenmiştir ($r= 0,239$, $p<0,001$). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bir çalışmada özgüvenli resüsitasyon ile aile varlığı risk-yarar algısı arasında önemli bir ilişki bulunduğu, kendine güveni yüksek olan hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığı uygulamasına yönelik olarak daha olumlu bir tutum sergiledikleri bildirilmiştir (Rafiei ve ark., 2018).

Aile varlığı özgüven puanı yüksek hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığını daha yararlı ve daha az riskli algıladıkları, aynı zamanda resüsitasyon sırasında özgüvenlerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Twibell ve ark., 2008; Chapman ve ark., 2013; Tudor ve ark., 2014; Bray ve ark., 2016; Kim ve Kim, 2016; Powers ve Reeve, 2018; Rafiei ve ark.,2018). Kim ve Kim (2016), hemşirelerin aile varlığında resüsitasyonu yönetme konusundaki özgüvenleri ile aile varlığına izin verme istekleri arasında anlamlı bir ilişkili bulunduğunu, özgüveni yüksek olan hemşirelerin aile varlığına izin verme konusunda daha istekli olduklarını bildirmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin bu konudaki özgüvenlerini geliştirmenin son derece önemli olduğu düşünülmektedir (Rafiei ve ark., 2018). Powers ve Candela (2016)'nın, aile varlığı ilgili bir eğitim programının hemşirelerin algı ve özgüvenleri üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada, eğitim programlarının resüsitasyon sırasında hemşirelerin özgüvenini önemli ölçüde arttırabileceği bildirilmiştir. Kurumda bu konuda eğitilmiş personelin ve aile varlığına yönelik talimatların olmasının, hemşirelerin resüsitasyonu yönetme konusundaki güvenlerini geliştirmeye yardımcı olabileceği vurgulanmıştır (Dwyer ve Friel, 2016; Kim ve Kim, 2016).

5.3. Resüsitasyon Sırasında Aile Varlığı Risk-Yarar Algısı ve Aile Varlığı Özgüvenini Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması

Araştırmanın üçüncü aşamasında hemşirelerin resüsitasyon sırasında aile varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik olarak yapılan odak grup görüşmeleri doğrultusunda elde edilen veriler tartışılmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun resüsitasyon sırasında aile varlığını riskli olarak algıladıkları görülmüştür. Bu uygulamayı rutinde yapmadıklarını ancak aile üyesi bir sağlık çalışanı ise nadiren de olsa resüsitasyona tanıklık etmelerine izin verdiklerini ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularına karşın Avrupa ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde bu konuda yapılan birçok çalışmada hemşirelerin resüsitasyonda aile

varlığını desteklediği ve aile varlığında resüsitasyonu uyguladıkları bildirilmektedir (Porter ve ark., 2015). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konudaki literatürde gelişmekte olan ülkelerdeki hemşirelerin bu uygulamayı sağlık bakım profesyonelleri için riskli olarak algıladıkları bu nedenle aile üyelerini resüsitasyona davet etmedikleri bildirilmiştir (Badır ve Sepit, 2005; Demir, 2008; Kianmehr ve ark., 2010; Enriquez ve ark., 2017; Atabaki ve ark., 2018; Rafiei ve ark., 2018).

Bu araştırmada hemşireler resüsitasyon sırasında aile varlığı kavramını vedalaşma, ailenin resüsitasyon odasında bulunması, ailenin hasta ile görsel/fiziksel teması, ailenin istek ve önerilerinin dikkate alınması, yaşamın son anlarını paylaşma, ailenin resüsitasyona tanık olması kavramları ile ilişkilendirmiştir. Katılımcılar resüsitasyonda sırasında aile varlığını “*Son anlarını birlikte yaşamak*”, “*elini tutmak yüzüne dokunmak, yanında olmak*”. “*resüsitasyon işlemine tanıklık etmesi*” gibi ifadeler ile açıklamışlardır. Katılımcıların bu açıklamalarının literatürdeki tanımlarla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (ERC, 2005; ENA, 2007; Fulbrook ve ark., 2007; AHA, 2010; Pasek ve Licate, 2016; Porter ve ark., 2014; Sak-Dankosky ve ark., 2018). Lowry (2010), hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığını, “aile üyelerinin sevdikleri kişinin kurtarılması için resüsitasyon ekibinin ne kadar çaba sarf ettiğini görmelerini sağlayan bir fırsat olarak” tanımladıklarını bildirmiştir.

Araştırmamızda katılımcılar, resüsitasyon sırasında aile varlığının iş akışı, hasta/hasta yakını ve sağlık bakım profesyonellerine yönelik bazı risklerinin olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar, resüsitasyon sırasında ailenin, resüsitasyon odasında bulunmasının özellikle sağlık bakım profesyonelleri ve iş akışı açısından çok riskli olduğunu vurgulamışlardır. Hemşireler iş akışına yönelik riskleri; resüsitasyonun kalite ve etkinliğinin olumsuz etkilenmesi, zaman kaybına neden olması, iş akışına engel olması, etkin olmayacağı halde resüsitasyona devam edilmesi/gereksiz uzun müdahalelere neden olması, resüsitasyonun sonlandırılmasını zorlaştırması olarak sıralamışlardır. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, aile üyelerinin resüsitasyon sürecine müdahale edebileceği, resüsitasyonun sonlandırılmasını zorlaştırabileceği, ekibin performansını düşürebileceği ve izlenme hissi ile ilişkili stresi arttırabileceği ve tıbbi hatalara neden olabileceği bildirilmektedir (Meyers ve ark., 2004; Ong ve ark., 2004; Badır ve Sepit 2005; Mian ve ark. 2007; Tudor, 2014). Araştırma bulgularımıza karşın Kleinman ve arkadaşları

(2015), resüsitasyonda aile varlığının hastanın hayatta kalma durumunu etkilemediğini bildirmiştir.

Araştırma kapsamında belirlenen bir diğer alt tema da sağlık bakım profesyonellerine yönelik risklerdir. Görüşmelerde katılımcılar duygusal yıpranma, psikolojik travma, heyecan/stres atışı, konsantrasyonun bozulması, motivasyonun düşmesi, kontrolünü kaybetme, psikolojik baskı, sözlü/fiziksel şiddet, şikayet/dava edilme olasılığı, tehdit edilme, yanlış anlaşılma, kendini güvende hissetmeme ve tedirginlik gibi risklerden söz etmişlerdir. Bununla birlikte hemşireler, özellikle resüsitasyon sırasında yaşanan olumsuzlukların, çalışanların hareket ve davranışlarının odada bulunan hasta yakınları tarafından yanlış anlaşılacak olumsuz olaylara neden olabileceğini bu nedenle bu konuda endişe duyduklarını ifade etmişlerdir.

Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda resüsitasyonda aile varlığının sağlık bakım profesyonelleri için fizyolojik ve psikolojik stres ile birlikte dava açılmasına yönelik endişeye neden olabileceği, bu durumda performanlarını olumsuz yönde etkileyebileceği bildirilmiştir (McClenathan ve ark., 2002; Badır ve Sepit, 2005; Knott ve Kee, 2005; Cottle ve James, 2008; Davies ve Perkins, 2013; Porter ve ark., 2014; Breach, 2018). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Lowry (2010) bu konuda yaptığı nitel çalışmada, hemşirelerin *“yanlış bir şey yaparsam bilebilirler”*, *“Eylemlerimi bir hata olarak yanlış yorumlayabilirler... yasal olarak bile... çok fazla probleme neden olabilirler”* olarak ifade ettiklerini, bu nedenle aile varlığında resüsitasyonda hemşirelerin kendilerini huzursuz hissettiklerini bildirmiştir.

Aileler tarafından dava edilme korkusu, sağlık çalışanları arasında sık karşılaşılmamasına karşın, literatürde bu hipotezi destekleyecek yeterli kanıt bulunmadığı bildirilmektedir (Fulbrook, 2007; Madden ve Condon, 2007; Macy ve ark., 2006). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, resüsitasyona katılan aile üyelerinin yaşadığı psikolojik travma nedeniyle saldırgan olabileceği, resüsitasyon ekibine fiziksel ve psikolojik zararlar vereceği ve bu durumun resüsitasyon ekibinin işini yapmasına engel olabileceği bildirilmektedir (McClenathan ve ark., 2002; Badır ve Sepit, 2005; Demir, 2008; Köberich ve ark., 2010; Al-Mutair ve ark., 2012).

Katılımcılar resüsitasyon sırasında aile varlığının hasta yakınına yönelik risklerini psikolojik travma, travma sonrası stres bozukluğu, kendi kontrolünü

kaybetme, bayılma, yas sürecinin uzaması ve yakınının ölümünü kabullenememe olarak ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Waldemar ve Thylen (2019), “hemşire ve doktorların resüsitasyonda aile varlığının hasta yakınları için hoş olmayan izler bırakan travmatik bir deneyim olabileceğine ve hafızalarından ömür boyu silinmeyerek kâbuslara yol açabileceğini” belirtmişlerdir. Bununla birlikte hemşirelerin, aile üyelerinin başarısız resüsitasyon girişimlerine tanık olmasının aşırı travmatik bir deneyim olduğunu, duygusal sıkıntılara yol açabileceğini ve bu durumun ailelerde travma sonrası stres bozukluğu riskini artırabileceğini düşündükleri bildirilmiştir (Holzhauser ve ark. 2006; Compton ve ark., 2009; Al Mutair ve ark., 2012).

Araştırma bulgularımıza karşın Jabre ve arkadaşları (2013) resüsitasyona aktif katılımın aileler için pozitif ve koruyucu etkilere sahip olduğunu ve bu uygulamanın travmatik yaşlara karşı koruyucu olabileceğini bildirmiştir. Bununla birlikte, aile varlığında resüsitasyonun aileler üzerinde travma sonrası stres bozukluğu, depresyon gibi zararlı psikolojik etkilerinin olmadığı belirtilmiştir (Compton ve ark., 2011; Jabre ve ark., 2013). Bu araştırmada hemşireler aile varlığının hastanın mahremiyetine zarar verebileceğini, eğer hasta yaşama geri dönerse bu konuda utanç duyabileceğini ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Atabaki ve arkadaşları (2018) sağlık bakım profesyonellerinin önemli bir kısmının (% 64,2) resüsitasyon sırasında aile varlığının, hastanın gizliliğini ve mahremiyetini ihlal ettiğine inandıklarını belirlemişlerdir. Benzer şekilde Fulbrook ve arkadaşları da (2007), hemşirelerin büyük çoğunluğunun “aile üyelerinin varlığının hastanın bilgilerinin gizliliğini ihlal ettiğini” düşündüklerini saptamıştır.

Resüsitasyonda aile varlığı ile ilgili literatür incelendiğinde bu uygulamanın hasta, aile ve sağlık bakım profesyoneline yönelik birçok yararları olduğu vurgulanmıştır (Miller ve Stiles, 2009; Lowry, 2012; Flanders ve Strasen, 2014; McAlvin ve Carew-Lyons, 2014; Porter ve ark., 2014). Bu araştırmada katılımcılar resüsitasyon sırasında aile varlığının yararlarını, hastanın kendini güvende hissetmesi, hastaya ve aileye manevi destek sağlaması, hasta yakının kendini iyi hissetmesi, hasta yakınlarının memnuniyetinin artması, hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına güveninin yükselmesi, hasta yakınları tarafından takdir edilme/mesleki değerliliğin artması, ailenin hızlı bilgilendirilmesi, malpraktisi önlemesi, dava oranlarını azaltması, yas sürecini kolaylaştırması, yaşamın ve ailenin değerinin anlaşılması olarak ifade etmişlerdir.

Araştırma bulgumuzu destekler yönde bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da , resüsitasyonda aile varlığının hasta ve hasta yakınları için duygusal destek sağladığı, personel ve aile arasındaki iletişimi kolaylaştırdığı, sağlık bakım profesyonelleri ile aileler arasında güven ortamı oluşturduğu, hasta ve yakınlarının memnuniyetini arttırdığı, şikâyet/davaların azaldığı ve sunulan bakımın aileler tarafından daha iyi anlaşıldığı bildirilmiştir (Maclean ve ve ark., 2003; Holzhauser ve ark., 2006; Lowry, 2012; Leske ve ark., 2013; Tudor ve ark., 2014; De Robertis ve ark., 2017; Toronto ve LaRocco, 2018).

Porter ve arkadaşları (2014) resüsitasyonda aile varlığının, aile üyelerinin mümkün olan her şeyin yapıldığını görmelerine, hastanın durumunun ciddiyetini anlamalarına yardımcı olacağını, ailelerin sevdiklerine son bir kez daha dokunmalarına, rahatlamalarına ve hoşçakal demelerine imkân sağlayacağını bu nedenle ailelerin kendilerini daha sakin, huzurlu ve güvende hissedeceklerini bildirmiştir. Bununla birlikte sevilen birinin resüsitasyonu sırasında hazır bulunmanın, ölümü kabullenmelerini kolaylaştıracağı ve yas tutma sürecine yardım edeceği, sevdiklerinin yalnız ölmediğini hissetmelerini sağlayacağı vurgulanmaktadır (Maclean ve ve ark., 2003; McMahan-Parkes ve ark., 2009; Miller ve Stiles, 2009; Porter ve ark., 2014; Tudor ve ark., 2014; Oczkowski ve ark., 2015; Köberich ve ark., 2018; Waldemar ve Thylen, 2019). De Stefano ve arkadaşları (2016) aile varlığının, yaşamdan ölüme geçiş sırasında hastayı desteklemeye yardımcı olacağını, ailenin bu önemli ana katılmasının ölümün acısını hafifleteceğini ve ölüm gerçeğinin kabullenilmesini kolaylaştıracağını bildirmişlerdir. Çolak ve Arslan (2009) ise resüsitasyon sırasında ailenin varlığının hastalara manevi güç, destek ve moral vereceğini, hastaların kendilerini güvende hissetmelerini sağlayacağını bildirmiştir.

Katılımcılar kurum kaynaklı engelleri; fiziki olanakların ve güvenlik şartlarının yetersizliği, personel sayısının azlığı, hasta sayısının fazlalığı, kurumun olumsuz tutum ve politikası, resmi prosedür ve talimat eksikliği olarak ifade etmişlerdir. Hemşireler kurumlarında bu konuya yönelik herhangi bir resmi prosedür ve talimatın olmadığını, bu nedenle resmi olarak aile varlığında resüsitasyonu yapamadıklarını bildirmişlerdir. Literatürde de kurum politalarının yetersizliğinin ve personel eksikliğinin resüsitasyonda aile varlığı uygulamasını engellediği belirtilmiştir (Köberich ve ark.,

2010; Oman ve Duran, 2010; Leung ve Chow, 2012; Porter ve ark. 2015; Waldemar ve Thylen, 2019).

Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Powers (2017) eğitilmiş aile varlığı kolaylaştırıcısı olmamasının, resüsitasyonda aile varlığı uygulamasının önündeki en büyük engel olduğunu, bu konuda bilgili ve donanımlı yeterli personel bulunmadığını, özellikle bu durumun gece vardiyasında büyük bir engel oluşturduğunu vurgulamıştır. Literatürde kurum politikalarının yetersizliğinin, resüsitasyonda aile varlığının uygulanmasında büyük bir engel olduğu bildirilmiştir. Waldemar ve Thylen (2019), bu konuda yapmış oldukları nitel bir araştırmada, “*CPR sürecinin başında ailenin genellikle bir köşeye itildiğini*” hastanın odasının genellikle resüsitasyon yapmak için çok küçük olduğunu, CPR durumlarında her zaman yeterli personel bulunmadığını belirlemişlerdir.

Bu araştırmada katılımcılar sağlık bakım profesyonelleri kaynaklı engelleri, aile varlığı konusunda sergilenen olumsuz tutum ve davranışlar, rahat çalışma isteği, aile varlığı konusunda hasta yakınlarının isteklerinin önemsenmemesi ve sorulmaması, hasta ve hasta yakınlarına karşı empati yapılmaması, özgüven eksikliği, aile tanıklı resüsitasyon konusunda bilgi ve eğitim eksikliğinin olması, resüsitasyonda ailenin bulunması kararının kişiden kişiye değişmesi/ortak bir kararın olmaması ve iş merkezli bakımın benimsenmesi olarak bildirmişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığını riskli algıladıkları, hasta yakınlarının resüsitasyona müdahale edeceği konusunda endişe duydukları ve bu uygulamanın aile üyelerinde psikolojik travma yaratacağını düşündükleri bildirilmektedir (Badır ve Sepit, 2005; Knott ve Kee, 2005; Twibell ve ark., 2008; Miller ve Stiles, 2009; Carroll, 2014; Tudor ve ark., 2014; Powers, 2017). Bununla birlikte Al-Mutair ve arkadaşları (2012) hemşirelerin iş merkezli bakımı benimsemesinin, aile üyelerini ikinci bir iş yükü olarak algılamalarına neden olduğunu belirtmiştir.

Pasquale ve arkadaşları (2010) hasta yakınlarının, resüsitasyon sırasında aileye nasıl yaklaşılacağı konusunda sağlık bakım profesyonellerinin bilgi eksikliği olduğunu düşündüklerini saptamıştır. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Sak-Dankosky ve arkadaşları (2018) hasta yakınlarının resüsitasyonda bulunması konusunda, sağlık bakım profesyonellerinin destek ve anlayış eksikliği olduğunu bu nedenle çalışanların

aile üyelerine nasıl davranılacağı konusunda daha fazla eğitim almaları gerektiğini bildirmişlerdir.

Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Kim ve Kim (2016), hemşirelerin aile varlığında resüsitasyonu yönetme konusundaki özgüvenlerinin resüsitasyonda aile varlığına izin verme istekleri ile ilişkili olduğunu, CPR'ı ailenin huzurunda yerine getirme konusunda kendinden emin olan hemşirelerin, resüsitasyonda aile varlığına izin vermeye daha istekli olduklarını bildirmiştir. Bununla birlikte geliştirilen prosedür ve politikalar ile verilen eğitimlerin hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığını yönetme konusundaki özgüvenlerini geliştirmeye yardımcı olacağı bildirilmiştir (Lowry, 2012; Ferrara ve ark., 2016).

Bu araştırmada katılımcılar resüsitasyon sırasında aile varlığı uygulamasının önündeki bir diğer engelin hasta yakınları kaynaklı olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşireler, hasta yakınlarının olumsuz tutum ve davranışlarının, hasta yakınının resüsitasyonda bulunma talebinin olmamasının, aile varlığında resüsitasyona ilişkin bilgi eksikliğinin, ailelerin resüsitasyonda bulunma haklarını bilmemelerinin, ailelerin sosyo-kültürel ve eğitim düzeyi farklılıklarının, resüsitasyonda aile varlığını engellediğini bildirmişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da aile üyelerinin resüsitasyona katılmak istememe nedenleri, genellikle aile üyelerinin resüsitasyonu psikolojik yönden travmatize edici bir olay olarak algılaması, sevdikleri kişiyi acı çekerken görmeye dayanamamaları, sevdiği kişinin ölümünü seyretmek istememeleri, odada bulunmalarının hastalarına faydalı olmayacağını düşünmeleri olarak sıralanmıştır (Çolak ve Arslan, 2009; De Stefano ve ark., 2016). Çelik ve arkadaşları (2013) hasta yakınlarının eğitim düzeyilerinin, resüsitasyona tanıklık etme isteğini etkilediğini ve hasta yakınlarının %66,5'inin invaziv girişimler sırasında hastalarının yanında durmalarının, hekimlerin uygun tıbbi bakımı vermelerini engelleyebileceğini düşündükleri bildirilmiştir.

Araştırma kapsamında belirlenen bir diğer alt tema ise resüsitasyon sırasında aile varlığı için yapılması gerekenlerdir. Görüşmelerde hemşirelerin kaliteli ve etkin aile varlığında resüsitasyon yapılması için yasal düzenlemelerin ve resmi prosedürlerin oluşturulmasını, ailenin odaya alınma kararının verilmesini, uygun hasta yakınının seçilmesini, seçilen hasta yakınlarına ön bilgilendirilme yapılmasını, hasta yakınları için uygun ortamın oluşturulmasını, fiziki yetersizliklerin ve personel sıkıntısının

giderilmesini, güvenli fiziksel ortamın oluşturulmasını, eğitimli personel eşliğinde aileye destek sağlanmasını ve aile merkezli bakım felsefesinin benimsenmesini önerdikleri belirlenmiştir.

Bununla birlikte hemşirelerin büyük çoğunluğunun hasta yakınlarının resüsitasyonda birebir olmaması gerektiğini, ancak resüsitasyon odasının içinde ayrı camlı bir bölümden resüsitasyonu izleyebileceklerini ifade ettikleri görülmüştür. Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte bir çok uluslararası organizasyon ve derneğin, ailelere resüsitasyonda bulunma seçeneği verilmesi gerektiğini bildirdiği, bu doğrultuda devletin kanıta dayalı uygulama uyarılarını dikkate alarak aile varlığında resüsitasyon için kılavuz ve prosedür geliştirmesi gerektiği, eğitilmiş rehber bir personel tarafından aile üyesine eşlik edilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (ERC, 2005; Cox, 2007; ENA, 2007; Fulbrook ve ark., 2007; AHA, 2010; Boucher, 2010; Köberich ve ark., 2010; AACN, 2016; Davidson ve ark., 2017).

Resüsitasyonda aile varlığı ile ilgili standart protokol uygulanmasının, bu konu ile ilgili farkındalığın artırılmasında ve kişiye göre değişen geleneksel klinik uygulamanın değiştirilmesinde faydalı olduğu belirtilmektedir (Meyers ve ark, 2000; MacLean ve ark., 2003; Oman ve ark., 2010; Waldemar ve Thylen , 2019). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Lowry (2012), köklü bir aile varlığı protokolü ile çalışan hemşirelerin, aile varlığının yapılacak en doğru şey olduğuna inandığını ve aile varlığı uygulamalarından sonra güvenlerinin arttığını belirlemiştir. Bununla birlikte Waldemar ve Thylen, (2018) resüsitasyon ekibinin tüm üyelerinin, ailenin var olup olmayacağı konusunda karar vermede ortak sorumluluklarının olması gerektiğini bildirmiştir.

Literatürde resüsitasyon sırasında aileye destek sağlamak amacıyla resüsitasyonda aile varlığını yönelebilecek bilgi ve tecrübeye sahip, ailenin sıkıntısını tanıyabilen, aileyi rahatlatabilen, canlandırma sonrası bilgi alma ve yas sürecini yönetebilen hemşire, sosyal destek uzmanı veya din görevlisi olması önerilmektedir (McClement ve ark., 2009; Lowry, 2012; ENA, 2019; Waldemar ve Thylen, 2019). Bu çalışmada katılımcıların aile varlığında resüsitasyon uygulaması ile ilgili en büyük endişeleri, aile üyelerinin resüsitasyona müdahale edilebilme olasılıkları ile ilgilidir. Bu nedenle katılımcılar uygun aile üyesinin seçimi ile resüsitasyona alınma ve dışlanma kriterlerinin belirlenmesini önermişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte

Dudley ve arkadaşları (2009) yıkıcı, şiddet davranışı sergileyen, kendi kontrolünü kaybeden, aşırı yüksek sesle konuşan, alkol ya da uyuşturucu madde kullanan aile üyelerinin resüsitasyona dâhil edilmediğini belirlemişlerdir.

Sonuç olarak literatürde aile varlığında resüsitasyon uygulamasının aile üyeleri, hastalar ve sağlık bakım profesyonelleri açısından birçok yararının olduğu bildirilmektedir. Aile varlığında resüsitasyon, aile üyelerinin sevdikleri birey için mümkün olan her şeyin yapıldığına tanıklık etmelerini sağlayarak, hastanın durumu ve yapılan uygulamalar hakkındaki şüphelerinin giderilmesine yardımcı olur. Aile üyelerinin kaygılarını ve sevdikleri kişiye ne olduğuna dair korkularını azaltır. Sevdikleri kişiyle son anlarında iletişim kurabilme, onlara dokunabilme, onlar için dua edebilme fırsatı sunar. Hasta yakınlarını ölüm gerçeğine yaklaştırarak, yakın birini kaybetme durumunu kabul etmelerine yardımcı olur. Aile üyelerinin, yakınlarının ölümünün gerçekleşmesi durumunda yas sürecini kolaylaştırır. Bu doğrultuda hemşirelerin resüsitasyonda aile varlığına yönelik tutum ve davranışları ile özgüvenlerinin belirlenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Araştırmanın ilk aşamasında Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak, her iki ölçeğin ülkemizde hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir ölçme araçları olduğu sonucuna varılmıştır.
- Türkçe geçerlik ve güvenilirliği sağlanan 17 madde ile tek faktörden oluşan Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin her ikisinden de alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan ise 85 olarak belirlenmiştir.
- Hemşirelerin bazı sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin resüsitasyonda Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven ölçeği puanını etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$).
- Hemşireler ile yapılan odak grup görüşmelerden elde edilen bulgular doğrultusunda, resüsitasyon sırasında aile varlığı kavramının bilinirliği, resüsitasyon sırasında aile varlığının riskleri, resüsitasyon sırasında aile varlığının yararları, resüsitasyon sırasında aile varlığını engelleyen faktörler ve resüsitasyon sırasında aile varlığı için yapılması gerekenler olmak üzere 5 tema ile 31 alt tema belirlenmiştir.
- Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği ile Aile Varlığı Özgüven Ölçeği arasında % 23,9'luk anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($r=0,239$, $p<0,001$).
- Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği ile Özgüven Ölçeği arasında %20'lik negatif anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($r=-0,200$, $p<0,001$).
- Aile Varlığı Risk-Yarar ölçeği ile Durumluk Kaygı Ölçeği arasında %9,9'luk ve Sürekli Kaygı Ölçeği arasında ise %10,1'lik anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($r=0,099$, $r=0,101$, $p=0,042$, $p=0,038$).
- Aile Varlığı Özgüven Ölçeği ile Özgüven Ölçeği arasında %14,3'lük anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($r=-0,143$, $p=0,003$).
- Hemşireler aile varlığında resüsitasyon yapılması için yasal düzenlemelerin ve resmi prosedürlerin oluşturulmasını, uygun hasta

yakınının seçilmesini, seçilen hasta yakınının önceden bilgilendirilmesini, hasta yakınına uygun ortam oluşturulmasını, sağlık ekibi için güvenli fiziksel ortamın sağlanmasını, eğitilmiş personel eşliğinde aileye destek sunulmasını ve aile merkezli bakım felsefesinin benimsenmesini önermişlerdir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Aile varlığında resüsitasyon uygulaması için yasal düzenlemelerin yapılması, resmi prosedürler ve klinik kılavuzların oluşturulması,
- Hemşirelere resüsitasyon sırasında aile varlığının risk ve yararları konusunda hizmetiçi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Aile varlığında resüsitasyon konusunda toplumun ve ailelerin farkındalığının artırılması,
- Aile varlığında resüsitasyon uygulamaları için uygun fiziksel ortamların oluşturulması,
- Aile varlığında resüsitasyon uygulamaları sırasında sağlık ekibinin güvenliğinin sağlanması,
- Aile varlığında resüsitasyon uygulamaları sırasında, ailelere destek olmak üzere bu konuda eğitilmiş sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi,
- Resüsitasyon sürecinde ailelerin psikososyal yönden desteklenmesi,
- Hasta ve ailelere bakım sunarken kültürel ve dini farklılıkların göz önünde bulundurulması,
- Hastanenin tüm kliniklerinde resüsitasyonda aile varlığı uygulamalarına önem verilmesi,
- Hemşirelik lisans müfredat programında resüsitasyon sırasında aile varlığı risk–yararlarına ilişkin konulara daha çok yer verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adamowski K, Dickinson G, Weitzman B, Roessler C & Carter-Snell C. Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors. CMAJ: Canadian Medical Association Journal 1993; 149(10): 1445.
- Adamowski K, Dickinson G, Weitzman B, Roessler C & Carter-Snell C. Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors. CMAJ: Canadian Medical Association Journal 1993; 149(10): 1445.
- Adams S, Whitlock M, Higgs R, Bloomfield P & Baskett P J. Should relatives be allowed to watch resuscitation? BMJ: British Medical Journal 1994; 308(6945): 1687.
- Agard M. Creating advocates for family presence during resuscitation. Medsurg Nurs 2008; 17(3): 155-160.
- Akbaş G, Korkmaz L. Ölçek uyarlaması (Adaptasyon). Türk Psikoloji Bülteni 2007; 13(40): 15-17.
- Akın A. Öz-Güven Ölçeği'nin geliştirilme ve psikometrik özellikleri. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2007; 7(2): 165-175.
- Aksu G, Eser M, Güzeller C O. Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik modeli uygulamaları. 1.Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık. 2017; 1-40.
- Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. Dicle Tıp Dergisi 2012; 39 (2): 316-319.
- Alabay E. İlköğretim okulöncesi öğretmen adaylarının fen ile ilgili öz yeterlik inanç düzeylerinin incelenmesi. Yeditepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006;7 (2); 1.
- Albarran J, Moule P, Bengler J, McMahon-Parkes K, & Lockyer L. Family witnessed resuscitation: the views and preferences of recently resuscitated hospital inpatients, compared to matched controls without the experience of resuscitation survival. Resuscitation 2009; 80(9): 1070-1073.
- Al-Mutair A S, Plummer V and Copnell B. Family presence during resuscitation: a descriptive study of nurses' attitudes from two Saudi hospitals. Nursing in Critical Care 2012; 17(2): 90-99.
- Alpar R. Uygulamalı istatistik ve geçerlilik-güvenirlilik. 5.Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık. 2018; 493-604.
- American Academy of Pediatrics(AAP) Committee on Pediatric Emergency Medicine; American College of Emergency Physicians Pediatric Emergency Medicine Committee, O'Malley P, Brown K, Mace SE. Patient- and family-centered care and the role of the emergency physician providing care to a child in the emergency department. Pediatrics 2006; 118(5): 2242-2244.

- American Association of Critical-Care Nurses(AACN). AACN practice alert: family presence during resuscitation and invasive procedures. *Crit Care Nurse* 2016; 36(1): 11-14.
- American Heart Association (AHA): Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 2000; 102(8): 1-19.
- American Heart Association(AHA). 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 2: Ethical Issues. *Circulation* 2005; 112: 6-11.
- Arıkan R. Araştırma Yöntem ve Teknikleri. 3. Basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık. 2017; 19-30.
- Arseven A. Öz yeterlilik: bir kavram analizi. *Turkish Studies International Periodical for the Languages. Literature and History of Turkish or Turkic* 2016; 11(16): 64-80.
- Asdemir, T Y. Hemşirelerin uygulamada yaşadığı etik ikilemler. *Tıp Hukuku Dergisi*, 2016; 5(10): 349-355.
- Atabaki P, Mehryar H R, Aghazadeh J, Zeinali M, Hasani L, Nouri G H. Evaluation of attitude of doctors and nurses of emergency department toward presence of patients' relatives during cardiopulmonary resuscitation in selected emergency department centers in Urmia, Iran. *Journal of Analytical Research in Clinical Medicine* 2018; 6(3):115–120.
- Axelsson Å B, Zettergren M & Axelsson C. Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference?. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 4(2): 161-169.
- Badır A, Sepit D. Family presence during CPR: A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(1): 83-92.
- Badır A, Sepit D. Yoğun bakım hemşirelerinin kalp akciğer canlandırması sırasında hasta ailenin bulunmalarına ilişkin deneyim ve düşünceleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2005; 2(1): 33-40.
- Balcı B, Keskin Ö, Karabağ Y. Kardiyopulmoner Resüsitasyon. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi* 2011; 1(1):41–46
- Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.1986; 94-104.
- Beer J D 2005. *Critical Care Nurses' Perception Towards Family Witnessed Resuscitation*. University of South Africa, Pretoria. Available at: <http://uir.unisa.ac.za/xmlui/handle/10500/2229> (Erişim tarihi 11.09.2019).
- Behling O, Law K S. Ölçeklerin ve diğer ölçme araçlarının uyarlanması problemler ve çözümler. Özer A, Çeviri Editörü. 1.Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2019; 2-34.

- Benjamin M, Holder J, Carr M: Personal preferences regarding family members' presence during resuscitation. *Acad Emerg Med* 2004; 11: 750.
- Berlin E A & Fowkes Jr W C. A teaching framework for cross-cultural health care-application in family practice. *Western Journal of Medicine* 1983; 139(6): 934.
- Boehm J. Family presence during resuscitation. *code comm newsl* 2008; 3(5): 1.
- Boehm J. Family presence during resuscitation. *Code comm newsl* 2008; 3(5): 4.
- Booth M G, Woolrich L, Kinsella J. Family witnessed resuscitation in the UK Emergency Departments: A Survey of Practice. *Europe Journal of Anaesthesiology* 2004; 21(9): 725-728.
- Bossaert L L, Perkins G D, Askitopoulou H, Raffay V I, Greif R, Haywood K L, ... & Xanthos T T. Reply to Letter: Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Evidence-based guidelines? *Resuscitation* 2016; 105: 7.
- Boucher M. Family-witnessed resuscitation. *Feature* 2010; 18(5): 10-14.
- Boztepe H. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2009; 1(2): 88-93.
- Bray I, Kenny G, Pontin D, Williams R and Albarran J. Family presence during resuscitation: Validation of the risk-benefit and self-confidence scales for student nurses. *Journal of Research in Nursing* 2016; 21(4): 306-322.
- Breach J. Exploring the implementation of family-witnessed resuscitation. *Critical care evidence & practice* 2018; 33(1): 79-81.
- Brown K, Mace S E, Dietrich A M, Knazik S, Schamban N E. Patient and family-centred care for pediatric patients in the emergency department. *Patient and family-centred care in the ED* 2008; 10 (1): 38-43.
- Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram Ve Uygulamada Eğitim yönetimi* 2002; 32: 470-483.
- Carroll D L. The effect of intensive care unit environments on nurse perceptions of family presence during resuscitation and invasive procedures. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2014; 33(1): 34-39.
- Chapman R, Watkins R, Bushby A, Combs S. Assessing health professionals' perceptions of family presence during resuscitation: A replication study. *International Emergency Nursing* 2013; 21(1): 17-25.
- Colbert J A, Adler J N. Family presence during cardiopulmonary resuscitation- polling results. *The New England Journal of Medicine* DOI: 10.1056/NEJMcld1307088.
- Compton S, Grace H, Madgy A and Swor R A. Post-traumatic stress disorder symptomology associated with witnessing unsuccessful out-of-hospital

- cardiopulmonary resuscitation. *Academic emergency medicine* 2009; 16(3): 226–229.
- Compton S, Levy P, Griffin M, Waselewsky D, Mango L M and Zalenski R. Family-witnessed resuscitation: bereavement outcomes in an urban environment. *Journal of palliative medicine* 2011; 14(6): 715–721.
- Cooper L G, Gooding J S, Gallagher J, Sternesky L, Ledsy R & Berns S D. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *Journal of Perinatology* 2007; 27(2): 32-37.
- Cottle E M & James J E. Role of the family support person during resuscitation. *Nursing Standard* 2008; 23(9): 43-48.
- Critchell C D & Marik P E. Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? A review of the literature. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®* 2007; 24(4): 311-317.
- Curley A Q M, Meyer E C, Scoppettuolo L A, McGann E A, Trainor B P, Rachwal C M and Hickey P A. Parent presence during invasive procedures and resuscitation evaluating a clinical practice change. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine* 2012; 186: 1133-1139.
- Çakmur H. Araştırmalarda ölçme - güvenilirlik – geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2012; 11(3): 339-344.
- Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing* 2018; 26(3): 199-210.
- Çelik, G K., Keles, A, Demircan, A, Bildik, F, İlhan, M, Günaydin, G P., Dogan, N Ö. Evaluation of patients' families' attitudes to witnessing invasive procedures in the emergency department/Hasta yakınlarının acil serviste yapılan girişimsel uygulamalar sırasında hastalarının yanında bulunabilme istegi ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *Journal of Academic Emergency Medicine* 2013; 12(2): 61-65.
- Çokluk Ö. Nitel bir görüşme yöntemi: odak grup görüşmesi. *Kuramsal Egitim Bilim* 2011; 4 (1): 95-107.
- Çolak D & Aslan F E. Acil ünitelerde kalp-akciğer canlandırma girişimi sırasında hastaların yakınlarından psiko-sosyal destek almaya ilişkin düşünceleri. *JAEM* 2009; 8(4): 14-18.
- Davidson J E, Aslakson R A, Long A C, Puntillo K, Kross E, Hart J, Curtis J R. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine* 2017; 45(1): 103-128.

- Davidson, JE, Powers, K, Hedayat, KM. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med* 2007; 35(2): 605-622.
- Davies R P, Perkins G D. In-hospital CPR. In Soar J, Perkins GD, Nolan J (Eds) *ABC of Resuscitation*. Sixth edition, Chichester, John Wiley and Sons. 2013;57-61.
- De Robertis D, Romano G M, Hinkelbein J, Piazza O, Sorriento G. Family presence during resuscitation: A concise narrative review. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 2017; 15 (2017): 12-16.
- De Stefano C, Normand D, Jabre P et al. Family presence during resuscitation: a qualitative analysis from a national multicenter randomized clinical trial. *PLoS One* 2016; 11(6):156100.
- Demir F. Presence of patients' families during cardiopulmonary resuscitation: physicians' and nurses' opinions. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 63(4): 409-416.
- Deniz K Z. The adaptation of psychological scales. Ankara University, *Journal of Faculty of Educational Sciences* 2007; 40(1): 1-16;
- Doyle J C, Post H, Burney R E, Maino J, Keefe M, Rhee K J. Family participation during resuscitation: an option. *Annals of Emergency Medicine* 1987; 16(6): 673-675.
- Dudley N, Ackerman A, Brown K M, Snow S K, American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, & Emergency Nurses Association Pediatric Committee. Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics* 2015; 135(1): 255-272.
- Dunst C J, Trivette C M & Hamby D W. Meta-analysis of family-centered help giving practices research. *International Journal of Pediatrics* 2007; 13(4): 370-378.
- Duran C R, Oman K S, Abel J J, Koziel V M, Szymanski D. Attitudes toward and beliefs about family presence: A survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *American Journal of Critical Care* 2007; 16(3): 270–282.
- Efil S, Türen S. Ani kardiyak ölüm ve hemşirelik yaklaşımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2015; 19(1): 36-42.
- Eichhorn D J, Meyers T A, Guzzetta C E, Clark A P, Klein J D, Taliaferro E & Calvin A O. Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. *The American journal of nursing* 2001; 101(5): 48-55.
- Elazazay H M, Abdelazez A L & Elsaie O A. Effect of cardiopulmonary resuscitation training program on nurses knowledge and practice. *Life Sci J* 2012; 4: 3494-3503.

- Ellison S. Nurses' attitudes towards family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *Journal of Emergency Nursing* 2003; 29: 515-521.
- Emergency Nurses Association (ENA) 2018. Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation [https:// www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/cpg/familypresencecpg3eaabb7cf0414584ac2291feba3be481.pdf?sfvrsn=9c167fc6_12](https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/cpg/familypresencecpg3eaabb7cf0414584ac2291feba3be481.pdf?sfvrsn=9c167fc6_12).(Erişim Tarihi 10. 11. 2019).
- Emergency Nurses Association (ENA). Presenting the Option for Family Presence. 3rd ed. Des Plaines, IL: Emergency Nurses Association; www.ena.org,
- Emergency Nurses Association (ENA). Resüsitasyon sırasında aile varlığı. Duran L, (Editör), Sheehy'nin Acil Hemşireliği ilkeleri ve Uygulaması (çeviri)'de. 1. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık. 2019; 148-152.
- Enriquez D, Mastanduenoy R, Flichtentrey D, Szyldz E. Relatives' presence during cardiopulmonary resuscitation. *Global Heart* 2017; 12(4): 335-340.
- ERC, 2005 *European Resuscitation Council (2005) European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005* ; Baskett, P. J., Steen, P. A., & Bossaert, L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005: Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2005; 67: 171-180.
- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30(3): 211-216.
- Erdemir F & Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2013; 6(4): 224-230.
- Erdeve Ö. Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımında ailenin yeri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009; 51: 199-203.
- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin M N. Hemşirelikte araştırma. 3.Baskı, İstanbul, Nobel. 2018; 133-232.
- Erkekol F Ö, Numanoğlu N, Gürkan Ö U & Kaya A. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. *Toraks Dergisi* 2002; 3(3): 307-316.
- Erkuş A, Selvi H. Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme 111 ölçek uyarlama ve "norm" geliştirme. 1.Baskı, Ankara, Pegem Akademi. 2019; 4-30.
- Erkuş A. Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında karşılaşılan sorunlar. *Türk Psikoloji Bülteni* 2007;13(40): 17.
- Ersoy G, Yanturali S. Family witness resuscitation. Allow or deny? Which is true. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43: 653-654.

- Ersoy G. Tüm yönleriyle kardiyopulmoner resüsitasyon(KPR) uygulamaları. Usta G, Sarı A(editörler). 1.Baskı, Ankara, Kongre Kitabevi. 2019; 497-501.
- Esin N M. Veri toplama yöntem ve araçları-Veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N.M. Editörler, Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama, Kritik, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2014; 193-232.
- European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015(ERC) : Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Bossaert L L, Perkins G D, Askitopoulou H, Raffay V I, Greif R, Haywood K L & Georgiou, editors. Resuscitation 2015. 2015: 302-311.
- Fernandes A P, de Souza Carneiro C, Geocze L, Batista Santos V, Guizilini S, Lopes Moreira R S. Experiences and opinions of health professionals in relation to the presence of the family during in-hospital cardiopulmonary resuscitation: an integrative review. J Nurs Educ Pract 2014; 4: 85- 94.
- Fernandez R, Compton S, Jones K A, Velilla M A. The presence of a family witness impacts physician performance during simulated medical codes. Crit Care Med 2009; 37: 1956–1960.
- Ferreira C A G, Balbino F S, Balieiro M M F G, Mandetta M A. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children. Rev Paul Pediatr 2014; 32(1): 107-113.
- Ferreira C A G, Balbino F S, Balieiro M M F G, Mandetta M A. Validation of instruments about family presence on invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation in pediatrics Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2018: 26 DOI: 10.1590/1518-8345.2368.3046.
- Finkelman, A. W, Kenner, C. Teaching IOM: Implications of the Institute of Medicine reports for nursing education 2 nd ed. US. 2009: Nursesbooks. org.
- Fulbrook P, Albarran J W, Latour J M. A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. Int J Nurs Stud 2005; 42: 557-568.
- Fulbrook P, Latour J M, Albarran J W. Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: A European survey. Int J Nurs Stud 2007; 44(7): 1238-1249.
- Fulbrook P, Latour J, Albarran J W, de Graaf W, Lynch F, Devictor D, Norekval T. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European association of critical care nursing associations, european society of pediatric and neonatal intensive care, european society of cardiology council on cardiovascular nursing and allied professions joint position statement. Eur. J. Cardiovasc. Nurs 2007; 6 (4): 255–258.

- García-Martínez A L, Meseguer-Liza C. Emergency nurses' attitudes towards the concept of witnessed resuscitation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2018; 26 DOI: 10.1590/1518-8345.1382.3055.
- Gold K J, Gorenflo D W, Schwenk T L, Bratton S L. Physician experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation in children. *Feature Article-Continuing Medical Education* 2006; 7(5): 428-433.
- Goodenough T J & Brysiewicz P. Witnessed resuscitation – exploring the attitudes and practices of the emergency staff working in Level 1 Emergency Departments in the province of KwaZulu-Natal. *Curationis: The South African Journal of Nursing* 2003; 26(2): 56-63.
- Gönenç I. Hukuki ve etik açıdan resusitasyon. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* 2015; 36: 50-51.
- Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2002; 4(1): 13.
- Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003; 5: 3-14.
- Grice A S, Picton P, Deakin C D S. Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *British journal of anaesthesia*, 2003; 91(6): 820-824.
- Gutysz-Wojnicka A, Ozga D, Dyk D, Medrzycka-Dabrowskad W, Wojtaszek M, Albarran J. Family presence during resuscitation – the experiences and views of polish nurses. *Intensive & Critical Care Nursing* 2018; 46: 44-50.
- Günay U, Polat S. Pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitiminin değerlendirilmesi: Hekim ve hemşire görüşleri. *Bozok Tıp Dergisi* 2017; 7(1): 12-21.
- Güngör D. Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları* 2016; 19 (38): 104-112.
- Gürbüz S, Şahin F. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. 5.Baskı, Ankara, Seçkin. 2018; 155-400.
- Hambleton R K, Merenda P F, Spielberger C D. Eğitimde ve psikolojide kullanılan testlerin kültürlerarası değerlendirme amacıyla uyarlanması. Koç N, Yıldırım A, Çeviri Editörleri. 1.Baskı, Ankara, Pegem Akademi. 2017; 1-177.
- Hamilton R. Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51(3): 288–297.

- Hanson C, Strawser D. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *J Emerg Nurs* 1992; 18(2): 104-106.
- Hayajneh F A. Jordanian professional nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation of adult patients. *Critical care nursing quarterly* 2013; 36(2): 218-227.
- Hazinski M F, Field J M. Kardiyopulmoner resüsitasyon ve acil kardiyak bakım bilimi için 2010 Amerikan Kalp Derneği (AHA) Kılavuzu. Duran A, Kaya H, Akdur O. Editör, Türk Kardiyoloji Derneği (Çeviri). 1.Baskı, İstanbul, Logos Yayıncılık. 2012; 81-121.
- Helmer S D, Smith R S, Dort J M, Shapiro W M , Katan B S. Travma canlandırma sırasında aile varlığı: AAST ve AH üyelerinin araştırması. *Travma ve Akut Bakım Cerrahisi* 2000; 48 (6): 1015-1024.
- Holzhauser K, Finucane J, Vries S. Family presence during resuscitation: a randomised controlled trial of the impact of family presence. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2006; 8: 139-147.
- Holzhauser K, Finucane J. Staff attitudes to family presence during resuscitation. Part A: an interventional study. *Australas Emerg Nurs J* 2007; 10(3): 124-133.
- Howlett J G, McKelvie R S, Costigan J, Ducharme A, Estrella-Holder E, Ezekowitz J A et.al. The 2010 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and management of heart failure update: Heart failure in ethnic minority populations, heart failure and pregnancy, disease management, and quality improvement/assurance programs. *Canadian Journal of Cardiology* 2010; 26(4):185-202.
- Hung M & Pang S. Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. *Journal of Advanced Nursing* 2011; 67: 56-67.
- İşler A, Conk Z. Pediatride aile merkezli bakım. *Ege Pediatri Bülteni* 2006; 13(3): 187-193.
- 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. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England Journal of Medicine* 2013; 368: 1008-1018.
- Johnson C. A literature review examining the barriers to the implementation of family witnessed resuscitation in the Emergency Department. *International Emergency Nursing* 2017; 30: 31-35.

- Kacaroglu Vicdan A, Taştekin A. Hemşirelik Mesleği Öz Yeterlik Ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. ACU Sağlık Bil Dergisi 2019; 10(3): 504-510.
- Kalaycı Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. 5.Baskı, Ankara, Asil Yayın Dağıtım. 2010; 179-211.
- Kara F, Yurdakul A, Erdoğan B & Polat E. Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin güncel temel yaşam desteği bilgilerinin değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015; 3(1): 17-26.
- Karadağ E, Aksoy Derya Y, Ucuzal M. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz etkililik-yeterlik düzeyleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4(1): 13-20.
- Karagöz Y. Spss ve Amos uygulamalı nitel- nicel karma bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği. 1.Baskı, İstanbul, Nobel. 2017; 24-39.
- Karakoç F Y, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası 2014; 40: 39- 49.
- Karasar N. Bilimsel irade algı çerçevesi ile bilimsel araştırma yöntemi kavramlar ilkeler teknikler ikinci yazım. 33.Basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık. 2018; 189-193.
- Karataş N, Erefe İ (Editör). Hemşirelikte araştırma ilke, süreç ve yöntemleri. 1.Baskı, Ankara, Odak Ofset. 2012; 124-125.
- Kianmehr N, Mofidi M, Rahmani H, Shahin Y. The attitudes of team members towards family presence during hospital-based CPR: a study based in the Muslim setting of four Iranian teaching hospitals. The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh 2010; 40(1): 4-8.
- Kleinman M E, Brennan E E, Goldberger Z D, Swor R A, Terry M, Bobro, B J & Rea T. Part 5: adult basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation 2015; 132(18): 414-435.
- Knott A & Kee C C. Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. Applied Nursing Research 2005; 18: 192–198.
- Kolcaba K, Dimarco M A. Comfort theory and it's application to pediatric nursing. Pediatric Nursing 2005; 31(3):187-194.
- Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort theory a unifying framework to enhance the practice environment. Journal of Nursing Administration 2006; 36(11): 538-544.
- Koyuncu ve ark. Dört olgu sunumuyla yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin karşılaştığı sorunlar Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2013; 13: 809-811.

- Köberich S, Kaltwasser A, Rothaug O, Albarran J. Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nurs Crit Care*, 2010; 15: 241-250.
- Köberich S. Witnessing resuscitation: A call for a research agenda. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2018; 17(2) :100-101.
- Kurtipek Ö. Kardiyopulmoner resüsitasyonun etik yönü. *Türkiye Klinikleri Journal Of Surgical Medical Sciences* 2007; 3(6): 92-96.
- Kuzin J K, Yborra J G, Taylor M D, Chang A C, Altman C A, Whitney G M, Mott A R. Family-member presence during interventions in the intensive care unit: perceptions of pediatric cardiac intensive care providers. *Pediatrics* 2007; 120(4): 895-901.
- Lederman Z, Garasic M, Piperberg M. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: who should decide? *J Med Ethics* DOI: 10.1136/medethics-2012-100715.
- Lederman Z. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Evidence-based guidelines? *European Resuscitation Council(ERC) Guidelines for Resuscitation* 2016; 105: 5-6.
- Leske J S. Overview of family needs after critical illness: From assessment to intervention. *AACN Advanced Critical Care* 1991; 2(2): 220-226.
- Leung N Y, Chow S K. Yetişkinlere yönelik kritik bakım ünitelerinde resüsitasyon sırasında sağlık personeli ve hastaların aile üyelerinin ailenin varlığına yönelik tutumları. *Klinik hemşirelik Dergisi* 2012; 21 (13-14): 2083-2093.
- Lippert F K, Raffay V, Georgiou M, Steen P A, Bossaert L. *European resuscitation Council Guidelines for resuscitation* 2010; 81: 1445-51.
- Lommel P V, Wees R V, Meyers V, Elfferich I. Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *The Lancet* 2001; 358: 2039-2045.
- Lowry E. “It’s just what we do”: a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol. *Journal of emergency nursing* 2012; 38(4): 329-334.
- MacLean S L, Guzzetta C E, White C, Fontaine D, Eichhorn D J, Meyers T A and Désy P. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *American Journal Of Critical Care* 2003; 12(3): 246-257.
- Macy C, Lampe E, O’Neil B, Swor R, Zalenski R & Compton S. The relationship between the hospital setting and perceptions of family-witnessed resuscitation in the emergency department. *Resuscitation* 2006; 70(1): 74-77.

- Madden E, Condon C. Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during cpr. *Journal Of Emergency Nursing* 2007; 33: 433-440.
- Mangurten J A, Scott S H, Guzzetta C E ve ark: Pediatri acil servisinde resüsitasyon ve invaziv girişimler sırasında aile varlığının etkileri. *J Emerg Nurs* 2006; 32(3): 225.
- Marrone L & Fogg C. Family presence during resuscitation. *Holistic nursing practice* 2006; 20(1); 34-36.
- Masters K. *Nursing Theories: A framework for professional practice*. Chapter 10, Roy Adaptation Model, Sister Callista Roy. 2015: 330-338.
- Maxton F C J. Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17: 3168-3176.
- McAlvin S S & Carew-Lyons. A. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *American Journal of Critical Care* 2014; 23(6): 477-485.
- McClenathan B M, Torrington K G and Uyehara C F T. Family member presence during cardiopulmonary resuscitation. *Chest* 2002; 122(6): 2205- 2211.
- McDonald R P & Ho M H. Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological Methods* 2002; 7: 64-82.
- McGahey-Oakland P R, Lieder H S, Young A, Jefferson L S. Family experiences during resuscitation at a children's hospital emergency department. *Journal of Pediatric Health Care* 2007; 21: 217-225.
- McMahon-Parkes K, Moule P, Bengler J et al. The views and preferences of resuscitated and non-resuscitated patients towards family witnessed resuscitation: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46(2): 220-229.
- Merriam S B. Nitel araştırma desen ve uygulama için bir rehber 3.basımdan çeviri. Turan S, Çeviri Editörü. 3. Basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık. 2015; 3-55.
- Meydan C H, Şeşen H, & Basım H N. Adalet algısı ve tükenmişliğin örgütsel vatandaşlık davranışları üzerindeki öncüllük rolü. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources* 2011;13(2): 41-62.
- Meyer T A, Eichhorn D J, Guzzetta C E. Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing* 1998; 24: 400-405.
- Meyers T A, Eichborn D J, Guzzetta C E, Clark A P, Taliaferro E. Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses, and physicians. *Topics in Emergency Medicine* 2004; 26: 61-73.

- Meyers T A, Eichhorn D J, Guzzetta C E ve ark: İnvaziv girişimler ve resüsitasyon sırasında aile varlığı. *Am J Nurs* 2000; 100(2): 32.
- Meyers T, Echhorn D, Guzzetta C, Clark C, Klein J, Taliaferro E. Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses, and physicians. *Advance Emergency Nursing Journal* 2000; 31: 58-72.
- Mian P, Warchal S, Whitney S, Fitzmaurice J, Tancredi D. Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation. *Crit Care Nurse* 2007; 27(1): 52-61.
- Miller J H & Stiles A. Family presence during resuscitation and invasive procedures: The nurse experience. *Qualitative Health Research* 2009; 19(10): 1431-1442.
- Mitchell M, Chaboyer W, and Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Families in Critical Care* 2009; 18(6): 543-552.
- Morrison L J, Kierzek G, Diekema D S, Sayre M R, Silvers S M, Idris A H, & Mancini M E. American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation Part 3: ethics* 2010; 122(18): 665-675.
- Mortelmans L J, Cas W M, Van Hellemond P L, De Cauwer H G. Should relatives witness resuscitation in the emergency department? The point of view of the Belgian Emergency Department staff. *European Journal of Emergency Medicine* 2009; 16(2): 87-91.
- Neumar R W, Shuster M, Callaway C W, Gent L M, Atkins D L, Bhamji F, Hazinski M F. Part 1: Executive Summary: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2015; 132(18): 315-367.
- Oczkowski S J W, Mazzetti I, Cupido C, Fox-Robichaud A E. Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care Society position paper. *Can Respir J* 2015; 22(4): 201-205.
- Okyay B. Yönetici ve çalışanların özgüven düzeyleri ve kişisel gelişim inisiyatif alma becerilerinin karşılaştırılması. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 41-45.
- Oman K S, Duran C R. Health care provider's evaluations of family presence during resuscitation. *Journal of Emergency Nursing* 2010; 36: 524-533.
- Ong M E H, Chung W L & Mei J S E. Comparing attitudes of the public and medical staff towards witnessed resuscitation in an Asian population. *Resuscitation* 2007; 73(1): 103-108.
- Ong ME, Chan YH, Srither DE, Lim YH. Asian medical staff attitudes towards witnessed resuscitation. *Resuscitation* 2004; 60: 45-50.

- Öner N, Le Compte A. Durumluk – Sürekli kaygı envanter el kitabı.2. Basım, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 1985; 5-12.
- Öner N. LeCompte A. Durumluk-Sürekli kaygı envanteri el kitabı. 1. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 1983; 7-16.
- Özdamar K. Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi IBM SPSS, IBM SPSS AMOS ve MINITAB Uygulamalı. 2. Baskı, Eskişehir, Nisan Kitabevi. 2017; 65-154.
- Özdamar K. Paket programları ile istatistiksel veri analizi. 2.Baskı, Eskişehir, Kaan Kitabevi. 2002; 12-30.
- Özkan S, Taş Arslan F. Hemşirelerin hastanede yatan çocuğun bakımına ebeveyn katılımı hakkında görüşleri. J Contemp Med 2017; 7(4): 355-364.
- Öztürk C, Ayar D. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. Deuhyo Ed 2014; 7(4): 315-320.
- Parial L L B, Torres G C S and Macindo J R B. Family presence during resuscitation benefits-risks scale (fpdr-brs):instrument development and psychometric validation. Journal Of Emergency Nursing 2016; 42: 213-223.
- Pasek T A, Licata J. Parent advocacy group for events of resuscitation. Crit Care Nurse 2016; 36(3): 58-64.
- Pasquale M A, Pasquale M D, Baga L, Eid S and Leske J. Family presence during trauma resuscitation: ready for primetime? The Journal of Trauma 2010; 69(5): 1092-1100.
- Patton M Q. Nitel araştırma ve değerlendirme yöntemleri 3.baskıdan çeviri. Bütün M, Demir B, Çeviri Editörleri. 1.Baskı, Ankara, Pegem Akademi. 2014; 259-339.
- Porter J E, Dip G, Cooper S J, Sellick K. Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. International Emergency Nursing 2014; 22(2): 69-74.
- Potts N L & Mandleco B L. Pediatric nursing: Caring for children and their families. 3 third, New York, Cengage Learning. 2012; 14-1437.
- Powers K A, Candela L. Nursing practices and policies related to family presence during resuscitation. FPDR Practices and Policies DOI: 10.1097/DCC.0000000000000218.
- Powers K A. Barriers to family presence during resuscitation and strategies for improving nurses" invitation to families. Appl Nurs Res 2017; 38: 22-28.
- Rafiei H, Senmar M, Mostafaie M R, Goli Z, Avanaki S N, Abbasi L, Mafi M H. Self-confidence and attitude of acute care nurses to the presence of family members during resuscitation. British Journal of Nursing 2018; 127(21): 1246-1249.

- Robinson S M, Mackenzie-Ross S, Hewson G L, Egleston, C V, Prevost A T. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *The Lancet* 1998; 352: 614-617.
- Rogers E M. *Diffusion of innovations*. 4th ed., New York, NY: Free Press. 1995; 12.
- Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood P R & Kvist T. Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice. *Nursing in critical care* 2018; 23(3): 134-140.
- Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood P R, Kvist T. Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatient-witnessed resuscitation of an adult patient. *Journal of Advanced Nursing* DOI: 10.1111/jan.12276.
- Sak-Dankosky N, Sherwood P R, Andruszkiewica P & Kvist T. Challenges and Opportunities in Conducting International Research Study: Family-Witnessed Resuscitation in Two European Countries 2017; 10(16) : 49-58.
- Schilling R. Should relatives watch resuscitation? No room for spectators. *British Medical Journal* 1994; 309(6951)- 406.
- Seçer İ. Psikolojik test geliştirme ve uyarılama süreci. 1.Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2018; 1-104.
- Shahrakivahed A, Masinaienezhad N, Shahdadi H, Arbabisarjou A, Asadibidmeshki E & Heydari M. The effect of CPR workshop on the nurses' level of knowledge and skill. *International Archives of Medicine* 2015; 8: 1755-7682.
- Sönmez V, Alacapınar F G. Örneklendirilmiş bilimsel araştırma yöntemleri. 4. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2016; 129-155.
- Strasen J, Sell S L V and Sheriff S. Family presence during resuscitation. *Nursing Critical Care* 2016; 11(4): 42-46.
- Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E. Acil servisteki kritik hasta yakınlarının gereksinimleri ve karşılanma durumu. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi* 2009; 15(5): 473-481.
- Şahsuvaroğlu T, Ekşi H. Odak grup görüşmeleri ve sosyal temsiller kuramı. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* 2008; 28(28): 127-139.
- Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1.Baskı, Ankara, Seçkin. 2005; 51-180.
- Terzi A B. Nurse's role in the modern resuscitation era. *Hospital chronicles* 2008; 3(1): 16-19.

- Terzi B, Kaya N. Konfor kuramı ve analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 20 (1) : 67-74.
- Thacker K S & Long J M. Family presence in final moments: a precious gift. *Journal of Christian Nursing* 2010; 27(1): 38-42.
- Tinsley C, Hill B, Shah J, Zimmerman G, Wilson M, Freier K, Abd-Allah S. Experience of families during cardiopulmonary resuscitation in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics* 2008; 122(4): 799-804.
- Tiryaki Ö, Doğu Ö. Kardiyopulmoner resüsitasyon ve teknoloji. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2018; 22(1): 44-49.
- Tsai E. Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? *N Engl J Med* 2002; 346(13): 1019-1021.
- Tudor K, Berger J, Polivka B J, Chlebowy R, Thomas B. Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care* 2014; 23: 88-96.
- Twibell R S, Siela D, Riwitis C, Wheatley J, Riegle T, Bousman D, Cable S, Caudill P, Harrigan S, Hollars R, Johnson D and Neal A. Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care* 2008; 12(2): 101-111.
- Uslu Y, Demir Korkmaz F. Kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası hasta yönetimi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2015; 6(10): 99-111.
- Uysal H. Kardiyak arrest ve hemşirelik bakımı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2010; 1(1): 19-27.
- Uysal H. Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Kardiyovasküler* 2012; 3(3): 49-59.
- Vanden Hoek T L, Morrison L J, Shuster M, Donnino M, Sinz E, Lavonas E J & Gabrielli A. American Heart Association(AHA) guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation: Part 12: cardiac arrest in special situations* 2010; 122(18); 829- 861.
- Wacht O, Dopelt K, Snir Y, Davidovitch N. Attitudes of emergency department staff toward family presence during resuscitation. *Isr Med Assoc J* 2010; 12: 366-370.
- Wagner E M. Parental presence during resuscitation. *Kinderkrankenschwester* 2010; 29: 285-289.
- Wagner J M and Health A. Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation. *American Journal Of Critical Care* 2004; 13(5): 416-419.

- Waldemar A & Thylen I. Healthcare professionals' experiences and attitudes towards family-witnessed resuscitation: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing* 2019; 42: 36-43.
- World Health Organization(WHO) Guidelines on Basic Newborn Resuscitation 2012. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/basic_newborn_resuscitation/en (Erişim tarihi; 12.09.2019).
- World Health Organization(WHO) Surgical Care at the District Hospital – The WHO Manual 2003. www.who.int/surgery/publications/scdh_manual/en (Erişim Tarihi: 12.09.2019).
- World Health Organization(WHO) Technical Specifications of Neonatal Resuscitation Devices 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206540> (Erişim Tarihi: 12.09.2019)
- Yaka E, Ersoy G, Yanturalı S. Acil serviste kardiyopulmoner resüsitasyona tanıklık eden hasta yakınlarının hoşnutluğu. *Akademik Acil Tıp Dergi* 2008; 7 (1): 34-39.
- Yam F C. Psikolojik danışma öz yeterliği: kişilik özellikleri, durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve geçmiş eğitim yaşantıları. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Tokat, Yüksek Lisans Tezi, 2014: 14-47.
- Yanturalı S, Ersoy G, Yuruktumen A, Aksay E, Suner S, Sonmez Y, Cimrin A H. A national survey of Turkish emergency physicians perspectives regarding family witnessed cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Clinical Practice* 2005; 59(4): 441-446.
- Yapucu Güneş Ü, Zaybak A. A study of Turkish critical care nurses' perspectives regarding family-witnessed resuscitation. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18: 2907–2915.
- Yavaş Çelik M. Çocuk hastalarda aile merkezli bakım ve hemşirelik. *Sağlık ve Toplum* 2018; 28(1): 26-30.
- Yavuz M, Dikmen B T, Altınbas Y, Aslan A, Karabacak Ü. Opinions for Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation in Turkey: A Literature Review/Türkiye'de Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sirasında Ailenin Bulunmasına İlişkin Görüşler: Bir Literatür İncelemesi. *Dâhili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakım Dergisi* 2013; 4(1): 7-13.
- Yıldırım A. ve Simsek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Arastırma Yontemleri. 10. Baskı, Ankara, Seckin Yayıncılık. 2016; 35-269.
- Yokuşoğlu M, Eryılmaz M, Baysan O. Hukuk ve etik açısından kardiyopulmoner resüsitasyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2008; 8: 374-378.

EKLER

EK-1 Anket Formu

HEMŞİRELERİN RESÜSİTASYON SIRASINDA AİLENİN VARLIĞININ RİSK VE FAYDALARINA İLİŞKİN ALGI VE KENDİLERİNE GÜVENLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bu araştırma hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığının risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

MsC Esmâ Ayşe ÖZTÜRK
OMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Öğrencisi

TANITICI BİLGİ FORMU

- 1. Yaşınız:** (Doğum tarihiniz) .../.../ 19...
- 2. Medeni durumunuz:** () Evli () Bekar
- 3. Cinsiyetiniz:** () Kadın () Erkek
- 4. Çocuğunuz var mı?:** () Evet () Hayır
- 5. Cevabınız evet ise çocuk sayınız :.....**
- 6. Eğitim durumunuz:** () Sağlık Meslek Lisesi () Ön lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora
- 7. Ailenizin toplam aylık geliri:.....TL**
- 8. Herhangi bir sağlık sorunuz var mı :** () Evet () Hayır
- 9. Cevabınız evet ise sahip olduğunuz sağlık sorunlarınız:**
- 10. Birinci derece yakınlarınızda önemli bir sağlık sorununa sahip olan aile bireyi var mı?:** () Evet () Hayır
- 11. Cevabınız evet ise birinci derece yakınlarınızda sahip olduğu sağlık sorunları:.....**
- 12. Çalışma statünüz:** () Kadrolu () Sözleşmeli
- 13. Çalıştığınız servis:.....**
- 14. Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?:**
- 15. Servisteki göreviniz:** () Servis Hemşiresi () Servis Sorumlu Hemşiresi

EK-1 Anket Formu (devamı)

16. Servisinizde çalışan toplam hemşire sayısı:.....

17. Bulduğunuz serviste kaç yıldır çalışmaktasınız?:.....

18. Bulduğunuz serviste çalışma nedeniniz?

()İsteyerek ()Eleman Yetersizliği ()Rastlantı Sonucu ()Diğer (Belirtiniz).....

19. Çalışma şekliniz: ()Sürekli gündüz ()Vardiyalı ()Diğer (Belirtiniz):.....

20. Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?.....

21. Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:.....

22. Bu serviste çalışmaktan memnun musunuz?:

()Memnunum ()Memnun değilim ()Kısmen memnunum

23. Hastaları anlama konusunda kendinizi genel olarak yeterli hissediyor musunuz?

() Hiçbir zaman () Nadiren () Bazen () Her zaman

24. Hasta yakınlarını anlama konusunda kendinizi genel olarak yeterli buluyor musunuz?

() Hiçbir zaman () Nadiren () Bazen () Her zaman

25. Çalıştığınız kurumda iş ile ilgili verdiğiniz bağımsız kararlarınız destekleniyor mu?

()Evet () Hayır ()Kısmen destekleniyor

26. Mezuniyet sonrası resüsitasyon konusu ile ilgili eğitim aldınız mı? : ()Evet ()Hayır

27. Resüsitasyon ile ilgili güncel gelişmeleri takip ediyor musunuz ? : ()Evet ()Hayır

28. Cevabınız evet ise hangi kaynaklardan takip ediyorsunuz ?

() Hemşirelikle ilgili dergiler

() Bakanlığın gönderdiği genelge ve talimatlar

() Tıpla ilgili dergiler,

() Kongre ve sempozyumlar

() İnternet

() Dernekler

() Diğer (Belirtiniz).....

29. Eğer siz resüsite edilen bir hasta olsaydınız, aile üyelerinizin odada bulunmasını ister miydiniz?

()Evet ()Hayır () Kararsızım

30. Hiç aile üyelerinizden birisi resüsite edilirken orada buldunuz mu? ()Evet ()Hayır

31. Cevabınız evet ise aile üyelerinizden biri resüsite edilirken yaşadığınız

duygu/duygularınız :

() Üzüntü () Yalnızlık () Çaresizlik () Korku () Kaygı () Hayal kırıklığı

() Umud () Heyecan () Diğer(belirtiniz):

EK-1 Anket Formu (devamı)

32 . Eğer aile üyelerinizden birisi resüsite edilecek olsaydı orada bulunmak ister

miydiniz? ()Evet ()Hayır () Kararsızım

33.Sizce resüsitasyon girişimi sırasında ailenin orada hazır bulunması konusunda kararı kim vermelidir? (Birden fazla cevap verilebilir)

- ()Hasta (Eğer bilinci yerindeyse önceden kendisine sorularak)
()Hemşire
()Doktor
()Aile üyeleri
()Diğer (Belirtiniz)

34. Sizce resüsitasyon girişimi sırasında ailenin orada hazır bulunması kararını EN İYİ kim verebilir? (Yalnızca bir seçenek şaretleyiniz)

- ()Hasta (Eğer bilinci yerindeyse önceden kendisine sorularak)
()Hemşire
()Doktor
()Aile üyeleri
()Diğer (Belirtiniz)

35.Sizce aile tanıklı resisütasyon nedir ?

- ()Yakınlarının hastayla vedalaşması için verilmiş olan son şans
()Resüsitasyon uygulamasını izlemek
()Resüsite edilen hastaya yakınlarının manevi destek sağlaması
() Resüsitasyon odasında hasta yakınlarının bulunması
() Herhangi bir fikrim yok
()Diğer (Belirtiniz)

36.Çalıştığınız kurumda aile tanıklı resüsitasyon konusuyla ilgili hazırlanmış bir protokol varmı? ()Evet ()Hayır

37.Sizce resisütasyon sırasında ailenin hazır bulunması ile ilgili onam formu hastaya daha önce imzalattırmalı mı? ()Evet ()Hayır

38. Çalıştığınız serviste gerçekleştirilen resüsitasyon işlemleri sırasında daha önce hiç aile üyelerinden birisini odada hazır bulunması için davet ettiniz mi? ()Evet ()Hayır

39.Cevabınız Evet ise kaç kez davet ettiniz?

1. () 2. () 3. () 4() 5. () 6. () () Daha fazlakez

40.En son bir aile üyesini resüsitasyon girişimi sırasında odada hazır bulunması için davet ettiğinizde hangi birimde çalışıyordunuz?:

EK-1 Anket Formu(devamı)

41. Aile tanıklı resüsütasyon uygulaması ile ilgili endişe/endişeleriniz nelerdir?

42. Hasta yakınları tarafından hiç dava edildiniz mi? ()Evet ()Hayır

43. Cevabınız evet ise dava edilme neden /nedenleriniz ?.....

44. Sizce resüsütasyon sırasında hasta yakınlarının oda hazır bulunması: (Birden fazla cevap verilebilir)

() Ekip iletişimini bozar

() Dava edilme riskini artırır

() Dava edilme riskini azaltır

() Hasta yakınları ile olan iletişim ve işbirliğini güçlendirir.

() Gereksiz müdahalelere neden olur

() Sağlık bakım profesyonellerinin darp ve saldırıya maruz kalma riskini artırır

() Zaman kaybını artırır

() Stresi artırır

()Diğer (Belirtiniz)

45. Resüsütasyon edilen hastanın yakınlarına resüsütasyon işlemi hakkında bilgi verilmeli midir

? ()Evet ()Hayır

46. Çalıştığınız serviste gerçekleştirilen resüsütasyon işlemleri sırasında aile üyelerinden biri odada hastanın yanında olma talebinde bulundu mu ?.....

47.Cevabınız Evet ise o zaman hangi birimde çalışıyordunuz?:.....

48.Cevabınız Evet ise kaç aile odada hastanın yanında bulunma talebinde bulundu?

1. () 2. () 3. () 4(). 5. () 6. () () Daha fazlakez

EK-2 Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği

HEMŞİRELERİN AİLE TANIKLI RESÜSİTASYON KONUSUNDAKİ ALGILARI

Ülke genelinde sağlık bakım profesyonelleri, hastalar ve aileler; yakınlarına resüsitasyon uygulandığı sırada aile üyelerinin yanlarında bulunması konusunu tartışmaktadır. Bu konu ile ilgili düşünceleriniz bizim için son derece önemlidir. Bu anketi doldurmak isteğe bağlıdır.

Lütfen adınızı yazmayınız.

Tanım: Aile tanıklı resüsitasyon, bir veya daha fazla aile üyesinin yakınlarının yaşamını devam ettirmek amacıyla resüsitasyon uygulandığı sırada aynı ortamda olması anlamına gelmektedir.

Lütfen düşüncelerinizi en iyi şekilde yansıtan numarayı işaretleyiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Yakınlarından biri resüsite edilirken aile üyelerine odada bulunma seçeneği sunulmalıdır.	1	2	3	4	5
2.	Aile üyeleri resüsitasyon işlemine tanıklık ederlerse panik olabilirler.	1	2	3	4	5
3.	Aile üyeleri, bir resüsitasyon işlemini izlemenin uzun vadede duygusal etkisine alışmakta zorlanacaklardır.	1	2	3	4	5
4.	Resüsitasyon ekibi, resüsitasyona tanıklık eden aile üyeleri ile tanıklık etmeyenlere göre yakın ilişki kurabilirler.	1	2	3	4	5
5.	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyeleri ortamda olursa doğru şeyleri yapma konusunda daha endişeli olurum.	1	2	3	4	5
6.	Sevdiğim biri resüsite edilirken, odada bulunmak isterim.	1	2	3	4	5
7.	Hastalar bir resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunmasını istemezler.	1	2	3	4	5
8.	Aile üyelerinin ortamda bulunması durumunda resüsitasyon ekibi daha fazla çaba gösterecektir.	1	2	3	4	5
9.	Başarısız resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyeleri yas tutma sürecini daha kolay atlatacaklardır.	1	2	3	4	5
10.	Sevdiğim biri resüsite edilirken hemşire olduğum için orada bulunmama izin verilmelidir.	1	2	3	4	5

EK-2 Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği (devamı)

11.	Aile üyeleri, resüsitasyon işlemine tanıklık ederlerse işlerin aksamasına neden olurlar.	1	2	3	4	5
12.	Resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyelerinin dava açma ihtimali daha yüksektir.	1	2	3	4	5
13.	Aile üyeleri ortamda olduğu takdirde resüsitasyon ekibi işini gerektiği gibi yapamayacaktır.	1	2	3	4	5
14.	Birlikte çalıştığım hemşireler resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunmasını desteklemiyorlar.	1	2	3	4	5
15.	Çalıştığım birimdeki aile üyeleri resüsitasyon işlemi sırasında odada bulunmayı tercih ederler.	1	2	3	4	5
16.	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerinin bulunması hastalar için yararlıdır.	1	2	3	4	5
Aşağıdaki ifadeye katılma /katılmama derecenizi en iyi temsil eden numarayı işaretleyiniz: Aile üyelerinin resüsitasyon işlemi sırasında odada bulunması;		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
17.	Aileler için faydalıdır	1	2	3	4	5
18.	Hemşireler için faydalıdır	1	2	3	4	5
19.	Doktorlar için faydalıdır	1	2	3	4	5
20.	Aile merkezli bakımın bir parçası olmalıdır.	1	2	3	4	5
21.	Hastanın hastane bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	1	2	3	4	5
22.	Ailenin hastane bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	1	2	3	4	5
23.	Hemşirenin hasta ve ailenin bakımını optimal düzeyde sağlamaya yönelik memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	1	2	3	4	5
24.	Doktorun optimum hasta ve aile bakımı sağlamaya yönelik memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyecektir.	1	2	3	4	5
25.	Tüm hastaların sahip olması gereken bir haktır.	1	2	3	4	5
26.	Tüm aile üyelerinin sahip olması gereken bir haktır.	1	2	3	4	5

EK-2 Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği (devamı)

	Aşağıda numaralandırılmış maddeleri okuyunuz ve aile üyelerinin de bulunduğu bir resüsitasyon işlemi sırasında bu davranışları uygulama konusunda kendinize ne kadar güvendiğinizi belirten sayıyı işaretleyiniz.	Hiç	Güvenmem	Çok	Biraz	Oldukça	Çok
27.	Aile üyeleri odadayken resüsitasyon işlemi ile ilgili bilgi verebilirim.	1	2	3	4	5	5
28.	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında ilaç tedavileri uygulayabilirim.	1	2	3	4	5	5
29.	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında elektriksel tedavileri uygulayabilirim.	1	2	3	4	5	5
30.	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında göğüs kompresyonu uygulayabilirim.	1	2	3	4	5	5
31.	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında diğer sağlık ekibi üyeleriyle etkin bir şekilde iletişim kurabilirim.	1	2	3	4	5	5
32.	Aile üyelerinin tanık olduğu resüsitasyon işlemi sırasında hastanın onurunu/haysiyetini koruyabilirim.	1	2	3	4	5	5
33.	Resüsitasyon işlemi sırasında orada bulunabilecek ve uygun başa çıkma davranışlarını sergileyebilecek aile üyelerini belirleyebilirim.	1	2	3	4	5	5
34.	Aile üyelerini yakınlarına resüsitasyon işlemi yapılacak alana girmeleri için hazırlayabilirim.	1	2	3	4	5	5
	Aşağıda numaralandırılmış maddeleri okuyunuz ve aile üyelerinin de bulunduğu bir resüsitasyon işlemi sırasında bu davranışları uygulama konusunda kendinize ne kadar güvendiğinizi belirten sayıyı işaretleyiniz.	Hiç	Güvenmem	Çok	Biraz	Oldukça	Çok
35.	Resüsitasyon işlemi sırasında resüsitasyon işlemine katılan doktorlardan ailenin ortamda bulunması konusunda destek alabilirim.	1	2	3	4	5	5
36.	Aile üyelerine, resüsitasyonu işlemi sırasında odaya girerken eşlik edebilirim.	1	2	3	4	5	5
37.	Ortamda bir aile üyesinin bulunduğunu resüsitasyon ekibine, bildirebilirim.	1	2	3	4	5	5
38.	Yakınlarının resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyeleri için rahatlatıcı önlemler alabilirim.	1	2	3	4	5	5
39.	Yakınlarının resüsitasyon işlemine tanıklık eden aile üyelerinin ruhsal ve duygusal gereksinimlerini tanımlayabilirim.	1	2	3	4	5	5
40.	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerini hastayla konuşmaları konusunda cesaretlendirebilirim.	1	2	3	4	5	5
41.	Resüsitasyon işlemi sırasında aile üyelerine destek olmaları konusunda diğer hemşireler arasında görev dağılımı yapabilirim.	1	2	3	4	5	5
42.	Yakınlarının resüsitasyon işleminden sonra aileden bilgi alabilirim.	1	2	3	4	5	5
43.	Eğer gerekirse, resüsitasyon sonrasında aile üyelerinin yas tutma sürecini koordine edebilirim.	1	2	3	4	5	5

Ek-3 Özgüven Ölçeği

ÖZGÜVEN ÖLÇEĞİ		Herzaman	Genellikle	Sık Sık	Nadiren	Hiçbir zaaman
1	Kendimi başarılı bir insan olarak görürüm.	5	4	3	2	1
2	Başkalarının yanında heyecanımı kontrol edebilirim.	5	4	3	2	1
3	Seçimlerimde başkalarına bağımlı değilimdir	5	4	3	2	1
4	Yaşamdaki zorluklarla baş edebilirim.	5	4	3	2	1
5	Benim için aşılamayacak sorun yoktur.	5	4	3	2	1
6	Başkalarının görüşlerine saygı gösteririm	5	4	3	2	1
7	Problemlerimin üstesinden gelebileceğime inanırım	5	4	3	2	1
8	Sosyal etkinliklere katılmaktan çekinmem	5	4	3	2	1
9	Verdiğim kararların arkasında dururum	5	4	3	2	1
10	Kendi kendime yetebileceğime inanırım	5	4	3	2	1
11	Aktif birisi olduğumu düşünürüm	5	4	3	2	1
12	Öz-eleştiri yapabilirim	5	4	3	2	1
13	Anlamadığım konularda başkalarına soru sorabilirim	5	4	3	2	1
14	Yeni girdiğim ortamlara uyum sağlarım	5	4	3	2	1
15	Kendimle barışık bir insanım	5	4	3	2	1
16	Gerektiğinde sonuna kadar hakkımı savunurum	5	4	3	2	1
17	İstedğim şeyleri elde etmek için mücadele edebilirim	5	4	3	2	1
18	Kendimi rahat bir şekilde ifade edebilirim	5	4	3	2	1
19	Kendimi ve başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	5	4	3	2	1
20	Çevremde yeteri kadar güvenebileceğim insan vardır.	5	4	3	2	1
21	Sorumluluk almaktan çekinmem	5	4	3	2	1
22	Diğer insanların eleştirilerini anlayışla karşılayabilirim	5	4	3	2	1
23	Sıkıntılı anlarımda bile olumlu düşünmeye çalışırım	5	4	3	2	1
24	Ön plana çıkmaktan korkmam	5	4	3	2	1
25	Başarısız olduğumda hemen pes etmem	5	4	3	2	1
26	Başka insanlarla kolaylıkla iletişim kurabilirim	5	4	3	2	1
27	Değerli birisi olduğuma inanırım	5	4	3	2	1
28	Kolay arkadaş edinebilirim	5	4	3	2	1
29	Düşüncelerimi ifade ederken başkalarından çekinmem	5	4	3	2	1
30	Kolay karar verebilirim	5	4	3	2	1
31	Sosyal bir insan olduğuma inanırım	5	4	3	2	1
32	Kendimi severim	5	4	3	2	1
33	Başka insanların övgülerini hak ettiğime inanırım	5	4	3	2	1

EK-4 Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri

DURUMLULUK	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1.Şu anda sakinim				
2.Kendimi emniyette hissediyorum				
3.Şu anda sinirlerim gergin				
4.Pişmanlık duygusu içindeyim				
5.Şu anda huzur içindeyim				
6.Şu anda hiç keyfim yok				
7.Başıma geleceklerden endişe duyuyorum				
8.Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9.Şu anda kaygılıyım				
10.Kendimi rahat hissediyorum				
11.Kendime güvenim var				
12.Şu anda asabım bozuk				
13.Çok sinirliyim				
14.Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16.Şu anda halimden memnunum				
17.Şu anda endişeliyim				
18.Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19.Şu anda sevinçliyim				
20.Şu anda keyfim yerinde				
SÜREKLİLİK	Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her Zaman
21.Genellikle keyfim yerindedir				
22.Genellikle çabuk yoruluyorum				
23.Genellikle kolay ağlarım				
24.Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
25.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıtırım				
26.Kendimi dinlenmiş hissederim				
27.Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım				
28.Güçlülerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim				
29.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
30.Genellikle mutluyum				
31.Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
32.Genellikle kendime güvenim yoktur				

EK-4 Durumluk-Süreklik Kaygı Envanteri (devam)

33.Genellikle kendimi güvende hissederim				
34.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
35.Genellikle kendimi hüzünlü hissederim				
36.Genellikle hayatımdan memnunum				
37.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
38.Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam				
39.Aklı başında ve kararlı bir insanım				
40.Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder				

EK-5 Family Presence Risk-Benefit Scale

Nurses' Perceptions of Family-Witnessed Resuscitation

Across the nation, health care professionals, patients and families are debating the issue of having family members present when a loved one is being resuscitated. As an RN or LPN at BMH, your opinions about this matter are of interest to us. Completing this questionnaire is voluntary. **Please do not put your name on the survey.**

Definition: Family-witnessed resuscitation means one or more family members are present in the room while a loved one is being resuscitated in an effort to sustain life.

Please circle the number that best represents your opinion.		Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1.	Family members should be given the option to be present when a loved one is being resuscitated.	1	2	3	4	5
2.	Family members will panic if they witness a resuscitation effort. (reverse)	1	2	3	4	5
3.	Family members will have difficulty adjusting to the long term emotional impact of watching a resuscitation effort. (reverse)	1	2	3	4	5
4.	The resuscitation team may develop a close relationship with family members who witness the efforts, as compared to family members who do not witness the efforts.	1	2	3	4	5
5.	I would be more anxious about doing things right if family members were present during a resuscitation effort. (deleted) (reverse)	1	2	3	4	5
6.	If my loved one were being resuscitated, I would want to be present in the room.	1	2	3	4	5
7.	Patients do not want family members present during a resuscitation attempt. (reverse)	1	2	3	4	5
8.	The resuscitation team will try more extensive interventions if family members are present. (deleted) (reverse)	1	2	3	4	5
9.	Family members who witness unsuccessful resuscitation efforts will have a better grieving process.	1	2	3	4	5
10.	If my loved one were being resuscitated, I should be allowed to be present because I am a nurse. (deleted)	1	2	3	4	5
11.	Family members will become disruptive if they witness resuscitation efforts. (reverse)	1	2	3	4	5
12.	Family members who witness a resuscitation effort are more likely to sue. (reverse)	1	2	3	4	5
13.	The resuscitation team will not function as well if family members are present in the room. (reverse)	1	2	3	4	5
14.	Nurses with whom I work are not supportive of family presence during resuscitation efforts. (reverse) (deleted)	1	2	3	4	5
15.	Family members on the unit where I work prefer to be present in the room during resuscitation efforts.	1	2	3	4	5
16.	The presence of family members during resuscitation efforts is beneficial to patients.	1	2	3	4	5

EK-5 Family Presence Risk-Benefit Scale (devam)

Please circle the number that best represents the extent to which you agree or disagree with the following statements: The presence of family members during resuscitation efforts.....		Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
17.	is beneficial to families.	1	2	3	4	5
18.	is beneficial to nurses.	1	2	3	4	5
19.	is beneficial to physicians.	1	2	3	4	5
20.	should be a component of family-centered care.	1	2	3	4	5
21.	will have a positive effect on patient ratings of satisfaction with hospital care.	1	2	3	4	5
22.	will have a positive effect on family ratings of satisfaction with hospital care.	1	2	3	4	5
23.	will have a positive effect on nurse ratings of satisfaction in providing optimal patient and family care.	1	2	3	4	5
24.	will have a positive effect on physician ratings of satisfaction in providing optimal patient and family care.	1	2	3	4	5
25.	is a right that all patients should have.	1	2	3	4	5
26.	is a right that all family members should have.	1	2	3	4	5

EK-6 Family Presence Self-confidence Scale

	Please read each numbered item below and circle the number to indicate how confident you are that you could perform the listed behavior during a resuscitation effort with family members present.	Not at all Confident	Not Very Confident	Somewhat Confident	Quite Confident	Very Confident
1.	I could communicate about the resuscitation effort to family members who are present.	1	2	3	4	5
2.	I could administer drug therapies during resuscitation efforts with family members present.	1	2	3	4	5
3.	I could perform electrical therapies during resuscitation efforts with family members present.	1	2	3	4	5
4.	I could deliver chest compressions during resuscitation efforts with family members present.	1	2	3	4	5
5.	I could communicate effectively with other health team members during resuscitation efforts with family members present.	1	2	3	4	5
6.	I could maintain dignity of the patient during resuscitation efforts with family members present.	1	2	3	4	5
7.	I could identify family members who display appropriate coping behaviors to be present during resuscitation efforts.	1	2	3	4	5
8.	I could prepare family members to enter the area of resuscitation of their family member.	1	2	3	4	5
	Please read each numbered item below and circle the number that indicates how confident you are that you could perform the listed behavior during a resuscitation effort with family members present.	Not at all Confident	Not Very Confident	Somewhat Confident	Quite Confident	Very Confident
9.	I could enlist support from attending physicians for family presence during resuscitation efforts.	1	2	3	4	5
10.	I could escort family members into the room during resuscitation of their family member.	1	2	3	4	5
11.	I could announce family member's presence to resuscitation team during resuscitation efforts of their family member.	1	2	3	4	5
12.	I could provide comfort measures to family members witnessing resuscitation efforts of their family member.	1	2	3	4	5
13.	I could identify spiritual and emotional needs of family members witnessing resuscitation efforts of their family member.	1	2	3	4	5
14.	I could encourage family members to talk to their family member during resuscitation efforts.	1	2	3	4	5
15.	I could delegate tasks to other nurses in order to support family members during resuscitation efforts of their family member.	1	2	3	4	5
16.	I could debrief family after resuscitation of their family member.	1	2	3	4	5
17.	I could coordinate bereavement follow-up with family members after resuscitation efforts of their family member, if required.	1	2	3	4	5

EK-7 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/491-537

14.11.2016

Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Hemşirelerin Resüsitasyon Sirasında Ailenin Varlığının Risk Ve Faydalarına İlişkin Algı Ve Kendilerine Güvenlerini Etkileyen Faktörler** başlıklı OMÜ KAEK 2016/323 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 13.10.2016 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr. Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-8 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Araştırma
İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-804.01-E.7232
Konu : Anket Yapma İsteğiniz Hk.

23/03/2017

Sn.ESMA AYŞE ÖZTÜRK

"Hemşirelerin Resüsitasyon Sırasında Ailenin Varlığının Risk ve Faydalarına İlişkin Algı ve Kendilerine Güvenlerini Etkileyen Faktörler" konulu anketi hastanemizde uygulama isteğiniz uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29

Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Kep Adresi: omu@hs01.kep.tr

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ebysorgu.omu.edu.tr> adresinden 0LRM-ZP0L-0ZAM kodu ile yapılabilir.

EK-9 Aile Varlığı Risk-Yarar Ölçeği Ve Aile Varlığı Özgüven Ölçeği'nin Kullanım İzni

FW: Permission to Use Family Presence Risk- Benefit Scale and the Family Presence Self-confidence Scale

From: rtwibell@bsu.edu
To: zelihaceren@hotmail.com
Subject: Re: Permission to Use Family Presence Risk- Benefit Scale and the Family Presence Self-confidence Scale
Date: Tue, 26 Jul 2016 03:51:16 +0000

Hello, Professor Zeliha KOÇ,

Thank you for your message. I am happy your student is pursuing a study on family presence during resuscitation. You and your student have permission to use the tools Family Presence Risk-Benefit Scale and the Family Presence Self-confidence Scale and to translate them into Turkish.

Attached is the complete version of the tool we used. The Risk-Benefit Scale consists of items 1-26. As reported in the article, three risk-benefit items (on the first page of the tool) were deleted due to the way they functioned on the factor analysis. You could include them in your study and see how they do for you. The items came out of our qualitative work and we believed they were important, but they did not work consistently with the other items. The items to be reverse-scored are noted on the tool.

Items 27-43 compose the self-confidence scale.

The items from 44 to the end were other items we did not report on in the AJCC article. Feel free to use them as you wish.

One suggestion I would make is to ask the respondents what experience they have had with CPR and family presence. That is one item I wish we would have included.

I wish you well in your endeavor. If I can be of any further assistance, please feel free to email any time.

FW: Permission to Use Family Presence Risk- Benefit Scale and the Family Presence Self-confidence Scale

Sent: Monday, July 18, 2016 2:17:02 PM
To: Twibell, Kathryn
Subject: Permission to Use Family Presence Risk- Benefit Scale and the Family Presence Self-confidence Scale

Dear Twibell,

One of my doctorate student, Esmâ Ayşe Öztürk, is planning to study on "The factors effecting nurses' perceptions and self-confidence related to benefits and risks of family presence during resuscitation" in her dissertation. We would like to use yours Family Presence Risk- Benefit Scale and the Family Presence Self-confidence Scale. If there isn't any problem for you Can we use and translate this instrument to Turkish? We will appreciate very much if you can give us permission to use the tools and scoring explanation. We will look forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Zeliha KOÇ
Associate Professor
Ondokuz Mayıs University
Health Science Faculty
Samsun/Turkey

EK-10 Özgüven Ölçeği'nin Kullanım İzni

Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategorilere Ayr | ...

Re: İlt: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

3. ÖZ-GÜVEN ÖLÇEĞİ AR...
76 KB

İndir OneDrive'a kaydet

Merhaba ölçek ektedir iyi çalışmalar dilerim

Prof. Dr. Ahmet Akın
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Fakültesi
Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilimdalı

15 Ara 2016 01:35 tarihinde "Esmayşe ÖZTÜRK" <esmaayseozturk@hotmail.com> yazdı:

Sayın Hocam,

Tarafınızdan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Öz Güven Ölçeğini, Doktora Tez konum olan " Hemşirelerin Restitasyon Sırasında Ailenin Varlığının Risk Ve Faydalarına İlişkin Algı Ve Kendilerine Güvenlerini Etkileyen Faktörler " çalışmasında kullanabilmem için gerekli iznin verilebilmesi hususunu en derin saygılarımla arz ederim.

Saygılarımla.

EK-11 Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin Kullanım İzni

Re: Ynt: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

Merhaba Esmâ Hanım,

İstediğiniz izin kağıdı Necla Hanım tarafından imzalanmıştır. İzin kağıdınız ektedir.

İyi çalışmalar dilerim.

22.07.2018, 13:44, "Esmâ ayşe ÖZTÜRK" <esmaayseozturk@hotmail.com>:

Sayın Hocam,

Necla ÖNER tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Durumluk Sürekli Kaygı Envanterini, Doktora Tez konum olan " Hemşirelerin Resüsitasyon Sırasında Ailenin Varlığının Risk Ve Faydalarına İlişkin Algı Ve Kendilerine Güvenlerini Etkileyen Faktörler " çalışmasında kullanabilmem için gerekli iznin verilebilmesi hususunu en derin saygılarımla arz ederim.

Değerli Necla ÖNER hocamız emekli olduğundan dolayı ulaşamadığım için bürüm email attım ve size ulaşmamı önerdiler . Necla ÖNER ulaşmamı veya ölçek kullanım iznin alınması konusunda bana yardımcı olursanız çok sevinirim

Saygılarımla.



13.11.2018

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Hemşireliği Anabilim dalında tez çalışması yapan Esmâ Ayşe ÖZTÜRK'ün, Hemşirelerin Resüsitasyon Sırasında Ailenin Varlığının Risk Ve Faydalarına İlişkin Algı Ve Kendilerine Güvenlerini Etkileyen Faktörler konulu doktora tezinde "Sürekli Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Necla Öner

EK- 12 Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi



**EK- 13 SPSS Ve AMOS Uygulamalı Ölçek Geliştirme Kültürlerarası Ölçek Uyarlama
Kursu Katılım Belgesi**



EK-14 Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi

Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Nilüfer ERBİL	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof.Dr. Deniz SAYINER	Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç.Dr. Zeliha TÜLEK	İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dr.Öğr. Üyesi Serap TOPATAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç.Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. bekir ŞİŞMAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi
Prof. Dr. Ahmet BAYDIN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Türker YARDAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Turgut DENİZ	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Latif DURAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Celal KATI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Prof. Dr.Gürkan ERSOY	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı: Esmâ Ayşe ÖZTÜRK

Doğum Yeri: Çarşamba

Doğum Tarihi: 12/ 01 /1983

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

DEÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Ambulans Acil Bakım Teknikerliği
Bölümü 2001-2003

OMÜ Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü 2004-2008

OMÜ Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2013-2015

OMÜ Acil Hemşireliği Doktora Programı 2015-2020

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Sağlık Bakanlığı Ordu İl Sağlık Müdürlüğü Fatsa 1 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri
İstasyonu 2004-

E-posta: esmaayseozturk@hotmail.com