

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

**SAMSUN İL MERKEZİNDEKİ LİSE VE DENGİ OKULLARDA
ÇALIŞAN ÖĞRETMENLERİN İLK YARDIM KONUSUNDAKİ
BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ülviye GENÇ

SAMSUN
Temmuz-2009

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

**SAMSUN İL MERKEZİNDEKİ LİSE VE DENGİ OKULLARDA
ÇALIŞAN ÖĞRETMENLERİN İLK YARDIM KONUSUNDAKİ
BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ülviye GENÇ

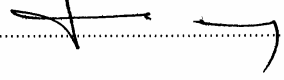
Danışman
Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN

SAMSUN
Temmuz-2009

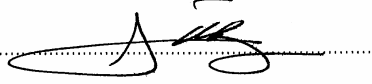
T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : .Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Yrd.Doç.Dr.Birsen ALTAY.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : .Yrd.Doç.Dr.Zeliha KOÇ.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurul'unca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof.Dr.Süleyman KAPLAN
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bize her zaman moral veren , bize inanan değerli hocamız Prof.Dr. Yıldız PEKŞEN'e ,
Sayısal verilerimin şekillenmesinde yol gösteren hocamız Doç.Dr.Şennur DABAK'a,
Tezim süresince yardımlarını esirgemeyen Dr. Özlem TERZİ'ye ,
Tezim süresince destek gücüm sevgili arkadaşım Nuran BİLGİLİ'ye,
Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm öğretmenlere ,
Yeşilkent Anadolu Lisesi Müdür Yardımcısı Mesut KARAMAN'a ,
Özel Final Fen Lisesi Müdürü Ender VAROL'a ,
Özel Feza Fen Lisesi Müdür Yardımcısı Murat YÜCEL'e ,
Atakum Teknik Lisesi Müdür Başyardımcısı Ahmet GENÇAY'a ,
Tezimi en az benim kadar önemseyen ve beni destekleyen canım arkadaşlarıma ,
Eğitimim süresince beni hiç yalnız bırakmayan , her zaman arkamda olan , rahatım için
elinden geleni yapan AİLEM'e , CANIM ANNEM'e sonsuz teşekkürler..

ÖZET

SAMSUN İL MERKEZİNDE LİSE VE DENGİ OKULLARDA ÇALIŞAN ÖĞRETMENLERİN İLK YARDIM KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Ülviye GENÇ , Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun , Temmuz - 2009

Bu araştırma Samsun İl Merkezinde Lise Ve Dengi Okullarda çalışan öğretmenlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırma evrenini Samsun İl Merkezindeki 39 lise ve dengi okulda çalışan 1771 öğretmen oluşturmuş , okul tipine göre tabakalı örnekleme sistemi ve her tipten basit rastgele yöntemle 10 okuldaki 316 örneklem seçilmiştir. Veri toplama aracı olarak , araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen 26 soru ve bir tablodan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anketteki soruların 5 tanesi öğretmenlerin demografik özellikleriyle ilgili, diğer sorular ise ilk yardım bilgilerine yönelik çoktan seçmeli sorulardan oluşmuştur. Anket lise öğretmenlerine yönelik olduğu için sorularda şiddet , intihar ve spor aktivitelerine bağlı acillerle karşılaşma ve karşılaşmadıkları da sorgulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 12.0 paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde ki kare testi kullanılmıştır.

Öğretmenlerin ilk yardım bilgi düzeyleri , yaş, cinsiyet, medeni durum , meslekte çalışma yılı, ilk yardım eğitimi alma durumuna göre değerlendirilmiştir. Ayrıca öğretmenlerin ilk yardım gerektiren durumlarla karşılaşma ve müdahale etme potansiyelleri de değerlendirilmiştir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda; 31- 40 yaş arası öğretmenlerin bilgi düzeylerinin diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu, erkek öğretmenlerin ilk yardım gerektiren durumlarla karşılaşma ve müdahale etme potansiyellerinin bayan öğretmenlere göre daha yüksek olduğu, evli öğretmenlerin bekar öğretmenlere göre bilgi ve müdahalelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Meslekte çalışma yılının ise ; öğretmenlerin bilgi düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.

Veriler ilk yardım eğitimi alma durumuna göre değerlendirildiğinde ise ; eğitim alan ve almayan gruplar arasında müdahalede anlamlı fark bulunmamıştır.

Ayrıca erkek öğretmenlerin %54'ünün , bayan öğretmenlerin ise % 76'sının kalp masajı ve suni solunum yapmayı bilmedikleri saptanmıştır.

Bu çalışmanın sonuçları , öğrencilerle doğrudan temas halinde olan öğretmenlerin basit ama hayat kurtaran ilk yardım müdahaleleriyle ilgili daha fazla bilgili olmaları gerektiğini göstermektedir. Türkiye'de okullarda okul hemşiresinin olmaması nedeniyle öğretmenlere büyük görev düşmektedir. Halk sağlığı hemşireliği ilk yardım eğitimi ile ilgili okullarda eğitici bir rol üstlenmelidir. İlk yardım konuları ve içeriğine yönelik daha iyi bir alt yapı oluşturulmalıdır. İlk yardım eğitimleri okullarda rutin ve zorunlu hale getirilmelidir.

SUMMARY

DETERMINATION OF INFORMATION LEVELS ABOUT FIRST AID OF THE TEACHERS WORKING AT HIGH SCHOOLS AND CORRESPONDANTS AT SAMSUN CITY

**Ülviye GENÇ , Graduate Degree Thesis
Ondokuz Mayıs University, Samsun , July - 2009**

This descriptive study was performed to determine the information levels about first aid of the teachers working at high schools and correspondants at Samsun city.

The study universe was composed of 1771 teachers working at 39 high schools in Samsun city center, depending on the type of school stratified sampling system and every type of simple random method from 10 schools were selected from 316 sample. Data obtaining tool was a questionairre composed of 26 questions and a table. Because the study intended high school teachers, meeting violance, suicide and emergencies due to sport activities were also asked. Statistical analysis of the data was performed by SPSS 12.0 program. Data was expressed as number (%) and average \pm standart error. Chi square test was used for statistical comparision of the groups and statistical significance level was accepted as $p < 0,05$.

First aid knowledge levels of teachers,age,gender,marital status,occupation of work,according to the state receive first aid training has been evaluated. In addition , teachers encounter situations that require first aid and also the potential to intervene evaluated.

Findings obtained in accordance with; 31-40 years between their level of knowledge of teachers to be higher compared with other age groups, male teachers encounter situations that require first aid and intervention of potential is higher than female teachers,married teachers according to their knowledge and interventions to be higher than singel teachers were found.

Of work in the profession of the teacher did not affect the level of information was found.

The data were evaluated according to the state to receive first aid training in education and or not between the groups showed no significant difference in response.

It was determined that 76% of the female teachers and 54% of the male teachers composing the study universe did not know heart massage and artificial respiration and they were not effective when meeting with situations first aid is required.

The results of this study indicates that, teachers, whom are directly in contact with students, must do not have much information about simple first iad interventions which are frequently encountered at schools and sometimes are life saving for students. When the fact that, in our country there are no school nurses at schools is considered, teachers have a major mission. This situation indicates that in schools routin and obligatory “first aid education” for teachers must come into force. Besides, better constitution of first aid subjects regarding contents and practice, emphasizing this subject at the in labor education of teachers at schools and getting support from public health nurses are the suggestions resulting from the study data.

TABLolar DİZİNİ

TABLO	SAYFA
Tablo 1. Glasgow Koma Skalası (GKS)	15
Tablo 2. Yanıkların Derinliklerine Göre Sınıflandırılması	37
Tablo 3. Dokuzlar Kuralı	38
Tablo 4. Amerikan Yanık Derneği Sınıflaması	38
Tablo 5. Sistemik Hipotermi (Donma) Belirtileri	40
Tablo 6. Diyabetik Acillerde Ayırt Edici Belirti Ve Bulgular	45
Tablo 7. CRAMS Skoru	51
Tablo 8. Örnekleme Alınan Okulların Mevcut Ve İncelenen Öğretmen Sayıları	63
Tablo 9 . Öğretmenlerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	64
Tablo 10. Öğretmenlerin Okullara Göre Dağılımları	65
Tablo 11. Öğretmenlerin Branşlara Göre Dağılımları	66
Tablo 12. Öğretmenlerin İlk Yardımla İlgili Verdikleri Yanıtların Dağılımı	68
Tablo 13. Öğretmenlerin İlk Yardımla İlgili Verdikleri Doğru Yanıtların Cinsiyete Göre Dağılımı	69
Tablo 14. Öğretmenlerin İlk Yardımla İlgili Verdikleri Doğru Yanıtların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	70
Tablo 15. Öğretmenlerin İlk Yardımla İlgili Verdikleri Doğru Cevapların Medeni Duruma Göre Dağılımı	71
Tablo 16. Öğretmenlerin İlk Yardımla İlgili Verdikleri Doğru Yanıtların Çalışma Yılına Göre Dağılımı	72
Tablo 17. Astım Nöbetinde İlk Yardım Sorusuna Doğru Yanıt Verenlerin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı	73
Tablo 18. “Bilinci Kapalı Olan Bir Kişiyi Kendisine Gelmesi İçin Su İçirilmelidir. Doğru mu, Yanlış mı?” Sorusuna Doğru Yanıt Verenlerin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı	74
Tablo 19. Asitli Madde İçen Bir Kişi Hemen Kusturulmalıdır. Doğru mu, Yanlış mı?” Sorusuna Doğru Yanıt Verenlerin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı	75
Tablo 20. İlk Yardım Gerektiren Bazı Durumlarla Karşılaşma Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımları	76

Tablo 21. İlk Yardım Gerektiren Durumlarla Karşılaşan Öğretmenlerin Müdahale Etme Dağılımları	77
Tablo 22. Bazı Acil Durumlarda Müdahale Eden Öğretmenlerin İlk Yardım Eğitimi Alma Durumuna Göre Dağılımı	79

SEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL	SAYFA
Şekil 1.a,1.b,1.c. OED Kullanımı	17
Şekil 2. Yaşam Zinciri	18
Şekil 3. Erişkin İçin Yaşam Zinciri	18
Şekil 4. Bebek ve Çocuk İçin Yaşam Zinciri	19
Şekil 5. Hava yolu Açıklığını Sağlama	19
Şekil 6. Başa Pozisyon Verme	19
Şekil 7. Ekspirasyon Havası İle Ağızdan Ağza (ya da ağızdan burna) Suni Solunum	20
Şekil 8. Karotisten Nabız Kontrolü	20
Şekil 9. Eksternal Kalp Masajı Tekniği	20
Şekil 10. a. Vücuttaki Bası Noktaları	29
Şekil 10. b. Temporal ve Subclavian Arter Bası Noktaları	29
Şekil 11.a. Bacak Kırığının Hareketsiz Hale Getirilmesi	34
Şekil 11.b. Omurga Kırığı Şüphesinde Hareketsiz Kalmayı Sağlamak İçin Uygulanacak Atel	34
Şekil 11.c. Kol Kırığında Hareketsiz Hale Getirme	34
Şekil 12. Dokuzlar Kuralına Göre Vücut Bölgeleri	38
Şekil 13. Heimlich Manevrası	48
Şekil 14. Triyaj Algoritması	50
Şekil 15. Tek Kişi İle Kucakta Taşıma	53
Şekil 16. Omuzdan Destek Alma	54
Şekil 17. Sırtta Taşıma	54
Şekil 18. İki Kişi İle Kucakta Taşıma	55
Şekil 19. Dört Elle Taşıma	55
Şekil 20. Sandalye İle Taşıma	55
Şekil 21. Karın Yaralanması Pozisyonları	59
Şema 1. Temel Yaşam Desteği Akım Şeması.....	21

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. İLK YARDIM VE AMACI	6
2.2. İLK YARDIMIN TARİHÇESİ	6
2.2.1. Türkiye’de İlk yardım	7
2.2.2. İlk yardımın Önemi.....	8
2.2.3. İlk Yardımın İlkeleri (Uygulamaları).....	9
2.2.4. İlk Yardımın Hedefleri.....	9
2.3. İLK YARDIMCI KİMDİR ?.....	10
2.3.1. İlk Yardımcının Özellikleri.....	10
2.4. İLK YARDIM YÖNETİMİNDE TEMEL İLKELER.....	11
2.5. BİR İLK YARDIM ÇANTASINDA BULUNMASI GEREKENLER.....	12
2.6. İLK YARDIM MÜDAHALESİ YAPILACAK HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	13
2.7. TEMEL YAŞAM DESTEĞİ (TYD).....	16
2.8. OTOMATİK EKSTERNAL DEFİBRİLATÖR (OED).....	16
2.9. YAŞAM ZİNCİRİ.....	18
2.10. YARALANMALARDA İLK YARDIM.....	22
2.10.1. Yaralanma	22
2.10.2. Yaraların Ortak Belirtileri.....	23
2.10.3. Her Türü Yaralanma Hastasında Yaklaşım.....	23
2.10.4. Ciddi Yaralanmalar.....	23
2.10.4.1. Ciddi Yaralanmalarda İlk Yardım.....	24

2.10.5. Delici Göğüs Yaralanmaları.....	24
2.10.5.1.Delici Göğüs Yaralanmalarında İlk Yardım.....	24
2.10.6. Delici Karın Yaralanmaları.....	25
2.10.6.1. Delici Karın Yaralanmalarında İlk Yardım.....	25
2.10.7. Kafatası ve Omurga Yaralanmaları	25
2.10.7.1. Kafatası Yaralanmaları Çeşitleri.....	25
2.10.7.2. Kafatası ve Omurga Yaralanmalarının Nedenleri.....	26
2.10.7.3. Kafatası ve Omurga Yaralanmalarında Belirtiler.....	26
2.10.7.4. Kafatası ve Omurga Yaralanmalarında İlk Yardım.....	27
2.10.8. Yaralanma Sonrası Ölüm.....	27
2.10.9 Altın Saat Kavramı.....	27
2.11. KANAMALARDA İLK YARDIM.....	28
2.11.1.Kanama.....	28
2.11.2. Kanama Durdurma Yöntemleri.....	29
2.11.2.1.Kanamayı Durdurmak İçin Vücutta Basınç Yapılan Bölgeler.....	29
2.11.3. İç Kanamalarda İlk Yardım.....	30
2.11.4. Dış Kanamalarda İlk Yardım.....	30
2.11.5. Burun Kanamasında İlk Yardım.....	31
2.11.6. Kulak Kanamasında İlk Yardım.....	31
2.12. ŞOK (Akut Dolaşım Yetmezliği).....	32
2.12.1. Şokun Belirtileri.....	32
2.12.2. Şokta İlk Yardım.....	33
2.13. KIRIK, ÇIKIK VE BURKULMALARDA İLK YARDIM.....	33
2.13.1. KIRIKLAR.....	33
2.13.1.1. Kırık Belirtileri.....	33
2.13.1.2. Kırıkta Atellemenin Önemi.....	34
2.13.1.3. Kırıklarda İlk Yardım	35
2.13.2. ÇIKIKLAR.....	35
2.13.2.1. Çıkık Belirtileri	35
2.13.2.2. Çıkıkta İlk Yardım.....	36
2.13.3. BURKULMALAR.....	36
2.13.3.1. Burkulma Belirtileri.....	36
2.13.3.2. Burkulmada İlk Yardım.....	36
2.14. YANIKLAR.....	37

2.14.1. Yanıkların Derinliklerine Göre Sınıflandırılması.....	37
2.14.2. Yanığın Genişliği.....	38
2.14.3. Yanıklarda İlk Yardım.....	39
2.14.3.1. Isı ile Oluşan Yanıklarda İlk Yardım.....	39
2.14.3.2. Kimyasal Yanıklarda İlk Yardım.....	39
2.14.3.3. Elektrik Yanıklarında İlk Yardım.....	40
2.15. DONMALAR.....	40
2.15.1. Donmalarda İlk Yardım.....	41
2.16. GÜNEŞ VE SICAK ÇARPMASI.....	41
2.16.1. Sıcak Çarpması.....	41
2.16.1.1 Sıcak Çarpmasında İlk Yardım.....	42
2.16.2. Güneş Çarpması.....	42
2.16.2.1. Güneş Çarpmasında İlk Yardım.....	42
2.17. ZEHİRLENMELER	43
2.17.1. Zehirlenme Yolları.....	43
2.17.2. Zehirlenme Belirtileri.....	43
2.17.3. Zehirlenmelerde İlk Yardım	44
2.17.3.1. Sindirim Yoluyla Zehirlenmelerde Yapılacaklar.....	44
2.17.3.2. Solunum Yoluyla Olan Zehirlenmelerde Yapılacaklar.....	45
2.17.3.3 Deri Yoluyla Olan Zehirlenmelerde Yapılacaklar.....	45
2.18. İLK YARDIM GEREKTİREN ÖZEL DURUMLAR VE HASTALIKLAR....	45
2.18.1. Diyabetes Mellitus (Şeker Hastalığı).....	45
2.18.1.1. Diyabetes Mellitusta İlk Yardım.....	46
2.18.2. Epilepsi (Sara) Hastalığı.....	46
2.18.2.1. Epilepsi (Sara) Hastalığında İlk Yardım.....	46
2.18.3. Astım Hastalığı.....	47
2.18.3.1. Astım Hastalığında İlk Yardım.....	47
2.18.4.Yabancı Cisim	47
2.18.4.1. Göze Yabancı Cisim Kaçmasında İlk Yardım.....	47
2.18.4.2. Kulağa Yabancı Cisim Kaçmasında İlk Yardım.....	48
2.18.4.3. Buruna Yabancı Cisim Kaçmasında İlk Yardım.....	48
2.18.4.4.Yabancı Cisim Aspirasyonu.....	48
2.19. TRİYAJ (Seçme, ayırma).....	49
2.20. Hasta /Yaralı Taşıma Teknikleri.....	52

2.20.1. Hasta /Yaralı Taşınmasında Genel Kurallar.....	52
2.20.1.1.Sürüklenme Yöntemleri.....	53
2.20.1.2. Araç İçindeki Yaralıyı Taşıma (RENTEK Manevrası) Tekniği.....	53
2.20.1.3. Kısa Mesafede Süratli Taşıma Teknikleri.....	53
2.20.2. Sedyeye Üzerine Yerleştirme Teknikleri	56
2.20.2.1.Kaşık Tekniği.....	56
2.20.2.2.Köprü Tekniği.....	56
2.20.2.3.Karşılıklı Durarak Kaldırma.....	57
2.20.3. Sedyeye İle Taşıma Teknikleri.....	57
2.20.3.1.Sedyenin İki Kişi Tarafından Taşınması.....	58
2.20.3.2.Sedyenin Dört Kişi Tarafından Taşınması.....	58
2.20.3.3. Bir Battaniye İle Geçici Sedyeye Oluşturma.....	58
2.20.3.4. Bir Battaniye Ve İki Kirişle Geçici Sedyeye Oluşturma	58
2.20.4. İlk Yardımda Kullanılan Pozisyonlar	59
2.20.4.1.Yan Yatış Pozisyonu.....	59
2.20.4.2.Şok Pozisyonu.....	59
2.20.4.3.Kibas Pozisyonu.....	59
2.20.4.4.Oturma Pozisyonu.....	59
2.20.4.5.Karın Yaralanması Pozisyonu.....	59
3.MATERYAL METOD.....	60
3.1.Araştırmanın Tipi.....	60
3.2.Araştırmanın Evreni.....	60
3.3.Araştırmanın Örneklemi.....	60
3.4.Araştırmanın Uygulanması ve Süresi.....	61
3.5.Anketin Ön Uygulaması.....	61
3.6.Araştırmada Kullanılan Formların Hazırlanması.....	61
3.7.Araştırmanın İstatistiksel Analizi	63
4.BULGULAR.....	64
5.TARTIŞMA.....	81
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	88
7.KAYNAKÇA.....	89
8.EKLER.....	97
Ek 1 : Anket Formu.....	97
Ek 2: Etik Kurul Onayı.....	101

Ek 3: Milli Eğitim Müdürlüğü Onayı.....	102
9.ÖZGEÇMİŞ.....	103

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı Ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) günümüz sağlık anlayışına göre sağlığı “hastalık ve sakatlığın olmayışı değil bedensel, ruhsal, sosyal(Öz,2004) ve artık ekonomik yönden de tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Sağlık doğuştan kazanılmış bir hak olarak kabul edilmektedir.Tüm insanların olası en üst sağlık düzeyinde yaşamalarının sağlanması sağlık hizmetlerinin ana amacı, sosyal hukuk devletinin de temel işlevidir.

Bir toplumda sağlığın korunması ve geliştirilmesi için mutlaka gerekli olan ve Alma Ata Bildirgesi'nde (1978) Temel Sağlık Hizmetleri(TSH)'nin sağlanması için vazgeçilmez olarak belirtilen etkinlikler içerisinde sağlık eğitimi çalışmalarının yapılması önemli bir yer tutar (Gökkoca,2001).

Kişilerin kendi sağlıklarını nasıl koruyabilecekleri ve sağlık hizmetlerini uygun bir biçimde nasıl kullanabilecekleri konusunda bilgilendirilmeleri ve olumlu davranışlar kazandırılmaları için yapılan planlı çabalar “Sağlık Eğitimi” olarak adlandırılır (Güler ve Akın,2006).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık eğitimini kapsamlı olarak ; “bireylere ve topluma sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetip uygulamak, sunulan sağlık hizmetlerini kullanmaya alıştırmak, sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek için insanları ikna etmek, ortak karara vardırırmak ve eyleme yöneltmek amacıyla gerçekleştirilen eğitim uygulamalarıdır” şeklinde açıklamaktadır (Aklan ve ark.,2005).

Sağlık eğitiminin amacı; bireyin ve toplumun gereksinimlerini karşılayacak, sağlıklı yaşam için kişilerin sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini, tedavi olanaklarından yararlanmalarını ve olumlu bir çevre yaratmalarını sağlayacak davranış değişikliği oluşturmaktır(Güler ve Akın,2006).

Sağlık eğitiminde ele alınan temel konular içerisinde ilk yardım eğitimi ve kazalardan korunma eğitimi de yer almaktadır (Gökkoca,2001).

Toplumun sayısal olarak önemli bir kısmını oluşturan okullarda sağlık eğitim prensiplerinin okul toplumuna kazandırılması için , 1980'lerde ‘Sağlığı Geliştiren Okul’ kavramı üzerinde durulmaya başlanmıştır.

DSÖ Avrupa Bürosu sağlığın geliştirilmesi kavramını en geniş açıdan ele alan ve ilkelerini belirleyen bir rapor hazırlamıştır. Bu raporu Ottawa Bildirgesi (Sözleşmesi) (21 Kasım 1986) izlemiştir (www.t-hasak.org). Bu gelişmeler doğrultusunda okulların, çocukların ve gençlerin sağlığını geliştirici ortamlar olarak görülmesi yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu çerçevede sağlığı geliştirme kavramı, sağlık eğitiminin yanı sıra ,okul toplumunu oluşturan kişilerin sağlıklarını korumak ve iyileştirmek konusunda, okulların aldığı tüm önlemleri içermektedir. Avrupa'da “Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi” bu yaklaşım doğrultusunda başlatılmıştır (Aklan ve ark.,2005).

19.yüzyıla kadar okula giden çocukların sağlığıyla özel olarak ilgilenilmemiştir. Okul sağlığı hizmetleriyle ilgili ilk çalışmalar İngiltere’de başlamıştır. Ülkemizde , 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Yasası ile okul sağlığı ile ilgili ilk girişimler başlamıştır (Dirican ve Bilgel,1993).

Okul, çocuk, genç erişkin ve yetişkinlerin daha sağlıklı, daha uzun, daha konforlu ve daha fazla üretken bir yaşam sürmeleri amacıyla eğitim ve öğretim gördükleri bina ve tesislerdir (T.C.Okul Sağlığı Rehberi,2007) .

Okul Sağlığı Hizmetleri, öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır (Beyazova,2008).

Okul sağlığı hizmetlerinin amaçları; toplumda okul çağındaki bütün çocukların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, okul çocuklarının sağlıklı bir çevrede gelişimini sağlamak ve çocukların, ailelerinin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir (T.C.Okul Sağlığı Rehberi,2007).

DSÖ’ne bağlı Okul Sağlığı Komitelerinin okul sağlığı ile ilgili yayınladıkları raporlarda yer alan araştırmalarda, okul sağlığı çalışmalarının sağlık ekibi tarafından yürütülmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu ekipte yer alması gereken kişiler,

- Okul doktoru,
- Okul sağlığı hemşiresi,
- Sınıf öğretmeni,
- Beden eğitimi öğretmeni,

- Okul psikologu ,
- Sosyal çalışmacı
- Diyetisyen/ beslenme uzmanıdır (Güler ve Akın,2006) .

Ayrıca bu ekibin içine velilerin de dahil edilmesi sağlık çalışmalarına yönelik başarı şansının artırılması demektir.

Konumuzun lise öğretmenlerindeki ilk yardım bilgi düzeyi olması nedeniyle adolesan dönemle ilgili veriler çalışmamızın temelini oluşturmakta ve asıl amacını belirlemektedir.

Öncelikle ülkemizde okul sağlığı hizmetleri kapsamında, hedef grup olan öğrenci sayısı ve bu gruba hizmet veren öğretmen sayılarını incelediğimizde;

- Okul öncesi eğitimde öğrenim gören yaklaşık 435 bin öğrenci ve 22 bin öğretmen bulunmaktadır.

- İlköğretim (1-8. sınıflar) kademesinde 10,5 milyonu aşkın öğrenci ve yaklaşık 400 bin öğretmen bulunmaktadır.

- Ortaöğretimde (Lise ve dengi okullar) öğrenim gören öğrenci sayısı ise 3 milyonun üzerinde olup, öğretmen sayısının 168 bin kadar olduğu söylenebilir (MEB, 2005).

Bu gruba eğitim verilmesi sadece bu grubun eğitilmesi anlamına gelmeyecek, aksine bu kesimin doğrudan ilişkili olduğu büyük bir kitleyi de etkileyecektir (Aklan ve ark.,2005). Günümüz dünyasında yaşayan her 5 kişiden biri adolesan çağındadır (Alikaşifoğlu,2005). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2008 yılı verilerine göre 10-19 yaş grubu nüfus , genel nüfusun % 18'ini oluşturmaktadır (TÜİK,2008) ve her 5 dakikada bir 10-19 yaş arası 16 adolesan ölmektedir (Alikaşifoğlu,2005).

Türkmen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 2002-2003 yılları arasında Uludağ üniversitesi tıp fakültesi acil servisine başvuran adli vakaların travma türlerine göre retrospektif analizi yapılmış ve 10-19 yaş arası 1759 vaka tespit edilmiştir.100 intihar vakası , 70 alet yaralanması vakası , 234 düşme vakası , 171 zehirlenme vakası , 54 yanık vakası tesbit edilen vakalar arasındadır. Bu araştırmada en çok olguya 20-29 yaş grubunda rastlanmış,10-19 yaş grubu vaka yönünden değerlendirildiğinde ise ikinci sırada yer aldığı görülmüştür (Türkmen ve ark.,2005).

Adolesan dönem, genel olarak birey ve onun çevresi açısından çalkantılı , fırtınalı , gel-gitlerle dolu zor bir dönemdir (Güler ve Akın,2006). 13-17 yaşlar arası birey kendini ölümsüz , kudretli , karşı konulamaz hisseder ve bu nedenle riskli davranışlara eğilim artar (Ercan,2005). Bu dönemdeki hastalık ,ölüm ve sakatlıkların önemli bir bölümünün nedeni riskli davranışlar ve riskli çevreyle ilgilidir (Feldman,2000). Adolesan dönemde meydana

gelen ölümlerin en başta gelen nedenlerinden olan kazalar ve intiharlar riskli davranışlarla yakın ilişkilidir (Tenore and Lipsky,2001).

Kara ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada şiddete bağlı davranışlar sergileme , silah taşıma , tehdit etme-edilme , kavgaya karışma , yaralanma ve intihar oranları oldukça yüksek bulunmuştur (Kara ve ark.,2003).

Yine Aras ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada bahsedilen riskli davranış oranları oldukça yüksek bulunmuştur (Aras ve ark.,2007).

İntiharlar , 15-24 yaş grubunda giderek artan oranlarda görülmektedir (Özcebe,2002). Amerika Birleşik Devletleri 2000 yılı istatistiklerine göre 10-15 yaş arası çocuklarda ve 15-19 yaş arası gençlerde intihar üçüncü ölüm nedenidir (Gould and et.al.,2003) .

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 nadir ancak Amerika'da 6 yıllık bir periyotta 15-19 yaş grubunu içeren ölümle ilişkili 30 spor aktivitesi belirlenmiştir(Abernethy and et.al.,2008).

Adolesanda kronik hastalık prevalansı ise % 10-25 arasındadır (Brook and Galili,2001). Kronik hastalık adolesanı , fiziksel , ruhsal ve sosyal yönden etkiler . Ayrıca öğrencinin akademik başarısı da okula devamda yaşanan problemler nedeniyle olumsuz yönde etkilenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Okullarda meydana gelen her türlü kaza, hastalık ve yaralanmalar öğrencinin sağlığı üzerine fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etki ederek dengeyi bozmakta, hastalık, sakatlık hatta ölümlere neden olurken aileye ve topluma ağır maddi yük oluşturmaktadır. Yanlış davranışların ve ihmallerin son halkası olan kazalar daha önceden alınacak önlemlerle kaçınılabılır ve korunulabilir olaylardır (Dirican,1993;Kılıç,1993;Ayvaz ve ark.,2003). Öğrenciler okul taşıtlarında, okula girişte, sınıfta, koridorda, deneysel çalışmalar sırasında kullandıkları materyallerle, eliş uygulamalarında, oyun ve spor alanlarında, okul çıkışlarında kaza ve yaralanma ile sonuçlanabilecek pek çok tehlikeyle karşı karşıyadırlar (Williams and et.al.,2001). Yapılan bir çalışmada iki yıl içerisinde öğrencilerinin %80'nin yaralanma şikayeti ile okul hemşiresine başvurduğu belirlenmiştir. Bu nedenle okullardaki yaralanmalar ,

okul sağlık personeli tarafından en çok üzerinde durulan konu olmuştur (Nader and Brink,1981).

Okullarda meydana gelen kazalarda ya da öğrencilerin mevcut olan bir hastalığı nedeniyle oluşan acil durumlarda gerekli olan ilk müdahaleyi yapmak öncelikle var olan sağlık personelinin görevidir. Ancak lkemizde çok az sayıda okulda hemşire görev yapmaktadır. Özellikle devlet okulları başta olmak üzere, pek çok okulda bu görev okul sağlığı ekibinin bir yesi de olan öğretmenlere düşmektedir. İlk yardım müdahalesi bilgi gerektiren ve hata kabul etmeyen bir uygulama olup, insana dayalı eğitimle kazanılır. Okullarda kendilerine ilk yardım sorumluluğu ve görevi düşen öğretmenlerin bilgi düzeyi son derece önemlidir. İlk ğretim düzeyinde daha fazla üzerinde durulan ilk yardım eğitiminin her yaşta her birey tarafından bilinmesi ülke için hayati değerli olan bir konudur. Özellikle adolesan dönemde sergilenen riskli davranışlar göz önünde bulundurulduğunda öğretmenlerin bu konuda daha hassas davranmaları gerekliliği ortaya çıkar. Bu nedenle bu alışma “Samsun il merkezindeki lise ve dengi okullarda çalışan öğretmenlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi ” amacı ile yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.İLK YARDIM VE AMACI

Herhangi bir kaza ya da 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 (Güler ve Bilgin, 1994a; 1994b; Kakillioğlu ve ark.,2002; T.C.Sağlık Bakanlığı, 2006).

Bir başka tanıma göre ise; her türlü ani hastalık, kaza, yaralanma, afet, zehirlenme, boğulma vb. durumlarda hastanın ilk değerlendirmesini yapmak, hastaneye ulaştırana ya da profesyonel yardım gelene kadar, hastanın durumunun kötüleşmesini önlemek ve tekrar hayata döndürmek için yapılan ilaçsız girişimlere “ilkyardım” denir (Kocatürk,2007).

Bu tanımlardan yola çıkarak ilk yardımın amacı :

- Hayati tehlikeyi ortadan kaldırmak
- Yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesini sağlamak
- Hasta veya yaralının durumunun kötüleşmesini önlemek
- İyileşmeyi kolaylaştırmaktır (Kakillioğlu ve ark.,2002; T.C.Sağlık Bakanlığı, 2006).

2.2. İLK YARDIMIN TARİHÇESİ

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

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

İlk yardım kavramını ortaya atan ve ilk yardım alanında ilk yazılı eseri hazırlayan Esmarch'tır. İlk yardım uygulamalarında en çok ve en yaygın kullanılan “üçgen sargı” 1831 yılında Dr.Mayor tarafından geliştirilmiştir. Kullanılmasını ise Esmarch sağlamıştır (Tabak ve Somyürek,2008) .

İlk kurtarma topluluğu 1767'de Amsterdam'da kurulmuştur. Napolyon'un baş cerrahı Baron Larrey 1795'te Prusya seferinde yaralılar için atla hareket eden kapalı yaralı taşıma

aracı kullanmış ve buna flying ambulance (uçan gezici vagon) adını vermiştir. Ambulans (taşınma) deyimini o zamandır kullanılmıştır (Ege,1999).

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

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

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

2.2.1.Türkiye’de İlk yardım

Ülkemizde hasta ve yaralılara yardım amacıyla sivil toplumlardan uluslararası örgütlenmeye gidiş 1861 yılında başlamıştır.1861 yılında, Cenevre’de yapılan uluslararası bir toplantıda ülkelerin savaş, salgın, hastalık ve felaketlerde hatta olağan durumlarda hasta ve yaralılara yardım yapabilecek bugünkü Kızılay gibi hizmet sunan sivil toplum örgütünün kurulmasına karar verilmiş ve bir anlaşma imzalanmıştır. Osmanlı Devleti bu anlaşmaya uyarak “Hilal-i Ahmer Cemiyeti”ni kurma çalışmalarını başlatmıştır (Tabak ve Somyürek,2008).

Hilal-i Ahmer Cemiyeti’nin temelini tıbbiye mektebi jeoloji öğretmeni Miralay Abdullah Bey atmıştır. Cemiyet resmen 1877 yılının Ağustos ayında, Sadrazam Hüsnü Paşa’nın yardımlarıyla kurulmuştur. Savaş esnasında yararlı olan dernek, savaş bittikten sonra ise gerektiği kadar çalışmamıştır (Tabak ve Somyürek,2008).

1909 ‘da 1.Meşrutiyetin ilan edilmesinden sonra, Hilal-i Ahmer yeniden ele alınarak düzenlenmiştir. 1923 yılında “Türkiye Hilal-i Ahmer Cemiyeti” adını almıştır. 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 ve uluslar arası yardım derneklerinin aktif üyesidir (Tabak ve Somyürek,2008).

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

1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, ilk ve acil yardım hizmetlerinin belediyeler tarafından yapılmasını hükme bağlamıştır. Belediyeler, ambulans ağı kurarak bu hizmeti yürütmüşlerdir. Daha sonra bu görev Sağlık Bakanlığına verilmiştir. Sağlık Bakanlığı, “077” telefon numarasıyla aranan “Hızır Acil Servisleri”, hastaneler bünyesinde kurmuş ve ambulans hizmetlerini yaygın hale getirmiştir (Tabak ve Somyürek,2008).

PTT Genel Müdürlüğü 1984’te acil çağrı için önce “07”, sonra “077” ve 1993’ten itibaren “112” numarasını tahsis etmiştir, günümüzde de bu numara geçerlidir (Ertekin ve ark.,2005).

Modern anlamda hastane öncesi travma bakımı organizasyonu, 1985 yılı şubat ayında İstanbul Ortaköy’de çıkan yangında beş kişinin yaşamını kaybetmesi, sekiz kişinin yaralanması ve olay yerine ambulans ulaştırılamaması üzerine gerçekleştirilmiştir (Ertekin ve ark.,2005).

1986 yılına kadar ülkemizde sadece hastane esaslı yürütülen, sistemsiz ve dağınık halde verilen Acil Sağlık Hizmeti (ASH), aynı yıl üç büyük ilde “077 Hızır Acil Servisi” adı altında yapılandırılarak modern sistemin ilk adımları atılmıştır. Günümüzde 112 ASH olarak isimlendirilen ve ülke çapında hizmete giren sistem acil yaşam zincirinin tüm halkalarında hizmet vermektedir (Özdoğan ve ark.,2006).

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” ile yasal dayanağa kavuşturulmuştur. Böylece ilk ve acil yardım hizmetleri yurt genelinde zorunlu hale getirilmiş ve yeniden organize edilmiştir (Tabak ve Somyürek,2008) .

2.2.2. İlk yardımın Önemi

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

- İlk yardım , kalıcı tedavinin seyrini belirler.
- Hastane servislerinin uzun süre kullanılmasını dolayısıyla da tedavi giderlerini azaltır.
- Kazazedede oluşan yara ve diğer travmatik etkileri kontrol altına alır. Aniden gelişen hastalıklarda alınan ilk yardım önlemleriyle organizma korunur.
- 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 şeklinde sıralanabilir.

- İlk yardım eğitimi alanlar, neleri yapıp neleri yapmamaları gerektiğine kolayca karar verebilirler.
- İlk yardım, her yaş grubundaki insanlarda kazalara bağlı ölümleri azaltır.
- Kaza yerinde zaman çok sınırlı ve kıymetlidir. Kaza yerine acil sağlık hizmetinin gelmesi çok zaman alabilir. Zaman kaybı, ölüm oranını artıran önemli bir faktördür.
- Nüfusu hızla artan yerleşim yerlerinde, bir çok yetersizlikle birlikte sağlık hizmetleri de yetersiz kalabilir. Bunun sonucu olarak kazalara ulaşılabilirlik zorlaşır. İşte böyle bir yaşam biçiminde, ilk yardım uygulamalarının önemi daha da artmaktadır.
- İlk yardım, her yerde insanlar için bir güvencedir. İlk yardım, güveni ve tedbiri destekler. İlk yardım neden, niçin, nasıl, nerede ve ne zaman gibi soruların cevaplandırılmasını sağlar. Sorumlulukları hatırlatarak teşkilatlanmayı ve hizmetin planlanmasını yönlendirir (Tabak ve Somyürek,2008).

2.2.3.İlk Yardımın İlkeleri (Uygulamaları)

İlk yardımda 'T' ile başlayan 6 temel ilke vardır:

- a) Tedbir - olay yerinde güvenlik önlemi alma
- b) Tanı – kazazedenin genel durumunu belirleme,teşhis koyma
- c) Tedavi – ilk yardım uygulamaları
- d) Telekomünikasyon – haberleşme
- e) Triyaj – ayırma
- f) Transport – taşıma

Bu temel uygulamalar kısaca : (**KBK**)

- **K**oruma – güvenlik önlemleri alma
- **B**ildirme – ilgili birimlere haber verme
- **K**urtarma – değerlendirme ve ilk yardım uygulama olarak özetlenebilir
(Kakillioğlu ve ark,2002;T.C.,2006; Tabak ve Somyürek,2008).

2.2.4.İlk Yardımın Hedefleri

Hedefler, ilk yardımda hayatı koruyan, genel durumu iyileştiren ve durumun kötüye gitmesini önleyen uygulamalardır.

a . İlk Yardımda Öncelikli Hedefler :

İlk yardımın A-B-C'si olarak bilinen üç temel hedef hayat kurtarmada öncelikli hedeflerimiz olmalıdır. Bu hedefler :

- Hava yolunun açılması (Airway opening)
- Solunumun sağlanması (Breathing)-(bak-dinle-hisset)
- Dolaşımın sağlanması (Circulation)-(kalp masajının yapılması) şeklinde sıralanmaktadır (Tabak ve Somyürek,2008,sdb.meb.gov.tr)

b. Daha sonraki hedefler :

İlk yardımın ABC'si sağlandıktan sonra yapılması gereken uygulamalardır. Bunlar :

- Kanamayı durdurma
- Yarayı dış etkenlerden koruma
- Uygun pozisyon aldırma
- Haber verme
- Şoka engel olma
- Vücut ısısını koruma
- Bilineni ve gerekli olanı yapma
- Sevk etme (Tabak ve Somyürek,2008)

2.3. İLK YARDIMCI KİMDİR ?

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

2.3.1.İlk Yardımcının Özellikleri

- İlk yardımcı kanuni haklarını ve sorumluluklarını bilmelidir.
- Bilgilerini sürekli yenilemeli ve hayatının sonraki bölümünde duyduğu ve izlediği olayların içinde kendini sınamalıdır.
- İyi bir ilk yardımcı oturduğu ve çalıştığı yerin coğrafi özelliklerini, ulaşım olanaklarını, sağlık kuruluşlarının yerlerini, özelliklerini, uzaklıklarını bilmelidir.
- İlk yardımcı olay anında otoriteyi kurabilmeli ve yardım süresince disiplini elden bırakmamalıdır. Soğukkanlılığını kaybetmemeli ve paniğe kapılmamalıdır.
- Bilgisinin olmadığını düşündüğü durumlarda bir şey yapmamalı, yardımın gelmesini beklemelidir.
- İlk yardımcı, olay yerinde kendisinin ve ortamın güvenliğini sağlayabilmeli ve ek kazaları önlemelidir.

- İlk yardımcı , hiçbir zaman yardım istemeden ve rıza alıp bilgilendirmeden yardıma başlamamalıdır.
- İnsan vücudu anatomi ve fizyolojisini bilmeli ve müdahalelerde bu bilgisini kullanabilmelidir.
- Triyaj (hasta seçimi) yapabilmelidir.
- Temel Yaşam Desteği (TYD) uygulamalarını bilmeli ve başarı ile yapabilmelidir.
- Çevresel aciller konusunda bilinçli olmalı, korunma yollarını bilmeli ve gerektiğinde müdahale edebilmelidir.
- Doğru transportu sağlayabilmelidir (Kakillioğlu ve ark,2002;Kocatürk,2007;Tabak ve Somyürek,2008)

2.4. İLK YARDIM YÖNETİMİNDE TEMEL İLKELER

- Soğukkanlı / sakin olmak
- Kendini tanıtmak
- Ne olduğunu değerlendirmek
- Olay yeri güvenliğini sağlamak
- İzleyenleri uzak tutmak
- Olay yeri farkındalığının olması
- Yaralının rahatını sağlamak
- Yaralının pozisyonunu korumak
- Yaralının kimliğini kontrol etmek
- Yaralıyı muayene etmek
- Yaralının yarasını görmesine izin vermemek
- En kötüye hazırlıklı olmak
- İlk yardım önceliklerini bilmek
- İlk yardım araç gereçlerini bilmek
- Yaralıyı sıcak tutmak
- Bilinci kapalı yaralıya su vermemek
- Acil transportu sağlamak
- Acil personeline tam bilgi vermek
- Acil aracını beklemek için bir kişi görevlendirmek
- Olay yerinde işbirliğini sağlamak
- Ağır yaralı kişiyi yalnız bırakmamak

- Yaralıyı nakletmeden önce gerekli tüm ilk yardım girişimlerini yapmak
- İlk yardımın acil ve geçici bakım olduğunu unutmamak
- İlk yardımcının doktor olmadığını unutmamak
- İlk yardımın bir bandajdan daha fazlası olduğunu bilmek şeklinde özetlenebilir (Stephen and Magyar,2006).

2.5. BİR İLK YARDIM ÇANTASINDA BULUNMASI GEREKENLER

- Gaz pedler (en az 4x4 cm.)
- İki büyük gaz ped (en az 8x10 cm.)
- Yapışkan bandaj
- Bir paket gaz rulo bandaj (en az iki cm. genişlikte)
- İki üçgen bandaj
- Yara temizleme ajanı
- Makas
- En az bir battaniye
- Cımbız
- Yapışkan bant
- Lateks eldiven
- Resüsitasyon araçları (resüsitasyon çantası, air way veya maske gibi)
- İki elastik sargı
- Tespit tahtası (kırık kemikleri yerinde tutmak için kullanılan tahta, mukavva veya levha)
- İlk yardım rehberi (Burton,2003).
-

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

- Plastik veya suni deriden ve parçalanmayacak sağlamlıkta olan ve üzeri en az iki cm.den küçük olmayan “ilk yardım çantası” deyimini yazılı olması öngörülmektedir.
- Bu çantada herhangi bir sıvı ve katı antiseptik solüsyon veya ilaç bulundurmamak yasaktır.
- Çantada bulunması gereken malzemeler şunlardır:
 - Yapay solunum maskesi
 - Airway

- Turnike (en az 50 cm, örgülü malzeme olmalı)
- Steril paket halinde hidrofil(emici)gazlı pansuman bezi (en az beş adet)
- Gerilebilir tip çorap şeklinde (stocking) bandaj (en az 30 cm. uzunlukta) (en az üç adet)
- Elastik bandaj (bir adet)
- Üçgen sargı (bir adet)
- Sargı bezi (beş adet)
- Boyunluk
- Flaster
- Plastik örtü (200x250 cm ebatında, bir yüzü turuncu ve ışık yansıtıcı özellikte)
- Makas
- Çengelli iğne (on adet)
- Yara bandı (on adet)
- Kauçuk yastıkçık
- Not defteri
- Kurşun kalem
- İlk yardım kitabı olarak belirlenmiştir (Ege,1999;İpek,www.ctf.edu.tr).

2.6. İLK YARDIM MÜDAHALESİ YAPILACAK HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Olay yerinde hastanın fizyolojik işlevlerindeki değişikliklerin değerlendirilmesi, ortaya çıkan sorunların kolay ve hızlıca tanınmasını sağlar. Bu nedenle vital bulgular ve diğer bulgular olarak adlandırdığımız fizyolojik belirtilerin ilk yardımcı tarafından bilinmesi hayati önem taşır (Altıntop ve Karaaslan,2003).

Vital bulgular

- * Ateş
- * Nabız
- * Solunum
- * Kan basıncı

Diğer bulgular

- * Deri rengi
- * Kapiller dolum
- * Pupilla büyüklüğü ve ışık refleksi
- * Bilinç düzeyi
- * Hareket yeteneği
- * Ağrılı uyarılara cevap

- **Vücut ısı** : 36.5-37 ° C'dir.
- **Nabız** : 60-100/dk.
- **Solunum** : 12-20 /dk
- **Kan basıncı** : Erken dönemde güvenilir bir değerlendirme yöntemi olarak kabul edilmemelidir.
- **Deri rengi**: Tırnak yatağı, ağız mukozası, dil ve konjunktivalar değerlendirilir.
- **Kapiller dolum**: Tırnak altındaki kapiller yatağın baş ve işaret parmağı arasında tutulup, basıp bırakıldıktan sonra, iki saniyede pembe rengine dönmesi beklenir. Doku perfüzyonunun en önemli göstergelerinden biridir.
- **Pupilla büyüklüğü ve ışık refleksi**: Kalp durduktan sonra 30 saniye içinde pupiller dilate olur. Ölüm halinde pupillalar ileri derecede dilatedir ve ışığa cevap vermez .
- **Hareket yeteneği**: Yaralanma sonrası kol ve bacakların oynatılamaması, aksi kanıtlanana kadar medulla spinalis yaralanmasını gösterir (Altıntop ve Karaaslan,2003).
- **Bilinç düzeyi**: Santral sinir sisteminin değerlendirmesinin en güvenilir bulgusudur. Hastanın sesli ve ağrılı uyarılara vereceği cevaplar önemlidir. Glasgow Koma Skalası ve AVPU gibi yardımcı skalalar kullanılarak hastanın sesli veya ağrılı uyarılara vereceği cevaplar değerlendirilir (Ertekin ve ark.,2005).

Bunlardan “AVPU” skalası hastanın bilinç düzeyi hakkında bize kolay ve güvenilir bilgi verebilir (Yenal ve ark.,2003). Bu sistem adını muayenede kullanılan işlevlerin İngilizce olan kelimelerinin baş harflerinden alır:

A (Alert)→ Hasta uyanık ve bilinçlidir. Yere, zamana ve kişiye oryantedir. Olayları hatırlayabilir ve bağlantı kurabilir. “Size ne oldu? Bu gün günlerden ne?” gibi sorulara hasta uygun yanıt verebiliyorsa AVPU skalasının en üst basamağı olan A basamağında demektir.

V (Vokal)→ Hasta sizin soru, komut veya açıklamalarınıza siz söylediğiniz zaman cevap veriyor, spontan cevap veremiyorsa hasta skalanın V basamağında demektir. Örneğin V basamağındaki bir hastaya adını sorduğunuzda cevap almazsınız bunu ancak yüksek sesle sorduğunuz zaman cevap alabilirsiniz.

P (Pain) → Hasta spontan ve sözel uyarılara tepki vermiyor ancak ağrılı uyarılara tepki veriyorsa skalanın P basamağındadır. Ağrılı uyaran hastanın yumuşak dokusunu parmaklarımızla sıkıştırarak veya sternum üzerine parmakla baskı yaparak uygulanır.

U (Unresponsive) → Tepkisiz anlamına gelir. Hasta spontan, sözel ve ağrılı uyarıların hiçbirine tepki vermiyordur. Bu durumdaki hasta AVPU skalasının en alt basamağı olan U basamağındadır (Yenal ve ark.,2003).

AVPU değerlendirilmesiyle hastanın bilinç durumunu ilk muayenede değerlendirilebilir fakat nörolojik problemi olan hastanın kapsamlı değerlendirmesinde bu ölçek yetersiz kalabilir. 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).

Tablo1.Glasgow Koma Skalası (GKS)

Göz açma	Puan	Sözel yanıt	Puan	Motor yanıt	Puan
Spontan	4	Yönelimi tam (yer, kişi,zaman)	5	Emirlere uyuyor	6
Sözlü uyarı	3	Yönelimi yetersiz	4	Uyarıya yöneliyor	5
Ağrı ile	2	Uygunsuz kelime	3	Ağrıdan kaçıyor	4
Kapalı	1	Anlaşılmaz sesler	2	Ağrıya fleksiyon yanıtı (dekortike)	3
		Yanıtsız	1	Ağrıya ekstansiyon yanıtı (deserebre)	2
				Hareketsiz	1

➤ Puanların toplamına göre :

- Ciddi bilinç kaybı : 8 veya daha düşük
- Orta düzeyde bilinç kaybı : 9 - 12 puan
- Hafif düzeyde bilinç kaybı : 13 - 15 puan (T.C.Tanı Ve Tedavi Rehberi,2003).

2.7. TEMEL YAŞAM DESTEĞİ (TYD)

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

Solunum Durması: Solunum hareketlerinin durması nedeniyle vücudun yaşamak için ihtiyacı olan oksijenden yoksun kalmasıdır. Hemen yapay solunuma başlanmaz ise bir süre sonra kalp durması meydana gelir (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

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).

Solunum ve kalp durması nedeniyle yaşamı kesintiye uğrayan kişinin, yeniden yaşama döndürülmesi için uygulanan çabaların tamamına “kalp akciğer canlandırması” ya da “temel yaşam desteği” denir (Kocatürk,2007).

TYD’de amaç, kalp veya solunum durmasını meydana getiren ana neden ortadan kalkana kadar, yeterli solunum ve dolaşımın sürdürülmesidir. Çünkü,3-4 dakika süren dolaşım yetersizliği kalıcı serebral hasara yol açabilir(Öz,2000).

TYD invaziv olmayan işlem ve uygulamalardan oluşan acil tıbbi tedavi yöntemlerini içerir. Bu uygulamalar içinde hasta ya da yaralıya intravenöz girişimler yapılması, damar yolu açılması, endotrakeal tüp ya da toraks tüpü takılması gibi işlemler yer almaz (Özdoğan ve ark.,2006).

TYD uygulamaları tanım olarak tıbbi araç-gereç ve/veya ilaç kullanmadan kişinin solunum ve dolaşım faaliyetlerini sürdürmek amacı ile dışarıdan kurtarıcının yaptığı girişimler olarak adlandırılırken, 2005 yılında American Heart Association (AHA) ve European Resuscitation Council (ERC) tarafından yapılan tanımlar içinde otomatik eksternal defibrilatör (OED) kullanımı da belirtilmektedir (Aktunç ve ark.,2007).

2.8. OTOMATİK EKSTERNAL DEFİBRİLATÖR (OED) KULLANIMI

Ani kalp durması genel bir sağlık sorunudur. Tüm dünyadaki ölümlerin yaklaşık 1/7 si ani kalp durmasına bağlıdır. İlk atakta hastaların sadece %5-10’u kurtulabilmektedir. Kabaca hastaların 2/3’ü hastane dışında kaybedilir. Türkiye’de ise sağ kalım %1’in altındadır.

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

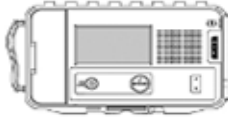
OED'ün kullanıma girmesi ile yaşam zinciri uygulamasının bileşenleri :

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

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



1-Açma-kapama düğmesine basarak cihazı çalıştır ve sesli komutları dinleyerek uygula



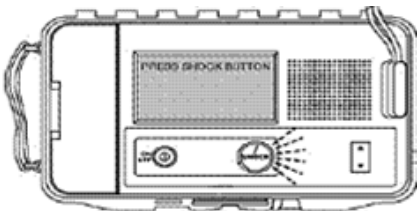
Şekil 1.a



2-Elektrodları, üzerlerinde gösterildiği şekilde, hastanın göğsüne yapıştır, elektrod fişini cihaza tak

Şekil 1.b

3-Ritm analizi için bekle, bu sırada hastaya dokunma



4-Eğer cihaz şok önerdiyse, hastaya kimsenin dokunmadığından emin olduktan sonra şok düğmesine bas.

(Çalık,2009)

Şekil 1.c

2.9.YAŞAM ZİNCİRİ



Şekil 2.Yaşam zinciri (www.acilveilkyardim.com)

Kalbi aniden duran kişinin yaşamasını sağlayacak birbirine bağlı etkinlikleri kapsayan sıralamaya Yaşam(hayatta kalma) Zinciri denilmektedir.

Erişkinler için yaşam zincirini oluşturan bu etkinlikler sırasıyla:

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



Şekil 3. Erişkinler İçin Yaşam Zinciri (www.acilveilkyardim.com)

Bebek ve çocuklar için oluşturulan yaşam zincirinde;

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



Şekil 4. Bebek Ve Çocuklar İçin Yaşam Zinciri (www.acilveilkuyardim.com)

TYD,hastaneye gelene kadar CPR eğitimi görmüş herkes tarafından yapılabilir,yapılmalıdır da. Çünkü sağlık personeli gelene kadar geçen zaman çok uzun olabilir ve kazadedede geriye dönülmez hasarlar oluşabilir (Öz,2000). Bu noktada öncelikle bilinci kapalı bir kişiyle karşılaştığımızda yapılması gereken ABC değerlendirmesini açıklayacak olursak :

A. Airway-hava yolu(Hava yolu açıklığının sağlanması): Baş geriye itilir, gerekirse boyun kaldırılır, çene öne çekilir (head tilt-chin lift manevrası). Boyunda bir travma varsa veya şüpheleniyorsanız, başı geriye itmeyiniz (jaw thrust manevrası). Eğer ağız içinde yabancı cisimler,kan, kusmuk vs. varsa, bunlar temizlenmelidir (Öz,2000).



Şekil 5.Hava yolu açıklığı sağlama



Şekil 6 .Başa pozisyon verme

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

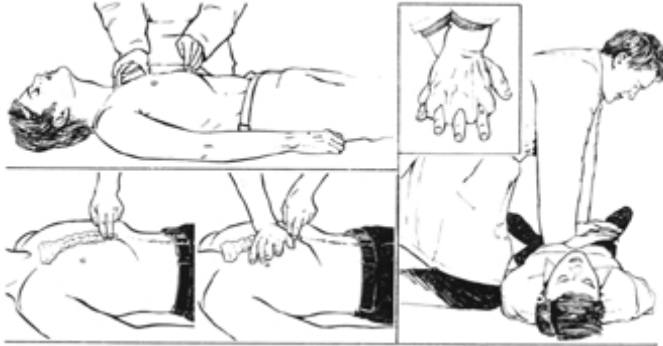
Şekil 7. Ekspirasyon havası ile ağızdan ağza (ya da ağızdan burna) suni solunum



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

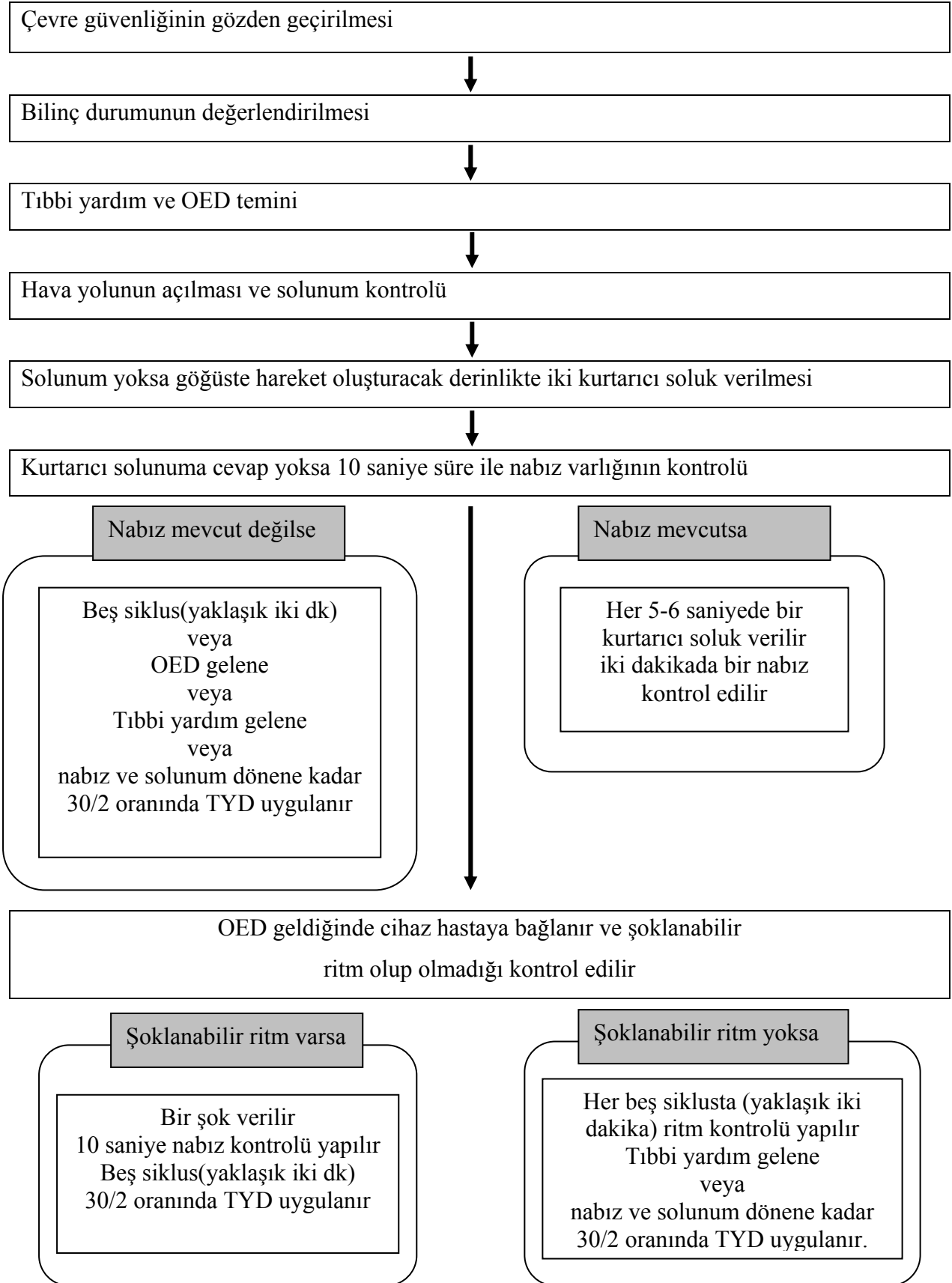


Şekil 8 . Karotisten nabız kontrolü (10 sn.)



Şekil 9. Eksternal kalp masajı tekniği

TYD AKIŞ ŞEMASI (1)



(Aktunç ve ark.,2007)

2.10. YARALANMALARDA İLK YARDIM

Amerika Birleşik Devletlerindeki Ulusal Bilimler Akademisi, yaralanmaları “modern toplumun ihmal edilmiş hastalığı” olarak tanımlamaktadır (Ertekin ve ark.,2005).

2.10.1.Yaralanma

Fiziksel ya da kimyasal bir etki sonucu deri veya doku bütünlüğünün bozulmasıdır (Sözen,2002).

Yaralanmalar çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir.Bunlar:

a) Oluştukları mekanizmalara göre :

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

b) Anatomik bölgelere göre :

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

c) Doku bütünlüğünün bozulup bozulmamasına göre :

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

- Kapalı yaralar
 - Ezikler
 - Ekimoz
 - Hematom (Sözen,2002).

d) Enfeksiyon riski taşımasına 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).

2.10.2.Yaraların Ortak Belirtileri

- Ağrı
- Kanama
- Yara kenarının ayrılmasıdır (T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

2.10.3. Her Türlü Yaralanma Hastasında Yaklaşım

- Hızlıca bilinç kontrolü yapılmalıdır.
- **A:** Havayolu temizlenmelidir ,
- **B:** Solunum olup olmadığına bakılmalıdır (bak- dinle-hisset),
- **C:** Solunum ve şuuru olmayan hastada dolaşımın olmadığı kabul edilir. Hemen temel yaşam desteğine başlanmalıdır.
- Yaşam bulguları başladığında ;
 - Tüm vücut incelenmeli ,
 - Kol ve bacaklarda kırık muayenesi yapılmalı ve stabilizasyon sağlanmalı,
 - Hasta gereksiz ısı kaybından korunmalı,
 - Gerekliyse ek müdahale yapılmalı ,
 - Tekrar başa dönüp ABC kontrol edilmeli ve
 - Acil sevki sağlanmalıdır (Kocatürk,2007) .

2.10.4. Ciddi Yaralanmalar

- Kenarları birleşmeyen veya 2-3 cm olan yaralar,
- Kanaması durdurulamayan yaralar,
- Kas veya kemiğin çıplak gözle görüldüğü yaralar,
- Delici aletlerle oluşan yaralar,

- Yabancı cisim saplanmış olan yaralar,
- İnsan veya hayvan ısırıkları,
- Görünürde iz bırakma ihtimali olan yaralar ciddi yaralanmalar olarak adlandırılır (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

2.10.4.1. Ciddi Yaralanmalarda İlk Yardım

Ciddi yaralanmalarda yapılacak ilk yardım aşamaları aşağıdaki şekildedir.

- Yaraya saplanan yabancı cisimler çıkarılmaz,
- Yarada kanama varsa durdurulur,
- Yara içi kurcalanmamalıdır,
- Yara temiz ve nemli bir bezle örtülür,
- Yara üzerine bandaj uygulanır,
- Tıbbi yardım istenir (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

2.10.5. Delici Göğüs Yaralanmaları

Göğsün içine giren herhangi bir cismin, akciğer zarı ve akciğeri yaralaması sonucu oluşur. Bunun sonucunda ;

- Yoğun ağrı
- Solunum zorluğu
- Morarma
- Kan tükürme
- Açık pnömotoraks (göğüsteki yarada nefes alıyor görüntüsü) gibi belirtiler görülebilir (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

2.10.5.1.Delici Göğüs Yaralanmalarında İlk Yardım

- Hasta/yaralının bilinç kontrolü yapılır,
- Hasta/yaralının yaşam bulguları değerlendirilir (ABC),
- Yara, üzerine plastik poşet naylon vb. sarılmış bir bezle kapatılır,
- Nefes alma sırasında yaraya hava girmesini engellemek, nefes verme sırasında havanın dışarı çıkmasını sağlamak için yara üzerine konan bezin bir ucu açık bırakılır,
- Hasta/yaralı bilinci açık ise yarı oturur pozisyonda oturtulur,
- Ağızdan hiçbir şey verilmez,
- Yaşam bulguları sık sık kontrol edilir,

- Açık pnömotoraksta şok ihtimali çok yüksektir. Bu nedenle şok önlemleri alınmalıdır,
- Tıbbi yardım istenir (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

2.10.6. Delici Karın Yaralanmaları

- Karın bölgesindeki organlar zarar görebilir,
- İç ve dış kanama ve buna bağlı şok oluşabilir,
- Karın tahta gibi sert ve çok ağrılı ise durum ciddidir,
- Bağırsaklar dışarı çıkabilir (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

2.10.6.1. Delici Karın Yaralanmalarında İlk Yardım

- Hasta/yaralının bilinç kontrolü yapılır,
- Hasta/yaralının yaşam bulguları kontrol edilir,
- Dışarı çıkan organlar içeri sokulmaya çalışılmaz, üzerine geniş ve nemli temiz bir bez örtülür,
- Bilinç yerinde ise sırt üstü pozisyonda bacaklar bükülmüş olarak yatırılır, ısı kaybını önlemek için üzeri örtülür,
- Ağızdan yiyecek yada içecek bir şey verilmez,
- Yaşam bulguları sık sık izlenir,
- Tıbbi yardım istenir (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

2.10.7. Kafatası ve Omurga Yaralanmaları

Trafik kazalarında ölümlerin % 80'i kafatası ve omurga yaralanmalarından olmaktadır. Darbenin şiddetine bağlı olarak kafatası boşluğunda yer alan merkezi sinir sistemi etkilenebilir. Bel kemiğindeki yaralanmalarda omurgada ani sıkışma yada ayrılma meydana gelebilir. Bunun sonucunda sinir sistemi etkilenecek bazı olumsuz sonuçlar oluşabilir(Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

2.10.7.1. Kafatası Yaralanmaları Çeşitleri

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.

*Omurga (bel kemiği) 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).

2.10.7.2. Kafatası ve Omurga Yaralanmalarının Nedenleri

- Yüksek bir yerden düşme
- Baş ve gövde yaralanması
- Otomobil yada motosiklet kazaları
- Spor ve iş kazaları
- Yıkıntı altında kalma şeklinde sıralanabilir (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

2.10.7.3. Kafatası ve Omurga Yaralanmalarında Belirtiler

- Bilinç düzeyinde değişimler, hafıza değişiklikleri yada hafıza kaybı,
 - Baş, boyun ve sırtta ağrı,
 - Elde ve parmaklarda karıncalanma ya da his kaybı,
 - Vücudun herhangi bir yerinde tam yada kısmi hareket kaybı,
 - Baş yada bel kemiğinde şekil bozukluğu,
 - Burun ve kulaktan beyin omurilik sıvısı ve kan gelmesi,
 - Baş, boyun ve sırtta dış kanama,
 - Sarsıntı,
 - Denge kaybı,
 - Kulak ve göz çevresinde morluk.
- Ancak hastada hiçbir belirti yoksa bile,
- Yüz ve köprücük kemiği yaralanmaları
 - Tüm düşme vakaları
 - Trafik kazaları

- Bilinci kapalı tüm hasta / yaralılar kafa ve omurga yaralanması olarak var sayılmalıdır (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

2.10.7.4. Kafatası ve Omurga Yaralanmalarında İlk Yardım

- Bilinç kontrolü yapılır,
- Yaşam bulguları değerlendirilir,
- Hemen tıbbi yardım istenir (112 Acil servis),
- Bilinci açıksa hareket etmemesi sağlanır,
- Her hangi bir tehlike söz konusu ise düz pozisyonda sürüklenir,
- Baş-boyun-gövde eksenini bozulmamalıdır,
- 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,
- Asla yalnız bırakılmamalıdır (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

2.10.8. Yaralanma sonrası ölüm

Trunkey yaralanmayı izleyen ölümleri zaman açısından 3 gruba ayırır :

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

2.10.9. Altın Saat Kavramı :

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

2.11. KANAMALARDA İLK YARDIM

İnsan vücudunun %13-%15'i kandır. Normal erişkin bir insanda yaklaşık 6 litre kan vardır. Dolaşım sistemindeki kanın %10'u kanama sonucu kaybedilirse yaşam tehlikeye girebilir. Kanın %10'u yetişkinde yaklaşık 600 ml.,çocukta 250 ml.,bebeğe 30 ml.dir (Tabak ve Somyürek,2008). Önlenebilir ölümün en yaygın nedeninin kontrol altına alınmamış, göğüs, karın ve pelvis kaynaklı iç kanamalar olduğu unutulmamalıdır (Ertekin ve ark.,2005).

2.11.1.Kanama

Damar bütünlüğünün bozulması sonucu ,kanın damar dışına (vücudun içine ya da dışına doğru) doğru akmasıdır. Kanamanın ciddiyeti:

- 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).

Kanamalar çeşitli şekillerde sınıflandırılabilirler :

a) Vücutta kanın aktığı bölgeye göre :

- Dış kanamalar: Kanama yaradan vücut dışına doğru olur.
- İç kanamalar: Kanama vücut içine olduğu için gözle görülemez.
- Doğal deliklerden olan kanamalar: Kulak, burun, ağız, anüs, üreme organlarından olan kanamalardır (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

b) Kanamanın olduğu organ ya da sisteme göre: Beyin kanaması, akciğer kanaması, karaciğer kanaması ve bağırsak kanaması gibi (Tabak ve Somyürek,2008).

c)Kanayan damar çeşidine göre :

- *Atardamar kanaması (arter kanaması)
- *Toplardamar kanaması (vena kanaması)
- *Kılcal damar kanaması (kapiler kanaması) (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006;Tabak ve Somyürek,2008)

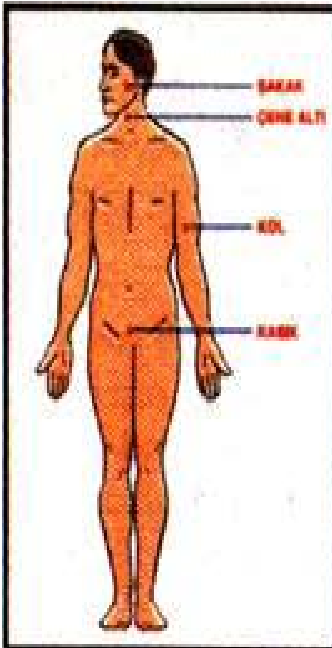
2.11.2. Kanama Durdurma Yöntemleri

Kanamayı durdurmak için çeşitli yöntemler uygulanır.

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

2.11.2.1.Kanamayı Durdurmak İçin Vücutta Basınç Yapılan Bölgeler

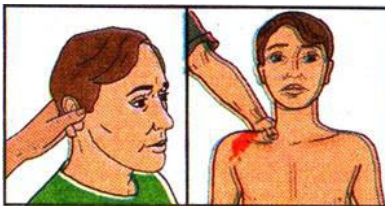
Atardamar kanamaları kan basıncından dolayı fişkirir tarzda olur. Bu nedenle, kısa zamanda çok kan kaybedilir. Bu tür kanamalarda asıl yapılması gereken, kanayan yer üzerine veya kanayan yere yakın olan bir üst atardamar bölgesine baskı uygulanmasıdır (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).



Vücutta bu amaç için belirlenmiş baskı noktaları ;

- 1) Boyun ön yan noktası (A.Karotisin sıkıştırılması)
 - 2) Kulağın üst ön noktası (A.Temporalis-superfacialisin sıkıştırılması)
 - 3) Köprücük kemiğinin altı(A.Subclavianın sıkıştırılması)
 - 4) Kolun üst içeri kısımları(A.Brachialisin sıkıştırılması)
 - 5) Karın orta ön noktası (Aorta Abdominalisin sıkıştırılması)
 - 6) Kasıklar (A.Femoralisin sıkıştırılması)dır
- (T.C.Sağlık Bakanlığı,2006;Tabak ve Somyürek,2008).

Şekil 10.a. Vücuttaki bası noktaları



Şekil 10.b. Temporal ve subclavian bası noktaları

2.11.3. İç Kanamalarda İlk Yardım

İç kanamalarda kanamayı durdurmak amacıyla dışarıdan müdahale etmek, ilk yardımcı için imkansızdır. Kafa boşluğu içine olan kanamalar haricinde tüm iç kanamalarda, kanamanın devam etmesi durumunda hastada hipovolemik şok gelişir (Kocatürk,2007).

İç kanama şüphesi olanlarda aşağıdaki uygulamalar yapılmalıdır:

- Hasta/yaralının bilinci ve ABC'si değerlendirilir,
- Üzeri örtülerek ayakları 30 cm yukarı kaldırılır,
- Asla yiyecek ve içecek verilmez,
- Hareket ettirilmez (özellikle kırık varsa),
- Yaşamsal bulguları incelenir,
- Bilinç kaybı varsa koma pozisyonu verilir,
- Vücut ısısı korunur,
- Acilen hastaneye sevk edilir(Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006;Tabak ve Somyürek,2008).

2.11.4. Dış Kanamalarda İlk Yardım

- Hasta/yaralının durumu değerlendirilir (ABC),
- Yara ya da kanama değerlendirilir
- Kanayan yer üzerine temiz bir bezle bastırılır,
- Kanama durmazsa ikinci bir bez koyarak basıncı artırılır,
- Kanayan yere en yakın basınç noktasına baskı uygulanır,
- Çok sayıda yaralının bulunduğu bir ortamda tek ilkyardımcı varsa, yaralı güç koşullarda bir yere taşınacaksa, uzuv kopması varsa ve/veya baskı noktalarına baskı uygulamak yeterli olmuyorsa turnike uygulanır,
- Şok pozisyonu verilir, şoka karşı önlem alınır,
- Sık aralıklarla (2-3dakikada bir) yaşam bulguları değerlendirilir,
- Kanayan bölge dışarıda kalacak şekilde hasta/yaralının üstü örtülür,
- Yapılan uygulamalar ile ilgili bilgiler (turnike uygulaması gibi) hasta/yaralının üzerine yazılır,
- Buz uygulanır (damarları büzeceğinden kanamayı azaltır),
- Kol ve bacak kanıyorsa, kanayan bölgeyi mümkün olduğu kadar kalp seviyesinden yukarı kaldırılır,

- Kanayan yaranın içinde yabancı cisim varsa (bıçak, tahta parçası vb.) çıkarılmaz. Kırık kemik uçları gözükiyorsa içeri ittirilmez. Pıhtılar kaldırılmaz (Ege ,1999 ; Kakillioğlu ve ark ., 2002 ; T.C.Sağlık Bakanlığı ,2006 ; ERSEM 2006;Tabak ve Somyürek , 2008 ;)

2.11.5. Burun Kanamasında İlk Yardım

- Baş travmasına bağlı burun kanamasında ilk yardım olarak baş, biraz yükseltilerek hasta yatırılır. Kanın burundan kolayca akması için pozisyon verilir. Kanın akışı engellenmez. Engellenirse kafa içi basıncı artırarak beyne baskı yapar.
- Kafa travması olmaksızın meydana gelen burun kanamasını durdurmak için kanamalı oturtulur, başı hafif öne doğru eğilir. Burnun uç yumuşak bölümü baş ve işaret parmakları ile dıştan 5-10 dakika sıkıştırılır.
- Oturamayan ya da oturtulması sakıncalı olan kanamalı, yan yatış pozisyonuna alınır.
- Buruna lokal olarak buz ya da soğuk uygulaması, bu bölgedeki damarları büzüp kanamanın hafiflemesini sağlayabilir.
- Baş geriye eğilmez.
- Kanama durduktan sonra burna çökme, bükme, üfleme gibi hareketler yapılmaz.
- Eğer kanama 15 dakikadan fazla sürer ya da çok miktarda kan yuttuğu gözlenirse acilen sevk edilir (Ege,1999 ; Kakillioğlu ve ark., 2002 ; T.C. Sağlık Bakanlığı , 2006; Kocatürk,2007;Tabak ve Somyürek,2008;Anonymous,2008)

2.11.6. Kulak Kanamasında İlk Yardım

- Hafif ve ciddi kanamalarda kanayan kulak tıkanmaz.
- Kulak üzerine steril gazlı bez kapatılır.
- Yaralı bilinçli ise kanayan kulak altta kalacak şekilde yan yatış pozisyonuna alınır.
- Yaralının yaşamsal bulgu ve belirtileri izlenir.
- Yaralıda bilinç kaybı varsa, soluk yolunun açık kalması ve solunumu sağlanır (Tabak ve Somyürek,2008).

2.12. ŞOK (Akut Dolaşım Yetmezliği)

Şok, dolaşım sistemindeki kanın çeşitli nedenlerle volüm ya da dolaşan kan miktarı olarak azalması, hayati organ ve dokulara yeterli oksijenin gitmemesi, dokularda metabolik atıkların çoğalması sonucu ortaya çıkar. Şokta genel olarak tüm vital bulgularda fonksiyon azlığı, yetersizliği, düşme ve gerileme meydana gelir. Şokta doku kanlanması azalır.

Şoku çeşitli şekillerde sınıflandırmak mümkündür :

A) Nedenlerine göre :

1. Hipovolemik
2. Psikojenik
3. Anafilaktik
4. Septik
5. Metabolik
6. Nörolojik
7. Kardiyojenik şok olmak üzere gruplandırılır(Ege,1999).

B) Gelişme sürecine göre şoklar:

- a. Primer şok (gelip geçici şok)(senkop): Travmalar, duygusal ve ruhsal gerilimler sonucu hemen gelişen şoktur.
- b. Sekonder şok: Dekompanse şok dönemidir. Şokun tüm bulgu ve belirtileri görülür. Sekonder şok önlenmez ve kontrol altına alınmazsa şok derinleşir, dönüşü olmayan şok evresine girer (Tabak ve Somyürek,2008).

C) Şok derinliğine göre üç evrede değerlendirilir . Bu evreler :

1. Kompanse şok evresi: Şokun başlangıç dönemidir.
2. Dekompanse şok evresi: Şok bulgu ve belirtilerinin tamamen görüldüğü dönemdir.
3. İrreversible şok evresi: Şokun derinleşmiş, sistemik ve metabolik bozulmaların gelişmiş olduğu dönemdir(Kocatürk,2007).

2.12.1. Şokun Belirtileri

- Soğuk, soluk ve nemli cilt,
- Hızlı ve zayıf nabız (yetişkinlerde 100 üzeri, çocuklarda 120-140 üzeri),
- Hızlı ve yüzeysel solunum (solunum ilk başta hızlı ve derin, daha sonra yüzeyledir),
- Kan basıncında düşme (sistolik 100mmHg altı , ağır şokta 30-40mmHg altı),
- Göz çukurları çökmüş gibi görünme,
- Endişe, huzursuzluk,
- Baş dönmesi, bulantı, kusma,

- Dudak çevresinde solukluk ya da morarma,
- Susuzluk hissi,
- Bilinç seviyesinde azalma, bilinç kaybı, bayılma gibi bulgular şok tablosu için tipik belirtilerdir (Ege,1999).

2.12.2. Şokta İlk Yardım

- Hasta /yaralı düz olarak sırt üstü yatırılır,
- Hasta /yaralının bacakları 30 cm kadar yukarı kaldırılarak, bacakların altına destek konulur (Çarşaf, battaniye yastık, kıvrılmış giysi vb.),
- Üzeri örtülerek ısıtılır,
- Yardım gelinceye kadar hasta /yaralının yanında kalınır,
- Belli aralıklarla (2-3 dakikada bir) yaşam bulguları değerlendirilir (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

2.13. KIRIK, ÇIKIK VE BURKULMALARDA İLK YARDIM

2.13.1. KIRIKLAR

Kırık, kemik bütünlüğünün travmaya bağlı olarak bozulmasıdır (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı,2006).

Kırık çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir:

a) Deri bütünlüğünün bozulup bozulmamasına göre :

- 1) Açık kırık
- 2) Kapalı kırık(Ege,1999)

b) Zorlamalara göre :

- 1) Direkt kuvvetle oluşan kırıklar
- 2) İndirekt kuvvetle oluşan kırıklar (Ege,1999)

c) Organ hasarı varlığına göre:

- 1) Basit kırık
- 2) Komplike kırık (Sözen,2002)

2.13.1.1. Kırık Belirtileri

A. Travmaya özgü belirtiler

- a) Ağrı (hareketle artan ağrı)
- b) Kırık yerinde şişlik (hematom) (birkaç saatte)
- c) Ekimoz (morarma) (1-3 günde)
- d) Duyarlılık

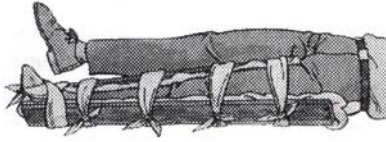
- e) Fonksiyon (işlev) kaybı
- f) Travmanın etki noktasında yaralanma(Ege,1999;Tabak ve Somyürek,2008)

B. Kırığa özgü belirtiler

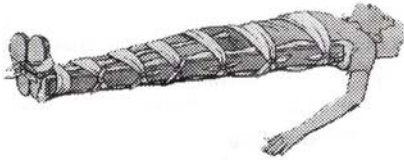
- a) Krepitasyon
- b) Kısalma
- c) Şekil bozukluğu
- d) Yalancı eklem
- e) Kırık ucun görülmesi(Ege,1999;Tabak ve Somyürek,2008)

2.13.1.2. Kırıkta Atellemenin Önemi

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



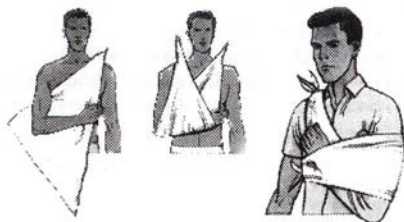
Şekil 11.a.Bacak kırığının hareketsiz hale getirilmesi



Şekil 11.b.Omurğa kırığı şüphesinde hareketsiz kalmayı sağlamak için uygulanacak atel

Yararları:

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



Şekil 11.c.Kol kırığında hareketsiz hale getirme.

2.13.1.3. Kırıklarda İlk Yardım

- Kırık olduğu düşünölen bölgenin sonrasındaki atardamar hissedilmeye çalışılır ve damar yaralanması araştırılır.
- Hastadan parmaklarını oynatması istenir, böylece sinir yaralanması olup olmadığı hakkında fikir edinilmeye çalışılır.
- Kazazedenin kırık olduğunu düşündüğümüz bölgedeki giysileri, kırık bölge hareket ettirilmeden çıkarılmalıdır veya kesilmelidir.
- Yüzük, bilezik, saat vs. çıkarılmalıdır.
- Kırılan bölge sabitleştirilmelidir.
- Eğer kırılan kemik bölgesi eğilip bükölmüşse 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 görönen 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).

2.13.2. ÇIKIKLAR

Hareketli oynak eklemlerin zıt istikamette, ani hareketlerle karşılaşmasıyla, kemik başının eklem kapsölü dışına çıkması çıkık olarak adlandırılır (Sözen,2002).

2.13.2.1. Çıkık Belirtileri

- Yoğun ağrı
- Şişlik ve kızarıklık
- İşlev kaybı
- Asimetri
- Şekil bozukluğu olarak özetlenebilir (Ege,1999;Sözen,2002;Tabak ve Somyürek,2008).

2.13.2.2. Çıkıkta İlk Yardım

- Eklem aynen bulunduğu şekilde tespit edilir,
- Kırık yerine oturtulmaya çalışılmaz,
- Hasta / yaralıya ağızdan hiçbir şey verilmez,
- Bölgede nabız, deri rengi ve ısı kontrol edilir,
- Buz uygulanır,
- Duruma göre pozisyon aldırılır ve sevk edilir (Kakillioğlu ve ark . ,2002 ;Sözen,2002)

2.13.3. BURKULMALAR

Eklem yüzeylerinin anlık olarak ayrılmasıdır. Zorlamalar sonucu oluşur.

2.13.3.1. Burkulma Belirtileri

- Burkulan bölgede ağrı
- Kızarma , şişlik
- İşlev kaybı tanı koyduran belirtilerdir (Sözen,2002).

2.13.3.2. Burkulmada İlk Yardım:

Burkulmalarda yapılacak ilk yardımı RICE kuralları olarak sınıflandırmak mümkündür.

- Rest (dinlenme, istirahat)
- Ice(buz)
- Compression (basınç)
- Elevation (yükseltme)

RICE kurallarına göre;

- **R:** Burkulmadan sonraki 48 saat, ağrı ya da belirtiler gidinceye kadar, şişlik, ağrı ya da rahatsızlığa neden olan yorucu aktivitelerden kaçınmalı. Yaralı vücut bölümlerini ağırlıktan korumalı.
- **I:** Yaralanan bölgedeki şişliği azaltmak için buz paketi kullanın. Fakat buz deriye direkt temas ettirmeyin. 15-20 dakika uygulayın ve ilk gün için birkaç saatte bir tekrarlayın.
- **C:** Yaralı mafsalı sarmak şişliğin azaltılmasına yardımcı olur. Elastik bir bandajla bası yapın. Kalbe en uzak noktadan sarmaya başlayın. Eğer sarılan alanda ağrıyla birlikte zonklama, his kaybı varsa sargı oldukça sıkı olmuş demektir. Çok sıkı sarmak daha kötü sonuçlara yol açabilir.
- **E:** Yaralı uzvu yükseltmek, fazla sıvıyı drene eder ve şişliği azaltır. Zarar gören kısım kalp seviyesi üzerinde tutulmalıdır (Anonymous,2005).

2.14. YANIKLAR

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

Yanığın yarattığı kötü etkilerin şiddeti ;

- 1) Yanık derinliği (yanık derecesi)
- 2) Yanan alan genişliği
- 3) Kritik bölgelerin yanması (el, yüz,ayak ve genital bölge)
- 4) Yanıklının yaşı
- 5) Yanıklının genel durumu ve diğer bölgelerdeki yaralanmalar gibi faktörlere bağlıdır (Ege,1999).

2.14.1.Yanıkların Derinliklerine Göre Sınıflandırılması

Yanıklar derinliklerine göre I.,II. ve III. derece yanıklar olmak üzere ayrılırlar.Etiyoloji ve klinik bulguları farklı olabilen bu tabloların prognoz ve tedavi yaklaşımları da farklıdır (Tablo.2).

Tablo. 2. Yanıkların Derinliklerine Göre Sınıflandırılması

	Birinci derece yanıklar	İkinci derece yanıklar	Üçüncü derece yanıklar
Etyoloji	Güneş yanığı	Sıcak su, alev, düşük konsantreli kimyasal maddeler	Sıcak su, alev, sıcak metallere temas, yüksek voltajlı elektrik, konsantre kimyasal maddeler
Renk	Pembe	Pembe-parlak kırmızı	Beyaz
His	Ağrılı	Ağrılı	Anestezik
Yüzey	Eritemli Bası ile solan eritem	Nemli, ödemli bül	Kuru, mat, balmumu görünümlü, tromboze damarlar görülebilir.
Patoloji	Epidermis	Epidermis ve dermisin bir kısmı	Tüm deri katları
İyileşme süresi	2-3 gün	5-21 gün	İyileşme görülmez Graft gerektirir

(Kadayıfçı ve ark.,2008)

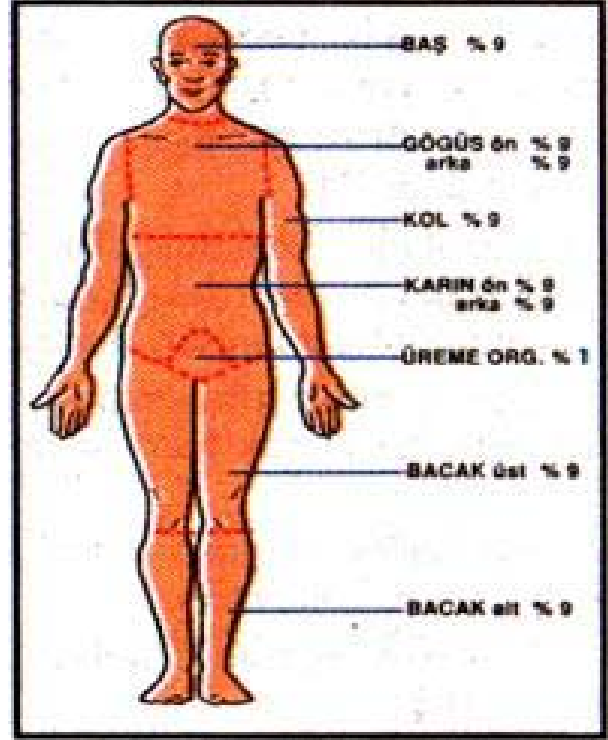
2.14.2.Yanığın Genişliği

Yanık genişliği vücut yüzeyinde kapladığı alandır. Dokuzlar kuralına göre hesaplanır:

Tablo. 3. Dokuzlar Kuralı

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

(Yenal,2009)



Şekil 12.Dokuzlar Kuralına Göre Vücut Bölgeleri

Amerikan Yanık Derneği yanıkları minör,orta ve majör olarak sınıflamış ve tedavi protokolünü bu sınıflamaya göre planlamıştır (Tablo.4) .

Tablo. 4. Amerikan Yanık Derneği Sınıflaması

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

(Yenal,2009)

2.14.3. Yanıklarda İlk Yardım

Yanıklarda ilk yardım dört temel amaca yönelik olmalıdır. Bunlar ;

- a. Yanma sürecini sona erdirip daha fazla yaralanmayı önlemek,
- b. Kazazedenin yaşamsal fonksiyonlarını desteklemek,
- c. Isı kaybını ve enfeksiyon riskini azaltmak için yanık alanı kuru, steril bir pansuman malzemesiyle örtmek,
- d. Kazazedeyi nakletmektir (www.dask.org.tr).

2.14.3.1. Isı ile Oluşan Yanıklarda İlk Yardım

- Kişi hala yanıyorsa paniğe engel olunur, koşması engellenir,
- Hasta/yaralının üzeri battaniye yada bir örtü ile kapatılır ve yuvarlanması sağlanır,
- Yaşam belirtileri değerlendirilir (ABC),
- Solunum yolunun etkilenip etkilenmediği kontrol edilir,
- Yanık bölge en az 20 dakika soğuk su altında tutulur (Yanık yüzeyi büyükse ısı kaybı çok olacağından önerilmez),
- Ödem oluşabileceği düşünülerek yüzük, bilezik, saat gibi eşyalar çıkarılır,
- Yanmış alandaki deriler kaldırılmadan giysiler çıkarılır,
- Takılan yerler varsa kesilir,
- Hijyen ve temizliğe dikkat edilir,
- Yanık üzeri temiz bir bezle örtülür,
- Su toplamış yerler patlatılmaz,
- Yanık üzerine ilaç yada yanık merhemi gibi maddeler de sürülmemelidir,
- Yanıklara buz, yağ, makine yağı gibi şeyler kesinlikle sürülmemelidir.
- Pratik olarak yanık alanı elden daha genişse, kabarcıklar varsa ateş varsa hastaneye gidilmelidir (Ege,1999;Sözen,2002 ; Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı ,2006; Kocatürk , 2007 ;Tabak ve Somyürek,2008;Anonymous,2008).

2.14.3.2. Kimyasal Yanıklarda İlk Yardım

- Deriyle temas eden kimyasal maddenin en kısa sürede deriyle teması kesilmelidir,
- Bölge bol tazyiksiz suyla, en az 15-20 dakika yumuşak bir şekilde yıkanmalıdır,
- Giysiler çıkarılmalıdır,
- Hasta/yaralı örtülmelidir,
- Tıbbi yardım istenmelidir (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı ,2006).

2.14.3.3. Elektrik Yanıklarında İlk Yardım

- Soğukkanlı ve sakin olunmalıdır,
- Hasta/yaralıya dokunmadan önce elektrik akımı kesilmelidir, akımı kesme imkanı yoksa tahta çubuk yada ip gibi bir cisimle elektrik teması kesilmelidir,
- Hasta/yaralının ABC'si değerlendirilmelidir,
- Hasta/yaralıya kesinlikle su ile müdahale edilmemelidir,
- Hasta/yaralı hareket ettirilmemelidir,
- Hasar gören bölgenin üzeri temiz bir bezle örtülmelidir,
- Tıbbi yardım istenmelidir (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı ,2006).

2.15. DONMALAR

Donma derecesine göre 4'e ayrılır :

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

Tablo. 5. Sistemik Hipotermi (Donma) Belirtileri

Vücut İçi Sıvı	35 ° C	32 – 35 ° C	29 ° C	27 ° C	25 ° C ve altı
Donma derecesi	1. derece Çok hafif	2.derece Hafif	3.derece Orta	4. derece Ağır	5 . derece Çok ağır
Belirti ve bulgular	Kas gerilmesi Titreme Yere ayak vurma sıçrama	Kas koordinasyon kaybı	Dalgın	Koma gibi	Ölü gibi
Kalp – damar			Nabız yavaş	Solunum Nabız hızlı Silik	Kalp durması
Bilinç durumu	Durgun	Dalgın Şaşkın	Uykulu	Dalgalı	Yok

(Ege,1999)

2.15.1. Donmalarda İlk Yardım

- Kazazedede / hasta kapalı bir yere alınır.
- Islak elbiseleri varsa çıkartılır, üzeri kuru örtülerle iyice sarılır. Baş dahil açık kısmı bırakılmaz.
- Ani hareketler, sert masajlar, travma etkisi yapacağından ekstremiteler yavaş yavaş hareket ettirilir, yüzeysel ve hafif masaj yapılır.
- Yavaş yavaş ısıtılır, sıcak ortama getirilmez, sıcak uygulanmaz.
- Şuuru yerinde olanlara sıcak – ılık içecekler verilir.
- Ödem nedeniyle gangrene neden olmaması için yüzük, bilezik, saat varsa çıkartılmaya çalışılır.
- Sevk edilir.
- Bilinç yerinde değilse ;
 - a) Hasta yarı yüzükoyun (koma) pozisyonunda yatırılır.
 - b) Kalp sesi ve solunum dursa bile donuk kişiyi ölmüş kabul etmeden tedaviyi sürdürmelidir. Gerekirse TYD uygulanır.
 - c) Battaniyeyle kundaklanır, ısıtılır.
 - d) Ağızdan yiyecek içecek verilmez.
 - e) Kesinlikle masaj yapılmaz.
- Bilinç yerindeyse;
 - a) Hastaya moral verilir.
 - b) Hastanın kol ve bacaklarını hareket ettirmesi söylenir.
 - c) Sıcak alkolsüz içecekler verilir. Vital bulgular devamlı kontrol edilir .
 - d) Hastaları uyutmamaya ve konuşturmaya çalışılmalıdır
(Ege,1999;Sözen,2002;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı ,2006).

2.16. GÜNEŞ VE SICAK ÇARPMASI

2.16.1. Sıcak Çarpması

Ortam ısısının yükselmesine bağlı olarak vücudun su ve tuz kaybetmesi sonucu oluşan durumdur. Belirtiler :

- Periferik vazodilatasyon oluşur. Yani kan yüzeyselleşerek kılcaldamarlarda yoğunlaşır.
- Genel dolaşımdaki kan miktarı azalır.
- Tansiyon düşer, nabız hızlanır.
- Aşırı terleme vardır.

- Deri ıslak ve soğuktur.
- Vücut ısısı yükselmez.
- Hastanın şuuru kapalıdır. Bayılmıştır.
- Ekstremitelerle karın kaslarında kramp ve seğirmeler olabilir(Sözen,2002;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı ,2006).

2.16.1.1 Sıcak Çarpmasında İlk Yardım

- Hasta serin ve gölge bir yere alınır.
- Rahat bir pozisyonda yatırılır, dinlendirilir.
- Bilinci açılınca tuzlu, sıvı içecekler verilir.
- Ayağa kaldırılmaz, yatar pozisyonda sevk edilir (Sözen,2002).

2.16.2. Güneş Çarpması

Başın doğrudan güneş ışığına maruz kalması sonucu beyin ısı regülasyon merkezinin bozulmasıyla oluşan bir durumdur.Belirtiler:

- Halsizlik, bitkinlik, baş dönmesi,
- Bulantı, kusma,
- Görme bozukluğu,
- Bilinç kaybı,
- Taşikardi (160 / dk)
- Tansiyon hafif yükselebilir,
- Vücut ısısı 41- 42 ° C' ye kadar yükselebilir,
- Terleme yoktur, deri kuru ve sıcaktır,
- Yüz kırmızıdır,
- Koma ve şoka girebilir (Sözen,2002).

2.16.2.1. Güneş Çarpmasında İlk Yardım

- Hasta serin ve gölge bir yere alınır.
- Vücut ısısı düşürülmeye çalışılır. Elbiseler çıkarıldıktan sonra vücut ıslak bir çarşafa sarılabileceği gibi ılık – soğuk banyo da yaptırılabilir .
- Sevk edilir (Sözen,2002).

2.17. ZEHİRLENMELER

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).

Zehirlenme ani ve kısa sürede olmuşsa “akut” , yavaş yavaş ve tekrarlayan temaslarla olmuşsa “kronik” zehirlenme olarak sınıflandırılabilir (Kutlu ve Kapıcıoğlu,1997).

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

2.17.1. Zehirlenme Yolları

Zehir vücuda :

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

2.17.2. Zehirlenme Belirtileri

- Şuur bozukluğu
- Halsizlik
- Baş ağrısı
- Baş dönmesi
- Bulantı – kusma
- İshal
- Karın ağrısı
- Ağız kuruluğu
- Görme bozuklukları
- Göz yaşarmasıdır (Kocatürk,2007).

2.17.3. Zehirlenmelerde İlk Yardım :

- Zehirlenen kişiyi tehlikeli alandan uzaklaştırmaya çalışılır,
- İlk olarak ilk yardımın ABC'si 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 panzehirin 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).

2.17.3.1. Sindirim Yoluyla Zehirlenmelerde Yapılacaklar

- Ağızdan alınan bir madde ile zehirlenme tespit edilirse yapılacak ilk iş, alınan zehiri seyreltmek yani etkisini azaltmaya çalışmaktır.
- Öncelikle zehirlenen kişiye su veya 1-2 bardak süt içirin.
- Petrol ürünleri ve kimyasal maddelerle olan zehirlenmelerde kusturma çok daha tehlikelidir. Ağız ve dudaklarda belirgin yanıklar oluşturan kimyasal bir madde ile oluşan zehirlenmelerde kusturmamak gerekir.
- Hasta kendiliğinden kusarsa hava yolu kontrol edilir ve açık olması sağlanır . Hasta yatar durumda ise yana çevrilerek kusması sağlanmalıdır.
- Asitli madde içilmişse bol sıvı içirilir. Deriye dökülmüşse bol suyla yıkanır. Ayrıca bazik maddelerle (kireç, karbonat , soda ,tebeşir) bir solüsyon hazırlanarak içirilir.
- Bazik zehirlenmelerde, asidik (limon, sirke) sular hazırlanarak içirilir, deri üzerindeyse yıkanır (Kocatürk,2007).

2.17.3.2. Solunum Yoluyla Olan Zehirlenmelerde Yapılacaklar

- İlk yapılması gereken hastayı temiz havaya çıkartmaktır.
- Zehirlenen kişiye kapalı ortamda müdahale eden ilk yardımcı da zehirlenme tehlikesiyle karşı karşıya olduğunu unutmamalıdır.
- Zehirli gaz soluyan hastaların, oksijen desteği ve temel yaşam desteğine ihtiyaçları vardır.
- Kusmaya karşı dikkatli olunmalıdır (Kocatürk,2007).

2.17.3.3 Deri Yoluyla Olan Zehirlenmelerde Yapılacaklar

- 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).

2.18. İLK YARDIM GEREKTİREN ÖZEL DURUMLAR VE HASTALIKLAR :

2.18.1. Diyabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)

Diabetes mellitus , insülin eksikliği ya da insüline karşı direnç nedeniyle oluşan ve hiperglisemi ile karakterize bir metabolizma bozukluğudur(T.C.Tanı Ve Tedavi Rehberi,2003).

Tablo 6. Diyabetik acillerde ayırt edici belirti ve bulgular

Kan şeker düzeyi	Hipoglisemi (Kan şeker azalmıştır)	Hiperglisemi(Kan şeker artmıştır)
Nabız	Dolgun, hızlı	Zayıf, hızlı
Solunum	Yüzeysel	Derin, iç çekmeli
Bilinç düzeyi	Baygınlık hali ve / veya hızla gelişen bilinç kaybı	Yavaş yavaş gelişen bilinç kaybı
Nefes	Koku yoktur	Çürük elma / aseton gibi kokar
Diğer bulgular	Baş ağrısı, ürperme, konfüzyon (şaşkınlık), saldırganlık (sinirli) davranışlar	
Cilt	Soğuk, nemli, soluk	Kızarık, kuru

(T.C.Tanı Ve Tedavi Rehberi,2003).

Hipoglisemi, hiperglisemiden çok daha tehlikeli olup kısa sürede (10 dakika-2 saat gibi) hastanın kaybedilmesine neden olabilir (www.acilveilkyardim.com).

2.18.1.1. Diyabetes Mellitusta İlk Yardım

- Hipoglisemi geliyorsa, kişiye hemen bir kesme şeker verilir veya kişi kendisi içebilecek durumdaysa şekerli içecekler içirilir. Bilinci kapalıysa dilaltına kesme şeker konulabilir.
- Hiperglisemi yavaş geliştiğinden hastaneye kadar yetiştirilebilir. İlk yardım gerektirmez. Hastanın bilinci kapanmak üzere veya kapalıysa , soluk yolu açıklığı sağlanarak hastaneye götürülmelidir (Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı ,2006;Kocatürk,2007;Tabak ve Somyürek,2008; www.acilveilkyardim.com).

2.18.2. Epilepsi (Sara) Hastalığı

Beyindeki elektriksel aktivitenin geçici olarak durması veya bozulması sonucu, kişinin kasılması ve bilincinin kaybolması olayına epilepsi denilmektedir.Nöbet sırasında bilinç kaybı, çenenin kilitlenmesi, kasılma, idrar kaçırma görülebilir. Solunum bozulur ve ağızdan köpüklü tükürük akar (T.C.Tanı Ve Tedavi Rehberi,2003;Kocatürk,2007).

2.18.2.1. Epilepsi (Sara) Hastalığında İlk Yardım

* Kişinin kendini yaralamaması için tedbir alınır, yatırılır, dilini ısırması için çene kenetlenmemişse, dişlerinin arasına bir şey konur (mendil, kalem vs gibi). Metal zarar vereceğinden kullanılmamalıdır.

* Başını ve kollarını ritmik olarak bir yerlere vuruyorsa battaniye, ceket vb malzemelerle desteklenerek kendisini yaralaması engellenir.

Yapılması Uygun Olmayan Müdahaleler ise şu şekilde sıralanabilir;

- Hastanın yumruk şeklindeki ellerini zorla açmaya çalışmak
- Soğan keserek veya pamuğa kolonya damlatarak ağızına veya burnuna kapatmak, bu çok sakıncalıdır çünkü bu şekilde kişinin nefes alması önlenerek kendine gelmesi engellenmektedir.
- Epilepside uyarıya gereksinim yoktur. Çünkü olay dolaşımdan ve beyindeki elektriksel aktivitenin geçici bozulmasından kaynaklanmaktadır. Bu gibi durumlarda uyarının hiçbir yararı yoktur hatta zararlı olabilmektedir.

- Müdahale sırasında elinizi dişleri arasına kaptırmayın, sizin elinizi kolunuzu kavramasına izin vermeyin aksi halde sizde zarar görürsünüz (Ege,1999;Sözen,2002;Kakillioğlu ve ark.,2002 ;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006 ; Kocatürk , 2007 ;Tabak ve Somyürek,2008; www.acilveilkoyardim.com).

2.18.3. Astım Hastalığı

Astım, kronik enflamasyona bağlı olarak gelişen, geri dönebilir, bronkospazmla karakterize bir hava yolu hastalığıdır (T.C.Tanı Ve Tedavi Rehberi,2003).

2.18.3.1. Astım Hastalığında İlk Yardım

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

2.18.4.Yabancı Cisim

Vücut boşluklarından birisine yabancı bir cismin kaza sonucu kaçmasıdır.

2.18.4.1. Göze Yabancı Cisim Kaçmasında İlk Yardım

Toz gibi küçük madde ise;

- Göz ışığa doğru çevrilir ve alt göz kapağı içine bakılır,
- Gerekirse üst göz kapağı açık tutulur,
- Nemli temiz bir bezle çıkarılmaya çalışılır,
- Hastaya gözünü kırpmaması söylenir,
- Göz ovulmamalıdır,
- Çıkmıyorsa sağlık kuruluşuna gitmesi sağlanır.

Bir cisim batması varsa ya da metal cisim kaçmışsa;

- Gereksizce hasta yerinden oynatılmaz,
- Göze hiçbir şekilde dokunulmaz,
- Tıbbi yardım istenir ,
- Hastanın göz uzmanı olan bir sağlık kuruluşuna gitmesi sağlanır (Güler ve Bilir,1994a;Güler ve Bilir,1994b;Kakillioğlu ve ark.,2002 ;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006).

2.18.4.2. Kulağa Yabancı Cisim Kaçmasında İlk Yardım

- Kesinlikle sivri ve delici bir cisme müdahale edilmez,
- Su değiştirilmez,
- Tıbbi yardım istenir (Güler ve Bilir,1994a;Güler ve Bilir,1994b;Kakillioğlu ve ark.,2002 ;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006).

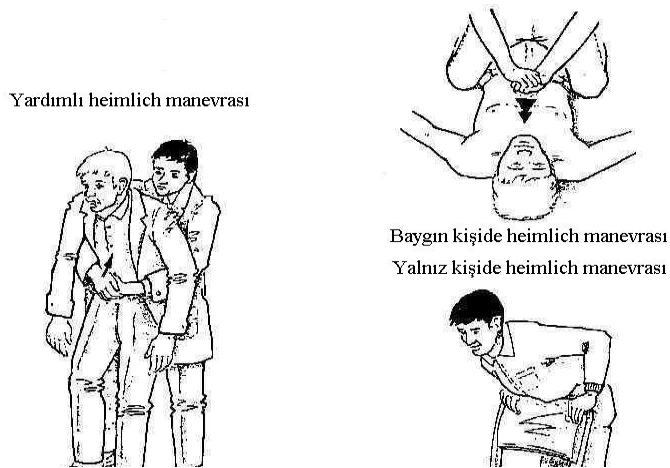
2.18.4.3. Buruna Yabancı Cisim Kaçmasında İlk Yardım

- Diğer burun deliğinin duvarına bastırarak kuvvetli bir nefes verme ile cismin atılması sağlanır,
- Çıkılmazsa tıbbi yardım istenir (Güler ve Bilir,1994a;Güler ve Bilir,1994b;Kakillioğlu ve ark.,2002 ;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006).

2.18.4.4.Yabancı Cisim Aspirasyonu

Yabancı maddelerin solunum yolu ile akciğerlere alınması aspirasyon olarak tanımlanır. Yabancı cisim aspirasyonu nedeniyle hava yollarında tam veya tama yakın bir tıkanma varsa, bu durum acilen düzeltilmelidir. Aspirasyonun gerçekleştiği yerde hemen uygulanacak **heimlich manevrası** ile obstrüksiyon genellikle ortadan kaldırılmaktadır (www.gata.edu.tr.).

Şekil 13. Heimlich manevrası



2.19. TRIYAJ (Seçme, ayırma)

İlk yardım yapıldıktan ve haberleşme sağlandıktan sonra yaralılar gözlenmelidir . Yaralının taşınıncaya kadar durumunda bir kötüleşmenin olmamasına dikkat edilmeli gerekirse ek müdahalede zaman kazanılmalıdır . Bazı yaralılarda başlangıçta fark edilmeyen belirtiler daha sonra ortaya çıkabilir. Bu durumda yaralı tekrar değerlendirilmelidir. . İlk yardımda zamanla yarışıldığı unutulmamalıdır.

Yaralıların arasında dolaşarak hangi yaralının kaçınıcı sırada taşınması gerektiğini bilmek ve uygulamak ilk yardımın önemli bir aşamasıdır. Bu sıra belirlenirken ağrının en önce gitmeyeceği en hafif yaralının da önce gitmeyeceği bilinmelidir. Amacımız yaşamsal riski olan ama yaşama şansı da olana öncelik tanıyabilmektir.

Bu açıdan triyaj , hasta naklinde hasta seçimi ve nakil önceliklerini ifade eder. Bu amaçla kullanılan bir çok skorlama ve teknik vardır.

Sık karşılaşılan çoklu yaralanmalı olaylarda triyaj: Bu gibi durumlarda, kurtarıcı sıklıkla hastanın solunum, perfüzyon ve bilinç durumunun hızlı bir şekilde değerlendirildiği "Basit Triaj ve Hızlı Tedavi" (Simple Triaj and Rapid Treatment - START) yöntemini uygularlar.

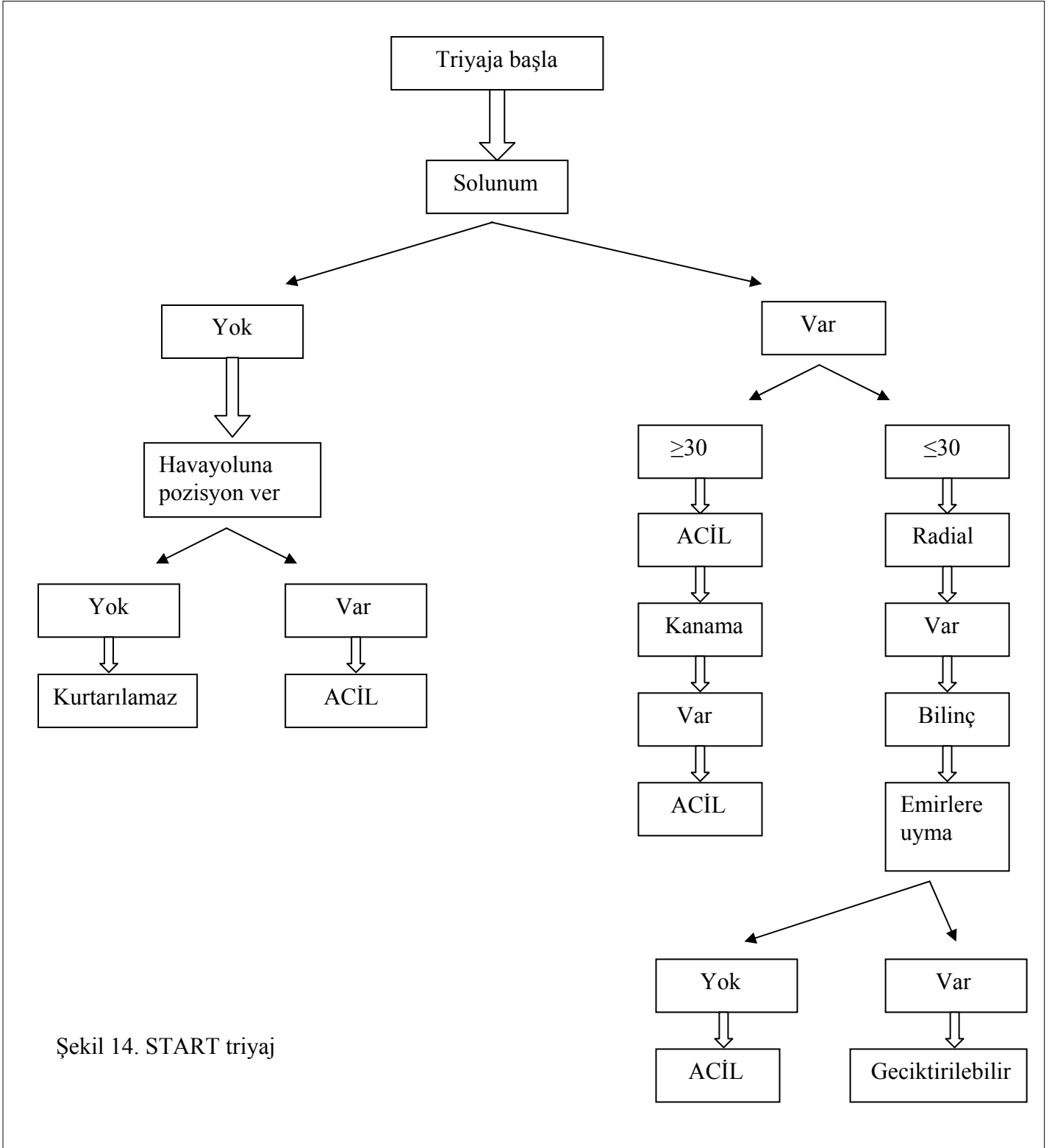
Başlangıçta, yürüeyebilen tüm yaralılara olay alanından hızlı bir şekilde uzaklaşmaları istenir.Bu hastalar "yeşil" ya da "yürüyen yaralılar" olarak adlandırılırlar ve daha ciddi yaralanması olan hastaların hızlı triajından sonra yeniden değerlendirilirler.Böylece, kurtarıcı kişi saniyeler içinde her hastanın solunum hızı, nabızı ve emirlere uyma yeteneğini (bilinç durumunu) değerlendirir ve bu hastaları kalan üç kategoride sınıflandırır:

- 1- Kırmızı (acil)
- 2- Sarı (geciktirilebilir)
- 3- Siyah (ölü).

Bu aşamada yapılan girişimler yalnızca tıkanmış bir havayolunun açılması ve ciddi eksternal kanamaya yapılacak direkt bası olmalıdır. Bu durumda hastalar genellikle ileri tedavileri için bir hastaneye yollanırlar. Sıklıkla, renk-kodlu triaj etiketleri ile gelen hastalar hastanede hastane personeli tarafından yeniden değerlendirilip, yeniden triajları yapılır.

(Oktay,2002)

**TRİYAJ ALGORİTMASI
(START TRİYAJ)**



Şekil 14. START triyaj

(Oktay,2002)

Ayrıca hastaların Clemmer'in modifiye ettiği CRAMS skoru (Tablo.7) ile değerlendirmesi de seçeneklerden birisidir. Buna göre 6 puan ve altındaki hastalar öncelikli olarak en yakın sağlık merkezine gönderilmelidir (Kutlu ve Kapıcıoğlu,1997).

Tablo.7. CRAMS Skoru

<p>Dolaşım (Circulation)</p> <p>2-Normal kapiller dolun ve sistolik kan basıncı >100mmHg 1-Kapiller dolun gecikmeli ve sistolik kan basıncı 85-99mmHg 0-kapiller dolun yok ve sistolik kan basıncı<85mmHg</p> <p>Solunum (Respiration)</p> <p>2-Normal 1-Anormal (zorlu , yüzeyel veya hızı<35) 0-Yok</p> <p>Karın (Abdomen)</p> <p>2-Karın ve toraks hassas değil 1-Karın ve toraks hassas 0-Karın sert , yelken göğüs veya karın veya toraksta delici yaralanma</p> <p>Hareket (Motor)</p> <p>2-Normal(uyaranlara cevap var) 1-Ağrılı uyaranlara cevap var-pozisyon yok 0-Pozisyon var veya cevap yok</p> <p>Konuşma (Speech)</p> <p>2-Normal (oryante – olayı anlatıyor) 1-Konfüze veya desoryante (panik ve ajitasyon mevcut) 0-Yok veya anlamsız sesler</p> <p style="text-align: right;">Toplam CRAMS puanı :.....</p>

(Kutlu ve Kapıcıoğlu,1997)

2.20. Hasta /Yaralı Taşıma Teknikleri

Taşıma, ilk yardımın son aşamasıdır(Sözen,2002).

2.20.1. Hasta /Yaralı Taşınmasında Genel Kurallar

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

- Genel bir kural olarak, hasta/yaralının yeri değiştirilmemeli ve dokunulmamalıdır. Olağanüstü bir tehlike söz konusuysa, taşıdığı her türlü riske rağmen acil taşıma zorunludur,
- En kısa sürede yaralılar güvenli bir yere taşınmalıdır,
- Hasta/yaralıya yakın mesafede çalışılmalıdır,
- Daha uzun ve kuvvetli kas grupları kullanılmalıdır,
- Sırtın gerginliğini korumak için dizler ve kalçalar bükülmelidir (Omurilik yaralanmaları riskini azaltır),
- Yerden destek alacak şekilde her iki ayağı da kullanarak biri diğerinden biraz öne yerleştirilmelidir,
- Kalkarken, ağırlığı kalça kaslarına vererek dizler en uygun biçimde doğrultulmalıdır,
- Baş her zaman düz tutulmalı, homojen ve düzgün bir şekilde hareket ettirilmelidir,
- Yavaş ve düzgün adımlarla yürümek gerekir, adımlar omuzdan daha geniş olmamalıdır,
- Ağırlık kaldırırken karın muntazam tutulup kalçayı kasmak gerekir,
- Omuzlar, leğen kemiğinin ve omuriliğin hizasında tutulmalıdır,
- Yön değiştirirken ani dönme ve bükülmelerden kaçınılmalıdır,
- Hasta/yaralı mümkün olduğunca az hareket ettirilmelidir,
- Hasta/yaralı baş-boyun-gövde eksenini esas alınarak en az altı destek noktasından kavranmalıdır,
- Hasta/yaralı taşımak mükemmel bir ekip çalışması gerektirir,
- Tüm hareketleri yönlendirecek sorumlu bir kişi olmalı, bu kişi hareketler için gereken komutları (dikkat, kaldırıyoruz gibi) vermelidir. Bu kişi genellikle ağırlığın en fazla olduğu ve en fazla dikkat edilmesi gereken bölge olan baş ve boyun kısmını tutan kişi olmalıdır(Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006).

2.20.1.1.Sürükleme Yöntemleri

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

Sürükleme yöntemleri ;

- a) Ayak bileklerinden
- b) Koltuk altından tutarak sürükleme olmak üzere iki şekilde uygulanır.(Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006)

2.20.1.2. Araç İçindeki Yaralıyı Taşıma (RENTEK Manevrası) Tekniği

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

Öncelikle;

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

Daha sonra;

- İlk yardımcı, yaralıya yan taraftan yanaşır,
- Bir eliyle yaralının kolunu, diğer eliyle de çenesini kavrayarak boyun tespiti yapar,
- Yaralının baş-boyun-gövde eksenini mümkün olduğunca hareket ettirmeden bütün halinde araçtan dışarı çeker,
- Yaralı dışarı alındıktan sonra yavaşça yere veya sedyeye konur(Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006).

2.20.1.3. Kısa Mesafede Süratli Taşıma Teknikleri

A. Kucakta taşıma



Bilinci açık olan çocuklar ve hafif yetişkinler için kullanışlı bir yöntemdir. Bir ilk yardımcı tarafından uygulanır.

Şekil 15.Tek kişi ile kucakta taşıma

- Bir elle yaralı dizlerinin altından tutularak destek alınır,

- Diğer elle gövdenin ağırlığı yüklenerek sırtından kavranır,
- Yaralıya kollarını ilk yardımcının boynuna dolması söylenebilir. Bu yaralının kendini güvende hissetmesini sağlar,
- Ağırlık dizlere verilerek kalkılır (Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark., 2002; T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Tavioloğlu ve ark.,2006).

B. İlk Yardımcının Omzundan Destek Alma



Şekil16.Omuzdan destek

Hafif yaralı ve yürüyebilecek durumdaki hasta/yaralıların taşınmasında kullanılır. Bir ilkyardımcı tarafından uygulanır. Bu yöntem iki kişi ile de uygulanabilir.

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

C. Sırtta Taşıma



Şekil 17.Sırtta taşıma

Bilinçli hastaları taşımada kullanılır. Bir ilkyardımcı tarafından uygulanır.

- İlk yardımcı hasta/yaralıya sırtı dönük olarak çömelir ve bacaklarını kavrar,
- Hasta/yaralının kolları ilk yardımcının göğsünde birleştirilir,
- Ağırlık dizlere verilerek hasta/yaralı kaldırılır(Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Tavioloğlu ve ark.,2006).

D. Omuzda Taşıma (İtfaiyeci Yöntemi)

Yürüyemeyen yada bilinci kapalı olan kişiler için kullanılır. Bir ilk yardımcı tarafından uygulanır. İlk yardımcının bir kolu boşta olacağından merdiven yada bir yerden rahatlıkla destek alınabilir.

- İlk yardımcı sol kolu ile omzundan tutarak hasta/yaralıyı oturur duruma getirir,
- Çömelerek sağ kolunu hasta/yaralının bacaklarının arasından geçirir,
- Hasta/yaralının vücudunu sağ omzuna alır,
- Sol el ile hasta/yaralının sağ elini tutar, ağırlığı dizlerine vererek kalkar,

- Hasta/yaralının önde boşta kalan bileği kavranarak hızla olay yerinden uzaklaştırılır (Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006)

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



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

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

Şekil 18. İki ilk yardımcı ile kucakta taşıma

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



Dört elle taşıma: İlk 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 19. Dört elle taşıma

F. Kollar ve bacaklardan tutarak taşıma:

Hasta/yaralı bir yerden kaldırılarak hemen başka bir yere aktarılacaksa kullanılır. İki ilk yardımcı tarafından uygulanır.

- İlk yardımcılardan biri sırtı hasta/yaralıya dönük olacak şekilde bacakları arasına çömelir ve elleri ile hasta/yaralının dizleri altından kavrar. İkinci ilk yardımcı hasta/yaralının baş tarafına geçerek kolları ile koltuk altlarından kavrar. Bu şekilde kaldırarak taşırlar(Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006).



G. Sandalye ile taşıma

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

Şekil 20. Sandalye ile taşıma

- Bir ilk yardımcı sandalyeyi arka taraftan, oturulacak kısma yakın bir yerden, diğer ilk yardımcı sandalyenin ön bacaklarını aşağı kısmından kavrayarak taşırlar (Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006).

2.20.2. Sedyeye Üzerine Yerleştirme Teknikleri

2.20.2.1.Kaşık tekniği

Bu teknik hasta/yaralıya sadece bir taraftan ulaşılması durumunda üç ilk yardımcı tarafından uygulanır.

- İlk yardımcılar hasta/yaralının tek bir yanında bir dizleri yerde olacak şekilde diz çökerler,
- Hasta/yaralının elleri göğsünde birleştirilir,
- Birinci ilk yardımcı baş ve omzundan, ikinci ilk yardımcı sırtının alt kısmı ve uyluğundan, üçüncü ilk yardımcı dizlerinin altından ve bileklerinden kavrar. Daha sonra kendi ellerini hasta/yaralının vücudun altından geçirerek kavrarlar,
- Başını ve omzunu tutan birinci ilk yardımcının komutu ile tüm ilk yardımcılar aynı anda hasta/yaralıyı kaldırarak dizlerinin üzerine koyarlar,
- Sonra uyumlu bir şekilde ayağa kalkarlar,
- Aynı anda tek bir hareketle hasta/yaralıyı göğüslerine doğru çevirirler ve aynı anda düzgün bir şekilde sedyeye koyarlar(Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006).

2.20.2.2.Köprü Tekniği

Hasta/yaralıya iki taraftan ulaşılması durumunda dört ilk yardımcı tarafından yapılır.

- İlk yardımcılar bacaklarını açıp, hasta /yaralının üzerine hafifçe çömelerek yerleşirler,
- Birinci ilk yardımcı başı koruyacak şekilde omuz ve ensesinden, ikinci ilk yardımcı kalçalarından, üçüncü ilk yardımcı da dizlerinin altından tutar,
- Birinci ilk yardımcının komutu ile her üç ilk yardımcı hastayı kaldırır,

- Dördüncü ilk yardımcı sedyeyi arkadaşlarının bacakları arasına iterek yerleştirir ve hasta/yaralı sedyenin üzerine konulur (Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006).

2.20.2.3.Karşılıklı Durarak Kaldırma

Omurilik yaralanmalarında ve şüphesinde kullanılır. Üç ilk yardımcı tarafından uygulanır.

- İki ilk yardımcı hasta/yaralının göğüs hizasında karşılıklı diz çökerler,
- Üçüncü ilk yardımcı hasta/yaralının dizleri hizasında diz çöker,
- Hasta/yaralının kolları göğsünün üzerinde birleştirilerek düz yatması sağlanır,
- Baş kısmındaki ilk yardımcıları kollarını baş-boyun eksenini koruyacak şekilde hasta/yaralının sırtına yerleştirirler,
- Hasta/yaralının dizleri hizasındaki üçüncü ilk yardımcı kollarını açarak hasta/yaralının bacaklarını düz olacak şekilde kavrar. Verilen komutla, tüm ilk yardımcıları hasta/yaralıyı düz olarak kaldırarak sedyeye yerleştirirler (Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006).

2.20.3. Sedyeye İle Taşıma Teknikleri

Sedyeye ile taşımada genel kurallar şunlardır:

- Hasta/yaralı battaniye ya da çarşaf gibi bir malzeme ile sarılmalıdır,
- Düşmesini önlemek için sedyeye bağlanmalıdır,
- Baş gidiş yönünde olmalıdır,
- Sedyeye daima yatay konumda olmalıdır,
- Öndeki ilk yardımcı sağ, arkadaki ilk yardımcı sol ayağı ile yürümeye başlamalıdır (Sürekli değiştirilen adımlar sedyeye sağlam taşıma sağlar),
- Daima sedye hareketlerini yönlendiren bir sorumlu olmalı ve komut vermelidir,
- Güçlü olan ilk yardımcı hasta /yaralının baş kısmında olmalıdır(Güler ve Bilir,1994a; Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006)

2.20.3.1.Sedyenin İki Kişi Tarafından Taşınması

- Her iki ilk yardımcı çömelirler, sırtları düz, bacakları kıvrık olacak şekilde sedyenin iki ucundaki iç kısımlarda dururlar,
- Komutla birlikte sedyeyi kaldırır ve yine komutla dönüşümlü adımla yürümeye başlarlar,
- Önde yürüyen yoldaki olası engelleri haber vermekle sorumludur (Güler ve Bilir,1994a; Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006)

2.20.3.2.Sedyenin Dört Kişi Tarafından Taşınması

Yaralının durumu ağır ise ya da yol uzun, zor ve engelli ise sedye 4 kişi ile taşınmalıdır,

- İlk yardımcıların ikisi hasta/yaralının baş, diğer ikisi ayak kısmında sırtları dik, bacakları bükülü olarak sedyenin yan kısımlarında çömelirler. Sedyenin sapından tutarlar ve yukarı komutu ile sedyeyi kaldırır,
- Sedyenin sol tarafından tutan ilk yardımcı sol, sağ tarafındakiler sağ adımlarıyla yürümeye başlarlar,
- Dar bölgeden yürürken ilkyardımcılar sırtlarını sedyenin iç kısmına vererek yerleşirler,
- Merdiven, yokuş inip çıkarken sedye mümkün olabilecek en yatay pozisyonda tutulmalıdır. Bunun için ayak tarafındakiler sedyeyi uyluk hizasında, baş tarafındakiler omuz hizasında tutmalıdır(Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006)

2.20.3.3. Bir Battaniye İle Geçici Sedye Oluşturma

- Tek bir battaniye ile sedye oluşturmada ise battaniye yere serilir kenarları rulo yapılır.Yaralı üzerine yatırılarak kısa mesafede güvenle taşınabilir.

2.20.3.4. Bir Battaniye ve İki Kirişle Geçici Sedye Oluşturma

Yeterli uzunlukta iki kiriş ile sedye oluşturmak mümkündür.

- Bir battaniye yere serilir,
- Battaniyenin 1/3'üne birinci kiriş yerleştirilir ve battaniye bu kirişin üzerine katlanır,
- Katlanan kısmın bittiği yere yakın bir noktaya ikinci kiriş yerleştirilir,
- Battaniyede kalan kısım bu kirişin üzerini kaplayacak şekilde kirişin üzerine doğru getirilir,

- Hasta/yaralı bu iki kirişin arasında oluşturulan bölgeye yatırılır (Güler ve Bilir,1994a;Kakillioğlu ve ark.,2002;T.C.Sağlık Bakanlığı , 2006; Taviloğlu ve ark.,2006)

2.20.4. İlk Yardımında Kullanılan Pozisyonlar

Yaralıya uygun pozisyon vermek temel hedeflerden birisidir. Pozisyonlar hastanın / yaralının o anki ihtiyacına cevap verir nitelikte destekleyici yardım mekanizmalarıdır . Yanlış verilecek bir pozisyon yaralının sakat kalmasına, durumunun ağırlaşmasına hatta ölümüne neden olabilir. Yaralıya, yaranın bulunduğu yere, vücut eksenine göre durumuna bakılarak pozisyon verilmelidir.

2.20.4.1.Yan Yatış Pozisyonu :

Bilinci kapalı olan kişiler yalnız bırakılacaksa , özellikle kusma , regürjitasyon nedeniyle boğulmasını önlemek için uygulanan bir pozisyon şeklidir. Önemli olan havayolunun açık kalması , kolunun altta kalmaması ve stabil bir pozisyon olmasıdır.

2.20.4.2. Şok Pozisyonu :

Hipovolemik , septik , anaflaktik şokta , senkopta uygulanabilir . Bu pozisyonda bacaklar 30 ° yükseltilir . Kardiyojenik şokta kontrendikedir.

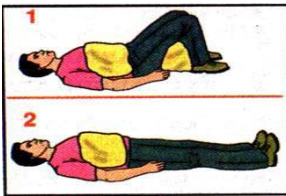
2.20.4.3. Kibas Pozisyonu :

Beyin kanaması vb. durumlarda kafanın yükselmesiyle elde edilen pozisyon şeklidir.

2.20.4.4.Oturma Pozisyonu :

Kardiyojenik şokta 30-45 ° , sıkıntılı solunum halinde 45-60 ° , akciğer ödemi varlığında 90 ° olacak şekilde gövdenin yükseltildiği pozisyon şeklidir.

2.20.4.5.Karın Yaralanması :



Akut batın ve batında enine kesi varsa , dizler kırılarak hafif yükseltilir , altına destek konur. Sırtüstü yatırılır (Taviloğlu ve ark.,2006). Boyuna kesi varsa sırtüstü ve düz yatırılır.

Şekil 21. Karın yaralanması pozisyonları

3.MATERYAL VE METOD

3.1.Araştırmanın Tipi :

Çalışma tanımlayıcı(descriptive) tipte bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Evreni :

Araştırmanın evrenini Samsun il merkezindeki 39 lise ve dengi okulda görev yapan 1771 öğretmen oluşturmuştur.

3.3.Araştırmanın Örneklemi :

Samsun İl merkezindeki lise ve dengi okullarda çalışan öğretmen sayısı Milli Eğitim Müdürlüğünden öğrenildikten sonra evreni temsil eder nitelikteki örneklem sayısını bulmak için aşağıdaki formül kullanılmıştır:

Evrendeki birey sayısı biliniyorsa :

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

$$N = \text{Evrendeki birey sayısı}$$

$$n = \text{Örnekleme alınacak birey sayısı}$$

$$p = \text{İncelenen olayın görülüş sıklığı (incelenen olayın görülüş sıklığı tam olarak bilinmediğinden , örnekleme alınacak birey sayısının en yüksek olacağı değer alınır. 0.5)}$$

$$q = \text{İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p)}$$

$$t = \text{Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (} \alpha = 0,05 \text{'te } \infty \text{ serbestlik derecesinde bulunan teorik t değeri – 1,96)}$$

$$d = \text{olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen } \pm \text{ sapma (} \pm \% 5 \text{ sapma istiyorsak 0,05 alınır). (Aksayan ve ark.,2004;Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu,2007)}$$

$$\text{Örneklem büyüklüğü } \% 50 \text{ prevalans , } \% 5 \text{ hata payı ve } \% 95 \text{ güven aralığında 316 olarak belirlenmiştir.}$$

Daha sonra evreni temsil eder nitelikteki örneklem grubu meslek,anadolu,düz ve özel liselerden,okul tipine göre tabakalı örnekleme sistemi (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu,2007) ve daha sonra her tipten basit rastgele örnekleme yöntemiyle (Tezcan,1992) seçilmiştir. Basit rastgele yöntemle seçilen 11 okuldan biri Atatürk Sağlık Meslek Lisesi olarak belirlenmiş , okul araştırma kapsamına alınmış fakat okulun araştırmaya alınmasıyla bias tutulmuş olabileceği düşünülerek bu okul araştırma dışı bırakılmıştır.

3.4.Araştırmanın Uygulanması ve Süresi :

Araştırma için Samsun Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğünden 10.09.2008 tarihinde araştırma için gerekli olan izinler alınmıştır. 2008 – 2009 Eğitim Öğretim yılı 1. döneminde örnekleme seçilen okullara gidilerek okul müdür veya müdür yardımcısına araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra öğretmenlere araştırma hakkında bilgi verilip gönüllülük ilkesi esas alınarak çalışmaya katılmayı kabul edenlere anket dağıtılmış ve toplam 345 (%20) öğretmene ulaşılmıştır. Zamanın kısıtlı olması, daha çok ders aralarında, boş vakitlerinde cevap vermeleri nedeniyle hemen cevaplayabilenlerden o gün, cevaplayamayanlardan daha sonraki gün okullara gidilerek formlar teslim alınmıştır.

3.5.Anketin Ön Uygulaması

Gerekli izinler alındıktan sonra çalışmaya başlanmış ve ilk gidilen lise olan Karşıyaka Lisesinde katılmayı kabul eden ve örnekleme çıkmayan 15 öğretmene ön uygulama yapılmış, anketin yanlış anlaşılabilir veya anlaşılmayan soruları düzeltilerek ankete son şekli verilmiştir.

3.6.Araştırmada Kullanılan Formların Hazırlanması :

Araştırmada kullanılan anket formu, konunun uzmanlarından, kaynaklardan ve daha önce benzer olarak yapılmış olan tez çalışmalarından yararlanılarak hazırlanmıştır. Bu form 26 soru ve bir tablodan oluşmaktadır. Bu soruların beşi öğretmenlerin demografik özellikleriyle ilgili diğer sorular ise ilk yardım bilgilerine yönelik çoktan seçmeli sorulardan oluşmuştur. Ayrıca İlk yardım bilgileri var mı? , ilk yardımla ilgili kendilerini yeterli görüyorlar mı? , okullarda ilk yardım dolabı var mı?, okullarda sağlık çalışanı var mı? şeklinde sorular da sorulmuştur.

İlk yardım bilgi düzeyine ilişkin sorularda ;

- 1) “İlk yardım nedir?” sorusunun doğru cevabı “olay yerinde hastanın / yaralının durumunun daha da kötüleşmesini engellemek amacıyla ilaçsız olarak yapılan müdahale” olarak kabul edilmiştir.
- 2) “İlk yardımcı kimdir?” sorusunun doğru cevabı “eğitim almış kişi veya kişiler” olarak kabul edilmiştir.
- 3) “Burnu kanayan bir öğrenciye hangisi yapılmamalıdır ?” sorusunun doğru cevabı “baş geriye alınır” olarak kabul edilmiştir.
- 4) “Karın bölgesine yabancı cisim saplandığında hangisi yapılmamalıdır ?” sorusunun doğru cevabı “saplanan yabancı cisim hemen bulunduğu bölgeden çıkarılmalı ve kanayan bölgeye basınç yapılmalıdır” olarak kabul edilmiştir.
- 5) “Epilepsi nöbeti geçiren bir öğrenciye hangisi yapılmamalıdır ?” sorusunun doğru cevabı “kol ve bacaklara bastırarak kasılmalar önlenmeye çalışılır” olarak kabul edilmiştir.
- 6) “Astım nöbeti geçiren bir öğrenciye yapılması yanlış olan uygulama hangisidir?” sorusunun doğru cevabı “öğrenci kriz esnasında düz bir zemine yatırılmalıdır” olarak kabul edilmiştir.
- 7) “Isı ile oluşan yanıklarda yapılması yanlış olan uygulama hangisidir?” sorusunun doğru cevabı “su toplamış yerler patlatılır” olarak kabul edilmiştir.
- 8) “Kalp durmasına ne zaman müdahale edilmelidir” sorusunun doğru cevabı “ilk 5 dakika” olarak kabul edilmiştir.
- 9) “Kalp masajı yumuşak bir zeminde uygulanmalıdır. Doğru mu, Yanlış mı?” sorusunun doğru cevabı “yanlış” olarak kabul edilmiştir.
- 10) “Asitli madde içen bir kişi hemen kusturulmalıdır. Doğru mu, Yanlış mı?” sorusunun doğru cevabı ve “yanlış” olarak kabul edilmiştir.
- 11) “Dış kanamayı durdurmak için kanayan yerin üzerine bası yapılmalıdır. Doğru mu, Yanlış mı?” sorusunun doğru cevabı “doğru” olarak kabul edilmiştir.
- 12) “Bilinci kapalı olan bir kişiye kendisine gelmesi için su içirilmelidir. Doğru mu, Yanlış mı?” sorusunun doğru cevabı “yanlış” olarak kabul edilmiştir.

Anketin cevaplama süresi ortalama 7-10 dakika olarak belirlenmiştir.

3.7.Araştırmanın İstatistiksel Analizi :

Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 12.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler sayı (%) ve ortalama \pm standart sapma olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmış ve yüzdeleri alınmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.(Özdamar,2003;Akgül,2005;Özdemir,2006)

Tablo 8 :Örnekleme Alınan Okulların Mevcut Ve İncelenen Öğretmen Sayıları

Bölge	Okul adı	Mevcut öğretmen sayısı	İncelenen öğretmen sayısı	
		(n)	(n)	(%)
Canik	Karşıyaka Lisesi	78	38	48.7
Canik	İMKB Anadolu Lisesi	45	24	53.3
İlkadım	100.Yıl Lisesi	73	40	54.8
İlkadım	Namık Kemal Lisesi	72	42	58.3
İlkadım	Atatürk Anadolu Lisesi	40	19	47.5
İlkadım	Yeşilkent Anadolu Lisesi	33	22	66.7
Atakum	Atakum Teknik Lise ve Endüstri Meslek Lisesi	141	109	77.3
Atakum	Otelcilik ve Turizm Meslek Lisesi	26	10	38.5
Atakum	Özel Final Fen Lisesi	32	26	81.3
Atakum	Özel Feza Fen Lisesi	35	15	42.9
	TOPLAM	575	345	60.0

4.BULGULAR :

Araştırmaya katılan öğretmenlerin 145 (%42.0)'i kadın, 200 (%58.0)'ü erkek, 284 (%82.3)'ü evli ve yaş ortalaması 38.3 ± 7.2 yıl idi. Yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde 51 (%14.8)'i 21-30 yaş arasında, 175 (%50.7)'i 31-40 yaş arasında ve 119 (%34.5)'u 40 yaşın üzerindeydi.

Katılımcıların bu meslekte ortalama çalışma yılı 14.9 ± 6.7 yıl idi ve en az 1.0 yıl, en çok 32.0 yıldır çalışıyorlardı (Tablo9). Öğretmenlerin okullara göre dağılımı Tablo 10'da, branşlara göre dağılımı Tablo 11' de gösterilmiştir.

Tablo 9 . Öğretmenlerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	145	42.0
	Erkek	200	58.0
Yaş grubu (yıl)	21-30	51	14.8
	31-40	175	50.7
	41 ve ↑	119	34.5
Medeni durum	Evli	284	82.3
	Bekar	61	17.7
Çalışma yılı	0-10	103	29.9
	11-20	165	47.8
	21 +	77	22.3
Toplam		345	100.0

Tablo 10 . Öğretmenlerin Okullara Göre Dağılımları

OKULLAR	Sayı (n)	Yüzde (%)
Karşıyaka Lisesi	38	11.0
Namık Kemal Lisesi	42	12.2
100. Yıl Lisesi	40	11.6
Canik İMKB Anadolu Lisesi	24	7.0
Atatürk Anadolu Lisesi	19	5.5
Yeşilkent Anadolu	22	6.4
Atakum Teknik Lise	109	31.6
Turizm Otelcilik Lisesi	10	2.9
Özel Feza Fen Lisesi	15	4.3
Özel Final fen lisesi	26	7.5
Toplam	345	100.0

Araştırmaya katılan 345 öğretmenin okullara göre dağılımları incelendiğinde ; katılımın en yüksek olduğu okul % 31,6'lık (109 kişi) oranla Atakum Teknik Lise , katılımın en düşük olduğu okul ise % 2,9'luk (10 kişi) oranla Turizm Otelcilik Lisesi olarak bulunmuştur. Katılımın en yüksek olduğu diğer okullar ise ; Namık Kemal Lisesi % 12,2 (42 kişi) , 100. Yıl Lisesi % 11,6 (40 kişi) Karşıyaka Lisesi % 11,0 (38 kişi) olarak bulunmuştur.

Tablo11. Öğretmenlerin Branşlara Göre Dağılımları

BRANŞLAR	Sayı (n)	Yüzde (%)
Matematik	39	11.3
Fizik	20	5.8
Kimya	17	4.9
Biyoloji	15	4.3
Türk dili ve edebiyatı	51	14.8
Rehberlik ve psi.danışmanlık	16	4.6
Felsefe	8	2.3
Tarih	26	7.5
Coğrafya	18	5.2
Beden eğitimi	8	2.3
Resim	7	2.0
Müzik	5	1.4
Bilgisayar	16	4.6
Sağlık	3	0.9
Din kültürü	6	1.7
Yabancı diller	35	10.1
Görsel sanatlar	1	0.3
Tur.otel.mes.ders	4	1.2
Teknik lise mes.ders	50	14.5
Total	345	100.0

Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin branşa göre ilk yardım bilgilerine bakılmak istendiğinde özellikle beden eğitimi , sağlık bilgisi ve rehberlik öğretmenlerinin bilgi dağılımları göz önüne alınmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Burun kanamasında yapılması yanlış olan uygulama sorulduğunda bu soruya beden eğitimi öğretmenleri % 62,5, rehberlik öğretmenleri % 56,3, sağlık bilgisi öğretmenleri %33,3 bu soruya doğru cevap vermişlerdir.
- Astımda yapılması yanlış olan uygulama sorulup branşa göre değerlendirildiğinde ; bu soruya sağlık bilgisi öğretmenleri % 100 , rehberlik öğretmenleri % 93,7 doğru cevap vermişlerdir. Beden eğitimi öğretmenleri bu soruya % 75,0 yanlış cevap vermiştir.
- Kalp masajı / suni solunum yapmayı biliyor musunuz ? şeklinde sorulduğunda sağlık bilgisi öğretmenleri % 100 , beden eğitimi öğretmenleri % 87,5 , rehberlik öğretmenleri % 50,0 bu soruya ‘evet , biliyoruz’ cevabını vermişlerdir.

Öğretmenlere ilk yardım gerektiren durumlarla karşılaşp karşılaşmadıkları ve eğer karşılaşmışlarsa müdahale edip etmedikleri sorulduğunda branşa göre elde edilen anlamlı veriler ise şöyledir ;

- Şokla karşılaştığında % 37,5 rehberlik öğretmenlerinin , % 33,3 sağlık bilgisi öğretmenlerinin müdahale ettiği , beden eğitimi öğretmenlerinin ise % 100,0 müdahale etmediği görülmüştür.
- Yaralanmayla karşılaştığında sağlık bilgisi öğretmenlerinin % 100,0 , beden eğitimi öğretmenlerinin % 50,0 , rehberlik öğretmenlerinin % 37,5 oranında müdahale ettikleri saptanmıştır.
- Kalp krizine en fazla müdahale eden grup % 66,7 sağlık bilgisi öğretmenleridir. Rehberlik öğretmenlerinin % 12,5 müdahale ettiği , beden eğitimi öğretmenlerinin ise hiç müdahale etmediği görülmüştür.
- İntiharla karşılaştığında ise en fazla müdahale eden grubun % 18,7 ile rehberlik öğretmenleri olduğu saptanmıştır.
- Spor aktivitelerine bağlı ilk yardım gerektiren durumlarla karşılaştığında sağlık bilgisi öğretmenlerinin % 66,7'sinin , beden eğitimi öğretmenlerinin % 62,5 'inin ve rehberlik öğretmenlerinin %37,5'inin müdahale ettiği bulunmuştur.

Ayrıca araştırmaya katılan 345 öğretmene ilk yardım eğitimi alma durumları sorulduğunda %29,0 (100 kişi)'u 'evet , aldım' demiş fakat bu konuda kendilerini yeterli görüp görmedikleri sorulduğunda öğretmenlerin sadece %8,7(30 kişi)'si kendisini yeterli gördüğünü ifade etmiştir.

Okulda sağlık çalışanı olup olmadığı sorgulandığında %12,5 oranında 'var' cevabı alınmıştır ve ilk yardım dolabı olup olmadığı sorgulandığında ise %69,6 okulda ilk yardım dolabı olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan öğretmenlere kalp masajı / suni solunum yapmayı bilip bilmedikleri sorulduğunda % 37,1'i 'evet , biliyoruz' demiş fakat böyle bir durumla karşılaştığında %95,4 oranında müdahaleden kaçınılmıştır.

Öğretmenlere vücutta nabız alınan bölgeleri bilip bilmedikleri sorulduğunda %93,0'ü nabız alınan bölgeleri bildiğini ifade etmiştir. Nabız alınan bölgelere örnek vermeleri istendiğinde öğretmenlerin %21,7'si bu soruyu boş bırakmış, %62,9'u bilek , %12,8'i boyun , %1,4'ü kasık ve %1,2'si şakak cevabını vermişlerdir.

Tablo 12 . Öğretmenlerin İlk Yardımla İlgili Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Doğru		Yanlış	
	n	%	n	%
İlk yardım nedir?	340	98.6	5	1.8
İlkyardımcı kimdir?	333	96.5	12	3.5
Epistaksiste ilk yardım	183	53.0	162	47.0
Karına yabancı cisim saplanması ilk yardım	264	76.5	81	23.5
Epilepside ilk yardım	229	66.4	116	33.6
Astım nöbetinde ilk yardım	172	49.9	173	50.1
Yanıkta ilk yardım	255	73.9	90	26.1
Kalp durmasında ilk yardım süresi	277	80.3	68	19.7
Kalp masajı yumuşak zeminde yapılır D/Y	288	83.5	57	16.5
Asitli madde içen kusturulur D/Y	167	48.4	178	51.6
Dış kanama bası yapılır D/Y	305	88.4	40	11.6
Bilinç kapalı kişiye su içirilir D/Y	296	85.8	49	14.2

Araştırmaya katılan öğretmenlere ‘ilk yardım nedir ?’ şeklinde soru sorduğumuzda öğretmenlerin %98,6’sı ‘olay yerinde hastanın/yaralının durumunun daha da kötüleşmesini engellemek amacıyla ilaçsız olarak yapılan müdahaledir’ diyerek bu soruya doğru cevap vermiştir. ‘İlk yardımcı kimdir ?’ şeklinde soru sorduğumuzda öğretmenlerin % 96,5’i ‘bu konuda eğitim almış kişi veya kişiler’ diyerek doğru cevap vermiştir. ‘Astım nöbeti geçiren bir öğrenciye yapılması yanlış olan uygulama’ sorulduğunda öğretmenlerin %50,1’i ‘öğrenci düz zemine yatırılmalıdır’ diyerek yanlış cevap vermiştir. ‘Asitli madde içen bir kişi hemen kusturulmalıdır.D /Y’ şeklinde sorulan soruya öğretmenlerin % 51,6’sı ‘evet kusturulmalıdır’ diyerek yanlış cevap vermişlerdir (Tablo 12).

Tablo 13. Öğretmenlerin İlk Yardımla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtların Cinsiyete Göre Dağılımı (N:345)

	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
İlk yardım nedir?	142	41.8	198	58.2
İlkyardımcı kimdir?	138	41.4	195	58.6
Epistaksiste ilk yardım	83	45.4	100	54.6
Karına yabancı cisim saplanması ilk yardım	107	40.5	157	59.5
Epilepside ilk yardım	101	44.1	128	55.9
Astım nöbetinde ilk yardım	88	51.2	84	48.8
Yanıkta ilk yardım	114	44.7	141	55.3
Kalp durmasında ilk yardım süresi	118	42.6	159	57.4
Kalp masajı yumuşak zeminde yapılır D/Y	116	40.3	172	59.7
Asitli madde içen kusturulur D/Y	86	51.5	81	48.5
Dış kanama bası yapılır D/Y	126	41.3	179	58.7
Bilinç kapalı kişiye su içirilir D/Y	127	42.9	169	57.1
Kalp masajı/suni sol.bilme	35	27.3	93	72.7
Vücutta nabız alınan bölgeleri bilme	133	41.4	188	58.6

Araştırmaya katılan 345 öğretmenin verdikleri cevaplar cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkek öğretmenlerin doğru yanıt yüzdesinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır(Tablo 13).

Tablo 14. Öğretmenlerin İlk Yardımla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (N:345)

	Yaş grubu (yıl)					
	21-30		31-40		41 ve ↑	
	n	%	n	%	n	%
İlk yardım nedir?	50	14.7	174	51.2	116	34.1
İlkyardımcı kimdir?	50	15.0	170	51.1	113	33.9
Epistaksiste ilk yardım	33	18.0	93	50.8	57	31.2
Karına yabancı cisim saplanması ilk yardım	42	15.9	140	53.0	82	31.1
Epilepside ilk yardım	35	15.3	121	52.8	73	31.9
Astım nöbetinde ilk yardım	27	52.9	96	54.9	49	41.2
Yanıkta ilk yardım	43	46.9	135	52.9	77	30.2
Kalp durmasında ilk yardım süresi	41	14.8	137	49.5	99	35.7
Kalp masajı yumuşak zeminde yapılır D/Y	42	14.6	149	51.7	97	33.7
Asitli madde içen kusturulur D/Y	26	15.6	84	50.3	57	34.1
Dış kanama bası yapılır D/Y	44	14.4	158	51.8	103	33.8
Bilinç kapalı kişiye su içirilir D/Y	39	13.2	155	52.4	102	34.4
Kalp masajı/suni sol.bilme	21	16.4	61	47.7	46	35.9

Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin 31-40 yaş arası olanların doğru yanıt yüzdesi, diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 15. Öğretmenlerin İlk Yardımla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtların Medeni Duruma Göre Dağılımı (N:345)

	Medeni Durum			
	Evli		Bekar	
	n	%	n	%
İlk yardım nedir?	280	82.4	60	17.6
İlkyardımcı kimdir?	276	82.9	57	17.5
Epistaksiste ilk yardım	146	79.8	37	20.2
Karına yabancı cisim saplanması ilk yardım	212	80.3	52	19.7
Epilepside ilk yardım	194	84.7	35	15.3
Astım nöbetinde ilk yardım	138	80.2	34	19.8
Yanıkta ilk yardım	205	80.4	50	19.6
Kalp durmasında ilk yardım süresi	228	82.3	49	17.7
Kalp masajı yumuşak zeminde yapılır D/Y	242	84.0	46	16.0
Asitli madde içen kusturulur D/Y	140	83.8	27	16.2
Dış kanama bası yapılır D/Y	254	83.3	51	16.7
Bilinç kapalı kişiye su içirilir D/Y	250	84.5	46	15.5
Kalp masajı/suni sol.bilme	112	87.5	16	12.5
Vücutta nabız alınan bölgeleri bilme	263	81.9	58	18.1

Araştırma kapsamına alınan 345 öğretmenin evli olanlarının doğru yanıt yüzdesi bekarlara oranla daha yüksek bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 16. Öğretmenlerin İlk Yardımla İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtların Çalışma Yılına Göre Dağılımı(N:345)

	Çalışma yılı					
	0-10		11-20		21 (+)	
	n	%	n	%	n	%
İlk yardım nedir?	102	30.0	163	47.9	75	22.1
İlkyardımcı kimdir?	102	30.6	160	48.0	71	21.4
Epistaksiste ilk yardım	60	32.8	87	47.5	36	19.7
Karına yabancı cisim saplanması ilk yardım	82	31.1	128	48.5	54	20.4
Epilepside ilk yardım	73	31.9	114	49.8	42	18.3
Astım nöbetinde ilk yardım	60	34.9	84	48.8	28	16.3
Yanıkta ilk yardım	80	31.4	127	49.8	48	18.8
Kalp durmasında ilk yardım süresi	81	29.2	134	48.4	62	22.4
Kalp masajı yumuşak zeminde yapılır D/Y	89	30.9	142	49.3	57	19.8
Asitli madde içen kusturulur D/Y	49	29.3	83	49.7	35	20.0
Dış kanama bası yapılır D/Y	91	29.8	150	49.1	64	20.1
Bilinç kapalı kişiye su içirilir D/Y	84	28.4	147	49.6	65	22.0
Kalp masajı/suni sol.bilme	37	29.0	63	49.2	28	21.8

Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerden 11-20 yıllık olanların doğru yanıt yüzdesi diğer yıllara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 17 . Astım Nöbetinde İlk Yardım Sorusuna Doğru Yanıt Verenlerin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

Özellik		n	%	X ²	p
Yaş grupları	21-30	27	52.9	18.28	<0.05
	31-40	96	54.9		
	41 ve ↑	49	41.2		
Cinsiyet	Kadın	88	60.7	11.0	<0.05
	Erkek	84	42.0		
Medeni durum	Evli	138	48.6	0.3	>0.05
	Bekar	34	55.7		
İlkyardım Eğt. alma durumu	Evet	55	55.0	4.8	>0.05
	Hayır	77	46.7		
	Kısmen	40	50.0		

Astım nöbeti geçiren bir öğrenciye yapılması yanlış olan uygulama sorulduğunda araştırmaya katılan 345 öğretmenin %49,9'u bu soruya doğru cevap vermiştir.

Astım nöbeti geçiren bir öğrenciye yapılması yanlış olan uygulama sorulup yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 31-40 yaş grubundaki öğretmenlerin % 54,9'u bu soruya doğru cevap verirken , 41 yaş ve üzeri öğretmenlerin % 41,2'si bu soruya doğru cevap vermiştir. Yaş grupları ile astımda yapılan yanlış uygulama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2 = 18.28$, $p=0.01$).

Astımda yapılması yanlış olan uygulama sorulup cinsiyete göre değerlendirildiğinde ; kadınların %60,7'si bu soruya doğru cevap verirken , erkeklerin %42,0'si doğru cevap vermiştir. Bu soruda erkeklerin yanlış cevap yüzdesi (%58,0) kadınların yanlış cevap yüzdesine (%39,3) oranla daha fazladır. Cinsiyet ile astımda yapılan yanlış uygulama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=11.0$, $p=0.001$).

Astımda yapılması yanlış olan uygulama medeni durum ve ilk yardım eğitimi alma durumuna göre değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak bulunan fark anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Tablo 18. “Bilinci Kapalı Olan Bir Kişiyeye Kendisine Gelmesi İçin Su İçirilmelidir. Doğru mu, Yanlış Mı?” Sorusuna Doğru Yanıt Verenlerin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

Özellik		n	%	X ²	p
Yaş grupları	21-30	41	80.4	9.73	<0.05
	31-40	165	94.3		
	41 ve ↑	109	91.6		
Cinsiyet	Kadın	127	87.6	0.6	>0.05
	Erkek	169	84.5		
Medeni durum	Evli	250	88.0	6.56	<0.05
	Bekar	46	75.4		
İlk yardım Eğt. alma durumu	Evet	86	86.0	1.09	>0.05
	Hayır	139	84.2		
	Kısmen	71	88.7		

Araştırmaya katılan 345 öğretmene ‘Bilinci kapalı bir kişiyeye kendisine gelmesi için su içirilmelidir. Doğru / Yanlış’ sorusu sorulduğunda %85,8 oranında bu soruya doğru cevap verilmiş fakat ki kare analizlerinde yaş grupları ve medeni duruma göre değerlendirildiğinde farklılıklar bulunmuştur.

‘Bilinci kapalı bir kişiyeye kendisine gelmesi için su içirilmelidir. Doğru / Yanlış’ sorusu yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 31-40 yaş grubundaki öğretmenlerin %94,3’ ü bu soruya doğru cevap verirken , 21-30 yaş grubundaki öğretmenlerin doğru cevap oranı % 80,4 olarak bulunmuştur. 31- 40 yaş grubu öğretmenlerin doğru cevap yüzdesinin diğer iki gruba oranla yüksek olduğu saptanmıştır.Çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır($X^2=9.73$, $p=0.04$).

‘Bilinci kapalı bir kişiyeye kendisine gelmesi için su içirilmelidir. D / Y’ sorusu medeni duruma göre değerlendirildiğinde evli olan öğretmenlerin %12,0’ si bu soruya yanlış cevap verirken , bekar öğretmenlerin yanlış cevap yüzdesi %24,6 olarak saptanmıştır.. ‘Bilinci kapalı bir kişiyeye kendisine gelmesi için su içirilmelidir. D / Y’ sorusu medeni duruma göre değerlendirildiğinde yanlış cevap oranının bekarlarda daha fazla olduğu görülmüştür. Verilerin istatistiksel analizine göre fark anlamlıdır ($X^2= 6.56$, $p=0.01$).

Aynı soruyu cinsiyet ve ilk yardım eğitimi alma durumuna göre değerlendirdiğimizde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p> 0,05$).

Tablo 19. Asitli Madde İçen Bir Kişi Hemen Kusturulmalıdır. Doğru Mu, Yanlış Mı?” Sorusunun Doğru Yanıt Verenlerin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

Özellik		n	%	X ²	p
Yaş grupları	21-30 yaş	26	51.0	0.73	>0.05
	31-40 yaş	84	48.0		
	41 ve ↑	57	47.9		
Cinsiyet	Kadın	100	69.0	12.89	<0.05
	Erkek	98	49.0		
Medeni durum	Evli	140	49.3	0.32	>0.05
	Bekar	27	44.3		
İlk yardım Eğt. alma durumu	Evet	60	60.0	9.82	<0.05
	Hayır	68	41.2		
	Kısmen	39	48.8		

Araştırmaya katılan 345 öğretmene ‘Asitli madde içen bir kişi hemen kusturulmalıdır. Doğru / Yanlış’ sorusu sorulduğunda bu soruya öğretmenlerin yalnızca % 48,4’ü doğru cevap vermiştir.

‘Asitli madde içen bir kişi hemen kusturulmalıdır. Doğru / Yanlış’ sorusu cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kadınların % 31,0’i bu soruya yanlış cevap verirken , erkeklerin % 51,0’i bu soruya yanlış cevap vermiştir. Doğru cevap yüzdesinin kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır(%69,0).Veriler cinsiyete göre değerlendirildiğinde çıkan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=12.89$, $p=0.00$).

‘Asitli madde içen bir kişi hemen kusturulmalıdır. D / Y’ şeklinde sorulup ilk yardım eğitimi alma durumuna göre değerlendirildiğinde eğitim aldım diyenlerin % 60,0’ı bu soruya doğru cevap vermiştir. Eğitim almadığını söyleyen grupta ise yanlış cevap oranı % 58,8 olarak bulunmuştur . Verilerin istatistiksel analizine göre çıkan fark anlamlıdır($X^2=9.82$, $p=0.04$).

Bu soru yaş grupları ve medeni duruma göre değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p> 0,05$).

Tablo 20 . İlk Yardım Gerektiren Bazı Durumlarla Karşılaşma Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımları

İlk yardım gerektiren durumlar	Kadın		Erkek		N	X ²	p
	n	%	n	%			
Kanama	53	30.5	121	69.5	174	18.33	<0.05
Şok	17	23.6	55	76.4	72	11.73	<0.05
Yaralanma	51	29.5	122	70.5	173	21.40	<0.05
Kırık	58	29.6	138	70.4	196	27.64	<0.05
Zehirlenme	16	28.1	41	71.9	57	4.79	<0.05
Yanık	64	36.6	111	63.4	175	3.89	<0.05
Epilepsi	51	30.4	117	69.6	168	17.38	<0.05
Şiddet	10	20.4	39	79.6	49	9.94	<0.05
Spor aktiviteleri	28	19.9	113	80.1	141	46.58	<0.05

İlk yardım gerektiren durumlarla karşılaşma sıklığının cinsiyete göre analizleri yapılmış ve farkın anlamlı bulunduğu sonuçlar yukarıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tabloya göre ; kanama , şok , yaralanma , kırık , çıkık , burkulma , zehirlenme , yanık , epilepsi , şiddet ve spor aktivitelerine bağlı ilk yardım durumlarıyla karşılaşmada cinsiyete göre anlamlı farklar bulunmuştur ($p < 0,05$). Tablodaki verilere göre erkeklerin bahsedilen ilk yardım durumlarıyla karşılaşma yüzdelerinin kadınlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. Erkeklerin en çok % 80,1 oranında spor aktivitelerine bağlı ilk yardım gerektiren durumlarla karşılaştığı saptanmıştır.

KBB ve göze yabancı cisim batması , astım , kalp krizi / hastalığı , diabet ve intihara bağlı acil durumlarla karşılaşma yüzdelerinde ise cinsiyete göre değerlendirildiğinde fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 21 . İlk Yardım Gerektiren Durumlarla Karşılaşan Öğretmenlerin Müdahale Etme Dağılımları

Acil durumlar		Müdahale Eden		Müdahale Etmeyen		(N: 345)	
		n	%	n	%	N	%
Travmaya bağlı aciller	Kanama	118	67.8	56	32.2	174	50.4
	Şok	35	48.6	37	51.4	72	20.9
	Yaralanma	89	51.4	84	48.6	173	50.1
	Kırık , çıkık , burkulma	69	35.2	127	64.8	196	56.8
Kazalara bağlı aciller	Zehirlenme	19	33.3	38	66.7	57	16.5
	Yanık	90	51.4	85	48.6	175	50.7
	KBB ve Göze yabancı cisim kaçması	73	50.0	73	50.0	146	42.3
Hastalığa bağlı aciller	Epilepsi /sara	52	31.0	116	69.0	168	48.7
	Astım	27	34.2	52	65.8	79	22.9
	Kalp hastalığı/krizi	16	31.4	35	68.6	51	14.8
	Diabet / şeker hastalığı	18	18.9	77	81.1	95	27.5
Şiddete bağlı aciller		17	34.7	32	65.3	49	14.2
İntihara bağlı aciller		14	40.0	21	60.0	35	10.1
Spor aktivitelerine bağlı aciller		65	46.1	76	53.9	141	40.9

Araştırma kapsamına alınan 345 öğretmene ilk yardım gerektiren durumlarla karşılaşp karşılaşmadıkları , karşılaşmışlarsa müdahale edip etmedikleri bir tablo halinde sorulmuş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir ;

- 174 öğretmen kanamayla karşılaşmış , karşılaşanların % 67,8'i ilk yardım müdahalesinde bulunmuştur.
- 173 öğretmen yaralanmayla karşılaşmış , karşılaşanların % 51,4'ü ilk yardım müdahalesinde bulunmuştur.
- 175 öğretmen yanıkla karşılaşmış , karşılaşanların yine % 51,4' ü müdahalede bulunmuştur.
- 196 öğretmen kırık , çıkık ve burkulmayla karşılaşmış ancak karşılaşanların % 64,8'i müdahale etmemiştir.
- 57 öğretmen zehirlenmeyle karşılaşmış , karşılaşanların % 66,7'si müdahalede bulunmamıştır.
- 168 öğretmen epilepsiyle karşılaşmış ancak karşılaşanların % 69,0'u müdahale etmemiştir.
- 79 öğretmen astımla karşılaşmış , karşılaşanların % 65,8'i müdahalede bulunmamıştır.
- 51 öğretmen kalp krizi veya hastalığıyla karşılaşmış ancak karşılaşanların %68,6'sı müdahalede bulunmamıştır.
- 95 öğretmen diabetle karşılaşmış , karşılaşanların % 81,1'i müdahalede bulunmamıştır.
- 49 öğretmen şiddet olaylarıyla karşılaşmış ancak karşılaşanların % 65,3'ü müdahale etmemiştir.
- 41 öğretmen spor aktivitelerine bağlı ilk yardım gerektiren durumlarla karşılaşmış , karşılaşanların %60,0'ı müdahale etmemiştir.
- Tabloya göre öğretmenlerin en çok kırık , çıkık ve burkulmayla karşılaştıkları saptanmıştır(196 kişi) (% 56,8).
- En az intiharla karşılaştıkları saptanmıştır(35 kişi) (% 10,1).
- Öğretmenlerin en çok kanamaya müdahalede buldukları saptanmıştır (118 kişi) (% 34,2).
- En az intihara müdahalede buldukları saptanmıştır(14 kişi) (% 4,1).

Tablo 22. Bazı Acil Durumlarda Müdahale Eden Öğretmenlerin İlk Yardım Eğitimi Alma Durumuna Göre Dağılımı

Acil durumlar		İLK YARDIM EĞİTİMİ						X ²	p
		Var		Yok		Kısmen var			
		n	%	n	%	n	%		
Travmaya bağlı aciller	Kanama	37	31.4	49	41.5	32	27.1	2.47	>0.05
	Şok	11	31.4	13	37.2	11	31.4	0.11	>0.05
	Yaralanma	34	38.2	31	34.8	24	27.0	7.85	<0.05
	Kırık , çıkık , burkulma	23	33.3	22	31.9	24	34.8	6.51	<0.05
Kazalara bağlı aciller	Zehirlenme	5	26.3	5	26.3	9	47.4	6.65	<0.05
	Yanık	30	33.4	39	43.3	21	23.3	1.68	>0.05
	KBB ve Göze yabancı cisim kaçması	22	30.1	34	46.6	17	23.3	0.75	>0.05
Hastalığa bağlı aciller	Epilepsi /sara	15	28.8	20	38.5	17	32.7	3.28	>0.05
	Astım	11	40.8	12	44.4	4	14.8	1.50	>0.05
	Kalp hastalığı/ krizi	6	37.4	5	31.3	5	31.3	0.41	>0.05
	Diabet / şeker hastalığı	5	27.8	9	50.0	4	22.2	0.69	>0.05
Şiddete bağlı aciller		4	23.5	6	35.3	7	41.2	2.06	>0.05
İntihara bağlı aciller		5	35.7	5	35.7	4	28.6	2.89	>0.05
Spor aktivitelerine bağlı aciller		23	35.4	21	32.3	21	32.3	8.36	<0.05

Bazı acil durumlarda müdahale eden öğretmenlerin ilk yardım eğitimi alma durumuna göre dağılımı incelendiğinde ;

Yaralanma , kırık , çıkık , burkulma , zehirlenme ve spor aktivitelerine bağlı ilk yardım gerektiren durumlarla karşılaştığında eğitim alma durumuna göre müdahale etmede istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$) .

5.TARTIŞMA :

Okullardaki yaralanmalar genel olarak önlenebilir ve ölümcül olmayan yaralanmalardır.Yapılan doğru ilk yardım uygulamalarıyla bu yaralanmaların etkileri azaltılarak iyileşmesi hızlandırılabilir . Ancak okulların çoğunda tam gün çalışan sağlık personeli bulunmamaktadır. Dolayısıyla ilk yardım girişimlerini uygulama görevi öğretmenlere düşmektedir. Bu nedenle öğretmenlerin yeterli bir ilk yardım bilgisine sahip olmaları gerekmektedir(Eğlence ve ark.,2007).

Bu araştırmada Samsun İl merkezindeki lise ve dengi okullarda çalışan öğretmenlerin yaş , cinsiyet , medeni durum , görev süresi ,branş ve ilk yardım eğitimi alma durumuna göre ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri incelenmiştir.

a) Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde;

31-40 yaş arası grubun doğru cevap yüzdesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur .41 yaş ve üzeri grup ikinci sıradadır. 21-30 yaş grup ise doğru cevap sıralamasında üçüncü sırada yer almaktadır.

Koç'un (1994) araştırmasında yaş arttıkça ilk yardım bilgilerinin arttığı görülmüştür. Savaşer'in(2001) çalışmasında da 24 yaş ve altı grubun bilgi puanları yüksek bulunmuştur. Saruhan'ın(2005) çalışmasında ise benzer olarak 31-40 yaş arası grubun bilgileri yüksek bulunmuştur . Başer ve arkadaşlarının(2007) çalışmasında yaş arttıkça yanlış cevap oranının arttığı gözlenmiştir .

31-40 yaş grubunda bilgi düzeyinin daha yüksek oluşu,meslek yılının daha uzun oluşu,daha fazla sayıda kaza ya da benzeri olgu ile karşılaşma durumu ,dimamik bir dönemde olmanın getirdiği öğrenme hevesi ve bu süreçte alınması olası eğitimlerle açıklanabilir.

b)Araştırma grubundaki öğretmenlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde;

Genel olarak erkek öğretmenlerin doğru cevap yüzdesi daha yüksek bulunmuştur. Bayan öğretmenlerin ise astım ve asitli madde içilmesine ilişkin sorulara daha fazla doğru cevap verdiği saptanmıştır .Bu durum astım hastalığın çocukluk dönemi hastalığı olması ve yine aynı şekilde zehirlenmelerin ve özellikle kimyasal maddelerin çocukluk döneminde içilme

olasılığının yüksek olması , bayan öğretmenlerin annelik özellikleri ile ve bu tablo ile daha fazla karşılaşma olasılıkları ile örtüşebilir niteliktedir.

Eğlence ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada ise bayan öğretmenlerin ilk yardım bilgi puanları erkek öğretmenlerden daha yüksek bulunmuştur .

c) Araştırma grubundaki öğretmenlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin medeni duruma göre dağılımları incelendiğinde ;

Evli öğretmenlerin doğru cevap yüzdesi her soru için bekar öğretmenlere oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun evli öğretmenlerin daha tecrübeli olmaları , çocuk sahibi olmaları ve dolayısıyla bu konularla ilgili bilinçli olmaları gerekliliğinden ileri geldiği düşünülebilir.

d) Araştırma grubundaki öğretmenlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin çalışma yılına göre dağılımları incelendiğinde ;

11-20 yıl arası çalışması olan öğretmenlerin doğru cevap yüzdesi diğer iki gruba oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu durum yaşları 31-40 yaş arası olan öğretmen grubunun bilgi düzeyi yüksekliği ile paralellik göstermektedir. Ancak 41 yaş ve üzeri olan grubun bilgi düzeyi ikinci sırada değerlendirilirken çalışma yılına baktığımızda ise 21 yıl ve üzeri çalışması olan öğretmenlerin bilgi düzeyleri en düşük bulunmuştur. 0-10 yıl arası çalışması olanlar ise ikinci sırada yer almaktadır. 11-20 yıl arası çalışma meslekteki en dinamik , öğrenmenin pik yaptığı süreç olarak açıklanabilir. Uşaklı ve Cengiz'in çalışmasında da çalışma süresi arttıkça ilk yardım bilgi düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (www.sosbil.aku.edu.tr.).

e) Araştırma grubundaki öğretmenlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin branşa göre dağılımları incelendiğinde;

- Burun kanamasında yapılması yanlış olan uygulama sorulduğunda bu soruya beden eğitimi öğretmenleri % 62,5 , rehberlik öğretmenleri % 56,3 , sağlık bilgisi öğretmenleri %33,3 bu soruya doğru cevap vermişlerdir. Sağlık bilgisi öğretmenlerinin bu soruya neden bu kadar az cevap verdikleri düşünülecek olursa literatürdeki farklı tanımlardan kaynaklandığı söylenebilir. Sağlık bilgisi öğretmenleri bu soruyu cevaplamak yerine boş bırakmışlardır.

- Astımda yapılması yanlış olan uygulama sorulup branşa göre değerlendirildiğinde; beden eğitimi öğretmenleri bu soruya % 75.0 oranında yanlış cevap vermiştir. Beden eğitimi öğretmenlerinin astımla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu söylenebilir.
- Şokla karşılaşıldığında beden eğitimi öğretmenlerinin ise % 100,0 müdahale etmediği görülmüştür. Beden eğitimi öğretmenlerinin bu tür müdahalelerde aktif rol alması beklenirken çıkan sonuç oldukça düşündürücüdür. Bu müdahaleyle ilgili bilgilerinin eksik olduğu düşünülebilir.
- Kalp krizinde ise yine beden eğitimi öğretmenlerinin hiç müdahale etmediği görülmüştür. Beden eğitimi öğretmenlerinin sağlıkla ilgili konularda bilgilerinin yüksek olması beklentisi çıkan sonuçlarla çelişmektedir.
- İntiharla karşılaşıldığında ise en fazla müdahale eden grubun % 18,7 ile rehberlik öğretmenleri olduğu saptanmıştır.
- Spor aktivitelerine bağlı ilk yardım gerektiren durumlarla karşılaşıldığında beden eğitimi öğretmenlerinin % 60 oranında müdahalesi söz konusudur.

İrlanda’da Abernethy ve arkadaşlarının(2008) yaptığı okul spor yaralanmalarında acil bakım konulu çalışmada okullardaki beden eğitimi öğretmenlerinin ilk yardım bilgilerinin güncel olmadığı saptanmıştır . Bu çalışmada da benzer olarak beden eğitimi öğretmenlerinin ilk yardım bilgilerinin güncel olmadığı saptanmıştır. Bunun nedeni sorgulandığında; genel olarak öğretmenlerin ilk yardım konusunda kendilerine diğer branş öğretmenlerine kıyasla daha çok güveniyor olmaları , ilk yardımla ilgili uygulamaları doğru yaptıklarına inanmaları ve bu güvenle bilgilerini güncellemeye gerek duymadıkları söylenebilir.

Yapılan bir çalışmada öğrencilerin %70’inin her hafta küçük yaralanmalar geçirdiği tesbit edilmiştir. Amerika’da her yıl yaklaşık üç milyon çocuk ve adolesanın spor aktiviteleri sırasında yaralandığı belirtilmiştir (Sundblad and et.al.,2005). Türkiye için spor yaralanmalarına yönelik net bir rakam vermek ise mümkün değildir.

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. (Abernethy and et.al.,2008).

Bu rakamlar doğrultusunda değerlendirme yapmak gerekirse beden eğitimi öğretmenlerinin ilk yardım konusundaki sorumlulukları oldukça fazladır. Bu konuda yeterli

bilgi birikimi ve beceriye gereksinimleri vardır. İlk yardım ve TYD konusunda rutin eğitimler müdahalelerin etkinliğini arttırmak açısından yararlı olabilir.

f) Araştırma grubundaki öğretmenlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin ilk yardım eğitimi alma durumuna göre dağılımları incelendiğinde ;

Araştırma grubundaki öğretmenlerin ilk yardım konusundaki eğitim alma durumu açısından bakıldığında ilk yardım konusunda eğitim almanın bilgi puanını anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır. Eğitim alan ve almayan gruplar arasında ilk yardım müdahalesi konusunda fark bulunamamıştır. Çalışma da elde edilen veriler Ünal ve Ellidokuz 'un(1997) çalışmasıyla benzerlik göstermiştir . İlk yardım eğitimi beceri gerektirir, uygulama ve tekrar gerektirir. Bilgi uygulama olmazsa bir işe yaramaz.

g) Okulda sağlık çalışanı olup olmadığı incelendiğinde ;

Okulların yaklaşık % 13'ünde sağlık çalışanı olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanının (okul hemşiresi) olduğu okullar özel okullardır. Devlet okullarında ise sağlık çalışanı / okul sağlığı hemşireliği varlığına yönelik bir düzenleme ise henüz yoktur.

Okul sağlığı hizmetleri , okul çağı çocuk ve gençlerinin bir arada bulunmalarının getirdiği bulaşıcı hastalık yayılımı riski yanı sıra büyüme gelişme dönem özellikleri nedeniyle okul toplumunun sağlığının geliştirilmesi, korunması, iyileştirilmesi ve rehabilitasyonunu kapsayan önemli bir toplum sağlığı hizmet alanıdır.Okul sağlığı hizmetleri kapsamlı içeriği nedeniyle multidisipliner ekip çalışmasını gerekli kılmaktadır. Bu ekip içinde çalışan ve halk sağlığı hemşireliğinin çalışma alanlarından birini oluşturan okul sağlığı hemşireliği okulda tam gün çalışma yapabilmesi , bu duruma özgü bilgi ve becerisi nedeniyle önemli bir pozisyona sahiptir. Okul sağlığı hemşireliği herhangi bir hemşirenin bu alanda çalışmayı tercih etmesi ile yaratılabilecek bir hizmet alanı değildir . Çünkü , bu alan tedavi edici kurumlarda beklenen hemşirelik rol ve sorumlulukları dışında bu alana özgü halk sağlığı hizmet anlayışı temelinde okul sağlığı hemşireliğine özgü bilgi ve becerileri gerektirmektedir.

Gelişmiş ülkelerde profesyonel okul sağlığı hemşireliği uygulanıyor olmasında ; hemşirenin aldığı eğitim düzeyi ve içeriği yanı sıra bu eğitimle ve uygulamada gösterilen performansa uyumlu yasal düzenlemeler , ilgili hemşirelik birliklerinin / derneklerinin oluşturduğu tanım , görevler, standartlar ile tümüne ilişkin yapılan araştırma sonuçlarıyla gelişme devam etmektedir (Emiroğlu ve Örsal,2005).

h)Okulda ilk yardım dolabı olup olmadığı incelendiğinde;

Öğretmenlerin yaklaşık %70'i 'evet , ilk yardım dolabı var' demiş ancak gidilen okullarda ilk yardım dolapları kontrol edilmiş , etkin ilk yardım müdahalesine yönelik hiçbir malzemeye rastlanamamıştır. Bunun nedeni ne olabilir diye sorgulandığında ; Ocak 2001 tarih ve 2520 sayılı tebliğler dergisine göre okullarda kullanılan ilk yardım dolabı ve ilk yardım çantasının T.S.E. standartlarına kavuşturulması sağlanmıştır ancak tebliğ no:SDB.2006/1 ile bu standartlar mecburi uygulamadan kaldırılmıştır. Bu mecburiyetin olmaması bu konuya gereken özenin gösterilmesini de engellemektedir.

2007 yılında Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı , TOÇEV (Tuvana Okuma İstekli Çocuk Eğitim Vakfı) ve özel bir ilaç firmasının işbirliği ile ilk yardıma ilk adım projesi başlatılmış , bu kapsamda Türkiye çapında yaklaşık 35 il ve 100'den fazla YİBO (yatılı ilköğretim bölge okulu)'ya gidilerek ilk yardım eğitimleri verilmiştir. Bu proje ülke açısından önemli bir adım olarak görülebilir. Proje kapsamında okullara ilk yardım dolapları da dağıtılmaktadır (www.ilkyardimailkadam.org).

I) Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin kalp masajı ve suni solunum yapmayı bilmeye ilişkin bilgileri incelendiğinde ;

Öğretmenlerin yaklaşık %60'ının temel yaşam desteğine yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Ani kalp durması genel bir sağlık sorunudur. Tüm dünyadaki ölümlerin yaklaşık 1/7' si ani kalp durmasına bağlıdır. İlk atakta hastaların sadece %5-10'u kurtulabilmektedir. Kabaca hastaların 2/3'ü hastane dışında kaybedilir. Türkiye'de ise sağ kalım %1'in altındadır. Norveç'te 1960'tan beri resüsitasyon eğitimi zorunlu hale getirilmiştir . Kuzey İrlanda kalp hastalıklarında dünyada en yüksek insidansa sahiptir. Her yıl yaklaşık 3000 ani ölüm vakası ile karşılaşmaktadır.Halk bu konuda yeterince eğitilmiş değildir (Connolly and et.al.,2007). Ülkemiz için konuşmak gerekirse durum Kuzey İrlanda'dan pek farklı değildir. Temel yaşam desteğine yönelik toplumsal farkındalık yok denecek kadar azdır. Türkiye'deki okullarda temel yaşam desteğine yönelik eğitimler yapılmamaktadır . 2005 yılında OED kullanımının da yaygınlaşmaya başlamasıyla birlikte verilecek olan temel yaşam desteği eğitimleri ile sağ kalımlar artırılabilir.

Hastane dışında kardiyak arrest gelişmiş olan çocukların %2-10'u yaşamakta ve bunların da çoğu ciddi nörolojik sekeli olarak kalmaktadır. Hastane dışında meydana gelen ani

arrestlerde , tıbbi personelin olay yerine ulaşmasına kadar geçen süre içinde yakın çevrede bulunan kişilerin başlattığı TYD ve OED uygulaması sayesinde arreets gelişen hastaların yaşama şansı arttığı gibi , çocuk yaş grubunda gecikilmiş resüsitasyon sonrası ortaya çıkan ciddi nörolojik sekellerde de azalma olmaktadır (Handley and et.al.,2005).

Amerikan Kalp Derneği , hastane öncesi kalp krizinde mortalite ve morbiditeyi azaltmak için , yetişkin popülasyonun yalnızca %20'sinin TYD konusunda eğitilmesinin yeterli olacağını önermiştir (Uray and et.al.,2003).

i) İlk yardım gerektiren durumlara karşılaşıldığında müdahale edip etmedikleri incelendiğinde ;

Öğretmenlerin müdahale etme yüzdeleri oldukça düşük bulunmuş ve ilk yardım gerektiren durumlara karşılaşıma ve müdahale etme sıklığının erkek öğretmenlerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadın öğretmenlerin müdahalede daha pasif konumda oldukları görülmüştür . Bunun nedeninin ne olabileceği düşünüldüğünde; erkek öğretmenlerin fiziksel güçlerinin bu tür uygulamalar için daha uygun olabileceği düşüncesi , erkek öğretmenlerin okul ve çevresinde daha çok dolaşma ve riskli müdahalelere daha fazla müdahale etme olasılıkları, bayan öğretmenlerin erkek öğretmenler varken kendilerini riske atmak istememeleri neden olarak gösterilebilir.

Bu araştırmaya katılan 345 öğretmenin % 29,0'u (100 kişi) ilk yardım eğitimi aldığını belirtmiş ancak ilk yardım gerektiren durumlara müdahale sorulduğunda genel olarak çok düşük oranlar bulunmuştur.

Saruhan'ın(2005) çalışmasında da acil durumla karşılaşan öğretmenlerin % 67 oranında müdahale etmediği görülmüştür.

Wisniewski ve arkadaşlarının(2007) Polonya'da lise öğretmenlerinin ilk yardım bilgilerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada , çalışmaya katılan 100 öğretmenin yarısının ilk yardım kurallarını bildiği ancak üçte birinin müdahalede etkin olduğu saptanmıştır. Bu çalışma bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Öğretmenlerin verdikleri cevaplara göre en çok karşılaşılan ilk yardım durumlarını incelediğimizde ise ;

Elde edilen bulgular göz ardı edilemeyecek kadar yüksek oranlarda ilk yardım gerektiren durumlarla karşılaşıldığını göstermektedir. %50,4 kanama , %50,1 yaralanma , % 16,5 zehirlenme gibi olgularla karşılaşılması bu tür olayların kasti olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Ayrıca % 14,2 şiddet , % 10,1 intiharla karşılaşılması da önemli bir halk sağlığı sorunu olarak algılanabilir.

Kara ve arkadaşlarının (2003) 2001 yılı mayıs ayında Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinin riskli davranışlarına yönelik yaptıkları çalışmada şiddete bağlı davranışlar açısından son bir ay içinde tabanca , bıçak , sopa gibi bir silah taşıma % 10,7 , fiziksel travmaya maruz kalma % 22,1 , okul sınırlarında silahla yaralanma veya tehdit edilme % 5,9 , son bir yıl içinde intihar düşüncesi içerisinde olanların oranı % 17,7 olarak saptanmıştır .

Aras ve arkadaşlarının (2007) 2004 yılı Mart- Nisan aylarında İzmir Konakta lise öğrencilerinin riskli davranışlarına yönelik yaptıkları çalışmada ; lise öğrencilerinde son 6 ayda kavgaya katılma (% 50,2) , kavga başlatma , tehdit (% 15,3) , bıçak taşıma (% 14,5) gibi yüksek oranlarda bulunmuştur .

Bu çalışmada da kanama , yaralanma , zehirlenme , intihar ve şiddet olgularına rastlanması , öğrencilerin riskli davranışlarından kaynaklı bu olgularla karşılaşmış olabilir mi ? sorusunu da akla getirmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER :

Türkiye'deki okullarda okul sağlığı ekibi veya okul sağlığı hemşireliği kavramının henüz yerleşmemiş olması nedeniyle okullarda acil durumlarda ilk görev öğretmenlere düşmektedir. Öğretmenlerin bu görevi yerine getirebilmesi ancak bilgi ile mümkündür . Yapılan çalışmada öğretmenlerin ilk yardım bilgilerinin sorudan soruya çeşitlilik gösterdiği, ilk yardım gerektiren bir durumla karşılaştıklarında bilgileri olsa bile müdahaleden çekindikleri görülmüştür. İlk yardımda ilk dakikaların ne kadar önemli olduğunu düşünürsek öğretmenlerin bilgi gerekliliği bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Çalışmanın lise öğretmenlerine yapılması adolesan kesime hitap etmesi açısından da ayrıcalık taşımaktadır. İlk öğretim düzeyinde özellikle üzerinde durulan bir konu olan ilk yardımın, lise öğrencilerindeki riskli davranışlar nedeniyle liselerde de önemi oldukça büyüktür.

- Öncelikli olarak öğretmenlere ve öğrencilere ilk yardım eğitimleri rutin ve zorunlu hale getirilmeli, bu konuda davranış değişikliği oluşturulmalıdır. Öğrencilere verilen ilk yardım eğitimi ile toplumun büyük bir kesimine de ulaşılabilceği unutulmamalıdır.
- Okullarda verilecek ilk yardım eğitimleri özellikle temel yaşam desteğine ağırlık verecek nitelikte ele alınmalı ve otomatik eksternal defibrilatör(OED) kullanımı yaygınlaştırılmalı, eğitimler OED kullanımını kapsayacak şekilde planlanmalıdır.
- Özellikle toplu yaşanan (okul,işyerleri,havaalanları,metro,..vb.) yerlerde OED'ler için özel kabinler oluşturulmalı ve halk bu konuda bilinçlendirilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından okul sağlığı hizmetlerine yönelik genelge hazırlanmıştır ancak bu genelge uluslar arası standartlara uygun görev tanımları içermemektedir. Okul sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hemşireliği ve okul sağlığı ekibi gibi tanımlar yeniden gözden geçirilmeli ve nitelik kazandırılmalıdır.
- İlk yardımla ilgili ekipler oluşturulmalı ve öğrenci velileri de bu ekibe dahil edilmelidir. Meydana gelen yaralanmaların öğrencilerin riskli davranışlarından kaynaklanabileceği göz ardı edilmemelidir.
- Okulda tam gün bulunan öğretmenlere, özellikle rehberlik ve beden eğitimi öğretmenlerinin ilk yardım bilgilerinin belirli aralıklarla güncellenmesine çalışılmalıdır.
- Toplumsal farkındalığı arttırmak için televizyon programları, kısa filmler halk eğitimi için etkili bir yol olarak görülebilir.

Halkın ilk yardım öğrenme ve uygulama becerisi toplumun gelişmişliği ile doğru orantılıdır. İlk yardım eğitimine gereken önem verilmeli , özellikle okullarda ilk yardım eğitiminin etkinliği sağlanmalıdır. Ancak bu şekilde bir ülkenin gelişmişliğinden söz edilebilir

7.KAYNAKLAR

- Abernethy , L . , MacAuley , D . , McNally , O . , McCann,S . , (2008), İmmEDIATE Care of School Sport İnjury , *İnjury Prevention* ; **9** :270-273
- Akgül, A., (2005) , *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri ‘ SPSS Uygulamaları ’*, Emek Ofset Ltd.şti. , **Üçüncü baskı**, Ankara
- Aklan , E., Ertem , A., Hatemoğlu , E., Hülür , Ü. , Mollahaliloğlu , S. ,(2005), *Okullarda Sağlık Eğitimi Mevcut Durum Raporu* , T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü
- Aksayan , S. , Bahar , Z . , Bayık , A . , Emiroğlu , O , N . ,Erefe , İ . , Görak , G . , Karataş , N . ,Kocaman , G . , Kubilay , G . , Seviğ , Ü . ,(2004) , *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç Ve Yöntemleri* , Odak Ofset , **Üçüncü baskı**, Ankara
- Aktunç , E . , Demircan , N . , Ünalacak , M . , Demir , S , A ,(2007), Erişkin Ve Pediatrik Yaş Gruplarında Temel Yaşam Desteği Uygulamaları , *Aile Hekimliği Dergisi*,Cilt **1**,Sayı **1**
- Alikaşıfoğlu , M. ,(2005), Adolesana Verilmesi Gereken Koruyucu Sağlık Hizmetleri , *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi* No: **43** , 29-38
- Altıntop,L.,Karaaslan, Y .,(2003),*Acil El Kitabı*,MD Yayıncılık,Ankara
- Anonymous,Child Health Alert; (2008);*ProQuest Health and Medical Complete*; **26**; pg.4
- Anonymous , Current Health 2;(2005) ;*ProQuest Health and Medical Complete*; **32,4**
- Aras , ř . , Günay , T . ,Özan , S . , Orçın , E . , (2007), İzmir İlinde Lise Öğrencilerinin Riskli Davranışları , *Anadolu Psikiyatri Dergisi* ;**8**:186-196

Ayvaz Ö., Tümerdem Y., Özel S., Önal E., Erdoğan A.,(2003),Ortaöğretim öğrencilerinde kazalar, 8. *Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri*, Sivas

Barbara C Burton , (2003) First Aid Kits : The Good , The Bad And The Downright Ugly , Occupational Health & Safety ,;72,4; *ProQuest Health And Medical Complete*
Erişim Tarihi : 12.02.2009

Başer , M . , Çoban , S . , Taşcı , S . , Sungur , G . , Bayat , M . , (2007) , Evaluating First Aid Knowledge And Attitudes Of A Sample Of Turkish Primary School Teachers , *Journal Of Emergency Nursing* ,33:5 , 428-432

Beyazova , U.,(2008), Okul Sağlığı , XII . *Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı* , s: 251-252

Brook , U . , Galili , A . , (2001) Knowledge And Attitudes Of High School Teachers Towards Pupils Suffering From Chronic Diseases , *Patient Education And Counseling* 43; 37-42 ,www.elsevier . com.

Connoly , M . , Toner , P . , Connoly , D . , McCluskey , D,R . , (2007) The ‘ABC for life’ programme –Teaching Basic Life Support İn Schools , *Resuscitation* 72,270-279

Çalık,M., (2009) , [http://www.hospitalium.com/HOSPITALIUMB2C/TEMEL YAŞAM DESTEĞİ \(3\)AED](http://www.hospitalium.com/HOSPITALIUMB2C/TEMEL_YAŞAM_DESTEĞİ(3)AED)

Dirican , R . , Bilgel , N., (1993), *Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)* , Uludağ Üniversitesi Basımevi , **İkinci baskı**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi Bildirge Deklarasyon Ve Diğer Yararlı Dökümanlar , <http://www.t-hasak.org/meraklink.htm> , Erişim tarihi:07.06.2009

Ege,R., (1999), *Kaza,Hastalık Ve Yaralanmalarda İlk Ve Acil Yardım* , Türk Hava Kurumu Basımevi , **Üçüncü baskı**

- Eğlence , R . , Şimşek , N . , Güven , Ş , D . , (2007) , Nevşehir İl Merkezindeki İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi , *XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı* , Sayfa : 370
- Ekiz,K.,YabancıCisimAspirasyonu,<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/kitaplar/29.pdf>
- Emiroğlu , O,N.,Örsal , Ö . ,(2005), Okul Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Yasal Düzenlemeler Ve Okul Sağlığı Hemşireliği , *9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı* , Ankara
- Ercan , O., (2005) Adolesanın Psikososyal Gelişimi , *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No: 43* ,17-21
- Ertekin,C.,Taviloğlu,K.,Güloğlu,R.,Kurtoğlu,M.,(2005),*Travma* , İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd . Şti ., **Birinci baskı**
- Ersem Ve AB Türkiye Delegasyonu Tarafından Düzenlenen Yerel Kalkınma Girişimleri Hibe Programı Projeleri - ilkyardım uygulamaları 2006 Kayseri
- Feldman , E . , (2000), Adolescent Health : Risks , Resilience , Prevention . *Clin Fam Pract* **2** ; 767-790
- Gould , M., Greenberg T . , Velding , D . ,Shafer , D . ,(2003), Youth Suicide Risk And Preventive Interventions : A Review Of The Past 10 Years , *J. Am . Acad .Child . Adolesc . Psychiatry* ; **42 (4)** 386 – 405
- Gökkoca , U,Z.,(2001), Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler,*Sted Dergisi* , **10(10)**;371-374
- Güler , Ç.,Akın , L., (2006), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* , Hacettepe Üniversitesi Yayınları , Ankara
- Güler , Ç . , Bilir , N . , (1994a) Herkes İçin İlk Yardım , T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü , **Birinci Baskı** , Ankara

Güler , Ç . , Bilir , N . , (1994b) Temel İlk Yardım A Düzeyi , T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü , **Birinci Baskı** ,Ankara

Handley , A.J.,Kaster , R . , Monsieurs , K . , Perkins , G.D. , (2005)*European Resuscitation Council Guidelines For Resuscitation*

<http://web2.deu.edu.tr/yo/diyyo/okm/MODULES/TERM%20I/T1Module5/DECK/SinanYenalt1m5d/CH%2039%20YANIKLAR.pdf> erişim tarihi:06.06.2009

http://www.dask.org.tr/ILKYARDIM/iy_yaniklar.htm Erişim tarihi:05.07.2009

<http://www.acilveilkyardim.com/ilkyardim/yasamzinc.htm>,Erişim tarihi:29.05.2009 Yaşam zinciri (hayatta kalma halkalarının oluşturduğu zincir)

<http://www.acilveilkyardim.com/ilkyardim/ozeldurumhastalik.htm> ;Erişim tarihi: 01.04.09

İlk Yardıma Başlarken, <http://sdb.meb.gov.tr/okulsagligi/ilkyardim.pdf> ,Erişim:05.05 .2009

İlk Yardım Yönetmeliği , Sağlık Bakanlığında Resmi Gazete Tarih :22.05.2002 , Sayı : 24762(değişiklikresmigazete18.03.2008Sayı:2540)http://www.bsm.gov.tr/docs/ilkyardim_yonetmelik.pdf,Erişim tarihi:04.04.2009

ilk yardıma ilk adım projesi ,www.ilkyardimilkadim.org,Erişim tarihi:06.06.2009

İpek,T.,TravmalıHastadaYaklaşımVeİlkYardım,http://www.ctf.edu.tr/anabilimdallari/pdf/569/Travmalı_Hastaya_Yaklaşım_İlk_Yardım.pdf , erişim tarihi:15.07.2009

Judd RL,(1991) Alterde Mental States, *Emergency Medical Services* **20(9)**: 39-48

Kadayıfçı , A . , Karaaslan , Y . , Köroğlu , E . , (2008), Acil Durumlarda Tanı Ve Tedavi , HYB Basım Yayın , **Üçüncü baskı**, Ankara

- Kakillioğlu , T . , Kurt , Z . , Dalkılınç , M . , (2002) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼ İlk Yardım Ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı , Ankara
- Kara , B., Hatun , Ő . , Aydoğan , M . , Babaoğlu , K . , G¼kalp , S, A . , (2003) Kocaeli İlindeki Lise Öğrencilerinde Sağlık Açıısından Riskli Davranışların Değerlendirilmesi ,*Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi* **46**: 30-37
- Kocat¼rk , C . , (2007) Yeni Klavuza G¼re D¼zenlenmiř İlk Yardım El Kitabı , Tumer Eğitim Yayıncılık Ltd . Şti . , **D¼rd¼nc¼ baskı**
- Koç , M , A . , (1994) , Bir Grup Hekim Dışı Sağlık Personeli İle Sağlık Meslek Lisesi Son Sınıf Öğrencilerinin İlk Yardım Bilgi D¼zeylerinin Ölç¼lmesi , Yüksek Lisans Tezi , Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ , Ankara
- Kutlu , A . , Kapıcıoğlu , S.,(1997),*Kazalar Ve Acil Tedaviler* , Selçuk Üniversitesi Basımevi **Birinci Baskı**,Konya
- Lerner EB , Moscati RM , (2001) The Golden Hour : Scientific Fact Or Medical ‘Urban Legend ’ ? , *Acad Emerg Med* :8:758-760
- Nader PR., Brink SG., (1981),Does visiting the school health room teach appropriate or inappropriate use of health services? *American Journal of Public Health*, **71**: 416-419.
- Oktay,C.,(2002),Afetlerde Hastane Öncesi M¼dahale Ve Triyaj , *Sted Dergisi*, cilt:**11**,sayı:**4** , sy:136-139
- Öz ,F . , (2004) *Sağlık Alanında Temel Kavramlar* , İmaj İç Ve Dış Ticaret Anonim Őirketi , **Birinci Baskı** , Ankara
- Öz , H . , (2000) İlk Ve Acil Yardım , İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fak¼ltesi S¼rekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri , *Kitle Yaralanmaları Ve Afet Hekimliği Sempozyumu* , s:23-38

Özcebe , H., (2002) Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım , *Sted Dergisi* **11(10)**: 374-377

Özdamar , K . , (2003), *SPSS ile Biyoistatistik* , Kaan Kitabevi , **Beşinci Baskı**,Eskişehir

Özdemir , O . , (2006) , *Medikal İstatistik* , İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd.Şti. , **Birinci Baskı**, İstanbul

Özdoğan , M . , Ağalar , F . , Eryılmaz , M . , Özel , G . , (2006) Travma Olgularında Hastane Öncesi Yaşam Desteği Seçimi : Temel Ve İleri Yaşam Desteği , *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi* , vol : **12** , issue :**2** : 87-94

Saruhan , A , Ç . , (2005) , Gaziantep İli Devlet İlk Öğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin İlk Yardım Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi , Yüksek Lisans Tezi , Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Gaziantep

Savaşer , F . , (2001) , Çankırı İlinde Görev Yapan Hekim Dışı Sağlık Personeli İle Lise Öğretmenlerinin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması , Yüksek Lisans Tezi , Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Sözen ,C., (2002) , *İlk Yardım* , Nobel Yayın Dağıtım,Üçüncü Baskı,Ankara

Stephen V.,Magyar Jr., (2006) Basic Principles Of Administering First Aid , Professional Safety;;**51,7**;ProQuest Health and Medical Complete , pg:56

Sundblad , G . , Saartok , T . , Engström , L , M . , (2005) Injuries During Physical Activity İn School Children , *Scand J Med Sci Sports*:**15** : 313-323

Sümbüloğlu , K . , Sümbüloğlu , V . , (2007) Biyoistatistik , Hatiboğlu Yayınevi ,**Onikinci Baskı** , Ankara

- Tabak,R,S.,Somyürek,İ., (2008) *Hemşireler İçin Temel İlk Yardım Ve Acil Bakım* , Palme Yayıncılık, Ankara
- Taviloğlu , K . , Ertekin , C. , Güloğlu , R. , (2006) *Travma Ve Resüsitasyon Kursu* , Logos Yayıncılık , İstanbul
- T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Okul Sağlığı Rehberi (2007)
- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı , (2006)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı Ve Tedavi Rehberleri (2003)
- Tenore J. L. , Lipsky , M.S., (2001) Preventive Services For The Adolescent (13 -20 years) *Pediatr Clin North Am* ; **48** ; 289 – 311
- Tezcan ,S.,(1992) ,Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi , Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No:92/1,Ankara
- TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Veri Tabanı-<http://report.tuik.gov.tr/reports/>,erişim tarihi : 05.06.2009
- Türkmen , N., Akgöz , S . , Çoltu , A . , Ergin , N . , (2005) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi , *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **31 (1)** ;25-29
- Uray ,T . , Lunzer , A . , Ochsenhofer ,A .,Thannikel , L., (2003) Feasibility Of Life Supporting First Aid (LSFA) Training As A Mandatory Subject In Primary Schools , *Resuscitation* **59** ;211_220
- Uşaklı , H . , Cengiz , N . , Uşak İl Merkezinde Görevli Sınıf Öğretmenlerinin İlk Yardım Bilgi Seviyelerinin Araştırılması <http://www.sosbil.aku.edu.tr/dergi/III2/hakan.pdf>

Ünalın , H . , Ellidokuz , H . , (1997) , Sağlık Ocağında alışanların İlk Yardım Ve Yeniden Canlandırma Konusundaki Bilgi Düzeyi , *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* , **6 (6)** , 193-194

Williams WR., Latif A.H.A., Sibert J., (2001). Secondary school accident reporting in one education authority, School of Care Sciences, University of Glamorgan, Pontypridd.

Wisniewski , J . , Majewski , W , D . , (2007) Assessment Of Knowledge About First Aid Among The Teachers Of Chosen High Schools İn The Western Pomerania Region , *Ann Acad Med Stetin* ;**53(2)** : 114-23

Yenal,S,Gedik,H.,Ersoy,G.,(2003)Prehospital Nörolojik Sistem Değerlendirmesi , *Sendrom* , v:**15** ,no:**2**,pp:87-94

8. EKLER

EK 1. ANKET FORMU

SAMSUN İL MERKEZİNDEKİ LİSE VE DENGİ OKULLARDA GÖREV YAPAN ÖĞRETMENLERİN İLK YARDIM KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ ANKET FORMU

Değerli Katılımcı ;

Ülkemizde ev , iş , okul gibi yerlerde bir çok kaza ve yaralanmayla karşı karşıya gelinmekte ve yapılacak olan müdahaleler hayati önem taşımaktadır.

Elinizdeki anket yüksek lisans tezi kapsamında yapılan bir çalışmadır. Sorulara eksiksiz cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Anket formuna isim yazmanıza gerek yoktur. Verdiğiniz cevaplar kimseyle paylaşılmayacaktır.

Katkı ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

1.) Yaşınız :

2.) Cinsiyetiniz () K () E

3.) Kaç yıllık öğretmensinizyıl

4.) Branşınız :.....

5.) Medeni durumunuz () Evli () Bekar

6.) İlk yardımla ilgili bilginiz var mı ? 1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

7.) İlk yardımla ilgili bir eğitim aldınız mı? 1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

8.) İlk yardımla ilgili kendinizi yeterli buluyor musunuz ? 1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

9.) Okulda ilk yardım gerektiren durumlarla sık karşılaşılıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

10.) Okulunuzda sağlık çalışanı var mı? 1) Evet 2) Hayır 3)Bilmiyorum

11.) Okulunuzda ilk yardım dolabı var mı? 1) Evet 2) Hayır 3)Bilmiyorum

12.) İlk yardım nedir?

13) Olay yerinde ilaç vererek yapılan müdahaledir.

14) Hastanede hekim tarafından yapılan müdahaledir.

15) **Olay yerinde hastanın / yaralının durumunun daha da kötüleşmesini engellemek amacıyla ilaçsız olarak yapılan müdahaledir.(doğru)**

13.) İlk yardımcı kimdir ?

1) Sağlık görevlisi

2) **Eğitim almış kişi veya kişiler (doğru)**

14.) Burnu kanayan bir öğrenciye aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır ?

1) Başı öne eğilir , burnun üst kısmına bası yapılır.

2) **Başı geriye doğru alınır. (doğru)**

3) Gerekirse burun üzerine ve enseye buz uygulanır.

15.) Karın bölgesine yabancı cisim saplandığında aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır?

1) **Saplanan yabancı cisim hemen bulunduğu bölgeden çıkarılmalı ve kanayan bölgeye basınç yapılmalıdır. (doğru)**

2) Yabancı cisim çok uzunsa ucu kesilir ve çevresi simit sargı ile desteklenerek hareketi önlenir.

3) Hastanın bilinci açıksa konuşulur ve sakinleştirilmeye çalışılır.

4) Saplanan yabancı cisim çıkarılmamalıdır.

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

1) Sıkan giysileri gevşetilir.

2) Kusmaya karşı tedbirli olunmalıdır , yan yatış pozisyonu verilebilir.

3) **Kol ve bacaklara bastırarak kasılmalar önlenmeye çalışılır. (doğru)**

4) Kasılma henüz tam anlamıyla gerçekleşmemişse dişler arasına rulo sargı , kalem vs. konulabilir.

17.) Astım nöbeti geçiren bir öğrenciye aşağıdakilerden hangisinin yapılması yanlıştır ?

1) Sakin olunmalı ve öğrenci rahatlatılmalıdır.

2) Öğrenciye gereksiz sorular sorulmamalı ve yanıt vermesi beklenmemelidir.

3) **Öğrenci kriz esnasında düz bir zemine yatırılmalıdır.(doğru)**

4) Öğrenci dik oturur pozisyona getirilmelidir.

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

1) Yanan bölge bir örtü ile kapatılır , hava ile teması önlenir.

2) Ödem (şişlik) oluşabileceği düşüncesiyle yüzük , bilezik , saat gibi eşyalar çıkarılır.

3) Hastanın bilinci açıksa bol su içirilir.

4) **Su toplamış yerler patlatılır. (doğru)**

19.)Kalp durmasına ilk kaç dakikada müdahale edilmelidir?

1. ilk 5 dakika(doğru)

2)ilk 10 dakika

3) ilk yarım saat

- 20.)Kalp masajı/suni solunum yapmayı biliyor musunuz ? 1) Evet 2) Hayır
 21.)Kalp masajı/suni solunum hiç yaptınız mı? 1) Evet 2) Hayır
 22.)Vücutta nabız alınan bölgeleri biliyor musunuz ? 1) Evet 2) Hayır
 Evetse bir örnek veriniz :

- 23.)Kalp masajı yumuşak bir zeminde uygulanmalıdır. 1) Doğru **2)Yanlış**
 24.)Asitli madde için bir kişi hemen kusturulmalıdır. 1) Doğru **2)Yanlış**
 25.)Dış kanamayı durdurmak için kanayan yerin üzerine bası yapılmalıdır. **1) Doğru** 2)Yanlış
 26.)Bilinci kapalı olan bir kişiye kendisine gelmesi için su içirilmelidir. 1) Doğru **2)Yanlış**

Acil durumlar		Karşılaştım	Karşılaşmadım	Müdahale ettim	Hiç müdahale etmedim
Travmaya bağlı acil durumlar	-Kanama				
	-Şok				
	-Yaralanma				
	-Kırık ,Çıkık, Burkulma				
	-Zehirlenme				
Kazalara bağlı acil durumlar	-Yanık				
	- Kulak,Burun, Boğaz ve Göze yabancı cisim kaçması				
	-Epilepsi (sara)				
Hastalığa bağlı acil durumlar	-Astım				
	-Kalp hastalığı /krizi				
	-Diabet (şeker hst.)				
Şiddete bağlı aciller					
İntihara bağlı aciller					
Spor aktivitelerine bağlı aciller					

Düşünceleriniz :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EK 2. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Rektörlüğü
Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurulu (TAYEK)

Sayı: 221

11/05/2009

Sayın Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN

Etik kurulumuza sunmuş olduğunuz **‘Samsun il merkezindeki liselerde çalışan öğretmenlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi’** başlıklı OMÜ Etik 2009/ 160 Karar nolu **Anket** nitelikli araştırma projeniz, TAYEK Yönergesine göre; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamalarınız dikkate alınarak, değerlendirilmiş olup etik açıdan uygun bulunduğuna, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun etik kurulumuza bildirilmesine, 30.04.2009 tarihli etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr. Ahmet BAŞOĞLU
Etik Kurul Başkanı



EK 3. MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI

T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü
195345



Sayı : B.08.4.MEM.4.55.00.08/
Konu : Tez Çalışması

10.09.08* 47695


VALİLİK MAKAMINA
SAMSUN

- İlgi : a) Millî Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi.
b) Ondokuzmayıs Üniversitesi Rektörlüğünün 16.06.2008 tarih ve B.30.2.ODM. 0.70.00.00/107-3981 sayılı yazısı ve ekleri.

OMÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Ulviye GENÇ'in "Lise ve Dengi okullarda çalışan öğretmenlerin ilkyardım konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi" konulu tez çalışmasında veri toplama aracı olarak kullanılacak anketin, İlimiz Atakum İlçesi Atakum Endüstri Meslek Lisesi, Anadolu Otelcilik ve Turizm Meslek Lisesi, Özel Feza Fen Lisesi, Özel Final Fen Lisesi, İlkadım İlçesi Namık Kemal Lisesi, Atatürk Anadolu Lisesi, 100.Yıl Lisesi, Atatürk Sağlık Meslek Lisesi, Yeşilkent Anadolu Lisesi, Canik İlçesi Karşıyaka Lisesi ile Canik İMKB Anadolu Lisesi'nde, 2008-2009 Eğitim-Öğretim Yılı J Döneminde uygulanabilmesi isteği ile ilgili ilgi (b) yazı ekinde gönderilen anket soruları Müdürlüğümüzde kurulan "Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu" tarafından 10.09.2008 tarihinde incelenmiş olup, uygun bulunmuştur.

Bahis konusu (03 sayfa- 26 sorudan oluşan) anketin; ilgi (a) yönerge hükümleri doğrultusunda okul müdürlerinin gözetim, denetim ve sorumluluğunda, Yüksek Lisans öğrencisi Ulviye GENÇ tarafından yukarıda belirtilen okullarda uygulanabilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.


Nevzat İSPİRLİ
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR

10./09/2008


Ramazan AKSOY

Vali a.

Vali Yardımcısı

EKİ: İlgi (b) Yazı ve Eki



Samsun İl Millî Eğitim Müdürlüğü
Adres : Atatürk Bulvarı Yeni Valilik Binası Kat:3
Santral : 4358063 - 4358064 - 435 54 50
Faks : 4319376 - 4324854 - 4320609
E-posta : samsunmem@meb.gov.tr
İnternet Adresi: http://samsun.meb.gov.tr



9. ÖZGEÇMİŞ

Ülviye GENÇ , 1978 yılında Samsun'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Samsun'da tamamladı. Liseyi Ordu Sağlık Meslek Lisesinde okudu. 1996 yılında mezun oldu. 1997 yılında Samsun Alaçam ilçesi Kızlan köyünde ebe olarak göreve başladı.2001 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümüne girdi. 2005 yılında mezun oldu.2007 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programına kabul edildi. Şu an Samsun Mehmet Aydın Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yanık Servisinde görev yapmaktadır.