



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

**SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ VE SPOR LİSESİ
ÖĞRENCİLERİNİN İLK YARDIM VE TEMEL YAŞAM
DESTEĞİ HAKKINDA BİLGİ BECERİ VE TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nazan YÜKSEL

**Samsun
Şubat-2019**



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

**SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ VE SPOR LİSESİ
ÖĞRENCİLERİNİN İLK YARDIM VE TEMEL YAŞAM
DESTEĞİ HAKKINDA BİLGİ, BECERİ VE
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nazan YÜKSEL

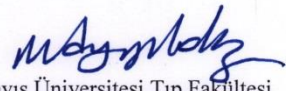
**Danışman
Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ**

**Samsun
Şubat-2019**


T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Nazan YÜKSEL tarafından Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ danışmanlığında hazırlanan "Spor Bilimleri Fakültesi ve Spor Lisesi Öğrencilerinin İlk Yardım ve Temel Yaşam Desteği Hakkında Bilgi, Beceri ve Tutumlarının Belirlenmesi" başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 1 Şubat 2019 tarihinde yapılan sınav ile Acil Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ


Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

Üye : Doç. Dr. Latif DURAN


Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

Üye : Doç. Dr. Ali Kemal ERENLER


Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

ONAY

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

.... / /

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan, bana faydalı olabilmek adına büyük bir özveri ve sabırla hiçbir desteğini esirgemeyen, deneyimleri ve yol göstericiliği ile geleceğime ışık tutan çok kıymetli tez danışmanım sayın Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ' a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Acil Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Ahmet BAYDIN, Doç. Dr. Latif DURAN, Doç. Dr. H. Ufuk AKDEMİR, Doç. Dr. Celal KATI, Prof. Dr. Türker YARDAN' a,

İstatistiksel analizlerimi yapmamda yol gösterici olan ve büyük katkılarını esirgemeyen sayın Doç. Dr. Leman TOMAK' a,

Çalışmalarında değerli bilgilerini benimle paylaşan konu, kaynak ve yöntem açısından bana sürekli yardımda bulunarak yol gösteren sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ' a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca tüm güler yüzlüğü ve samimiyetiyle her türlü konuda bana yardımcı olan sayın Öğr. Gör. Tuğba ÇINARLI' ya

Son olarak, bu zorlu yolda hep yanımda olan, inancını ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili ailem ve arkadaşlarıma, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

“Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Proje Yönetim ofisi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından PYO.TIP.1904.17.017 nolu proje olarak desteklenmiştir.

ÖZET

SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ VE SPOR LİSESİ ÖĞRENCİLERİNİN İLK YARDIM VE TEMEL YAŞAM DESTEĞİ HAKKINDA BİLGİ, BECERİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Amaç: Bu araştırma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesi ve Samsun Gülizar Hasan Yılmaz Spor Lisesi öğrencilerinin ilk yardım ve temel yaşam desteği hakkında bilgi, beceri ve tutum düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma 30/10/2017-30/01/2018 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesi ile Samsun Gülizar Hasan Yılmaz Spor Lisesi'nde öğrenim gören toplam 1027 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen öğrenci tanıma formu, temel yaşam desteği bilgi ve beceri soruları, ilk yardım bilgi ve beceri soruları ve temel ilk yardım uygulamaları tutum sorularından oluşan anket formları kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 24.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya, Spor bilimleri Fakültesi'nden 803, Spor Lisesi'nden (SL) 224 öğrenci katılmıştır. TYD ve İlk Yardım konusunda eğitim alan öğrencilerin puan ortalamaları, eğitim alamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bölüm bazında öğrencilerin İlk Yardım bilgi düzeylerinin; Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Bölümü'nde (BESÖB) %77,9'unun, Antrenörlük Eğitimi Bölümü'nde (AEB) %73,1'inin, Spor Yöneticiliği Bölümü'nde (SYB) %77'sinin ve SL'de %97,3'ünün "Düşük" olduğu tespit edilmiştir. TYD bilgi düzeyinde ise BESÖB, AEB, SYB bölümünün tamamının, SL'nin ise %99,6'sının düşük olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre hem üniversite hem lise öğrencilerinin TYD/İlk yardım bilgi düzeyleri yetersizdir. Üniversite ve ortaöğretim ilk yardım dersi programlarının revize edilerek daha sistemli ve kapsamlı bir ilk yardım eğitiminin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İlk yardım; Temel yaşam desteği; Spor Bilimleri Fakültesi; Spor Lisesi

Nazan YÜKSEL, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Şubat-2019

ABSTRACT

IDENTIFICATION OF KNOWLEDGE, SKILLS, AND ATTITUDE ON FIRST AID AND BASIC LIFE SUPPORT ON FACULTY OF SPORTS SCIENCE AND SPORTS HIGH SCHOOL'S STUDENTS

Aim: This research has been conducted with the aim of identifying the knowledge, skills and attitude on First Aid and Basic Life Support of the students at Samsun Ondokuz Mayıs University Yaşar Doğu Faculty of Sports Science and Samsun Gülizar Hasan Yılmaz Sports High School.

Material and Method: This research has been applied to 1027 students who have been studying at Samsun Ondokuz Mayıs University Yaşar Doğu Faculty of Sports Science and Samsun Gülizar Hasan Yılmaz Sports High School between the dates 30th October, 2017 and 30th January, 2018. The data have been collected by applying Student Acknowledgement Form and questionnaire forms which have been prepared by the researcher on Basic Life Support knowledge and Skills, First Aid Knowledge and Skills, and Basic First Aid Application Attitudes. The statistical analysis of the data has been carried out by using SPSS 24.0 package program.

Results: The number of the students who have attended the research are 803 from Faculty of Sports Science and 224 from Sports High School (SHS). The average score of the students who have studied Basic Life Support and First Aid has come up higher than the ones who haven't studied Basic Life Support and First Aid. The First Aid Knowledge Level of the students on department basis has been ascertained as "Low" with the results 77,9% at Department of PE Teaching (PETD), 73,1% at Department of Coaching Education (CED), 77% Department of Sport Management (SMD) and 97,3% at SHS. On the other hand, the level of Basic Life Support, it has been ascertained as "Low" resulting 100% at PETD, CED, and SMD while 99,6% at SHS.

Conclusion: Taking into account the results obtained from the findings, Students' knowledge level of the First Aid and Basic Life Support is not enough for both University and High School. It is suggested that the First Aid should be taught systematically and extensively by overhauling the programs of the First Aid teaching at University and High School

Keywords: First aid; Basic life support; Faculty of Sports Science; Sports High School

Nazan YÜKSEL, Master' s Thesis

Ondokuz Mayıs University, Samsun, February, 2019

SİMGELER ve KISALTMALAR

AEB	Antrenörlük Eğitimi Bölümü
AHA	American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)
AKA	Ani Kardiyak Arrest
BESÖB	Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Bölümü
ÇSGB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
ERC	European Resuscitation Council (Avrupa Resüsitasyon Konseyi)
GKS	Glaskow Koma Skalası
HDCV	Humman Diploid Cell Vaccine (İnsan Diploid Hücre Aşısı)
ILCOR	International Liaison Committee on Resuscitation (Uluslararası Resüsitasyon Komitesi)
KPR	Kardiopulmoner Resüsitasyon
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
OED	Otomatik Eksternal Defibrilatör
OMÜ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
PAD	Public Access Defibrillation (Kamu Erişimi Defibrilasyonu)
SL	Spor Lisesi
SYB	Spor Yöneticiliği Bölümü
TYD	Temel Yaşam Desteği
U	Mann Whitney U Test İstatistiği
UZEM	Ulusal Zehir Danışma Merkezi
VF	Ventriküler Fibrilasyon
VT	Ventriküler Taşikardi
YCHO	Yabancı Cisme Bağlı Havayolu Obstrüksiyonu
χ^2	Ki-kare Testi

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İlk Yardımın Tarihçesi.....	4
2.1.1. İlk Çağlarda İlk Yardım	4
2.1.2. Yakın Çağda İlk Yardım.....	4
2.1.3. Türkiye’ de İlk Yardım	5
2.2. İlk Yardımın Tanımı Amacı ve Önemi.....	7
2.2.1. İlk Yardımın Tanımı	7
2.2.2. İlk Yardımın Amaçları.....	7
2.2.3. İlk Yardımın Önemi.....	7
2.3. Acil Bakım	8
2.3.1. İlk Yardım ve Acil Bakım Arasındaki Farklar.....	8
2.3.2. İlk Yardım İle Acil Bakım Süreçlerinin Ortak Özellikleri	9
2.4. İlk Yardımcı ve Özellikleri	9
2.4.1. İlk Yardımcının Özellikleri	9
2.4.2. İlk Yardımcının Görev ve Sorumlulukları	10
2.5. İlk Yardım Malzemeleri.....	10
2.6. İlk Yardımın Temel Uygulamaları	12
2.6.1. Koruma	12
2.6.2. Bildirme	16

2.6.3. Kurtarma	18
2.7. Birinci Değerlendirme	19
2.7.1. İnsan Vücutunun Yapısı ve İşleyişı	19
2.8. Birinci Değerlendirme	29
2.8.1. Yaşam Bulguları.....	29
2.8.2. Hasta ve Yaralının Birinci Değerlendirmesi (CAB).....	35
2.9. İkinci Değerlendirme	39
2.9.1. Görüşerek Bilgi Edinme	39
2.9.2. Baştan Aşağı Değerlendirme.....	40
2.10. Temel Yaşam Desteği.....	41
2.10.1. Solunumun Durması	42
2.10.2. Kalp Durması	42
2.10.3. Havayolu Tıkanıklığı	42
2.10.4. Temel Yaşam Desteği.....	43
2.11. Yabancı Cisme Bağlı Havayolu Tıkanması/Obstrüksiyonu (YCHO)	69
2.11.1. Kısmi Tıkanma	69
2.11.2. Tam Tıkanma	70
2.11.3. Yetişkinlerde ve Çocuklarda Heimlich Manevrası.....	70
2.11.4. Bebeklerde Havayolu Tıkanmalarında İlk Yardım	72
2.12. Kanamalarda ve Yaralanmalarda İlk Yardım	73
2.12.1. Kanama	73
2.12.2. Kanama Çeşitleri	74
2.12.3. Dış Kanamalarda İlk Yardım	75
2.12.4. İç Kanamalar ve Şok.....	82
2.12.5. Doğal Deliklerden Olan Kanamalar	84
2.13. Yara ve Yara Çeşitleri.....	86

2.13.1. Yaralanmalarda Genel İlk Yardım Uygulamaları	87
2.13.2. Bölgesel Yaralanmalarda İlk Yardım	88
2.14. Kırık Çıkık ve Burkulmalarda İlk Yardım	91
2.14.1. Kırıklarda İlk Yardım	91
2.14.2. Çıkıklarda İlk Yardım	94
2.14.3. Burkulmalarda İlk Yardım	95
2.15. Acil Bakım Gerektiren Hastalıklarda İlk Yardım	96
2.15.1. Bilinç Bozukluklarında İlk Yardım	97
2.15.2. Bilinç Bozukluklarına Neden Olan Hastalıklar	99
2.16. Zehirlenmeler	102
2.16.1. Zehirlenme Yolları	103
2.16.2. Zehirlenmelerde Genel İlk Yardım Uygulamaları	106
2.17. Hayvan Isırık Ve Sokması	107
2.17.1. Hayvan Isırıklarında İlk Yardım	107
2.17.2. Arı Sokmasında İlk Yardım	108
2.17.3. Akrep Sokmasında İlk Yardım	108
2.17.4. Yılan Sokmasında İlk Yardım	109
2.17.5. Kene Isırmasına Yaklaşım	110
2.17.6. Deniz Canlıları Sokmasında İlk Yardım	111
2.18. Sıcak Çarpması Yanık ve Donmalar	112
2.18.1. Sıcak Çarpmasında İlk Yardım	112
2.18.2. Yanıklarda İlk Yardım Uygulamaları	113
2.18.3. Donmalarda İlk Yardım	117
2.19. Suda Boğulmalarda İlk Yardım	118
2.20. Hasta ve Yaralı Taşıma Teknikleri	120
2.20.1. Acil Taşıma Teknikleri	120

2.20.2. Kısa Mesafede Süratli Taşıma Teknikleri.....	122
3. MATERYAL METOT	125
3.1. Araştırmanın Şekli.....	125
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	125
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	125
3.4. Verilerin Toplanması.....	125
3.5. Veri Toplama Araçları	126
3.5.1. Öğrenci Tanıma Formu.....	126
3.5.2. TYD Bilgi/Beceri Testi Formu	126
3.5.3. İlk Yardım Bilgi/Beceri Testi Formu	126
3.5.4. Temel İlk Yardım Uygulamaları Tutum Soruları Formu	127
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	127
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	127
4. BULGULAR.....	129
4.1. BESÖB, AEB, SYB, SL Öğrencilerinin Sosyodemografik Özelliklerine ve TYD/İlk Yardım Eğitim Durumlarına İlişkin Bulgular	129
4.2. TYD Bilgi/Beceri Sorularına Ait Bulgular	134
4.3. İlk Yardım Bilgi/Beceri Sorularına Ait Bulgular	140
4.4. Temel İlk Yardım Uygulamaları Tutum Sorularına Ait Bulgular.....	146
4.5. BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin TYD /İlkyardım ve Tutum Testleri Puanlarına ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular	151
5. TARTIŞMA	167
5.1. BESÖB, AEB, SYB, SL Öğrencilerinin Sosyodemografik Özelliklerine ve TYD/İlk Yardım Eğitim Durumlarına Göre TYD ve İlk Yardım Bilgi-Beceri Toplam Puan Ortalamaları	167
5.2. Temel Yaşam Desteği ve İlk Yardım Bilgi/Beceri Sorularına Verilen Yanıtlar	175
5.3. İlk Yardım Bilgi/Beceri Sorularına Verilen Yanıtlar	179

5.4. BESÖB, AEB, SYB ve SL Öğrencilerinin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeyleri ...	184
5.5. BESÖB, AEB, SYB ve SL Öğrencilerinin TYD Konusundaki Bilgi Düzeyleri	185
5.6. Temel İlk Yardım Uygulamaları Tutum Sorularına Verilen Yanıtlar ve BESÖB, AEB, SYB, SL Öğrencilerinin Bölümlerine Göre Temel İlk Yardım Uygulamaları Tutumları Toplam Puan Ortalamaları.....	186
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	188
6.1.Sonuçlar	188
6.2.Öneriler	190
KAYNAKLAR	192
EKLER	201
Ek-1 Anket Formu.....	201
Ek-2 İlk Yardım ve Temel Yaşam Desteği Testlerinin Cevapları	207
Ek-3 Etik Kurul Onayı.....	210
Ek-4 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlük İzni.....	211
Ek-5 Samsun Valiliği İl Millî Eğitim Müdürlüğü İzni	212
ÖZGEÇMİŞ.....	213

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

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

İlk yardımın amacı; hayati tehlikeyi ortadan kaldırmak, yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesini sağlamak, hasta veya yaralının durumunun kötüleşmesini önlemek, iyileşmeyi kolaylaştırmaktır (Kakillioğlu ve ark., 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006). İlk yardım, amaçlarından da anlaşılacağı gibi hayati tehlikeyi ortadan kaldırması, hasta ya da yaralının durumunun stable edilmesi, hasta ya da yaralının durumunun kötüye gitmesinin engellenmesi ve tedavi sürecini hızlandırması açısından yadsınamaz bir öneme sahiptir.

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

Spor eğitimleri sırasında birçok yaralanma ve acil yardım gerektiren durumlarla karşı karşıya kalınmaktadır. Spor eğitmenleri ve spor eğitimi alan öğrenciler bu durumlarda eyleme geçecek nitelikte olmalı ve yeterli donanıma sahip olmalıdır. Acil sağlık hizmetleri gelinceye kadar yapılan başarılı ilk yardım uygulamaları sağ kalım oranını artırır, sakatlığı önler ve tedavi sürecini hızlandırır. Başarılı ilk yardım uygulamaları ise etkin bir eğitimle mümkün olabilir.

Ayrıca 11-18 yaş grubu için spor, Avrupa ve Kuzey Amerika'da major yaralanma nedenlerindedir. Yaralanmaların; % 62'si organize spor sırasında , % 20'si beden eğitimi sınıflarında, %18'i organize olmayan-denetimsiz spor sonucu meydana

gelmektedir. Raporlar okulda bütün yaralanmaların dörtte birinin (1/4) ciddi olduğunu gösteriyor. Spor aktivitelerine bağlı ölümler nadirdir, ancak Amerika'da 6 yıllık bir periyotta 15-19 yaş grubunu içeren ölümlerle ilişkili 30 spor aktivitesi belirlenmiştir (Abernethy and et. al., 2008).

Temel Yaşam Desteği (TYD), hayati fonksiyonları kaybolmuş kişiye, invaziv olmayan ve ilaç kullanılmadan yapılan müdahalelerdir. TYD' nin ana hedefi; ani kardiyak arrestin (AKA) tanınması, acil yanıt sisteminin aktive edilmesi, erken kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) ve otomatik eksternal defibrilatör (OED) ile hızlı defibrilasyondur. TYD, halktan kurtarıcılar ve sağlık personeli için, AKA, akut miyokard enfarktüsü, stroke ve yabancı cisme bağlı havayolu tıkanıklığını tanıma; KPR uygulama ve OED kullanma eğitimini içerir (AHA, 2010).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından halka yönelik standart bir TYD eğitim programı yoktur. Çeşitli kuruluşlar tarafından yapılan TYD kurslarında da genelde klasik eğitimler verilmektedir. Bu eğitimlerin ne kadar kalıcı bilgiler içerdiği ve ne derece etkili olduğuna dair ülkemizde yapılmış bir çalışma yoktur. Fakat konu ile ilgili yapılan araştırmalarda; genel olarak klasik eğitimin çok başarılı sonuçlar vermediği, bilgilerin çabuk unutulduğu ve tekrar eğitimlerin gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (Uyanık, 2013).

Temel ilk yardım eğitimi almış bir bireyde olması gereken özellikler şu şekilde sıralanabilir: Kazazedeyi ve hasta kişiyi iyi değerlendirmelidir, çabuk ve doğru karar verebilme yeteneğine sahip olmalıdır, kendinden ve bilgilerinden emin olmalıdır, ilk yardım ile ilgili bilgi ve uygulamaları doğru yapabilme becerisine sahip olmalıdır, ilk yardım uygulamalarında öncelikleri çok iyi bilmelidir, sakin olmalı, telaşa kapılmamalıdır, hasta ile onu sakinleştirecek bir şekilde yumuşak tonda konuşmalı, psikolojik destek sağlayabilmelidir, hiçbir zaman kendi can güvenliğini tehlikeye atmamalıdır, eldeki imkânları ve araç-gereçleri en etkin şekilde kullanabilmelidir, ilk yardımın bir vatandaşlık görevi olduğunu unutmamalıdır, bölgedeki sağlık imkânlarını ve kuruluşlarını iyi tanımalıdır (Güler ve Bilir, 1994).

Tüm bu özellikler göz önünde bulundurulduğunda ilk yardım uygulamalarının özellikle TYD'nin önemli bir bilgi birikimi gerektirdiği görülmektedir. Bireylerin ilk yardım uygulamalarını öğrenmeye ve yapmaya yönelik olumlu tutum geliştirmesi bu konuda oldukça anlamlıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Spor Bilimleri Fakültesi ve Spor Lisesi öğrencileri hem eğitim aldıkları süreçte hem de mesleklerinde kaza, yaralanma ve acil bakım gerektiren durumlarla sıkça karşı karşıya gelmektedir. Bu sebeple spor eğitimi verilen okullarda ilk yardım ve sağlık bilgisi derslerine eğitim planında yer verilmekte, öğrencilerin ilk yardım ve TYD gerektiren durumlarda müdahale edebilmesi amaçlanmaktadır.

Dünyadaki tüm Resüsitasyon kuruluşlarının temsilcilerinin yaptığı bilimsel çalışmalar sonucunda ILCOR tarafından her beş yılda bir Resüsitasyon kılavuzu güncellenerek yayımlanmaktadır (<https://www.attder.org.tr>). TYD ve KPR eğitim programlarına kaynaklık eden ERC (Avrupa Resüsitasyon Konseyi) ve AHA (Amerikan Kalp Vakfı) son güncellemelerini 2015 yılında yapmıştır (ERC, 2015; AHA, 2015). Çalışmamızda son güncellemeler doğrultusunda literatür bilgileri verilmiş ve anket çalışması geliştirilmiştir. Aynı zamanda çalışmanın yapıldığı evrende güncel bilgilerin takip edilip edilmediği ve eğitim programlarının revize edilip edilmediği konularında tespit yapılması hedeflenmiştir.

Bu araştırmanın amacı; Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi ve Samsun Gülizar Hasan Yılmaz Spor Lisesi öğrencilerinin İlk yardım ve TYD hakkında bilgi, beceri ve tutumlarını belirlemek; durum analizi yapmak ve ortaöğretim-üniversite sağlık eğitimi programlarını geliştirmeye kaynaklık edebilmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İlk Yardımın Tarihçesi

2.1.1. İlk Çağlarda İlk Yardım

İlk yardımın ilk defa hangi ülkede ve ne zaman uygulandığı kesin olarak bilinmemektedir. Mısır Firavunları 5000 yıl önce savaşta yaralananları cephe gerisine çekip belirli merkezlerde tedavi etmişlerdir (Tabak ve Somyürek, 2008).

Milattan önce 2000 ve daha eski yıllardan kaldığı bilinen Eberts papirüsünde 48 ayrı yaralanma sonucunda yapılacak girişimler ve yaralının durumu hakkında bilgiler yer almaktadır. Bu girişimler ilk yardım, acil yardım ve tedavi bölümlerinden meydana gelmektedir (Tabak ve Somyürek, 2008).

Meşhur tarihçi Homerus, Truva Savaşında yaralılara yapılan ilk yardımı ve yaralılarının cephe gerisine taşındıklarını yazmıştır. Romalıların ordusundaki sıhhiye birlikleri, yaralıları tedavi etmiştir (Somyürek, 2002).

2.1.2. Yakın Çağda İlk Yardım

İlk Yardım kavramını ortaya atan ve ilk yardım alanında ilk yazılı eseri hazırlayan operatör Dr. Esmarch (1823-1908)'tir. (Tabak ve Somyürek, 2008). Alman asıllı Esmarsch Schleswing, Holstein'da doğmuş ve 1823-1908 yılları arasında yaşamış tanınmış bir cerrahdir. Özellikle askeri cerrahi alanında büyük ün yapmıştır. İlk yardımın bilimsel temeller üzerine oturtulmasında ve ilk yardımın önemini kabul edilmesinde katkısı büyük olmuştur. Fransız-Alman savaşında Alman ordusunun sıhhiye reisliğine kadar yükselmiş daha sonraları bir askeri hastanede müşavir operatör ve idareci olarak görev almıştır (Ege, 1995). Esmarch'ın "Harp Meydanlarında İlk Yardım ve Yaralılara İlk Yardım" adlı eserinden diğer ülkelerde yararlanmıştır (Tabak ve Somyürek, 2008).

İlk yardım uygulamalarında en çok ve en yaygın kullanılan "Üçgen Sargı", 1831 yılında Dr. Mayor tarafından geliştirilmiştir. İlk yardımda üçgen sargının kullanılmasını Esmarch sağlamıştır (Tabak ve Somyürek, 2008).

İlk kurtarma topluluğu 1767'de Amsterdam'da kurulmuştur. Napolyon'un baş cerrahi Baron Larrey 1795'te Prusya seferinde yaralılar için atla hareket eden kapalı yaralı taşıma aracı kullanmış ve buna flying ambulance (uçan gezici vagon) adını vermiştir. Ambulans (taşınma) deyimini o zamandır kullanılmıştır (Ege, 1999).

1870 yılının Ağustos ayında kurulan “Britanya Kızılhaç Cemiyeti”, savaş esnasında yaralananlara ve hastalananlara ilk yardımı yapmak ve tedavi etmek için kurulmuştur. Aynı yıllarda Dr. Moffit tarafından, savaşta yaralananlara bakacak görevliler için bir tüzük hazırlanmıştır. Bu tüzük ilk yardım konularını ve ilk yardım araç-gereçlerinin kapsamını içine almıştır (Tabak ve Somyürek, 2008).

İlk yardım terimi, ilk defa, İngiltere’ de St. John ilk yardım teşkilatı tarafından, resmen kabul edilmiştir (Tabak ve Somyürek, 2008).

1882 yılında İskoçya’ da yaralı ve hastalara ilk yardım yapmak amacıyla “St. Andrew İlk Yardım Teşkilatı” kurulmuştur. Burada önemli olan, sivil toplum örgütlerinin ilk yardım alanında teşkilatlanmasıdır. Her ülke, sağlık sistemi ve ordusu içinde ilk yardım ve acil bakım hizmetlerini kendi sorumluluk alanları içinde vermektedir (Tabak ve Somyürek, 2008).

2.1.3. Türkiye’ de İlk Yardım

Türkiye’ de hasta ve yaralılara yardım amacıyla sivil toplumlarda uluslararası örgütlenmeye gidış, 1861 yılında başlamıştır (Tabak ve Somyürek, 2008).

1861 yılında, Cenevre’ de yapılan uluslararası bir toplantıda ülkelerin savaş, salgın hastalık ve felaketlerde hatta olağan durumlarda hasta ve yaralılara yardım edebilecek bugünkü “Kızılay” gibi hizmet sunan sivil toplum örgütünün kurulmasına karar verilmiş ve bir anlaşma imzalanmıştır. Osmanlı Devleti bu anlaşmaya uyarak “Hilal-i Ahmer Cemiyetini” kurma çalışmalarını başlatmıştır. Hilal-i Ahmer Cemiyeti resmen, 1877 yılının Ağustos ayında, kurulmuştur. Savaş esnasında yararlı olan dernek, savaş bittikten sonra gerektiği kadar çalışmamıştır (Tabak ve Somyürek, 2008).

1909 yılında I. Meşrutiyetin ilan edilmesinden sonra, Hilal-i Ahmer yeniden ele alınarak düzenlenmiştir. 1923 yılında Türkiye Hilal-i Ahmer Cemiyeti adını almıştır. Cumhuriyet döneminde büyük aşamalar yapan Hilal-i Ahmer, Ankara’da bir merkez binasına kavuşmuştur. Ulu önder Mustafa Kemal Atatürk, 28 Nisan 1935’te Hilal-i Ahmer adını “KIZILAY” olarak değiştirmiştir. Türkiye Kızılay Derneği, özel hukuk hükümlerine tabidir. Kamu yararına çalışır. Uluslararası yardım derneklerinin aktif üyesidir (Tabak ve Somyürek, 2008).

Kızılay, tüzel kişiliğe sahip, özel hukuk hükümlerine tabi, kar amacı gütmeyen, yardım ve hizmetleri karşılıksız olan ve kamu yararına çalışan gönüllü bir sosyal hizmet

kuruluşudur. Kızılay ihtiyaç halinde dayanışmanın, ıstırap anında eşitliğin, savaşın en kızgın anında ise insancılığın, tarafsızlığın ve barışın simgesidir (Tüzün ve ark., 2011)

Türkiye Kızılay Derneği, 1958 yılında “İlk Yardım” alanında kapsamlı bir kitap yayınlamış, yayınlarıyla da ilk yardım kavramının yaygınlaşmasına yardımcı olmuştur (Tabak ve Somyürek, 2008).

Türkiye’de, Cumhuriyet döneminde, 1930 tarih ve 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda ilk tıbbi imdat ve yardım teşkilatı kurulması görevi belediyelere verilmiştir. Hizmet alanı uzun yıllar yerel yönetimlerin sunum ve gözetiminde kalmış, bu dönemde hizmet alanında önemli bir gelişme sağlanamamıştır. 1980’li yıllarda hizmet alanında dünyada olan gelişmeler ve hizmet alanından halkın beklentilerinin artması ile birlikte, hizmet alanında yeni çalışmalar yapılmasını gerekli kılmış, 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi bünyesinde Hızır Acil Servis uygulaması başlatılmıştır. Daha sonra diğer büyük illere de uygulama yayılmış, “077” kısa numarası ile verilen hizmet bir türlü dünya standartlarına ulaştırılamamış ve sıkça tartışma konusu olmuştur. 1994 yılında 3 büyük ilde 112 Acil Yardım ve Kurtarma Merkezleri kurulmuş, hizmet bu illerde hizmet alanına özgü personeli ile merkezi tek noktalardan yönetilmeye başlanmış ve hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, yataklı tedavi kuruluşlarından idari olarak ayrılmıştır (Ünlüoğlu ve ark., 2002).

Sağlık Bakanlığı, 1944 yılında Sağlık Memurları Okulunda ders kitabı olarak okutulmak üzere “Küçük Cerrahi Bilgisi ve İlk Yardım” adlı kitabı hazırlatmıştır. Hemşire, ebe ve sağlık memuru yetiştiren öğretim kurumlarında başlı başına ders olarak okutulan “İlk Yardım” yaygın ve örgün eğitim kurumları ile mesleki kursların öğretim programlarına da konmuştur (Tabak ve Somyürek, 2008).

1993 yılında, Dokuz Eylül Üniversitesi ilk defa İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalını Tıp Fakültesinde açmış ve eğitime başlamıştır. Daha sonra ilköğretim ve ortaöğretim okulları, “Trafik ve İlk Yardım” derslerini öğretim programına koymuştur. Yaygın ilk yardım uygulamaları ve eğitimi, 11.05.2000 tarih ve 24046 sayılı resmi gazetede yayınlanan “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği” ve 22.05.2002 tarih ve 24762 sayılı resmi gazetede yayınlanan “İlk Yardım Eğitimi Yönetmeliği” il yasal dayanağa kavuşturulmuştur (Tabak ve Somyürek, 2008).

İlk yardım yönetmeliğinin amacı; fertlerin ve toplumun temel sağlık bilgisinin artırılması, ilkyardım bilgi ve becerisinin topluma öğretilmesi, tüm kamu ve özel

kurum/kuruluşlarında personel sayılarına göre ilkyardımcı bulundurulması ile kazalara bağlı ölüm ve sakatlık riskinin azaltılması; bu doğrultuda ilkyardım eğitici eğitmeni, ilkyardım eğitmeni ve ilkyardımcı yetiştirilmesi ile bu eğitimleri düzenleyecek merkezlerin açılış, işleyiş ve denetimi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir (İlk Yardım Yönetmeliği, 2015).

2.2. İlk Yardımın Tanımı Amacı ve Önemi

2.2.1. İlk Yardımın Tanımı

Herhangi bir kaza veya yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, sağlık görevlilerinin yardımı sağlanıncaya kadar, hayatın kurtarılması ya da durumun kötüye gitmesini önleyebilmek amacı ile olay yerinde, tıbbi araç gereç aranmaksızın, mevcut araç ve gereçlerle yapılan ilaçsız uygulamalardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Güler ve Bilir, 1994a; ÇSGB, 2015; Türk Kızılay'ı, 2015).

Diğer tanımlara göre;

Ani gelişen bir hastalık ya da kaza durumunda tıbbi yardım sağlanıncaya kadar hayatı kurtarmak, durumun kötüye gitmesini önlemek amacıyla olay yerindeki imkânları kullanarak yapılan ilaçsız uygulamalara ilk yardım denir (Ünüvar ve ark., 2016).

İlk yardım ani olarak hastalanan ya da kazaya uğrayan kimseye tıbbi tedavisi yapılmadan önce ve bu süre içerisinde, anında ve kaza yerinde çevre imkânlarından yararlanarak yapılan geçici müdahalelerdir (Tabak ve Somyürek, 2008).

2.2.2. İlk Yardımın Amaçları

- Hasta, yaralı ve ortamın güvenliğini sağlamak
- Hasta ve yaralının hayati fonksiyonlarının devamını sağlamak
- Hasta ve yaralının durumunun kötüye gitmesini engellemek
- Hasta ve yaralının iyileşmesini kolaylaştırmaktır (Ünüvar ve ark., 2016).

2.2.3. İlk Yardımın Önemi

İlk yardım bilgi ve becerileri, insan yaşamında çok önemlidir. Çünkü bilinçli bir şekilde yapılan ilk yardım hayat kurtarabilir. İlk yardımın önemi şu şekilde sıralanabilir;

- İlk yardım, kalıcı tedavinin seyrini belirler. Yapılan uygulamalar ve derlenen bilgiler esas tedavinin planlanmasını kolaylaştırır.
- İlk yardım kazazedede oluşan yara ve diğer travmatik etkileri kontrol altına alır. Aniden gelişen hastalıklarda alınan ilk yardım önlemleriyle organizma korunur. İlk yardım, kaza ve değişik nedenlere bağlı felaketlerde birey ve toplumun sağlığını korur. İlk yardım araç ve gereçlerinin kullanılması ile kazazedelerin genel durumları kontrol altına alınır, sakat kalmaları önlenir.
- İlk yardım eğitimi alanlar, neleri yapıp neleri yapmamalarına kolaylıkla karar verebilir. İlk yardım, her yaş grubundaki insanlarda kazalara bağlı ölümleri azaltır. Nüfusu hızla artan yerleşim yerlerinde, birçok yetersizliklerle birlikte sağlık hizmetleri de yetersiz kalabilir. Bunun sonucu olarak kazalara ulaşabilirlik zorlaşır. İşte böyle bir yaşam biçiminde, ilk yardım uygulamalarının önemi artmaktadır. İlk yardım evde, iş yerinde, caddede, otoyolda ve her yerde insanlar için bir güvencedir (Tabak ve Somyürek, 2008).

2.3. Acil Bakım

Acil tedavi ünitelerinde doktor ve sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereçler kullanılarak yapılan tıbbi müdahaledir (Süzen, 2015).

2.3.1. İlk Yardım ve Acil Bakım Arasındaki Farklar

Acil bakım; ani olarak hastalanan ya da kazaya uğrayan kişiye sağlık personeli tarafından tıbbi araç gereç ve ilaç kullanılarak yapılan hayat kurtarıcı ve tedavi edici uygulamalardır. İlk yardım ve acil bakım tıbbi araç gereç kullanımı, sağlık personeli tarafından uygulanması gibi farklarla birbirinden ayrılır. Bu farklar Tablo 1'de gösterilmiştir (Ünüvar ve ark., 2016).

Tablo 1. İlk Yardım ve Acil Bakım Arasındaki Farklar

İlk Yardım	Acil Bakım
1. İlk yardımcı tarafından uygulanır.	1. Sağlık personeli tarafından uygulanır.
2. Çevredeki imkânlar kullanılır.	2. Tıbbi araç gereç kullanılır.
3. İlaçsız uygulamalardır.	3. İlaç kullanılır.
4. Olay yerinde yapılır.	4. Olay yeri, ambulans ve sağlık kuruluşunda uygulanır.

Kaynak: Ünüvar ve ark., 2016

2.3.2. İlk Yardım İle Acil Bakım Süreçlerinin Ortak Özellikleri

- ➔ İlk yardımcı ve sağlık ekibi sorunlara ivedi çözüm girişiminde bulunur.
- ➔ İlk yardımcı ve sağlık ekibi olay yerinde, sürece özgü, ilk yardım temel ilkelerine uygun, ilk yardım temel uygulamalarını (hasta ve yaralıyı primer değerlendirme, onlara tanı koyma, pozisyon verme, triaj, onları taşıma, kayıt tutma ve rapor yazma gibi) yerine getirir.
- ➔ İlk yardım yaşam kurtarmak ve durumu daha da iyileştirmek amacıyla gerçekleştirilir.
- ➔ Uygulayıcının yetki ve sorumluluğu yasal düzenlemelerle sınırlıdır.
- ➔ Alana özel eğitilen, ehliyetli uygulayıcı belgesine sahiptir.
- ➔ Genellikle gereksinim ve koşullara uygun araç gereç kullanılır.
- ➔ Koşullar ekip çalışmasını gerektirebilir (Süzen, 2015)

2.4. İlk Yardımcı ve Özellikleri

İlkyardımcı; “İlkyardım tanımında belirtilen amaç doğrultusunda, hasta veya yaralıya tıbbi araç gereç aranmaksızın mevcut araç ve gereçlerle ilaçsız uygulamaları yapan ilkyardım eğitimi alarak ilkyardımcı belgesi almış kişidir” şeklinde tanımlanmıştır (İlk Yardım Yönetmeliği, 2015).

2.4.1. İlk Yardımcının Özellikleri

Olay yeri genellikle insanların telaşlı ve heyecanlı oldukları ortamlardır. Bu durumda ilkyardımcı sakin ve kararlı bir şekilde olayın sorumluluğunu alarak gerekli müdahaleleri doğru olarak yapmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bunun için bir ilkyardımcıda aşağıdaki özelliklerin olması gerekmektedir:

- ➔ İnsan vücudu ile ilgili temel bilgilere sahip olmalı, Sakin, kendine güvenli ve pratik olmalı,
- ➔ Eldeki olanakları değerlendirebilmeli,
- ➔ Olayı anında ve doğru olarak haber vermeli (112’yi aramak),
- ➔ Çevredeki kişileri organize edebilmeli ve onlardan yararlanabilmeli,
- ➔ İyi bir iletişim becerisine sahip olmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Ünüvar ve ark., 2016).
- ➔ Kendine güvenmeli, Pratik düşünme becerisine sahip olmalı,

- Kendinin, kazazedenin veya hastanın ve çevredekilerin can güvenliğini sağlamalı, Bilgilerini sürekli tazelemelidir (Ünüvar ve ark., 2016).

2.4.2. İlk Yardımcının Görev ve Sorumlulukları

- İlk yardımın bir insanlık görevi olduğuna inanarak ilk yardım uygulayabilmek,
- Çevredeki sağlık kuruluşlarını tanımak,
- Ülkenin sağlık sistemi hakkında bilgi sahibi olmak,
- İlk yardımla ilgili yenilikleri takip etmek,
- Olayları hızla değerlendirmek,
- Olay yerinde bulunan kişileri organize etmek,
- Hasta, yaralı ve çevredekileri sakinleştirmek ve güven vermek,
- Çok sayıda, hasta yaralıya müdahale etmek zorunda ise öncelikler dışında hiçbir ayırım yapmamak,
- Hasta veya yaralının eşyalarını koruma altına almak,
- 112'ye doğru bir şekilde haber vermek,
- Olay yerine gelen tıbbi yardım ekibine tam ve doğru olarak bilgi aktarmak,
- Tıbbi yardım ekibi geldiğinde onlara yardım etmek,
- Hizmeti karşılığında maddi çıkar beklememek (Ünüvar ve ark., 2016).

2.5. İlk Yardım Malzemeleri

İlk yardım uygulanabilmesi için evlerde, okullarda, taşıtlarda ve iş yerlerinde gerekli temel malzemeleri içeren çantalar bulunmalıdır (Ünüvar ve ark., 2016).

İlk yardım çantası: Ani olarak hastalanan kazaya uğrayan kişilere olay yerinde uygulanacak önceden düşünülmüş ve hazırlanmış malzemelerin bulunduğu çantadır (Sözen, 2002).

İlk yardım çantasının malzemeleri yönetmelikle belirlenmiştir. Kişisel ilk yardım çantası, motorlu taşıt ilk yardım çantası, ambulans ilk yardım çantası gibi değişik şekilleri vardır. İlk yardım çantasının içeriği zaman zaman kontrol edilmeli ve eksilenler yerine konulmalıdır, böylece acil durumlarda hazır bulunur (Ünüvar ve ark., 2016).

İlk yardım çantası içeriğinde ilaç olmamalıdır. Ancak bazı özel durumlarda yaranın ve kopan parçanın ıslak tutulması gerektiğinde kullanılmak üzere mümkünse steril pet şişede, ya da cam şişelerde serum fizyolojik bulunmalıdır. Eskiden ilk yardım çantalarının malzemeleri arasında bulunan alkol, oksijenli su ve tentürdiyota gerek yoktur (Güler ve ark., 2005) .

İlk yardım çantası kullanılacağı yere göre değişiklikler gerektirse de Sağlık Bakanlığı Standartları ışığında, Tablo 2’de gösterilen ilk yardım çantası malzemeleri temel ilk yardım uygulamaları için yeterli olacaktır (Türkeş ve Özcan, 2005).

Tablo 2. İlk Yardım Malzeme Listesi

İlk Yardım Malzemeleri	
Malzeme	Adet
Suni solunum maskesi (TS 6602)	1 adet
Elastik bandaj (orta boy-6 cm) (TS 5098)	2 adet
Sargı bezi (10x30 cm) (TS 4260)	5 adet
Sargı bezi (5x350 cm) (TS 4260)	3 adet
Plastik örtü (160x200 cm) (bir yüzü turuncu, ışık yansıtıcı)	1 adet
Hidrofil pamuk	1 paket
Gaz kompres (5x10 cm)	10 adet
Yara bandı	5 kutu
Flaster bant (25 mm x 250 cm) (TS 3957)	2 adet
Turnike bağı (50 cm)	1 adet
Üçgen sargı bezi (110 x 110 x 130 cm)	3 adet
Üçgen sargı bezi (120 x 120 x 150 cm)	3 adet
Atel (tercihen şişme)	Yeteri kadar
Boyun ateli	2 adet
Makas (paslanmaz)	1 adet
Çatal iğne	10 adet
Sargı bandajı	3 adet
Not defteri (5 x10 cm)	1 adet
Kurşun kalem	1 adet
Lateks eldiven	5 çift
Temiz poşet	3 adet
İlk yardım el kitabı	1 adet
Malzeme listesi	1 adet
Serum fizyolojik (10 cc)	5 adet

Kaynak: Türkeş ve Özcan, 2005.

Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları ile Muayenelerine Dair Yönetmelik doğrultusunda araçlarda Tablo 3’de verilen il yardım malzemelerinin bulundurulması zorunludur. Ayrıca 26.02.2005 tarih ve 25739 Karayolu Taşıma Yönetmeliği’ne göre yetki belgesi almış yolcu taşımacılığında kullanılan araçların her

10 koltuk için en az 1 adet boyun korsesi bulundurması gerekmektedir (Ünüvar ve ark., 2016).

Tablo 3. Motorlu Taşıtlardaki İlk Yardım Çantasında Bulunması Gereken Malzemeler

İlk Yardım Malzemeleri	
Cinsi	Miktarı
Tıbbi eldiven	2 çift
Büyük sargı bezi (10 cm x 3-5 cm)	2 adet
Hidrofil gaz steril (10 x10 cm 50'lik kutu)	1 kutu
Üçgen sargı	3 adet
Antiseptik solüsyon	1 adet
Flaster (2 cm x 5 cm)	1 rulo
Çengelli iğne	10 adet
Küçük makas (paslanmaz çelik)	1 adet
Esmark bandajı	1 adet
Turnike (en az 50 cm örgülü tekstil malzemedен)	1 adet
Yara bandı	10 adet
Alüminyum yanık örtüsü	1 adet
El feneri	1 adet

Kaynak: Cengiz, 2013; MEB, 2016.

2.6. İlk Yardımın Temel Uygulamaları

İlk yardımın temel uygulamaları; Koruma, Bildirme, Kurtarma (KBK) olarak ifade edilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

2.6.1. Koruma

Koruma ilk yardımda her zaman birincil temel uygulama olup, olay yerindeki hasta ya da yaralılar ile diğer kişilerin yaşamını ya da sağlığını olumsuz etkileyebilecek etkenlere karşı alınacak olay yeri güvenlik önlemleri ve olaya ilişkin bazı değerlendirmeleri kapsar. Bunun için olay yeri gözlemlenerek, ortamda tehlike oluşturabilecek etkenlerin olup olmadığı, olayın niteliği, hasta ve yaralıların sayısı ve durumları çok kısa bir süre içerisinde belirlenir. Böylece; edinilen bilgilere göre, yapılması gerekenler konusunda planlı hareket edilerek bir yandan tehlikeli durumlara karşı olay yeri güvenlik önlemleri ivedikle alınırken, diğer yandan öncelikle müdahale edilmesi gereken hasta ya da yaralılara da zamanında gerekli ilk yardım uygulanabilecektir (Somyürek ve ark., 2007).

Olay Yerinin Değerlendirilmesi

Olay yeri insanların telaşlı ve heyecanlı oldukları ortamlardır. İlk yardımcının kaza sonuçlarının daha ağırlaşmasını önlemek için olay yerini değerlendirmesi ve olay yerinde oluşabilecek başka tehlikeleri fark ederek ve belirleyerek güvenli bir çevre oluşturması çok önemlidir (Süzen, 2015).

Tüm olaylarda amaç belirli bir plan çerçevesinde hasta/yaralının rahatsızlığını saptamak, hızlı ve doğru ilk yardımı uygulamak olmalıdır. İlk yardım uygulamalarına başlamadan önce olay yeri hızlı bir şekilde değerlendirilmelidir. İlk yardımcı öncelikle kendisinin ve hasta/yaralının güvenliğini sağlamalıdır (Erdil ve ark., 2010).

Olay Yeri Değerlendirmesinin Amaçları

- Olay yerinde tekrar kaza oluşma riskini ortadan kaldırmak
- Olay yerindeki yaralıların sayısı ve yaralanma tiplerini belirlemek
- Olay yerindeki delilleri korumak
- Çevredeki imkânları hızla değerlendirmek (MEB, 2016)

Trafik Kazaları

- Kaza yeri emniyet açısından kontrol edilmeli ve her yönden görünür bir şekilde işaretlenmelidir.
- Çevrede bulunan meraklı kişiler olay yerinden uzaklaştırılmalıdır.
- Tehlike uzaklaştırılmıyorsa hasta/yaralı güvenli bir yere alınmalıdır.
- Kaza yapan aracın kontağı hemen kapatılmalı, yangın tehlikesi varsa itfaiye ekibine haber verilmelidir.
- Yangın tehlikesine karşın kaza yerinde sigara içilmesine izin verilmemelidir.
- Tehlike yoksa ambulans gelinceye kadar hasta/yaralı bulunduğu yerde bekletilmelidir.
- Motosiklet kazalarında gerekli değilse hasta/yaralının başlığı çıkartılmamalıdır.
- Zehirli kimyasal madde taşıyan araçlara çevrede bulunan kişilerin yaklaşması engellenmelidir (Tüzün ve ark., 2011).

Elektrik Kazaları

- ➔ Mmknse elektrik akımı derhal kesilmeli, mmkn değilse; hasta/yaralının elektrik teması kesilmelidir.
- ➔ Odun, katlanmış gazete ya da lastik malzeme ile elektrik kaynağı hasta/yaralıdan uzaklaştırılmalıdır.
- ➔ Kaza yüksek gerilim hattından kaynaklanıyorsa elektrik akımı kesilinceye kadar hasta/yaralıya yaklaşmadan, elektrik sıçramasından korunmak için en az 18 metre uzakta beklenmelidir.
- ➔ çevrede bulunanların kaza yerine yaklaşmasına, araçta bulunanların elektrik akımı kesilmeden inmesine izin verilmemelidir (Tüzün ve ark., 2011).

Yangın

Büyük yangınları kontrol etmek için asla müdahale edilmemeli, çevrede bulunanlara da izin verilmemelidir. Hemen itfaiye ekiplerine- 110'a telefon edilmeli, itfaiyenin gelmesi beklenmelidir.

- ➔ Hasta/yaralının giysileri alevli ise; durdurulmalı, koşmasına izin verilmemeli, yere yatırılmalıdır.
- ➔ Alevlerin hava ile temasını kesmek için hasta/yaralı battaniye, kilim gibi malzeme ile sarılmalıdır.
- ➔ Açık yara ve büyük yanık yoksa alevleri kontrol etmek için hasta/yaralı yerde yuvarlanabilir.
- ➔ Olay yerinde su ve yanmayan sıvı varsa; hasta/ yaralı yanan bölge üste gelecek şekilde yere yatırılmalı, alevlerin snmesi için üzerine bol su dökülmelidir.
- ➔ Hasta/ yaralı yanan bina içinde ise; hızlı, sakin ve soğukkanlı davranmak gerekir. Panik yapılmaz.
- ➔ Yangın alarmı çalıştırılmalı, çıkılan her kapı kapatılmalıdır.
- ➔ Yanan odadan geçmek gerekiyorsa; dumandan korunmak için yerden sürünerek geçilmelidir (Tüzün ve ark., 2011).

Gaz Kaçağına Bağlı Kazalar

Mümkünse gaz tüpünün vanası kapatılmalı, mümkün değilse merkezden kapatılması için itfaiyeye telefon edilmelidir.

- Pencereler açılarak ortam havalandırılmalıdır.
- Kıvılcım oluşturacak aydınlatma veya çağrı cihazlarının kullanılmasına izin verilmemelidir (Tüzün ve ark., 2011).

Olay Yeri Değerlendirilmesinde Yapılacak Genel Uygulamalar

İlk yardımı gerektiren olayda tehlike söz konusuysa tehlikenin giderilmesi için önlem alınır. Tehlikenin önlenmesi zor ya da olanaksızsa hasta/yaralının ortamdan en uygun şekilde uzaklaştırılmasına çalışılır. Tehlikeli bir durum yoksa hasta/yaralı hareket ettirilmemelidir (Erdil ve ark., 2010).

Olay yerinde birden fazla hasta/yaralı varsa, hasta yaralının sayısı ve rahatsızlıkları belirlenerek öncelik sıralaması üç ya da dört düzeyde yapılır.

- ***En yüksek öncelik;*** bu durumlarda beklememek ve hemen girişimde bulunmak gerekir. En yüksek öncelikli durumlar arasında solunum durması, kalp durması, şiddetli kanamalar, ciddi kafa yaralanmaları, şok, solunum yolu yanıkları, kalp krizi, felç, zehirlenmeler, bilinç kaybı, olası boyun omuru kırığı, kırık olan bölgenin alt kısmından nabız alınamaması, gözü de içine alan açık yaralanma, uzun kemik kırıkları yer alır.
- ***İkincil Öncelik;*** bu durumlarda kısa süre beklenebilir. İkincil öncelikler arasında ciddi yanıklar, omurga yaralanmaları, orta derecedeki kanamalar, baş yaralanması (bilinç kaybı olmayan), birden fazla kırık olması, sırt yaralanmaları, fazla doz ilaç alımı yer alır.
- ***Düşük Öncelikler;*** bu durumlarda beklenebilir. Düşük öncelikler arasında küçük kırıklar, küçük yumuşak doku yaralanmaları, orta ve hafif yanıklar, ölüm yer alır (Erdil ve ark., 2010).

Olay yerindeki hasta/yaralılar ve yakınları sakinleştirilir. İlgisiz ve meraklı kişiler ortamdan uzaklaştırılır. Olay yerindeki uygun kişilerden yardım alınabilir. Olayın oluş şekli, sonuç ve kanıtları hakkında bilinci açıksa hasta/yaralıdan bilinci kapalıysa çevredeki kişilerden bilgi alınır. Hasta yaralıdan çevreye dağılan kan, kusmuk, doku

parçaları belirlenir. Olay ve olay yeriyle ilgili tüm bilgi, belge ve maddelerin korunması ve üst kurumlara rapor edilmesi yasal zorunluluktur (Erdil ve ark., 2010).

2.6.2. Bildirme

Bildirme; hasta ya da yaralılara gerekli yardımların sağlanması amacıyla ilgili kuruluşların haberdar edilmesidir (Somyürek ve ark., 2007).

Kaza mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde telefon veya diğer kişiler aracılığı ile gerekli yardım kuruluşlarına bildirilmelidir. Haberleşme ne kadar hızlı ve doğru olarak yapılırsa o oranda ölü ve yaralı sayısı en aza indirgenmiş olacaktır (Cengiz, 2013).

İlk yardım gerektiren bir durumda olay yerinde haberleşmeyi sağlayabilecek kişi ya da kişiler mevcutsa bu kişilerce derhal, aksi durumda hasta ya da yaralılara gerekli ilk yardım uygulanmasından sonra, ilk yardımcı tarafından öncelikle acil yardım merkezi (112) aranmalıdır (Somyürek ve ark., 2007). Sabit ve ankesörlü telefonlar ve cep telefonları ile ücretsiz olarak görüşme sağlanabilir. Duruma göre İtfaiye (110), Zehir Danışma Merkezi (114), emniyet güçleri (Polis-155/ Jandarma-156) de aranabilir (MEB, 2016).

Acil Tıbbi Yardım Çağrılması Gereken Durumlar

- Hasta veya yaralının bilinci kapalı ise,
- Hasta veya yaralının bilinci açık olsa bile ciddi yaralanması varsa (kafa travması, yüksekten düşme vb)
- Solunum güçlüğü varsa,
- Göğüste basınç hissi ve ağrı varsa,
- Kanaması ve kusması varsa,
- Baş ağrısı ve konuşma güçlüğü varsa,
- Zehirlenme belirtileri varsa,
- Baş, boyun, omurga travmasından şüpheleniliyorsa,
- Kırıklarda,
- Yangın ve patlamalarda,
- Elektrik çarpmalarında,
- Trafik kazalarında acil yardım istenmelidir (MEB, 2016).

Acil Yardım Çağrısı Yaparken Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

Her türlü acil durumlarda 112 Acil Yardım Servisi'nin aranması ve gerekli bilgilerin doğru olarak verilmesi bir insanlık görevidir. Ülkemizde acil yardım hizmetlerini 112 Acil Yardım Servisleri yerine getirmektedir. 7 gün 24 saat esasına göre çalışan bu servislerin amacı; hasta veya kazazedeye ilk acil müdahalede bulunmak, tıbbi tedavi yapılana kadar hayati fonksiyonların devamını sağlamak, durumun daha da kötüye gidişini engellemek, yaralı veya hastanın güvenli bir şekilde en yakın hastaneye naklini gerçekleştirmektir (Cengiz, 2013).

Yardım Çağrısı Yapılması ve Yardım Çağrısı Yaparken Dikkat Edilmesi Gerekenler

- ➔ 112 Acil tıbbi yardım numarası aranmalı,
- ➔ Sakin ve soğukkanlı olunmalı,
- ➔ Acil yardım merkezinin sorularını doğru ve net cevaplar verilmeli,
- ➔ Hatların kesilme olasılığı göz önünde bulundurularak olay/kaza yerini belirtmek için öncelikle telefon numarası ve isim verilmelidir (Tüzün ve ark. , 2008). Olay ile ilgili gerekli bilgiler verilerek görevlilerin sorduğu sorulara cevap verilir.

- Adınız ve soyadınız, aradığınız telefonun numarası,
- Kesin yer ve adres (şehir, kasaba, cadde, bina, kat, no) ve etraftaki çok bilinen bir yerin adı,
- Olayın ne olduğu, (trafik kazası, düşme, elektrik çarpması, bayılma vb.)
- Olaydan etkilenen kişi sayısı, (kaç tane ambulans gerekeceğinin tahmin edilmesi için)
- Kazazedelerin durumları, (bilinç durumu, kanama, kırık vb.)
- Yapılan ilk yardım müdahaleleri söylenmelidir.
- Gereken bütün bilgiler verilmeden telefon kapatılmamalıdır. Telefondaki acil çağrı personelinin önerileri dikkatlice dinlenmelidir. Aranılan telefon, geri aranabileceğinden gereksiz yere meşgul edilmesi engellenmelidir (Cengiz, 2013; MEB, 2016).

2.6.3. Kurtarma

Kurtarma; olay/kaza yerinde yapılan tüm ilk yardım müdahalelerini kapsar (Tüzün ve ark., 2008).

Kurtarma daha geniş bir çerçevede ele alındığında olay yeri güvenliği sağlandıktan sonra, hasta ya da yaralıların değerlendirilmesi (1. ve 2. değerlendirme) ile değerlendirme sonucuna göre gerekli olan ilk yardım uygulamalarını (TYD, kanama durdurma, uygun pozisyon verme, yaraları sarma, kırık ve çıkıkların sabitlenmesi vb.) ve hasta ya da yaralıların sevkteki önceliklerine göre ayrılarak usulünce taşınmasına ilişkin uygulamaları kapsar (Somyürek ve ark., 2007).

Hasta veya yaralılara ilk yardım uygulayabilmek için durumları (1.değerlendirme). hızla değerlendirilir. Bunun için aşağıdaki işlemler yapılır;

- Hasta veya yaralıların; havayolu açıklığının sağlanması,
- Solunumun sağlanması,
- Dolaşımının sağlanması şeklindedir (ÇSGB, 2015).

Bu değerlendirmeler sonrasında kanama, şok, yaralanma, kırık, çıkık, vücut ısısı vb. yönünden muayene edilerek değerlendirilmesi de 2. değerlendirmedir (Somyürek ve ark., 2007).

İlk Yardımcının Müdahale ile İlgili Yapması Gerekenler

- Yaralıların durumunu değerlendirmek ve öncelikli müdahale edilecekleri belirlemek,
- Yaralının korku ve endişelerini gidermek,
- Yaralıya müdahalede yardımcı olacak kişileri organize etmek,
- Yaralının durumunun ağırlaşmasını önlemek için kendi kişisel olanakları ile gerekli müdahalelerde bulunmak,
- Kırıklara yerinde müdahale etmek,
- Yaralıyı sıcak tutmak,
- Yaralının yarasını görmesine izin vermemek,
- Yaralıyı hareket ettirmeden müdahale yapmak,
- Yaralının en uygun yöntemlerle, en yakın sağlık kuruluşuna sevkini sağlamak (112). (Ancak, ağır yaralı bir kişi, hayati tehlikesi olmadığı sürece asla yerinden hareket ettirilmemelidir!) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

2.7. Birinci Değerlendirme

2.7.1. İnsan Vücutunun Yapısı ve İşleyişı

Kaza ve felakete uğrayanlara bilinçli olarak müdahalede bulunup hayat kurtarabilmek için öncelikle insan vücudunun yapısı ve işlevleri hakkında temel bir bilgiye sahip olmak gerekmektedir (Somyürek ve ark., 2007). Ayrıca ilk yardım yapacak herkesin tıbbi yardım ve iletişimde yanlış anlamaya neden olmamak için insan anatomisi hakkında bilgi sahibi olması gerekir (Sözen, 2002).

İnsan vücudunu oluşturan hücre, doku, organ ve sistemlerin yapısı ve işlevleri ile sistemler arasındaki ilişkileri kavrama, doğru ilk yardım uygulamaları ve dolayısıyla hayat kurtarmada başarıyı artırır. Bu gerçekten hareketle, insan vücudunun normal yapısı ile dış ya da iç etkenlere bağlı olumsuz değişiklikleri değerlendirmek ve uygun yaklaşımda bulunabilmek için insan vücudunu tanımak esastır (Uçar, 2008).

Genel Bilgiler

İnsan vücudunun en küçük birimleri hücrelerdir. Hücreler bir araya gelerek dokuları, dokular birleşerek organları, organlar da birbirinin işlevini tamamlayacak şekilde dizilerek sistemleri, sistemler de vücudu meydana getirirler. Bir sistemin işlevi diğer bir sistemin işlevini tamamlar. Organ veya sistemlerden bir veya birkaçının işlevi bozulursa insan sağlığı olumsuz yönde etkilenir. Bir sistemin işlev yapmaması hayatı tehlikeye sokar (Somyürek ve ark., 2003).

Hücre

Hücre canlının en küçük işlevsel birimidir (Bozdoğan, 2012; Guyton ve Hall, 2001). Hücrelerin çoğalma yetenekleri vardır ve harap olan hücrelerin yerine yenisi yapılır. Hücreler şekil, boyut ve fonksiyon olarak birbirinde farklı olmakla birlikte bazı ortak özellikleri vardır. Örneğin tüm hücreler bir membran (zar) tarafından çevrilmiştir. Tüm hücreler karbonhidrat, protein ve yağları oksijenle yakarak enerji elde eder ve atık ürünlerini kendilerini çevreleyen sıvıya verir (Guyton ve Hall, 2001; Köylü 2016). Hücreler, çıplak gözle görülemeyecek kadar küçük olup, ancak mikroskopla görülebilirler (Uçar, 2008).

Doku

Aynı fonksiyonu gören, benzer yapıdaki hücre grupları doku olarak adlandırılır (Köylü, 2016). Karmaşıklığına karşın insan vücudu 4 temel dokudan meydana gelir. Bu dokular bağımsız birimler halinde bulunmazlar, fakat birbirleri ile ilişkili olarak ve değişen oranlarda, vücudun çeşitli organ ve sistemlerini oluştururlar (Junqueira ve ark., 1992).

Temel dokular şunlardır:

- Epitel doku
- Destek dokusu,
- Kas dokusu,
- Sinir dokusu

Epitel Doku: Örtü epiteli ve bez epiteli olarak ikiye ayrılır. Örtü epiteli vücudun dış yüzeyini örterek koruma sağlar. Boşluklu organların (mide, bağırsak gibi) iç yüzeyini örten örtü epiteli ise genellikle koruma, emilim ve taşımadan sorumludur (Köylü, 2016).

Bağ doku: Vücudun her yerinde buluna bir doku olup, diğer dokuların arasına sokularak bağlayıcılık görevi yapar. Ayrıca organ ve dokular arasına sokularak bağlayıcılık görevi yapar, organ ve dokular arasını doldurarak, bunlara desteklik sağlar. Bağ doku vücut savunmasında, yenilenme ve onarım olaylarında etkili olur (Somyürek ve ark., 2007; Uçar, 2008).

Kas Doku: Kas dokusu kasılabilen proteinler içeren farklılaşmış hücrelerden oluşmuş dokudur. Kas hücre ya da lifleri bir araya gelerek kas demetlerini; kas demetleri bir araya gelerek vücudumuzdaki kas yapısını oluşturur (Gözün, 2017).

Sinir Doku: Sinir doku, nöron olarak adlandırılan sinir hücresi ve nöronlara destek görevi yapan nöroglia hücrelerinden oluşur. Sinir dokuyu oluşturan hücreler, uyarılabilme ve uyarıtıyı iletebilme özelliğine sahiptir. Bu özellik aracılığı ile organlar uyum içinde çalışır. Aynı zamanda dış dünyayla vücut arasında işlevsel olarak bağlantı da sağlanmış olur (MEB, 2016). Sinir hücreleri doğumdan sonra çoğalmaz ve ölen hücrelerin yerine yenisi gelemmez. Ancak büyüme gelişme yetenekleri vardır (Uçar, 2008).

Organ

Belirli fonksiyonları yerine getirmek için bir araya gelen dokuların oluşturduğu yapılara organ denir (Gözün, 2017). Organlara sinir, kan ve lenf damarları gelir. Vücudumuzda farklı görevleri olan çeşitli organlar (mide, dalak, el, ayak, kulak, göz gibi) bulunur (MEB, 2016).

Sistem

Vücudun temel fonksiyonlarını gerçekleştirmek üzere, aynı amaca yönelik organlardan oluşan bir yapıdır (Uçar, 2008). Örneğin kalp ve damarlar dolaşım sistemini oluştururlar. Birbiriyle uyum içerisinde çalışmak suretiyle sistemler organizmanın dengeli ve düzgün olarak hayatı devam ettirmesinde etkili olurlar (Gözün, 2017).

Organizma (Vücut)

Amaca yönelik işlev gören organların oluşturduğu sistemler topluluğudur (Uçar, 2008).

Vücudu Oluşturan Sistemler ve Görevleri

Hareket Sistemi

Hareket sistemi insan vücuduna şekil veren ve ona hareket etme imkânı sağlayan bir sistemdir. Hareket sistemi iskelet, kaslar ve eklemlerden oluşur. Kemikler ve eklemler hareket sisteminin pasif elemanlarıdır. Kaslar ise hareket sisteminin aktif elemanları olup kemik ve eklemlere etki ederek vücudun hareketini sağlar (MEB, 2015; MEB, 2016).

Kemikler: sert ve dayanıklı yapıdadırlar. İnsan iskeletinde uzun, kısa, yassı kemik olmak üzere farklı biçimlerde kemikler mevcuttur. Yetişkin bir insan iskeletinde irili ufaklı toplam 206 kemik bulunur (Ünüvar ve ark., 2016).

İskeletin görevi; organları korumak ve desteklik yapmak, kas ve eklemlerin yardımıyla vücudun hareketini sağlamak, kalsiyum ve fosforu depo etmek, içerdiği kemik iliğiyle kan hücresi yapmaktır (Uçar, 2008).

Eklemler: İskelet sistemini meydana getiren iki veya daha fazla kemiğin birleşerek oluşturduğu yapılardır (MEB, 2015; MEB, 2016; Ünüvar, 2016; Gözün, 2017).

Kaslar: Herhangi bir uyarı ile kasılıp gevşeyerek üzerlerine yapıştıkları kemiklerin ve iç organların hareketini sağlayan yapılardır (Uçar, 2008). Vücutta herhangi bir hareketin gerçekleşebilmesi için gerekli kuvvet kaslar tarafından sağlanmaktadır. Vücut için çok önemli olan görevleri yerine getiren kas dokusu, vücutta oldukça fazla oranda bulunur. Kasların sayısı insan vücudunda yaklaşık olarak 600 kadardır (Tunçel, 2006).

Sinir Sistemi

Vücutta oluşan uyarıların iletilmesi ve bu uyarılara karşı oluşan cevabın organ ve dokulara iletilmesi görevini yerine getiren sistemdir (Gözün, 2017). Bilinç anlama, düşünme, algılama, hareketleri ve uyumunu, dengeyi ve solunum ile dolaşımı sağlar. Vücuttaki tüm aktiviteleri kontrol ve koordine eden; algı, sezgi, zekâ, akıl, hareket ve beslenme yetilerini yöneten sistemdir. Sinir sistemi; çeşitli yollarla gelen uyarıları alıp değerlendirerek gerekli emirleri ilgili birimlere iletir (Uçar, 2008).

Sinir sistemi; merkezi sinir sistemi ve çevresel sinir sistemi olarak iki bölümde incelenir. Merkezi sinir sistemi beyin ve omurilik olmak üzere iki bölümden oluşur (Uçar, 2008; MEB, 2015; Ünüvar ve ark., 2016; Gözün, 2017).

Beyin: Kafatası boşluğunu dolduran beyin sağ ve sol olmak üzere iki yarım küreden oluşur. Beynin sağ yarım küresi vücudun sol tarafını, sol yarım küresi sağ tarafını yönetir. Beyin; zekâ, hafıza, öğrenme, düşünme, algılama ve kontrol merkezidir (Ünüvar ve ark., 2016).

Beyincik: Kafa boşluğunun arka çukurunda yer alan beyincik, temel görev olarak vücudun dengesini sağlar. Bu nedenle, iskelet kaslarının düzenli ve uyumlu çalışmasından sorumludur. Dolayısıyla beyinciğin zarar görmesi durumunda, vücudun dengesi bozulur (Uçar, 2008).

Omurilik: Omurga kanalı içinde, boyundan başlayıp kuyruk sokumuna kadar uzanan organdır. Omurilik boyunca ortasında uzanan kanalda beyin omurilik sıvısı (BOS) bulunur. Omurilik beyinle vücut arasındaki bağlantıyı sağlar. Reflekslerin merkezi omuriliktedir (Ünüvar ve ark., 2016).

Omurilik Soğanı: beyin ile omurilik arasında yer alan ve beyin ile vücut organları arasındaki bağlantıyı sağlayan organdır. Solunum, dolaşım gibi hayati fonksiyonları yönetir (Ünüvar ve ark., 2016).

Solunum Sistemi

Hemen hemen tüm canlı hücreler hayatta kalabilmek için oksijene ihtiyaç duyarlar. İnsan hiçbir şey yemeden haftalarca, hiçbir şey içmeden günlerce yaşayabilir fakat oksijensizliğe ancak birkaç dakika dayanabilir (Aktümsek, 2012).

Solunum Sisteminin Fonksiyonları

- Akciğerlerde hava ile kan arasındaki gaz alışverişini sağlamak,
- Havayı akciğerlerde gaz alışveriş yerine ulaştırmak,
- Solunum yüzeyini dehidrasyondan, sıcaklık değişimlerinden ve diğer çevresel faktörlerden korumak,
- Solunum sistemini ve diğer dokuları patojenlerin girişine karşı korumak,
- Sesin oluşumunu sağlamak,
- Burun boşluğunun üst kısmındaki koku epitelinde kokunun alınmasına yardımcı olmak (Aktümsek, 2012).

Solunum sistemi üst ve alt solunum yollarından oluşur ve ventilasyondan yani soluk alıp vermeden sorumludur. Üst solunum yolları solunan havayı ısıtır, nemlendirir ve yabancı maddelerden temizler. Alt solunum yollarını oluşturan bronşlar ve akciğerler gaz alışverişini gerçekleştirir. Gaz alışverişini oksijenin kan yoluyla dokulara iletilmesi ve karbondioksit gibi maddelerin dışarıya atılmasıdır (Olgun ve ark., 2011).

Üst Solunum Yolları

Üst solunum yolunu oluşturan organlar; burun, farinks (yutak), larenks (gırtlak) tir. Solunum yollarının başlangıcı burundur. Yutak, ağız ve burun boşluğunu soluk ve yemek borusuna birleştiren kısımdır (Ünüvar ve ark. , 2016).

Burun: havanın ilk giriş yolu burundur. Burun boşluklarını içi, müköz bir membran ile kaplıdır. Burun boşluklarında konka adı verilen üç çıkıntı bulunur. Böylece hava daha uzun bir yoldan geçmiş olur. Burun mukozası kan damarları bakımından zengindir ve üzerinde tüycükler (silyalar) bulunur. Hava bu yollardan geçerken, kan damarlarının sağladığı ısı ve nemle ısınır, nemlenir. Ayrıca hava içindeki yabancı maddeler, tüycükler tarafından tutulur (Biro1, 1991). Silyalar; mukoza salgıları ile solunum yollarına dışardan giren mikrop, toz ve yabancı maddeleri dışarı atarak akciğerlere inmesini engeller (Ünüvar ve ark., 2016).

Yutak (farenks): Solunum sistemi ile sindirim sistemini birbirinden ayıran bölümdür. Burun boşluğunun ve ağzın arkasında, özefagus (yemek borusu) ve larenksin (gırtlak) üstündeki kısımdır (Bırol, 1991; Aktümsek, 2012).

Gırtlak (larenks): Alınan nefesın solunum sisteminin yoluna gönderildiği yerdir. Ayrıca insanların birbiriyle anlaşabilmesini sağlayan sesin çıkarıldığı yerdir. Ses tellerinin (vokal kordlar) olduğu bölümdür (Bırol, 1991; Aktümsek, 2012).

Alt Solunum Yolları

Alt solunum yolu organları soluk borusu ve akciğerlerdir.

Soluk Borusu (trakea): Trakea, larenksten sonra gelen havayolunun bir parçasıdır. Dördüncü ve beşinci göğüs omurları hizasında, sol ve sağ ana bronşlara ayrılır. Sağ ana bronş sağ akciğerin daha büyük oluşundan dolayı soldakinden daha kısa ve geniştir. Ayrıca daha diktir. Bundan dolayı soluk borusuna kaçan cisimlerin büyük bir çoğunluğu sağ ana bronşa kaçar (Bırol, 1991; Aktümsek, 2012).

Akciğerler: Sağ ve sol olmak üzere göğüs boşluğunda yer alır. İki akciğer arasında bulunan boşluğa mediasten denir ve içinde kalp ve damarlar bulunur. Sağ akciğer, altındaki karaciğerin kendisini yukarı itmesi nedeniyle, sol akciğere göre biraz daha büyük ve yukarıdadır. Sol akciğer de kalbin baskılaması nedeniyle küçüktür (Bırol, 1991).

Solunum işlevi göğüs boşluğu ve akciğerlerin genişleyip daralmasıyla gerçekleşir. Aynı zamanda bu mekanizmada diyafram kası ve kaburgalar arası kaslar da etkin rol oynar. Nefes alırken göğüs kafesinin hacmini arttırmak için kaburgalar arası açılır, diyafram kası kasılır; böylece göğüs boşluğu genişler. Nefes verirken diyafram kası gevşer, kaburgalar birbirine yaklaşır ve böylece göğüs boşluğu daralır (Ünüvar ve ark., 2016).

Dolaşım Sistemi

Dolaşım sistemi, kan ve lenf gibi sıvıların canlılığın devamı açısından oldukça önemli görevleri yerine getirebilmek için dolaştığı kapalı bir sistemden meydana gelmiştir. Kan görevini yerine getirirken en uzaktaki hücrelere bile damarlar sistemi ile ulaşır. Kanın damar içerisinde akışı için gerekli itici güç bir pompa gibi çalışan kalp ile sağlanır. Kalp ve damarlardan oluşan sistem, ayrıca kardiyovasküler sistem olarak da adlandırılır (Aktümsek, 2012). Dolaşım sistemi şu yapılardan oluşur;

Kan: Kan damarları içinde bulunan kırmızı renkli yaşamsal sıvıdır. Normal erişkin bir erkekte yaklaşık 5-6 litre olan kan, kadınlarda 4-5 litre kadardır. Kan miktarı genellikle 5 litre olarak ifade edilir. Kan plazma sıvısı ve şekilli elemanlar olmak üzere iki kısımdan oluşur. Kanın pH değeri 7.35-7.45 arasındadır ve sıcaklığı ortalama 38°C olarak kabul edilir (Aktümsek, 2012; Ünüvar ve ark., 2016).

Kanın Fonksiyonları

- Oksijen, karbondioksit, besin maddeleri, hormonlar ve metabolik atıkları taşır.
- Vücudun sıvı- elektrolit ve pH dengesini ayarlar.
- Yaralanan veya hasar gören damarlardan ortaya çıkan kan kaybını pıhtılaşma mekanizması ile önler.
- Toksin ve patojenlere karşı koruyuculuk yapar yani vücut savunmasında görev alır.
- Vücut ısısının sabit kalmasını ayarlar (Aktümsek, 2012; MEB, 2015; Ünüvar ve ark., 2016; Gözün, 2017).

Kalp: Dolaşım sisteminin merkezidir. Düz kas özelliği gösteren (istemli çalışan) çizgili kastan oluşan bir organdır (Ünüvar ve ark., 2016). Kalp iki akciğer arasında, göğüs kemiğinin sol alt kısmında yer alır. Tepesi aşağıda, tabanı ise yukarıda, yumruk büyüklüğünde ve koni biçimindedir (Uçar, 2008). Kalbin 2/3'ü orta hattın solunda, 1/3'ü ise orta hattın sağında bulunur. Yetişkin bir insanda ortalama, kadında 230 – 280 gr, erkekte 280-340 gr ağırlığındadır. Kalp perikard adı verilen bir zarla çevrilidir (Gözün, 2017). Kalp kas ve zarlardan oluşan dört odacıklı bir organdır. Üstteki iki odacığa atriyum (kulakçık), alttaki iki odacığa ise ventrikül (karıncık) denir. Sağ kulakçık ile sağ karıncık arasındaki bağlantıyı üçüz kapakçık (triküspit kapak), sol kulakçık ile sol karıncık arasındaki bağlantıyı ikiz kapakçık (mitral kapak) sağlar.(Ünüvar ve ark., 2016).

Kan Damarları: Kanı kalpten vücuda dağıtan ve kirlenen kanı vücuttan kalbe taşıyan dolaşım sistemine ait elemanlardır. Kan damarları; atardamarlar (arter), toplardamarlar (ven) ve kılcal damarlar (kapiller) olmak üzere üçe ayrılır.

Atardamarlar: kalpten çıkan ve içerisinde basınçlı kan taşıyan damarlardır. Sol kalpteki temiz (oksijen yönünden zengin) kan, kalbin sol karıncığından “aort” denen ana atardamara pompalanarak vücudun en uç noktalarına kadar dağıtır. Oksijen

yönünden zengin olan atardamar kanı temiz kan olarak adlandırılmakta olup, açık kırmızı renktedir.

Toplardamarlar: Hücrelerdeki madde alışverişi sonucu kirlenen kanı kalbe taşıyan damarlardır. Toplardamardaki kirli kan, taşıdığı karbondioksitten dolayı koyu renktedir. Toplardamarlardaki kan basıncı, atardamarlara göre daha düşüktür. Akciğer toplardamarı dışındaki tüm toplardamarlar kirli (karbondioksit bakımından zengin) kan taşır.

Kılcal Damarlar: Atardamarların en ucundaki ince dallardır. Kılcal damarları kan hücre ilişkisinin atardamarları olup, örümcek ağı şeklinde dallanarak, hücrelerde madde alışverişini sağlarlar. Kılcal damarlar her doku ve organda bulunurlar. (Uçar, 2008).

Sindirim Sistemi

Enerji ihtiyacımızı karşılayabilmemiz için dışarıdan besin maddelerini hazır olarak almak zorundayız. Besin maddelerinin ve bunların ihtiva ettiği vitamin ve minerallerin ayrıca suyun vücuda alınması, küçük moleküllere dönüştürülmesi, tüm hücrelere ulaştırılmasını sağlayan kana karışımları ve atık ürünlerinin atılması olaylarının tümü sindirim olarak adlandırılır (Aktümsek, 2012).

Sindirim sistemi ağızdan başlayıp anüse kadar devam eden boru şeklinde yer yer genişlemeler gösteren (mide, kalın bağırsaklar gibi) bir sistemdir. Sindirim sisteminin temel görevi, vücudun sıvı- elektrolit ve besin gereksinimini karşılamak ve besin artıklarını atmaktır (Biro1, 1991).

Sindirim sistemi; sindirim kanalı ve yardımcı bezler şeklinde iki temel bölüme ayrılarak incelenir.

Sindirim kanalı (canalis digestorium)

Ağızdan anüse kadar uzanan 8-10 metre uzunluğundaki kanaldır. Bu kanalın bölümleri aşağıda verilmiştir.

- Ağız boşluğu (cavum oris), Yutak (farinks),
- Yemek borusu (özofagus),
- Mide (gaster),
- İnce bağırsaklar (intestineum tenue),
- Kalın bağırsaklar (intestineum crassum) ve anüs şeklindedir (MEB, 2015).

Sindirime yardımcı organ ve bezler

Üretmiş oldukları salgılarını kanallar yoluyla sindirim borusuna boşaltan organlardır. Bunlar;

- Karaciğer,
- Pankreas ve tükürük bezleridir (MEB, 2015)

Boşaltım Sistemi

Boşaltım sistemi, insan vücudunda idrarın oluşumunu ve atılımını sağlayan sistemdir. Boşaltım sistemi **böbrekler, idrar boruları, idrar torbası ve idrar kanalından** oluşur. Bu organlar, metabolizma sonucu ortaya çıkan atık maddeleri (üre, amonyak vb.) kandan süzerek su ile birlikte idrar olarak atılmasını sağlar (Ünüvar ve ark., 2016).

İdrar Borusu: Her iki böbrekten süzülen idrarı idrar torbasına ulaştıran borular olup, yaklaşık 25-30 cm uzunluğundadır.

İdrar Kesesi (mesane): Böbreklerden gelen idrarın toplandığı torba biçiminde, kastan yapılmış bir organdır. Yaklaşık 200-300 ml idrar biriktiğinden idrar yapma isteği doğar. İdrar torbasından idrar boşaltım kanalı çıkar.

İdrar Kanalları: İdrar torbasından idrarın vücut dışına atılımını sağlayan organdır. İdrar kanalı kadınlarda 3-5 cm erkeklerde ise 12-20 cm kadardır (Uçar, 2008).

Böbrekler: Yetişkin bir insanda her biri 130-150 g kadar ağırlığında, fasulye biçimli, kırmızı-kahverengi renkli bir çift organdır. Böbrekler omurganın her iki tarafında retroperitonel (karın zarı arkasında) yerleşmiş olup, sağ böbrek üstünde bulunan karaciğerden dolayı sola göre biraz daha aşağı seviyededir (Aktümsek, 2012). Böbrekler kan süzerek idrarı oluştururlar. Ayrıca, üre ve ürik asit gibi vücut için zararlı olan maddeler ile ihtiyaç fazlası olan su ve tuz da idrarla dışarı atılır (Uçar, 2008).

Endokrin Sistem

İç salgı bezleri ve bu bezlerin salgıladıkları hormonlardan oluşur. Endokrin sistem diğer tüm sistemlerin çalışmasını düzenler ve vücudun iç dengesini sağlar (Ünüvar ve ark. , 2016). İnsan vücudunda normal olarak büyüme, gelişme, üreme, iç ve dış ortamlara uyum, enerji üretimi gibi olaylar sinir sistemi ve endokrin bezlerin salgısı ile sağlanır. Endokrin sistemi endokrin bezler ve endokrin salgısı olan bezlerin endokrin parçaları oluşturur (Arifoğlu, 2016).

Üreme Sistemi

Canlılığın devamını sağlayan sistemdir. Türün devamlılığı iki ayrı cins tarafından gerçekleştirilir. Cinsler üreme faaliyetleri için farklı düzenlemelere sahiptir. Dişi, üreme hücrelerinden ovumu (yumurtayı), erkek ise spermi üretir. Bu iki üreme hücresi cinsel birleşme yolu ile zigotu oluşturur. Zigotun yavruya dönüşümü ise oldukça karmaşık bir süreçtir (Aktümsek, 2012).

Erkek Üreme Sistemi

Erkek üreme sisteme genellikle dört farklı yapı altında incelenir.

- Spermi ve testosteronu üreten *testisler*
- Spermin olgunlaşmasına yardımcı olan, depolayan ve taşıyan *kanallar*
- Spermin sıvı kısmının çoğunluğunu oluşturan yardımcı bezler (*prostat*)
- Spermin vajinaya iletilmesini sağlayan *penis* (Aktümsek, 2012).

Kadın Üreme Sistemi

Dişi üreme sistemi erkek üreme sistemine göre daha komplekstir. Dişi üreme sistemi sadece dişi üreme hücresi olan yumurta hücresini üretmekle kalmaz, döllenmeden sonra zigotun beslenmesini, taşınmasını ve gelişen embriyoyu koruma görevini de üstlenmiştir (Aktümsek, 2012).

Dişi üreme sisteminde özelleşmiş fonksiyonu yerine getiren yapılar:

- Yumurta (ovum) ve dişi eşey hormonları olan östrojen ve progesteronu üreten iki ovaryum (yumurtalık)
- Yumurtayı ovaryumlardan uterus (rahime) taşıyan fallop tüpleri (yumurta kanalı)
- Embriyonun geliştiği yer olan uterus
- Vulva olarak adlandırılan dış genital organlar
- Yenidoğanın yegâne besini olan sütü üreten meme bezleri ve memeler (Aktümsek, 2012).

2.8. Birinci Değerlendirme

2.8.1. Yaşam Bulguları

Hasta veya yaralıyı değerlendirmeden önce bazı yaşam bulgularının bilinmesi gerekir. Yaşam bulgularının varlığı yapılacak müdahaleler açısından önem taşımaktadır. “Yaşam bulguları” dendiğinde; bilinç, solunum, nabız, vücut ısısı, kan basıncı akla gelmelidir. (Ünüvar ve ark., 2016).

Bilinç

Bilinç kişinin kendisinin ve çevresinin farkında olması olarak tanımlanır. Bilinci oluşturan başlıca bileşenler; davranışlara ilişkin öncelikleri belirleme ve seçimler, farkında olma, uyanıklık hali, bellek, yürütücü işlev, dikkat olarak sıralanabilir. Bilinci oluşturan bu bileşenlerin fonksiyonundan sorumlu anatomik yapıların etkilenmeleri ile bilinçte bozulma ve koma görülür (Kekeç ve Topaçoğlu, 2013).

Tablo 4’de görülebileceği gibi AVPU değerlendirilmesiyle hastanın bilinç durumunu ilk muayenede değerlendirilebilir fakat nörolojik problemi olan hastanın kapsamlı değerlendirmesinde bu ölçek yetersiz kalabilir.

Tablo 4. AVPU Skalası

AVPU SKALASI	
A (Alert) – Uyanıklık	Hasta/yaralı uyanık ve bilinçlidir. Yere zamana ve kişiye oryantedir. Olayları hatırlayabilir ve bağlantı kurabilir. “Size ne oldu?” “Bugün günlerden ne?” gibi sorulara hasta/yaralı uygun yanıt verebiliyorsa AVPU skalasının en üst basamağı olan A basamağında demektir.
V (Vokal) – Sesli uyarılara cevap	Hasta/yaralı soru, komut veya açıklamalara sadece söylendiği zaman cevap veriyor, spontan cevap vermiyorsa, hasta/yaralı skalanın V basamağında demektir. Örneğin, V basamağındaki hasta/yaralıya adı sorulduğunda cevap alınamayabilir ancak sesli bir şekilde “Gözlerini aç!” şeklinde bir komut verildiğinde hasta/yaralı gözlerini açacaktır.

Tablo 4. AVPU Skalası (devamı)

AVPU SKALASI	
P (Pain) – Ağrıya tepki	Hasta/yaralı spontan ve sözel uyarılara tepki vermiyor ancak ağrılı uyarana tepki veriyorsa skalanın P basamağındadır. Normalde ağrılı uyarana hasta/yaralının ağrıdan kaçmasına neden olur. Genellikle ağrı vermek için tırnaklara bir cisimle bastırılabilir, ön kolun iç kısmı çimdiklenebilir ya da meme başı sıkılabilir. Veya köprücük kemiği altına parmakla bastırarak suretiyle ağrı verilebilir. Ağrılı uyarana verilirken aşırı güç kullanılmamalıdır.
U (Unresponsive) – Tepkisizlik	Tepkisiz anlamına gelir. Hasta /yaralı spontan, sözel ve ağrılı uyarıların hiçbirine cevap vermiyor. Bu durumdaki hasta/yaralı AVPU skalasının en alt basamağı olan U basamağındadır.

Kaynak: Özel ve ark., 2016.

Hastanın bilinç düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılan bir diğer skala Glasgow Koma Skalası'dır (GKS). Teasdak ve Jannet tarafından geliştirilmiş olan GKS, kritik hastalık ve yaralanmalarda bilinçsizlik derecesini sistemli ve kapsamlı bir şekilde belirlemeye yardımcı olur (Judd,1991). Bilinç düzeyinin değerlendirilmesi için GKS kullanımı dünyada altın standarttır. GKS öncelikle kafa travmalarına bağlı gelişen koma ve bilinç düzeyi bozukluklarının değerlendirilmesi için kabul edilmiş bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Ancak günümüzde birçok nörolojik sorunda bilinç düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Woodward ve Mestecky, 2014, s:109).

Tablo 5. Glaskow Koma Skalası

GKS (Glasgow Koma Skalası)		
Göz Açma	Spontan	4
	Sözlü uyarana	3
	Ağrılı uyarana	2
	Yok	1
Motor Yanıt	Sözlü uyarılara uygun	6
	Ağrı lokalizasyonu var	5
	Normal fleksiyon	4
	Anormal fleksiyon	3
	Ekstansiyon	2
	Yok	1

Tablo 5. Glaskow Koma Skalası (devamı)

GKS (Glasgow Koma Skalası)		
Sözlü Yanıt	Oriyante	5
	Düzensiz konuşma	4
	Anlamsız sözler	3
	Anlaşılmaz sesler	2
	Yok	1

Kaynak: Kekeç ve Topaçoğlu, 2013.

GKS’de toplam puan;

- ➔ 13-15 puan ise hasta uyanık,
- ➔ 8-12 arasında ise prekoma (koma öncesi),
- ➔ 8 ve altında ise koma olarak değerlendirilir (Kekeç ve Topaçoğlu, 2013).

Solunum

Sağlıklı bireyde solunum kolaylıkla, ağrısız, sessiz şekilde kendiliğinden olur. Solunum, havanın akciğerlere giriş ve çıkışının gözlemlenmesi, duyulması ve hissedilmesi ile değerlendirilir. Yetişkin bir kişinin solunum sayısı dakikada 12-20’dir ve Tablo 6’da görülebileceği gibi solunum değerleri yaş gruplarına göre değişir. Solunumun sağlıklı devam etmesi çok önemlidir. Eğer beyine 4-6 dakika oksijen gitmezse beyin hasarı oluşmaya başlar (Şekil 1). 6 dakikadan sonra beyin hasarı kaçınılmazdır (Ünüvar ve ark., 2016). Hasta veya yaralının solunumu değerlendirilirken; solunum sıklığına, solunumun ritmine, solunumun derinliğine bakılır (MEB, 2016).

Tablo 6. Yaş gruplarına göre solunumun normal değerleri

YAŞ	NORMAL DEĞERLER
Yetişkin	12-20/dakika
Çocuk	16-22/dakika
Bebek	18-24/dakika
Yeni doğan	30-50/dakika

Kaynak: Ünüvar ve ark., 2016.



Şekil 1. Solunum/kalp durmasında altın zaman (<http://zmlkbykclk.blogcu.com>, 2018).

Nabız

Kalbin sol ventrikülünün kasılmasıyla aortaya atılan kanın damar duvarına yaptığı basıncın deri yüzeyinden hissedilmesine nabız denir. Kalbin her kasılması bir nabızdır (Kocatürk, 2004; Süzen, 2015).

Kalbin kasılma sayısı, damarlara pompaladığı kan miktarı, düzenli çalışıp çalışmadığı ve gücü nabza aynen yansır. Bu nedenle nabız, dolaşımın değerlendirilmesinde önemli yaşamsal bir bulgudur. Dolaşımın değerlendirilmesinde nabız 10 saniye içinde hissedilmelidir (Tabak ve Somyürek, 2003; Ünüvar ve ark., 2016).

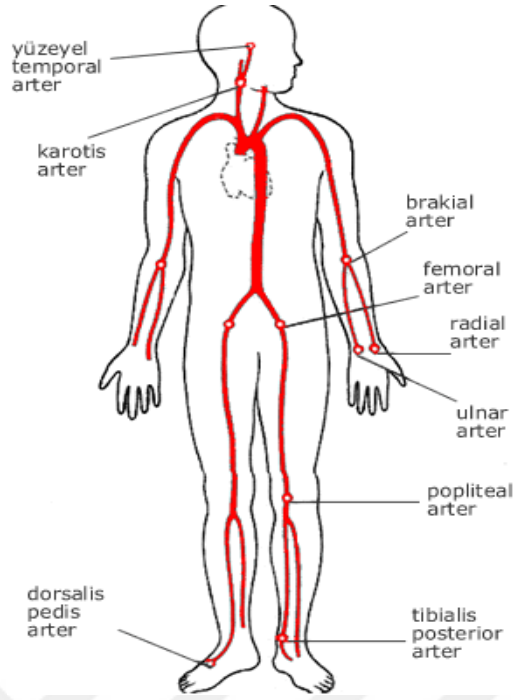
Tablo 7. Yaş gruplarına göre normal nabız değerleri

YAŞ	NABIZ SAYISI/DAKİKA	ORTALAMA/DAKİKA
Yeni doğan	120-160	140
Bebek	100-140	120
Çocuk	80-120	100
Yetişkin	60-100	80

Kaynak: <https://www.tech-worm.com/nabiz-nedir/>, 2018.

Nabız vücut yüzeyine yakın arterlerden alınır. Nabız alınabilecek bazı arterler şunlardır (Şekil 2):

- **Temporal arter:** Başta temporal kemik üzerinde, gözün yan hizasında, şakak bölgesindedir. Çocuklarda nabız sayımında kullanılan en uygun bölgedir.
- **Brakial arter:** Ön kol bölgesindeki dolaşımın değerlendirildiği ve kan basıncının ölçülmesi sırasında stetoskobun yerleştirildiği bölgedeki arterdir.
- **Radial arter:** Ön kolda bileğin iç kısmında yer alır. Parmaklarda kan dolaşımının değerlendirilmesinde periferik olarak nabız özelliklerinin en kolay hissedildiği ve en sık kullanılan arterdir.
- **Femoral arter:** Kardiyak arrest ya da şok durumunda nabız diğer bölgelerden alınmadığında ve uyluk bölgesinde kan dolaşımının değerlendirilmesinde kullanılır.
- **Popliteal arter:** Her iki popliteal çukurda dizin arkasında bulunur. Alt bacak bölgesinde dolaşımın değerlendirilmesinde kullanılır.
- **Posterior tibial arter:** Posterior tibial arter, her iki ayak bileğinin iç yüzeyindedir. Ayakta kan dolaşımının değerlendirilmesinde kullanılır.
- **Dorsalis pedis arter:** Ayak sırtında bulunur. Ayakta kan dolaşımının değerlendirilmesinde kullanılır (www.hemsire.com, 2018).



Şekil 2. Nabız alınan arterler (<http://www.ahmetalpman.com>, 2018).



Şekil 3. Çeşitli bölgelerden iki parmakla nabız tekniği (Süzen, 2015).

Şekil 4. Çeşitli bölgelerden üç parmakla nabız alma tekniği (saglikdersnotlari.blogspot.com, 2018).

Vücut Sıcaklığı

Yaşam formülünde üretilen enerji ile birlikte, ısı da oluşur. Vücut ısısının korunmasında cilt ve akciğerler çok önemlidir (Kocatürk, 2004).

Vücut sıcaklığı özel vücut termometresi ile ölçülür. Hasta veya yaralı değerlendirilirken vücut sıcaklığı ilk yardımcı tarafından ölçülmez. Yaşamsal

fonksiyonların devamı için vücut sıcaklığının normal değerlerde olması gerekir normalde yetişkin bir insanın vücut sıcaklığı 36,5 °C, bebeklerde 37,5 °C'dir. Vücut sıcaklığının normal değerinin üstünde olmasına hipertermi (yüksek ateş), altında olmasına hipotermi (düşük ateş) denir. Vücut sıcaklığı 41-42 °C'ye yükseldiğinde, 34,5 °C ve altına indiğinde hayati tehlike başlar. İlk yardımcıya düşen görev hasta/yaralının vücut sıcaklığını korumaktır (Ünüvar ve ark., 2016).

Kan Basıncı (Tansiyon)

Kan basıncı, kalbin kasılma ve gevşeme sırasında damar duvarına yaptığı basınçtır ve kalbin pompalama gücünü gösterir. Kazazede değerlendirilirken kan basıncı ilk yardımcı tarafından kontrol edilmez. Kan basıncı sistolik kan basıncı (büyük tansiyon) ve diyastolik kan basıncı (küçük tansiyon) olarak ifade edilir (Ünüvar ve ark., 2016).

2.8.2. Hasta ve Yaralının Birinci Değerlendirmesi (CAB)

Hasta veya yaralının değerlendirilmesi 2 aşamadan oluşur. İlk yapılan değerlendirmeye birinci değerlendirme denir. İlk değerlendirme güvenliğin sağlanması ve bilincin değerlendirilmesinin ardından TYD basamaklarının gözden geçirilmesidir (Atıcı, 2010). İkinci değerlendirme ise olayla ilgili bilgi edinmek için görüşme yapılması ve hasta veya yaralının baştan ayağa muayene edilmesidir (MEB, 2016). Birinci ve ikinci değerlendirmede tüm ayrıntılara dikkat edilmeli, gözden kaçan bir şey olmamalıdır. Belirti ve bulgulara göre yapılacak müdahaleye karar verilir (Ünüvar ve ark., 2016).

Bilinç Düzeyinin Değerlendirilmesi

Hasta/yaralının bilinç düzeyinin kontrol edilmesi, yaşam belirtilerinin değerlendirilmesi ve yaralanmanın önemini anlaşılması açısından gereklidir. Bilinci açık hasta/yaralı her ortamda tüm soru ve uyarılara doğru cevap verir (Tüzün ve ark., 2011).

Bilinç düzeyi hastalıktan ya da kazadan etkilenmenin önemli göstergelerinden birisidir. Bilinç kontrolü yetişkin hasta ya da yaralıya "iyi misin, iyi misin" diye seslenmeyle birlikte omuzlarına dokunularak sesli ve fiziksel uyarılar ile, bebeklerde ise ayak topuklarına dokunularak (hafif vurarak) yapılır (Somyürek ve ark., 2007).

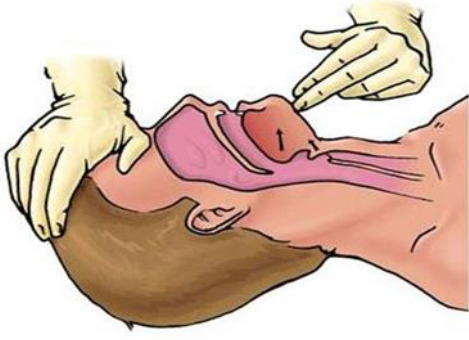
Hasta/yaralı tepki gösteriyor, komutlara uyuyor ve doğru cevap veriyorsa “bilinç açık” demektir. Hasta/yaralının bilinci açık ise ikinci değerlendirmeye geçilerek herhangi bir yaralanma var mı kontrol edilir, gerekirse acil yardım istenir (Tüzün ve ark. , 2011; Ünüvar ve ark., 2016).

Hasta/yaralı tepki göstermiyor, komutlara uymuyor veya sorulara cevap vermiyorsa “bilinci kapalı” demektir. Hemen 112 aranarak tıbbi yardım istenir. Hasta/yaralının, havayolu açıklığı, solunum ve dolaşım değerlendirmelerine geçilir. (Tüzün ve ark., 2011; Ünüvar ve ark., 2016).

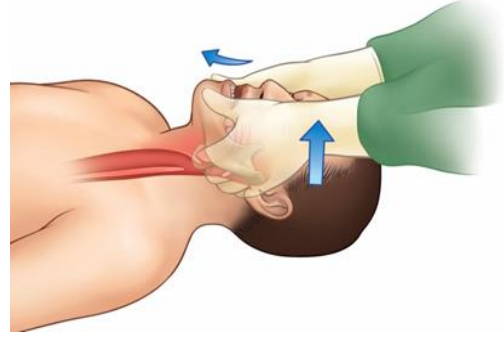
Havayolu Açıklığının Sağlanması (Airway)

Havayolu Açıklığının Sağlanması İşlem Basamakları

- Sıvı ya da yarı sıvı partikülleri dışarı almak için eldiven ya da bir parça beze sarılmış parmaklar kullanılır (Elin işaret ve orta parmağı) (Süzen, 2015).
- Görülen yabancı cisimler varsa çıkarılır, yabancı cisim görünmüyorsa asla kör dalış yapılmaz (Ünüvar ve ark. , 2016).
- Baş-çene manevrasını (Şekil 4) uygulayabilmek için bir el hasta/yaralının alınına yerleştirilip el ayasıyla başa geriye doğru güçlü ve sabit bir basınç uygulanır.
- Diğer elin parmakları çenenin ortasına kemik yapısının altına yerleştirilerek çene yukarı ve ileri itilir.
- Bu manevra çeneyi destekler ve başın geriye doğru bükülmesine yardımcı olur.
- Havayolu tıkanıklığına neden olabileceği için çenenin altındaki yumuşak dokuya bastırılmaz.
- Çeneyi kaldırmak için başparmak dışındaki parmaklar kullanılır (Süzen, 2015).



Şekil 5. Baş-çene pozisyonu
(sagliikca.blogspot.com, 2018).



Şekil 6. Çene itme manevrası
(www.aic.cuhk.edu.hk, 2018).

Bu işlemler sırasında sert hareketlerden kaçınılmalıdır. Başın fazla gerdirilmesi solunum yollarını tıkayıp olumsuz sonuçlara neden olacağından başa hafif bir eğim vermek son derece önemlidir. Boyun yaralanmalarında bu yöntem kullanılmamalıdır. Düşme ve trafik kazalarında daima aksi kanıtlanmadıkça kişide boyun zedelenmesi varsayılarak alt çene pozisyonu uygulanır. Bu uygulama için kazazedenin başucuna geçilir. Baş hareket ettirilmeden alt çene her iki elin dört parmağıyla alttan kavranır. Başparmaklar elmacık kemikleri üzerine konularak çene öne ve yukarı doğru kaldırılır. Alt çene pozisyonu (Şekil 5) sadece sağlık görevlileri tarafından uygulanabilir (Cengiz, 2013).

Solunumun Değerlendirilmesi (Breathing)

Solunumu değerlendirirken; solunum sayısı, solunum ritmi, solunum derinliğine bakılır. Normal yetişkin bir kişinin dakikadaki solunum sayısı 12-20 olarak kabul edilmektedir. Düzensiz, hırıltılı ve güç solunum normal solunumla karıştırılmamalıdır. Özellikle kalp krizlerinin %40'nda kalp durduktan hemen sonra düzensiz solunum görüldüğü belirtilmektedir. Solunum yolunun değerlendirmesi 5-10 saniye içinde bak-dinle-hisset yöntemiyle yapılmalıdır. Solunum yoksa hızlı bir şekilde hasta ve yaralı solutulmalıdır (Tüzün ve ark., 2011; MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Bak-Dinle-Hisset Yöntemi

- İlk yardımcı başını hasta/yaralının ağız ve burnuna 1-2 cm yakın mesafeye yaklaştırarak, yakın elini hasta/yaralının göğüs kafesinin üzerine yerleştirmelidir (Tüzün ve ark., 2011).

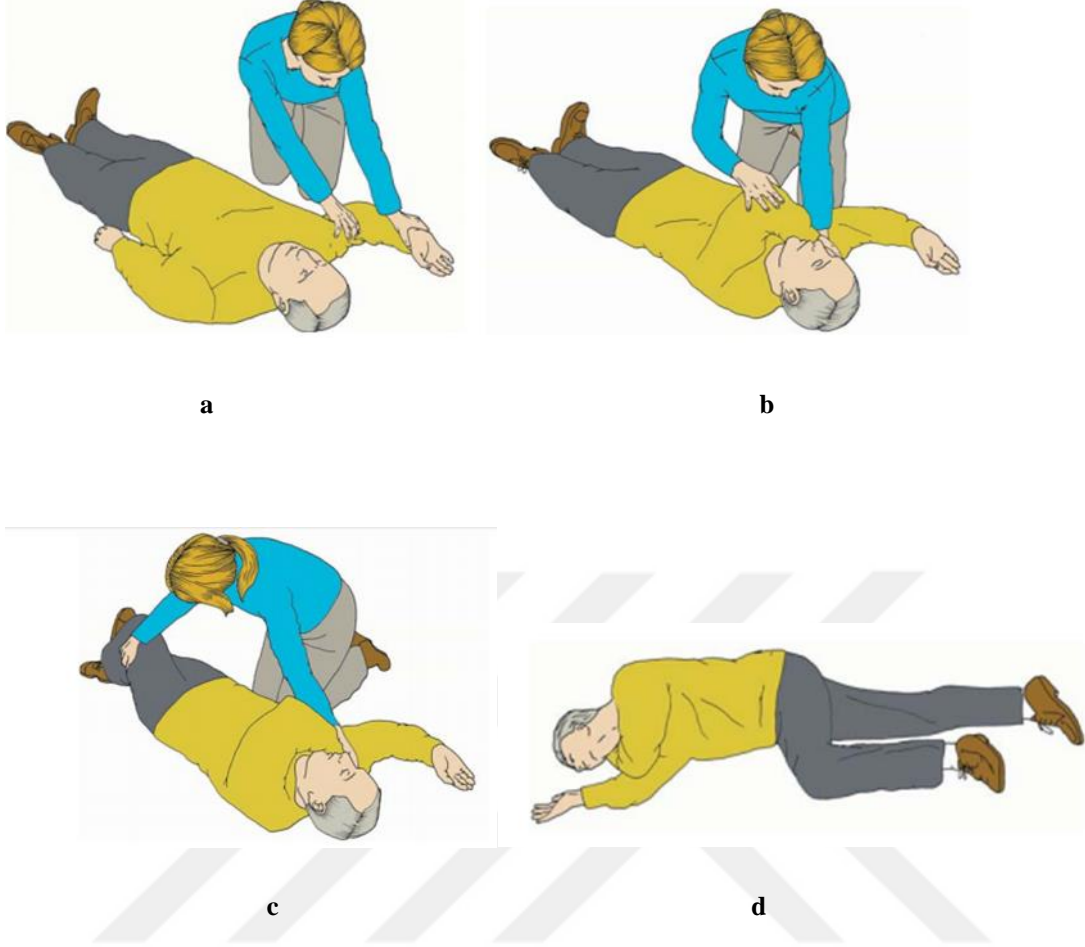
- **Bak:** Hasta veya yaralının göğüs hareketleri göz ile takip edilir.
- **Dinle:** Hasta veya yaralının solunum sesleri dinlenir.
- **Hisset:** Hasta veya yaralının nefesi yanağımızda hissedilir (MEB, 2016; Ünüvar ve ark. , 2016).

Dolaşımın Değerlendirilmesi (Circulation)

Hasta veya yaralının dolaşımı, solunum kriterlerine bakılarak değerlendirilir. Solunumu olmayan hastanın dolaşımı da yok sayılır. Birinci değerlendirme neticesinde hasta veya yaralının bilinci kapalı ve solunumu yok ise hemen TYD uygulamalarına geçilir. Birinci değerlendirme neticesinde hasta veya yaralının bilinci kapalı ama solunumu varsa koma pozisyonu verilerek tıbbi yardım gelene kadar yanından ayrılmadan takip edilir (MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Koma Pozisyonu

- Hasta/yaralının döndürüleceği tarafta diz çökülür.
- Hasta/yaralının karşı tarafta kalan kolu, karnının üzerine yerleştirilir. Karşı taraftaki bacağı, dik açı yapacak şekilde dizden bükülür (Şekil 6.a).
- İlk yardımcıya yakın kolu, baş hizasında omuzdan yukarı tutulur (Şekil 6.b)
- Hasta/yaralı, karşı taraf omuz ve kalçasından tutularak bir hamlede çevrilir. Alttaki bacak, hafifçe dizden bükülerek arkaya destek yapılır (Şekil 6.c).
- Hasta/yaralının başı uzatılan kolun üzerine yan pozisyonda hafif eğik olarak yerleştirilir (Şekil 6.d).
- Ağızının açık kalması sağlanır.
- Bu pozisyonda, vital bulgular (Solunum, nabız gibi) her 3-5 dakikada bir kontrol edilir.
- Hasta/yaralının vücut sıcaklığını korumak için üstü mutlaka örtülür.
- Solunum durursa sırtüstü pozisyona getirilerek TYD uygulamalarına geçilir.
- Omurga yaralanması şüphesi olan hasta/yaralılara koma pozisyonu verilmemelidir (Tabak ve Somyürek, 2008; MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).



Şekil 7. Koma pozisyonu aşamaları (ERC'den, 2015)

2.9. İkinci Değerlendirme

İlk muayene ile hasta/yaralının yaşam belirtilerinin varlığı güvence altına alındıktan sonra ilkyardımcı ikinci muayene aşamasına geçerek baştan aşağı muayene yapar (Ankara İtfaiye Dairesi Başkanlığı, 2012).

İkinci değerlendirmenin amacı: Hasta veya yaralının birinci değerlendirmesinde yaşam tehlikesi bulunmayıp fakat müdahale edilmediği takdirde yaşam tehlikesi oluşturabilecek problemlerin belirlenmesidir (Ünüvar ve ark., 2016).

2.9.1. Görüşerek Bilgi Edinme

Hasta/yaralıya muayeneyi yapan kişi;

- Öncelikle kendini tanıtır,
- Hasta/yaralının ismini öğrenir ve adıyla hitap eder,
- Hoşgörülü ve nazik davranarak güven sağlar,
- Hasta/yaralının endişelerini gidererek rahatlatır (Uşaklı ve Cengiz, 2001)

➤ Hasta veya yaralıya;

- **Olay:** Kaza ya da hastalığa ne yol açtı, ne oldu?
- **Belirti ve bulgular:** Hastalık veya yaralanmanın belirti ve bulgularının alınması gerekir. Örnek: Mide bulantısı, baş dönmesi, ağrı var mı?
- **Alerji:** Biline bir ilaca veya maddeye alerjisi var mı? Örnek: Penisilin alerjisi
- **Öykü:** Daha önce böyle bir şey başına geldi mi? Bilinen bir hastalığı var mı?
- **İlaç:** Düzenli olarak kullandığı ilaç var mı?
- **Yemek:** En son ne zaman yemek yedin, ne yedin veya bir şey içtin mi? gibi konular hakkında sorular sorulur (MEB, 2016: Ünüvar ve ark., 2016).

İlk yardımcı tarafından mümkünse bu bilgiler kayıt altına alınarak tıbbi yardım personeline iletilmelidir. Hasta veya yaralı ile ilgili bilgiler toplandıktan sonra baştan ayağa muayeneye geçirilir. Muayene başlamadan önce mümkünse eldiven giyilmelidir. Hasta veya yaralıdan izin alınmalı ve yapılacak girişimler hakkında bilgi verilmelidir. Aksi ispat edilinceye kadar tüm yaralılar omurga travmalı kabul dilip, muayene taşıma ve tedavi aşamalarında azami hassasiyet gösterilmelidir (Ünüvar ve ark., 2016).

2.9.2. Baştan Aşağı Değerlendirme

Baştan aşağı değerlendirme ile hasta/yaralının;

- Bilinç düzeyi, anlama ve algılaması,
- Solunum sayısı, ritmi ve derinliği,
- Nabız sayısı, ritmi ve şiddeti,
- Vücut veya cilt ısısı, nemi, rengi değerlendirildikten sonra sırası ile;

Baş: Saç, saçlı deri, baş ve yüzde yaralanma, morluk olup olmadığı, kulak ya da burundan sıvı ya da kan gelip gelmediği değerlendirilir, ağız içi kontrol edilir (Erdil ve ark., 2009).

Boyun: Ağrı, hassasiyet, şişlik, şekil bozukluğu araştırılır. Aksi ispat edilinceye kadar boyun zedelenmesi ihtimali göz ardı edilmemelidir ve hasta/yaralının boynunun hareketsizliği sağlanmalıdır (Erdil ve ark., 2009).

Göğüs kafesi: Saplanmış cisim, açık yara, şekil bozukluğu ya da ekimoz olup olmadığı, hafif baskı ile ağrı oluşup oluşmadığı, kanama olup olmadığı değerlendirilmelidir. Göğüs kafesi genişlemesinin normal olup olmadığı araştırılmalıdır. Göğüs muayenesinde eller arkaya kaydırılarak hasta/yaralının sırtı da kontrol edilmelidir (Erdil ve ark., 2009; Kutlu, 1997).

Karın boşluğu: Saplanmış cisim, açık yara, şekil bozukluğu, şişlik, ekimoz, ağrı ya da duyarlılık olup olmadığı ve karnın yumuşaklığı değerlendirilmelidir. Eller bel tarafına kaydırılarak muayene edilmeli, ardından kalça kemikleri de değerlendirilerek kırık ya da yara olup olmadığı araştırılmalıdır (Özcan ve Türkeş, 2007).

Kol ve bacaklar: Kuvvet, his kaybı varlığı, ağrı, şişlik, şekil bozukluğu, işlev kaybı ve kırık olup olmadığı, nabız noktalarından (Karotis arter, Radial arter, Brakial arter ve Aksiller arter) nabız alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir (T.C. İş İşleri Bakanlığı, 1991; Kutlu, 1997).

2.10. Temel Yaşam Desteği

Yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli miktardaki oksijenin atmosfer havasından akciğerlere girmesi (insprasyon) ve kan dolaşımı yolu ile bütün vücut hücrelerine dağılması gerekmektedir. Özellikle beyin hücreleri yeterli miktarda oksijen almazsa 3 ile 4 dakika içinde beyin fonksiyonlarında bozukluklar başlar. Kişi bilincini kaybeder, kalp atışı, solunumu durur ve ölümlle sonuçlanabilir (Süzen, 2015).

İlk yardım uygulamaları Tablo 8’de verildiği gibi yaş kriterlerine göre değişiklik göstermektedir. Bu yaş kriterleri bireyin fiziki yapısına göre değişiklik gösterir. İlk yardım uygulamaları açısından bu yaş grupları bebek, çocuk ve yetişkin olarak gruplandırılmaktadır (MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Tablo 8. İlk yardım uygulamalarında yaş kriterleri

Özellik	Yaş Aralığı
Bebek	0-12 ay
Çocuk	1-8 yaş
Yetişkin	8 yaş ve üzeri

Kaynak: MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016.

2.10.1. Solunumun Durması

Solunum hareketlerinin durması demek vücudun yaşaması için gereksinimi olan oksijenden yoksun kalması anlamına gelmektedir. Solunum durması (arrest) boğulma/boğula yazma, inme, yabancı cisme bağlı havayolu tıkanmaları, duman inhalasyonu, epiglotit, aşırı ilaç alımı, havasız kalma, yaralanmalar, kalp krizi, yıldırım çarpması ve herhangi bir nedene bağlı koma gibi birçok durumla oluşabilir (Süzen, 2015).

Solunum Durması Belirtileri

- Göğüs ve karın hareketleri izlenmez.
- Hasta/yaralının ağız ve burundan verilen nefesin sesi duyulmaz.
- Solunum sırasında çıkarılan hava akışı hissedilmez.
- Dokuların oksijensiz kalmasına bağlı olarak vücudun uç noktalarında (dudaklar tırnaklar vb.) morarma (siyanoz) gözlenir (Ünüvar ve ark. , 2016).

2.10.2. Kalp Durması

Bilinci kapalı kişide büyük arterlerden nabız alınamaması durumudur. Kalp durmasına beş dakika içinde müdahale edilmezse dokuların oksijenlenmesi bozulacağı için beyin hasarı oluşur (Kakillioğlu ve ark., 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

Kalp durmasına 4 dakika içinde müdahale edilmezse dokuların oksijenlenmesi bozulacağı için beyin fonksiyonları bozulmaya başlar. Eğer oksijensiz kalma süre 4-10 dakika arasında ise beyin hasarı başlar, 10 dakikadan sonra ise geri dönüşümsüz hasar meydana gelebilir (Süzen, 2015)

Kalp Durmasının Belirtileri

- Bilinç kaybı, solunumun durması
- Nabzın alınamaması, Kalp seslerinin duyulmaması
- Göz bebeklerinin genişlemesi(midriyazis, pupilla dilatasyonu)
- Ciltte solukluk, siyanoz (MEB, 2016)

2.10.3. Havayolu Tıkanıklığı

Havayolunun, solunumu gerçekleştirmek için gerekli havanın geçişine engel olacak şekilde tıkanmasıdır (<http://ailehekimligi.gov.tr>, 2018).

2.10.4. Temel Yaşam Desteği

Hayat kurtarmak amacı ile havayolu açıklığı sağlandıktan sonra solunumu durmuş ve/veya kalbi durmuş kişiye yapay solunum ile akciğerlerine oksijen gitmesini; dış kalp masajı ile de kalpten kan pompalanmasını sağlamak üzere yapılan ilaçsız müdahalelerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008; T.C.Sağlık Bakanlığı, 2011; MEB, 2016; Ünüvar ve ark. , 2016).

TYD ile ilgili uygulamalar 1960'lı yıllarda gelişmeye başlamış, günümüze kadar da birçok gelişme ve değişim göstermiştir. TYD uygulama eğitiminde karmaşıklığın ortadan kaldırılması amacıyla standartlaşma ihtiyacı hissedilmiş ve bu konuda çalışmalar yapılmıştır (Ünüvar ve ark. , 2016).

1991 yılında TYD eğitim programlarını geliştirebilmek ve Avrupa ülkelerinde standart eğitim yapabilmek amacıyla ERC kurulmuştur. ERC tarafından TYD protokolleri yayımlanmış bunun yanı sıra AHA tarafından da TYD ile ilgili uygulama protokolleri yayımlanmıştır (Ünüvar ve ark., 2016).

Ülkemizde 1996 yılında “Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Resüsitasyon Komitesi” kurulmuş ve bu komite 1998 yılında ERC'ye üye olmuştur. Türk Resüsitasyon Derneği ise 2003 yılında Prof. Dr. Agah Çertuğ tarafından kurulmuş ve ERC ile yapılan bir yazılı anlaşma ile ülkemizde uluslararası standartlarda resüsitasyon eğitimi yapılmaya başlanmıştır (Çertuğ, 2004).

Sağlık Bakanlığı ERC'nin protokollerini benimsediğinden TYD, ERC protokollerine uygun olarak anlatılmıştır (Ünüvar ve ark., 2016).

Günümüzde her 5 yılda bir TYD uygulama protokollerinde güncelleme yapılmaktadır. En son 2015 yılında yeni protokoller yayımlanmıştır. TYD protokollerinde sağlık personeli ve ilk yardımcı tarafından yapılacak uygulamalar açısından farklılıklar bulunmaktadır (Ünüvar ve ark., 2016).

AHA 2015 'de yapılan değişikliklere göre TYD uygulama sırası;

- ➔ C (Dolaşımın değerlendirilmesi)
- ➔ A (Havayolu açıklığının değerlendirilmesi)
- ➔ B (Solunumun değerlendirilmesi) şeklindedir (atuder. org.tr, 2018).

Yetişkinlerde TYD Uygulama Tekniği

Güvenliğin sağlanması

Özellikle hastane dışında bilinçsiz bir kazazedeye girişimde bulunmadan önce kurtarıcı çevrede bir tehlike durumunun olup olmadığından emin olmalı, tehlike varsa öncelikle ortamın güvenliğini sağlamalıdır. Bunlar elektrik, gaz kaçağı, trafik ve suda boğulma durumları olabilir (Özköse, 2005). Kesinlikle olay yeri güvenliği sağlanmadan hasta veya yaralıya müdahale yapılmaz. Olay yerinde önlenemeyecek ikincil kaza riski varsa hasta veya yaralı güvenli bir yere taşınır (MEB, 2016).

Bilinç kontrolü

Kazazede her iki omuzundan kuvvetlice tutulup, boyun ve başa aşırı hareket vermektен kaçınarak sarsılır ve duyabileceği kadar yüksek sesle “Nasılısın?” diye sorulur. Kazazede sözlü olarak veya hareket ederek yanıt verirse ve kazazede için daha fazla bir tehlike ya da yaşamı tehdit eden bir durum söz konusu değilse bulunduğu pozisyonda bırakılır. Ortam ve kazazedenin koşulları kontrol edilip, gerekli ise yardım çağrılır. Kazazede yanıt vermezse, önce yardım çağrılır, sonra dikkatli bir biçimde sırtüstü yatar pozisyona çevrilir ve havayolu açıklığı sağlanır (Özköse, 2005).

Yardım çağırma (Acil Yardım Sistemi Aktivasyonu)

Yardım çağırma esnasında kurtarıcı birisini yardım çağırma için göndermeli, yalnız ise kendisi yardım çağırmalıdır. Yaşam kurtarma zincirinin ilk halkası resüsitasyon (yeniden canlandırma) ekibine ulaşmak ve durumdan haberdar etmek olduğundan yardım çağırma konusu KPR kılavuzlarında çok açık belirtilmektedir. Kurtarıcı kazazedenin bilincinin açık olmadığını anlar anlamaz derhal yardım çağırmalıdır ve bu durum “Önce yardım çağırınız” (call firstphone first) olarak ifade edilir. İnfant (bebek) ve çocuklarda ise arrest nedeni sıklıkla solunumsal olduğundan önce 1 dk KPR uygulanıp, sonra yardım çağrılmalıdır. Bu durum da “Hızla yardım çağırınız” (call fast, phone fast) olarak belirtilmektedir (Özköse, 2005). Hasta veya yaralının bilinci yoksa hemen 112 aranır. Çevrede birileri varsa ilk yardımcı, arayacak kişiye ismi ile hitap ederek 112’yi arattırır (Ünüvar ve ark., 2016).

Yetişkinlerde Dolaşımın Değerlendirilmesi ve Dış Kalp Masajı (C: Circulation)

Dolaşımın Değerlendirilmesi: Dolaşımın olup olmadığının anlaşılmasının en etkin yolu 10 saniye içinde karotis nabzının palpasyonudur. Karotis arter nabzı değerlendirmek için en elverişli yerleşime ve güvenilirliğe sahiptir (Özköse, 2005).

Yapılan araştırmalarda dolaşımın değerlendirilmesinde nabzın spesifitesi %90, sensitivitesi %55, pozitif prediktif değeri %93, negatif prediktif değeri %45 olarak saptanmıştır. Ayrıca karotis nabzının olup olmadığının güvenilir bir şekilde saptanabilmesi için, normalde önerilen bu 10 saniyelik zamandan daha fazla bir süreye gerek olduğunu, hatta daha uzun palpasyon sürelerinde bile tanıda belirgin hatalar meydana geldiğini ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Eberle ve ark., 1996; Bahr ve ark., 1997).

Bu çalışmaların sonucunda ERC TYD çalışma grubu, 1998 yılında, karotis nabzı kontrolünün öneminin az olduğunu, bunun yerine “dolaşım belirtilerine bakınız” ifadesinin kullanılmasının uygun olacağına karar vermiştir. Bu amaçla ancak karotis nabız palpasyonunda yetersiz olan ve bu konuda eğitim almamış kurtarıcılar, “bak, dinle hisset yöntemi” ile kazazedede normal solunum, öksürük veya hareket bulunup bulunmadığına en fazla 10 saniyede bakarak dolaşım hakkında karar verebilirler. Kurtarıcı, bu dolaşım belirtilerinden bir veya daha fazlasının mevcut olduğu konusunda emin olamazsa derhal dıştan toraks kompresyonlarına (dış kalp masajı) başlanmalıdır (Özköse, 2005).

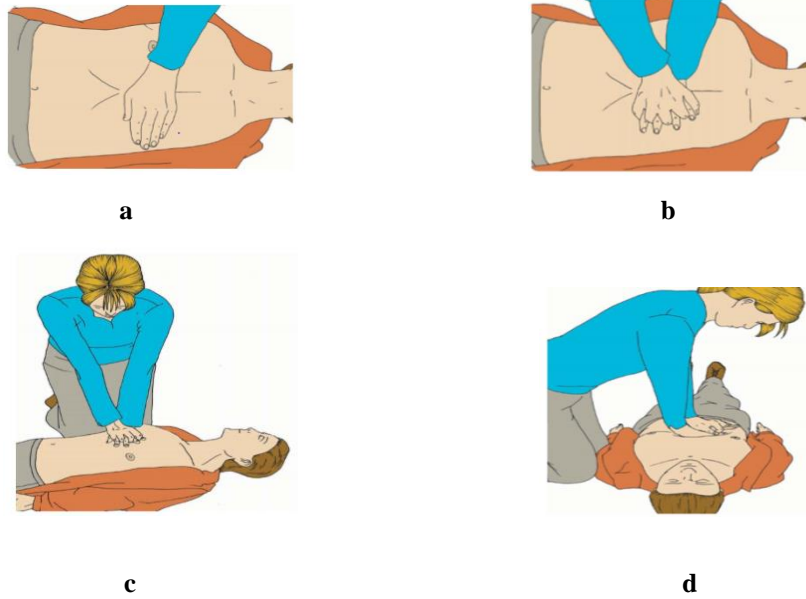
Dış Kalp Masajı: Kalbimiz, yaşadığımız sürece sürekli kasılıp gevşeyerek çalışır. Yetişkin insanda kalp hızı 60-100 atım/dk'dır. Hasta veya yaralının solunum, öksürük gibi yaşamsal refleksleri gözlenmiyorsa dolaşım da yoktur demektir. Bu durumda, hemen dış kalp masajına başlanmalıdır. 2015 ERC kararlarına göre öncelikle yetişkinlerde dolaşım sağlanır daha sonra suni solunuma geçilir (MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Dış kalp masajı uygulama basamakları şu şekildedir:

- Hasta/yaralının sert bir zeminde sırt üstü yattığını kontrol edilir.
- Pozisyon vermek gerekiyorsa baş, boyun ve gövde eksenini düz bir hatta tutulur.
- Hasta/yaralının yan tarafında diz çökülür.

- Bir elinizin topuk kısmını Hasta/yaralının göğsünün ortasına yerleştirilir (kazazedenin göğüs kemiğinin-sternum-alt yarısı) (Şekil 7.a).
- Diğer elin topuk kısmı ilk elin üzerine yerleştirilir (Şekil 7.b).
- Ellerin parmakları kenetlenir ve basıncın Hasta/yaralının kaburgaları üzerine uygulanmadığından emin olunur (Şekil 7.c).
- Abdomenin üst kısmına veya sternum kemiğinin alt ucuna herhangi bir basınç uygulanmaz. Hasta/yaralının göğsü üzerinde dik olarak durunuz ve sternuma en az 5 cm, ancak 6 cm'den fazla olmayacak şekilde bastırınız (Şekil 7.d).
- Her göğüs kompresyonundan sonra göğüs üzerindeki bası, eller ile hastanın göğsü arasındaki teması kesmeden tümüyle serbest bırakılır.
- Göğüs kemiğine bası uygulama (kompresyon) ve kaldırma (dekompresyon) ritmik bir şekilde yapılmalıdır. Uygulamaya 1V, 2V,3V,.....9V,10,11,.....30 bası şeklinde devam edilir. Bu sayede kompresyon ve dekompresyon arasındaki zaman eşitlenmiş olur.
- Dakikada 100-120 bası hızında olacak şekilde kompresyonlar tekrarlanır (ERC, 2005; ERC, 2015; Süzen, 2015; MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Dış Kalp masajı uygulama basamakları şekilli gösterimi aşağıdaki gibidir:



Şekil 8. (a) Göğüs kompresyonu yapılacak bölgenin tespiti, (b) Ellerin yerleşimi, (c) Parmakların kenetlenmesi, (d) Sternumun 5-6 cm çöktürülmesi (ERC'den, 2015).

Yetişkinlerde Havayolu Açıklığının Sağlanması (A:Airway)

Hasta veya yaralının sıkı giysileri varsa gevşetilir. Olayın etkisi ile hasta veya yaralının kravatı bile solunum yolunu tıkamış olabilir. Ağız içi kontrol edilerek yabancı cisim varsa çıkartılır, ağızda takma diş, yiyecek parçaları, kusmuk vb. cisimler Havayolunun tıkanmasına sebep olabilir. Bu işlemler yapılırken kesinlikle ağız içine kör dalış yapılmaz (Ünüvar ve ark., 2016).

Bilinci kapalı olan kazazedenin kas tonusu azaldığı için dil ve/veya epiglot geriye doğru düşerek havayolunun tıkanmasına yol açar. Dilin bağlı olduğu alt çenenin öne doğru kaldırılması ve başın arkaya doğru itilmesi ile dil farinks arka duvarından uzaklaşır ve havayolu açılır (Özköse, 2005).

Havayolu açıklığı iki şekilde sağlanır:

➤ *Başı geriye, çeneyi öne ve yukarıya alma (head tiltchin lift) manevrası:*

- Bu manevrayı uygulayabilmek için bir el hasta/ yaralının alınına yerleştirilip el ayasıyla başa geriye doğru güçlü ve sabit bir baskı uygulanır.
- Diğer elin parmakları çenenin ortasına kemik yapısının altına yerleştirilerek çene yukarı ve ileri doğru itilir (bkz şekil 4).
- Havayolu tıkanıklığına neden olabileceği için çenenin altındaki yumuşak dokuya bastırılmaz (Özköse, 2005; Süzen, 2015).

➤ *Çeneyi itme (jaw-thrust) manevrası:*

- Eğer şüpheli ve/veya kesin baş boyun travması var ise kurtarıcı kazazedenin başucuna geçer ve başparmak dışındaki iki elin parmaklarını alt çene köşelerine yerleştirip çene yukarı doğru alınırken, serbest kalan başparmaklar alt dudağın altına yerleştirilerek öne doğru çekilir.
- Kurtarıcının dirseği hastanın yattığı zemin üzerinde sabittir (bkz şekil 5). Çenenin bu hareketiyle hava yolları minimal bir baş hareketiyle açılmış olur (Özköse, 2005).

Yetişkinlerde Solunumun Sağlanması (B: Breathing)

Bak-dinle-hisset yöntemi (Şekil 8) ile hasta veya yaralının, nefes alıp almadığı 10 saniye süre ile kontrol edilir (Kızılay, 2015; ERC, 2015; MEB, 2016).

Bazı durumlarda hasta veya yaralının nefes alıp almadığını değerlendirmek oldukça zordur. Kardiyak arrestten sonraki ilk birkaç dakikada, hasta veya yaralı zorlukla soluyabilir. Bu durum normal solunumla karıştırılmamalıdır. Ayrıca solunumun normal olup olmadığını şüphe edilirse solunum normal değilmiş gibi hareket edilir (ERC, 2005).



Şekil 9. Bak-Dinle-Hisset Yöntemi (ERC'den, 2005).

Tablo 9. Bak-dinle-hisset yöntemi aşamaları

- İlk yardımcı göğüs kafesinin solunum hareketlerini gözler. Gerekirse göğüs hareketlerini gözlemlemeyi kolaylaştırmak için elini hasta veya yaralının göğüs kafesi üzerine yerleştirir.
- Hasta veya yaralının yüzüne yaklaşarak nefesini dinler.
- Hasta veya yaralının nefesini yanağı ile hissetmeye çalışır.
- İlk yardımcı hasta veya yaralının solunumunun olmadığına karar verirse ve yalnızsa kendisi 112'yi arar .

Kaynak: MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016.

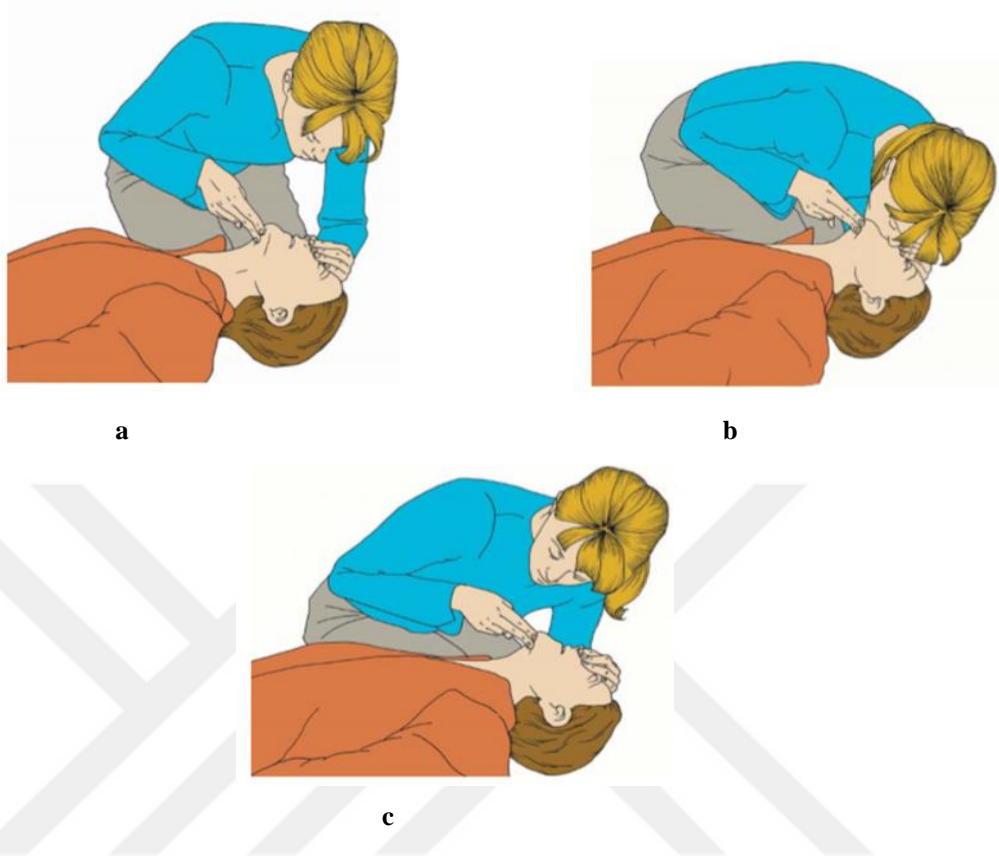
a. Ağızdan Ağıza Suni Solunum

Ağızdan ağıza suni solunum hasta/yaralının oksijen alması ve solunum sağlanması için hızlı ve etkili bir yöntemdir (Süzen, 2015).

Ağızdan ağıza suni solunum uygulama basamakları şu şekildedir:

- Baş çene pozisyonu tekrar verilerek havayolu açıklığı sağlanır (Şekil 9.a).
- İlk yardımcı kendini, bulaşabilecek enfeksiyonlara karşı korumak amacıyla hasta veya yaralının ağzı üzerine bez parçası, gazlı bez vb. malzemeyi yerleştirir. Alın üzerine konulan elin baş ve işaret parmakları ile hasta veya yaralının burun delikleri kapatılır. Burun, iki parmak arasında açıklık kalmayacak şekilde sıkıştırılmalıdır. İlk yardımcı, normal bir nefes alarak ağzını hasta veya yaralının ağzının üzerine yerleştirir (hasta veya yaralının ağzı iyice kavranarak dışarı hava çıkmayacak şekilde kapatılmalıdır) ve balon üfler gibi 1 nefes verir (Şekil 9.b).
- Yetişkinlerde verilecek hava miktarı, 500- 600 ml ve verilen her bir nefesin hızı 1 saniye olmalıdır.
- Verilen nefesin, göğüs kafesini yükseltip yükseltmediği gözlemlenmeli ve akciğerlerin direnci hissedilmelidir.
- Nefesin kendiliğinden geri çıkabilmesi için hasta veya yaralının ağzı ve burnu açık bırakılır ve nefes verme sırasında yükselen göğüs kafesinin inişi gözlenir (Şekil 9.c).
- Aynı şekilde ikinci nefes verilir. Bu sayede ardı ardına 2 nefes verilmiş olur. Bu iki nefes 2 kurtarıcı solunum olarak adlandırılır.
- Verilen her nefesin arasında çıkış süresi olmalıdır.
- TYD, 30 göğüs basısı, 2 suni solunum (30:2) şeklinde koordineli olarak uygulanır.
- Eğer göğüs kafesi, verilen nefese rağmen yükselmiyorsa;
 - Havayolu yabancı cisim ile tıkalıdır,
 - Baş çene pozisyonu doğru verilmemiştir,
 - Verilen nefes yeterli değildir. (ERC, 2015; MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Ağızdan ağıza suni solunum uygulaması Şekil 9’da aşamalarıyla gösterilmiştir:



Şekil 10. (a) Ağızdan ağıza solunum öncesi baş-çene pozisyonu, (b) Kazazedenin ağızına hava üflenmesi, (c) Suni solunum sonrası göğüs kafesinin inişinin gözlemlenmesi (ERC’den, 2005).

b. Ağızdan Buruna Suni Solunum

Hasta /yaralının ağızdan solutması olanaklı değilse ağız açılmıyorsa, ağızda ciddi bir yaralanma varsa ya da ağızdan ağıza solutma için uygun yol sağlanamıyorsa ağızdan burna suni solunum (Şekil 10) uygulanır (Süzen, 2015). Ağızdan buruna suni solunum uygulama basamakları şu şekildedir:

- Bir el soluk yolunun açıklığını sürdürmek ve başın pozisyonunu korumak için hastanın alnında dururken, diğer el ile ağız kapatılır. Hasta veya yaralının ağızı tamamen kapatıldıktan sonra alınan nefes burundan verilir. Verilen nefesin rahatça çıkabilmesi için burun açık bırakılırken ağız da hafif aralanır. Eğer ilk yardımcı suni solunum yapamayacak durumda ya da hasta veya yaralıya suni solunum yapılamayacak durumda ise (ağız ve burun yaralanmaları, çene kilitlenmesi vb.) TYD’ye, sadece kalp masajı uygulanarak devam edilir (MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Kalp masajına, 112'yi aramak ve suni solunum uygulaması dışında kesinlikle ara verilmez. Suda boğulmalarda ve travmalarda ilk yardımcı yalnız ise 30 göğüs basısı ve 2 suni solunum uygulaması 5 tur yapıldıktan sonra 112 aranır. Ayrıca suda boğulmalarda önce suni solunum ardından kalp basısı uygulanır (MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).



Şekil 11. Ağızdan burna suni solunum uygulaması (atilladagdelen.tr.gg/, 2018).

Otomatik Eksternal Defibrilatör (OED, AED)

Kalbin normal dışı hızlı atımlarında elektrik akımı vererek kalbin bozulmuş olan elektriksel ritminin normal sinüs ritmine dönmesini sağlayan cihazlara **defibrilatör**, yapılan işleme ise **defibrilasyon** denir (MEB, 2011).



Şekil 12. Otomatik Eksternal Defibrilatör (MEB, 2011).

OED'ler, kardiyak arrest vakalarında sağlık personeli ya da sağlık personeli dışındaki kurtarıcıların da kullanabileceği defibrilasyon için kılavuzluk eden hassas ve güvenilir defibrilatörlerdir. OED'de bulunan defibrilatör denetçisi tarafından EKG analiz edilir, ses ve görüntülü sistemle kullanıcı yönlendirilir. Bu nedenle kullanıcının kalp ritmini bilmesi gerekmez. OED'nin VF'yi (ventriküler fibrilasyon) tanıma

duyarlılığı % 100, nabızsız VT'yi (Ventriküler taşikardi) tanıma duyarlılığı ise % 90–92'dir (MEB, 2011).

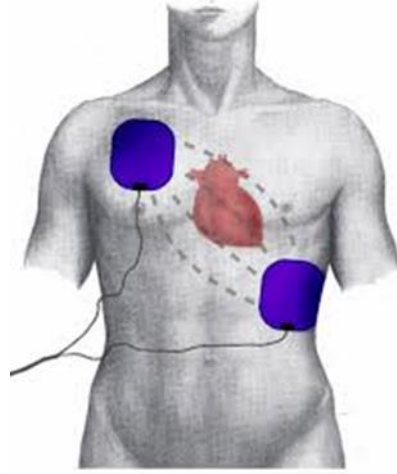
OED'ler iki farklı özelliktedir: **Tam otomatik eksternal defibrilatör**; ritmi tanımlayarak gerektiğinde otomatik olarak şok uygulayabilir. **Yarı otomatik eksternal defibrilatör**; ritmi tanımlayarak ses ya da görüntü sistemi ile kullanıcıyı yönlendirip şok uygulanmasını sağlar (MEB, 2011).

OED, insanların yoğun olarak buldukları hava alanı, uçak, tren, alışveriş merkezi, spor sahası, eğlence yerleri vb. yerlerde bulunur (MEB, 2011).

Standart OED pedleri yetişkinlerde uygulanır. 1-8 yaş arasındaki çocuklara mümkünse pediatrik pedli OED'ler uygulanmalıdır. Mümkün değilse OED'ler olduğu gibi kullanılır. Bebeklerde OED kullanılmaz (ERC, 2005; ERC, 2015).

OED kullanım basamakları aşağıdaki gibidir:

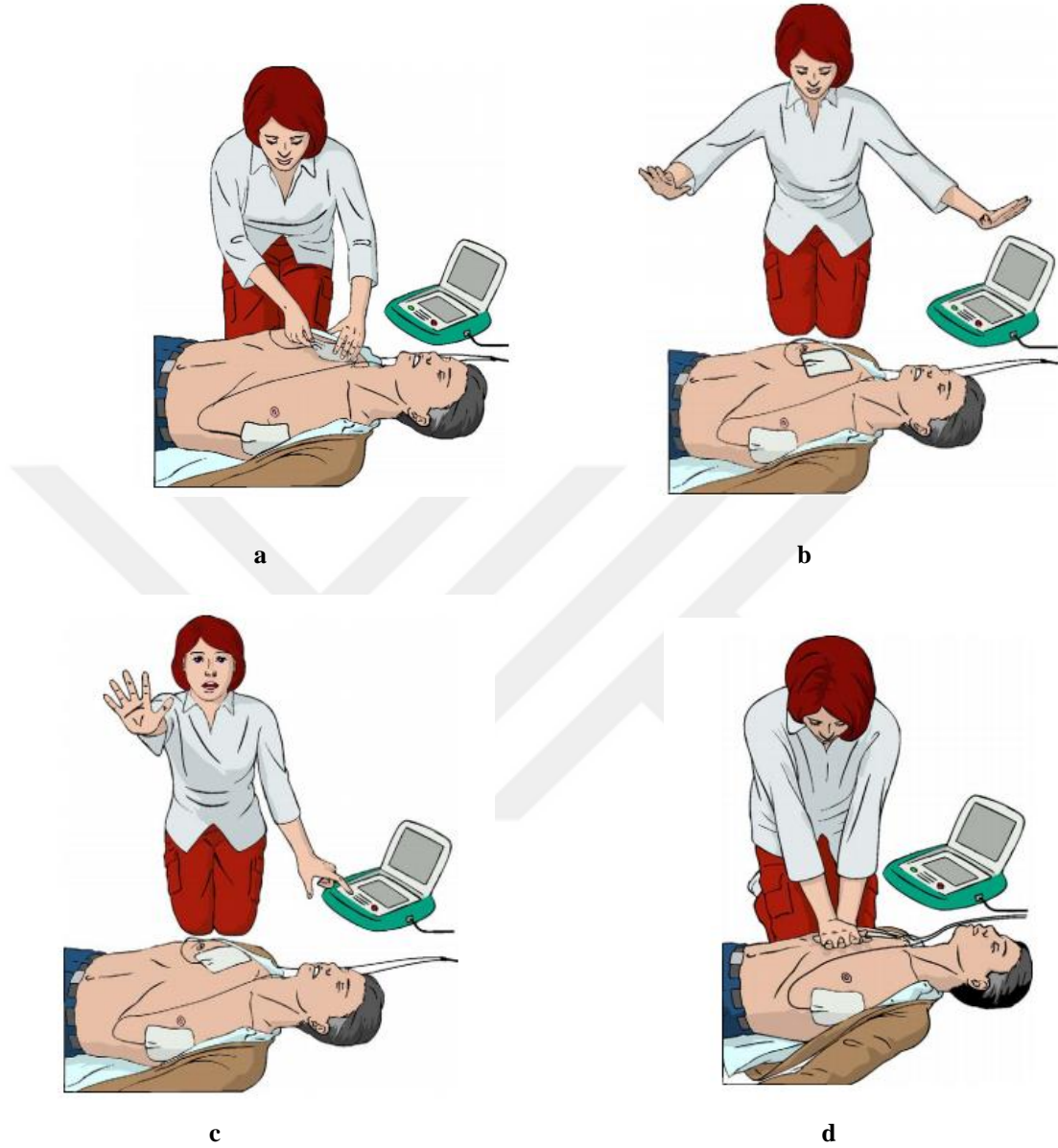
- Hasta veya yaralının solunum ve nabzının olmadığına karar verilir.
- TYD'ye başlanır.
- Cihazın temin edilmesi istenir. OED temin edilene kadar TYD'ye devam edilir.
- Cihaz, hasta veya yaralının omzuna yakın yere yerleştirilir.
- Sözlü ve görsel uyarıları takip edilir.
- Göğüs bölgesinde ıslaklık varsa hızla kurulanır.
- OED kullanırken hasta veya yaralının su veya metal eşyalarla temas etmesi engellenmelidir. Hasta veya yaralı kar veya buz üstünde yatıyorken OED kullanılabilir.
- Sağ göğüs pedi, hasta veya yaralının sağ köprücük kemiği altına yerleştirilir (Şekil 12).
- Sol göğüs pedi, hasta veya yaralının sol meme başı altına yerleştirilir (Şekil 12).



Şekil 13. Sağ ve sol göğüs pedlerinin yerleştirilmesi (www.acibademhemsirelik.com/, 2018).

- Hasta veya yaralıda tedavi amaçlı cilde yapıştırılmış flaster şeklinde ilaçlar (nitrogliserin, hormon vb.) varsa pedler, onların üzerine yerleştirilmez ya da flasterler hızlıca çıkartılır.
- Pedlerin normal yerleşim yerinde, cilt altına yerleştirilmiş herhangi bir tıbbi cihaz (pacemaker, kalp pili vb.) varsa ped, cihazdan en az 12- 15 cm uzağa yerleştirilir (Şekil 13.a).
- Cihaz açılır ve kalp ritmi analizi beklenir. Ritim analizi esnasında ve şok verilmeden önce hasta veya yaralıya temas edilmediğinden emin olunmalıdır (Şekil 13.b).
- Cihazın talimatına göre şok düğmesine basılır (Tam OED'ler, şoku kendisi verir). Şok verme esnasında hasta veya yaralıya kesinlikle temas edilmez (Şekil 13.c).
- Şok verildikten sonra ritim, solunum ve nabız kontrolleri yapılmadan göğüs basısı ile başlayarak 5 siklus (yaklaşık 2 dk.) TYD uygulanır (Şekil 13.d).
- Tekrar cihazdaki ritim analizi takip edilir. Şok önerilmez ise TYD'ye devam edilir. şok önerilmesi durumunda 3–5 kez şok tekrarlanabilir.
- Cihazın sesli ya da görüntülü uyarıları takip edilerek talimatlar hızla yerine getirilir (MEB, 2011; Ünüvar ve ark., 2016).

OED uygulaması işlem basamakları Şekil 13’de aşamalarıyla gösterilmiştir.



Şekil 14. (a) OED göğüs pedlerinin çıkarılması ve yerleştirilmesi, (b) Hasta ile temasın kesilmesi, (c) OED ritim analizinin beklenmesi ve şok düğmesine basılması, (d) Şok sonrası KPR (ERC’den, 2010)

OED Ritim Analizi

Erişkinlerde kardiyak arrestin başlangıcında en sık görülen primer ritim VF veya VF’ye dönen nVT’ dir. Bu nedenle OED’lerin kullanılması, günümüzde TYD uygulamaları arasına katılmıştır (Monsieurs ve ark., 2000; Moule ve ark., 2002).

VF/Nabızsız VT olmayan arrestlerde OED'nin hiçbir değeri yoktur ve VF ritmi sonlandıktan sonra görülebilen şoklanamayan ritmlerde OED etkili değildir. Şok uygulamasından sonra birçok hastada perfüzyon sağlamayan ritmler sıklıkla görülmektedir ve genelde perfüzyon sağlayan ritme dönene kadar KPR gereklidir (AHA, 2010)

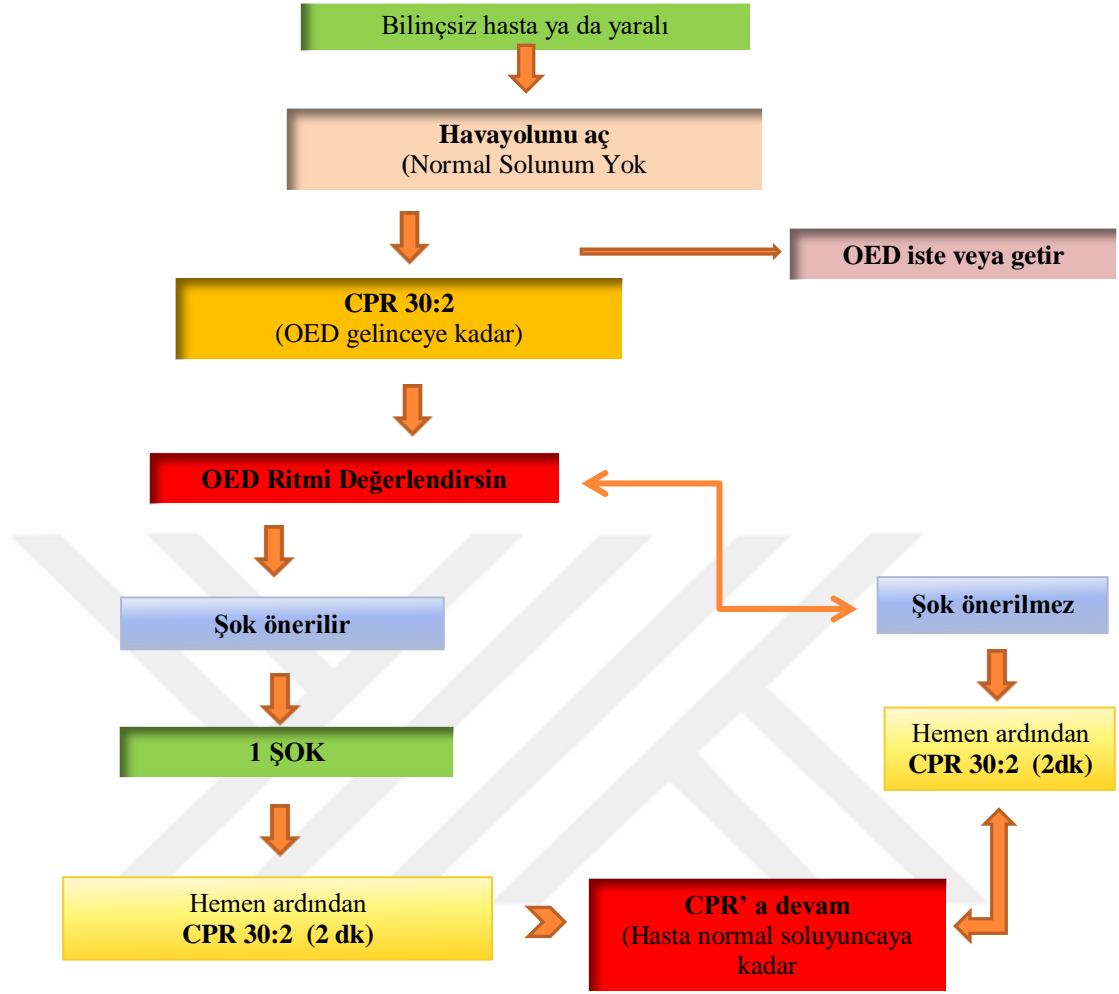
OED tarafından yapılan ritim analizi VF/VT'yi gösterdiğinde, OED hemen şarj olacaktır. Hastaya dokunulmadığından emin olunduktan sonra, ikinci uygulayıcı göğüs kompresyonlarının arasındaki duraklamaları en aza indirmek için mümkün olduğunca hızlı tek bir şok uygular. Şok verildikten sonra bir ritim veya nabız değerlendirmesi yapılmadan hemen göğüs kompresyonuna başlanmalıdır ve bir sonraki ritim analizinden önce 2 dakika boyunca göğüs kompresyonuna devam edilmelidir (Coşkun, 2014).

Halktan Kurtarıcılar İçin OED Programları

AHA 1995'ten beri hastane dışı AKA için sağ kalım oranlarını iyileştirmek için halktan kurtarıcı OED programlarını geliştirilmesini önermiştir (Weisfeldt ve ark. , 1995; Nichol ve ark. , 1998). Bu programlar ayrıca halka açık defibrilasyon ya da PAD (Public Access Defibrillation) programları olarak da bilinir. Bu programların amacı AKA'nın oluşabileceği halka açık alanlarda eğitimli halktan kurtarıcılarının ve OED'lerin bulunmasını sağlayarak, AKA'da VF/Nabızsız VT'nin oluşumundan KPR ve şoklamaya kadar geçen sürenin kısaltılmasıdır. Bu programların en etkili biçimde işleme için AHA organizasyonun, planlamanın, eğitimin, acil sağlık sistemleriyle iletişimin ve devamlı bir kalite kontrolü sağlamanın önemini vurgulamıştır (Hazinski ve ark., 2005).

Havalimanlarında ve gazinolarda halktan kurtarıcılar için OED programları ve polis memurları için ilk yanıt programlarını inceleyen çalışmalarda tanıklı VF – AKA'da hemen tanık tarafından KPR uygulanması ve yığılmadan itibaren 3-5 dakika içinde uygulanan defibrilasyon ile sağ kalım oranları %41 ile %74 olarak belirlenmiştir (AHA, 2010). OED kullanım algoritması Tablo 10'da gösterildiği gibidir.

Tablo 10. OED Kullanım Algoritması



Kaynak: Ünüvar ve ark., 2016.

Çocuklarda TYD

TYD uygulamalarında teknik aynı olmasına rağmen bebek ve çocuklardaki anatomik farklılıklardan dolayı uygulamalar değişebilmektedir.

Solunum ve Dolaşım sistemi Farklılıkları

Solunum Sistemi Farklılıkları

- Bebek ve küçük çocuklarda burun delikleri dardır.
- Dişler ve diş etleri hassastır.
- Dil, ağız boşluğu ile orantılı olarak değerlendirildiğinde daha büyüktür. Bundan dolayı dilin arkaya doğru kayma ihtimali daha fazladır.
- Bebeklerde boyun kısa ve kalındır.

- Bebek ve küçük çocuklarda Havayolunun, çapı daha küçük ve uzunluğu daha kısadır.
- Epiglot daha uzun ve gevşektir.
- Glottis, uzun ve dardır.
- Larenks daha yüksek yerleşimlidir, aşağı doğru huni şeklinde daralır. havayolunun en dar kısmı glottis değil, krikoid halka hizasındadır (MEB, 2011).

Dolaşım Sistemi Farklılıkları

Dış kalp masajı uygulama yöntemleri de yetişkin çocuk ve bebeklerde anatomik nedenlerden dolayı farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar şunlardır:

- Çocuk ve bebeklerde, yetişkinlere göre göğüs boşluğunun daha küçük olması, kalp atım sayısının fazla olması, çevre organlarının daha kolay yaralanabilmesi
- Çocuk ve bebeklerde önce solunum durur, solunumun durmasına bağlı olarak kalp durur. Ani olarak kalp durması yetişkinlere göre daha nadir görülür (Ünüvar ve ark., 2016).

Çocuklarda Kalp durmasının Başlıca Nedenleri

- Yabancı cisim tıkanmaları
- Enfeksiyonlar
- Kafa travması
- Zehirlenmeler
- Suda boğulmalardır (Ünüvar ve ark., 2016).

Çocuklarda TYD Uygulama Tekniği

TYD'de ilk basamakta çocuğun ve kurtarıcılarının güvenliği sağlanmalıdır. Örneğin yangın veya elektrik çarpması gibi durumlar söz konusu ise hasta dumanlı ve elektrikli ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Ayrıca kurtarıcı kendisini hastanın kan, idrar ve vücut sıvısı gibi hastanın sekresyonlarından kendini korumalı, bu anlamda maske ve eldiven kullanmalıdır (Mejicano ve Maki, 1998) .

Çocuklarda TYD Uygulama Tekniği İşlem Basamakları Aşağıdaki Gibidir:

1. Kurtarıcı ve çocuğun güvenliğini sağlayınız.

2. Çocuğun bilinç durumunu kontrol ediniz.

➔ Çocuğu uyararak, yüksek sesle “Nasılsın?” diye sesleniniz.

3A. Çocuk ağlıyor, yanıt veriyor veya hareket ediyorsa:

➔ Çocuğu bulduğunuz pozisyonda bırakınız (daha ileri bir tehlike oluşturmayacak şekilde)

➔ Çocuğun durumunu kontrol ediniz ve yardım çağırınız.

➔ Düzenli aralıklarla çocuğu tekrar değerlendiriniz.

3B. Çocuk yanıt vermiyorsa:

➔ Yardım çağırınız.

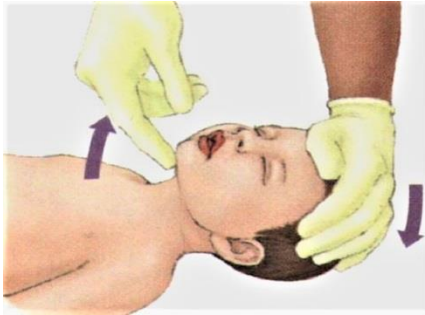
➔ Çocuğu dikkatlice sırt üstü çeviriniz.

➔ Çocuğun havayolunu, başını geriye doğru iterek ve çenesini öne çekerek açınız (Şekil 14).

➤ Elinizi altına yerleştirip başını nazikçe geriye doğru itiniz.

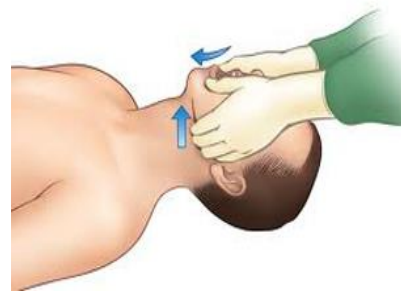
➤ Aynı zamanda parmak uçlarınızla çenenin alt noktasından çocuğun alt çenesini kaldırınız. Havayolunu tıkayabileceği için çene altındaki yumuşak dokuya bası uygulamayınız. Bu bebeklerde özellikle önemlidir.

➤ Eğer bu yöntemle havayolu açıklığını sağlayamıyorsanız çeneyi öne çekme (jaw trust) yöntemini deneyiniz: Ellerinizin işaret ve orta parmaklarını çocuğun mandibulasının alt kısmına iki taraflı yerleştirip çeneyi öne doğru çekiniz (Şekil 15).



Şekil 15. Çocuklarda baş-çene pozisyonu

(www.saglikocagim.net, 2018).



Şekil 16. Çocuklarda jaw trust pozisyonu

(wallpapernoah.blogspot.com, 2018).

- Çok düşük de olsa bir boyun yaralanması şüphesi varsa: Havayolunu sadece “jaw trust” yöntemi ile açmayı deneyiniz. Eğer “jaw trust” yöntemi yeterli havayolu açıklığını sağlamazsa, havayolu açılana kadar başı bir miktar geriye doğru itiniz.

4. Havayolunu açık tutarak, yüzünüzü çocuğun yüzüne yaklaştırarak ve göğüs kafesine bakarak normal solunumun bulunup bulunmadığını saptamak için;

- Bakın, dinleyin ve hissedin.
- Göğüs kafesi hareketlerine bakınız.
- Çocuğun ağız ve burnundan solunum seslerini dinleyiniz.
- Yanağınızda hava hareketlerini hissediniz.
- Kardiyak arrestten sonra ilk birkaç dakika, çocuk yavaş ve seyrek olarak “iç çekme” tarzında bir hareket sergileyebilir. Karar vermek için “bak-dinle-hisset” yöntemini **10 sn’den fazla uygulamayın** ve eğer solunumun normal olduğu konusunda şüpheniz varsa solunum normal değilmiş gibi hareket ediniz.

5A. Eğer çocuk normal olarak soluyorsa

- Çocuğu yan tarafına çevirerek “Derlenme” (recovery - koma) pozisyonuna getiriniz (Şekil 16).
- Travma öyküsü varsa, servikal vertebra yaralanması düşünülmelidir.
- Birini yardım çağırmaya gönderiniz veya kendiniz gidiniz - ambulans çağırmak için telefon ediniz / acil servisi arayınız.
- Solunumun devam edip etmediğini kontrol ediniz.



Şekil 17. Çocuklarda derleme (recovery-koma pozisyonu) (www.opas.org.br, 2018).

5B. Eğer solunum normal değilse veya solumuyorsa:

- ➔ Belirgin havayolu tıkanıklığını dikkatlice ortadan kaldırınız.
- ➔ **5 kurtarıcı soluk** veriniz.
- ➔ Kurtarıcı solukları verirken herhangi bir “iç çekme” veya öksürme şeklindeki yanıtı değerlendiriniz. Böyle bir yanıtın olması veya olmaması daha sonra tanımlanacak olan “yaşam belirtilerini” değerlendirmenizi şekillendirecektir (ERC, 2015).

Bir yaş üzerindeki çocuklar için kurtarıcı soluk uygulaması:

- ➔ Başını geriye itip çeneyi öne doğru kaldırdığınızdan emin olunuz.
- ➔ Çocuğun alnında bulunan elinizin baş ve işaret parmakları ile burnun yumuşak kısımlarını sıkıştırarak kapatınız.
- ➔ Ağız hafifçe aralayınız, ancak çeneyi öne doğru kaldırmaya devam ediniz.
- ➔ Nefes alınız ve dudaklarınızı ağız çevresine hava kaçağı olmayacak şekilde yerleştirdiğinizden emin olunuz.



Şekil 18. Çocuklarda ağızdan ağıza solutma (ERC'den, 2015).

- ➔ Havayı 1 saniye süreyle ağız içine göğüs kafesinin yükselmesine dikkat ederek üfleyiniz.
- ➔ Başın geriye doğru itilmiş, çenenin öne doğru kaldırılmış pozisyonunu koruyarak ağızınızı kazazedenin ağızından uzaklaştırınız ve hava çıkışı sırasında göğüs kafesinin eski haline dönüşünü gözleyiniz.
- ➔ Tekrar soluk alınız ve bu aşamaları **5 kez** tekrarlayınız. Kurtarıcı solukların etkinliğini, normal solunumda oluşan hareketlere benzer şekilde çocuğun göğüs kafesinin yükselme ve inmesini gözleyerek değerlendiriniz.

- Hem bebeklerde hem de çocuklarda etkili solunum yaptırmada zorluk çekiyorsanız, havayolu tıkalı olabilir:
 - Çocuğun ağzını açınız ve görünür bir yabancı cisim varsa uzaklaştırınız. Ağız içini parmaklarınızla körlemesine temizlemeyiniz.
 - Başın yeterli derecede geriye itildiğinden ve çenenin öne kaldırıldığından, ancak boynun aşırı ekstansiyona getirilmediğinden emin olunuz.
 - Eğer başın geriye itilmesi ve çenenin öne doğru kaldırılması havayolu açıklığını sağlamamışsa, “jaw thrust” yöntemini deneyiniz.
- Etkili solunum sağlamak için 5 kez soluk uygulamayı deneyiniz, hala başarılı olamıyorsanız göğüs kompresyonlarına geçiniz (ERC, 2015).

6. Çocuğun dolaşımını değerlendiriniz.

- On saniyeden uzun olmayacak şekilde: Yaşam belirtilerini gözleyin - bu gözlem herhangi bir hareket, öksürme veya solunumun kontrolünü içerir (anormal “iç çekme” veya seyrek, düzensiz solunum dışındaki hareketler).
- Eğer nabız kontrol ederseniz, **10 saniyeden daha fazla** zaman harcamadığınızdan emin olunuz. Nabız kontrolü güvenilir değildir, bu nedenle hastanın nasıl görüldüğüne dair genel tablo TYD gerekip gerekmediği konusunda yol gösterici olmalıdır; yani yaşam bulguları yoksa TYD’ye başlanmalıdır (Tibballs ve Russell, 2009; Tibballs ve Weeranatna, 2010).

7A. Eğer 10 saniye içinde yaşam belirtilerini saptadığınızdan eminseniz:

- Gerekirse, çocuk kendi başına yeterli soluyuncaya kadar solunuma devam ediniz.
- Çocuk bilinci kapalı durumda kalıyorsa, yan tarafına (travma hikayesi var ise dikkatlice) “derlenme” pozisyonuna çeviriniz.
- Çocuğu sık sık yeniden değerlendiriniz.

7B. Yaşam belirtileri yoksa

- Göğüs kompresyonlarına başlayınız.
- Yapay solunumla göğüs kompresyonlarını **15 kompresyon 2 ventilasyon** olacak şekilde kombine ediniz.

Göğüs kompresyonları:

- Tüm çocuklarda kompresyonu sternumun alt yarısına uygulayınız. Göğüs ön-arka çapının en az 1/3'ü oranında çöktürecek şekilde sternuma kompresyon uygulayınız.
- Tamamen basıyı kaldırınız ve bu uygulamayı dakikada 100-120 hızında tekrarlayınız. 15 kompresyondan sonra hastanın başını geriye itip çeneyi kaldırınız ve iki etkin solunum yaptırınız.
- Kompresyon ve ventilasyonlara 15:2 oranında devam ediniz (ERC, 2015).

Bir yaş üzerindeki çocuklarda göğüs kompresyonu:

- Karnının üst kısmına baskıyı önlemek için, ortada en alt kaburgaların birleştiği köşeyi bularak ksifoidi belirleyiniz. Bir elin topuk kısmını sternum üzerine, ksifoiden bir parmak yukarıya yerleştiriniz (Şekil 18).
- Parmaklarınızı çocuğun kaburgalarına bası yapmayacak şekilde kaldırınız (Şekil 18).
- Kazazedenin göğüs kafesi üzerinde durun ve kollar düz bir şekilde göğüs kafesini ön-arka mesafesini **en az 1/3'ü** oranında veya **5 cm** çöktürecek kadar sternuma bası (Şekil 18) uygulayınız (Sutton ve ark., 2014; Maconochie ve ark., 2015).



Şekil 19. Tek el ile göğüs kompresyonu-çocuk (ERC'den, 2015).

- Daha iri çocuklarda veya kurtarıcı ufak-tefek olduğunda, her iki el ile ve parmaklar kenetlenerek uygulanırsa (Şekil 19), göğüs kompresyonları daha kolay gerçekleştirilir (ERC, 2015).



Şekil 20. İki el ile göğüs kompresyonu-çocuk (ERC'den, 2015).

TYD'ye; çocuğun yaşamsal refleksleri yerine gelene kadar, tıbbi yardım ekipleri gelene kadar veya TYD yapamayacak duruma gelene kadar (yorgunluk) devam edilir. Eğer ilk yardımcı suni solunum yapamayacak durumda ya da çocuğa suni solunum yapılmayacak durumda ise TYD, sadece kalp masajı uygulanarak yapılabilir. Yaşamsal refleksleri geri geldiğinde, uygulamaya son verilerek koma pozisyonu verilmelidir (Ünüvar ve ark., 2016).

Çocuklarda OED ve TYD

2000 yılında uluslararası kılavuzun yayınlanmasından günümüze kadar bildirilen olgu sunumlarında 8 yaş altı çocuklarda OED kullanımının güvenli ve başarılı olduğu bildirilmiştir (Gurnett ve Atkins, 2000; Konig ve ark., 2005).

Ayrıca son çalışmalar OED'nin çocuklardaki aritmileri doğru olarak tanıyabildiğini, özellikle uygun olmayan şok önerilerinin son derece nadir olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, OED kullanım önerileri tekrar gözden geçirilerek 1 yaş üzerindeki çocukların tamamını kapsayacak şekilde değiştirilmiştir (Samson ve ark. , 2003). Yine de OED'lerin çocuklarda kullanılmasına gereksinim duyulması olasılığında,

satın alınacak modelin pediatrik aritmilerdeki performansının test edilip edilmediği kontrol edilmelidir. Günümüzde birçok üretici amaca yönelik olarak pediatrik kullanım için yapılmış ped ve programlar sunmakta, genellikle makine çıkışını 50-75 joule'e düşürmektedirler (Jorgenson ve ark., 2002). Bu aygıtlar 1-8 yaş arası çocuklar için tavsiye edilmektedir (Tang ve ark., 2002; Berg ve ark., 2004). Eğer böyle bir sistem ve manuel olarak ayarlanabilecek cihaz yoksa, 1 yaş üzeri çocuklarda erişkinler için programlanmış OED'ler kullanılabilir (Berg ve ark., 2005). Günümüzde 1 yaş altındaki çocuklarda OED kullanımını öneren veya karşı gelen görüşü destekleyecek kanıtlar yetersizdir (ERC, 2005).

OED ulaşınca kadar KPR'ye devam edin. OED'yi takın ve talimatları izleyin. Yetişkinlerde TYD ve OED bölümünde açıklandığı gibi 1-8 yaşındakiler için, eğer mevcutsa kendiliğinden yapışan defibrilatör pedlerini kullanın (Perkins ve ark., 2015).



Şekil 21. Çocuklarda OED kullanımı (ERC'den, 2015).

Bebeklerde TYD Uygulaması

Bebek ve çocuklarda ani kalp durması yetişkinlere göre daha az görülür. Bebek ve çocuklarda, genellikle önce solunum problemleri ardından dolaşım problemleri ve kalp durması görülür. TYD'ye ihtiyaç duyan çocuk ve bebeklerin çoğunda solunum ve kalp yetmezliğine yol açan önemli sorunlar mevcuttur. Bu nedenle yaşam bulguları stabil hâle getirildikten sonra mutlaka altta yatan nedene yönelik tedavi yapılmalıdır (MEB, 2011).

TYD uygulamalarına başlamadan önce kendi can güvenliği (eldiven giymek, kask takmak, maske takmak vb.) ve olay yeri güvenliği sağlanır. Etrafta bulunan kişilerden, bebeğin yakınlarından hemen öykü alınır. Olay yerinde önlenemeyecek ikincil kaza riski varsa bebek, güvenli bir yere taşınır. Olay yeri güvenliği sağlanmadan bebeğe kesinlikle müdahale edilmez (MEB, 2011).

Bebeklerde TYD uygulama tekniği işlem basamakları aşağıdaki gibidir:

1. Kurtarıcı ve bebeğin güvenliğini sağlayınız.

2. Bebeğin bilinç durumunu kontrol ediniz.

➤ Bebeğin ayak tabanına hafifçe vurarak bilinci kontrol edilir.

3A. Bebek ağlıyor, yanıt veriyor veya hareket ediyorsa:

➤ Uygulama çocukta olduğu gibidir.

3B. Bebek yanıt vermiyorsa:

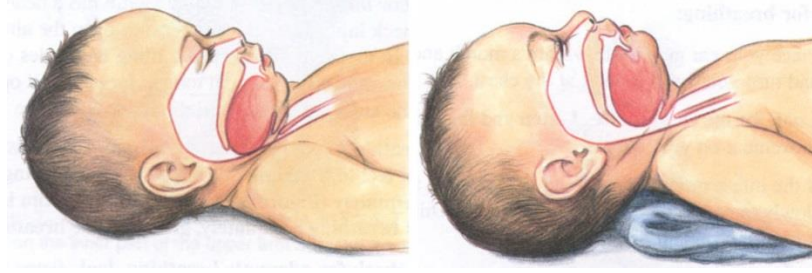
➤ Yardım çağırınız.

➤ Bebeği dikkatlice sırt üstü çeviriniz.

➤ Bebeğin havayolunu açıklığı sağlanır (ERC, 2015).

- Bebeğin omuzlarının altına kıyafet, havlu vb. katlanıp konularak havayolu açıklığı sağlanır.
- Sırtüstü yatan bebeklerde oksipital tuberantına başın öne doğru eğilmesine neden olacağından solunum yolunu tıkar. Bebeğin omuzları hafifçe yükseltirse başın fleksiyonu ve dilin arkaya düşmesi nedeniyle kapanan solunum yolu kolayca açılmış olur.
- Omuzların altına konan malzeme ile havayolu açıklığı sağlanamıyor ise travma şüphesi olmayan durumlarda bebeğe, baş çene pozisyonu verilir. Ancak bu pozisyon verilirken bebeğin başı yetişkinlerde ve çocuklarda olduğu gibi hiperekstansiyona değil ekstansiyona getirilir (Şekil 21).

- Baş boyun travması şüphesinde ve baş çene pozisyonu ile havayolu açıklığı sağlanamıyorsa çene itme pozisyonu verilir (MEB, 2011).



Şekil 22. Bebeklerde havayolu açıklığının sağlanması (<http://ozlemguclu.blogspot.com/>, 2018).

4. Havayolunu açık tutarak, yüzünüzü bebeğin yüzüne yaklaştırarak ve göğüs kafesine bakarak normal solunumun bulunup bulunmadığını saptamak için;

- ➔ Bakın, dinleyin ve hissedin.
- ➔ Göğüs kafesi hareketlerine bakınız.
- ➔ Bebeğin ve burnundan solunum seslerini dinleyiniz.
- ➔ Yanağınızda hava hareketlerini hissediniz.
- ➔ Kardiyak arrestten sonra ilk birkaç dakika, bebek yavaş ve seyrek olarak “iç çekme” tarzında bir hareket sergileyebilir. Karar vermek için “bak-dinle-hisset” yöntemini **10 sn’den fazla uygulamayın** ve eğer solunumun normal olduğu konusunda şüpheniz varsa solunum normal değilmiş gibi hareket ediniz (ERC, 2015).

5A. Eğer bebek normal olarak soluyorsa

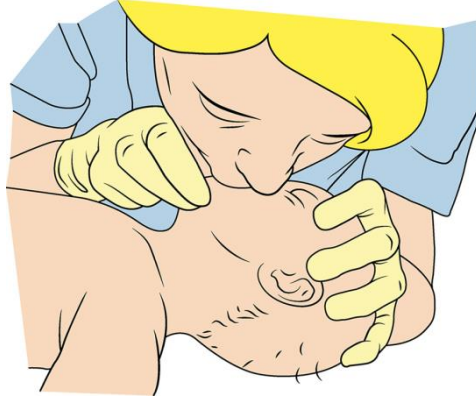
- ➔ Uygulama çocuklardaki gibidir.

5B. Eğer solunum normal değilse veya solumuyorsa:

- ➔ Belirgin havayolu tıkanıklığını dikkatlice ortadan kaldırın.
- ➔ **5 kurtarıcı soluk** veriniz.
- ➔ Kurtarıcı solukları verirken herhangi bir “iç çekme” veya öksürme şeklindeki yanıtı değerlendiriniz.

Bebekler İçin Kurtarıcı Soluk Uygulaması

- Başın nötral pozisyonda (supin pozisyonda iken infantın başı genellikle fleksiyondadır, biraz ekstansiyona getirme ihtiyacı olabilir ki gövdenin üst kısmının altına bir rulo havlu/battaniye koyarak bu pozisyonun devamlılığı sağlanabilir) ve çenenin öne doğru kaldırılmış olduğundan emin olunuz.
- Soluk alın ve ağzınızı bebeğin ağız ve burnunu içine alacak şekilde yerleştirerek hava kaçağı olmadığından emin olunuz.
- Büyük bebeklerde ağız ve burun birlikte kapatılamıyorsa, kurtarıcı ağız ile sadece ağız veya burnu kapatabilir (burnu kullanıyorsanız hava kaçağını önlemek için bebeğin dudaklarını kapatınız) (Şekil 22).
- Bebeğin ağız ve burnundan 1 saniye süreyle havayı sabit hızla, göğüs kafesini gözle görülür şekilde kaldıracak kadar üfleyiniz (ERC, 2015).
- Başın geriye itilmiş ve çenenin öne kaldırılmış pozisyonunu koruyarak, ağzınızı kazazededen uzaklaştırın ve hava çıkışı sırasında göğüs kafesinin inişini gözleyiniz.
- Yeniden soluk alın ve aynı aşamaları beş kez tekrarlayınız (ERC, 2015).



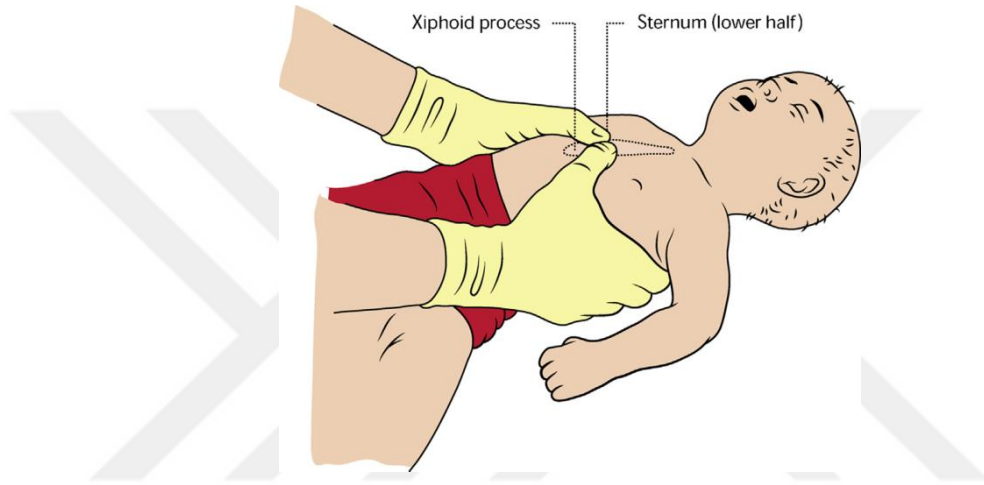
Şekil 23. Ağızdan ağıza ve buruna solutma- infant (ERC'den, 2015).

Bebekte Göğüs Kompresyonu

- Tek kurtarıcı iki parmağın ucuyla sternuma bası uygular.
- İki veya daha fazla kurtarıcı varsa - göğüs kafesini sarma tekniği kullanılır.
- Her iki baş parmağınızı, parmak uçları infantın başı yönünde olacak şekilde (yukarıda görüldüğü gibi) sternumun alt yarısına yerleştiriniz. Her iki elinizin diğer parmakları ile göğüs kafesini alt bölümünden sarınız.

Parmaklarınız bebeğin sırtını desteklemelidir. Hız dakikada 100-120 bası olmalıdır.

- Kompresyon –Solunum oranı çocukta olduğu gibidir (**15:2**)
- Kardiyak kompresyonlarda bastırmanın yanı sıra göğüsün normal hale dönmesini sağlamak da çok önemlidir.
- İki yöntemde de, sternumu bebeğin toraksın ön-arka mesafesinin en az 1/3'ü oranında çöktürecek kadar veya **4 cm** kadar Şekil 23'de gösterildiği gibi bası uygulayınız (ERC, 2015).



Şekil 24. Göğüs kompresyonu-infant (ERC'den, 2015).

TYD Sonlandırma Kriterleri

- Hasta veya yaralının yaşamsal fonksiyonları geldiğinde (TYD sonlandırılarak recovery pozisyonu verilerek takip edilir)
- CPR'ı devam ettiremiyorsa
- Tıbbi yardım geldiğinde TYD sonlandırılır (Ünüvar ve ark., 2016).

TYD Komplikasyonları

- Mide distansiyonu (mide şişmesi veya gerilmesi),
- Regürjitasyon/ kusma (Bunun neticesinde mide içeriğinin akciğerlere aspire edilme ihtimali yüksektir.),
- Sternum ve kosta kırıkları,
- Akciğer yaralanmaları,
- Hemotoraks (plevral boşlukta kan toplanması),
- Pnömotoraks (plevra yaprakları arasında hava toplanması),

- Pnömoni (akciğer dokusunun iltihaplanması),
- Karaciğer ve dalak yaralanmaları,
- Yağ embolisi (yağ pıhtısının dolaşım sistemi aracılığı ile bir yerden başka bir yere geçmesi) gelişebilir (Ünüvar ve ark., 2016).

2.11. Yabancı Cisme Bağlı Havayolu Tıkanması/Obstrüksiyonu (YCHO)

Havayolu tıkanıklığı: Solunum yolunun, solunumu gerçekleştirmesi için gerekli havanın geçmesine engel olacak şekilde tıkanmasıdır (Kızılay 2015).

Solunum yolunu tıkayan etkenler şöyle sıralanabilir:

- Dilin geriye kaçması
- Yabancı cisimler (yemek parçası, ağıza alınan yabancı cisimler, diş parçası, takma dişler, kusmuk, kan pıhtısı)
- Doku hasarı
- Hastalıklar (ödem, alerjik reaksiyonlar, astım vb.) (Ünüvar ve ark., 2016).

Tıkanma tam tıkanma ya da kısmi tıkanma şeklinde olabilir.

2.11.1. Kısmi Tıkanma

Yutulmuş veya havayoluna kaçmış yabancı cismin, hava geçişinde azalmaya neden olması sonucu ortaya çıkan tabloya “kısmi tıkanma” denir. Kısmi tıkanmada az da olsa hava geçişi vardır (MEB, 2016).

Kısmi Tıkanma Belirtileri

- Kişi Öksürür,
- Nefes alabilir,
- Konuşabilir.
- Bir süre sonra deri mavimsi veya grimsi renk alabilir.

Bu durumda hastaya dokunulmaz, öksürmeye teşvik edilir. Bu tip tıkanmalarda kesinlikle kişinin sırtına vurulmaz; çünkü yabancı cisim yerinden hareket edip solunum yolunda tam tıkanmaya sebep olabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Ünüvar ve ark., 2016).

2.11.2. Tam Tıkanma

Yutulmuş veya havayoluna kaçmış yabancı cismin hava geçişini tamamen engellemesi sonucu ortaya çıkan tablodur. Tam tıkanmada hava geçişi hiç yoktur (MEB, 2016).

Tam Tıkanma Belirtileri

- Kişi Nefes alamaz,
- Acı çeker, ellerini boynuna götürür,
- Konuşamaz,
- Rengi morarmıştır.

Bu durumda Heimlich Manevrası (=Karına bası uygulama) yapılır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

2.11.3. Yetişkinlerde ve Çocuklarda Heimlich Manevrası

Eğer kazazede hafif havayolu obstruksiyonu belirtileri gösteriyor ise;

- Kazazedeyi öksürmeye devam etmesi için uyarınız ve başka bir şey yapmayınız.

Eğer kazazede ağır havayolu obstruksiyonu belirtileri gösteriyorsa ve bilinci yerinde ise;

- 5 kereye kadar aşağıda tarif edildiği şekilde sırtta vuru uygulayınız.
- Kazazedenin yanında ve hafifçe arkasında durunuz.
- Yabancı cisim yer değiştirecek olursa, havayolunun daha aşağı kısımlarına gitmemesi, ağızdan dışarıya doğru çıkması için göğsü bir elinizle destekleyerek, kazazedeyi öne doğru eğiniz.
- Diğer elinizin topuk kısmı ile kazazedenin iki skapulası (kürek kemiği) arasına **5 defaya dek kuvvetli vurular** uygulayınız.
- Her vurunun obstruksiyonu giderip gidermediğini kontrol ediniz. Amaç obstruksiyonu, beş kez vuru uygulamaktan ziyade kuvvetli bir darbe ile gidermektir.
- Eğer uygulanan beş sırtta vuru ile havayolu obstruksiyonunu giderilemezse aşağıda tarif edildiği üzere 5 abdominal bası uygulayınız:
 - Kazazedenin arkasında durunuz ve her iki kolunuz ile kazazedenin karnının üst bölümünden sarınız. Kazazedeyi öne doğru eğiniz.

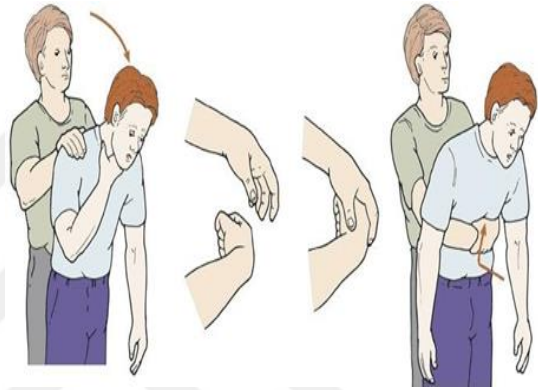
- Yumruğunuzu sıkarak umblikus ve sternumun alt noktası arasına yerleştiriniz. Bu elinizi diğer elinizle kavrayınız ve şiddetli şekilde içeri ve yukarı doğru çekiniz. **5 defaya kadar tekrarlayınız.**
- Eğer obstrüksiyon hala giderilemediyse, dönüşümlü olarak 5 sırta vuru 5 karna bası uygulamaya devam ediniz.

Eğer kazazede herhangi bir zamanda bilincini yitirirse,

- Kazazedeyi dikkatlice yere yatırınız. Acil yardım sistemine haber veriniz.
- CPR'a başlayınız.(Erişkin-Çocuk TYD hareket planı) (ERC, 2005).

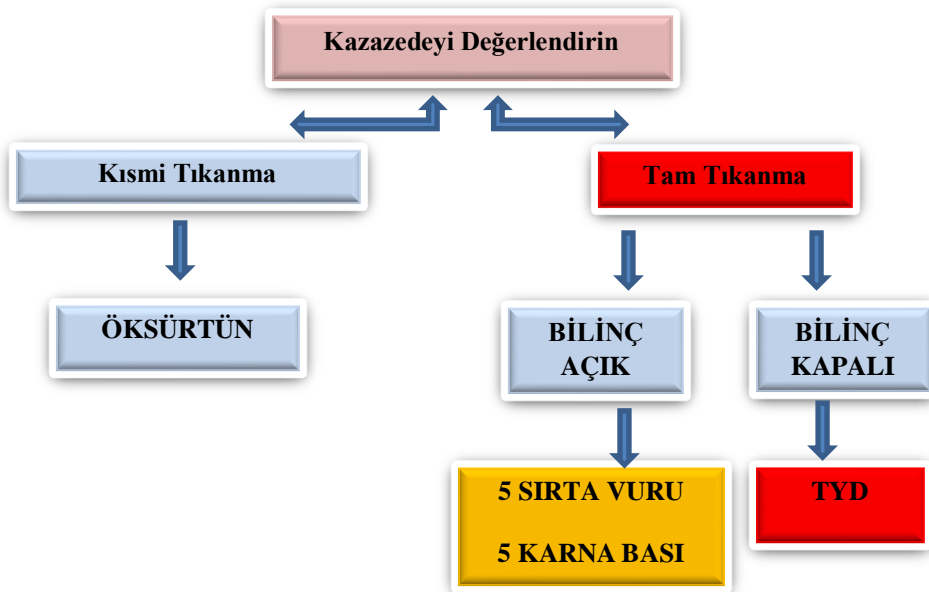


Şekil 25. Çocuklarda heimlich manevrası
(www.saintlukeskc.org, /2018).



Şekil 26. Yetişkinlerde heimlich manevrası
(www.tatd.org.tr/, 2018).

Tablo 11. Yetişkin ve Çocuklarda YCHO Algoritması



Kaynak: Ünüvar ve ark., 2016.

2.11.4. Bebeklerde Havayolu Tıkanmalarında İlk Yardım

Bebeklerde solunum yolunun kısmi tıkanmalarında; bebek öksürüyor, nefes alıyor ve ses çıkarabiliyorsa hiçbir müdahale yapılmaz. Sadece bebek gözlemlenir. Ağız içinde yabancı cisim varsa ve görülebiliyorsa tek bir hareket ile alınır. Bebeklerin solunum yolları çok kısa olduğundan kesinlikle ağız içindeki yabancı cisimi almak için uğraşılmamalıdır. Aksi durumda yabancı cisim ilerleyerek tam tıkanmaya sebep olabilir. Bebeklerde yabancı cisme bağlı olarak solunum yolu tam tıkanmışsa dönüşümlü olarak “sırt vuruşu” ve “göğüs basısı” yöntemi uygulanır. Bebeklerde heimlich manevrası (karına bası yöntemi) karın organlarını yaralayabileceği için uygulanmaz (MEB, 2016).

Bebeklerde solunum yolunun tam tıkanması durumunda, aşağıdaki işlemler uygulanır:

- ➔ Bebeğin ayak tabanına hafifçe vurularak bilinci kontrol edilir. Bebeğin bilinci yoksa Beş kurtarıcı soluk girişiminde bulunun ve eğer herhangi bir cevap yoksa dolaşımı daha ileri değerlendirmeden göğüs kompresyonuna başlayınız (hareket etmek, öksürmek, spontan nefes almak). Acil tıbbi yardım çağırma öncesinde, yaklaşık 1 dk veya 15 kompresyon ve 2 ventilasyondan oluşan 5 siklus tek kurtarıcılı KPR sırasını takip ediniz (eğer başkası tarafından henüz yardım çağırılmadıysa hemen bunu yapınız) (ERC, 2015).
- ➔ Bebeğin bilinci yerinde ise yüzüstü pozisyonda ön kol üzerine yatırılır.
- ➔ Baş, başparmak ve diğer parmakların boynu desteklemesi ile öne doğru eğilir. Bebeğin başı desteklenerek vücuttan aşağıda ve gergin olması sağlanır.
- ➔ Bu pozisyon yerçekiminin yardımı ile yabancı cismin kolaylıkla dışarı atılmasını sağlamak için verilir. Bebeğin boğazına bastırmamaya dikkat edilmelidir.
- ➔ Bebeğin yerleştirildiği kol, bacağı yaslanarak destek sağlanmalıdır. Bebek bu pozisyonda iken elin topuk kısmıyla iki kürek kemiği arasına çok hafif olmayacak şekilde 5 kez vurulur. Vuruşlar yukarıdan aşağıya doğru yapılır (Şekil 26).
- ➔ Bebek, diğer kolun üzerine sırtüstü ve başı hafif aşağı gelecek şekilde tek hamlede çevrilir. Çevirme işlemi sırasında sırt vuruşu yapan el, bebeğin

başının arkasına yerleştirilerek baş desteklenir. Sırtüstü pozisyonda ve başı aşağıda olacak şekilde kola yatırılan bebeğin başı arkadan el ile desteklenir. Bebeğin yatırıldığı kol, bacağa yaslanarak destek alınır. Yabancı cismin çıkıp çıkmadığına bakılır, ağız içinde görülüyorsa bir hamlede alınır.

- Yabancı cisim çıkmamışsa göğüs kemiği üzerinde kalp masajı yapılan noktaya iki parmakla **5 kez göğüs basısı** uygulanır. Yabancı cismin çıkıp çıkmadığı kontrol edilir (Şekil 27).
- Yabancı cisim çıkana kadar 5 sırta vurma, 5 göğüs basısı işlemine dönüşümlü olarak devam edilir. Bu uygulama sırasında bebeğin bilinci kaybolursa hemen TYD'ye geçilir. 112 aratılır ya da aranır. (MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).



Şekil 27. Bebeğe YCHO' da 5 sırta vuru uygulaması
(www.salentoreview.it, 2018).



Şekil 28. Bebeğe 5 göğüs basısı uygulaması
(www.blogluyorum.net, 2018).

2.12. Kanamalarda ve Yaralanmalarda İlk Yardım

2.12.1. Kanama

Kanama (Hemoraji): Damar bütünlüğünün bozulması sonucu kanın damar dışına (vücudun içine veya dışına doğru) doğru akmasıdır (<http://www.ahder.org>, 2018).

Normal yetişkin bir insan ani gelişen bir kan kaybı durumunda toplam kan hacminin %10'unu kaybettiği (500-600 ml) durumda bunu tolere edebileceği gibi, bazen de şok belirtileri ortaya çıkabilir. Ani kan kaybının %20' ye çıktığı (1000-1200 ml) durumlarda ise hayati tehlike söz konusudur. Ancak çok yavaş ve uzun sürede

ortaya çıkan bir kanama durumunda, insanların daha fazla kan kayıplarını bile fazla klinik belirti olmaksızın tolere edebildikleri görülmüştür. Bu nedenle akut kanamaların derhal durdurulmaları gerekir. Kaybedilen kan miktarı çocuklarda 200-300 ml'yi, bebeklerde ise 25-30 ml'yi geçmesi durumunda hayati tehlike olabileceği unutulmamalıdır (Dilek, 2003).

Kanamaya Neden Olan Durumlar:

- Doku ve organlarda ortaya çıkan kesilme, ezilme gibi yaralanmalar,
- Kemik yaralanmaları sonucu görülen kırık, çıkık ve burkulmalar,
- Aşırı basınç değişiklikleri (vurgun hastalığı, akut dağ hastalığı)
- Verem, mide ve bağırsa ülseri, yüksek tansiyon vb. hastalıklar kanamaya neden olan durumlardır (MEB, 2016).

Kanamamanın ciddiyeti aşağıdaki durumlara bağlı olarak değişir:

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

2.12.2. Kanama Çeşitleri

Kanamalar çok farklı şekilde sınıflandırılabilir de literatürde en iki tür sınıflandırma ön plana çıkmaktadır.

Kanamalar kanın aktığı yere göre sınıflandırılmak gerektiğinde kanamaları 3 şekilde sınıflandırmak mümkündür.

- Dış kanama: Dışarıdan göz ile görülebilen kanamalardır.
- İç kanama: Vücudun dışına doğru kanamanın olmadığı ancak vücudun içine doğru olan kanamalardır.
- Doğal deliklerden olan kanamalar: Burun, ağız kulak, makat gibi doğal deliklerden gelen kanamalardır.

Kanamaları kanayan damara göre sınıflandırmak istersek yine kanamaları 3 sınıfa ayırabiliriz.

- Atardamar (arter) kanamaları: Açık kırmızı renkte kesik kesik fişkırان (kalp atımı ile senkronize) kanamalardır. Bu kanamalar kısa sürece çok ciddi kan kaybına neden olabilecek kanamalardır. Atardamar kanamaları ilk yardım uygulamasının hızla yapılması gereken kanamalardır.
- Toplardamar (ven) kanamaları: Koyu kırmızı renkte sızıntı ya da yayılma şeklinde olan kanamalardır. Büyük toplardamarların kanamalarında ciddi kan kayıpları görülmektedir. Bu kanamalarda ilk yardım uygulamaları atardamar kanamalarında olduğu kadar önemlidir.
- Kılcal damar (kapiller) kanamaları: Hayati tehdit edecek durum oluşturmayan kabarcıklar şeklinde olan kanamalardır. Kısa süre sonra kendiliğinden durma eğilimi gösterirler (**Hata! Köprü başvurusu geçerli değil..**

2.12.3. Dış Kanamalarda İlk Yardım

Kanın damardan vücut dışına çıkmasına (görülebilir halde) dış kanama denir. Genellikle kesici, delici veya künt travmalar sonucunda olur. Örnek olarak yumuşak doku, ekstremiteler kesici ve kopmaları, burun kanamaları verilebilir. Kanamanın yerine ve büyüklüğüne göre değişmekle birlikte pek çok kanama 6-10 dk içerisinde vücudun savunma sistemi (hemostaz) ile kendiliğinden durur. Buna göre kesilen damar ucunda öncelikle oluşan büzülme (vazospazm) ile önce kanama miktarı azalır. Daha sonra burada trombosit ve diğer pıhtılaşma faktörlerinin yardımı ile bir tıkaç oluşturularak kanama durdurulur. Ancak büyük damarların pıhtı ile tıkanması mümkün değildir ve dışarıdan müdahale edilerek kanamanın durdurulması gereklidir. Örnek olarak femoral arter veya karotis arter kesilerinde kanama durdurulmazsa 1-2 dakika içerisinde kan kaybına bağlı şok ve ölüm kaçınılmazdır (Dilek, 2003).

Dış Kanamalarda İlk Yardım Uygulamaları

- Hasta/yaralının durumu değerlendirilir,
- Gerekiyorsa tıbbi yardım istenir (112),
- Yara ya da kanama değerlendirilir,
- Gerekirse şok pozisyonu (sırt üstü yatırılıp ayaklar 30 cm yükseltilir) verilir.
- Kanama durdurma yöntemleri uygulanır.

- Sık aralıklarla yaşam bulguları değerlendirilir.
- Kanayan bölge dışarda kalacak şekilde yaralının üstü örtülür.
- Dış kanamalarda amaç, kanamayı en kısa sürede kontrol altına almak, yarayı temiz tutmak ve acilen sevk etmektir (MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Kanama Durdurma Yöntemleri

Kanamayı durdurmak için çeşitli yöntemler uygulanır.

- Kanayan yer üzerine direkt bası uygulamak
- Kanayan bölgeyi kalp seviyesinden yukarıda tutmak
- Yaranın yakınındaki artere basınç yapmak
- Turnike (boğucu sargı) tatbik etmek sık uygulanan yöntemlerdir (Tabak ve Somyürek, 2008).

a. Kanayan Yer Üzerine Direkt Bası Uygulamak

En basit ve etkili kontrol yöntemidir. Kanayan bölgenin üzerine steril gazlı bez paketleri konularak üzerine elle ya da sargı ile bası uygulanır (Şekil 28). Steril gazlı bez yoksa, bu amaçla eşarp, tülbent, mendil veya havlu gibi temiz parçaları da kullanılabilir. Zorunlu olmadıkça daima mikropsuz sargı bezleri kullanılmalıdır. Direkt bası uygulamasından sonra kanamanın durup durmadığının anlaşılması için, sargının yerinden kaldırılmaması gerekir. Eğer kanama nedeniyle sargının dış kısmı ıslanmış ise genellikle basınç yetersiz kalmıştır ve üzerine ikinci sargı bezi konularak baskıya devam edilir (Dilek, 2003).



Şekil 29. Kanayan yer üzerine direkt bası (snmlgn.blogspot.com, 2018).

Kanamalı vakalardan %90'ında bu şekildeki bir uygulama ile kanamanın durdurulabileceği unutulmamalıdır. Kalan %10 vakada ise yaralanmanın yerine ve büyüklüğüne bağlı olarak diğer kanama önleyici veya durdurucu metodlar uygulanmalıdır. Bu gibi durumlarda diğer yöntemler uygulanır (Dilek, 2003).

b. Kanayan Bölgeyi Yukarı Kaldırma

Ekstremitedeki kanayan bölge, kalp seviyesinin üzerine kaldırılarak (elevasyon) kanama kontrol altına alınmaya çalışılır (Şekil 29). Elevasyon; omurga yaralanması, kırık, çıkık ve yabancı cisim batması durumunda uygulanmaz (MEB, 2011).



Şekil 30. Kanayan bölgeyi yukarı kaldırma (tr.pinterest.com, 2018).

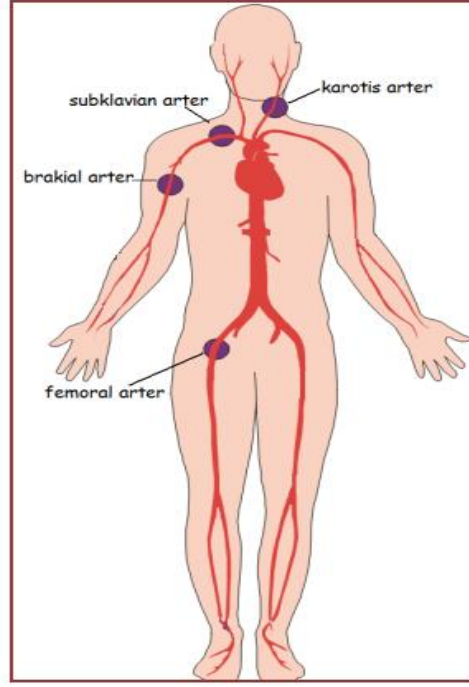
c. Yaranın Yakınındaki Artere Basınç Yapmak

Özellikle arter kanamalarında kan, basınç ile fişkirir tarzdadır. Bu nedenle kısa zamanda çok kan kaybedilir. Arteriyel basınç noktalarına bası, kanamanın miktarını azaltmada kullanılan bir yöntemdir; ancak kanamanın tam kontrolünde tek başına yeterli değildir. Diğer yöntemlerle beraber uygulanması gerekir. Kanayan bölgeyi besleyen artere, parmak ya da yumruk ile sıkıştırarak bir kuvvetle bası uygulanır. Böylece kanayan bölgeye giden kan miktarı azalır (MEB, 2011).

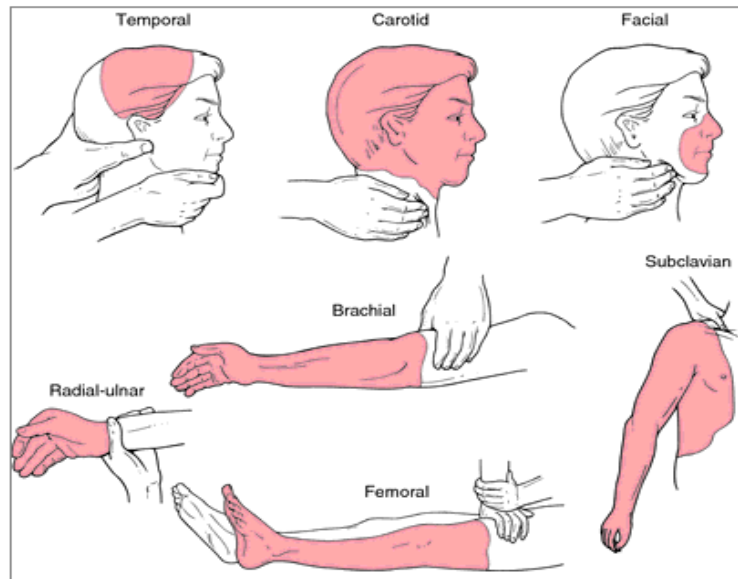
Şekil 30'da verilen kanamanın durdurulmasında kullanılan bası noktaları şunlardır:

- Şakak bölgesi: alın saçlı deri ve göz bölgesindeki kanamalar için kulak ortası ön kısmı, bası noktası olarak belirlenir.
- Karotis arter (Şah damarı): baş ve yüzdeki ağır kanamalarda direkt şah damarına bası uygulanır. Şah damarına tek taraflı bası uygulanır asla iki taraflı bastırılmaz.

- Subklavian arter (Köprücük kemiği üzeri): koltuk altı veya kolun üst bölgesindeki kanamalarda kullanılır.
- Brakial arter: Kolun üst bölümünde olan kanamalarda uygulanır.
- Femoral arter (Kasık bölgesi): Bacakta olan kanamalarda uygulanır (Ünüvar ve ark., 2016).



Şekil 31. Arteryal Basınç noktaları (MEB, 2011)



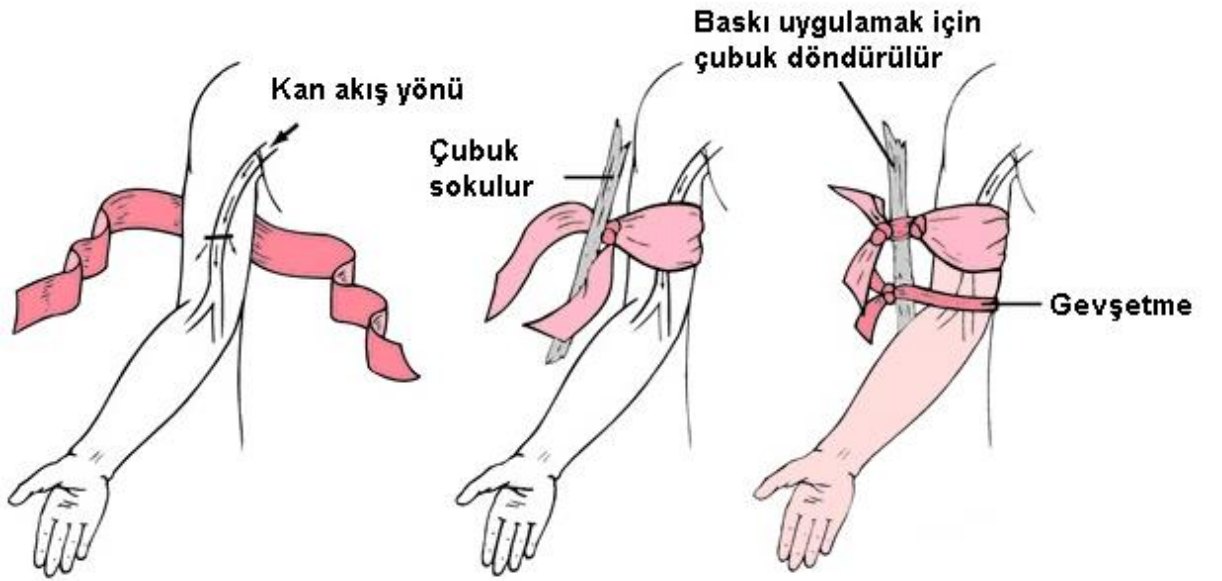
Şekil 32. Bölgelere göre arteryal basınç uygulama (medical-dictionary.thefreedictionary.com, 2018).

d. Turnike Uygulamak

Turnike Uygulaması: Kol ve bacaklardaki büyük kanamalarda arter, deri ile kemik arasına sıkıştırarak kanamayı durdurma yöntemidir (Ağralı, 2002; Akdemir ve Birol, 2005). Tek kemikler üzerine uygulanır. Uygulamada dar sargı, kravat, kemer, eşarp, mendil, ince lastik vb. malzeme kullanılabilir. Kesinlikle tel, zincir vb. malzemeler kullanılmamalıdır (Akdemir ve Birol 2005; Uçar, 2007).

Şekil 32’de gösterilen turnike uygulaması işlem basamakları şu şekildedir:

- Turnike uygulanacak yer tespit edilir,
- Turnike malzemesi sıkıca 2-3 kez sarılır ve bağlanır,
- Sıkıştırma çubuğu (Turnike ağacı) yerleştirilir tekrar bağlanır,
- Kan duruncaya kadar sıkıştırma çubuğu döndürülür, kan durunca çubuk sabitleştirilir,
- Turnike bağlandıktan sonra uygulama zamanı bir kağıda kaydedilir ve görülecek şekilde vücuda asılır,
- Her 20 dakikada bir 5-10 saniye turnike gevşetilir,
- Uygulanan turnike bir saatten fazla uygulanmamalı, şayet uzun kalacaksa gevşetme aralıkları sıklaştırılmalıdır (Uşaklı ve Cengiz, 2001; Süzen ve İnan, 2003).



Şekil 33. Turnike Uygulaması (webders.net, 2018).

Turnikenin uygulandığı durumlar: Turnike;

- Çok sayıda yaralının bulunduğu bir ortamda tek ilkyardımcı var ise,
- Hasta/yaralının güç koşullarda bir yere taşınması gerekli ise, uzuv (organ) kopması var ise,
- Baskı noktalarına baskı uygulamak yeterli olmuyor ise uygulanır (Uçar, 2007).

Turnike uygulaması kanamanın durdurulamadığı durumlarda başvurulacak en son uygulamadır. Uzun süreli turnike uygulanması sonucu doku harabiyeti meydana gelebileceğinden günümüzde tercih edilmemektedir (Tabak ve Somyürek, 2007).

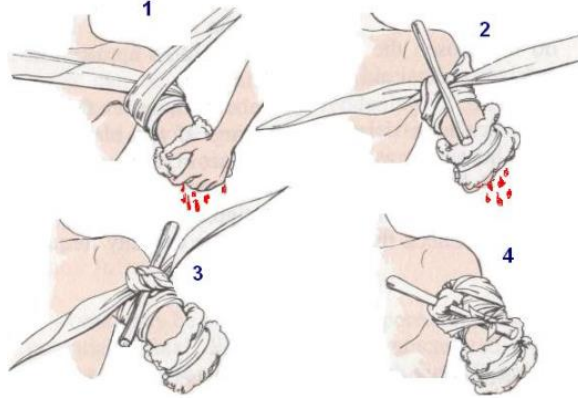
e. Uzuv Kopması Durumunda İlk Yardım

Amputasyon (uzuv kopması, organ kopması), vücudun bir parçasının kısmen ya da tümüyle vücuttan ayrılmasıdır. Organ tamamen kopmuşsa tam ya da total amputasyon, kısmen kopmuşsa (damarların kesik olup bir deri parçasının veya tendonların sağlam kalması vb.) kısmi ya da subtotal amputasyon denir (MEB, 2011).

Kol ya da bacaklarda kopma özellikle kaza, savaş veya felaket durumlarında sıklıkla rastlanan bir durumdur. Ciddi derecede kanamalar olması sebebiyle hayati tehlike söz konusudur. Kopan uzuv tekrar işlev görüp göremeyeceği açısından, aynı zamanda enfeksiyon yönüyle de oldukça riskli biri durumdur (Ünüvar ve ark., 2016).

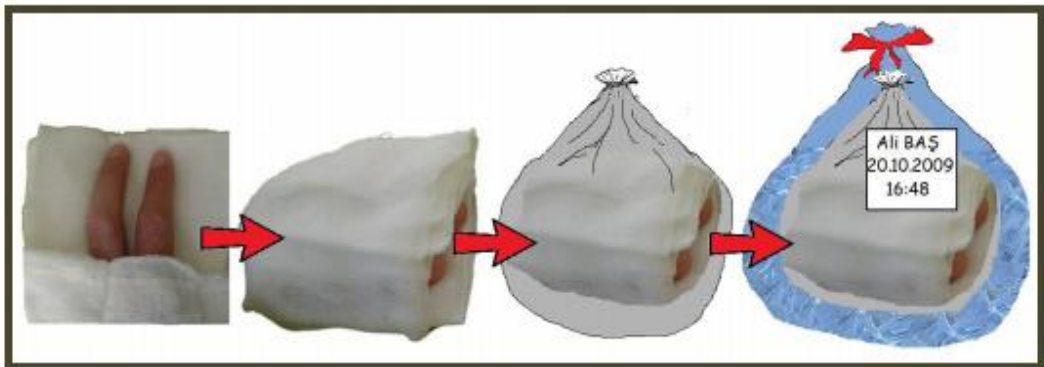
Uzuv Kopmalarında İlk Yardım Uygulama Tekniği

- Hasta veya yaralının durumu değerlendirilir.
- Hemen tıbbi yardım (112 aranır) istenir.
- Gerekirse şok pozisyonu verilir.
- **Güdük yara;** serum fizyolojik ile yıkanır; ancak kanama artıyorsa yıkama durdurulur.
- Steril tamponla direkt bası uygulanır ve basınçlı sargı ile sarılır (Şekil 33).
- Mümkünse elevasyon sağlanır, kanamanın olduğu bölgeye yakın artere bası uygulanır.
- Kanama halen durmamışsa ve endikasyonu varsa turnike uygulanır.



Şekil 34. Güdük yaraya turnike uygulaması (MEB, 2012).

- **Ampute organ (Kopan parça)**; serum fizyolojik ile yıkanarak temizlenir.
- Serum fizyolojik ile ıslatılmış steril gazlı bez ile sarılır.
- Su geçirmeyen plastik torbaya yerleştirilerek aēzı sıkıca kapatılır.
- İkinci plastik torba içine 1 ölçek su, 2 ölçek buz konur.
- Ampute organın bulunduēu torba, hazırlanan ikinci torbanın içine konur.
- Bu Şekilde ampute organın buz ile direkt teması önlenir ve soēuk ortamda (4°C) taşınması saēlanır.
- Torbanın zerine hastanın kimlik bilgisi, tarih ve bulunduēu saat yazılır.
- Kopan uzuv, tıbbi yardım (112) ekibine teslim edilir. Yaralı ile kopan uzuv parçası aynı araçla en geç 6 saat içinde saēlık kuruluşuna ulaştırılmalıdır (MEB, 2011; nvar ve ark. , 2016).



Şekil 35. Ampute organın (Uzvu kopan parçasının) taşınması (nvar ve ark. , 2016).

2.12.4. İç Kanamalar ve Şok

İç Kanama

İç kanama: İç organlardaki dokuları besleyen kan damarlarının yırtılması veya zedelenmesi sonucu kanın damarlardan vücut boşluklarına akmasına denir. İki şekilde olabilir. Travma sonrası damar veya organ zedelenmesini takiben doku içlerine, içi boş organ boşluklarına veya vücut boşluklarına olabilir (Dilek, 2003).

İç kanamalar, gözle görülemeyen kanamalar olmasına rağmen, dışa açılan bir iç organda meydana gelmişse, (mide, akciğer, böbrek kanamalarında olduğu gibi) daha kolay ve çabuk fark edilirler. Akciğer kanamasında, kazazedenin öksürmesiyle gelen kan, açık kırmızı renkte ve köpüklüdür. mide kanamasında kusmuk içinde kahve telvesi renginde kan görülür. Bağırsak kanamalarında dışkıda, böbrek kanamalarında ise idrarda kan görülür. Kanamanın çabuk şekillendiği durumlarda dıştan bir kanama fark edilmeyebilir. Böyle durumlarda hayati tehlike söz konusu olabilir (Cengiz, 2013).

İç kanaması olan kazazedede aşağıdaki belirtiler görülür:

- Nabız zayıf ve süratlidir,
- Deri soğuk ve nemlidir (yapışkandır),
- Gözler donuk, gözbebekleri genişlemiş ve ışık refleksi zayıftır,
- Kazazedede genelde susuzluk hissi ve huzursuzluk vardır,
- Baş dönmesi, bulantı, kusma ve halsizlik olabilir (Cengiz, 2013).
- Huzursuzluk ve endişe vardır,
- Yüz, dudak ve parmak uçlarında solukluk görülebilir,
- Hava açlığı, hızlı ve yüzeysel solunum vardır,
- Hipotansiyon gelişebilir,
- Aşırı susuzluk hissi olabilir,
- Bilinçte zayıflama veya bilincin kaybolması görülebilir,
- Kanamanın yerine ve sebebine göre ağrı görülür. Kanama karaciğer, böbrek, dalak kapsülü altına olursa kapsülün gerilmesinden dolayı bu organlara ait ağrı,
- Karın içine olan aşırı kanamalarda karında gerginlik ve hassasiyet görülür (MEB, 2011).

İç kanama durumunda kazazede bir an önce hastaneye yetiştirilmelidir. Bu sırada kazazedinin tansiyonunun daha fazla düşmesini önlemek amacıyla kazazedeyi yatırmak ve bacaklarını yukarı kaldırmak gerekir (Şok pozisyonu verilir) (Cengiz, 2013).

Şok

Kalp-damar sisteminin yaşamsal organlara uygun oranda kanlanma yapamaması nedeniyle ortaya çıkan ve tansiyon düşüklüğü ile seyreden bir akut dolaşım yetmezliğidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Nedenlerine göre 4 çeşit şok vardır:

- Kardiyojenik şok (Kalp kökenli)
- Hipovolemik şok (Sıvı eksikliği)
- Toksik şok (Zehirlenme ile ilgili)
- Anafilaktik şok (Alerjik) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011)

Şok Belirtileri

Kan basıncında düşme, hızlı ve zayıf nabız, hızlı ve yüzeysel solunum, ciltte soğukluk, solukluk ve nemlilik, endişe, huzursuzluk, baş dönmesi, dudak çevresinde solukluk ya da morarma, susuzluk hissi ve bilinç seviyesinde azalma gibi genel belirtiler görülür. Genellikle bir kaza yerinde sessiz, sakin ve hiçbir yardım istemeden yatan yaralıya ilk yardımda öncelik verilir. Bu kişi şokta olabilir. Hiç hareket etmez. Sorulara cansız cevap verir. Şuuru genellikle vardır. Buna karşın bayılmada şuur kaybı kısıda olsa kaybolur (Cengiz, 2013).

Şokta ilk Yardım ve Şok Pozisyonunun Verilmesi

- Hasta veya yaralı değerlendirilir. Hemen tıbbi yardım (112 aranır) istenir.
- Kendinin ve çevrenin güvenliği sağlanır. Hasta veya yaralı düz olarak sırtüstü yatırılır.
- Baş yana çevrilir ve çene göğüsten uzaklaştırılarak soluk yolu açılır.
- Hasta veya yaralının mümkün olduğunca temiz hava soluması sağlanır.
- Dış kanama varsa kanama hemen durdurulur.

- Hasta veya yaralının bacakları 30 cm kadar yukarı kaldırılarak, bacaklarının altına çarşaf, battaniye yastık, kıvrılmış giysi vb. destek konulur (Şekil 35).
- Hasta veya yaralı sıcak tutulur. Hareket ettirilmez.
- Hasta veya yaralının endişe ve korkuları giderilerek psikolojik destek sağlanır.
- Belli aralıklarla (2-3 dakikada bir) yaşam bulguları değerlendirilir (Cengiz, 2013; MEB, 2016).

Şok Pozisyonu



Şekil 36. Şok Pozisyonu (<http://www.wakacje-chorwacja.info>, 2018).

Şoka girmiş bir kazazedenin sırtüstü yatırılarak bacaklarının 30 cm kadar yukarı kaldırılmasının amacı, kanın, beyin ve hayati organlara taşınmasını sağlamaktır (Cengiz, 2013).

2.12.5. Doğal Deliklerden Olan Kanamalar

Düşme, çarpma ya da hastalıklara bağlı olarak vücudumuzun diğer bölgelerinde de kanamalar oluşabilir. Bu kanamalar çoğu zaman basit kanamalar olmakla beraber yine de altta yatan farklı nedenler olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (Ünüvar ve ark., 2016).

Burun Kanamalarında İlk Yardım

Burun kanamaları, sıklıkla hastayı irrite eden ve sık rastlanılan bir ilk yardım sorunudur.

Burun kanamalarının başlıca nedenleri:

- Yüz travmaları, burun enfeksiyonları, sinüzit
- Kan basıncının yüksek olduğu durumlar (hipertansiyon)
- Kan pıhtılaşma hastalıkları, kafatası kırıklarıdır (Güler ve Bilir, 1994).

Eğer kafatası kırığından kuşkulaniyorsa hiç bir zaman burun kanamasını durdurmakla uğraşılmalıdır. 35 yaşın üzerindeki burun kanamalarında kan basıncı yüksekliğine bağlı kanamalar akla gelmelidir. Bu durum çok daha tehlikeli sonuçların habercisi olabilir. Hasta veya yaralının kan basıncının ve genel sağlık düzeyinin sağlık kuruluşunca değerlendirilmesi gerekir (Güler ve Bilir, 1994).

Burun kanamasında ilk yardım Şekil 36'da gösterildiği gibi şu şekilde olmalıdır:

- Şok belirtisi yoksa hasta oturtulur.
- Hasta sakinleştirir.
- Hastanın başı öne eğilerek kendisine burun delikleri sıkıca tutturulur.
- Gerekirse burun üzerine buz torbası uygulanabilir.
- Burun kanaması 30 dakikanın üzerinde sürecek olursa sağlık kuruluşunun yardımı gerekir (Güler ve Bilir, 1994).

Burun kanamasında esas olan burun kanamasına yol açan nedendir. Bu nedenin belirlenebilmesi için her türlü çaba gösterilmelidir. -Burun kanamasında hastanın başı geriye doğru kaldırılmaz (Güler ve Bilir, 1994).



Şekil 37. Burun kanamasında doğru ve yanlış pozisyon (www.pazienti.it, 2018).

Kulak Kanamalarında İlk Yardım

Kulakta görülen kanamalar dış kulakta bir tahriş sonucu ya da bir travma sonucu oluşabilir. Bir travma ile birlikte ise kafatası kırığı belirtisi olabilir. Unutulmamalıdır ki kulak kanaması olası bir beyin kanamasının habercisi de olabilir (Cengiz, 2013). Kazazedenin kulak kanaması varsa;

- Kazazede sakinleştirilir, endişeleri giderilir,
- Kanama hafifse kulak temiz bir bezle temizlenir,

- Kanama ciddi ise, kulağı tıkamadan temiz bezlerle kapatılır,
- Bilinci yerinde ise hareket ettirmeden sırt üstü yatırılır, bilinçsiz ise kanayan kulak üzerine yan yatırılır,
- Kanama durmuyorsa tıbbi yardım (112) istenir (Cengiz, 2013).

2.13. Yara ve Yara Çeşitleri

Yara; fiziksel, kimyasal, radyolojik etkenlere bağlı olarak gelişen deri, deri altı dokuların ya da mukozanın bütünlüğünün bozulmasıdır. Bu bozulma sırasında aynı zamanda kan damarları, sinir vb. yapılarda etkilenir. Yaralanmalarda kanama ve enfeksiyon riski artacağı için, en önemli yapılacak ilk yardım kanama ve enfeksiyon riskini ortadan kaldırmaktır (Ünüvar ve ark., 2016).

Yaraların ortak belirtileri şunlardır:

- Ağrı, kanama, yara kenarının ayrılması,
- Şişlik, kızarıklık, morarma (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006; MEB, 2016).

Yara Çeşitleri

a) *Oluştukları mekanizmalara göre :*

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

b) *Anatomik bölgelere göre :*

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

c) Doku bütünlüğünün bozulup bozulmamasına göre :

- Açık yaralar, sıyrıklar
- Delici/kesici yaralar
- Ateşli silah yaraları
- Kopmalar, ısırık yaraları
- Kapalı yaralar, ezikler, ekimoz, hematom (Sözen, 2002).

d) Enfeksiyon riski taşımamasına göre:

- Temiz yara: Cerrahi yaralar ve 6 saat içerisinde oluşmuş yaralar
- Şüpheli yara: 6-12 saat içerisindeki yaralar
- Kirli yara: 12 saatten sonraki yaralardır (Sözen, 2002).

2.13.1. Yaralanmalarda Genel İlk Yardım Uygulamaları

- Hasta/yaralının yaşam bulguları değerlendirilmelidir.
- Yarayı örten giysiler kesilerek, yaralı dokuya zarar vermeden çıkarılarak yara değerlendirilmelidir (oluş şekli, süresi, yabancı cisim varlığı, kanama vb.).
- Yaralanma ve kanama ciddi ise tıbbi yardım (112 aranır) istenir.
- Kanama var ise; steril gazlı bez veya temiz bir kumaş parçası ile yaraya bastırılarak kanama kontrol edilmelidir.
- Açık yaralarda enfeksiyonu önlemek için steril gazlı bez ya da temiz nemli bir kumaş parçası ile yaranın üzeri kapatılmalıdır.
- Yaralanma sonucu dışarı çıkan organlar tekrar yerleştirilmeye çalışılmamalıdır, üzerleri temiz bir bez ile örtülmelidir.
- Saplanan cisim veya yabancı cisim varlığında kesinlikle çıkartılmaya çalışılmamalıdır, sabit kalması sağlanmalıdır.
- Mümkünse yara su ve sabunla yıkanır (içerisinde toz, toprak vb. yabancı maddeler bol temiz su le yıkanarak uzaklaştırılır).
- Hasta/yaralının ısı kaybını önlemek için üzeri örtülmelidir.
- Eğer kırık varsa kırık olan bölge atele alınarak hareketsizliği sağlanmalıdır.
- Yara bölgesinin hareketi, ağrı ve kanamayı önlemek için engellenir.

- Yara içi kurcalanmaz. Alkol, iyot, antibiyotik içeren merhem, pudra vb. maddeler yara üzerine uygulanmaz; çünkü bu maddeler, yarada tahriş, alerji oluşturabilir ve yaranın iyileşmesini geciktirir.
- Uzun (organ) kopması görülen yaralanmalarda eğer kopma tam ise; kopan parça steril gazlı bez ile sarılarak temiz bir poşete konulup, buz dolu bir başka poşete konulmalıdır (buz ile direk teması ettirilmemelidir) ve 6 saat içinde sağlık kuruluşuna ulaştırılmalıdır. Eğer deri bir yerinden bağlı kalmış ve tam kopmamışsa kopan parça, yaranın üzerine getirilerek üzeri temiz bir bezle kapatılmalıdır.
- Hasta/yaralının en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna gitmesi sağlanmalıdır.
- Hasta veya yaralı, tetanos aşısı için yönlendirilir (Erkan, 1995; Nazik, 1997; Bayraktar ve Çelik, 2000; Polat ve Turacı, 2003; Ünüvar ve ark., 2016).

2.13.2. Bölgesel Yaralanmalarda İlk Yardım

Baş ve Omurga Yaralanmaları

Baş ve omurga yaralanmalarında darbenin şiddetine bağlı olarak kafatası boşluğunda yer alan merkezi sinir sistemi etkilenebilir. Bel kemiğindeki yaralanmalarda omurgada ani sıkışma veya ayrılma meydana gelebilir. Bunun sonucunda sinir sistemi etkilenerek bazı olumsuz sonuçlar oluşabilir. Trafik kazalarında ölümlerin %80'i kafatası ve omurga yaralanmalarından olmaktadır (www.ahder.org/, 2018).

Baş Yaralanmaları

Saçlı deride yaralanmalar: Saç derisi kafatası yüzeyi üzerinde kolaylıkla yer değiştirebilir ve herhangi bir darbe sonucu kolayca ayrılabilir. Bu durumda çok fazla miktarda kanama olur. Bu nedenle öncelikle kanamanın durdurulması gereklidir (Kakillioğlu ve ark., 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

Kafatası, beyin yaralanmaları:

- Kafatası kırıkları: Kafatası kırıklarında beyin zedelenmesi, kemiğin kırılmasından daha önemlidir. Bu nedenle beyin hasarı bulguları değerlendirilmelidir.
- Yüz yaralanmaları: Ağız ve burun yaralanmalarında solunum ciddi şekilde etkilenebilir ve duyu organları zarar görebilir. Bir yüz yaralanması

sonucunda burun, çene kemiği kemiklerinde yaralanma görülebilir. (Kakillioğlu ve ark., 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

Omurga Yaralanmaları

En çok zarar gören bölge bel ve boyun bölgesidir ve çok ağrılıdır. Kazalarda en çok boyun etkilenir (Kakillioğlu ve ark., 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

Baş ve Omurga Yaralanmalarında İlk yardım

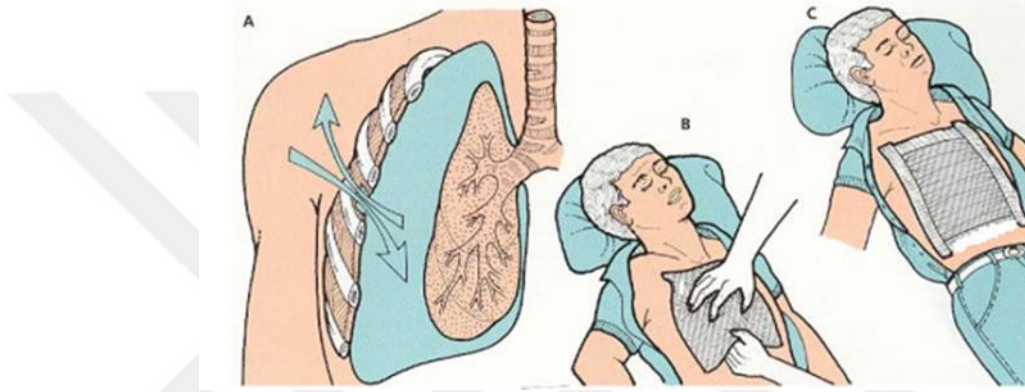
- Bilinç kontrolü yapılır,
- Bilinç açıksa hareket etmemesi istenir, hiçbir şekilde hareket ettirilmez. Sırt üstü sert bir zeminde düz yatırılır,
- Her hangi bir tehlike söz konusu ise düz pozisyonda sürüklenir,
- Baş-boyun-gövde eksenini bozulmamalıdır,
- Yaşam bulguları değerlendirilir. Hemen tıbbi yardım istenir (112 aranır),
- Yardım geldiğinde sedyeye baş-boyun-gövde eksenini bozulmadan alınmalıdır,
- Taşınma ve sevk sırasında sarsıntıya maruz kalmaması gerekir,
- Tüm yapılanlar ve hasta/yaralı hakkındaki bilgiler kaydedilmeli ve gelen ekibe bildirilmelidir,
- Kişi asla yalnız bırakılmamalıdır (Kakillioğlu ve ark., 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006; MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Delici Göğüs Yaralanmalarında İlk Yardım

- Temel yaşam bulguları değerlendirilir. Bilinç kontrolü yapılır.
- Hemen tıbbi yardım istenir.
- Açık göğüs yaralanması varsa yara deliği avuç içi ile fazla bastırılmadan kapatılır. Yaralının bilinci yerinde ise kendi avucu ile kapatması istenir. Bu uygulama, göğüsteki yaradan giren hava nedeniyle akciğerlerin fazla büzülmesini önler.
- Kişinin bilinci açıksa yarı oturur pozisyona getirilir.
- Bilinci kapalı yaralıda yaranın üzeri temiz, hava geçirilmeyen özellikle naylon poşet, alüminyum folyo vb. malzeme ile kapatılarak üç tarafı bantla sabitlenir. Nefes alma sırasında yaraya hava girmesini engellemek; nefes

verme sırasında havanın dışarı çıkmasını sağlamak için yara üzerine konan malzemenin bir ucu açık bırakılır (Şekil 37).

- Hasta veya yaralıya ağızdan hiçbir şey verilmez. Tıbbi yardım gelinceye kadar yaşam bulguları takip edilir.
- Göğüste saplanmış bir cisim varsa kesinlikle çıkarılmaz. Cismin ileri ya da geri hareketini engellemek için etrafı temiz bezlerle desteklenerek sabitlenir (Süzen, 2015; MEB, 2016).

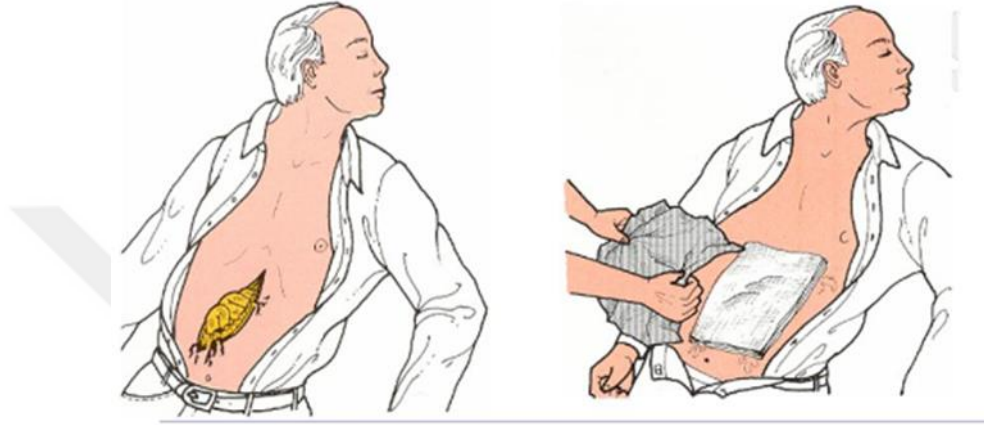


Şekil 38. Delici göğüs yaralanmalarında ilk yardım (<http://www.akademik.adu.edu.tr>, 2018).

Delici karın Yaralanmalarında İlk yardım

- Hasta/yaralının bilinç kontrolü yapılır.
- Hasta/yaralının yaşam bulguları kontrol edilir.
- Hemen tıbbi yardım istenir.
- Açık yara, vücut eksenine paralel ise hasta veya yaralının bacakları uzatılarak sırt üstü yatırılır. Yara, vücut eksenine dik ise dizlerin altı desteklenerek yaralı bacaklar bükülmüş olarak yatırılır.
- Dışarı çıkan organlar içeri sokulmaya çalışılmaz, üzerine geniş ve nemli temiz bir bez örtülür.
- Nemli bezin üzeri temiz, hava geçirmeyen özellikle naylon poşet, alüminyum folyo vb. malzemeyle kapatılarak hava ile temas edecek şekilde dörtkenarı bantla sabitlenir. Böylece organların ve ıslak bezin kuruması önlenmiş olur (Şekil 38).

- Karında saplanmış bir cisim varsa cisim, kesinlikle çıkarılmaz. Cismin ileri ya da geri hareketlerini engellemek için etrafı temiz bezlerle desteklenerek sabitlenir.
- Ağızdan yiyecek ya da içecek bir şey verilmez.
- Yaşam bulguları sık sık izlenir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; MEB, 2016).



Şekil 39. Delici karın yaralanmalarında ilk yardım (<http://www.ilkyardimkursu.net>, 2018).

2.14. Kırık Çıkık ve Burkulmalarda İlk Yardım

2.14.1. Kırıklarda İlk Yardım

Kırık (Fraktür): Dıştan veya içten etki eden kuvvetlerle kemik dokusunda oluşan ayrılmaya veya bu sebeplerle kemiğin anatomik bütünlüğünün ve devamlılığının bozulmasına kırık denir. Kırıklar darbe ya da düşme sonucu oluşabilir. Kırığı oluşturan kuvvet sadece kemiği kırmayıp, beraberinde kemiğin etrafındaki damarları, sinirleri, tendonları, kasları, deri ve komşu organları da yaralayabilir. Kırık olup olmadığı belirlenmeden, kırık bölgesi hareketsiz hale getirilmeden kazazede yerinden oynatılmamalıdır (Cengiz, 2013).

Kırık Çeşitleri

➤ *Deri bütünlüğünün bozulup bozulmamasına göre kırıklar;*

- Açık Kırık: Deri bütünlüğü bozulur, kırık uçları dışarı çıkabilir, beraberinde kanama ve enfeksiyon tehlikesi taşır.
- Kapalı Kırık: Kemik bütünlüğü bozulmuştur ancak deri sağlamdır.

- **Zorlamalara göre kırıklar;**
 - Direkt kuvvetle oluşan kırıklar ,
 - İndirekt kuvvetle oluşan kırıklar.
- **Organ hasarı varlığına göre kırıklar;**
 - Basit kırık,
 - Komplike kırık (Ege, 1999; Sözen, 2002).

Kırık Belirtileri

- Hareketle birlikte artan ağrı,
- Kırık olan bölgede şekil bozukluğu,
- Deride soğukluk hissi ve solukluk,
- Birkaç saat içerisinde kırık bölgesinde şişlik (Hemotom),
- Bir ile üç gün içerisinde kırık bölgesinde morarma (Ekimoz),
- Fonksiyon kaybı,
- Travmanın etki noktasında yaralanma,
- Kasılma bozukluğu,
- Yalancı eklem,
- Kırık ucun görülmesi,
- Krepitasyon (Kırık uçların çıkardığı sürtünme sesi) (Ege, 1999; Tabak ve Somyürek, 2008; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; MEB, 2016).

Kırık bölgenin alt kısımlarında nabız alınamaması, solukluk, soğukluk, his kaybı ve uyuşukluğun gelişmesi kırık yakınındaki damarlar ve sinirlerde zedelenme ve sıkışma olduğunu düşündürmelidir (Ünüvar ve ark., 2016).

Kırıklarda İlk Yardım Uygulama

Kırık durumlarında en önemli kural, kırık bölgenin hareketsiz kalmasını sağlamaktır. Bölgenin hareketi önlenerek kırık etrafındaki dokular, sinirler ve damarlara oluşabilecek hasarlar en aza indirilmiş olur (Ünüvar ve ark., 2016).

- Kırık olduğu düşünülen bölgenin sonrasındaki atardamar hissedilmeye çalışılır ve damar yaralanması araştırılır.
- Hasta/yaralıdan parmaklarını oynatması istenir, böylece sinir yaralanması olup olmadığı hakkında fikir edinilmeye çalışılır.

- Kırık olduğunu düşündüğümüz bölgedeki giysileri, kırık bölge hareket ettirilmeden çıkarılmalıdır veya kesilmelidir.
- Yüzük, bilezik, saat vs. çıkarılmalıdır.
- Kırılan bölge sabitleştirilmelidir.
- Eğer kırılan kemik bölgesi eğilip bükülmüşse ve atele alınamıyorsa, hiç oynatılmadan ambulansın müdahale etmesi beklenir.
- Yaralanma bölgesi, komşu iki eklemi içine alacak şekilde sabitlenmelidir.
- Belli aralıklarla dolaşım kontrol edilmelidir.
- Şoka karşı hazırlıklı olunmalıdır.
- Açık kırıkların kapalı kırıklardan daha tehlikeli olduğu unutulmamalıdır. Hem kan kaybı daha fazladır hem de enfeksiyon riski yüksektir. Bu nedenle yara pansumanı yapılarak kapatılmalı ve daha sonra sabitlenmelidir. Açık kırıklarda görünen kemik parçasını içeri sokmaya, kemik uçlarını birleştirmeye, kol ya da bacakta bozulmuş şekli düzeltmeye çalışmamak gerekir.
- En uygun ve en hızlı şekilde transportu sağlanmalıdır (Ege, 1999; Kakillioğlu ve ark., 2002; Sözen, 2002; Kocatürk, 2007; Tabak ve Somyürek, 2008).

Kırıklarda Tespit (Atelleme) ve Tespitin Önemi

Atelleme, yaralanmış olan bölgenin komşu iki eklemi içine alacak şekilde, hareketsiz hale getirilerek sabitlenmesine denir (Kocatürk, 2007).

Atel'in Yararları:

- Atelin ana nedenlerinden birisi kapalı kırığın açık kırığa dönüşmesini önlemektir.
- Kemik uçlarının sinir ve damarlara zarar vermesini önler.
- Derinin kırık kemik uçlarıyla kesilmesini önler.
- Hareketi önler, ağrıyı azaltır.
- Kırık bölgedeki damarların basıya uğramasını önler.
- Hasta/yaralının taşınmasını kolaylaştırır (Kocatürk, 2007).

2.14.2. Çıkıklarda İlk Yardım

Çıkık: Travma, düşme, sert hareketler ve eklem eksenine ters hareketler ve benzer nedenlerden dolayı, eklem yüzeylerinin yerlerinden tam ya da kısmen ayrılmasına çıkık (dislokasyon) denir. Çıkıklar özellikle oynar eklemlerde oluşur. Çıkıklarda genellikle eklem kapsülü yırtılır ve eklem başları yerlerinden ayrılır (Tabak ve Somyürek, 2008).

Çıkıklarda eklem boşluğunda kan, serum ve lenf sızması olabilir. Eklem kapsülündeki kanamalar ve çevre kılcal damarlarındaki yırtılmalar sonucu ekimoz hatta hematomlar meydana gelir. Buna bağlı olarak şişme daha da artar (Tabak ve Somyürek, 2008).

Çıkığın Belirtileri

- ➔ Çıkıktan kısa süre sonra çıkık eklemlerde şişlik,
- ➔ Eklem bölgesinde yoğun ağrı hassasiyet ve hareketle ağrının artması,
- ➔ Eklem normal hareketinin tamamen kaybı,
- ➔ Eklemde şekil bozukluğu,
- ➔ Vücut simetrisinin bozulması,
- ➔ Çıkık eklem periferinde duyu ve motor bozukluklar, duyu ve motor bozuklukların nedeni, eklem başı ya da şişliğin, çıkık bölgesinden geçen sinirlere baskı yapmasıdır.
- ➔ Çıkıkta ağrıya bağlı nörolojik şok belirtileri şeklinde özetlenebilir (Dilek, 2003; Tabak ve Somyürek, 2008; Erdil ve ark., 2010).

Çıkıklarda İlk Yardım Uygulama

Çıkmış bir eklem yerine yerleştirilmeye çalışılmasının damar-sinir sıkışmalarına, eklem bağlarının düzelemeyecek derecede tahrip olmasına, çıkığın tekrar etmesine neden olabileceği unutulmamalıdır. (Erdil ve ark., 2010). Çıkığa yönelik ilk yardım uygulamaları şu şekildedir:

- ➔ Hasta veya yaralı hareket ettirilmemeli, çıkık, yerine oturtulmaya çalışılmamalı,
- ➔ Eklem bulunduğu pozisyonda tespit edilmeli, çıkığın alt bölgesindeki deri rengi, ısısı ve nabızı kontrol edilmeli,

- Ağrının dindirilmesi ve şoka karşı önlemler alınmalı, çıkık ekleme, soğuk pansuman uygulanarak şişlik ve ağrı azaltılır,
- Üzeri örtülerek vücut sıcaklığı korunmalı, gerekirse tıbbi yardım (112) istenmelidir. Hasta/yaralının uygun pozisyonda sağlık kuruluşuna sevki sağlanır (Tabak ve Somyürek, 2008; MEB, 2016).

2.14.3. Burkulmalarda İlk Yardım

Burkulma: Eklemde destek sağlayan ligamentlerin (bağların) zorlanma karşısında zarar görmesidir. Genellikle çıkığın bir ön aşamasıdır. Eklem normal hareket sınırının ötesine zorlanırsa gelişir. Kapsül ve ligamentlerin bir kısmı gerilir veya yırtılır (Dilek, 2003).

Burkulmalarda ilk dakikalarda yapılacak müdahale çok önemlidir. Birçok profesyonel sporcu bu sakatlıktan sonra birkaç gün içinde sahalara dönerken, gerekli müdahale için bazen saatlerce bekleyen amatörler haftalarca spordan uzak kalırlar (Uçar, 2008).

Burkulma Belirtileri

- Ezilen, kopan ya da yırtılan eklem dokularından sızan eklem sıvısı, kan, plazma; eklemde şişme, kızarıklık meydana getirir.
- Kan damarlarının yırtılması sonucu ekimoz hatta hematomlar oluşabilir.
- Şişme ve hematom sonucu sinirler baskı altına girdiğinde şiddetli ağrı hissedilir. Ağrı eklem hareketine bağlı olarak artar.
- Burkulan eklemde işlev kısmen ya da tamamen kaybolur.
- Ağır burkulmalardan sonra genellikle ağrı şoku (nörolojik şok) gelişir (Tabak ve Somyürek, 2008).

Burkulmalarda İlk Yardım Uygulama

- Kişinin genel durumu değerlendirilmeli,
- Şişliği, morluğu ve ağrıyı azaltmak için soğuk uygulama yapılmalı,
- Şişliği azaltmak için bölge vücut seviyesinden yukarıya kaldırılmalı,
- Burkulan bölgenin altı yastık ya da battaniye ile desteklenir,
- Burkulan bölge hareket ettirilmemeli,
- Sıkıştırıcı bir sargıyla burkulan bölge tespit edilmeli,
- Sıkı bandajdan sonra kan dolaşımı kontrol edilmeli,

- Gecikmiş vakalarda sıcak ve tuzlu su banyoları ile şişlik giderilebilir,
- Gerekirse tıbbi yardım (112) istenmelidir (Tabak ve Somyürek, 2008; Ünüvar ve ark., 2016).

RICE Kuralı

Burkulmalarda yapılacak ilk yardımı RICE kuralları olarak sınıflandırabiliriz.

- Rest (Dinlenme, İstirahat)
- Ice (Buz)
- Compression (Basınç)
- Elevation (Yükseltme) (Anonymous, 2005).

Rice kurallarına göre;

R: Burkulmadan sonraki 48 saat ağrı ya da belirtiler gidinceye kadar, şişlik, ağrı ya da rahatsızlığa neden olan yorucu aktivitelerden kaçınılmalı, vücudun yaralı bölümlerini ağırlıktan korumalı.

I: Yaralanan bölgedeki şişliği azaltmak için buz paketi kullanılmalı fakat buz direkt deriye temas ettirilmemeli. Buz 15-20 dakika uygulanır, ilk gün için birkaç saatte bir tekrar edilmeli.

C: Yaralı bölgeyi sarmak şişliğin azaltılmasına yardımcı olur. Elastik bir bandajla bası yapılmalıdır. Bandajlarken kalbe en uzak bölgeden sarmaya başlanmalıdır. Sarılan bölgede ağrıyla birlikte zonklama ve his kaybı var ise sargı çok sıkı olmuş demektir ve gevşetilmelidir. Sıkı bandaj daha kötü sonuçlara yol açabilir.

E: Yaralı uzvu yükseltmek fazla sıvıyı drene eder ve şişliği azaltır. Zarar gören bölüm kalp seviyesinin üzerinde tutulmalıdır (Anonymous, 2005).

2.15. Acil Bakım Gerektiren Hastalıklarda İlk Yardım

Acil bakım gerektiren hastalıklarda bilinç düzeyinin belirlenmesi önemlidir. Bilinç; uyanık olma çevresel ve kendi vücudundan kaynaklı tüm uyarıları algılayabilme, doğru değerlendirebilme ve bunlara uygun, yerinde tepki oluşturmaktır. Bilinç düzeyi, hasta ve yaralının hastalık veya travmadan ne kadar etkilendiğini gösteren bulgulardan biridir. Bu nedenle ilk yardım yapan kişi, hasta veya yaralının bilinç düzeyinin değerlendirebilmelidir. Bilinç bozukluğu, kısa süreli bayılma ya da kom şeklinde görülebilir (MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

2.15.1. Bilinç Bozukluklarında İlk Yardım

Bilinç bozukluğu, beynin normal faaliyetlerindeki bir aksama sonucu, uyku hâlinde başlayarak hiçbir uyarıya cevap vermeme (bilinç kaybı) hâline kadar giden bilincin kısmen ya da tamamen kaybolması halidir (Uçar, 2008).

Senkopda (Bayılma) İlk Yardım

Senkop, postural tonusun kaybolduğu, ani, kısa süreli ve dışarıdan herhangi bir elektriksel ya da farmakolojik müdahale olmadan kendiliğinden düzelen geçici bilinç kaybıdır (Özin, 2002). Bayılma tablosu genelde ayaktaiken gelişir. Hastanın gözü kararır, rengi solar, bilinci kaybolur ve hasta yere düşer. Bu süre içinde solunum ve dolaşım durabilir. Düşme ya da yatma sonucu beyin daha iyi kanlanınca birkaç dakika içinde bilinç geri gelir. Bayılma, genellikle birkaç dakikadan fazla sürmez, iyileşme hızlı ve tamdır (MEB, 2016).

Bayılma Belirtileri

- Baş dönmesi, göz kararması,
- Yüzde solukluk, üşüme, soğuk terleme,
- Hızlı ve zayıf nabız (Filiform nabız),
- Halsizlik, bacaklarda uyuşma,
- Bilinçte bulanıklık ya da kısa süreli bilinç kaybı,
- Bacaklarda uyuşma,
- Yere düşme şeklinde özetlenebilir (Uçar, 2008; Atıcı ve ark., 2010; Ünüvar ve ark., 2016).

Senkop durumunda İlk Yardım Uygulama

Bayılmada ilk yardımın amacı; beyne kan gitmesini sağlamaya çalışmak ve bazı durumlarda bayılma olmadan önlem almaktır (Uçar, 2008). Yapılması gerekenler şu şekilde sıralanabilir;

- Bayılacağı hissedilen kişinin uzanmasına yardımcı olunur.
- Kişinin ayakları kalp seviyesinin üzerine kaldırılarak başı küçük bir yastıkla desteklenir ve bu yolla beyne giden kan akımı arttırılmış olur (bakınız, şok pozisyonu).
- Kişinin rahat nefes almasını sağlamak için sıkı giysiler varsa gevşetilir, kapalı ortamdaysa pencereler açılır, kişinin temiz hava alması sağlanır ve

etraftaki kalabalık uzaklaştırılır. Kişi düşmüşse yaralanıp yaralanmadığı kontrol edilir.

- Kişinin durumu düzelmeye başladığında kişiye güven vererek oturtulmasına yardımcı olunur.
- Eğer kişi bayılacağını hissederse tekrar yere uzanmasına yardımcı olunur ve tamamen düzelinceye kadar bacakları yukarıda tutulur
- Kişinin bilinci hızla düzelmeyorsa, havayolu açılarak solunumu kontrol edilir.
- Tıbbi yardım ekibi (112) aranır.
- Sağlık ekibi gelinceye kadar yaşamsal işlevleri sık aralıklarla takip edilir, gerekirse solunum ve dolaşım desteği sağlanır (Uçar, 2008; Atıcı ve ark., 2010).

Komada İlk Yardım

Koma: Duyu organlarının çevreyi tanımayacak kadar bozulması, çeşitli uyaranlara tepki vermemesi, hareket sisteminin fonksiyonsuz kalması ve beş duyu organının duyuları alamayacak şekilde işlevsiz kalması şeklindeki derin ve uzun süreli bilinç kaybıdır. Etkilenmeye göre bilinç kaybının derecesi (derinliği) farklıdır. Koma en derin bilinçsizlik durumudur, iç ve dış tüm uyarılara tepki yoktur (Tabak ve Somyürek, 2008).

Koma Nedenleri

- Düşme veya şiddetli darbe, özellikle kafa travmaları,
- Beyin tümörü, myokard infarktüsü, zehirlenmeler,
- Akut İntoksikasyonlar (alkol, opium alkaloidleri, barbitürat, insektisitler, karbonmonoksit, salisilat, kurşun, arsenik zehirlenmesi vb.)
- Şeker hastalığı (diyabet), karaciğer hastalıkları,
- Havale gibi ateşli hastalıklar, vücut sıcaklığının düşmesi ve genel vücut donması,
- Sıvı elektrolit ve asit baz denge bozuklukları,
- Epilepsi ve sinir sistemini bozan hastalıklar,
- Aşırı oksijen eksikliği şeklinde sıralanabilir (MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Koma Belirtileri

- Yutkunma, öksürük gibi tepkilerin kaybolması,
- Sesli ve ağrılı uyarılara tepkisizlik, ışığa karşı tepkisizlik,
- İdrar ve gaita kaçırma, çok derin bilinç kaybı şeklindedir (Uçar, 2008; Ünüvar ve ark., 2016).

Koma Durumunda İlk Yardım Uygulama

- Hasta uygun yere taşındıktan sonra bilinç kontrolü yapılır. Solunum ve diğer vital fonksiyonlar (solunum, dolaşım gibi) kontrol edilir ve değerlendirilir.
- Ağız içi kontrol edilir, yabancı cisim varsa kör dalış yapmadan temizlenir, solunum yolunun açık kalması sağlanır.
- Solunumu varsa ve herhangi bir yaralanması yoksa koma pozisyonu verilir.
- Tıbbi yardım (112) istenir.
- Tıbbi yardım gelinceye kadar yaşam bulguları kontrol edilir (Tabak ve Somyürek, 2008).

2.15.2. Bilinç Bozukluklarına Neden Olan Hastalıklar

Ateşli Havalede İlk Yardım

Havale; Sinir sisteminin merkezindeki bir tahriş (irritasyon) yüzünden beyinde meydana gelen elektriksel boşalmalar sonucu oluşur. Vücudun adale yapısında kontrol edilemeyen kasılmalar olur (T.C. Sağlık Bakanlığı; 2008).

Ateşe bağlı havale, herhangi bir hastalığa bağlı olarak vücut sıcaklığının 38 °C'nin üzerine çıkması nedeniyle oluşur. Genellikle 6 ay - 6 yaş arasındaki çocuklarda görülür. Ateşe bağlı havalede ortaya çıkan belirti ve bulgular şunlardır:

- Vücut sıcaklığının artması,
- Titreme,
- Kaslarda kasılmalar,
- Bilinç bulanıklığı (Erdil ve ark., 2010).

Ateşli Havale Durumunda İlk Yardım Uygulama

- Solunum yolu açıklığı sağlanır.Hastanın giysileri çıkarılır.
- Ateş düşürülmeye çalışılır.
- Musluk suyu ile havlu ya da küçük bezler ıslatılır, ıslak bezler hastanın koltuk altlarına, kasıklarına, dirseklerin iç yüzüne yerleştirilir. Bezler sık sık değiştirilerek ateş aşamalı olarak yavaş yavaş düşürülmeye çalışılır. Islak bezler, direkt olarak karın ve göğüs bölgesi üzerine konmaz.
- Ateş bu yöntemle düşmüyorsa hasta, oda sıcaklığında su dolu küvete sokulur ya da duş aldırılır. Tıbbi yardım (112) istenir (Erdil ve ark., 2010; Ünüvar ve ark., 2016).

Epilepside (Sara Krizi) İlk Yardım

Epileptik nöbet; nöronların, beyinde normal işlevleri engelleyecek şekilde ani, anormal krizler halinde gelen ve genellikle tekrarlayıcı nitelikte, kontrol dışı elektrik deşarj (boşalım) yapmasıdır (Ünüvar ve ark., 2016).

Epilepsi ise; iki ya da daha fazla sayıda tekrarlayan nöbetlerle kendini gösteren merkezi sinir sistemi hastalığıdır. Epilepsi; beyinde ani, aşırı ve anormal elektrik deşarjlarına bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur (Ünüvar ve ark., 2016).

Epilepsi Nöbetinin Belirtileri

- Hastada sonradan oluşan ve ön haberci denilen normalde olmayan kokuları alma, adale kasılmaları gibi ön belirtiler oluşur.
- Bazen hasta bağırır, şiddetli ve ani bir şekilde bilincini kaybederek yere yığılır.
- Yoğun ve genel adale kasılmaları görülebilir. 10-20 saniye kadar nefesi kesilebilir.
- Dokularda ve yüzde morarma gözlenir.
- Ardından kısa ve genel adale kasılması, sesli nefes alma, aşırı tükürük salgılanması, altına kaçırma görülebilir.
- Hasta dilini ısırabilir, başını yere çarpıp yaralayabilir, aşırı kontrolsüz hareketler gözlenir.
- Son aşamada hasta uyanır, şaşkındır, nerede olduğundan habersiz, uykulu hâli vardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

Epilepsi Krizinde İlk Yardım Uygulama

- Yere düşerken hastanın yaralanması önlenmeye çalışılır.
- Etrafta bulunan zarar verici cisimler, (sıcak su, cam eşyalar, sivri cisimler) uzaklaştırılır.
- Mümkünse kasılmalar sona erinceye kadar başın altına yumuşak bir cisim (battaniye, ceket vb.) konulur.
- Boynu sıkı giysiler gevşetilir.
- Kasılmalar sona erdiğinde havayolu açıklığı ve solunum kontrol edilir.
- Hastaya koma pozisyonu verilir.
- 10 dakikadan daha uzun sürede bilinç düzelmiyorsa, kasılmalar bittikten sonra tekrar başlıyorsa 112 acil sağlık ekiplerine haber verilir.
- Sağlık ekipleri gelinceye kadar yaşamsal işlevler sık aralıklarla takip edilir gerekirse solunum ve dolaşım desteği sağlanır (Atıcı ve ark., 2010).

Neleri Yapmamalıyız;

- Hastaların kasılmaları tutarak önlemeye çalışılmaz.
- Kilitlenmiş çene açılmaya çalışılmaz.
- Hastanın yumruk şeklinde ellerini zorla açılmaya çalışılmaz.
- Hastaya herhangi bir şey koklatılmaz (Atıcı ve ark., 2010).

Diyabete (Şeker Hastalığı) Bağlı Ortaya Çıkan Acil Durumlar

Kan Şekeri Düşüklüğünde (Hipoglisemi) İlk Yardım

- Hastanın yaşam bulguları değerlendirilir.
- Hastanın bilinci yerinde ve kusmuyorsa ağızdan şeker, şekerli içecekler verilir. Fazla şekerin bir zararı olmaz. Ayrıca, belirtiler fazla şekerden meydana gelmiş olsa bile fazladan şeker verilmesi, hastanın düşük kan şekeri düzeyinde kalmasından daha az zararlı olacaktır (düşük kan şekeri, beyinde ve diğer hayati organlarda kalıcı zararlara neden olabilir).
- 15-20 dakikada belirtiler geçmiyorsa sağlık kuruluşuna gitmesi için yardım çağırılır.
- Hastanın bilinci yerinde değilse koma pozisyonu verilerek tıbbi yardım çağırılır (112) (T.C. Sağlık Bakanlığı; 2008).

Kan şekeri Yükseliğinde (Hiperglisemi) İlk Yardım

Hiperglisemi; kanda glikoz düzeyinin normalin üstüne çıkmasıdır. Şekerin kullanılmaması sonucu bedende asit ürünleri birikmesi nedeniyle şeker koması ortaya çıkabilir. Bu durumda kişide hızlı ve derin solunum, nefeste aseton kokusu, kuru-sıcak deri, hızlı-zayıf nabız ve değişik düzeylerde bilinç kaybı ortaya çıkar. Kan şekeri yükselmesinde bilinç kaybı gelişmişse hastanın yaşam bulguları değerlendirilir, solunum varsa koma pozisyonu verilerek tıbbi yardım istenir (Erdil ve ark., 2010; Ünüvar ve ark., 2016).

Göğüs Ağrısında İlk Yardım

- Hastanın yaşamsal bulguları kontrol edilir.
- Hasta hemen dinlenmeye alınır ve sakinleştirilir.
- Hasta, kalbi zorlamayacak rahat bir pozisyonda tutulur (yarı oturur durumda iken baş ve omuzların yastıkla veya bir kişi tarafından desteklenmesi, dizlerin altına kıvrılmış bir yastık yerleştirilmesi en rahat pozisyonudur).
- Acil sağlık ekiplerine (112) haber verilir.
- Hastanın kullandığı ilaçlar varsa almasına yardım edilir.
- Yardım gelene kadar bilinci ve solunumu sürekli kontrol edilir.
- Bilinç kapalı ve yaşam bulguları yoksa TYD işlem başmakları uygulanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008; Atıcı ve ark., 2010).

2.16. Zehirlenmeler

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

Zehirlenme: Zehirli maddenin organizmada yapmış olduğu etkiler sonucu ortaya çıkan duruma zehirlenme denir (Tabak ve Somyürek, 2008).

Zehirlenmenin şiddeti; zehrin niteliği ve miktarı, vücuda giriş yolu (solunum, sindirim, deri), insanın yapısı (ağırlık, direnç, taşıdığı hastalıklar vb.) gibi birçok faktöre bağlıdır. Zehirlenmelerin en büyük çoğunluğu evlerde meydana gelir. Evlerde meydana

gelen zehirlenmeler, en çok 5 yaş altı çocuklarda görülmekte ve %5'i ölümlle sonuçlanmaktadır (Ünüvar ve ark., 2016).

Zehirlenmelerde ilk yardımın temel amaçları şunlardır:

- Vücudun zehirden daha fazla etkilenmesini önlemek için zehri vücuttan veya hastayı zehirli ortamdan uzaklaştırmak
- Hastanın hayati fonksiyonlarının devamını sağlamak
- Vücuttaki zehri zararsız hâle getirmek
- Zehirlenmeye neden olan maddenin belirlenerek hastayla birlikte sağlık kuruluşuna iletilmesini sağlamaktır.

Zehirlenme durumunda Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM) ücretsiz olarak 114 numaralı telefon ile aranarak bilgi alınabilir (MEB, 2016).

2.16.1.Zehirlenme Yolları

Zehir vücuda;

- Ağız (sindirim sistemi) yoluyla
- Solunum (akciğer) yoluyla
- Deri yoluyla (dermal yol)
- Enjeksiyon ya da zerk yoluyla (parenteral yol) olmak üzere 4 yolla girebilir (Kocatürk, 2007).

Sindirim Yoluyla Zehirlenmeler

En sık rastlanan zehirlenme yoludur. Zehirli mantarlar, kabuklu deniz hayvanları, bozulmuş besinler, ilaç, alkol, ev ve bahçelerde kullanılan kimyasal maddeler (böcek ilaçları, temizlik maddeleri, zehirli otlar vb.) sindirim yoluyla zehirlenmeye neden olabilir. Bazı maddeler (ilaç, alkol vb.) fazla miktarda ya da bir arada alındıklarında zehirlenme belirtileri gösterir (MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Sindirim Yoluyla Zehirlenmelerde Belirtiler

- Ağızda yanma, farklı bir tat,
- Yutma güçlüğü,
- Bulantı, kusma,
- Karın ağrısı,
- İshal (Toprak, 2006).

Sindirim Yoluyla Zehirlenmelerde İlk Yardım

- Bilinç kontrolü yapılır.
- Yaşam bulguları değerlendirilir, gerekirse suni solunum ve kalp masajı yapılır.
- Suni solunum uygulamasında varsa solunum maskesi kullanılır.
- Gerekirse Ulusal Zehir Danışma Merkezi (114) aranır ya da tıbbi yardım (112) istenir.
- Bilinç açık ise ağız su ile çalkalanır, zehirli madde ele temas etmişse el sabunlu su ile yıkanır.
- Kişi kendiliğinden kusuyorsa mide içeriğinin soluk yoluna kaçmaması için başı yana çevrilir. Çıkan muhteviyat bir kap içine toplanarak hasta ile birlikte teslim edilir.
- Zehirlenmeye neden olan madde ne olursa olsun hasta kesinlikle kusturulmaya çalışılmaz.
- Bilinç kaybı varsa koma pozisyonu verilir.
- Hasta fazla hareket ettirilmez ve üzeri örtülür.
- Olayla ilgili bilgiler toplanarak kaydedilir. Bunlar;
 - Zehirli maddenin türü
 - İlaç ya da uyuşturucu alıp almadığı
 - Hastanın saat kaçta bulunduğu
 - Evde bulunan ilaçlar ve kutuları vb. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

Solunum Yoluyla Zehirlenmeler

Solunum Yoluyla Olan Zehirlenmeler: Zehirli sıvı maddelerin buharlaşması sonucu, hava ile solunum yoluyla akciğerlerde emilerek sistemik kan dolaşımına geçmesi sonucu görülen zehirlenmelerdir (Kızılay, 2001; Toprak, 2006).

Karbon monoksit (kömür, gaz sobaları, mangal, oto egzoz gazları), karbondioksit (lağım çukuru, kayalarda biriken gazlar), sentetik boya ve yapıştırıcılardan buharlaşan gazlar, petrol ürünlerinin gazları (tiner, benzin vb.), kimyasal buharlar (tuz ruhu, çamaşır suyu vb.), yanık plastik maddelerden çıkan dumanlar (siyanür), harp gazları ve dumanların metal tozları gibi maddeler solunum yolu zehirlenmelerine neden olmaktadır (Kızılay, 2001; Özcan, 2007).

Solunum Yoluyla Zehirlenmelerde Belirtiler

- Baş dönmesi, bulantı, kusma,
- Solunum güçlüğü, siyanoz,
- Göğüs ağrısı, çarpıntı,
- Solunum ve kalp durması,
- Özellikle karbonmonoksit zehirlenmesinde cilt ve tırnaklar kiraz kırmızısı renk alır (Ünüvar ve ark., 2016).

Solunum Yoluyla Zehirlenmelerde İlk Yardım

- Hasta temiz havaya çıkarılır ya da cam ve kapı açılarak ortam havalandırılır.
- Yaşamsal belirtiler değerlendirilir.
- Yarı oturur pozisyonda tutulur.
- Bilinç kapalı ise koma pozisyonu verilir.
- Tıbbi yardım istenir (112).
- İlk yardımcı müdahale sırasında kendini ve çevresini korumak için gerekli önlemleri almalıdır.
- Solunumu korumak için maske veya ıslak bez kullanılır.
- Elektrik düğmeleri, diğer elektrikli aletler ve ışıklandırma cihazları kullanılmaz.
- Yoğun duman varsa hastayı dışarı çıkarmak için ip kullanılmalıdır.
- Derhal itfaiyeye haber verilir (110) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

Cilt Yoluyla Zehirlenmeler

Deri, mukoza ve konjektivaya bulaşan sıvı ya da toz haldeki zehirli maddeler, deriden emilerek kana karışır. Zehirli maddelerin ve bazı zehirli hayvanların deriye teması sonucu zehirlenme ve deride alerjik reaksiyonlar meydana gelir. Yılan, zehirli böcekler ve hayvanlar ısırarak ya da sokarak zehirlerini deri yoluyla organizmaya verirler. Deriden zerk edilen hayvan zehirleri genel zehirlenmeye neden olur (Tabak ve Somyürek, 2008).

Cilt Yoluyla Zehirlenmelerde İlk Yardım

- Tedavi, bu maddelerin hızla uzaklaştırılmasına yöneliktir.
- Kuru maddelerin tozları temizlendikten sonra etkilenmiş olan bölge sabunlu suyla veya duş altında bol su ile yıkanır.
- Zehirli maddeler, kişinin giysileri ile temas etmiş olabileceğinden giysileri hızla çıkartılmalı ve sonrasında tüm vücut bol suyla yıkanmalıdır.
- Gözlerin kimyasal maddeyle zehirlenmelerinde bol su ile gözlerin yıkanması gerekmektedir (Kocatürk, 2007).

2.16.2. Zehirlenmelerde Genel İlk Yardım Uygulamaları

- Zehirlenen kişiyi tehlikeli alandan uzaklaştırmaya çalışılır.
- İlk olarak yaşam bulguları değerlendirilir. Acil tıbbi yardım istenir.
- Zehirlenmelerin şiddeti ve ne kadar zaman önce başladığı anlamaya çalışılır.
- Bu amaçla bilinç düzeyini kontrol etmek iyi bir ipucu olacaktır.
- Zehirlenmede en önemli konulardan birisi zehirlenen kişinin hastaneye ya da sağlık kuruluşuna götürülürken çevresindeki ilaç, kutu, kusmuk örneği vb.nin de birlikte götürülmesidir. Çünkü bazen zehirleyici maddenin tanınması özel panzehrin kullanılması olanağı verir, zaman kazandırır ve ne tedavi uygulanması gerektiği konusunda yol gösterir.
- Hastanın solunum ve dolaşımını kontrol edilir, gerekiyorsa TYD'ye başlanır.
- Deri ve solunum yolu ile oluşan zehirlenmelerde, hastanın giysileri çıkarılır ve cilt ovuşturulmadan bol su ile yıkanır.
- Zehir Danışma Merkezi (114)'nden yapılabilecekler konusunda yardım alınabilir.
- Solunum yolu ile oluşan zehirlenmelerde, suni solunum yapmak gerekirse verilen hava tekrar solunmamaya çalışılır. Mümkünse yardımcı araçlar kullanılır.
- Zehirlenmeye neden olan madde ile temas edilmemelidir (Sözen, 2002; Kakillioğlu ve ark., 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006; Kocatürk, 2007; Tabak ve Somyürek, 2008).

2.17. Hayvan Isırık Ve Sokması

Kedi, köpek, arı, akrep, yılan, deniz canlıları, kene, örümcek, böcek vb. canlıların ısırık ve sokmaları neticesinde görülen zehirlenmelerde uygulanan ilk yardımda bazı farklılıklar vardır (MEB, 2016).

2.17.1. Hayvan Isırıklarında İlk Yardım

Hayvan ısırıklarında (kedi, köpek vb.) yüzeysel ve derin dokular etkilenir. Hayvanların ağızındaki mikroplar enfeksiyona neden olur. Isırma sonucu meydana gelen yaralar kuduz, tetanos, ve enfeksiyon riski taşıdığından hemen tıbbi yardım istenmelidir. Yaralı zaman kaybetmeden en kısa sürede tetanos ve kuduz aşısının yaptırılması konusunda uyarılmalıdır. Özellikle kuduz hastalığının ölümcül olması nedeniyle mutlaka tıbbi kontrol gerekmektedir (Ünüvar ve ark., 2016).

Hayvan Isırıklarında İlk Yardım Aşağıdaki Gibidir;

- ➔ Yaralı güvenli bir ortama alınır.
- ➔ Yaralının bilinç durumu ve yaşam bulguları değerlendirilir, gerekli ise TYD uygulanır.
- ➔ Yara, 5 dakika süreyle sabunlu suyla yıkanır. Yara iyice temizlenerek etkenin sinirlere tutunması engellenir. Yaranın tahrişinden ve kanatılmasından kaçınılmalıdır.
- ➔ Hafif yaralanmalarda yaranın üstü temiz bir bezle kapatılır.
- ➔ Ciddi yaralanma ve kanama varsa yaraya temiz bir bezle basınç uygulanarak kanama durdurulur.
- ➔ Tıbbi yardım istenir.
- ➔ Yaralı kuduz ve tetanos aşısını yaptırmayı hususunda yönlendirilir.
 - Genellikle 1 doz insan kuduz immunoglobulini, + 5 doz HDCV (Humman Diploid Cell Vaccine) aşısı uygulanır.
 - İmmunoglobulin ve aşının 1. dozu maruz kalmadan hemen sonra yapılır. Aşının diğer dozları birinci aşılamadan sonra 3, 7, 14 ve 28. günlerde verilir (Atıcı ve ark., 2010; MEB, 2016; Ünüvar ve ark., 2016).

2.17.2. Arı Sokmasında İlk Yardım

Belirtiler arının cinsine, kişinin alerjik olup olmamasına ve sokan arı sayısına bağlı olarak değişiklikler gösterir. Arının soktuğu bölgede;

- ➔ Ağrı
- ➔ Yanma
- ➔ Kaşınma
- ➔ Şişlik
- ➔ Kızarıklık oluşabilir (Atıcı ve ark., 2010).

Bu belirti ve bulgular kısa bir sürede ortadan kaybolur. Ancak arının birkaç yerden sokması, nefes borusuna yakın bir yerden sokması ya da sokulan bireyin alerjik yapıda olması durumlarında arı sokması tehlikeli olabilir. Arı sokmasında ilk yardım uygulaması aşağıdaki gibidir:

- ➔ İğne yarada ise ince bir cımbız kullanılarak çıkartılır.
- ➔ Yara bol su ile yıkanır.
- ➔ Yara bölgesine soğuk uygulama yapılarak, ağrı ve şişme azaltılmaya çalışılır.
- ➔ Yara ağız ya da boğaz bölgesindeyse, şişmeyi önlemek için bireyin hastaneye ulaşıncaya kadar buz emmesi ya da soğuk su içmesi sağlanır.
- ➔ Yaraya çamur, tükürük ya da amonyak sürme gibi yöntemler, enfeksiyona yol açabileceğinden uygulanmamalıdır.
- ➔ Arının birkaç yerden sokması, nefes borusuna yakın bir yerden sokması ya da sokulan bireyin alerjik yapıda olması durumlarında solunum yollarının açıklığı, solunum ve dolaşımın kontrol edilmesi ve tıbbi yardım sağlanması önemlidir (Erdil ve ark., 2010).

2.17.3. Akrep Sokmasında İlk Yardım

Akrep sokması toprakta çalışanlar, piknik yapanlar ve kırsal kesimde yaşayanlar arasında oldukça yaygındır. Bazı akrep zehirleri ölüme neden olabilir. Akrep, zehrini kuyruğu ucundaki zehir kesesinde bulundurur. Akrep, zehir kesesinin ucundaki iğnesi ile sokarak zehrini deri içine bırakır. **Sokulan yerde şiddetli ağrı, şişme vardır. Öldürücü akrep türleri paralizilere neden olur. Kişide kalp, böbrek ve karaciğer komplikasyonları görülür. Zehrin kana yayılması halinde genel kramplar,**

bulantı, kuma, hipotansiyon, solunum ve dolaşım yetmezliği, şok ve kollaps gelişebilir. Zamanında müdahale edilmezse koma ve ölüm görülür (Tabak ve Somyürek, 2008).

Akrep sokmasında ilk yardım uygulaması aşağıdaki gibidir;

- Solunum yollarının açıklığı, solunum ve dolaşım kontrol edilir.
- Yara bol su ile yıkanır.
- Yaralı birey hareketsiz ve sakin olduğunda zehrin vücuda yayılması gecikeceğinden, bireyin hareket etmesi önlenir, sakinleşmesi ve dinlenmesi sağlanır.
- Yaraya yakın bölgede yer alan baskı yapabilecek her türlü takı (yüzük, bilezik vb.) çıkarılır.
- Akrebin soktuğu bölgeye soğuk uygulama yapılarak, zehrin emilmesi ve şişme önlenmeye çalışılır.
- Zehrin emilmesini geciktirmek için sokulan bölgenin üstünden, dolaşımı engellemeyecek şekilde rulo bandajla baskı yapılır. Ancak, bandajın fazla sıkı olması dolaşımı bozarak şişmeye yol açabileceğinden, sıkı bandaj uygulamamaya dikkat edilmelidir.
- Tıbbi yardım istenir (Erdil ve ark., 2010).

2.17.4. Yılan Sokmasında İlk Yardım

Birçok yılan zehirli değildir ama bazı zehirli yılan ısırıkları insanlar için tehlikeli olabilir. Lokal ve genel belirtiler yanında alerjik reaksiyon nedeniyle ölümler görülebilir.

Yılan sokmasında aşağıdaki belirtiler görülür:

- Sokulan bölgede iki diş izi, ağrı, yanma, morluk, şişlik, iltihaplanma gibi lokal reaksiyonlar,
- Bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal gibi sindirim sistemi belirtileri,
- Aşırı susuzluk,
- Psikolojik bozukluklar,
- Terleme, tükürük salgısında artış,
- Kalpte ritim bozukluğu, baş ağrısı ve solunum düzensizliği,
- Şok ve kanama.

Yılan sokmalarında ilk yardım aşağıdaki gibidir;

- Yaralı uygun bir yere yatırılır, sakinleştirilip dinlenmesi sağlanır.
- Yaralı ve ısırılan bölge hareket ettirilmaz.
- Yaraya yakın bölgede baskı yapabilecek eşyalar (yüzük, bilezik vb.) şişme ihtimaline karşı çıkarılır.
- Yaralı bölge sabun ve su ile yıkanır.
- Soğuk uygulama yapılır ancak üzerine buz konmaz.
- Yara, baş ve boyunda ise yara çevresine baskı uygulanır, kol ve bacaklarda ise yara üstünden dolaşımı engellemeyecek şekilde sargı beziyle sarılır. Kesinlikle turnike uygulanmaz.
- Tıbbi yardım istenir.
- Yaşamsal bulgular izlenir.
- Yara üzerine herhangi bir müdahale yapılmaz, yara kesilmez, emilmez (MEB, 2016).

2.17.5. Kene ısırmasına Yaklaşım

Keneler, insan ve hayvan kanından beslenen artropodlar olup dünyanın birçok bölgesinde bulunur. Kenenin bazı türleri, ateş ve kanama gibi bulgularla seyreden kırım kongo kanamalı ateşi adı verilen hastalığa neden olan virüsü taşır. Hastalık, genellikle kene ısırığı ile virüsün bulaşmasından 1-3 gün sonra ortaya çıkar. Bu süre en fazla 9 güne kadar uzayabilir. Bu hastalığın belirti ve bulguları sıklıkla ani başlar ve şu şekilde görülür:

- Aşırı hâlsizlik, yorgunluk, eklem ve kas ağrısı
- Ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı
- Bulantı, kusma ve ishal, karın ağrı
- Konjunktivit, sarılık, fotofobi
- Duygu-durum değişikliği
- Başlangıç bulgularını takiben kanama bulguları ortaya çıkar ki bunlar: deri altında kanama, burun kanaması, diş eti kanaması, kan tükürme, kan kusma, idrarda kan olması ve iç organlarda kanama şeklindedir (Ünüvar ve ark., 2016).

Kene ısırmasına yaklaşım şu şekilde olmalıdır;

- Vücuda tutunan kene çıplak elle dokunmadan; eldiven, bez ya da poşet ile çıkarılır,
- Kişi keneyi kendisi çıkaramadığı durumlarda en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalıdır. Kene ne kadar erken çıkarılırsa hastalığın bulaşma riskinin de o kadar azalacağı unutulmamalıdır.
- Kenelerin üzerine sigara basılması, kolonya ve gaz yağı gibi maddelerin dökülmesi hastalığın bulaşmasına yol açabileceğinden kesinlikle yapılmamalıdır.
- Kene, sıkılmaz, patlatılmaz, koparılmaz ve iğne batırılmaz.
- Kene, kendiliğinden çıkmışsa içinde çamaşır suyu bulunan uygun bir kaba konarak hasta ile beraber teslim edilir. (Ünüvar ve ark., 2016; hsgm.saglik.gov.tr, 2018).

2.17.6. Deniz Canlıları Sokmasında İlk Yardım

Genellikle denizanası, denizısırganı, denizkestenesi, ahtapot ve deniz örümceği sokmalarına rastlanır. Bu hayvanların sokması genellikle tehlikeli olmayıp, nadiren ciddi alerjik sorunlara yol açabilir. Deniz canlıları soktuğunda ortaya çıkabilecek belirti ve bulgular şunlardır:

- Sokulan bölgede ağrı, batma hissi, kızarıklık, şişlik ve su toplanması
- Sıkıntı hissi ve huzursuzluk
- Baş ağrısı
- Nadiren havale
- Bazı durumlarda kas krampları, solunum zorluğu ve şok

Deniz canlıları sokmasında ilk yardım aşağıdaki gibidir;

- Yaralı bölge hareket ettirilmez.
- Batan diken varsa ve görünüyorsa sıyrarak çıkarılır.
- Etkilenen bölge ovulmaz.
- Denizanası çarpmasında derhâl deniz suyu ile yıkanır (tatlı su ve buz kullanılmamalı).

- Denizkestanesi dikenli batmasında yaralanan bölge 43-45 °C ısıdaki sıcak su içinde ağrı sona erinceye kadar (30-60 dk.) bekletilir. Bu ısıda toksinler etkisiz hâle gelmektedir.
- Gerekliyse tıbbi yardım istenir (Erdil ve ark., 2010; Ünüvar ve ark., 2016; MEB, 2016).

2.18. Sıcak Çarpması Yanık ve Donmalar

İnsan vücudu 36,5-37,5 °C’ de çalışmaktadır. Çevresel ısının arttığı durumlarda vücut ısısı da artmakta ve otomatik bir etki ile terleme yoluyla vücut ısısını dengede tutmaya çalışmaktadır. Terleme yoluyla vücuttan su ve tuz kaybı olmaktadır. Çok miktarda su ve tuz kaybının olduğu, vücut ısısının dengelenemediği zaman sıcak çarpması ortaya çıkar. Bu durumun devam ettiği ve ilk yardımın geciktiği hallerde ciddi hayati tehlike arz eder (Türkeş ve Özcan, 2005).

Risk Faktörleri;

- Yaş (bebek, çocuk ve yaşlılarda risk fazladır),
- Mesleki sıcak-nemli çevre, alkol kötü kullanımı,
- İlaç yan etkisi, ter bezi anormallikleri, psikolojik faktörler,
- Mevcut hastalıklar (cilt hastalıkları, diyabet, kalp hastalıkları, tansiyon hastalıkları, böbrek hastalıkları, kanser),
- Hamilelik (Uçar, 2008; MEB, 2016).

Sıcak Çarpması Belirtileri

- Kuru, sıcak, kırmızı deri, 40°C veya yüksek vücut ısısı,
- Derin solunumu takip eden hızlı ve yüzeysel solunum,
- Başlangıçta hızlı ve güçlü nabız, onu takiben hızlı ve zayıf nabız,
- Baş dönmesi ve baygınlık, baş ağrısı, mide bulantısı, kasılma ve titremeler,
- Bilinç kapanması şeklinde sıralanabilir (Tüzün ve ark., 2011).

2.18.1. Sıcak Çarpmasında İlk Yardım

- Hasta serin ve havadar bir yere alınır.
- Giysiler çıkarılır, hemen soğutmaya başlanmalıdır.

- Dışardan ıslak bezlerle soğutma yapılır. Ateş ölçerle ölçme imkânı varsa koltuk altından ölçüm sıcaklığı 37,5 °C olana kadar soğutmaya devam edilmelidir.
- Vücut sıcaklığı normal seviyelere indiğinde, hastanın üzeri serin çarşafla örtülüp takip edilmelidir.
- Sirtüstü yatırılarak, kol ve bacaklar yükseltilir.
- Bulantısı yoksa ve bilinci açıksa su ve tuz kaybını gidermek için 1 litre su - 1 çay kaşığı karbonat -1 çay kaşığı tuz karışımı sıvı ya da soda içirilir.
- Vücut ısısı 41 °C'nin üzerindeyse cildi sıcak ve kuru, kırmızı ise (terleme yoksa), nabız hızlı ve zayıfsa, bilinç kaybı varsa hayati tehlike mevcuttur, acil yardım istenir (112) ve gerekli durumda TYD'ye geçilir (Türkeş ve Özcan 2005; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008; Tüzün ve ark., 2011).

2.18.2. Yanıklarda İlk Yardım Uygulamaları

Yanık; ateş, buhar, sıcak su, güneş ışınları, elektrik, kimyasal maddeler ve radyasyon gibi etkenlerle temas neticesinde meydana gelen doku harabiyetidir. Yanıkta önce derinin üst tabakası etkilenir. Eğer yanma devam ederse alt tabakalar ve dokularda da harabiyet meydana gelir. Yanıklarda doku bütünlüğü bozulduğunda sıvı kaybı oluşur, ısı dengesi bozulabilir ve enfeksiyon gelişebilir. Büyük yanıklarda dolaşım ve solunum güclüğü görülebilir (MEB, 2016).

Yanığın ciddiyetini etkileyen faktörler şunlardır:

- Yanık derinliği (yanık derecesi)
- Yanığa neden olan etkenin özelliği (ısı ve kimyasal madde, patlama, elektrik, kızgın yağ ve alevle oluşan yanıklar vb.)
- Yanan alan genişliği
- Kritik bölgelerin yanması (el, yüz, ayak ve genital bölge)
- Yaş (Yanık küçük bile olsa çocuk ve yaşlılarda tehlikeli olabilir.)
- Yanan kişinin genel durumu (dolaşım sistemi hastalıkları, alkolizm vb.) ve diğer bölgelerdeki yaralanmalar gibi faktörlere bağlıdır (Ege, 1999; MEB, 2016).

Yanıkların Derinliklerine Göre Sınıflandırılması

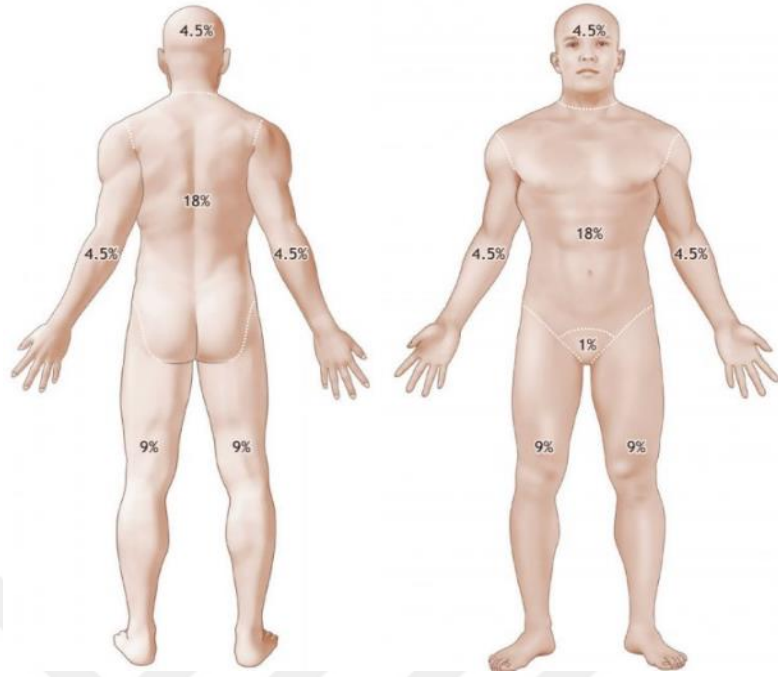
I. Derece Yanıklar: Derinin sadece epidermis tabakası yanmıştır. Deri bütünlüğü bozulmamıştır. Deri kırmızı, gergin ve eritemlidir. Şiddetli ağrı vardır. Güneş yanıkları bunun en belirgin örneğidir. Birinci derece yanıklar normalde 48 saat ve 7-8 gün içerisinde mikrop üremeden ve iz bırakmadan tamamen iyileşir (Tabak ve Somyürek, 2008; Erdil ve ark., 2010).

II. Derece Yanıklar: Derinin epidermis ve dermiş tabakaları yanmıştır. Epidermis tabakası dermisten ayrılır ve yer yer içi plazma dolu büller (kabarcıklar) oluşur. Dermis tabakası bazı yerlerde kısmen yanmış olabilir. Deri altı dokularda doku harabiyeti yoktur (Tabak ve Somyürek, 2008). 15-20 gün içerisinde iyileşir ve çok ağrılıdır. Bülleri patlatmak sakıncalıdır. Uygun bakım yapılmazsa mikrop üreyebilir ve iz kalır. Mikrop ürerse ya da kan akımı bozulursa üçüncü derece yanığa dönüşebilir (Erdil ve ark., 2010).

III. Derece Yanıklar: Derinin tüm tabakalarıyla birlikte kasların, sinirlerin ve damarların da etkilendiği bu tür yanıklarda yanık bölgede beyaz kuru yaradan, siyah renge kadar aşamalar görülür. Ağrısızdır, çünkü bütün sinirler zarar görmüştür (T.C. İç İşleri Bakanlığı, 1991). Yanıklarda (özellikle cilt bütünlüğünün bozulduğu II. ve III. derece yanıklarda) en çok dikkat edilecek şey, hastada oluşan sıvı kaybı ile hasarlı bölgenin enfeksiyona açık halde olmasıdır.

Yanığın Genişliği

Yanığın vücutta kapladığı alandır. Yanığın genişliği dokuzlar kuralına göre hesaplanır. Dokuzlar kuralı; yanık alan genişliğinin (%) olarak hesaplanmasıdır. II. Ve III. derece yanıkların alanı dokuzlar kuralına göre hesaplanır. Dokuzlar kuralı, erişkinlerde kullanılan bir ölçüttür. Şekil 39'da gösterildiği gibi erişkin bir vücutta belirlenen 11 bölgeden her biri, vücut yüz ölçümünün 1/9'udur. Genital bölge ve boyun ise %1 olarak alan toplamına eklenir (Tabak ve Somyürek, 2008).



Şekil 40. Yetişkinde dokuzlar kuralına göre vücut bölgeleri (www.acilci.net, 2018).

Tablo 12. Dokuzlar Kuralı

Bölge	Çocuk	Erişkin
Baş/ boyun	18	9
Kol	9	9
Ön gövde	18	18
Arka gövde	18	18
Ayak	14	18

Kaynak: Yenal, 2009.

Tablo 13. Amerikan Yanık Derneği Sınıflaması

Hafif	% 2 altında 3° % 15 altında 2°	Ayaktan tedavi
Orta	% 2 – 10 arası 3° % 15 – 25 arası 2°	Durumuna göre
Ağır	% 10 üzeri 3° % 25 üzeri 2°	Hastanede tedavi
Diğer	El, yüz, perine yanıkları İnhalasyon hasarlı yanıklar Radyasyon yanıkları	Yüzdesine bakılmaksızın hastanede tedavi

Kaynak: Yenal, 2009.

Yanıklarda İlk Yardım Uygulamaları

Yanıklarda ilk yardım, yanık etkenlerine göre değişir. Çünkü yanık etkenini belirleme ve etkisini azaltma ilk yardımın başlangıcıdır. Olay yerinde, yanık yüzeylerinin kapatılması, yaranın dış etkenlerden korunmasını sağlar (Tabak ve Somyürek, 2008).

Isı İle Oluşan Yanıklarda İlk Yardım

- Kişi hâlâ yanıyorsa paniğe engel olunur, koşması engellenir.
- Yanan kişinin üzeri battaniye ya da bir örtü ile kapatılır ve yuvarlanması sağlanarak alev söndürülür. Yaşam belirtileri değerlendirilir.
- Solunum yolunun etkilenip etkilenmediği kontrol edilir.
- Yanık yüzeyi ıslak havlu, ıslak çarşaf vb. malzeme ile kapatılarak yanık bölgesinin soğuması sağlanır. Uzun süreli soğutma işlemi hastada ısı kaybına neden olacağından dikkatli olunmalıdır. Yanmış alandaki deriler kaldırılmadan giysiler çıkarılır. Giysiler yapışmış ise çekiştirmeden yapışan yerler kesilir.
- Ödem (şişlik) oluşabileceği düşünülerek yüzük, bilezik, saat gibi eşyalar çıkarılır.
- Yanık bölge en az 20 dakika soğuk ve tazyiksiz su altında tutulur. Yanık yüzeyi büyükse ısı kaybı çok olacağından bu işlem yapılmaz. Yanık bölge temiz ve nemli bir bezle örtülür. El ve ayak parmaklarındaki yanıklarda yapışıklığı önlemek amacıyla parmaklar arasına gazlı bez konulur.
- Bilinci yerinde olan yaralıya ağızdan sıvı (1 litre su -1 çay kaşığı karbonat - 1 çay kaşığı tuz karışımı) verilerek sıvı kaybı önlenir. Tıbbi yardım istenir.
- İç su dolu kesecikler (bül) varsa patlatılmaz ve yanık bölgeye çıplak elle dokunulmaz. Yanık üzerine ilaç ya da yanık merhemi gibi maddeler sürülmez (Kocatürk, 2004; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008; Erdil ve ark., 2010; Ünüvar ve ark., 2016).

Kimyasal Yanıklarda İlk Yardım

- Yaralının giysileri ayakkabı ve eldiven dahil olmak üzere çıkarılır.
- Yaralanan bölge bol su ile yıkanır. Yıkama işlemine en az 30 dakika devam edilir. Yanık alkali madde ile oluşmuşsa en az bir saat devam edilir.

- Ağrıyı azaltmak için ıslak bezler uygulanır.
- Kimyasal madde göze temas etmişse hızla yıkanır.
- Yaralının üzeri örtülür.
- Acil yardım (112) istenir yaralının sağlık kuruluşuna ulaşması sağlanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008; Atıcı ve ark., 2010).

Elektrik Yanıklarında İlk Yardım

- Soğukkanlı ve sakin olunmalıdır.
- Hastaya/yaralıya dokunmadan önce elektrik akımı kesilmelidir. Akımı kesme imkânı yoksa tahta çubuk ya da ip gibi bir cisimle elektrik teması kesilmelidir.
- Kalbin elektrik akımından zarar görebileceği düşünülerek yaralı hareket ettirilmez.
- Hastanın/yaralının yaşam bulguları değerlendirilmelidir.
- Gerekirse TYD uygulanır.
- Hastaya/yaralıya kesinlikle su ile müdahale edilmemelidir.
- Hasar gören bölgenin üzeri temiz bir bezle örtülmelidir.
- Kırık ve yaralanma olup olmadığı kontrol edilerek eğer varsa gerekli ilk yardım uygulanır.
- Tıbbi yardım istenmelidir (112) (T.C. Sağlık Bakanlığı 2006; T. C. Sağlık Bakanlığı, 2008; Ünüvar ve ark., 2016).

2.18.3. Donmalarda İlk Yardım

Hipotermi, donma; vücut ısısı 35 °C'nin altına düşerse meydana gelir. Donmanın etkisi ısının derecesine ve düşme hızına bağlıdır. Vücudun soğukla karşılaşması sonucu dokuların kanlanması azalır ve dokularda beslenme bozukluğu olur, hasar meydana gelir (Süzen, 2015). Donmadan en çok etkilenen bölgeler, eller, ayaklar, burun ve kulak kepçesidir. Donuklar şu şekilde derecelendirilir:

Birinci derece: Donmanın en hafif şeklidir. Erken müdahale edilirse hızla iyileşir.

İkinci derece: Soğğun sürekli olması ile belirtiler belirginleşir. Zarar gören bölgede Ödem, şişlik, ağrı ve içi su dolu kabarcıklar (bül) meydana gelir. Su toplanması iyileşirken siyah kabuklara dönüşür.

Üçüncü derece: Dokuların geriye dönülmez biçimde hasara uğramasıdır. Canlı ve sağlıklı deriden kesin hatları ile ayrılan siyah bir bölge oluşur (MEB, 2016).

Donmalarda ilk yardım aşağıdaki gibidir;

- Hasta/yaralı, ılık bir ortama alınarak soğukla teması kesilir.
- Sakinleştirilir, kesin istirahate alınır ve hareket ettirilmez.
- Kuru giysiler giydirilir. Sıcak içecekler verilir.
- Su toplamış bölgeler patlatılmaz. Bu bölgelerin üstü örtülür.
- Kendi kendine ısınması sağlanır. El ve ayak doğal pozisyonda tutulur.
- Isınma işleminden sonra hâlâ hissizlik varsa bezle bandaj yapılır.
- El ve ayaklar yukarı kaldırılır. Tıbbi yardım istenir (112) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

Donmalarda Yapılmaması Gerekenler

- Donmuş bölge giysi (yün, pamuklu vs.) el ya da sıvılarla (alkol, su, yağ vs. , pomad) ovulmamalıdır.
- Donmuş bölge karla ovulmamalıdır.
- Donmuş bölge sıcak suya sokulmamalıdır.
- Donmuş bölge sıcak su torbası, soba gibi doğrudan sıcakla temas ettirilmemelidir. Hastaya alkollü içki verilmemelidir (Süzen, 2015).

2.19. Suda Boğulmalarda İlk Yardım

Suda boğulma dünyanın pek çok ülkesinde kaza ile ölüm nedenleri arasında ikinci veya üçüncü sırayı almaktadır. Suda boğulmada iki nedenle ölüm gelişir. Birincisi oksijenin akciğerlere girememesi ikincisi ise suyun soğukluğundan dolayı vücut bütününde gelişen soğumadır. Soğuyan organların başta beyin ve kalp olmak üzere işlevi bozulur ve ölüm gerçekleşebilir (Atıcı ve ark., 2010).

Suda Boğulmalarda İlk Yardım Uygulaması

- Kişi önce kendi güvenliğini sağlamalıdır (Atıcı, 2010).
- 112 aranarak olay yerine profesyonel yardım çağrılır.
- Boğulan kişinin ilk müdahalesi, olay yerinde, sudan hızlı ve dikkatlice çıkarılmasıyla başlar. Sudan insan çıkarma ve kurtarma konusunda eğitim alınmamışsa boğulmakta olan bir insanı kurtarmak amacıyla suya girilmez. Çünkü boğulan kişi, kendisi ile birlikte yüzme bilen birini de boğabilir. Dal

parçası, can simidi, kürek, halat benzeri malzemeler kullanılarak kişi sudan çıkarılmaya çalışılır (Kocatürk, 2004; Uçar, 2008).

- Boğulan kişinin arkasından yaklaşarak suyun yüzeyinde sırtüstü pozisyona getirilir. Böylece kişinin ağız ve burnu suyun yüzeyine çıkarılmış olur. İyi yüzme biliniyor ve kişi sudan çıkarılabilecek uzaklıktaysa kişi sudan çıkarılır ve TYD açısından değerlendirilir (Atıcı, 2010; MEB, 2016).
- Kişi taşıyarak çıkarılacaksa boyun yaralanması şüphesi yoksa baş kısmı gövdeye göre aşağıda kalacak şekilde taşınır (akciğerleri korumak için). Boğulma öncesinde hastanın tekmeden düştüğü, yüksekten atladığı biliniyorsa, boyun omurga yaralanması da olabileceği unutulmamalı ve boyun korumaya alınmalıdır (Kocatürk, 2004; Atıcı, 2010).
- Kişinin yanında fakat sudan çıkarılamıyorsa ve solunum yoksa hemen solunuma başlanır. Çünkü solunum durmuş olmasına karşın kalp atımı devam ediyor olabilir. Yalnız derin sularda bu mümkün olmayabilir (Atıcı, 2010; MEB, 2016).
- Kişi sudan çıkarıldıysa sert bir zemine sırt üstü yatırılarak hayati işlevleri değerlendirilir. Gerekirse TYD uygulamalarına başlanır. Bunun için havayolu açıklığı sağlanmalıdır. Özellikle soğuk havalarda 20- 30 dakika geçse bile suni solunum ve dış kalp masajına başlanmalıdır (Uçar, 2008; MEB, 2016).
- Kişinin üzerindeki ıslak giysiler çıkarılır ve kuru sıcak örtülerle örtülür. Vücudun genel yaralanması olup olmadığı gözden geçirilir (Atıcı, 2010).
- Kişinin yuttuğu suyun çıkarılması için ters çevrilmesi, karnına bastırılması, sarkıtılması gibi girişimlerin etkisi tartışmalıdır ve faydası deneysel olarak gösterilmemiştir. Ayrıca bu uygulamalar kişinin boyun- omurga yaralanmalarına sebebiyet verebilir (Kocatürk, 2004).

2.20. Hasta ve Yaralı Taşıma Teknikleri

2.20.1. Acil Taşıma Teknikleri

Kazazedeye, kaza yerinde ilk yardım yapıldıktan sonra ya da kaza yerinin tehlikeli durumundan kazazedeyi daha güvenli bir yere değişik yöntem ve araçlarla götürmeye taşıma denir (Tabak ve Somyürek, 2008)

Esasında “ yaralının daha güvenli bir ortama taşınması” zorunluluğu yoksa haber verilen acil yardım ekibi ulaşana kadar kazazedeye TYD sürdürülür ancak kazazede hiçbir zaman yerinden hareket ettirilmez (Kanbir, 2001).

Sürükleme Yöntemleri

Tünel, kanal, yüksek olmayan koridorlar ve deprem yıkıntısı altında kalıp bilinci yerinde olmayan veya çok ağır yaralıları taşımada bu metot uygulanır (Süzen, 2015).

Koltuk Altından Tutarak Sürükleme

Hasta veya yaralının baş tarafından tutularak sürükleneceği durumlarda, hasta veya yaralı, koltuk altından kavranmalı, kıyafetlerinin omuz kısmından tutulmalı ya da battaniyeye yerleştirilmeli ve geriye doğru sürüklenmelidir (Ünüvar ve ark., 2016).

- Hasta veya yaralının elleri, önde birleştirilmeli ya da el bilekleri, kemer ya da pantolonunun içine yerleştirilmelidir. Hasta veya yaralının baş kısmına geçilmelidir ve yakın mesafede durulmalıdır. İlk yardımcı, hasta veya yaralının baş kısmına çömelmelidir. Hasta veya yaralının koltuk altından (battaniye, kıyafetler) tutulmalıdır.
- Hasta veya yaralının baş, boyun ve gövde eksenini bozulmadan hasta veya yaralı geriye doğru sürüklenmelidir (Ünüvar ve ark., 2016).

Ayak Bileklerinden Tutarak Sürükleme

Hasta veya yaralı, ayak bileklerinden kavranarak veya battaniyeye yerleştirilerek geriye doğru sürüklenir.

- Hasta veya yaralının elleri, önde birleştirilmeli ya da el bilekleri, kemer ya da pantolonunun içine yerleştirilmelidir. Hasta veya yaralının ayak kısmına geçilmeli ve yakın mesafede durulmalıdır. İlk yardımcı, hasta veya yaralının ayak kısmına çömelmelidir.

- Hasta veya yaralının ayak bileklerinden tutulmalıdır. Hasta veya yaralının baş, boyun ve gövde eksenini bozulmadan hasta geriye doğru sürüklenmelidir. Bunların dışında giysiden tutarak sürüklenme ve battaniye ile sürüklenme teknikleri de kullanılabilir (MEB, 2016)

İtfaiyeci Yöntemiyle Sürüklenme

İtfaiyeci yöntemi ile sürüklenme, hasta veya yaralının dar ve geçiş güçlüğü olan yerler ile gaz ve duman dolu ortamlardan çıkarılmasında kullanılır. Hasta veya yaralının bilinç durumuna göre çevreden temin edilen kravat, eşarp gibi malzemeler ile el bilekleri birleştirilerek bağlanır. Bağlanan bilekler, ilk yardımcının boynundan geçirilerek hasta veya yaralı taşınır.

- Hasta veya yaralı, sırtüstü yatar pozisyona getirilmelidir. İlk yardımcı, iki dizi yan taraflarında olacak şekilde hasta veya yaralının üzerine çömelmelidir.
- Bilinç yok ise hasta veya yaralının el bilekleri birleştirilerek bağlanmalıdır. Hasta veya yaralının elleri, ilk yardımcının boynundan geçirilmelidir.
- İlk yardımcı, hasta veya yaralının üzerine eğilmelidir. İlk yardımcı, dizleri üzerinde, sırtını gergin tutarak yükselmelidir. İlk yardımcı, hasta veya yaralıyı ileriye doğru sürüklemelidir (Ünüvar ve ark., 2016).

Araç İçinden Çıkarma (Rentek manevrası)

Kaza geçirmiş yaralı bir kişiyi omuriliğe zarar vermeden çıkarmada kullanılır. Bu uygulama solunum durması, yangın tehlikesi vb. olağanüstü durumlarda uygulanabilir (Kocatürk, 2004).

- Öncelikle kendi ve çevre güvenliğini kontrol altına alınır. Aracın kontağı kapatılır. Yapılabiliyorsa akü başları çekilir, el freni çekilir. Öncelikle hasta/ yaralının ayaklarının pedalların arasına sıkışmamış olduğundan emin olunmalıdır ve varsa emniyet kemeri çıkarılmalıdır. İlk yardımcı yaralıya yan taraftan yanaşır.
- Bir eliyle yaralının kolunu, diğer eliyle çenesini kavrayarak boyun tespiti yapar.

- Yaralının baş-boyun-gövde eksenini mümkün olduğunca hareket ettirmeden bütün halinde araçtan dışarı çeker. Yaralı dışarı alındıktan sonra yavaşça yere veya sedyeye konur (Kocatürk, 2004; Uçar, 2008).

2.20.2. Kısa Mesafede Süratli Taşıma Teknikleri

Kucakta Taşıma

Kucakta taşıma bilinci kapalı olan yetişkinler, çocuklar ve çok ağır olmayan yaralıların taşınmasında kullanılan bir yöntemdir (Tabak ve Somyürek, 2008).

Yaralı Kucakta Şöyle Taşınır:

- Yaralının yanına diz çökülür.
- Bir elle yaralı dizlerinin altından tutularak destek alınır.
- Diğer elle gövdenin ağırlığı yüklenerek sırttan kavranır.
- Yaralıya kollarını kollarını ilk yardımcının boynuna dolması söylenebilir. Bu yaralının kendini güvende hissetmesini sağlar.
- Ağırlık dizlere ve kalça kaslarına verilerek kalkılır.
- İlk yardımcı yürüyerek yaralıyı taşır (Uçar, 2008; Tabak ve Somyürek, 2008).

Omuzdan destek Vererek Taşıma

Hafif yaralı ve yürüyebilecek durumdaki hasta/yaralıların taşınmasında kullanılır. Bir ilk yardımcı tarafından uygulanır. Bu yöntem iki kişiyle de uygulanabilir.

- Yaralının bir kolu ilk yardımcının boynuna dolanarak destek verilir.
- İlk yardımcı boşta kalan kolu ile hasta/yaralının belini tutarak yardım eder (Uçar, 2008).

Sırtta Taşıma

Bu yöntem hafif yaralı ve yürüyebilecek durumdaki kişilerin, ağırlığı fazla olmayan ve bilinci açık yaralıların taşınmasında kullanılır.

- Yaralıya sırt dönük olarak çömelir ve bacaklar kavranır.
- Yaralının kolları ilk yardımcının göğsünde birleştirilir.
- Ağırlık dizlere verilerek kalkılır (Atıcı ve ark., 2010).

İtfaiyeci Yöntemi İle Omuzda Taşıma

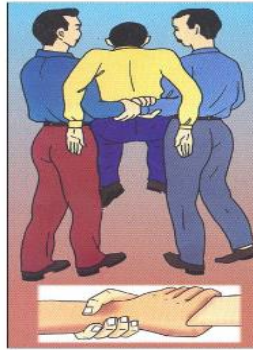
Şuuru yerinde olmayan, ilk yardımcıya tutunamayan veya yardımcı olamayan yaralıların taşınmasında uygulanır. Bu yöntem yaralı için zor, fakat ilk yardımcı için kolay bir yöntemdir (Somyürek, 2002).

- Yaralı yüzükoyun yatırılır.
- İlk yardımcı sağ dizinin üzerine çöker.
- Yaralının koltuk altlarından ellerini geçirir.
- Yaralının belinden kavrar.
- Yaralıyı ayağa kaldırır.
- Sağ kolunu yaralının belinden, sol elini yaralının sağ bileğinden tutar.
- İlk yardımcı yaralının altına doğru eğilir.
- Sağ kolunu yaralının bacakları arasından geçirerek uygun olan bacağı kavrar.
- Sol eliyle yaralının sağ bileğini tutmaya devam eder.
- Yaralıyı yatar pozisyonda sırtına alır.
- Yaralıyı omuzları üstüne alarak doğrular ve yürümeye başlar (Somyürek, 2002; Tabak ve Somyürek, 2008).

İki İlk Yardımcı İle Ellerin Üzerinde Taşıma (Altın Beşik Yöntemi)

Hasta/yaralının ciddi bir yaralanması yoksa ve yardım edebiliyorsa iki, üç, dört elle altın beşik yapılarak taşınır.

İki elle taşıma: Şekil 40'da gösterildiği gibi iki ilk yardımcının birer eli boşta kalır, bu elleri birbirlerinin omzuna koyarlar, diğer elleri ile bileklerinden kavrayarak hasta/yaralıyı oturturlar.



Şekil 41. İki elle Altın beşik yöntemi (slideplayer.biz.tr, 2018).

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



Şekil 42. Üç elle altın beşik yöntemi (www.depremmalzemeleri.com, 2018).

Dört elle taşıma: İlk yardımcılar bir elleri ile diğer el bileklerini, öbür elleri ile de birbirlerinin bileklerini kavrarlar (Güler ve Bilir, 1994a; Kakillioğlu ve ark., 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006; Taviloğlu ve ark., 2006).



Şekil 43. Dört elle altın beşik yöntemi (www.depremmalzemeleri.com, 2018).

3. MATERYAL METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul (13.10.2017/ sayı; 45428382-050-E.104311) onayı alınarak başlanmıştır. Verileri toplamadan önce, çalışmanın yapılacağı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesi ve Gülizar Hasan Yılmaz Spor Lisesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi ve İl Milli Eğitimi Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Araştırma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesi ve Samsun Gülizar Hasan Yılmaz Spor Lisesi'nde öğrenim gören öğrencilerinin ilk yardım ve TYD hakkında bilgi ve becerilerini ölçmek, tutumların belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 30/10/2017-30/01/2018 tarihleri arasında Samsun ili Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesi ile Gülizar Hasan Yılmaz Spor Lisesi'nde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesi Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği, Antrenörlük Eğitimi, Spor Yöneticiliği bölümlerinde öğrenim gören (n=803) öğrenci ile Samsun Gülizar Hasan Yılmaz Spor Lisesi'nde öğrenim gören (n=224) toplam 1027 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızda örneklem seçilmemiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek için öğrenci tanıma formu, TYD bilgi ve beceri düzeylerini belirlemek için TYD bilgi ve beceri soruları, ilk yardım bilgi ve beceri düzeylerini belirlemek için ilk yardım bilgi ve beceri soruları, temel ilk yardım uygulamaları tutumlarını belirlemek için temel ilk yardım uygulamaları tutum sorularından oluşan anket formları kullanılarak toplanmıştır. Öğrencilere çalışma hakkında bilgilendirme

yapılmış, anket formu tanıtılmış, katılımın gönüllük esasına dayandığı belirtilerek onam alınmış ve anket çalışması uygulanmıştır. Anket sorularının cevaplanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Öğrenci Tanıma Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan öğrenci tanıma formunda; yaş, cinsiyet, bölüm, sınıf düzeyi, mezun olunan/devam edilen lise, en uzun süre yaşanan yerleşim birimi, daha önce ilk yardım ve TYD alma durumu, eğitim alanların eğitimi nerde aldığı, eğitimi kaç yıl önce aldığı, eğitim şekli, TYD ve ilk yardım konusunda kendini yeterli hissetme durumu, TYD ve ilk yardım konusunda eğitim alma isteği, TYD konusunda güncel bilgilerin takip edilip edilmediği, takip ediliyorsa nasıl takip edildiğini içeren toplam 12 soru yer almıştır.

3.5.2. TYD Bilgi/Beceri Testi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan TYD Bilgi/Beceri Testi Formu' nda TYD' nin amacı, solunum ve dolaşımın değerlendirilmesi, TYD uygulama işlem basamakları, göğüs kompresyonu/solunum desteği, OED, havayolu tıkanıklığı, TYD sonlandırma kriterleri konularını içeren toplam 12 soru yer almıştır. TYD bilgi/beceri düzeyini belirlemede ve TYD toplam puan ortalamalarının hesaplamasında test değeri 100 tam puan olarak belirlenmiştir. 1. ,6. ,8. ve 10. soruların değeri 5 puan diğer soruların değeri ise 10 puan olarak hesaplanmıştır. TYD bilgi/beceri düzeyinin tespitinde;

- ➔ 0-69 puan aralığı “Düşük”
- ➔ 70-79 puan aralığı “Orta”
- ➔ 80-89 puan aralığı “İyi”
- ➔ 90-100 puan aralığı “Çok iyi” bilgi düzeyi olarak belirlenmiştir.

3.5.3. İlk Yardım Bilgi/Beceri Testi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan İlk Yardım Bilgi/Beceri Testi Formu' nda İlk yardımın amacı, hasta-yaralının birinci değerlendirmesi, kanamalar, kaza yaralanmalarda öncelikli müdahale sırası, şok, yaralanmalar, yanık, kırık, çıkık, kene ısırması, sara krizi konularını içeren toplam 12

soru yer almıştır. İlk yardım bilgi/beceri düzeyini belirlemede ve İlk yardım toplam puan ortalamalarının hesaplanmasında test değeri 100 tam puan olarak belirlenmiştir. 1. ,8. ,9. ve 10. soruların değeri 5 puan diğer soruların değeri ise 10 puan olarak hesaplanmıştır. İlk yardım bilgi/beceri düzeyinin tespitinde;

- 0-69 puan aralığı “Düşük”
- 70-79 puan aralığı “Orta”
- 80-89 puan aralığı “İyi”
- 90-100 puan aralığı “Çok iyi” bilgi düzeyi olarak belirlenmiştir.

3.5.4. Temel İlk Yardım Uygulamaları Tutum Soruları Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan temel ilk yardım uygulamaları tutum soruları ilk yardım eğitiminin gerekliliği, ilk yardımın sosyal boyutu, ilk yardım konularında duyarlılık ve bilinç, ilk yardıma kişisel yaklaşım çerçevesinde 5’li Likert tipinde sorulardan oluşturulmuştur. Sorular “5- Tamamen katılıyorum”, “4- Bazen katılıyorum”, “3- Kararsızım”, “2- Bazen katılmıyorum”, “1- Hiç katılmıyorum” şeklinde puanlanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan öğrencilerin ilk yardım ve TYD hakkında bilgi, beceri ve tutumlarının belirlenmesine ilişkin verilerin istatistiksel analizi SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciens) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı ölçütler için frekans (sayı) , yüzde, ortanca, minimum-maksimum değerler, standart sapma ve ortalama değerleri kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde Mann Whitney U, Ki Kare testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel olarak anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın evreni 1027 öğrenciden oluştuğu için öğrencilerin TYD ve ilk yardım konusunda becerilerinin test üzerinden ölçülmesi uygulama ölçümlerinin yaptırılamaması
- Üniversite öğrencileri ve lise öğrencilerinin karşılaştırılmasında lise öğrencilerinin eğitim, bilgi ve deneyimlerinin üniversite öğrencilerine göre daha zayıf olması

- Veri toplama aracında birden fazla alana yönelik test olması ve soru sayısının dört formda toplam 49 olmasından dolayı veri toplama süresinin bazı bölümlerde uzaması
- Çalışma evreninde yer alan üniversite ve lise öğrencilerinin grup farklılıklarından dolayı temel ilk yardım uygulamaları tutum formunda yer alan 10. ve 11. soruların sadece Spor Bilimleri Fakültesi'ne yönelik olması lise öğrencilerinin bu sorulara yanıt verememesi ve kafa karışıklığı yaşamaları
- Çalışmamıza Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesi ve Samsun Gülizar Hasan Yılmaz Spor Lisesi'nde öğrenim gören tüm öğrencilerin katılımının sağlanması planlanırken, kayıtlı öğrencilerin tamamının okula devam etmemesi, bir grup öğrencinin kampta olması gibi nedenlerle tüm öğrencilerin katılımı sağlanamamıştır.

4. BULGULAR

4.1. BESÖB, AEB, SYB, SL Öğrencilerinin Sosyodemografik Özelliklerine ve TYD/İlk Yardım Eğitim Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 14. BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin eğitim aldıkları bölümlere göre dağılımları

Bölüm	Sayı (n)	Yüzde (%)
Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği	236	23,0
Antrenörlük Eğitimi	310	30,2
Spor Yöneticiliği	257	25,0
SL	224	21,8
Toplam	1027	100,0

Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim aldıkları bölümlere göre dağılımları tablo 14’ de gösterilmektedir. Öğrencilerin %23’ü Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği, %30,2’si Antrenörlük Eğitimi, %25’ i Spor Yöneticiliği bölümünde ve %21,8’i SL’de eğitim görmektedir.

Tablo 15. BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin bölümlerine göre yaş dağılımları

Bölüm	Sayı (n)	Yaş	
		Ort ±SS	Med (Min-Max)
BESÖB	236	20,19 ± 1,915	20,00 (17-29)
AEB	310	20,95 ± 2,317	21,00 (17-33)
SYB	257	22,32 ± 2,148	22,00 (18-38)
SL	224	15,74 ± 1,123	16,00 (14-19)

Araştırmaya katılan öğrencilerin bölümlere göre yaş ortalamaları tablo 15’ de gösterilmektedir. Öğrencilerin yaş ortalamaları BESÖB için 20,19 ± 1,915, AEB için 20,95 ± 2,317, SYB için 22,32 ± 2,148 ve Lise için 15,74 ± 1,123 şeklindedir.

Tablo 16. BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellik	Alt Grup	Bölüm							
		BESÖB		AEB		SYB		SL	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Cinsiyet	Kadın	92	39,0	82	26,5	94	36,6	85	37,9
	Erkek	144	61,0	228	73,5	163	63,4	139	62,1
	Toplam	236	100,0	310	100,0	257	100,0	85	37,9
Sınıf düzeyi	1. Sınıf	99	41,9	136	43,9	10	3,9	78	34,8
	2.Sınıf	35	14,8	35	11,3	36	14,0	64	28,6
	3.Sınıf	91	38,6	62	20,0	82	31,9	42	18,8
	4.Sınıf	11	4,7	77	24,8	129	50,2	40	17,9
	Toplam	236	100,0	310	100,0	257	100,0	224	100,0

Tablo 16. BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (devamı)

Özellik	Alt Grup	Bölüm							
		BESÖB		AEB		SYB		SL	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Mezun olunan/ devam edilen lise	Düz Lise-Anadolu Lisesi	140	59,8	216	69,7	152	59,1	-	-
	Sağlık Meslek Lisesi	7	3,0	8	2,6	8	3,1	-	-
	SL	38	16,2	28	9,0	27	10,5	224	100,0
	Diğer	49	20,9	58	18,7	70	27,2	-	-
	Toplam		234	100,0	310	100,0	257	100,0	224
En uzun yaşanan yerleşim birimi	İl	128	54,2	174	56,1	126	49,0	112	50,0
	İlçe	70	29,7	101	32,6	100	38,9	97	43,3
	Köy	38	16,1	35	11,3	31	12,1	15	6,7
	Toplam		236	100,0	310	100,0	257	100,0	224

Araştırmaya katılan BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı tablo 16’ da gösterilmektedir. BESÖB öğrencilerinin %39’ unun kadın, %61’ inin erkek; AEB öğrencilerinin %26,5 ‘inin kadın, %73,5 ‘inin erkek; SYB öğrencilerinin % 36,6’ sının kadın %63,4’ ünün erkek; SL öğrencilerinin % 37,9’ unun kadın, %62,1’ inin erkek olduğu belirlenmiştir. Bölümlerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde tüm bölümlerde erkek öğrenci dağılımının %60’ın üzerinde olduğu belirlenmiş, araştırmaya katılan erkek öğrenci sayısının tüm bölümlerde çoğunlukta olduğu tespit edilmiştir.

BESÖB öğrencilerinin %41,9’u 1.sınıf, %14,8’i 2.sınıf, %38,6’sı 3.sınıf, %4,7’ si 4.sınıf düzeyinde eğitim almakta ve araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunu 1.sınıf öğrencileri oluşturmakta, bunu 3.sınıf öğrencileri takip etmektedir. AEB öğrencilerinin %43,9’u 1.sınıf %11,3’ü 2.sınıf, %20’si 3.sınıf, %24,8’i 4.sınıf düzeyinde eğitim almakta ve araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunu 1.sınıf öğrencileri oluşturmakta, bunu 4.sınıf öğrencileri takip etmektedir. SYB öğrencilerinin %3,9’u 1.sınıf, %14’ü 2.sınıf, %31,9’u 3.sınıf, %50,2’si 4.sınıf düzeyinde eğitim almakta ve araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunu 4.sınıf öğrencileri oluşturmakta, bunu 3.sınıf öğrencileri takip etmektedir. SL öğrencilerinin %34,8’i

1.sınıf, %28,6'sı 2.sınıf, %18,8'i 3.sınıf, %17,9'u 4.sınıf düzeyinde eğitim almakta ve araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunu 1.sınıf öğrencileri oluşturmakta, bunu 2.sınıf öğrencileri takip etmektedir.

BESÖB öğrencilerinin %59,8'inin, AEB öğrencilerinin %69,7'sinin, SYB öğrencilerinin %59,1'inin Düz Lise-Anadolu Lisesi mezunu olduğu belirlenmiştir ve BESÖB, AEB, SYB öğrencilerinin çoğunluğunun Düz Lise-Anadolu Lisesi mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan lise öğrencilerinin tamamı SL'de eğitim görmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin bölümlere göre en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimleri incelendiğinde; BESÖB öğrencilerinin %54,2'sinin, AEB öğrencilerinin %56,1'inin, SYB öğrencilerinin %49'unun ve SL öğrencilerinin %50'sinin il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Tüm bölümler incelendiğinde öğrencilerin çoğunluğunun en uzun süre il merkezinde yaşadığı görülmektedir.

Tablo 17. BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin ilk yardım ve TYD eğitimi alma durumları ve eğitim özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı

Özellikler	Yanıtlar	Bölüm							
		BESÖB		AEB		SYB		SL	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Daha önce ilk yardım ve TYD eğitimi alma durumu	Evet	184	78,0	231	74,5	254	98,8	113	50,4
	Hayır	52	22,0	79	25,5	3	1,2	111	49,6
	Toplam	236	100,0	310	100,0	257	100,0	224	100,
Eğitimin kaç yıl önce alındığı	0-1 yıl	60	32,6	64	27,7	39	15,4	11	9,7
	1-2 yıl	102	55,4	81	35,1	85	33,5	45	39,8
	2 yıl ve daha fazla	22	12,0	86	37,2	130	51,2	57	50,4
	Toplam	184	100,0	231	100,0	254	100,0	113	100,0
Eğitimin nerede alındığı	Lisede	28	15,2	55	23,8	4	1,6	82	72,6
	Üniversitede	139	75,5	166	71,9	247	97,2	-	-
	Sürücü kursunda	12	6,5	5	2,2	3	1,2	-	-
	İlk yardım kursunda	1	,5	4	1,7	-	-	-	-
	Diğer	4	2,2	1	,4	-	-	31	27,4
Toplam	184	100,0	231	100,0	254	100,0	113	100,0	
Eğitim tipi	Teorik	81	44,0	178	77,1	195	76,8	106	93,8
	Teorik+uygulama	103	56,0	53	22,9	59	23,2	7	6,2
	Toplam	184	100,0	231	100,0	254	100,0	113	100,0
TYD ve ilk yardım konusunda yeterli olma durumu	Yeterli	23	9,9	36	11,7	20	7,9	30	13,4
	Kısmen yeterli	123	52,8	180	58,6	139	54,7	104	46,4
	Yetersiz	87	37,3	91	29,6	95	37,4	90	40,2
	Toplam	233	100,0	307	100,0	254	100,0	224	100,0

Tablo 17. BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin ilk yardım ve TYD eğitimi alma durumları ve eğitim özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (devamı)

Özellikler	Yanıtlar	Bölüm							
		BESÖB		AEB		SYB		SL	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
TYD ve İlk Yardım konusunda eğitim alma isteği	Evet	208	90,4	274	88,4	228	89,1	171	76,3
	Hayır	22	9,6	36	11,6	28	10,9	53	23,7
	Toplam	230	100,0	310	100,0	256	100,0	224	100,0
TYD konusunda güncel bilgileri takip etme durumu	Evet	61	26,1	96	31,2	79	30,7	50	22,3
	Hayır	173	73,9	212	68,8	178	69,3	174	77,7
	Toplam	234	100,0	308	100,0	257	100,0	224	100,0
Güncel bilgilerin nasıl takip edildiği	TV	7	11,5	13	13,4	8	10,1	10	20,4
	İnternet	45	73,8	71	73,2	68	86,1	36	73,5
	Dergi	5	8,2	6	6,2	1	1,3	2	4,1
	Diğer	4	6,6	7	7,2	2	2,5	1	2,0
	Toplam	61	100,0	97	100,0	79	100,0	49	100,0

Araştırmaya katılan BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin ilk yardım ve TYD eğitimi alma durumları ve eğitim özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı tablo 17’ de verilmiştir. BESÖB öğrencilerinin %78’i, AEB öğrencilerinin %74,5’ i, SYB öğrencilerinin %98,8’i ve SL öğrencilerinin %50,4’ü ilk yardım ve TYD eğitimi almıştır. BESÖB öğrencilerinin %22’si, AEB öğrencilerinin %25,5’ i, SYB öğrencilerinin %1,2’si ve SL öğrencilerinin %49,6’sı ilk yardım ve TYD eğitimi almamıştır.

BESÖB öğrencilerinin %32,6’sı ilk yardım ve TYD eğitimini 0-1 yıl önce, %55,4’ü 1-2 yıl önce, %12’si 2 yıl ve daha fazla zaman önce almıştır. BESÖB öğrencilerinin çoğunluğunun ilk yardım ve TYD eğitimini 1-2 yıl önce aldığı görülmektedir. AEB öğrencilerinin %27,7’si ilk yardım ve TYD eğitimini 0-1 yıl önce, %35,1’i 1-2 yıl önce, %37,2’si 2 yıl ve daha fazla zaman önce almıştır. AEB öğrencilerinin çoğunluğunun ilk yardım ve TYD eğitimini 2 yıl ve daha fazla zaman önce aldığı görülmekte ve bunu 0-1 yıl takip etmektedir. SYB öğrencilerinin %15,4’ü ilk yardım ve TYD eğitimini 0-1 yıl önce, %33,5’i 1-2 yıl önce, %51,2’si 2 yıl ve daha fazla zaman önce almıştır. SYB öğrencilerinin çoğunluğunun ilk yardım ve TYD eğitimini 2 yıl ve daha fazla zaman önce aldığı görülmektedir. SL öğrencilerinin %9,7’si ilk yardım ve TYD eğitimini 0-1 yıl önce, %39,8’i 1-2 yıl önce, %50,4’ü 2 yıl

ve daha fazla zaman önce almıştır. SL öğrencilerinin çoğunluğunun ilk yardım ve TYD eğitimini 2 yıl ve daha fazla zaman önce aldığı görülmektedir.

BESÖB öğrencilerinin %15,2'si ilk yardım ve TYD eğitimini lisede, %75,5'i üniversitede, %6,5'i sürücü kursunda, %0,5'i ilk yardım kursunda ve %2,2'si diğer birimlerde almıştır. BESÖB öğrencilerinin çoğunluğunun ilk yardım ve TYD eğitimini üniversitede aldığı görülmektedir. AEB öğrencilerinin %23,8'i ilk yardım ve TYD eğitimini lisede, %71,9'u üniversitede, %2,2'si sürücü kursunda, %1,7'si ilk yardım kursunda ve %0,4'ü diğer birimlerde almıştır. AEB öğrencilerinin çoğunluğunun ilk yardım ve TYD eğitimini üniversitede aldığı görülmektedir. SYB öğrencilerinin %1,6'sı ilk yardım ve TYD eğitimini lisede, %97,2'si üniversitede, %1,2'i sürücü kursunda almıştır. SYB öğrencilerinin çoğunluğunun ilk yardım ve TYD eğitimini üniversitede aldığı görülmektedir. SL öğrencilerinin %72,6'sı ilk yardım ve TYD eğitimini lisede, %27,4'ü diğer birimlerde almıştır. SL öğrencilerinin çoğunluğunun ilk yardım ve TYD eğitimini lisede aldığı görülmektedir.

BESÖB öğrencilerinin %44'ü teorik eğitim, %56'sı teorik ve uygulamalı eğitim; AEB öğrencilerinin %71,1'i teorik eğitim, %22,9'u teorik ve uygulamalı eğitim; SYB öğrencilerinin %76,8'i teorik eğitim, %23,2'si teorik ve uygulamalı eğitim; SL öğrencilerinin %93,8'i teorik eğitim, %6,2'si teorik ve uygulamalı eğitim almıştır. Tüm bölümler incelendiğinde öğrencilerin büyük çoğunluğunun ilk yardım ve TYD eğitimlerini sadece teorik olarak aldıkları görülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD ve ilk yardım konularında kendilerini yeterli hissetme durumları incelendiğinde; BESÖB öğrencilerinin %9,9'nun "Yeterli", %52,8'inin "Kısmen yeterli" ve %37,3'ünün "Yetersiz" hissettiği; AEB öğrencilerinin %11,7'sinin "Yeterli", %58,6'sının "Kısmen yeterli" ve %29,6'sının "Yetersiz" hissettiği; SYB öğrencilerinin %7,9'unun "Yeterli", %54,7'sinin "Kısmen yeterli" ve %37,4'ünün "Yetersiz" hissettiği; SL öğrencilerinin %13,4'ünün "Yeterli", %46,4'ünün "Kısmen yeterli" ve %40,2'sinin "Yetersiz" hissettiği belirlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB öğrencilerinin %50'den fazlası TYD ve İlk yardım konularında kendilerini kısmen yeterli görmektedirler. SL öğrencilerinde ise "Kısmen yeterli" ve "Yetersiz" hissetme durumları yüzde dağılımları arasında %6,2'lik yakın bir oran görülmektedir.

Araştırmaya katılan BESÖB öğrencilerinin %90,4'ü, AEB öğrencilerinin %88,4'ü, SYB öğrencilerinin %89,1'i, SL öğrencilerinin %76,3'ü TYD ve İlk yardım

eğitimi almak istemektedir. Tüm bölümler incelendiğinde TYD ve İlk yardım eğitimi almak isteyen öğrencilerin dağılımı %75'in üzerinde olduğu görülmektedir.

BESB ğrencilerinin %26,1'i TYD konusunda güncel bilgileri takip etmekte %73,9'u güncel bilgileri takip etmemektedir. AEB ğrencilerinin %31,2'si TYD konusunda güncel bilgileri takip etmekte %68,8'i güncel bilgileri takip etmemektedir. SYB ğrencilerinin %30,7'si TYD konusunda güncel bilgileri takip etmekte %69,3' güncel bilgileri takip etmemektedir. SL ğrencilerinin %22,3' TYD konusunda güncel bilgileri takip etmekte %77,7'si güncel bilgileri takip etmemektedir. Tüm bölümler incelendiğinde öğrencilerin büyük çoğunluğunun TYD konusunda güncel bilgileri takip etmediği görülmektedir.

TYD konusunda güncel bilgilerin nasıl takip edildiği incelendiğinde; BESB ğrencilerinin % 11,5'inin TV, %73,8'inin internet, %8,2'sinin dergi ve %6,6'sının diğer araçlar yoluyla güncel bilgileri takip ettiği belirlenmiştir. AEB ğrencilerinin % 13,4'ünün TV, %73,2'sinin internet, %6,2'sinin dergi ve %7,2'sinin diğer araçlar yoluyla güncel bilgileri takip ettiği belirlenmiştir. SYB ğrencilerinin % 10,1'inin TV, %86,1'inin internet, %1,3'ünün dergi ve %2,5'inin diğer araçlar yoluyla güncel bilgileri takip ettiği belirlenmiştir. SL ğrencilerinin % 20,4'ünün TV, %73,5'inin internet, %4,1'inin dergi ve %2'sinin diğer araçlar yoluyla güncel bilgileri takip ettiği belirlenmiştir. Tüm bölümler incelendiğinde TYD konusunda güncel bilgilerin takip edilmesinde en yüksek oranın internet olduğu görülmektedir.

4.2.TYD Bilgi/Beceri Sorularına Ait Bulgular

Tablo 18. TYD bilgi/beceri sorularına verilen cevapların bölümlere göre dağılımları ve karşılaştırılması

Sorular	Yanıtlar	Bölüm								Test	P
		BESB		AEB		SYB		SL			
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)		
	A	20	8,7	37	12,5	39	15,5	21	11,9		
	B*	155	67,7	202	68,0	150	59,5	100	56,5		
TYD	C	32	14,0	36	12,1	28	11,1	33	18,6	19,589	0,021
Soru 1	D	22	9,6	22	7,4	35	13,9	23	13,0		
	Toplam	229	100,0	297	100,0	252	100,0	177	100,0		

Tablo 18. TYD bilgi/beceri sorularına verilen cevapların bölümlere göre dağılımları ve karşılaştırılması
(devamı)

		Bölüm								Test	P
		BESÖB		AEB		SYB		SL			
Sorular	Yanıtlar	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)		
TYD Soru 2	A	68	30,0	65	22,3	61	24,0	45	23,2	59,379	<0,001
	B	53	23,3	54	18,5	73	28,7	67	34,5		
	C*	84	37,0	153	52,4	86	33,9	46	23,7		
	D	22	9,7	20	6,8	34	13,4	36	18,6		
	Toplam		227	100,0	292	100,0	254	100,0	194		
TYD Soru 3	A	91	40,4	87	29,8	59	23,5	39	20,9	48,756	<0,001
	B	83	36,9	125	42,8	100	39,8	70	37,4		
	C	26	11,6	38	13,0	49	19,5	57	30,5		
	D*	25	11,1	42	14,4	43	17,1	21	11,2		
	Toplam		225	100,0	292	100,0	251	100,0	187		
TYD Soru 4	A	91	40,8	130	44,8	83	33,7	67	35,6	20,291	0,016
	B	60	26,9	56	19,3	63	25,6	59	31,4		
	C*	60	26,9	96	33,1	93	37,8	54	28,7		
	D	12	5,4	8	2,8	7	2,8	8	4,3		
	Toplam		223	100,0	290	100,0	246	100,0	188		
TYD Soru 5	A	140	61,1	241	79,8	154	60,4	106	50,7	58,811	<0,001
	B*	18	7,9	14	4,6	18	7,1	23	11,0		
	C	61	26,6	38	12,6	74	29,0	61	29,2		
	D	10	4,4	9	3,0	9	3,5	19	9,1		
	Toplam		229	100,0	302	100,0	255	100,0	209		
TYD Soru 6	A	72	31,0	105	34,5	97	38,0	46	21,4	23,324	0,006
	B	9	3,9	19	6,3	8	3,1	12	5,6		
	C	12	5,2	14	4,6	10	3,9	19	8,8		
	D*	139	59,9	166	54,6	140	54,9	138	64,2		
	Toplam		232	100,0	304	100,0	255	100,0	215		
TYD Soru 7	A	77	33,5	124	40,9	80	31,1	50	24,8	23,852	0,005
	B	94	40,9	98	32,3	85	33,1	75	37,1		
	C*	49	21,3	64	21,1	71	27,6	64	31,7		
	D	10	4,3	17	5,6	21	8,2	13	6,4		
	Toplam		230	100,0	303	100,0	257	100,0	202		
TYD Soru 8	A	39	17,6	66	22,9	57	23,0	39	20,4	26,415	0,002
	B	64	28,8	86	29,9	91	36,7	47	24,6		
	C	20	9,0	42	14,6	13	5,2	23	12,0		
	D*	99	44,6	94	32,6	87	35,1	82	42,9		
	Toplam		222	100,0	288	100,0	248	100,0	191		
TYD Soru 9	A	29	12,9	49	16,6	38	15,1	26	13,4	8,252	0,509
	B	106	47,3	122	41,4	108	43,0	75	38,7		
	C	80	35,7	103	34,9	94	37,5	82	42,3		
	D*	9	4,0	21	7,1	11	4,4	11	5,7		
	Toplam		224	100,0	295	100,0	251	100,0	194		
TYD Soru 10	A	31	13,4	26	8,5	23	9,1	31	14,8	20,640	0,014
	B*	138	59,7	203	66,3	143	56,7	105	50,2		
	C	30	13,0	41	13,4	46	18,3	32	15,3		
	D	32	13,9	36	11,8	40	15,9	41	19,6		
	Toplam		231	100,0	306	100,0	252	100,0	209		

Tablo 18. TYD bilgi/beceri sorularına verilen cevapların bölümlere göre dağılımları ve karşılaştırılması (devamı)

		Bölüm								Test	P
		BESÖB		AEB		SYB		SL			
Sorular	Yanıtlar	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)		
TYD Soru 11	A	24	10,5	30	10,0	20	8,0	21	11,5	17,151	0,046
	B	131	57,2	152	50,8	123	49,2	79	43,2		
	C*	47	20,5	81	27,1	57	22,8	51	27,9		
	D	27	11,8	36	12,0	50	20,0	32	17,5		
	Toplam		229	100,0	299	100,0	250	100,0	183		
TYD Soru 12	A	26	11,4	48	15,7	29	11,4	33	16,5	26,333	0,002
	B	78	34,1	87	28,4	49	19,2	66	33,0		
	C	82	35,8	98	32,0	112	43,9	63	31,5		
	D*	43	18,8	73	23,9	65	25,5	38	19,0		
	Toplam		229	100,0	306	100,0	255	100,0	200		

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD bilgi/beceri sorularına verdikleri cevapların bölümlere göre dağılımları ve karşılaştırılması tablo 18’ de gösterilmektedir.

TYD S1: “Aşağıdakilerden hangisi temel yaşam desteğinin amaçlarından değildir ?” sorusunun doğru yanıtı olan *“Hastanın kalp hızını sabit tutmak”* (B seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %67,7’si, AEB öğrencilerinin %68’i, SYB öğrencilerinin %59,5’i ve SL öğrencilerinin %56,5’i tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=19,589$; $p=0,021$; $p<0,05$). AEB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru yanıtlama oranının en yüksek olduğu, bunu BESÖB öğrencilerinin takip ettiği, SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %55’nin üzerinde olduğu görülmektedir.

TYD S2: “Temel Yaşam Desteği sağlanması gereken yetişkin hastada “Kalp Masajı / Suni Solunum oranı aşağıdakilerden hangisidir?” sorusunun doğru yanıtı olan *“30 kalp masajı/2 suni solunum (30:2)”* (C seçeneği) BESÖB öğrencilerinin % 37’si, AEB öğrencilerinin %52,4’ü, SYB öğrencilerinin %33,9’u, SL öğrencilerinin %23,7’si tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=59,379$; $p<0,001$; $p<0,05$). AEB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru

yanıtlama oranının en yüksek olduğu, SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının en düşük olduğu saptanmıştır.

TYD S3: “Temel yaşam desteği uygulamasında kaç sıklısta (döngüde) bir solunum ve dolaşım kontrol edilmelidir?” sorusunun doğru yanıtı olan “5” (D seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %11,1’i, AEB öğrencilerinin %14,4’ü, SYB öğrencilerinin %17,1’i ve SL öğrencilerinin %11,2’si tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=48,756$; $p<0,001$; $p<0,05$). SYB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru yanıtlama oranının en yüksek olduğu, bunu AEB öğrencilerinin takip ettiği, BESÖB ve SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %20’nin altında olduğu görülmektedir. Tüm bölümlerdeki öğrencilerin bu soruya hakim olmadıkları söylenebilir.

TYD S4: “Yetişkinlerde sadece kalp masajı uygulanıyorsa bir dakikada kaç bası yapılmalıdır?” sorusunun doğru yanıtı olan “100-120/dk arası” (C seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %26,9’u, AEB öğrencilerinin %33,1’i, SYB öğrencilerinin %37,8’i ve SL öğrencilerinin %28,7’si tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=20,291$; $p=0,016$; $p<0,05$). SYB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru yanıtlama oranının en yüksek olduğu, bunu AEB öğrencilerinin takip ettiği, BESÖB ve SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının diğer bölümlerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %40’ın altında olduğu görülmektedir.

TYD S5: “Yetişkin hastada temel yaşam desteği uygulama sırası nasıldır? [A(havayolu); B(solunum); C(dolaşım)]” sorusunun doğru yanıtı olan “C-A-B” (B seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %7,9’u, AEB öğrencilerinin %4,6’sı, SYB öğrencilerinin %7,1’i ve SL öğrencilerinin %11’i tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=58,811$; $p<0,001$; $p<0,05$). Bu soruyu doğru cevaplama oranının en fazla SL öğrencilerinde olduğu görülmektedir. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %15’in

altında olduğu görülmektedir. Tüm bölümlerdeki öğrencilerin bu soruya hakim olmadıkları söylenebilir.

TYD S6: “Yetişkin bir hastada nabız kontrolü hangi arterden yapılmalıdır?” sorusunun doğru yanıtı olan “*Karotis arter (şah damarı- boyun)*” (D seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %59,9’u, AEB öğrencilerinin %54,6’sı, SYB öğrencilerinin %54,9’u ve SL öğrencilerinin %64,2’si tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=23,324$; $p=0,006$; $p<0,05$). SL öğrencilerinin doğru yanıtlama oranının en yüksek olduğu bunu BESÖB öğrencilerinin takip ettiği, AEB ve SYB öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının daha düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %50’nin üzerinde olduğu görülmektedir.

TYD S7: “Yetişkinlerde kalp masajı yapılırken göğüs bölgesi kaç cm aşağı çöktürülmelidir?” sorusunun doğru yanıtı olan “*5cm-6 cm arası*” (C seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %21,3’ü, AEB öğrencilerinin %21,1’i, SYB öğrencilerinin %27,6’sı ve SL öğrencilerinin %31,7’si tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=23,852$; $p=0,005$; $p<0,05$). SL öğrencilerinin doğru yanıtlama oranının en yüksek olduğu bunu SYB öğrencilerinin takip ettiği, BESÖB ve AEB öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının daha düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %35’in altında olduğu görülmektedir. Tüm bölümlerdeki öğrencilerin bu soruya hakim olmadıkları söylenebilir.

TYD S8: “Otomatik eksternal defibrilatör (OED) kimler tarafından uygulanır?” sorusunun doğru yanıtı olan “*Yeterli eğitim almış ilkyardımcılar*” (D seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %44,6’sı, AEB öğrencilerinin %32,6’sı, SYB öğrencilerinin %35,1’i ve SL öğrencilerinin %42,9’u tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=26,415$; $p=0,002$; $p<0,05$). BESÖB öğrencilerinin doğru yanıtlama oranının en yüksek olduğu bunu SL öğrencilerinin takip ettiği, AEB ve SYB öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının

daha düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %45'in altında olduğu görülmektedir.

TYD S9: "Solunum desteği sırasında nefes verme işlemi en az ne kadar sürmelidir?" sorusunun doğru yanıtı olan *"En az 1 saniye"* (D seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %4'ü, AEB öğrencilerinin %7,1'i, SYB öğrencilerinin %4,4'ü ve SL öğrencilerinin %5,7'si tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermemektedir ($\chi^2=8,252$; $p=0,509$; $p>0,05$). Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %10'un altında olduğu görülmektedir. Tüm bölümlerdeki öğrencilerin bu soruya hakim olmadıkları söylenebilir.

TYD S10: "Aşağıdakilerden hangisi tam havayolu tıkanıklığı bulgularından değildir?" sorusunun doğru yanıtı olan *"Öksürür"* (B seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %59,7'si, AEB öğrencilerinin %66,3'ü, SYB öğrencilerinin %56,7'si ve SL öğrencilerinin %50,2'si tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=20,640$; $p=0,014$; $p<0,05$). AEB öğrencilerinin doğru yanıtlama oranının en yüksek olduğu bunu BESÖB öğrencilerinin takip ettiği, SYB ve SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının daha düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %50'nin üzerinde olduğu görülmektedir.

TYD S11: "Aşağıdakilerden hangisi Temel Yaşam Desteği sonlandırma kriterlerinden değildir?" sorusunun doğru yanıtı olan *"İlkyardımcının 3 siklus kalp masajı ve suni solunum uygulamasına rağmen yanıt yoksa"* (C seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %20,5'i, AEB öğrencilerinin %27,1'i, SYB öğrencilerinin %22,8'si ve SL öğrencilerinin %27,9'u tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=17,151$; $p=0,046$; $p<0,05$). SL öğrencilerinin doğru yanıtlama oranının en yüksek olduğu bunu AEB öğrencilerinin takip ettiği, BESÖB ve SYB öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının daha düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %30'un

altında olduğu görülmektedir. Tüm bölümlerdeki öğrencilerin bu soruya hakim olmadıkları söylenebilir.

TYD S12: “Müdahale edilmezse; kalp durduktan ne kadar süre sonra geri dönüşümsüz beyin hasarı oluşur?” sorusunun doğru yanıtı olan “10 dakika” (D seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %18,8’i, AEB öğrencilerinin %23,9’u, SYB öğrencilerinin %25,5’i ve SL öğrencilerinin %19’u tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=26,333$; $p=0,002$; $p<0,05$). SL öğrencilerinin doğru yanıtlama oranının en yüksek olduğu bunu AEB öğrencilerinin takip ettiği, BESÖB ve SYB öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının daha düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %30’un altında olduğu görülmektedir. Tüm bölümlerdeki öğrencilerin bu soruya hakim olmadıkları söylenebilir.

4.3.İlk Yardım Bilgi/Beceri Sorularına Ait Bulgular

Tablo 19. İlk yardım bilgi/beceri sorularına verilen cevapların bölümlere göre dağılımları ve karşılaştırılması

		Bölüm								Test	P
		BESÖB		AEB		SYB		SL			
Sorular	Yanıtlar	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)		
İlk Yardım Soru 1	A	31	13,2	54	17,6	32	12,5	41	19,8	21,321	0,011
	B*	140	59,8	188	61,4	158	61,5	101	48,8		
	C	32	13,7	22	7,2	34	13,2	24	11,6		
	D	31	13,2	42	13,7	33	12,8	41	19,8		
	Toplam	234	100,0	306	100,0	257	100,0	207	100,0		
İlk Yardım Soru 2	A	22	9,4	28	9,2	31	12,1	32	15,0	48,001	<0,001
	B	26	11,1	29	9,5	20	7,8	37	17,3		
	C*	138	58,7	204	66,7	135	52,7	84	39,3		
	D	49	20,9	45	14,7	70	27,3	61	28,5		
	Toplam	235	100,0	306	100,0	256	100,0	214	100,0		
İlk Yardım Soru 3	A	14	6,0	17	5,5	18	7,1	31	14,2	47,048	<0,001
	B*	175	74,8	233	75,9	182	71,4	111	50,9		
	C	30	12,8	41	13,4	39	15,3	57	26,1		
	D	15	6,4	16	5,2	16	6,3	19	8,7		
	Toplam	234	100,0	307	100,0	255	100,0	218	100,0		
İlk Yardım Soru 4	A*	92	39,3	154	50,2	100	39,1	51	23,6	43,640	<0,001
	B	47	20,1	37	12,1	38	14,8	45	20,8		
	C	82	35,0	92	30,0	101	39,5	98	45,4		
	D	13	5,6	24	7,8	17	6,6	22	10,2		
	Toplam	234	100,0	307	100,0	256	100,0	216	100,0		
İlk Yardım Soru 5	A	40	17,2	68	22,4	45	17,7	45	22,2	12,508	0,186
	B*	79	33,9	107	35,3	86	33,9	49	24,1		
	C	45	19,3	56	18,5	49	19,3	46	22,7		
	D	69	29,6	72	23,8	74	29,1	63	31,0		
	Toplam	233	100,0	303	100,0	254	100,0	203	100,0		

Tablo 19. İlk yardım bilgi/beceri sorularına verilen cevapların bölümlere göre dağılımları ve karşılaştırılması (devamı)

Sorular	Yanıtlar	Bölüm								Test	P
		BESÖB		AEB		SYB		SL			
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)		
İlk Yardım Soru 6	A	29	12,5	64	20,9	53	20,9	66	31,1	44,892	<0,001
	B*	133	57,3	169	55,2	130	51,4	73	34,4		
	C	61	26,3	52	17,0	50	19,8	53	25,0		
	D	9	3,9	21	6,9	20	7,9	20	9,4		
	Toplam	232	100,0	306	100,0	253	100,0	212	100,0		
İlk Yardım Soru 7	A*	132	56,2	162	52,9	145	57,1	72	33,6	43,818	<0,001
	B	38	16,2	71	23,2	41	16,1	60	28,0		
	C	49	20,9	60	19,6	60	23,6	60	28,0		
	D	16	6,8	13	4,2	8	3,1	22	10,3		
	Toplam	235	100,0	306	100,0	254	100,0	214	100,0		
İlk Yardım Soru 8	A	22	9,4	28	9,3	21	8,4	23	11,4	9,879	0,360
	B	38	16,3	55	18,3	39	15,7	45	22,3		
	C*	129	55,4	172	57,1	145	58,2	93	46,0		
	D	44	18,9	46	15,3	44	17,7	41	20,3		
	Toplam	233	100,0	301	100,0	249	100,0	202	100,0		
İlk Yardım Soru 9	A	42	18,1	71	23,4	49	19,8	68	33,8	35,774	<0,001
	B*	140	60,3	173	57,1	152	61,3	78	38,8		
	C	29	12,5	29	9,6	19	7,7	33	16,4		
	D	21	9,1	30	9,9	28	11,3	22	10,9		
	Toplam	232	100,0	303	100,0	248	100,0	201	100,0		
İlk Yardım Soru 10	A*	176	75,2	216	72,0	198	79,2	126	61,8	34,880	<0,001
	B	20	8,5	41	13,7	18	7,2	20	9,8		
	C	24	10,3	18	6,0	13	5,2	31	15,2		
	D	14	6,0	25	8,3	21	8,4	27	13,2		
	Toplam	234	100,0	300	100,0	250	100,0	204	100,0		
İlk Yardım Soru 11	A	32	13,8	43	14,5	34	13,8	35	17,9	20,103	0,017
	B	40	17,2	60	20,3	35	14,2	43	21,9		
	C	26	11,2	50	16,9	33	13,4	37	18,9		
	D*	134	57,8	143	48,3	145	58,7	81	41,3		
	Toplam	232	100,0	296	100,0	247	100,0	196	100,0		
İlk Yardım Soru 12	A	31	13,2	36	11,9	22	8,8	42	20,3	29,819	<0,001
	B*	149	63,4	166	55,0	158	63,2	93	44,9		
	C	17	7,2	42	13,9	31	12,4	26	12,6		
	D	38	16,2	58	19,2	39	15,6	46	22,2		
	Toplam	235	100,0	302	100,0	250	100,0	207	100,0		

Araştırmaya katılan öğrencilerin ilk yardım bilgi/beceri sorularına verdikleri cevapların bölümlere göre dağılımları ve karşılaştırılması tablo 19’ da gösterilmektedir.

İlk Yardım S1: “Aşağıdakilerden hangisi ilk yardımın amacı değildir?” sorusunun doğru yanıtı olan “Hastanın kalp hızını sabit tutmak” (B seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %59,8’i, AEB öğrencilerinin %61,4’ü, SYB öğrencilerinin %61,5’i ve SL öğrencilerinin %48,8’i tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=21,321$; $p=0,011$; $p<0,05$). AEB ve SYB öğrencilerinin

diğer bölümlere göre doğru yanıtlanma oranının daha yüksek olduğu, bunu BESÖB öğrencilerinin takip ettiği, SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlanma oranının %50'nin altında olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla bu konuda üniversite öğrencilerinin (BESÖB, AEB, SYB) lise öğrencilerinden daha bilgili olduğu söylenebilir.

İlk Yardım S2: "Hasta ya da yaralının birinci değerlendirmesinde aşağıdakilerden hangisi kontrol edilmez?" sorusunun doğru yanıtı olan "Kan Basıncı" (C seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %57,7'si, AEB öğrencilerinin %66,7'si, SYB öğrencilerinin %52,7'si ve SL öğrencilerinin %39,3'ü tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=48,001$; $p<0,001$; $p<0,05$). AEB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru yanıtlanma oranının daha yüksek olduğu, bunu BESÖB öğrencilerinin takip ettiği, SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlanma oranının ise en düşük olduğu (%40'ın altında) saptanmıştır. SL öğrencilerinin bu soruya hakim olmadıkları söylenebilir.

İlk Yardım S3: "Aşağıdakilerden hangisi dış kanamalarda kanama durdurma yöntemlerinden değildir?" sorusunun doğru yanıtı olan "Sıcak uygulama yapmak" (B seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %74,8'i, AEB öğrencilerinin %75,9'u, SYB öğrencilerinin %71,4'ü ve SL öğrencilerinin %50,9'u tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=47,048$; $p<0,001$; $p<0,05$). AEB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru yanıtlanma oranının daha yüksek olduğu, bunu BESÖB öğrencilerinin takip ettiği, SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlanma oranının ise en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlanma yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlanma oranının %50'nin üzerinde olduğu görülmektedir. Dolayısıyla tüm bölümlerdeki öğrencilerin bu konuya daha hakim oldukları söylenebilir.

İlk Yardım S4: "Trafik kazasında aşağıdaki hastalardan hangisine öncelikle müdahale etmeniz gerekir?" sorusunun doğru yanıtı olan "Havayolu tıkanıklık bulguları olan" (A seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %39,3'ü, AEB öğrencilerinin %50,2'si, SYB öğrencilerinin %39,1'i ve SL öğrencilerinin %23,6'sı tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=43,640$; $p<0,001$;

$p < 0,05$). AEB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru yanıtlama oranının daha yüksek olduğu, bunu BESÖB ve SYB öğrencilerinin takip ettiği, SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında sadece AEB öğrencilerinin doğru yanıtlama oranının %50'nin üzerinde olduğu diğer bölümlerin %40'ın altında olduğu görülmektedir. BESÖB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya hakim olmadıkları söylenebilir.

İlk Yardım S5: "Aşağıdakilerden hangisi şok belirti ve bulgularından değildir?" sorusunun doğru yanıtı olan "*Nabzın yavaş ve belirgin alınması*" (B seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %33,9'u, AEB öğrencilerinin %35,3'ü, SYB öğrencilerinin %33,9'u ve SL öğrencilerinin %24,1'i tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermemektedir ($\chi^2=12,508$; $p=0,186$; $p > 0,05$). Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında tüm bölümlerin %40'ın altında olduğu görülmektedir. Tüm bölümlerdeki öğrencilerin bu soruya hakim olmadıkları söylenebilir.

İlk Yardım S6: "Burun kanamasında aşağıdaki uygulamalardan hangisi yapılmaz?" sorusunun doğru yanıtı olan "*Baş ve gövde hafifçe arkaya doğru eğilir.*" (B seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %57,3'ü, AEB öğrencilerinin %55,2'si, SYB öğrencilerinin %51,4'ü ve SL öğrencilerinin %33,4'ü tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=44,892$; $p < ,001$; $p < ,05$). BESÖB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru yanıtlama oranının daha yüksek olduğu, bunu BESÖB ve SYB öğrencilerinin takip ettiği, SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında üniversite öğrencilerinin doğru yanıtlama oranlarının %50'nin üzerinde lise öğrencilerinin ise %35'in altında olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu konuya üniversite öğrencilerinin lise öğrencilerinden daha hakim olduğu söylenebilir.

İlk Yardım S7: "Göğüse yabancı cisim saplanmışsa (Demir, odun parçası vb.) aşağıdaki uygulamalardan hangisi yapılmalıdır?" sorusunun doğru yanıtı olan "*Yabancı cismin hareket etmesini engelleyecek şekilde sabitlemek*" (A seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %56,2'si, AEB öğrencilerinin %52,9'u, SYB öğrencilerinin %57,1'i ve SL öğrencilerinin %33,6'sı tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB

ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=43,818$; $p<0,001$; $p<0,05$). SYB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru yanıt oranının daha yüksek olduğu, bunu BESÖB ve AEB öğrencilerinin takip ettiği, SL öğrencilerinin ise doğru yanıt oranının en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıt yüzdelerine bakıldığında üniversite öğrencilerinin doğru yanıt oranlarının %50'nin üzerinde lise öğrencilerinin ise %35'in altında olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu konuya üniversite öğrencilerinin lise öğrencilerinden daha hakim olduğu söylenebilir.

İlk Yardım S8: "Yanık müdahalesi ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?" sorusunun doğru yanıtı olan "*İyileşmenin hızlandırılması için içi sıvı dolu keseler patlatılmalıdır.*" (C seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %55,4'ü, AEB öğrencilerinin %57,1'i, SYB öğrencilerinin %58,2'si ve SL öğrencilerinin %46'sı tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermemektedir ($\chi^2=9,879$; $p=0,360$; $p>0,05$). BESÖB, AEB ve SYB öğrencilerinin doğru yanıt oranının yakın ve %50'nin üzerinde olduğu, SL öğrencilerinin ise doğru yanıt oranının %50'nin altında olduğu saptanmıştır.

İlk Yardım S9: "Aşağıdakilerden hangisinde alt ekstremitte (bacak, ayak vs.) kırıklarında uyulması gereken kurallar yanlış verilmiştir?" sorusunun doğru yanıtı olan "Hasta ya da yaralının ayakkabısı çıkarılmalıdır." (B seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %60,3'ü, AEB öğrencilerinin %57,1'i, SYB öğrencilerinin %61,3'ü ve SL öğrencilerinin %38,8'i tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=35,774$; $p<0,001$; $p<0,05$). SYB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru yanıt oranının daha yüksek olduğu, bunu BESÖB ve AEB öğrencilerinin takip ettiği, SL öğrencilerinin ise doğru yanıt oranının en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıt yüzdelerine bakıldığında üniversite öğrencilerinin doğru yanıt oranlarının %55'in üzerinde lise öğrencilerinin ise %40'ın altında olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu konuya üniversite öğrencilerinin lise öğrencilerinden daha hakim olduğu söylenebilir.

İlk Yardım S10: "Kene ısırmasında ilk yardım uygulamaları ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?" sorusunun doğru yanıtı olan "Kene kafasından

tutularak çıkarılır.” (A seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %75,2’si, AEB öğrencilerinin %72’si, SYB öğrencilerinin %79,2’si ve SL öğrencilerinin % 61,8’i tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=34,880$; $p<0,001$; $p<0,05$). SYB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru yanıtlama oranının daha yüksek olduğu, bunu BESÖB ve AEB öğrencilerinin takip ettiği, SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında üniversite öğrencilerinin doğru yanıtlama oranlarının %70’in üzerinde lise öğrencilerinin ise %60’ın üzerinde olduğu görülmektedir. Tüm bölüm öğrencilerinin bu konuya hakim oldukları söylenebilir.

İlk Yardım S11: “Sara nöbeti esnasında hangisi yapılmamalıdır?” sorusunun doğru yanıtı olan *“Kilitlenmiş çene sert bir madde yardımı ile açılmalı”* (D seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %57,8’i, AEB öğrencilerinin %48,3’ü, SYB öğrencilerinin %58,7’si ve SL öğrencilerinin %41,3’ü tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=20,103$; $p=0,017$; $p<0,05$). SYB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru yanıtlama oranının daha yüksek olduğu, bunu BESÖB ve AEB öğrencilerinin takip ettiği, SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında üniversite öğrencilerinin doğru yanıtlama oranlarının %50’nin üzerinde lise öğrencilerinin ise %45’in altında olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu konuya üniversite öğrencilerinin lise öğrencilerinden daha hakim olduğu söylenebilir.

İlk Yardım S12: “Çıkıkla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır?” sorusunun doğru yanıtı olan *“Çıkık yerine oturtulmaya çalışılmalı”* (B seçeneği) BESÖB öğrencilerinin %63,4’ü, AEB öğrencilerinin %55’i, SYB öğrencilerinin %63,2’si ve SL öğrencilerinin %44,9’u tarafından işaretlenmiştir. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bu soruya verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir ($\chi^2=29,819$; $p<0,001$; $p<0,05$). BESÖB ve SYB öğrencilerinin diğer bölümlere göre doğru yanıtlama oranının daha yüksek olduğu, bunu AEB öğrencilerinin takip ettiği, SL öğrencilerinin ise doğru yanıtlama oranının en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında üniversite öğrencilerinin doğru yanıtlama oranlarının %50’nin

üzerinde lise öğrencilerinin ise %45'in altında olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu konuya üniversite öğrencilerinin lise öğrencilerinden daha hakim olduğu söylenebilir.

4.4. Temel İlk Yardım Uygulamaları Tutum Sorularına Ait Bulgular

Tablo 20. Temel ilk yardım uygulamaları tutum sorularına verilen cevapların bölümlere göre dağılımları

Sorular	Yanıtlar	Bölüm							
		BESÖB		AEB		SYB		SL	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Tutum Soru 1	Hiç katılmıyorum	4	1,7	2	,6	5	1,9	4	1,8
	Bazen katılmıyorum	3	1,3	3	1,0	5	1,9	6	2,7
	Kararsızım	9	3,8	11	3,5	7	2,7	11	4,9
	Bazen katılıyorum	13	5,5	19	6,1	12	4,7	21	9,4
	Tamamen katılıyorum	207	87,7	275	88,7	228	88,7	182	81,3
	Toplam	236	100,0	310	100,0	257	100,0	224	100,0
Tutum Soru 2	Hiç katılmıyorum	173	73,3	225	72,6	194	75,8	140	62,5
	Bazen katılmıyorum	22	9,3	27	8,7	16	6,3	20	8,9
	Kararsızım	21	8,9	27	8,7	16	6,3	34	15,2
	Bazen katılıyorum	11	4,7	19	6,1	26	10,2	26	11,6
	Tamamen katılıyorum	9	3,8	12	3,9	4	1,6	4	1,8
	Toplam	236	100,0	310	100,0	256	100,0	224	100,0
Tutum Soru 3	Hiç katılmıyorum	4	1,7	0	0,0	2	,8	12	5,4
	Bazen katılmıyorum	7	3,0	7	2,3	2	,8	9	4,1
	Kararsızım	28	11,9	30	9,7	26	10,2	48	21,6
	Bazen katılıyorum	30	12,8	71	22,9	43	16,8	57	25,7
	Tamamen katılıyorum	166	70,6	202	65,2	183	71,5	96	43,2
	Toplam	235	100,0	310	100,0	256	100,0	222	100,0
Tutum Soru 4	Hiç katılmıyorum	1	,4	4	1,3	1	,4	8	3,6
	Bazen katılmıyorum	2	,9	3	1,0	6	2,3	6	2,7
	Kararsızım	9	3,8	20	6,5	7	2,7	17	7,6
	Bazen katılıyorum	26	11,1	39	12,7	36	14,0	28	12,5
	Tamamen katılıyorum	197	83,8	242	78,6	207	80,5	165	73,7
	Toplam	235	100,0	308	100,0	257	100,0	224	100,0

Tablo 20. Temel ilk yardım uygulamaları tutum sorularına verilen cevapların bölümlere göre dağılımları (devamı)

		Bölüm							
		BESÖB		AEB		SYB		SL	
Sorular	Yanıtlar	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Tutum Soru 5	Hiç katılmıyorum	91	38,7	93	30,0	80	31,1	50	22,4
	Bazen katılmıyorum	30	12,8	48	15,5	36	14,0	28	12,6
	Kararsızım	56	23,8	78	25,2	62	24,1	73	32,7
	Bazen katılıyorum	43	18,3	68	21,9	66	25,7	39	17,5
	Tamamen katılıyorum	15	6,4	23	7,4	13	5,1	33	14,8
	Toplam		235	100,0	310	100,0	257	100,0	223
Tutum Soru 6	Hiç katılmıyorum	1	,4	3	1,0	0	0,0	2	,9
	Bazen katılmıyorum	4	1,7	5	1,6	4	1,6	13	5,8
	Kararsızım	10	4,2	18	5,8	13	5,1	19	8,5
	Bazen katılıyorum	25	10,6	52	16,8	23	8,9	34	15,2
	Tamamen katılıyorum	196	83,1	232	74,8	217	84,4	156	69,6
	Toplam		236	100,0	310	100,0	257	100,0	224
Tutum Soru 7	Hiç katılmıyorum	3	1,3	6	1,9	3	1,2	16	7,1
	Bazen katılmıyorum	6	2,6	12	3,9	8	3,1	15	6,7
	Kararsızım	50	21,3	61	19,7	51	19,8	49	21,9
	Bazen katılıyorum	71	30,2	102	33,0	93	36,2	64	28,6
	Tamamen katılıyorum	105	44,7	128	41,4	102	39,7	80	35,7
	Toplam		235	100,0	309	100,0	257	100,0	224
Tutum Soru 8	Hiç katılmıyorum	6	2,6	8	2,6	3	1,2	6	2,7
	Bazen katılmıyorum	6	2,6	9	2,9	4	1,6	9	4,0
	Kararsızım	14	6,0	23	7,4	18	7,0	33	14,7
	Bazen katılıyorum	32	13,6	44	14,2	30	11,7	43	19,2
	Tamamen katılıyorum	177	75,3	225	72,8	202	78,6	133	59,4
	Toplam		235	100,0	309	100,0	257	100,0	224
Tutum Soru 9	Hiç katılmıyorum	14	6,0	21	6,8	11	4,3	21	9,4
	Bazen katılmıyorum	17	7,2	22	7,1	17	6,6	15	6,7
	Kararsızım	46	19,6	78	25,2	49	19,1	46	20,5
	Bazen katılıyorum	54	23,0	73	23,5	55	21,4	52	23,2
	Tamamen katılıyorum	104	44,3	116	37,4	125	48,6	90	40,2
	Toplam		235	100,0	310	100,0	257	100,0	224

Tablo 20. Temel ilk yardım uygulamaları tutum sorularına verilen cevapların bölümlere göre dağılımları (devamı)

Sorular	Yanıtlar	Bölüm							
		BESÖB		AEB		SYB		SL	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Tutum Soru 10	Hiç katılmıyorum	10	4,2	10	3,2	4	1,6	18	8,1
	Bazen katılmıyorum	4	1,7	2	,6	3	1,2	11	4,9
	Kararsızım	17	7,2	19	6,1	12	4,7	40	17,9
	Bazen katılıyorum	29	12,3	44	14,2	29	11,3	43	19,3
	Tamamen katılıyorum	176	74,6	235	75,8	208	81,3	111	49,8
	Toplam	236	100,0	310	100,0	256	100,0	223	100,0
Tutum Soru 11	Hiç katılmıyorum	32	13,6	39	12,6	64	24,9	32	13,6
	Bazen katılmıyorum	24	10,2	25	8,1	20	7,8	24	10,2
	Kararsızım	78	33,1	97	31,3	72	28,0	78	33,1
	Bazen katılıyorum	49	20,8	79	25,5	53	20,6	49	20,8
	Tamamen katılıyorum	53	22,5	70	22,6	48	18,7	53	22,5
	Toplam	236	100,0	310	100,0	257	100,0	236	100,0

Araştırmaya katılan öğrencilerin temel ilk yardım uygulamaları tutum sorularına verdikleri cevapların bölümlere göre dağılımları tablo 20’ de verilmiştir.

Tutum S1: “İlk yardım eğitiminin gerekli olduğunu düşünüyorum” sorusuna BESÖB öğrencilerinin % 87,7’si, AEB öğrencilerinin %88,7’si, SYB öğrencilerinin %88,7’si ve SL öğrencilerinin %81,3’ü “*Tamamen Katılıyorum*” yanıtını vermiştir. Tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde öğrencilerin %80’den fazlasının “*Tamamen Katılıyorum*” yanıtını verdiği saptanmıştır. Dolayısıyla tüm bölüm öğrencilerinin ilk yardım eğitiminin gerekli olduğu konusunda bilinçli oldukları söylenebilir.

Tutum S2: “Sağlık çalışanı değilim, ilk yardım uygulamak benim için gerekli değil.” sorusuna BESÖB öğrencilerinin % 73,3’ü, AEB öğrencilerinin %72,6’sı, SYB öğrencilerinin %75,8’i ve SL öğrencilerinin %62,5’ü “*Hiç Katılmıyorum*” yanıtını vermiştir. Tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde Üniversite öğrencilerinin %70’den fazlasının lise öğrencilerinin ise %60’dan fazlasının “*Hiç Katılmıyorum*” yanıtını verdiği saptanmıştır. Dolayısıyla üniversite öğrencilerinin

ilk yardım uygulamanın gerekli olduğu konusunda lise öğrencilerinden daha bilinçli oldukları söylenebilir.

Tutum S3: “Temel Yaşam Desteği (TYD) uygulamak özel bir eğitim gerektirir.” sorusuna BESÖB öğrencilerinin % 70,6’sı, AEB öğrencilerinin %65,2’si, SYB öğrencilerinin %75,5’i ve SL öğrencilerinin %43,2’si “*Tamamen Katılıyorum*” yanıtını vermiştir. Tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde üniversite öğrencilerden “*Tamamen Katılıyorum*” yanıtını verenlerin oranının %65’in üzerinde lise öğrencilerinin ise %50’nin altında olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla TYD uygulamanın özel bir eğitim gerektirdiği konusunda üniversite öğrencilerinin lise öğrencilerinden daha bilinçli oldukları söylenebilir.

Tutum S4: “İlk yardımın gerekli olduğu durumlarda insanlara yardım etmek beni mutlu eder.” sorusuna BESÖB öğrencilerinin %83,8’i, AEB öğrencilerinin %78,6’sı, SYB öğrencilerinin %80,5’i ve SL öğrencilerinin %73,7’si “*Tamamen Katılıyorum*” yanıtını vermiştir. Tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde BESÖB öğrencilerinin en yüksek oranda “*Tamamen Katılıyorum*” yanıtını verdiği, en düşük oranın ise SL öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlere genel olarak bakıldığında “*Tamamen Katılıyorum*” yanıtının %70’in üzerinde olduğu görülmektedir. Dolayısıyla tüm bölümdeki öğrencilerinin yüksek oranda “*İlk yardımın gerekli olduğu durumlarda yardımcı olma*” konusunda mutluluk duyduğu söylenebilir.

Tutum S5: “TYD uygulamak beni korkutur, başımın belaya girmesinden çekinirim, yapamam.” sorusuna BESÖB öğrencilerinin % 38,7’si, AEB öğrencilerinin %30’u, SYB öğrencilerinin %31,1’i ve SL öğrencilerinin %22,4’ü “*Hiç katılmıyorum*” yanıtını vermiştir. BESÖB öğrencilerinin %23,8’i, AEB öğrencilerinin %25,2’si, SYB öğrencilerinin %24,1’i ve SL öğrencilerinin %32,7’si “*Kararsızım*” yanıtını vermiştir. Tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde üniversite öğrencilerinin %30’dan fazlasının “*Hiç katılmıyorum*” yanıtını verdiği, lise öğrencilerinde ise bu oranın %25’in altında olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla üniversite öğrencilerinin TYD uygulamada lise öğrencilerinden daha cesaretli olduğu ancak iki grup arasında bu konuda büyük bir farklılığın olmadığı söylenebilir. Tüm bölümlere genel olarak bakıldığında üniversite öğrencilerinin %20’den fazlasının “*Kararsızım*” yanıtını verdiği lise öğrencilerinde ise bu oranın %30’dan yüksek olduğu görülmektedir.

Bu konuda lise öğrencilerinin üniversite öğrencilerinden daha fazla kararsızlık yaşadığı söylenebilir.

Tutum S6: “Spor alanında çalışanların ve öğrenim görenlerin ilk yardım bilgi ve becerisine sahip olması gerekir.” sorusuna BESÖB öğrencilerinin %83,1’i, AEB öğrencilerinin %74,8’i, SYB öğrencilerinin %84,4’ü ve SL öğrencilerinin %69,6’sı “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde SYB öğrencilerinin en yüksek oranda “Tamamen Katılıyorum” yanıtını verdiği, bunu BESÖB öğrencilerinin takip ettiği en düşük oranın ise SL öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin yüzdeleri incelendiğinde üniversite öğrencilerinin spor alanında çalışanların ve öğrenim görenlerin ilk yardım bilgi ve becerisine sahip olmasının gerekliliği konusunda lise öğrencilerinden daha bilinçli olduğu söylenebilir.

Tutum S7: “Acil müdahale gerektiren durumlarda sakin ve soğukkanlı davranabilirim.” sorusuna BESÖB öğrencilerinin %44,7’si, AEB öğrencilerinin %41,4’ü, SYB öğrencilerinin %39,7’si ve SL öğrencilerinin %35,7’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. BESÖB öğrencilerinin %30,2’si, AEB öğrencilerinin %33’ü, SYB öğrencilerinin %36,2’si ve SL öğrencilerinin %28,6’sı “Bazen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. BESÖB öğrencilerinin %21,3’ü, AEB öğrencilerinin %19,7’si, SYB öğrencilerinin %19,8’i ve SL öğrencilerinin %21,9’u “Kararsızım” yanıtını vermiştir. Tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde BESÖB öğrencilerinin en yüksek oranda “Tamamen Katılıyorum” yanıtını verdiği, bunu AEB öğrencilerinin takip ettiği en düşük oranın ise SL öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla BESÖB ve AEB öğrencilerinin acil müdahale gerektiren durumlarda sakin ve soğukkanlı davranabilme konusunda SYB ve SL öğrencilerinden daha etkin olduğu söylenebilir.

Tutum S8: “Liselerde ilk yardım dersinin gerekli olduğunu düşünüyorum.” sorusuna BESÖB öğrencilerinin %75,3’ü, AEB öğrencilerinin %72,8’i, SYB öğrencilerinin %78,6’sı ve SL öğrencilerinin %59,4’ü “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde SYB öğrencilerinin en yüksek oranda “Tamamen Katılıyorum” yanıtını verdiği, en düşük oranın ise SL öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlere genel olarak bakıldığında “Tamamen Katılıyorum” yanıtının üniversite öğrencilerinde %70’in

üzerinde olduğu, lise öğrencilerinde ise %60'ın altına indiği görülmektedir. Dolayısıyla üniversite öğrencilerinin liselerde ilk yardım dersinin gerekli olduğu konusunda lise öğrencilerinden daha bilinçli olduğu söylenebilir.

Tutum S9: "İlk yardım dersi konularını ve eğitimini yeterli bulmuyorum." sorusuna BESÖB öğrencilerinin %44,3'ü, AEB öğrencilerinin %37,4'ü, SYB öğrencilerinin %48,6'sı ve SL öğrencilerinin %40,2'si "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. BESÖB öğrencilerinin %23'ü, AEB öğrencilerinin %23,5'i, SYB öğrencilerinin %21,4'ü ve SL öğrencilerinin %23,2'si "Bazen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde SYB öğrencilerinin en yüksek oranda "Tamamen Katılıyorum" yanıtını verdiği, bunu BESÖB öğrencilerinin takip ettiği en düşük oranın ise AEB öğrencilerinde olduğu saptanmıştır.

Tutum S11: "Spor Bilimleri Fakültesinde verilen TYD eğitimlerini yeterli buluyorum." sorusuna BESÖB öğrencilerinin %33,1'i, AEB öğrencilerinin %31,3'ü, SYB öğrencilerinin %28'i "Kararsızım" yanıtını vermiştir. BESÖB öğrencilerinin %22,5'i, AEB öğrencilerinin %22,6'sı, SYB öğrencilerinin %18,7'si "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. BESÖB öğrencilerinin %20,8'i, AEB öğrencilerinin %25,5'i, SYB öğrencilerinin %20,6'sı "Bazen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu soru lise öğrencileri ile ilişkili olmadığı için değerlendirilmemiştir. Tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde öğrencilerin verdikleri yanıtların yüzdelerinin çok farklı olmadığı görülmektedir. Ancak "Kararsızım" seçeneğini işaretleyen öğrenci oranının diğer yanıtlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.5. BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin TYD /İlk Yardım ve Tutum Testleri Puanlarına ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 21. BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin demografik özelliklerine ve TYD İlk Yardım Eğitim durumlarına göre TYD/İlk Yardım Bilgi toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılması

Özellikler	Sayı (n)	Puan	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Cinsiyet	Kadın	353	TYD Puan İlk Y. Puan	24,13±13,04 60 (,00-100,0)
	Erkek	674	TYD Puan İlk Y. Puan	27,48±13,23 50 (,00-100,0)
Test		TYD Puan	U 100547,00	P <0,001
		İlk Y. Puan	U 100586,00	P <0,001

Tablo 21. BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin demografik özelliklerine ve TYD İlk Yardım Eğitim durumlarına göre TYD/İlk Yardım Bilgi toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılması (devamı)

Özellikler	Alt Özellik	Sayı (n)	Puan	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Bölüm	BESÖB	236	TYD Puan	25,44±12,47	25 (,00-60,0)
			İlk Y. Puan	56,36 ±20,81	60 (5,0-100,0)
	AEB	309	TYD Puan	28,37±13,21	25 (,00-70,0)
			İlk Y. Puan	55,42 ±22,27	60 (5,0-100,0)
SYB		257	TYD Puan	27,39 ±14,09	25 (,00-75,0)
			İlk Y. Puan	54,77±20,86	60 (5,0-100,0)
SL		224	TYD Puan	23,24± 12,54	20 (,00-60,0)
			İlk Y. Puan	36,29± 18,19	35 (,00-85,0)
Test	TYD Puan	χ^2 22,569	P	<0,001	
	İlk Y. Puan	χ^2 130,963	P	<0,001	
Sınıf	1.Sınıf	323	TYD Puan	26,87± 13,37	25 (,00-60,0)
			İlk Y. Puan	48,49 ±22,78	50 (,00-100,0)
	2.Sınıf	170	TYD Puan	26,94±13,34	25 (,00-65,0)
			İlk Y. Puan	46,91± 22,05	45(10,0-95,0)
3.Sınıf		277	TYD Puan	24,87±12,50	25 (,00-65,0)
			İlk Y. Puan	54,51±21,94	55 (,00-100,0)
4.Sınıf		256	TYD Puan	26,82±13,80	25 (,00-75,0)
			İlk Y. Puan	54,22±20,93	55 (5,0-100,0)
Test	TYD Puan	χ^2 3,602	P	0,308	
	İlk Y. Puan	χ^2 21,767	P	<0,001	
Mezun Olunan-Devam Edilen Lise	Düz Lise-Anadolu lisesi	507	TYD Puan	27,40±13,60	25 (,00-75,0)
			İlk Y. Puan	56,08±21,52	60 (5,0-100,0)
	Sağlık Meslek Lisesi	25	TYD Puan	29,00±13,70	25 (5,0-60,0)
			İlk Y. Puan	52,80±19,58	50(10,0-90,0)
SL		315	TYD Puan	23,87±12,58	20 (,00-60,0)
			İlk Y. Puan	41,63±21,06	40 (,00-100,0)
Diğer		177	TYD Puan	27,37±12,92	30 (,00-60,0)
			İlk Y. Puan	54,40±21,03	55 (10,0-100,0)
Test	TYD Puan	χ^2 17,447	P	0,001	
	İlk Y. Puan	χ^2 88,017	P	<0,001	

Tablo 21. BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin demografik özelliklerine ve TYD İlk Yardım Eğitim durumlarına göre TYD/İlk Yardım Bilgi toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılması (devamı)

Özellikler	Alt Özellik	Sayı (n)	Puan	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Daha önce TYD ve İlk yardım eğitimi aldı mı?	Evet	781	TYD Puan	27,16±13,42	25 (,00-75,0)
			İlk Y. Puan	54,06±21,54	55 (,00-100,0)
	Hayır	245	TYD Puan	23,69±12,39	20 (,00-60,0)
			İlk Y. Puan	42,39±21,94	40 (,00-100,0)
Test			TYD Puan İlk Y. Puan	U 81299,5 U 66581,0	P <0,001 P <0,001
İlk Yardım eğitimini kaç yıl önce aldı?	0-1 yıl önce	174	TYD Puan	30,57±13,49	30 (,00-65,0)
	1-2 yıl önce	312	İlk Y. Puan	55,34±20,85	55 (5,0-100,0)
			TYD Puan	25,34±12,81	25 (,00-65,0)
	2 yıl ve daha fazla öncesinde	295	İlk Y. Puan	54,86±22,29	55 (,00-100,0)
			TYD Puan	27,07±13,65	25 (,00-75,0)
	Test			TYD Puan İlk Y. Puan	χ^2 17,288 χ^2 2,732
TYD ve İlk yardım eğitimini nerede aldı?	Lise	169	TYD Puan	28,22±14,08	30 (,00-60,0)
			İlk Y. Puan	48,28±22,47	50 (,00-100,0)
	Üniversite	551	TYD Puan	27,08±13,30	25 (,00-75,0)
			İlk Y. Puan	56,59±20,78	60 (5,0-100,0)
	Sürücü Kursu	20	TYD Puan	28,75±14,32	30 (5,0-50,0)
			İlk Y. Puan	58,50±18,29	60 (5,0-85,0)
	İlkyardım Kursu	5	TYD Puan	29,00±6,52	25 (25,0-40,0)
			İlk Y. Puan	63,00±21,10	75 (40,0-80,0)
	Diğer	36	TYD Puan	22,22±11,42	20 (,00-50,0)
			İlk Y. Puan	38,75±19,29	37,5 (5,0-70,0)
Test			TYD Puan İlk Y. Puan	χ^2 7,772 χ^2 36,803	P 0,100 P < 0,001
Eğitim tipi	Teorik	559	TYD Puan	27,26±13,77	25 (,00-75,0)
			İlk Y. Puan	53,13±21,65	55 (,00-100,0)
	Teorik+ uygulama	222	TYD Puan	26,89±12,51	25 (,00-65,0)
			İlk Y. Puan	56,40±21,12	60 (5,0-100,0)
Test			TYD Puan İlk Y. Puan	U 61755,5 U 56554,5	P 0,917 P 0,049

Tablo 21. BESÖB, AEB, SYB, SL öğrencilerinin demografik özelliklerine ve TYD İlk Yardım Eğitim durumlarına göre TYD/İlk Yardım Bilgi toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılması (devamı)

Özellikler	Alt Özellik	Sayı (n)	Puan	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
TYD ve İlk yardım konusunda Yeterli hissetme durumu	Yeterli	109	TYD Puan	25,82±14,26	25 (,00-65,0)
			İlk Y. Puan	45,23±22,88	45(5,0-95,0)
	Kısmen Yeterli	545	TYD Puan	27,69±13,19	25 (,00-75,0)
	Yetersiz	363	TYD Puan	52,71±22,07	55 (,00-100,0)
			İlk Y. Puan	24,27±12,74	25 (,00-60,0)
			İlk Y. Puan	51,05±21,98	55 (,00-100,0)
Test			TYD Puan	χ^2 13,696	P 0,001
			İlk Y. Puan	χ^2 9,594	P 0,008
Eğitim almak ister mi?	Evet	880	TYD Puan	26,39±13,24	25 (,00-75,0)
			İlk Y. Puan	52,70±21,95	55 (,00-100,0)
	Hayır	139	TYD Puan	26,12±13,38	25 (,00-60,0)
			İlk Y. Puan	42,16±21,69	40(5,0-100,0)
Test			TYD Puan	U 59912,5	P 0,697
			İlk Y. Puan	U 44515,0	P <0,001
TYD konusunda güncel bilgileri takip etme	Evet	285	TYD Puan	26,68±13,19	25 (,00-70,0)
			İlk Y. Puan	51,91±22,74	50(5,0-100,0)
	Hayır	737	TYD Puan	26,17±13,30	25 (,00-75,0)
			İlk Y. Puan	51,08±22,01	50 (,00-100,0)
Test			TYD Puan	U 101239,0	P 0,368
			İlk Y. Puan	U 102562,0	P 0,547
Güncel bilgiler nasıl takip ediliyor?	Tv	38	TYD Puan	26,45±13,90	25 (,00-55,0)
			İlk Y. Puan	44,87±22,76	42,5(10,0-85,0)
	İnternet	219	TYD Puan	26,71±12,95	25 (,00-70,0)
			İlk Y. Puan	52,98±22,43	55 (5,0-100,0)
	Dergi	14	TYD Puan	27,14±13,55	32,5(,00-45,0)
		İlk Y. Puan	51,43±24,05	52,5(10,0-80,0)	
	Diğer	14	TYD Puan	26,43±15,98	25(5,0-50,0)
			İlk Y. Puan	53,57±25,22	50(10,0-80,0)
Test			TYD Puan	χ^2 ,297	P 0,961
			İlk Y. Puan	χ^2 4,185	P 0,242

Araştırmaya katılan öğrencilerin demografik özelliklerine ve TYD/ İlk Yardım Eğitim durumlarına göre TYD/İlk Yardım Bilgi toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılması tablo 21’ de verilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim aldıkları bölümlere göre TYD toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2 = 22,569$; $p < 0,001$; $p < 0,05$). Tablo 21 incelendiğinde AEB’ de

eğitim alan ğrencilerin TYD bilgi toplam puan ortalamalarının en yüksek olduğu, bunu SYB ğrencilerinin takip ettiği en düşük puan ortalamasının ise SL ğrencilerinde olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla AEB ve SYB ğrencilerinin TYD bilgisinin diğer bölümlerden daha yüksek olduğu, SL ğrencilerinin ise TYD bilgi düzeyinin diğer bölümlerden daha düşük olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim aldıkları bölümlere göre ilk yardım toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2 = 130,963$; $p < 0,001$; $p < 0,05$). Tablo 21 incelendiğinde BESB' de eğitim alan öğrencilerin ilk yardım bilgi toplam puan ortalamalarının en yüksek olduğu, bunu AEB ğrencilerinin takip ettiği en düşük puan ortalamasının ise SL ğrencilerinde olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla BESB ve AEB ğrencilerinin ilk yardım bilgisinin diğer bölümlerden daha yüksek olduğu, SL ğrencilerinin ise ilk yardım bilgi düzeyinin diğer bölümlerden daha düşük olduğu söylenebilir.

BESB, AEB, SYB ve SL ğrencilerinin cinsiyetlere göre TYD toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($U = 100547,00$; $p < 0,001$; $p < 0,05$). Tablo 21 incelendiğinde kadınların TYD bilgi toplam puan ortalamalarının erkeklerden daha düşük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla erkek ğrencilerin TYD bilgisinin kadınlardan daha yüksek olduğu söylenebilir. BESB, AEB, SYB ve SL ğrencilerinin cinsiyetlere göre İlk Yardım toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($U = 100586,00$; $p < 0,001$; $p < 0,05$). Tablo 21 incelendiğinde kadınların ilk yardım bilgi toplam puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla kadınların ilk yardım bilgisinin erkeklerden daha yüksek olduğu söylenebilir.

BESB, AEB, SYB ve SL ğrencilerinin sınıf düzeylerine göre TYD toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($\chi^2 = 3,602$; $p = ,308$; $p > ,05$). BESB, AEB, SYB ve SL ğrencilerinin sınıf düzeylerine göre İlk Yardım toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2 = 21,767$; $p < 0,001$; $p < 0,05$). Tablo 21 incelendiğinde 3.sınıf ğrencilerinin ilk yardım bilgi toplam puan ortalamalarının en yüksek olduğu, bunu 4. Sınıf ğrencilerinin takip ettiği, 2.sınıf ğrencilerinin puan ortalamalarının ise en düşük olduğu saptanmıştır.

BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin daha önce TYD ve İlk Yardım eğitimi alıp almamalarına göre TYD toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($U=81299,5$; $p<0,001$; $p<0,05$). Tablo 21 incelendiğinde TYD ve İlk yardım eğitimi alan öğrencilerin TYD puan ortalamalarının eğitim almayan öğrencilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim almayan öğrencilerin İlk yardım puan ortalamaları da istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($U=66581,0$; $p<0,001$; $p<0,05$). Tablo 21 incelendiğinde TYD ve İlk yardım eğitimi alan öğrencilerin İlk Yardım puan ortalamalarının eğitim almayan öğrencilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla TYD ve ilk yardım eğitimi alan öğrencilerin eğitim almayan öğrencilerden daha başarılı olduğu söylenebilir.

BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinden TYD ve İlk Yardım eğitimi alanların eğitimi kaç yıl önce aldıklarına göre TYD toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=17,288$; $p<0,001$; $p<0,05$). Tablo 21 incelendiğinde TYD ve İlk yardım eğitimini 0-1 yıl önce alan öğrencilerin TYD puan ortalamalarının en yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitimi alan öğrencilerin İlk yardım puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde ise anlamlı farklılık göstermemektedir ($\chi^2=2,732$; $p=0,255$; $p>0,05$).

BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin TYD ve İlk Yardım eğitimini nerde aldıklarına göre TYD toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($\chi^2=7,772$; $p=,100$; $p>,05$). Öğrencilerin eğitimi nerde aldıklarına ilişkin İlk yardım puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde ise anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=36,803$; $p<0,001$; $p<0,05$). Tablo 21 incelendiğinde TYD ve İlk yardım eğitimini ilk yardım kursunda alan öğrencilerin İlk yardım puan ortalamalarının en yüksek olduğu, bunu sürücü kursunun takip ettiği, lisede alanların puan ortalamasının ise en düşük olduğu saptanmıştır. Üniversitede eğitim alanların puan ortalamalarının da ilk yardım ve sürücü kursunda eğitim alanlardan düşük olduğu görülmektedir.

BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinden TYD ve İlk Yardım eğitimi alanların, aldıkları eğitimin tipine göre TYD toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($U=61755,5$; $p=0,917$; $p>0,05$). Eğitimi alanların, aldıkları eğitimin tipine göre İlk yardım toplam puan

ortalamları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde ise anlamlı farklılık göstermektedir ($U=56554,5$; $p=0,049$; $p<0,05$). Tablo 21 incelendiğinde TYD ve İlk yardım eğitimi *teorik+uygulama* şeklinde alan öğrencilerin İlk Yardım puan ortalamalarının, eğitimi sadece *teorik* şeklinde öğrencilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin TYD ve İlk Yardım konusunda kendilerini yeterli hissetme durumuna göre TYD toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=13,696$; $p=0,001$; $p<0,05$). Tablo 21 incelendiğinde TYD ve İlk yardım konusunda kendini kısmen yeterli hisseden öğrencilerin TYD puan ortalamalarının en yüksek olduğu, bunu kendini yeterli hisseden öğrencilerin takip ettiği kendini TYD ve ilk yardım konusunda yetersiz hisseden öğrencilerin ise puan ortalamalarının en düşük olduğu saptanmıştır. TYD ve İlk Yardım konusunda kendilerini yeterli hissetme durumuna göre İlk yardım toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=9,594$; $p=0,008$; $p<0,05$). Tablo 21 incelendiğinde TYD ve İlk yardım konusunda kendini kısmen yeterli hisseden öğrencilerin TYD puan ortalamalarının en yüksek olduğu, bunu kendini yetersiz hisseden öğrencilerin takip ettiği kendini TYD ve ilk yardım konusunda yeterli hisseden öğrencilerin ise puan ortalamalarının en düşük olduğu saptanmıştır.

BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin TYD ve İlk Yardım konusunda eğitim alma isteğine göre TYD toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($U=59912,5$; $p=0,697$; $p>0,05$). Tablo 21 incelendiğinde eğitim almak isteyen öğrencilerle, eğitim almak istemeyen öğrencilerin TYD puan ortalamaları arasında fark olmadığı tespit edilmiştir. TYD ve İlk Yardım konusunda eğitim alma isteğine göre İlk yardım toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($U=44515,0$; $p<0,001$; $p<0,05$). Tablo 21 incelendiğinde eğitim almak isteyen öğrencilerin ilk yardım puan ortalamalarının eğitim almak istemeyen öğrencilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla eğitim almak isteyen öğrencilerin eğitim almak istemeyen öğrencilerden daha bilinçli olduğu söylenebilir.

BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin TYD konusunda güncel bilgileri takip etme durumlarına göre TYD toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($U=101239,0$; $p=0,368$;

$p>0,05$). Tablo 21 incelendiğinde güncel bilgileri takip eden öğrencilerle güncel bilgileri takip etmeyen öğrencilerin TYD puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı saptanmıştır. TYD konusunda güncel bilgileri takip etme durumlarına göre İlk yardım toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($U=102562,0$; $p=0,547$; $p>0,05$). Tablo 21 incelendiğinde güncel bilgileri takip eden öğrencilerle güncel bilgileri takip etmeyen öğrencilerin İlk Yardım puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı saptanmıştır.

BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin TYD konusunda güncel bilgileri takip eden öğrencilerin, güncel bilgileri nasıl takip ettiklerine göre TYD toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($\chi^2=,297$; $p=0,961$; $p>0,05$). Tablo 21 incelendiğinde güncel bilgileri TV, internet, dergi, diğer araçlarla takip eden öğrencilerin arasında TYD puan ortalamaları açısından fark bulunmamaktadır. TYD konusunda güncel bilgileri takip eden öğrencilerin, güncel bilgileri nasıl takip ettiklerine göre İlk Yardım toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($\chi^2=4,185$; $p=0,240$; $p>0,05$). Tablo 21 incelendiğinde güncel bilgileri TV, internet, dergi, diğer araçlarla takip eden öğrencilerin arasında İlk yardım puan ortalamaları açısından fark bulunmamaktadır.

Tablo 22. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin TYD/İlk yardım eğitimi alma durumlarına göre TYD/İlk Yardım bilgi-beceri toplam puan ortalamalarının bölümleri içinde karşılaştırılması

Bölüm	Evet		Hayır		Puan türü	Test (U)	P
	Sayı (n)	Sıra Ort.	Sayı (n)	Sıra Ort.			
BESÖB	184	124,80	52	96,20	TYD Puan	3624,500	0,007
	184	121,64	52	104,87	İlk Y. Puan	4022,500	0,118
AEB	230	154,67	79	155,97	TYD Puan	9008,500	0,910
	230	161,15	79	136,78	İlk Y. Puan	7588,000	0,037

Tablo 22. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin TYD/İlk yardım eğitimi alma durumlarına göre TYD/İlk Yardım bilgi-beceri toplam puan ortalamalarının bölümleri içinde karşılaştırılması (devamı)

Bölüm	Evet		Hayır		Puan türü	Test (U)	P
	Sayı (n)	Sıra Ort.	Sayı (n)	Sıra Ort.			
SYB	254	129,70	3	69,50	TYD Puan	202,500	0,160
	254	129,79	3	62,17	İlk Y. Puan	180,500	0,116
SL	113	119,66	111	105,21	TYD Puan	5462,000	0,092
	113	126,43	111	98,32	İlk Y. Puan	4697,500	0,001

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD/İlk yardım eğitimi alma durumlarına göre TYD/İlk Yardım bilgi-beceri toplam puan ortalamalarının bölümleri içinde karşılaştırılması tablo 22’ de verilmiştir.

BESÖB öğrencilerinin TYD/İlk yardım eğitimi alma durumlarına göre TYD bilgi-beceri toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($U=3624,500$; $p=0,007$; $p<0,05$). Tablo 22 incelendiğinde TYD/İlk yardım eğitimi alan BESÖB öğrencilerinin sıra ortalama değerleri dikkate alındığında eğitim almayan öğrencilerden daha yüksek TYD puanına sahip oldukları görülmektedir. İlk yardım bilgi-beceri toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($U=4022,500$; $p=0,118$; $p>0,05$).

AEB öğrencilerinin TYD/İlk yardım eğitimi alma durumlarına göre TYD bilgi-beceri toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($U=9008,500$; $p=0,910$; $p>0,05$). İlk yardım bilgi-beceri toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($U=7588,000$; $p=0,037$; $p<0,05$). Tablo 22 incelendiğinde TYD/İlk yardım eğitimi alan AEB öğrencilerinin sıra ortalama değerleri dikkate alındığında eğitim almayan öğrencilerden daha yüksek İlk yardım puanına sahip oldukları görülmektedir.

SYB öğrencilerinin TYD/İlk yardım eğitimi alma durumlarına göre TYD bilgi-beceri toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($U=202,500$; $p=0,160$; $p>0,05$). İlk yardım bilgi-beceri toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($U=180,500$; $p=0,116$; $p>0,05$).

SL öğrencilerinin TYD/İlk yardım eğitimi alma durumlarına göre TYD bilgi-beceri toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($U=5462,500$ $p=0,092>0,05$). İlk yardım bilgi-beceri toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($U=4697,500$; $p=0,001$; $p<0,05$). Tablo 22 incelendiğinde TYD/İlk yardım eğitimi alan SL öğrencilerinin sıra ortalamaları dikkate alındığında eğitim almayan öğrencilerden daha yüksek İlk yardım puanına sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 23. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin TYD/İlk yardım eğitimi alma durumlarına göre TYD/İlk Yardım bilgi-beceri toplam puanlarının bölümler arası karşılaştırılması

TYD/ yardım eğitimi alma durumu	İlk	Bölüm	Sayı (n)	Sıra Ort.	Puan Türü	Test χ^2	P
Evet	TYD/İlk Yardım Eğitimi Alan	BESÖB	184	385,48	TYD Puan	5,927	0,115
		AEB	230	410,48			
		SYB	254	395,57			
		SL	113	349,32			
		Toplam	781				
	İlk Yardım Eğitimi Almayan	BESÖB	184	425,01	İlk Yardım Puan	54,504	<0,001
		AEB	230	424,75			
		SYB	254	400,27			
		SL	113	249,25			
		Toplam	781				
Hayır	TYD/İlk Yardım Eğitimi Alan	BESÖB	52	110,64	TYD Puan	17,027	0,001
		AEB	79	149,35			
		SYB	3	79,00			
		SL	111	111,23			
		Toplam	245				
	İlk Yardım Eğitimi Almayan	BESÖB	52	155,30	İlk Yardım Puan	44,063	<0,001
		AEB	79	146,35			
		SYB	3	99,83			
		SL	111	90,19			
		Toplam	245				

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD/İlk yardım eğitimi alma durumlarına göre TYD/İlk Yardım bilgi-beceri toplam puanlarının bölümler arası karşılaştırılması tablo 23' de verilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerden daha önce TYD ve İlk Yardım eğitimi alanların; BESÖB, AEB, SYB ve SL bölümleri arasında, TYD toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=5,927$; $p=0,115$; $p>0,05$). Tablo 23 incelendiğinde TYD ve İlk yardım eğitimi alan öğrencilerin bölümler arasında sıra ortalamaları değerlerinin yakın olduğu görülmektedir. TYD ve İlk

Yardım eğitimi alanların; BESÖB, AEB, SYB ve SL bölümleri arasında, İlk yardım toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=54,504$; $p<0,001$; $p<,05$). Hangi bölümler arasında farklılaşma olduğunu öğrenmek amacıyla uygulanan Mann-Whitney testi sonucunda SL bölümü ile diğer tüm bölümler farklılaşmaktadır. Tablo 23 incelendiğinde de TYD ve İlk yardım eğitimi alan öğrencilerden SL öğrencilerinin sıra ortalamaları diğer bölümlerin hepsinden düşük olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerden daha önce TYD ve İlk Yardım eğitimi almayanların; BESÖB, AEB, SYB ve SL bölümleri arasında, TYD toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=17,027$; $p=0,001$; $p<0,05$). Hangi bölümler arasında farklılaşma olduğunu öğrenmek amacıyla uygulanan Mann-Whitney testi sonucunda AEB ile BESÖB, AEB ile SL bölümü farklılaşmaktadır. Tablo 23 incelendiğinde de TYD ve İlk yardım eğitimi almayan öğrencilerden sıra ortalamaları diğer bölümlerin hepsinden yüksek olduğu görülmektedir. TYD ve İlk Yardım eğitimi almayanların; BESÖB, AEB, SYB ve SL bölümleri arasında, İlk Yardım toplam puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=44,063$; $p<0,001$; $p<0,05$). Hangi bölümler arasında farklılaşma olduğunu öğrenmek amacıyla uygulanan Mann-Whitney testi sonucunda AEB ile SL, BESÖB ile SL bölümü farklılaşmaktadır. Tablo 23 SL bölümünde diğer bölümlerin hepsinden düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 24. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin kendi sınıf düzeylerine göre TYD/İlk Yardım bilgi-beceri toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılması

Bölüm	Sınıf	Sayı (n)	TYD Puan		İlk Yardım Puan	
			$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
BESÖB	1.Sınıf	99	23,74±12,74	20 (,00-60,0)	52,7 ±20,56	55 (5,0-100,0)
	2.Sınıf	35	29,71±9,39	30 (10,0-50,0)	60,00±19,52	65 (25,0-90,0)
	3.Sınıf	91	25,77±12,71	25 (,00-55,0)	59,89±21,04	65 (10,0-100,0)
	4.Sınıf	11	24,55±14,57	20 (5,0-55,0)	48,18±19,66	50 (20,0-85,0)
TEST	TYD Puan	χ^2 7,734	P 0,052			
	İlk Y. Puan	χ^2 8,807	P 0,032			
AEB	1.Sınıf	136	30,66±13,11	30 (5,0-60,0)	53,00±23,85	60 (5,0-100,0)
	2.Sınıf	35	35,00±15,00	35 (5,0-65,0)	57,43±20,45	60 (15,0-95,0)
	3.Sınıf	62	23,55±11,10	25 (,00-55,0)	51,94±21,47	52,5 (10,0-100,0)
	4.Sınıf	76	25,13±12,05	25 (,00-70,0)	61,56±19,74	70 (20,0-100,0)
TEST	TYD Puan	χ^2 25,472	P <0,001			
	İlk Y. Puan	χ^2 8,291	P 0,040			

Tablo 24. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin kendi sınıf düzeylerine göre TYD/İlk Yardım bilgi-beceri toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılması (**devamı**)

Bölüm	Sınıf	Sayı (n)	TYD Puan		İlk Yardım Puan	
			$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
SYB	1.Sınıf	10	24,50±15,89	30 (,00-50,0)	55,50±25,54	62,50 (15,0-90,0)
	2.Sınıf	36	31,11±13,10	35 (,00-50,0)	50,42±19,47	45 (20,0-90,0)
	3.Sınıf	82	26,40±13,08	25 (,00-65,0)	57,62±21,23	60 (5,0-95,0)
	4.Sınıf	129	27,21±14,80	25(,00-75,0)	54,11±20,60	55 (10,0-100,0)
TEST	TYD Puan	χ^2 4,406	P 0,221			
	İlk Y. Puan	χ^2 4,179	P 0,243			
SL	1.Sınıf	78	24,55±12,87	20 (,00-60,0)	34,49±17,16	32,50 (,00-70,0)
	2.Sınıf	64	18,67±9,65	20 (,00-50,0)	32,03±16,56	30 (10,0-75,0)
	3.Sınıf	42	21,90±12,54	22,50 (,00-60,0)	40,60±20,01	42,50 (,00-85,0)
	4.Sınıf	40	29,38±13,36	30 (,00-55,0)	42,16±18,88	45 (5,0-85,0)
TEST	TYD Puan	χ^2 18,420	P <0,001			
	İlk Y. Puan	χ^2 10,728	P 0,013			

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendi sınıf düzeylerine göre TYD/İlk Yardım bilgi-beceri toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılması tablo 24' de verilmiştir.

BESÖB öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre TYD puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($\chi^2=4,406$; $p=0,052$; $p>0,05$). BESÖB öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre İlk yardım puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=8,807$; $p=0,032$; $p<0,05$). Tablo 24 incelendiğinde ilk yardım puan ortalamalarının 2.sınıf öğrencilerinde en yüksek olduğu, bunu 3.sınıf öğrencilerinin takip ettiği 4.sınıf öğrencilerinin ise puan ortalamalarının en düşük olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla BESÖB 2.sınıf öğrencilerinin ilk yardım bilgi/beceri düzeylerinin diğer sınıflardan yüksek olduğu, 4.sınıf öğrencilerinin ise ilk yardım bilgi/beceri düzeyinin diğer sınıflardan daha düşük olduğu söylenebilir. 4.sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarının 1,2,3. sınıflardan düşük olmasının sebebi, TYD ve İlk yardım eğitimi alan öğrencilerde, eğitim sonrası geçen zamanın 2 yıldan fazla olması şeklinde düşünülebilir.

AEB öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre TYD puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=25,472$; $p<0,001$; $p<0,05$). Tablo 24 incelendiğinde TYD puan ortalamalarının 2.sınıf öğrencilerinde en yüksek olduğu, bunu 1.sınıf öğrencilerinin takip ettiği 3.sınıf öğrencilerinin ise puan ortalamalarının en düşük olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla AEB 2.sınıf öğrencilerinin ilk yardım bilgi/beceri düzeylerinin diğer sınıflardan yüksek olduğu, 3.sınıf öğrencilerinin ise ilk yardım bilgi/beceri düzeyinin diğer sınıflardan daha düşük olduğu söylenebilir.

AEB öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre İlk yardım puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=8,291$; $p=0,040$; $p<0,05$). Tablo 24 incelendiğinde ilk yardım puan ortalamalarının 2.sınıf öğrencilerinde en yüksek olduğu, bunu 1.sınıf öğrencilerinin takip ettiği 3 ve 4.sınıf öğrencilerinin ise puan ortalamalarının en düşük olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla AEB 2.sınıf öğrencilerinin ilk yardım bilgi/beceri düzeylerinin diğer sınıflardan yüksek olduğu, 3 ve 4.sınıf öğrencilerinin ise ilk yardım bilgi/beceri düzeyinin diğer sınıflardan daha düşük olduğu söylenebilir.

SYB öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre TYD puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($\chi^2=4,406$; $p=0,221$; $p>0,05$). SYB öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre İlk yardım puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($\chi^2=4,179$; $p=0,243$; $p>0,05$).

SL öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre TYD puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=18,420$; $p<0,001$; $p<0,05$). Tablo 24 incelendiğinde TYD puan ortalamalarının 4.sınıf öğrencilerinde en yüksek olduğu, bunu 1.sınıf öğrencilerinin takip ettiği 2.sınıf öğrencilerinin ise puan ortalamalarının en düşük olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla SL 4.sınıf öğrencilerinin TYD bilgi/beceri düzeylerinin diğer sınıflardan yüksek olduğu, 2.sınıf öğrencilerinin ise ilk yardım bilgi/beceri düzeyinin diğer sınıflardan daha düşük olduğu söylenebilir. SL öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre İlk yardım puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=10,728$; $p=0,013$; $p<0,05$). Tablo 24 incelendiğinde ilk yardım puan ortalamalarının 4.sınıf öğrencilerinde en yüksek olduğu, bunu 3.sınıf öğrencilerinin takip ettiği 1 ve 2.sınıf öğrencilerinin ise puan ortalamalarının en düşük olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla SL 4.sınıf öğrencilerinin ilk yardım bilgi/beceri düzeylerinin diğer sınıflardan yüksek olduğu, 1 ve 2.sınıf öğrencilerinin ise ilk yardım bilgi/beceri düzeyinin diğer sınıflardan daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 25. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri açısından dağılımları

Bilgi Düzeyi	DÜŞÜK		ORTA		İYİ		ÇOK İYİ		Toplam	
	0-69		70-79		80-89		90-100			
Puan Aralığı	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
BESÖB	183	77,9	28	11,9	21	8,9	3	1,3	235	100
AEB	226	73,1	60	19,4	17	5,5	6	1,9	309	100
SYB	198	77	38	14,8	17	6,6	4	1,6	257	100
SL	218	97,3	4	1,8	2	,9	0	0	224	100

Araştırmaya katılan öğrencilerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri açısından dağılımları tablo 25’ de verilmiştir.

BESÖB öğrencilerinin ilk yardım bilgi düzeyleri incelendiğinde %77,9’unun “DÜŞÜK”, %11,9’unun “ORTA”, %8,9’unun “İYİ”, %1,3’ünün “ÇOK İYİ” olduğu görülmektedir.

AEB öğrencilerinin ilk yardım bilgi düzeyleri incelendiğinde %73,1’inin “DÜŞÜK”, %19,4’ünün “ORTA”, %5,5’inin “İYİ”, %1,9’unun “ÇOK İYİ” olduğu görülmektedir.

SYB öğrencilerinin ilk yardım bilgi düzeyleri incelendiğinde %77’sinin “DÜŞÜK”, %14,8’inin “ORTA”, %6,6’sının “İYİ”, %1,6’sının “ÇOK İYİ” olduğu görülmektedir.

SL öğrencilerinin ilk yardım bilgi düzeyleri incelendiğinde %97,3’ünün “DÜŞÜK”, %1,8’inin “ORTA”, %0,9’ unun “İYİ” olduğu, bilgi düzeyi “ÇOK İYİ” olan öğrencinin bulunmadığı görülmektedir.

Genel olarak öğrencilerin ilk yardım bilgi düzeylerine bakıldığında “ÇOK İYİ” olan öğrenci oranının en yüksek AEB öğrencilerinde, en düşük ise SL öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. “İYİ” düzeyde olan öğrenci oranının en yüksek BESÖB öğrencilerinde, en düşük SL öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. “DÜŞÜK” düzeyde olan öğrenci oranının SL öğrencilerinde, en düşük ise AEB öğrencilerinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 26. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin TYD konusundaki bilgi düzeyleri açısından dağılımları

Bilgi Düzeyi	DÜŞÜK		ORTA		İYİ		ÇOK İYİ		Toplam	
	0-69		70-79		80-89		90-100			
Puan Aralığı	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
BESÖB	236	100	0	0	0	0	0	0	236	100
AEB	309	100	0	0	0	0	0	0	309	100
SYB	256	99,6	1	,4	0	0	0	0	257	100
SL	224	100	0	0	0	0	0	0	224	100

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD konusundaki bilgi düzeyleri açısından dağılımları tablo 26’ da verilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin öğrencilerinin TYD bilgi düzeyleri incelendiğinde BESÖB öğrencilerinin %100’ünün, AEB %100’ünün, SYB öğrencilerinin %99,6’sının, SL öğrencilerinin %100’ünün “DÜŞÜK” düzeyde olduğu görülmektedir. Tüm bölümler değerlendirildiğinde TYD konusunda BESÖB, AEB ve SL öğrencilerinin tamamının, SYB bölümünde ise %99,6’sının düşük bilgi düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 27. BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin bölümlerine göre temel ilk yardım uygulamaları tutumları toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılması

Bölüm	Sayı (n)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	Test	P
				χ^2	
BESÖB	236	43,05 ± 4,04	43,50 (28,0-55,0)	214,756	<0,001
AEB	310	43,11± 4,30	44 (20,0-53,0)		
SYB	257	43,41± 3,70	44 (29,0-51,0)		
SL	224	38,08± 5,08	39 (14,0-48,0)		
Toplam	1027	42,07± 4,78	43 (14,0-55,0)		

Araştırmaya katılan öğrencilerin bölümlerine göre temel ilk yardım uygulamaları tutumları toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılması tablo 27’ de verilmiştir.

BESÖB, AEB, SYB ve SL öğrencilerinin tutum puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=214,756$; $p<0,001$; $p<0,05$). Farklılığın hangi bölümler arasında olduğunu anlamak amacıyla yapılan Mann Whitney testi sonucuna göre SL bölümü ile diğer tüm bölümler farklılaşmaktadır. BESÖB, AEB ve SYB arasında bir farklılaşma saptanmamıştır. Tablo 27' ye bakıldığında üniversite öğrencilerinin tutum puan ortalamalarının yakın olduğu, SL öğrencilerinin ise tutum puan ortalamalarının tüm bölümlerden düşük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla üniversite öğrencilerinin lise öğrencilerine göre daha yüksek TYD ve İlk Yardım tutumuna sahip olduğu söylenebilir. Tüm öğrencilerin toplam tutum puan ortalamalarına bakıldığında ise ortalamanın %50'nin altında olduğu saptanmıştır. Sonuçta araştırmaya katılan tüm öğrencilerin tutum puan ortalamalarının istenen oranda olmadığı söylenebilir.

5.TARTIŞMA

Kaza, yaralanma, acil müdahale gerektiren hastalıklar, boğulma gibi ilk yardım ve TYD gerektiren olaylar hayatın her döneminde her yaştan bireyin karşılaşılabileceği, ani gelişen durumlar arasındadır. Bazı meslek grupları bu tarz durumlarla sıkça karşılaşmakta ve bu durumları bilgi, becerileriyle yönetmek zorunda kalabilmektedir. İlk yardım ve TYD gerektiren olaylarla sıkça karşılaşan mesleklerin öğrenim süreçlerinde bu uygulamalara yönelik eğitimler verilmekte, bu eğitimlere dair bilgi, beceri ve tutumların kazanılması öğretim kazanımlarının içinde yer almaktadır. Spor alanında eğitim alan ve görev yapan bireylerin (Spor Bilimleri Fakültesi öğrencileri ve SL öğrencileri; Beden eğitimi öğretmenleri, antrenörler, sporcular gibi) kaza/yaralanmalarla, TYD gerektiren olaylarda sıkça karşılaşmakta bu bireylerin bilgi ve becerilerini kullanarak, sakin, öz güvenli davranış biçimleriyle duruma müdahale etmeleri büyük önem taşımaktadır.

İlk yardım ve sağlık eğitimine Spor Bilimleri Fakültesi ile SL öğretim programlarında farklı kapsam ve içeriklerle yer verilmektedir. Bu programlarda eğitim alan öğrencilerin ilk yardım ile TYD güncel uygulamalarının bilgi, beceri düzeyleri ve öğrencilerin temel ilk yardım uygulamalarına yönelik tutumlarının belirlenmesi var olan öğretim programının etkililiği ve geliştirilecek olan programların planlanması adına faydalı olacaktır.

5.1. BESÖB, AEB, SYB, SL Öğrencilerinin Sosyodemografik Özelliklerine ve TYD/İlk Yardım Eğitim Durumlarına Göre TYD ve İlk Yardım Bilgi-Beceri Toplam Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre TYD ve İlk Yardım toplam puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Araştırmamıza göre TYD toplam puan ortalamalarında erkek öğrencilerin, İlk yardım toplam puan ortalamalarında ise kadın öğrencilerin puan ortalamaları daha yüksektir. Dolayısıyla TYD konusunda erkek öğrencilerin, ilk yardım konusunda kadın öğrencilerin daha bilgili olduğu söylenebilir. Aytaç (2010) mobilya fabrikası çalışanlarında cinsiyet değişkenine göre ilk yardım bilgi düzeyinde anlamlı farklılık bulmuş ve erkek katılımcıların bilgi düzeylerinin kadın katılımcılardan daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Genç (2009) lise ve dengi okullardaki erkek öğretmenlerin doğru

cevap yüzdelerinin kadın öğretmenlerden daha yüksek olduğunu bulmuştur. Cinsiyete göre TYD ve İlk Yardım toplam puan ortalamaları anlamlılıkları açısından çalışmamızdan farklı olarak Bizat (2010) lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada cinsiyet değişkenine göre ilk yardım puanlarında anlamlı farklılık bulmamıştır. Kara ve ark. (2015) da çalışmalarında cinsiyet değişkeni ile temel yaşam desteği puanı arasında ilişki bulmamışlardır. Yine Kımaz ve ark. 'ın (2006) çalışmalarında cinsiyetin bilgi puanları üzerinde etkili olmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan öğrencilerin bölümlerine göre TYD ve İlk Yardım toplam puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Çalışmamızda TYD toplam puan ortalamalarının en yüksek olduğu bölüm AEB iken en düşük olduğu bölüm SL olarak tespit edilmiştir. İlk yardım toplam puan ortalamalarında ise en yüksek puan ortalamasının BESÖB' de, en düşük ortalamasının ise SL bölümünde olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak SL öğrencilerinin her iki puan türünde en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Bu durumun lise öğrencilerinin İlk Yardım ve Sağlık bilgisi derslerini 12. sınıfta almaları ve 12. sınıf öğrenci yüzdesinin %17,9 kadar olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Şahin (2011) çalışmasında beden eğitimi öğretmenlerinin sınıf öğretmenlerine göre ilk yardım konusunda daha donanımlı ve daha tecrübeli olduğunu belirtmiştir. Coşkun (2014) Tıp Fakültesi'nde yaptığı bir çalışmada TYD sorularında Anestezi Bölümü araştırma görevlilerinin, İlk yardım sorularında Acil Tıp Bölümü araştırma görevlilerinin bilgi düzeyinin diğer bölümlerde çalışan araştırma görevlilerine oranla önemli ölçüde yüksek olduğunu tespit etmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıf düzeylerinin genel dağılımına göre TYD ve ilk yardım puan ortalamaları açısından TYD puanlarında fark bulunmazken, ilk yardım puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Üniversite ve lise öğrencilerinin birlikte değerlendirildiği sınıf düzeyine göre ilk yardım puan ortalamalarının en yüksek olduğu sınıf düzeyi 3.sınıfkken, en düşük olduğu sınıf düzeyi 2.sınıf olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan BESÖB, AEB, SYB ve SL bölümü öğrencilerinin kendi sınıf düzeylerinde farklılıklarına bakıldığında; BESÖB öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre TYD toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmazken, ilk yardım puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,032$; $p<0,05$). BESÖB 2.sınıf öğrencilerinin ilk yardım puan ortalamaları en yüksek, 4.sınıf öğrencilerinin ise

en düşük bulunmuştur. AEB öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre TYD toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). AEB 2.sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarının en yüksek 3.sınıf öğrencilerinin ise en düşük olduğu saptanmıştır. İlk yardım toplam puan ortalamalarına bakıldığında da sınıf düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,040$; $p<0,05$). 2.sınıf öğrencilerinin yine en yüksek, 3 ve 4.sınıf öğrencilerinin ise en düşük olduğu saptanmıştır. SYB öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre TYD toplam puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,221$; $p>0,05$). İlk yardım puan ortalamalarında da anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,243$; $p>0,05$). Bölümlerin sınıf düzeylerine göre puan ortalamalarına genel olarak bakıldığında 2. Sınıf öğrencilerinin puan ortalamasının en yüksek olmasının BESÖB ve SYB’ de “Sağlık Bilgisi ve İlk Yardım” dersinin 1.sınıfın 2.döneminde, AEB’ de 2.sınıfın 1.döneminde alınmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. 4.sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarının 1. 2. ve 3. sınıflardan düşük olmasının sebebi, TYD ve İlk yardım eğitimi alan öğrencilerde, eğitim sonrası geçen zamanın 2 yıldan fazla olması şeklinde düşünülmektedir. Durmuş’un (2006) biyoloji öğretmen adaylarıyla yaptığı çalışmada 5.sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi en yüksek 1.ve 2.sınıf öğrencilerinin ise bilgi düzeyi en düşük bulunmuştur. Durmuş’un çalışmasından elde edilen bu sonuçta çalışmamızı destekler niteliktedir. SL öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre TYD puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). TYD puan ortalamalarının 4.sınıf (12.sınıf) düzeyinde en yüksek, 3.sınıf (11.sınıf) düzeyinde ise en düşük olduğu bulunmuştur. İlk yardım puan ortalamalarına bakıldığında da anlamlı farklılık vardır ($p=0,013$; $p<0,05$). Yine 4.sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarının en yüksek, 1. ve 2.sınıf (9. Ve 10.sınıf) öğrencilerinin ise en düşük olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak tüm sınıf düzeylerinde hem TYD hem İlk yardım puan ortalamalarının 4.sınıf öğrencilerinde en yüksek 1. ve 2.sınıf öğrencilerinde en düşük olmasının sebebi SL’de “Trafik ve İlk Yardım” dersinin 4.sınıfta (12.sınıf) okutulması ve 2017-2018 eğitim öğretim yılı öğretim programları değişikliği (<https://ttkb.meb.gov.tr/>, 2018) ile 9. Sınıflarda okutulmaya başlanan “Sağlık Bilgisi ve Trafik Kültürü” dersinin ilk yardım ile ilgili konularının henüz anlatılmamış olması şeklinde düşünülmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde Ağralı (2002) lise 12.sınıf öğrencilerinin bilgi puan ortalamalarının en yüksek, lise 9.sınıf öğrencilerinin ise bilgi puan ortalamalarının en düşük olduğunu tespit etmiştir. Diğer taraftan Bizat

(2010) lise 12.sınıf öğrencilerinin bilgi puan ortalamalarının en yüksek, lise 9.sınıf öğrencilerinin ise bilgi puan ortalamalarının en düşük olduğunu bulmuştur. Bu iki çalışma da “Trafik ve İlk Yardım” dersinin 4.sınıfta (12.sınıf) okutulmasının sınıf düzeylerine göre puan ortalamalarını etkilediği şeklindeki değerlendirmemizi desteklemektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin mezun olunan veya devam edilen liseye göre TYD toplam puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Sağlık meslek lisesinden mezun olan öğrencilerin puan ortalamalarının en yüksek olduğu SL’de eğitim alamaya devam eden öğrencilerin ise puan ortalamalarının en düşük olduğu saptanmıştır. Bu durumun sağlık meslek liselerinde haftada 2 ders saati süresince okutulan “İlk Yardım” dersinin TYD konularının SL’de haftada 1 ders saati süresince okutulan “Trafik ve İlk Yardım” dersinin TYD konularından daha detaylı şekilde verilmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Öğrencilerin İlk Yardım toplam puan ortalamalarına bakıldığında da anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Düz lise-anadolu lisesinden mezun olan öğrencilerin ilk yardım puanlarının en yüksek SL’de eğitim alamaya devam eden öğrencilerin ise puanlarının en düşük olduğu tespit edilmiştir. İlk yardım puan ortalamalarının en yüksek düz lise-anadolu lisesi programlarında en düşük SL programlarında görülmesinin ve tüm liselerle SL arasında anlamlı farklılığın bulunmasının sebebi olarak SL’de eğitim alamaya devam eden öğrencilerin büyük çoğunluğunun henüz trafik ve ilk yardım dersi almamış olması, düz lise-anadolu lisesi programlarından mezun olan öğrencilerin ise hem trafik ve ilk yardım hem sağlık bilgisi dersi almış olmaları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD ve İlk yardım eğitimi alıp almama durumuna göre dağılımlarına bakıldığında 781 öğrencinin eğitim aldığı, 245 öğrencinin ise eğitim almadığı saptanmıştır. Öğrencilerin TYD ve İlk yardım eğitimi alıp almama durumuna göre TYD toplam puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Eğitim alan öğrencilerin puan ortalamalarının eğitim almayan öğrencilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlk yardım toplam puan ortalamaları açısından bakıldığında yine anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Eğitim alan öğrencilerin puan ortalamalarının eğitim almayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Durmuş (2006) çalışmasında ilk yardım konusunda kurs alanların bilgi düzeylerinin almayanlara göre yüksek olduğunu

belirtmiştir. Yer (2015) sanayi ve maden kuruluşunda çalışanlar üzerinde yaptığı çalışmada ilk yardım eğitimi alanlarla almayanlar arasında anlamlı farklılık tespit etmiş ve ilk yardım eğitimi alanların bilgi seviyesinin eğitim almayanlara göre yüksek olduğunu bildirmiştir. Aytaç (2010) çalışmasında ilk yardım eğitimi alanlarla almayanlar arasında anlamlı farklılık bulmuş ve eğitim alanların, aldıkları eğitimin ilk yardım bilgi seviyesini olumlu etkilediğini belirtmiştir. Coşkun (2014) çalışmasında hizmet içi eğitim alan araştırma görevlilerinin bilgi düzeylerinin eğitim almayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu bildirmiştir. Andsoy ve ark. 'ın (2014) çalışmalarında güvenlik görevlilerine eğitim verilerek, eğitim öncesi ve sonrası değerlendirme yapılmış, eğitim sonrasında verilen doğru yanıtların eğitim öncesinden belirgin düzeyde yüksek olduğu ancak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Bu çalışmalardan farklı olarak Genç'in (2009) çalışmasında lise ve dengi okullarda çalışan öğretmenlerde ilk yardım konusunda eğitim almanın bilgi puanını anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan BESÖB. AEB, SYB ve SL bölümü öğrencilerinin kendi bölümleri içinde TYD/İlk Yardım eğitimi alma durumlarına göre farklılıklarına bakıldığında; BESÖB öğrencilerinde TYD bilgi puanları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,007; p<0,05). Eğitim alan öğrencilerin puanlarının eğitim almayan öğrencilerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. İlk yardım bilgi puanlarına bakıldığında ise anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,118; p>0,05). AEB öğrencilerinde TYD bilgi puanları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,910; p>0,05). İlk yardım puanlarına bakıldığında anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,037; p<0,05). Eğitim alan öğrencilerin ilk yardım puanlarının eğitim almayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. SYB öğrencilerinde TYD bilgi puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,160; p>0,05). Yine İlk yardım bilgi puanları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,116; p>0,05). SL öğrencilerine bakıldığında TYD bilgi puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,092>0,05). İlk yardım bilgi puanları açısından ise anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,001; p<0,05). Tüm bölümler değerlendirildiğinde TYD veya İlk Yardım bilgi puanlarının en az birinden tüm gruplarda farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla TYD/İlk yardım eğitimi almış olmanın bu konularda bilgi ve becerileri olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızdaki bu karşılaştırmaya benzer bir araştırma bulunamadığından tartışılmamıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD/İlk Yardım eğitimini kaç yıl önce aldıklarına göre TYD puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). En yüksek puan ortalamalarının eğitimi 0-1 yıl önce alanlarda olduğu, en düşük puan ortalamasının da eğitimi 1-2 yıl önce alanlarda olduğu saptanmıştır. İlk yardım puan ortalamaları açısından ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0,255$; $p>0,05$). Bu durumun ortaya çıkmasında, eğitim üzerinden geçen sürenin artmasıyla birlikte bilgi düzeyinin azalmış olmasının etkili olduğu söylenebilir. Özdilek (2010) hemşireler üzerinde yaptığı deneysel araştırmasında TYD eğitiminden 1 ay sonra yapılan beceri değerlendirmesinde alınan puanların, eğitimden hemen sonraki puanlara göre azaldığını tespit etmiş ve tekrar eğitiminden 1 ay sonra girişim grubunda bir önceki ölçüm puanlarına göre artış olduğunu, kontrol grubunda ise bir önceki ölçüm puanlarına göre azalma olduğunu bildirmiştir. Aytaç (2010) çalışmasında, ilkyardım eğitimi/kursu alan katılımcıların %63,6'sının bu eğitimi 4 yıl ve daha uzun bir süre önce almış olduğunu belirtmiş son 3 yıl içinde eğitim/kurs almış kişilerin bilgi seviyesi ile diğerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu bulmuştur. Savaşer de (2001) çalışmasında, sürücü belgesi olanların belgelerini almalarının üzerinden geçen süreye göre ilk yardım bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamış, sürücü belgelerini yeni alanların diğerlerinden daha başarılı olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD/İlk Yardım eğitimlerini nerde aldıklarına dair TYD puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,100$; $p>0,05$). İlk yardım puan ortalamaları açısından ise anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$; $p<0,05$). TYD/İlk yardım eğitimini ilk yardım kursunda alan öğrencilerin puan ortalamalarının en yüksek, lisede alan öğrencilerin ise en düşük olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda eğitimi lise ve üniversitede alan öğrencilerin puan ortalamaları eğitimi ilk yardım kursu ile sürücü kursunda alan öğrencilerden düşük olduğu görülmüştür. Dolayısıyla TYD/İlk yardım eğitimini lisede alan öğrencilerin puan ortalamalarının en düşük olmasının ortaöğretim programlarında okutulan “Trafik ve İlk Yardım” dersinin içeriklerinin ve dersin öğrencilere aktarımındaki yetersizliklerden kaynaklandığı söylenebilir. TYD/İlk Yardım eğitimini üniversitede

alan öğrencilerin puan ortalamalarının, eğitimi ilk yardım ve sürücü kurslarında alan öğrencilerden düşük olmasının, üniversitelerde verilen eğitimin yeterli ve etkili olmamasından kaynaklı olduğu söylenebilir. Bununla birlikte ilk yardım kurslarında beceri gelişimine yönelik uygulamalarda yapıldığı için öğrenim kazanımlarının daha kalıcı olduğu ve bunun bilgi düzeyini yükselttiği sonucuna varılabilir. Yer (2015) çalışmasında çalışmamıza paralel olarak ilk yardım merkezlerinde eğitim alan katılımcıların diğer yerlerde eğitim alanlara göre ilk yardım bilgi puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Yer'in çalışmasındaki bu sonuç bizim çalışmamızdaki değerlendirmeyi destekler niteliktedir. Gülaçtı (2010) amatör futbolcular üzerinde yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan sporculardan %9,49'u ilk yardımı kurs alarak öğrendiklerini, %46,72'si beden eğitimi öğretmeni veya antrenöründen, %37,96'sı okul derslerinden, %5,84'nün diğer yerlerden öğrendiklerini bildirmiştir. Ancak öğrencilerin eğitimi aldıkları yere göre bilgi düzeyleri arasında karşılaştırma yapılmamıştır. Aytaç ise (2010) çalışmasında katılımcıların %28,4'ünün ilk yardım konusuna en az bir kursa katıldığı belirtilmiş, bu kişilerin bilgi düzeyleri incelendiğinde hizmet içi ilk yardım eğitimi alanlarla, sürücü kurslarından eğitim alanlar arasında fark bulmuştur ancak hangi grubun daha başarılı olduğuna dair bir sonuç belirtmemiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD/İlk Yardım eğitimini teorik+uygulama/teorik alma durumlarında göre TYD toplam puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,917$; $p>0,05$). İlk yardım toplam puanları açısından bakıldığında ise anlamlı farklılık vardır ($p=0,049$; $p<0,05$). TYD ve İlk yardım eğitimini teorik+uygulama şeklinde alan öğrencilerin İlk Yardım puan ortalamalarının, eğitimi sadece teorik şeklinde öğrencilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak teorik+uygulama şeklinde verilen TYD ve ilk yardım eğitiminin daha etkili olduğu ve TYD/İlk yardım uygulama becerisini arttırdığı düşünülmektedir. Çalışmamızdaki bu karşılaştırmaya benzer bir araştırma bulunamadığından tartışılmamıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD ve İlk yardım konusunda kendilerini yeterli hissetme durumlarına göre TYD toplam puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). TYD ve İlk yardım konusunda kendini kısmen yeterli gören öğrencilerin puan ortalamaları en yüksek, kendini yetersiz gören öğrencilerin ise puan ortalamalarının en düşük olduğu görülmüştür. Öğrencilerin

kendilerini yeterli hissetme durumlarına göre İlk yardım puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,008$; $p<0,05$). Kendini kısmen yeterli hisseden öğrencilerin ilk yardım puan ortalamalarının en yüksek, kendini yeterli hisseden öğrencilerin ise puanlarının en düşük olduğu tespit edilmiştir. BESÖB, AEB, SYB öğrencilerinin %50'den fazlası TYD ve İlk yardım konularında kendilerini kısmen yeterli gördükleri saptanmış, SL öğrencilerinde ise “Kısmen yeterli” ve “Yetersiz” hissetme durumları yüzde dağılımları arasında %6,2'lik yakın bir oran bulunmuştur. Lise öğrencilerinin TYD ve İlk yardım konularında “Yetersiz” hissetme durumlarının üniversite öğrencilerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun TYD ve İlk yardım eğitimi alan üniversite öğrencilerinin yüzdesinin lise öğrencilerinin yüzdesinden yüksek olmasıyla doğru orantılı olduğu söylenebilir. Sonuçta kendini yeterli hisseden öğrencilerin puan ortalamalarının düşük olmasının, öğrencilerin TYD ve İlk Yardım içeriklerine hakim olmamasıyla ilişkili olabileceği söylenebilir. Bununla birlikte öğrencilerin özgüvenleriyle ilk yardım bilgi düzeylerinin doğru orantılı olmadığı, öğrencilerin kendilerine güvenerek TYD ve İlk yardım konusunda yeterli hissetmelerine rağmen bilgi düzeylerinin yüksek olmadığı söylenebilir. Çalışmamızdan farklı olarak Coşkun (2014) KPR konusunda hekimlerin kendi yeterliliklerine ilişkin düşünceleri ile bilgi düzeyleri arasındaki farkı incelediği çalışmasında, kendini KPR konusunda yeterli bulan asistan hekimlerin bilgi düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Dolayısıyla bu çalışmaya katılımcılarının bizim çalışmamızdaki katılımcılardan daha bilinçli bir grup olduğu söylenebilir. Şahin (2011) çalışmasında araştırmaya katılan 344 öğretmenin ilk yardım konusunda kendini yeterli bulma durumlarına göre alınan yanıtların dağılımı % 15,1'i (52 kişi) “evet”, %59,3'ü “kısmen”, %15,1'i “hayır” şeklinde olup, yeterli hissetme durumlarına göre bilgi düzeyleri arasında bir karşılaştırma yapılmamıştır. Aytaç'ın (2010) çalışmasında katılımcıların ilk yardım konusunda kendi bilgilerini yeterli bulup bulmadıklarına ait dağılıma bakıldığında, katılımcıların %78,1'inin ilk yardım konusundaki bilgilerini yeterli bulmadıkları görülmüştür. Bu durum, ilkyardım bilgi düzeyi bakımından karşılaştırıldığında da gruplar arasında istatistik olarak fark olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD ve İlk Yardım konusunda eğitim alma isteğine göre TYD toplam puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,697$; $p>0,05$). İlk Yardım toplam puan ortalamaları açısından incelendiğinde ise

anlamli farklilik bulunmuştur ($p < 0,001$; $p < 0,05$). Eğitim almak isteyen öğrencilerin ilk yardım puan ortalamalarının eğitim almak istemeyen öğrencilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre eğitim almak isteyen öğrencilerin eğitim almak istemeyen öğrencilerden daha bilinçli ve duyarlı oldukları düşünülmektedir. Aytaç'ın (2010) çalışmasında ilk yardım konusunda bilgi sahibi olmadığını düşünen 121 çalışandan 115'i bu konuda bilgi sahibi olmak istediğini ifade etmiştir. Coşkun'un (2014) çalışmasına katılan asistan hekimlerin %84'ü KPR eğitimlerinin tekrar edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Gürarslan'ın (2012) 0-14 yaş çocuğu olan anneler üzerinde yaptığı çalışmada araştırma kapsamına alınan annelerin %76,5'i ilk yardım konusunda bilgi sahibi olmayı istediklerini ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD konusunda güncel bilgilerin takip edilip edilmediğine göre dağılımı 285 öğrencinin güncel bilgileri takip ettiği, 737 öğrencininse takip etmediği şeklindedir. Güncel bilgilerin takibine göre, güncel bilgileri takip edenlerle etmeyenler arasında TYD ve İlk Yardım puanlarına bakıldığında anlamlı bir farklilik bulunmamıştır (TYD puan, $p = 0,368$; $p > 0,05$ İlk Yardım puan, $p = 0,547$; $p > 0,05$). Güncel bilgileri takip eden öğrencilerin güncel bilgileri nasıl takip ettiği araştırıldığında güncel bilgileri internetten takip eden öğrenci sayısının çoğunlukta olduğu bulunmuştur. Yine güncel bilgilerin nasıl takip edildiğiyle TYD ve İlk Yardım puanları arasında anlamlı bir farklilik bulunmamıştır (TYD puan, $p = 0,961$; $p > 0,05$ İlk Yardım puan, $p = 0,240$; $p > 0,05$). Köşe (2013) çalışmasında öğretmenlerin Temel Sağlık ve İlk Yardım üzerine öğretmenlik yıllarında ihtiyaç duydukları bilgileri çoğunlukla internetten edindikleri belirtmiştir. Gürarslan (2012) çalışmasında annelerin %45,8'inin radyo ve TV'den ilk yardım ile ilgili programlar dinlediğini ve izlediğini bildirmiştir.

5.2. Temel Yaşam Desteği ve İlk Yardım Bilgi/Beceri Sorularına Verilen Yanıtlar

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD S1: "Aşağıdakilerden hangisi temel yaşam desteğinin amaçlarından değildir?" sorusuna verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklilik bulunmuştur ($p = 0,021$; $p < 0,05$). Doğru yanıtlama oranının en yüksek AEB' de, en düşük ise SL öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. Tüm öğrencilere genel olarak bakıldığında doğru yanıtlama oranı %55'in üzerinde bulunmuştur. Babacan (2012) doktor ve yardımcı sağlık personeli üzerinde yaptığı çalışmada araştırma görevlilerinin TYD amaçlarının değerlendirildiği soruya

%92,5'lik bir yüzde ile diğer sağlık personellerine göre doğru cevap oranının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bizim çalışmamızda en yüksek doğru yüzdesine sahip AEB (%68) öğrencileri ile Babacan'ın çalışmasındaki en yüksek doğru yüzdesine sahip Araştırma görevlilerini (%92,5) kıyasladığımızda %24,5'lik bir fark göze çarpmaktadır. Bu farkın oluşmasındaki en büyük etkenin araştırma görevlilerinin tıp eğitimi almaları, TYD eğitim ve uygulamalarıyla daha sık karşılaşmaları olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *TYD S2: "Temel Yaşam Desteği sağlanması gereken yetişkin hastada "Kalp Masajı / Suni Solunum oranı aşağıdakilerden hangisidir?"* sorusuna verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının en fazla AEB öğrencilerinde (%52,4) en düşük ise SL öğrencilerinde (%23,7) olduğu saptanmıştır. Coşkun'un (2014) çalışmasında "İki kurtarıcı ile erişkin hastada kalp masajı/suni solunum oranı nedir?" sorusuna katılımcıların %54,2'si doğru yanıt vermiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *TYD S3: "Temel yaşam desteği uygulamasında kaç siklusta (döngüde) bir solunum ve dolaşım kontrol edilmelidir?"* sorusuna verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının en fazla SYB öğrencilerinde, en düşük ise BESÖB ve SL öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. Ancak tüm öğrencilerin doğru yanıtlama oranlarının %20'nin altında olduğu görülmüştür. Buna göre araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun bu konuda yetersiz olduğu söylenebilir. Coşkun'un (2014) çalışmasında "KPR sonrası ne kadar süre sonra nabız kontrolü yapılmalıdır" sorusuna katılımcıların %42,9'unun doğru yanıt vermiştir. Bu çalışmadaki doğru yanıtlama oranının bizim çalışmamızdaki doğru yanıtlama oranın yaklaşık iki katı olmasının nedeni olarak araştırma grupları arasındaki eğitim ve deneyim farklılığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *TYD S4: "Yetişkinlerde sadece kalp masajı uygulanıyorsa bir dakikada kaç bası yapılmalıdır?"* sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,016$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının en fazla SYB öğrencilerinde, en düşük ise BESÖB ve SL öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. Tüm öğrencilerin doğru yanıtlama oranlarının ise %40'ın altında olduğu görülmüştür. Buna göre öğrencilerin büyük çoğunluğunu kompresyon bası

sayısını bilmediği düşünülmektedir. Kara ve ark.'ın (2015) çalışmalarında “Kardiyopulmoner Resüsitasyon sırasında kalp masajı en az 100/dk bası olmalıdır” sorusuna hemşirelerin %47,1’inin doğru yanıt verdiği bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD S5: “Yetişkin hastada temel yaşam desteği uygulama sırası nasıldır? [A(Havayolu); B(solunum); C(dolaşım)]” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %15’in altında olduğu görülmektedir. Tüm bölümlerdeki öğrencilerin bu soruya hakim olmadıkları söylenebilir. Bu sorunun doğru yanıtlama oranını düşük olmasının TYD uygulama sırasının 2015 yılında AHA tarafından değiştirilmesi (ABC değil, CAB) ve öğrencilerin bu değişiklikten haberdar olmaması ile ilişkili olabileceği söylenebilir. Kara ve ark.'ın (2015) çalışmasında “Kardiyopulmoner Resüsitasyon sırası C-A-B (dolaşım- havayolu- solunum) şeklindedir.” sorusuna hemşirelerin %57,8’i doğru yanıt vermiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD S6: “Yetişkin bir hastada nabız kontrolü hangi arterden yapılmalıdır?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,006$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının en fazla SL öğrencilerinde, en düşük ise AEB ve SYB öğrencilerinde olduğu ancak tüm bölüm öğrencilerinin doğru yanıtlama yüzdesinin %50’nin altında olduğu saptanmıştır. Genç’in (2009) araştırmasında katılımcılara sorulan “Vücutta nabız alınan bölgeleri biliyor musunuz?” sorusuna kadınların %41,4’ü erkeklerin %58,6’sı evet yanıtını vermişlerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD S7: “Yetişkinlerde kalp masajı yapılırken göğüs bölgesi kaç cm aşağı çöktürülmelidir?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,005$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının SL öğrencilerinde en yüksek, BESÖB ve AEB öğrencilerinde en düşük olduğu bulunmuştur. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %35’in altında olduğu görülmüştür. Dolayısıyla tüm bölümlerdeki öğrencilerin bu soruya hakim olmadıkları düşünülmektedir. Coşkun (2014) çalışmasında kalp masajının sıklığı ve derinliği ile ilgili soruya katılımcıların %45,7’sinin doğru yanıt verdiğini tespit etmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD S8: “Otomatik eksternal defibrilatör (OED) kimler tarafından uygulanır?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,002$; $p<0,05$). Doğru yanıt oranının BESÖB öğrencilerinde en yüksek, SYB ve AEB öğrencilerinde en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıt oranına bakıldığında doğru yanıt oranının %45’in altında olduğu tespit edilmiştir. Doğru yanıt oranından sonra en fazla işaretlenen seçenek ($n=288$) “doktorlar ve hemşireler” olmuştur. Öğrencilerin doğru yanıt oranlarının %45’in altında olması ($n=362$) ve 288 öğrencinin “doktorlar ve hemşireler” seçeneğini işaretlemiş olması öğrencilerin OED’yi yeteri kadar tanımadıklarını ve sağlık personelinin kullandığı bir cihaz olduğunu düşündükleri söylenebilir. Bu durumun ortaya çıkmasının hem üniversitede hem ortaöğretim kurumlarında okutulan ilk yardım derslerinin içeriklerinde OED’ye yer verilmemesi ve halktan kurtarıcılar tarafından kullanılan bir cihaz olduğunun anlatılmamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Kara ve ark.’ın (2015) çalışmalarında “Otomatik eksternal defibrilatör, hem sağlık personeli hem de sağlık personeli olmayan kişiler tarafından uygulanabilir.” sorusuna hemşirelerin doğru yanıt oranı % 2,9 olarak bulunmuştur. Kara ve ark.’ın çalışma grubu ile bizim araştırmamızdaki çalışma grubunu karşılaştırdığımızda sağlık görevlilerinin de OED’yi büyük çoğunlukta sağlık çalışanlarının kullandığını düşündüğünü görmekteyiz. Bu konuda hem halktan kurtarıcılarının hem sağlık çalışanlarının yeterli bilgiye sahip olmadığı söylenebilir. Babacan ise (2012) çalışmasında “OED temel yaşam desteğinin bir parçasıdır” sorusuna hemşirelerin %57,5’inin doğru yanıt verdiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin TYD S9: “Solunum desteği sırasında nefes verme işlemi en az ne kadar sürmelidir?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,509$; $p>0,05$). Çünkü tüm bölüm öğrencilerinin doğru yanıt oranına bakıldığında %10’un altında olduğu görülmüştür. Dolayısıyla araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun solunum desteği sırasında nefes verme işlemi gibi önemli bir konuda çok yetersiz oldukları sonucuna varılmıştır. Bu konuya ilişkin benzer çalışma bulunamadığından tartışılmamıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *TYD S10*: “Aşağıdakilerden hangisi tam havayolu tıkanıklığı bulgularından değildir?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,014$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının AEB öğrencilerinde en yüksek, SYB ve SL öğrencilerinde en düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelerine bakıldığında doğru yanıtlama oranının %50’nin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Buna göre öğrencilerin yarısından fazlasının havayolu tıkanıklık bulgularını bildiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *TYD S11*: “Aşağıdakilerden hangisi Temel Yaşam Desteği sonlandırma kriterlerinden değildir?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,046$; $p<0,05$). Ancak öğrencilerin tüm bölümlerde doğru yanıt oranlarının %30’un altında olduğu görülmüştür. Bu da öğrencilerin temel yaşam desteğini uygulamasalar bile ne zaman sonlandırmaları gerektiğine dair yeterli bilgilerinin olmadığını, CPR uygulamasalar bile neye göre değerlendirme yapacaklarına ilişkin fikir sahibi olmadıklarını düşündürmektedir. *TYD S12*: “Müdahale edilmezse; kalp durduktan ne kadar süre sonra geri dönüşümsüz beyin hasarı oluşur?” sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,002$; $p<0,05$). Yine *TYD S11*’de olduğu gibi öğrencilerin tüm bölümlerde doğru yanıt oranlarının %30’un altında olduğu görülmüştür. Bu da öğrencilerin ne zaman temel yaşam desteğine başlamaları gerektiğine ilişkin yeterli bilgilerinin olmadığını göstermektedir. TYD 9,10,11 ve 12. sorularına benzer çalışma bulunamadığından bu soruların bulguları tartışılmamıştır.

5.3. İlk Yardım Bilgi/Beceri Sorularına Verilen Yanıtlar

Araştırmaya katılan öğrencilerin *İlk Yardım S1*: “Aşağıdakilerden hangisi ilk yardımın amacı değildir?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,011$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının AEB ve SYB öğrencilerinde en yüksek (%61,4 - %61,5), SYB ve SL öğrencilerinde en düşük (%48,8) olduğu saptanmıştır. Bizat (2010) çalışmasında lise öğrencilerinin ilk yardımın öncelikleri ile ilgili soruya %32,5’inin doğru yanıt verdiğini belirtmiştir. Bizat’ın çalışmasıyla bizim çalışmamızı karşılaştırdığımızda, araştırmamızdaki SL öğrencileri Bizat’ın araştırmasındaki lise öğrencilerinden bu soru için daha başarılıdır. Aytaç (2010) çalışmasında ilk yardımın amacıyla ilgili soruya fabrikada çalışanlarının %59,4’ünün doğru yanıt verdiğini bildirmiştir. Büyükkayacı ve ark. ‘ın (2013)

çalışmasında üniversite öğrencilerinin %92,7'si ilk yardımın öncelikli amacını doğru yanıtlamışlardır. Büyükkayacı ve ark.'ın çalışmalarındaki öğrencilerin doğru yanıtlama yüzdesinin bizim çalışmamızdaki üniversite öğrencilerinin doğru yanıtlama yüzdesinden yüksek olmasının nedeni olarak, Büyükkayacı ve ark.'ın Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile çalışması düşünülmektedir. Yer'in (2015) araştırmasında çalışanların %91,2'si ilk yardımın öncelikli amacı sorusuna doğru yanıt vermişlerdir. Genç'in (2009) çalışmasında "ilk yardım nedir" sorusuna öğretmenlerin %98,6'sı doğru yanıt vermiştir. Ağır (2000) ise çalışmasında çırakların eğitim öncesi ilk yardımın tanımını doğru bilme oranını %74,7, eğitim sonrası ise %88,5 olarak bulmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *İlk yardım S2: "Hasta ya da yaralının birinci değerlendirmesinde aşağıdakilerden hangisi kontrol edilmez?"* sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının AEB öğrencilerinde en yüksek (%66,7), SL öğrencilerinde en düşük (%39,3) olduğu saptanmıştır. Yer (2015) çalışmasında "Yaralının ilk değerlendirilmesinde ilk önce kanaması olup olmadığına bakılır." sorusuna çalışanların %63'ünün doğru yanıt verdiğini belirtmiştir. Buna göre Yer'in çalışmasındaki katılımcıların bilgi düzeylerinin bizim çalışmamızdaki SL öğrencilerinin bilgi düzeylerinden yüksek, AEB öğrencilerinin bilgi düzeylerinden ise düşük olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *İlk Yardım S3: "Aşağıdakilerden hangisi dış kanamalarda kanama durdurma yöntemlerinden değildir?"* sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının AEB öğrencilerinde en yüksek (%75,9), SL öğrencilerinde ise en düşük (%50,9) olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin dağılımlarına bakıldığında, doğru yanıtlama oranlarının %50'nin üzerinde olduğu görülmüştür. Dolayısıyla öğrencilerin kanama durdurma yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi oldukları söylenebilir. Bizat (2010) çalışmasında dış kanama kontrolü sorusuna öğrencilerin %82,7'sinin doğru yanıt verdiğini tespit etmiştir. Bizat'ın çalışma grubunu oluşturan lise öğrencilerinin, bizim çalışma grubumuzda yer alan SL öğrencinden bu konuda daha başarılı olduğu söylenebilir. Bunun da öğrencilerin eğitim alt yapılarının ve seviyelerinin daha iyi olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Şahin (2011) çalışmasında dış kanama durdurma yöntemleri ile ilgili soruya katılımcıların % 90,4'ünün doğru yanıt verdiğini

belirtmiştir. Genç (2009) ise çalışmasında dış kanama kontrolü sorusuna öğretmenlerin %88,4'ünün doğru yanıt verdiğini belirtilmiştir. Yine Aytaç'ın (2010) çalışmasında kanamaya müdahale sorusuna katılımcıların %34,4'ü doğru yanıt verdiği görülmüştür. Bu oran bizim çalışmamızdaki tüm gruplarla karşılaştırıldığında, çalışmamızdaki tüm bölümlerin doğru yanıt oranlarından düşük olduğu göze çarpmaktadır, bunun Aytaç'ın çalışmasındaki katılımcıların %71,6'sının ilk yardım eğitimi almamaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *İlk Yardım S4: "Trafik kazasında aşağıdaki hastalardan hangisine öncelikle müdahale etmeniz gerekir?"* sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının AEB öğrencilerinde en yüksek, SL öğrencilerinde ise en düşük olduğu saptanmıştır. AEB öğrencilerin doğru yanıtlama oranlarının %50'nin üzerinde diğer bölümlerin (BESÖB, SYB, SL) ise %40'ın altında olduğu tespit edilmiştir. Bu da öğrencilerin genel olarak, birden fazla yaralının olduğu durumlarda öncelikli müdahale etme sırasının yeterli düzeyde bilinmediğinin kanıtı olarak görülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *İlk Yardım S5: "Aşağıdakilerden hangisi şok belirti ve bulgularından değildir?"* sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,186$; $p>0,05$). Çünkü tüm bölümlerin doğru yanıtlama oranları düşük ve %40'ın altındadır. Dolayısıyla öğrencilerin şok belirtilerini ayırmada yetersiz oldukları söylenebilir. Bizat (2010) çalışmasında şok belirtileri ile ilgili soruya öğrencilerin %28,6'sının doğru yanıt verdiğini tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda da SL öğrencilerinin doğru yanıtlama oranı %24,1 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla Bizat'ın ve bizim çalışmamızda öğrencilerin bu konuyla ilgili doğru yanıt oranları çok düşük görülmekle birlikte, ortaöğretim programlarında ilk yardım eğitimi konusunda yetersiz olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *İlk Yardım S6: "Burun kanamasında aşağıdaki uygulamalardan hangisi yapılmaz?"* sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının BESÖB öğrencilerinde en yüksek (%57,3) SL öğrencilerinde ise en düşük (%34,4) olduğu saptanmıştır. Buna göre SL öğrencilerinin bu konuda da yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Yer (2015) çalışmasında burun kanamasına yönelik müdahale ile ilgili soruya katılımcıların %57,6'sının doğru yanıt verdiğini belirtmiştir.

Şahin' in (2011) çalışmasında ise burnu kanayan öğrencilere hangisi yapılmalıdır diye sorulduğunda öğretmenlerin %33,7'sinin doğru yanıt verdiği görülmüştür. En çok işaretlenen ve en fazla yanlış yapılan uygulamalardan “Başı geriye doğru alınır” seçeneği öğretmenlerin %56,1'i tarafından işaretlenmiştir. Şahin'in çalışmasıyla çalışmamızı ilişkilendirdiğimizde; çalışmamızda yer alan BESÖB öğrencilerin öğretmen grubuna göre doğru yanıt ortalamalarının yüksek olduğunu görmekteyiz. Buna göre Şahin'in çalışmasında yer alan öğretmenlerin doğru yanıt oranlarının bizim çalışmamızdaki öğrencilerden düşük olmasının sebebi olarak sınıf öğretmenlerinin, beden eğitimi öğretmenlerine göre ilk yardım bilgi düzeyinin düşük olması ve doğru cevap ortalamalarını da bu yönde etkilemesi düşünülmektedir. Yine BESÖB öğrencilerinin üniversitede aldığı eğitimlerle öğretmenlik görevleri süresince Trafik ve İlk Yardım derslerini verdiği bilinmekte bu nedenle üniversite döneminde verilen İlk yardım ve TYD eğitimlerinin öneminin büyük olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *İlk Yardım S7: “Göğüse yabancı cisim saplanmışsa (Demir, odun parçası vb.) aşağıdaki uygulamalardan hangisi yapılmalıdır?”* sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Doğru yanıt oranının SYB öğrencilerinde en yüksek (%57,1) SL öğrencilerinde ise en düşük (%33,6) olduğu saptanmıştır. Buna göre SL öğrencilerinin bu konuda da yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Bizat'ın (2010) çalışmasında, çalışmamıza benzer olarak delici göğüs yaralanmalarında müdahale sorgulanmış ve katılımcıların %54,9'u doğru yanıt vermiştir. Genç'in (2009) çalışmasında ise karna yabancı cisim batmasında müdahale durumu değerlendirilmiş ve doğru yanıt oranı %76,5 olarak bulunmuştur. Şahin'in (2011) çalışmasında da Genç'in çalışmasına benzer olarak karna yabancı cisim batmasında müdahale durumu değerlendirilmiş, doğru yanıt oranı %58,4 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *İlk Yardım S8: “Yanık müdahalesi ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?”* sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,360$; $p>0,05$). Öğrencilerin bu soruyu doğru yanıt oranları genel olarak %50'nin üzerinde bulunmuştur. Şahin (2011) çalışmamıza benzer olarak “Hangisi ısı ile oluşan yanıklarda yapılması yanlış olan ilk yardım uygulamasıdır?” sorusuna öğretmenlerin %68,9'unun doğru yanıtladıklarını saptamıştır. Buna göre Şahin'in çalışma grubundaki öğretmenlerin bizim çalışmamızdaki

öğrencilere göre bu konuya daha hakim oldukları söylenebilir. Ağır (2000) çalışmasında yanıklarda ilk yardım uygulama oranını eğitim öncesi %32,7 ve eğitim sonrası %83,7 olarak bulmuştur. Genç (2009) çalışmasında yanıklarda ilk yardımla ilgili soruya doğru yanıt verme oranını %73,9 olarak bulmuştur. Yer (2015) ise çalışmasında yanık müdahalesine ilişkin soruya çalışanların %74,1'inin doğru yanıt verdiğini tespit etmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *İlk Yardım S9*: “Aşağıdakilerden hangisinde alt ekstremitte (bacak, ayak vs.) kırıklarında uyulması gereken kurallar yanlış verilmiştir?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının SYB öğrencilerinde en yüksek (%61,3) SL öğrencilerinde ise en düşük (%38,8) olduğu saptanmıştır. Yer'in (2015) çalışmasında ise kırıklarda genel müdahale ile ilgili sorulan soruya katılımcıların %78,5'i doğru yanıt vermiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *İlk Yardım S10*: “Kene ısırmasında ilk yardım uygulamaları ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının SYB öğrencilerinde en yüksek (%79,2) SL öğrencilerinde ise en düşük (%61,8) olduğu görülmüştür. İlk yardımla ilgili sorulan sorularda en fazla doğru yanıtlama oranının bu soruda olduğu göze çarpmıştır. Bunun da kene ısırması vakalarının TV' de çokça gündeme gelmesi ve ölümcül sonuçlara yol açmasından dolayı dikkat çekmesi, konuyla ilgili bilgi sahibi olunmak istenmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *İlk Yardım S11*: “Sara nöbeti esnasında hangisi yapılmamalıdır?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,017$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının SYB öğrencilerinde en yüksek (%58,7) SL öğrencilerinde ise en düşük (%41,3) olduğu tespit edilmiştir. Şahin de (2011) çalışmasında sara nöbeti sırasında yapılmaması gereken uygulamaları sorduğunda öğretmenlerin %65,7'sinin doğru yanıt verdiğini tespit etmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin *İlk Yardım S12*: “Çıkıkla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,017$; $p<0,05$). Doğru yanıtlama oranının BESÖB ve SYB öğrencilerinde en yüksek (%63,4 - %63,2) SL öğrencilerinde ise en düşük (%44,9) olduğu saptanmıştır. Tüm bölümlerin doğru yanıtlama yüzdelere

bakıldığında üniversite öğrencilerinin doğru yanıt oranlarının %50'nin üzerinde lise öğrencilerinin ise %45'in altında olduğu görülmüştür. Bizat 'ın (2010) çalışmasında çıkıkla ilgili sorulan soruya lise öğrencilerinin %44'ü doğru yanıt vermiştir. Bizim çalışmamızdaki SL öğrencilerin bu soruyu doğru yanıt oranı %0,9'luk bir farkla daha fazladır.

5.4. BESÖB, AEB, SYB ve SL Öğrencilerinin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeyleri

Araştırmaya katılan öğrencilerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri dağılımı incelendiğinde;

BESÖB öğrencilerinin ilk yardım bilgi düzeyleri incelendiğinde %77,9'unun "DÜŞÜK", %1,3'ünün "ÇOK İYİ" olduğu, AEB öğrencilerinin %73,1'inin "DÜŞÜK", %1,9'unun "ÇOK İYİ" olduğu, SYB öğrencilerinin %77'sinin "DÜŞÜK", %1,6'sının "ÇOK İYİ" olduğu, SL öğrencilerinin %97,3'ünün "DÜŞÜK" olduğu, bilgi düzeyi "ÇOK İYİ" olan öğrencinin bulunmadığı saptanmıştır.

Üniversite öğrencilerinde "DÜŞÜK" düzeydeki öğrencilerin oranının %70'den fazla olması, SL öğrencilerinde ise tamamına yakının "DÜŞÜK" düzeyde olması, araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun ilk yardım bilgisi konusunda yetersiz olduğunu ve hem üniversitede hem SL'de verilen eğitimlerin ilk yardım konusunda istenilen kazanımları sağlayamadığını düşündürmektedir.

Bizat (2010) çalışmasında öğrencilerin ilk yardım temel uygulamaları konularında bilgi düzeylerinin genel olarak orta düzeyde düşük olduğunu belirtmiştir. ($\bar{x} \pm SD$: 19,9 \pm 3,16, Dağılım: 9-34). Büyükkayacı (2013) çalışmasında bazı temel ilk yardım bilgilerinde hemşirelik bölümü öğrencilerinin yüksek oranda yanlış cevap vermesi nedeni ile hemşirelerin eksik olduklarını bildirmiştir. Şahin'in (2011) çalışmasında araştırmaya katılan öğretmenlerin yeterince ilk yardım bilgisine sahip olmadıklarını ayrıca ilk yardım bilgisine sahip olsalar bile yeterince deneyime sahip olmadıklarını belirtmiştir. Aytaç (2010) çalışmasında 51 ve üzeri puan alanları başarılı kabul etmiş ve buna göre katılımcıların %78,7'sinin başarılı olduğunu tespit etmiştir. Durmuş (2006) çalışmasında biyoloji öğretmen adaylarının ilk yardım ve koruyucu sağlık bilgilerinin yeterli olmadığını saptamış ve başarı oranlarını % 49 olarak bulmuştur. Bizim çalışmamızla diğer çalışmalar arasında bilgi düzeyine göre bir

karşılaştırma yapılmamıştır. Bunun sebebi bizim çalışmamızla diğer çalışmaların bilgi düzeyleri aralıklarının farklı belirlenmiş olmasıdır.

5.5. BESÖB, AEB, SYB ve SL Öğrencilerinin TYD Konusundaki Bilgi Düzeyleri

Araştırmaya katılan öğrencilerin öğrencilerinin TYD bilgi düzeyleri incelendiğinde BESÖB öğrencilerinin %100'ünün, AEB %100'ünün, SYB öğrencilerinin %99,6'sının, SL öğrencilerinin %100'ünün "DÜŞÜK" düzeyde olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun TYD bilgisi konusunda yetersiz olması hem üniversitede hem de SL'de verilen eğitimlerin ilk yardım konusunda istenilen kazanımları sağlayamadığını düşündürmektedir.

Babacan (2012) "Doktor ve Yardımcı Sağlık Personelinin Erişkin ve Pediatrik Temel Yaşam Desteği Bilgi Düzeyi" adlı çalışmasında bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını ve uygulama becerilerinin değerlendirilmediği belirtmiştir. Kara ve ark. "Bir Devlet Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Güncel Temel Yaşam Desteği Bilgilerinin Değerlendirilmesi" adlı çalışmalarında, hemşirelerin temel yaşam desteği bilgilerinin yetersiz olduğunu ve konuyla ilgili güncel bilgileri takip etmediklerini bildirmişlerdir. Kımaz ve ark. (2006) "112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Görevli Doktorların Temel Yaşam Desteği İleri Kardiyak Yaşam Desteği ve Doktorun Adli Sorumlulukları Konularındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" adlı çalışmalarında doktorların temel yaşam desteği sorularını doğru yanıtlama oranını %45 olarak bulmuş ve katılımcıları başarısız olarak değerlendirmişlerdir. Şener ise (2003) "Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesindeki Araştırma Görevlisi Tıp Doktorlarının Temel Yaşam Desteği ve Bunu Etkileyen Faktörler" adlı çalışmasında hekimlerin TYD sorularını doğru cevaplama oranını %59,9 olarak bulmuştur.

TYD bilgi ve beceri düzeylerini belirlemeye yönelik bu çalışmalar farklı alanlarda farklı gruplar üzerinde yapılmıştır. Ve tüm çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak TYD konusunda bilgi düzeyleri yeterli bulunmamıştır. Bu da Türkiye'de TYD eğitim ve uygulamalarının istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir.

5.6. Temel İlk Yardım Uygulamaları Tutum Sorularına Verilen Yanıtlar ve BESÖB, AEB, SYB, SL Öğrencilerinin Bölümlerine Göre Temel İlk Yardım Uygulamaları Tutumları Toplam Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan öğrencilerin *Tutum S1: “İlk yardım eğitiminin gerekli olduğunu düşünüyorum”* sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde tüm bölümlerin %80’den fazlasının “Tamamen Katılıyorum” yanıtını verdiği saptanmıştır. Buna göre tüm bölüm öğrencilerinin ilk yardım eğitiminin gerekli olduğu konusunda bilinçli oldukları düşünülmektedir. *Tutum S2: “Sağlık çalışanı değilim, ilk yardım uygulamak benim için gerekli değil.”* Sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde üniversite öğrencilerinin %70’den fazlasının lise öğrencilerinin ise %60’dan fazlasının “Hiç Katılmıyorum” yanıtını verdiği saptanmıştır. Buna göre üniversite öğrencilerinin ilk yardım uygulamanın gerekli olduğu konusunda lise öğrencilerinden daha bilinçli oldukları düşünülmektedir. *Tutum S3: “Temel Yaşam Desteği (TYD) uygulamak özel bir eğitim gerektirir.”* sorusuna verilen yanıtlara göre tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde üniversite öğrencilerden “Tamamen Katılıyorum” yanıtını verenlerin oranının %65’in üzerinde lise öğrencilerinin ise %50’nin altında olduğu saptanmıştır. *Tutum S4: “İlk yardımın gerekli olduğu durumlarda insanlara yardım etmek beni mutlu eder.”* sorusuna verilen yanıtlara göre tüm bölümlere genel olarak bakıldığında “Tamamen Katılıyorum” yanıtının %70’in üzerinde olduğu görülmektedir. Dolayısıyla tüm bölümdeki öğrencilerinin yüksek oranda “İlk yardımın gerekli olduğu durumlarda yardımcı olma” konusunda mutluluk duyduğu söylenebilir. *Tutum S5: “TYD uygulamak beni korkutur, başımın belaya girmesinden çekinirim, yapamam.”* sorusuna verilen yanıtlara göre tüm bölümlere genel olarak bakıldığında üniversite öğrencilerinin %20’den fazlasının “Kararsızım” yanıtını verdiği lise öğrencilerinde ise bu oranın %30’dan yüksek olduğu saptanmıştır. Bu konuda lise öğrencilerinin üniversite öğrencilerinden daha fazla kararsızlık yaşadığı düşünülmektedir. *Tutum S6: “Spor alanında çalışanların ve öğrenim görenlerin ilk yardım bilgi ve becerisine sahip olması gerekir.”* sorusuna verilen yanıtlara göre tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde SYB öğrencilerinin en yüksek oranda “Tamamen Katılıyorum” yanıtını verdiği, en düşük oranın ise SL öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. Buna göre üniversite öğrencilerinin spor alanında çalışanların ve öğrenim görenlerin ilk yardım bilgi ve becerisine sahip olmasının

gerekliliği konusunda lise öğrencilerinden daha bilinçli olduğu düşünölmektedir. *Tutum S7: “Acil müdahale gerektiren durumlarda sakın ve soğukkanlı davranabilirim.”* sorusuna BESÖB öğrencilerinin en yüksek oranda “Tamamen Katılıyorum” yanıtını verdiği, düşük oranın ise SL öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. *Tutum S8: “Liselerde ilk yardım dersinin gerekli olduğunu düşünüyorum.”* sorusuna verilen yanıtlara göre tüm bölümlere genel olarak bakıldığında “Tamamen Katılıyorum” yanıtının üniversite öğrencilerinde %70’in üzerinde olduğu, lise öğrencilerinde ise %60’ın altına indiği saptanmıştır. Dolayısıyla üniversite öğrencilerinin liselerde ilk yardım dersinin gerekli olduğu konusunda lise öğrencilerinden daha bilinçli olduğu düşünölmektedir. *Tutum S9: “İlk yardım dersi konularını ve eğitimini yeterli bulmuyorum.”* sorusuna SYB öğrencilerinin en yüksek oranda “Tamamen Katılıyorum” yanıtını verdiği, en düşük oranın ise AEB öğrencilerinde olduğu saptanmıştır. *Tutum S11: “Spor Bilimleri Faköltesinde verilen TYD eğitimlerini yeterli buluyorum.”* sorusuna tüm bölümlerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde öğrencilerin verdikleri yanıtların yüzdelerinin çok farklı olmadığı görölmüş, ancak “Kararsızım” seçeneğini işaretleyen öğrenci oranının diğer yanıtlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla BESÖB, AEB ve SYB öğrencilerinin Spor Bilimleri Faköltesinde verilen TYD eğitimlerini yeterli bulma konusunda net bir görüş geliştirmedikleri ve TYD eğitim içeriklerine hakim olmadıkları söylenebilir.

Araştırmaya katılan BESÖB, AEB, SYB ve SL bölümü öğrencilerinin bölümlerine göre temel ilk yardım uygulamaları tutumları toplam puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<,001$; $p<,05$). Üniversite öğrencilerinin tutum puan ortalamalarının yakın olduğu, SL öğrencilerinin ise tutum puan ortalamalarının tüm bölümlerden düşük olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak üniversite öğrencilerinin lise öğrencilerine göre daha yüksek TYD ve İlk Yardım tutumuna sahip olduğu düşünölmektedir. Tüm öğrencilerin toplam tutum puan ortalamalarına bakıldığında, ortalamanın %50’nin altında olmasından dolayı tutum puan ortalamalarının istenen oranda olmadığı söylenebilir. Tutum puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin benzer çalışma bulunamadığından bu bölüm tartışılmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma Samsun ili OMÜ Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesi ve Gülizar Hasan Yılmaz SL öğrencilerinin ilk yardım ve temel yaşam desteği hakkında bilgi ve becerilerini ölçmek, tutumlarını belirlemek amacıyla toplam 1027 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

6.1.Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgularla aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1.Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özellikleriyle İlk yardım ve TYD bilgi/beceri toplam puan ortalamaları arasında ilişki olup olmadığını anlamaya yönelik karşılaştırmalar yapılmış ve şu sonuçlar elde edilmiştir:

- **Cinsiyet değişkenine göre,** TYD toplam puan ortalamalarında erkek öğrencilerin, İlk yardım toplam puan ortalamalarında ise kadın öğrencilerin puan ortalamaları daha yüksek olması nedeniyle TYD konusunda erkek öğrenciler, ilk yardım konusunda kadın öğrencilerin daha başarılı bulunmuştur.
- **Bölüm değişkenine göre,** TYD toplam puan ortalamalarının en yüksek olduğu bölüm AEB iken en düşük olduğu bölüm SL olarak tespit edilmiştir. İlk yardım toplam puan ortalamalarında ise en yüksek puan ortalamasının BESÖB' de, en düşük ortalamanın ise SL bölümünde olduğu bulunmuştur. SL öğrencilerinin her iki puan türünde de en düşük puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır.
- **Sınıf değişkenine göre,** BESÖB 2.sınıf öğrencilerinin ilk yardım puan ortalamaları en yüksek, 4.sınıf öğrencilerinin ise en düşük (TYD puanlarında farklılık saptanmamış); AEB 2.sınıf öğrencilerinin TYD puan ortalamalarının en yüksek 3.sınıf öğrencilerinin ise en düşük, İlk yardım puan ortalamalarının 2.sınıf öğrencilerinde en yüksek, 3 ve 4.sınıf öğrencilerinin ise en düşük; SL'de TYD puan ortalamalarının 4.sınıf (12.sınıf) düzeyinde en yüksek, 3.sınıf (11.sınıf) düzeyinde ise en düşük, İlk yardım puan ortalamalarının 4.sınıf öğrencilerinde en yüksek, 1. ve 2.sınıf (9. ve 10.sınıf) öğrencilerinin ise en düşük olduğu

saptanmıştır. SYB' de sınıf değişkeni ile puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır.

➔ **Mezun olunan/devam edilen lise değişkenine göre,** TYD puan ortalamalarında Sağlık meslek lisesinden mezun olan öğrencilerin puan ortalamalarının en yüksek olduğu SL'de eğitim almaya devam eden öğrencilerin ise puan ortalamalarının en düşük olduğu; İlk yardım puan ortalamalarında düz lise-anadolu lisesinden mezun olan öğrencilerin en yüksek SL'de eğitim almaya devam eden öğrencilerin ise puanlarının en düşük olduğu saptanmıştır.

2.Çalışmaya katılan öğrencilerin TYD/İlk yardım eğitimi alma durumlarıyla İlk yardım ve TYD bilgi/beceri toplam puan ortalamaları arasında ilişki olup olmadığını anlamaya yönelik karşılaştırmalar yapılmış ve hem TYD puanlarında hem de İlk yardım puanlarında eğitim alan öğrencilerin eğitim almayan öğrencilere göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

3.Çalışmaya katılan öğrencilerin eğitim süreleri üzerinden geçen zaman ile puan ortalamaları arasında ilişki olup olmadığı değerlendirilmiş TYD puanlarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş ve eğitimleri üzerinden daha uzun süre geçen öğrencilerin, eğitimleri üzerinden daha kısa süre geçen öğrencilere göre düşük puan aldıkları saptanmıştır.

4.Çalışmaya katılan öğrencilerin eğitim aldıkları yerlerle puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakılmış ve İlk yardım puanları açısından anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Eğitimlerini ilk yardım kursunda alan öğrencilerin puanı en yüksek, lisede alan öğrencilerin ise en düşük olduğu saptanmıştır.

5.Çalışmaya katılan öğrencilerin aldıkları eğitim şekline göre karşılaştırma yapılmış ve eğitimleri teorik+uygulama olarak alan öğrencilerin, eğitimlerini teorik alan öğrencilere göre daha yüksek puan aldıkları sonucuna varılmıştır.

6.Çalışmaya katılan öğrencilerin TYD/İlk Yardım konularında kendilerini yeterli hissetme durumlarına göre puan ortalamaları ile ilişkilerine bakılmış ve her iki puan türünde anlamlı farklılık bulunmuştur. Kendini kısmen yeterli gören öğrencilerin en yüksek, kendilerini yeterli gören öğrencilerin ise en düşük puan ortalamalarına sahip oldukları sonucuna varılmıştır. Buna ek olarak da öğrencilerin özgüvenleriyle ilk yardım bilgi düzeylerinin doğru orantılı olmadığı, öğrencilerin kendilerine güvenerek

TYD ve İlk yardım konusunda yeterli hissetmelerine rağmen bilgi düzeylerinin yüksek olmadığı çıkarımında bulunulmuştur.

7.Çalışmaya katılan öğrencilerin TYD/İlk Yardım konusunda eğitim almak istemeleriyle puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakılmış ve İlk Yardım puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Eğitim almak isteyen öğrencilerin puan ortalamaları daha yüksektir ve buna göre eğitim almak isteyen öğrenciler eğitim almak istemeyen öğrencilerden daha bilinçli ve duyarlıdır.

8.Çalışmaya katılan öğrencilerin TYD konusunda güncel bilgileri takip etmeleri ile puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakılmış ve anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

9.Çalışmaya katılan öğrencilerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerine bakılmış üniversite öğrencilerinin %70' den fazlasının "DÜŞÜK" SL öğrencilerinin ise tamamına yakının "DÜŞÜK" düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu bulgulara göre çalışmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun ilk yardım bilgisi konusunda yetersiz olduğu saptanmıştır.

10.Çalışmaya katılan öğrencilerin öğrencilerinin TYD konusundaki bilgi düzeylerine bakılmış ve öğrencilerin tamamına yakının "DÜŞÜK" düzeyde olduğu saptanmıştır. Buna göre öğrencilerin büyük çoğunluğu TYD bilgisi konusunda yetersiz bulunmuştur.

11.Çalışmaya katılan öğrencilerin bölümlerine göre temel ilk yardım uygulamaları tutumları toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakılmış ve anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre üniversite öğrencilerinin tutum puan ortalamaları yakın, SL öğrencilerinin ise tutum puan ortalamalarının tüm bölümlerden düşüktür. Üniversite öğrencilerinin lise öğrencilerine göre daha yüksek TYD ve İlk Yardım tutumuna sahip olduğu düşünülmektedir. Tüm öğrencilerin toplam tutum puan ortalamalarına bakıldığında, ortalamanın %50'nin altında olmasından dolayı tutum puan ortalamalarının istenen oranda değildir.

6.2.Öneriler

Araştırma sonuçlarından yola çıkarak;

- Tıp ve Sağlık Bilimleri dışındaki üniversite eğitim programlarında özellikle kaza ve yaralanmalarla karşılaşma olasılığının yüksek olduğu Spor Bilimleri Fakültelerinde ilk yardım ders içerikleri revize edilmeli, son

yayınlanan 2015 ERC ve 2015 AHA kılavuzları ışığında TYD algoritmaları ders içeriklerine eklenmelidir.

- Üniversitelerde okutulan İlk Yardım dersi uygulamaları daha etkili hale getirilerek öğrencilerin TYD beceri gelişimleri desteklenmelidir.
- Yurt dışında halktan kurtarıcılar tarafından kullanımı yaygınlaşan OED ilk yardım ders içeriklerine eklenmeli ve öğrencilerin OED ve kullanımı hakkında bilgi sahibi olması sağlanmalıdır.
- İlk yardım ve Temel Yaşam Desteği uygulamalarında uluslararası kabul gören ERC ve AHA kılavuzlarının son uygulamalarının üniversite eğitim programlarında öğrencilere aktarılabilmesi için İlk Yardım dersini veren öğretim üyeleri bu konuyla ilgili hizmet içi eğitimlere alınmalıdır.
- Spor Bilimleri Fakültesinde eğitim alan öğrencilerin bir bölümü özellikle Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği alanı, meslekteki görev sürelerinde Sağlık Bilgisi ve Trafik Kültürü dersini vermekte olup bu ders içeriğinde yer alan ilk yardım konularındaki bilgi ve becerilerinin çoğunu üniversite eğitimleri süresince edinmektedirler. Bu sebeple Spor Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilere İlk yardım dersinin gerekliliği ve önemi konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
- İlk yardım eğitiminin temellendirilmiş şekilde amacına ulaşabilmesi için ortaöğretim programlarına da ilk yardım konusundaki son güncellemeler yansıtılmalı, öğretim programlarındaki Sağlık Bilgisi ve Trafik Kültürü dersinin İlk Yardım konuları (Özellikle TYD, OED) detaylandırılmalıdır. Bu bağlamda Sağlık Hizmetleri ile Hasta ve Yaşlı Hizmetleri meslek lisesi alanlarında okutulan ilk yardım modülleri daha güncel olup, ortaöğretim kurumlarında da aynı içeriklerin kullanımın uygun olduğu düşünülmektedir. Özellikle SL programlarında detaylandırılmış ve revize edilmiş kitapların okutulması, ilk yardım konusunda daha bilinçli ve bilgili sporcuların gelişmesinde önemli görülmektedir.

KAYNAKLAR

- Abernethy L, MacAuley D, McNally O, McCann S. Immediate Care of School Sport Injury, Injury Prevention. 2008; 9: 270-273.
- Ağır A. Metal İş Kolunda Çalışan Çırakların İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Tespiti ve Geliştirilmesi. Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2000; 35-53.
- Ağralı S. Ankara- Kalecik Lisesi Öğrencilerinin İlk Yardım Bilgi Düzeyi ve Uygulanan İlk Yardım Eğitiminin Bilgi Düzeyine Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kazaların Epidemiyoloji ve Demografisi Ana Bilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2002; 30-50.
- AHA. Hazinski M.F, Field J.M. (Ed). Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyak Bakım Bilimi İçin Amerikan Kalp Derneği Kılavuzu. 2010; 81-121, 122-149.
- AHA. Kleinman Chair M.E, Brennan E. E, Goldberger Z. D, Swor R. A, Terry M, Bobrow B. J, Gazmuri R. J, Travers A. H, Rea T. American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 5: Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality, 2015; 1-23.
- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara, Sistem Ofset, 2005; 50-200.
- Aktümsek A. Anatomi ve Fizyoloji İnsan Biyolojisi. 7. Baskı, Ankara, Nobel yayınevi, 2012; 177-381.
- Andsoy I, Şahin A, Ural S. Bir Devlet Üniversitesinde Görev Yapan Güvenlik Personeline Verilen İlk Yardım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Çağdaş Tıp Dergisi, 2014; 4(2): 84-90.
- Ankara Büyükşehir Belediyesi İtfaiye Dairesi Başkanlığı. İlk Yardım ve Temel İlkeleri, Hizmetiçi Eğitim Serisi 2. Ankara, 2012; 88-90.
- Anonymous, Current Health 2, ProQuest Health and Medical Complete, 2005; 32,4.
- Arifoğlu Y. Her Yönüyle Anatomi. 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitapevi 2016; 379.
- Atıcı A, Atıcı Ş, Doruk N, Kaya F, Mert E, Eskandari M, Demirsoy O, Arpacı T. İlk Yardım Uygulayıcı Kitabı. Adana, Nobel Yayınevi, 2010; 99-133.
- Aytaç Ş. Ankara Akyurt İlçesinde Bir Mobilya İmalat Fabrikasında Çalışanlarda İlk Yardım Gerektiren Durumların Sıklığı İle İlk Yardım Eğitimi Öncesi ve Sonrası Eğitim Düzeyleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010; 70-100.

- Babacan A. Doktor Ve Yardımcı Sağlık Personelinin Erişkin Ve Pediatrik Temel Yaşam Desteği Bilgi Düzeyi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Uzmanlık Tezi, 2012; 39-80.
- Bahr J, Klingler H, Panzer W, Rode H, Kettler D. Skills of lay people in checking the carotid pulse. Resuscitation,1997; 35: 23-26.
- Bayraktar N, Çelik Ş. Ankara' daki Taksi Şoförlerinin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Gereksinimleri. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2000; 10:55-61.
- Berg RA, Chapman FW, Berg MD, et al. Attenuated adult biphasic shocks compared with weight-based monophasic shocks in a swine model of prolonged pediatric ventricular fibrillation. Resuscitation 2004; 61:189-97.
- Berg RA, Samson RA, Berg MD, et al. Better outcome after pediatric defibrillation dosage than adult dosage in a swine model of pediatric ventricular fibrillation. J Am Coll Cardiol 2005; 45:786-9
- Bırol L. İç Hastalıkları Hemşireliği. 3. Baskı, Ankara, 1991; 116-309.
- Bizat E. Lise Öğrencilerinin İlk Yardım Temel Uygulamaları İle İlgili Bilgi ve Değerlendirilmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 37-55.
- Bozdoğan Ö. Fizyoloji, 3. Baskı, Ankara Palme Yayıncılık, 2012; 2-3.
- Bölükbaşı N, Kahraman A, Kalaycı G, Karaman Y. Ordu İli Kız Meslek Lisesi Çocuk Gelişimi Son Sınıf Öğrencilerinin Çocuklara Yönelik İlk Yardım Uygulamaları İle İlgili Bilgi Düzeyleri. Erzurum Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10:3.
- Büyükkayacı Duman N, Koçak C, Sözen C. Üniversite Öğrencilerinin İlk Yardım Bilgi Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2013; 6:1, 57-70.
- Cengiz F. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Açık Öğretim Okulları Trafik ve İlk Yardım Ders Notu. Ankara, 2013.
- Coşkun G. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinin Temel Yaşam Desteği Ve İleri Kardiyak Yaşam Desteği Konularında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Uzmanlık Tezi, 2014; 36-56.
- Çertuğ A. Modern Resüsitasyonun Doğuşu, Gelişmesi ve Otomatik Eksternal Defibrilatörler. Türk Anest Rean Der Dergisi, 2004; 32:415423.
- Dilek O. N. Afyon Kocatepe Üniversitesi İlk Yardım Ders Kitabı. 1. Baskı, Afyon, 2003; 25-52.

- Durmuş E. Biyoloji Öğretmen Adaylarının, Çevre Sağlığı, Sağlık Bilgisi ve İlk Yardım İle İlgili Genel Özellik, Görüş, Davranış Ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Orta Öğretim Fen Ve Matematik Alanları Eğitimi Bölümü Biyoloji Eğitimi Ana Bilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 43-79.
- Eberle B, Dick WF, Schneider T, Wisser G, Doetsch S, Tzanova I. Checking the carotid pulse : diagnostic accuracy of first responders in patients with and without a pulse. Resuscitation, 1996; 33: 10716.
- Ege R. Kaza, Hastalık Ve Yaralanmalarda İlk ve Acil Yardım. 2. Baskı, Türk Hava Kurumu Basım Evi, 1995; 32-44.
- Ege R. Kaza, Hastalık ve Yaralanmalarda İlk Ve Acil Yardım. 3. Baskı, Türk Hava Kurumu Basımevi, 1999; 35-42.
- ERC. Avrupa Resüsitasyon Konseyi 2005 Resüsitasyon Kılavuzu, 1. Baskı, İstanbul, Logos Yayıncılık, 2007; 54-55.
- ERC. Koster R. V, Baubin M. A, Bossaert L. L, Cabellero A, Cassan P, Castren M, Granja C, Handley A. J, Monsieurs K. G, Perkins G. D, Raffay V, Sandroni C. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Elsevier Journal, Resuscitation 81, 2010; 1277–1292.
- ERC. Avrupa Resüsitasyon Konseyi Resüsitasyon Kılavuzu, 2015 <https://www.resusitasyon.com/erc-2015-resusitasyon-kilavuzu-turkce-genis-ozet/> Erişim: 09.01.2018.
- Erdil F, Çelik S, Bayraktar N. Temel İlk Yardım. 2. Baskı Ankara, Eflatun Yayınevi, 2009; 20-60.
- Erdil F, Bayraktar N, Çelik S. Temel İlk Yardım, 2. Baskı, Ankara, Efil Yayınevi, 2010; 22-62.
- Ergen Gürarlan N. Tunceli Pertek İlçe Merkezinde 0-14 Yaşlar Arasında Çocuğu Olan Annelerin İlk Yardım Bilgi Düzeyleri ve İlk Yardım Gerektiren Durumların Sıklığı. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 51-74.
- Erkan N. İlk Yardım. İstanbul, Alfa Yayınları, 1995; 41.
- Ertekin C, Tavioglu K, Güloğlu R, Kurtoğlu M. Travma. İstanbul Medikal Yayıncılık, 2005; 33.

- Genç Ü. Samsun İl Merkezindeki Lise ve Dengi Okullarda Çalışan Öğretmenlerin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 10-80.
- Gözün N. Anatomi ve Fizyoloji Ders Kitabı, 3. Baskı, Konya, Atlas Sağlık Yayınları, 2017; 38-47.
- Gurnett CA, Atkins DL. Successful use of a biphasic waveform automated external defibrillator in a high-risk child. Am J Cardiol 2000; 86:1051-3.
- Guyton A. C, Hall J. E. Tıbbi Fizyoloji. Çev. Çavuşoğlu, H, Türkçe 1. Baskı, Yüce Yayınları & Nobel Tıp Yayınevi, 2001; 9-10.
- Gülaçtı M. M. Kahramanmaraş Bölgesindeki Amatör Futbolcuların Spor Yaralanmalarında İlk Yardım, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Uygulamalarındaki Görüşlerinin İncelenmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi Ve Spor Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 52-65.
- Güler Ç, Bilir N. Temel İlk Yardım. 1. Baskı, Ankara, Aydoğdu Basın Yayıncılık, 1994; 9-134.
- Güler Ç, Bilir N. Herkes İçin İlk Yardım. 1. Baskı, Ankara, 1994; 9-134.
- Güler Ç, Tekbaş F, Vaizoğlu S, Oğur R, Somyürek İ. Turizm Rehberleri ve Turizmciler İçin İlk Yardım. Ankara, Palme Yayıncılık, 2005; 12-60.
- Hazinski MF, Idris AH, Kerber RE, Epstein A, Atkins D, Tang W, Lurie K. Lay rescuer automated external defibrillator (“public access defibrillation”) programs: lessons learned from an international multicenter trial: advisory statement from the American Heart Association Emergency Cardiovascular Committee; the Council on Cardiopulmonary, Perioperative, and Critical Care; and the Council on Clinical Cardiology. Circulation. 2005;111:3336-3340.
- <http://ailehekimligi.gov.tr/yal-ve-oezuerlue-bakm/561-solunum-yolu-tkankl-ve-boulmalarda-lk-yardm.html> Erişim: 24.03.2018
- <https://atilladagdelen.tr.gg/Soluk-Durmas> Erişim: 09.04.2018
- http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/LXS9kSzvIWTC.pdf Erişim: 09.01.2018
- <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoonotikvektorel-kkka/detay.html> Erişim: 20.12.2018
- <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/point+of+the+sternum> Erişim: 10.06.2018

<http://ozlemguclu.blogspot.com/2016/11/bebeklerde-temel-yasam-destegi.html>
Erişim: 07.07.2018

<http://saglikca.blogspot.com/2016/11/temel-yasam-destegi.html> Erişim: 10.05.2018

http://saglikdersnotlari.blogspot.com/2016/01/vital-bulgular-nabz_78.html
Erişim: 12.05.2018

<https://snmlgn.blogspot.com/2016/11/kanamalarda-ilkyardm.html> Erişim: 05.07.2018

<https://slideplayer.biz.tr/slide/1917327> Erişim: 10.09.2018

<https://tr.pinterest.com/anitakhan008/first-aid-tips/> Erişim: 06.07.2018

<https://ttkb.meb.gov.tr/>) Erişim: 20.05.2018

<http://wallpapernoah.blogspot.com/2018/09/kumpulan-images-of-jaw-thrust.html>
Erişim: 13.08.2018

<http://webders.net/kanamalarda-ilk-yardim-ders-133-4821p2.html> Erişim: 12.08.2018

<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/92/docs/ug-1.pdf/> Erişim:11.05.2018

<https://www.acilci.net/yanik-hastasi-yonetimi/> Erişim: 18.09.2018

<http://www.ahmetalpman.com> Erişim: 12.03.2018

<https://www.aic.cuhk.edu.hk/web8/Modified%20jaw%20thrust.htm> Erişim:10.05.2018

http://www.akademik.adu.edu.tr/myo/didim/webfolders/topics/small_5-YARALANMALAR.pdf Erişim:17.09.2018

<http://www.blogluyorum.net/2015/06/bebek-ve-cocuklarda-ilkyardim.html>
Erişim: 12.05.2018

<http://www.depremmalzemeleri.com/ilk-yardim-temel-uygulamalari-pml17>
Erişim: 18.09.2018

<https://www.hemsire.com/hemsirelik/nabiz-alinan-arterler-h1101.html/>
Erişim: 12.03.2018

http://www.ilkyardimkursu.net/delici_karin_yaralanmalari.html Erişim: 18/09/2018.

<https://www.opas.org.br/o-que-e-convulsao-o-que-fazer-causas-sintomas-pode-matar/>
Erişim: 09.07.2018

<https://www.pazienti.it/contenuti/malattie/epistassi> Erişim: 22.07.2018

<https://www.saglikocagim.net/bebeklerin-bogazina-yabanci-cisim-kacmasi-ilk-yardim-yontemleri/> Erişim: 13.08.2018.

<https://www.saintlukeskc.org/health-library/when-child-choking-age-1-and>
Erişim: 08.04.2018

<http://www.salentoreview.it/scuola-sicura/> Erişim: 12.05.2018

<https://www.tech-worm.com/nabiz-nedir/> Erişim: 12.03.2018

<http://www.wakacje-chorwacja.info/sok-pozisyonu/> Erişim: 12.08.2018

<http://zmlkbykclk.blogcu.com/hayat-kurtarma-zinciri-nedir/> Erişim: 12.05.2018.

Jorgenson D, Morgan C, Snyder D, et al. Energy attenuator for pediatric application of an automated external defibrillator. *Crit Care Med* 2002; 30:S145-7.

Judd R.L. Alterde Mental States, *Emergency Medical Services*. 1991; 20(9): 39-48.

Kakillioğlu T, Kurt Z, Dalkılınç M. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼ İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı. Ankara, 2002; 56-75.

Kanbir O. Sporda Sağlık Bilinci ve İlk Yardım, 2. Baskı, Bursa, Ekin Kitapevi, 2001; 20-100.

Kara F, Yurdakul A, Erdoğan B, Polat E. Bir Devlet Hastanesinde G¼rev Yapan Hemşirelerin G¼ncel Temel Yaşam Desteği Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Dergisi*, 2015; 3(1): 17-26.

Kekeç Z, Topaçoğlu H. Acil Tıp Cep Kitabı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2013; 208.

Kımaz S, Soysal S, Çımrın A, G¼nay T. 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde G¼revli Doktorların Temel Yaşam Desteği, İleri Kardiyak Yaşam Desteği ve Doktorun Adli Sorumlulukları Konularındaki Bilgi D¼zeylerinin Değerlendirilmesi. *Ulusal Travma Dergisi*, 2006; 12(1):59-67.

Kocaturk C. Yeni Klavuzla G¼re D¼zenlenmiř İlk Yardım El Kitabı. 1. Baskı, Kurtaran Sağlık ve Eğitim Hizmetleri, 2004; 57-139

Koç M.A. Bir Grup Hekim Dışı Sağlık Personeli İle Sağlık Meslek Lisesi Son Sınıf Öğrencilerinin İlk Yardım Bilgi D¼zeylerinin Ölç¼lmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼, Yüksek Lisans Tezi*, 1994; 10-45.

Konig B, Benger J, Goldsworthy L. Automatic external defibrillation in a 6 year old. *Arch Dis Child* 2005; 90:310-1.

K¼ře S. İlk¼đretim Programlarının İlk Yardım Ve Temel Sağlık Eğitimi Açışından İncelenmesi (Sivas İli Örnekleme). *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstit¼s¼. Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Eğitimde Program Geliştirme Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2013; 39-79.

- Köylü H. Tıbbi Fizyoloji. 2. Baskı, İstanbul Tıp Kitapevi, 2016; 3-5.
- Kutlu A. Kazalar ve Acil Tedaviler. 1. Baskı Konya, Selçuk Üniversitesi Basımevi, 1997; 20-30.
- Maconochie I, de Caen A, Aickin R, et al. Part 6: pediatric basic life support and pediatric advanced life support. 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Resuscitation 2015; 95: 149–70.
- Monsieurs KG, Handley AJ, Bossaert LL; European Resuscitation Council. European Resuscitation Council Guidelines 2000 for Automated External Defibrillation. A statement from the Basic Life Support and Automated External Defibrillation Working Group (1) and approved by the Executive Committee of the European Resuscitation Council. Resuscitation 2000; 48: 207-209.
- Moule P, Albarran JW. Automated external defibrillation as part BLS: implications for education and practice. Resuscitation 2002; 54: 223-230.
- Mejicano GC, Maki DG. Infections acquired during cardiopulmonary resuscitation: estimating the risk and defining strategies for prevention. Ann Intern Med. 1998; 129:813–828.
- Nazik B. 0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelere Verilen Ev Kazalarında İlk Yardım Eğitimi Modellerinin Araştırılması. Ankara, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 1997; 20-50.
- Olgun N, Eti Aslan F, Sert H. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2. Baskı, Adana, Nobel Yayıncılık, 2011; 365.
- Özcan Ü, Türkeş M. İlk Yardım Eğitimi El Kitabı. İstanbul, Alfa yayınları, 2007; 5, 231-233.
- Özdilek R, Tekrarlanan Eğitimin Temel Yaşam Desteği Becerilerinin Kalıcılığına Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 51-62.
- Özel G, Akbuğa B, Cihangir Ö. Paramedik. İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri, 2016; 117.
- Özköse Z. Erişkinler İçin Kardiyopulmoner Resüsitasyon, 1. Temel Yaşam Desteği. Gazi Medical Journal, 2005; 16; 3-13.
- Perkins GD, Handley AJ, Koster KW, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. Resuscitation 2015; 95:81–98.

- Polat A, Turacı G. Bir Polis Okulundaki Öğrencilerin İlk Yardım Konusundaki Bilgi ve Tutumları. Elazığ, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, EAJM, 2003; 2:2732.
- Samson R, Berg R, Bingham R, Pediatric Advanced Life Support Task Force ILCOR. Use of automated external defibrillators for children: an update. An advisory statement from the Pediatric Advanced Life Support Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation. Resuscitation 2003; 57:237-43.
- Savaşer F, Çankırı İlinde Görev Yapan Hekim Dışı Sağlık Personeli İle Sağlık Meslek Lisesi Son sınıf Öğrencilerinin İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2001; 35-65.
- Somyürek İ. Eğitimciler İçin İlk Yardım El Kitabı. Ankara, Palme Yayıncılık, 2002; 2, 348-349.
- Somyürek İ, Kumaş H, Kumaş A. Herkes İçin Uygulamalı İlk Yardım El Kitabı. Ankara, Palme Yayıncılık, 2003; 39.
- Somyürek İ, Kumaş H, Kumaş A, Koç M. İlk Yardım Teknikleri. Palme Yayıncılık, 2007; 144.
- Sözen C. İlk Yardım. 3. Baskı, Nobel Yayınevi, Ankara, 2002; 19-103.
- Sutton RM, French B, Niles DE, et al. 2010 American Heart Association recommended compression depths during pediatric in-hospital resuscitations are associated with survival. Resuscitation 2014; 85:1179– 84.
- Süzen B ve İnan H. İlk Yardım. İstanbul, Birol Basın Yayın Dağıtım ve Ticaret Ltd. Şti., 2003; 6-80.
- Süzen B. Temel İlk Yardım, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2015; 3, 25-200.
- Şahin A. Karaman İl Merkezindeki Beden Eğitimi Öğretmenlerinin ve Sınıf Öğretmenlerinin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karaman, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 58.
- Şener S. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesindeki Araştırma Görevlisi Tıp Doktorlarının Temel Yaşam Desteği Bilgi Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2003; 41-50.
- Tabak R, Somyürek İ. Hemşireler İçin Temel İlk Yardım ve Acil Bakım. Palme Yayıncılık, Ankara, 2008; 3-411.
- T.C. İç İşleri Bakanlığı Sivil Savunma Genel Müdürlüğü Yayını. İlk Yardım. Yayın No:55, Ankara, Ongun Matbaacılık, 1991; 30.
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çalışma Hayatında İlk Yardım El Kitabı. 2015; 9-35.

- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri , Kanamalar Modülü, Ankara,2011.
http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Kanamalar.pdf Erişim: 12.03.2018.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri, Temel Yaşam Desteği Protokolleri. 2011; 3-50.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ortopedik Protez ve Ortez Modülü, 2012.
http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Protez%20Hastalar%C4%B1n%C4%B1n%20Rehabilitasyonu.pdf Erişim: 02.01.2018.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri, Anatomi Fizyoloji Modülleri. 2015.
<http://www.megep.meb.gov.tr/> Erişim: 02.01.2018.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri, İlk Yardım Modülleri, 2016.
<http://www.megep.meb.gov.tr/> Erişim: 02.01.2018.
- T. C. Resmi Gazete. İlk Yardım Yönetmeliği, 2015.
- Türkiye Kızılay Derneği Sağlık İşleri ve Eğitim Müdürlüğü. İlk Yardım Eğitim Rehberi. Ankara, 2001; 7-49.
- Toprak İ. Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi. İstanbul, 2006; 6-41.
- Tunçel N. İnsan Anatomisi ve Fizyolojisi. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2006; 22.
- Tibballs J, Russell P. Reliability of pulse palpation by healthcare personnel to diagnose paediatric cardiac arrest. Resuscitation 2009;80:61–4.
- Tibballs J, Weeranatna C. The influence of time on the accuracy of healthcare personnel to diagnose paediatric cardiac arrest by pulse palpation. Resuscitation 2010;81:671–5.
- Woodward S, Mestecky A. M. Nörolojik Birimler Hemşireliği, Çev., Topçuoğlu M. A, Durna Z, Karadokovan A, Nobel Tıp Yayınevi, 2014; 109.
www.resusitasyon.com/ Erişim: 23.04.2018.
- Yenal S, Gedik H, Ersoy G. Prehospital Nörolojik Sistem Değerlendirmesi, Sendrom, v:15 ,no:2, 2003; 87-94
- Yer A.S. Afet ve Kaza Riskinin Yüksek Olduğu Sanayi ve Maden Kuruluşlarında Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Ölçümü ve İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Çalışma: Gümüşhane İli Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Afet Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 30-41.

EKLER

Ek-1 Anket Formu

SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ VE SPOR LİSESİ ÖĞRENCİLERİNİN İLK YARDIM VE TEMEL YAŞAM DESTEĞİ HAKKINDA BİLGİ, BECERİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Bu anket OMÜ Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesi ve Gülizar Hasan Yılmaz Spor Lisesi öğrencilerinin ilk yardım ve temel yaşam desteği hakkında bilgi ve becerilerini ölçmek, tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette olan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Acil Hemşireliği

Yüksek L. Öğr. NAZAN YÜKSEL

ÖĞRENCİ TANIMA FORMU

1-Yaş:.....

2-Cinsiyeti: ()Kadın ()Erkek

3-Okuduğunuz Bölüm:

() Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Bölümü

() Antrenörlük Eğitimi Bölümü

() Spor Yöneticiliği Bölümü

() Diğer

4-Devam ettiğiniz sınıf: ()1 ()2 ()3 ()4

5-Mezun olduğunuz lise :()Düz Lise/Anadolu lisesi ()Sağlık Meslek Lisesi ()Spor Lisesi () Diğer

6- En uzun yaşadığı yerleşim birimi: ()İl () İlçe () Köy

Ek-1 Anket Formu (devamı)

7-Daha önce ilk yardım ve temel yaşam desteği konusunda eğitim aldınız mı?: () evet () hayır

8- 7. Soruya Cevabınız evet ise, kaç yıl önce aldınız: () 0-1 yıl () 1-2 yıl () 2 yıl ve daha fazla

9. Nerede eğitim aldınız: () lisede () üniversitede () sürücü kursunda () ilkyardım kursunda () diğer

10-Eğitim tipi: () sadece teorik () teorik+uygulama

11. Temel yaşam desteği ve ilk yardım konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

() yeterli () kısmen yeterli () yetersiz

12. Bu konuda eğitim almak ister misiniz? () evet () hayır

13. Temel Yaşam Desteği konusunda güncel bilgileri takip ediyor musunuz?

() evet () hayır

14. 13. Soruya cevabınız evet ise ; güncel bilgileri nasıl takip ediyorsunuz?:

() Tv () İnternet () dergi () diğer

TEMEL YAŞAM DESTEĞİ BİLGİ/BECERİ SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi temel yaşam desteğinin amaçlarından değildir ?

- A. Hastanın havayolunu açmak
- B. Hastanın kalp hızını sabit tutmak
- C. Beyine ve diğer hayati organlara oksijen gitmesini sağlamak
- D. Dolaşım yok ise kalp masajı ile dolaşımı sağlamak

2. Temel Yaşam Desteği sağlanması gereken yetişkin hastada “Kalp Masajı / Suni Solunum oranı aşağıdakilerden hangisidir?

- A. 15:2
- B. 10:5
- C. 30:2
- D. 10:1

3. Temel yaşam desteği uygulamasında kaç sıklısta (döngüde) bir solunum ve dolaşım kontrol edilmelidir?

- A. 2
- B. 3
- C. 4
- D. 5

4. Yetişkinlerde sadece kalp masajı uygulanıyorsa bir dakikada kaç bası yapılmalıdır?

- A. 60/dk -80/dk arası
- B. 80-90/dk arası
- C. 100-120/dk arası
- D. 130-140/dk arası

Ek-1 Anket Formu (devamı)

5.Yetişkin hastada temel yaşam desteği uygulama sırası nasıldır? [A(Havayolu); B(solunum); C(dolaşım)]

A. A-B-C B. C-A-B C. B-A-C D. A-C-B

6.Yetişkin bir hastada nabız kontrolü hangi arterden yapılmalıdır?

**A. Radial arter (El bileği)
B. Femoral arter (Kasık)
C.Brakial arter (dirsek üzeri)
D.Karotis arter (şah damarı- boyun)**

7.Yetişkinlerde kalp masajı yapılırken göğüs bölgesi kaç cm aşağı çöktürülmelidir?

A. 3-4 cm B. 4-5 cm C. 5cm-6 cm arası D. 7-8 cm

8. Otomatik eksternal defibrilatör (OED) kimler tarafından uygulanır?

**A.Sadece Doktorlar
B.Doktor ve hemşireler
C.Tüm sağlık çalışanları
D.Yeterli eğitim almış ilkyardımcılar**

9. Solunum desteği sırasında nefes verme işlemi en az ne kadar sürmelidir?

A. En az 4 saniye B. En az 3 saniye C. En az 2 saniye D. En az 1 saniye

10.Aşağıdakilerden hangisi tam havayolu tıkanıklığı bulgularından değildir ?

A. Nefes alamaz B. Öksürür C. Konuşamaz D. Rengi morarmıştır.

11.Aşağıdakilerden hangisi Temel Yaşam Desteği sonlandırma kriterlerinden değildir?

**A. Hasta veya yaralının yaşamsal refleksleri geri gelmişse (Solunum, öksürük vb.)
B. İlkyardımcı bu uygulamayı yapamayacak kadar yorulduğunda
C. İlkyardımcının 3 siklus kalp masajı ve suni solunum uygulamasına rağmen yanıt yoksa
D. Tıbbi yardım (112) geldiğinde**

12.Müdahale edilmezse; kalp durduktan ne kadar süre sonra geri dönüşsüz beyin hasarı oluşur?

A.30 saniye B.1-2 dakika C.4-6 dakika D.10 dakika

İLK YARDIM BİLGİ/BECERİ SORULARI

1.Aşağıdakilerden hangisi ilk yardımın amacı değildir?

- A. Yaşamın korunması ve sürdürülmesi B. Hastayı tedavi etmek
C. Durumun kötüleşmesini engellemek D. İyileşmesini kolaylaştırma

2.Hasta ya da yaralının birinci değerlendirmesinde aşağıdakilerden hangisi kontrol edilmez?

- A.Bilinç B.Havayolu açıklığı C.Kan basıncı D.Dolaşım

3.Aşağıdakilerden hangisi dış kanamalarda kanama durdurma yöntemlerinden değildir?

- A. Kanayan yer üzerine tampon (gazlı bez) koyup direkt bası uygulamak
B. Sıcak uygulama yapmak
C. Kanayan bölgeyi yukarı kaldırmak
D.Bası noktalarına (kanayan yerin en yakınındaki atar damar üzerine) bası uygulamak

4.Trafik kazasında aşağıdaki hastalardan hangisine öncelikle müdahale etmeniz gerekir?

- A.Havayolu tıkanıklık bulguları olan
B.Dış kanaması olan
C. Solunum sıkıntısı olan
D. Büyük kemik kırığı olan

5.Aşağıdakilerden hangisi şok belirti ve bulgularından değildir?

- A. Bayılma hissi, baş dönmesi B. Nabzın yavaş ve belirgin alınması
C. Bilinç durumunda zayıflama D. Derinin nemli ve soluk olması

6.Burun kanamasında aşağıdaki uygulamalardan hangisi yapılmaz?

- A. Yaralı sakinleştirilir ve oturtulur.
B. Başı ve gövdesi hafifçe arkaya doğru eğilir.
C. Burun kanatlarına 5 dakika süreyle bastırılır.
D. Kanama durmuyorsa tıbbi yardım (112) istenir.

7.Göğüse yabancı cisim saplanmışsa (Demir, odun parçası vb.) aşağıdaki uygulamalardan hangisi yapılmalıdır?

- A. Yabancı cismin hareket etmesini engelleyecek şekilde sabitlemek
B. Yabancı cismi çıkararak yara yerine bası yapmak
C. Tıbbi yardım istemek hiçbir müdahalede bulunmamak
D. Ağızdan sıvı besinler vermek

8.Yanık müdahalesi ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- A. Yanık yerinde damar dışına çıkan sıvının kaybı şoka zemin hazırlar. Bu nedenle şoku önlemeye çalışın.
B. Yanık kol bacak gibi organlardaysa, şişmeyi önlemek için yükseğe kaldırın.
C. İyileşmenin hızlandırılması için içi sıvı dolu keseler patlatılmalıdır.
D. Yanık yeri akan su altında yıkanmalıdır.

Ek-1 Anket Formu (devamı)

9.Aşağıdakilerden hangisinde alt ekstremitte (bacak, ayak vs.) kırıklarında uyulması gereken kurallar yanlış verilmiştir?

- A. Açık kırık gelişmişse yara temiz bir bezle kapatılmalıdır.
- B. Hasta ya da yaralının ayakkabısı çıkarılmalıdır.
- C. Kanama varsa durdurulmalıdır.
- D. Kırık bölge hareket ettirilmemelidir.

10.Kene ısırmasında ilk yardım uygulamaları ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A. Kene kafasından tutularak çıkarılır.
- B. Kene sıkılmaz, patlatılmaz, koparılmaz.
- C. Kene üzerine herhangi bir kimyasal madde dökülmez.
- D. Sigara ve ateş kullanılarak kene çıkarılmaya çalışılmaz.

11.Sara nöbeti esnasında hangisi yapılmamalıdır?

- A. Boyun ve baş korunmalı
- B. Hasta veya yaralı yan yatış pozisyonuna getirilmelidir.
- C. Nöbeti geçip hasta tamamen kendine gelinceye kadar yalnız bırakılmamalı
- D. Kilitlenmiş çene sert bir madde yardımı ile açılmalı

12.Çıkıkla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır?

- A. Hasta ya da yaralı hareket ettirilmemeli
- B. Çıkık yerine oturtulmaya çalışılmalı
- C. Çıkığın alt bölgesindeki deri rengi, ısı ve nabızı kontrol edilmeli
- D. Yaralının üzeri örtülerek vücut sıcaklığını korumak

Ek-1 Anket Formu (devamı)

TEMEL İLK YARDIM UYGULAMALARI TUTUM SORULARI

	Tamamen Katılıyorum	Bazen Katılıyorum	Kararsızım	Bazen Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1.İlk yardım eğitiminin gerekli olduğunu düşünüyorum.	5	4	3	2	1
2.Sağlık çalışanı değilim, ilk yardım uygulamak benim için gerekli değil.	5	4	3	2	1
3.Temel Yaşam Desteği (TYD) uygulamak özel bir eğitim gerektirir.	5	4	3	2	1
4.İlk yardımın gerekli olduğu durumlarda insanlara yardım etmek beni mutlu eder.	5	4	3	2	1
5.TYD uygulamak beni korkutur, başımın belaya girmesinden çekinirim, yapamam.	5	4	3	2	1
6.Spor alanında çalışanların ve öğrenim görenlerin ilk yardım bilgi ve becerisine sahip olması gerekir.	5	4	3	2	1
7.Acil müdahale gerektiren durumlarda sakin ve soğukkanlı davranabilirim.	5	4	3	2	1
8.Liselerde ilk yardım dersinin gerekli olduğunu düşünüyorum.	5	4	3	2	1
9.İlk yardım dersi konularını ve eğitimini yeterli bulmuyorum.	5	4	3	2	1
10.Spor Bilimleri Fakültesinde okutulan İlk yardım dersinin gerekli olduğunu düşünüyorum.	5	4	3	2	1
11.Spor Bilimleri Fakültesinde verilen TYD eğitimlerini yeterli buluyorum.	5	4	3	2	1

Ek-2 İlk Yardım ve Temel Yaşam Desteği Testlerinin Cevapları

TEMEL YAŞAM DESTEĞİ BİLGİ/BECERİ SORULARI

- Aşağıdakilerden hangisi temel yaşam desteğinin amaçlarından değildir ?
A. Hastanın Havayolunu açmak
B. Hastanın kalp hızını sabit tutmak
C. Beyine ve diğer hayati organlara oksijen gitmesini sağlamak
D. Dolaşım yok ise kalp masajı ile dolaşımı sağlamak
- Temel Yaşam Desteği sağlanması gereken yetişkin hastada “Kalp Masajı / Suni Solunum oranı aşağıdakilerden hangisidir?
A.15:2 B. 10:5 **C. 30:2** D. 10:1
- Temel yaşam desteği uygulamasında kaç siklusta (döngüde) bir solunum ve dolaşım kontrol edilmelidir?
A. 2 B. 3 C. 4 **D. 5**
- Yetişkinlerde sadece kalp masajı uygulanıyorsa bir dakikada kaç bası yapılmalıdır?
A. 60/dk -80/dk arası B. 80-90/dk arası **C. 100-120/dk arası**
D. 130-140/dk arası
- Yetişkin hastada temel yaşam desteği uygulama sırası nasıldır? [A(Havayolu); B(solunum); C(dolaşım)]
A. A-B-C **B. C-A-B** C. B-A-C D. A-C-B
- Yetişkin bir hastada nabız kontrolü hangi arterden yapılmalıdır?
A. Radial arter (El bileği) B. Femoral arter (Kasık)
C.Brakial arter (dirsek üzeri) **D.Karotis arter (şah damarı- boyun)**
- Yetişkinlerde kalp masajı için yapılırken göğüs bölgesi kaç cm aşağı inmelidir?
A. 3-4 cm B. 4-5 cm **C. 5cm-6 cm arası** D. 7-8 cm
- Otomatik eksternal defibrilatör (OED) kimler tarafından uygulanır?
A.Sadece Doktorlar
B.Doktor ve hemşireler
C.Tüm sağlık çalışanları
D.Yeterli eğitim almış ilkyardımcılar
- Solunum desteği sırasında nefes verme işlemi en az ne kadar sürmelidir?
A. En az 4 saniye B. En az 3 saniye C. En az 2 saniye **D. En az 1 saniye**
- Aşağıdakilerden hangisi tam havayolu tıkanıklığı bulgularından değildir ?
A. Nefes alamaz **B. Öksürür** C. Konuşamaz D. Rengi morarmıştır.
- Aşağıdakilerden hangisi Temel Yaşam Desteği sonlandırma kriterlerinden değildir?
A. Hasta veya yaralının yaşamsal refleksleri geri gelmişse (Solunum, öksürük vb.)
B. İlyardımcı bu uygulamayı yapamayacak kadar yorulduğunda
C. İlyardımcının 3 siklus kalp masajı ve suni solunum uygulamasına rağmen yanıt yoksa
D. Tıbbi yardım (112) geldiğinde

Ek-2 İlk Yardım ve Temel Yaşam Desteği Testlerinin Cevapları (devamı)

12.Müdahale edilmezse; kalp durduktan ne kadar süre sonra geri dönüşümsüz beyin hasarı oluşur?

A.30 saniye B.1-2 dakika C.4-6 dakika **D.10 dakika**

NOT:

1,6,8,10. SORULAR 5 DİĞERLERİ 10 PUAN OLMAK ÜZERE TEST 100 PUAN ÜZERİNDEN HESAPLANACAKTIR.

0- 69 PUAN ARALIĞI DÜŞÜK

70-79 PUAN ARALIĞI ORTA

80- 89 PUAN ARALIĞI İYİ

90-100 PUAN ARALIĞI ÇOK İYİ BİLGİ DÜZEYİNİ GÖSTERMEKTEDİR.

İLK YARDIM BİLGİ/BECERİ SORULARI

1.Aşağıdakilerden hangisi ilk yardımın amacı değildir?

A. Yaşamın korunması ve sürdürülmesi **B. Hastayı tedavi etmek**
C. Durumun kötüleşmesini engellemek D. İyileşmesini kolaylaştırma

2.Hasta ya da yaralının birinci değerlendirmesinde aşağıdakilerden hangisi kontrol edilmez?

A.Bilinç B.Havayolu açıklığı **C.Kan basıncı** D.Dolaşım

3.Aşağıdakilerden hangisi dış kanamalarda kanama durdurma yöntemlerinden değildir?

A. Kanayan yer üzerine tampon (gazlı bez) koyup direkt bası uygulamak

B. Sıcak uygulama yapmak

C. Kanayan bölgeyi yukarı kaldırmak

D. Bası noktalarına (kanayan yerin en yakınındaki atar damar üzerine) bası uygulamak

4.Trafik kazasında aşağıdaki hastalardan hangisine öncelikle müdahale etmeniz gerekir?

A.Havayolu tıkanıklık bulguları olan C. Solunum sıkıntısı olan

B.Dış kanaması olan D. Büyük kemik kırığı olan

5.Aşağıdakilerden hangisi şok belirti ve bulgularından değildir?

A. Bayılma hissi, baş dönmesi **B. Nabzın yavaş ve belirgin alınması**

C. Bilinç durumunda zayıflama D. Derinin nemli ve soluk olması

6.Burun kanamasında aşağıdaki uygulamalardan hangisi yapılmaz?

A. Yaralı sakinleştirilir ve oturtulur. **B. Baş ve gövdesi hafifçe arkaya doğru eğilir.**

C. Burun kanatlarına 5 dakika süreyle bastırılır. D. Kanama durmuyorsa tıbbi yardım (112) istenir.

Ek-2 İlk Yardım ve Temel Yaşam Desteği Testlerinin Cevapları (devamı)

7.Göğüse yabancı cisim saplanmışsa (Demir, odun parçası vb.) aşağıdaki uygulamalardan hangisi yapılmalıdır?

A. Yabancı cismin hareket etmesini engelleyecek şekilde sabitlemek

B. Yabancı cismi çıkararak yara yerine bası yapmak

C. Tıbbi yardım istemek hiçbir müdahalede bulunmamak

D. Ağızdan sıvı besinler vermek

8.Yanık müdahalesi ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

A. Yanık yerinde damar dışına çıkan sıvının kaybı şoka zemin hazırlar. Bu nedenle şoku önlemeye çalışın.

B. Yanık kol bacak gibi organlardaysa, şişmeyi önlemek için yükseğe kaldırın.

C. İyileşmenin hızlandırılması için içi sıvı dolu keseler patlatılmalıdır.

D. Yanık yeri akan su altında yıkanmalıdır

9.Aşağıdakilerden hangisinde alt ekstremitte (bacak, ayak vs.) kırıklarında uyulması gereken kurallar yanlış verilmiştir?

A. Açık kırık gelişmişse yara temiz bir bezle kapatılmalıdır.

B. Hasta ya da yaralının ayakkabısı çıkarılmalıdır.

C. Kanama varsa durdurulmalıdır.

D. Kırık bölge hareket ettirilmemelidir.

10.Kene ısırmasında ilk yardım uygulamaları ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

A. Kene kafasından tutularak çıkarılır.

B. Kene sıkılmaz, patlatılmaz, koparılmaz.

C. Kene üzerine herhangi bir kimyasal madde dökülmez.

D. Sigara ve ateş kullanılarak kene çıkarılmaya çalışılmaz.

11.Sara nöbeti esnasında hangisi yapılmamalıdır?

A. Boyun ve baş korunmalı

B. Hasta veya yaralı yan yatış pozisyonuna getirilmelidir.

C. Nöbeti geçip hasta tamamen kendine gelinceye kadar yalnız bırakılmamalı

D. Kilitlenmiş çene sert bir madde yardımı ile açılmalı

12.Çıkıkla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır?

A. Hasta ya da yaralı hareket ettirilmemeli **B. Çıkık yerine oturtulmaya çalışılmalı**

C. Çıkığın alt bölgesindeki deri rengi, ısı ve nabızı kontrol edilmeli

D. Yaralının üzeri örtülerek vücut sıcaklığını korumak

NOT:

1,8,9,10. SORULAR 5 DİĞERLERİ 10 PUAN OLMAK ÜZERE TEST 100 PUAN ÜZERİNDEN HESAPLANACAKTIR.

0-69 PUAN ARALIĞI DÜŞÜK

70-79 PUAN ARALIĞI ORTA

80-89 PUAN ARALIĞI İYİ

90-100 PUAN ARALIĞI ÇOK İYİ BİLGİ DÜZEYİNİ GÖSTERMEKTEDİR.

Ek-3 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
13.10.2017	9	2017/205 - 219

KARAR NO: 2017 – 214
Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Nazan YÜKSEL'in " Spor Bilimleri Fakültesi ve Spor Lisesi Öğrencilerinin İlk Yardım ve Temel Yaşam Desteği Hakkında Bilgi, Beceri ve Tutumlarının Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tezine ilişkin anket çalışması okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Nazan YÜKSEL'in " Spor Bilimleri Fakültesi ve Spor Lisesi Öğrencilerinin İlk Yardım ve Temel Yaşam Desteği Hakkında Bilgi, Beceri ve Tutumlarının Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tezine ilişkin anket çalışmasının kabulüne oybirliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR.

Ek-4 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlük İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Sayı : 61127492-302.08.01-E.118830
Konu : Tez Çalışması Hk.

24/11/2017

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 22/11/2017 tarihli ve 93771576-302.08.01-E.117813 sayılı yazımız.

Acil Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nazan ~~YILKSEL~~'in "Spor Bilimleri Fakültesi ve Spor Lisesi Öğrencilerinin İlk Yardım ve Temel Yaşam Desteği Hakkında Bilgi, Beceri ve Tutumlarının Belirlenmesi" konulu tez çalışmasına ilişkin anket formunun Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesinde yapılması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Vedat CEYHAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Dağıtım:

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
YAŞAR DOĞU SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlük Binası
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: 0362 457 69 19
Elektronik Ağı: <http://www.omu.edu.tr/>

Tuğba ÇETİNKAYA
ERGENİ
tugbacetinkaya@omu.edu.tr
Dahili : 7238

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Nazan YÜKSEL

Doğum Yeri: ORDU

Doğum Tarihi: 09.01.1993

Medeni Hali: Bekar

Mesleği: Öğretmen

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Ulubey Anadolu Lisesi 2007-2011

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik 2011-2015

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi 2015

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2016-2019

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

MEB Samsun Yakakent Çok Programlı Anadolu Lisesi

E-posta: nznyuksel@hotmail.com