



T.C.
KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KARAMAN İL MERKEZİNDEKİ BEDEN EĞİTİMİ ÖĞRETMENLERİNİN VE
SINIF ÖĞRETMENLERİNİN İLK YARDIM KONUSUNDAKİ BİLGİ
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hazırlayan
Ahmet ŞAHİN

Beden Eğitimi Ve Spor Öğretmenliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

KARAMAN – 2011



T.C.
KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**KARAMAN İL MERKEZİNDEKİ BEDEN EĞİTİMİ ÖĞRETMENLERİNİN VE
SINIF ÖĞRETMENLERİNİN İLK YARDIM KONUSUNDAKİ BİLGİ
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Hazırlayan
Ahmet ŞAHİN

Beden Eğitimi Ve Spor Öğretmenliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Yrd.Doç.Dr. Mehmet ULUKAN

KARAMAN – 2011

**KARAMAN İL MERKEZİNDEKİ BEDEN EĞİTİMİ
ÖĞRETMENLERİNİN VE SINIF ÖĞRETMENLERİNİN İLK
YARDIM KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Tezin Kabul Ediliş Tarihi: 22 /08/2011

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

Başkan : Yrd.Doç.Dr. Mehmet ULUKAN

Üye : Yrd.Doç.Dr. Hasan ŞAHAN

Üye : Yrd.Doç.Dr. Mustafa YILDIZ

Üye :

Üye :

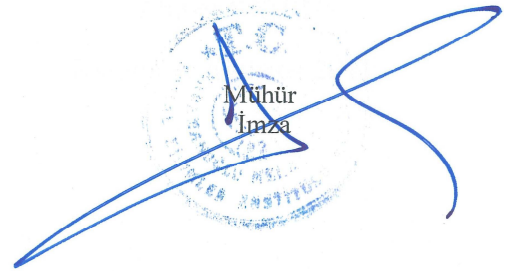
İmzası

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

Bu tez, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun 01 /08/2011 tarih ve 2011/22-241 sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü: Prof. Dr. Kemal ESENGÜN

Mühür
İmza



ÖNSÖZ

Bu çalışma, Beden Eğitimi Öğretmenlerinin ve Sınıf Öğretmenlerinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması amacı ile Karaman il merkezinde aktif olarak görev yapan 344 adet öğretmene uygulanmıştır.

Günümüzde her toplumun ortak problemlerinden biri kaza oranlarında ki artıştır. Bunun yanı sıra ülkemizde bilinçsiz müdahalelerin insan hayatı üzerinde doğurduğu olumsuz sonuçlara her geçen gün yenisi eklenmektedir. Buna bağlı olarak da ilk yardım eğitiminin ne kadar önemli olduğu her gün tekrar tekrar gözler önüne serilmektedir.

Türkiye'deki okullarda okul sağlığı ekibi veya okul sağlığı hemşireliği kavramının henüz yerleşmemiş olması nedeniyle okullarda acil durumlarda ilk görev öğretmenlere düşmektedir. Öğretmenlerin bu görevi yerine getirebilmesi ancak bilgi ile mümkündür. Geçmişte ilk yardım eğitimi almış olan yetişkinlerin hala ölümcül yanlışlar yapmaları, hastalıklar ve sakatlıklar hakkında yanlış bilgilere sahip olmaları, ülkemizdeki eğitim ve sağlık politikalarında bir takım sorunların varlığını açığa çıkartmaktadır.

Bu araştırma beden eğitimi öğretmenlerinin ve sınıf öğretmenlerinin ilk yardım bilgisi konusunda yetkinlik ve yetersizliklerini ortaya koymakla kalmayıp, dolaylı olarak da ülkemizdeki ilk yardım eğitimi ile ilgili sorunları da ortaya koymaktadır.

Çalışmalarım süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, her türlü desteğini gördüğüm değerli hocam ve tez danışmanım Yrd.Doç. Dr. Mehmet ULUKAN' a içtenlikle teşekkür ederim. Yine çalışmalarım süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım ve benden hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Yrd.Doç.Dr. Hasan ŞAHAN' a, Doç.Dr. Vedat ÇINAR' a ve Öğr. Gör. Veysel TEMEL' e sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Ahmet ŞAHİN

Karaman, Ağustos 2011

ÖZET

Bu çalışmada, Beden Eğitimi Öğretmenlerinin ve Sınıf Öğretmenlerinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın ilk aşamasında ilk yardımın genel tanımı yapılarak ilk yardımın bazı özelliklerine yer verilmiştir. Bu bölümde ilkyardım üzerine yazılmış literatür örneklerinden bilgiler toplanmış ve geçmişten günümüze kadar uygulanmış ilkyardım uygulamaları belirlenmeye çalışılmıştır. Daha sonra ilk yardımın ana kurallarına ve ilk yardımcı ile ilgili yapılan araştırmalara yer verilmiştir. Kanamalarda ilk yardım kapsamında iç ve dış kanamaların tanımı ve uygulama yöntemleri ele alınmıştır. Ayrıca kırık, çıkık ve burkulmalarda ilk yardım yöntemlerine yer verilmiştir. Tüm anlatılanlarla bağlantılı olarak donmalarda ilk yardım, sıcak ve güneş çarpmasında yapılmasında gereken ilk yardım yöntemlerine yer verilmiştir. En son olarak ilk yardım gerektiren özel durumlarda yapılması gereken ilk yardım yöntemleri incelenmiştir.

Bu tez çalışmasının literatür kısmının diğer bölümlerinde beden eğitimi ve sınıf öğretmenlerinin önemi ve ilk yardımın yeri ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Çalışmanın son bölümde ise araştırmada ileri sürülmüş olan hipotezleri test etmek amacıyla Karaman il merkezindeki beden eğitimi öğretmenlerinin ve sınıf öğretmenlerinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması için yapılmış olan anket çalışmasıyla ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 16.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler sayı(%) ve ortalama \pm standart sapma olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde ki-kare ve Kruskal Wallis H testleri kullanılmış ve yüzdeleri alınmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir

Anahtar Sözcükler: İlk yardım, beden eğitimi öğretmeni, sınıf öğretmeni.

ABSTRACT

In this study, physical education teachers and class teachers were compared with levels of knowledge of first aid.

General definition was made and some properties of the first aid were given in the first phrase of the study. In this section, some information was collected from the literature samples written on the first aid and tried to determine applied first aid applications from past to present day. Then the main rules of the first aid and first assist in the research were included. Definition and application of Internal and external bleeding under the first aid In hemarrhage were discussed. Besides, first aid methods such as fractures, dislocations and sprains were given. First aid procedures were told when the freezing happened or sun and heat stroke, connected with the all applications. Finally, methods which should be done at special cases that require the first aid were studied.

The importance of physical education and class teachers and about first aid were studied in other parts of the literature of this thesis. In the last section of this study, findings about the survey conducted to make for comparison of levels of knowledge about first aid of physical education teachers and class teachers In Karaman city center with the aim of testing the hypotheses proposed were discussed.

Data statistical analysis was performed using the SPSS 16.0 package programme. Data as number (%) and mean as \pm Standard deviation were evaluated. Chi-square and Kruskal-Wallis H test for statistical analysis were used and percentages were taken. Level of statistical significance as $< 0,05$ was adopted.

Key Words: First aid, Physical Education Teacher, Class Teacher

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
GİRİŞ	1
I.BÖLÜM	
I.1. GENEL BİLGİLER	
I.2. İLK YARDIM TANIM	3
I.2.1. İlk Yardımın Amacı ve Önemi	3
I.2.2. İlk Yardımın Temel İlkeleri.....	3
I.2.3. İlk Yardımın Temel Uygulamaları.....	4
I.2.4. İlk Yardımın Hedefleri.....	4
I.3. İLK YARDIMIN TARİHÇESİ	5
I.3.1. Türkiye’de İlk Yardım	5
I.4. İLK YARDIMIN ANA KURALLARI	7
I.4.1. İlk Yardım Gerektiren Durumlar	7
I.5. İLK YARDIMCI	8
I.5.1. İlk Yardımcının Özellikleri	8
I.5.2. İlk Yardımcının İlk Yardım Çantasında Bulunması Gereken Malzemeler.....	8
I.6. TEMEL YAŞAM DESTEĞİ (TYD)	10
I.7. OTOMATİK EKSTERNAL DEFİBRİLATÖR (OED)	16
I.8. YAŞAM ZİNCİRİ	17
I.9. YARALANMALAR	18
I.9.1. Yaralanmalarda İlk Yardım.....	20
I.9.1.1. Ciddi Yaralanmalar	21
I.9.1.1.1. Ciddi Yaralanmalarda İlk Yardım.....	21
I.9.1.2. Delici Göğüs Yaralanmaları.....	21
I.9.1.2.1. Delici Göğüs Yaralanmalarında İlk Yardım.....	21
I.9.1.3. Delici Karın Yaralanmaları.....	22

I.9.1.3.1. Delici Karın Yaralanmalarında İlk Yardım.....	22
I.9.1.4. Kafatası ve Omurga Yaralanmaları.....	22
I.9.1.4.1. Kafatası ve Omurga Yaralanmalarında İlk Yardım.....	23
I.9.2. Altın Saat Kavramı	24
I.9.3. Yaralanma Sonrası Ölüm.....	24
I.10. KANAMALARDA İLK YARDIM.....	24
I.10.1. Kanama (Hemoraji).....	24
I.10.1.1. Kanama Durdurma Yöntemleri	25
I.10.1.1.1. Kanamayı Durdurmak İçin Vücutta Basınç Yapılan Bölgeler.....	26
I.10.2. İç Kanama.....	26
I.10.2.1. İç Kanamalarda İlk Yardım	26
I.10.3. Dış Kanama.....	27
I.10.3.1. Dış Kanamalarda İlk Yardım.....	27
I.10.4. Burun/Kulak Kanamalarında İlk Yardım.....	27
I.10.4.1. Burun Kanamalarında İlk Yardım.....	27
I.10.4.2. Kulak Kanamalarında İlk Yardım.....	28
I.10.5. Akut Dolaşım Yetmezliği (ŞOK).....	28
I.10.5.1. Şokun Belirtileri.....	29
I.10.5.2. Şokta İlk Yardım.....	29
I.11. KIRIK, ÇIKIK VE BURKULMALARDA İLK YARDIM.....	30
I.11.1. Kırıklar.....	30
I.11.1.1. Kırık Belirtileri.....	30
I.11.1.2. Kırıklarda Destekleme (Atelleme).....	31
I.11.1.3. Kırıklarda İlk Yardım.....	32
I.11.2. Çıkıklar.....	32
I.11.2.1. Çıkık Belirtileri.....	32
I.11.2.2. Çıkıklarda İlk Yardım.....	33
I.11.3. Burkulmalar.....	33
I.11.3.1. Burkulma Belirtileri.....	33
I.11.3.2. Burkulmalarda İlk Yardım.....	33
I.12. YANIKLAR.....	34

I.12.1. Yanıkların Sınıflandırılması.....	35
I.12.2. Yanıklarda İlk Yardım.....	37
I.12.2.1. Elektrik Yanıklarında İlk Yardım.....	37
I.12.2.2. Kimyasal Yanıklarda İlk Yardım.....	37
I.12.2.3. Isı İle Oluşan Yanıklarda İlk Yardım.....	37
I.13. DONMALAR.....	38
I.13.1. Donmalarda İlk Yardım.....	38
I.14. SICAK ÇARPMASI.....	39
I.14.1. Sıcak Çarpmalarında İlk Yardım.....	40
I.15. GÜNEŞ ÇARPMASI.....	40
I.15.1. Güneş Çarpmalarında İlk Yardım.....	42
I.16. ZEHİRLENMELER.....	42
I.16.1. Zehirlenme Yolları.....	43
I.16.2. Zehirlenme Belirtileri.....	43
I.16.3. Zehirlenmelerde İlk Yardım.....	44
I.16.3.1. Ağız (Sindirim Sistemi) Yolu İle Zehirlenmelerde Yapılacaklar.....	44
I.16.3.2. Solunum (Akciğer) Yolu İle Zehirlenmelerde Yapılacaklar.....	45
I.16.3.3. Deri Yolu İle Zehirlenmelerde Yapılacaklar.....	45
I.17. BOĞULMALAR.....	45
I.17.1. Boğulmalarda İlk Yardım.....	46
I.17.2. Suda Boğulmalarda İlk Yardım.....	46
I.18. İLK YARDIM GEREKTİREN ÖZEL DURUMLAR.....	46
I.18.1. Epilepsi (Sara) Hastalığı.....	46
I.18.1.1. Epilepsi (Sara) Hastalığında İlk Yardım.....	47
I.18.2. Diyabetes Mellitus (Şeker Hastalığı).....	47
I.18.2.1. Diyabetes Mellitusta İlk Yardım.....	48
I.18.3. Astım Hastalığı.....	48
I.18.3.1. Astım Hastalığında İlk Yardım.....	49
I.18.4. Göze Yabancı Cisim Kaçmasında İlk Yardım.....	49
I.18.5. Kulağa Yabancı Cisim Kaçmasında İlk Yardım.....	49
I.18.6. Buruna Yabancı Cisim Kaçmasında İlk Yardım.....	49

I.19. TRIAJ (SEÇME, AYIRMA).....	50
I.19.1. Triajda İlkeler.....	51
I.20. HASTA TAŞIMA TEKNİKLERİ.....	53
I.20.1. Hasta/Yaralı Taşınmasında Genel Kurallar.....	53
I.20.1.1. Sürükleme Yöntemleri.....	54
I.20.1.2. Araç İçindeki Yaralıyı Taşıma (RENTEK Manevrası) Tekniği.....	54
I.20.1.3. Kısa Mesafede Süratli Taşıma Teknikleri.....	55
II. BÖLÜM (GEREÇ ve YÖNTEM)	
II.1. MATERYAL VE METOD	56
II.1.1. Araştırma Modeli	56
II.1.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi	56
II.1.3. Anketin Ön Uygulaması.....	56
II.1.4. Araştırmanın İstatistiksel Analizi.....	56
II.1.5. Verilerin Değerlendirilmesi	57
II.1.6. Araştırmanın Hipotezleri.....	57
II.2. Bulgular	58
II.2.1. Güvenilirlik Analizi	58
II.2.2. Deneklerin Demografik Özellikler	58
TARTIŞMA.....	79
SONUÇ	81
KAYNAKÇA	82

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 : Triaaj Sınıflandırma.....	52
Tablo 2 : Güvenilirlik Tablosu.....	58
Tablo 3 : Öğretmenlerin Cinsiyet Dağılımları	58
Tablo 4 : Öğretmenlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları	59
Tablo 5 : Öğretmenlerin Medeni Durumu.....	59
Tablo 6 : Öğretmenlerin Eğitim Durumu	60
Tablo 7 : Öğretmenlerin Meslekteki Çalışma Süresi.....	60
Tablo 8 : Öğretmenlerin Kurumdaki Görevi.....	61
Tablo 9 : Öğretmenlerin Görev Yaptıkları Okul.....	61
Tablo 10 : İlk Yardımla İlgili Bilginiz Var mı?	61
Tablo 11 : İlk Yardım Bilgi Donanımı İle Kendinizi Yeterli Buluyor musunuz?.....	62
Tablo 12 : Okulda İlk Yardım Gerektiren Durumlarla Sık Karşılaşıyor musunuz?	62
Tablo 13 : Okulda Sağlık Çalışanı Var mı?	62
Tablo 14 : Okulda İlk Yardım Dolabı Var mı?	63
Tablo 15 : Karaman İlinde Okullarda Çalışan Personelin İlk Yardım Bilgisi Sizce Yeterli mi?.....	63
Tablo 16 : Cevabınız Hayır İse İlk Yardım Bilgisinin Artırılması İçin Sizce Neler Yapılması Gerekir?.....	64
Tablo 17 : İlk Yardım Uygulaması Gereken Durumlarda En Çok Karşılaştığınız Sorunlar Nelerdir?.....	65
Tablo 18 : İlk Yardım Nedir?.....	65
Tablo 19 : İlk Yardımcı Kimdir?.....	66
Tablo 20 : Burnu Kanayan Bir Öğrenciye Aşağıdakilerden Hangisi Yapılmamalıdır?.	66
Tablo 21 : Karın Bölgesine Yabancı Cisim Saplandığında Hangisi Yapılmamalıdır?.	67
Tablo 22 : Epilepsi/Sara Nöbeti Geçiren Bir Öğrenciye Hangisi Yapılmamalıdır?....	67
Tablo 23 : Astım Nöbeti Geçiren Bir Öğrenciye Hangisinin Yapılması Yanlıştır?....	68
Tablo 24 : Hangisi Isı İle Oluşan Yanıklarda Yapılması Yanlış Olan İlk Yardım Uygulamasıdır?	69
Tablo 25 : Kalp Durmasında İlk Kaç Dakikada Müdahale Edilmelidir?	69
Tablo 26 :Kalp Masajı/Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?	70

Tablo 27: Kalp Masajı/Suni Solunum Hiç Yaptınız mı?	70
Tablo 28: Vücutta Nabız Alınan Bölgeleri Biliyor musunuz?.....	70
Tablo 29 : Kalp Masajı Yumuşak Bir Zeminde Uygulanmalıdır?.....	71
Tablo 30 : Asitli Madde İçen Bir Kişi Hemen Kusturulmalıdır?.....	71
Tablo 31 : Dış Kanamayı Durdurmak İçin Kanayan Yerin Üzerine Basınç Yapılmalıdır	72
Tablo 32 : Bilinci Kapalı Olan Bir Kişiye Kendisine Gelmesi İçin Su İçirilmelidir...	72
Tablo 33 : Cinsiyete Göre “Epilepsi/Sara Nöbeti Geçiren Bir Öğrenciye Hangisi Yapılmamalıdır?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi	73
Tablo 34 : Cinsiyete Göre “Kalp Masajı/Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi	73
Tablo 35 : Cinsiyete Göre “Vücutta Nabız Alınan Bölgeleri Biliyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.....	74
Tablo 36 : Cinsiyete Göre “Asitli Madde İçen Bir Kişi Hemen Kusturulmalıdır.” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi	74
Tablo 37 : Branşınız İle “İlk Yardım Nedir?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.....	75
Tablo 38 : Branşınız İle “Kalp Masajı/Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.....	76
Tablo 39 : Branşınız İle “Kalp Masajı/Suni Solunum Hiç Yaptınız mı?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi	76
Tablo 40 : Kurumdaki Göreviniz İle “Karın Bölgesine Yabancı Cisim Saplandığında Hangisi Yapılmamalıdır?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.....	77
Tablo 41 : Görev Yaptığınız Okul İle “Kalp Masajı/Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.	78

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil- 1. Bak, Dinle, Hisset Yöntemiyle Solunumun Kontrolü.....	11
Şekil- 2. Heimlich Manevrasının Uygulanışı.....	12
Şekil – 3. Ağızdan Ağza Yapay Solunum Tekniği.....	14
Şekil – 4. Kapalı Kalp Masajı İçin Elin ve Dirseğin Yerleştirilmesi.....	16
Şekil-5. Yaşam zinciri.....	17
Şekil- 6. Kırıklarda Destekleme.....	31
Şekil – 7. Yanık Türleri.....	35
Şekil-8. Dokuz Kuralına Göre Yüzdelerin Vücuttaki Dağılımı.....	36

GİRİŞ

Sağlık insan hayatındaki en önemli değerlerden biridir. İnsan sosyal bir varlık olarak kendisinden beklenen işlevleri yerine getirmesi, üretken olabilmesi, kendisinin, ailesinin ve ülkesinin huzuru ve mutluluğu için bir şeyler yapabilmesi ancak sağlıklı olması ile gerçekleşebilir(Erefe,1998). Sağlık, yalnızca hastalığın olmayışı değil hem bireysel sorumluluğu hem de yaşam kalitesini kapsayacak şekilde tanımlanabilmektedir(Öz, 2004). Sağlık hizmetleri gelişmiş ülkelerde, okul sağlığı hizmetleri genel sağlık hizmetlerinden farklı düşünülmeyle okul sağlığı hemşiresi ve öğretmen ile yürütülmekte, çocuklarda sağlık sorunları erken dönemde belirlenerek önlem alınıp koruyucu bakım sağlanabilmektedir(Öngün, 2001).

Ülkemizde her yıl ortalama 430 bin trafik kazası olmakta, 110 bin kişi yaralanmakta ve 4 bin kişi ölmektedir. Trafik kazalarındaki yaralanmalarda bilinçli bir ilk yardımla ölümlerin % 15-18'i, hızlı ve bilgili bir acil yardımla ise %20-25'i önerilmektedir. Kazalarda ki ölümlerin %10'u ilk 5 dakikada, %50'si ise ilk 30 dakikada olmaktadır(Ege, 1999). Bu nedenle olayın olduğu anda profesyonel ekiplerin kısa sürede olay yerine yetişemeyeceğinden kazazedelere ilk müdahalenin ilk yardım bilgisi olan kişiler tarafından yapılması gerekmektedir. Bu kişiler çoğu kez olay yerinden geçen birisi ya da hastaya eşlik eden hasta yakınları olmaktadır. İngiltere de 1200 vakalık bir incelemede kalp durmasının %80'ninin evlerde, %20'sinin sokakta veya alanlarda olduğu görülmüş ve bundan dolayı eşlerin ve akrabaların CPR (kardiyo-pulmoner resüsitasyon) eğitimi almasının öneminden bahsedilmiştir(Carney, 1999).

En çok ihmal edilen tıp hizmetlerinin başında acil tıp hizmetleri ve ilk yardım hizmetlerinde ki bilginin azlığı gelmektedir(Perkins, 1999). Oysa ki ilk yardım yapmak için bir sağlık personeli aranması, beklenmesi veya bulunması gerekmez, ilk yardım kurallarını bilen herkes bunu yapabilir. Bu yüzden herkes ilk yardım bilgisini öğrenmeli ve gerektiğinde yapabilmelidir(Ege, 1999).

Türkiye'nin önemli sorunlarından birisi ilk yardım konusunda yapılan yetersiz ve yanlış uygulamalardır(Bozkurt, 1999). Zamanında ve doğru olarak yapılan çok basit bir ilk yardım müdahalesi hayat kurtarıcı olabilirken, usulüne uygun olarak yapılmayan çok küçük ama hayati önem taşıyan bir müdahale kişilerin yaşamına mal olabilmekte veya birdaha geri dönüşü olmayan sakatlıklara neden olmaktadır(Ağralı, 2002). Bu sebeple il yardım kurallarını daha bilinçli uygulayacak eğitilmiş bireylere ihtiyaç vardır. Maalesef halkın ilk yardım konusundaki bilgi, değer ve alışkanlıklarının çoğunluğu ise rastlantısal öğrenmelerin ürünüdür(Nazik, 1999).

Türkiye’de ilk yardım bilgi ve becerisi Sağlık Bakanlığı’nın yürüttüğü kurslarla, sürücü kursları ve halk eğitim merkezleri ile kazandırılmaya çalışılmaktadır. İlk yardım konusunda rastlantısal öğrenmelerin ürünü olan bilgi, değer ve alışkanlıkların düzeyi, hangi yanlışları içerdiği ve ilk yardım eğitimi konusunda bir gereksinime duyulup duyulmadığı bilinmemektedir. Konuyla ilgili kursların sunumunu etkilemek, ilgili programların geliştirilmesinde dikkate alınacak geçmiş öğrenmeleri ortaya koymak, bundan sonraki ilk yardımla ilgili yapılacak araştırmalara ışık tutmak için ilk yardım bilgi ve becerileri ile ilgili olarak kişilerin değerlendirilmesi gereklidir(Bozkurt, 1999)

İlk yardım sağlık eğitimi konuları içerisinde önemli konulardan birisidir. İnsanlar geçmişten günümüze çalışma ortamlarında, okullarda, seyahatlerinde, evlerinde ve diğer ortamlarda her zaman riskler, tehlike ve kazalarla iç içedirler. Zamanında ve bilinçli bir şekilde yapılacak ilk yardım ile kazalar sonucu oluşabilecek ölümlerin %50’ye varabilecek oranda azaltılabilmektedir. İlk yardım hizmetinde başarılı olmak öncelikle bu konuda iyi yetişmiş, yeterli sayıda insan gücünün varlığına bağlıdır. İlk yardım ile ilgili bilgi ve uygulamaların toplumdaki bütün bireylerce bilinmesi beklenen bir durumdur. Fakat bunu sağlamak oldukça güçtür (Koç, 1994).

Okul sağlığı hizmetleri kapsamında, çocukların sağlık kontrollerini yapmak, çocuklara ve ailelere sağlık eğitimi vermek ve okullarda sağlıklı bir ortam sağlamak yer alır. Okullarda sağlık konuları çeşitli yönleriyle eğitim programları yer almalı bunun için öğretmenlerde bu konuda bilgilendirilmiş olmalıdır(Neyzi, 1994).

İlk yardım hizmetlerinin etkili ve verimli olmasında uyumlu bir ekip çalışması gerekir. Ancak her okulda bir sağlık ekibi bulunmadığından genellikle okullarda karşılaşılan acil durumlarda öğretmenin müdahalesi önem taşımaktadır ve öğretmenlerin bu gibi durumlar için yeterli ilk yardım bilgisini alması oldukça önemlidir. Çünkü zamanında ve doğru yapılan müdahale ortaya çıkabilecek hayati tehlike gösteren durumlarda sağ kalım oranını belirgin oranda yükseltecektir. İlk Yardım bilgisine toplumun her kesiminin ihtiyacı vardır. Fakat riskli grupların daha fazla ihtiyacı bulunmaktadır. Okul hayatının ilk başlangıcında yer alan ilköğretim öğrencileri, ilk yardım bilgisine aynı yaş grubundaki ortaöğretim öğrencilerinden daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Milli Eğitimde, ilk yardım dersinin yanı sıra sağlık bilgisi, iş güvenliği dersleride çocuklara verilmektedir. Yapılacak olan araştırmalar, hem konu hakkında bilgi ihtiyacını ortaya koyacak, hem de verilen derslerin etkinliğini değerlendirmemize yardımcı olacaktır (Nazik, 1999).

Bu araştırmada sınıf öğretmenlerinin ve beden eğitimi öğretmenlerinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerini, ilk yardım gerektiren durumlarda ne yada neler yaptıklarını, yaptıkları

uygulamaların ne ölçüde doğru olduğu ve ilk yardım eğitimi almalarının ilk yardım konusundaki bilgilerine ve uygulamalarına etkisinin belirlenip karşılaştırılması amaçlanmıştır.

I.BÖLÜM

I.1. GENEL BİLGİLER

I.2. İlk Yardımın Tanımı

Herhangi bir kaza ya da yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, sağlık görevlilerinin tıbbi yardımı sağlanıncaya kadar, hayatın kurtarılması ya da durumun daha kötüye gitmesini önleyebilmek amacıyla olay yerinde, tıbbi araç gereç aranmaksızın mevcut araç ve gereçlerle yapılan ilaçsız uygulamadır (Bölükbaşı ve ark., 2007).

Başka bir tanıma göre ise;

Kazaya uğrayan veya ani olarak hastalanan kişi veya kişilere, sağlığının ya da sağlıklarının daha kötüye gitmesini önlemek için, olay yerinde, eldeki mevcut imkanlarla, geçici olarak yapılan müdahalelere ilk yardım denir (Troiano, 1989).

I.2.1. İlk Yardımın Amacı ve Önemi

İlk yardımda amaç; hastanın işlevini yitirmiş bazı hayati fonksiyonlarını tekrar kazandırabilmek, kazandırılmıyorsa bunları suni olarak sağlamak ve daha kötü bir duruma düşmesini engellemektir (Rasmus, 2000).

İlk yardım uygulamalarının öncelik sırasıyla üç temel amacı vardır:

- Yaşamı korumak ve sürdürülmesini sağlamak.
- Durumun kötüleşmesini engellemek.
- Olanaklar ölçüsünde iyileşmeyi kolaylaştırmak (Gilbert, 1977).
- İyileşmeyi kolaylaştırmaktır (Kakillioğlu ve ark.,2002; T.C.Sağlık Bakanlığı, 2006).

I. 2.2. İlk Yardımın Temel İlkeleri

İlk yardımın temel ilkeleri şöyle sıralanabilir :

1. Kazaya uğrayan kişiyi tehlikeli bölgeden uzaklaştırarak kişinin emniyetini sağlamak, tedbir almak,
2. Solunum ve dolaşım sistemlerindeki aksamalar, kanama, şok ve ağır yaralanma gibi beş önemli durumda tanı koymak,
3. Tanıya göre ilk yardım uygulamak, tedavi etmek,

4. İletişim kurmak; kazayla ilgili birime haber vermek (Acil yardım, 112 ; İtfaiye, 110 ; Polis İmdat, 155 ; Jandarma, 156 ; Zehirlenme Acil Yardım Merkezi, Kuduz İstasyonu, Doğumevi) telekomünikasyon.

5. Yaralıları taşımada ki öncelik sırasına göre ayırmak.

6. Yaralıları uygun pozisyonda taşımak, transportasyon.

Burada sıralamış olduğumuz maddelere kısaca ilk yardımın “T” ile başlayan temel ilkeleri denir (Süzen, B. ve İnan, H., 2003).

1.2.3. İlk Yardımın Temel Uygulamaları

İlk yardım temel uygulamaları Koruma, Bildirme ve Kurtarma (KBK) olarak ifade edilir (Badır, 2005). *Koruma*: Kaza sonuçlarının ağırlaşmasını önlemek için olay yerinin değerlendirilmesini kapsar. En önemli işlem olay yerinde oluşabilecek tehlikeleri belirleyerek güvenli bir çevre oluşturmaktır (Badır, 2005). *Bildirme*: Olay/kaza mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde telefon veya diğer kişiler aracılığı ile gerekli yardım kuruluşlarına bildirilmelidir. Türkiye'de ilk yardım gerektiren her durumda telefon iletişimleri, 112 acil telefon numarası üzerinden gerçekleştirilir. *Kurtarma (Müdahale)*: Olay yerinde hasta/yaralıları gerekli müdahale hızlı ancak sakın bir şekilde yapılmalıdır (Badır, 2005).

I. 2.4. İlk Yardımın Hedefleri

İlk yardımda yapılan her uygulama hayat kurtarmaya yöneliktir. Yaşamın korunmasını ve sürdürülmesini sağlayan öncelikler yabancı kaynaklarda Airway, Breathing ve Circulation terimlerinin baş harfleri alınarak ilk yardımın ABC'si olarak sıralanır (Güler ve Bilir, 2001). İlk yardımda hayat kurtarmaya yönelik uygulamaların her biri hedef olarak nitelendirilmiştir. İlk yardım hedeflerinin tümü aynı değerdedir ve yardım gerektiren duruma göre gerekli olan önce uygulanır (Koç, 1994).

İlk yardım gerektiren durumlarda yapıcı girişimlerde bulunmak için bireylerden başlamak üzere toplumun tüm kurumlarına kadar ilk yardım konularında eğitimin önemi büyüktür. İlk yardım eğitimi almış bir kişinin ilk yardım sürecinin sınırlarını çizebilmesi gerekir. Yaşamın tehlikeye düştüğü ortama sağlık ekibi gelinceye kadar süren, ilk yardım süreci zamanı çok iyi kullanmayı gerektirir (Süzen ve İnan, 2002).

I.3. İlk Yardımın Tarihçesi

İlk yardıma harp ve felaket zamanlarında ortaya çıkan olaylar sonucu gereksinim duyulmuş ve bu konuda gereken çalışmalar başlatılmıştır. Bu çalışmaların başlangıcı için kesin bir tarih vermek olası değildir (Dramalı ve ark., 2003).

İlk yardımın ilk defa hangi ülkede ve ne zaman uygulandığı kesin olarak bilinmemektedir. Milattan önce 2000 ve daha eski yıllardan kaldığı bilinen Eberts papirüsünde 48 ayrı yaralanma sonucunda yapılacak girişimler ve yaralının durumu hakkında bilgiler yer almaktadır. Bu girişimler ilk yardım, acil yardım ve tedavi bölümlerinden meydana gelmektedir (Tabak ve Somyürek, 2008).

Eski Yunan ve Roma döneminde de savaşlardaki yaralanmalarda ilk yardım ve savaş yaralılarının taşınmasına ait anlatımlar vardır (Ege,1999).

İlk yardım kavramını ortaya atan ve ilk yardım alanında ilk yazılı eseri hazırlayan Esmarch'tır. İlk yardım uygulamalarında en çok ve en yaygın kullanılan "üçgen sargı" 1831 yılında Dr.Mayor tarafından geliştirilmiştir. Kullanılmasını ise Esmarch sağlamıştır (Tabak ve Somyürek,2008) . İlk kurtarma topluluğu 1767'de Amsterdam'da kurulmuştur. Napolyon'un baş cerrahı Baron Larrey 1795'te Prusya seferinde yaralılar için atla hareket eden kapalı yaralı taşıma aracı kullanmış ve buna flying ambulance (uçan gezici vagon) adını vermiştir. Ambulans (taşınma) deyimini o zamandır kullanılmıştır (Ege,1999).

1870 yılının Ağustos ayında kurulan "Britanya Kızılhaç Cemiyeti" savaş esnasında yaralananlara ve hastalananlara yardım yapmak ve onları tedavi etmek için kurulmuştur(Tabak ve Somyürek,2008).1877'de ise İngiltere'de "Acil Yardım Teşkilatı" kuruldu ve bu ülkede hızla yaygınlaşmıştır (Ege,1999).

İlk yardım terimi, ilk defa İngiltere'de "St. John İlk Yardım Teşkilatı" tarafından resmen kabul edilmiştir (Tabak ve Somyürek,2008). 1880'de de "Kazazedelere İlk Yardım" deyimini "First Aid" olarak tıp literatürüne girmiştir (Ege,1999). Yaralılara acil müdahale için önemli bir yeri bulunan motorlu ambulanslar ilk kez 20.yüzyılın başında yapılmıştır. Helikopterle yaralı taşımacılığına ise ilk kez Kore Savaşında rastlanmıştır (Ege,1999).

Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi, acil sağlık hizmetlerinin sunulacağı sistemin ilk tohumunu 1966 yılında atmıştır (Özdoğan ve ark.,2006).

I.3.1. Türkiye'de İlk Yardım

Ülkemizde topluma yönelik olarak ilk yardım eğitimi veren çeşitli kurum ve kuruluşlar vardır. Örneğin; Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı sürücü kursları, Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD), Kızılay Derneği ve Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı ilköğretim okulları ve liseler ilk yardım temel .

Bu eğitimlerde süre, içerik, yöntem ve topluma ilk yardım eğitimi verecek olan eğitimcilerin, bu eğitimi nasıl vereceklerine ilişkin bilgi ve beceri kazanmalarına yönelik olarak “Eğiticilerin Eğitimi” konusunda Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı 2002 yılında “İlk Yardım Yönetmeliği”ni yürürlüğe koymuştur. Bu yönetmelik; fertlerin ve toplumun temel sağlık bilgisinin artırılması, ilk yardım bilgi ve becerisinin toplumun her bireyine öğretilmesi, her kamu, özel kurum ve kuruluşunda personel sayılarına göre ilkyardımcı bulundurulması, bu doğrultuda eğitimci eğitimi, ilkyardım eğitimi ve ilkyardım eğitimi düzenleyecek kuruluş ve merkezlerin açılış, işleyiş ve denetimi ile ilgili usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır (İlkyardım Yönetmeliği, 2002).

Eğitimci eğitimi, ilkyardım eğitimi ve ilkyardım eğitimi düzenleyerek sertifika verecek ve bu eğitimi alacak olan bütün kamu kurum ve kuruluşlarını, gerçek kişileri, özel hukuk tüzel kişileri, iktisadi esaslara ve özel hukuk hükümlerine göre çalışan kamu kurum ve kuruluşlarını kapsayan “İlk Yardım Yönetmeliği’ne göre; “Eğitimci Eğitimi” eğitimleri, on beş is gününden az olmamak üzere asgari yüz yirmi saattir. Eğitim sonunda yapılacak sınavlarda başarılı olanlara "Eğitimci Eğitimi Sertifikası" verilmektedir. “İlkyardım Eğitimi” eğitimlerinin süresi ise; toplam on is gününden az olmamak üzere asgari seksen saattir. Eğitim sonunda yapılacak sınavlarda başarılı olanlara "İlkyardım Eğitimi Sertifikası" verilmektedir. Eğitimci eğitimi ve ilkyardım eğitimi sertifikalarının geçerlilik süresi sekiz yıldır. Geçerlilik süresi dolan sertifika sahipleri, yapılacak değerlendirme sınav sonucuna göre asgari on altı saatlik bir güncelleme eğitimine tabi tutularak sertifikaları yenilenmektedir. İlkyardım eğitim süresi; toplam beş is gününden az on is gününden çok olmamak üzere asgari kırk saat olarak belirlenmiştir. İlkyardımcı sertifikaları ve ilkyardımcı kimlik belgesinin geçerlilik süresi beş yıldır. Bu sürenin sonunda yapılacak değerlendirme sınav sonucuna göre en az sekiz saat olacak şekilde düzenlenen güncelleme eğitimi verilmektedir (Çertuğ, 1993).

Ülkemizde Milli Eğitim Bakanlığı Sürücü Kurslarında sağlık personeli tarafından verilen ilk yardım eğitiminin süresi; Motorlu Taşıt Sürücülüğü Yönetmeliği'nin 6. Maddesine göre belirlenmiştir. Sivil Savunma Genel Müdürlüğü; her ilde ilin nüfusuna göre, 42 yaşın üzerindeki vatandaşlardan sivil savunma yükümlüsü seçerek, yıllık eğitimleri sırasında ilk yardım eğitimi vermektedir (Ağralı, 2002).

Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD) 1995 yılında ülkemizde ilk kez halka yönelik “İlk Yardım Temel Yasam Desteği” eğitimleri programını başlatmıştır. 2002 yılına kadar 80.000 üzerinde kişiye verilen eğitim seminerleri ve 3000 kişiye verilen ilk yardım kursları uygulamalı, sertifikalı ve

uluslar arası standartlara bağlı olduğundan T.C. Sağlık Bakanlığı, Kızılay ve Kızıllaç Federasyonu tarafından da tanınmıştır. Türkiye Acil Tıp Derneği İlk Yardım Merkezi, günümüzde de ilk yardım eğitimi ve seminerlerini sürdürmektedir (Ağralı, 2002).

Türkiye Kızılay Derneği 2002 yılından itibaren Avrupa Kızılay Kızıllaç Dernekleri İlk Yardım Eğitimleri Referans Merkezi'nin resmen üyesi olmuş ve Temel İlk Yardım Eğitimlerini bu merkezin belirlediği kriterlere göre uygulamaktadır. İlk yardım eğitimci eğitimi almış gönüllü eğitimciler tarafından 2007 yılına kadar 30.000 den fazla kişiye eğitim verilmiştir. İlk yardım eğitimci eğitimi almış gönüllü eğitimciler tarafından 2008 yılından itibaren ilk yardım güncelleme eğitimleri sürdürölmektedir (Uşaklı ve Cengiz, 2001). Milli Eğitim Bakanlığı İlköğretim Okullarında, Talim Terbiye Kurulunun 07.09.1992 tarih ve 274 Sayılı kararı ile ilkyardım konularını ders programlarında ilk 5 yıla yaymıştır. 6.ve 8. Sınıflarda ise; "Trafik ve İlk Yardım" dersi okutulmaya başlanmıştır. Lise ve dengi okullar da ise 1984-1995 yılları arasında seçmeli ders olarak verilen "Sağlık Bilgisi" dersi, 1996-1997 öğretim yılından itibaren zorunlu olarak haftada iki saat okutulmaya başlanmıştır (Alkan ve Ark.,2005). Liselerde 9.sınıfta okutulan "Sağlık Bilgisi" dersi müfredatında "Kazalar ve İlk Yardım" başlıklı ünite de verilen ilk yardım temel uygulamaları eğitimi sırasında uygulamaları gösteren posterlerin, afislerin, broşürlerin, slaytların, tepegöz ve slide projektörü gibi eğitim araçlarının yanı sıra pratik uygulamalar için manken ve maketlerden de faydalanılması gereklidir (Bülbül, 2009).

İlk yardım eğitimi diğer ölkelerde olduğu gibi ölkemizde de ciddi olarak ele alınmalı ve mümkün olduğu kadar çok sayıda insanın bu eğitimlerle yetiştirilmesi sağlanmalıdır (Güler ve Bilir, 1994).

I.4. İlk Yardımın Ana Kuralları

Yaşamın korunmasıyla ilgili öncelikler, yabancı kaynaklarda İngilizce terimlerin baş harfleri alınarak ilk yardımın ABC'si olarak sıralanır. Bu "Temel Yaşam Desteği" uygulamasıdır.

İlk yardımın ABC'si şöyledir :

- A. Hava yolunun açılması (Airway),
- B. Solunumun sağlanması (Breathing),
- C. Dolaşımın sağlanması (Circulation) uygulamalarıdır (Güler ve Bilir, 1994).

I.4.1. İlk Yardım Gerektiren Durumlar

İlk yardım gerektiren durumlar önemli olduğu kadar çok çeşitlilik göstermektedir. Bunlar;

- Trafik kazaları
- Düşmeler

- Boğulmalar
- Doğal afetler
- Yanmalar
- Zehirlenmeler
- Ve kanamalı yaralanmalar olarak sıralanabilir (Güler ve Bilir, 1994).

I.5. İlk Yardımcı

İlk yardım tanımında belirtilen amaç doğrultusunda, hasta veya yaralıya tıbbi araç gereç aranmaksızın mevcut araç ve gereçlerle, ilaçsız uygulamaları yapan en az “Temel İlk Yardım Kursu” olarak ilkyardımcı sertifikası almış kişi veya kişiler olarak tanımlanmıştır (Yönetmelik, 2002).

I.5.1. İlk Yardımcının Özellikleri

İlk yardımcı birçok bilgiyi ve tecrübeyi barındırması gereken kişidir. İlk yardımcının sahip olması gereken temel özellikler şunlardır; (Güler ve Bilir, 1994).

- Kazazedeyi ve hasta kişiyi iyi değerlendirmelidir,
- Çabuk ve doğru karar verebilme yeteneğine sahip olmalıdır,
- Kendinden ve bilgilerinden emin olmalıdır,
- İlk yardım ile ilgili bilgi ve uygulamaları doğru yapabilme becerisine sahip olmalıdır,
- İlk yardım uygulamalarında öncelikleri çok iyi bilmelidir,
- Sakin olmalı, telaşa kapılmamalıdır,
- Hasta ile onu sakinleştirecek bir şekilde yumuşak tonda konuşmalı, psikolojik destek sağlayabilmelidir,
- İlk yardımcı hiçbir zaman kendi can güvenliğini tehlikeye atmamalıdır,
- Eldeki imkanları ve araç-gereçleri en etkin şekilde kullanabilmelidir,
- İlk yardımın bir vatandaşlık görevi olduğunu unutmamalıdır,
- Bölgede ki sağlık imkanlarını ve kuruluşlarını iyi tanımalıdır (Güler ve Bilir, 1994).

I.5.2. İlk Yardımcının İlk Yardım Çantasında Bulunması Gereken Malzemeler

- Gaz pedler (en az 4x4 cm.)
- İki büyük gaz ped (en az 8x10 cm.)
- Yapışkan bandaj
- Bir paket gaz rulo bandaj (en az iki cm. genişlikte)

- İki üçgen bandaj
- Yara temizleme ajanı
- Makas
- En az bir battaniye
- Cımbız
- Yapışkan bant
- Lateks eldiven
- Resüsitasyon araçları (resüsitasyon çantası, air way veya maske gibi)
- İki elastik sargı
- Tespit tahtası (kırık kemikleri yerinde tutmak için kullanılan tahta, mukavva veya levha)
- İlk yardım rehberi (Burton, 2003).

Türk Standartları Enstitüsü'nün (TSE) yayınladığı Şubat 1991, TS.4019 (UDH 614.888.3) sayılı "İlk Yardım Çanta Standardı"na göre:

- Plastik veya suni deriden ve parçalanmayacak sağlamlıkta olan ve üzeri en az iki cm.den küçük olmayan "ilk yardım çantası" deyimini yazılı olması öngörülmektedir.

- Bu çantada herhangi bir sıvı ve katı antiseptik solüsyon veya ilaç bulundurmamak yasaktır.

- Çantada bulunması gereken malzemeler şunlardır:

- Yapay solunum maskesi
- Airway
- Turnike (en az 50 cm, örgülü malzeme olmalı)
- Steril paket halinde hidrofil(emici)gazlı pansuman bezi (en az beş adet)
- Gerilebilir tip çorap şeklinde (stocking) bandaj (en az 30 cm. uzunlukta) (en az üç adet)
- Elastik bandaj (bir adet)
- Üçgen sargı (bir adet)
- Sargı bezi (beş adet)
- Boyunluk
- Flaster

- Plastik örtü (200x250 cm ebatında, bir yüzü turuncu ve ışık yansıtıcı özellikte)
- Makas
- Çengelli iğne (on adet)
- Yara bandı (on adet)
- Kauçuk yastıkçık
- Not defteri
- Kurşun kalem
- İlk yardım kitabı olarak belirlenmiştir (Ege,1999).

I.6. Temel Yaşam Desteği (TYD)

Temel yaşam desteği (TYD) , kardiyopulmoner resüsitasyonun üç fazından biridir ve ilk basamağıdır. Bunu ileri temel yaşam desteği ve resüsitasyon sonrası yaşam desteği izler (Kadayıfçı ve ark.,2008).

Temel Yaşam Desteği (TYD): Hayat kurtarmak amacı ile solunumu ve\veya kalbi durmuş kişiye yapay solunum ile akciğerlerine oksijen gitmesini, dış kalp masajı ile kalpten kan pompalanmasını sağlamak için yapılan ilaçsız müdahaledir. Temel Yaşam Desteği'nin amacı dokuların oksijen ihtiyacını karşılamaktır (Özcan ve Türkeş,2007).

Temel yaşam desteğine başlamadan önce bilinç durumunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Bilinç durumunun değerlendirilmesi, temel yaşam destek tedavisinin sınırlarını çizmede iyi bir rehberdir (T.C İç İşleri Bakanlığı,1991). Bilinci tam açık olmayan hastaya bir miktar destek tedavisi yeterli olabilir. Bilinci kapalı hastalarda kafa travması varsa, omurlar içerisinden geçen sinirlerin hasar görmemesi için boyun omurları korunmalı, boyunluk takılmalıdır (Özcan ve Türkeş,2007).

Kalp/Solunum Durması

- *Solunum Durması;* Solunum hareketinin durması nedeniyle vücudun yaşamak için ihtiyacı olan oksijenden yoksun kalmasıdır. Hemen yapay solunumuna başlanmaz ise bir süre sonra kalp durması görülmektedir (Yürümez ve ark., 2007).

Solunumun olup olmadığı “BAK – DİNLE – HİSSET” yöntemiyle kontrol edilir.

BAK: Göğüs kafesinin hareketleri kontrol edilir. İnip kalkması gözlemlenir. *DİNLE:* Burun ve ağızdan solunumun sesi duyulmaya çalışılır. *HİSSET:* Solunumun sıcaklığı hissedilmeye çalışılır (Uçar, 2007).



Şekil- 1. Bak, Dinle, Hisset Yöntemiyle Solunumun Kontrolü (Güler ve Bilir, 1994).

Kalp Durması; Bilinci kapalı kişilerde büyük arterlerden nabız alınamaması durumudur. Kalp durmasına 5 dakika içinde müdahale edilmezse dokuların oksijenlenmesi bozulacağından beyin hasarı oluşabilir (Yürümez ve ark., 2007).

Hava Yolu Tıkanıklığı Ve Hava Yolunun Açıklığının Sağlanması:

Solunum yollarının tıkanma nedenleri “Anatomik Tıkanma” ve “Mekanik Tıkanma” olarak iki grupta incelenmektedir.

Anatomik Tıkanma: Bilinci bulanık veya kapalı kişilerde hava yolunun tıkanmasının en önemli nedeni dilin geriye doğru kayarak solunum yolunu tıkamasıdır (Özcan ve Türkeş,2007). Anatomik tıkanma; akut astım krizi, akciğer ödemi, solunumu sağlayan kasların kasılması, solunum yolu yanıkları, solunum yolu yüzeyinin tahrişleri, solunum yolu yaralanmaları sonucu görülebilmektedir (Özcan ve Türkeş,2007).

Mekanik Tıkanma: Ağızda biriken kan pıhtısı v.b. yoğunlaşmış salgıların solunum yolunu tıkaması sonucu görülmektedir (Özcan ve Türkeş,2007). Mekanik tıkanmaya; en çok mide içeriğinin akciğere kaçması neden olur. Hastaya uygun pozisyon verilerek içeriğin dışarı atılması sağlanmalıdır. Ayrıca; yemek borusunda takılı kalan sert bir cisim, soluk borusuna baskı yaparak mekanik tıkanmaya neden olabilmektedir (Kutlu, 1997; Özcan ve Türkeş,2007).

Hava Yolu Tıkanıklığı Belirtileri: Anatomik veya mekanik nedenler sonucu görülen havayolu tıkanıklıklarında görülen belirtiler; bas dönmesi, nabızda hızlanma, aritmiler ve nabız atımında zayıflama, solunum yapamama korkusu, konuşamama, bilinçsiz hareketler, öksürememe, çırpınmalar, dudaklardan başlayarak tüm deriye yayılabilen siyanoz, göğüs hareketlerinin yokluğu, kulak ile solunum sesinin duyulamaması, solunumun durmasından 1-2 dk içinde bayılma ve bilinç

kaybı, 3-5 dakika içinde kardiyak arrest, göz bebeklerinde büyümedir. Hasta/yaralının hava yollarında kısmi tıkanma meydana gelmiş ise hasta/yaralı nefes alabilir, konuşabilir ancak şiddetli öksürme ihtiyacı görülür. Bu durumda hasta/yaralıya dokunulmaz, öksürmeye teşvik edilir (Somyürek,1990; Güler ve Bilir, 1994).

Heimlich Manevrası Uygulanması: Havayolunun yabancı cisim varlığı nedeniyle tam tıkanması durumunda uygulanır (Özcan ve Türkeş,2007). Heimlich manevrası, diyaframın kuvvetle kasılarak akciğerlerin sıkıştırılması sonucu, akciğerlerde kalan artık hava ile yabancı cismin de yukarı doğru itilerek dışarı çıkmasını amaçlayan uygulamadır (Polat ve Turacı 2003:27-32).

Bilinçli bir hastada Heimlich manevrası uygulanması:

- İlk yardımcı ellerini hasta/yaralının arkasından beline dolar,
- Elinin birini yumruk yapıp diğer eliyle kavrayıp, başparmağı mide hizasına gelecek şekilde yerleştirir ve ellerini hızla yukarı iter,
- İşlem 6-10 kez tekrarlanır (Uçar, 2007; Güler ve Bilir, 1994).

Bilinçsiz bir hastada Heimlich manevrası uygulanması:

- Ağız içi kontrol edilmelidir,
- Hasta/yaralının başı yana çevrilmelidir,
- İlk yardımcı hasta/yaralının kalçasına yakın, diz çökerek yumruğunu hasta/yaralının göğüs kemiği ile göbeği arasına yerleştirir,
- İlk yardımcı kolları gergin bir şekilde diğer elini de yumruğun üstüne koyarak basınç uygular. Bu işlem yabancı cisim dışarı çıkana kadar ritmik bir şekilde birkaç kez tekrarlanır (Uçar, 2007; Rodoplu,2003).



Şekil- 2. Heimlich Manevrasının Uygulanışı (Öz, 2000).

Yapay Solunum: Solunum güçlüğü çeken ya da solunumu tamamen duran hastalar; öncelikle soluk yolu açıldıktan sonra kendiliğinden nefes almaya başlayabilmektedirler. Eğer hasta/yaralı nefes alıyorsa, güvenli yan pozisyon vermek gereklidir. Bu pozisyon dilin hava yolunu tıkamasını önlemeye yöneliktir. Mide içeriği ya da salgılar bu pozisyonda ağızdan çıkabilir ve hava yolunun ağızda biriken salgılarla tıkanması önlenebilmektedir (T.C İç İşleri Bakanlığı,1991; Aylaz ve Ark. 2009).

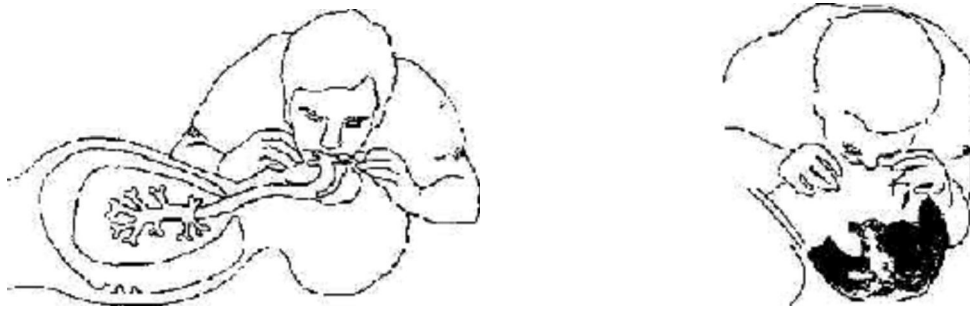
Güvenli Yan Pozisyon:

- İlyardımcı hasta/yaralının yanına oturarak kendisine yakın taraftaki kolunu arkaya doğru uzatır,
- karsı taraftaki ayağını diz hizasından bükerek,
- Hasta/yaralının karsı taraftaki omzundan ve bükülmüş olan dizinden tutarak yavaşça kendisine doğru yan çevirir,
- İlyardımcı, hasta/yaralının kendisine doğru çevirdiği kolunu ve bacağına diğer kol ve bacağının üzerine yerleştirir,
- Diğer eli ile hasta/yaralının solunum yolunu kontrol edilecek şekilde yüz ve çenesine destek yapmalıdır,
- Hasta/yaralının bilinç durumunu, solunumunu ve nabzını gözleyerek yanında kalarak tıbbi yardım istemelidir (Güler ve Bilir, 1994; Vaizoğlu ve Ark. 2003).
- Hasta/yaralının solunum durumu kontrol edilmeli, eğer solunum olmadığından emin olunursa suni solunum uygulanmasına geçilmelidir (Uçar, 2007).

Ağızdan ağza suni solunum:

- En sık kullanılan ve en etkili suni solunum yöntemidir.
- Hastanın başı arkaya bükülüp, çenesi kaldırıldıktan sonra hava yolu açılır,
- Hastanın başının bükülü kalması için alından bastırmaya devam edilirken, aynı elin parmakları ile hastanın burunu kapatılır,
- Aynı zamanda çeneyi yukarı kaldıran elin başparmağı ile alt dudağı aşağı bastırıp, hastanın ağzının açık kalması sağlanır,
- İlk önce iki kez arka arkaya nefes verilmeli ve göğsün inip inmediğine bakılmalıdır,
- Her nefes veriştikten sonra ilkyardımcı ağzını, hastanın ağzından çekerek, üflenilen havanın kendiliğinden çıkmasını sağlamalıdır,
- Her soluk verme İslami 1-2 saniye sürecek şekilde olmalıdır,

- Her 10 soluk vermede bir boyun damarlarından 3 parmakla yaklaşık 5 sn nabız kontrolü yapılmalıdır,
- Eğer nabız alınıyorsa, bu hasta/yaralının kalbinin çalıştığını gösterir. Bu durumda suni solunuma dakikada yaklaşık 15-20 kez olacak şekilde devam edilmelidir,
- Eğer boyun damarından nabız alınamıyorsa hemen dış kalp masajına geçilmelidir,
- Hasta/ yaralı kendinden solumaya başlamışsa güvenli yan pozisyona getirilmeli ve tıbbi yardım istenmelidir (Bölükbaşı ve Ark., 2007; Aylaz ve Ark. 2009).



Şekil -3. Ağızdan Ağza Yapay Solunum Tekniği (Güler ve Bilir, 1994).

Ağızdan buruna suni solunum: Hastanın ağzını açmanın mümkün olmadığı durumlarda, ciddi yüz yaralanmalarında ağızdan soluk alışverişi olmadığı durumlarda, hastanın dişleri olmadığı için ağzın tam kapatılamadığı gibi durumlarda ağızdan ağıza suni solunum yapılamayabilmektedir. Bu tekniğin, ağızdan ağıza suni solunumdan tek farkı; hasta/yaralının ağzının kapatılarak havanın burundan verilmesidir (Dinçer ve Ark. 2000; Badır, 2005).

Dış Kalp Masajı:

Vücutta Nabız alınabilecek bölgeler:

- _ Karotis arter (boynun iki yanında),
- _ Radial arter (bileğin iç yüzünde başparmak hizasında),
- _ Brakial arter (kolun iç yüzünde dirsek hizasında)
- _ Aksiller arter (üst kolun iç kısmında) (Uçar, 2007; T.C İç İşleri Bakanlığı,1991).

Nabız alınamıyorsa kalp masajına 2–3 dakika gibi kısa bir zamanda başlanmalıdır (Uçar, 2007).

Kalp, omurga ile göğüs kemiği arasına sıkıştırılarak kanın pompalanması sağlamalıdır.

Bunun için göğüs kemiğinin alt noktasına periyodik ve kuvvetli bir basınç uygulanmalıdır

(Süzen, 2002). Göğüs kafesine her bastırıldığında vücuda yeterli kan pompalanabilmelidir. İlk yardımcı elini her yukarı çektiğinde kalp yeteri kadar kan ile dolar. Bu şekilde dolaşımı yapay olarak sürdürmek mümkün olmaktadır (Tabak ve Somyürek, 2007).

Dış kalp masajı uygulaması:

- _ Öncelikle hasta/yaralının sert ve düz bir zemine yatırılması daha sonra göğüs kemiği üzerindeki doğru basınç noktasını saptamak gerekmektedir,
- _ Kalp masajı, göğüs kemiğinin en alt noktasının biraz üzerinde bir noktaya yapılmalıdır,
- _ İlk yardımcı, her iki alttaki kaburgaların birleştiği noktaya iki parmağını koyarak; bu iki parmağın bitim noktasına diğer elinin ayası yerleştirilmelidir,
- _ Diğer elinin topuğunu bu elin üzerine yerleştirerek her iki elinin parmaklarını birbirine geçirir,
- _ Parmaklar göğse değdirilmemelidir,
- _ Kol ve dirsekler birbirine paralel olmalıdır,
- _ Basınç dik olarak ve göğüs kemiği 4-5 cm esneyecek şekilde olmalıdır,
- _ Hareketler düzgün, ritmik ve kesintisiz olmalıdır,
- _ Dinlenme sırasında el ayası göğüs kemiğinden çekilmemelidir,
- _ İlk yardımcının, omuzları tam hasta/yaralının göğüs kemiği hizasında ve kolları dik şekilde olmalıdır,
- _ İlk yardımcı, dirseklerini kırmadan hasta/yaralının göğüs kemiğini 4-5 cm esnetecek şekilde sert bir bası uygulayarak ardından ellerini kaldırmadan basıncı gevşetmelidir,
- _ İlk yardımcı 15 kez basınç uyguladıktan sonra 2 kez de suni solunum yapmalıdır. Eğer iki ilk yardımcı var ise; birisi dış kalp masajından diğeri de suni solunumdan sorumlu olmalıdır. Dakikada 100 kez kalp masajı yapılacak şekilde düzenli ve ritmik bası uygulanmalıdır,
- _ Hasta/yaralının nabzının atıp atmadığı her 4 uygulamada bir kontrol edilmelidir,
- _ Hasta/yaralının nabzı alınmaya başlanırsa yapay solunum ile devam edilmelidir,
- _ Kendiliğinden solunum başladığında hasta yan güvenli pozisyona getirilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001; Tosun ve Ark., 2009)



Şekil - 4. Kapalı Kalp Masajı İçin Elin ve Dirseğin Yerleştirilmesi (Öz, 2000).

Kalp masajının etkili olduğu şu belirtilerle anlaşılır.

1. Göğse basınç uygulanırken boyundan şahdamarı nabzının alınması,
2. Hastanın renginin düzelmesi,
3. Işık etkisiyle göz bebeklerinin daralması,
4. Hastanın kol ve bacaklarında kendiliğinden hareketlerin olması,
5. Hastada iç çekme hareketlerinin görülmesi,
6. Kalp atımlarının başlaması (Güler ve Bilir, 1994).

I.7. Otomatik Eksternal Defibrilatör (OED)

Otomatik Eksternal Defibrilatör (OED) Kullanımı;

OED ; 8 yaşından büyük, 25 kg. üstü, tepkisiz,nefes alamayan, nabız alınamayan hastalara uygulanmaktadır . Hipotermi,rigor motris (ölüm katılığı),ciddi travmaları takiben ise uygulanmaz (TKDSM,2009).

OED'ün kullanıma girmesi ile yaşam zinciri uygulamasının bileşenleri :

- 1- Erken haberleşme
- 2- Erken TYD
- 3- Erken defibrilasyon (elektro şok)
- 4- Erken ileri yaşam desteği olarak belirlenmiştir (Kocatürk,2007).

ABD’de 8 yaşındaki çocukların bile kısa bir eğitim sonrası kullanımına izin verilecek kadar kolaylıkla kullanılan OED cihazlarının kullanımında dört evrensel aşama vardır (marka, model ne olursa olsun herkesin kullanabilmesi için bilmeleri gereken aşamalardır):

- Açma-kapama düğmesine basarak cihazı çalıştır ve sesli komutları dinleyerek uygula.
- Elektrodları, üzerlerinde gösterildiği şekilde hastanın göğsüne yapıştır, elektrod fişini cihaza tak.
- Ritm analizi için bekle, bu sırada hastaya dokunma.
- Eğer cihaz şok önerdiyse, hastaya kimsenin dokunmadığından emin olduktan sonra şok düğmesine bas (Çalık, 2009).

I.8. Yaşam Zinciri

Yaşam zinciri: Kalbi aniden duran kişinin yaşamasını sağlayacak birbirine bağlı etkinlikleri kapsayan sıralamaya “yaşam (hayatta kalma) zinciri” denir.



Şekil-5. Yaşam zinciri (<http://www.acilveilk Yardım.com> erişim,2011)

Erişkinler için yaşam zincirini oluşturan bu etkinlikler sırasıyla:

- Aciliyetin fark edilmesi,
- Acil tıp hizmetlerinin (112) haberdar edilmesi,
- Hemen temel yaşam desteğine başlanması,
- Kişinin hemen defibrile edilmesi ve hemen ileri yaşam desteğinin uygulanmasıdır.

Bebek ve çocuklar için oluşturulan yaşam zincirinde;

- Kalp ve solunum durmasına yol açabilecek koşulların önlenmesi,
- Hemen TYD ne başlanması,
- Hemen acil tıp hizmetlerinin (112) haberdar edilmesi,
- Hemen ileri yaşam desteğinin uygulanması yer almaktadır.

Sağlık personeli gelene kadar geçen zaman çok uzun olabilir ve kazazedede geriye dönüşü mümkün olmayan hasarlar oluşabilir. Bu nedenden dolayı kazazede hastaneye gelene kadar kazazedeye TYD yapılabilir ve yapılmalıdır da. TYD, CPR eğitimi görmüş herkes tarafından yapılabilir (Öz, 2000)

Temel yaşam desteği, kardiyo pulmoner resüsitasyonun (KPR) ilk adımıdır. KPR'a başlama zamanı yaşam hızını etkiler. Solunumun ve kalbin durmasından sonra en etkili müdahale zamanı ilk 4 dakikadır. İlk 10 dakikadan sonra ciddi beyin ölümü gerçekleşir. Temel yaşam desteğinde yaşamı korumak ve yaşamın sürdürülmesini sağlamak için ilk yardım ABC si uygulanır (Olgun ve Ark., 2001; Kadayıfçı ve Ark., 2008).

Bilinci kapalı bir kişi ile karşılaşıldığında yapılması gereken ABC değerlendirmesini şu şekilde açıklayabiliriz:

A: Airway-Hava Yolu (Hava Yolu Açıklığının Sağlanması) : Solunumun durmuş olması; göğüs hareketlerinin olmaması, solunum seslerinin yokluğu ve hava akımının hissedilmemesi ile anlaşılır(Ege, 1997; Kadayıfçı ve Ark., 2008). Başarılı temel yaşam desteği için başa pozüsyon vererek hava yolunun açılması ilk önemli adımdır. Baş geriye itilir, gerekirse boyun kaldırılır, çene öne çekilir (head tilt-chin manevrası). Boyunda bir travma var ise veya şüpheleniliyorsa, baş geriye itilmez (Jaw thrust manevrası). Eğer ağız içinde yabancı cisimler, kan, kusmuk vs. var ise bunlar temizlenmelidir (Öz, 2000). Bilinçsiz bir hastada dilin geriye düşmesi hava yolunun tıkanmasının başlıca sebebidir. Bir el ile alından, diğer el ile çene kemiği üzerinden tutularak baş geriye doğru eğilir ve çene kaldırılır. Dil ve epiglot çene ile bağlantılı olduğundan bu pozüsyonda hava yolu açılır (Somyürek, 1998; Olgun ve Ark., 2001; Kadayıfçı ve Ark., 2008).

B: Breathing-solunum : Hava yolunu açık tutarak, “Bak, dinle, hisset” yöntemi ile solumanın olup olmadığı kontrol edilir. Soluma yoksa “ağızdan ağıza veya ağızdan buruna” suni solunum yaptırılır. Suni solunum dakikada 10-12 defa ve göğüs 3-5 cm kalkacak kadar yaklaşık 400-600 ml ekspirasyon havası verilerek yaptırılır (Öz,2000).

C: Circulation (Dolaşımın Sağlanması) : Karotis nabızı kontrol edilir (10 saniyede karar ver), nabız alınamıyorsa eksternal kalp masajı yaptırılır (30:2 oranında). Kazazede öncelikle sert bir zemine yatırılır. Solunum yolları açık tutularak ve suni solunum ile birlikte, sternumun alt yarısına konan bir elin üzerine diğer el destek vererek , kollar bükülmeden ve vücudun ağırlığı ile göğüs duvarı 3-5 cm inecek ve dakikada 100 defa olacak şekilde bastırılır (Öz,2000).

I.9. Yaralanmalar

Yara : Bir travma sonucu deri ya da mukoza bütünlüğünün bozulmasıdır. Derinin bütünlüğü ve koruyucu özelliği bozulduğundan yara yerinde ya da tüm vücudu etkileyecek şekilde enfeksiyonlar oluşabilmektedir (T.C İç İşleri Bakanlığı,1991; Pampal, Koral ve Dindar, 2001) *Yaralanma* : Fiziksel ya da kimyasal bir etki sonucu deri veya doku bütünlüğünün bozulmasıdır(Sözen, 2002). Hasar, insan/mal kaybı ve ölüm ile sonuçlanabilen olaylardır. Yaralanmanın oluşmasında bireyin eğitimi, ekonomik ve psikolojik durumu, yaşadığı çevredeki olumsuzluklar, araç trafiğinin yoğunluğu, kalabalık, gürültü, dikkatsizlik vb. durumlar etkilidir (Göçgeldi ve Ark., 2005).

Yaralanmalar çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir;

a) Oluştukları mekanizmalara göre :

- Penetran yaralanmalar
- Künt yaralanmalar
- Patlayıcı madde yaralanmaları
- Isı yaralanmaları
- Kimyasal yaralanmalar
- Diğer (kaza ve barotravma) (Ertekin ve ark.,2005)

b) Anatomik bölgelere göre :

- Kafa yaralanması
- Boyun-omurga-omurilik yaralanması
- Göğüs yaralanması
- Karın (batın)yaralanması
- Kalça bölgesi (pelvis)yaralanması
- Kol ve bacak yaralanması
- Genel vücut yaralanması (çok sayıda vücut bölgesinin etkilenmiş olması) (Kocatürk,2007)

c) Doku bütünlüğünün bozulup bozulmamasına göre :

- Açık Yaralar
- Sıyrıklar
- Delici/kesici yaralar
- Ateşli silah yaraları
- Kopmalar
- Isırık yaraları

- Kapalı Yaralar
- Ezikler
- Ekimoz
- Hematom (Sözen, 2002)

d) Enfeksiyon riski taşımaya göre:

- Temiz Yara : 6 saat içinde oluşmuş cerrahi yaralar
- Şüpheli Yaralar : 6-12 saat içerisindeki yaralar
- Kirli Yara : 12 saatten sonraki yaralar (Sözen,2002)

I.9.1. Yaralanmalarda İlk Yardım

Yaraların ortak belirtileri şunlardır; ağrı, kanama, yara kenarının ayrılması (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006). Yaralar ayrıca meydana geliş şekilleri ve oluşturdukları doku tahribatına göre gruplandırılmaktadır. Bunlardan en önemlisi “Ciddi Yaralanmalardır. Yaralanmalarda ilk yardım uygulayacak kişinin iyi bir ilk yardım eğitimi almış olması ve donanımlı bir bilgiye sahip olması gerekir.

Yaralanmalarda ilk yardım uygulamaları:

- Hasta/yaralının yaşam bulguları değerlendirilmelidir,
- Yarayı örtten giysiler kesilerek, yaralı dokuya zarar vermeden çıkarılarak yara değerlendirilmelidir (oluş şekli, süresi, yabancı cisim varlığı, kanama v.b.),
- Kanama var ise; steril gazlı bez veya temiz bir kumaş parçası ile yaraya bastırılarak kanama kontrol edilmelidir,
- Açık yaralarda enfeksiyonu önlemek için steril gazlı bez ya da temiz nemli bir kumaş parçası ile yaranın üzeri kapatılmalıdır,
- Yaralanma sonucu dışarı çıkan organlar tekrar yerleştirilmeye çalışılmamalıdır, üzerleri temiz bir bez ile örtülmelidir,
- Saplanan cisim veya yabancı cisim varlığında kesinlikle çıkartılmaya çalışılmamalıdır, sabit kalması sağlanmalıdır,
- Yaranın temizlenmesi sırasında kanamayı artırma riski olduğundan, yara temizliği hastanede yapılmalıdır,
- Hasta/yaralının ısı kaybını önlemek için üzeri örtülmelidir,
- Eğer kırık varsa kırık olan bölge atele alınarak hareketsizliği sağlanmalıdır,
- Yaranın üzerine herhangi bir şey sürülmemelidir,

- UzuV (organ) kopması görülen yaralanmalarda eğer kopma tam ise; kopan parça steril gazlı bez ile sarılarak temiz bir poşete konulup, buz dolu bir başka poşete konulmalıdır (buz ile direk teması ettirilmemelidir) ve 6 saat içinde sağlık kuruluşuna ulaştırılmalıdır. Eğer deri bir yerinden bağlı kalmış ve tam kopmamışsa kopan parça, yaranın üzerine getirilerek üzeri temiz bir bezle kapatılmalıdır,

- Hasta/yaralının en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna gitmesi sağlanmalıdır (Erkan,1995; Nazik,1997; Polat ve Turacı,2003).

I.9.1.1. Ciddi Yaralanmalar

Ciddi Yaralanmalar;

- Kenarları birleşmeyen veya 2-3 cm olan yaralar,
- Kas ve kemiğin görüldüğü yaralar,
- Delici aletlerle oluşan yaralar,
- Yabancı cisim saplanmış olan yaralar,
- Kanaması durdurulamayan yaralar,
- İnsan ve hayvan ısırıkları,
- İz bırakma ihtimali olan yaralar (Rodoplu, 2003; Erdil, elik ve Bayraktar, 2009).

I.9.1.1.1. Ciddi Yaralanmalarda İlk Yardım

Ciddi yaralanmalarda yapılacak ilk yardım aşamaları aşağıdaki şekildedir.

- Yaraya saplanan yabancı cisimler çıkarılmaz,
- Yarada kanama varsa durdurulur,
- Yara içi kurcalanmamalıdır,
- Yara temiz ve nemli bir bezle örtülür,
- Yara üzerine bandaj uygulanır,
- Tıbbi yardım istenir (Erdil, elik ve Bayraktar, 2009).

I.9.1.2. Delici Göğüs Yaralanmaları

Delici göğüs yaralanmaları, göğüsün içine giren herhangi bir cismin, akciğer zarını ve akciğeri yaralaması sonucu oluşan yaralanmalardır. Bu tip yaralanmaların sonucunda yoğun ağrı, solunum zorluğu, morarma, kan tükürme, açık pnömotoraks (göğüsteki yarada nefes alıp veriyor görünümü) gibi belirtiler görülebilir (Kakillioğlu ve ark.,2002; T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

I.9.1.2.1. Delici Göğüs Yaralanmalarında İlk Yardım

Delici göğüs yaralanmalarında yapılacak ilk yardım aşamaları aşağıdaki şekildedir.

- Hasta/yaralının bilinci kontrol edilir,
- Hasta/yaralının ABC'si değerlendirilir,
- Kazazedenin yarası plastik poşet, naylon vb. sarılmış bir bez ile kapatılır,
- Yara üzeri kapatılan bezin bir ucu açık bırakılır, nedeni ise kazazedenin nefes alma sırasında yaraya hava girmesini engellemek, nefes verme sırasında havanın dışarı çıkmasını sağlamak,
- Kazazedenin bilinci açık ise yarı oturur pozisyonda oturtulur,
- Kazazedeye ağızdan hiç bir şey verilmez,
- Yaşam bulguları (ABC) sık sık kontrol edilir,
- Hasta/yaralının şoka girmesine karşın şok önlemleri alınmalıdır. Açık pnömotoraksta şok ihtimali çok yüksektir, 112'den veya en yakın sağlık kuruluşundan tıbbi yardım istenir (Kakillioğlu ve ark.,2002; T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

I.9.1.3. Delici Karın Yaralanmaları

Delici karın yaralanmalarında, vücudun karın bölgesindeki organlar zarar görebilir, iç ve dış kanama olabilir ve buna bağlı olarak hasta/yaralıda şok oluşabilir. Eğer hasta/yaralının karın bölgesi tahta gibi sert ve çok ağırlı ise durum ciddi demektir (T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

I.9.1.3.1. Delici Karın Yaralanmalarında İlk Yardım

- Hasta/yaralının bilinç kontrolü yapılır,
- Hasta/yaralının yaşam bulguları (ABC'si) kontrol edilir,
- Dışarı çıkan organlar içeri sokulmaya çalışılmaz, üzerine geniş ve nemli temiz bir bez örtülür,
- Bilinç yerinde ise sırt üstü pozisyonda bacaklar bükülmüş olarak yatırılır, ısı kaybını önlemek için üzeri örtülür,
- Ağızdan yiyecek yada içecek bir şey verilmez,
- Yaşam bulguları sık sık izlenir,
- Tıbbi yardım istenir (112) (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

I.9.1.4. Kafatası ve Omurga Yaralanmaları

Kafatası ve omurga yaralanmaları neden önemlidir: Darbenin şiddetine bağlı olarak kafatası boşluğunda yer alan merkezi sinir sistemi etkilenebilir. Bel kemiğindeki yaralanmalarda omurgada ani sıkışma ya da ayrılma meydana gelebilir. Bunun sonucunda sinir sistemi etkilenerek bazı olumsuz sonuçlar oluşabilir. Trafik kazalarında ölümlerin % 80i kafatası ve omurga yaralanmalarından olmaktadır.

Kafatası ve omurga yaralanmalarının nedenleri şöyle sıralayabiliriz:

- Otomobil veya motorlubisiklet kazaları,
- Spor ve iş kazaları,
- Baş ve gövde yaralanması,
- Yüksek bir yerden düşme,
- Yıkıntı veya enkaz altında kalma.

Kafatası ve omurga yaralanmalarında belirtilerini şöyle sıralayabiliriz:

- Bilinç düzeyinde değişmeler, hafıza değişiklikleri yada hafıza kaybı
- Basta, boyunda ve sırtta ağrı
- Elde ve parmaklarda karıncalanma yada his kaybı
- Vücudun herhangi bir yerinde tam yada kısmi hareket kaybı
- Bas yada bel kemiğinde sekil bozukluğu
- Burun ve kulaktan beyin omurilik sıvısı ve kan gelmesi
- Bas, boyun ve sırtta dış kanama
- Sarsıntı
- Denge kaybı
- Kulak ve göz çevresinde morluk

Ancak, hastada hiçbir belirti yoksa bile;

- Yüz ve köprücük kemiği yaralanmaları
- Tüm düşme vakaları
- Trafik kazaları
- Bilinci kapalı tüm hasta / yaralılar kafa ve omurga yaralanması olarak var

sayılmalıdır.(Kakillioğlu ve ark.,2000; Sağlık Bakanlığı,2006).

I.9.1.4.1. Kafatası ve Omurga Yaralanmalarında İlk Yardım

- Hasta/yaralının bilinç kontrolü yapılır,
- Hasta/yaralının yaşam bulguları değerlendirilir,
- Hasta/yaralının bilinci açık ise hareket etmemesi sağlanır,
- Hasta/yaralının baş-boyun-gövde eksenini kesinlikle bozulmamalıdır,
- Herhangi bir tehlike söz konusu ise, hasta/yaralı baş-boyun-gövde eksenini bozulmadan düz pozisyonda sürüklenir,
- Hemen tıbbi yardım (112 acil servis) istenir.
- Hasta/yaralı asla yalnız bırakılmamalıdır,
- Hasta/yaralı hakkında ki bilgiler ve hasta/yaralıya yapılan tüm müdahaleler gelen yardım ekibine bildirilmelidir (Kakillioğlu ve ark.,2000; Sağlık Bakanlığı,2006).

I.9.2. Altın Saat Kavramı

Altın saat düşüncesi ilk olarak Amerika Birleşik Devletlerinde Acil Sağlık Hizmetleri kurucusu olan Dr. Adam COWLEY tarafından dile getirilmiştir. İTYD kurs kitaplarına ve travma literatürüne girmiştir. Özellikle yaralanmayı takip eden ilk bir saatin hasta/yaralı için çok değerli olduğu ve bu süre içinde yapılan resüsitasyon ve stabilizasyonun ölüm oranını etkilediği, bu nedenle bu sürenin “Altın Saat” olarak nitelendiği bildirilmiştir. Bir çok çalışmada hastane öncesi dönemde olay yerinde ve taşıma sırasında geçen süre kıaldıkça sonuçların iyileştiği ve sağ kalımın arttığı bildirilmiştir (Larner and Moscati, 2001).

I.9.3. Yaralanma Sonrası Ölüm

Trunkey yaralanmayı takip eden ölümleri zaman açısından üç gruba ayırır:

- 1-) Hemen oluşan ölümler (%50) : Yaralanmadan sonraki birkaç dakika (boyun kırıkları, ağır kafa travması, kalp hasarları).
- 2-) Erken gerçekleşen ölümler (%30) : Yaralanmalardan sonraki birkaç saat, travmanın altın saatleri olarak nitelendirilebilir (iç kanamalar, ağır organ yaralanmaları).
- 3-) Geç ölümler (%20) : Yaralanmalardan sonraki gün ya da haftalar (sepsiz, çoklu organ yetmezliği) (Ertekin ve ark.,2005; Kadayıfçı ve ark.,2008).

I.10. Kanamalarda İlk Yardım

Önlenebilir ölümün en yaygın nedeni, kontrol altına alınmamış göğüs, karın ve pelvis kaynaklı iç kanamalardır (Ertekin ve ark., 2005). İnsan vücudunun %13-%15'i kandır. Normal erişkin bir insanda yaklaşık 6 litre kan vardır. Dolaşım sistemindeki kanın %10'u kanama sonucu kaybedilirse

yaşam tehlikeye girebilir. Kanın %10'u yetişkinde yaklaşık 600 ml.,çocukta 250 ml.,bebekte 30 ml.dir (Tabak ve Somyürek,2008).

I.10.1. Kanama (Hemoraji)

Damar bütünlüğünün bozulması ile kanın damarlardan dışarı çıkmasıdır (Kutlu, 1997). Kanamalarda ilk belirtiler olarak cilt renginde solukluk, soğuk terleme gibi belirtiler görülür. Daha sonra şok belirtileri ve eğer önlem alınmazsa ölüm görülebilir (Somyürek, 1990, Olympia,Wan and Avner, 2005). Normal bir yetişkin 1-1,5 lt kaybettiği takdirde bireyin hayatı tehlikeye girer (Cline, 2002).

- Kanamanın ciddiyeti;
- Kanamanın hızına,
- Kanama miktarına,
- Vücutta kanın aktığı bölgeye,
- Kanayan damarın çeşidine,
- Kanama süresine,
- Kişinin fiziksel durumu ve yaşına,
- Kanayan organın özelliğine bağlıdır (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006; Tabak ve Somyürek,2008).

Kanamalar Çeşitli Şekillerde Sınıflandırılabilir :

Kanın Aktığı Yere Göre Kanamalar : “Dış Kanamalar” ve “İç Kanamalar” olmak üzere iki şekilde görülen kanamalardır. Dış Kanamalar vücut dışında olan kanamalardır, İç Kanamalar ise damar dışında olan fakat vücudun içine doğru akan kanamalardır (Uçar,2007; Toprak,2006).

Ağız, anal bölge ya da idrarda görülecek bir kanama, ciddi bir organ yaralanmasını ya da hastalığını belirtisi olabilmektedir (Özcan ve Türkeş,2007).

Kanamaya Neden Olan Damara Göre Kanamalar :

Arter (atar damar) kanamaları: Kanın rengi parlak kırmızıdır, kalbin atımlarına uygun ritmik basınçla fişkirir. Kanayan bölgenin kalp seviyesinin üstüne yükseltilmesi, lokal basınç uygulanması veya yakınındaki artere baskı uygulanması ile kontrol altına alınabilmektedir.

Venöz (toplar damar) kanamaları: Kanın rengi koyu kırmızıdır, kanama fişkirma tarzında değil sürekli akar şekildedir. Kanayan yerin pansuman yapılarak ve kalp seviyesinin üstünde tutulması ile kanama kontrol altına alınabilmektedir.

Kapiller (kılcal damar) kanamaları: Kanama; yaranın üzerinde birden çok kanama

odaklarından, sızıntı seklindedir. Herhangi bir önleme gerek kalmadan pıhtılaşma ile kanama kendiliğinden durabilmektedir (Uçar,2007; Toprak,2006; Güler ve Bilir, 1994; Bölükbaşı ve Ark., 2007; T.C İç İşleri Bakanlığı,1991).

I.10.1.1. Kanama Durdurma Yöntemleri

Kanamayı durdurmak için çeşitli yöntemler uygulanır.

- a. Lokal basınç uygulamaları : Kanayan yara ya da damar üzerine geçici önlem olarak parmak ya da sargı ile yapılan kanama durdurma uygulamasıdır.
- b. Kanayan bölgeyi kalp seviyesinden yukarıda tutmak
- c. Yaranın yakınındaki artere parmakla bastırmak
- d. Elastik bandaj ya da elastik tüple damara basınç uygulamak
- e. Hava basınçlı ateller uygulamak
- f. Turnike (boğucu sargı) tatbik etmek sık uygulanan yöntemlerdir (Tabak ve Somyürek,2008).

I.10.1.1. Kanamayı Durdurmak İçin Vücutta Basınç Yapılan Bölgeler

Atardamar kanamaları kan basıncından dolayı fişkirır tarzda olur. Bu nedenle, kısa zamanda çok kan kaybedilir. Bu tür kanamalarda asıl yapılması gereken, kanayan yer üzerine veya kanayan yere yakın olan bir üst atardamar bölgesine baskı uygulanmasıdır. Vücutta bu amaç için belirlenmiş baskı noktaları vardır. Bu noktalar :

- Boyun ön yan noktası (A Kortisin sıkıştırılması)
- Köprücük kemiğinin altı (A. Subclavianın sıkıştırılması)
- Kulağın üst ön noktası (A Temporalis-superfacialisin sıkıştırılması)
- Karın orta ön noktası (A orta Abdominalisin sıkıştırılması)
- Kolun üst içeri kısımları (A Brachialisin sıkıştırılması)
- Kasıklar (A Femoralisin sıkıştırılması) (Kakillioğlu ve ark.2002, Tabak ve Somyürek,2008).

I.10.2. İç Kanama

İç organları besleyen damarların yırtılması ya da organların parçalanması sonucu kanın vücut içindeki boşluklara akmasına *iç kanama* denir. İç kanamalar genellikle vücut dışından fark edilmez, bazen öksürük, kusma veya dışkıda kan görülmesiyle ortaya çıkar. İç kanama belirtileri baygınlık durumu, yüzde solukluk, soğuk terleme, nabzın hızlı fakat zayıf atması, soluk alıp vermenin

hızlanması ve hava açlığı, kulaklarda uğultu veya çınlama, huzursuzluk, aşırı susuzluk hissi şeklinde sıralanabilir (Rodoplu,2003; Güler ve Bilir,2001; Karaböcüoğlu ve ark.,2004).

I.10.2.1. İç Kanamalarda İlk Yardım

- Hasta/yaralının bilinci ve solunumu değerlendirilmelidir,
- Hasta/yaralıya şok pozüsyonu (sırtüstü yatırılarak ayakları 30cm yukarı kaldırılır) verilmelidir,
- Hasta/yaralıya ağızdan asla yiyecek ve içecek verilmemelidir, hasta/yaralının başı olası bir kusma durumuna karşın yana çevrilmelidir,
- Hasta/yaralının vücudunda kapalı kırık varsa kan damarlarının yaralanmasını önlemek ve bir iç kanamaya sebep olmamak için hasta/yaralının hareketsiz kalması sağlanmalıdır,
- Hasta/yaralının yaşam bulguları düzenli olarak kontrol edilmelidir,
- Tıbbi yardım(112 Acil Yardım) istenmelidir (Goniewicz and at al 2002; Badır,2005).

I.10.3. Dış Kanama

Bir yaradan geldiği görülebilir kanamalara Dış Kanamalar denir. Cilt yaralanmalarına bağlı kanamalar, açık şekindedir (Rodoplu,2003; Dramalı ve ark.,2003).

I.10.3.1. Dış Kanamalarda İlk Yardım

- Hasta/yaralının bilinci ve solunumu değerlendirilmelidir,
- Yara üzerine temiz bir bez parçası ile ya da gazlı bezle direkt baskı uygulanmalıdır,
- Kanama durmuyor ise birinci bezi kaldırmadan ikinci bir bez konarak basınç artırılmalıdır,
- Gerekirse bandaj ile sarılarak kanlanmış bezler kaldırılmadan basınç artırılarak sürdürülmelidir,
- Kanayan bölgeye en yakın basınç noktasına baskı uygulanmalıdır,
- Baskı uygulamak yeterli olmuyorsa turnike uygulanmalıdır,
- Kanama kol veya bacaklarda ve kırık şüphesi yok ise, kanama bölgesi kalp hizasından yukarıda tutulmalıdır,
- Hasta/yaralıya şok pozisyonu (hasta/yaralı sırt üstü yatırılarak ayakları 30cm yukarı kaldırılır) verilmelidir,
- Kanayan bölge dışarıda kalacak şekilde hasta/yaralının üzeri örtülmelidir,
- Yapılan uygulamalar ile ilgili bilgiler hasta/yaralının üzerine yazılmalıdır,
- Yaşam bulguları düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir,

→ Hasta/yaralı en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir (Uçar, 2007; Polat ve Turacı,2003).

I.10.4. Burun/Kulak Kanamalarında İlk Yardım

I.10.4.1. Burun Kanamalarında İlk Yardım :

→ Baş travmasına bağlı burun kanamasında ilk yardım olarak, baş biraz yükseltilerek hasta yatırılır. Kanın burundan kolayca akması için pozisyon verilir. Kanın akışı engellenmez şayet engellenirse kafa içi basıncı artırarak beyine baskı yapar.

→ Kafa travması olmaksızın meydana gelen burun kanamasını durdurmak için hasta/yaralı oturtulur, başı hafif öne doğru eğilir. Burunun uç yumuşak bölümü baş ve işaret parmakları ile dıştan 5-10 dakika sıkıştırılır.

→ Oturamayan ya da oturtulması sakıncalı olan hasta/yaralı, yan yatış pozisyonuna alınır.

→ Buruna lokal olarak buz ya da soğuk uygulaması, bu bölgedeki damarları büzüp kanamanın hafiflemesini sağlayabilir,

→ Baş kesinlikle geriye eğilmez.

→ Kanama durduktan sonra buruna çökme, bükme, üfleme vb hareketler yapılmaz.

→ Eğer kanama 15 dakikadan fazla sürer ya da hasta/yaralının çok miktarda kan yuttuğu gözlenirse hasta/yaralı acilen bir sağlık kuruluşuna sevk edilir(Ege, 1999; Kakillioğlu ve ark., 2002; Kocatürk, 2007; Anonymous, 2008)

I.10.4.2. Kulak Kanamalarında İlk Yardım :

→ Kanama hafif ise, kanamanın olduğu bölge temiz bir bezle temizlenmelidir.

→ Kanama bol miktarda ve ciddi ise, kulak tıkanmadan gazlı bir bezle kapatılmalıdır.

→ Hasta/yaralının hareketsiz olarak, kanayan kulak üzerine yatması sağlanarak en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna sevki sağlanmalıdır (Rodoplu,2003; Olgun ve ark.,1998).

I.10.5. Akut Dolaşım Yetmezliği (ŞOK)

Şok, herhangi bir sebeple kalbin vücuttaki dokulara pompaladığı kan miktarındaki azalmaya bağlı olarak, dokulara yeterli oksijenin ve gerekli maddelerin taşınmadığı durumlarda ortaya çıkar (Süzen ve İnan,2002; Yürügen ve Durna,1992; Altıntop ve ark., 2000).

Dolaşım fonksiyonu kan hacmine, vasiküler tonusa ve kalbin kasılma gücüne bağlıdır. Bunlardan herhangi birinde eksiklik olduğunda dokulara kan iletimi ve yeterli oksijen taşınması bozulur (Süzen ve İnan,2002; Yürügen ve Durna,1992; Altıntop ve ark., 2000).

Şok sebebi olabilecek durumlar şöyle sıralanabilir;

- Aşırı kanamalar,
- Ağır kusma veya ishal,
- Yanıklar (yanmadan dolayı vücut plazmasının aşırı kaybolması),
- Aşırı korku ve heyecan,
- Yüksek acı ve aşırı ağrılı durumlar,
- Kalp krizi ve alerjik olaylar (Karaböcüoğlu ve ark.,2004).

Şoku aşağıdaki şekilde sınıflandırmak mümkündür :

I– Nedenlerine Göre :

- a) Kardiyojenik şok,
- b) Hipovolemik şok,
- c) Septik şok,
- d) Anaflaktik şok,
- e) Nörolojik şok,
- f) Metabolik şok,
- g) Psikojenik şok (Ege, 1999).

II- Şok Derinliğine Göre :

- a) Kompanse şok evresi; Şokun başlangıç dönemidir.
- b) Dekompanse şok evresi; Şok bulgu ve belirtilerinin tamamen görüldüğü dönemdir.
- c) İrreversible şok evresi; Şokun derinleşmiş, sistemik ve metabolik bozulmaların gelişmiş olduğu dönemdir (Kocatürk, 2007).

I.10.5.1. Şokun Belirtileri

- Hızlı ve zayıf nabız (yetişkinlerde 100 ve üzeri, çocuklarda 120-140 ve üzeri),
- Hızlı ve yüzeysel solunum (solunum ilk başta hızlı ve derin, daha sonra yüzeyseldir),
- Kan basıncında düşme,
- Soğuk, nemli ve soluk cilt,
- Endişe ve huzursuzluk,
- Baş dönmesi, bulantı ve kusma,
- Göz çukurlarının çökmüş gibi görünmesi,
- Susuzluk hissi,
- Dudak çevresinde morarma veya soluk bir hal alması,

- Bilinç kaybı yada bilinç seviyesinde azalma, bayılma gibi bulgular şok tablosu için tipik belirtilerdir (Ege, 1999).

I.10.5.2. Şokta İlk Yardım

- İlk yardımcı öncelikle kendi güvenliğini ve aynı zamanda hasta/yaralının güvenliğini sağlamalıdır,
- Hasta/yaralı düz olarak sırt üstü yatırılmalıdır,
- Hava yolu açıklığı kontrol edilmelidir,
- Varsa kanama hemen durdurulmalıdır,
- Hasta/yaralıya hemen şok pozisyonu verilmelidir,
- Hasta/yaralının vücut ısısı korunmalıdır,
- Hasta/yaralı mümkün olduğunca az hareket ettirilmelidir,
- Hasta/yaralının bilinci kapalı ise, göğüs ya da karın yaralanması var ise kesinlikle ağızdan yiyecek-içecek verilmemelidir,
- Belli aralıklarla yaşam bulguları değerlendirilir (2-3 dakikada bir),
- Yardım gelene kadar hasta/yaralı yalnız bırakılmamalıdır ve en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna sevki sağlanmalıdır (Akdemir ve Birol,2005; Tabak ve Somyürek,2007; Polat ve Turacı,2003)

I.11. Kırık, Çıkık ve Burkulmalarda İlk Yardım

I.11.1. Kırıklar

Kırık : Kemik bütünlüğünün travmaya bağlı olarak bozulmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006). Kırık oluşan bölgede hareketle birlikte artan şiddetli ağrı ile beraber şişme, deri renginde solukluk, uyuşukluk, şekil bozuklukları gibi belirtilerin yanı sıra dokunulduğunda çıtırtı sesi duyulur (Hsiao and at al,2007; Erkan,1995).

Kırık Çeşitleri :

- I – Deri bütünlüğünün bozulup bozulmamasına göre kırıklar;
 - Açık Kırık : Deri bütünlüğü bozulur, kırık uçları dışarı çıkabilir, beraberinde kanama ve enfeksiyon tehlikesi taşır.
 - Kapalı Kırık : Kemik bütünlüğü bozulmuştur ancak deri sağlamdır.

II- Zorlamalara göre kırıklar;

- Direkt kuvvetle oluşan kırıklar,
- İndirekt kuvvetle oluşan kırıklar.

III- Organ hasarı varlığına göre kırıklar;

- Basit kırık,
- Komplike kırık (Ege, 1999; Sözen, 2002).

I.11.1.1. Kırık Belirtileri

- Hareketle birlikte artan ağrı,
- Kırık olan bölgede şekil bozukluğu,
- Birkaç saat içerisinde kırık bölgesinde şişlik (Hematom),
- Bir ila üç gün içerisinde kırık bölgesinde morarma (Ekimoz),
- Fonksiyon kaybı,
- Travmanın etki noktasında yaralanma,
- Kasılma bozukluğu,
- Yalancı eklem,
- Kırık ucun görülmesi,
- Krepitasyon (Ege, 1999; Tabak ve Somyürek, 2008).

I.11.1.2. Kırıklarda Destekleme (Atelleme)

Kırık bölgesinde şişmeyi engellemek için soğuk uygulanır. Buz ya da torba içinde soğuk su uygulanabilir. Kırık kolda ise kalp seviyesinden üstte tutulur, bacakta ise uzatılır Kırık durumuna göre uygun pozisyona alınarak sağlık kuruluşuna ulaştırılması sağlanır.



Şekil- 6. Kırıklarda Destekleme (<http://www.acilveilkyardim.com>, erişim 2011).

Atelleme, yaralanmış olan bölgenin komşu iki eklemi içine alacak şekilde, hareketsiz hale getirilerek sabitlenmesine denir.

Atel'in Yararları :

Atelin ana nedenlerinden birisi kapalı kırığın açık kırığa dönüşmesini önlemektir.

- Kemik uçlarının sinir ve damarlara zarar vermesini önler,
- Derinin kırık kemik uçlarıyla kesilmesini önler
- Hareketi önler, ağrıyı azaltır,
- Kırık bölgedeki damarların basıya uğramasını önler,
- Hasta/yaralının taşınmasını kolaylaştırır (Kocatürk, 2007).

I.11.1.3. Kırıklarda İlk Yardım

- Kırık olduğu düşünülen bölgenin sonrasındaki atardamar hissedilmeye çalışılır ve damar yaralanması araştırılır.

- Hastadan parmaklarını oynatması istenir, böylece sinir yaralanması olup olmadığı hakkında fikir edinilmeye çalışılır.

- Kazazedenin kırık olduğunu düşündüğümüz bölgedeki giysileri, kırık bölge hareket ettirilmeden çıkarılmalıdır veya kesilmelidir.

- Yüzük, bilezik, saat vs. çıkarılmalıdır.

- Kırılan bölge sabitleştirilmelidir.

- Eğer kırılan kemik bölgesi eğilip bükülmüşse ve atele alınamıyorsa, hiç oynatılmadan ambulansın müdahale etmesi beklenir.

- Yaralanma bölgesi, komşu iki eklemi içine alacak şekilde sabitlenmelidir.

- Belli aralıklarla dolaşım kontrol edilmelidir.

- Şoka karşı hazırlıklı olunmalıdır.

- Açık kırıkların kapalı kırıklardan daha tehlikeli olduğu unutulmamalıdır. Hem kan kaybı daha fazladır hem de enfeksiyon riski yüksektir. Bu nedenle yara pansumanı yapılarak kapatılmalı ve daha sonra sabitlenmelidir. Açık kırıklarda görünen kemik parçasını içeri sokmaya, kemik uçlarını birleştirmeye, kol ya da bacakta bozulmuş şekli düzeltmeye çalışmamak gerekir.

- En uygun ve en hızlı şekilde transportu sağlanmalıdır (Ege,1999; Kakillioğlu ve ark.,2002; Sözen,2002;Kocatürk,2007;Tabak ve Somyürek,2008).

I.11.2. Çıkıklar

Çıkık : Hareketli oynak eklemlerin zıt istikamette, ani hareketlerle karşılaşmasıyla, kemik başının eklem kapsülü dışına çıkmasına “Çıkık” denir. Çıkıklar genellikle omuzlarda, dirseklerde, parmaklarda ve çenede görülür (Tıntınallı,1996; Rodoplu,2003; Plantz and Adler,1998).

I.11.2.1. Çıkık Belirtileri

Çıkık belirtilerini şöyle sıralayabiliriz; Hasta/yaralının etkilenen eklem bölgesinde ve yakınında;

- Yoğun ağrı,
- Güç ve hareket kaybı,
- Şişlik ve kızarıklık,
- Çıkık bölgesinde şekil bozukluğu,
- Asimetri olarak özetleyebiliriz (Rodoplu,2003; Tıntınallı,1996).

I.11.2.2. Çıkıklarda İlk Yardım

- Eklem aynen bulunduğu şekilde tespit edilir,
- Çıkık yerine oturtulmaya çalışılmaz,
- Hasta/yaralıya ağızdan hiç bir şey verilmez,
- Çıkık bölgesinde nabız, deri rengi ve ısı kontrol edilir,
- Buz (soğuk) uygulanır,
- Kırık şüphesi var ise kırıktaki müdahaleler uygulanmalıdır,
- Hasta/yaralının uygun pozisyonda sağlık kuruluşuna sevki sağlanır (Sözen, 2002; Kakillioğlu ve ark., 2002).

I.11.3. Burkulmalar

Burkulma : Eklem yüzeylerinin zorlamalar sonucunda anlık olarak ayrılmasına “Burkulma” denir. Eklem; bükülme ve gerilme nedeni ile geçici olarak çıkar, eklem bağları gerilir ve yırtılır. Böylece çıkık vakası meydana gelir (Rodoplu,2003; Tıntınallı,1996).

I.11.3.1. Burkulma Belirtileri

Burkulan bölgede, eklemde ani ağrı, ağırlık taşıma yeteneğinin zayıflaması veya kaybı, kızarma, şişlik, morluk, hareket kısıtlılığı ve hassasiyet tanısı koyduran belirtilerdir (Süzen ve İnan,2002; Ünsaldı,1994).

I.11.3.2. Burkulmalarda İlk Yardım

Burkulmalarda yapılacak ilk yardımı RICE kuralları olarak sınıflandırabiliriz.

- | Rest (Dinlenme, İstirahat)
- | Ice (Buz)
- | Compression (Basınç)
- | Elevation (Yükseltme)

Rice kurallarına göre;

- R : Burkulmadan sonraki 48 saat ağrı ya da belirtiler gidinceye kadar, şişlik, ağrı ya da rahatsızlığa neden olan yorucu aktivitelerden kaçınılmalı, vücudun yaralı bölümlerini ağırlıktan korumalı.
- I : Yaralanan bölgedeki şişliği azaltmak için buz paketi kullanılmalı fakat buz direkt deriye temas ettirilmemeli. Buz 15-20 dk. uygulanır, ilk gün için birkaç saatte bir tekrar edilmeli.
- C : Yaralı bölgeyi sarmak şişliğin azaltılmasına yardımcı olur. Elastik bir bandajla bası yapılmalıdır. Bandajlarken kalbe en uzak bölgeden sarmaya başlanılmalıdır. Sarılan bölgede ağrıyla birlikte zonklama ve his kaybı var ise sargı çok sıkı olmuş demektir ve gevşetilmelidir. Sıkı bandaj daha kötü sonuçlara yol açabilir.
- E : Yaralı uzvu yükseltmek fazla sıvıyı drene eder ve şişliği azaltır. Zarar gören bölüm kalp seviyesinin üzerinde tutulmalıdır (Anonymous, 2005)

Burkulan bölge hiçbir şekilde gerilmemeli, ovulmamalı ve burkulan bölgeye kesinlikle masaj yapılmamalıdır.

I.12. Yanıklar

Yanık : Isı, elektrik, kimyasal madde ve radyoaktif ışınların etkisiyle, deri katlarında değişik derinlik ve genişlikte doku hasarının olduğu, deri bütünlüğünün bozulduğu, sistemik sorunlara yol açabilen bir durumdur (T.C. Tanı ve Tedavi Rehberi, 2003).

Başka bir ifadeyle yanık; vücudun belli bir bölgesindeki dokuların yüksek ısıdan zarar görmesidir. Hasta/yaralının yaşamını tehdit etmesinin yanı sıra estetik açıdan sorun yarattığından

her zaman acil olarak tedavi edilir ve tüm travma biçimlerinin arasında önemli yeri olan bir yaralanmadır (Cerit ve ark. 2002).

Yanıklar iki grupta toplanırlar :

- 1) Fiziksel Yanıklar : Ateş, radyasyon, kızgın bir cisimle temas vb. etkilerle oluşan yanıklardır.
- 2) Asit/alkali gibi yakıcı kimyasal etkenlere maruz kalma sonucu oluşan yanıklardır (Güler ve Bilir,2007).

I.12.1. Yanıkların Sınıflandırılması

Yanıklar derinliklerine göre I, II ve III. Derece yanıklar olarak sınıflandırılırlar.

1.Derece Yanıklar : Derinin yüzeyinde kızarıklık (pembe, kırmızı arası renk) şeklinde doku hasarı görülen yaralardır. Yana bölgede ağrı ile birlikte hafif şişlik vardır. Bu tür yanıklar genellikle 48 saat içinde kendiliğinden iyileşirler.

2.Derece Yanıklar : Derinin epidermis ve dermis tabakalarının etkilendiği yanıklardır. Çok ağrılı olan bu yanıkların en belirgin özelliği, deride su dolu kabarcıklar (bül) oluşmasıdır.

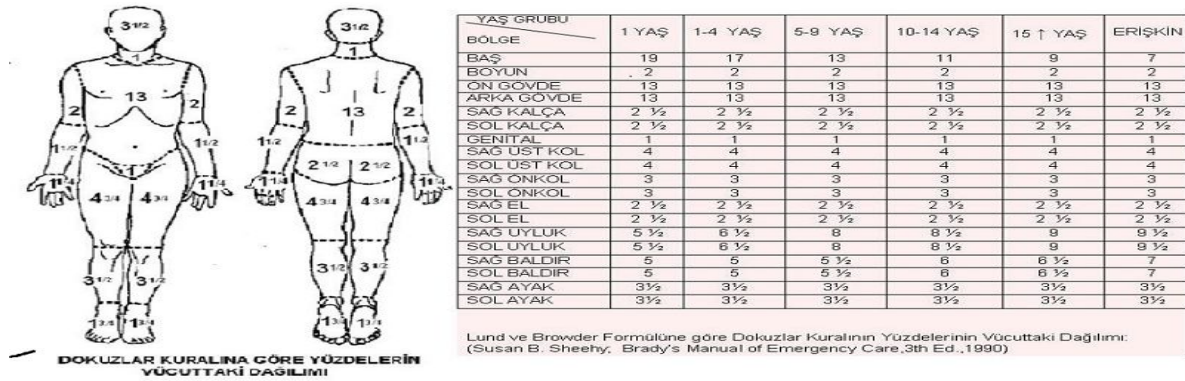
3.Derece Yanıklar : Derinin tüm tabakalarıyla birlikte kasların, sinirlerin ve damarların da etkilendiği bu tür yanıklarda yanık bölgede beyaz, kuru yaradan, siyah renge kadar aşamalar görülür. Ağrısızdır, çünkü bütün sinirler zarar görmüştür (T.C İç İşleri Bakanlığı,1991; Toprak,2006).



Şekil – 7. Yanık Türleri (<http://www.acilveilkuyardim.com>, erişim 2011).

Aşağıda yetişkin ve çocuklarda yanık yüzeyi oranlarını gösteren tablo verilmiştir. Yanık alanının belirlenmesinde 9'lar kuralı kullanılır. Bu kurala göre hesaplanan yanık alanı oranı

yetişkinlerde %10'un üzeri, çocuklarda % 5'in üzerinde ise şok belirtileri görülür.



Şekil-8. Dokuz Kuralına Göre Yüzdelerin Vücuttaki Dağılımı

(<http://www.acilveilkvardim.com>, erişim 2011).

Vücuttaki sıvı dengesinin korunmasında deri örtüsünün büyük önemi vardır. Bu yüzden yanıkların derecesi ne olursa olsun, yanık yüzeyi geniş ise yanık önemli ve tehlikelidir.

Deri yüzeyinin % 30'unu kaplayan yanıklar ölüme yol açabilir. Yanık yüzeyi ne kadar geniş ise vücudun sıvı kaybı da o oranda fazladır. Sıvı kaybı, sinirlerin etkilenmesi ile oluşan dayanılmaz ağrı ile mikro organizmaların yol açtığı enfeksiyonlar şoka neden olabilir. Şok geçiren hastada solunum düzensiz, kan basıncı düşüktür. Şokun son döneminde bilinç kaybı olabilir.

Yanığın ciddiyetini aşağıdaki faktörler etkiler :

1. Yanığa neden olan etkenin şiddeti (Isı, kimyasal vb.),
2. Etki süresi,
3. Yanığın oluştuğu bölgeler (Baş, boyun, sırt, el, ayak, genital bölgeler),
4. Vücutun yanan bölgesinin alanı,
5. Yaş (Yanık küçük olsa bile çocuk ve yaşlılar için tehlikeli olabilir),
6. Yanan bireyin genel durumu (Dolaşım sistemi hastalıkları, alkolizm vb)
7. Kimyasal madde, patlama, elektrik, kızgın yağ ve alevle oluşan yanıklar (<http://www.acilveilkvardim.com>, erişim 2011).

I.12.2. Yanıklarda İlk Yardım

Yanıklarda ilk yardım dört temel amaca yönelik olmalıdır. Bunlar;

1. Yanma sürecini sona erdirip daha fazla yaralanmayı önlemek,
2. Kazazedenin yaşamsal fonksiyonlarını desteklemek,
3. Isı kaybını ve enfeksiyon riskini azaltmak için yanık alanı kuru, steril bir pansuman malzemesiyle örtmek,
4. Kazazedeyi nakletmektir ([http:// www.dask.org.tr](http://www.dask.org.tr)).

I.12.2.1. Elektrik Yanıklarında İlk Yardım

- Olabildiğince soğukkanlı ve sakin olunmalıdır,
- Hasta/yaralıya dokunmadan önce elektrik akımı kesilmelidir,
- Akımı kesme imkanı yok ise yalıtkan bir madde (tahta, plastik) ile hasta/yaralının elektrikle teması engellenmelidir,
- Hasta/yaralının solunum yolu açıklığı ve solunumu değerlendirilmelidir,
- Hasta/yaralı hareket ettirilmemelidir,
- Hasta/yaralının hasar gören vücut bölgesi örtülmelidir,
- Hasta/yaralının bilinci açık ve kendini iyi hissediyorsa dahi tıbbi yardım istenmelidir (Ağralı, 2002; Türkiye Kızılay Demeği,2001).

I.12.2.2. Kimyasal Yanıklarda İlk Yardım

- Deri ile temas eden kimyasal maddenin deri ile teması en kısa sürede kesilmelidir,
- Bölge , bol ve tazyiksiz su ile en az 15-20 dakika yumuşak bir şekilde yıkanmalıdır,
- Hasta/yaralının üzerindeki giyisiler çıkarılmalıdır,
- Hasta/yaralını üzeri temiz bir örtü ile örtülmelidir,
- Tıbbi yardım istenmelidir (112 Acil) (Kakillioğlu ve ark., 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

I12.2.3. Isı İle Oluşan Yanıklarda İlk Yardım

- Kişi hala yanıyorsa, paniğe engel olunur, koşması engellenir,
- Hasta/yaralının üzeri battaniye ya da bir örtü ile kapatılır ve yuvarlanması sağlanır,
- Hasta/yaralının yaşam belirtileri (ABC'si) değerlendirilir,
- Hasta/yaralının solunum yolunun etkilenip etkilenmediği kontrol edilir,

- Yanık çok yaygın değil ise yanık bölge en az 20 dakika tazyiksiz ve bol soğuk su altında tutulmalıdır, Şişlik (ödem) oluşabileceğinden saat, yüzük, bilezik, vb. takılar çıkarılmalıdır,

-Yanan bölgedeki giyisiler, deriler kaldırılmadan çıkarılır. Giyisi yanan bölgeye yapışmış ise etrafından kesilerek çıkarılması gerekir,

- Yanan bölge sabunlu su ile dikkatlice temizlenmelidir,
- Su toplayan bölgeler (bül) kesinlikle patlatılmamalıdır,
- Yanık üzeri temiz ve nemli bir bezle örtülmelidir,
- Yanık üzerine ilaç ya da yanık merhemi gibi maddeler sürülmemelidir, Yanan vücut

bölgesi geniş ve sağlık kurumu da uzak ise, hasta/yaralıda kusma yok ve bilinci açık ise, sıvı kaybını gidermek amacıyla hasta/yaralıya (1 lt su + 1 çay kaşığı karbonat + 1 çay kaşığı tuz), maden suyu, vb. içirilmelidir,

- Tıbbi yardım istenmelidir (112 Acil yardım) (Badır,2005; Toprak,2006; Tabak ve Somyürek, 2008; Anonymous, 2008).

I.13. Donmalar

Donma olayı, kişinin uzun süre soğukta kalması sonucu oluşan bir durumdur. Soğukun fiziksel etkisi sonucu oluşan donma olayı ortamdaki bazı şartlara bağlı olarak çabuklaşabilir. Donmayı çabuklaştıran şartlar; ortamın nem oranı, kişinin alkollü oluşu, soğukta kalma süresi, vücudun zayıf olması vb. şeklinde sıralanabilir.

Üşüme ile başlayan donma olayı sırasında kişide baş ağrısı, görme bozukluğu, halsizlik, uyku hali vb. durumlar oluşur. Bunu takiben kan dolaşımında bozukluklar meydana gelir. Buna bağlı olarak vücudun bazı organlarında ya da vücudun tamamında katılaşma görülür. İşte bu duruma “Donma” denir.

Donma derecesine göre 4’e ayrılır :

- 1) 1.derece donma : Kızarma, hiperemi (eritem),
- 2) 2.derece donma : Vezikül (içi su dolu kabarcıklar) ve ciltte kısmi nekroz vardır,
- 3) 3.derece donma : Cilt tamamen, cilt altı kısmen nekroza uğrar,
- 4) 4.derece donma : Kas ve kemik kangreni dahil cilt tüm kalınlığına nekroz olur (Ege, 1999).

I.13.1. Donmalarda İlk Yardım

- Hasta/yaralı ılık bir ortama alınarak soğukla teması kesilir,
- Islak elbiseleri çıkartılır,üzeri kuru örtü veya battaniye ile iyice sarılır. Baş dahil olmak

- üzere açık kısmı bırakılmaz,
 - Hasta/yaralı teselli edilir sakinleştirilir,
 - Ani hareketler, sert masajlar travma etkisi yapacağından ekstremiteler yavaş yavaş hareket ettirilir, yüzeysel ve hafif masaj yapılır,
 - Hasta/yaralı yavaş yavaş ısıtılır, kesinlikle sıcak uygulanmaz, sıcak ortama getirilmez,
 - Bilinci açık ise sıcak , şekerli içecekler verilir,
 - Ödem nedeniyle kangrene neden olmaması için yüzük, bilezik, saat varsa çıkarılmaya çalışılır.
 - Hasta/yaralı en yakın sağlık kuruluşuna sevk edilir,
 - Hasta/yaralının bilinci yerinde değil ise;
 - * Hasta/yaralı yüzüstü pozisyonda yatırılır,
 - * Kalp ve solunum dursa bile donuk kişiyi ölmüş kabul etmeden tedavi sürdürülmelidir. Gerekirse TYD uygulanır,
 - * Battaniye ile kundaklanır, ısıtılır,
 - * Ağızdan yiyecek-içecek verilmez,
 - * Kesinlikle masaj yapılmaz,
 - Hasta/yaralının bilinci yerinde ise;
 - * Hasta/yaralıya moral verilir,
 - * Hasta/yaralıya, kol ve bacaklarını hareket ettirmesi söylenir,
 - * Sıcak ve alkolsüz içecekler içirilir. Vital bulgular devamlı kontrol edilir,
 - * Hasta/yaralıyı uyutmamaya ve ayık tutmaya çalışılır
- (T.C. Sağlık Bakanlığı,2006; Ege, 1999).

I.14. Sıcak Çarpması

İnsan vücudunun normal ısısı 36 - 37 °C dir. Bu ısı, karmaşık mekanizmalarla sabit tutulmaya çalışılır. Normalde, vücudun ısı düzenleyici mekanizmaları iyi çalışır ve organizma (vücut) belirli ısı değişikliklerini oldukça iyi tolere edebilir. Ancak, organizma başa çıkabileceğinden fazla sığağa maruz kalırsa hastalıklar oluşabilir; sıcak krampları, sıcak bitkinliği, sıcak çarpması gibi. Vücut başa çıkabileceğinden çok fazla ısıya maruz kalmışsa, vücut ısısı, hızla, doku hasarına yol açan düzeye yükselir ve ölümle sonuçlanabilir (<http://www.ailem.com>, erişim, 2011).

Havadaki nem oranı % 70 in üzerine çıktığında, ortam neme doyduğundan terleme olmayacağı için, vücuttan ısı kaybı gerçekleşemez dolayısıyla vücut ısısı artar, cilt ısıyı atamadığı için sıcak, kuru ve kızarıktır. Bu olay “Sıcak çarpması”dır (Olgun ve ark., 2001).

Sıcak çarpmasına yol açabilecek sebepler şöyle sıralanabilir :

- Kapalı, kötü havalandırılan, nemli ortamlarda aşırı fiziksel aktivite yapmak,
- Sıcak hava dalgaları esnasında havalandırma sistemleri bulunmayan veya havalandırılmayan binalarda yaşamak (özellikle yaşlılar, bebekler, kronik hastalığı olan kişiler risk altındadır),
- Sıcak havalarda çocukları kilitli arabada bırakmak,
- Aşırı sıcak ve nem oranı yükselmiş havalarda dışarıda spor yapmak veya ağır işlerde çalışmak.

Sıcak çarpmasının belirtileri :

- Bireyin vücut ısısı hızla yükselir, 39° C üzerindedir,
- Bireyin cildi kuru, sıcak ve kızarıktır,
- Bireyin çevreye olan ilgisi hızla azalır, bilinç kaybı gelişir,
- Bireyin nabızı yavaşlar ve nabız zayıftır, kan basıncı düşer (Karaböcüoğlu ve ark., 2004).

I.14.1. Sıcak Çarpmalarında İlk Yardım

Hasta serin ve gölge bir ortama alınır, Hasta rahat bir pozisyonda yatırılır, dinlendirilir, Hastanın vücut ısısını düşürmek için vücuda doğrudan buz veya soğuk uygulanmaz, ya musluk suyu ile duş aldırılır, ya da vücut musluk suyu ile silinir, Yarı yarıya sulandırılmış sirkeli su ile vücudun silinmesi, özellikle çocuklardaki ve yetişkinlerdeki ateş yükselmelerinde rahatlıkla kullanılacak soğutma yöntemidir, Hastanın bilinci açılınca tuzlu, sıvı içecekler verilir, Hasta ayağa kaldırılmaz, yatar pozisyonda en yakın sağlık kuruluşuna sevki sağlanır (Sözen, 2002).

I.15. Güneş Çarpması (İnsolasyon)

Boyun, ense ve kafanın uzun süre ve yoğun güneş etkisine maruz kalması sonucunda oluşan, şiddetli sıcaklığın yol açtığı bir nevi doku hasarıdır. Aşırı ısı durumunda vücudun ter bezleri,

bu aşırı vücut ısını dengeleyemez ve vücutta kaldırılabileceğinden fazla ısı oluşur, bu ısı hararete dönüşür. Bu duruma bağlı olarak aşırı su kaybından dolayı kan koyulaşır ve vücudun genel metabolizma dengesi etkilenir (Sözen, 2002).

Güneş çarpmasının sebepleri :

- Kafayı korumadan uzun süre deniz kenarında veya arazide direkt şiddetli güneşe maruz kalmak, Bilhassa çocukların, açık tenlilerin, kafasında saç olmayan ve seyrek saçlı insanların direkt güneş ışığına maruz kalması,

Güneş çarpmasının belirtileri :

- Mide bulantısı, kusma,
- Şiddetli baş ağrısı,
- Kafa bölgesinde hararet,
- Baş dönmesi, görme bozukluğu,
- İç huzursuzluğu,
- Kalp çarpıntısı,
- Yüksek ateş,
- Kas krampları,
- Genel halsizlik durumu,
- Bilinç bozukluğu,
- Terleme yoktur, deri kuru ve sıcaktır, yüz kırmızıdır,
- Koma ve şok görülebilir (Sözen, 2002).

Güneş çarpmasına karşı koruyucu önlemler :

- Kafa, ense ve boyun bölgesi aşırı sıcaklarda güneş ışınlarından şapka, eşarp veya şemsiye ile korunmalıdır,
- Yüksek faktörlü güneş koruyucuları kullanılmalıdır,
- Bol miktarda su tüketilmelidir,
- Tatil dönemlerinde deniz kenarlarında güneşlenmek için güneşe birden çıkmamalı, süre yavaş yavaş uzatılmalı, güneşin dik geldiği saatlerde güneşe çıkılmamalıdır,

- Yaz aylarında şehir ortamında, çocuk ve yaşlılar trafikte taşıt içinde kalmamalı, kalmak durumundalar ise seyahatlerinde yanlarında bol su bulundurmaları gerekir. Mümkün olduğunca günün serin saatlerinde seyahat etmeleri gerekir (Sözen, 2002).

I.15.1. Güneş Çarpmalarında İlk Yardım

- Hasta serin ve gölge bir yere alınır, panik yapılmaz,
- Hastanın göğüs ve kafası daha yukarda olmalı,
- Hasta kusmak istiyorsa yan döndürülmeli,
- Vücut ısısı düşürülmeye çalışılır, tıbbi yardım gelene kadar ense kafa ve boyun bölgeleri ıslak bezle serinletilir,

- Yüksek ateş durumunda elbiseler çıkarılır hastanın vücudu ıslak bir çarşafa sarılır ya da ılık-soğuk duş aldırılır (suyun soğukluğu musluk suyu ayarında olmalı), birden buz gibi su hararetili vücuda şok etkisi yapabilir,

- Hastanın bilinci yerindeyse sadece su verilmeli ama ılık su olmalı, daha sonra mineral kaybını dengelemek için 1 lt suya bir tatlı kaşığı tuz karıştırılıp içirilmelidir, her 10 dakikada bir bir yudum verilmeli,

- Herhangi bir bedensel aktiviteden uzak durulmalı, sabırlı olunmalı ve nekahat dönemi hasta kendini toparlayana kadar uzatılmalıdır,

- Tıbbi yardım istenir ve hasta sevk edilir (Sözen, 2002).

I.16. Zehirlenmeler

Zehir : Toksik etkiye sahip organik, kimyasal ve fiziksel bir maddenin değişik yollarla organizmaya girmesinden sonra, organizmada lokal ya da sistemik etki göstererek sağlığı bozan ya da ölüme neden olan maddeye *zehir* denir (Tabak ve Somyürek,2008).

Vücudun yaşamsal fonksiyonlarına zarar verebileceğinden vücuda giren her türlü (aşırı) yabancı maddenin toksik olduğu varsayılır.

Zehirlenme : Herhangi bir kimyasal, organik veya fiziksel maddenin vücuda girmesi sonucu vücudun bir bölümünde veya tamamında, geçici ya da kalıcı fonksiyon bozukluklarına neden olmasına *zehirlenme* denir (Tan and al,2006; Dinçer ve ark.,2000; Türkiye Kızılay Derneği,2001).

Zehirlenme ani ve kısa sürede olmuşsa “akut” , yavaş yavaş ve tekrarlayan temaslarla olmuşsa “kronik” zehirlenme olarak sınıflandırılabilir.

Çocukların buldukları eşyaları bilinçsizce tاتمaları, kimyasal madde taşımaları, sanayi kazaları, çevre kirlenmesi ve yanlış etiketleme sonucu oluşan zehirlenmeler “tam kaza”, etkisi bilinmeyen ilaç ve maddelerin bilinçsizce kullanılması, uyuşturucu maddelerin daha fazla etki için doz aşımı ve benzeri zehirlenmeler “kaza”, intihar amaçlı alımlar ise “kasti zehirlenme” olarak kabul edilmektedir (Kutlu ve Kapıcıoğlu,1997).

I.16.1. Zehirlenme Yolları

- 1-) Ağız (Sindirim Sistemi) yoluyla zehirlenme,
- 2-) Solunum (Akciğer) yoluyla zehirlenme,
- 3-) Deri yoluyla (Dermal yol) zehirlenme,
- 4-) Enjeksiyon ya da zerk yoluyla (Parental yol) zehirlenme (Kocatürk, 2007).

I.16.2. Zehirlenme Belirtileri

- Sindirim Sistemi Bozuklukları ;
 - Ağızda yanma, farklı bir tat,
 - Yutma güçlüğü,
 - Bulantı, kusma,
 - Karın ağrısı,
 - İshal.
- Solunum Sistemi Bozuklukları :
 - Nefes darlığı,
 - Solunum güçlüğü veya solunumun durması,
 - Siyanoz.
- Sinir Sistemi Bozuklukları :
 - Rahatsızlık hissi,
 - Hareketlerde uyumsuzluk,
 - Koma,
 - Bilinç kaybı,
 - Havale.
- Dolaşım Sistemi Bozuklukları :
 - Nabızda hızlanma ya da yavaşlama,
 - Kan basıncında düşme,

- Kalp ritminde bozukluk,
- Kalp durması,
- İdrar miktarında artma ya da azalma (Toprak,2006).

I.16.3. Zehirlenmelerde İlk Yardım

- İlk yardımcı öncelikle kendisinin ve etrafındakilerin emniyetini sağlamalıdır,
- Ortamda hayati bir tehlike var ise hasta/yaralı ortamdan uzaklaştırılmalı ve güvenli bir yere alınmalıdır,
- Zehirli madde ortamdan ve hasta/yaralının üzerinden uzaklaştırılmalıdır,
- Acil tıbbi yardım istenir (112 Acil),
- İlk yardımın ABC'si değerlendirilir,
- Bilinç kontrolü yapılır ve şok durumu önlenmeye çalışılmalıdır,
- Zehirlenmenin şiddeti, ne kadar zaman önce başladığı anlaşılmaya çalışılır,
- Zehirlenmede en önemli konulardan birisi zehirlenen kişinin hastaneye ya da sağlık kuruluşuna götürülürken çevresindeki ilaç, kutu , kusmuk vb. örneklerin hasta/yaralı beraberinde götürülmesidir. Çünkü bazen zehirleyici maddenin tanınması özel panzehirin kullanılması olanağı verir, zaman kazandırır ve ne tür tedavi uygulanması gerektiği konusunda yol gösterir,
- Hastanın solunumu ve dolaşımı kontrol edilir, gerekiyorsa TYD' ye başlanır,
- Zehirlenme deri veya solunum yoluyla ise hasta/yaralının giysisi çıkarılır ve cilt ovuşturulmadan bol su ile yıkanır,
- Zehir danışma hattı (114)'den durumla ilgili yapılabilecekler konusunda yardım alınabilir,
- Zehirlenmeye neden olan madde ile temasta bulunulmamalıdır,
- Hasta/yaralının sevki sağlanır (Sözen,2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006; Kocatürk, 2007; Tabak ve Somyürek, 2008).

I.16.3.1. Ağız (Sindirim Sistemi) Yolu İle Zehirlenmelerde Yapılacaklar

- Ağızdan alınan bir madde ile zehirlenme tespit edilirse alınan zehri eksiltmek yani etkisini azaltmaya çalışmak gerekir,
- Öncelikle zehirlenen kişiye su veya bir iki bardak süt içirilmelidir,
- El zehirli madde ile temas etmiş ise sabunlu su ile yıkanmalıdır,
- Bilinç kapalı ise güvenli yan pozisyonda yatırılmalıdır,

- Petrol ürünleri ve kimyasal maddelerle olan zehirlenmelerde kişi kesinlikle kusturulmamalıdır, ağız ve dudaklarda belirgin yanıklar oluşturan kimyasal bir madde ile oluşan zehirlenmelerde kusturmamak gerekir,

- Hasta/yaralı kendiliğinden kusarsa hava yolu kontrol edilir ve açık olması sağlanır,
- Kişi asitli madde içmiş ise bol sıvı içirilir,
- En kısa sürede bir sağlık kuruluşuna sevki sağlanır (Toprak,2006; Kocatürk, 2007).

I.16.3.2. Solunum (Akciğer) Yolu İle Zehirlenmelerde Yapılacaklar

- İlk yardımcı mümkünse maske takmalıdır,
- Ortamda gaz kokusu var ise elektrik kesilmelidir, ateşleyici maddeler (kibrit, çakmak vb.) kullanılmamalıdır,
- Ortamda yoğun duman var ise hava kirliliği tabanda az olacağından çömelerek veya sürünerek hasta/yaralıya ulaşılmalı ve bir klavuzla (ip) dışarı ile irtibat sağlanmalıdır,
- Hasta/yaralı temiz havaya çıkartılmalıdır ve üzerindeki sıkı giyisiler çıkarılmalıdır,
- Zehirli gaz soluyan hastaların, oksijen desteğine ve TYD'ye ihtiyaçları vardır,
- Kusmaya karşı dikkatli olunmalıdır (Kocatürk, 2007; Göçgeldi ve ark.,2005).

I.16.3.3. Deri Yolu İle Zehirlenmelerde Yapılacaklar

- İlk yardımcı mümkünse koruyucu elbise giymeli ve maske takmalıdır,
- Hasta/yaralının giyisilerine zehirli madde bulaşmış olabileceğinden giyisiler çıkarılmalıdır,
- Hasta yaralının tüm vücudu bol su ile yıkanmalıdır,
- Ellerin ve gözlerin kimyasal madde ile zehirlenmelerinde bol su ile yıkanması gerekmektedir,
- Hasta/yaralı en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir (Türkiye Kızılay Derneği,2001; T.C. İç İşleri Bakanlığı,1991).

I.17. Boğulmalar

Boğulma : Vücudun yaşamsal sistemlerinden solunum sistemine sıvı, yabancı cisim kaçması, intihar, zehirlenme vb nedenlerle bu sistemin işlevinin bozulması durumuna boğulma denir (. Süzen ve İnan,2002).

Boğulma belirtileri :

- Karakteristik olarak iki el boyunda çapraz olarak kavuşturulmuştur,
- Yüz ve dudaklar morarmış,
- Aşırı hava açlığı görüntüsü vardır,
- Nabız yavaş ve düzensizdir,
- Bilinç kaybı olabilir İlk Yardım (<http://www.ssqm.gov.tr>).

I.17.1. Boğulmalarda İlk Yardım

- Boğulmaya neden olan etken ortadan kaldırılır,
- Boyun, çene yere dik olacak şekilde arkaya bükülür. Çene açılır dil öne çekilir,
- Gerekirse suni solunum yapılır (<http://www.ssqm.gov.tr>).

I.17.2. Suda Boğulmalarda İlk Yardım

- İlk yapılması gereken çevredeki kişiler aracılığı ile ambulans çağırılmasıdır,
- Hasta/yaralının üst solunum yolları temizlenmeli, varsa takma dişler, çeşitli yabancı cisimler, ağızdan parmakla çıkarılarak solunum yolu açılmalıdır,
 - Hasta/yaralının akciğerlerindeki su boşaltılır. Suyu çıkarmak için hasta/yaralının karnının alt tarafından iki el ile tutularak yukarı kaldırılır,
 - Hasta/yaralının solunumu değerlendirilerek gerekirse suni solunum ve kalp masajı yapılır,
 - Hasta/yaralı en yakın sağlık kuruluşuna sevk edilir (. Süzen ve İnan,2002).

I.18. İLK YARDIM GEREKTİREN ÖZEL DURUMLAR

I.18.1. Epilepsi (Sara) Hastalığı

Beyindeki elektriksel aktivitenin geçici olarak durması veya bozulması sonucu, kişinin kasılması kasılması ve bilincinin kaybolması olayına epilepsi (sara) denir (T.C. Tanı ve Tedavi Rehberi, 2003). Epilepsi kronik bir durum olup, en önemli göstergesi bilinç değişikliği, ani istemsiz hareketlerden oluşan nöbetlerdir. Epilepsinin bir çok sınıflandırması vardır. En çok kullanılanı nöbetin primer generalize veya parsiyel ataklar olarak ayrıldığı sınıflandırmadır (Andreoli and et al,2002; Haves and et al,2003).

Epilepsi çoğunlukla çocukluk döneminde 0-2 , 5-7 yaş grubunda ve özellikle kız çocuklarında erken puberte döneminde görülür. Epilepsi hastalarının %90'ının ilk nöbetini 20 yaşından önce geçirdiği belirtilmektedir (Herken ve ark,2003).

Belirtileri :

- } Hasta aniden bilincini yitirip yere düşer,
- } Kısa bir süre için kas katı kesilir,
- } Solunumu yavaşlayabilir,
- } Ağzı ve dudakları morarır,
- } Hasta gevşemeye başlayınca çarpınma ve sarsılmalar olur,
- } Çene kilitlenir,
- } Ağızdan köpüklü tükürük akar,
- } Hastada idrar kaçırma olabilir (T.C.Tanı Ve Tedavi Rehberi,2003).

I.18.1.1. Epilepsi (Sara) Hastalığında İlk Yardım

- Hasta rahat edebileceği uygun bir yere yatırılır,
- Dilini ısırması için, çene kenetlenmemişse, dişlerinin arasına mendil, kalem vs. gibi şeyler sıkıştırılır. Metal zarar vereceğinden metal eşya kullanılmamalıdır,
- Başını ve kollarını ritmik olarak bir yerlere vuruyorsa battaniye, ceket vb malzemelerle desteklenerek hastanın kendisini yaralaması engellenir
- Hastanın giyisileri gevşetilip rahatlatılmalıdır, nöbet tamamen geçip hasta kendine gelene kadar yalnız bırakılmamalıdır (Rodoplu, 2003).

Yapılması uygun olmayan müdahaleler;

- Hastanın yumruk şeklindeki ellerini zorla açmaya çalışmak,
- Soğan, kolonya vb şeyler koklatmak çok sakıncalıdır. Çünkü bu şekilde hastanın nefes alması önlenerek kendine gelmesi engellenmektedir,
- Hastaya yiyecek ve içecek vermek.

Epilepside uyarıya gereksinim yoktur. Çünkü olay dolaşımdan ve beyindeki elektriksel aktivitenin geçici olarak bozulmasından kaynaklanmaktadır. Bu gibi durumlarda uyarının hiçbir yararı yoktur aksine zararlı olabilmektedir (Karaböcüoğlu ve ark,2004; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

I.18.2. Diyabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)

Diyabetes mellitus , insülin eksikliği ya da insüline karşı direnç nedeniyle oluşan ve hiperglisemi ile karakterize bir metabolizma bozukluğudur (T.C.Tanı Ve Tedavi Rehberi,2003). Hipoglisemi, hiperglisemiden çok daha tehlikeli olup kısa sürede (10 dakika-2 saat gibi) hastanın kaybedilmesine neden olabilir (www.acilveilkyardim.com erişim, 2011).

Diyabetin görülme sıklığı giderek artmaktadır. Diyabette insülin yetersizliği yada yokluğu nedeni ile normalden farklılaşan metabolizmanın normale yakın olarak devam ettirilmesi durumunda diyabet semptomları ve komplikasyonları önlenebilmektedir (Kitiş ve Karakum,2003). Diyabet tedavisinde kullanılan oral hipoglisemikler ve insülinde istenen etkinin elde edilmesi, aynı zamanda tedavinin komplikasyonlarından korunmak için diyabetlinin kendisine önerilen tedaviyi, beslenmesi ve fiziksel aktivitesi ile uyumlu olarak sürdürmesi gerekir (Özer,2004; İlkova ve ark; Kitiş ve Karakum,2003; Yılmaz,2002).

Öğün atlandığında veya geciktiğinde, çok fazla aktivite yapıldığında, fazla insülin veya oral antidiyabetik ilaç kullanıldığında hipoglisemi olur ki halsizlik, baş dönmesi, ani terleme, şiddetli acıkma, titreme, sinirlilik, baş ağrısı ve taşikardi oluşur. İhtiyaçtan fazla yiyecek tüketildiğinde, insülin veya oral antidiyabetik ilaçlar yetersiz alındığında, şekerli besinler tüketildiğinde, hiperglisemi olur ki bu durumda susuzluk, halsizlik, durgunluk, uyku hali, sık idrara çıkma, boş dönmesi, bilinç kaybı görülebilir (Aycan ve ark.). Genel olarak hızlı gelişen diyabetik ketoasidoz bulguları ile yada poliüri,polidipsi, polifaji (3 P belirtisi) gibi klasik bulgular ile kendini gösterir. Hastaların çoğunda diyabet bulgularının süresi 3 haftadan kısadır. Bu klasik bulgulara ek olarak nokturi, kilo kaybı, halsizlik, yakın zamanda grip benzeri hastalık geçirme gibi bulgular da görülür, ileri evrede bilinç kaybı veya koma olabilir (Apeg,1996; Yılmaz,2002; . Hatun,2003).

I.18.2.1. Diyabetes Mellitus (Şeker Hastalığı) ta İlk Yardım

Hipoglisemi geliyorsa, yani kan şekeri düşmesi bulguları varsa kişiye hemen bir adet kesme şeker verilir ya da kişi kendisi içebilecek durumdaysa bir bardak suya 3-4 tatlı kaşığı şeker karıştırılıp içirilir. Hastanın bilinci kapalıysa dil altına kesme şeker konulabilir.

- Hastanın bilinci kapanmak üzere veya kapalıysa, soluk yolu açıklığı sağlanarak hastaneye götürülmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006; Kocatürk, 2007; Rodoplu,2003).

I.18.3. Astım Hastalığı

Çeşitli uyarılara karşı hava yollarında aşırı yanıtılık ile karakterize, spontan veya tedavi ile şiddeti değişebile, solunum yollarında daralma ile kendini gösteren hava yollarının kronik inflamatuvar hastalığıdır. Astımlı bir kişide bazı dönemlerde soluma zorluğuyla astım atağı meydana gelir. Astım atağı sırasında bronşlar daralır ve havanın geçişi zorlaşır. Hava yolu daralmasının bazı nedenleri şöyle sıralanabilir :

-)} Bronşları çevreleyen kasların kasılması sonucu hava yollarının daralması,
-)} Bronşların içini saran zarın şişmesi,

) Hava yollarında aşırı mukus salgılanması ve bu mukusun hava yollarını yer yer tıkamasıdır (Candeğer,1998; Barkın ve Rosen,1990).

I.18.3.1. Astım Hastalığında İlk Yardım

- Varsa hastanın ilaçlarını alması sağlanmalı,
- Efor sarfetmesi önlenmeli,
- Oturur pozisyonda tutulmalı,
- Oksijen desteği sağlanarak sevk edilmelidir (Kocatürk, 2007).

I.18.4. Göze Yabancı Cisim Kaçmasında İlk Yardım

Küçük bir madde ise (toz vb.);

- Göz kesinlikle ovuşturulmamalıdır,
- Hastanın gözü ışığa doğru çevrilir ve alt göz kapağı içine bakılır, gerekirse üst göz kapağı açık tutulur,

- Yabancı cisim nemli temiz bir bezle çıkarılmaya çalışılır,
- Hastaya gözünü kırpmaması söylenir,
- Yabancı cisim çıkmıyorsa sağlık kuruluşuna sevki sağlanır.

Metal bir cisim kaçmışsa ya da cisim batması varsa;

- Göze asla dokunulmaz ve hasta/yaralı gerekmedikçe yerinden oynatılmaz,
- Hasta/yaralı göz uzmanı olan bir sağlık kuruluşuna sevk edilir (Güler ve Bilir, 1994a; Güler ve Bilir, 1994b; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

I.18.5. Kulağa Yabancı Cisim Kaçmasında İlk Yardım

- Kesinlikle sivri ve delici bir aletle müdahale edilmez,
- Su değdirilmez ve yıkanmaz,
- Sağlık kuruluşuna sevk edilir (Güler ve Bilir, 1994a; Güler ve Bilir, 1994b; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

I.18.6. Buruna Yabancı Cisim Kaçmasında İlk Yardım

- Hasta/yaralının diğer burun deliği duvarına bastırarak güçlü bir nefes verme hareketi ile cismin dışarı atılmasına çalışılır,
- Cisim çıkmazsa sağlık kuruluşuna sevki sağlanır (Güler ve Bilir, 1994a; Güler ve Bilir, 1994b; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

I.19. TRIAJ (Seçme, Ayırma)

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre Triaaj: Çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumlarda, bunlardan öncelikli tedavi ve nakil edilmesi gerekenlerin tespiti amacıyla, olay yerinde ve bunların ulaştırıldığı her sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemidir.

Triaaj günümüzde, acil servislere başvuran hastaların aciliyetinin belirlenmesi amacıyla kullanılabilirdiği gibi; çok fazla kişinin etkilendiği ve afet olarak adlandırılan durumlarda daha etkili bakım vermek amacıyla, etkilenenlerin sınıflandırılması için de kullanılmaktadır. Acil servise gelen hastalara, acil servis deneyimli ve bu konuda özel eğitim almış hemşire tarafından gerçekleştirilen triaj, Türkiye’de henüz gerçek anlamda uygulanmamaktadır; zaten bu uygulama bizim konu alanımızın da dışındadır. Hastane öncesi acil bakımda, genellikle afet durumlarında uygulanan triajla karşılaşmaktadır. Afetlerdeki triajda amaç, mümkün olduğu kadar fazla sayıda hastaya yardımcı olmaktır. Fazla sayıda insanı kurtarabilmenin koşulu, belli ilkelere ve ölçütlere bağlı kalmaktır. Çünkü triajda, birkaç ağır hastayı kurtarma uğruna, diğer tarafta yüzlerce hastanın ölmesine izin verilemez, o nedenle triajda mümkün olduğunca deneyimli kişiler görevlendirilmelidir. Triaaj, acımasız gibi görünen ancak akla dayalı kuralları olan, zor bir sistemdir; genel kuralı: hastaları sınıfla-değerlendir-öncelikleri belirle. Afet yerine gelen ilk ekip daima kumandayı ele alarak düzenlemeleri yapar, Her yeni gelen ekip bu düzenlemelere göre görev almalıdır. Kumanda eden ekip, hasta bakma konusunda aceleci davranmaz. Olay yerini önce dikkatlice inceler ve aşağıdaki soruların yanıtlarını belirler;

1. Olay yerinde herhangi bir tehlike oluşturacak unsur var mı?
2. Acil bakım için gerekli unsurlar?
3. Kişileri kurtarma ve olay yerinden uzaklaştırma?
4. Hastalara/kazazedelere gereken müdahaleyi yapma ve nakil?

Triaaj, süreklilik gerektiren (bir defa yapmakla tamamlanmayan) bir işlemdir. Çünkü her yaptığımız sınıflama sonucunda verilen bakım nedeniyle öncelikler değişebilir. O nedenle sürekli tekrarlanmak zorundadır. Triaaj görevlisi kazazedelere uygun triaj kartı takmalı, genel durumu değerlendirmeli ve gelen yardımları doğru yönlendirmelidir.

Kazazedelerin tıbbi yardım gereksinimine göre yapılacak öncelik belirleme sıralaması ve koşulları:

1. Derecede Öncelikliler : ACİL / EN ÖNCE NAKLEDİLECEK olanlardır; Hemen ve etkili müdahale edildiğinde ve hastaneye gönderildiğinde yaşama şansı yüksek olan ağır yaralı ve ağır hastalar bu gruba girer.

- Solunum güçlüğü
- Ağır şok
- Durdurulamayan (kontrol altına alınamayan) kanama
- Açık göğüs ya da karın yaralanması
- Yüzün ya da solunum yollarının etkilendiği ağır yanıklar
- Vücut yüzeyinin % 40'ından fazlasının etkilendiği yanıklar
- Ağır kafa yaralanması
- Diyabetliler
- Zehirlenmeler
- Normal olmayan doğumlar

1. Derecede öncelikliler : GECİKTİRİLEBİLECEKLER olanlardır. Bu kazazedelere alanda gerekli acil bakım verildikten veya durumlarının daha kötüleşmesi önlendikten sonra nakil için bekleyebilirler.

- Birinci derecede öncelikli hastalar nakledilene (2-3 saat) kadar bekleyebilecek olanlardır.
- Müdahale edildiğinde durdurulan kanamalar.
- Vücut yüzeyinin % 15-40 nın etkilendiği yüzeysel yanıklar.
- Birden fazla kırıkların olması.
- Sırt/omurga yaralanmaları.

1. Derecede öncelikliler : BEKLEYEBİLECEK durumda olanlardır. Acil bakım verilme bile yaşamsal tehlikesi olmayanlar bu gruba girer. Bu kişiler, olay yerini kendileri de terk edebilecek durumdadırlar ya da olay yerinden en son nakledilebilirler.

- Basit kapalı kırıklar.
- Önemsiz yaralar (yüzeysel-küçük çaplı ve kanama olmayan) kazazedeler.
- Psikolojik olarak etkilenmiş ama ciddi yaralanması olmayanlar (Oktay, 2002).

I.19.1. Triaajda İlkeler

1. Kazanın ciddiyeti ve eldeki kaynaklar karşılaştırılarak örgütlenmelidir.
2. Fazla sayıda insanın etkilendiği felaketlerde, tüm hastaların acil bakım alması mümkün değildir.
3. Triaaj görevlisi/ekibi, solunum yolunun açıklığının sağlanması haricinde acil bakım vermez: acil bakım ekibi triaj görevlilerinin hemen ardından gitmelidir.
4. Triaaj ekibi yaşam bulgularını değerlendirme yeterliliğinde olmalıdır.
5. Triaaj görevlisi çok iyi deneyime sahip sağlık personeli/paramedik olmalıdır.

6. Triaj ekibi tüm hastalara ilk izlenim ve yaşamsal bulgular doğrultusunda sınıflayarak triaj etiketi takmalıdır; buna göre acil bakım ekibi müdahale etmelidir.

7. Hastaların / kazazedelerin sınıflandırılması sık sık tekrarlanmalıdır.

8. Radyasyon, biyolojik veya kimyasal zehirlenmelere maruz kalmış kazazede ve görevliler alanda temizlenmelidir/dekontamine edilmelidir.

9. Sınıflandırma.

TABLO 1. Triaj Sınıflandırma

ÖNCELİK	YARDIM	RENK ŞİFRESİ	TANIMI	TANILAR
BİRİNCİ DERECE	İVEDİ / ACİL	KIRMIZI	Yaşamını ya da uzvunu kurtarmak için acil müdahaleye gereksinimi var	BAKINIZ ÖNCELİK BELİRLEME SIRALAMASI
İKİNCİ DERECE	GEÇİKTİRİLEBİLİR	SARI	Hastanın acil bakıma gereksinimi var ama hayati tehlike yok	BAKINIZ ÖNCELİK BELİRLEME SIRALAMASI
ÜÇÜNCÜ DERECE	BEKLEYEBİLİR	YEŞİL	Kişilerin yaralanmaları çok hafif, kendileri gidebilirler	BAKINIZ ÖNCELİK BELİRLEME SIRALAMASI
DÖRDÜNCÜ DERECE	ÖLMÜŞ VEYA KAYIP VAKA	SİYAH	Hastalar yapılacak her türlü müdahaleye rağmen hayatını kaybedecektir; ya da ölüdür	BAKINIZ ÖNCELİK BELİRLEME SIRALAMASI

Triaj etiketleri, afet esnasında, yaralanan sayısının çok olduğu durumlarda, tıbbi öncelikleri belirlemek için kullanılırlar. Yaralanan sayısının çok olduğu durumlarda triaj ekibi tarafından genellikle hastanın solunumu (nefes alıp veriyor mu?), dolaşımı (kalbi çalışıyor mu?) ve bilinci (seslendiğinde tepki veriyor mu, “elini / sağ bacağını kaldır” şeklindeki komutlara uyabiliyor mu) değerlendirilir. İlk önce ayakta olan ve yürüeyebilen tüm hastaların olay yerini terk etmesi istenir ve bu kişilere “yeşil” / ”yürüeyebilen yaralı” anlamına gelen kartlar takılır; bu kişiler ağır hastaların tümü değerlendirildikten ve tedavileri tamamlandıktan sonra değerlendirilirler. Yürüeyebilenler olay yerini terk ederken, triaj ekibi her yaralının başında dolaşarak saniyeler içinde yaralıların solunumunu, nabzını ve emirlere uyup uymadığını (bilinç durumunu) kontrol eder. Bulgularına göre de kişileri kalan 3 sınıflamaya göre etiketler. Normal hayatta bu şikayetlerle Acil Servise başvurmuş olsalardı, yüksek öncelikli olabilirdi. Ancak, afet organizasyonunda bu olgular ile vakit yitirilmez. Burada amaç, kısıtlı olanaklarla en fazla insanı kurtarmak ve yaşatmak olduğu için “siyah” grubuna giren yaralılar da tedavi alanına alınmaz. Yakınları sakinleştirilmelidir. Başında

mutlaka profesyonel bir sağlık görevlisi bulunmalıdır ve gerektiğinde ağrı kesici ve uyusturucu ilaçlarla acısı dindirilmelidir (www.acilveilkyardim.com, erişim 2011).

I.20. HASTA TAŞIMA TEKNİKLERİ

Hasta taşıma, ilk yardımın son aşamasıdır (Sözen,2002).

I.20.1. Hasta /Yaralı Taşınmasında Genel Kurallar

Hasta/yaralı taşınmasında ilk yardımcı kendi sağlığını riske sokmamalıdır. Gereksiz zorlama ve yaralanmalara engel olmak için aşağıdaki kurallara uygun davranmalıdır;

- Genel bir kural olarak, hasta/yaralının yeri değiştirilmemeli ve dokunulmamalıdır. Olağanüstü bir tehlike söz konusuysa, taşıdığı her türlü riske rağmen acil taşıma zorunludur,
- En kısa sürede yaralılar güvenli bir yere taşınmalıdır,
- Hasta/yaralıya yakın mesafede çalışılmalıdır,
- Daha uzun ve kuvvetli kas grupları kullanılmalıdır,
- Sırtın gerginliğini korumak için dizler ve kalçalar bükülmelidir (Omurilik yaralanmaları riskini azaltır),
- Yerden destek alacak şekilde her iki ayağı da kullanarak biri diğerinden biraz öne yerleştirelilmelidir,
- Kalkarken, ağırlığı kalça kaslarına vererek dizler en uygun biçimde doğrultulmalıdır,
- Bağ her zaman düz tutulmalı, homojen ve düzgün bir şekilde hareket ettirilmelidir,
- Yavaş ve düzgün adımlarla yürümek gerekir, adımlar omuzdan daha geniş olmamalıdır,
- Ağırlık kaldırırken karın muntazam tutulup kalçayı kasmak gerekir,
- Omuzlar, leğen kemiğinin ve omuriliğin hizasında tutulmalıdır,
- Yön değiştirirken ani dönme ve bükülmelerden kaçınılmalıdır,
- Hasta/yaralı mümkün olduğunca az hareket ettirilmelidir,
- Hasta/yaralı bağ-boyun-gövde ekseni esas alınarak en az altı destek noktasından kavranmalıdır,
- Hasta/yaralı taşımak mükemmel bir ekip çalışması gerektirir,

-Tüm hareketleri yönlendirecek sorumlu bir kişi olmalı, bu kişi hareketler için gereken komutları (dikkat, kaldırıyoruz gibi) vermelidir. Bu kişi genellikle ağırlığın en fazla olduğu ve en fazla dikkat edilmesi gereken bölge olan baş ve boyun kısmını tutan kişi olmalıdır(Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006).

I.20.1.1. Sürüklenme Yöntemleri

Hasta /yaralının sürüklenmesi oldukça yararlı bir yöntemdir. Özellikle çok kilolu ve iri yarı kişilerin taşınması gerekiyorsa; dar, basık ve geçiş güçlüğü olan bir yerden çıkarmalarda herhangi bir yaralanmaya neden olmamak için seçilebilecek bir yöntemdir. İlk yardımcının fiziksel kapasitesi göz önünde bulundurulmalıdır. Mümkünse battaniye kullanılmalıdır.

Sürüklenme yöntemleri ;

a) Ayak bileklerinden

b) Koltuk altından tutarak sürüklenme olmak üzere iki şekilde uygulanır. (Kakillioğlu ve ark.,2002; T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006)

I.20.1.2. Araç İçindeki Yaralıyı Taşıma (RENTEK Manevrası) Tekniği

Kaza geçirmiş yaralı bir kişiyi eğer bir tehlike söz konusu ise omuriliğine zarar vermeden çıkarmada kullanılır. Bu uygulama solunum durması; yangın tehlikesi gibi olağanüstü durumlarda uygulanır.

Öncelikle;

- Hasta/yaralının ayaklarının pedalların arasına sıkışmamış olduğundan emin olunmalıdır ve varsa emniyet kemeri çıkartılmalıdır.

Daha sonra;

- İlk yardımcı, yaralıya yan taraftan yanaşır,

- Bir eliyle yaralının kolunu, diğer eliyle de çenesini kavrayarak boyun tespiti yapar,

- Yaralının baş-boyun-gövde eksenini mümkün olduğunca hareket ettirmeden bütün halinde araçtan dışarı çeker,

- Yaralı dışarı alındıktan sonra yavaşça yere veya sedyeye konur(Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006).

I.20.1.3. Kısa Mesafede Süratli Taşıma Teknikleri

A. *Kucakta taşıma* : Bilinci açık olan çocuklar ve hafif yetişkinler için kullanışlı bir yöntemdir.

Bir ilk yardımcı tarafından uygulanır.

- Bir elle yaralı dizlerinin altından tutularak destek alınır,
- Diğer elle gövdenin ağırlığı yüklenerek sırtından kavranır,
- Yaralıya kollarını ilk yardımcının boynuna dolması söylenebilir. Bu yaralının kendini güvende hissetmesini sağlar,
- Ağırlık dizlere verilerek kalkılır

B. *İlk Yardımcının Omzundan Destek Alma* : Hafif yaralı ve yürüyebilecek durumdaki hasta/yaralıların taşınmasında kullanılır. Bir ilkyardımcı tarafından uygulanır. Bu yöntem iki kişi ile de uygulanabilir.

- Yaralının bir kolu ilkyardımcının boynuna dolanarak destek verilir,
- İlk yardımcı boşta kalan kolu ile hasta/yaralının belini tutarak yardım eder.

C. *Sırtta Taşıma* : Bilinçli hastaları taşımada kullanılır. Bir ilkyardımcı tarafından uygulanır.

- İlk yardımcı hasta/yaralıya sırtı dönük olarak çömelir ve bacaklarını kavrar,
- Hasta/yaralının kolları ilk yardımcının göğsünde birleştirilir,
- Ağırlık dizlere verilerek hasta/yaralı kaldırılır.

A. *Omuzda Taşıma (İtfaiyeci Yöntemi)* : Yürüyemeyen yada bilinci kapalı olan kişiler için kullanılır. Bir ilk yardımcı tarafından uygulanır. İlk yardımcının bir kolu boşta olacağından merdiven yada bir yerden rahatlıkla destek alınabilir.

- İlk yardımcı sol kolu ile omzundan tutarak hasta/yaralıyı oturur duruma getirir,
- Çömelerek sağ kolunu hasta/yaralının bacaklarının arasından geçirir,
- Hasta/yaralının vücudunu sağ omzuna alır,
- Sol el ile hasta/yaralının sağ elini tutar, ağırlığı dizlerine vererek kalkar,
- Hasta/yaralının önde boşta kalan bileği kavranarak hızla olay yerinden uzaklaştırılır.

B. *İki İlk Yardımcı İle Ellerin Üzerinde Taşıma (Altın Beşik Yöntemi)* : Hasta/yaralının ciddi bir yaralanması yoksa ve yardım edebiliyorsa iki, üç, dört elle altın beşik yapılarak taşınır.

- İki elle taşıma: İki ilk yardımcının birer eli boşta kalır, bu elleri birbirlerinin omzuna koyarlar, diğer elleri ile bileklerinden kavrayarak hasta/yaralıyı oturturlar.

- Üç elle taşıma: Birinci ilk yardımcı bir eli ile ikinci ilk yardımcının omzunu kavrar, diğer eli ile ikinci ilk yardımcının el bileğini kavrar. İkinci ilk yardımcı bir el ile birinci ilk yardımcının bileğini, diğer eli ile de kendi bileğini kavrar.

- Dört elle taşıma: İlk yardımcı bir elleri ile diğer el bileklerini, öbür elleri ile de birbirlerinin bileklerini kavrarlar.

C. Kollar ve bacaklardan tutarak taşıma : Hasta/yaralı bir yerden kaldırılarak hemen başka bir yere aktarılacaksa kullanılır. İki ilk yardımcı tarafından uygulanır.

- İlk yardımcılarından biri sırtı hasta/yaralıya dönük olacak şekilde bacakları arasına çömelir ve elleri ile hasta/yaralının dizleri altından kavrar. İkinci ilk yardımcı hasta/yaralının baş tarafına geçerek kolları ile koltuk altlarından kavrar. Bu şekilde kaldırarak taşırlar.

D. Sandalye ile taşıma : Hasta/yaralının bilinçli olması gereklidir. Özellikle merdiven inip çıkarken çok kullanışlı bir yöntemdir. İki ilk yardımcı tarafından uygulanır.

- Bir ilk yardımcı sandalyeyi arka taraftan, oturulacak kısma yakın bir yerden, diğer ilk yardımcı sandalyenin ön bacaklarını aşağı kısmından kavrayarak taşırlar (Kakillioğlu ve ark., 2002; T.C.Sağlık Bakanlığı, 2006; Taviloğlu ve ark., 2006).

II. BÖLÜM

II.1. MATERYAL VE METOD

II.1.1. Araştırmanın Modeli :

Çalışma tanımlayıcı (descriptive) tipte bir çalışmadır.

II.1.2. Araştırma Evreni Ve Örneklemi

Araştırma, evrenini Karaman il merkezindeki görev yapan sınıf öğretmenleri ile beden eğitimi öğretmenlerine uygulanmıştır. Ancak 598 sınıf öğretmeninden sadece 271 tanesi, 86 beden eğitimi öğretmeninden ise 73 tanesi çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiştir. Dolayısıyla evreni temsil edecek örneklem sayısı 344 olarak belirlenmiştir.

II.1.3. Anketin ön uygulaması

Gerekli izinler alındıktan sonra çalışmaya başlanmış ve çalışmamıza katılmayı kabul eden ve örnekleme çıkmayan 15 öğretmene ön uygulama yapılmış, anketin yanlış anlaşılan veya anlaşılmayan soruları düzeltilerek ankete son şekli verilmiştir.

II.1.4. Araştırmanın istatistiksel analizi :

Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 16.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler sayı(%) ve ortalama \pm standart sapma olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde ki-kare ve

kruskal Wallis H testleri kullanılmış ve yüzdeleri alınmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir (Özdamar, 2003; Özdemir,2006).

II.1.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Betimsel bir çalışma niteliğinde olduğundan elde edilen verilerin frekans dağılımları, ortalamaları verilmiştir. Normal dağılım analizi sonucunda Asymp. Sig. değeri ,007 olarak bulunmuş. $p < 0,05$ küçük olduğu için non-parametrik testler uygulanmıştır.

II.1.6. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1. Cinsiyete Göre “Epilepsi/Sara Nöbeti Geçiren Bir Öğrenciye Aşağıdakilerden Hangisi Yapılmamalıdır?” Sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 2. Cinsiyete Göre “Kalp masajı / Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevaplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 3. Cinsiyete Göre “Vücutta Nabız Alınan Bölgeleri Biliyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevaplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 4. Cinsiyete Göre “Asitli Madde İçen Bir Kişi Hemen Kusturulmalıdır.” Sorusuna Verdikleri Cevaplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 5. Branşınız İle “İlk Yardım Nedir?” Sorusuna Verdikleri Cevaplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 6. Branşınız ile “Kalp Masajı / Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevaplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 7. Branşınız İle “Kalp Masajı / Suni Solunum Hiç Yaptınız mı?” Sorusuna Verilen Cevaplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 8. Kurumdaki göreviniz ile “Karın Bölgesine Yabancı Cisim Saplandığında Aşağıdakilerden Hangisi Yapılmamalıdır” Sorusuna Verilen Cevaplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 9. Görev Yaptığınız Okul İle “Kalp Masajı/ Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevaplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 10. Yaş’a Göre “İlk Yardım Nedir”, “Isı İle Oluşan Yanıklarda Yapılması Yanlış Olan İlk Yardım Uygulaması Nedir”, “Kalp Masajı / Suni Solunum Yapmayı Biliyor Musunuz”, “Vücutta Nabız Alınan Bölgeleri Biliyor Musunuz”, “Kalp Masajı Yumuşak Bir Zeminde Uygulanmalıdır” Sorularına verilen cevaplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 11. Meslekteki Çalışma Süresi İle “İlk Yardım Nedir”, “Isı İle Oluşan Yanıklarda Yapılması Yanlış Olan İlk Yardım Uygulaması Nedir”, “Kalp Masajı / Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz”, “Dış Kanamayı Durdurmak İçin Kanayan Yerin Üzerine Basınç Yapılmalıdır” Sorularına verilen cevaplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır.

II.2. Bulgular

Değişkenlerin güvenilirlik analizi aşağıda Tablo 2’de verilmiştir. Güvenilirlik kısaca; bir değişken içindeki sorular arasındaki ortalama ilişkiyi göz önüne alan ölçümün içsel tutarlılığından gelir. Tablo 2’ye bakıldığında görüleceği üzere alfa değeri oldukça yüksek çıkmış, bu nedenle içsel tutarlılığa sahiptir.

II.2.1. Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik analizinde, 15 soruya Cronbach Alpha Testi yapılmış ve ölçeğin güvenilirliği % 81,5 olarak çıkmıştır.

Tablo 2. Güvenilirlik Tablosu

Güvenilirlik Tablosu	
Cronbach's Alpha	N of Items
,815	15

II.2.2. Deneklerin Demografik Özellikleri

Aşağıya tablolar halinde çalışmaya katılan öğretmenlerin bazı demografik özellikleri bulunmaktadır.

Tablo 3. Öğretmenlerin Cinsiyet Dağılımları

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Kadın	122	35,5	35,5	35,5
Erkek	222	64,5	64,5	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 3 ankete cevap veren öğretmenlerin cinsiyet durumlarını göstermektedir. Buna göre, Ankete katılan öğretmenlerin 122 (% 35,5)’i kadın, 222 (%64,5)’si erkek olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Öğretmenlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Yaş Dilimleri	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
20-25	14	4,1	4,1	4,1
26-30	31	9,0	9,0	13,1
31-35	65	18,9	18,9	32,0
36-40	91	26,5	26,5	58,4
41-45	77	22,4	22,4	80,8
46-50	38	11,0	11,0	91,9
51-55	22	6,4	6,4	98,3
56 ve üzeri	6	1,7	1,7	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 4’de ankete cevap veren öğretmenlerin yaş dağılımları gösterilmektedir. Buna göre, çalışmaya katılan öğretmenlerin %4,1’i 20-25 yaşları arasında, %9,0’ı 26-30 yaşları arasında, %18,9’u 31-35 yaşları arasında, %26,5’i 36-40 yaşları arasında, %22,4’ü 41-45 yaşları arasında, %11,0’ı 46-50 yaşları arasında, %6,4’ü 51-55 yaşları arasında ve %1,7’si 56 ve üstü yaşlarındadır. Tablo 2’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına karaman ilinde okullarda görev alan öğretmenlerin yaş ağırlık ortalaması 30-50 yaş arasında olup % 78,8’lik yüzdelerle dağılım göstermektedir.

Tablo 5. Öğretmenlerin Medeni Durumu

Medeni Durum	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Bekar	47	13,7	13,7	13,7
Evli	291	84,6	84,6	98,3
Boşanmış	3	,9	,9	99,1
Eşi Ölmüş	3	,9	,9	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 5’de ankete cevap veren öğretmenlerin medeni durumlarını göstermektedir. Buna göre, araştırmaya katılan öğretmenlerin %13,7’si bekar, %84,6’sı evli ve boşanmış ve eşi ölmüşlerin oranı ise %1,8’i ise boşanmış olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Öğretmenlerin Eğitim Durumu

Eğitim Durumunuz	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Lisans	298	86,6	86,6	86,6
Yüksek Lisans	23	6,7	6,7	93,3
Diğer	23	6,7	6,7	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Çalışmaya katılan öğretmenlerin % 86,6’sı lisans ,%6,7’si yüksek lisans, %6,7’si ise diğer olarak sıkları işaretlemişlerdir. Çalışmaya katılan öğretmenlerin çok az sayıda bir kısmının yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Öğretmenlerin Meslekteki Çalışma Süresi

Meslekte Çalışma Süreniz	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
1-5	32	9,3	9,3	9,3
6-10	43	12,5	12,5	21,8
11-15	100	29,1	29,1	50,9
16-20	80	23,3	23,3	74,1
21-25	56	16,3	16,3	90,4
26 ve Üzeri	29	8,4	8,4	98,8
7	4	1,2	1,2	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 7’de araştırmaya katılan öğretmenlerin meslekte çalışma süreleri gösterilmektedir. Buna göre, tabloya bakıldığında araştırmaya katılan öğretmenlerin %81,2’sinin 6-25 yıldır meslekte oldukları görülmektedir. Bu durum araştırmaya katılan kişilerin daha deneyimli öğretmenlerden seçildiğini göstermektedir.

Tablo 8. Öğretmenlerin Kurumdaki Görevi

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
İdareci	19	5,5	5,5	5,5
Öğretmen	325	94,5	94,5	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 8 incelendiğinde araştırmaya katılan 344 öğretmenden katılımın en yüksek olduğu görev %94,5 (325 kişi) oranla öğretmenlik görevinde olanlar, %5,5 (19 kişi) oranla idareci görevinde olanlar şeklinde görülmektedir. Yukarıdaki tabloya göre öğretmenlerin idareciliği tercih etmediği öğretmenlik mesleklerini sürdürmek istedikleri görülmektedir.

Tablo 9. Öğretmenlerin Görev Yaptıkları Okul

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
İlköğretim	323	93,9	93,9	93,9
Lise	21	6,1	6,1	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 9 çalışmaya katılan öğretmenlerin görev yaptıkları okul tiplerini göstermektedir. Buna göre tablo incelendiğinde çalışmaya katılan öğretmenlerin 323 kişisi (%93,9) ilköğretim okullarında görevli, 21 kişisi (%6,1) liselerde görevli olduğunu göstermektedir.

Tablo 10. İlk Yardımla İlgili Bilginiz Var mı?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	171	49,7	49,7	49,7
Kısmen	121	35,2	35,2	84,9
Hayır	52	15,1	15,1	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 10 incelendiğinde araştırmaya katılan 344 öğretmenin “İlk yardım ile ilgili bilginiz varmı?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı vardır. Öğretmenlerin % 49,7’si (171 kişi) “evet”, %35,2’si “kısmen”, %15,1’i “hayır” seçeneklerini işaretlemişlerdir.

Tablo 11. İlk Yardım Bilgi Donanımı İle İlgili Kendinizi Yeterli Buluyor musunuz?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	52	15,1	15,1	15,1
Kısmen	204	59,3	59,3	74,4
Hayır	88	25,6	25,6	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 11 incelendiğinde araştırmaya katılan 344 öğretmenin “İlk yardım bilgi donanımı ile ilgili kendinizi yeterli buluyor musunuz?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı vardır. Öğretmenlerin % 15,1’i (52 kişi) “evet”, %59,3’ü “kısmen”, %15,1’i “hayır” seçeneklerini işaretlemişlerdir

Tablo 12. Okulda İlk Yardım Gerektiren Durumlarla Sık Karşılaşıyor musunuz ?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	90	26,2	26,2	26,2
Kısmen	185	53,8	53,8	79,9
Hayır	69	20,1	20,1	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 12 ankete katılan öğretmenlerin “İlk yardım gerektiren durumlarla sık karşılaşıyor musunuz ?” sorusuna verilen cevapların dağılımlarını göstermektedir. Tablo incelendiğinde ankete katılan öğretmenlerin %26, 2’sinin “evet” yanıtını, %53,8’inin “kısmen” yanıtını, %20,1’inin “hayır” yanıtını işaretlediği görülmektedir. Buradan; öğretmenlerin okullarda zaman zaman ilk yardım gerektiren durumlarla karşılaştıklarını söyleyebiliriz.

Tablo 13. Okulunuzda Sağlık Çalışanı Var mı ?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	23	6,7	6,7	6,7
Hayır	320	93,0	93,0	99,7
Toplam	343	100,0	100,0	

Tablo 13 ankete katılan öğretmenlerin “Okulunuzda sağlık çalışanı var mı ?” sorusuna verilen cevapların dağılımlarını göstermektedir. Tablo incelendiğinde ankete katılan öğretmenlerin %6,7’sinin “evet” yanıtını, %93’ünün “hayır” yanıtını işaretlediği görülmektedir. Bu da ankete katılan öğretmenlerin çalıştıkları okulların büyük bir kısmında sağlık çalışanı olmadığını ortaya koyuyor.

Tablo 14. Okulunuzda İlk Yardım Dolabı Var mı ?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	292	84,9	84,9	84,9
Hayır	52	15,1	15,1	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 14 ankete katılan öğretmenlerin “Okulunuzda ilk yardım dolabı var mı ?” sorusuna verilen cevapların dağılımlarını göstermektedir. Tablo incelendiğinde ankete katılan öğretmenlerin %84,9’unun “evet” yanıtını, %15,1’inin “hayır” yanıtını işaretlediği görülmektedir. Bu da ankete katılan öğretmenlerin çalıştıkları okulların büyük bir kısmında ilk yardım dolabının olduğunu ortaya koyuyor.

Tablo 15. Karaman İlinde Okullarda Çalışan Personelin İlk Yardım Bilgisi Sizce Yeterli mi ?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	39	11,3	11,3	11,3
Hayır	304	88,4	88,4	99,7
Toplam	343	100,0	100,0	

Tablo 15 ankete katılan öğretmenlerin “Karaman ilinde okullarda çalışan personelin ilk yardım bilgisi sizce yeterlimi ?” sorusuna verilen cevapların dağılımlarını göstermektedir. Tabloya bakıldığında çalışmaya katılan 343 öğretmenden 39 öğretmenin “evet” yanıtını, 304 öğretmenin “hayır” yanıtını verdiği görülmektedir. Tabloya bakıldığında Karaman ilinde okullarda çalışan personelin ilk yardım bilgilerinin yeterli olmadığı görülmektedir.

Tablo 16. Cevabınız Hayır İse İlk Yardım Bilgisinin Artırılması İçin Sizce Neler Yapılması Gerekir ?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Eğitim faaliyetlerinin artırılması	102	29,7	32,5	32,5
Tesislerin ve malzemelerin artırılması	20	5,8	6,4	38,9
Sağlık görevlilerinin artırılması	25	7,3	8,0	46,8
Hepsi	167	48,5	53,2	100,0
Toplam	314	91,3	100,0	
Kayıp Bölüm	30	8,7		
Toplam	344	100,0		

Tablo 16’da Karaman ilinde okullarda çalışan personelin ilk yardım bilgisinin yeterli olmadığını düşünen öğretmenlerin, ilk yardım bilgisinin artırılması için neler yapılması gerektiği sorusuna verilen cevapların dağılımını görmekteyiz. Çalışmaya katılan öğretmenlerin %29,7’si ilk yardım ile ilgili eğitim faaliyetlerinin artırılması gerektiğini, %5,8’i tesislerin ve malzemelerin artırılması gerektiğini, %7,3’ü sağlık görevlilerinin artırılması gerektiğini, %48,5’i ise bunların hepsinin artırılması gerektiğini düşündüğünü görmekteyiz.

Tablo 17. İlk Yardım Uygulaması Gereken Durumlarda En Çok Karşılaştığınız Sorunlar Nelerdir?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Eğitim yetersizliği	108	31,4	31,4	31,4
Tesis ve malzeme eksikliği	37	10,8	10,8	42,2
Sağlık görevlisi yetersizliği	35	10,2	10,2	52,3
Hepsi	164	47,7	47,7	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 17, ilk yardım uygulaması gereken durumlarda öğretmenlerin en çok karşılaştığı sorunların dağılımını göstermektedir. Tabloya göre “İlk yardım gereken durumlarda en çok karşılaştığınız sorunlar nelerdir ?” sorusuna çalışmaya katılan öğretmenlerin %31,4’ü ilk yardımla ilgili eğitim faaliyetlerinin yetersizliği, %10,8’i tesislerin ve malzemelerin eksikliği, %10,2’si sağlık görevlilerinin yetersizliği, %47,7’si ise bunların hepsinin yetersizliği şeklinde cevaplandıklarını görüyoruz.

Tablo 18. İlk Yardım Nedir ?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Olay yerinde ilaç vererek yapılan müdahaledir	5	1,5	1,5	1,5
Hastanede hekim tarafından yapılan müdahaledir	6	1,7	1,7	3,2
Olay yerinde hastanın/yaralının durumunun daha da kötüleşmesini engellemek amacıyla ilaçsız olarak yapılan müdahaledir	333	96,8	96,8	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 18 ankete katılan öğretmenlerin “İlk Yardım Nedir ?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımlarını göstermektedir. Tabloya bakıldığında çalışmaya katılan öğretmenlerin %1,5’inin “Olay yerinde ilaç vererek yapılan müdahaledir” seçeneğini, %1,7’sinin “Hastanede hekim tarafından yapılan müdahaledir” seçeneğini, %96,8’inin ” Olay yerinde, hastanın/yaralının

durumunun daha da kötüleşmesini engellemek amacıyla ilaçsız olarak yapılan müdahaledir” seçeneğini işaretlediği görülmektedir.

Tablo 19. İlk Yardımcı Kimdir ?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Sağlık görevlisi	9	2,6	2,6	2,6
İlk yardım konusunda eğitim almış kişi veya kişiler	314	91,3	91,3	93,9
Diğer	21	6,1	6,1	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 19 ankete katılan öğretmenlerin “İlk Yardımcı Kimdir ?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımlarını göstermektedir. Tabloya bakıldığında çalışmaya katılan öğretmenlerin %2,6’sının “Sağlık görevlisi” seçeneğini, %91,3’ünün “İlk yardım konusunda eğitim almış kişi” seçeneğini, %6,1’inin ”Diğer” seçeneğini işaretlediği görülmektedir.

Tablo 20. Burnu Kanayan Bir Öğrenciye Aşağıdakilerden Hangisi Yapılmamalıdır ?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Başı öne eğilir, burunun üst kısmına baskı yapılır	116	33,7	33,7	33,7
Başı geriye doğru alınır	193	56,1	56,1	89,8
Gerekirse burun üzerine ve enseye buz uygulanır	35	10,2	10,2	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 20 “Burnu kanayan bir öğrenciye aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır ?” sorusuna verilen yanıtların dağılımını göstermektedir. Tabloya bakıldığında araştırmaya katılan 344 öğretmenden 116’sının “başı öne eğilir, burunun üst kısmına baskı yapılır” cevabını verdiği, 193’ünün “başı geriye doğru alınır” cevabını verdiği, 35’inin “gerekirse burun üzerine ve enseye buz uygulanır” cevabını verdiği görülmektedir.

Tablo 21. Karın Bölgesine Yabancı Cisim Saplandığında Hangisi Yapılmamalıdır?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmış Yüzde
Saplanan yabancı cisim hemen bulunduğu bölgeden çıkarılmalı ve kanayan bölgeye basınç yapılmalıdır	201	58,4	58,4	58,4
Yabancı cisim çok uzunsa ucu kesilir ve çevresi simit sargı ile desteklenerek hareketi önlenir	43	12,5	12,5	70,9
Hastanın bilinci açıksa konuşulur ve sakinleştirilmeye çalışılır	11	3,2	3,2	74,1
Saplanan yabancı cisim çıkarılmamalıdır	89	25,9	25,9	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 21 “Karın bölgesine yabancı cisim saplandığında aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır ?” sorusuna verilen yanıtların dağılımını göstermektedir. Tabloya bakıldığında araştırmaya katılan 344 öğretmenden 201’inin “saplanan yabancı cisim hemen bulunduğu bölgeden çıkarılmalı ve kanayan bölgeye basınç yapılmalıdır” cevabını verdiği, 43’ünün “yabancı cisim çok uzunsa ucu kesilir ve çevresi simit sargı ile desteklenerek hareketi önlenir” cevabını verdiği, 11’inin “hastanın bilinci açıksa konuşulur ve sakinleştirilmeye çalışılır” cevabını verdiği, 89’unun “saplanan yabancı cisim çıkarılmamalıdır” cevabını verdiği görülmektedir.

Tablo 22. Epilepsi/Sara Nöbeti Geçiren Bir Öğrenciye Hangisi Yapılmamalıdır?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmış Yüzde
Sıkan giyisileri gevşetilmelidir	18	5,2	5,2	5,2
Kusmaya karşı tedbirli olunmalıdır, yan yatış pozüsyonu verilebilir	34	9,9	9,9	15,1
Kol ve bacaklara bastırarak kasılmalar önlenmeye çalışılır	226	65,7	65,7	80,8
Kasılma henüz tam anlamıyla gerçekleşmemiş ise dişler arasına rulo sargı, kalem vs konulabilir	66	19,2	19,2	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 22 ankete katılan öğretmenlerin “Epilepsi/sara nöbeti geçiren bir öğrenciye hangisi yapılmamalıdır ?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımlarını göstermektedir. Tabloya bakıldığında çalışmaya katılan öğretmenlerin %5,2’sinin “sıkın giyisileri gevşetilmelidir” seçeneğini, %9,9’unun “kusmaya karşı tedbirli olunmalıdır, yan yatış pozüsyonu verilebilir” seçeneğini, %65,7’sinin “kol ve bacaklara bastırarak kasılmalar önlenmeye çalışılır” seçeneğini, %19,2’sinin “Kasılma henüz tam anlamı ile gerçekleşmemiş ise dişler arasına rulo sargı, kalem vs. konulabilir” seçeneğini işaretlediği görülmektedir.

Tablo 23. Astım Nöbeti Geçiren Bir Öğrenciye Hangisinin Yapılması Yanlıştır ?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Sakin olunmalı ve öğrenci rahatlatılmalıdır	34	9,9	9,9	9,9
Öğrenciye gereksiz sorular sorulmamalı ve yanıt vermesi beklenmemelidir	30	8,7	8,7	18,6
Öğrenci kriz esnasında düz bir zemine yatırılmalıdır	183	53,2	53,2	71,8
Öğrenci dik oturur pozisyona getirilmelidir	97	28,2	28,2	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 23 ankete katılan öğretmenlerin “Astım nöbeti geçiren bir öğrenciye hangisinin yapılması yanlıştır ?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımlarını göstermektedir. Tabloya bakıldığında çalışmaya katılan öğretmenlerin %9,9’unun “sakin olunmalı ve öğrenci rahatlatılmalıdır” seçeneğini, %8,7’sinin “öğrenciye gereksiz sorular sorulmamalı ve yanıt vermesi beklenmemelidir” seçeneğini, %53,2’sinin “öğrenci kriz esnasında düz bir zemine yatırılmalıdır” seçeneğini, %28,2’sinin “öğrenci dik oturur pozüsyona getirilmelidir” seçeneğini işaretlediği görülmektedir.

Tablo 24. Hangisi Isı İle Oluşan Yanıklarda Yapılması Yanlış Olan İlk Yardım Uygulamasıdır?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Yanan bölge bir örtü ile kapatılır, hava ile teması önlenir	60	17,4	17,4	17,4
Ödem (şişlik) oluşabileceği düşüncesiyle yüzük, bilezik, saat gibi eşyalar çıkarılır	33	9,6	9,6	27,0
Hastanın bilinci açıksa bol su içirilir	14	4,1	4,1	31,1
Su toplamış yerler patlatılır	237	68,9	68,9	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 24 ankete katılan öğretmenlerin “ısı ile oluşan yanıklarda yapılması yanlış olan ilk yardım uygulaması hangisidir ?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımlarını göstermektedir. Tablo incelendiğinde katılımcıların %17,4’ünün “yanan bölge bir örtü ile kapatılır, hava ile teması önlenir” cevabını verdiğini, %9,6’sının “ödem oluşabileceği düşüncesiyle yüzük, bilezik, saat gibi eşyalar çıkarılır” cevabını verdiğini, %4,1’inin “hastanın bilinci açıksa bol su içirilir” cevabını verdiğini, %68,9’unun “su toplamış yerler patlatılır” cevabını verdiğini görülmektedir. Bu ifadeler doğrultusunda “su toplamış yerler patlatılır” ifadesi ilk yardımda yanlış bir hareket olarak katılımcılar tarafından belirtilmiştir.

Tablo 25. Kalp Durmasında İlk Kaç Dakikada Müdahale Edilmelidir?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
İlk 5 dakika	260	75,6	75,6	75,6
İlk 10 dakika	46	13,4	13,4	89,0
İlk yarım saat	38	11,0	11,0	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 25’e bakıldığında “kalp durmasına ilk kaç dakikada müdahale edilmelidir” sorusuna ankete katılan öğretmenlerin %75,6’sının “ilk 5 dakika” seçeneğini işaretlediğini, bu duruma istinaden kalbi duran bir hasta/yaralıya ilk 5 dakikada müdahale edilmesinin doğru bir hareket olduğu çalışmaya katılanlar tarafından belirtilmiştir.

Tablo 26. Kalp Masajı/Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz ?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	68	19,8	19,8	19,8
Kısmen	185	53,8	53,8	73,5
Hayır	91	26,5	26,5	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 26, çalışmaya katılan öğretmenlerin “kalp masajı/suni solunum yapmayı biliyor musunuz ?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımını gösteriyor. Katılımcıların %19,8’i “evet”, %53,8’i “kısmen”, %26,5’i “hayır” yanıtını verdiğini görüyoruz. Bu cevaplara göre çalışmaya katılan öğretmenlerin büyük bir çoğunluğunun kalp masajı ve suni solunum yapmayı tam olarak bilmediği görülmektedir.

Tablo 27. Kalp Masajı/Suni Solunum Hiç Yaptınız mı ?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	25	7,3	7,3	7,3
Hayır	319	92,7	92,7	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 27, çalışmaya katılan öğretmenlerin “kalp masajı/suni solunum hiç yaptınız mı ?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımını gösteriyor. Tablo incelendiğinde katılımcıların %7,3’ünün “evet”, %92,7’sinin “hayır” yanıtını verdiğini görülmektedir.

Tablo 28. Vücutta Nabız Alınan Bölgeleri Biliyor musunuz?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	324	94,2	94,2	94,2
Hayır	20	5,8	5,8	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 28’de çalışmaya katılan 344 öğretmenin “vücutta nabız alınan bölgeleri biliyor musunuz” sorusuna verdikleri cevapları görüyoruz. Tabloyu incelediğimizde 344 öğretmenin 324’ünün (%94,2) ”evet” yanıtını verdiğini, 20’sinin (%5,8) “hayır” yanıtını verdiğini görmekteyiz. Bu yanıtlar, çalışmaya katılan öğretmenlerin büyük bir bölümünün, vücutta nabız alınan bölgeleri bildiklerini göstermektedir.

Tablo 29. Kalp Masajı Yumuşak Bir Zeminde Uygulanmalıdır.

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	31	9,0	9,0	9,0
Hayır	313	91,0	91,0	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 29, “Kalp masajı yumuşak bir zeminde yapılmalıdır; doğru mu, yanlış mı ?” sorusuna katılımcıların verdikleri cevapların dağılımını göstermektedir. Katılımcıların %9’u “evet” cevabını, %91’i “hayır” cevabını vermiştir. Katılımcıların bu ifadeleri, kalp masajının yumuşak bir zeminde yapılmasının yanlış olduğunu göstermektedir.

Tablo 30. Asitli Madde İçen Bir Kişi Hemen Kusturulmalıdır?

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	129	37,5	37,5	37,5
Hayır	215	62,5	62,5	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 30, “Asitli madde içen bir kişi hemen kusturulmalıdır; doğru mu, yanlış mı ?” sorusuna katılımcıların verdikleri cevapların dağılımını göstermektedir. Katılımcıların %37,5’i (129 kişi) “evet” cevabını, %62,5’i (215 kişi) “hayır” cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan öğretmenlerin verdikleri cevapların oranlarına bakıldığında asitli bir madde içen bir kişinin hemen kusturulmasının doğru bir müdahale olmadığını görmekteyiz.

Tablo 31. Dış Kanamayı Durdurmak İçin Kanayan Yerin Üzerine Basınç Yapılmalıdır.

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	311	90,4	90,4	90,4
Hayır	33	9,6	9,6	100,0
Toplam	344	100,0	100,0	

Tablo 31, çalışmaya katılan öğretmenlerin “Dış kanamayı durdurmak için kanayan yerin üzerine basınç yapılmalıdır; doğru mu, yanlış mı ?” sorusuna verdikleri cevapların oranlarını göstermektedir. Çalışmaya katılan 344 öğretmenin %90,4’ü (311 kişi) “evet” cevabını, %9,6’sı (33 kişi) “hayır” cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan öğretmenlerin verdikleri cevapların oranlarına bakıldığında, dış kanamayı durdurmak için kanayan yerin üzerine basınç yapılmasının doğru bir müdahale olduğunu görmekteyiz.

Tablo 32. Bilinci Kapalı Olan Bir Kişiye Kendisine Gelmesi İçin Su İçirilmelidir.

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılmalı Yüzde
Evet	36	10,5	10,5	10,5
Hayır	307	89,2	89,2	99,7
Toplam	343	100,0	100,0	

Tablo 32, çalışmaya katılan öğretmenlerin “Bilinci kapalı olan bir kişiye kendisine gelmesi için su içirilmelidir; doğru mu, yanlış mı ?” sorusuna verdikleri cevapların oranlarını göstermektedir. Çalışmaya katılan 344 öğretmenin 36’sı (%10,5) “evet” cevabını, 307’si (%89,2) “hayır” cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan öğretmenlerin verdikleri cevapların oranlarına bakıldığında, bilinci kapalı olan bir kişiye kendisine gelmesi için su içirilmesinin doğru bir müdahale olmadığını görmekteyiz.

Tablo 33. Cinsiyete Göre “Epilepsi/Sara Nöbeti Geçiren Bir Öğrenciye Hangisi Yapılmamalıdır?” Sorusuna verilen cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.

			Epilepsi/Sara Nöbeti Geçiren Bir Öğrenciye Aşağıdakilerden Hangisi Yapılmamalıdır?				P
			Sıkan Giyisileri Gevşetilmelidir	Kusmaya Karşı Tedbirli Olunmalıdır, Yan Yatış Pozüsyonu Verilebilir	Kol Ve Bacaklara Bastırarak Kasılmalar Önlenmeye Çalışılır	Kasılma Henüz Tam Anlamıyla Gerçekleşme mi İse Dişler Arasına Rulo Sargı, Kalem Vs Konulabilir	
Cinsiyet	Kadın	N	4	13	91	14	,022
		%	3,3%	10,7%	74,6%	11,5%	
	Erkek	N	14	21	135	52	
		%	6,3%	9,5%	60,8%	23,4%	
Toplam		N	18	34	226	66	
		%	5,2%	9,9%	65,7%	19,2%	

Epilepsi/Sara Nöbeti Geçiren Bir Öğrenciye Aşağıdakilerden Hangisi Yapılmamalıdır? Sorusu ile cinsiyet arasında ki-kare testi ile analiz yapıldığında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık ($p=,022<,05$) bulunmuştur. Bu sorunun cevabını “Kol Ve Bacaklara Bastırarak Kasılmalar Önlenmeye Çalışılır” seçeneğini kadınların 74,6% sı ve erkeklerin 60,8%’ i doğru olarak işaretlemiştirler. Kadınlar bu soruya daha fazla hakimdir denilebilir.

Tablo 34. Cinsiyete Göre “Kalp masajı / Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.

			Kalp Masajı / Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?			P
			Evet	Kısmen	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	N	14	66	42	,004
		%	11,5%	54,1%	34,4%	
	Erkek	N	54	119	49	
		%	24,3%	53,6%	22,1%	
Toplam		N	68	185	91	
		%	19,8%	53,8%	26,5%	

Kalp Masajı / Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz Sorusu ile cinsiyet arasında ki-kare testi ile analiz yapıldığında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık ($p=,004<,05$) bulunmuştur. Bu soruya kadınların 11,5% i ve erkeklerin 24,3% ü evet demişlerdir. Kısmen seçeneğini işaretleyenler birbirine yakın bulunmuştur.

Tablo 35. Cinsiyete Göre “Vücutta Nabız Alınan Bölgeleri Biliyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.

			Vücutta Nabız Alınan Bölgeleri Biliyor musunuz?		P
			Evet	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	N	119	3	,04
		%	97,5%	2,5%	
Erkek	N	205	17		
	%	92,3%	7,7%		
Toplam	N	324	20		
	%	94,2%	5,8%		

Vücutta Nabız Alınan Bölgeleri Biliyor musunuz Sorusu ile cinsiyet arasında ki-kare testi ile analiz yapıldığında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık ($p=,04<,05$) bulunmuştur. Kadınlardan hayır diyenler 2,5% ve erkeklerden 7,7% bulunmuştur. Ancak kadınlardan hayır diyenler 3<5 olduğu için farklılık önemszenmeyebilir.

Tablo 36. Cinsiyete Göre “Asitli Madde İçen Bir Kişi Hemen Kusturulmalıdır.” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.

			Asitli Madde İçen Bir Kişi Hemen Kusturulmalıdır.		P
			Evet	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	N	32	90	,001
		%	26,2%	73,8%	
Erkek	N	97	125		
	%	43,7%	56,3%		
Toplam	N	129	215		
	%	37,5%	62,5%		

Asitli Madde İçen Bir Kişi Hemen Kusturulmalıdır Sorusu ile cinsiyet arasında ki-kare testi ile analiz yapıldığında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık ($p=,001<,05$) bulunmuştur. Bu soruya kadınlar 73,8%, erkekler 56,3% hayır seçeneğini doğru olarak işaretlemişlerdir.

Tablo 37. Branşınız İle ” İlk Yardım Nedir?” Sorusuna Verdikleri Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.

		İlk Yardım Nedir?			P
		Olay Yerinde İlaç Vererek Yapılan Müdahaledir.	Hastanede Hekim Tarafından Yapılan Müdahaledir.	Olay Yerinde Hastanın/Yaralının Durumunun Daha da Kötüleşmesini Engellemek Amacıyla İlaçsız Olarak Yapılan Müdahaledir.	
Branşınız	Sınıf Öğretmeni	2 ,7%	2 ,7%	267 98,5%	,000
	Beden Eğitimi Öğretmeni	3 4,2%	3 4,2%	66 91,7%	
Toplam		5 1,5%	5 1,7%	333 96,8%	

Branşınız ile ” ilk yardım nedir?” sorusuna verdikleri cevapların ki-kare testi ile analizi yapıldığında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p= ,000<,05$), Olay Yerinde Hastanın/Yaralının Durumunun Daha da Kötüleşmesini Engellemek Amacıyla İlaçsız Olarak Yapılan Müdahaledir doğru cevabını 98,5% sınıf öğretmeni ve 91,7% beden eğitimi öğretmeni doğru olarak cevaplamıştır. Ancak hücrelerdeki diğer rakamların 5 den küçük çıkması ve sorunun diğer şıklarının belirgin olarak ilgisizliğinden dolayı bulunan sonuç önemsenmeyebilir.

Tablo 38. Branşınız ile “Kalp Masajı / Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.

			Kalp Masajı / Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?			P
			Evet	Kısmen	Hayır	
Branşınız	Sınıf Öğretmeni	N	33	152	86	,000
		%	12,2%	56,1%	31,7%	
	Beden Eğitimi Öğretmeni	N	35	32	5	
		%	48,6%	44,4%	6,9%	
Toplam		N	68	184	91	
		%	19,8%	53,8%	26,5%	

Branşınız ile “kalp masajı / suni solunum yapmayı biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevapların ki-kare testi ile analizi sonucunda anlamlı bir farklılık ($p= ,000<,05$) bulunmuştur. Sınıf öğretmenlerinin 12,2% si evet, beden eğitimi öğretmenlerinin 48,6% sı evet demiştir. Dolayısıyla beden eğitim öğretmenlerinin bu konuda daha donanımlı olduğu görülmektedir.

Tablo 39. Branşınız İle “Kalp Masajı / Suni Solunum Hiç Yaptınız mı?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.

			Kalp Masajı / Suni Solunum Hiç Yaptınız mı?		P
			Evet	Hayır	
Branşınız	Sınıf Öğretmeni	N	12	259	,000
		%	4,4%	95,6%	
	Beden Eğitimi Öğretmeni	N	13	59	
		%	18,1%	81,9%	
Toplam		N	25	318	
		%	7,3%	92,7%	

Branşınız ile “kalp masajı / suni solunum hiç yaptınız mı?” sorusuna verilen cevapların ki-kare testi ile analizi sonucunda anlamlı bir farklılık ($p=,000<,05$) bulunmuştur. Sınıf öğretmenlerinin 4,4%ü evet derken beden eğitimi öğretmenlerinin 18,1% i evet demiştir.

Tablo 40. Kurumdaki göreviniz ile “Karın Bölgesine Yabancı Cisim Saplandığında Hangisi Yapılmamalıdır?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.

		Karın Bölgesine Yabancı Cisim Saplandığında Aşağıdakilerden Hangisi Yapılmamalıdır?				P
		Saplanan Yabancı Cisim Hemen Bulunduğu Bölgeden Çıkarılmalı Ve Kanayan Bölgeye Basınç Yapılmalıdır.	Yabancı Cisim Çok Uzunsa Ucu Kesilir Ve Çevresi Simit Sargı İle Desteklene rek Hareketi Önlenir.	Hastanın Bilinci Açıkça Konuşulur Ve Sakinleştirilme ye Çalışılır.	Saplanan Yabancı Cisim Çıkarılmam alıdır.	
Kurumdaki İdareci Göreviniz	N	7	2	0	10	,04
	%	36,8%	10,5%	,0%	52,6%	
Öğretmen	N	194	41	11	79	
	%	59,7%	12,6%	3,4%	24,3%	
Toplam	N	201	43	11	89	
	%	58,4%	12,5%	3,2%	25,9%	

Kurumdaki göreviniz ile “Karın Bölgesine Yabancı Cisim Saplandığında Aşağıdakilerden Hangisi Yapılmamalıdır” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi sonucunda anlamlı bir farklılık ($p=,04<,05$) bulunmuştur. Bu soruya idarecilerin 36,8% i ve öğretmenlerin 59,7%si “Saplanan Yabancı Cisim Hemen Bulunduğu Bölgeden Çıkarılmalı ve Kanayan Bölgeye Basınç Yapılmalıdır” doğru cevabını işaretlemişlerdir.

Tablo 41. Görev Yaptığınız Okul İle “Kalp Masajı/ Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?” Sorusuna Verilen Cevapların Ki-Kare Testi İle Analizi.

	Kalp Masajı / Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz?			P	
	Evet	Kısmen	Hayır		
Görev Yaptığınız Okul	İlköğretim	54 16,7%	178 55,1%	91 28,2%	,000
	Lise	14 66,7%	7 33,3%	0 ,0%	
Toplam	68 19,8%	185 53,8%	91 26,5%		

Görev yaptığınız okul ile “kalp masajı/ suni solunum yapmayı biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevapların ki-kare testi ile analizi sonucu anlamlı bir farklılık ($p=,000<,05$) bulunmuştur. İlköğretim de görev yapanların 16,7% si evet derken lisede görev yapanların 66,7% si evet demiştir. Dolayısıyla lisede görev yapanların bu konuda daha etkin olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

Okullarda çalışan öğretmenlerinin karşılaştıkları yaralanmalar genellikle ölümcül olmayan ve önlenmesi kolay yaralanmalardır. Öğretmenlerin sahip oldukları ilk yardım bilgisine göre bu ufak yaralanmaların etkisi azaltılarak iyileşmesi hızlandırılabilir. Yalnız incelediğimiz karamandaki okullarda sürekli bir sağlık personeli bulunmamaktadır. Bu nedenle yaralanmalarda öğretmenlere özellikle sınıf öğretmenlerine ve beden eğitimi öğretmenlerine büyük iş düşmektedir. Herhangi yaralanma olduğunda ilk yardım girişimlerini uygulamak zorundadırlar. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda incelemeye aldığımız sınıf ve beden eğitimi öğretmenlerinin yeterli ilk yardım bilgisine sahip olması gerekmektedir.

Bu araştırma Karaman İl merkezindeki ilköğretim ve liselerde çalışan beden eğitimi ve sınıf öğretmenlerinin cinsiyet, branş, kurumundaki görev, görev yaptığı okul, yaş ve meslekteki çalışma süresine göre ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri incelenmiştir.

Buna göre;

→ Epilepsi/Sara Nöbeti Geçiren Bir Öğrenciye Aşağıdakilerden Hangisi Yapılmamalıdır? Sorusu ile cinsiyet arasında ilişki incelendiğinde kadınların erkeklere oranla epilepsi ya da sara nöbeti esnasında daha doğru ve etkili müdahale ettikleri ortaya çıkmıştır. Bu bilgiler ışığında bayan öğretmenlerin bu konuda kendilerini daha fazla geliştirdikleri anlaşılmıştır.

→ Kalp Masajı / Suni Solunum Yapmayı Biliyor musunuz Sorusu ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde bayan öğretmenlerin 11,5% i ve erkeklerin ise 24,3% ü evet demiştir. Burada öne çıkan en önemli sonuç KISMEN diyenlerin oranının oldukça yüksek çıkmasıdır. Dolayısıyla her iki öğretmenlerin kalp masajı ve suni solunum hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları varsa bile bu bilgilerine güvenmedikleri anlaşılmaktadır.

→ Asitli Madde İçen Bir Kişi Hemen Kusturulmalıdır Sorusunu kadınlar 73,8%, erkekler 56,3% hayır diyerek doğru cevabı cevaplamışlardır. Bu sonuçlara bakıldığında yine kadınların erkeklere oranla büyük farklılık içerdiği görülmüştür.

→ Araştırma kapsamında hem bayan hem de erkek öğretmenlerin büyük çoğunluğunun vücutta nabız alınan bölgeleri çok iyi bildiği görülürken bayanların çok azda olsa yine erkeklere oranla daha çok olduğu anlaşılmıştır.

→ İlk yardım nedir ile yaş ilişkilendirildiğinde 31 ile 45 yaş aralığındaki öğretmenlerin diğerlerine oranla daha ilk yardım nedir sorusunun cevabını verebilmişlerdir.31 yaşın altına gidildikçe ve 45 yaşın üzerine çıkıldıkça oranın düştüğü görülmektedir.

→ Aşağıdakilerden Hangisi Isı İle Oluşan Yanıklarda Yapılması Yanlış Olan İlk Yardım Uygulamasıdır sorusu ile yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılık ise 51-55 ile 26-30 yaş grupları arasında olduğu bulunmuştur.

→ 31 ile 45 yaş aralığında olan öğretmenlerin Kalp Masajı / Suni Solunum Yapmayı Bilen yaş grubu olarak göze çarpmaktadır. 31-45 yaş grubundaki öğretmenlerin daha çok olduğu bu nedenle kendilerini diğerlerine oranla daha fazla yetiştirdiği anlaşılabilir.

→ Araştırmaya katılan öğretmenlerin 233 tanesi “Vücutta Nabız Alınan Bölgeleri Biliyor musunuz?” sorusuna doğru yanıtı vermişlerdir.Ve bu öğretmenlerin yaş aralığı yine 31 ile 45 yaş aralığında oldukları göze çarpmaktadır. Bu sonuçlar ışığında öğretmenlik mesleğinde 31 ile 45 yaş aralığı en verimli yaş olarak düşünülebilir.

→ Kalp Masajı Yumuşak Bir Zeminde Uygulanmalıdır sorusu ile yaş arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (,023) farklılık 20-25 ile 31-35, 36-40, 41-45, 46-50 yaş grupları arasında olduğu (,01) bulunmuştur.

→ Meslekte çalışma süresi ne göre sorular incelendiğinde ise ilk yardımın ne olduğunu 11 ile 25 yıl aralığında çalışan öğretmenlerin doğru cevapladığı anlaşılmıştır. Bu yüzden 11 yılın altında ve 25 yılın üzerinde çalışan öğretmenlerin bu sorunun cevabını daha az ve eksik bildikleri sonucuna varılabilir. Araştırmada “ısı ile oluşan yanıklarda yapılması yanlış olan bir ilk yardım uygulamasıdır” sorusuna doğru cevabı işaretleyenlerden meslekte çalışma süresi 11-15 yıl aralığında da 100 öğretmenin diğerlerine oranla daha fazla oldukları görülmüştür. Yine 11-15 yıl aralığında çalışmış olan öğretmenlerin kalp masajı / suni solunum yapmayı bildikleri öğretmene sayısı diğerlerine oranla yine yüksek çıkmıştır. Bu yüzden meslekte çalışma süresi arttıkça verimliliğin düştüğü söylenebilir. Dış kanamayı durdurmak için kanayan yerin üzerine basınç yapılmalıdır sorusu ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılık 1-5 ile 26 ve üzeri arasındaki sürelerle sahip olan öğretmenlerdir.

→ Yapılan çalışmaya branş bazında beden eğitimi ve sınıf öğretmenleri katılmıştır. Olay Yerinde Hastanın/Yaralının Durumunun Daha da Kötüleşmesini Engellemek Amacıyla İlaçsız Olarak Yapılan Müdahaledir doğru cevabını 98,5% sınıf öğretmeni ve 91,7% beden eğitimi öğretmeni doğru olarak cevaplamıştır. Yalnız katılan sınıf öğretmeni sayısı (271) beden eğitimi

öğretmeni sayısından (73) olması nedeniyle branş bazında beden eğitimi öğretmenlerinin sınıf öğretmenlerine oranla daha bilgilidir denilebilir.

→ Yine bir başka “kalp masajı / suni solunum yapmayı biliyor musunuz?” soruya verilen cevaplar doğrultusunda anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Sınıf öğretmenlerinin 12,2% si evet, beden eğitimi öğretmenlerinin 48,6% sı evet demiştir. Dolayısıyla beden eğitim öğretmenlerinin bu konuda daha donanımlı olduğu görülmektedir.

→ Branşınız ile “kalp masajı / suni solunum hiç yaptınız mı?” sorusuna verilen cevapların ilişisine bakıldığında sınıf öğretmenlerinin 4,4%ü evet derken beden eğitimi öğretmenlerinin 18,1% i evet demiştir. Bu nedenle beden eğitimi öğretmenlerinin kalp masajı ve suni solunum yapmada daha deneyimli oldukları görülmektedir. Bütün bu bilgiler ışığında ilk yardım bilgisi açısından beden eğitimi öğretmenlerinin daha yeterli bilgiye sahip oldukları sonucuna varılabilir.

→ Kurumdaki göreviniz ile “Karın Bölgesine Yabancı Cisim Saplandığında Aşağıdakilerden Hangisi Yapılmamalıdır” Sorusuna Verilen Cevaplar incelendiğinde anlamlı bir farkın olduğu ortaya çıkmıştır. Bu soruya idarecilerin 36,8% i ve öğretmenlerin 59,7% doğru cevabı vermişlerdir. Dolayısıyla öğretmenlerin idarecilere oranla daha doğru cevaba hakim oldukları anlaşılmıştır.

→ Görev yaptığınız okul ile “kalp masajı/ suni solunum yapmayı biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevapların ilişisine bakıldığında ilköğretim de görev yapanların 16,7% si evet derken lisede görev yapanların 66,7% si evet demiştir. Dolayısıyla lisede görev yapanların bu konuda daha fazla hakim oldukları görülmektedir.

SONUÇ

Karaman'daki okullarda olması gereken sağlık ekibinin olmaması yada şartlar gereği bulundurulamaması nedeniyle bütün acil durumlarda ilk görev öğretmenlere düşmektedir. Özellikle sakatlıkların çok yaşandığı beden eğitimi dersi öğretmenlerinin ve her an küçük kazaların yaşanacağı küçük yaştaki öğrenciler arasında olan sınıf öğretmenlerine büyük görev düşmektedir. Bu görev yalnız sahip oldukları ilk yardım bilgisiyle gerçekleşmesi mümkündür. Yapılan çalışmadan anlaşılacağı üzere araştırmaya katılan öğretmenlerin yeterince ilk yardım bilgisine sahip olmadıkları ayrıca ilk yardım bilgisine sahip olsalar bile yeterince deneyime sahip olmadıkları görülmüştür. Verilen cevaplar karşılaştırıldığında beden eğitimi öğretmenlerinin sınıf öğretmenlerine oranla daha donanımlı ve ilk yardım uygulamalarında daha tecrübeli oldukları anlaşılmıştır. Kazanın olduğu anda, olaya erken müdahale etme doğrultusunda tecrübenin önemi atlanamaz. Henüz çevreye alışan ilköğretim öğrencileri için her an kaza riskinin olması

münasebetiyle o anda ilk müdahaleyi yapacak sınıf öğretmenlerinin ilk yardım konusunda daha donanımlı ve tecrübeli hala getirilmeleri için MEB' nin tüm imkânları seferber etmesi gerekmektedir. Elbette ki sadece sınıf öğretmenleri değil başta beden eğitimi öğretmenleri olmak üzere tüm öğretmenlerin, ilk yardım gerektiren bir durumla karşılaştıklarında yapacakları uygulamalar için yeterli ilk yardım bilgisine sahip olmaları gerekir. Bunun da çözümü yeterli bilgi ve donanımla yetiştirilmeleri.

Yapmış olduğumuz bu çalışmanın sonucunda bazı önlemlerin alınması gerektiği ortaya çıkmıştır. İlköğretim yıllarında verilen eğitimin gelecekte de unutulmayıp çocukta yer edinmesi nedeniyle düzenli ve programlı bir ilk yardım dersinin bu dönemlerde verilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Okullarda verilecek ilk yardım eğitiminin temel yaşam desteği ön plana çıkarılmalıdır. Özellikle toplu yaşanan (okul, havaalanları, alışveriş merkezleri,vb.) yerlerde ilk yardımcıları için özel kabinler oluşturulmalı ve halk bu konuda bilinçlendirilmelidir.

İlerleyen dünya ya ayak uydurabilmemiz için sağlıkla ve ilk yardımla ilgili gelişmeleri yakından takip etmeli ve hayata geçirilmelidir. Biliyoruz ki sağlık bakanlığımız okul sağlığı hizmetlerine yönelik genelge hazırlamış ve okullara göndermiştir. Ancak Sağlık Bakanlığımızın hazırlamış olduğu genelge uluslar arası standartlara uygun görevleri içermemektedir. Bu nedenle bazı tanımlar yeniden gözden geçirilmeli ve nitelik kazandırılmalıdır.

Ayrıca okul aile birliği ile işbirliği içinde çalışılarak ilk yardım ekipleri oluşturulmalı ailelerin öğretmenlerin ve idarecilerinde katılmaları sağlanmalıdır. Tüm öğretmenlerin özellikle beden eğitimi ve sınıf öğretmenlerinin ilk yardım bilgileri belli dönemler aralığında yenilenmeleri için seminer veya bilgilendirme toplantıları düzenlenmelidir.

İlk yardımla ilgili tüm halkı bilinçlendirmek ve farkındalığı artırmak için bazı yayın kuruluşlarıyla ortak çalışılmalı ortak programlar yapılmalı ve halk bilinçlendirilmelidir.

KAYNAKÇA

[Acil Durumlarda İlk Yardım. Erişim tarihi: 15 Haziran 2011, http://www.acilveilkyardim.com.](http://www.acilveilkyardim.com)

Ağralı, S. (2002). *Ankara Kalecik Lisesi Öğrencilerinin İlk Yardım Bilgi Düzeyi ve Uygulanan İlk Yardım Eğitiminin Bilgi Düzeyine Etkisi*. Ankara, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Kazaların Epidemiyolojisi ve Demografisi ABD. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Aile sağlığı. 16 haziran 2011, www.ailevadisi.com.

- Akdemir, N. ve Birol, L.(2005). *İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara;Sistem Ofset.
- Alkan, E. ve ark. (2005).Okullarda Sağlık Eğitimi.T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Mevcut Durum Raporu. Ankara.
- Altıntop, L. ve ark. (2000). *Samsun il Merkezinde Görev Yapan Trafik Polislerinin ilk Yardım Eğitimi Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeyleri*. Ulusal Travma Dergisi. 1:52-56.
- Andreoli, T. and et al(2002). *CECIL Essentials Of Medicine (Türkçesi)*. İstanbul;Yüce Reklam /Yayım/Dağıtım AŞ & Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. Ortaklığı, 5. Edisyon. 956.
- Anonymous, Current Health 2 (2005). ProQuest Health and Medical Complete; 32,4
- Anonymous, Child Health Alert (2008). ProQuest Health and Medical Complete;26; pg.4
- Apeg Handbook (1996). *On Childhood And Adolescent Diabets*. Australia: İn: Silink M.Ed.
- Aycan, S. ve ark. (2002).Şeker Hastalığı Ve Beslenme. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Aylaz, R. ve ark.(2009). *The Efficacy of The First Aid Training Program for Apprenticeship Students*. Malatya; İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.16:89-94.
- Badır, A.(2005). *Klinik Cep Kitabı*. İstanbul;Deomed Medikal Yayıncılık.
- Barkın, RM. and ROSEN, P.(1990). *Emergency Pediatrics A Guide To Ambulatory Care*. Mosby Company, Third Edition. 625-633.
- Baysal, Z., Cengiz, M. ve Mordeniz, C.(2007). *Bir Tıp Fakültesi Birinci Sınıfında Uygulanan Temel Yasam Desteği Eğitiminin Değerlendirilmesi*. İstanbul: Sted. 2:17-20.
- Bilgi Düzeyleri. Erzurum, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007, 10:3.
- Bozkurt,A.(1999). *Gecekonuda Yaşayan Annelerin İlk Yardım Yeterlilikleri ve Öğrenme Gereksinimleri*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Halk Eğitim Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Bölükbaşı N. ve ark. (1994). Ordu ili Kız Meslek Lisesi Çocuk Gelişimi Son Sınıf Öğrencilerinin Çocuklara Yönelik ilkyardım Uygulamaları ile ilgili. Ordu;Meb Yayınları.
- Bölükbaşı, N. ve ark. (2007). *Ordu ili Kız Meslek Lisesi Çocuk Gelisimi Son Sınıf Öğrencilerinin Çocuklara Yönelik ilkyardım Uygulamaları ile ilgili Bilgi Düzeyleri*. Erzurum; Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi,10:3.
- Bülbül S, Adolesanlara Sağlık Eğitimi Nasıl Yapılmalı. V. Ulusal Ana Çocuk Sağlık Kongresi Bildiri Özeti. Gaziantep, 2009.

- Carney, CJ.(1999). *Prehospital care-a UK perspective*. British Medical Bulletin 55(No.4):757-766.
- Erefe, İ. ve ark.(1998). *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul; Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:14.
- Gilbert, GG. and Windsor R.(1977). The Ohio State University standart first aid and personel safety achievement test. J School Health .
- <http://www.dask.org.tr>, erişim, 2011
- <http://www.ailem.com>, erişim, 2011
- İl Sağlık Müdürlüğünden Şoförlere İlk Yardım Dersi. GAP Sağlık Dünyası Gazetesi, 15.12.2004, 7.
- İlk Yardım Yönetmeliği , Sağlık Bakanlığında Resmi Gazete Tarih :22.05.2002 , Sayı : 24762 (değişiklikresmigazete18.03.200Sayı:2540)http://www.bsm.gov.tr/docs/ilkyardim_yonetmeli_k.pdf,Erişim tarihi:04.04.2009
- İlk Yardım Bilgileri. www.ssqm.gov.tr erişim, 2011
- İlkova, H. ve ark.(1995). *Şeker Hastaları İçin Beslenme Önerileri*.İstanbul;Lilly İlaç Tic. Ltd. Şti. İstanbul Büyükşehir Belediye' si Sağlık Daire Başkanlığı Acil Yardım ve Can Kurtarma Müdürlüğü ilkyardım Gönüllüleri El Kitabı. İstanbul, 2001.
- Kadayıfçı, A., Karaaslan, Y. ve Köroğlu, E.(2008). *Acil Durumlarda Tanı Ve Tedavi*. Ankara:HYB Basım Yayın , Üçüncü baskı.
- Kakillioğlu, T. ve ark.(2002). *T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İlk Yardım Ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı* , Ankara.
- Karaböcüoğlu, M. ve ark.(2004). *Çocuk Acil Tıp Kitabı*. İstanbul;Çocuk Acil Tıp Ve Yoğun Bakım Derneği Yayın No:6. Çapa Tıp Kitapevi Ve Yayın Hizmetleri, 1.Baskı.
- Kitiş, Y., ve Karakum, F.(2003). *Diyabetlilerin Oral Hipoglisemik İlaç/İnsülin Kullanma ve Beslenmeye İlişkin Riskli Davranışları*. Hemşirelik Forumu, 6(6), 48-55.
- Kocatürk, C. (2007). *Yeni Klavuzla Göre Düzenlenmiş İlk Yardım El Kitabı* , Tumer Eğitim Yayıncılık Ltd . Şti . , Dördüncü baskı.
- Koç, MA.(1994). *Bir Grup Hekim Dışı Sağlık Personeli İle Sağlık Meslek Lisesi Son Sınıf Öğrencilerinin İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kutlu, A. ve Kapıcıoğlu, S.,(1997). *Kazalar Ve Acil Tedaviler*. Konya; Selçuk Üniversitesi Basımevi, Birinci Baskı.

- Lerner, EB. and Mascoti, M. (2001). The Golden Hour : Scientific Fact Or Medical 'Urban Legend' Acad Emerg Med :8:758-760
- Nazik B. 0-6 Yas Çocuğu Olan Annelere Verilen Ev Kazalarında ilk Yardım Eğitimi Modellerinin Araştırılması, Ankara, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 1997.
- Olgun, N., Aslan, F. ve Kuguoglu, S. (1998). *Acil Bakım*. İstanbul; Çevik Matbaası Yüce Yayın.
- Olgun, N., Aslan, F. ve Kuguoglu, S. (2001). *Acil Bakım*. İstanbul; Çevik Matbaası Yüce Yayın.
- Olympia R, Wan E, Avner J. The Preparedness Of Schools To Respond To Emergencies In Children A National Survey Of School Nurses. Pediatrics. 2005, 116:738-45.
- Öngün, N. (2001). *Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet Ve Astımı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Yaklaşımları*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Neyzi, O. (1994). Anne Ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. İstanbul; Nobel Tıp Kitapevleri.
- Oktay, C. (2002). Afetlerde Hastane Öncesi Müdahale Ve Triyaj, *Sted Dergisi*, cilt:11, sayı:4, sy:136-139
- Öz, H. (2000). İlk Ve Acil Yardım, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Kitle Yaralanmaları Ve Afet Hekimliği Sempozyumu, s:23-38.
- Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara; İmaj İç Ve Dış Ticaret AŞ, Ankara.
- Özcan, Ü. ve Türkeş, M. (2007). *İlk Yardım Eğitimi El Kitabı*. İstanbul; Alfa yayınları.
- Özdamar, K. (2003). *SPSS ile Biyoistatistik*. Eskişehir; Kaan Kitabevi, Beşinci Baskı.
- Özdemir, O. (2006), *Medikal İstatistik*, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd.Şti., Birinci Baskı, İstanbul.
- Özdoğan, M., Ağalar, F., Eryılmaz, M. ve Özel, G. (2006). *Travma Olgularında Hastane Öncesi Yaşam Desteği Seçimi*. Temel Ve İleri Yaşam Desteği, Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi, vol : 12 issue :2 : 87-94.
- Özer, E. (2004). *Diyabet Ve Diyabetle İlişkili Komplikasyonların Önlenmesi Ve Tedavisi İçin Kanıt Dayalı Beslenme Prensipleri Ve Önerileri*. Diyabet Forumu, 1(1-2), 43-48.
- Pampal, S., Korgal, E. ve Dindar, H. (2001). *Sağlık ve Trafik Eğitimi*. Ankara; Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.
- Perkins, GD., Hulme, J., Shore, HS. and Bion, JF. (1999). *Basic life support training for health care students*. Resuscitation, 41: 19-23.
- Plantz, SH. and Adler, JN. (1998). *Nms emergency medicine*. Ankara; Middle east edition.

- Polat, A. ve Turacı, G.(2003). *Bir Polis Okulundaki Öğrencilerin ilkyardım Konusundaki Bilgi ve Tutumları*. Elazığ, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD,2:27-32.
- Prevention and First Aid Treatment (2007). University of Toronto Faculty of Medicine. 33:347-351.
- Rasmus, A. and Czekajlo MS.(2000). A national survey of the Polish population's cardiopulmonary resuscitation knowledge. Eur J Emerg Med .
- Resmi Gazete. İlkyardım Yönetmeliği. Tarih: 22.05.2002, sayı: 24762.
- Rodoplu, Ü.(2003). *Herkes için ilk yardım*. Türkiye acil tıp derneği. İstanbul: Om Yayınevi, 1. Baskı.
- Rodoplu, Ü.(2003). *Herkes için ilkyardım*. İstanbul;Om Yayınevi.
- Savaşer, F.(2001). *Çankırı ilinde görev yapan hekim dışı sağlık personeli ile lise öğretmenlerinin ilk yardım konusunda bilgi düzeylerinin karşılaştırılması*, yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara üniversitesi, sağlık bilimleri enstitüsü, Ankara.
- Senol, V., Çetinkaya, F. ve Yıldırım, C. (1999). Otobüs ve Kamyon Soförlerinin ilk Yardım Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ulusal Travma Dergisi, 5:19-23.
- Somyürek, H.(1990). *İlkyardım*. Ankara;Somgür Eğitim Hizmetleri Yayıncılık.
- Somyürek, Hİ.(1998). *İlk Yardım*. Ankara; Somgür Eğitim Hizmetleri Yayıncılık Ltd.Şti.,18. Baskı.
- Sözen , C.(1997). *İlk yardım ders kitabı*. Konya: Atlas Kitapevi.
- Sözen, C.(2002). *İlk Yardım*. Ankara; Nobel Yayın Dağıtım,Üçüncü Baskı.
- Süzen, B. ve İnan, H. (2003). *İlk yardım*. İstanbul; Birol Basın Yayın Dağıtım ve Ticaret LMT.ŞTİ.2.baskı.
- Süzen, B. ve İnan, H.(2002). *İlk yardım*. İstanbul; Birol Basın Yayınevi. 1.Baskı.
- T.C. Bayındırlık ve İskân Bakanlığı (2004). Ankara; Deprem Surası 2004 Eğitim Komisyonu Raporu.
- T.C. İç İşleri Bakanlığı Sivil Savunma Genel Müdürlüğü Yayını. İlkyardım. Yayın No:55,Ankara, Ogun Matbaacılık, 1991.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği. Ankara, 2000.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. Ankara, Barok Matbaacılık, 2001.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı Ve Tedavi Rehberleri, 2003.

- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı ,2006.
- Tabak, R. ve Somyürek, H.(2007). *Hemsireler İçin Temel İlk Yardım Ve Acil Bakım*. Ankara; Palme Yayıncılık.
- Tabak,R,S.,Somyürek,İ., (2008) *Hemsireler İçin Temel İlk Yardım Ve Acil Bakım* , Palme Yayıncılık, Ankara.
- Tan, E. and et al (2006). *First Aid And Basic Life Support Of Junior Doctors A Prospective Study In Nijmegen The Netherlands*. Med Teach. 28:189-92.
- Taviloğlu, K., Ertekin, C. ve Güloğlu, R.(2006). *Travma Ve Resüsitasyon Kursu*. İstanbul; Logos Yayıncılık.
- Tıntınallı, J. and Et al(1996). *Emergency medicine a comprehensive study guide*. International edition, fourt edition.
- Toprak İ. Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Subesi. İstanbul, 2006.
- Troiano P, Masaryk J, Stueven HA, et al. (1989). The effect of bystander CPR on neurologic outcome in survivors of prehospital cardiac arrests. *Resuscitation* .
- Tosun, U. ve ark.(2009).*Yeni Mezun Paramediklerin ilk ve Acil Yardım Teorik/Uygulamalı Eğitim Düzeyi ve Yeterlilik Alguları*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8:291-296.
- TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Veri Tabanı-<http://report.tuik.gov.tr/reports/>,erişim tarihi : 05.06.2009
- Türkiye Kızılay Derneği Sağlık İşleri ve Eğitim Müdürlüğü.İlk Yardım Eğitim Rehberi. Ankara, 2001.
- Uçar, M.(2007). *Hepimiz İçin A'dan Z'ye İlk Yardım*. Ankara,;Atlas Kitapçılık.
- Usaklı, H. ve Cengiz, N.(2001). *Usak İl Merkezinde Görevli Sınıf Öğretmenlerinin ilkyardım Bilgi Seviyelerinin Arastırılması*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi. 2:24-26.
- Üner, S., Özcebe, H., ve Çetik, H.(2009). *Farklı Sosyoekonomik Düzeylerde Yer Alan Üç Lisenin Birinci Sınıf Öğrencilerinde Yaralanma ve Risk Faktörleri*. Türkiye Klinikleri J Med Sci,29:180-188.
- Ünsaldı, T.(1994). *İlk yardım ders kitabı*.Sivas;Cumhuriyet üniversitesi yayınları.
- Vaizoglu, S. ve ark.(2003).*İlköğretim Öğrencilerinin Temel İlk Yardım Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesinde Soru Teknininin Etkisi*. Ankara; Sted,6:227-230 .

- Yılmaz, C.(2002). Diyabet Hemşiresi El Kitabı.İzmir; Asya Tıp Yayıncılık Ltd. Şti.
- Yolsal, M. ve Atasoy, S. (2000). *İlk yardım*(sağlık meslek liseleri tıbbi sekreterlik bölümü için), İstanbul.
- Yürügen, B. ve Durna, Z.(1992). *Afetlerde Hemsirelik Bakımı Ve ilkyardım*. Eskisehir; Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını.
- Yürümez, Y. ve ark.(2007). *Okul Öncesi Eğitim Kurumlarında Çalışan Personelin İlk Yardım Ve Temel Yasam Destegi Konularındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Akademik Acil Tıp Dergisi,3:17-20.

BİLİMSEL ANKET

Değerli Öğretmenim;

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalında “**Karaman İl Merkezindeki Beden Eğitimi Öğretmenlerinin ve Sınıf Öğretmenlerinin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması**” konusunda Yüksek Lisans Tez çalışması yapmaktayım. Bu çalışma bilimsel bir amaçla kullanılacak olup, verdiğiniz cevaplar başka bir amaçla kullanılmayacaktır.

Araştırmanın amaçlarına ulaşabilmesi sizlerin iş birliği ve yardımınızla mümkün olabilecektir. Araştırma açısından büyük önem taşıyan ilgi, destek ve katkılarınız için içtenlikle teşekkür ederim.

Arş. Gör. Ahmet ŞAHİN
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi
Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokul

KİŞİSEL BİLGİLER

Bu bölümdeki sorular çoktan seçmeli olarak sorulmuştur. Size uygun olan seçeneğin yanındaki parantezin içerisine (x) işareti koyarak belirtiniz.

1. Cinsiyetiniz ?

Kadın Erkek

2. Yaşınız ?

20-25 26 -30 31-35 36-40
 41-45 46-50 51-55 56 ve üzeri

3. Medeni Durumunuz ?

Bekar Evli Eşinden Boşanmış Eşi Ölmüş

4. Eğitim Durumunuz ?

Lisans Yüksek Lisans Diğer (Lütfen Belirtiniz).....

5. Branşınız ?

Sınıf Öğretmeni Beden Eğitimi Öğretmeni

6. Öğretmenlik Mesleğinde Çalışma Süreniz ?

1-5 6-10 11-15 16-20
 21-25 26 ve üzeri

7. Kurumdaki Göreviniz ?

İdareci Öğretmen

8. Görev Yaptığınız Okul ?

İlköğretim Lise

9. İlk yardım ile ilgili bilginiz var mı?

Evet Kısmen Hayır

10. İlk yardımla ilgili bir eğitim aldınız mı?

Evet Kısmen Hayır

11. İlk yardım bilgi donanımı ile ilgili kendinizi yeterli buluyor musunuz?

Evet Kısmen Hayır

12. Okulda ilk yardım gerektiren durumlara sık karşılaşıyor musunuz ?

Evet Kısmen Hayır

13. Okulunuzda sağlık çalışanı var mı?

Evet Hayır

14. Okulunuzda ilk yardım dolabı var mı ?

Evet Hayır

15. Karaman ilindeki okullarda çalışan personelin ilk yardım bilgisi sizce yeterli mi ?

Eğitim Hayır

16. Cevabınız hayır ise ilkyardım bilgisinin artırılması için sizce neler yapılması gerekir ?

Eğitim faaliyetlerinin artırılması Tesislerin ve Malzemelerin artırılması

Sağlık Görevlilerinin artırılması Hepsi

17. İlk yardım uygulaması gereken durumlarda en çok karşılaştığınız sorunlar nelerdir ?

Eğitim yetersizliği Tesis ve Malzeme Eksikliği

Sağlık Görevlisi Yetersizliği Hepsi

BÖLÜM II

Bu bölümde İlk yardım bilgisini ölçmek amacıyla 15 adet soru bulunmaktadır. Bu soruları lütfen üzerindeki ölçeği dikkate alarak cevaplayınız.

18. İlk yardım nedir?

- Olay yerinde ilaç vererek yapılan müdahaledir.
- Hastanede hekim tarafından yapılan müdahaledir.
- Olay yerinde hastanın / yaralının durumunun daha da kötüleşmesini engellemek amacıyla ilaçsız olarak yapılan müdahaledir.

19. İlk yardımcı kimdir?

- Sağlık görevlisi
- İlk Yardım Konusunda eğitim almış kişi veya kişiler
- Diğer (Lütfen Belirtiniz)

20. Burnu kanayan bir öğrenciye aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır?

- Başı öne eğilir , burnun üst kısmına baskı yapılır.
- Başı geriye doğru alınır.
- Gerekirse burun üzerine ve enseye buz uygulanır.

21. Karın bölgesine yabancı cisim saplandığında aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır?

- Saplanan yabancı cisim hemen bulunduğu bölgeden çıkarılmalı ve kanayan bölgeye baskı yapılmalıdır.
- Yabancı cisim çok uzunsa ucu kesilir ve çevresi simit sargı ile desteklenerek hareketi önlenir.
- Hastanın bilinci açıksa konuşulur ve sakinleştirilmeye çalışılır.
- Saplanan yabancı cisim çıkarılmamalıdır.

22. Epilepsi / sara nöbeti geçiren bir öğrenciye aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır ?

- Sıkran giysileri gevşetilir.
- Kusmaya karşı tedbirli olunmalıdır , yan yatış pozisyonu verilebilir.
- Kol ve bacaklara bastırarak kasılmalar önlenmeye çalışılır.
- Kasılma henüz tam anlamıyla gerçekleşmemişse dişler arasına rulo sargı , kalem vs. konulabilir.

23. Astım nöbeti geçiren bir öğrenciye aşağıdakilerden hangisinin yapılması yanlıştır ?

- Sakin olunmalı ve öğrenci rahatlatılmalıdır.
- Öğrenciye gereksiz sorular sorulmamalı ve yanıt vermesi beklenmemelidir.
- Öğrenci kriz esnasında düz bir zemine yatırılmalıdır.
- Öğrenci dik oturur pozisyona getirilmelidir.

24. Aşağıdakilerden hangisi ısı ile oluşan yanıklarda yapılması yanlış olan ilk yardım uygulamasıdır ?

- Yanan bölge bir örtü ile kapatılır , hava ile teması önlenir.
- Ödem (şişlik) oluşabileceği düşüncesiyle yüzük , bilezik , saat gibi eşyalar çıkarılır.
- Hastanın bilinci açıksa bol su içirilir.
- Su toplamış yerler patlatılır.

25. Kalp durmasına ilk kaç dakikada müdahale edilmelidir?

- ilk 5 dakika ilk 10 dakika ilk yarım saat

26. Kalp masajı/suni solunum yapmayı biliyor musunuz ?

- Evet Kısmen Hayır

27. Kalp masajı/suni solunum hiç yaptınız mı?

- Evet Hayır

28. Vücutta nabız alınan bölgeleri biliyor musunuz ?

- Evet Hayır
Cevabınız evet ise bir örnek veriniz :.....

29. Kalp masajı yumuşak bir zeminde uygulanmalıdır.

- Evet Hayır

30. Asitli madde içen bir kişi hemen kusturulmalıdır.

- Evet Hayır

31. Dış kanamayı durdurmak için kanayan yerin üzerine basınç yapılmalıdır.

- Evet Hayır

32. Bilinci kapalı olan bir kişiye kendisine gelmesi için su içirilmelidir.

- Evet Hayır

ANKET BİTMİŞTİR TEŞEKKÜR EDERİM