



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTA YAKINLARININ
TEMEL YAŞAM DESTEĞİ FARKINDALIĞI VE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZUHAL YALDIR

**DANIŞMAN
Doç. Dr. ÖZLEM ÖRSAL**

2019



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTA YAKINLARININ
TEMEL YAŞAM DESTEĞİ FARKINDALIĞI VE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZUHAL YALDIR

**DANIŞMAN
Doç. Dr. ÖZLEM ÖRSAL**

2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

Zuhal YALDIR'ın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Acil Servise Başvuran Hasta Yakınlarının Temel Yaşam Desteği Farkındalığı ve Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "**KABUL**" edilmiştir.

Tarih
26 / 07 / 2019

Üye: Prof.Dr. Gülümser KUBLAY



Üye: Prof.Dr. Naile BİLGİLİ



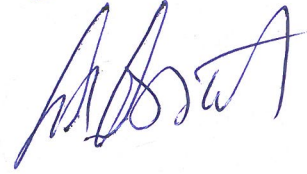
Üye: Doç.Dr. Güler BALCI ALPARSLAN



Üye: Doç.Dr. Nurdan ACAR



Üye: Doç.Dr. Özlem ÖRSAL (DANIŞMAN)



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ... / ... / ... tarih ve ... / ... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Özkan ALATAŞ
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, acil servise başvuran hasta yakınlarının temel yaşam desteği farkındalığı ve sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma, Ocak- Şubat 2018 tarih aralığında Eskişehir ili yetişkin acil servise başvuru yapan çalışmaya gönüllü katılan 555 hasta yakını üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veriler; hasta yakınlarının demografik özellikleri, acil servise başvuru özellikleri ve temel yaşam desteği ile ilgili bilgilerini ölçmeye yönelik bilgi toplama formu ve Yetişkinlerde fonksiyonel sağlık okuryazarlığı kısa testi / S-TOFHLA ile toplanmıştır. Çalışmanın istatistiksel analizlerinde, Ki-kare, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların %57.7'si erkek, %42.3'ü kadın olup, yaş ortalaması $35,96 \pm 11,85$ yıldır. Hasta yakınlarının %57.7'si TYD bilmediği saptandı. Kadınların, 46 yaş ve üzerinde olanların, ortaokuldan daha az öğrenime sahip olanların, evli olanların, diğer ulaşım şekli ile acil servise ulaşanların, temel yaşam desteği eğitimi almamış olanların, kalp masajı yapmayı bilmediğini ifade edenlerin, kalp masajı ve suni solunum oranını bilmeyenlerin, kalp hızını bilmeyenlerin, TYD uygulaması yetkisi olmayanların, daha önce herhangi bir şekilde ani ölüm olayına tanık olmayanların, çekinmeden suni solunum/ kalp masajı yaparım diyenlerin TYD bilmeme oranının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır (her biri için; $p < 0,01$).

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanı ortalama 9.74 ± 3.31 olup, TYD bilenlerin puanı 8.0, bilmeyenlerin 10.00 idi. Sağlık okuryazarlığı puanı TYD bilmeyenlerin, TYD eğitimi almayanların, bilinç kontrolü yapmayı bilmeyenlerin, solunum kontrolü yapmayı bilmeyenlerin, dolaşım kontrolü yapmayı bilmeyenlerin, kalp masajı yapmayı bilmeyenlerin daha yüksekti. Sağlık okuryazarlığı puanı, sağlık personelinin, daha önce ani ölüm olayına tanık olanların, suni solunum ve kalp masajını çekinmeden yapanların ve poliklinik hizmetlerine ulaşamayanların düşüktü.

Acil servise motor, bisiklet vb. diğer ulaşım şekillerini kullanan katılımcıların, daha önce acil başvurusu olup verilen tedaviyi anlayamayan (tedavi uyumsuzluğu bulunan) katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Sonuç: Çalışma grubunun yarısı TYD bilmiyor. Sağlık okuryazarlığı TYD bilenlerin, TYD eğitimi alanların, bilinç kontrolü yapmayı bilenlerin, solunum kontrolü yapmayı bilenlerin, dolaşım kontrolü yapmayı bilenlerin, kalp masajı yapmayı bilenlerin, sağlık personelinin, daha önce ani ölüm olayına tanık olanların, suni solunum ve kalp masajını çekinmeden yapanların ve poliklinik hizmetlerine ulaşamayanların düşüktür.

Anahtar Kelimeler: Temel yaşam desteği, sağlık okuryazarlığı, acil servis, hasta yakını

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to determine Evaluation of Basic Life Support Awareness and Health Literacy of Patient Relatives Who Apply for Emergency Services.

Methods: The study was conducted on 555 volunteers who applied to the adult emergency department in Eskişehir between January-February 2018. Data were collected with 21 questions related to information collection form for measuring patient relatives' demographics, emergency room referral characteristics and basic life support information, and functional health literacy short test in adults / s-TOFHLA. Statistical analysis was performed using chi-square, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis analysis.

Results: The study group consisted of 57.7% male, 42.3% female and the mean age was 35.96 ± 11.85 years. It was found that 57.7% of patient relatives did not know the basic life support. Women, those aged 46 and over, those who have less education than secondary school, who are married, who reach the emergency room by other means of transportation, who have not received basic life support training, who stated that they do not know how to perform cardiac massage, who do not know heart rate and artificial respiration rate, heart rate It is statistically significant that those who do not know, who do not have the authority to perform TYD, who have not witnessed sudden death in any way and who do not hesitate to use artificial respiration / cardiac massage, have a high rate of not knowing basic life support ($p < 0.01$ for each).

The health literacy score of the participants was 9.94 ± 3.31 on average and the score of the basic life support experts was 8.0 and the ones who did not know was 10.00. Health literacy score was higher among those who did not know basic life support, those who did not receive basic life support education, those who did not know how to control consciousness, those who did not know how to do respiratory control, those who did not know how to perform circulatory control, and those who did not know how to perform heart massage. Health literacy score was low for health personnel, those who had witnessed sudden death, those who had not given artificial respiration and cardiac massage without any hesitation, and those who could not access polyclinic services.

To the emergency room for motor, bike, etc. participants using other forms of Transportation have significantly lower levels of health literacy than participants who do not understand the treatment (with treatment incompatibility) that had previously been given an emergency application.

Conclusion: Half of research group do not know basic life support. Health literacy score was higher among those who did not know basic life support,

those who receive basic life support education, those who know how to control consciousness, those who know how to do respiratory control, those who know how to perform circulatory control, and those who know how to perform heart massage. Health literacy score was low for health personnel, those who had witnessed sudden death, those who had given artificial respiration and cardiac massage without any hesitation, and those who could not access polyclinic services.

Keywords: Basic life support, health literacy, emergency services, patient relatives



İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	i
KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
ÖZET	iii
SUMMARY	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO DİZİNİ	viii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	9
2. GENEL BİLGİLER	11
2.1. Temel Yaşam Desteği (TYD)	11
2.2. İleri Kardiyak Yaşam Desteği	12
2.2.1. Otomatik Eksternal Defibrilatörler	12
2.3. Sağlık Okuryazarlığı	13
2.3.1. Sağlık hizmeti kullanıcıları için SOY	15
2.3.2. SOY İçin Bilgiye Erişim Kaynakları	15
2.4. Sağlık Okuryazarlığı, Temel Yaşam Desteği ve Halk Sağlığı Hemşireliği	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Çalışma Grubu	18
3.2. Veri Toplama Araçları	18
3.2.1. Anket Formu	18
3.2.2. Yetişkinlerde fonksiyonel sağlık okuryazarlığı kısa testi (SOT) .	20
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	20
3.5. Etik Boyutu	20
4. BULGULAR	21
4.1. Katılımcıların demografik özellikleri.	21
4.2. Katılımcıların TYD bilgilerini ve becerilerini bilme durumlarına göre dağılımı	22
4.3. Katılımcıların TYD bilme durumlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	23
4.4. Katılımcıların TYD bilme durumlarının acil servis başvuru özelliklerine göre dağılımı	24
4.5. Katılımcıların TYD bilme durumunun TYD ile ilgili bazı tutum ve davranış özelliklerine göre dağılımı	25
4.6. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları puan ortancalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	26
4.7. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları puan ortancalarının acil servis başvurularının özelliklerine göre dağılımı	27
4.8. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları puan ortancalarının TYD ile ilgili bazı tutum ve davranış özelliklerine göre dağılımı	28
5. TARTIŞMA	29
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	33
KAYNAKLAR DİZİNİ	35

EKLER DİZİNİ	41
ÖZGEÇMİŞ	48



Tablo Dizini

Tablo.4.1. Katılımcıların demografik özellikleri.....	21
Tablo.4.2. Katılımcıların TYD bilgilerini ve becerilerini bilme durumlarına göre dağılımı	22
Tablo.4.3. Katılımcıların TYD bilme durumlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	23
Tablo.4.4. Katılımcıların TYD bilme durumlarının acil servis başvuru özelliklerine göre dağılımı	24
Tablo 4.5: Katılımcıların TYD bilme durumunun TYD ile ilgili bazı tutum ve davranış özelliklerine göre dağılımı.....	25
Tablo.4.6. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları puan ortancalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	26
Tablo.4.7. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları puan ortancalarının acil servis başvurularının özelliklerine göre dağılımı	27
Tablo.4.8. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları puan ortancalarının TYD ile ilgili bazı tutum ve davranış özelliklerine göre dağılımı.....	28

Simge ve Kısaltmalar Dizini

AKÖ: Ani Kardiyak Ölüm

TYD: Temel yaşam desteği

İKYD: İleri kardiyak yaşam desteği

HDKA: Hastane dışı gelişen ani kardiyak arrest

AHA: Amerikan Kalp Derneği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ILCOR: Uluslararası Resüsitasyon Liyezon Komitesi

TATD: Türkiye Acil Tıp Derneği

C: Circulation - Dolaşım

A: Airway -Havayolu

B: Breathing- Solunum

D: Defibrillation

OED: Otomatik eksternal defibrilatörler

SOY: Sağlık okuryazarlığı

ERC: Avrupa Resüsitasyon Konseyi

SOT / S-TOFHLA: Yetişkinlerde fonksiyonel sağlık okuryazarlığı kısa testi

1-GİRİŞ VE AMAÇ

Kardiyak arrest, kardiyak fonksiyonların durması veya büyük arterlerde nabız alınamaması; solunum ve bilinç kaybı ile karakterize ani ve beklenmedik şekilde gelişen bir tablodur (Oğuztürk, 2011). Ani ölümler çeşitli nedenlere bağlı olarak meydana gelse de, AKÖ belirtisi genelde kardiyak arresttir (Efil S, 2015). Kardiyak arrest Dünya’da her yıl milyonlarca insanın esas ölüm sebebidir (Puttgen, 2009). Türkiye’de ise hastane dışı gelişen ani kardiyak arrest verileri yetersizdir. İlk müdahaleyi yapanların uygulamış olduğu temel yaşam desteğiyle hayatta kalım artar. (Tanrıöver, 2011).

Temel yaşam desteği (TYD) pek çok Avrupa ülkesinde önemi çok iyi anlaşılmasına karşın, kardiyak arrestte tanık olma oranı daha sık (%37) hatta tanık olunanlarda TYD uygulama oranı çok düşüktür (%44) (Berdowski J. B., 2011) (McNally, 2011). TYD tanıklarca erken başlatılması, yardım gelinceye kadar yapılan doğru kalp masajının Berdowski’nin yapmış olduğu çalışmada arrest sonrası yaşamı arttırdığı görülmüş, bununla her yıl yaklaşık 50 bin hayatın kurtarılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir (Berdowski J. B., 2010). Türkiyede ise halkımız tarafından tanık olunan arest vakalarında TYD başlanması nadirdir (Özbilgin, 2015). Bunun nedeni belki de, TYD için gerekli eğitimin Avrupa ülkelerinde yaygın biçimde uygulansa da ülkemizin geneline yayılamamış olması olabilir.

Zamanında yapılacak etkili ve basit yöntemlerle hastane dışındaki TYD eğitimi almış sağlık dışı halktan kurtarıcılarının hızlıca müdahale etmeleriyle hayat kurtarmak mümkün olabilmektedir. Öğretmenler, tıp fakültesi ve hemşirelik öğrencileri, ilk yardımla karşılaşmaları muhtemel risk grupları (polis, itfaiye, güvenlik görevlileri, can kurtaran, okul idarecileri, anne ve babalar) üzerinde yapılan çalışmalarda toplumun katılımıyla çok daha etkili olacağı görülmüştür (Kandış H, 2014); (Özyürek, 2013); (Rızalar S, 2015).

Hastane dışında Kardiyak arrest sonrası hastanın hayatının kurtarılması en kısa sürede başlatılacak TYD ve İleri Kardiyak Yaşam desteği (İKYD) için ambulans veya hastaneye ulaşmasına bağlıdır (Bukıran, 2009). Bir başka deyişle TYD’nin dört ana basamağı vardır. Erken ulaşım, erken kalp masajı, erken defibrilasyon ve erken ileri kardiyak yaşam desteğidir (Al, 2013). Temel yaşam desteği kardiyak arrest olgularında hava yolunu açma, yeterli solunum desteği ve kalp masajı yoluyla organlarının dolaşımını sağlama çabasıdır. Olay yerine profesyonel bir ekip gelene kadar bu konuda eğitilmiş genellikle profesyonel olmayan bireyler tarafından her hangi bir malzeme ve ilaç olmadan uygulanabilmektedir (Bukıran, 2009). TYD sağ kalımın artırılması için yeterli derinlikte bası (kurtarıcının becerisi ve kaliteli kalp masajı) önemlidir (Akbulut, 2011). Olay yerinde TYD uygulanan hastaların sağ kalım oranları %2,8 iken, uygulanmayanlarda bu oranın %1’e gerilediği görülmüştür. Erken TYD sağ kalımı artırdığı halde genellikle profesyoneller gelene kadar TYD’ne başlanmamaktadır (Kaan, Kurt, & Gürsoy, Üniversite Hastanesinde Temel Yaşam Desteği ve Defibrilasyon Kursu Sonuçlarının Değerlendirilmesi, 2010); (Özding, 2014).

İleri kardiyak yaşam desteği ise olay yerinde, ambulanda ya da hastane ortamında uygulanabilir olup; beraberinde yeterli malzeme, ilaç ve

profesyonel ekip gerektirmektedir. Tek başına TYD uygulanıp İKYD uygulanmayan arrestlerde TYD başarı şansı oldukça düşmektedir (Bukıran, 2009). Hatta Amerikan Kalp Derneği (AHA) tarafından hazırlanan kılavuzlara göre Hastane dışı kardiyak arrestlerde eğitilmiş kişilerce TYD ve defibrilasyon uygulamasının tek başına TYD uygulamasına nazaran yaşam şansını artırdığı ileri sürülmektedir (Al, 2013). Bunların da %4' Acil Tıp Ekibi gelmeden önce bir eksternal defibrilator ile tedavi edilmektedir (Berdowski J. B., 2011) (McNally, 2011). Çalışmalarda 5-7 dakika içinde defibrilasyon uygulanması durumunda ani kardiyak arrestten sağ kalımın %30-45 kadar arttığı görülmüştür (Akbulut, 2011).

Toplum tarafından TYD'nin anlaşılabilirliği, sağlık okuryazarlığı ile incelenmektedir. Çünkü tanıklar TYD'nin önemli olduğunu bilmesine rağmen doğru Şekilde anlayamamakta ya da doğru Şekilde uygulama yapabileceklerinden emin olamamaktadırlar. Böylelikle TYD ile ilgili verilen eğitimlerde toplumun sağlık okuryazarlığı önem kazanmaktadır. Kişilerin kendileri ve/veya yakınlarının sağlık sorunları ve verilen hizmetle ilgili olarak bilgilenmeleri, sorumluluklarını ve haklarını bilmeleri ve sağlıkları ile ilgili kararlar verebilmeleri beklenmektedir. Bu beklentinin gerçekleŐmesi ise, kişilerin sağlıkla ilgili konularda bilgi ve yeterlilik sahibi olmaları, yani yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmaları ile mümkün olabilecektir. (Chew, 2004) (Eyüpoğlu E, 2016) .

Dünya Sağlık rgt, sağlık okuryazarlığını sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamaktadır (Kickbusch, 2013). Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin hastane yatıŐları artıŐının yanı sıra acil servis başvurularını da arttırdığı gösterilmiştir (Tanrıöver, 2011). Bu bilgiler doğrultusunda, ülkemizde sağlığın korunması ve geliştirilmesi alanında son dönemde atılan önemli adımları dŐnrsek; Sağlık Okuryazarlığı konusuna özellikle acil servise başvuranların TYD konusunda farkındalıkları artırılmalı, acile başvuranların TYD konusunda kendilerini yakınlarına yardım edebilecek güvenli davranış biçimleri konusunda bilgisinin olması ve mükerrer acil servis başvurularının azaltılması gerektiği savunulmaktadır. Dolayısıyla yapılacak çalışmanın hasta ve yakınlarına yararı kadar sağlık personeline ve hastane yöneticilerine gelecekteki sağlık hizmeti planlamaları için yol gösterici olacaktır.

Bu alıŐma, acil servise başvuran hasta yakınlarının TYD farkındalığı ve sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2-GENEL BİLGİLER

Solunumu ve kalbi durmuş bireye doğru müdahaleyi yapmak kadar, hızlı müdahale yapmak da önemlidir. 4 dakikadan daha fazla oksijensiz kalan beyin dokusunda hasarlar oluşmaya başlar ve 6. dakikadan sonra bu hasarlar daha da ilerlemeye başlar. Nihayetinde 10 dakikadan sonra oluşan bu hasarların iyileşmesi mümkün olmamaktadır. İlk 10 dakika geri dönüşümü olmayan beyin hasarı oluşturduğundan oldukça önemlidir. Bu yüzden ilk yardımcının hemen temel yaşam desteğine başlaması ve hızlı müdahale etmesinin önemli olduğu anlaşılmaktadır. İşte bu nedenlerle kardiyak arrestin (kalp durmasının) erken tanınması ve en yakınındaki kişiler tarafından temel yaşam desteği uygulamalarının hemen başlanması kişilerin olası hayata dönmeleri durumunda beyin hasarı olmaksızın hayata dönmelerini sağlamaktadır. Bu nedenle toplumumuzdaki herkesin temel yaşam desteği uygulamalarını bilmeleri gerekmektedir (Karataş M, 2012).

Kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamalarının yani temel yaşam desteğinin standardize olması için ilk kez 1966 yılında National Academy of Sciences araştırma yapmış ve resüsitasyonun temellerini oluşturmuştur. Daha sonraki yıllarda da resüsitasyon ile ilgili tekniklerin ve çalışmaların geliştirilmesine karar verilmiş ve 1992 yılında kurulan International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) tarafından resüsitasyon ile ilgili tavsiye niteliğinde rehber yayınlanmış ve birçok ülkede uygulanmaya başlanmıştır. Bu tarihten sonra birçok Avrupa ülkesi bir araya gelerek European Resuscitation Council (ERC) önderliğinde çalışmalar yaparak 2001,2005, 2010 ve son olarak 2015 yılında kılavuz yayınlayarak, standart KPR uygulamalarının yaygınlaşmasını sağlamışlardır (Karataş M, 2012) (Akıllı, 2012); (Altunay, 2015).

2.1.Temel Yaşam Desteği (TYD)

Temel yaşam desteği (TYD), sağ kalım oranını arttıran, kardiyopulmoner resüsitasyonun en önemli basamağıdır, kardiyak arrest tedavisinin ilk basamağı, resusitasyonun hastane dışı basamağı, yaşam zincirinin önemli bir halkasıdır. Halk tarafından TYD eğitimi almış ve bunu uygulayabilecek kişi sayısının artırılması önemli bir faktördür. Bu konuda eğitim almış genellikle profesyonel olmayan bireyler tarafından uygulanmaktadır ve uygulama sırasında herhangi bir malzemeye ihtiyaç yoktur. Bunu ileri temel yaşam desteği ve resüsitasyon sonrası bakım izler (Kandış H, 2014) (Özding, 2014).

TYD'nin amacı ve önemi; dokuların oksijen ihtiyacını karşılamaktır. Hayat kurtarmak amacıyla yapılan temel yaşam desteği kalp masajı ile dolaşımın tekrar kazandırılmasını, solunum ile doku ve akciğerlere oksijen sağlanmasını hedefleyen ilaç olmaksızın yapılan müdahaleler bütünüdür.

Kardiyak arrest geçiren hastada, bilinç kaybına bağlı hava yolu tıkanıklığı gelişebilir, hatta kardiyak arestin sebebi havayolundaki tıkanıklık da olabilir. Yabancı cisimler, dilin geri kaçması, kan, kusmuk vb. gibi tıkanıklık saptandığı zaman hızlı bir şekilde müdahale gerekir.

TYD'nde spontan solunumu olmayan ya da yetersiz solunumu bulunan bireye ağızdan ağıza uygulanan soluk verme hayati önem taşır.

Bu nedenle olay yerine profesyonel ekip gelene kadar uygulanacak TYD hastane dışı arestlerde prognoz açısından oldukça önemlidir (Altunay, 2015) (Bukıran, 2009).

2.2.İleri Kardiyak Yaşam Desteği (İKYD)

İKYD olay yerinde, ambulansda ya da hastane ortamında uygulanabilir olup; beraberinde yeterli malzeme, ilaç ve profesyonel ekip gerektirmektedir (Bukıran, 2009). İKYD uygulamasında birinci basamak hastanın bilincinin değerlendirilmesidir. Hastaya yüksek sesle seslenilir, dokunularak her iki omzundan sarsılır, hasta yanıt vermiyorsa ve hareket etmiyorsa acil ambulans sistemi (112) uyarılır ve TYD'nin C-A-B' si başlanır (Resuscitation European, 2015).

C (Circulation): Kurtarıcı/ tanık göğüs kompresyonuna öncelikle başlamalıdır, kompresyonlara olabildiğince az ara vermelidir, abartılı ventilasyondan kaçınılmalıdır. Kompresyon/ soluk oranı 30:2 olmalıdır. Kompresyon hızı 100-120/dk'dır. Bu sınırlamanın nedeni kompresyon derinliğinde azalmayla sonuçlanabileceği düşüncesidir. Göğüs kompresyon derinliği 5 cm olmalıdır, kompresyon sırasında 6cm geçilmemelidir. Yani orta kuvvette 5-6 cm göğüs kafesi çökecek kadar bir güç uygulanmalıdır (Resuscitation European, 2015).

A (Airway): Hava yolu açıklığı, hava yolunda yabancı cisim varlığı hızla değerlendirilir.

B (Breathing): TYD uygulamasında olduğu gibi " bak, dinle, hisset" ile solunum değerlendirilmelidir ve göğüs kafesinin hareketi gözlenerek ventilasyonun yeterliliği değerlendirilmelidir.

D (Defibrillation): Yeterli kalp atım yoğunluğunun sağlayamayan kalpte düzensiz ventriküler elektriksel aktivitenin olduğu ve bu düzensiz uyarılara son vererek sinüs ritmini hâkim kılmak için cilt üzerinden iki pedal aracılığı ile kalbe direkt akım verilmesi işlemine verilen isimdir (Al, 2013) (Alihanoğlu, 2014) (Altunay, 2015) (Bukıran, 2009).

2.2.1. Otomatik Eksternal Defibrilatörler

Otomatik eksternal defibrilatörler (OED), sesli ve görsel komutlar kullanarak defibrilasyon işlemi yönlendirebilen cihazlardır. Defibrilasyon cihazlarının kullanıma girmesi, aritmilere bağlı gelişen kalp hastalıklarının mortalitesini önemli derecede azaltmıştır. OED'ler 1980'den sonra acil tıp hizmetlerinde kullanılmaya başlanmıştır. Takip eden çalışmaların da bu cihazların kullanımının en az manüel defibrilatörler kadar etkin olduğunu göstermesiyle kullanımları yaygınlaşmıştır. Defibrilasyon süresinin daha da

azaltılması amacıyla kullanımı oldukça kolay olan bu cihazlar 1990 'lardan sonra halkın kullanımına açılmış; başta toplu ulaşım tesisleri, alışveriş merkezleri, stadyumlar, endüstriyel alanlar, gazinolar, diyaliz merkezleri ve spor merkezleri gibi yüksek riskli alanlara yerleştirilmiş, böylelikle sağlık ekipleri ulaşınca kadar olaya tanık olanların müdahale etmesi sağlanmıştır (Alihanoglu, 2014).

2. 3. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık sonuçlarına olan etkilerinden dolayı, halk sağlığı alanının önemli konularından birisi olarak görülmektedir (Berberoğlu, 2018). Dünya Sağlık Örgütü Sağlık okuryazarlığını "sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve bu bilgiyi kullanma motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler" olarak tanımlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı; "sağlığı iyileştirmek maksadıyla temel sağlık bilgileri ve sağlık hizmetleri edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi" olarak tanımlanmaktadır (Çiftçi, 2015). Türkiye'de, bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu arttırmak için Sağlık okuryazarlığını geliştirmek, Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planı içinde de yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkları önleme ve erken tarama, bakım, tedavi ve politika oluşturmayı kapsayan her bireyi ilgilendiren bir konudur. SOY, bireylerin sağlık bilgisine erişimini ve edinilen bilgiyi etkili bir şekilde kullanabilme kapasitesini geliştirir ve güçlendirir, hastaların güçlenmeye ek olarak hastalık süreçlerinde aktif rol alarak katılımını sağlamaktadır (Akbolat, 2016) (U.S. Department Of Health And Human Services, 2010).

Türkiye İstatistik Kurumu Hane halkı Bilişim teknolojileri kullanım araştırması ve internet kullanımı ile ilgili verileri incelediğimizde, bilgisayar ve internet kullanma oranının 2018 yılında 16-74 yaş grubundaki bireylerde %59,6 olduğu bildirilmiştir. (Türkiye İstatistik Kurumu, 2018). Geçtiğimiz yıllarda daha düşük olarak tespit edilen bu oranlar bireylerin farkındalıklarının artması, bilgiye erişimin zamanla daha ulaşılabilir hale geldiğinden kaynaklandığı düşünülebilir. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde yer alan tanıma göre sağlık okuryazarlığı , "Kişilerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi, beceri, kendine güven düzeyine ulaşması" dır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Sağlığı geliştirme çalışmalarının yalnızca sağlık sektörü çabasıyla değil, diğer sektörlerinde sorumluluğunda olması gerektiği 1986 yılında Ottawa'da toplanan "Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı" nda yayınlanan "Ottawa Şartı"nda belirtilmiş, bilim dünyası tarafından geliştirilen bilgilerin topluma iletilmesi gereğinden bahsedilmiş, bu bilgiler ışığında sağlık okuryazarlığı kavramı gündeme gelmiştir (Öztaş, 2016).

Sağlık okuryazarlığı (SOY), yıllarca süren eğitime veya genel okuma alışkanlığına bağlı olmayıp, mevcut şartlara göre değişebilmektedir (National Network of Libraries of Medicine, Health Literacy, 2017). Eğitim

ve bilgiye erişim, bireylerin ve toplumların etkili katılımını ve yetkilendirilmelerini sağlamak için gereklidir, sağlık eğitimi ise sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için tasarlanmış birey ve toplum sağlığını geliştirmeyi içermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması bireylerin kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini kısıtlayarak sağlığı doğrudan etkiler (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Eğer SOY düzeyi yetersiz olursa, toplum sağlığı açısından genel sağlık düzeyinde düşüklük, koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma oranında düşme, tıbbi ve ilaç hatalarında artış, sağlık bakım maliyetlerinde artma, mortalitede artış gibi olumsuz durumlar oluşur (Tözün, 2014).

Sağlık okuryazarlığı seviyesinin yetersizliğinin birey toplum ve sağlık sistemi üzerinde oldukça fazla olumsuz etkisi bulunmaktadır. Bunlardan bazıları;

- ✓ Sağlık düzeyinde genel düşüklük, sağlıksız yaşam biçimi,
- ✓ Bilgi eksikliğine bağlı olarak koruyucu sağlık hizmetleri kullanmada sorunlar, sağlık hizmetlerini kullanım oranında düşüklük,
- ✓ Bireyin, verilen tedaviyi uygulamasındaki güçlükler (ilaç tedavisine, kontrollere uyum, v.b.),
- ✓ Kronik hastalıklar durumunda (hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklarda) bakım ve hastalığı anlamada, sağlık bakım sistemine ulaşmak için yetersiz bilgi ve verilen eğitimleri anlamada güçlük,
- ✓ Öz bakım yetersizliği
- ✓ İlaç uygulamaları ve tıbbi hatalarında artış,
- ✓ Mortalite yükseklik
- ✓ Sağlık sektörü maliyetlerinde artış,
- ✓ Hastanede yatma sıklıklarında artış ve yatış süresinin artması
- ✓ Acil servis hizmetinden yaralanma oranında artış sıralanabilir (Uğurlu, 2011); (Özcan, 2013); (Sönmez, 2014).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili literatürler incelendiğinde, farklı şekillerde bu kavramın gruplandırıldığı görülmektedir. Çalışmalarda en yaygın kullanılan boyutlar, fonksiyonel, interaktif ve kritik olarak üç grupta ele alınır. *Fonksiyonel SOY*, bireylerin sağlık risklerini bilme, sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı ve temel sağlık eğitim materyallerini okuyabilme vb. sağlıkla ilgili okuma - yazma temel becerilerini gösterir. *İnteraktif yani iletişimsel SOY*, bilgiyi seçme, sağlık mesajlarını anlama, değişen durumlara yeni bilgiyi uyarlayabilme, sağlık ile ilgili gelişim ve aktivitelere katılma becerisini ifade eder. *Kritik ya da eleştirel SOY*, sağlık hizmet sunucularından edindiği sağlık bilgisini ileri düzeyde analiz edebilme, daha kapsamlı kontrol alanıyla bilgiyi kullanılma becerisidir. Eleştirel SOY düzeyi yüksek bireyin kişisel ve toplum kapasitesini geliştirebilme, medyada yer alan sağlık bilgilerini doğru yorumlayabilme ve sağlığın sosyal, ekonomik tanımını anlayabilme vb. bir üst gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir (Akbolat, 2016) (Özcan, 2013) (Pegem, 2015).

2.3.1.Sağlık hizmeti kullanıcıları için SOY

Sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek bireyler; hasta olmadan önce de koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma bilincine sahiptirler; sağlığın sürdürülebilirliği ve korunmasının sadece sağlık profesyonellerinin sorumluluğunda olmadığını bilirler. Kendi sağlığı ve toplum sağlığı için kendisinin de yapması gereken şeyler olduğu sorumluluğundadırlar (Tözün, 2014). Sağlık personelinin kullandığı kelimeleri, online bilgileri, sağlık hizmeti sunucuları tarafından verilen bilgileri ve hasta eğitim broşürlerini anlarlar. Tedavilerine uyum gösterirler; bilişsel bozuklukları belirlemek için kullanılan araçları cevaplayabilirler. Tıbbi durumlarına ilişkin bilgileri ve semptomları uygun şekilde ifade edebilirler; tedavileri ile ilgili karar verme sürecine katılırlar. Sağlık bakımında aktif rol alırlar; hastanede kalış süreleri kısalmır. Sağlık hizmeti kullanıcılarının SOY yetersizliğini düşündüren davranışları aşağıdaki gibidir:

- ✓ Sağlık personelinden yardım istemek,
- ✓ Hastaneye gelirken yanında birini getirmek,
- ✓ Randevuların unutulması,
- ✓ Bahane yapma (Gözlüklerimi unuttum vb.),
- ✓ İlaç kullanımında uyumsuzluk,
- ✓ Önerilen müdahalelere kötü/yanlış uyum (örneğin reflüde asiti azaltmak için değişiklik önerisinde yatağın başını yükseltmek),
- ✓ Karar vermeyi erteleme ("Talimatları evde alabilir miyim?" ya da "Ben eve gittiğimde okuyacağım"),
- ✓ Diğer kişileri izleme (okumayı gösteren taklit davranışları) (Uğurlu, 2011) (Sönmez, 2014).

2.3.2.SOY İçin Bilgiye Erişim Kaynakları

Sağlık bilgisini sağlık hizmeti alan kişiye sunmak, sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmak için kullanılan başlıca bilgiye erişim kaynakları; sağlık profesyoneli, tıp literatürü, tıp ve sağlık kitapları ve dergileri, internet ve başta televizyon olmak üzere kitle iletişim araçlarıdır. Toplumun sağlıklı olabilmesi için sağlığın sürdürülebilir oluşu, sağlık okuryazarlık seviyesinin geliştirilmesi sağlık politikalarının temel hedefi olmalıdır ve büyük önem taşımaktadır (Tözün, 2014).

Uluslararası literatürde daha çok kullanılan sağlık okuryazarlığı kavramı giderek ülkemizde de yaygınlaşmaya başlamıştır. Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerine ulaşım, öz-bakım ile sağlık hizmeti sunan ekip ve birey arasındaki etkileşim olmak üzere üç temel noktada sağlık sonuçlarını etkilemektedir.

Tanıklar tarafından erken başlatılan TYD kardiyak arrest sonrası yaşamı arttırdığı gösterilmiştir. Ülkemizde kardiyak arrest olgularında halk tarafından TYD başlatılması nadir bir durumdur (Özbilgin, 2015). Sağlık Okuryazarlığı konusuna özellikle acil servise başvuranların TYD konusunda

farkındalıkları artırılarak acil servise gelene kadar gerekli müdahalelerin ve sağlık kuruluşuna erken (hızlı) ulaşımın sağlanması gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlığı; okuma, yazma becerilerinin ötesinde; sağlıklı davranışlar, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceğini bilmek, aydınlatılmış onam formlarını anlayıp onaylamak, öz bakım ve hastalık yönetimi hakkında kararlar verebilmek, evdeki tıbbi cihazları ve ilaçları doğru kullanabilmek, bakım veren rolünü üstelenebilmek gibi sağlık bilgilerini kavrama ve değerlendirme yetisini kapsamaktadır (Yılmaz, 2016). Bireylerin sağlık durumu, sağlıkta eşitsizlik, maliyet artışları, sağlık bilgilerine ulaşabilme gibi etkenler göz önüne alındığında sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması önem kazanmaktadır. İlk yardım uygulamalarında zamanın çok değerli olduğu düşünülürse, ilkyardım hizmetlerinin yalnızca sağlık personeline bırakılmaması gerektiği, toplum katılımı sağlandığı takdirde çok daha etkili olacağı bilinmektedir (Özyürek, 2013).

2.3.3. Sağlık Okuryazarlığı, Temel Yaşam Desteği ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Bir sağlık sorununun halk sağlığı sorunu olma kriterleri; sık görülme (morbidite), sık öldürme (mortalite), sık sakat bırakma ve sık iş gücü kaybına neden olmasıdır. Kardiyak arrestte uygun şekilde ve yeterli TYD yapılmadığında sekel bırakması ve mortalite ile sonuçlanan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Etkilediği insan sayısı, olumsuz sağlık sonuçları, sağlık bakım maliyetleri olmak üzere sağlık okuryazarlığı da ciddi bir halk sağlığı konusudur. Yaşam ile ölüm arasında en kritik dönem olan kardiyak arrestte sekel kalması, ölüm olması gibi olumsuz sağlık sonuçları bulunmaktadır. Toplumun TYD hakkındaki bilgisi ve becerisinin %30-%45 sağ kalımı arttırması çok sayıda insanı etkilediğini göstermektedir (Akbulut, 2011). Sağlık Bakanlığının 2017 verilerine göre neredeyse üç kişiden biri (%28,58) acile başvuru yapmaktadır (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017). Ayrıca yetersiz sağlık okuryazarlığı sağlık bakımına yıllık %3,0-5,0 oranında ek maliyet getirmektedir. Sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesiyle toplam sağlık harcamalarının %9-25'i oranında bir tasarruf sağlanabilmektedir (Eroğlu N, 2017). Görüldüğü gibi SOY halk sağlığı hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçasıdır.

SOY düzeyini arttırmak için kullanılan başlıca bilgiye erişim kaynakları sağlık profesyonelleri, tıp literatürü, tıp ve sağlık kitapları ve dergileri, internet ve kitle iletişim araçlarıdır. Doğru sağlık bilgisine erişimde, başta sağlık profesyonelleri olmak üzere, toplumun her kesimine sorumluluklar düşmektedir (Tözün, 2014). Hemşirelerin bağımsız rollerinden olan sağlık eğitimi ve danışmanlık rolünü etkin olarak yerine getirebilmeleri için

bireylerin (sağlıklı/hasta) sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi
önemlidir.



3- GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, 2018 yılında Eskişehir Devlet Hastanesi Yetişkin Acil Servisine başvuran çalışmaya gönüllü katılan hasta yakınları üzerinde yapılmış olan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.1. Araştırmanın Çalışma Grubu

Çalışmanın yapıldığı 1 Ocak-28 Şubat 2018 tarihleri arasında yetişkin acil servise 46.057 hasta başvurmuştur. Eskişehir devlet hastanesinin Şehir hastanesine dönüştürülüyor olması, yeni mekanına taşınma sürecinde olması, temel yaşam desteği ihtiyacı olan kırmızı alandaki veri toplama güçlüğü, ambulansla başvuru gibi acile gelen hastaların %10 kadarının yakınının olmaması, araştırmacının çalışma saatleri dışında veri toplama zorunluluğu, tez süresinin sınırlı olması gibi nedenlerden amaçlı örnekleme yöntemi seçilmiştir. Çalışmaya gönüllü katılan 555 hasta yakını ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın amacı açıklanarak katılımcılardan araştırma öncesi sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Veri toplama formları araştırmacı gözetiminde katılımcıların kendileri tarafından 5-10 dakikada doldurulmuştur.

3.2. Veri Toplama Araçları

Hasta yakınının çalışmayı kabul ettiğini gösteren ve araştırmacı tarafından oluşturulan "Aydınlatılmış Onam Formu" (EK-2), hasta yakınlarının demografik özellikleri, acil servise başvuru özellikleri ve temel yaşam desteği ile ilgili bilgilerini ölçmeye yönelik bilgi toplama formu ve Yetişkinlerde fonksiyonel sağlık okuryazarlığı kısa testi / S-TOFHLLA kullanılmıştır.

3.2.1. Anket formu

Çalışmanın amacına yönelik olarak literatürden faydalanılarak bir anket form hazırlandı (Özbilgin Ş, 2015) (Taniguchi D, 2012) (Qara F J, 2019). Hasta yakınlarının bazı sosyo-demografik özellikleri; yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, meslek olmak üzere 5 sorudur.

Acil Servis Başvuru Özellikleri Formu: Hasta yakınlarının acil servis başvuru özelliklerini içeren mevcut şikayete ilk başvuru olup olmaması, acil başvurusundaki Triyaj Kategorisi, son 6 ay içinde acile gelip gelmediği ve bu başvurular birden çok ise sebebini sorgulayan 4 soruluk bir formdur.

Temel Yaşam Desteği Bilgi Formu: Katılımcıların ani kalp durması, bilinç, solunum, dolaşım bilgileri, daha önce ani ölüm olayına şahit olup olmadığı, eğer şahit olduysa kim olduğu ve katılımcının ne yaptığı, kalp masajının ne olduğu, yapmayı bilip bilmediği, nereye uygulamak gerektiği, nasıl uygulamak gerektiği, ne kadar güç uygulamak gerektiği, bu konuda eğitim alıp almadığı, aldıysa nerede almış olduğu, kalp masajı yapmak durumunda kalsa ne yapar, yapmazsa sebebi, Otomatik Şok Cihazı nedir” biliyor mu? gibi bilgi sorgulayan 22 soruluk bir formdur.

Hasta yakınlarının TYD hakkındaki bilgi düzeyini ölçmek için TYD ile ilgili bilgilerini sorgulayan sorular puanlandırılıp, her doğru yanıtta 1, her yanlış yanıtta 0 puan verilmiştir. Bilinç değerlendirilmesinde 3 prosedür, solunumun değerlendirilmesinde 4 prosedür, dolaşımın değerlendirilmesinde 2 prosedür, kalp masajı sürecinin değerlendirilmesinde ise 4 prosedür bulunmaktadır. Bilinç değerlendirilmesinde 3 prosedür; seslenmekle, dokunmakla ve hareketin hiç olmamasıdır. Solunum değerlendirilmesindeki 4 prosedür; solunum hareketinin, solunum sesinin, kazazedenin ağızından gelen havanın olmaması ve kazazedenin ağızının önüne konulan aynanın buğulanmamasıdır. Dolaşım değerlendirilmesinde 2 prosedür; Boyun damarlarında ve Kol damarlarında nabız olmamasıdır. Kalp masajı sürecinin değerlendirilmesinde 4 prosedür; göğüs kompresyon hızının 100/dk, kompresyon-ağızdan ağıza solutma oranı: 30/2, göğüs kompresyonu uygulama yeri: göğüsün ortası, ve göğüs kompresyon derinliğinin göğüs kafesini ortasına 5-6 cm² çöktürecek şekilde uygulanmalıdır. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının TYD bilgi düzeyinin bilincin, solunumun, dolaşımın, kalp masajının değerlendirilmesindeki toplam 13 prosedürü eksiksiz bilenler TYD’ni “biliyor” kabul edilmiştir. TYD önerilen prosedürlerden 13 veya daha azını bilenler “TYD’ni bilmiyor” olarak kabul edilmiştir (Tablo2).

Hasta yakınlarının TYD becerisini ölçmek için TYD ile ilgili becerilerini sorgulayan sorular puanlandırılıp, her doğru yanıtta 1, her yanlış yanıtta 0 puan verilmiştir. Beceri değerlendirilmesinde 3 prosedürü eksiksiz yapanlar “TYD becerisi var” kabul edilmiştir. Solunumu kontrol etmekten ağızdan ağıza solutmaya kadarki 3 prosedür bulunmakta, bu 3 prosedürü eksiksiz yapanlar 1. Prosedür olan “solunumu sağlama becerisi var” kabul edilmiştir. Kardiyak kompresyon 2. prosedür ile hem kardiyak kompresyon hem solutmaya birlikte yapabilmek 3. Prosedürdür. TYD becerisinde önerilen prosedürlerden 3 veya daha azını bilenler “TYD becerisi yok” olarak kabul edilmiştir(Tablo2).

Bu çalışmada hastane dışında TYD ile karşılaşma durumunda kalanlar “tanık” olarak kabul edilmiştir.

3.2.2. Yetişkinlerde fonksiyonel sağlık okuryazarlığı kısa testi (SOT)

İkinci bölüm sağlık okuryazarlığını belirlemek için 2004 yılında Chew ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (Chew, 2004), testin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Eyüboğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış (Eyüpoğlu E, 2016) Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (İngilizce kısaltması S-TOFLA, Türkçe kısaltması SOT) kullanılmıştır. (Eyüpoğlu E, 2016). SOT, Acil başvurusunda hastaneden verilen yazılı formları okumada birinden yardım alıp almadığı, formları doldururken ne kadar kendinden emin olup olmadığı, yazılı bilgileri anlamada problem yaşayıp yaşamadığı, sağlık durumu ile ilgili söylenenleri anlayıp anlamadığı, doktor veya eczaneden verilen sağlık talimatları sorgulayan 5 soruluk, 1 puan 'hiçbir zaman', 5 puan 'her zaman' olmak üzere 5' li likert tipi bir testtir. Testten alınan en düşük toplam puan 5, en yüksek toplam puan 25'dir. Testten alınan puan arttıkça Sağlık okuryazarlığı düzeyi azalmaktadır (Chew, 2004). Çalışmamızda testin Cronbach Alpha katsayısı 0,66 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları-Güçlükleri

- Araştırma sadece Eskişehir Devlet Hastanesinde yapılmış olması
- Hastanenin taşınma sürecinde olması
- Acil servis çalışma düzeninin çalışma alanlarının Şehir hastanesi formatında değiştiriliyor olması

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiksel analizlerinde, Ki-kare, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır.

3.7. Etik Boyutu

Çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Daire Başkanlığı'ndan 17.04.2017 tarihli 80558721/G-129 sayılı etik kurul onayı, Eskişehir Devlet Hastanesi'ne acil servise başvuran hasta yakınlarına anket uygulayabilmek için Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden 21.02.2018 tarihli EGT.FR.18 sayılı izin alınmıştır. Çalışma grubunu oluşturan katılımcılar, araştırmanın amacı ve veri toplama formları hakkında uygulama öncesi bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı.

4- BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Bu çalışma Eskişehir Devlet Hastanesinde 555 kişi ile yapıldı. Katılımcıların %57.7’si erkek, %42.3’ü kadın olup, yaş ortalaması $35,96 \pm 11,85$ yıldır. Araştırmaya katılan katılımcıların %7.2’si ortaokul, %45.9’u lise, %12.6’sı yüksekokul, %18’i üniversite, %1.8’i yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların %44.1’i bekar, %55.9’u evlidir. Katılımcıların %27’si işçi, %18.9’u ev hanımı, %14.4’ü öğrenci, %9’u polis, itfaiye, jandarma, %8.1’i memur, %6.3’ü sağlık personeli, %4.5’i serbest meslek, %4.5’i emekli, %1.8’i işsizdir.

Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özellikleri dağılımı

	n	(%)
Yaş (ortalama yıl \pm SS)	35,96 \pm 11,85	
Cinsiyet		
Erkek	320	57.7
Kadın	235	42.3
Eğitim Durumu		
İlkokul	80	14.4
Ortaokul	40	7.2
Lise	255	45.9
Yüksekokul	70	12.6
Üniversite	100	18.0
Yüksek Lisans	10	1.8
Medeni Durumu		
Bekar	245	44.1
Evli	310	55.9
Meslek		
İşçi	150	27.0
Ev hanımı	105	18.9
Öğrenci	80	14.4
Polis, itfaiye, jandarma	50	9.0
Memur	45	8.1
Sağlık personeli	35	6.3
Serbest meslek	25	4.5
Emekli	25	4.5
Çiftçi	15	2.7
Diğer	15	2.7
İşsiz	10	1.8
Toplam	555	100

Hasta yakınlarının 235'inin (%42,3) TYD bilmektedir. TYD'inde gerekli tüm prosedürleri bilen katılımcıların 485'inin (%85,4) bilinç değerlendirme bilgisi, 490'ının (%88,3) solunum değerlendirme bilgisi, 445'inin (%80,2) dolaşım değerlendirme bilgisi, 85'inin (%15,3) kalp masajı sürecini değerlendirme bilgisi yeterlidir. Katılımcılar tarafından TYD'inin bilinç değerlendirilmesi en çok (%70,3) bilinen seslenmekle yanıt olmamasıdır. Çalışmamızda solunum değerlendirilmesinde en çok (%70,3) bilinen solunum hareketinin olmamasıdır. Dolaşım değerlendirilmesinde en çok (%53,2) bilinen boyun damarlarında nabız olmamasıdır. Kalp masajı sürecinin değerlendirilmesinde en çok (%63,1) bilinen kardiyak kompresyonun dakikada 100 atım olduğudur. Katılımcılar TYD becerilerinden en fazla (%57,7) solunumu kontrol edebilmiştir. TYD ile ilgili eğitim aldığı belirtenlerin oranı %63,9 dur (Tablo 4.2.)

Tablo 4.2: Katılımcıların TYD bilgilerini ve becerilerini bilme durumlarına göre dağılımı

TYD Bilgilerinin değerlendirilmesi	TYD Bilen	TYD Bilmeyen
	n (%)	n (%)
Bilinç Değerlendirilmesi		
1.Seslenmekle Yanıt yok	390 (70.3)	165 (29.7)
2.Dokunmakla yanıt yok	325 (58.6)	230(41.4)
3.Hiç hareket olmaması	270 (48.6)	285 (51.4)
Prosedürlerin 3'ünü bilen **	5 (0.9)	550 (99.1)
Bilmeyen	70 (12.6)	485 (87.4)
Solunum Değerlendirilmesi		
1.Solunum hareketi yok	390 (70.3)	165 (29.7)
2.Solunum sesi yok	315 (56.8)	240 (43.2)
3.Kazazedenin ağızdan gelen hava yok	245 (44.1)	310 (55.9)
4.Kazazedenin ağızının önüne konulan aynanın buğulanmaması	145(26.1)	410 (73.9)
Prosedürlerin 4'ünü bilen **	90 (16.2)	465 (83.8)
Bilmeyen	65 (11.7)	490 (88.3)
Dolaşım Değerlendirilmesi		
1.Boyun damarlarında nabız yok	295 (53.2)	260 (46.8)
2.Kolundaki damarlarda nabız yok	235 (42.3)	320 (57.7)
Prosedürlerin 2'sini bilen**	110 (19.8)	445(80.2)
Bilmeyen	150 (27.0)	405 (73.0)
Kalp masajı sürecinin değerlendirilmesi		
1.Göğüs kompresyon hızı: 100/dk	350(63.1)	205 (36.9)
2.Kompresyon-ağızdan ağıza solutma oranı: 30/2	245(44.1)	310 (55.9)
3.Göğüs kompresyonu uygulama yeri: Göğüsün ortası	340(61.3)	115 (38.7)
4.Göğüs kompresyon derinliğinin göğüs kafesini ortasına 5-6 cm ² kadar çöktürecek şekilde uygulanmalı	195(35.1)	360 (64.9)
4 Prosedürü bilen**	85 (15.3)	470 (84.7)
TYD becerilerinin değerlendirilmesi		
1.Solunumu kontrol etme	320 (57.7)	235 (42.3)
1.Hava yolunu açma	175 (31.5)	380 (68.5)
1.Ağızdan ağıza solutma	210(37.8)	345 (62.2)
2.Kardiyak kompresyon	200 (36.0)	355 (64.0)
3.Hem kardiyak kompresyon hemde ağızdan ağıza solutmayı birlikte yapabilen	130 (23.4)	425 (76.6)
Prosedürlerin 3'ünü yapabilen **	85 (15.3)	470 (84.7)
TYD bilgilerinden 13. prosedürün hepsi	235 (42.3)	320 (57.7)

* Satır yüzdesi ** prosedürlerin hepsinin doğru cevaplayanlar

Katılımcıların TYD bilme durumlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı tablo 4.3’de sunulmuştur. Çalışmamızda kadınların %63.8’i ve erkeklerin %53.1’i TYD bilmediği görülmüştür. Katılımcıların TYD bilmeme oranı 18-25 yaşlarında %36.4, 26-35 yaşlarında %50,0, 36-45 yaşlarında %64,3 ve 46 yaş üzerinde %80’dir. Ortaokul ve altı eğitim durumuna sahip katılımcıların TYD bilmeme oranı %70.8’i, liselilerin %60.8’i, lisans ve üstü %44.4’tür. Katılımcılardan bekar olanların %46.9’u, evli olanların %66.1’i TYD bilmemektedir. Katılımcılardan herhangi bir işte çalışmayanların %56.8’i, çalışanların %58.6’sı TYDni bilmemektedir.

Tablo 4.3: Katılımcıların TYD bilme durumlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	TYD Bilmeyen n(%)	TYD Bilen n(%)	Toplam n(%)	Analiz x²; p
Cinsiyet				
Erkek	170 (53.1)	150 (46.9)	320 (57.7)	6.360; .007
Kadın	150 (63.8)	85 (36.2)	235 (42.3)	
Yaş grup				
18-25 yaş	40 (36.4)	70 (63.6)	110 (19.8)	52.832; .000
26-35 yaş	90 (50.0)	90 (50.0)	180 (32.4)	
36-45 yaş	90 (64.3)	50 (35.7)	140 (25.2)	
46 ve üstü	100 (80.0)	25 (20.0)	125 (22.5)	
Eğitim Durumu				
Ortaokul ve altı	85 (70.8)	35 (29.2)	120 (21.6)	22,426; .000
Lise	155 (60.8)	100 (39.2)	255 (45.9)	
Lisans ve üstü	80 (44.4)	100 (55.6)	180 (32.4)	
Medeni Durumu				
Bekar	115 (46.9)	130 (53.1)	245 (44.1)	20.643; .000
Evli	205 (66.1)	105 (33.9)	310 (55.9)	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	195 (58.2)	140 (41.8)	335 (60.4)	0.105; .406
Çalışmıyor	125 (56.8)	95 (43.2)	220 (39.6)	
Toplam	320 (57.7)	235 (42.3)	555 (100.0)	

Katılımcıların TYD bilme durumlarının acil servis başvuru özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.4'te sunulmuştur. Çalışmamızda acil servise ambulansla ulaşanların %27.3'ü, yürüyerek ulaşanların %46.2'si, toplu taşıma kullananların %64.3'ü, özel araçla ulaşanların %66.4'ü, motor/bisiklet vb. diğer ulaşım şekilleri ile ulaşanların %71.4'ü TYD bilmemektedir. Acil servis triyaj kategorisine göre yeşil alanda %52.7, sarı alanda %62.1 ve kırmızı alanda %57.1 katılımcı TYD'ni bilmemektedir. Acil servise daha önce herhangi bir nedenle başvuranların %56.2'si, son 6 ay içerisinde aynı şikayetle başvuranların %58.6'sı, farklı şikayetle başvuranların %57.7'si TYD bilmemektedir.

Tablo 4.4: Katılımcıların TYD bilme durumlarının acil servis başvuru özelliklerine göre dağılımı

	TYD Bilmeyen n(%)	TYD Bilen n(%)	Toplam n(%)	Analiz χ^2; p
Acil servise ulaşım şekli				
Ambulans	15 (27.3)	40 (72.7)	55 (9.9)	39.510 .000
Yürüyerek	60 (46.2)	70 (53.7)	130 (23.4)	
Toplu taşıma	72 (64.3)	40 (35.7)	112 (20.2)	
Özel araç	148 (66.4)	75 (33.6)	223 (40.2)	
Motor, bisiklet vb. Diğer	25 (71.4)	10 (28.6)	35 (6.3)	
Acil servis başvurularının triyaj kategorisi				
Yeşil	128 (52.7)	115 (47.3)	243 (43.8)	4.708; .095
Sarı	172 (62.1)	105 (37.9)	277 (49.9)	
Kırmızı	20 (57.1)	15 (42.9)	35 (6.3)	
Daha önce herhangi bir nedenle acil başvurusu				
Var	225 (56.2)	175 (43.8)	400 (72.1)	1.162; .281
Yok	95 (61.3)	60 (38.7)	155 (27.9)	
Daha önce acil başvurusu olanların şu anki başvuru nedeni				
Poliklinik hizmetine ulaşamama	15 (75.0)	5 (25.0)	20 (3.6)	25.253 .000
İlaçlara rağmen şikayetin geçmemesi	20 (6.2)	0 (0.0)	20 (3.6)	
Şikayetlerin tekrar başlaması	40 (57.1)	30 (42.9)	70 (12.6)	
Memnuniyetsizlik	15 (50.0)	15 (50.0)	30 (5.4)	
Tedaviyi anlayamama	5 (50.0)	5 (50.0)	10 (1.8)	
Diğer	0 (0.0)	5 (100)	5 (0.9)	
Son 6 ay içerisinde acil başvurusu				
Yok	115 (57.5)	85 (42.5)	200 (36.0)	.087; .957
Var aynı şikayetle	92 (58.6)	65 (41.4)	157 (28.3)	
Var farklı şikayetle	113 (57.1)	85 (42.9)	198 (35.7)	
Toplam	320 (57.7)	235 (42.3)	555 (100.0)	

Çalışmamızda TYD eğitimi almış olanların %40.4'ü TYD'ni bilmemektedir. Hasta yakınlarının bilinç kontrolü yapmayı bilmediğini ifade edenlerin tümü, solunum kontrolü yapmayı bilmediğini ifade edenlerin %21.9'u, dolaşım kontrolü yapmayı bilmediğini ifade edenlerin %45.3'ü, kalp masajı yapmayı bilmediğini ifade edenlerin %70.1'i TYD'ini bilmediği saptandı. Çalışmamızda TYD bilmeyenlerin %14.3'ü sağlık personeli, %40.0'ı polis, itfaiye, jandarma ve %62.8'i TYD uygulaması için müdahale yetkisi olmayan bir meslek üyesidir. Daha önce herhangi bir şekilde ani ölüm olayına hem tanık olan hem de müdahalede bulunanların %39.5'i ile çekinmeden TYD yapanların %30.0'u TYD bilmemektedir (tablo 4.5).

Tablo 4.5: Katılımcıların TYD bilme durumunun TYD ile ilgili bazı tutum ve davranış özelliklerine göre dağılımı

	TYD Bilmeyen n(%)*	TYD Bilen n(%)*	Toplam n(%)**	Analiz x ² ; p
TYD eğitimi				
Almış	115 (40.4)	170 (59.6)	285 (51.4)	71.874;
Almamış	205 (75.9)	65 (24.1)	270 (48.6)	.000
TYD bilgisine yönelik algılar				
Bilinç Kontrolü yapmayı bilme				
Bildiğini ifade eden	25 (9.6)	235 (90.4)	260 (46.8)	462.444;
Bilmediğini ifade eden	295 (100,0)	0	295 (53.2)	.000
Solunum Kontrolü yapmayı bilme				
Bildiğini ifade eden	250 (51.5)	235(48.5)	485 (87.4)	58.826;
Bilmediğini ifade eden	70 (21.9)	0	70 (12.6)	.000
Dolaşım Kontrolü yapmayı bilme				
Bildiğini ifade eden	175 (42.7)	235 (57.3)	410 (73.9)	144.143;
Bilmediğini ifade eden	145 (45.3)	0	145(26.1)	.000
Kalp masajı yapmayı bilme				
Bildiğini ifade eden	85 (38.6)	135 (61.4)	220 (39.6)	54.016;
Bilmediğini ifade eden	235 (70.1)	100 (29.9)	335 (60.4)	.000
TYD yapması beklenenler				
Sağlık personeli	5 (14.3)	30 (85.7)	35 (6.3)	38.378;
Polis, itfaiye, jandarma vb.	20 (40.0)	30 (60.0)	50 (9.0)	.000
Müdahale yetkisi olmayanlar	295 (62.8)	175 (37.2)	470 (84.7)	
Suni solunum ve kalp masajını çekinerek yapma durumu				
Çekinmeden yaptığını ifade eden****	15 (30.0)	35 (70.0)	50 (9.0)	17.218;
Çekinerek yaptığını ifade eden	305 (60.4)	200 (39.6)	505 (91.0)	.000
Daha önce ani ölüm olayına tanık olma durumu				
Var***	85 (39.5)	130 (60.5)	215 (38.7)	47.214;
Yok	235 (69.1)	105 (30.9)	340 (61.3)	.000
Toplam	320 (57.7)	235 (42.3)	555 (100.0)	
Ani ölüm olayına tanık olduğunda sergilenen davranış*** (n=215)				
Müdahale etme	75 (39.5)	115 (60.5)	190 (88.4)	47.216;
Müdahale etmeme (Seyretme)	10 (40.0)	15 (60.0)	25 (11.6)	.000
Ani ölüm olayına tanık olduğunda sergilenen davranıştaki TYD becerileri*** (n=215)				
Müdahale etmeme (Seyretme)	10 (40.0)	15 (60.0)	25 (4.5)	
Acil yardımı çağırmak	55 (36.7)	95 (63.3)	150 (88.3)	
Sadece ağızdan ağıza solutmak	5 (50.0)	5 (50.0)	10 (1.8)	159.257;
Sadece kalp masajı yapmak	5 (33.3)	10 (66.7)	15 (2.7)	.000
Hem kalp masajı hem de ağızdan ağıza solutmak	10 (66.7)	5 (33.3)	15 (2.7)	
Toplam	85 (39.5)	130 (60.5)	215 (100.0)	

* satır yüzdesi ** sütun yüzdesi ****tanıkların TYD özellikleri

*** TYD becerilerinden "suni solunum/ kalp masajını çekinmeden yaparım" diyen hasta yakınlarının %94.6'si(n=525) aileden birine, %52.3'si(n=290) arkadaşına, %30.6'sı (n=170) komşusuna, %9'u(n=50) yabancı birine oldu.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları puan ortancalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları tablo 4.6'da sunulmuştur. Acil servisine başvuran hasta yakınların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları ortalama puan 9.74 ± 3.31 (med. 10.00, min. 4.00, maks. 18.00) idi. Sağlık okuryazarlığı en düşük (8.00) test puanları 25 yaş ve altında olanların, bekarların, lisans ve üstü eğitim düzeylerine sahip katılımcılarından. Sağlık okuryazarlığı en yüksek (13.00) test puanı 46 yaş ve üstünde olan, ortaokul ve altı eğitim grubundaki katılımcılarından. Sağlık okuryazarlığı puanı evli olanların, erkeklerin, lise mezunlarının ve çalışanların 10.00 idi.

Tablo 4. 6: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları puan ortancalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

		n	Sağlık Okuryazarlığı Testi Medyan (Min. – Maks.)	Analiz z / KW
Cinsiyet				
Kadın		235	9.00 (4.00-18.00)	35.300; .214
Erkek		320	10.00 (4.00-16.00)	
Yaş grup				
18-25 yaş	(1)	110	8.00 (4.00-16.00)	170.027; .000
26-35 yaş	(2)	180	8.50 (4.00-18.00)	
36-45 yaş	(3)	140	8.50 (4.00-15.00)	
46 ve üstü	(4)	125	13.00 (8.00-16.00)	
	Gruplararası analiz		(1-4) p = .000; (2-4) p = .000; (3-4) p = .000	
Eğitim grup				
Ortaokul ve altı	(1)	120	13.00 (6.00-18.00)	92.358; .000
Lise	(2)	255	10.00 (4.00-16.00)	
Lisans ve üstü	(3)	180	8.00 (4.00-15.00)	
	Gruplararası analiz		(3-2) p = .000; (3-1) p = .000; (2-1) p = .000	
Medeni Durumu				
Bekar		245	8.00 (4.00-13.00)	95.867; .000
Evli		310	10.00 (4.00-18.00)	
Çalışma durumu				
Çalışıyor		335	10.00 (4.00-18.00)	38.812; .284
Çalışmıyor		220	9.00 (4.00-16.00)	
Toplam		555	10.00 (4.00-18.00)	

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları puan ortancalarının acil servis başvuru özelliklerine göre dağılımları tablo 4.7’de sunulmuştur. Sağlık okuryazarlığı puanı sırasıyla; en yüksek olan (13.50) daha önce acil başvurusu olup verilen tedaviyi anlayamayanlar (tedavi uyumsuzluğu bulunan), ikinci en yüksek olan (12.00) acil servisteki triyaj kategorisine göre kırmızı alanda olanlar ve ilaçlara rağmen şikayeti geçmeyenler, üçüncü en yüksek olan (11.00) toplu taşıma araçları ile acile gelenlerdi. Sağlık okuryazarlığı puanı sırasıyla; en düşük olan (7.50) poliklinik hizmetine ulaşamayanlar, ikinci en düşük olan (8.00) şikayetleri tekrar başlayanlar, üçüncü en düşük olan (8.50) yürüyerek acile başvuranlardı. Acil servise motor, bisiklet vb. diğer ulaşım araçlarıyla veya ambulansla gelenlerin, triyaj kategorisine göre sarı alandakilerin, daha önce herhangi bir nedenle acil başvurusu yapanların ve yapmayanların, son 6 ay içerisinde aynı şikayetle ve farklı şikayetle acile başvuranların sağlık okuryazarlığı puanı 10.00 idi. Acil servise özel araçla ulaşanların, triyaj kategorisine göre yeşil alandakilerin ve son 6 ay içerisinde başvurusu olmayanların sağlık okuryazarlığı puanı 9.00 idi.

Tablo 4.7: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları puan ortancalarının acil servis başvurularının özelliklerine göre dağılımı

		n	Sağlık Okuryazarlığı Testi Medyan (Min. – Maks.)	Analiz z / KW
Acil servise ulaşım şekli				
Ambulans	(1)	55	10.00 (4.00-15.00)	
Özel araç	(2)	223	9.00 (4.00-16.00)	
Toplu taşıma	(3)	112	11.00 (7.00-18.00)	36.766; .000
Yürüyerek	(4)	130	8.50 (5.00-15.00)	
Diğer (motor, bisiklet vb.)	(5)	35	10.00 (4.00-14.00)	
Gruplar arası analiz (5-3) p= .000; (4-3) p= .000; (2-3) p= .000				
Acil servis başvurularının triyaj kategorisi				
Yeşil		243	9.00 (4.00-18.00)	
Sarı		277	10.00 (4.00-16.00)	4.352; .114
Kırmızı		35	12.00 (4.00-15.00)	
Daha önce herhangi bir nedenle acil başvurusu				
Var		400	10.00 (4.00-16.00)	32.275; .448
Yok		155	10.00 (4.00-18.00)	
Daha önce acil başvurusu olanların şu anki başvuru nedeni				
Poliklinik hizmetine ulaşamama	(1)	20	7.50 (4.00-18.00)	
İlaçlara rağmen şikayetin geçmemesi	(2)	20	12.00 (4.00-16.00)	
Şikayetlerin tekrar başlaması	(3)	70	8.00 (4.00-16.00)	31.663; .000
Memnuniyetsizlik	(4)	30	10.00 (9.00-16.00)	
Tedaviyi anlayamama	(5)	10	13.50 (12.00-15.00)	
Diğer	(6)	5	10.00 (10.00-10.00)	
Gruplar arası analiz (1-5) p= .003; (3-4) p= .008; (3-5) p= .001				
Son 6 ay içerisinde acil başvurusu				
Yok		200	9.00 (4.00-16.00)	
Var aynı şikayetle		157	10.00 (4.00-16.00)	1.316; .518
Var farklı şikayetle		198	10.00 (4.00-18.00)	
Toplam		555	10.00 (4.00-18.00)	

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları puan ortancalarının TYD ile ilgili bazı tutum ve davranış özelliklerine göre dağılımları tablo 4.8’de sunulmuştur. Sağlık okuryazarlığı puanı sırasıyla; en yüksek olan (13.0) dolaşım kontrolü yapmayı bilmediğini ifade edenlerin, ikinci en yüksek olan (12.00) bilinç kontrolü yapmayı bilmediğini ifade edenlerin, üçüncü en yüksek olan (11.50) TYD eğitimi almamış olanlarındı. Sağlık okuryazarlığı puanı en düşük olanlar (8.00) TYD bilenlerin, TYD eğitimi alanların, solunum kontrolü yapmayı bilenlerin, kalp masajı yapmayı bilenlerin, sağlık personelinin, daha önce ani ölüm olayına tanık olanların ve ani ölüm olayına tanık olduğunda müdahale edenlerindiydi. Sağlık okuryazarlığı puanı ikinci sırada düşük olanlar (8.50) suni solunum ve kalp masajını çekinmeden yapandı.

Tablo 4.8: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı testinden aldıkları puan ortancalarının TYD ile ilgili bazı tutum ve davranış özelliklerine göre dağılımı

	n	Sağlık Okuryazarlığı Testi	İstatistiksel analiz z / KW
		Medyan (Min. – Maks.)	
TYD bilme durumu			
Bilme	235	8.00 (4.00-16.00)	25.475; .000
Bilmeme	320	10.00 (4.00-18.00)	
TYD eğitimi			
Almış	285	8.00 (4.00-18.00)	21.450; .000
Almamış	270	11.50 (4.00-16.00)	
TYD bilgisine yönelik algılar			
Bilinç Kontrolü yapmayı bilme			
Bildiğini ifade etme	260	10.00 (4.00-18.00)	26.612; .000
Bilmediğini ifade etme	295	12.00 (12.00-12.00)	
Solunum Kontrolü yapmayı bilme			
Bildiğini ifade etme	485	8.00 (4.00-16.00)	6.937; .000
Bilmediğini ifade etme	70	10.00 (7.00-10.00)	
Dolaşım Kontrolü yapmayı bilme			
Bildiğini ifade etme	410	9.00 (4.00-18.00)	14.937; .000
Bilmediğini ifade etme	145	13.00 (7.00-15.00)	
Kalp masajı yapmayı bilme			
Bildiğini ifade etme	220	8.00 (4.00-13.00)	21.725; .000
Bilmediğini ifade etme	335	10.00 (4.00-18.00)	
Suni solunum ve kalp masajını çekinerek yapma durumu			
Çekinmeden yaptığını ifade eden	50	8.50 (4.00-12.00)	4.930; .000
Çekinerek yaptığını ifade eden	505	10.00 (4.00-18.00)	
TYD müdahalesi beklenenler			
Sağlık personeli (1)	35	8.00 (4.00-10.00)	14.414; .001
Polis, itfaiye, jandarma vb. (2)	50	10.00 (4.00-12.00)	
Müdahale yetkisi olmayanlar(3)	470	10.00 (4.00-18.00)	
Gruplararası analiz		(1-2) p= .011; (1-3) p= .000	
Daha önce ani ölüm olayına tanık olma durumu			
Var*	215	8.00 (4.00-18.00)	28.712; .000
Yok	340	10.00 (4.00-16.00)	
Toplam	555	10.00 (4.00-18.00)	
Ani ölüm olayına tanık olduğunda sergilenen davranış* (n=215)			
Müdahale etme	190	8.00 (4.00-18.00)	2.237; .628
Müdahale etmeme (Seyretme)	25	9.00 (6.00-11.00)	
Toplam	215	8.00 (4.00-18.00)	

5- TARTIŞMA

Erkeklerin eğitim düzeyinin yüksek olması, çalışıyor olması, ehliyetinin olması, askerlik yapmaları vb. nedenlerle TYD eğitimi alıyor hatta tekrarlı alıyor olması, dolayısıyla kadınların TYD bilmemeleri beklenen bir durumdur. Çalışmamızda kadınların TYD bilmeme oranı erkeklerden daha yüksektir (Tablo 4.3). Literatürde de benzer çalışmalara rastlanmıştır kadınların TYD bilmeme oranları yüksek bulunmuştur (Matsuyama, 2019).

Yaş arttıkça çalışmama durumunun artması, eğitim düzeyinin düşük olması, yaşlı insanlar için eğitime erişimin önünde engeller bulunması gibi nedenlerle TYD bilmemesi beklenen bir durumdur. Çalışmamızda 46 yaş ve üstünde olan katılımcıların TYD bilmeme oranları diğer katılımcılardan düşük bulunmuştur (Tablo 4.3). Yapılmış diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlanmıştır (Hawkes, 2019).

Amerika, Japonya, Kore, Çin, Tayvan, gibi ülkelerde Temel Yaşam Desteği eğitimleri 12 veya 15 yaştan başlayan sınıflarda, okul müfredatlarında zorunlu eğitim olarak verilmektedir. Okul çocuklarının TYD konusunda eğitilmesini sağlayan ulusal programlar daha çok hayat kurtarılmasına, toplumsal ve sağlık hizmetlerinin maliyetinin azaltılmasına katkıda bulunabilir (Wissenberg, 2013) (Kragholm, 2015). Bu nedenle eğitim düzeyi yükseldikçe TYD bilme oranının yükselmesi beklenen bir durumdur. Eğitim durumu açısından ortaokul ve altı düzeydeki eğitime sahip katılımcıların TYD bilmeme oranı daha yüksektir (Tablo 4.3). Literatürde benzer çalışmalara rastlanmıştır (Hock Ong, 2013) (Coons, 2009). Birkun'un Kırım halkına yapmış olduğu çalışmada ise bizim çalışmamızın aksine liseden daha düşük bir eğitime sahip olan katılımcılar en az eğitilmiş ve öğrenmek için motive oldukları bildirilmiştir (Birkun, 2018).

Bilgi eksikliği TYD girişiminde güçlü bir engeldir. Gelişmiş ülkelerde evlenme yaşının genellikle ülkemize göre daha yüksek olması, eğitim ve kariyerlerini tamamlamış bireylerin evli olması nedeniyle evli katılımcıların TYD bilme oranının daha yüksek olması beklenir (Huang, 2019) (Wang, 2015) (Birkun, 2018). Çalışmamızda aksine, evli katılımcıların TYD bilmeme oranı daha yüksektir (Tablo 4.3). Bizim çalışmamızın aksine TYD bilme oranı evli bireylerde daha yüksek bulunmuştur (Huang, 2019);(Wang, 2015); (Birkun, 2018).

Acil servise ulaşımda ambulans hizmetini talep eden kişilerin TYD ihtiyacını veya belirtilerini iyi bilmesi beklenir. Çalışmamızda benzer olarak katılımcıların acil servise ambulans ile ulaşanların TYD bilme oranı daha yüksektir (Tablo 4.4).

Katılımcıların acil servis başvurularındaki triyaj kategorileri, daha önce herhangi bir nedenle acil başvurusu yapma durumları ve son 6 ay içerisindeki acil başvurusu varlığı ile TYD bilme durumları arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.4).

Acil durumlarda ilk aranan sağlık personeli, polis, itfaiye, jandarma gibi ekip üyeleri çalışma hayatlarında tekrarlayıcı temel yaşam desteği eğitimi

almaları, tıbbi-yasal sınırları ve TYD bilmeleri beklenen bir durumdur (Huang 2019). Çalışmamızda TYD uygulaması için müdahale yetkisi olmayanların TYD bilmeme oranları, sağlık personeli, polis, itfaiye, jandarma vb. meslek grubunda olup TYD uygulaması beklenen kişilerden daha yüksektir (Tablo 4.5). Literatürde benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Yasunaga, 2010). Huang'ın çalışmasında sağlık personelinin hastane dışı TYD uygulamalarında isteksiz olduklarını belirtmiştir (Huang, 2019). Bu şaşırtıcı bir durum olarak görülse de; hastane ortamındaki gibi görev yetkilerinin belirli olmaması ve "TYD uygulamasıyla çok sık karşılaşan sağlık personeli varsa onlar uygularsa daha doğru olur" düşünceleri olabilir.

Araştırmalar, arreste tanık olan kişinin temel yaşam desteğine başlamasının sağ kalımı iki, üç kat arttığını göstermiştir. Bu nedenle temel yaşam desteği kurslarının hem sağlık personeline hem de sağlık personeli olmayan kişiler verilmesi öneriliyor (Kaan, Kurt, & Gürsoy, Üniversite Hastanesinde Temel Yaşam Desteği ve Defibrilasyon Kursu Sonuçlarının Değerlendirilmesi, 2010). Daha önce herhangi bir şekilde ani ölüm olayına tanık olmayan katılımcıların TYD bilmeme oranı daha yüksektir (Tablo 4.5). Literatürde daha önce ani ölüme tanık olmuş seyircilerin TYD bilme oranları daha yüksek bulunmuştur (Birkun, 2018); (Soysal, 2011).

Suni solunum / kalp masajı yapmaya çekinirim diyenlerin TYD bilmeme oranı daha yüksektir (Tablo 4.5). Bu durumun nedeni tanıdık veya karşılaşma olasılığı yüksek olan kişilere az bilinen ya da bildiğinden emin olunmayan TYD uygulaması yapmamalarıyla açıklanabilir.

Bu durumun nedenleri arasında benden başka bilen varsa o yapsın (boş verme), kendi önceliklerine önem verme, kişiyi tanımama (kravatını gevşetmeye çalışan kişinin kalp krizi mi geçiriyor yoksa bunalmış mı, sinirlenmiş mi bilememe) sayılabilir.

Hem çocuklara hem de yaşlılara, orta yaş grubunun bakım verici olarak eşlik etme oranları fazladır. Orta yaş grubunun televizyon, sosyal medyadan öğrenmenin sık olması, klasik ve uygulamalı öğrenmede isteksizlik ve bilgiye erişimde kısıtlılıklar yaşama, tipik özellikleri olması nedeniyle sağlık okuryazarlığı düzeyinin de düşük olması beklenir. Çalışmamızda da benzer olarak 46 yaş ve üstünde olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 4. 6). Byrne'in çalışmasında ise 60 yaşın üstündeki katılımcıların düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (Byrne, 2009). Akbolat ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da yaş arttıkça genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin de düştüğü bulgusu elde edilmiştir (Akbolat, 2016).

Artan eğitim düzeyiyle beraber sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması beklenen bir durumdur. Eğitim durumu açısından ortaokul ve altı mezuniyete sahip katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri diğer eğitim düzeylerine sahip katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 4.

6). Literatürde ise benzer şekilde, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseldiği, bireylerin temel okuma yazma becerileri gelişmeden, ileri düzeyde bilişsel becerilere sahip olamadığı tespit edilmiştir (Akbolat, 2016).

Evli olanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri bekar katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 4. 6). Çiftçi'nin kronik hastalığı olan bireylerle yapmış olduğu çalışmada ise katılımcıların medeni durumları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadığı bildirilmiştir (Kubilay İsmail Çiftçi, 2015).

Katılımcıların cinsiyetleri ve çalışma durumları açısından sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 4. 6).

Acil servise toplu taşıma ile ulaşım sağlayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri diğer ulaşım şekillerini kullanan katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 4. 7). Daha önce acil başvurusu olup verilen tedaviyi anlayamayan (tedavi uyumsuzluğu bulunan) katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 4. 7). Öztaş ve arkadaşlarının mükerrer acil servis başvurularını incelemiş olduğu çalışmada hastaların aciliyet kavramını doğru bir şekilde kavrayamamış olduğu, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hasta eğitim düzeyinin yakın ilişkili olduğu hastaların randevu almadan ve sıra beklemeksizin hizmet almak istemeleri ve acil serviste hizmete kolay erişebilmelerinin acil servislerin kötüye kullanıma maruz kaldığını belirtmiştir (Öztaş, 2016). Hatta çalışmamızda Poliklinik hizmetine ulaşamamaları sebebiyle tekrar acil servise başvuranların TYD bilmeme oranı daha yüksektir (Tablo 4.4).

Katılımcıların acil servis başvurularındaki triyaj kategorileri, daha önce herhangi bir nedenle acil başvurusu yapma durumu ve son 6 ay içerisindeki acil başvurusu varlığı arasında sağlık okuryazarlığı düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4. 7). Bu durumun nedenleri arasında kalp yetersizliği gibi kronik bir hastalığı olması ile acil deneyimi yaşamayan hasta yakınlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinde benzer etki sağlamış olabilir.

TYD uygulamasını bilmeyen katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri bilen katılımcılardan anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 4. 8). Berberoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde düşük eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığıyla ilişkili olduğu, Akbolat'ın çalışmasında ise bireylerin temel eğitim becerilerinin geliştikçe, ileri düzeyde bilişsel becerilere sahip olabileceği tespit edilmiştir (Akbolat, 2016); (Berberoğlu U, 2018). Dolayısıyla; alınmış olan eğitimlerin, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükselmesi beklenen bir durumdur. TYD eğitimi almamış olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri eğitim almış olan katılımcılardan anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 4. 8).

Temel uygulama becerilerini kavrayamamış ve yeterli bilgi birikimine sahip olmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olması beklenen bir durumdur. Katılımcıların TYD bilgisine yönelik algılarına bakıldığında, bilinç kontrolü yapmayı bilmeyenlerin, solunum kontrolü yapmayı bilmeyenlerin, dolaşım kontrolü yapmayı bilmeyenlerin, kalp

masajı yapmayı bilmeyenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri bildiğini ifade eden katılımcılardan anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 4. 8). Bireylerin tüm bu uygulama bilgilerini doğru olarak öğrenmiş olabilmesi için temel uygulama eğitimlerini almış olması ve uygulayabiliyor olması gerekmektedir. Eğitilmiş bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi yüksektir çünkü sağlık okuryazarlığını etkileyen temel etkenlerden biri eğitimidir (Berberoğlu, 2018).Çiftçi'nin kronik hastalara yapmış olduğu benzer bir çalışmada ise hastalığı hakkında eğitim almış bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri almamış olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Kubilay İsmail Çiftçi, 2015).

TYD uygulaması için müdahale yetkisi olmayanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri sağlık personeli, polis, itfaiye, jandarma vb. meslek grubunda olup TYD uygulaması beklenen kişilerden anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 4. 8). Bireylerin üzerindeki sorumluluk arttıkça öğrenme motivasyonunun artması beklenen bir durumdur. Dolayısıyla çalışmamızda TYD uygulaması beklenen meslek gruplarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Literatürler incelendiğinde bu meslek gruplarıyla çeşitli çalışmalar yapılmış ancak bizim çalışmamızla benzer özellikte çalışmalara rastlanamamıştır.

Daha önce herhangi bir şekilde ani ölüm olayına tanık olmayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ani ölüm olayına tanık olan katılımcılardan anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 4. 8). Birkun ve Kosava'nın Kırım halkına yapmış olduğu çalışmada da ani ölüme tanık olmamış bireylerin TYD uygulamasını bilme oranı düşük bulunmuş, Çiftçi'nin hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise son 1 ay içinde kendisi ya da ailesi için acil servise başvuranların sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Kubilay İsmail Çiftçi, 2015); (Birkun, 2018).

Suni solunum / kalp masajı yapmaya çekinirim diyenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri çekinmeden yaparım diyen katılımcılardan anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 4. 8). Bu durumun sebebi kendinden emin olamayan, uygulamayı bilmeyen bireylerin bilgi düzeyinin düşük olması dolayısıyla sağlık okuryazarlığının da düşük olması şeklinde yorumlanabilir.

Literatürlerde yer alan sağlık okuryazarlığıyla ilgili oranları veren sonuçların farklılıklar göstermelerinin nedenleri, sağlık okuryazarlık düzeylerinin birbirinden farklı ölçekler ve metodlarla ölçülmüş olması, çalışmaların farklı ülkeler veya farklı hasta gruplarına uygulanmış olması olabilir.

6- SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil servise başvuran hasta yakınlarının temel yaşam desteği farkındalığı ve sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi amacıyla yapılmış bu çalışmada çalışma grubunun yaklaşık yarısının TYD bilmediği, TYD bilenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kadınların, 46 yaş ve üzerinde olanların, ortaokuldan daha az öğrenime sahip olanların, evli olanların, diğer ulaşım şekli ile acil servise ulaşanların,; temel yaşam desteği eğitimi almamış olanların, kalp masajı yapmayı bilmediğini ifade edenlerin, kalp masajı ve suni solunum oranını bilenlerin - bilmeyenlerin, kalp hızını bilenlerin – bilmeyenlerin, TYD uygulaması yetkisi olmayanların,; daha önce herhangi bir şekilde ani ölüm olayına tanık olmayanların, arkadaşına-komşusuna-spor salonundaki gence-süper marketteki yabancıya çekinmeden TYD uygulayabilirim diyenlerin TYD bilmeme oranının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Çalışma grubunu sadece Eskişehir Devlet Hastanesi Yetişkin Acil Servisine başvuran hasta yakınlarının 555'ine yapılmış olduğu için, tüm ülkenin acil servise başvuranların TYD bilgi düzeyini belirleyen yeni çalışmaların yapılması önerilir.

2. Ani gelişen kardiak arrest durumlarında, olaya en erken müdahale edebilecek kişiler hastanın etrafında olup, olaya tanıklık edebilecek yakın çevresidir. TYD eğitimi almış, TYD yapabilecek bilgi ve beceriye sahip olan hasta yakınlarının sağlık profesyonellerinin olay yerine ulaşana kadar yapabilecek olduğu erken müdahale hayat kurtarabilir. Dolayısıyla TYD eğitimi nerede verilirse verilsin, bildiğini ifade edilirse edilsin, acil servislerin tümünde TYD bilgi ve becerisine yönelik eğitimlerin düzenli aralıklarla, sürekli ve planlı olarak yapılması, başvuranların bu eğitimlere katılması sağlanmalı, acile başvuranların eğitim ve uygulama gereksinimlerinin belirlenmesi, TYD ile ilgili planlanacak bu eğitimlerin sağlık kurumlarında konferans ve seminerlerle duyurulması önerilebilir.

3. Sağlık konusunda gelişmiş ülkelere yetişebilmek için temel yaşam desteği ile ilgili yenilikleri takip ederek uluslararası standartlara ulaşabilmek adına planlanacak bu eğitimlerin Milli Eğitim ile iş birliği içerisinde özellikle ortaokul döneminde yoğun olarak tüm eğitim seviyesindeki bireylere verilmesi önerilebilir.

4. Acil servise başvuranların sağlık hizmetinden daha verimli faydalanabilmesine yönelik olarak, hastalığı ve hastalığının seyriyle ilgili tedavi sürecinin nasıl devam edeceği hakkında yeterli ve anlaşılır açıklamaların sağlık personelleri tarafından yapılması daha bilinçli hasta ve hasta yakını görmemizi sağlayacaktır. Toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi / sağlanması halinde mükerrer acil servis

başvurularının azalacağı, dolayısıyla acil servislerin iş yükünün azalacağı ve ülke için ekonomik katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5. Tüm toplumun sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi amacıyla, halkı bilinçlendirmek ve farkındalığı arttırmak için; sosyal medya, basın- yayın kuruluşlarıyla iş birliği içinde olunmalı, ortak programlar yapılmalı, acil servislerin bekleme salonlarında kamu spotu niteliğinde bilgiler pano ve televizyon ekranlarından yansıtılmalı, toplum bilinçlendirilmelidir.



KAYNAKLAR DİZİNİ

- Akbolat, M. K. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, Cilt15, Sayı4: 354-362.
- Akbulut, F. (2011). Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi Ocak 2007- Haziran 2010 Yılları Arasında Kardiyak Arrest Vakalarının Analizi. *Uzmanlık Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı.
- Akıllı, N. (2012). Kardiyopulmoner Resüsitasyonu Ne Kadar Biliyoruz? *Journal Of Academic Emergency Medicine*(11), 102-105.
- Al, B. (2013). Hastane Dışı Kardiyopulmoner Arrest Gelişen Hastalarda Temel ve İleri Yaşam Destek Uygulamaları: 27 Aylık Analiz. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 19(1), 13-17.
- Alihanoğlu, Y. K. (2014). Kardiyoversiyon ve Defibrilasyon. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 156-164.
- Altunay, F. (2015). *Sağlık Çalışanları Arasında Kardiyopulmoner Resusitasyon Bilgi Düzeyi Değerlendirilmesi*. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
- Berberoğlu, U. Ö. (2018). Bir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(3):575-581.
- Berdowski, J. B. (2010). Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*(81), 1479-1487.
- Berdowski, J. B. (2011). Impact of onsite or dispatched automated external defibrillator use on survival after out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation*(124), 2225-2232.
- Birkun, A. K. (2018). Social attitude and willingness to attend cardiopulmonary resuscitation training and perform resuscitation in the Crimea. *World Journal Emergency Medicine*, 237-248.
- Bukıran. (2009). Hemşirelere Verilen Bir Günlük Kardiyopulmoner Resusitasyon Eğitiminin Uzun Dönem Etkilerinin Değerlendirilmesi. *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim*.
- Byrne, B. (2009). Structural Equation Modeling With AMOS: . B. Byrne içinde, *Basic Concepts, Application, and Programming* (s. 80). New York: Routledge.

- Chew, L. K. (2004). Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. *Family Medicine*, 36 (8): 588-594.
- Coons, S. G. (2009). Performing bystander CPR for sudden cardiac arrest: behavioral intentions among the general adult population in Arizona. *Resuscitation*, 334-340.
- Çiftçi, K. (2015). Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. *Kronik Hastalığı olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakım Hizmetlerinin Belirlenmesi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,.
- Efil S, T. S. (2015). Ani Kardiyak Ölüm ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* , 19 (1):36-42.
- Eroğlu N, O. N. (2017). Türkiye'de Yerleşik Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Genel Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi. *Inteournal of Finance & Banking Studies (2147-4486)*., 6(2) : 44-59.
- Eyüpoğlu E, S. P. (2016). Validation of Turkish Health Literacy Measures. *Health Promotion International*, 31:355-362.
- Gazete, T. (2009, Ekim 16). Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. *T.C. Resmi Gazete*.
- Hawkes, C. P. (2019). Attitudes to Cardiopulmonary Resuscitation and Defibrillator Use:A Survey of UK Adults in 2017. *Journal of the American Heart Association*, 1-12.
- Hock Ong, M. Q. (2013). National Population based survey on the prevalence of first aid, cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillator skills in Singapore. *Resuscitation*, 1633-1636.
- Huang, E. C. (2019). Public knowledge, attitudes and willingness regarding bystander cardiopulmonary resuscitation: A nationwide survey in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 572-581.
- İncesu E, B. U. (2016). *Acil Servis Sağlık Hizmetlerinde Başvuru Tekrarı Sorunu: Türkiye'de bir Devlet Hastanesi Acil Servis Araştırması*. www.akademikbakis.org:
<http://dergipark.gov.tr/abuhsbd/issue/32947/366128> adresinden alındı
- Kaan, N. M., Kurt, İ., & Gürsoy, F. (2010). Üniversite Hastanesinde Temel Yaşam Desteği ve Defibrilasyon Kursu Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11 (3): 1-7.

- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. (2017, aralık). 2017 yılı ocak-ekim dönemi acil servislere ilişkin veriler. www.saglik.gov.tr:https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/23496,2017-ocak-ekim-donemi-acil-servis-verileri2pdf?0 adresinden alındı
- Kandış H. (2014). Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Tıp Fakültesi Öğrencilerinin ve Araştırma Görevlilerinin Bilgi ve Beceri Düzeylerinin Geliştirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(6), 8-11.
- Karataş M, S. E. (2012). Kardiyopulmoner Resusitasyonun Tarihçesi. *Kafkas J Med Sci*, 2 (2):84-87.
- Kickbusch, I. P. (2013). World Health Organization, Health Literacy the Solid Facts. *WHO Regional Office for Europe*, 16.
- Kragholm, K. W. (2015). Return to work in out-of-hospital cardiac arrest survivors: a nationwide register-based follow-up study. *Circulation*, 131:1682-1690.
- Kubilay İsmail Çiftçi. (2015). Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. *Kronik Hastalığı olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakım Hizmetlerinin Belirlenmesi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,.
- Matsuyama, T. O. (2019). Sex-Based Disparities in Receiving Bystander Cardiopulmonary Resuscitation by Location of Cardiac Arrest in Japan. *Mayo Clin Proceedings, Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 1-11.
- McNally, B. R. (2011). Out-of-hospital cardiac arrest surveillance --- Cardiac Arrest Registry to Enhance Survival (CARES), United States, October 1, 2005--December 3, 2010. *MMWR Surveill Summ*(1), 60.
- National Network of Libraries of Medicine, Health Literacy*. (2017, 04 04). National Network of Libraries of Medicine, Health Literacy: <http://nmlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html> adresinden alındı
- Oğuztürk, H. T. (2011). Acil Serviste Gerçekleşen Kardiyak Arrestler ve Kardiyopulmoner Resusitasyon Deneyimlerimiz. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*(3), 114-117.
- Özbilgin, ř. A. (2015). Toplumun Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Farkındalık, Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, İzmir Raporu. *Türk Anestezi Reanimasyon Dergisi*(43), 396-405.
- Özcan, V. A. (2013). Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığında Eczacının Rolü. *TEB Haberler*, 15-21.

- Özding, Ş. (2014). Afyon Karahisar Polis Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Temel Yaşam Desteği ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Saptanması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(3), 246-250.
- Öztaş, D. G. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Perspektifinden Mükerrer Acil Servis. *Ankara Medical Journal*, 3:255-262.
- Özyürek, P. (2013). Lise Öğretmenlerine Verilen Temel İlk Yardım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(1), 183-198.
- Paksoy, V. M. (2016). Acil Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Uygulama Modellerinin karşılaştırılması: Anglo-Amerikan ve Franko-German Modeli. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, Vol.5 Sayı7:1-15.
- Pegem. (2015). *Eğitim Bilimleri Kurultayı*. 2017 tarihinde Pegem Akademi: http://www.pegem.net/akademi/kongrebildiri_detay.aspx?id=12297 5 adresinden alındı
- Perina, D. M. (2011). The 2007 Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine: The 2009 Update. *Academic Emergency Medicine*, 18(3), e8-e26.
- Puttgen, H. P. (2009). Management of cardiac arrest patients to maximize neurologic outcome. *Curr Opin Crit Care*(15), 118-124.
- Qara F J, L. K. (2019). Knowledge of Nonmedical Individuals about Cardiopulmonary Resuscitation in Case of Cardiac Arrest: A Cross-Sectional Study in the Population of Jeddah, Saudi Arabia. *Emergency Medicine International*, 1-11.
- Resuscitation European. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*, 179-186.
- Rızalar S, Ö. A. (2015, Aralık). Acil Çağrı Merkezi 112'ye Başvuran Hasta/Yaralıların Özellikleri ve Sağlık Ekibi Gelinceye Kadar Yapılan İlk Yardım Girişimleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 131-136.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Ankara: Anıl matbaacılık Yayın No:814.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi. A. K. Gültekin BAYRAKTAR içinde, *Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü* (s. Bölüm 1: 29-30). Ankara: Anıl Matbaacılık 1. Baskı.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). *T.C. Sağlık Bakanlığı*. Stratejik Plan (2013-2017):

<https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html> adresinden alındı

Sağlık Bakanlığı. (2017). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. www.saglik.gov.tr: <http://bilgiedinme.saglik.gov.tr/> adresinden alındı

Services, U. D. (2010). *Healthy People 2010 Final Review*. 04.04.2017 tarihinde Centers For Disease Control And Prevention National Center For Health Statistics: http://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf adresinden alındı

Sorensen K, B. S. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*, 12-80.

Soysal, S. K. (2011). Temel Yaşam Desteği Eğitimi: İdeal Ne Kadar Uzakta? *Dokuz Eylül*, 45-48.

Sönmez, B. (2014). *Sağlık Okuryazarlığına AR-GE Yaklaşımı*. 2017 tarihinde T.C Sağlık Bakanlığı: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72538/h/bfs-soy-egitim> adresinden alındı

Şahin. (2011). Karaman İl Merkezindeki Beden Eğitimi Öğretmenlerinin ve Sınıf Öğretmenlerinin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Yüksek Lisans Tezi*. Karaman.

Taniguchi D, B. A. (2012). Cardiac arrest; A Public Health Perspective. *Emerg med Clin* , (30) 1-12.

Tanrıöver, M. D. (2011). Kardiyak Arrest Öncesinde Kötüleşen Hastayı Tanımak: Öngörü Kriterleri ve Risk Faktörleri. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 16-20.

Tözün, M. S. (2014). Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 48-54.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2018, Ağustos). *haber bülteni*. www.tuik.gov.tr: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;27819> adresinden alındı

U.S. Department Of Health And Human Services. (2010). *Healthy People 2010 Final Review*. 04.04.2017 tarihinde Centers For Disease Control And Prevention National Center For Health Statistics: http://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf adresinden alındı

Uğurlu, Z. (2011). Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının Ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık

Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık. Bilimleri Enstitüsü.

Wang, J. M. (2015). Strategy analysis of cardiopulmonary resuscitation training in the community. *Journal Thoracic Disease*, 160-165.

Wissenberg, M. L. (2013). Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*, 1377-1384.

Yasunaga, H. H. (2010). Collaborative effects of bystander-initiated cardiopulmonary resuscitation and prehospital advanced cardiac life support by physicians on survival of out-of-hospital cardiac arrest: a nationwide population-based observational study. *Critical Care*, 2-8.

Yılmaz, M. T. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* <http://www.deuhyoedergi.org>, 9(4):142-147.

EKLER DİZİNİ

EK-1: Uygulanan Anket

EK-2: Aydınlatılmış Onam Formu



EK-1 UYGULANAN ANKET

"Acil Servise Başvuran Hasta Yakınlarının Temel Yaşam Desteği Farkındalığı ve Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi" adlı çalışma için aşağıdaki anketteki soruları cevaplamanız beklenmektedir.

Çalışmamızda Eskişehir ilinde yaşayan kişilerin ani kalp durması (kardiyak arrest) ve böyle bir durumda yapılması gerekenler konusundaki bilgileri ve çeşitli örneklerdeki tutumları belirlenmeye çalışılmaktadır. Diğer amacımız da konu hakkındaki farkındalığı arttırmaktır.

BU FORM HERHANGİ BİR SINAV NİTELİĞİ TAŞIMAMAKTADIR. Bu açıdan rahat olmanız, genel uygulama düzeylerinin tam olarak yansıtılmasını sağlayacaktır. BU NEDENLE İSİM İSTENMEMEKTEDİR VE İSMİN BELİRTİLMEMESİNİ ÖNEMLE RİCA ETMEKTEYİZ. Anketimize katılmayı kabul edip, halkımızın eğitimine, ülkemiz TIP biliminin gelişmesine olan önemli katkılarınız için en derin teşekkürlerimizi sunarız.

Hemşire Zuhal Yaldır
Osmangazi Üniversitesi
Yüksek Lisans Öğrencisi

Demografik Bilgiler

Yaşınızı belirtiniz:

Cinsiyetinizi belirtiniz: Erkek Bayan

Medeni halinizi belirtiniz: Bekar Evli

Eğitim Durumunuzu belirtiniz: Okuryazar değil Okuryazar İlkokul
 Ortaokul Lise Yüksekokul Üniversite Yüksek Lisans

Meslek grubunuzu belirtiniz: Sağlık personeli Polis, itfaiye, jandarma vb. kolluk güçleri

İşçi Ev hanımı Serbest meslek Öğrenci İşsiz

Çiftçi Emekli Memur Diğer.....

Buraya nasıl ulaştınız belirtiniz: Ambulans Özel araç Taksi Toplu taşıma
 Yürüyerek Diğer.....

Acil Başvuru Sorgulaması

Triaj Kategorisi: Yeşil Sarı Kırmızı

Bu şikayetiniz ilk başvuru mu? Evet Hayır (Kaçınıcı Başvuru?).....

Cevabınız Hayır ise nedeni nedir?

Poliklinik hizmetine ulaşamama/geç ulaşma İlaçlara rağmen şikayetin geçmemesi
 Şikayetlerin tekrar başlaması Tedaviye ulaşamama
 Memnuniyetsizlik Tedaviyi Anlayamama-Uygulayamama
 Diğer.....

Son 6 ay içerisinde herhangi bir nedenle herhangi bir acil servise başvuru yaptınız mı:

Hayır başvurmadım Evet aynı şikayetle başvurdum Evet farklı şikayetle başvurdum

Sağlık okuryazarlık soruları

Hastaneden verilen yazılı formları okurken birisinden (arkadaş, eş vs)ne sıklıkta yardım alırsınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Sıklıkla Her zaman

Tıbbi formları kendinizden ne kadar emin olarak dolduruyorsunuz?

Son derece Epeyce Biraz Az Hiç

Yazılı bilgileri anlamakta zorluk çektiğiniz için sağlık durumunuzu öğrenmekte ne sıklıkta problem yaşadınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Sıklıkla Her zaman

Sağlık durumunuzla ilgili size söylenenleri anlamakta ne sıklıkta problem yaşadınız?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Sıklıkla Her zaman

Doktorunuz veya eczanelinizden verilen sağlık talimatları, broşürler veya diğer yazılı materyalleri okumak için hangi sıklıkla yardım alırsınız?

Asla Nadiren Bazen Sıklıkla Her zaman

Temel yaşam desteği bilgi formu

1) Sizce aşağıdakilerden hangisi/hangilerini ani kalp durması belirtisi olabilir? (Birden çok şık seçebilirsiniz)

- Bilincin kaybolması (kişinin baygın görünümde olması)
 Kişinin nefes alış verişinin durması (solunumun durması)
 Kişinin dolaşımının durması (kalp atış sesinin duyulmaması veya nabız hissedilmemesi)
 Morarma Bulantı Nefes almakta zorluk Göğüs ağrısı
 Ciltte solukluk Kişinin hareket etmemesi Diğer

2) Kişinin bilincinin olup olmadığı nasıl anlaşılabilir? (Birden çok şık seçebilirsiniz)

- Seslenince yanıt vermemesi Dokununca yanıt vermemesi
 Hiç hareket etmemesi Bilmiyorum

3) Kişinin solunumunun olup olmadığı nasıl anlaşılabilir? (Birden çok şık seçebilirsiniz)

- Solunum hareketinin olmaması Solunum sesi olmaması
 Kişinin ağzından hava gelmemesi Ağzının önüne konulan aynanın buğulanmaması

Bilmiyorum

4) Kişinin dolaşımının olmadığı nasıl anlaşılır? (Birden çok şık seçebilirsiniz)

- Dolaşım belirtisinin olmaması Boyun damarlarında nabız hissedilmemesi
 Kolundaki damarlarda nabız hissedilmemesi Bilmiyorum

5) Daha önce hiç ani ölüm olayına şahit oldunuz mu? Eğer olduysanız kimdi? (Birden çok şık seçebilirsiniz)

- Ailemden biri Arkadaşımdan ya da tanıdıklarımdan biri
 Yabancı biri Hiç görmedim

6) Eğer şahit olduysanız böyle bir duruma neler yaptınız? (4. soruya cevabınız hayır ise bu soruyu geçiniz) (Kutucuklara öncelik sıra numarası vererek belirtiniz)

- Kalp masajı yapmaya başladım Ağızdan ağıza soluttum (suni solunum yaptırıldı)
 Hem kalp masajı yaptım hem ağızdan ağıza soluttum (yani kardiyopulmoner resusitasyon -kpr yaptım)
 Ambulans (112) çağırdım Etrafımdaki birine yardım çağırmasını söyledim
 Telefonla yardım çağırdım Sadece seyrettim ya da oradan ayrıldım

7) Sizce "kalp masajı" ne anlama gelmektedir?

- Belli aralıklarla göğsü ovalamak
 Belli aralıklarla göğse güçlü kompresyon uygulamak (bastırmak)
 Göğüs duvarını açarak direkt olarak kalbi ovalamak
 Göğüs duvarını açarak direkt olarak kalbe kompresyon uygulamak
 Fikrim yok

8) Aşağıdaki kişilerde ani ölüm olayı olsa, hangisine/hangilerine çekinmeden suni solunum ve kalp masajı yaparsınız (Birden çok şık tercih edebilirsiniz)

- Aileden biri Arkadaşınız Komşunuz Spor salonundaki bir genç
 Süpermarketteki bir yabancı Otobüs durağındaki kişisel bakım temizliği kötü kişi
 Köprü altında yaşayan, ilaç bağımlısı, bali, esrar, eroin kullanan kişi

9) Ani kalp ve solunum durması yani ani ölüm durumunda kalp masajı yapmayı biliyor musunuz?

- Evet Hayır

10) Bu konuda herhangi bir eğitim aldınız mı? (Temel Yaşam Desteği eğitimi)

- Evet Hayır

11) Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise bu eğitimi nerede aldınız?

- Okulda Üniversitede Askerde Ehliyet kursunda
- Resusitasyon Derneğinin bir kursunda Sağlık Bakanlığı Eğitimcilerinin verdiği bir kursta
- Belediyenin verdiği bir kursta Gittiğim spor kulübünde İşyerinde verilen bir kursta
- Televizyon-İnternet-Medya Diğer.....

12) Şu anda, kalbi durmuş bir kişi ile karşı karşıya kalsanız, Temel Yaşam Desteği uygulamalarından hangilerini uygulayabilirsiniz? (Birden çok şık seçebilirsiniz)

- Hava yolunu açabilirim Solunumu kontrol edebilirim
- Suni solunum /ağızdan ağza solutabilirim (hayat öpücüğü)
- Kalp masajı yapabilirim Hem suni solunum hem kalp masajı yapabilirim
- Bilmiyorum

13) Kalp masajı sırasında kalp masajı/suni solunum oranı ne olmalıdır?

- 5/1 15/2 30/2

14) Kalp masajını nereye uygulamak gerekir?

- Göğüsün üst bölümü Göğüsün ortası
- Göğüsün alt bölümü Diğer

15) Kalp masajını dakikada kaç olacak şekilde yaparsınız - hızı nedir?

- Dakikada en az 150 olacak hızda Dakikada en az 100 olacak hızda
- Dakikada en az 50 olacak hızda Bilmiyorum

16) Kalp masajı sırasında ne kadarlık bir güç uygulanmalıdır?

- Göğüs kafesi biraz (1-2 cm) çökecek kadar
- Orta kuvvette, 5-6 cm çökecek kadar
- Çok kuvvetli, 6-10 cm çökecek kadar
- Mümkün olan en fazla güçle yapılmalıdır

17) Aile bireylerinden veya arkadaşlarınızdan biri yanınızdayken fenalaşsa (ani ölüm olayı) neler yaparsınız? (Kutucuklara öncelik sıra numarası vererek belirtiniz)

- Kalp masajına başlarım Ambulansı (112) ararım Birine seslenirim ya da telefonla yardım çağırırım Sadece izlerim ya da olay yerinden ayrılırım

18) Yabancı bir kişinin fenalaşmasına (ani ölüm olayı) şahit olsanız ne yaparsınız? (Kutucuklara öncelik sıra numarası vererek belirtiniz)

- Kalp masajına başlarım Ambulansı (112) ararım Birine seslenirim ya da telefonla yardım çağırırım Sadece izlerim ya da olay yerinden ayrılırım

19) Arkadaşlarınıza ya da yakınlarınıza Kalp masajı yapmaktan sizi alıkoyan ne olabilir?

- Yanlış bir şey yapmak Hastanın kemiklerinin kırılması Organlara zarar vermek
 Çalışan bir kalbi durdurmak Yasal nedenlerle ceza almak Kan veya kusmuk bulaşması
 Bulaşıcı hastalık kapmak Diğer

20) Kalp masajı sırasında gerektiğinde kullanılan "Otomatik Şok Cihazı" olarak tanımlanan cihaz hakkında ne biliyorsunuz?

- Hiç duymadım Daha önce duydum ama hiç görmedim
 Solunumu destekleyen bir cihaz Duran kalbi geri döndürmede kullanılan bir cihaz

21) "Otomatik Eksternal Defibrilatör "ya da "Mobil Kalp Cihazı" nerelerde bulunduğu hakkında bir fikriniz var mı?

- Var
 Bilmiyorum

EK-2 AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı, sizi kendi tarafımdan yürütülen “**Acil Servise Başvuran Hasta Yakınlarının Temel Yaşam Desteği Farkındalığı Ve Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi**” başlıklı tez araştırmama katılmaya davet ediyorum. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsizsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmacının Adı-Soyadı:Zuhal YALDIR

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Yüksek kalitede TYD ile hastanın önceki yaşam kalitesi ve fonksiyonel sağlık durumuna geri dönülmesi amaçlanır. Sağlık okuryazarlığı; “sağlığı iyileştirmek maksadıyla temel sağlık bilgileri ve sağlık hizmetleri edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi” olarak tanımlanmaktadır. Yüksek lisans tez çalışmam kapsamında kullanacağım 3 adet anket formu bulunmaktadır. Sahip olduğunuz sosyodemografik özellikleriniz, acile başvurunuz, sağlık okuryazarlığınız sorular sorularak şahsım tarafından yüz yüze doldurulacaktır. Bilimsel bilgiyi elde etmede vereceğiniz katkıdan dolayı **TEŞEKKÜR EDERİM.**

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: ZUHAL YALDIR

Doğum Tarihi ve Yeri: 14.12.1984, ESKİŞEHİR

Uyruğu: T.C. **Medeni Durum:** Evli

İletişim adresleri : zyaldir@gmail.com

Eğitim Durumu:

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Pamukkale Üniversitesi	2008
Y. Lisans	Sağlık Kurumları İşletmeciliği (Tezli)	Üsküdar Üniversitesi	2015

Yüksek lisans Tezi Başlığı ve Danışmanı : Acil Serviste Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyumu Profili; Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği

Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Naim DENİZ

Yabancı Dil: İngilizce

Mesleki Deneyim:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Eskişehir Pınar Süt A.Ş Revir Hizmetleri Hemşiresi	2008
Hemşire	İstanbul Bahçelievler Hospitalium Hastanesi Kadın Doğum Servis Hemşiresi	2008-2009
Hemşire	İstanbul Acıbadem Sağlık Kurumları Yoğunbakım Hemşiresi	2009-2010
Hemşire	İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Hemşiresi	2010-2015
Hemşire	Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015-2016
Hemşire	Eskişehir Devlet Hastanesi Eskişehir Şehir Hastanesi	2016-Halen Devam Ediyor

Akademik Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Bölüm	Yıl
Öğretim Elemanı	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulama Dersi	2016-2017 Güz Dönemi
Öğretim Elemanı	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulama Dersi	2017-2018 Güz Dönemi

YAYINLAR

A. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler:

A1. S Solak, E Çevik, E Uysal, **Z Yaldir**, A Severe Cause of abdominal pain; Rupture of over cyst, European 9th Congress on Emergency Medicine (EUSEM), 10-14 October, S:3 #1024, Torino, 2015.

A2. E Uysal, S Solak, E Çevik, **Z Yaldir**, Improper use of drug and a severe complication; peptic ulser perforation, European 9th Congress on Emergency Medicine (EUSEM), 10-14 October, S:3 #1025, Torino, 2015.

A3.Z Yaldir, G Özdemir, E Arslan, C Kacan Yüksel, Ö Aydoğan, Ö Örsal, P Duru, Primary school students in the incidence of hypertension and tachycardia and related factors,European Journal Of Public Health, Volume 26, Suplment 1, 9th European Public Health Conference All for Health, Health for All Vienna, 9–12 November, S:435, E-Poster Walks, Austria, 2016.

A4. O Aydoğan, **Z Yaldir**, G Özdemir, E Arslan, C Kacan Yüksel, P Duru, Ö Örsal, The effect of simulation information on self-directed learning, problem solving in Nursing Education,European Journal Of Public Health, Volume 26, Suplment 1, 9th European Public Health Conference All for Health, Health for All Vienna, 9–12 November, S:347, E-Poster Walks, Austria, 2016

A5. E Arslan, C Kaçan Yüksel, Ö Aydoğan, **Z Yaldır**, G Özdemir, P Duru, Ö Örsal, Effects of education on women's knowledge about breast self-examination and breast cancer , European Journal Of Public Health, Volume 26, Suplamente 1, 9th European Public Health Conference All for Health, Health for All Vienna, 9-12 November,,S:349, E-Poster Walks, Austria, 2016

B. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

B1. S. Solak, E. Uysal, A. Kutur, **Z. Yaldır**, Böbrek Yetmezliğine Yol Açan Atnalı Böbrekle Taşın Birlikteliği, *11. Ulusal Acil Tıp Kongresi*, 16-19 Nisan, PS-0478, 180 pp, Antalya, 2015.

B2. E. Uysal, S. Solak, A. Kutur, **Z. Yaldır**, Kesesi de en az kalp kadar önemli, *11. Ulusal Acil Tıp Kongresi*, 16-19 Nisan, PS-0878, 294 pp, Antalya, 2015.

B3. R Ünal, **Z Yaldır**, S Solak, E Uysal, Baş Ağrısıyla Kendini Gösteren Metastatik Malign Melanom, *11. Türkiye Acil Tıp Kongresi*, 26-29 Ekim, S:165, P 124, KKTC, 2015.

B4. E Uysal, R Ünal, **Z Yaldır**, S Solak, Travmatik Posterior Kalça Çıkığı, *11. Türkiye Acil Tıp Kongresi*, 26-29 Ekim, S:150, P 0944, KKTC, 2015.

B5. S Solak, E Uysal, R Ünal, **Z Yaldır**, Sinsi ve Ölümcül Fournier Gangreni, *11. Türkiye Acil Tıp Kongresi*, 26-29 Ekim, S:173, P 139, KKTC, 2015.

B6. E Uysal, P Koçak, R Ünal, **Z Yaldır**, A Kutur, Görme Kaybının Göz Ardı Edilen Nedeni; Bilateral Oksipital İnfarkt, *11. Türkiye Acil Tıp Kongresi*, 26-29 Ekim, S:200, P 191, KKTC, 2015.

I. Katıldığı sempozyum ve kongreler

I1. *IX Türkiye Acil Tıp Kongresi*, 2-6 Ekim, Eskişehir, 2013.

Yüksek Lisans Tezi

Başlık: "Acil Serviste Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyumu Profili; Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği"

ÖZET

Sağlık sektöründe, örgütsel bağlılığın, örgütsel güvenin sağlanması ve iş doyum düzeylerinin yükseltilmesi önemli bir faktör haline gelmiştir. İş doyum, örgütsel bağlılığı ve örgütsel güveni sağlanmış çalışanların hizmet kalitesine ve sağlık kuruluşunun başarısına katkı sağlayacağı ileri sürülmektedir. Bu araştırma, hekimlerin ve hemşirelerin örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve iş doyum düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis'lerinde görevli olan 71'i hemşire, 33'ü hekim olmak üzere 104 çalışana ulaşılmıştır. Katılımcıların, sosyo-demografik verileri için kişisel bilgi formu, Örgütsel Bağlılık Ölçeği (J. Meyer & M. Allen tarafından geliştirilen the Employee Commitment Scales), Örgütsel Güven Envanteri-kısa formu (Cummings and Bromiley tarafından kullanılan the Organizational Trust Inventory-short form) ve İş Doyumu Araştırma Aracı (P. Spector tarafından geliştirilen the Job Satisfaction Survey) ölçüm araçları olarak kullanılmıştır. Araştırma sonucunda çalışanların iş doyum ortalama düzeyi 2.5 iken örgütsel bağlılık genel ortalaması 2.5 ve örgütsel güven ortalaması 3.2 olarak bulunmuştur. Hekimlerin ve hemşirelerin örgütsel bağlılık seviyeleri arttıkça örgütsel güven seviyeleri de artmaktadır. Örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve iş doyum arasında güçlü ilişki vardır.

Acil Servis çalışanlarının örgütsel güven düzeyleri ortalamanın altındadır ve buna bağlı olarak örgütsel bağlılık ve iş doyum düzeylerinin de ortalamanın altında olduğu saptanmıştır. Hekimlerin ve hemşirelerin örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve iş doyumunu olumsuz yönde etkileyen faktörlerin iyileştirilmesi için, gerekli önlemlerin alınması gerektiği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İş Doyumu; Örgütsel Bağlılık; Örgütsel Güven.



ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI

Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Sayı: 80558721/G - 129
Konu: Karar – Yüksek Lisans Öğr. Zuhal YALDIR

18 Nisan 2017

Doç. Dr. Uğur BİLGE
(Başkan Yardımcısı)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Sayın; Doç. Dr. Özlem ÖRSAL
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Setenay DİNÇER
ÖNER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Biyoistatistik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anatomi Anabilim Dalı

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz **“Acil Servise Başvuruların Kardiyopulmoner Resusitasyon (KPR) Bilgisi ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin Değerlendirilmesi”** başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Uğur BİLGE
Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Doç. Dr. Ömer KILIÇ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı / Çocuk Enfeksiyon Hast. Bilim Dalı

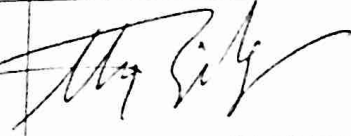
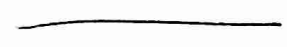




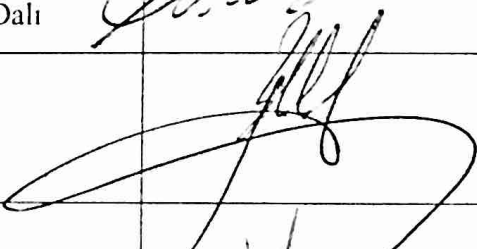

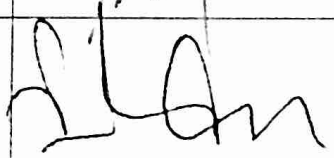
Doç. Dr. Batu Can YAMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bekir YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Av. Önder CAN
Avukat

Etik Kurul Sekreterliği
Aysun SERTTAŞ
Makbule SARIÇİÇEK
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1 Prof. Dr.Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2 Doç. Dr. Uğur BİLGE (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
3 Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4 Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik Anabilim Dalı	
5 Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
6 Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
7 Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı	
8 Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
9 Doç.Dr.Ömer KILIÇ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı	
10 Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
11 Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
12 Av. Önder CAN	Hukuk	

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI
KARAR FORMU

Başvuru Tarihi: 14.04.2017	Çalışmanın Başlığı: "Acil Servise Başvuruların Kardiyopulmoner Resusitasyon (KPR) Bilgisi ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin Değerlendirilmesi" Çalışmacılar: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı - Doç.Dr.Özlem ÖRSAL (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Yüksek Lisans Öğr.Zuhal YALDIR (Yüksek Lisans Tez Sahibi)
Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 17.04.2017	Sonuç: "13.04.2013 tarihli ve 28617 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelikte destekleyici klinik araştırmanın başlatılmasından, yürütülmesinden veya finanse edilmesinden sorumlu olan kişi kurum veya kuruluş olarak tanımlanmaktadır. Mezkur yönetmeliğin 23'inci maddesinin 1'inci fıkrasında "Kurumca onaylanan araştırma protokolünde belirtilen ve araştırmada kullanılan her türlü araştırma ürününün, ürünlerin kullanılmasına mahsus cihaz ve malzemeler ile muayene, tetkik, tahlil ve tedavilerin bedeli destekleyici tarafından karşılanır. Bu bedel, gönüllüye veya sosyal güvenlik kurumuna ödettirilmez." hükmü bulunmaktadır." Yukarıdaki maddeye istinaden; rutin dahi olsa, bakılacak tetkiklerin hasta arşivinden bakılması gereklidir. Aksi takdirde "bütçe" hazırlanması ilgili madde gereği zorunludur ve ilgili madde hükümleri tüm çalışmacılar için bağlayıcıdır.
Karar Tarihi: 17.04.2017 Karar No: 27	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doç.Dr.Özlem ÖRSAL (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) sorumluluğunda yürütülen "Acil Servise Başvuruların Kardiyopulmoner Resusitasyon (KPR) Bilgisi ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmacılara başarılar dileriz.



Sağlık Bakanlığı

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ
DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

EGT.FR. 18

Yayın Tarihi

02.05.2014

Revizyon Tarihi

01.12.2017

Revizyon No

01

Sayfa No/Sayfa Sayısı

1/1

Araştırma Sahibinin	Adı-Soyadı	Zuhal YALDIR
	Kurumu	ESOGÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü
Araştırma Yapılacak İl/İller	Eskişehir	
Araştırmanın Yapılacağı Sağlık Tesisi	Eskişehir Devlet Hastanesi	
Araştırmanın Konusu	"Acil Servise Başvuranların Kardiyopulmoner Resusitasyon Bilgisi ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin Değerlendirilmesi"	
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi	
Ön İzin Formu	<input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok	
Başvuru Evrakları	Kurum Talep Yazısı : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Başvuru Formu : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Araştırma Yöntemi Örneği: <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Araştırma Detay Formu : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Etik Kurul Kararı : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Kurumsal Kimlik Belgesi : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok	
Araştırmanın Evreni/Örneklemi	EDH Acil Servislerine Başvuran, çalışmaya gönüllü katılan tüm hasta ve hasta yakınları Araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.	
Veri Toplama Yöntemleri	3 Adet Anket Formu	
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Şubat 2018 Nisan 2018	
Görüş İstenilen Birimler		
KOMİSYON GÖRÜŞÜ		
Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ve Araştırma Sahibi Zuhal YALDIR arasında "Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol" imzalanmasını takiben araştırmanın yapılmasına müsaade edilmiştir. Araştırma sonucunun bir örneği Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'ne teslim edilecektir.		
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.	
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi:	

21.02.2018



KOMİSYON
Komisyon Başkanı
Doç. Dr. Uğur BİLGE
İl Sağlık Müdürü

Üye
Dr. Gökhan ÖZBOZ
Halk Sağlığı Başkan Yardımcısı

Üye
Dr. Mina AKBAY
Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Üye
Uzm. Dr. M. Emin ÇANAKÇI
Kamu Hastaneleri Başkan Yardımcısı