

**T.C
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON
KONUSUNDAKİ YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**EBRU ÇELİK
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. BİRSEN YÜRÜGEN**

İSTANBUL - 2008

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru ÇELİK tarafından hazırlanan “*Hemşirelerin Kardiopulmoner Resüsitasyon Konusundaki Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 26.06.2008

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

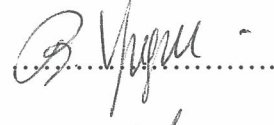
Jüri Üyesi : Prof.Dr.Birsen YÜRÜGEN
: Haliç Üni./Sağ.Bilim. Yük. Okulu
(Danışmanı)

Jüri Üyesi :Prof.Dr. Necmiye SABUNCU
:Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.

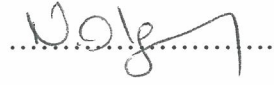
Jüri Üyesi : Prof.Dr. Nermin OLGUN
: Mar.Üni/ Sağ.Bil.Fak. Hemş. Böl Öğr. Üye.

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Gülbahar KESKİN
: İst.Üni. Bakırköy Sağ. Yük.Okul.

Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr. Leman ŞENTURAN
: Haliç Üni./Sağ.Bilim. Yük. Okulu











Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Tayyip ÇALIŞLAR
Sağ. Bilim. Ens. Müdür V.



J. ÖNSÖZ

T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Bölümün'de eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, her zaman örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Birsen Yürügen'e saygı ve teşekkürlerimi borç bilirim.

Yardımları ile beni mutlu kılan Öğr. Gör. Fatma Özhan'a ve diğer öğretim görevlilerine teşekkür ederim.

T.C. Sağlık İl Müdürlüğü ve Florence Nightingale Hastanesi araştırma etik kuruluna araştırmamı uygulamam için verdikleri izin için teşekkür ederim.

Anket çalışmama katılan Florence Nightingale, SSYB Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi değerli sağlık çalışanlarına teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan sevgili eşim Tuncay Çelik ve karnımdaki minicik bebeğime, dualarını esirgemeyen ve bana her zaman destek olan annem Dilşah, babam Hasan, kardeşlerim Onur, Çağdaş ve Mertcem'e çok teşekkür ederim.

Saygılarımla

Ebru Çelik

II. İÇİNDEKİLER

	SAYFA
I. ÖNSÖZ.....	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR.....	IV
IV. ŞEKİL, GRAFİK VE TABLOLAR LİSTESİ.....	VI
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER	
4.1. Tarihçe.....	5
4.2. Ani Kardiyak Arrest Tanımı.....	6
4.3. Demografik Bilgiler.....	6
4.4. Yaşam Kurtarma Zinciri.....	8
4.5. Kardiyak Arrest Etiyolojisi.....	8
4.6. Kardiyak Arrestin Fizyopatolojik Sınıflandırılması.....	10
4.7. Kardiyak Arrestte Kesin Tanı.....	10
4.8. Kardiyak Arrestte Tedavi.....	11
4.9. Hava Yolunun Yabancı Cisim İle Obstruksiyonu.....	23
4.10. Otomatik Eksternal Defibrilatörlerin Kullanılması.....	26
4.11. Resüsitasyonda Kullanılan Temel İlaçlar ve Ortaya Çıkabilecek Bulgularda Yaklaşım.....	28
4.12. Kardiyopulmoner Resüsitasyonun Komplikasyonları.....	32
4.13. Kardiyopulmoner Resüsitasyona Başlama ve Sonlandırma Kriterleri.....	32
4.14. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Etik.....	33
4.15. Sonuç.....	36
5. GEREÇ VE YÖNTEM	

5.1. Araştırmanın Tipi.....	37
5.2. Araştırmanın Yeri.....	37
5.3. Araştırmanın Evreni.....	37
5.4. Araştırmanın Örneklemi.....	37
5.5. Araştırmanın Varsayımları.....	37
5.6. Veri Toplama Araçları.....	38
5.7. Verilerin Toplanması.....	38
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
5.9. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri.....	39
5.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
6. BULGULAR	
6.1. Genel Bulgular.....	40
6.2. Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusundaki Yaklaşımlarını Değerlendirilmesi.....	59
6.3. Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusundaki Yaklaşımlarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	72
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	
7.1. Tartışma.....	81
7.2. Sonuç.....	90
7.3. Öneriler.....	104
8. EKLER.....	105
9. KAYNAKLAR.....	112
10. ÖZGEÇMİŞ.....	119
11. ETİK KURUL ONAYI.....	121

III. KISALTMALAR VE SİMGELER

- AMA= American Medical Association
ABD= America Birleşik Devletleri
AHA=American Heart Association =American Kalp Birliği
ATT=Acil Tıp Teknisyeni
BMV=Balon Valf- Maske
CPR=Kardiyopulmoner Resüsitasyon
CO₂=Karbondioksit
Ca⁺=Kalsiyum
DNAR=Do not attempt resuscitation
DNR=Do not resuscitate
ERC=Avrupa Resüsitasyon Kılavuzu
EKG=Elektro Kardio Grafik
HCO₃=Bikarbonat
IV=İntravenöz
IPPV=Intermittant Positive Pressure Ventilation
ILCOR=International Liaison Committee on Resuscitation
İKYD=İleri Kardiyak Yaşam Desteği
İYD=İleri Yaşam Desteği
K⁺=Potasyum
KBY=Kronik Böbrek Yetmezliği
LMA=Laringeal maske
M.Ö= Milattan Önce
Na⁺=Sodyum
NaHCO₃=Sodyumbikarbonat
O₂=Oksijen
OED=Otomatik Eksternal Defibrilasyon
PEA=Pulseless Electrical Activity =Nabızsız Elektriksel Aktivite

SDGD=Spontan dolaşımlarının geri dönmesi

SARS=Akut solunumsal distres sendromu

SSYB=Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı

T.C= Türkiye Cumhuriyeti

TCK=Türk Ceza Kanunu

TYD=Temel Yaşam Desteği

TB=Tüberküloz

VT=Ventriküler Taşıkardi

VF=Ventriküler Fibrilasyon

IV. ŞEKİL, GRAFİK VE TABLOLARIN LİSTESİ

SAYFA NO

i. Őekillerin Listesi

Şekil 1: Hastanede Oluşan Kardiyak Arrestin Tedavi Algoritmi.....	18
Şekil 2: Erişkinlerde Yabancı Cisim İle Oluşan Hava Yolu Obstruksiyonunun Tedavi Algoritmi.....	25
Şekil 3: Yabancı Cisim İle Oluşan Hafif ve Ağır Hava Yolu Obstruksiyonunun Farkı.....	25
Şekil 4: OED kullanma algoritmi.....	27

ii. Grafiklerin Listesi

Grafik 1: Grupların Yaş Dağılımları.....	41
Grafik 2: Grupların Medeni Duruma GÖre Dağılımları.....	42
Grafik 3: Grupların Eğitim Düzeylerine GÖre Dağılımları.....	42
Grafik 4: Grupların Hastanedeki Görevlerine GÖre Dağılımları.....	44
Grafik 5: Grupların Çalışılan Bölüme Geliş Şekline GÖre Dağılımları.....	45
Grafik 6: Grupların Çalışma Sürelerine GÖre Dağılımları.....	46
Grafik 7: Okul Yıllarında Kardiyoloji İle İlgili Staj Yapma Durumuna GÖre Dağılımlar.....	47
Grafik 8: CRP İle İlgili Kurs Katılım Durumuna GÖre Dağılımlar.....	48
Grafik 9: Kurumda Hizmet İçi Eğitimin Tekrarlanma Süresine GÖre Dağılımlar.....	50
Grafik 10: Çalışılan Kurumda Bilgi Edinmeyi Engelleyen Nedenlere GÖre Dağılımlar.....	51
Grafik 11: Ani Kalp Durmasını En İyi Tanımlayan Seçenek Olan Solunum ve Dolaşım Durmasının Hastanelere GÖre Dağılımı.....	53
Grafik 12: Baş/Boyun Travması Olmayan Bilinçsiz Hastanın Hava Yolu Açıklığını Sağlama Pozisyonu En İyi Tanımlayan Seçenek Olan Baş-Çene Pozisyonu Cevabının Hastanelere GÖre Dağılımı.....	54

Grafik 13: Bilinçsiz Hastanın Baş/Boyun Travmasında Hava Yolu Açıklığını Sağlama Pozisyonu Cevabının Hastanelere Göre Dağılımı.....	55
Grafik 14: Solunumu Değerlendirmek İçin Kullanılacak Sürelere Göre Doğru Cevabının Hastanelere Göre Dağılımı.....	57
Grafik 15: Solunumu Durmuş Bir Kişiye Yapay Solunum Sağlama Şekline Göre Doğru Cevabının Hastanelere Göre Dağılımı.....	58
Grafik 16: Yetişkinde Nabız Değerlendirmesini Boyunda Carotis Arterden Yapma Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı.....	67
Grafik 17: Dolaşım Belirtilerini Değerlendirirken Vücut Isısına Dikkat Etme Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı.....	68
Grafik 18: Dolaşım Belirtilerini Değerlendirirken Pupila Büyüklüğüne, Cilt Rengine Dikkat Etme Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı.....	68
Grafik 19: Dolaşım Belirtilerini Değerlendirirken Dolaşım, Solunum, Öksürük vb Gibi Belirtilere Bakma Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı.....	69
Grafik 20: Kardiyak Arresti İzleyen 15-30 Saniye İçinde Serebral Perfüzyon Bozulur ve Bilinç Kaybolur Cevabını Verme Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı.....	70
Grafik 21: NaHCO ₃ Adrenalinle Birlikte Verilirse Adrenalin İnaktive Olur Cevabını Verme Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı.....	70
Grafik 22: Birden Fazla Kurtarıcı Varsa Kalp Masajı/Yapay Solunum Oranını=15/2 Olarak Belirleme Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı.....	71
Grafik 23: Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete Verilen Doğru Cevap Sayılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	73
Grafik 24: Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete Verilen Doğru Cevap Sayılarının Çalışılan Kuruma Göre Dağılımı.....	75
Grafik 25: Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete Verilen Doğru Cevap Sayılarının Çalışma Süresine Göre Dağılımı.....	76
Grafik 26: Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete Verilen Doğru Cevap Sayılarının Hastanedeki Görevlerine Göre Dağılımı.....	77

Grafik 27: Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete Verilen Doğru Cevap Sayılarının Kardiyopulmoner Resüsitasyon Yapma Durumuna Göre Dağılımı.....	79
--	----

iii. Tabloların Listesi

Tablo 1: Hemşirelerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımları.....	40
Tablo 2: Hemşirelerin Hastanedeki Görev ve Çalışılan Bölümlere Göre Dağılımları.....	43
Tablo 3: Hemşirelerin Staj ve Eğitim Faaliyetlerinin Dağılımları.....	46
Tablo 4: Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Faaliyetlerinin Dağılımları.....	49
Tablo 5: Hemşirelerin CPR İle İlgili Genel Bilgi Düzeyini Ölçmeye Yönelik Soruların Dağılımları.....	52
Tablo 6: Hemşirelerin CPR İle İlgili Genel Bilgi Düzeyini Ölçmeye Yönelik Soruların Dağılımları.....	56
Tablo 7: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusundaki Yaklaşımların Değerlendiren Ankete Yönelik Soruların Dağılımları.....	59
Tablo 8: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusundaki Yaklaşımlarını Ölçmeye Yönelik Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtların Hastanelere Göre Dağılımları	64
Tablo 9: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete Verilen Doğru Cevap Sayılarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımları.....	72
Tablo 10: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete verilen Doğru Cevap Sayılarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımları.....	74
Tablo 11: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Yaklaşımlarını Değerlendirme Anketi Doğru Cevap Sayılarının Alınan Eğitimlere Göre Dağılımları..	78
Tablo 12: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusundaki Yaklaşımlarını Değerlendirme Anketi Doğru Cevap Sayılarının Kurumda Hizmet İçi Eğitimin Tekrarlanma Zamanı ve Çalışılan Bölümle İlgili Bilgi Edinmeyi Engelleyen Nedenlere Göre Dağılımları.....	80

1. ÖZET

Araştırma, hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Araştırmanın evrenini; rastgele seçilen bir özel ve bir devlet hastanesinin dahiliye-cerrahi yoğun bakım, kardiyoloji ve acil servislerinde çalışan 250 hemşireyi, örnekleme ise; bu belirtilen alanlarda çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 140 hemşireyi kapsamaktadır.

Araştırma verileri iki soru formu ile toplandı. İlk soru formu; hemşirelerin demografik özellikleri ve CPR konusundaki bilgilerine yönelik 21 sorudan, ikinci soru formu ise; hemşirelerin CPR konusundaki yaklaşımlarını değerlendirmeye yönelik 43 maddeden meydana geldi (Ek 1, Ek 2). Anket sorularının hazırlanmasında konu ile ilgili literatürlerden yararlanıldı. Soru formları 26.12.07-26.03.08 tarihleri arasında uygulandı.

Çalışma verileri değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Oneway Anova, Tukey HSD, Student t, Mann Whitney U ve Ki-Kare testleri kullanıldı.

Araştırmaya katılan 18-25 yaş grubundaki hemşirelerin doğru cevap sayısı diğer yaş gruplarından, çalışma süresi bir yıldan az olan hemşirelerin doğru cevap sayısı 1-5 yıl ve 6-15 yıl arasında çalışanlarından, servis hemşirelerin doğru cevap sayıları sorumlu hemşirelerden anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p<0.05$).

Özel hastanede çalışan hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki sorulara verilen doğru cevap sayılarının devlet hastanesinde çalışan hemşirelerden, daha önce kardiyopulmoner resüsitasyon yapan hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki sorulara verilen doğru cevap sayıları yapmayan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hemşirelerin %50.1'inin ($n=71$) "yetişkinde kalp masajı oranı=30/2" ifadesine yanlış cevap verdiği görüldü.

Anahtar sözcükler : Hemşire, Yoğun bakım, Kardiak arrest, Kardiyopulmoner Resüsitasyon.

2. SUMMARY

EVALUATION ABOUT THE APPROACHES OF NURSES IN THE SUBJECT OF CARDIOPULMONARY RESUSCITATION

The research is planned as definitive with the aim of evaluating approaches of nurses in the subject of cardiopulmonary resuscitation (CPR).

The universe of the research covers 250 nurses who work in the internal medicine-surgery, intensive care, cardiology and emergency services of randomly selected two hospitals one of which is public, the other is private, and its sample covers 140 nurses who work in the mentioned fields and accepted attendance to the research.

The research data is collected with two questionnaires. The first questionnaire is composed of 21 questions which are about demographic particulars of nurses and their knowledge about CPR, and the second questionnaire is comprised with 43 questions which aim at evaluating approaches of nurses about CPR (Appendix 1 and 2.) In the process of coming up with survey questions, the literature related with subject is considered. Questionnaire is conducted between the dates of 26 December 2007 and 26 March 2008.

In the evaluation of the survey data, definitive statistical methods, One-way Anova, Tukey HDS, Student t, Mann Whitney U and Chi Square tests are employed.

In the research it is found out that the number of correct answers to the questions asked are lower in nurses who attended to the research in 18-25 age group than other age groups, the number of correct answers of nurses who has been working less than one year are lower than nurses who has been working between 1-5 years and 6-15 years, and the number of correct answers of service nurses are lower than responsible nurses in a meaningful level ($p < 0.05$).

It is found out that the correct answers on the CPR subject of nurses who work in Private Hospital is greater than Public Hospital and the correct answers to the questions, which are asked to evaluate their approaches on the CPR subject, of nurses who have done CPR is greater than nurses who have not done in a meaningful level ($p < 0.05$).

50.1 % (n=71) of the nurses provided wrong answer to the question "cardiac massage ratio in adult=30/2."

Keywords: Nurse, Intensive care, Cardiac arrest, Cardiopulmonary Resuscitation.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kardiyak arrest terimi ani ölümle eş anlamlı olup, kalp atımlarının, kan dolaşımının ve solunumun aniden durmasını ifade eder. Ani ölümlerden geniş ölçüde kalp hastalıkları sorumludur. Kalp hastalıkları, gelişmiş ülkelerin çoğunda olduğu gibi ülkemizde de erişkin ölümlerinin en önde gelen nedenidir. ABD’de her yıl yaklaşık 500.000 kişinin ani ölümle kaybedildiği bilinmektedir. Genel olarak, bulguların ortaya çıkmasından en çok bir saat içinde olan ölümlere ani (kardiyak) ölüm denilmektedir. Ani ölümlerin %90’ından kalp hastalıkları, %10’undan ise kalp dışı nedenler sorumludur. Kalp dışı nedenler arasında elektrik çarpmaları, boğulmalar, anafilaktik reaksiyonlar, yabancı cisim aspirasyonları ve ilaç reaksiyonları yer almaktadır. Ameliyat sırasında da kardiyak arrest ortaya çıkabilmektedir. Yaklaşık her 1200 ameliyattan birinde kardiyak arrest görüldüğü belirtilmektedir. Kalbin, akciğerlerin ve beynin fonksiyonları arasında hayati önemi olan yakın bir ilişki vardır. Bu üç organdan birinin fonksiyonu durduğunda, kısa sürede diğer ikisinin de fonksiyonu durmaktadır (13, 29, 40).

Hastada solunum arresti geliştiğinde, kalp birkaç dakika pompa fonksiyonunu sürdürür, bununla beraber beyne giden kan yeterince oksijen içermediğinden, beyindeki “kardiyak merkez”in fonksiyonu bozulur. Aynı zamanda kalp adalesinin de oksijen ihtiyacı yeterince karşılanamamaktadır. Bu nedenlerle kalp durur ve beyin dokusu da oksijensizlik nedeniyle ölür (13, 29, 40).

Hastanın solunumu varken, kalp atımları durursa, solunum da çok kısa sürede, 30-45 saniyede durur. Çünkü kan akciğerlere ve tüm dokulara gidemez. Beyin de oksijensizlik nedeniyle ölür. Hastanın kalbi ve akciğerleri fonksiyon gördüğü halde, hastalık ya da yaralanma nedeniyle beyindeki kardiyak ve solunum merkezi hasara uğrarsa hem kalbin, hem de akciğerlerin fonksiyonu durur ve oksijensizlik nedeniyle beyin ölür. Kalp atımları ve solunum durduğunda hasta klinik olarak ölüdür, bu duruma “klinik ölüm” denilmektedir. Hastanın solunumu ve dolaşımı durduğunda beyin hücreleri dört-altı dakika içinde ölmeye başlar. Hastanın beyin hücreleri ölmeye başladığında “biyolojik ölüm” ortaya çıkar. Genellikle kalp atımları durduktan sonraki 10 dakika içinde beyin hücreleri ölür (13, 70, 83, 84).

Klinik ölüm geriye döndürülebilir fakat biyolojik ölüm geriye döndürülmez. Kardiyak arrest vakalarında hastanın kurtulması, acil ve uygun CPR (kardiyopulmoner resüsitasyon) yapılmasına bağlıdır. CPR teknikleri, kardiyak arrestten etkilenen kişilerde yapay olarak solunum ve dolaşımı devam ettirmek için kullanılır. CPR; "temel yaşam desteği" ve "ileri kardiyak yaşam desteği" olmak üzere iki bölümde incelenebilir. Temel Yaşam Desteği (TYD); karmaşık aletler kullanılmadan yapılan acil tedavidir. Sağlık personeli ve bu konuda eğitim görmüş kişiler tarafından uygulanabilir. İleri Kardiyak Yaşam Desteği (İKYYD); aritmi tedavisi ve defibrilasyon gibi özel tedavi yöntemleri içerir, hekim ya da özel eğitim görmüş sağlık personeli tarafından uygulanır (2, 13, 12, 26).

Kardiyak arrest, her an, her yerde evde, sokakta, hastanede, kaza anında olabileceği için sadece sağlık personelinin değil, diğer meslek gruplarının (polis, itfaiyeci, şoför ve toplumun büyük bir kısmı gibi) CPR eğitiminden geçirilmesi büyük önem taşır. Özellikle riski yüksek kişilerin yakınlarının eğitilmesi de iyi olur. Hastanede çalışan hemşireler de, hastanın kardiyak arrestte olduğunu çoğu kez ilk farkedene kişi olacaklarından, CPR konusunda yeterli bilgiye ve uygulama becerisine sahip olmalıdırlar. Böyle durumlarda olaya tanı koymak, kardiyak masaja başlamak, tıbbi yardım istemek, defibrilatörü hazırlamak ve bazen de uygulamak hemşirenin görevidir. CPR eğitimi hem sağlık personeli, hem de eğitimden geçmiş diğer kişiler için belirli aralarla tekrarlanmalıdır. Çünkü beceriler sık sık kullanılmazsa kısa sürede unutulur. CPR kötü yapıldığında önemi kalmaz ve hastaya yararı olmaz (2, 12, 43, 91).

Tezin amacı; hastanın bakım gereksinimleri hemşire tarafından karşılanmakta, zamanın büyük çoğunluğu hastayı izlemek ve değerlendirmek için harcanmaktadır. Bu nedenle hemşirenin rolü büyüktür. Hemşireler hastanın kardiyak arrest belirtilerini tanımak ve uygulanacak tedavinin acil olarak planlanması ve uygulanmasından sorumludur. Bu araştırma hemşirelerin kardiyak arrest durumunu tanıma, CPR'a başlama ve sürdürebilme konularındaki yaklaşımlarını belirlemek, sorumluluklarını değerlendirmek, elde edilen verilerin hizmet içi eğitim programlarına ve acil uygulamalara rehber olmasını sağlamak amacıyla planlandı.

4. GENEL BİLGİLER

KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON

4.1. TARİHÇE

Kardiyopulmoner resüsitasyonda bugüne kadar pek çok ilerlemeler sağlanmıştır. Modern CPR'a ulaşına kadar, elimizde bulunan ilk kayıtlar İncil'de anlatılan Elisha'nın solunum öyküsüyle başlar. Kutsal kitapların yazdığına göre ağızdan ağıza solunumun ilk başarılı uygulaması İbranilerin peygamberi İlyas Peygamber tarafından M.Ö. 850 yıllarında bir erkek çocuğa uygulanmıştır. 1543'te Andreas Vesalius yapay solunumu domuz ve köpekler üzerinde deneyelemiştir. 20. yüzyıl ortalarında Schafer ve Holger Nielson metodu yapay solunum metodu olarak kabul edilmiştir. Ağızdan ağıza solunum 1700'lerde uygulanmış ve daha sonra solunum körükleri geliştirilmiştir (22, 27, 34, 86).

1744 de William Harvey'in kalbin tekrar çalıştırılması ve ölen insanların canlandırılması ile ilgili yazıları mevcuttur. Kalp masajı çalışmalarının geçmişi 80-90 yıllık bir süreyi kapsamaktadır. Kapalı(External) veya açık(İntenal) olmak üzere iki şekilde uygulanır. Açık kalp masajı ile ilk defa 1874'de Frankfurt'lu bir fizyolojist olan Moritz Scriff tarafından, duran bir köpeğin kalbi çalıştırılmıştır. 1902'de Maas ilk kez göğsü açmadan external kalp masajını başarmış, ancak bu yöntem 1960 yılında Kouwenhoven tarafından uygulamaya sokulmuştur. Aynı yıl defibrilatör kullanılmıştır (6, 22, 24, 26).

18. yüzyılda bilgi birikimi ve teknolojik donanımın sağlanamamış olması, resüsitasyonla ilgili konuların gelişmesini 20.yüzyıla ertelemiştir. Bugünkü modern CPR'ın tarihi 25 yılı biraz aşkın olup 1950'li ve 60'lı yıllara dayanır. 1950'li yılların başında Elam, Safar ve Gordon yapay solunumun en etkili yolunun ağızdan ağıza solunum olduğunu belirtmişlerdir. 1960'da Kouwenhoven, Jude ve Knickerbocken bir grup hastaya başarılı bir şekilde eksternal göğüs kompresyonunu uygulamışlar ve CPR'ın yaygınlaşmasına katkıda bulunmuşlardır. 1974'de American Heart Association ve National Academy of Sciences –National Research Council, CPR ve acil kardiyak bakım konusunda standardize edilen en yeni bilgileri yayınlamışlardır. Bugün pek çok nedene bağlı olarak gelişen arrest olayı, etkin CPR uygulamaları ile ortadan kaldırılabilmektedir (18, 22, 27, 61).

4.2. ANİ KARDİYAK ARREST TANIMI

Ani kardiyak arrest Avrupa da bir yılda 700.000 kişiyi etkileyen ve bu nedenle de önde gelen bir ölüm sebebidir. Kardiyak arrest, kardiyak fonksiyonların durması veya büyük arterlerde nabız alınamaması; solunum ve bilinç kaybı ile karakterize ani ve beklenmedik şekilde gelişen bir tablodur. Şuuru kapalı bir hastada etkili kalp atımlarının durmasıdır. Solunum yetersizliği sonucu kalbin durması ve kalbin durmasını takiben çok kısa bir sürede solunumun durması sebebiyle kardiyopulmoner arrest olarak da adlandırılır (2, 19, 55, 76).

Kardiyak arresti takiben 10-15 saniye içinde şuur kaybolur, 45 saniye sonra pupillalar dilate olmaya başlar, bir-üç dakika içinde solunum durur. Arresti takiben dört-altı dakika içinde beyin korteks hücrelerinde irreversible hasar başlar. Hiçbir müdahale yapılmaksızın dört dakika geçtikten sonra dolaşım yeniden başlasa bile beyin fonksiyonları geri dönmez (2, 19, 55, 68).

Kardiyak arrest sonrası hipoksi ve metabolik ürünlerin atılamaması sonucu bir takım biyokimyasal değişiklikler meydana gelir. Arteriyel ve venöz kanda O₂ ve CO₂ parsiyel basınçları arasındaki fark büyür ve asidoz gelişir. Beyin dokusunda PO₂ sıfıra iner. Laktik asit artışı ve HCO₃'ün düşmesiyle kan pH'sı 7'nin altına inebilir. (normalde pH= 7.35-7.45). Hipoksi etkisiyle su ve Na⁺ hücre içine girerken K⁺ hücre dışına çıkar, hiperpotasemi gelişir. Kan şekeri 300 mg/dl ve daha yüksek değerlere ulaşabilir, hemotokrit ve protein düzeyi yükselir. Kardiyak arrest sonrası gelişen hipoksik beyin hasarının esas nedeni kapillerlerdeki hasarın beyin ödemeine yol açmasıdır. Total serebral hipoksiden önce beyin glukoz düzeyinin yüksek olması, arrest sırasındaki hiperglisemiye eklenerek nörolojik hasarı artırabilir. Burada glukozun anaerob yolla metabolize olmasıyla gelişen laktik asidoz sorumlu tutulmaktadır. Beyin hücrelerinin ölümü ile biyolojik ölüm, beyin ölümü, gerçek ölüm meydana gelir (1, 7, 40, 71, 75).

4.3. DEMOGRAFİK BİLGİLER

Dünyada en sık ölüm nedeni iskemik kalp hastalığıdır. Koroner kalp hastalığından kaynaklanan erişkin ölümlerin %60'dan fazlasından ani kardiyak arrest sorumludur. İskoçya ve Avrupa'nın diğer bölgelerinden beş ayrı şehirden gelen verilere

dayanarak kardiyak etyolojiye bağlı hastane dışındaki kardiyopulmoner arrestte resüsitasyon uygulama insidansı 100.000 kişide 49.5-66'dır (35, 36, 47).

Hastane dışındaki kardiyak arrest etyolojisine ait veriler aşağıda verilmiştir:

Olası kalp hastalığı (35, 36, 47).

Non-kardiyak internal etyolojiler

- Akciğer hastalığı,
- Serebrovasküler hastalık,
- Kanser,
- Gastrointestinal hemoraji,
- Obsetrik /pediyatrik,
- Pulmoner emboli,
- Epilepsi,
- Diabetes mellitus,
- Böbrek hastalığı (35, 36, 47).

Non kardiyak eksternal etyolojiler

- Travma,
- Asfiksi,
- Aşırı doz ilaç,
- Suda boğulma,
- Elektrik /yıldırım çarpması,
- Diğer suisidler,
- Diğer eksternal etyolojiler (35, 36, 47).

Hastane içi kardiyak arrest insidansı; hastaneye yatırma ve resusitasyon uygulanması (do not attempt resuscitation = DNAR) kriterleri gibi nedenlerden yoğun şekilde etkileneceğinden zorlukla saptanabilir. İngiltere'de genel bir hastanede primer kardiyak arrest insidansı (acil serviste arrest olanlar ve DNAR grubu hariç) hastaneye yatırılan hastalarda 3.3/1000, Norveç'deki bir Üniversite Hastanesinde 1.5/1000 bulunmuştur (16, 23).

4.4. YAŞAM KURTARMA ZİNCİRİ

Ani kardiyak arrest oluşan kişilerde uygulanan işlemlerin tümü yaşam kurtarma zinciri olarak adlandırılır. Önceki yaşam kurtarma zinciri; acil durumun erken tanınması ve acil servisi harekete geçirme, erken CPR, erken defibrilasyon ve erken ileri yaşam desteğini içeriyordu. İnfant ve çocuklarda yaşam kurtarma zinciri kardiyopulmoner arrest oluşturabilecek durumların önlenmesi, erken CPR, acil servisin erken harekete geçirilmesi ve erken ileri yaşam desteğini kapsamaktadır. Hastanede durumu kritik hastanın erken tanınması ve acil tıp ekibinin (ATE) uyarılması artık kabul görmektedir. Önceki resüsitasyon kılavuzları resüsitasyon sonrası bakım fazındaki hastanın tedavisi hakkında az bilgi içermektedir. Kardiyak arrestten dönen komadaki hastaların ilk birkaç saatteki ve spontan dolaşımlarının geri dönmesinden (SDGD) sonraki ilk birkaç gündeki tedavileri hakkında oldukça geniş farklılıklar vardır. Bu düzeyde gerçekleşen tedavi değişiklikleri, kardiyak arrest olgularının sonuçlarının, hastaneler arasında farklılıklar göstermesini açıklayabilir. Kritik hastayı ve/veya anjinayı tanımanın ve kardiyak arresti (hastane içi ve dışı) önlemenin önemi ve resüsitasyon sonrası bakım; yeni dört halkalı yaşam kurtarma zincirinde yer almıştır. İlk halka; kardiyak arrest riski taşıyanların tanınmasının ve erken tedavinin arresti önleyebileceği umuduyla yardım çağrılmasının önemini vurgulamaktadır. Bu yeni zincirde ortada yer alan halkalar yaşam kurtarmak için erken resüsitasyonun ana parçaları olan defibrilasyon ve CPR'ı tanımlar. Son halka olan resüsitasyon sonrası bakım, özellikle kalp ve beyin fonksiyonlarının korunmasını hedeflemektedir (9, 29, 37, 63, 82).

4.5. KARDİYAK ARREST ETYOLOJİSİ

4.5.1. Kalp hastalıkları: Kardiyak arrest nedenleri arasında en önemli grubu oluşturur. Dolaşımda akut obstrüksiyon, ihtiyaca cevap vermeyen sabit kardiyak output, myopatiler, myokard iskemisi, akut myokardit, iletim defektleri ile tansiyon pnömotoraks, diyafram rüptürü, masif pulmoner embolizm ve kalp tamponadı gibi ekstra kardiyak nedenler burada sayılabilir.

4.5.2. Hipovolemi: Masif kanama ve sıvı kayıpları sonucu kan basıncının düşmesiyle myokard perfüzyonunun bozulmasına bağlı kardiyak arrest gelişebilir.

4.5.3. Hipoksi ve hiperkapni: Üst solunum yolu obstrüksiyonu, solunumun santral depresyonu veya sinir-kas paralizisine bağlı olarak arrest gelişebilir. Erişkinde üst

solunum yolu obstrüksiyonunun en sık nedeni, gıda maddelerinin hava yoluna aspire edilmesidir. Yemek yerken konuşmak, gülmek ve alkol alımı aspirasyon riskini artırmaktadır.

4.5.4. Bayılma: Genellikle havayolu obstrüksiyonu ile arrest gelişir.

4.5.5. Ani hipotansiyon: Koroner perfüzyonu bozarak arreste neden olmaktadır.

4.5.6. Hava embolisi: Oturur pozisyonundaki ameliyatlarda veya boyun, toraks, meme ve pelvis venleri üzerindeki girişimler sırasında gelişen bir hava embolisi arreste neden olabilir.

4.5.7. Elektrik veya yıldırım çarpması: Elektrik çarpmasından sonra vücuttan geçen akımın şiddeti ve süresine bağlı olarak solunum kaslarında tetani, paralizi ve bulber merkezlerin inhibisyonu sonucu kardiyak arrest, elektrik akımının direkt etkisi ile de ventriküler fibrilasyon (VF) veya asistoli gelişebilir.

4.5.8. Suda boğulma: Klinik ve terapötik yönden farklılık olmamakla beraber tatlı ve tuzlu suda boğulmalarda fizyopatolojik mekanizma farklıdır. Tatlı su, ozmotik basıncı daha düşük olduğu için hızla akciğerlerden dolaşıma geçer. Dolaşım hacmi üç dakika içinde %50 artabilir. Sonuçta hemoliz, hipoksi, yüklenme, hiperpotasemi ve hiponatreminin neden olduğu tedaviye dirençli VF gelişir. Tuzlu suda boğulmalarda ise dolaşımdan alveollere sıvı geçişi ile akciğer ödemi gelişir. Boğulmalarda vagal inhibisyona bağlı uzun süreli laringospazm gelişmesi akciğerlere IV girişini geciktirerek hastanın CPR şansını da artırabilir. Suda boğulmalarda enfeksiyon ve hipotermi unutulmamalıdır. Soğumuş bir kişi sudan çıkarıldığında hiçbir hayat belirtisi olmasa bile CPR denenmelidir.

4.5.9. Metabolik ve elektrolit değişiklikleri: Kan glukoz ve pH değişiklikleri ile özellikle Na^+ , K^+ ve Ca^{++} olmak üzere elektrolit değişiklikleri kalbin fonksiyonunu bozarlar. Hiperkalemi kalbi diastolde, hiperkalsemi sistolde durdurur.

4.5.10. Hipotermi: Vücut ısısı 28-30 °C' a düştüğünde VF gelişebilir.

4.5.11. Anestezikler ve bazı anestezi hataları: Genel ve lokal anestezikler direkt myokardiyal depresyon, vagotonik etki, ventriküler eksitabilite artışı, hipotansiyon, solunum depresyonu veya havayolu obstrüksiyonu sonucu hipoksi ve hiperkapni yoluyla kardiyak arreste neden olabilir. Zor ve hatalı entübasyon sonucu da kardiyak arrest gelişebilir.

4.5.12. İlaç ve zehirler: Primer veya yan etkileri ile arrest sebebi olabilirler.

4.5.13. Kan katekolamin düzeyinin artması: Heyecan, yanlışlıkla IV adrenalin verilmesi, adrenal tümörlerden aşırı katekolamin salınması kalbin durmasına sebep olabilir.

4.5.14. Bazı işlem ve uyarılar: Kalp kateterizasyonu, anjiyografi, rektum, uterus, mesane, serviks, glottis, bronşlar, uretra, mezenter, karotid sinüs ve kalbin doğrudan uyarılması, kasların çekilmesi sonucu bradikardi ve arrest gelişebilir.

4.5.15. Hastalıkların terminal dönemleri

4.5.16. Elektif kardiyak arrest: Açık kalp ameliyatlarında ameliyatın kolayca yapılması ve kalbin metabolik ihtiyaçlarının azaltılması için kalbin geçici süre durdurulması ile kardiyak arrest sağlanması uygulanan bir yöntemdir.

Bu etyolojik faktörlerin ortak özellikleri, ya koroner perfüzyonun bozulması, ya kalbin elektriksel aktivitesinin etkilenmesi, ya da katekolamin aşırı salınımında olduğu gibi myokardın hassasiyetinin artması sonucu arrest gelişmesidir (44, 86, 89, 93).

4.6. KARDİYAK ARRESTİN FİZYOPATOLOJİK SINIFLANDIRILMASI

4.6.1.Kardiyak debinin düşmesi : Hipovolemi, Kanama, Sıvı ve elektrolit kaybı, Perikard tamponatı, Pulmoner emboli,

4.6.2.Koroner perfüzyonun azalması : Aterom, Emboli, Spazm,

4.6.3.Azalmış miyokard fonksiyonu : İnfarktüs, Hipoksi, Asidoz ve Elektrolit problemleri, Kardiyo-depresanlar,

4.6.4.Kardiyak disritmiler : Miyokard iskemisi, Kalp bloku, Asit-baz ve elektrolit bozuklukları, Hipoksi,

Bu etkenlerden herhangi biri kardiyak işlevleri azaltır ve kardiyak arreste neden olur. Biyokimyasal, toksik ve anatomik etkenler yukarıda sayılan nedenlere eşlik ederek, predispozan zemin hazırlayabilir (52, 57, 74, 87).

4.7. KARDİYAK ARRESTTE KESİN TANI

Tanım büyük ölçüde tanıyı da içermektedir;

- **Büyük arterlerde nabız alınmaz :** Bu amaçla A. Carotis interna ve eksterna, A. Femoralis, A. Aksillaris palpe edilir,

- **Solunum durmuştur** : Kardiyak arresti izleyen bir-üç dakika içinde solunum merkezinin perfüze olamamasına bağlı olarak solunum durur. Ancak solunum arrestine bağlı olarak kardiyak arrest gelişeceği de hatırdta tutulmalıdır,
- **Bilinç kaybolur** : Kardiyak arresti izleyen 15 - 30 saniye içinde serebral perfüzyon bozulur ve bilinç kaybolur. Pupillalar dilate olur (8, 26, 32, 34).

4.8. KARDİYAK ARRESTE TEDAVİ

Kardiyak arrest tanısı konulduktan sonra tedaviye başlanır. Herhangi bir nedenle durmuş olan solunum ve dolaşım fonksiyonlarının yeniden sağlanmasına yönelik çalışmalara CPR denir. CPR, kalbin normal olarak çalışmaya başlamasına kadar geçen sürede vital organ fonksiyonlarının sürdürülmesini amaçlayan semptomatik bir tedavi yöntemidir. CPR, üç aşamada gerçekleştirilebilir. Ancak her vakada bu üç aşamanın bir sıra ile uygulanması mutlak söz konusu olmayıp bu aşamalar, CPR eğitimin kolaylaştırılması içindir (8, 26, 32, 34).

1. Temel Yaşam Desteği,
2. İleri Yaşam Desteği,
3. Uzun Vadeli Yaşam Desteği.

4.8.1. Temel Yaşam Desteği

- A. (Airway) Havayolu açıklığı sağlanması
- B. (Breathing) Solunum desteği
- C. (Circulation) Dolaşım desteği

TYD koruyucu bir ekipmandan başka bir gereç kullanmadan hava yolu açıklığının, solunumun ve dolaşımın devamlılığının sağlanmasıdır. TYD uygulamaları aşağıdaki hareket planına göre yapılmalıdır (1, 9, 13, 22);

4.8.1.1. Erişkin TYD algoritmi

- Yanıt Var mı?
- Yardım Çağırılır,
- Hava Yolu Açılır,
- Normal Soluyor?

112' i Aranır,
30 Göğüs Kompresyonu Uygulanır,
2 Solunum 30 Göğüs Kompresyonu Uygulanır (1, 9, 13, 22).

1. Kurtarıcı ve kazazedenin güvenliği sağlanır,

2. Kazazedenin bilinç durumunu kontrol edilir,

- Kazazedeyi omuzlarından tutup, hafifçe sarsarak, yüksek sesle “Nasılsın?” diye sorulur,

3. Sözlü olarak veya hareket ederek yanıt veriyorsa;

- Daha ileri bir tehlike söz konusu olmadıkça kazazede bulunan pozisyonda bırakılır,
- Kazazedenin koşulları kontrol edilir ve gerekli ise yardım çağırılır,
- Birisi yardım çağırmaya gönderilir.
- Düzenli aralıklarla kazazedenin durumunu yeniden değerlendirilir,

Kazazede yanıt vermiyorsa;

- Yardım çağırılır,
- Kazazede bulunan pozisyonda tam olarak değerlendirilemiyorsa, sırtüstü yatar pozisyona çevrilir ve sonra hava yolu açılır:
- Bir el kazazedenin alnına yerleştirilir ve baş nazikçe geriye doğru itilir. Bu arada yapay solunumun gerekli olabileceğini de düşünerek alındaki elin baş ve işaret parmakları gerektiğinde hastanın burun deliklerini kapatabilecek şekilde serbest bırakılır,
- Yerinden çıkmış diş protezleri de dahil olmak üzere görülebilir bir yabancı cisim varsa kazazedenin ağzından çıkarılır. Yerinde sağlam bir şekilde duran diş protezleri çıkartılmaz,
- Aynı zamanda, hastanın hava yolunu açabilmek için diğer elin parmak uçları alt çenesinin altına yerleştirilir ve öne doğru çekilir,
- Şayet boyunda bir travmadan (yaralanmadan) şüphe ediliyorsa kazazedenin başını geriye doğru itmekten kaçınılır (1, 9, 13, 22).

4. Hava yolunu açık tutarak bak, dinle, hisset yöntemi ile normal solunumun olup olmadığı kontrol edilir,

- Toraks hareketleri izlenir,

- Solunum seslerini duyabilmek için kazazedenin ağzı dinlenir,
- Yanakta hava giriş-çıkışı hissedilir,
- Kazazedenin normal olarak soluyup solumadığına karar vermeden önce, 10 saniye kadar bak, dinle, hisset yöntemini uygulanır,

5. Kazazede normal olarak soluyorsa:

- Kazazede Recovery pozisyonuna alınır,
- Yardım çağırılır,
- Solunumun devam edip etmediğini kontrol edilir (1, 9, 13, 22).

4.8.1.2.Recovery pozisyonu verilmesi

Her kazazede için mükemmel olan tek pozisyon yoktur. Pozisyon stabil olmalıdır ve göğüs üzerinde solunumu bozacak bir basınç oluşturmamalıdır.

ERC kazazedenin recovery pozisyonuna alınması için aşağıdaki hareket sırasını önermektedir :

- Kazazedenin gözlükleri çıkarılır,
- Kazazedenin yanına diz çökülür ve her iki bacağın düz olduğundan emin olunur,
- Yakın olan kolu vücudu ile dik açı yapacak şekilde, dirsekten bükerek avuç içi yukarı bakacak şekilde yerleştirilir,
- Uzaktaki kolu göğsü çaprazlayacak şekilde getirerek, el sırtı kurtarıcıya yakın olan yanağa bakacak şekilde yerleştirilir,
- Diğer elle, uzaktaki bacağı diz ekleminin üst bölümünden kavranır ve çekilir. Ayak tabanı yere basacak şekilde yerleştirilir,
- Kazazedenin yanağının yanında duran elini tutarak, kazazede uzaktaki bacağı çekerek çevrilir,
- Üstteki bacağı hem kalça hem de diz ekleminde dik açı oluşturacak şekilde ayarlanır,
- Baş hava yolunun açık kalmasını sağlayacak şekilde geriye itilir,
- Gerekirse, yanak altındaki eli başı eğik tutacak şekilde ayarlanır,
- Solunumu düzenli olarak kontrol edilir,
- Eğer kazazede 30 dakikadan daha fazla recovery pozisyonunda kalması gerekiyorsa alt koldaki basıncı rahatlamak için ters yöne çevrilir (1, 9, 13, 22).

Kazazede solumuyorsa, veya ara sıra gasping hareketleri veya zayıf solunum çabaları varsa:

- Yardım çağırılır,
- Aşağıda tanımlandığı gibi yapay solunuma başlanılır,
- Kazazede sırtüstü yatar duruma getirilir,
- Her birisi toraks kafesinin şişip, yeniden eski haline dönmesini sağlayan iki etkili solunum yaptırılır,
- Başın geriye itilmesi ve çenenin öne doğru kaldırılması sağlanır,
- Kazazedenin alnında bulunan elin baş ve işaret parmakları ile burnun yumuşak kısmı sıkıştırılarak kapatılır,
- Kazazedenin ağzı hafifçe açılır, fakat çene öne doğru çekmeye devam edilir,
- Derin bir soluk alınır ve dudaklar hastanın dudakları çevresine hava kaçağı olmayacak şekilde iyice yerleştirilir,
- Hastanın göğüs kafesinin, normal solunumdaki gibi yükseldiğini gözleyerek, iki saniye süre ile akciğerlerdeki havayı hastanın ağzından akciğerlerine gönderilir,
- Başın geriye itilmiş, çenenin öne doğru çekilmiş pozisyonu devam ettirilerek; ağız kazazedenin ağzından uzaklaştırılır ve hasta ekspirasyon yaparken göğüs kafesinin eski haline döndüğü gözlenir,
- İki efektif solunum yaptırabilmek için, tekrar bir nefes alınır ve yukarıdaki sıra tekrarlanır,
- Etkif solunum yaptırmakta güçlükle karşılaşıyorsa;
- Hastanın ağzı yeniden kontrol edilir, obstrüksiyona neden olabilecek bir madde varsa çıkarılır,
- Başın yeteri kadar geriye itilip itilmediği yeniden kontrol edilir,
- İki efektif solunumu başarabilmek için, beş defaya kadar solunum yaptırma denenir,
- Hala başarılı olunamıyorsa; dolaşımı yeniden değerlendirilir (1, 9, 13, 22).

6. Dolaşım belirtileri açısından kazazede değerlendirilir:

- Bak, dinle hisset yöntemi ile kazazededede normal solunum, öksürük veya hareket bulunup bulunmadığına bakılır,
- Sadece karotis nabzı bakmak için eğitildiyse, karotis nabzına bakılır,

- Bunları yapmak için 10 saniyeden fazla zaman harcanmaz,

7. Dolaşım belirtileri kontrol edildikten sonra:

- Hasta kendisi soluyuncaya kadar yapay solunuma devam edilir,
- Yaklaşık her 10 solunumda bir (veya her dakikada bir) dolaşım belirtileri yeniden kontrol edilir,
- Bu kontroller sırasında 10 saniyeden fazla zaman harcanmaz,
- Şayet hasta kendisi solumaya başlarsa fakat bilinçsiz durumda kalırsa, hasta recovery pozisyonuna getirilir,
- Hastanın koşulları kontrol edilir ve solunumu duracak olursa hasta sırtüstü yatar pozisyona getirmeye ve yeniden yapay solunuma başlamaya hazır olunur,

Dolaşım belirtileri yoksa veya tam olarak emin değilsek: Toraks kompresyonlarına başlanır:

- Hastanın ayak ucuna doğru olan elle sternumun alt yarısı lokalize edilir,
- Bulunulan taraftaki arkus kostarium, elin işaret parmağı ve orta parmağı ile hissedilir,
- Arkus kostariumu palpe etmeye devam ederek, bu iki parmakla yukarıya doğru, hareket ettirilir,
- Her iki arkus kostariumun birleşmiş olduğu noktada, ksifoid çıkıntı üzerine orta parmak; sternumun üzerine de işaret parmağı yerleştirilir,
- Diğer elin, el bileği ile avuç içi arasındaki kısmı, orta hatta olmak üzere; ksifoid çıkıntının üst kısmına yerleştirilir, işaret parmağına yaklaştırılır,
- Elin bu anda bulunduğu yer, sternumun alt yarısı olacaktır,
- Sonra diğer el de bu elin üzerine koyulur,
- İki elin parmakları kenetlenir veya serbest bırakılır ve basının kazazedenin kostaları üzerine uygulanmadığından emin olmak için eller kaldırıp bakılır,
- Abdomenin üst kısmına veya sternumun alt ucuna bası uygulanmadığından emin olunur,
- Kazazedenin toraksı üzerinde vertikal olarak durulur, dirsekler bükülmeden, yukarıdan aşağıya doğru, sternumu dört-beş cm çöktürecek şekilde bası uygulanır,

- Sternum üzerine koyduğunuz el ile sternumun temasını kesmeden, bası gevşetilir, dakikada yaklaşık 100 defalık bir ritim içerisinde (saniyede iki defadan daha az) kalp masajı uygulamaları devam ettirilir,
- Yüksek sesle saymak yararlı olabilir. Kompresyon ve dekompresyon fazlarının sürelerinin eşit olmasına dikkat edilir (1, 9, 13, 22).

Solunum ve dolaşım kombinasyonu aşağıdaki gibi sağlanır;

- Otuz kompresyondan sonra baş geriye doğru itilip, çene öne doğru çekilir ve iki efektif solunum yaptırılır,
- Eller derhal sternum alt yarısı üzerine getirilir,
- Otuz kompresyon daha uygulanır,
- Kompresyon ve solunumlara 30:2 oranında devam edilir,
- Sadece hasta hareket eder veya spontan bir soluk alırsa, dolaşım belirtilerini yeniden kontrol etmek için ara verilir,
- Bunun dışında resüsitasyona ara verilmez,

8. Resusitasyona,

- Bu konuda yetişmiş kalifiye personel gelinceye,
- Kazazede yaşam belirtileri gösterinceye,
- Ya da yorgunluktan tükeninceye kadar devam edilir (1, 9, 13, 22).

4.8.2. İleri Yaşam Desteği

4.8.2.1. Hastane içindeki kardiyak arrestlerin önlenmesi

Aşağıdaki stratejiler hastane içinde gelişen kaçınılmaz kardiyak arrestleri önleyebilir;

- 1) Kritik veya klinik bozulma riski olan hastalar için uygun alanda, hastalığın ağırlık derecesine uygun düzeyde bakım sağlanmalıdır,
- 2) Kritik hastalar düzenli gözlem gerektirir, hastalığın şiddetine veya klinik bozulma ve kardiyopulmoner arrest olasılığına göre gözlem tipi ve sıklığı belirlenir. Sıklıkla yalnız temel vital bulguların izlenmesi (nabız, kan basıncı, solunum sayısı) gerekmektedir,
- 3) Kritik hastaların veya klinik bozulma ve kardiyak arrest riski olan hastaların tanınmasında Erken Uyarı Skorlama sistemi kullanılmalıdır,

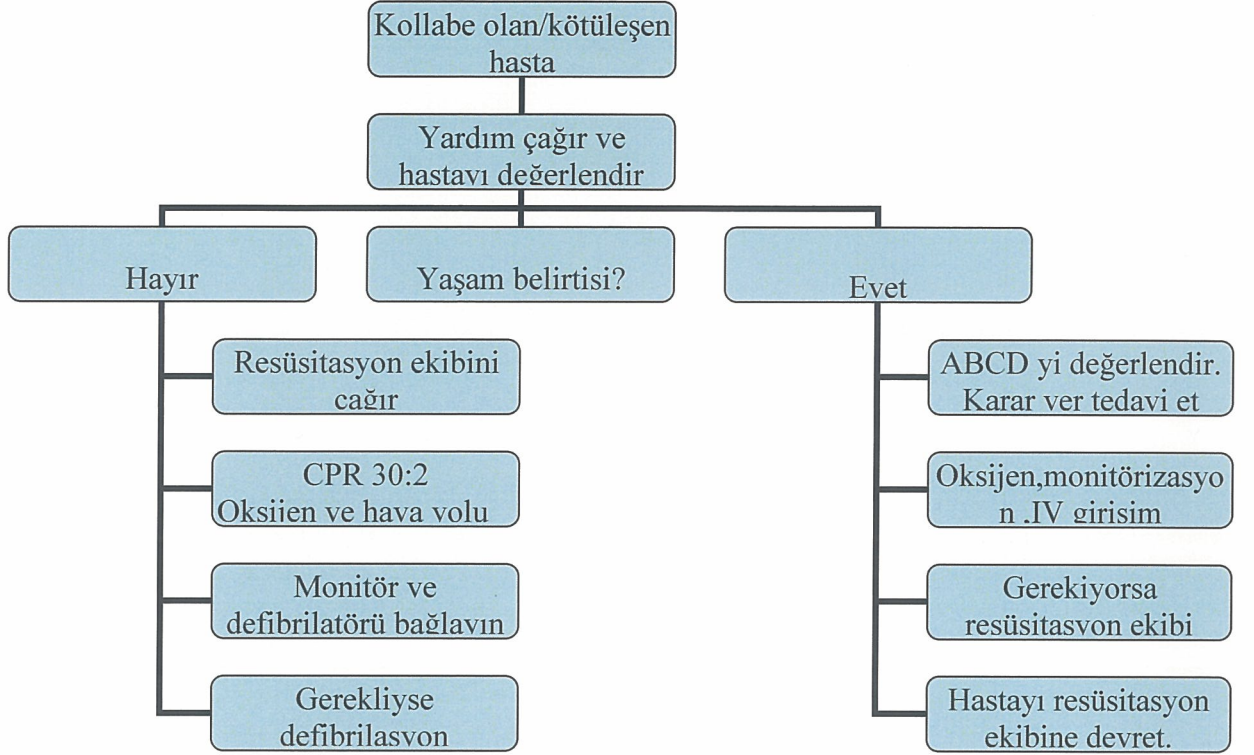
- 4) Kritik hastanın tanınması, izlenmesi ve başlangıç tedavisi konusunda bütün klinik personeli eğitilmelidir,
- 5) Kardiyopulmoner arrestin beklenen terminal bir durum olduğu, CPR'ın uygun olmadığı hastaları ve CPR uygulanmasını istemeyen hastalar tanımlanmalıdır. Hastanelerin, varolan ulusal rehberlere dayanan ve resüsitasyon uygulanmayacak hastalar için bir politikası olmalıdır (1, 9, 13, 22).

4.8.2.2. Hastane içinde resüsitasyon

- Bütün hastane içindeki kardiyak arrestlerde kardiyo-respiratuvar arrest hızla tanınmalıdır,
- Standart bir telefon numarası aranarak yardım çağrılmalıdır,
- Etkin göğüs kompresyonları uygulanarak ve havayolu araçları kullanarak hemen CPR'a başlanmalıdır ve endikasyonu varsa üç dakika içinde defibrilasyon uygulanmalıdır,
- Bütün sağlık çalışanları kardiyak arresti tanıyabilmeli, yardım çağırabilmeli ve CPR'a başlayabilmelidir,
- Şayet tek kurtarıcı varsa, yardım geleceğinden emin olmalıdır,
- Bütün klinik alanlarda kardiyopulmoner arrest halindeki hastaya hızlı CPR uygulanmasını sağlamak için gerekli CPR ekipmanlarına ve ilaçlara hızla ulaşılabilmelidir,
- İdeal olarak CPR'da kullanılan ekipman, ekipman düzeni ve ilaçlar hastane genelinde standardize edilmelidir (1, 9, 13, 22).

4.8.2.3. Hastanede kollaps halindeki hastaya acil yaklaşım

Şekil 1 :Hastane içindeki kardiyak arrestte ilk yaklaşım algoritmi verilmiştir.



Şekil 1. Hastanede Oluşan Kardiyak Arrestin Tedavi Algoritmi.

(Avrupa Resüsitasyon Konseyi 2005 Resüsitasyon Kılavuzu Cep Kitabı; Sayfa 41)

- Kişisel güvenlik sağlanır,
- Hastanın yanıt verip vermediği kontrol edilir,
- Sağlık personeli bir hastanın kollaps halinde olduğunu gördüğünde veya hastane içindeki bir alanda bir hastayı bilinci kapalı halde bulduğunda yüksek sesle yardım çağırmalı, daha sonra hastanın yanıt verip vermediğini değerlendirmelidir,
- Eğer yanınızda diğer hastane çalışanları varsa, aynı anda birkaç girişimi gerçekleştirmek mümkün olacaktır,

- Hasta omuzlarından tutulup nazikçe sarsılmalı ve yüksek sesle Nasılsın? Diye sorulmalıdır,

Yanıt Veren Hasta

Acil tıbbi değerlendirme gereklidir. Yerel protokollere bağlı olarak, resüsitasyon ekibi tarafından yapılabilir. Resüsitasyon ekibini beklerken hastaya oksijen verilmeli, monitorizasyon sağlanmalı ve IV kanül yerleştirilmelidir,

Yanıt Vermeyen Hasta

Uygun sıralama personelin eğitimine, solunum ve dolaşımın değerlendirilmesindeki deneyimine bağlı olacaktır. Eğitimli sağlık personeli kardiyak arresti doğrulamak için yeterli güvenilirlikte nabız ve solunum değerlendirmesi yapamaz. Agonal solunum (ara sıra içe çekme, yavaş, zorlu ve gürültülü solunum) kardiyak arrestin erken evrelerinde siktir ve kardiyak arrest belirtisidir; yaşam ve dolaşım belirtisi olarak algılanmamalıdır (1, 9, 13, 22).

1.Yardım çağırılır(henüz gelmediyse),

- Hasta sırt üstü çevrilir ve daha sonra hava yolu açılır,

2.Hava yolu açılır ve solunumu kontrol edilir,

- Başın ekstansiyonu ve çenenin öne doğru çekilmesi ile hava yolu açılır,
- Ağız içine bakılır. Yabancı cisim ve doku parçası görülebiliyorsa, uygun olduğunda parmaklar kullanılarak, forsepsle veya aspiratörle uzaklaştırmak denir,
- Boyunda hasarlanmadan şüphe ediliyorsa, hava yolunu açmak için jaw thrust manevrasını uygulayarak, baş ekstansiyona getirilmeden yalnızca çenenin hastanın ön tarafına doğru kaldırılması sağlanır,
- Omurilik hasarı olduğundan şüphelenilen hastaya müdahale edilirken hava yolunun açılması ve yeterli ventilasyonun sağlanmasının öncelikli olduğu hatırlanmalıdır. Başarısız olunuyorsa, havayolunu açık tutacak kadar baş ekstansiyona getirilir. Yeterli sayıda kurtarıcı varsa, baş hareketini en aza indirmek için eller kullanılarak baş ve boyunu aynı hizada tutarak stabilizasyon sağlanmalıdır,

- Hava yolunu açık tutarak, normal solunumun değerlendirilmesi için bak, dinle, hisset yöntemi uygulanır (ara sıra iç çekme, yavaş, zorlu ve gürültülü solunum normal değildir),
- Göğüs hareketlerine bakılır,
- Solunum sesleri için hastanın ağız dinlenir,
- Yanakta hava hissedilir,
- Hastanın normal soluyup solumadığını anlamak için bak, dinle, hisset yöntemi 10 saniyeden fazla uygulanmaz (1, 9, 13, 22).

3.Dolaşım belirtileri kontrol edilir,

- Nabzın bulunmadığından emin olmak zor olabilir. Hastada yaşam belirtisi yoksa (hareket, normal solunum veya öksürüğün olmaması),daha deneyimli kişilerin yardımı gelinceye veya hasta yaşam belirtileri gösterinceye kadar CPR uygulanır,
- Klinik değerlendirmede deneyimli olanlar karotis nabızı ile birlikte diğer yaşam belirtilerini değerlendirirken 10 saniyeden fazla zaman harcanmamalıdır,
- Hastada yaşam belirtileri yoksa veya bu konuda şüphe varsa, derhal CPR'a başlanmalıdır. Kardiyak arrestin tanınması ve CPR'a başlanmasındaki gecikmeler hayatta kalmayı olumsuz yönde etkiler ve bunlardan kaçınılmalıdır,
- Nabız veya yaşam belirtileri varsa, acil tıbbi değerlendirme gereklidir. Yerel protokollere bağlı olarak, resüsitasyon ekibi tarafından yapılabilir. Bu ekibi beklerken hastaya oksijen verilmeli, monitorizasyon sağlanmalı ve IV kanül yerleştirilmelidir,
- Solunum yoksa fakat nabız varsa, hastanın akciğerleri ventile edilir ve her 10-12 solukta bir dolaşımı kontrol edilir (1, 9, 13, 22).

4.8.2.4. Hastane içinde CPR' a başlanması

- Bir kişi CPR'a başlarken diğerleri resüsitasyon ekibini çağırır, resüsitasyon ekipmanını ve defibrilatörü sağlar. Sadece bir kişi varsa bu, yardım çağırarak için hastayı bırakacağı anlamına gelir,
- Hastaya 30 göğüs kompresyonu ve ardından iki solunum uygulanır,
- Göğüs kompresyonları uygun şekilde yapmak yorucudur; göğüs kompresyonu yapan kişi her iki dakikada bir değiştirilir,

- Elde bulunan en uygun araç – gereç ile havayolu sağlanır ve akciğerleri havalandırılır. Orofaringeal tüp (oral airway) ve birlikte kullanılabilen cep maskesi genellikle kullanıma hazır bulunur. Alternatif olarak, yerel tercihlere bağlı olarak laringeal maske (LMA) ve kendi kendine şişen balon veya balon - walf-maske sistemi kullanılır. Trakeal entübasyon yalnız bu konuda eğitim almış, yeterli ve deneyime sahip kişiler tarafından uygulanmalıdır,
- Bir saniye süreyle inspirasyon uygulanır ve göğüsün normal yüksekliğe kalkmasını sağlayacak kadar yeterli volüm verilir. Mümkün olur olmaz oksijen verilir,
- Hasta entübe edildikten sonra göğüs kompresyonlarına aralıksız (endike olduğunda defibrilasyon veya nabız kontrolü dışında) ve dakikada 100 kez olacak şekilde devam edilir ve akciğerleri yaklaşık dakikada 10 kez ventile edilir. Hiperventilasyondan kaçınılır,
- Havayolu ve ventilasyon ekipmanı yoksa, ağızdan ağıza solunum yapılır. Ağızdan ağıza temastan kaçınmak için klinik neden varsa, bunu yapmak istenmiyorsa veya yapılamıyorsa yardım ve havayolu araçları gelinceye kadar göğüs kompresyonları yapılır,
- Defibrilatör geldiğinde elektronlar hastaya temas ettirilir ve ritmi tanınır. Kendiliğinden yapışan defibrilasyon petleri varsa, bunlar göğüs kompresyonlarına ara vermeden yerleştirilir. Kalp ritmini değerlendirmek için kısaca duraklanır, eğer endike ise, manuel veya otomatik eksternal defibrilasyon (OED) uygulanır,
- Defibrilasyon girişiminden hemen sonra göğüs kompresyonlarına yeniden başlanır. Göğüs kompresyonlarına verilen araların süresi en aza indirilir.
- Resüsitasyon ekibi gelinceye veya hasta yaşam belirtileri gösterinceye kadar resüsitasyona devam edilir. OED kullanılıyorsa sesli uyarı takip edilir. Manuel defibrilatör kullanılıyorsa ileri yaşam desteğindeki algoritmi takip edilir,
- Resüsitasyon devam ederken yeterli personel varsa CPR ekibinin muhtemelen kullanacağı IV kanülleri ve ilaçları (örneğin: adrenalin) hazırlanır,
- Hastayı CPR ekibinin liderine devretmek için bir kişi sorumlu olarak belirlenir. Hasta kayıtları tutulur,

- Hastane içindeki CPR sırasında uygulanan göğüs kompresyonlarının kalitesi sıklıkla optimal değildir. Ekip lideri CPR 'ın kalitesini gözlemeli ve eğer göğüs kompresyonlarının kalitesi düşükse CPR uygulayan kişiler değiştirilmelidir. Göğüs kompresyonu yapan kişi her iki dakikada bir değiştirilmelidir (9, 13, 22, 62, 84).

4.8.2.5. Monitorize ve tanık olunmuş kardiyak arrest

Hastada monitorize ve tanık olunmuş kardiyak arrest mevcutsa aşağıdaki şekilde hareket edilir:

- Kardiyak arrest tespit edilir ve yardım çağrılır,
- Ritim VF/VT ise ve defibrilatör hemen gelemeyecekse prekordiyal darbe uygulanması düşünülür,
- Başlangıçtaki ritim VF/VT ise defibrilatör mevcutsa, öncelikle şok uygulanır. Kalp ritmini değerlendirirken yapışkan elektrodları kullanmak veya defibrilatörün elektrodlarını hastaya temas ettirerek hızlıca ritme bakmak, hastaya EKG elektodlarını bağlamaktan daha hızlı bir değerlendirme sağlayacaktır (12, 13, 50, 66).

4.8.2.6. ALS tedavi algoritmi

Kardiyak arrestle bağlantılı kalp ritimleri iki ayrı gruba ayrılır; şok uygulanan ritimler (VF/VT) veya şok uygulanmayan ritimler (asistoli ve nabızsız elektriksel aktivite). Bu iki aritmi grubunun tedavisi arasındaki temel fark VF/VT 'li hastalarda defibrilasyon uygulanmasının gerekli olmasıdır. Göğüs kompresyonları, hava yolunun idamesi ve ventilasyon, damar yolu açılması, adrenalin uygulanması ve geri dönüşümlü faktörlerin tanınması ve düzeltilmesi gibi diğer adımlar her iki grupta benzerdir,

İYD kardiyak arrest algoritmi tüm kardiyak arrestlerde uygulanabilirse de, özel durumlar sonucunda meydana gelen kardiyak arreste ek girişimler endike olabilir,

Kardiyak arrest sonrasında sağ kalımı şüphesiz arttıran girişimler, VF/VT için erken defibrilasyon hızlı ve etkin temel yaşam desteği uygulanmasıdır. Halen İYD girişimleri arasında yer almalarına rağmen, ileri havayolu girişimleri ve ilaç uygulamalarının sağ kalımı ve hastaneden taburcu olma oranını arttırdığı

gösterilmemiştir. Dolayısıyla, İYD sırasında erken defibrilasyon ve yüksek kalitede ve kesintisiz TYD uygulamasına dikkati yoğunlaştırmak gerekir (13, 69, 80, 83).

4.8.3. Uzun Vadeli Yaşam Desteği

CPR'ın bu safhası, acil durum atlatıldıktan sonra durumun değerlendirilmesi, prognozun belirlenmesi, özellikle beyin fonksiyonları başta olmak üzere vital fonksiyonların düzeltilmesi ve komplikasyonların tedavisine yönelik yoğun bakımı içerir. Kardiyak arrest sonrası CPR süresi ile ilgili olarak artan oranda santral ve periferik sinir sistemi ile diğer vital organlarda iskemi, perfüzyon bozukluğu ve bunlara bağlı değişik derecelerde hasar meydana gelebilir. Bu aşamadaki son işlem CPR'ın sonlandırılması ve ölüm tanısının konmasıdır (13, 72, 79, 80).

4.9. HAVA YOLUNUN YABANCI CİSİM İLE OBSTRUKSİYONU

Hava yolunun yabancı cisim ile obstruksiyonu, yaygın olmayan ama tedavi edilebilir potansiyeli bulunan bir kaza eseri ölüm nedenidir. Boğulmaların çoğu yemek yemekle ilgili olduğu için, bu olaya sıklıkla tanık olunmaktadır. Böylece, kazazedeye henüz bilinçli iken erken müdahale edilme şansı doğmaktadır (9, 13, 22).

4.9.1 Tanıma

Hava yolu obstruksiyonunun tanınması başarılı bir sonucun anahtarı olduğu için, önemli olan bu acil durumu bayılma, kalp problemi, epilepsi veya ani solunum sıkıntısı, siyanoz yada bilinç kaybına neden olacak diğer durumlarla karıştırmamaktır. Yabancı cisimler hafif veya ciddi hava yolu obstruksiyonuna neden olabilir. Hafif ve ciddi hava yolu obstruksiyonunun ayırt etmeye olanak sağlayan belirti ve semptomlar Şekil 3 de özetlenmiştir. Kazazedeye ; boğuluyor musunuz? diye sormak önemlidir (9, 13, 22).

4.9.2. Erişkinlerde yabancı cisim ile oluşan hava yolu obstruksiyonunda (boğulma) hareket sırası:

1.Eğer kazazede hafif hava yolu obstruksiyonu belirtileri gösteriyorsa;

- Kazazede öksürmeye devam etmesi için uyarılır ve başka bir şey yapılmaz,

2.Eğer kazazede ağır ciddi hava yolu obstruksiyonu belirtileri gösteriyorsa;

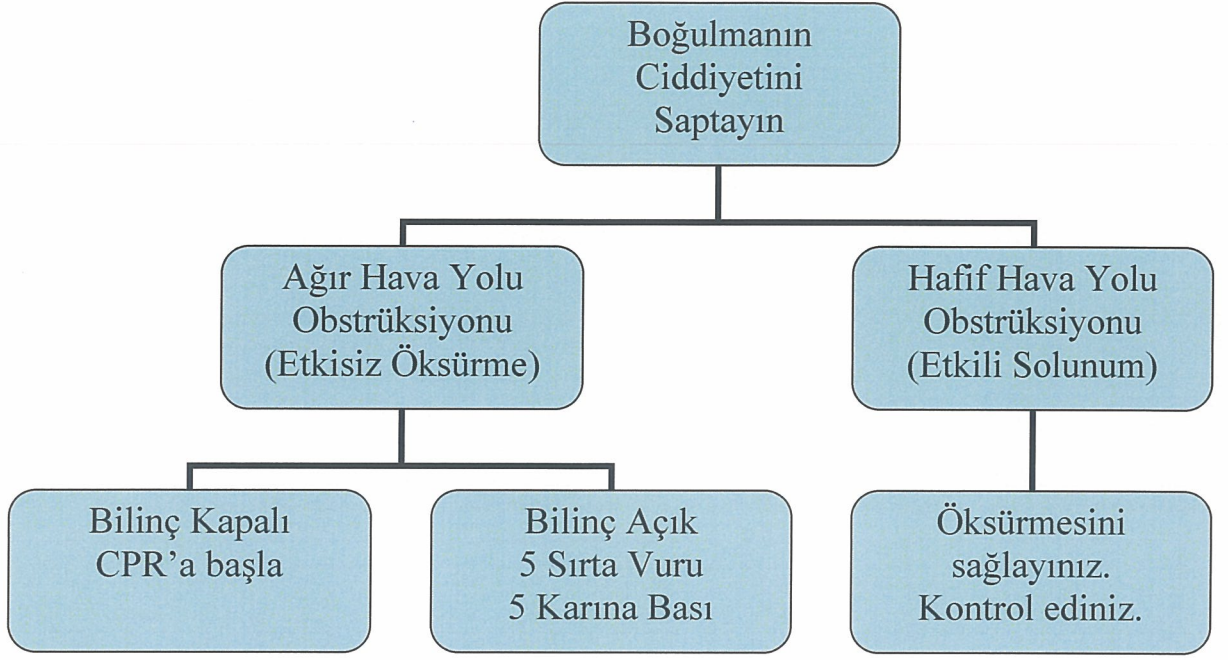
Kazazedenin bilinci yerinde ise:

- Beş kereye kadar aşağıda tarif edildiği şekilde sırtta vuru uygulanır,

- Kazazedenin yanında ve hafifçe arkasında durulur,
- Yabancı cisim yer değiştirecek olursa, hava yolunun daha aşağı kısımlarına gitmemesi, ağızdan dışarıya doğru çıkması için ggs bir elinizle destekleyerek kazazede öne doğru eğilir,
- Diğer elin topuk kısmı ile kazazedenin iki skapulası arasına beş defaya dek kuvvetli vurular uygulanır,
- Her vurunun obstruksiyonu giderip gidermediği kontrol edilir. Amaç obstruksiyonu, beş kez vuru uygulamaktan ziyade kuvvetli bir darbe gidermektedir,
- Eğer uygulanan beş sırt vuru ile hava yolu obstruksiyonu giderilmezse aşağıda tarif edildiği üzere beş abdominal bası uygulanır,
- Kazazedenin arkasında durulur ve her iki kolla kazazedenin karnının st bölümünden sarılır,
- Kazazede öne doğru eğilir,
- Yumruk sıkılarak umblikus ve sternumun alt noktası arasına yerleştiriniz,
- Bir elle diğer el kavranır ve şiddetli şekilde içeri ve yukarı doğru çekilir,
- Beş defaya kadar tekrarlanır,
- Eğer obstruksiyon hala giderilmediyse, dönüşümlü olarak beş sırt vuru beş karına bası uygulamaya devam edilir,

Kazazede herhangi bir zamanda bilinci yitirse :

- Kazazede dikkatlice yere yatırılır,
- Acil yardım sistemine haber verilir,
- CPR'a başlanır. Karotis nabzı muayenesi eğitimi almış ve deneyim kazanmış sağlık çalışanları bilici kapalı olan boğulmuş kazazededeki karotis nabzı olsa bile ggs kompresyonlarını başlatmalıdır (9, 13, 22, 65, 81).



ŞEKİL 2: Erişkinlerde Yabancı Cisim İle Oluşan Hava Yolu Obstrüksiyonunun Tedavi Algoritmi.

(Avrupa Resüsitasyon Konseyi 2005 Resüsitasyon Kılavuzu Cep Kitabı; Sayfa 31)

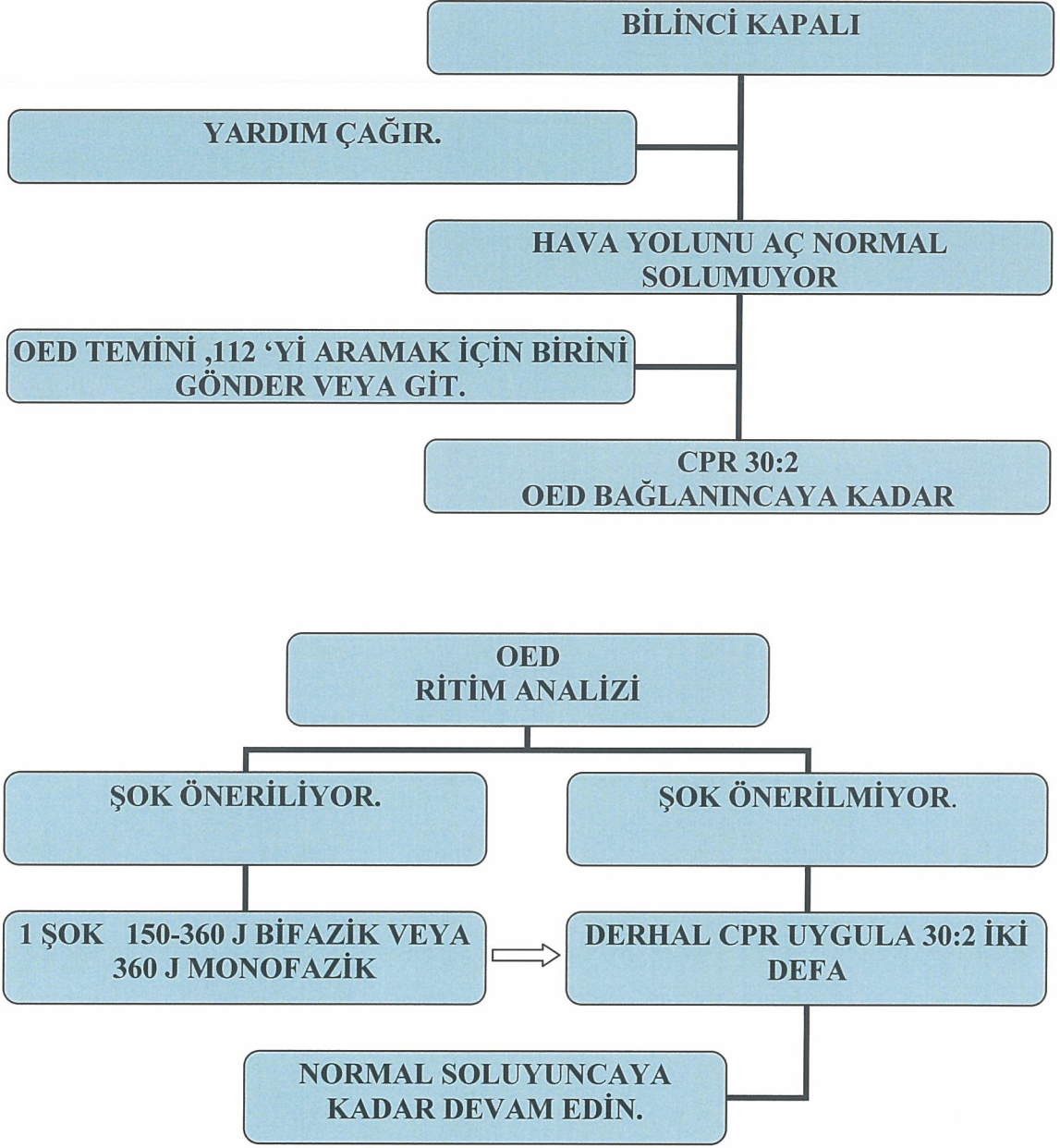
<i>HAFİF HAVAYOLU OBSTRÜKSİYON BELİRTİLERİ</i>	<i>AĞIR HAVAYOLU OBSTRÜKSİYONUN BELİRTİLERİ</i>
Yanıt verme durumu	Yanıt verme durumu
Boğuluyor musun?	Boğuluyor musun?
Kazazede konuşabilir ve Evet yanıtını verir.	Kazazede konuşamaz. Baş sallayarak yanıt verebilir.
Diğer belirtiler:	Diğer belirtiler:
Kazazede konuşabilir, Öksürebilir ve soluyabilir.	Kazazede soluyamaz. Solunum sesleri hırıltılıdır. Öksürme çabaları sessizdir. Kazazedenin bilinci kapalı olabilir.

ŞEKİL 3: Yabancı Cisim İle Oluşan Hafif ve Ağır Hava Yolu Obstrüksiyonunun Farkı

(Avrupa Resüsitasyon Konseyi 2005 Resüsitasyon Kılavuzu Cep Kitabı; Sayfa 30)

4.10. OTOMATİK EKSTERNAL DEFİBRİLATÖRLERİN KULLANILMASI

1. **Kazazede ve çevrede bulunanların güvenli olduğundan emin olunur,**
2. **Eğer kazazedeni bilinci kapalı ve normal olarak solumuyorsa;**
 - OED temini ve ambulans çağırılması için birisi gönderilir,
3. **TYD kılavuzuna göre CPR'a başlanır,**
4. **Defibrilatör gelir gelmez;**
 - Defibrilatör çalıştırılır ve elektrod pedleri yapıştırılır,
 - Eğer birden fazla kurtarıcı varsa, bu işlem yapılırken CPR'a devam edilir,
 - Sözlü ve görsel uyarılar takip edilir,
 - OED ritim analizi yaparken hiç kimsenin kazazedeye dokunmadığından emin olunur,
- 4A. **Eğer şok endikasyonu varsa;**
 - Hiç kimsenin kazazedeye dokunmadığından emin olunur,
 - Şok düğmesine tarif edildiği şekilde basılır (tam otomatik eksternal defibrilatörler şok'u otomatik olarak uygular),
 - Sesli /görsel uyarılar izleyerek devam edilir,
- 4B. **Eğer şok endikasyonu yoksa;**
 - Hemen CPR' a 30 kompresyon: 2 ventilasyon oranında yeniden başlanır,
 - Sesli /görsel uyarıların yönlendirdiği şekilde devam edilir,
5. **OED uyarılarını takip etmeye;**
 - Kalifiye yardım gelinceye kadar,
 - Kazazede normal soluyuncaya kadar,
 - Yorgunluktan tükeninceye kadar devam edilir (9, 13, 23, 28, 53).



ŞEKİL 4. OED Kullanma Algoritmi

(Avrupa Resüsitasyon Konseyi 2005 Resüsitasyon Kılavuzu Cep Kitabı; Sayfa 34)

4.11. RESUSİTASYONDA KULLANILAN TEMEL İLAÇLAR VE ORTAYA ÇIKABİLECEK BULGULARDA YAKLAŞIM

Resusitasyonda kullanılan ilaçlar gerçekte tıp eğitimi sırasında en çok üzerinde durulan ilaçlar olup, hekimlerin kullanmalarındaki tereddüt daha çok kullanma alışkanlığı olmaması ve resusitasyon eğitiminin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Bunlara bazı yanlış ilaç kullanım alışkanlıkları da eklenince problemler ortaya çıkmaktadır (51, 56, 58, 88).

Acil kardiyak bakımda karşılaşılan bazı spesifik ritim bozuklukları ve klinik koşullara uygun tedavi protokolleri mevcuttur. Bu tablolar hem ilgili hekimin eğitimini kolaylaştırması hem de tedavi standardı açısından önemlidir. Kullanımda olan tedavi protokollerinin hepsini ayrıntıları ile vermek olası değildir. İYD kitaplarından bu protokollere ulaşmak mümkündür. Bu nedenle sadece en sık karşılaşılan ve klinik gözlemlerimizde en çok eksikliğin olduğu düşündüğümüz sorunların algoritmeleri vermek ve gerekli anımsatmaları yapmak daha doğru olacaktır (20, 30, 51, 56).

4.11.1. İlaçlar

4.11.1.1. Adrenalin: Endojen sempatomimetiktir. Resusitasyonun ana ilacı olup hemen tüm resusitasyon tedavi akışları içinde yer alır,

Serebral ve koroner kan akımını, sistolik ve diyastolik kan basıncını artırır. Miyokardın elektriksel aktivitesini ve otomatiziteyi artırır. Bu nedenle asistolik kalpte elektriksel aktivite oluşturması amacıyla kullanılır. En önemli dezavantajı miyokardın oksijen gereksinimini arttırmasıdır,

Adrenalinin dozu 1/10.000'lik adrenalinden IV olarak 1 mg puşe ve her üç-beş dakikada bir tekrarıdır. Çocuklarda IV 0,01 mg/kg, entübasyon tüpünden ise 0,1 mg/kg olarak uygulanır. Erişkinde adrenalinin 1 mg- 3 mg- 5 mg olarak giderek artan dozlarda ya da 0,1 mg/kg gibi yüksek dozda uygulanan protokolleri de vardır (33, 51, 56, 67, 88).

4.11.1.2. Atropin: Parasempatolitik etki ile sinüs nodu otomatizitesini ve atrioventriküler iletimini artırır. Atrioventriküler bloklar, bradiaritmiler ve asistolide kullanılır. Ancak bloklar ve bradikardiler vital bulguları etkilemiyorsa kullanılmamalıdır. Toplam 0.04 mg/kg. dozun üstünde vagolitik etkileri değişmez, bu

nedenle daha fazla kullanılmamalıdır. İskemik kalp hastalıklarında zararlı olabileceği unutulmamalıdır,

Atropinin resusitasyonda kullanılan dozu her üç-beş dakikada bir 1mg olup 3 mg'dan daha fazlası etkisiz olduğundan kullanılmaz. Çocuk resusitasyonlarında respiratuar arreste sekonder gelişen bradikardi ve asistolilerde asıl tercih edilen ilaç adrenalindir. Ancak adrenalinin alternatifi olarak kullanılabilir ve en düşük doz 0,1 mg ve en yüksek doz 0,5 mg olmak üzere 0,02 mg/kg dozda verilmelidir. Atropin çocuklarda ilaçlara ya da entübasyona bağlı oluşabilecek vagal etkileri önlemek amacıyla entübasyon öncesi proflaktik olarak kullanılmalıdır (33, 51, 56, 67, 88).

4.11.1.3. Lidokain: Gerçekte bir Na kanal blokeri olup, lokal anestetik olarak kullanılır. Lokal anestetik etkisi nedeniyle miyokard hücresinde faz O'dan sorumlu Na akışını engelleyerek uyarılabilirliği azaltır. Defibrilasyon işleminde olduğu gibi otomatisite özelliği olan tüm kas hücrelerindeki elektriksel aktiviteyi baskılar ve sinüs nodunu hakim kılar. VF eşiğini arttırır,

Lidokain erişkin dozu IV 1-1.5 mg/kg puşe ve etkili olmazsa yarım dozda tekrar edilebilir. Maksimum doz 3 mg/kg dır. Puşe uygulamasından sonra 4 mg/dk infüzyon yapılır (33, 51, 56, 67, 88).

4.11.1.4. Bikarbonat: Yanlış bir inanış olarak hemen her resusitasyonun parçası haline getirilmiş olan bikarbonat tedavisi gerçekte özel durumlar dışında kullanılmamalıdır. Özellikle laktik asidozda verilen bikarbonat karbonik anhidraz tarafından su ve karbondioksite ayrılır ve kan-beyin bariyeri ve hücre membranları karbondioksite daha fazla geçirgen olduğu için doku hipoksisine özellikle de beyin hipoksisine neden olur. Ayrıca asidoz, pH 7,1'in altına inmedikçe koruyucu bir mekanizmadır ve serbest oksijen miktarını arttırır. Karbondioksit miktarının artması ise direkt negatif inotrop etkisi ile zararlıdır. Hipernatremi ve hiperozmolariteye yol açması nedeniyle dikkat edilmelidir. Ancak trisiklik antidepresan zehirlenmeleri, aspirin toksisitesi, hiperkalemi ve diabetik ketoasidoz gibi nedenlerden olduğu bilinen arrestlerde kullanımı ön plandadır. Uygulama dozu 1mEq/kg puşedir (33, 51, 56, 67, 88).

4.11.1.5. Bretilyum: Ülkemizde bulunmamakla beraber dirençli VT' de kullanılır (51).

4.11.1.6. Prokainamid: Na kanal blokeri olup, dirençli VF' de kullanılır (33, 51, 56, 67).

4.11.1.7. Magnezyum: Kullanılan doz dirençli VF için bir-iki gr IV puşedir(51, 56).

4.11.1.8. Kalsiyum Glukonat: Hiperkalemik arrestler ve kalsiyum kanal blokleri zehirlenmeleri dışında kullanımı yoktur (33, 51, 56, 67, 88).

4.11.2. Hastalarda Ortaya Çıkabilecek Bulgularda Yaklaşım

4.11.2.1. Hipoksinin düzeltilmesi

Suni solunum yaptırılan hastalarda kurtarıcının ekspiryum havası ile ventilasyonda ideal şartlarda ancak 80 mmHg'lık alveoler PO₂ sağlanır. Ancak kardiyak outputun düşük olması ve ventilasyon/perfüzyon uyumsuzluğu nedeniyle kolaylıkla hipoksi gelişir, bu da asidoza yol açar. Asidoz CPR'ın etkinliğini azaltır. Bu nedenle en kısa zamanda %100 O₂ verme imkanı sağlanmalıdır. Bunun için en ideal yol endotrakeal entübasyonla IPPV (Intermittant Positive Pressure Ventilation) uygulanmasıdır. Endotrakeal entübasyon, yeterli ve güvenli bir hava yolu sağlarken, solunum yolunun izolasyonu ile gastrik dilatasyon ve regürjitasyon sonucu ortaya çıkabilecek aspirasyon riskini de önlemiş olur. Endotrakeal entübasyonun yapılması sırasında ortaya çıkabilecek güçlükler sebebiyle yapay solunuma 30 saniyeden daha fazla ara verilmemelidir (51, 56, 67, 88).

4.11.2.2. Kalp hızı ve ritminin düzenlenmesi

CPR çabaları sırasında gözlenen ventriküler ektopik atımlar, taşikardi ve fibrilasyonda 1-2 mg/kg dozda IV lidokain kullanılır. Gerekğinde 10 dakika ara ile ilk dozun yarısı olacak şekilde, maksimum 3-4 mg/kg'ı geçmemek kaydıyla tekrarlanır. Ventrikül asitolü, A-V blok veya hipotansiyonla birlikte bradikardi varsa ½-1 mg IV atropin verilir, gerekirse her beş dakikada bir tekrarlanır. Ancak total doz 2-3 mg'ı geçmemelidir. İnatçı paroksizmal supraventriküler taşikardi ve fibrilasyon gelişirse defibrilasyondan hemen önce IV kalsiyum kanal blokerleri verilebilir. Kalp hızı ve ritminin düzeltilmesinde farmakolojik ajanlarla başarı sağlanamıyorsa eksternal, transtorasik veya transvenöz yolla geçici pace-maker uygulanır (51, 56, 67, 88)..

4.11.2.3. Metabolik asidozun tedavisi

Kardiyak arrest sırasında meydana gelen asidoz, vazodilatasyon, myokard depresyonu ve kapiller sızıntıya sebep olur, adrenalinin etkinliğini azaltır. Asidozun düzeltilmesi için IV NaHCO₃ verilmeden önce %100 O₂'le yeterli ventilasyon

sağlanması asidozu düzeltebilir. Ancak metabolik asidozun varlığı kesinleştikten sonra IV 1 mEq/kg NaHCO₃ verilebilir. Gerektiğinde her 10 dakikada bir tekrarlanır. Asit-baz durumu belirlendikten sonra pH ve PCO₂ değerlerine göre NaHCO₃ dozu hesaplanarak verilir. NaHCO₃ adrenalinle birlikte verilirse adrenalin inaktive olur (51, 56, 67, 88).

4.11.2.4. Kan basıncının yükseltilmesi ve koroner dolaşımın artırılması

CPR sırasında hipotansiyon da gelişebilir. Hipotansiyonun düzeltilmesi için vasküler tonusu artıran pozitif inotrop ve kronotrop ilaçlar kullanılır. Bunların başında adrenalin gelir. Total periferik direnci düşük ve şiddetli hipotansiyonu olan hastalarda noradrenalin alınan cevaba göre titre edilerek IV verilebilir. Hipovolemi varlığında kontrendikedir. Dopamin IV kullanıldığında β-mimetik etkisi ile kardiyak outputu belirgin şekilde artırır. Düşük dozlarda renal ve mezenterik damarları genişletir.

CPR sırasında kalsiyumun kullanımı tartışmalıdır. Ancak kardiyak arrest sırasında hiperkalemi, hipokalsemi veya kalsiyum kanal blokeri toksisitesi söz konusu ise kalsiyum verilebilir. Kalsiyum klorür veya kalsiyum glukonat tuzu alınan cevaba göre gerektiğinde 10 dakika ara ile tekrarlanarak 2-4 mg/kg dozda kullanılabilir. NaHCO₃ ile birlikte verilmez,

Atriyal flutter veya AF gelişirse dijital verilir. Kalp yetmezliği veya hipertansiyon söz konusu olursa direkt periferik vazodilatör etkisinden faydalanmak üzere sodyum nitroprussit infüzyonuna başlanır. Kardiyak arrest sonrası gelişmesi muhtemel serebral ve pulmoner ödemin tedavisi için furosemid gibi diüretikler ve diüretik etkili hipertonic sıvılar verilebilir. Başın yüksekte tutulması, dolaşımın desteklenmesi, fizyoterapi, antibiyotikler, uzun süreli solunum desteği gereken hastalarda trakeostomi ve IPPV uygulanacak diğer girişimlerdir. CPR'da kortikosteroidlerin kullanımı tartışmalıdır. Membran stabilize edici, histamin salınımını önleyici, kapiller bütünlüğü koruyucu ve doku perfüzyonunu artırıcı etkileri ile özellikle anaflaktik ve septik şoka bağlı kardiyak arrestte kortikosteroidler faydalı olabilir,

Akut myokard infarktüsü ve buna bağlı arrestte ağrıyı gidermek üzere seçilecek en uygun analjezik morfindir. Ayrıca anksiyeteyi giderir, pulmoner ödemde pulmoner yatak kapasitesini artırarak, venöz dönüşü azaltarak ve hafif arteryel dilatasyon sağlayarak pulmoner konjesyonu azaltır (51, 56, 67, 88).

4.12. KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYONUN KOMPLİKASYONLARI

CPR çabaları sırasında istemeden de olsa bazı komplikasyonlara yol açılabilir.

Bunlar:

- Baş-boyun travmalı hastalarda spinal kord zedelenmesi,
- Yaşlı hastalarda havayolu açıklığını sağlamak amacıyla başın aşırı derecede ekstansiyonu veya yana çevrilmesine bağlı vertebrobaziler arter tıkanıklığına bağlı beyin hasarı,

Özellikle entübe edilmeyen hastalarda;

- Mide dilatasyonu,
- Mide rüptürü,
- Regürjitasyon,
- Mide içeriği aspirasyonu,
- Kosta ve sternum kırıkları,
- Kostosternal ayrılma,
- Pnomotoraks,
- Hemotoraks,
- Akciğer yaralanması,
- Karaciğer yaralanması,
- Dalak yaralanması,
- Yağ embolisi gibi komplikasyonlardır,
- Ayrıca endotrakeal entübasyon, IV kanülasyon ve kateterizasyon gibi işlemlere ait komplikasyonlar da görülebilir (4, 13, 31, 46, 59).

4.13. KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYONA BAŞLAMA VE SONLANDIRMA KRİTERLERİ

Durumun aciliyeti, sonucun önceden kestirilememesi, doktorun bu konudaki eğitimi ve medikolegal endişeler nedeniyle hangi hastada CPR yapılmaması konusunda karar vermek oldukça güçtür. Bu hususta şimdiye kadar belirlenmiş tek ortak nokta,

tedavisi mümkün olmayan hastalıkların terminal safhasında gelişen arrest sonrası CPR uygulanmamasıdır. Kardiyak arrest olduktan sonra dört dakika içinde hastanın dolaşım ve solunumunu sağlamaya yönelik herhangi bir müdahale olmadığı kesin olarak biliniyorsa ve hasta normotermikse CPR'a başlanmamalıdır. Aktif tedaviye rağmen, normotermik bir hastada kalp aktivitesi 30-60 dakika içinde başlamazsa (EKG'de düz çizgi devam eder) CPR sonlandırılabilir (13, 34, 50, 64, 66).

4.14. KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYONDA ETİK

Kardiyopulmoner canlandırma kardiyak ve respiratuar arrest olan hastalara yapılan müdahaledir. CPR'a özgü en önemli amaç klinik ölümün önlenmesi ve hastayı eski sağlığına kavuşturmadır. CPR uygulamalarının, son dönemdeki hastalarda veya resüsitasyondan sonra çok kısa bir süre hayat beklentisi olan hastalarda uygulanıp uygulanmaması tartışmaları çok yaygın ve sık olarak gündeme gelmektedir. Bu durumda sorulacak en önemli soru hazırlanması gereken Do Not Resuscitate (DNR) talimatının hangi kurallara bağlanarak legal olarak verileceğidir (10, 85, 92).

(DNR) kurallarının uygulanımındaki amaç, kardiyak ve respiratuar fonksiyonları sona eren hastaya yaşam koruyucu destek tedaviyi uygulamamak yada uygulanımında tüm tedbirlere başvurmamak şeklinde ifade edilmektedir. DNR kurallarının uygulanımı son yüzyılda uzun süren tartışmalara konu olmuştur ve olmaya da devam edecektir. Anestezi ve cerrahi sırasında da başvuru DNR kurallarının kullanım derecesi son zamanlarda tıbbi camia ve aynı zamanda anestezistlerin de üzerinde durdukları önemli bir konudur (10, 46, 85, 92).

CPR uygulama izninin hastanın arrest olduğu anda tedavi tercihlerini dile getiremeyeceği bununla birlikte CPR`ın uygulanmamasının da ölümle sonuçlanacağı açıktır (10).

DNR talimatının hazırlanmasında üç ana öge vardır:

1. Hastanın tercihlerinin CPR uygulanmasını reddetmede temel olarak alınması:

Yeterli bilgilendirilmiş hastalar hem ahlaki hem de hukuk olarak tıbbi müdahalelere, CPR`da dahil, izin verme veya reddetme hakkına sahiptirler. Tıbbi tedaviyi reddetme hakkı hastanın son dönemde olup olmamasına, aile bireylerinin aynı fikirde olmasına veya hekimin onaylamasına bağlı değildir. Bununla birlikte hasta, kendisinin kardiyak arrest durumunda CPR`ın alıkonulması isteğini daha önceden detaylı bir biçimde

bildirmelidir. Bu şekilde yapılmış bir reddetme DNR talimatının hazırlanmasında temel oluşturabilir. DNR talimatları hastaların özerk hareketlerini kolaylaştırarak hastaların kendi tedavi tercihlerini, hayat uzatıcı tedavilerin uygulanması durumunda ve bu kararları verme yetisine sahip olmaları koşuluyla, belirtmelerine imkan sağlar. Resüsitasyonun kullanılması veya kullanılmaması konusunda hastaların bu karara katılması gerektiği hem hekimler hem de diğer kişiler (aile, yakın arkadaş vs.) tarafından kabul gören bir düşüncedir (10, 39, 46, 85, 92).

Yapılan bir çalışmada 151 hekimin % 93'ü hastaların CPR ile ilgili verilecek kararlara katılmaları gerektiğine inanırken bu hekimlerin yalnızca % 10'unun hastaları ile muhtemel kardiyak arrest durumunda onların tercihlerini tartışmış olduğu ortaya çıkmıştır. Bir başka çalışma göstermiştir ki; DNR talimatı ile hastanede yatan hastaların sadece % 20'si resüsitasyon tercihlerini hekimleriyle DNR talimatının uygulanmasından önce tartışmıştır. Uygulamada hekimler ve hastalar bir araya gelip ölüm ihtimallerini tartışmayı güç bulurlar. Aslında böyle bir ihtiyaç ortaya çıktığında artık hasta karar verme sürecine katılma yetisine sahip değildir (10, 39, 46, 85, 92).

2. Hasta yakınları veya vekil olan diğer kişilerin resüsitasyonu reddetme kararının verilmesinde temel olarak alınması: Eğer hasta resüsitasyonun alıkonulma kararını verme yetisine sahip değilse bu karar vekil olarak belirlenen kişi veya kişiler tarafından verilir. Bu kişilerin seçimi hastanın önceden yapmış olduğu tercihlerine göre belirlenir. Eğer hastanın bu tercihi bilinmiyorsa, böyle bir durumda hastanın inançları ve hayattan beklentileri göz önüne alınır. Bu durumda hastanın o anki hekimi hastanın detaylı tercihlerini göz önüne alır veya uygun bir vekil tarafından resüsitasyon kararı verilebilir. Detaylı tercihler konuşmalar yazılı direktifler ve şahitleri içerir. En sık karşılaşılan şekli hastaların akrabalarıyla, arkadaşlarıyla veya hekimleriyle henüz yetilerini kaybetmeden yaptıkları konuşmalardır. Bazı olgularda, hasta henüz yetilerini kaybetmemişken bir hukukçu huzurunda vekili olan kişi veya kişileri seçer. Eğer bu şekilde bir vekil hasta tarafından seçilmemişse kanunlar (sözü geçen kanunlar ABD'deki kanunlardan aktarılan kanunlardır) akrabalarını vekil olarak tayin eder. Seçilen vekilin taşıması gereken bazı vasıflar vardır. Bunların en önemlisi vekil olacak kişi hastanın değerlerini bilmeli ve bu değerlere saygılı olmalıdır. Ayrıca hastanın en çok ilgi duyduğu konulara önem vermelidir. Genellikle uygun bir vekil bir akraba veya yakın arkadaşdır. Eğer hasta bir çocuk ise vekil anne ve baba olur (10, 39, 46, 85, 92).

Karar verme yeteneklerini kaybetmiş ve herhangi bir akrabası veya yakın arkadaşı olmayan hastaların yerine kimin karar vereceği önemli bir etik ikilemdir. Klinikte sıklıkla mahkemeye başvurmadan bu hastalarda karar verilmektedir. Bu tip olgularda tavsiye edilen, hastanın hekiminin hastanenin etik komitesine bu vakaları danışmasıdır. Bu konsültasyonla etik komiteler, bir hekimin vereceği karardaki gizli varsayımları (hekimin hastasıyla paylaşmadığı düşünceleri örneğin hastanın yaşam kalitesi hakkındaki kişisel düşünceleri gibi) ve değer yargılarını açıkça ortaya koyarken bu kişisel değerlerin hastaların tedavilerine yansımaları engeller. Karar verilirken olgu tüm yönleriyle ve alternatifleriyle bu komitelerde değerlendirilir (10, 39, 46, 85, 92).

3. Hekimin hasta hakkında vardığı yargıya dayanarak resüsitasyonun hastalara uygulanmamasının temel alınması: Hekimin hastasına CPR uygulamanın faydasız olduğuna karar vermesi, DNR talimatının hazırlanmasında temel teşkil eder. Daha önce bahsedildiği gibi, hekimler ve diğer sağlık görevlileri DNR kararı verilirken, hastaların bu kararı almada aktif olarak katılımlarını istemektedirler. Ancak bu, pratikte tam anlamıyla uygulanmamaktadır (10, 39, 46, 85, 92).

Hastaların karar aşamasında bulunmaması, resüsitasyon sırasında tıbbi prosedürlerin uygulanmaması, CPR'ın muhtemel prognozu, kararların uygulanması sırasında hastaların kendi değerlerinin ve tercihlerinin göz önünde bulundurulmaması yanlış izlenimlere neden olabilir. Yapılan çalışmalar hekimler ve aileler tarafından verilen kararların hastaların verebileceği kararlarla sıklıkla uyum göstermediğini ortaya koymaktadır. 25 hastayı kapsayan ve CPR sonrası hayatta olan hastaların resüsitasyon tercihleri ile hekimlerin vereceği en muhtemel kararları karşılaştıran örnek bir çalışma göstermiştir ki; hastaların sekizi CPR'ı reddedeceklerini ve gelecekte de kendilerine CPR uygulanmasını istemediklerini belirtmişlerdir. Bununla birlikte doktorlardan sadece 16'sı hastalarının isteklerini doğru olarak algılamışlardır (10, 39, 46, 85, 92).

Hekimlerde olduğu gibi hastaların da büyük bir kısmı DNR kararlarını hekimleri ile tartışmak istemektedirler. Ancak hekimler genellikle tartışmayı başlatmakta tereddüt etmektedirler. Bunun en önemli nedeni ise, hastalarının bu tür bir tartışmadan zarar göreceği ve hastaları ciddi anksiyeteye veya umutsuzluğa sevk edeceğinden duydukları korkudur. Hekimler sıklıkla bu tartışmaları AIDS, kanser, koroner arter hastalığı, siroz ve bunlar gibi prognozu çok kötü hastalıklarda yapma eğilimindedirler (10, 39, 46, 85, 92).

4.15. SONUÇ

CPR'ın dünyanın her yerinde çok yaygın olarak uygulandığı bilinmektedir. Bu uygulamanın hangi şartlarda uygulanması hangi şartlarda uygulanmaması gerektiği soruları daha sık olarak sorulmaya başlanmıştır. Bu konuda en önemli sorumlulukları hekimler, hastalar, hasta yakınları ve hukukçular üstlenmiştir. Bu karar önemli olduğu kadar da zor ve ağır sorumluluklar da getirir; çünkü hekimler için hukuki sorumluluğun yanında etik ve manevi değerler açısından oldukça yıpratıcı olabilmektedir. Bütün bu zorlukları en aza indirmek için verilecek kararda, en başta hastanın kendisinin, karar verme yetisine sahip değilse vekilinin veya vekili yoksa hekimin diğer meslektaşlarına danışabileceği Hastane Etik Komiteleri yer almalıdırlar. Tüm bunlar gerçekleştirilirken hastanın özerkliği, değerleri ve kişisel öncelikleri göz önünde bulundurulmalıdır (31, 33, 75, 87).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma İstanbul ilinde bir özel ve bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelere uygulandı.

Araştırma özel hastanenin Araştırma Etik Kurulu'ndan (22.10.2007 tarihinde) ve İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden (25.12.2007 tarihinde) izin alınarak uygulandı.

5.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; rastgele seçilen bir özel ve bir devlet hastanesinin kardiyoloji, dahiliye yoğun bakım, cerrahi yoğun bakım ve acil servislerinde çalışan 250 hemşireyi kapsamaktadır.

5.4. Araştırmanın Örnekleme

Örnekleme ise; bu hastanelerin kardiyoloji, dahiliye ve cerrahi yoğun bakım ve acil servislerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 140 hemşire oluşturdu. Araştırma yapıldığı sırada (26.12.07-26.03.08 tarihleri arasında) rotasyonda ve raporlu olan kişiler çalışmaya dahil edilmedi ve evrenin tümüne ulaşma imkanı olmadı.

5.5. Araştırmanın Varsayımları

- Hemşirelerin yaşları, öğrenim durumları, çalışma yılları arttıkça bilgi düzeyleri artacaktır.
- Bekar hemşirelerin bilgi düzeyleri daha yüksek olacaktır.
- Çalışılan bölüme kendi isteği ile gelen hemşirelerin bilgi düzeyleri daha yüksek olacaktır.

- Okul yıllarında kardioloji ile ilgili staj yapan, daha önce CPR uygulayan, mezuniyetten sonra CPR ile ilgili kursa giden hemşirelerin bilgi düzeyleri daha yüksek olacaktır.
- Çalışılan kurumda hizmet içi eğitim yapılmasına ve hizmet içi eğitime katılma durumuna göre hemşirelerin bilgi düzeyi artacaktır.
- Özel hastanede çalışan hemşirelerin bilgi düzeyleri devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyinden daha yüksek olacaktır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri literatür doğrultusunda hazırlanan iki soru formu ile toplandı. İlk soru formu; hemşirelerin demografik özellikleri ile CPR hakkındaki genel bilgilerine yönelik 21 sorudan meydana geldi. İkinci soru formu ise; hemşirelerin CPR konusundaki yaklaşımlarını değerlendirmeye yönelik 43 ifadeden oluşturuldu. İkinci soru formunda yer alan ifadeler “Evet”, “Hayır” ve “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlanacak biçimde hazırlandı. Verilen yanıtlar doğru ve yanlış olarak değerlendirildi. Bilmiyorum yanıtı yanlış olarak değerlendirildi. Anket formu toplam 64 soruyu içerdi (Ek 1, Ek 2). Anket formları etik kurul ve il sağlık müdürlüğünden izin alındıktan sonra, 26.12.07 - 26.03.08 tarihleri arasında uygulandı.

Hemşireler arasındaki etkileşimi en aza indirmek amacıyla başhemşirelerle görüşüldü ve tüm hemşireler için uygun olan bir zamanda anket formları araştırmacı gözetiminde uygulandı. Anket formunun doldurulması konusunda açıklama (Ek 3) yapıp isim yazılmaması belirtildi.

5.7. Verilerin Toplanması

Soru formları, araştırmacı tarafından 26 Aralık 2007 ile 26 Mart 2008 tarihleri arasında bir özel ve bir devlet hastanesinin Kardiyoloji, Dahiliye Yoğun Bakım, Cerrahi Yoğun Bakım ve Acil Servislerinde görevli ve araştırmaya katılmayı kabul eden 140 hemşireye yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Anket öncesinde araştırmanın amacı katılımcılara anlatıldı (Ek 3).

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, Frekans, Oran) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HSD testi; iki grup karşılaştırmalarında ise Student t testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare ve Fisher's Exact Ki-Kare testler kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

BAĞIMLI DEĞİŞKENLER

- CPR (Kardiyopulmoner resüsitasyon), hemşirelerin rol ve sorumlulukları

BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

- Sosyo-Demografik Özellikler

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

- İlgili kurum yöneticilerine araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgi verildi ve izin alındı (Ek 3).
- TC Sağlık İl Müdürlüğü araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgilendirildi, anket formu Sağlık İl Müdürlüğü tarafından incelendi, ufak değişikliklerle kabul edildi ve onay alındı (Etik kurul onayları).
- İlgili hastanelerin Etik Kurulları araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgilendirildi ve onayları alındı (Etik kurul onayları).
- Araştırmaya katılan kişilerin kimlik bilgileri belirtilmedi (Ek 3).

6. BULGULAR

Çalışma 26.12.2007 – 26.03.2008 tarihleri arasında SSYB Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Florence Nightingale Hastanesinde 70 özel hastane ve 70 devlet hastanesi olgusu olmak üzere toplam 140 olgu (hemşire) üzerinde yapıldı.

Hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarının değerlendirilmesi anketi bulguları; genel bulgular, CPR konusundaki yaklaşımlarını değerlendirmeye yönelik bulgular, genel bulguların CPR konusundaki yaklaşımlarını değerlendirmeye yönelik bulgularla değerlendirilmesi olmak üzere 3 grupta ele alındı.

6.1. Genel Bulgular

Tablo 1: Hemşirelerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımları (N=140)

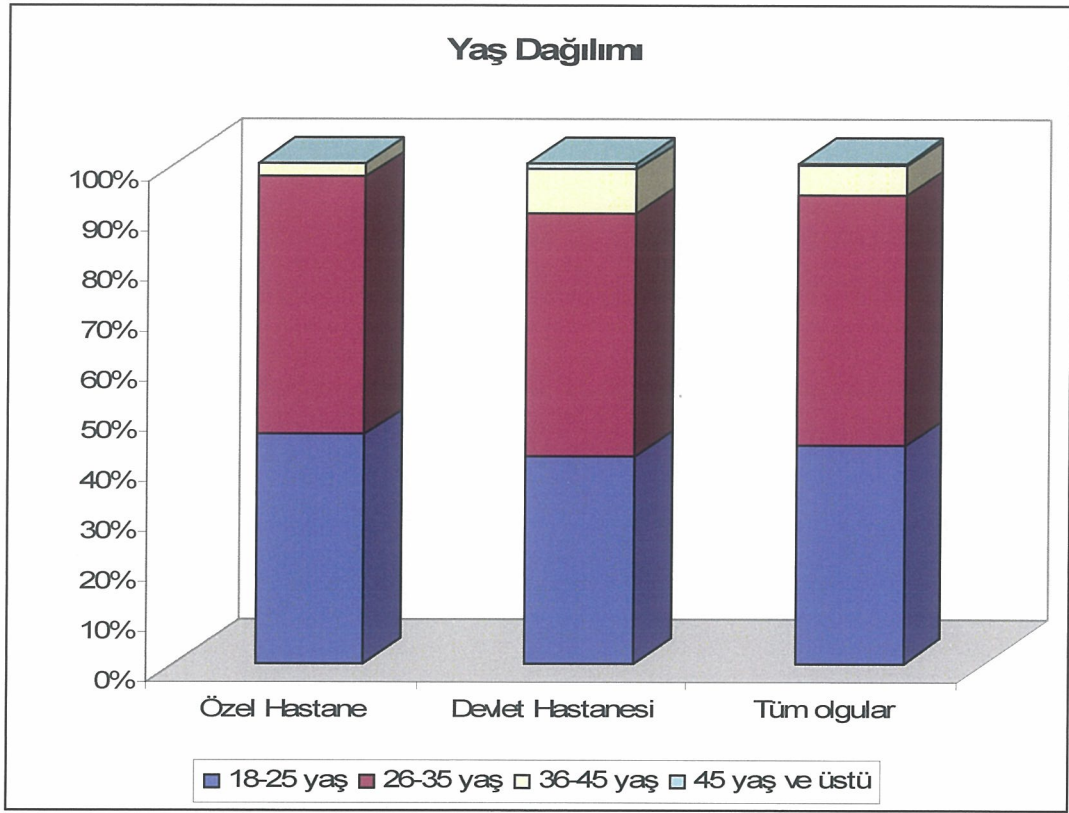
		Gruplar		Total n (%)	Test Değ; sd, p
		Özel Hastane n (%)	Devlet Hastanesi n (%)		
Yaş	18-25	32 (% 45,7)	29 (% 41,4)	61 (% 43,6)	$\chi^2:3,205$ sd:3 p:0,361
	26-35	36 (% 51,4)	34 (% 48,6)	70 (% 50,0)	
	36-45	2 (% 2,9)	6 (% 8,6)	8 (% 5,7)	
	45 üstü	0 (% 0,0)	1 (% 1,4)	1 (% 0,7)	
Medeni Durum	Evli	24 (% 34,3)	31 (% 44,3)	55 (% 39,3)	$\chi^2:1,467$ sd:1 p:0,226
	Bekar	46 (% 65,7)	39 (% 55,7)	85 (% 60,7)	
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	29 (% 41,4)	35 (% 50,0)	64 (% 45,7)	$\chi^2:4085$ sd:3 p:0,252
	Ön Lisans	6 (% 8,6)	11 (% 15,7)	17 (% 12,1)	
	Lisans	32 (% 45,7)	22 (% 31,4)	54 (% 38,6)	
	Yüksek Lisans	3 (% 4,3)	2 (% 2,9)	5 (% 3,6)	

χ^2 : Ki kare test

sd: serbestlik derecesi

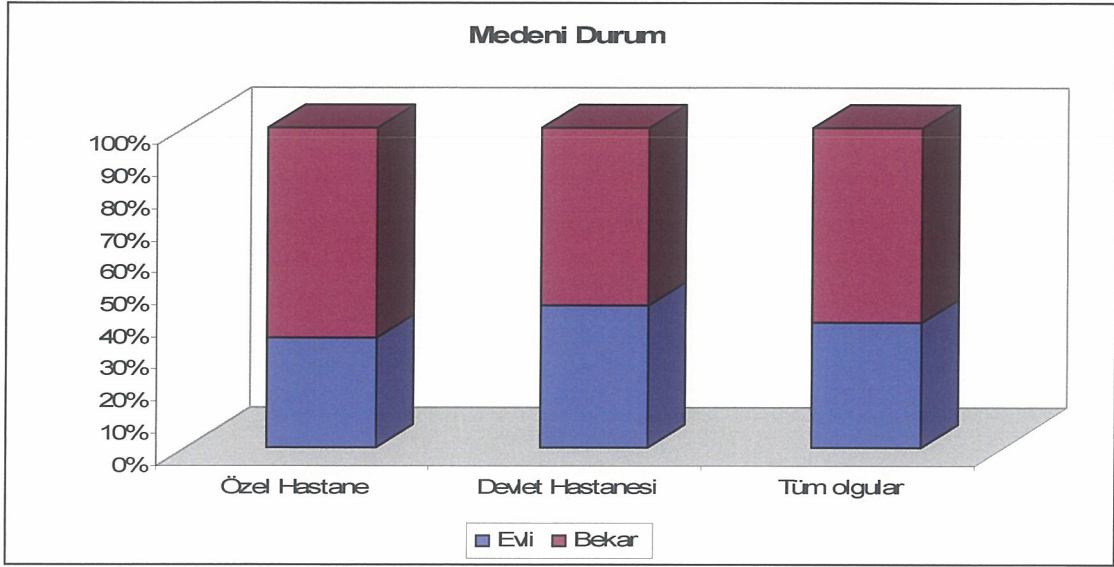
p: anlamlılık düzeyi

Hastanelere göre katılımcıların yaş dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Katılımcıların 18-25 yaş arasında olma oranları özel hastanede % 45.7(n=32), devlet hastanesinde % 41.4(n=29) ve toplamda % 43.6(n=61), 26-35 yaş arasında olma oranları özel hastanede %51.4(n=36), devlet hastanesinde %48.6(n=34) ve toplamda %50(n=70), 36-45 yaş arasında olma oranları özel hastanede %2.9(n=2), devlet hastanesinde %8.6(n=6) ve toplamda %5.7(n=8), 45 üstü yaş arasında olma oranları özel hastanede %0(n=0), devlet hastanesinde %1.4(n=1) ve toplamda %0.7(n=1) olarak saptandı (Tablo 1, Grafik 1).



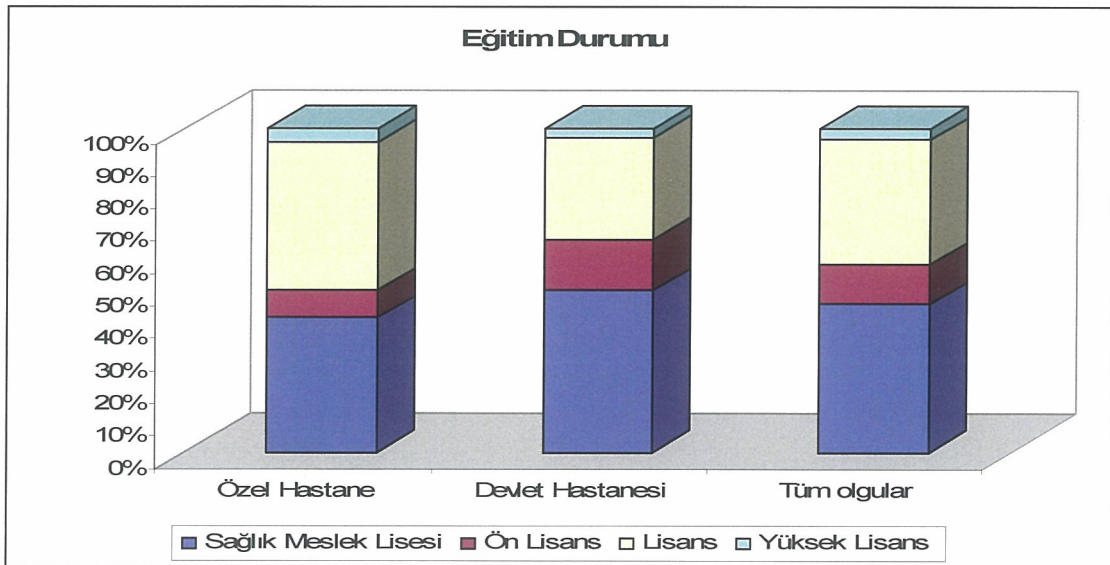
Grafik 1: Grupların Yaş Dağılımları

Hastanelere göre katılımcıların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Katılımcıların evli olma oranları özel hastanede %34.3(n=24), devlet hastanesinde %44.3(n=31) ve toplamda %39.3(n=55), bekar olma oranları özel hastanelerde %65.7(n=46), devlet hastanesinde %55.7(n=39) ve toplamda %60.7(n=85) olarak saptandı (Tablo 1, Grafik 2).



Grafik 2: Grupların Medeni Duruma Göre Dağılımları

Hastanelere göre katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Katılımcıların sağlık meslek lisesi mezunu olma oranları özel hastanelerde %41.4($n=29$), devlet hastanesinde %50($n=35$) ve toplamda %45.7($n=64$), ön lisans mezunu olma oranları özel hastanede %8.6($n=6$), devlet hastanesinde %15.7($n=11$) ve toplamda %12.1($n=17$), lisans mezunu olma oranları özel hastanede %45.7($n=32$), devlet hastanesinde %31.4($n=22$) ve toplamda %38.6($n=54$), yüksek lisans mezunu olma oranları ise özel hastanede %4.3($n=3$), devlet hastanesinde %2.9($n=2$) ve toplamda %3.6($n=5$) olarak saptandı (Tablo 1, Grafik 3).



Grafik 3: Grupların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımları

Tablo 2: Hemşirelerin Hastanedeki Görev ve Çalışılan Bölümlere Göre Dağılımları (N=140)

		Grup			Test Değ; <i>sd, p</i>
		Özel Hastane n (%)	Devlet Hastanesi n (%)	Total n (%)	
Hastanedeki Görev	Yoğun bakım hemşiresi	32 (% 45,7)	16 (% 22,9)	48 (% 34,3)	$\chi^2:18,82$ <i>sd:3</i> <i>p:0,001</i>
	Servis hemşiresi	29 (% 41,4)	23 (% 32,9)	52 (% 37,1)	
	Sorumlu hemşire	2 (% 2,9)	3 (% 4,3)	5 (% 3,6)	
	Acil hemşiresi	7 (% 10,0)	28 (% 40,0)	35 (% 25,0)	
Çalışılan Bölüme Geliş Şekli	Kendi isteğimle	43 (% 61,4)	30 (% 42,9)	73 (% 52,1)	$\chi^2:12,87$ <i>sd:3</i> <i>p:0,005</i>
	Kurum tarafından görevlendirildim	18 (% 25,7)	37 (% 52,9)	55 (% 39,3)	
	Tesadüfen	6 (% 8,6)	3 (% 4,3)	9 (% 6,4)	
	Arkadaş tavsiyesiyle	3 (% 4,3)	0 (% 0,0)	3 (% 2,1)	
Çalışma Süresi	1 yıldan az	10 (% 14,3)	17 (% 24,3)	27 (% 19,3)	$\chi^2:14,46$ <i>sd:4</i> <i>p:0,009</i>
	1-5 yıl	38 (% 54,3)	26 (% 37,1)	64 (% 45,7)	
	6-15 yıl	22 (% 31,4)	18 (% 25,7)	40 (% 28,6)	
	16-20 yıl	0 (% 0,0)	7 (% 10,0)	7 (% 5,0)	
	20 yıl ve üstü	0 (% 0,0)	2 (% 2,9)	2 (% 1,4)	

χ^2 : Ki kare test

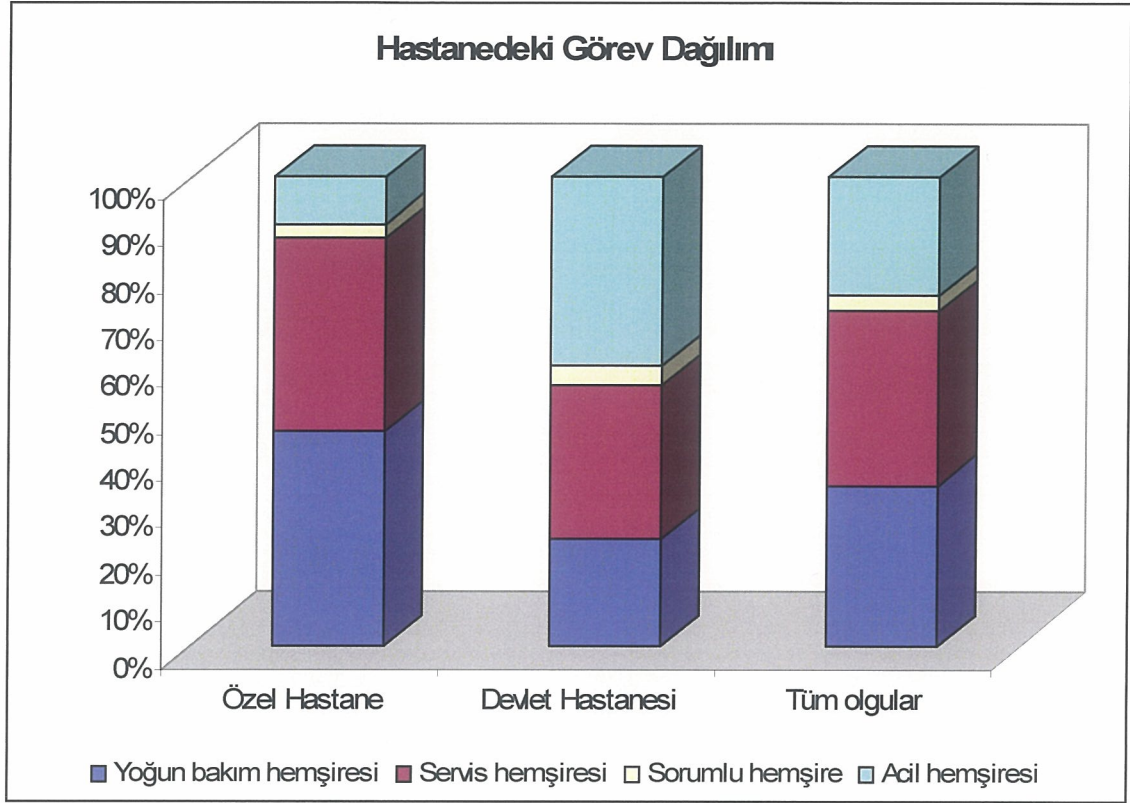
sd: serbestlik derecesi

p: anlamlılık düzeyi

***p*<0,01

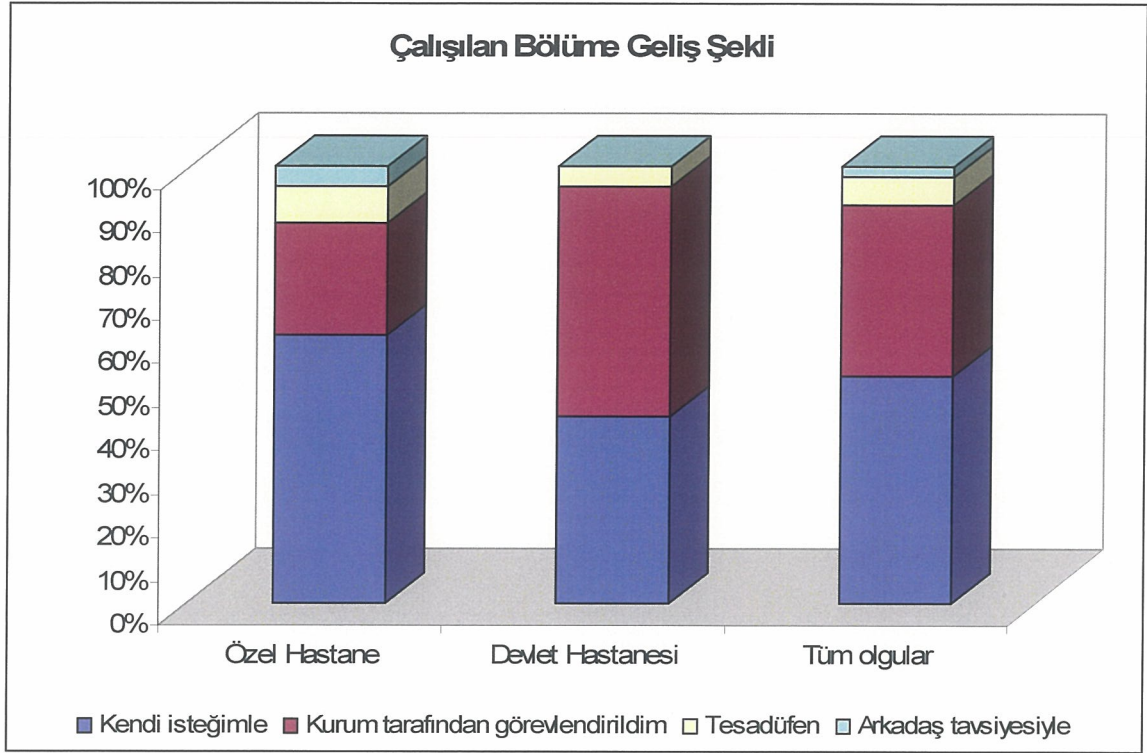
Hastanelere göre katılımcıların hastanedeki görev dağılımları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,01$). Yoğun bakım hemşireleri özel hastanelerde; acil hemşireleri ise devlet hastanesinde yüksek orandadır. Katılımcıların yoğun bakım hemşiresi olma oranları özel hastanede %45.7($n=32$), devlet hastanesinde %22.9($n=16$) ve toplamda %34.3($n=48$), servis hemşiresi olma oranları özel hastanelerde %41.4($n=29$), devlet hastanesinde %32.9($n=23$) ve toplamda %37.1($n=52$), sorumlu hemşire olma oranları özel hastanelerde %2.9($n=2$); devlet hastanesinde %4.3($n=3$) ve toplamda %3.6($n=5$), acil hemşiresi olma oranları ise özel

hastanede %10(n=7), devlet hastanesinde %40(n=28) ve toplamda %25(n=35) olarak saptandı (Tablo 2, Grafik 4).



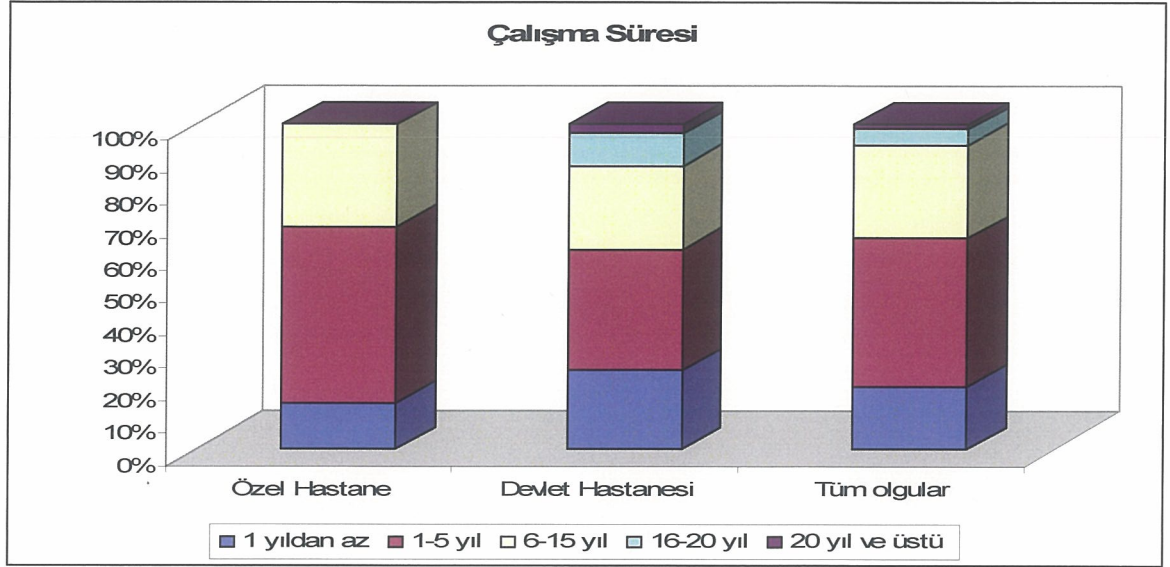
Grafik 4: Grupların Hastanedeki Görevlerine Göre Dağılımları

Çalışılan bölüme geliş şekline göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p < 0,01$); özel hastanelere kendi isteği ile gelenler daha yüksek orandayken; devlet hastanelerinde kurum tarafında görevlendirmeler yüksek orandadır. Katılımcıların çalışılan bölüme kendi isteğiyle gelme oranları özel hastanede %61.4(n=43); devlet hastanesinde %42.9(n=30) ve toplamda %52.1(n=73), kurum tarafından görevlendirilenlerin oranları özel hastanede %25.7(n=18), devlet hastanesinde %52.9(n=37) ve toplamda %39.3(n=55), tesadüfen gelme oranları özel hastanede %8.6(n=6), devlet hastanesinde %4.3(n=3) ve toplamda %6.4(n=9), arkadaş tavsiyesiyle gelme oranı özel hastanede %4.3(n=3), devlet hastanesinde %0(n=0) ve toplamda %2.1(n=3) olarak saptandı (Tablo 2, Grafik 5).



Grafik 5: Grupların Çalışılan Bölüme Geliş Şekline Göre Dağılımları

Hastanelere göre katılımcıların çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık görülmektedir ($p < 0,01$); Devlette çalışma süreleri daha uzun iken özel de daha kısadır. Katılımcıların bir yıldan az çalışma süresi oranları özel hastanede %14.3(n=10), devlet hastanesinde ve %24.3(n=17) toplamda %19.3(n=27), 1-5 yıl çalışma süresi oranları özel hastanede %54.3(n=38), devlet hastanesinde %37.1(n=26) toplamda ve %45.7(n=64), 6-15 yıl çalışma süresi oranları özel hastanede %31.4(n=22), devlet hastanesinde %25.7(n=18) ve toplamda %28.6(n=40), 16-20 yıl çalışma süresi oranları özel hastanede %0(n=0), devlet hastanesinde %10(n=7) ve toplamda %5(n=7), 20 yıl ve üstü çalışma süresi oranları özel hastanede %0(n=0), devlet hastanesinde %2.9(n=2) ve toplamda %1.4(n=2) olarak saptandı (Tablo 2, Grafik 6).



Grafik 6: Grupların Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları

Tablo 3: Hemşirelerin Staj ve Eğitim Faaliyetlerinin Dağılımları (N=140)

		Gruplar		Total n (%)	Test Değ; sd, p
		Özel	Devlet		
		Hastane n (%)	Hastanesi n (%)		
Okul Yıllarında Kardiyolojiyle İlgili Staj Yapma Olanakları	Evet	37 (% 52,9)	19 (% 27,1)	56 (% 40,0)	$\chi^2:9,643$ sd:1 p:0,002
	Hayır	33 (% 47,1)	51 (% 72,9)	84 (% 60,0)	
Daha Önce Kardiyopulmoner Resüsitasyon Yapma	Evet	35 (% 50,0)	25 (% 35,7)	60 (% 42,9)	$\chi^2:3,577$ sd:2 p:0,167
	Hayır	17 (% 24,3)	26 (% 37,1)	43 (% 30,7)	
	İzledim	18 (% 25,7)	19 (% 27,1)	37 (% 26,4)	
CPR ile İlgili Kursa Katılma	Evet	49 (% 70,0)	26 (% 37,1)	75 (% 53,6)	$\chi^2:15,19$ sd:1 p:0,001
	Hayır	21 (% 30,0)	44 (% 62,9)	65 (% 46,4)	
Çalışılan Kurumda Hizmet İçi Eğitimin Yapılması	Evet	69 (% 98,6)	67 (% 95,7)	136 (%97,1)	$\chi^2:1,029$ sd:1 p:0,310
	Hayır	1 (% 1,4)	3 (% 4,3)	4 (% 2,9)	
Çalışılan Kurumda Hizmet İçi Eğitime Katılma	Evet	67 (% 95,7)	67 (% 95,7)	134 (%95,7)	$F\chi^2$ sd:1 p:1,000
	Hayır	3 (% 4,3)	3 (% 4,3)	6 (% 4,3)	

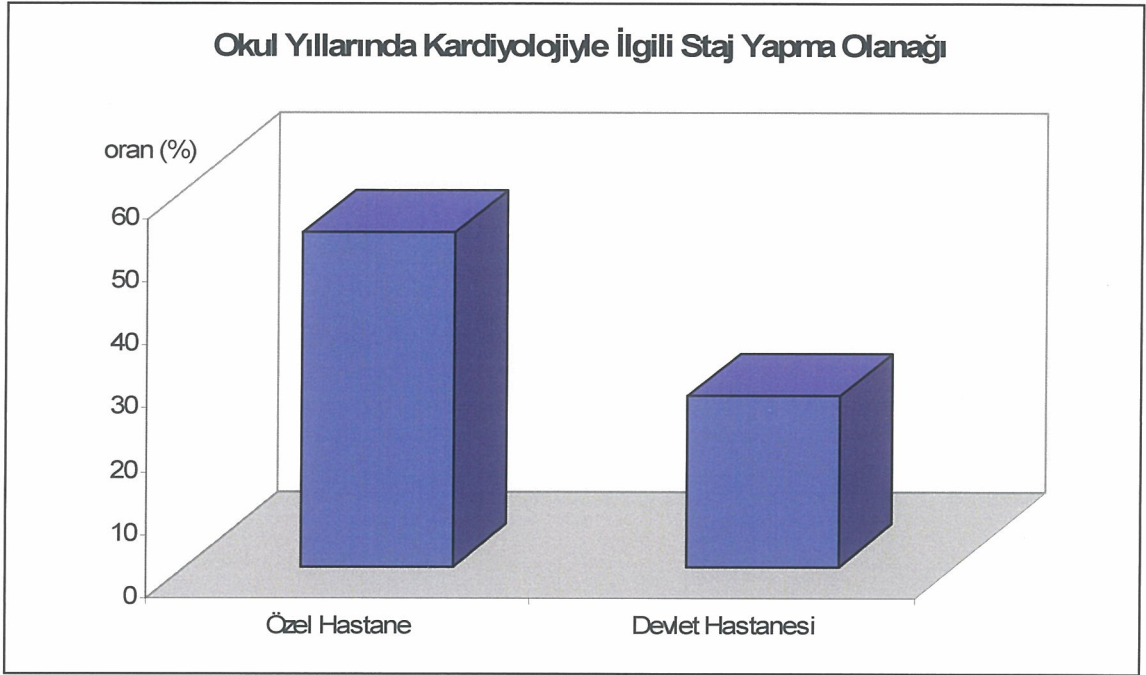
χ^2 : Ki kare test

sd: serbestlik derecesi

p: anlamlılık düzeyi

**p<0,01

Okul yıllarında kardiyoloji ile ilgili staj yapma durumuna göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,01$); özel hastanelerde staj yapma oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Katılımcıların okul yıllarında kardiyolojiyle ilgili staj yapma olanağı olanların oranları özel hastanede %52.9(n=37), devlet hastanesinde %27.1(n=19) ve toplamda %40(n=50) olarak saptandı (Tablo 3, Grafik 7).

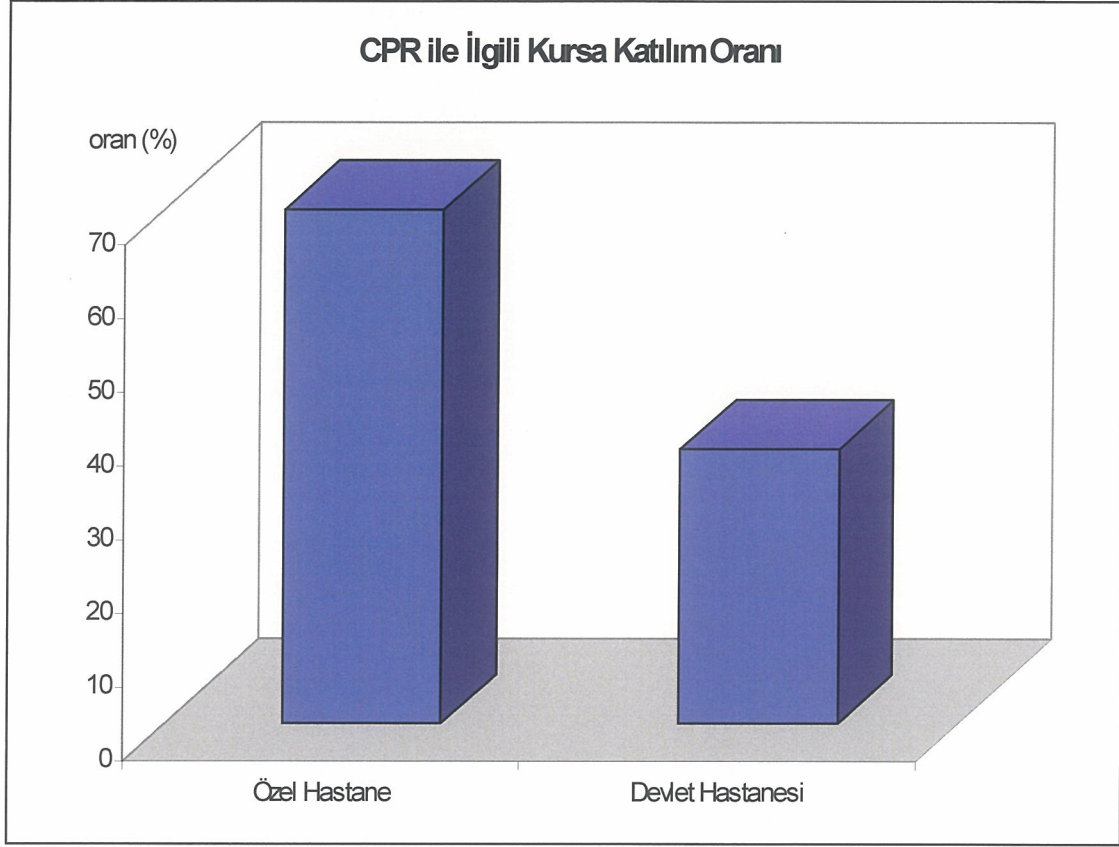


Grafik 7: Okul Yıllarında Kardiyoloji İle İlgili Staj Yapma Durumuna Göre Dağılımlar

Daha önceleri kardiyopulmoner resüsitasyon yapma durumuna göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$); Katılımcıların daha önce kardiyopulmoner resüsitasyon yapma oranları özel hastanede %50(n=35); devlet hastanesinde %35.7(n=25) ve toplamda %42.9(n=60) olarak saptandı (Tablo 3).

CRP ile ilgili kursa katılma durumuna göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,01$); özel hastanelerde CRP ile ilgili kursa katılım oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Katılımcıların CPR ile ilgili kursa

katılanların oranlarına bakıldığında özel hastanede %70(n=49), devlet hastanesinde %37.1(n=26) ve toplamda %53.6(n=75) olarak saptandı (Tablo 3, Grafik 8).



Grafik 8: CRP İle İlgili Kursa Katılım Durumuna Göre Dağılımlar

Çalışılan kurumda hizmet içi eğitim yapılması durumuna göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$); Çalışılan kurumda hizmet içi eğitim yapılma oranı özel hastanede %98.6(n=69); devlet hastanesinde %95.7(n=67) ve toplamda %97.1(n=136) olarak saptandı (Tablo 3).

Çalışılan kurumda hizmet içi eğitime katılım durumuna göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$); Çalışılan kurumda hizmeti içi eğitime katılma oranı özel hastanede %95.7(n=67), devlet hastanesinde %95.7(n=67) ve toplamda %95.7(n=134) olarak saptandı (Tablo 3).

Tablo 4: Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Faaliyetlerinin Dağılımları (N=140)

		Grup			Test Değ; sd, p
		Özel Hastane	Devlet Hastanesi	Total	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Kurumda Hizmet İçi Eğitimin Tekrarlanma Süresi	0-3 ay arası	8 (% 11,4)	63 (% 90,0)	71 (% 50,7)	$\chi^2:88,32$ sd:5 p:0,001
	3-6 ay arası	4 (% 5,7)	2 (% 2,9)	6 (% 4,3)	
	6-9 ay arası	4 (% 5,7)	1 (% 1,4)	5 (% 3,6)	
	9-12 ay arası	47 (% 67,1)	4 (% 5,7)	51 (% 36,4)	
	Hiçbiri	7 (% 10,0)	0 (% 0,0)	7 (% 5,0)	
Hizmet İçi Eğitim Yapılmıyorsa Konuyla İlgili Bilgilerin Edinildiği Kaynaklar	Hekimlerden	1 (% 1,4)	0	1 (% 0,7)	$F\chi^2$ sd:1 p:1,000
	Hemşirelerden	1 (% 1,4)	2 (% 2,9)	3 (% 2,1)	$F\chi^2$ sd:1 p:1,00
	Kitap ve dergilerden	1 (% 1,4)	1 (% 1,4)	2 (% 1,4)	$F\chi^2$ sd:1 p:1,000
	Kurumun yayınları	0	0	0	-
	TV-Radyo-Video-İnternet	4 (% 5,7)	8 (% 11,4)	12 (% 8,6)	$\chi^2:1,45$ sd:1 p:0,227
Çalışılan bölümle ilgili bilgiler edinmeyi engelleyen nedenler	Yeterli kaynak bulamıyorum	2 (% 3,6)	5 (% 13,9)	7 (% 7,6)	$\chi^2:10,56$ sd:3 p:0,014
	Yeterli zaman yok	49 (% 87,5)	21 (% 58,3)	70 (% 76,1)	
	Çalışma alanındaki yetersiz rehberlik	4 (% 7,1)	9 (% 25,0)	13 (% 14,1)	
	Kaynakların çok pahalı olması	1 (% 1,8)	1 (% 2,8)	2 (% 2,2)	

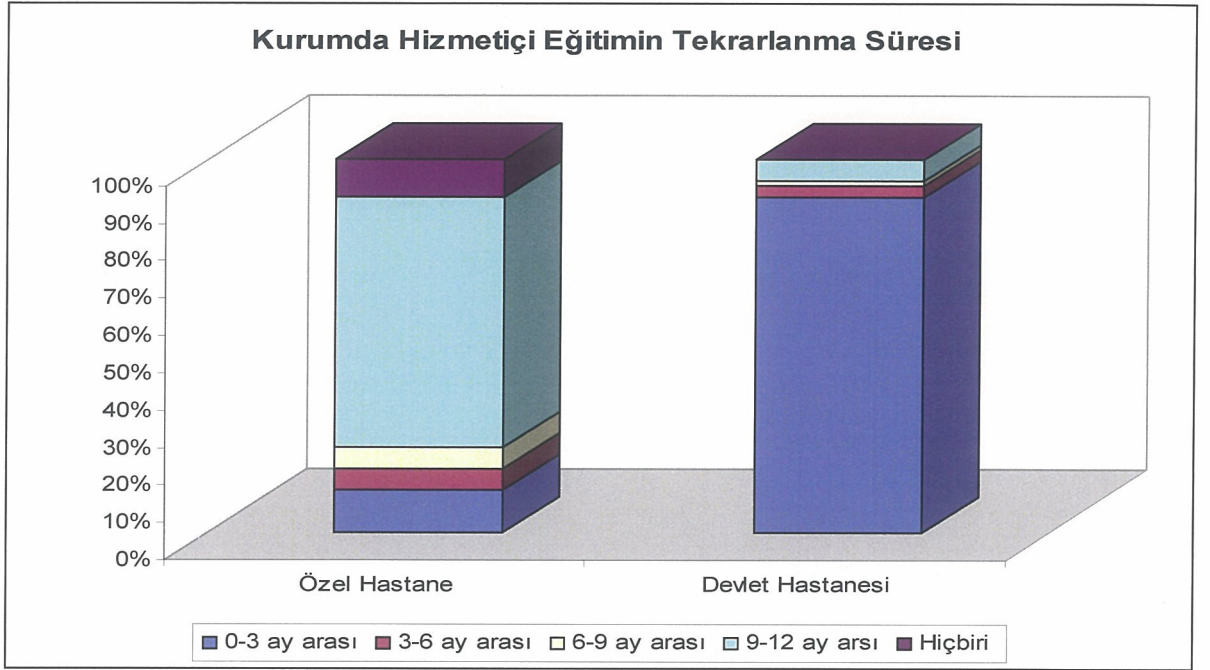
χ^2 : Ki kare test
*p<0,05

sd: serbestlik derecesi
**p<0,01

p: anlamlılık düzeyi

Kurumda hizmet içi eğitimin tekrarlanma süresine göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p<0,01); devlet hastanelerinde 0-3 ay arasında tekrarlanma oranı yüksek iken özel hastanede 9-12 ayda bir tekrarlanma oranının yüksekliği görülmektedir. Katılımcıların “Kurumunuzda hizmet içi eğitim yapılıyorsa ne kadar zamanda bir tekrarlanıyor?” sorusuna cevap olarak 0-3 ay arası diyenlerin oranları özel hastanede %11.4(n=8), devlet hastanesinde %90(n=63) ve

toplamda %50.7(n=71) , 3-6 ay arası diyenlerin oranları özel hastanede %5.7(n=4), devlet hastanesinde %2.9(n=2) ve toplamda %4.3(n=6), 6-9 ay arası diyenlerin oranları özel hastanede %5.7(n=4), devlet hastanesinde %1.4(n=1) ve toplamda %3.6(n=5), 9-12 ay arası diyenlerin oranları özel hastanede %67.1(n=47), devlet hastanesinde %5.7(n=4) ve toplamda %36.4(n=51), hiçbiri diyenlerin oranları ise özel hastanede %10(n=7) devlet hastanesinde %0(n=0) toplamda %5(n=7) olarak saptandı (Tablo 4, Grafik 9).

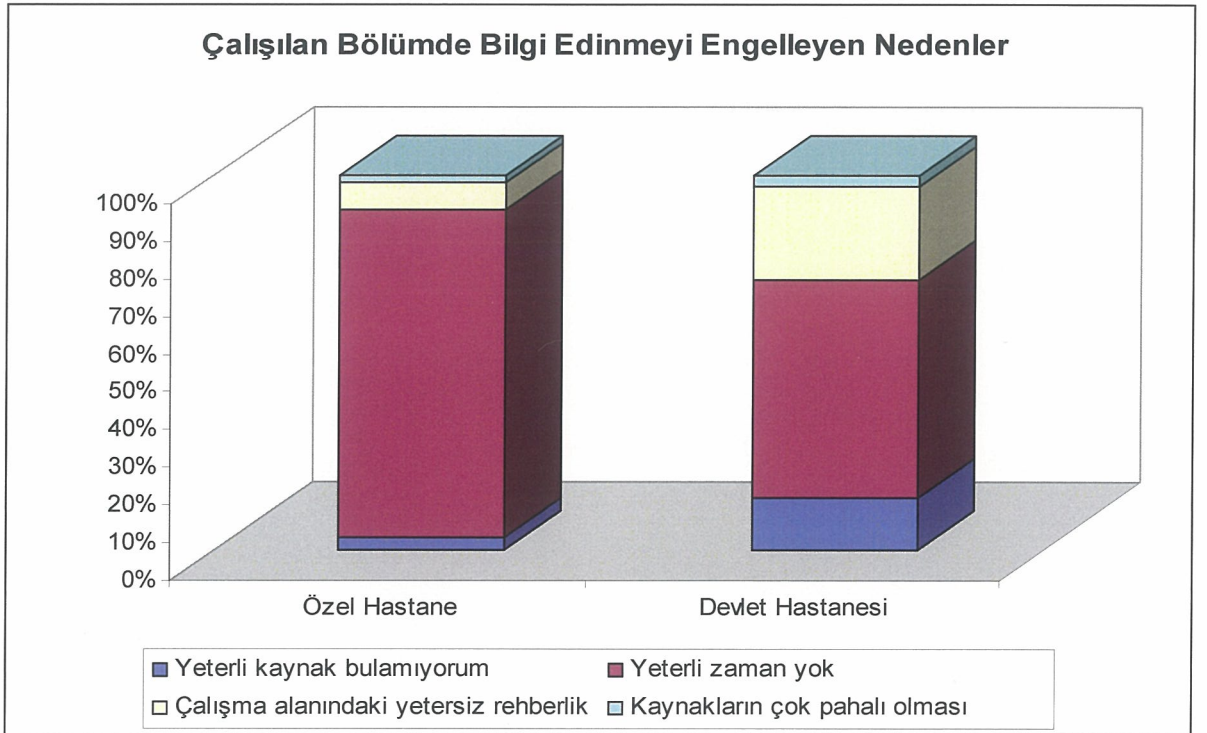


Grafik 9: Kurumda Hizmet içi Eğitimin Tekrarlanma Süresine Göre Dağılımlar

Katılımcıların “Hizmet içi eğitim yapılmıyorsa konuyla ilgili bilgilerin hangi kaynaklardan ediniyorsunuz?” sorusuna cevap olarak hekimlerden diyenlerin oranları özel hastanede %1(n=1.4), devlet hastanesinde %0 ve toplamda %1(n=0.7) olarak saptandı. Hastaneler arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$); hemşirelerden diyenlerin oranları özel hastanede %1(n=1.4), devlet hastanesinde %2(n=2.9) ve toplamda %3(n=2.1) olarak saptandı. Hastaneler arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$); kitap ve dergilerden diyenlerin oranları özel hastanede %1(n=1.4), devlet hastanesinde %1(n=1.4) ve toplamda %2(n=1.4), kurumun geliştirdiği basılı yayınlardan diyenlerin oranları özel hastanede %0 devlet hastanesinde %0 toplamda

%0, TV-Radyo-Video-İnternet diyenlerin oranları özel hastanede %4(n=5.7) devlet hastanesinde %8(n=11.4) ve toplamda %12(n=8.6) olarak saptandı ve hastaneler arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

Çalışılan bölümle ilgili bilgiler edinmeyi engelleyen nedenlere göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$); Katılımcıların çalıştığınız bölümle ilgili bilgileri edinmeyi engelleyen nedenler olarak yeterli kaynak bulamıyorum diyenlerin oranları özel hastanede %3.6(n=2), devlet hastanesinde %13.9(n=5) ve toplamda %7.6(n=7), yeterli zaman yok diyenlerin oranları özel hastanede %87.5(n=49), devlet hastanesinde %58.3(n=21) ve toplamda %76.1(n=70) olarak saptandı. Özel hastanelerde anlamlı düzeyde yüksektir. Çalışma alanındaki yetersiz rehberlik diyenlerin oranları özel hastanede %7.1(n=4), devlet hastanesinde %25(n=9), toplamda %14.1(n=13), kaynakların çok pahalı olması diyenlerin oranları özel hastanede %1.8(n=1), devlet hastanesinde %2.8(n=1), toplamda %2.2(n=2) olarak saptandı (Tablo 4, Grafik 10).



Grafik 10: Çalışılan Kurumda Bilgi Edinmeyi Engelleyen Nedenlere Göre Dağılımlar

Tablo 5: Hemşirelerin CPR ile İlgili Genel Bilgi Düzeyini Ölçmeye Yönelik Soruların Dağılımları (N=140)

		Grup		Total n (%)	Test Değ; sd, p
		Özel	Devlet		
		Hastane n (%)	Hastanesi n (%)		
Ani Kalp Durmasını en iyi tanımlayan seçenek	Solunum ve dolaşımın durması	48 (% 68,6)	18 (% 25,7)	66 (% 47,1)	$\chi^2:28,10$ sd:3 p:0,001
	Etkili kalp kasılmalarının birdenbire ve beklenmedik bir şekilde ortadan kalkması	21 (% 30,0)	44 (% 62,9)	65 (% 46,4)	
	Beynin yeterince oksijenlenmemesi	0 (% 0,0)	6 (% 8,6)	6 (% 4,3)	
	Pupillaların dilate olması	1 (% 1,4)	2 (% 2,9)	3 (% 2,1)	
CPR uygulamak için hastanın yatırılma şekli	Sırtüstü pozisyonda yumuşak bir zeminde	0 (% 0,0)	1 (% 1,4)	1 (% 0,7)	$\chi^2:3,066$ sd:2 p:0,216
	Sırtüstü pozisyonda sert ve düz bir zeminde	70 (%100,0)	67 (% 95,7)	137 (%97,9)	
	Yüzüstü pozisyonda yumuşak bir zeminde	0 (% 0,0)	2 (% 2,9)	2 (% 1,4)	
Baş/boyun travması olmayan bilinçsiz hastanın hava yolu açıklığını sağlama pozisyonu	Çene pozisyonu	5 (% 7,1)	9 (% 12,9)	14 (%10,0)	$\chi^2:9,05$ sd:3 p:0,029
	Başı yana doğru çevirerek	4 (% 5,7)	13 (% 18,6)	17 (% 12,1)	
	Ağzın içini ve çevresini temizleyip silerek	1 (% 1,4)	3 (% 4,3)	4 (% 2,9)	
	Baş-çene pozisyonunda	60 (% 85,7)	45 (% 64,3)	105 (%75,0)	
Bilinçsiz hastanın Baş/boyun travmasında hava yolu açıklığını sağlama pozisyonu	Çene	55 (%78,6)	40 (%57,1)	95 (%67,9)	$\chi^2:18,86$ sd:3 p:0,001
	Başı yana doğru çevirerek	1 (% 1,4)	7 (% 10,0)	8 (% 5,7)	
	Ağzın içini ve çevresini temizleyip silerek	1 (% 1,4)	14 (% 20,0)	15 (% 10,7)	
	Baş-çene pozisyonunda	13 (% 18,6)	9 (% 12,9)	22 (% 15,7)	

χ^2 : Ki kare test

sd: serbestlik derecesi

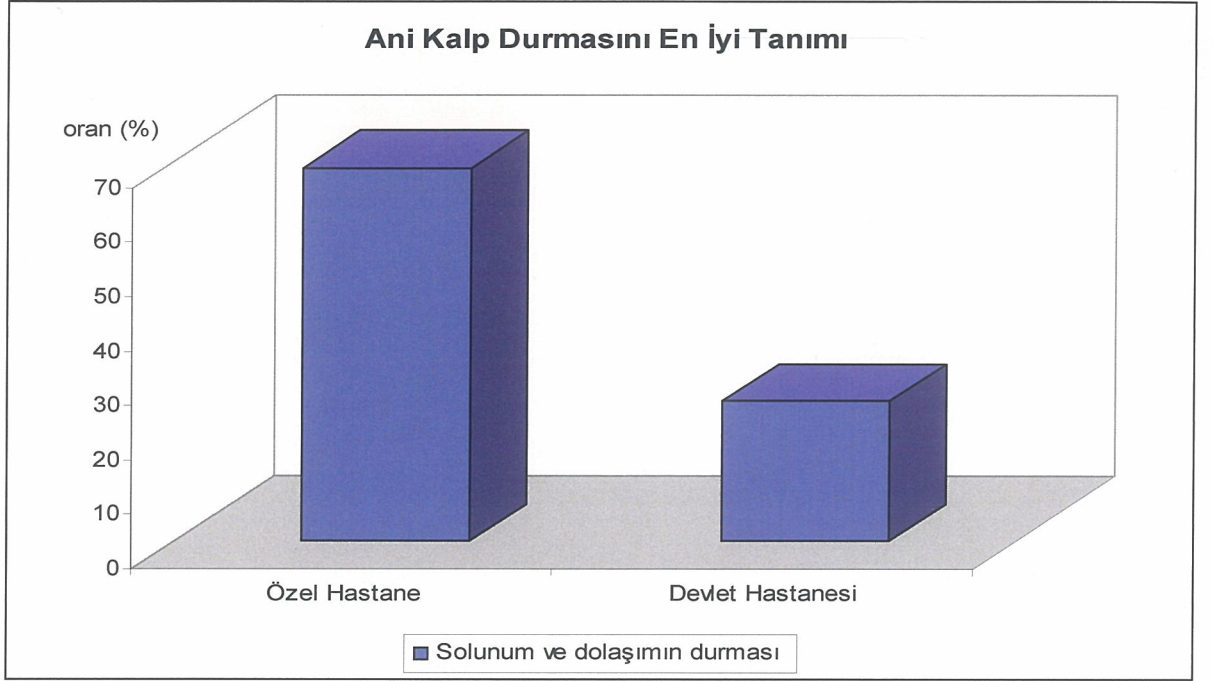
p: anlamlılık düzeyi

*p<0,05

**p<0,01

Katılımcıların ani kalp durmasını en iyi tanımlayan seçeneklere göre hastaneler arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık görülmektedir (p<0,01); doğru şık olan “solunum ve dolaşımın durması” diyenlerin oranları özel hastanede %68.6(n=48), devlet hastanesinde %25.7(n=18) ve toplamda %47.1(n=66) olarak saptandı. Özel hastanelerdeki oran devlet hastanelerine göre anlamlı düzeyde yüksektir.

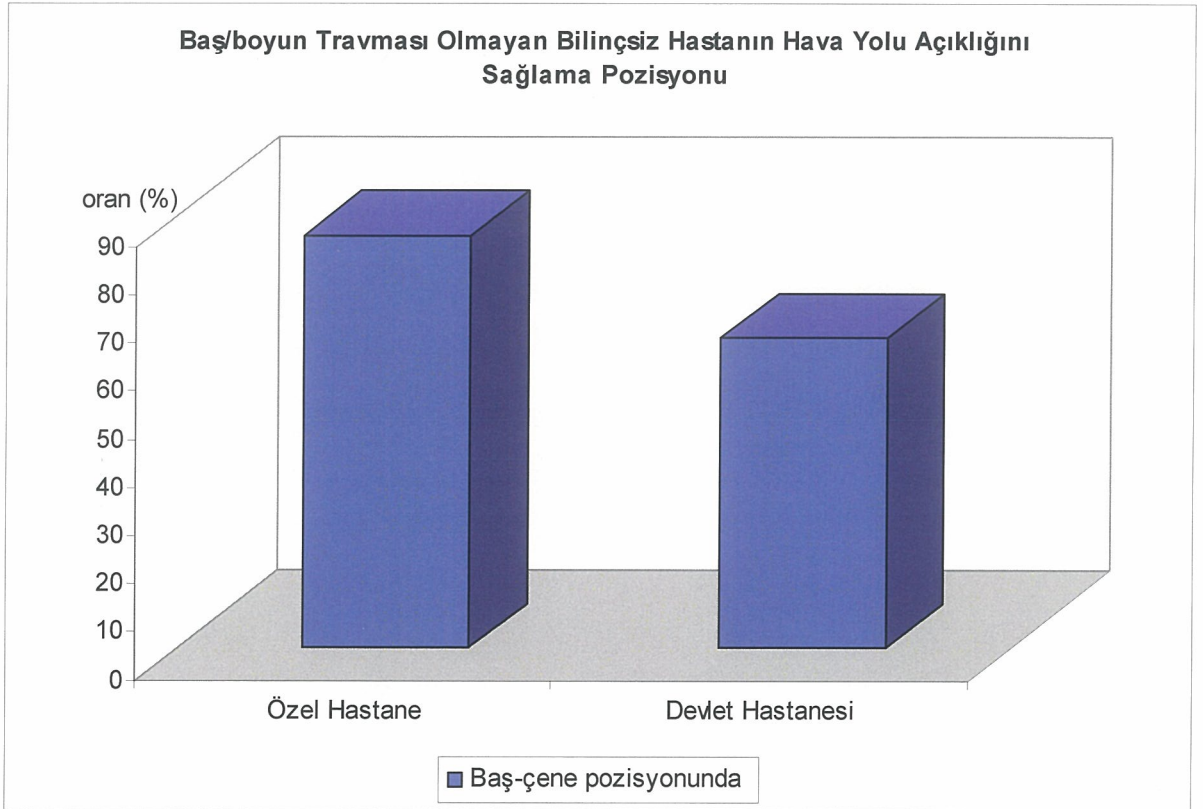
“etkili kalp kasılmalarının birdenbire ve beklenmedik bir şekilde ortadan kalkması” diyenlerin oranları özel hastanede %30(n=21), devlet hastanesinde %62.9(n=44) ve toplamda %46.4(n=65), “beynin yeterince oksijenlenmemesi” diyenlerin oranları özel hastanede %0(n=0), devlet hastanesinde %8.6(n=6) ve toplamda %4.3(n=6), “Pupillaların dilate olması” diyenlerin oranları özel hastanede %1.4(n=1), devlet hastanesinde %2.9(n=2)ve toplamda %2.1(n=3) olarak saptandı (Tablo 5, Grafik 11).



Grafik 11: Ani Kalp Durmasını En İyi Tanımlayan Seçenek Olan Solunum ve Dolaşım Durmasının Hastanelere Göre Dağılımı

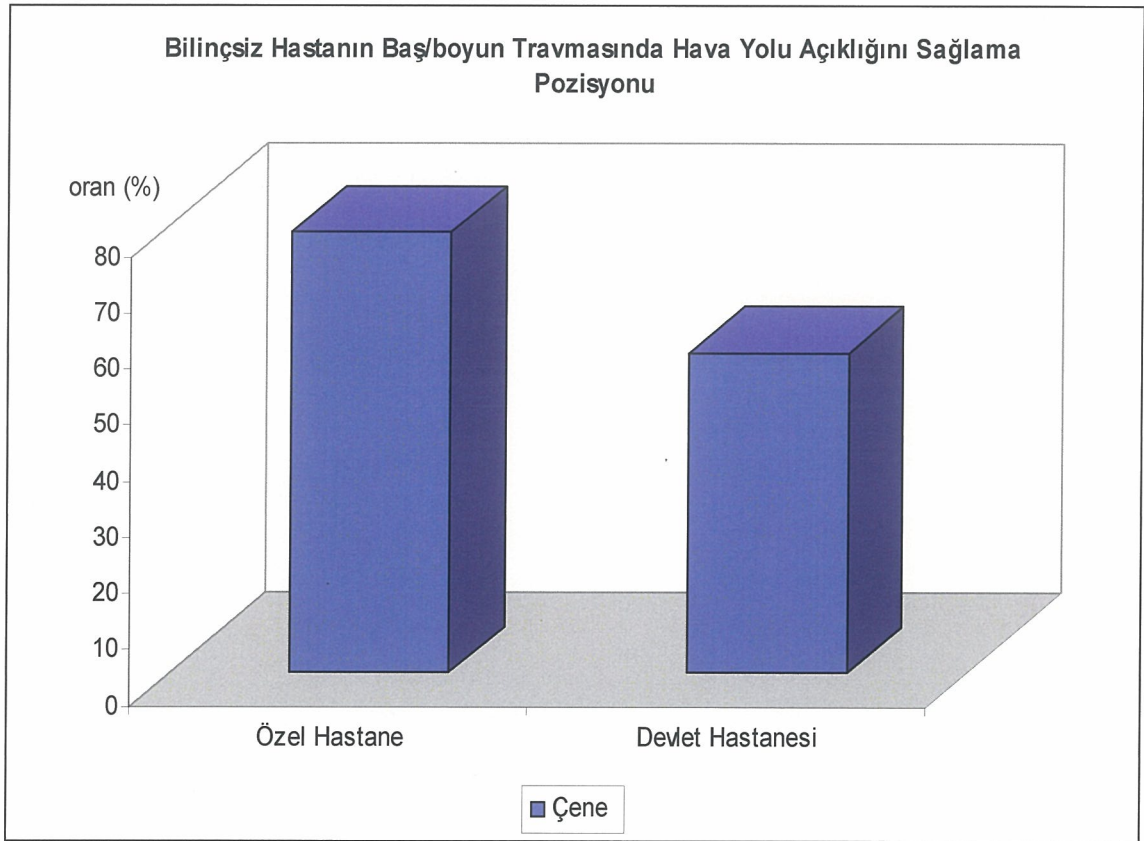
Katılımcıların “CPR uygulamak için hasta doğru pozisyonda nasıl yatırılır?” sorusuna hastanelere göre verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). “Sırtüstü pozisyonda yumuşak bir zeminde” diyenlerin oranları özel hastanede %0(n=0), devlet hastanesinde %1.4(n=1) ve toplamda %0.7(n=1), doğru cevap olan “sırtüstü pozisyonda sert ve düz bir zeminde” diyenlerin oranları özel hastanede %100(n=70), devlet hastanesinde %95.7(n=67) ve toplamda %97.9(n=137), “yüzüstü pozisyonda yumuşak bir zeminde” diyenlerin oranları özel hastanede %0(n=0), devlet hastanesinde %2.9(n=2) ve toplamda %1.4(n=2) olarak saptandı (Tablo 5).

Katılımcıların baş/boyun travması olmayan, bilinçsiz hastanın hava yolu açıklığını hangi pozisyonda sağlarsınız?” sorusuna verdikleri cevaplara göre hastaneler arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Cevap olarak “çene pozisyonu diyenlerin oranları özel hastanede %7.1(n=5), devlet hastanesinde %12.9(n=9) ve toplamda %10(n=14), “başı yana doğru çevirerek” diyenlerin oranları özel hastanede %5.7(n=4), devlet hastanesinde %18.6(n=13) ve toplamda %12.1(n=17), “ağzın içini ve çevresini temizleyip silerek” diyenlerin oranları özel hastanede %1.4(n=1), devlet hastanesinde %4.3(n=3) ve toplamda %2.9(n=4), doğru cevap olan “baş-çene pozisyonunda” diyenlerin oranları özel hastanede %85.7(n=60), devlet hastanesinde %64.3(n=45) ve toplamda %75(n=105) olarak saptandı. Özel hastanelerde doğru cevap oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 5, Grafik 12).



Grafik 12: Baş/Boyun Travması Olmayan Bilinçsiz Hastanın Hava Yolu Açıklığını Sağlama Pozisyonu En İyi Tanımlayan Seçenek Olan Baş-Çene Pozisyonu Cevabının Hastanelere Göre Dağılımı

Katılımcıların bilinçsiz hastanın baş/boyun travması varsa hava yolu açıklığını hangi pozisyonda sağlarsınız?” sorusuna verdikleri cevaplar hastanelere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$); Doğru cevap olan “Çene (sadece çeneyi ileri ve yukarı kaldırarak)” diyenlerin oranları özel hastanede %78.6(n=55), devlet hastanesinde %57.1(n=40) ve toplamda %67.9(n=95) olarak saptandı. Özel hastanelerdeki oran anlamlı düzeyde yüksek bulundu. “Başı yana doğru çevirerek” diyenlerin oranları özel hastanede %1.4(n=1), devlet hastanesinde %10(n=7) ve toplamda %5.7(n=8), “ağzın içini ve çevresini temizleyip silerek” diyenler oranları özel hastanede %1.4(n=1), devlet hastanesinde %20(n=14) ve toplamda %10.7(n=15), “baş-çene pozisyonunda” diyenlerin oranları özel hastanede %18.6(n=13), devlet hastanesinde %12.9(n=9) ve toplamda %15.7(n=22) olarak saptandı (Tablo 5, Grafik 13).



Grafik 13: Bilinçsiz Hastanın Baş/Boyun Travmasında Hava Yolu Açıklığını Sağlama Pozisyonu Cevabının Hastanelere Göre Dağılımı

Tablo 6: Hemşirelerin CPR ile İlgili Genel Bilgi Düzeyini Ölçmeye Yönelik Soruların Dağılımları (N=140)

		Grup		Total n (%)	Test Değ; sd, p
		Özel Hastane n (%)	Devlet Hastanesi n (%)		
Solunumu değerlendirmek için kullanılacak süre	10-20 saniye	8 (% 11,4)	22 (% 31,4)	30 (% 21,4)	$\chi^2:16,33$ sd:3 p:0,001
	1 dakika	5 (% 7,1)	6 (% 8,6)	11 (% 7,9)	
	En fazla 10 saniye	48 (% 68,6)	25 (% 35,7)	73 (% 52,1)	
	En az 10 saniye	9 (% 12,9)	17 (% 24,3)	26 (% 18,6)	
Solunumu durmuş bir kişiye yapay solunum sağlama şekli	Ağızdan ağza, ağızdan– buruna, Ağızdan–stomaya	6 (% 8,6)	6 (% 8,6)	12 (% 8,6)	$\chi^2:9,20$ sd:3 p:0,027
	Ağızdan–buruna, Ambu ve ambu maskesi ile	5 (% 7,1)	14 (% 20,0)	19 (% 13,6)	
	Ağızdan ağza	4 (% 5,7)	10 (% 14,3)	14 (% 10,0)	
	Ağızdan ağza, Ağızdan–buruna, Ağızdan–stomaya, Ambu ve ambu maskesi ile	55 (% 78,6)	40 (% 57,1)	95 (% 67,9)	

χ^2 : Ki kare test

sd: serbestlik derecesi

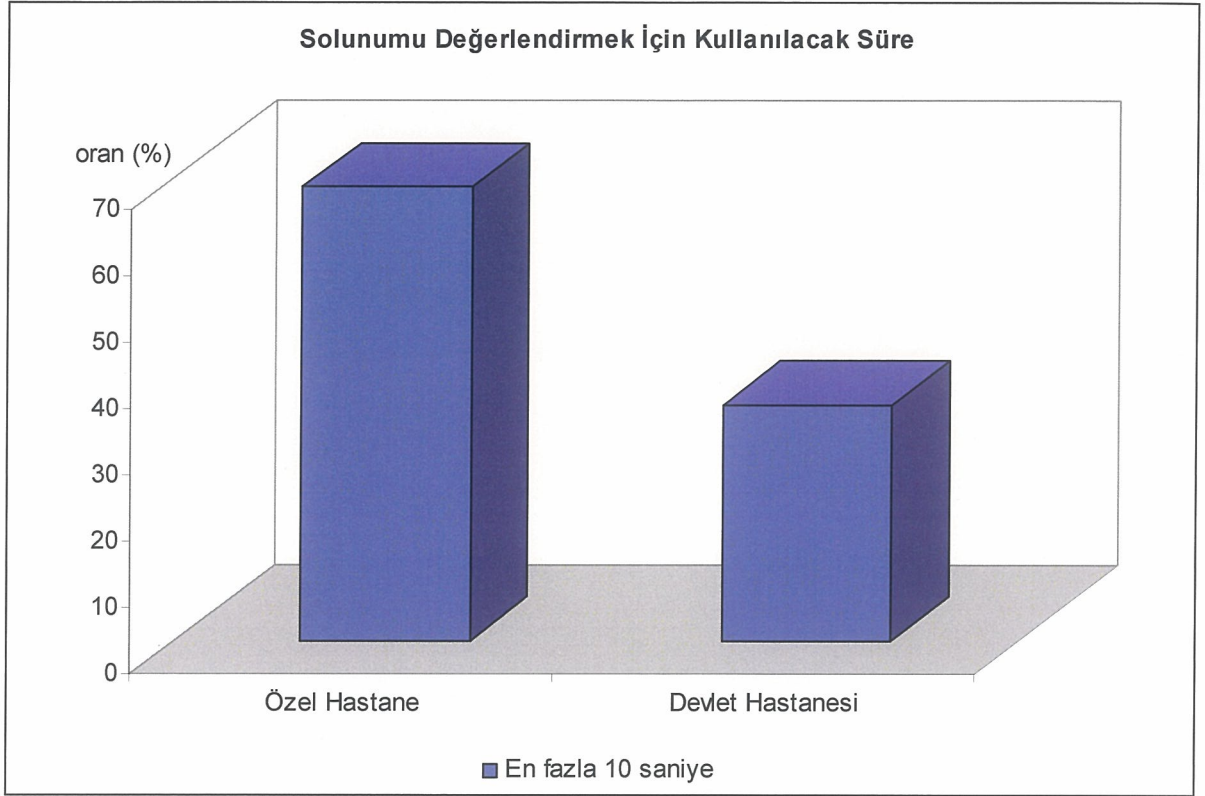
p: anlamlılık düzeyi

*p<0,05

**p<0,01

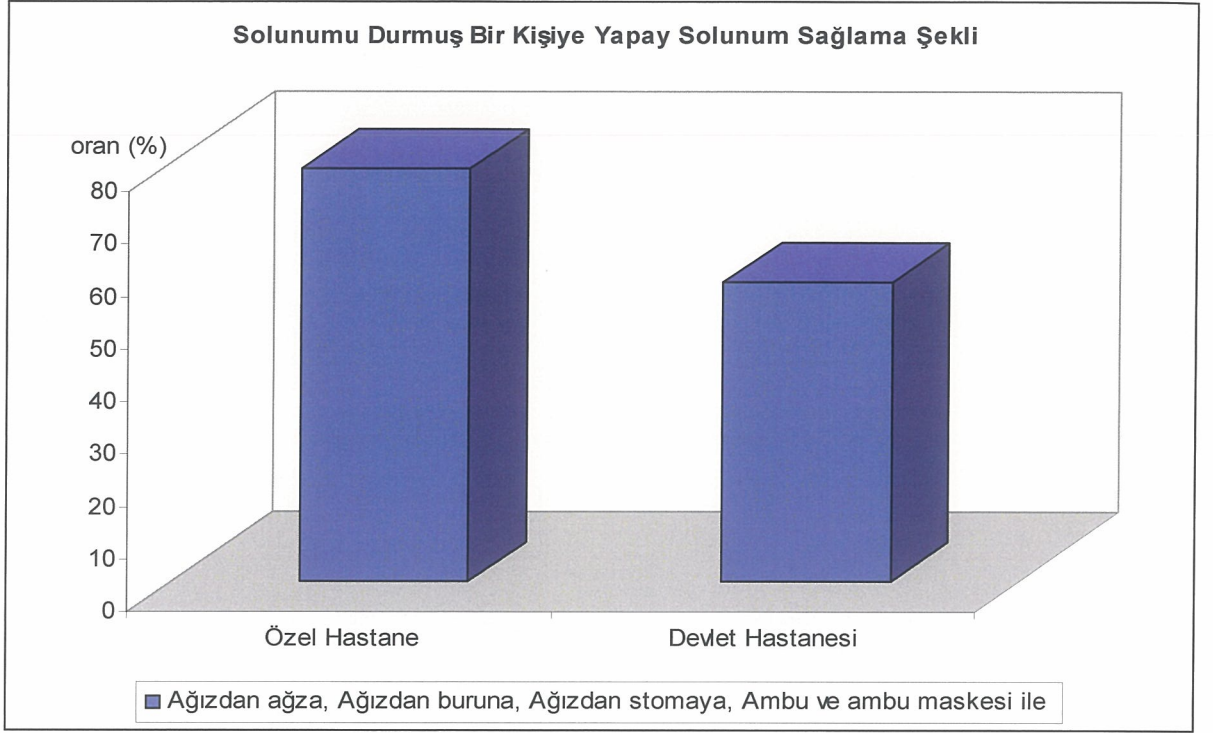
Katılımcıların “Solunumu değerlendirmek için kullanılacak süre” sorusuna verilen cevaplar hastanelere göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,01); 10-20 saniye diyenlerin oranları özel hastanede %11.4(n=8), devlet hastanesinde %31.4(n=22) ve toplamda %21.4(n=30), bir dakika diyenlerin oranları özel hastanede %7.1(n=5), devlet hastanesinde %8.6(n=6) ve toplamda %7.9(n=11), doğru cevap olan “en fazla 10 saniye” diyenlerin oranları özel hastanede %68.6(n=48), devlet hastanesinde %35.7(n=25) ve toplamda %52.1(n=73) olarak saptandı. Özel hastanelerdeki oranın yüksekliği ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu; “en az 10 saniye” diyenlerin oranları

özel hastanede %12.9(n=9), devlet hastanesinde %24.3(n=17) ve toplamda %18.6(n=26) olarak saptandı (Tablo 6, Grafik 14).



Grafik 14: Solunumu Değerlendirmek İçin Kullanılacak Sürelere Göre Doğru Cevabının Hastanelere Göre Dağılımı

“Solunumu durmuş bir kişiye yapay solunum sağlama şekli” sorusuna verilen cevaplar hastanelere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$); “ağızdan ağza, ağızdan buruna, ağızdan stomaya” diyenlerin oranları özel hastanede %8.6(n=6), devlet hastanesinde %8.6(n=6) ve toplamda %8.6(n=12), “ağızdan buruna, ambu ve ambu maskesi ile” diyenlerin oranları özel hastanede %7.1(n=5), devlet hastanesinde %20(n=14) ve toplamda %13.6(n=19), “ağızdan ağza” diyenlerin oranları özel hastanede %5.7(n=4), devlet hastanesinde %14.3(n=10) ve toplamda %10(n=14), doğru cevap olan “ağızdan ağza, ağızdan buruna, ağızdan stomaya, ambu ve ambu maskesi ile” diyenlerin oranları özel hastanede %78.6(n=55), devlet hastanesinde %57.1(n=40) ve toplamda %67.9(n=95) olarak saptandı. Özel hastanelerdeki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 6, Grafik 15).



Grafik 15: Solunumu Durmuş Bir Kişiyeye Yapay Solunum Sağlama Şekline Göre Doğru Cevabının Hastanelere Göre Dağılımı

6.2. Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusundaki Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi Bulguları

Tablo 7: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusundaki Yaklaşımlarını Değerlendiren Ankete Yönelik Soruların Dağılımları (N=140)

	Evet		Hayır		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Yerde hareketsiz yatan bir kişi gördüğümde nefes alıp vermediğini kontrol ederim.	133	95,0	2	1,4	5	3,6
Arrest sonrası geçen süre 30 sn. fazla ise başarı şansı azalır.	80	57,1	51	36,4	9	6,4
Yerde hareketsiz kalan bir kişi gördüğümde cevap/tepki verip vermediğini kontrol ederim	131	93,6	4	2,9	5	3,6
Geri döndürülebilir nedenler arasında hipovolemi, hipoksi, hipokalemi, hipotermi yer alır.	108	77,1	17	12,1	15	10,7
Yetişkinde nabız değerlendirmesini boyunda Carotis Arterden yaparım.	127	90,7	11	7,9	2	1,4
Telefon ile yardım çağırılmadan önce bir dk. Temel yaşam desteği uygularım.	76	54,3	52	37,1	12	8,6
Kardiyak arrestini izleyen bir-üç dk. içinde solunum merkezinin perfüze olmamasına bağlı olarak solunum durur.	92	65,7	13	9,3	35	25,0
Hastada solunumu kontrol ederken bak dinle hisset yöntemini uygularım.	128	91,4	11	7,9	1	0,7
Dolaşım belirtilerini değerlendirirken vücut ısısına dikkat ederim.	117	83,6	20	14,3	3	2,1
Yanıt veren hastada resüsitasyon ekibini beklerken hastaya oksijen verilmeli, monitorizasyon sağlanmalı ve intravenöz kanül yerleştirilmelidir.	135	96,4	3	2,1	2	1,4
Dolaşım belirtilerini değerlendirirken pupilla büyüklüğüne, cilt rengine bakarım.	119	85,0	20	14,3	1	0,7
Dolaşım belirtilerini değerlendirirken hareket, solunum, öksürük vb. gibi belirtilere bakılır.	59	42,1	71	50,7	10	7,1
Yetişkinde kalp masajı uygulamak için pozisyon sternumun üst yarısına iki el üst üste olmalıdır.	60	42,9	77	55,0	3	2,1
Yetişkinde kalp masajı uygulamak için pozisyon sternumun ortasına yarısına iki el üst üste olmalıdır.	82	58,6	49	35,0	9	6,4
Bifazik defibrilatör ile şok 150-200 J uygulanır.	79	56,4	14	10,0	47	33,6

Tablo 7'nin Devamı

Kardiyak arresti izleyen 15-30 saniye içinde serebral perfüzyon bozulur ve bilinç kaybolur.	90	64,3	14	10,0	36	25,7
VF/VT üç şoka rağmen devam ediyorsa bir dk. süre ile (15/2) CPR uygulanmalıdır.	56	40,0	34	24,3	50	35,7
Solunum ve dolaşım en fazla 10 sn. içerisinde değerlendirilmelidir.	114	81,4	14	10,0	12	8,6
Şok uygulanan ritimler = VF, nabız alınabilen VT.	72	51,4	32	22,9	36	25,7
Şok uygulanamayan ritimler = asistoli ve nabızsız elektriksel aktivitedir.	74	52,9	28	20,0	38	27,1
Bir el alında, diğer el çenede kemikli alanda, yumuşak dokulara baskı yapılarak hava yolu açılmalıdır.	109	77,9	19	13,6	12	8,6
Baş boyun travma varlığı veya şüphesi varsa havayolu başı eğmeksizin çene manevrası ile açılmalıdır.	127	90,7	8	5,7	5	3,6
Tam hava yolu tıkanmasında hasta bilinçli ise beş sırt darbesi, beş abdominal darbe uygulanır.	113	80,7	9	6,4	18	12,9
Bilinçsiz bir kişide hava yolu tıkanmasının en önemli nedeni dilin hava yolunu tıkamasıdır.	132	94,3	5	3,6	3	2,1
Yetişkinde kalp masajı uygularken sternumu üç-yedi cm çökertecek kadar bası uygulanır.	108	77,1	22	15,7	10	7,1
Yetişkinde kalp masajı/ yapay solunum oranı = 30/2.	63	45,0	71	50,7	6	4,3
Yetişkinde kalp masajı/ yapay solunum oranı = 15/2.	83	59,3	53	37,9	4	2,9
Kosta kırıkları, akciğer yaralanmaları pnömotoraks, hemotoraks, karaciğer dalak yırtılması kalp masajı koplasyonudur.	121	86,4	6	4,3	13	9,3
Asidozun düzeltilmesi için IV NaHCO ₃ verilemeden önce %100 O ₂ 'le yeterli ventilasyon sağlanması asidozu düzeltebilir.	72	51,4	32	22,9	36	25,7
NaHCO ₃ adrenalinle birlikte verilirse adrenalin inaktive olur.	62	44,3	17	12,1	61	43,6
Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dk. 10 solunum sağlayıp dolaşımı kontrol ederim.	67	47,9	68	48,6	5	3,6
Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dk. 20 solunum sağlayıp dolaşımı kontrol ederim.	46	32,9	84	60,0	10	7,1
Temel yaşam desteğinde iyileşme pozisyonu recovery pozisyonudur.	86	61,4	5	3,6	49	35,0
Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dk. 30 kalp masajı,10 yapay solunumu sağlarım.	14	10,0	114	81,4	12	8,6
Kalp masajı dakikada 100 olacak şekilde yapılmalıdır.	93	66,4	36	25,7	11	7,9

Tablo 7' nin Devamı

Mümkünse suni solunumda oksijen desteği sağlanmalıdır.	131	93,6	7	5,0	2	1,4
İnspirasyon süresi bir sn. olmalıdır.	87	62,1	28	20,0	25	17,9
Birden fazla kurtarıcı varsa kalp masajı/yapay solunum oranı=15/2 olmalıdır.	70	50,0	56	40,0	14	10,0
Birden fazla kurtarıcı varsa iki dakikada bir kalp masajı yapan kişi değiştirilmelidir.	77	55,0	43	30,7	20	14,3
Yetişkinde CPR uygulaması hastada dolaşım bulguları görülene kadar devam edilmelidir.	124	88,6	14	10,0	2	1,4
Kardiak arrest sonrası vücut ısısı orta derecede hipotermik (>33 C) olan hastalar aktif olarak ısıtılmalıdır.	71	50,7	46	32,9	23	16,4
Yetişkinde CPR uygulaması biz CPR yapamayacak kadar yorgun düşene kadar devam edilmelidir.	94	67,1	42	30,0	4	2,9
Şahit olunmuş veya monitörize edilmiş arrestlerde profesyonel sağlık personeli tarafından defibrilatör hazırlanıncaya kadar tek bir prekordiyal darbe uygulanabilir.	108	77,1	19	13,6	13	9,3

“Yerde hareketsiz yatan bir kişi gördüğümde nefes alıp vermediğini kontrol ederim.” önermesine katılımcıların %95’i(n=133) evet; %1.4’ü(n=2) hayır; %3.6’sı (n=5) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yerde hareketsiz kalan bir kişi gördüğümde cevap/tepki verip vermediğini kontrol ederim” önermesine katılımcıların %93.6’sı(n=131) evet; %2.9’u(n=4) hayır; %3.6’sı(n=5) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Geri döndürülebilir nedenler arasında hipovolemi, hipoksi, hipokalemi, hipotermi yer alır.” önermesine katılımcıların %77.1’i(n=108) evet; %12.1’i(n=17) hayır; %10.7’si(n=15) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde nabız değerlendirmesini boyunda Carotis Arterden yaparım.” Önermesine katılımcıların %90.7’si(n=127) evet; %7.9’u(n=11) hayır; %1.4’ü(n=2) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Hastada solunumu kontrol ederken bak dinle hisset yöntemini uygulayım.” Önermesine katılımcıların %91.4’ü(n=128) evet; %7.9’u(n=11) hayır; %0.7’si(n=1) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Dolaşım belirtilerini değerlendirirken vücut ısısına dikkat ederim.” Önermesine katılımcıların %83.6’sı(n=117) evet; %14.3’ü(n=20) hayır; %2.1’i(n=3) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yanıt veren hastada resüsitasyon ekibini beklerken hastaya oksijen verilmeli, monitorizasyon sağlanmalı ve IV kanül yerleştirilmelidir.” Önermesine katılımcıların %96.4’ü(n=135) evet; %2.1’i (n=3) hayır; %1.4’ü(n=2) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Dolaşım belirtilerini değerlendirirken pupilla büyüklüğüne, cilt rengine bakarım.” Önermesine katılımcıların %85’i(n=119) evet; %14.3’ü(n=20) hayır; %0.7’si(n=1) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Solunum ve dolaşım en fazla 10 saniye içerisinde değerlendirilmelidir.” Önermesine katılımcıların %81.4’ü(n=114) evet; %10’u(n=14) hayır; %8.6’sı(n=12) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Bir el altında, diğer el çenede kemikli alanda, yumuşak dokulara baskı yapılarak hava yolu açılmalıdır.” Önermesine katılımcıların %77.9’u (n=109) evet; %13.6’sı(n=19) hayır; %8.6’sı(n=12) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Baş boyun travma varlığı veya şüphesi varsa havayolu başı eğmeksizin çene manevrası ile açılmalıdır.” Önermesine katılımcıların %90.7’si(n=127) evet; %5.7’si(n=8) hayır; %3.6’sı(n=5) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Tam hava yolu tıkanmasında hasta bilinçli ise beş sırt darbesi, beş abdominal darbe uygulanır.” Önermesine katılımcıların %80.7’si(n=113) evet; %6.4’ü(n=9) hayır; %12.9’u(n=18) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Bilinçsiz bir kişide hava yolu tıkanmasının en önemli nedeni dilin hava yolunu tıkamasıdır.” Önermesine katılımcıların %94.3’ü(n=132) evet; %3.6’sı(n=5) hayır; %2.1’i(n=3) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

Yetişkinde kalp masajı uygularken sternumu üç-yedi cm çöktecek kadar bası uygulayım.” Önermesine katılımcıların %77.1’i(n=108) evet; %15.7’si(n=22) hayır; %7.1’i(n=10) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Kosta kırıkları, akciğer yaralanmaları, pnömotoraks, hemotoraks, karaciğer dalak yırtılması kalp masajı komplikasyonudur.” Önermesine katılımcıların %86.4’ü (n=121) evet; %4.3’ü (n=6) hayır; %9.3’ü (n=13) bilmiyorum dedi (Tablo 7).

“Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dakikada 30 kalp masajı,10 yapay solunumu sağlıyorum.” Önermesine katılımcıların %10’u(n=14) evet; %81.4’ü(n=114) hayır; %8.6’sı(n=12) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Mümkünse suni solunumda oksijen desteği sağlanmalıdır.” Önermesine katılımcıların %93.6’sı (n=131) evet; %5’i(n=7) hayır; %1.4’ü(n=2) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde CPR uygulaması hastada dolaşım bulguları görülene kadar devam edilmelidir.” Önermesine katılımcıların %88.6’sı (n=124) evet; %10’u (n=14) hayır; %1.4’ü (n=2) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde CPR uygulaması biz CPR yapamayacak kadar yorgun düşene kadar devam edilmelidir.” Önermesine katılımcıların %67.1’i (n=94) evet; %30’u (n=42) hayır; %2.9’u (n=4) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Şahit olunmuş veya monitörize edilmiş arrestlerde profesyonel sağlık personeli tarafından defibrilatör hazırlanıncaya kadar tek bir prekordiyal darbe uygulanabilir.” Önermesine katılımcıların %77.1’i (n=108) evet; %13.6’sı (n=19) hayır; %9.3’ü (n=13) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

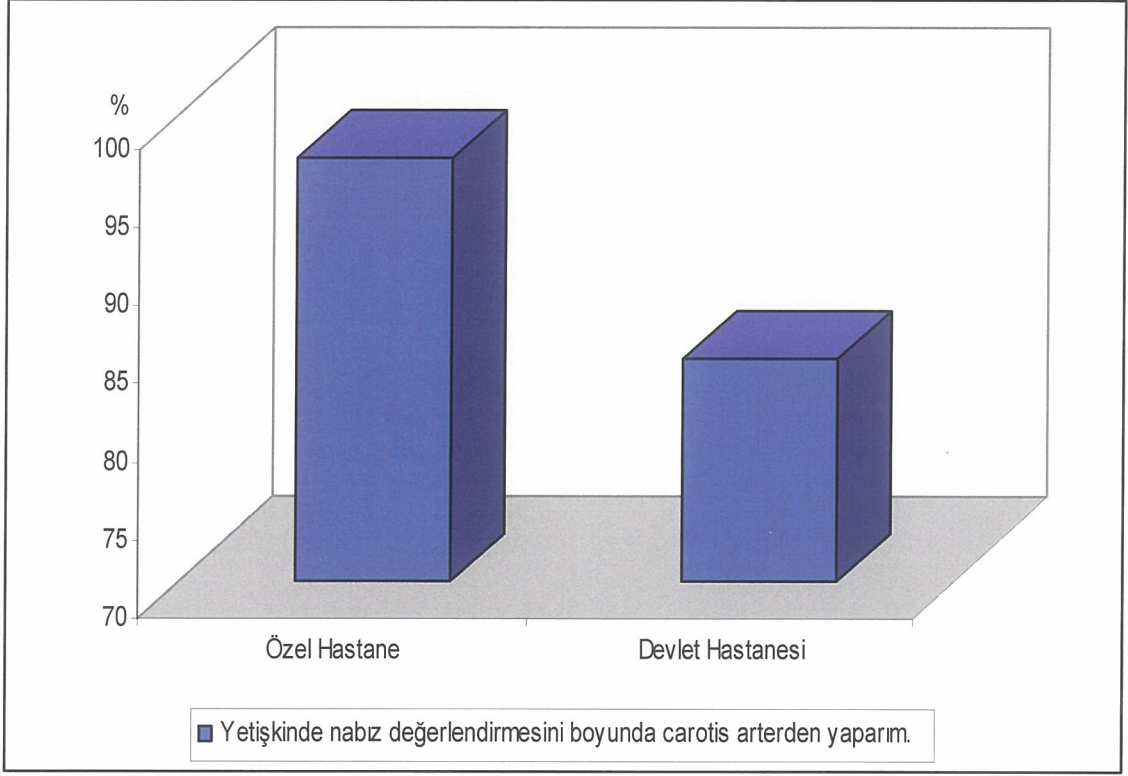
Tablo 8: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusundaki Yaklaşımlarını Ölçmeye Yönelik Sorulara Verdikleri Doğru Yanıtların Hastanelere Göre Dağılımları (N=140)

	Grup		Total n (%)	Test Değ: p
	Özel Hastane n (%)	Devlet Hastanesi n (%)		
Yerde hareketsiz yatan bir kişi gördüğümde nefes alıp vermediğini kontrol ederim.	67 (%95,7)	66 (%94,3)	133 (%95,0)	$\chi^2:0,208$ sd:2 p:0,901
Arrest sonrası geçen süre 30 sn. fazla ise başarı şansı azalır.	38 (%54,3)	42 (%60,0)	80 (%57,1)	$\chi^2:2,161$ p:0,339
Yerde hareketsiz kalan bir kişi gördüğümde cevap/tepki verip vermediğini kontrol ederim	66 (%94,3)	65 (%92,9)	131 (%93,6)	$\chi^2:1,208$ p:0,547
Geri döndürülebilir nedenler arasında hipovolemi, hipoksi, hipokalemi, hipotermi yer alır.	53 (%75,7)	55 (%78,6)	108 (%77,1)	$\chi^2:0,696$ p:0,706
Yetişkinde nabız değerlendirmesini boyunda carotis arterden yaparım.	68 (%97,1)	59 (%84,3)	127 (%90,7)	$\chi^2:7,092$ p:0,029
Telefon ile yardım çağırılmadan önce bir dk. Temel yaşam desteği uygularım.	43 (%61,4)	33 (%47,1)	76 (%54,3)	$\chi^2:3,341$ p:0,188
Kardiyak arresti izleyen bir-üç dk. içinde solunum merkezinin perfüze olmamasına bağlı olarak solunum durur.	51 (%72,9)	41 (%58,6)	92 (%65,7)	$\chi^2:3,179$ p:0,204
Hastada solunumu kontrol ederken bak dinle hisset yöntemini uygularım.	66 (%94,3)	62 (%88,6)	128 (%91,4)	$\chi^2:3,398$ p:0,183
Dolaşım belirtilerini değerlendirirken vücut ısısına dikkat ederim.	19 (%27,1)	1 (%1,4)	20 (%14,3)	$\chi^2:19,619$ p:0,001
Yanıt veren hastada resüsitasyon ekibini beklerken hastaya oksijen verilmeli, monitorizasyon sağlanmalı ve intravenöz kanül yerleştirilmelidir.	69 (%98,6)	66 (%94,3)	135 (%96,4)	$\chi^2:3,067$ p:0,216
Dolaşım belirtilerini değerlendirirken pupilla büyüklüğüne, cilt rengine bakarım.	16 (%22,9)	4 (%5,7)	20 (%14,3)	$\chi^2:9,620$ p:0,008
Dolaşım belirtilerini değerlendirirken hareket, solunum, öksürük vb. gibi belirtilere bakılır.	47 (%67,1)	12 (%17,1)	59 (%42,1)	$\chi^2:37,430$ p:0,001
Yetişkinde kalp masajı uygulamak için pozisyon sternumun üst yarısına iki el üst üstte olmalıdır.	37 (%52,9)	40 (%57,1)	77 (%55,0)	$\chi^2:3,117$ p:0,210
Yetişkinde kalp masajı uygulamak için pozisyon sternumun ortasına yarısına iki el üst üstte olmalıdır.	39 (%55,7)	43 (%61,4)	82 (%58,6)	$\chi^2:1,216$ p:0,545
Bifazik defibrilatör ile şok 150-200 J uygulanır.	45 (%64,3)	34 (%48,6)	79 (%56,4)	$\chi^2:4,106$ p:0,128
Kardiyak arresti izleyen 15-30 sn. içinde serebral perfüzyon bozulur ve bilinç kaybolur.	53 (%75,7)	37 (%52,9)	90 (%64,3)	$\chi^2:7,987$ p:0,018
VF/VT üç şoka rağmen devam ediyorsa bir dk. süre ile (15/2) CPR uygulanmalıdır.	34 (%48,6)	22 (%31,4)	56 (%40,0)	$\chi^2:4,350$ p:0,114

Tablo 8'in Devamı				
Solunum ve dolaşım en fazla 10 sn. içerisinde değerlendirilmelidir.	61 (%87,1)	53 (%75,7)	114 (%81,4)	$\chi^2:3,038$ $p:0,219$
Şok uygulanan ritimler = VF, nabız alınabilen VT.	14 (%20,0)	18 (%25,7)	32 (%22,9)	$\chi^2:2,889$ $p:0,236$
Şok uygulanamayan ritimler = asistoli ve nabızsız elektriksel aktivitedir.	36 (%51,4)	38 (%54,3)	74 (%52,9)	$\chi^2:1,761$ $p:0,415$
Bir el altında, diğer el çenede kemikli alanda, yumuşak dokulara baskı yapılarak hava yolu açılmalıdır.	10 (%14,3)	9 (%12,9)	19 (%13,6)	$\chi^2:0,062$ $p:0,970$
Baş boyun travma varlığı veya şüphesi varsa havayolu başı eğmeksizin çene manevrası ile açılmalıdır.	66 (%94,3)	61 (%87,1)	127 (%90,7)	$\chi^2:2,497$ $p:0,287$
Tam hava yolu tıkanmasında hasta bilinçli ise beş sırt darbesi, beş abdominal darbe uygulanır.	55 (%78,6)	58 (%82,9)	113 (%80,7)	$\chi^2:3,080$ $p:0,214$
Bilinçsiz bir kişide hava yolu tıkanmasının en önemli nedeni dilin hava yolunu tıkamasıdır.	64 (%91,4)	68 (%97,1)	132 (%94,3)	$\chi^2:5,455$ $p:0,065$
Yetişkinde kalp masajı uygularken sternumu üç-yedi cm çökertecek kadar bası uygulayım.	13 (%18,6)	9 (%12,9)	22 (%15,7)	$\chi^2:1,461$ $p:0,482$
Yetişkinde kalp masajı/ yapay solunum oranı = 30/2.	34 (%48,6)	29 (%41,4)	63 (%45,0)	$\chi^2:0,749$ $p:0,688$
Yetişkinde kalp masajı/ yapay solunum oranı = 15/2.	29 (%41,4)	24 (%34,3)	53 (%37,9)	$\chi^2:0,773$ $p:0,679$
Kosta kırıkları, akciğer yaralanmaları, pnömotoraks, hemotoraks, karaciğer dalak yırtılması kalp masajı komplikasyonudur.	64 (%91,4)	57 (%81,4)	121 (%86,4)	$\chi^2:2,995$ $p:0,224$
Asidozun düzeltilmesi için IV NaHCO ₃ verilmeden önce %100 O ₂ 'le yeterli ventilasyon sağlanması asidozu düzeltebilir.	30 (%42,9)	42 (%60,0)	72 (%51,4)	$\chi^2:4,444$ $p:0,108$
NaHCO ₃ adrenaline birlikte verilirse adrenalin inaktive olur.	35 (%50,0)	27 (%38,6)	62 (%44,3)	$\chi^2:8,297$ $p:0,016$
Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dk. 10 solunum sağlayıp dolaşımı kontrol ederim.	39 (%55,7)	28 (%40,0)	67 (%47,9)	$\chi^2:4,547$ $p:0,103$
Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dk. 20 solunum sağlayıp dolaşımı kontrol ederim.	48 (%68,6)	36 (%51,4)	84 (%60,0)	$\chi^2:4,288$ $p:0,117$
Temel yaşam desteğinde iyileşme pozisyonu recovery pozisyonudur.	48 (%68,6)	38 (%54,3)	86 (%61,4)	$\chi^2:3,016$ $p:0,221$
Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dk. 30 kalp masajı, 10 yapay solunumu sağlarım.	58 (%82,9)	56 (%80,0)	114 (%81,4)	$\chi^2:1,654$ $p:0,437$
Kalp masajı dk. 100 olacak şekilde yapılmalıdır.	41 (%58,6)	52 (%74,3)	93 (%66,4)	$\chi^2:3,897$ $p:0,142$

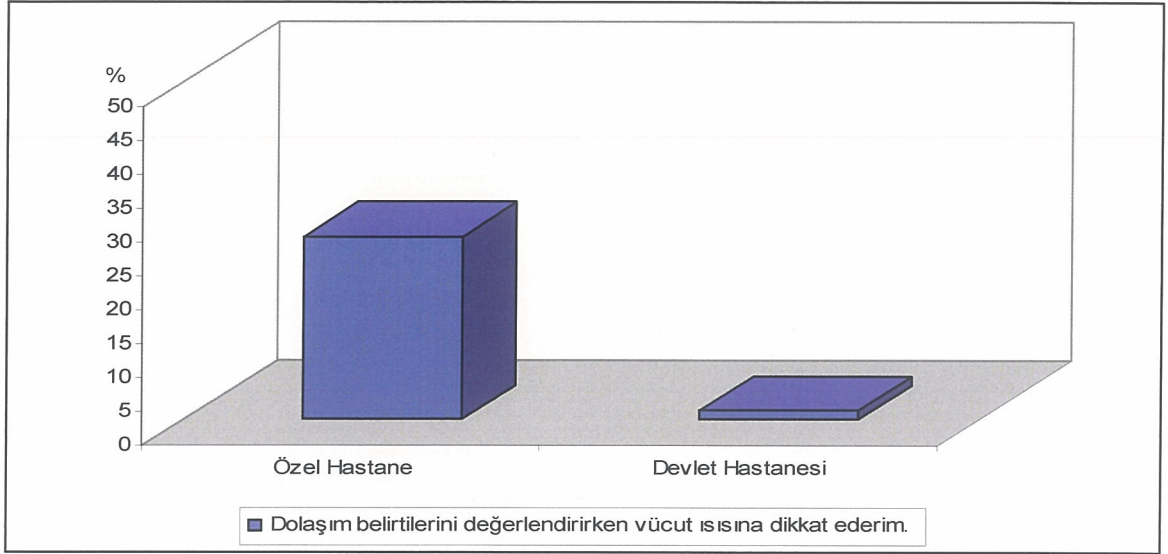
<i>Tablo 8'in Devamı</i>				
Mümkünse suni solunumda oksijen desteği sağlanmalıdır.	66 (%94,3)	65 (%92,9)	131 (%93,6)	$\chi^2:0,150$ $p:0,928$
İnspirasyon süresi bir sn. olmalıdır.	46 (%65,7)	41 (%58,6)	87 (%62,1)	$\chi^2:1,613$ $p:0,446$
Birden fazla kurtarıcı varsa kalp masajı/yapay solunum oranı=15/2 olmalıdır.	21 (%30,0)	35 (%50,0)	56 (%40,0)	$\chi^2:7,443$ $p:0,024$
Birden fazla kurtarıcı varsa iki dk. bir kalp masajı yapan kişi değiştirilmelidir.	38 (%54,3)	39 (%55,7)	77 (%55,0)	$\chi^2:1,394$ $p:0,498$
Yetişkinde CPR uygulaması hastada dolaşım bulguları görülene kadar devam edilmelidir.	66 (%94,3)	58 (%82,9)	124 (%88,6)	$\chi^2:5,088$ $p:0,079$
Kardiyak arrest sonrası vücut ısısı orta derecede hipotermik (>33 C) olan hastalar aktif olarak ısıtılmalıdır.	23 (%32,9)	23 (%32,9)	46 (%32,9)	$\chi^2:1,439$ $p:0,487$
Yetişkinde CPR uygulaması biz CPR yapamayacak kadar yorgun düşene kadar devam edilmelidir.	53 (%75,7)	41 (%58,6)	94 (%67,1)	$\chi^2:4,960$ $p:0,084$
Şahit olunmuş veya monitörize edilmiş arrestlerde profesyonel sağlık personeli tarafından defibrilatör hazırlanıncaya kadar tek bir prekordiyal darbe uygulanabilir.	54 (%77,1)	54 (%77,1)	108 (%77,1)	$\chi^2:0,130$ $p:0,937$

“Yetişkinde nabız değerlendirmesini boyunda Carotis Arterden yaparım.” maddesine verilen doğru yanıt sayısı; Özel Hastanede çalışan hemşirelerde (%97.1, n=68), Devlet Hastanelerinde çalışan hemşirelere göre (%84.3, n=59) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($\chi^2: 7,092, p: 0,029$) (Tablo 8, Grafik 16).



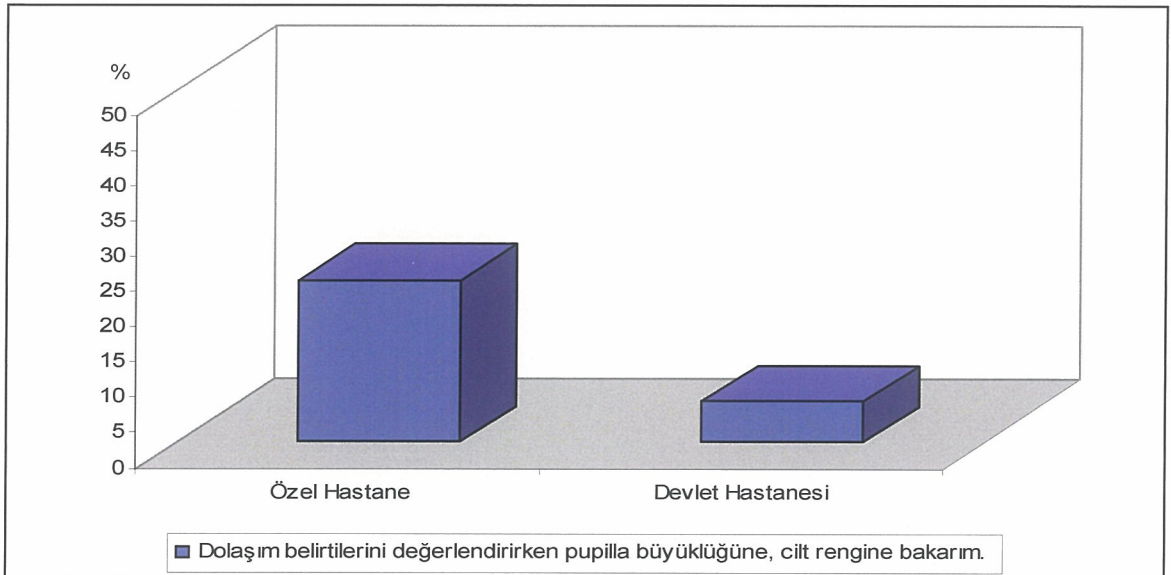
Grafik 16: Yetişkinde Nabız Değerlendirmesini Boyunda Carotis Arterden Yapma Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı

“Dolaşım belirtilerini değerlendirirken vücut ısısına dikkat ederim.” maddesine verilen doğru yanıt sayısı; Özel Hastanelerde çalışan hemşirelerde (%27.1, n=19), Devlet Hastanelerinde çalışan hemşirelere göre (%1.4, n=1) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($\chi^2: 7,092, p: 0,001$) (Tablo 8, Grafik 17).



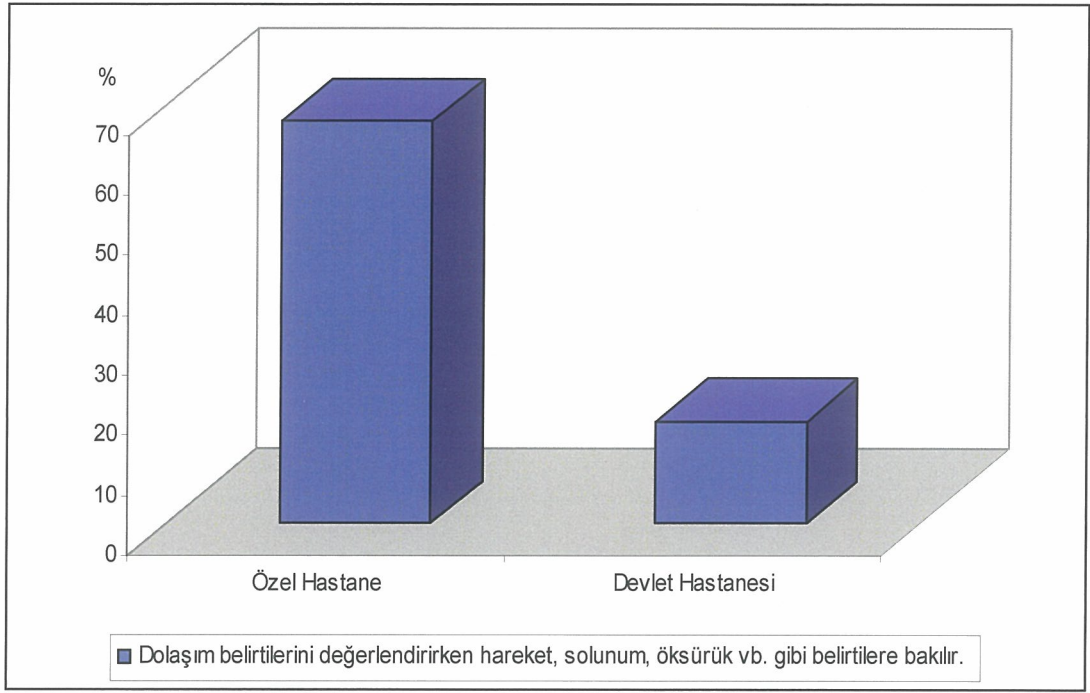
Grafik 17: Dolaşım Belirtilerini Değerlendirirken Vücut Isısına Dikkat Etme Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı

“Dolaşım belirtilerini değerlendirirken pupilla büyüklüğüne, cilt rengine bakarım.” maddesine verilen doğru yanıt sayısı; Özel Hastanelerde çalışan hemşirelerde (%22.9, n=16), Devlet Hastanelerinde çalışan hemşirelere göre (%5.7, n=4) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($\chi^2: 9,620, p: 0,008$) (Tablo 8, Grafik 18).



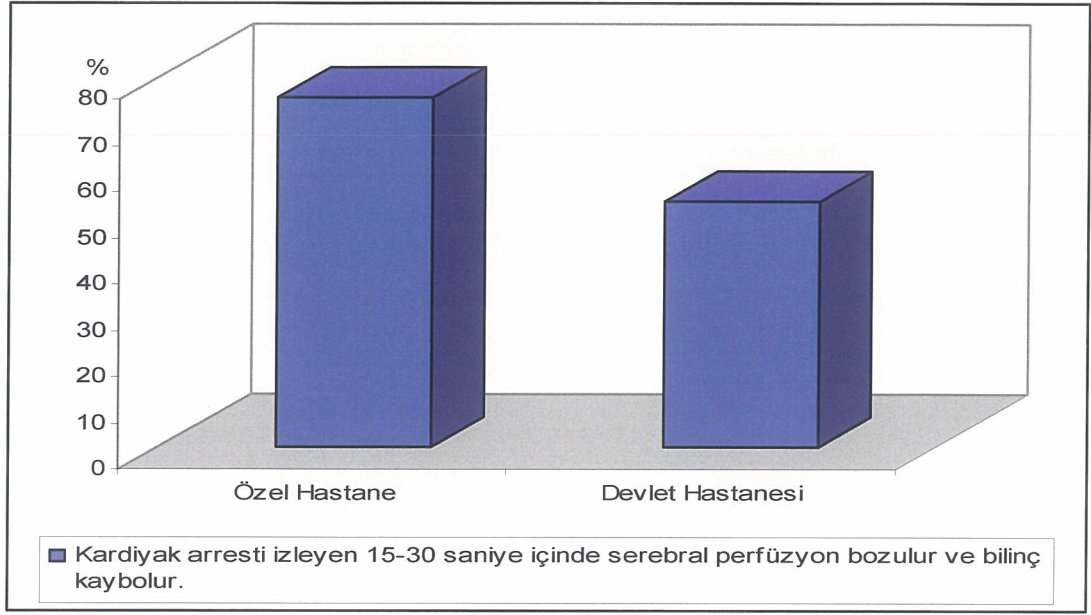
Grafik 18: Dolaşım Belirtilerini Değerlendirirken Pupula Büyüklüğüne, Cilt Rengine Dikkat Etme Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı

“Dolaşım belirtilerini değerlendirirken hareket, solunum, öksürük vb. gibi belirtilere bakılır.” maddesine Özel Hastanede çalışan hemşirelerin verdikleri doğru yanıt sayısı (%67.1, n=47), Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin verdikleri doğru yanıt sayısından (%17.1, n=12) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($\chi^2: 37,430, p: 0,001$) (Tablo 8, Grafik 19).



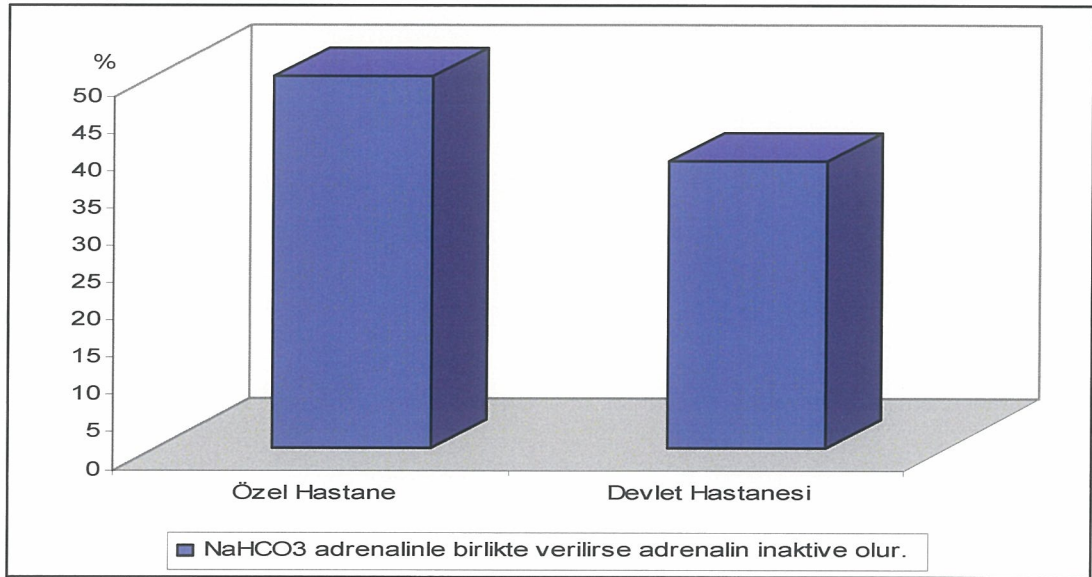
Grafik 19: Dolaşım Belirtilerini Değerlendirirken Dolaşım, Solunum, Öksürük Vb Gibi Belirtilere Bakma Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı

“Kardiyak arresti izleyen 15-30 saniye içinde serebral perfüzyon bozulur ve bilinç kaybolur.” maddesine Özel Hastanede çalışan hemşirelerin verdikleri doğru yanıt sayısı (%75.7, n=53), Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin verdikleri doğru yanıt sayısından (%52.9, n=37) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($\chi^2: 7,987, p: 0,018$) (Tablo 8, Grafik 20).



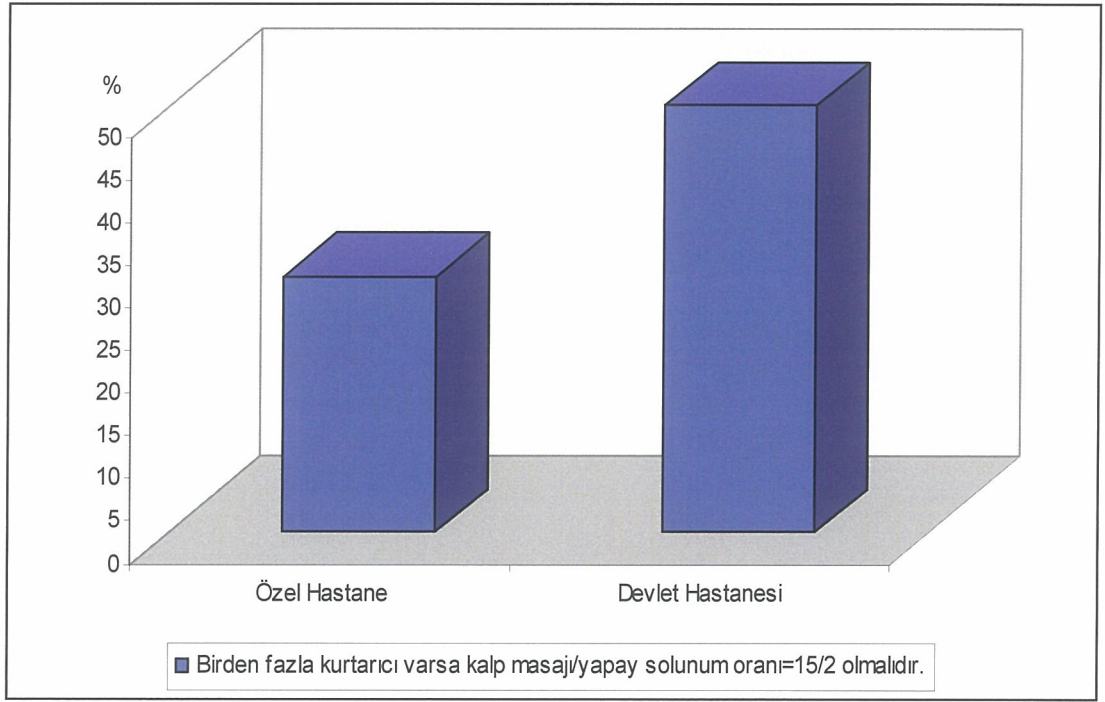
Grafik 20: Kardiyak Arrestini İzleyen 15-30 Saniye İçinde Serebral Perfüzyon Bozulur ve Bilinç Kaybolur Cevabını Verme Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı

“NaHCO₃ adrenalinle birlikte verilirse adrenalin inaktif olur.” maddesine Özel Hastanede çalışan hemşirelerin verdikleri doğru yanıt sayısı (%50, n=35), Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin verdikleri doğru yanıt sayısından (%38.6, n=27) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($\chi^2: 8,297, p: 0,016$) (Tablo 8, Grafik 21).



Grafik 21: NaHCO₃ Adrenalinle Birlikte Verilirse Adrenalin İnaktif Olur Cevabını Verme Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı

“Birden fazla kurtarıcı varsa kalp masajı/yapay solunum oranı=15/2 olmalıdır.” maddesine Özel Hastanede çalışan hemşirelerin verdikleri doğru yanıt sayısı (%30, n=21), Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin verdikleri doğru yanıt sayısından (%50, n=35) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($\chi^2: 7,443, p: 0,024$) (Tablo 8, Grafik 22).



Grafik 22: Birden Fazla Kurtarıcı Varsa Kalp Masajı/Yapay Solunum Oranını=15/2 Olarak Belirleme Oranlarının Hastanelere Göre Dağılımı

6.3. Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusundaki Yaklaşımlarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı Ve Karşılaştırılması

Hemşirelerin doldurdıkları Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda 43 soruluk ankete verilen doğru cevap sayısı 14 ile 41 arasında değişmekte olup ortalama doğru cevap sayısı $28,5 \pm 4,89$ dur. Yanlış cevap sayıları ise 2 ile 29 arasında değişmekte olup ortalama yanlış cevap sayısı $14,50 \pm 4,89$ 'dur.

Tablo 9: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete Verilen Doğru Cevap Sayılarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımları (N=140)

		Doğru Cevap Sayısı		Test Değ; <i>p</i>
		Ortalama	SD	
Yaş	18-25	27,31	5,14	<i>F: 3,596;</i> <i>p: 0,030*</i>
	26-35	29,27	4,57	
	36-45	30,55	3,97	
Medeni Durum	Evli	29,36	4,74	<i>t: 1,692</i> <i>p:0,093</i>
	Bekar	27,94	4,93	
Öğrenim Durumu	Sağlık meslek lisesi	27,53	5,53	<i>F: 1,653;</i> <i>p: 0,180</i>
	Ön lisans	28,94	5,17	
	Lisans	29,35	3,75	
	Yüksek lisans	30,20	5,01	

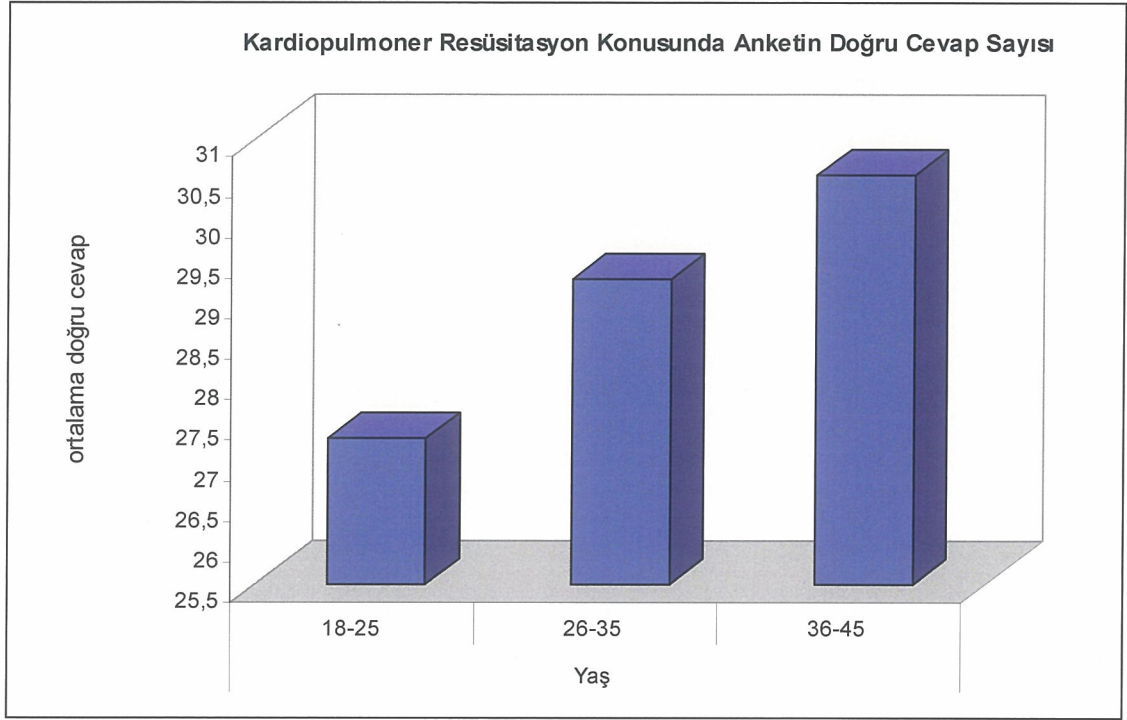
F: Oneway Anova test

t: student t test

SD: Standart Deviasyon

**p<0,05*

Yaş gruplarına göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0.05$). 18-25 yaş grubunun doğru cevap sayısı 26-35 yaş ve 36-45 yaş grubundan anlamlı düzeyde düşük olarak saptandı ($p:0,048$; $p:0,045$). 26-35 yaş ile 36-45 yaş arasında ise doğru cevap sayısına göre anlamlı farklılık yoktur (Tablo 9, Grafik 23).



Grafik 23: Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete Verilen Doğru Cevap Sayılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Medeni duruma göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p > 0.05$).

Eğitim durumuna göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 10: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete verilen Doğru Cevap Sayılarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımları (N=140)

		Doğru Cevap Sayısı		Test Değ;
		Ortalama	SD	<i>p</i>
Çalışılan kurum	Özel hastane	29,34	4,36	<i>t: 2,063</i> <i>p:0,041*</i>
	Devlet hastanesi	27,65	5,26	
Kaç yıldır çalışılıyor	1 yıldan az	25,55	6,25	<i>F: 4,606;</i> <i>p: 0,004**</i>
	1-5 yıl	28,89	4,13	
	6-15 yıl	29,72	4,20	
	16-20 yıl	27,85	5,52	
Hastanedeki görev	Yoğun bakım hemşiresi	29,50	3,94	<i>F: 2,811;</i> <i>p: 0,042*</i>
	Servis hemşiresi	27,46	5,23	
	Sorumlu hemşire	32,60	1,67	
	Acil hemşiresi	28,08	5,39	
Çalışmakta olunan bölüme gelme	Kendi isteğimle	28,79	5,06	<i>F:1,895;</i> <i>p: 0,154</i>
	Kurum tarafından görevlendirildim	27,58	4,60	
	Tesadüfen	30,55	4,77	

NOT: 20 yıldan daha fazla çalışan sadece 2 olgu bulunduğundan karşılaştırma dışı bırakılmıştır.

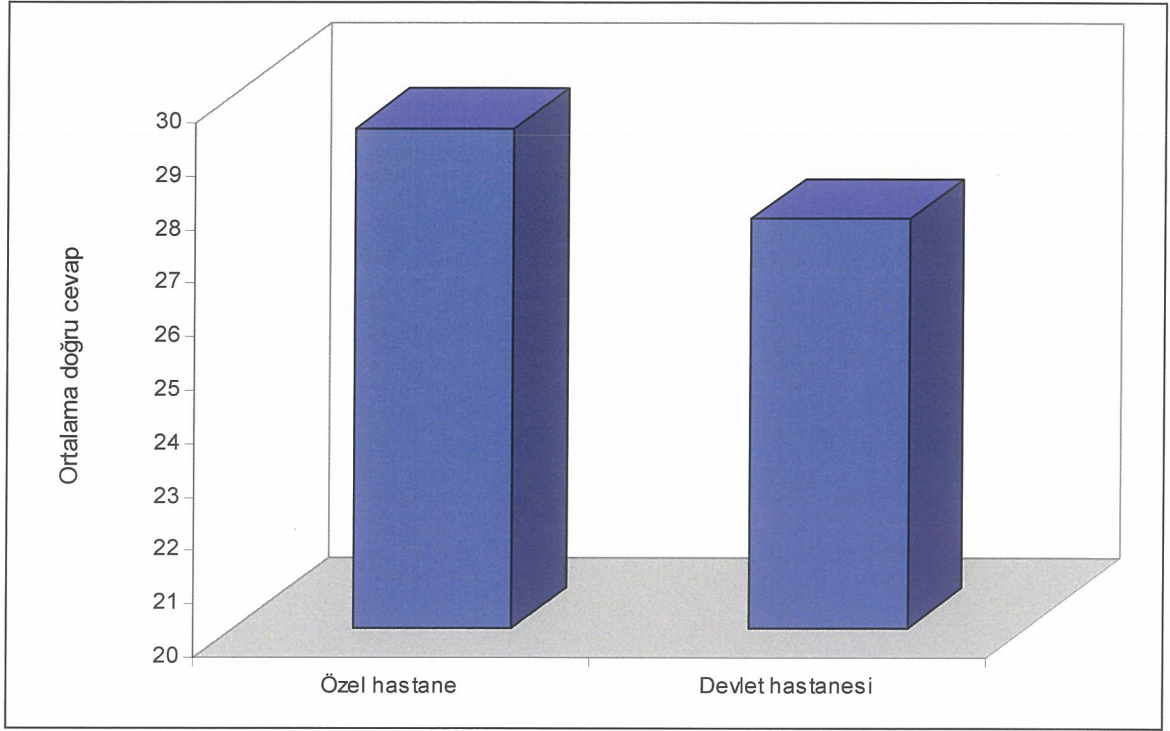
F: Oneway Anova test

t: student t test

SD: Standart Deviasyon

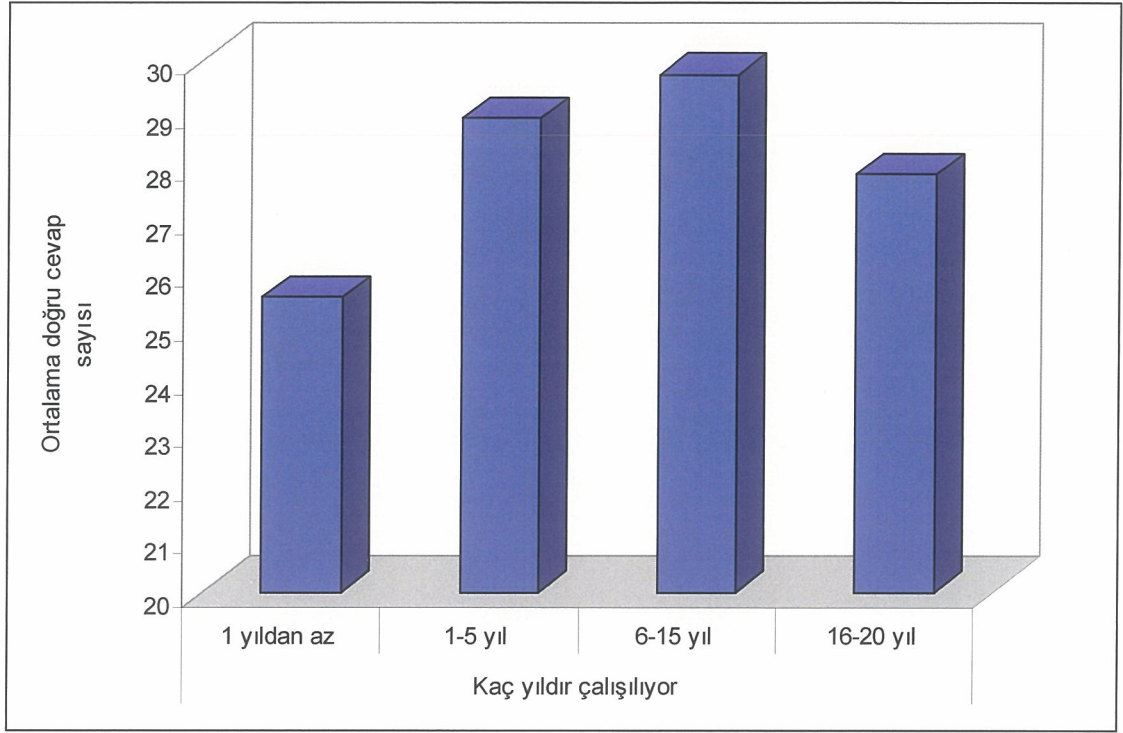
**p<0,05*

Özel hastanede çalışanların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları devlet hastanesinde çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak saptandı ($p<0.05$) (Tablo 10, Grafik 24).



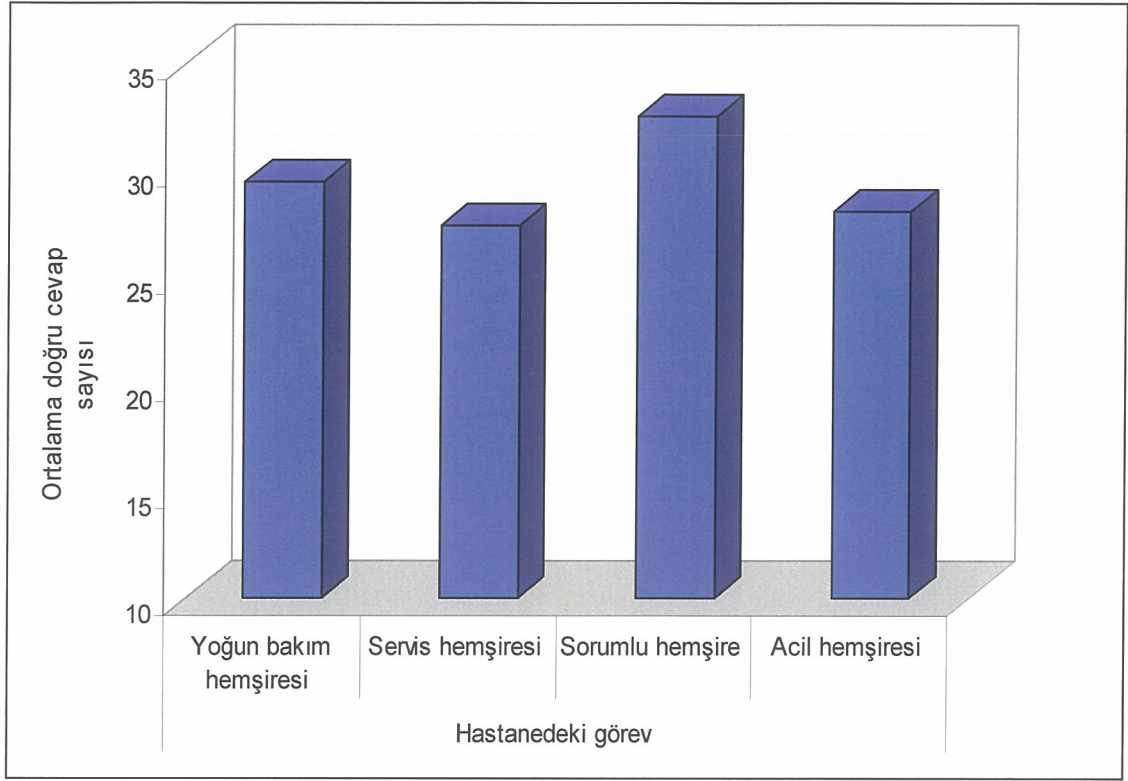
Grafik 24: Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete Verilen Doğru Cevap Sayılarının Çalışılan Kuruma Göre Dağılımı

Çalışma süresine göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.01$). Çalışma süresi bir yıldan az olan katılımcıların doğru cevap sayısı 1-5 yıl ve 6-15 yıl arasında çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olarak saptandı ($p:0.013$; $p:0,003$). Diğer çalışma sürelerine göre katılımcıların doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 10, Grafik 25).



Grafik 25: Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete Verilen Doğru Cevap Sayılarının Çalışma Süresine Göre Dağılımı

Hastanedeki görevlerine göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Servis hemşirelerin doğru cevap sayıları sorumlu hemşirelerden anlamlı düzeyde düşük olarak saptandı ($p: 0,046$). Görev yerlerine göre diğer doğru cevap verme sayıları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 10, Grafik 26).



Grafik 26: Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete Verilen Doğru Cevap Sayılarının Hastanedeki Görevlerine Göre Dağılımı

Çalışılan bölüme gelme şekline göre göre kardiyopulmonere resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 11: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Yaklaşımlarını Değerlendirme Anketi Doğru Cevap Sayılarının Alınan Eğitimlere Göre Dağılımları (N=140)

		Doğru Cevap Sayısı		Test Değ; <i>p</i>
		Ortalama	SD	
Okulda kardiyoloji ile ilgili staj yapma	Evet	29,32	4,01	<i>t:1,726;</i> <i>p:0,087</i>
	Hayır	27,95	5,34	
Kardiyopulmoner resüsitasyon yapma	Evet	29,50	3,59	<i>t:2,093;</i> <i>p:0,040*</i>
	Hayır	27,39	5,85	
Mezuniyetten sonra CPR ile ilgili kursa katılma	Evet	29,06	4,13	<i>t:1,448;</i> <i>p:0,150</i>
	Hayır	27,84	5,60	
Çalışılan kurumda hizmet içi eğitimin yapılması	Evet	28,52	4,91	<i>t:0,414;</i> <i>p:0,680</i>
	Hayır	27,50	4,43	
Çalışılan kurumda hizmet içi eğitime katılma	Evet	28,45	4,89	<i>t:-0,511;</i> <i>p:0,610</i>
	Hayır	29,50	5,20	

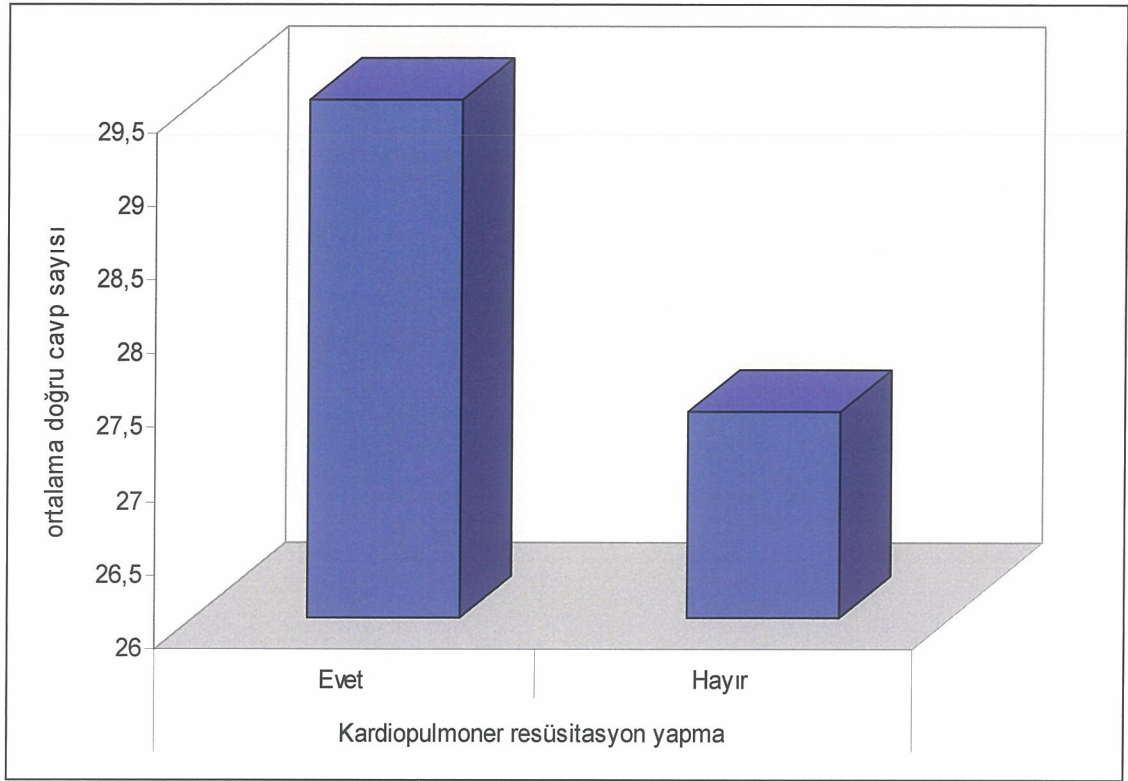
SD: Standart Deviasyon

t: student t test

**p<0,05*

Okul yıllarında kardiyoloji ile ilgili staj yapan olgular ile staj yapmayan katılımcıların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Daha önce kardiyopulmoner resüsitasyon yapan katılımcıların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları yapmayan olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ($p>0.05$) (Tablo 11, Grafik 26).



Grafik 27: Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusunda Ankete Verilen Doğru Cevap Sayılarının Kardiyopulmoner Resüsitasyon Yapma Durumuna Göre Dağılımı

Mezuniyetten sonra CPR ile ilgili kursa gidilmesine göre katılımcıların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Çalışılan kurumda hizmet içi eğitim yapılmasına göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Çalışılan kurumda hizmet içi eğitime katılma durumuna göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 12: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konusundaki Yaklaşımlarını Değerlendirme Anketi Doğru Cevap Sayılarının Kurumda Hizmet İçi Eğitimin Tekrarlanma Zamanı ve Çalışılan Bölümle İlgili Bilgi Edinmeyi Engelleyen Nedenlere Göre Dağılımları (N=140)

		Doğru Cevap Sayısı		Test Değ; <i>p</i>
		Ortalama	SD	
Kurumda hizmet içi eğitimin tekrarlanma zamanı	0-3 ay arası	27,92	5,38	<i>F:0,569;</i> <i>p:0,685</i>
	3-6 ay arası	29,50	3,39	
	6-9 ay arası	28,80	3,96	
	9-12 ay arası	29,19	4,52	
	Hiç biri	28,14	3,93	
Çalışılan bölümle ilgili bilgi edinmeyi engelleyen nedenler	Yeterli kaynak bulamıyorum	25,28	5,52	<i>F:1,834;</i> <i>p: 0,166</i>
	Yeterli zaman yok	28,30	4,44	
	Çalışma alanında yetersiz rehberlik	29,23	4,16	

SD: Standart Deviasyon

F:Oneway Anova test

Çalışılan kurumda hizmet içi eğitimin tekrarlanma zamanlarına göre hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirme anketi doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Çalışılan bölümle ilgili bilgilerin edinilmesini engelleyen nedenlere göre hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirme anketi doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 12).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

7.1. Tartışma

Hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen veriler literatür bilgisi ışığında tartışıldı.

Yaş gruplarına göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). 18-25 yaş grubunun doğru cevap sayısı 26-35 yaş ve 36-45 yaş grubundan anlamlı düzeyde düşük olarak saptandı ($p:0,048$; $p:0,045$) (Tablo 9, Grafik 23). Akbal (1985), Enç (1985), Günay (1985) ve Özer'in (1997) araştırmalarında yaşın artmasının bilgi puan ortalamasını etkilemediği görüldü (3, 38, 48, 78). Bilgi düzeyi ile görerek kazanılabilen performansın (motor beceri vb.) ilişkili olmadığı, yaş ile birlikte çalışma yıllarının fazla olmasının kendine güveni arttırdığı, bilgi artışı ile ilişkili olmadığı ile açıklanmıştır (3, 48). Bulgularımız yukarıda belirtilen literatür bilgisi ile paralellik göstermemektedir. Teorik puanlarında görülen artış yaşla birlikte deneyimlerin artması sonucu ortaya çıktı. Bizim çalışmamızda ortaya çıkan sonuç varsayımımızı desteklemektedir.

Medeni duruma göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). Boz (1995) ve Otman'nın (1996) hemşireler üzerinde yaptıkları bilgi düzeyi ölçümlerinde medeni durumun bilgi puan ortalamasını etkilediği, bekar hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü (17, 73). Bu puan farkının sebepleri arasında; evli hemşirelerin sorumluluklarının daha fazla, zamanın kısıtlı olması, araştırmaya zaman ayıramaması ya da motive olmaması gibi nedenler sayılmıştır (17, 73). Bulgularımız yukarıda belirtilen literatür bilgileri ile paralellik göstermemektedir. Bizim çalışmamızda medeni durum hemşirelerin bilgi düzeylerini etkilemediği bulundu. Bu sonuç varsayımımızı desteklememektedir.

Eğitim durumuna göre kardiyopulmoner resusitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemesine rağmen ($p>0.05$) puan dağılımlarına bakıldığında eğitim düzeyi arttıka doğru verilen cevap sayısının yükseldiği görüldü. Diğer araştırmacıların hemşireler üzerinde yaptıkları bilgi düzeyi ölçümlerinde de eğitim farklılığının bilgi puan ortalamasını etkilediğini saptamışlardır (3, 14, 15, 17, 25, 38, 41, 48, 49, 73, 77). Bulgularımız yukarıda belirtilen literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir. Birçok çalışmada ortaya çıkan sonuç gibi bizim çalışmamızdaki sonuçta beklenen bir durumdur. ğrenim durumunun artması bilgi düzeyini arttırmaktadır. Bu sonuç varsayımımızıda desteklemektedir.

Hastanelere göre katılımcıların hastanedeki görev dağılımları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,01$). Yoğun bakım hemşireleri özel hastanelerde; acil hemşireleri ise devlet hastanesinde yüksek orandadır (Tablo 2, Grafik 4). Hastanedeki görevlerine göre kardiyopulmoner resusitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Servis hemşirelerin doğru cevap sayıları sorumlu hemşirelerden anlamlı düzeyde düşük olarak saptandı ($p: 0,046$). Görev yerlerine göre diğer doğru cevap verme sayıları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 10, Grafik 26). Günay (1985)'in çalışmasında sorumlu olarak görev yapan hemşirelerin bilgi puan ortalamaları, yatakbaşı hemşiresi olarak görev alanların bilgi puan ortalamalarından biraz daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak fark görülmemiş (48). Akbal (1985) ve Enç(1985)'in çalışmalarında da sorumlu ve yatakbaşı hemşiresi olmanın bilgilerini etkilemediği bulunmuş (3, 38). Bulgularımız literatür bilgisi ile paralellik göstermemektedir. Sorumlu hemşirelerin diğer hemşirelere rehberlik edecek yetenekte bulunması beklenen bir durumdur.

Çalışılan bölüme gelme şekline göre kardiyopulmoner resusitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bulgularımız Akbal (1985), Enç (1985) ve Günay'ın (1985) alışmaları ile paralellik göstermemektedir (3, 38, 48). Bu alışmalar CPR konusunda zorunlu eğitim programlarının gerekliliğine ışık tutmaktadır. O halde

başarıyı etkileyen önemli bir faktör istekli olmaktır. Ancak kişinin yetenekleri ve istekleri göz önünde bulundurulmalı, isteksiz ise kursa katılmaya zorlanmamalıdır. Oysa; Otman'ın (1996) yaptığı çalışmada mesleği seven ve sevmeyen hemşirelerin genel bilgi puanlarının eşit olmasına karşın, hemşirelik girişimleri ortalama bilgi puanları mesleği sevmeyenlerde daha yüksek bulunmuştur, meslek sevgisi ile bilgi edinme ve bilgi düzeyleri arasında bir paralellik olmadığı araştırma sonuçlarına göre saptanmıştır (73). Bizim çalışmamızda bölüme gelme şekline göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında farklılık bulunmamaktadır. Bu sonuç varsayımımızı desteklememektedir. Varsayımımızda bölüme kendi isteğiyle gelen hemşirelerin bilgi düzeyinin daha yüksek olacağı düşünüldü.

Çalışma süresine göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.01$). Çalışma süresi bir yıldan az olan katılımcıların doğru cevap sayısı 1-5 yıl ve 6-15 yıl arasında çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olarak saptandı ($p:0.013$; $p:0,003$). Diğer çalışma sürelerine göre katılımcıların doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 10, Grafik 25). Otman'ın (1996) çalışmasında ise hemşirelerin çalışma süreleri (altı yıl üstü) arttıkça bilgi puanlarında bir düşüş olduğu gözlenmiştir (73). Hemşirelerin çalışma süreleri arttıkça bilgi puanlarında bir düşüş olması beklenen bir durum değildir. Edinilen bilgilerin teknoloji ile geçerliliğini kaybetmesi, temel eğitim süresince kazanılan bilgilerin zamanla unutulması, hastanelerde hizmet-içi eğitime eğilinmemesi, bilgilerin yenilenmemesi bilgi puanlarının çalışma yıllarının artmasıyla düşüş göstermesine neden olur. Bizim çalışmamız literatür bilgisi (73) ile paralellik göstermemektedir. Fıstıkçioğlu'nun (1985) çalışması ise bizim bulgularımızı desteklemektedir, Fıstıkçioğlu'nun (1985) yaptığı çalışmada mesleki deneyim arttıkça, bilgi puanlarının da arttığı istatistiksel olarak saptanmıştır (42). Gündoğdu'nun (1989) çalışmasında ise beş yıldan az ve beş yıldan fazla KBY'de çalışmakta olanların mesleki deneyim süresi ile ortalama bilgi ve uygulama puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (49). İnsan sağlığına yönelik bir çalışma ortamının eğitici öğeleri içermesi, böylece hizmet yıllarının artması ile deneyimde ve bilgide artış olması

beklenen bir durumdur. Bizim çalışmamızda hemşirelerin çalışma süreleri arttıkça bilgi puanları artmaktadır. Bu sonuç varsayımımızı desteklemektedir.

Okul yıllarında kardiyoloji ile ilgili staj yapan olgular ile staj yapmayan katılımcıların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 11). Bulgularımız literatür bilgisi ile paralellik göstermemektedir (3, 38, 48). Diğer çalışmalarda kardiyoloji stajı yapmış olmaları CPR'a ilişkin bilgi puan ortalamalarını olumlu yönde etkilemektedir. Hemşirelik eğitiminde, öğrencinin kapsamlı hemşirelik bakımı vermesini sağlayacak bilgi, beceri ve tutumda yetiştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu bağlamda, uygulamalı derslerde verilen kuramsal bilginin ışığında, psikomotor becerilerin geliştirilmesinde, uygulamaların öğrenci tarafından tekrarlanması önemi büyüktür. Çalışmamızda kardiyoloji stajı yapan hemşirelerin bilgi puanları arasında fark olmaması staj süresinin yetersiz olması ya da eğitimin aktif olmamasından kaynaklanmış olabilir. Bu sonuç varsayımımızı desteklememektedir.

Daha önce kardiyopulmoner resüsitasyon yapan katılımcıların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları yapmayan olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ($p>0.05$) (Tablo 11, Grafik 26). Günay (1985) çalışmasında katılımcıların daha önceden CPR'a katılmış olmaları CPR'a ilişkin bilgi puan ortalamalarını yükseltmemektedir (48). Bulgularımız literatür bilgisi ile paralel değildir. Ancak bizim bulduğumuz sonuç beklenen bir durumdur. Daha önce kardiyopulmoner resüsitasyon yapmak hemşirelerin uygulama puanlarını attırmaktadır. Bu sonuç varsayımımızı desteklemektedir.

Mezuniyetten sonra CPR ile ilgili kursa gidilmesine göre katılımcıların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 11). Bulgularımız Akbal (1985), Enç (1985) ve Günay'ın (1985) çalışmaları ile paralellik göstermemektedir (3, 38, 48). Yapılan bu çalışmalara göre mezuniyetten sonra kursa gidilmesi hemşirelerin bilgi düzeyini olumlu yönde arttırmaktadır. Bizim çalışmamızda ise mezuniyetten sonra kursa gidilmesi hemşirelerin doğru cevap sayısını

arttırmamaktadır. CPR kursu ile edinilen bilgilerin teknoloji ile geçerliliğini kaybetmesi, bilgilerin zamanla unutulması, bilgilerin yenilenmemesi bu durumun nedenleri arasında sayılabilir. Bu sonuç varsayımımızı desteklememektedir.

Çalışılan kurumda hizmet içi eğitim yapılmasına göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 11). Yapılan birçok araştırmaya bizim bulgularımız paralellik göstermemektedir (3, 5, 17, 21, 38, 41, 45, 49, 54, 77, 90). Bu araştırmalar hizmet içi eğitim programına katılmanın bilgiyi olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Babadağ ve arkadaşları (1986) tarafından yapılan araştırma eğitim öncesine oranla eğitim sonrası bilgilerde önemli artışın olduğunu bildirmektedir, ancak hizmet içi eğitimle verilen bilgilerin zamanla unutulması mümkün olduğundan eğitimin sürekli olması gerekmektedir (11). Gündoğdu (1989) ve Otman (1996) ise araştırmalarında; hemşirelerin mezuniyetten sonra eğitim programına katılma durumlarına göre ortalama bilgi puanları incelendiğinde, eğitim programına katılanların puanları yüksek olması beklenirken yüksek bulunmamıştır (49, 73). Belirli bir program içinde sürekli olarak, gereksinimlere göre hizmet içi eğitim programlarının planlanması ve sürekliliğinin sağlanamaması başarısızlığa sebep olmuştur. Karşıt düşünceler olmasına rağmen bizim araştırmamız hizmet içi eğitimin hemşirelerin bilgi düzeyini etkilemediğini ortaya koydu. Bu sonuç varsayımımızı desteklememektedir.

Çalışılan kurumda hizmet içi eğitimin tekrarlanma zamanlarına göre hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirme anketi doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 12). Hizmet içi eğitim programlarında vurgulananların hizmet sırasında beklenen standartlarla paralellik göstermesi gerekmektedir. Ancak bu sayede değişik konularda uygulanacak hizmet içi eğitim programlarının hastaya yaklaşımı ve kapsamlı hemşirelik bakımı verilmesini olumlu yönde etkiler. Bulgularımız Akbal (1985), Enç (1985), Günay'ın (1985) çalışmaları ile paralellik göstermektedir (3, 38, 48).

Katılımcıların “Hizmet içi eğitim yapılmıyorsa konuyla ilgili bilgilerin hangi kaynaklardan ediniyorsunuz?” sorusuna cevap olarak hekimlerden diyenlerin oranları özel hastanede %1(n=1.4), devlet hastanesinde %0 ve toplamda %1(n=0.7), hemşirelerden diyenlerin oranları özel hastanede %1(n=1.4), devlet hastanesinde %2(n=2.9) ve toplamda %3(n=2.1), kitap ve dergilerden diyenlerin oranları özel hastanede %1(n=1.4), devlet hastanesinde %1(n=1.4) ve toplamda %2(n=1.4), kurumun geliştirdiği basılı yayınlardan diyenlerin oranları özel hastanede %0 devlet hastanesinde %0 toplamda %0, TV-Radyo-Video-İnternet diyenlerin oranları özel hastanede %4(n=5.7) devlet hastanesinde %8(n=11.4) ve toplamda %12(n=8.6) olarak saptandı. Hastaneler arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4). Günay’ın (1985) yaptığı çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğu kaynak olarak hekimleri (%55), hemşire arkadaşlarını (%46) ve kitap ve dergileri (%45) kullanmaktadır (48). Bulgularımız literatür bilgisi ile paralellik göstermemektedir. Bizim çalışmamızda hemşireler hizmet içi eğitimi yeterli gördükleri için başka kaynakları kullanmak istememektedirler.

Çalışılan bölümle ilgili bilgiler edinmeyi engelleyen nedenlere göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$); Katılımcıların çalıştığınız bölümle ilgili bilgileri edinmeyi engelleyen nedenler olarak yeterli kaynak bulamıyorum diyenlerin oranları özel hastanede %3.6 (n=2), devlet hastanesinde %13.9 (n=5) ve toplamda %7.6 (n=7), yeterli zaman yok diyenlerin oranları özel hastanede %87.5 (n=49), devlet hastanesinde %58.3 (n=21) ve toplamda %76.1 (n=70) olarak saptandı. Özel hastanelerde anlamlı düzeyde ($p<0.05$) yüksektir (Tablo 4, Grafik 10). Çalışılan bölümle ilgili bilgilerin edinilmesini engelleyen nedenlere göre hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirme anketi doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 12). Günay (1985) çalışmasında bilgi edinmeyi engelleyen nedenler arasında ise; %59’ u zaman yetersizliğini, %30’u yetersiz rehberliği belirtmiştir (48). Yine Akbal (1985) ve Enç (1985) ‘in çalışmalarında da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır (3, 38). Bulgularımız literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir.

Özel hastanede çalışanların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları devlet hastanesinde çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ($p<0.05$) (Tablo 10, Grafik 24). Bulgularımız Akbal (1985), Enç (1985), Günay (1985) ve Otman'ın (1996) hemşireler üzerinde bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmaları ile paralellik göstermektedir (3, 38, 48, 73). Bu sonuçlara neden olan noktalar arasında; Özel hastanede çalışan hemşirelerin genelde yeni mezun olması, işe girişte seçici davranması, sürekli denetleyici olması yer almaktadır. Ayrıca kardiyoloji stajı yapma (Tablo 3, Grafik 7), bölüme kendi isteği ile gelme (Tablo 14, Grafik 31) ve mezuniyetten sonra CPR ile ilgili kursa katılma (Tablo 3, Grafik 8) özel hastanede daha fazladır. Bu nedenler de özel hastanedeki hemşirelerin bilgi düzeylerini olumlu yönde etkiledi. Bu sonuç varsayımımızı desteklemektedir.

Günay'ın (1985) yaptığı araştırmaya katılan hemşirelerin CPR'a ilişkin bilgilerinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (48). Bizim çalışmamızda da devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyi orta düzeyde bulundu. Özel hastanede çalışan hemşirelerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olması nedenleri arasında; kardiyoloji stajı yapma (Tablo 3, Grafik 7), bölüme kendi isteği ile gelme (Tablo 14, Grafik 31) ve mezuniyetten sonra CPR ile ilgili kursa katılma (Tablo 3, Grafik 8) özel hastanede daha fazladır. Bu nedenler özel hastanedeki hemşirelerin bilgi düzeylerini olumlu yönde etkilemiştir. İngiltere de koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler üzerinde gözleme dayalı bir araştırma yapılmış (British Medical Journal: Inability of training nurses to perform basic life support. 1987) ve hemşirelerin temel yaşam desteğini sağlayabilme konusundaki bilgilerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastanelerde kardiyak arrest oluşumlarının çoğunda kurtarıcı ekip gelmeden hemşire temel yaşam desteğini gerçekleştirmek durumundadır. Hasta hemşire ilişkileri çok iç içe olduğundan hastanın durumunun değerlendirilmesinde hemşireye büyük sorumluluk düşmektedir; kardiyak arresi tanıma, CPR'a başlama ve sürdürebilmede rolü büyüktür. Bu nedenle konuya ilişkin bilgisinin yeterli olması, öncelik sırasına göre, çok kısa sürede uygun girişimlerde bulunması beklenir (48).

Hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını belirlemek için anket formunda (Ek 2) yer alan maddelere verilen doğru cevaplar incelendiğinde; Katılımcıların “ani kalp durmasını en iyi tanımlayan” seçeneklere göre; doğru şık olan “solunum ve dolaşımın durması” diyenlerin oranı (Tablo 5, Grafik 11), “baş/boyun travması olmayan, bilinçsiz hastanın hava yolu açıklığını hangi pozisyonda sağlarsınız?” sorusuna doğru cevap verenlerin oranı (Tablo 5, Grafik 12), bilinçsiz hastanın baş/boyun travması varsa hava yolu açıklığını hangi pozisyonda sağlarsınız?” sorusuna doğru cevap olan “Çene (sadece çeneyi ileri ve yukarı kaldırarak)” diyenlerin oranları (Tablo 5, Grafik 13), “Solunumu değerlendirmek için kullanılacak süre” sorusuna doğru cevap olan “en fazla 10 saniye” diyenlerin oranları (Tablo 6, Grafik 14), “Solunumu durmuş bir kişiye yapay solunum sağlama şekli” doğru cevap olan “ağızdan ağza, ağızdan buruna, ağızdan stomaya, ambu ve ambu maskesi ile” diyenlerin oranları (Tablo 6, Grafik 15), “Yetişkinde nabız değerlendirmesini boyunda Carotis Arterden yaparım.” (Tablo 8, Grafik 16), “Dolaşım belirtilerini değerlendirirken vücut ısısına dikkat ederim.” (Tablo 8, Grafik 17), “Dolaşım belirtilerini değerlendirirken pupilla büyüklüğüne, cilt rengine bakarım.” (Tablo 8, Grafik 18), “Dolaşım belirtilerini değerlendirirken hareket, solunum, öksürük vb. gibi belirtilere bakılır.” (Tablo 8, Grafik 19), “Kardiyak arresti izleyen 15-30 saniye içinde serebral perfüzyon bozulur ve bilinç kaybolur.” (Tablo 8, Grafik 21), “NaHCO₃ adrenalinle birlikte verilirse adrenalin inaktive olur.” (Tablo 8, Grafik 22) maddelerine evet yanıtı verme oranları özel hastanede istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Kardiyoloji stajı yapma (Tablo 3, Grafik 7), bölüme kendi isteği ile gelme (Tablo 14, Grafik 31) ve mezuniyetten sonra CPR ile ilgili kursa katılma (Tablo 3, Grafik 8) özel hastanede daha fazladır. Bu nedenler özel hastanedeki hemşirelerin bilgi düzeylerini olumlu yönde etkilemiştir.

“Birden fazla kurtarıcı varsa kalp masajı/yapay solunum oranı=15/2 olmalıdır.” maddesine Özel Hastanede %30 (n=21) ve Devlet Hastanesinde %50 (n=35), evet yanıtı verme oranından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 8, Grafik 20). Devlet hastanesinde hemşireler daha fazla vaka gördükleri için ve acil servislerde daha fazla hemşire çalıştığı için (hastaya birden fazla müdahale eden kişi olduğu için) istatistiksel olarak doğru cevap verme devlet hastanesinde daha yüksek bulundu.

Hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını belirlemek için anket formunda (Ek 2) yer alan yukarıda belirtilen maddeler haricindeki maddelere verilen doğru cevaplar incelendiğinde evet yanıtı verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 7, 8).

7.2 . Sonuç

Hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen veriler incelendiğinde; aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

Katılımcıların 18-25 yaş arasında olma oranları özel hastanede % 45.7 (n=32), devlet hastanesinde % 41.4 (n=29) ve toplamda % 43.6 (n=61), 26-35 yaş arasında olma oranları özel hastanede %51.4 (n=36), devlet hastanesinde %48.6 (n=34) ve toplamda %50 (n=70), 36-45 yaş arasında olma oranları özel hastanede %2.9 (n=2), devlet hastanesinde %8.6 (n=6) ve toplamda %5.7 (n=8), 45 üstü yaş arasında olma oranları özel hastanede %0 (n=0), devlet hastanesinde %1.4 (n=1) ve toplamda %0.7 (n=1) olarak saptandı (Tablo 1, Grafik 1).

Yaş gruplarına göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). 18-25 yaş grubunun doğru cevap sayısı 26-35 yaş ve 36-45 yaş grubundan anlamlı düzeyde düşük olarak saptandı ($p:0,048$; $p:0,045$). 26-35 yaş ile 36-45 yaş arasında ise doğru cevap sayısına göre anlamlı farklılık yoktur (Tablo 9, Grafik 23).

Hastanelere göre katılımcıların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Katılımcıların evli olma oranları özel hastanede %34.3 (n=24), devlet hastanesinde %44.3 (n=31) ve toplamda %39.3 (n=55), bekar olma oranları özel hastanelerde %65.7 (n=46), devlet hastanesinde %55.7 (n=39) ve toplamda %60.7 (n=85) olarak saptandı (Tablo 1, Grafik 2).

Medeni duruma göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Hastanelere göre katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Katılımcıların sağlık meslek lisesi mezunu olma oranları özel hastanelerde %41.4 (n=29), devlet hastanesinde %50 (n=35) ve toplamda %45.7 (n=64), ön lisans mezunu olma oranları özel hastanede %8.6 (n=6), devlet hastanesinde %15.7 (n=11) ve toplamda %12.1 (n=17), lisans mezunu olma oranları özel hastanede %45.7 (n=32), devlet hastanesinde %31.4 (n=22) ve toplamda %38.6 (n=54), yüksek lisans mezunu olma oranları ise özel hastanede %4.3 (n=3), devlet hastanesinde %2.9 (n=2) ve toplamda %3.6 (n=5) olarak saptandı (Tablo 1, Grafik 3).

Eğitim durumuna göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Hastanelere göre katılımcıların hastanedeki görev dağılımları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,01$). Yoğun bakım hemşireleri özel hastanelerde; acil hemşireleri ise devlet hastanesinde yüksek orandadır. Katılımcıların yoğun bakım hemşiresi olma oranları özel hastanede %45.7 (n=32), devlet hastanesinde %22.9 (n=16) ve toplamda %34.3 (n=48), servis hemşiresi olma oranları özel hastanelerde %41.4 (n=29), devlet hastanesinde %32.9 (n=23) ve toplamda %37.1 (n=52), sorumlu hemşire olma oranları özel hastanelerde %2.9 (n=2); devlet hastanesinde %4.3 (n=3) ve toplamda %3.6 (n=5), acil hemşiresi olma oranları ise özel hastanede %10 (n=7), devlet hastanesinde %40 (n=28) ve toplamda %25 (n=35) olarak saptandı (Tablo 2, Grafik 4).

Hastanedeki görevlerine göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Servis hemşirelerin doğru cevap sayıları sorumlu hemşirelerden anlamlı düzeyde düşük olarak saptandı ($p: 0,046$). Görev yerlerine göre diğer doğru cevap verme sayıları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 10, Grafik 26).

Çalışılan bölüme geliş şekline göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,01$); özel hastanelere kendi isteği ile gelenler daha yüksek orandayken; devlet hastanelerinde kurum tarafından görevlendirmeler yüksek orandadır. Katılımcıların çalışılan bölüme kendi isteğiyle gelme oranları özel hastanede %61.4 (n=43); devlet hastanesinde %42.9 (n=30) ve toplamda %52.1 (n=73), kurum tarafından görevlendirilenlerin oranları özel hastanede %25.7 (n=18), devlet hastanesinde %52.9 (n=37) ve toplamda %39.3 (n=55), tesadüfen gelme oranları özel hastanede %8.6 (n=6), devlet hastanesinde %4.3 (n=3) ve toplamda %6.4 (n=9), arkadaş tavsiyesiyle gelme oranı özel hastanede %4.3 (n=3), devlet hastanesinde %0 (n=0) ve toplamda %2.1 (n=3) olarak saptandı (Tablo 2, Grafik 5).

Çalışılan bölüme gelme şekline göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastanelere göre katılımcıların çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,01$); Devlette çalışma süreleri daha uzun iken özel de daha kısadır. Katılımcıların bir yıldan az çalışma süresi oranları özel hastanede %14.3 (n=10), devlet hastanesinde %24.3 (n=17) ve toplamda %19.3 (n=27), bir-beş yıl çalışma süresi oranları özel hastanede %54.3 (n=38), devlet hastanesinde %37.1 (n=26) ve toplamda %45.7 (n=64), altı ile 15 yıl çalışma süresi oranları özel hastanede %31.4 (n=22), devlet hastanesinde %25.7 (n=18) ve toplamda %28.6 (n=40), 16-20 yıl çalışma süresi oranları özel hastanede %0 (n=0), devlet hastanesinde %10 (n=7) ve toplamda %5 (n=7), 20 yıl ve üstü çalışma süresi oranları özel hastanede %0 (n=0), devlet hastanesinde %2.9 (n=2) ve toplamda %1.4 (n=2) olarak saptandı (Tablo 2, Grafik 6).

Çalışma süresine göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p<0.01$). Çalışma süresi bir yıldan az olan katılımcıların doğru cevap sayısı bir-beş yıl ve altı-15 yıl arasında çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olarak saptandı ($p:0.013$; $p:0,003$). Diğer çalışma sürelerine göre katılımcıların

doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 10, Grafik 25).

Okul yıllarında kardiyoloji ile ilgili staj yapma durumuna göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görölmektedir ($p<0,01$); özel hastanelerde staj yapma oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Katılımcıların okul yıllarında kardiyolojiyle ilgili staj yapma olanağı olanların oranları özel hastanede %52.9 (n=37), devlet hastanesinde %27.1 (n=19) ve toplamda %40 (n=50) olarak saptandı (Tablo 3, Grafik 7).

Okul yıllarında kardiyoloji ile ilgili staj yapan olgular ile staj yapmayan katılımcıların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Daha önceleri kardiyopulmoner resüsitasyon yapma durumuna göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görölmemektedir ($p>0,05$); Katılımcıların daha önce kardiyopulmoner resüsitasyon yapması oranları özel hastanede %50 (n=35); devlet hastanesinde %35.7 (n=25) ve toplamda %42.9 (n=60) olarak saptandı (Tablo 3).

Daha önce kardiyopulmoner resüsitasyon yapan katılımcıların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları yapmayan olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ($p>0.05$) (Tablo 11, Grafik 26).

CRP ile ilgili kursa katılma durumuna göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görölmektedir ($p<0,01$); özel hastanelerde CRP ile ilgili kursa katılım oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Katılımcıların CPR ile ilgili kursa katılanların oranlarına bakıldığın özel hastanede %70 (n=49), devlet hastanesinde %37.1 (n=26) ve toplamda %53.6 (n=75) olarak saptandı (Tablo 3, Grafik 8).

Mezuniyetten sonra CPR ile ilgili kursa gidilmesine göre katılımcıların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Çalışılan kurumda hizmet içi eğitim yapılması durumuna göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$); Çalışılan kurumda hizmet içi eğitim yapılma oranı özel hastanede %98.6 (n=69), devlet hastanesinde %95.7 (n=67) ve toplamda %97.1 (n=136) olarak saptandı (Tablo 3).

Çalışılan kurumda hizmet içi eğitim yapılmasına göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Çalışılan kurumda hizmet içi eğitime katılma durumuna göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$); çalışılan kurumda hizmeti içi eğitime katılma oranı özel hastanede %95.7 (n=67), devlet hastanesinde %95.7 (n=67) ve toplamda %95.7 (n=134) olarak saptandı (Tablo 3).

Çalışılan kurumda hizmet içi eğitime katılma durumuna göre kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki ankete verilen doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Kurumda hizmet içi eğitimin tekrarlanma süresine göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,01$); Devlet hastanelerinde 0-3 ay arasında tekrarlanma oranı yüksek iken özel hastanede 9-12 ayda bir tekrarlanma oranının yüksekliği görülmektedir. Katılımcıların “Kurumunuzda hizmet içi eğitim yapılıyorsa ne kadar zamanda bir tekrarlanıyor?” sorusuna cevap olarak 0-3 ay arası diyenlerin oranları özel hastanede %11.4 (n=8), devlet hastanesinde %90 (n=63) ve toplamda %50.7 (n=71) , 3-6 ay arası diyenlerin oranları özel hastanede %5.7 (n=4), devlet hastanesinde %2.9 (n=2) ve toplamda %4.3 (n=6), 6-9 ay arası diyenlerin oranları özel hastanede %5.7 (n=4), devlet hastanesinde %1.4 (n=1) ve toplamda %3.6 (n=5), 9-12 ay arası diyenlerin oranları özel hastanede %67.1 (n=47),

devlet hastanesinde %5.7 (n=4) ve toplamda %36.4 (n=51), hiçbiri diyenlerin oranları ise özel hastanede %10 (n=7) devlet hastanesinde %0 (n=0) toplamda %5 (n=7) olarak saptandı (Tablo 4, Grafik 9).

Çalışılan kurumda hizmet içi eğitimin tekrarlanma zamanlarına göre hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirme anketi doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Katılımcıların “Hizmet içi eğitim yapılmıyorsa konuyla ilgili bilgilerin hangi kaynaklardan ediniyorsunuz?” sorusuna cevap olarak hekimlerden diyenlerin oranları özel hastanede %1 (n=1.4), devlet hastanesinde %0 ve toplamda %1 (n=0.7) olarak saptandı. Hastaneler arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$); hemşirelerden diyenlerin oranları özel hastanede %1 (n=1.4), devlet hastanesinde %2 (n=2.9) ve toplamda %3 (n=2.1) olarak saptandı. Hastaneler arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$); kitap ve dergilerden diyenlerin oranları özel hastanede %1 (n=1.4), devlet hastanesinde %1 (n=1.4) ve toplamda %2 (n=1.4), kurumun geliştirdiği basılı yayınlardan diyenlerin oranları özel hastanede %0 devlet hastanesinde %0 toplamda %0, TV-Radyo-Video-İnternet diyenlerin oranları özel hastanede %4 (n=5.7) devlet hastanesinde %8 (n=11.4) ve toplamda %12 (n=8.6) olarak saptandı. Hastaneler arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4).

Çalışılan bölümle ilgili bilgiler edinmeyi engelleyen nedenlere göre hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0.05$); Katılımcıların çalıştığınız bölümle ilgili bilgileri edinmeyi engelleyen nedenler olarak yeterli kaynak bulamıyorum diyenlerin oranları özel hastanede %3.6 (n=2), devlet hastanesinde %13.9 (n=5) ve toplamda %7.6 (n=7), yeterli zaman yok diyenlerin oranları özel hastanede %87.5 (n=49), devlet hastanesinde %58.3 (n=21) ve toplamda %76.1 (n=70) olarak saptandı. Özel hastanelerde anlamlı düzeyde yüksektir. Çalışma alanındaki yetersiz rehberlik diyenlerin oranları özel hastanede %7.1 (n=4), devlet hastanesinde %25 (n=9), toplamda %14.1 (n=13), kaynakların çok pahalı olması

diyenlerin oranları özel hastanede %1.8 (n=1), devlet hastanesinde %2.8 (n=1), toplamda %2.2 (n=2) olarak saptandı (Tablo 4, Grafik 10).

Çalışılan bölümle ilgili bilgilerin edinilmesini engelleyen nedenlere göre hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirme anketi doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Özel hastanede çalışanların toplam puanları, Devlet hastanesinde çalışanların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek bulundu ($p<0.01$) (Tablo 14, Grafik 27).

Katılımcıların ani kalp durmasını en iyi tanımlayan seçeneklere göre hastaneler arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,01$); doğru şık olan “solunum ve dolaşımın durması” diyenlerin oranları özel hastanede %68.6 (n=48), devlet hastanesinde %25.7 (n=18) ve toplamda %47.1 (n=66) olarak saptandı.

Ani kalp durmasını en iyi tanımlayan seçeneğin doğru bilinmesine göre hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirme anketi doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 13).

CPR uygulamak için hastayı doğru pozisyonda yatırmanın bilinmesine göre hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirme anketi doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Katılımcıların baş/boyun travması olmayan, bilinçsiz hastanın hava yolu açıklığını hangi pozisyonda sağlarsınız?” sorusuna verdikleri cevaplara göre hastaneler arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$) ; doğru cevap olan “baş-çene pozisyonunda” diyenlerin oranları özel hastanede %85.7 (n=60), devlet hastanesinde

%64.3 (n=45) ve toplamda %75 (n=105) olarak saptandı. Özel hastanelerde doğru cevap oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 5, Grafik 12).

Baş boyun travması olmayan, bilinçsiz hastanın hava yolu açıklığını sağlamanın bilinmesine göre hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirme anketi doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Katılımcıların bilinçsiz hastanın baş/boyun travması varsa hava yolu açıklığını hangi pozisyonda sağlarsınız?" sorusuna verdikleri cevaplar hastanelere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$); Doğru cevap olan "Çene (sadece çeneyi ileri ve yukarı kaldırarak)" diyenlerin oranları özel hastanede %78.6 (n=55), devlet hastanesinde %57.1 (n=40) ve toplamda %67.9 (n=95) olarak saptandı. Özel hastanelerdeki oran anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Baş boyun travması olan, bilinçsiz hastanın hava yolu açıklığını sağlamanın bilinmesine göre hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirme anketi doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Katılımcıların "Solunumu değerlendirmek için kullanılacak süre" sorusuna verilen cevaplar hastanelere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$); doğru cevap olan "en fazla 10 saniye" diyenlerin oranları özel hastanede %68.6 (n=48), devlet hastanesinde %35.7 (n=25) ve toplamda %52.1 (n=73) olarak saptandı. Özel hastanelerdeki oranın yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Solunumu değerlendirmek için kullanılacak süreyi doğru bilen katılımcıların kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirme anketi doğru cevap sayıları yanlış bilen katılımcıların doğru cevap sayılarından istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 13, Grafik 27).

“Solunumu durmuş bir kişiye yapay solunum sağlama şekli” sorusuna verilen cevaplar hastanelere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$); doğru cevap olan “ağızdan ağza, ağızdan buruna, ağızdan stomaya, ambu ve ambu maskesi ile” diyenlerin oranları özel hastanede %78.6 (n=55), devlet hastanesinde %57.1 (n=40) ve toplamda %67.9 (n=95) olarak saptandı. Özel hastanelerdeki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 6, Grafik 15).

Solunumu durmuş kişiye yapay solunum sağlama yollarının doğru bilinmesine göre hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirme anketi doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 13).

“Yerde hareketsiz yatan bir kişi gördüğümde nefes alıp vermediğini kontrol ederim.” önermesine katılımcıların %95’i (n=133) evet; %1.4’ü (n=2) hayır; %3.6’sı (n=5) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Arrest sonrası geçen süre 30 saniyeden fazla ise başarı şansı azalır.” önermesine katılımcıların %57.1’i (n=80) evet; %36.4’ü (n=51) hayır; %6.4’ü (n=9) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yerde hareketsiz kalan bir kişi gördüğümde cevap/tepki verip vermediğini kontrol ederim” önermesine katılımcıların %93.6’sı (n=131) evet; %2.9’u (n=4) hayır; %3.6’sı (n=5) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Geri döndürülebilir nedenler arasında hipovolemi, hipoksi, hipokalemi, hipotermi yer alır.” önermesine katılımcıların %77.1’i (n=108) evet; %12.1’i (n=17) hayır; %10.7’si (n=15) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde nabız değerlendirmesini boyunda Carotis Arterden yaparım.” önermesine katılımcıların %90.7’si (n=127) evet; %7.9’u (n=11) hayır; %1.4’ü (n=2) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Telefon ile yardım çağırmadan önce bir dakika Temel yaşam desteği uygulamam.” önermesine katılımcıların %54.3’ü (n=76) evet; %37.1’i (n=52) hayır; %8.6’ı (n=12) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Kardiyak arresti izleyen bir-üç dakika içinde solunum merkezinin perfüze olmamasına bağlı olarak solunum durur.” önermesine katılımcıların %65.7’si (n=92) evet; %9.3’i (n=13) hayır; %25’i (n=35) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Hastada solunumu kontrol ederken bak dinle hisset yöntemini uygulamam.” önermesine katılımcıların %91.4’ü (n=128) evet; %7.9’u (n=11) hayır; %0.7’si (n=1) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Dolaşım belirtilerini değerlendirirken vücut ısısına dikkat ederim.” önermesine katılımcıların %83.6’sı (n=117) evet; %14.3’ü (n=20) hayır; %2.1’i (n=3) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yanıt veren hastada resüsitasyon ekibini beklerken hastaya oksijen verilmeli, monitorizasyon sağlanmalı ve IV kanül yerleştirilmelidir.” önermesine katılımcıların %96.4’ü (n=135) evet; %2.1’i (n=3) hayır; %1.4’ü (n=2) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Dolaşım belirtilerini değerlendirirken pupilla büyüklüğüne, cilt rengine bakarım.” önermesine katılımcıların %85’i (n=119) evet; %14.3’ü (n=20) hayır; %0.7’si (n=1) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Dolaşım belirtilerini değerlendirirken hareket, solunum, öksürük vb. gibi belirtilere bakılır.” önermesine katılımcıların %42.1’i (n=) 59 evet; %50.7’si (n=71) hayır; %7.1’i (n=10) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde kalp masajı uygulamak için pozisyon sternumun üst yarısına iki el üst üstte olmalıdır.” önermesine katılımcıların %42.9’u (n=60) evet; %55’i (n=77) hayır; %2.1’i (n=3) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde kalp masajı uygulamak için pozisyon sternumun ortasına yarısına iki el üst üstte olmalıdır.” önermesine katılımcıların %58.6’sı (n=82) evet; %35’i (n=49) hayır; %6.4’ü (n=9) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Bifazik defibrilatör ile şok 150-200 J uygulanır.” önermesine katılımcıların %56.4’ü (n=79) evet; %10’u (n=14) hayır; %33.6’sı (n=47) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Kardiyak arresti izleyen 15-30 saniye içinde serebral perfüzyon bozulur ve bilinç kaybolur.” önermesine katılımcıların %64.3’ü (n=90) evet; %10’u (n=14) hayır; %25.7’si (n=36) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“VF/VT üç şoka rağmen devam ediyorsa bir dakika süre ile (15/2) CPR uygulanmalıdır.” önermesine katılımcıların %40’ı (n=6) evet; %24.3’ü (n=34) hayır; %35.7’si (n=50) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Solunum ve dolaşım en fazla 10 saniye içerisinde değerlendirilmelidir.” önermesine katılımcıların %81.4’ü (n=114) evet; %10’u (n=14) hayır; %8.6’sı (n=12) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Şok uygulanan ritimler = VF, nabız alınabilen VT.” önermesine katılımcıların %51.4’ü (n=72) evet; %22.9’u (n=32) hayır; %25.7’si (n=36) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Şok uygulanamayan ritimler = asistoli ve nabızsız elektriksel aktivitedir.” önermesine katılımcıların %52.9’u (n=74) evet; %20’si (n=28) hayır; %27.1’i (n=38) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Bir el altında, diğer el çenede kemikli alanda, yumuşak dokulara baskı yapılarak hava yolu açılmalıdır.” önermesine katılımcıların %77.9’u (n=109) evet; %13.6’sı (n=19) hayır; %8.6’sı (n=12) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Baş boyun travma varlığı veya şüphesi varsa havayolu başı eğmeksizin çene manevrası ile açılmalıdır.” önermesine katılımcıların %90.7’si (n=127) evet; %5.7’si (n=8) hayır; %3.6’sı (n=5) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Tam hava yolu tıkanmasında hasta bilinçli ise beş sırt darbesi, beş abdominal darbe uygulanır.” önermesine katılımcıların %80.7’si (n=113) evet; %6.4’ü (n=9) hayır; %12.9’u (n=18) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Bilinçsiz bir kişide hava yolu tıkanmasının en önemli nedeni dilin hava yolunu tıkamasıdır.” önermesine katılımcıların %94.3’ü (n=132) evet; %3.6’sı (n=5) hayır; %2.1’i (n=3) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde kalp masajı uygularken sternumu üç-yedi cm çökertecek kadar bası uygulayın.” önermesine katılımcıların %77.1’i (n=108) evet; %15.7’si (n=22) hayır; %7.1’i (n=10) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde kalp masajı/ yapay solunum oranı = 30/2.” önermesine katılımcıların %45’i (n=63) evet; %50.7’si (n=71) hayır; %4.3’ü (n=6) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde kalp masajı/ yapay solunum oranı = 15/2.” önermesine katılımcıların %59.3’ü (n=83) evet; %37.9’u (n=53) hayır; %2.9’u (n=4) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Kosta kırıkları, akciğer yaralanmaları, pnömotoraks, hemotoraks, karaciğer dalak yırtılması kalp masajı komplikasyonudur.” önermesine katılımcıların %86.4’ü (n=121) evet; %4.3’ü (n=6) hayır; %9.3’ü (n=13) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Asidozun düzeltilmesi için IV NaHCO₃ verilmeden önce %100 O₂'le yeterli ventilasyon sağlanması asidozu düzeltebilir.” önermesine katılımcıların %51.4'ü (n=72) evet; %22.9'u (n=32) hayır; %25.7'si (n=36) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“NaHCO₃ adrenaline birlikte verilirse adrenalin inaktive olur.” önermesine katılımcıların %44.3'ü (n=62) evet; %12.1'i (n=17) hayır; %43.6'sı (n=61) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dakikada 10 solunum sağlayıp dolaşımı kontrol ederim.” önermesine katılımcıların %47.9'u (n=67) evet; %48.6'sı (n=68) hayır; %3.6'sı (n=5) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dakikada 20 solunum sağlayıp dolaşımı kontrol ederim.” önermesine katılımcıların %32.9'u (n=46) evet; %60'ı (n=84) hayır; %7.1'i (n=10) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Temel yaşam desteğinde iyileşme pozisyonu recovery pozisyonudur.” önermesine katılımcıların %61.4'ü (n=86) evet; %3.6'sı (n=5) hayır; %35'i (n=49) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dakikada 30 kalp masajı,10 yapay solunumu sağlarım.” önermesine katılımcıların %10'u (n=14) evet; %81.4'ü (n=114) hayır; %8.6'sı (n=12) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Kalp masajı dakikada 100 olacak şekilde yapılmalıdır.” önermesine katılımcıların %66.4'ü (n=93) evet; %25.7'si (n=36) hayır; %7.9'u (n=11) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Mümkünse suni solunumda oksijen desteği sağlanmalıdır.” önermesine katılımcıların %93.6’sı (n=131) evet; %5’i (n=7) hayır; %1.4’ü (n=2) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“İnspirasyon süresi bir saniye olmalıdır.” önermesine katılımcıların %62.1’i (n=87) evet; %20’si (n=28) hayır; %17.9’u (n=25) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Birden fazla kurtarıcı varsa kalp masajı/yapay solunum oranı=15/2 olmalıdır.” önermesine katılımcıların %50’si (n=70) evet; %40’ı (n=56) hayır; %10’u (n=14) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Birden fazla kurtarıcı varsa iki dakikada bir kalp masajı yapan kişi değiştirilmelidir.” önermesine katılımcıların %55’i (n=77) evet; %30.7’si (n=43) hayır; %14.3’ü (n=20) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde CPR uygulaması hastada dolaşım bulguları görülene kadar devam edilmelidir.” önermesine katılımcıların %88.6’sı (n=124) evet; %10’u (n=14) hayır; %1.4’ü (n=2) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Kardiyak arrest sonrası vücut ısısı orta derecede hipotermik (>33 C) olan hastalar aktif olarak ısıtılmalıdır.” önermesine katılımcıların %50.7’si (n=71) evet; %32.9’u (n=46) hayır; %16.4’ü (n=23) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Yetişkinde CPR uygulaması biz CPR yapamayacak kadar yorgun düşene kadar devam edilmelidir.” önermesine katılımcıların %67.1’i (n=94) evet; %30’u (n=42) hayır; %2.9’u (n=4) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

“Şahit olunmuş veya monitörize edilmiş arrestlerde profesyonel sağlık personeli tarafından defibrilatör hazırlanıncaya kadar tek bir prekordiyal darbe uygulanabilir.” önermesine katılımcıların %77.1’i (n=108) evet; %13.6’sı (n=19) hayır; %9.3’ü (n=13) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Tablo 7).

7.3. Öneriler

Hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen sonuçlar incelendiğinde; aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

- Meslekte uzmanlaşma, öğrenim düzeylerinin üniversiteye dayandırılması,
- Hastanelerde yüksekokul mezunu hemşirelerin sayısının artırılması, yeniliklere açık bir kurum haline getirilmesi ve bu kurumlarda araştırmaların yapılması için olanak sağlanması,
- Hemşirelerin uygulama becerisini istendik düzeye çıkarabilmek amacı ile öğrencilik yıllarında, kurumsal bilgi paralelinde, psikomotor formal öğrenim ortamında yeterli uygulama becerisi gelişimi için fırsat yaratılması,
- Bu fırsatın öğrenim alanı olarak seçilen klinik öğrenimlerde de tekrarlanması,
- Hemşireler için mezuniyetten sonra CPR'a ilişkin kursların düzenlenmesi,
- Çalışma ünitelerine yeni başlayan hemşirelerin üniteye oryantasyonunu sağlayan, hemşirelik bakımı sunulurken hemşireleri pratik alanda yetiştiren eğitim hemşirelerinin olması,
- Hemşireler ve sağlık ekipleri arasında bilgi alışverişinin artırılması,
- Hemşirelerin bilgilendirilmeleri için motivasyonun artırılması,
- Acil durumlarda görev karmaşasını önlemek için, sağlık ekibini oluşturan her bir hizmet bölümünün rollerinin belirlenmesi,
- Hemşirelerin bölümlere alınırken nitelik ve nicelik bakımından yeterli olmasına özen gösterilmesi,
- Hemşireler tarafından CPR ile ilgili seminer, konferans ve kongrelerin düzenlenerek yeniliklerin takip edilmesi,
- Hemşirelerin çalışma alanındaki bilgi dinamiğini sağlamak ve devam ettirmek için sürekli hizmetiçi eğitim programlarının hazırlanması ve işlerlik kazanması.

8. EKLER

EK.1.

ANKET FORMU

Bu araştırma hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla yapılacaktır. Vereceğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Bu araştırmaya katılarak bilimsel bir çalışmaya katkı sağladığınız için teşekkür ederim.

EBRU ÇELİK

Yaşınız?

- A)18-25 B)26-35 C)36 -45 D)45 üstü

2.Medeni haliniz?

- A)Evli B)Bekar

3.Öğrenim durumunuz ?

- A)Sağlık meslek lisesi B)Ön lisans C)Lisans D)Yüksek lisans
E)Doktora

4.Kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- A)1 yıldan az B) 1- 5 C) 6- 15 D)16- 20 E)20 üstü

5.Bu hastanedeki göreviniz nedir?

- A)Yoğun bakım hemşiresi B)Servis hemşiresi
C)Sorumlu hemşire D)Acil hemşiresi

6.Çalışmakta olduğunuz bölüme nasıl geldiniz?

- A)Kendi İsteğimle B)Kurum Tarafından Görevlendirildim
C)Tesadüfen D)Arkadaş Tavsiyesiyle

7.Çalıştığınız kurum?

- A)Özel hastanesi B)Devlet hastanesi

8.Okul yıllarında kardiyolojiyle ilgili staj yapma olanağınız oldu mu?

- A)Evet B)Hayır

9.Daha önce kardiyopulmoner resüsitasyon yaptınız mı?

- A) Evet B)Hayır C)İzledim

10.Mezuniyetten sonra kardiyopulmoner resüsitasyon ile ilgili kursa katıldınız mı?

- A)Evet B)Hayır

11.Çalıştığınız kurumda hizmet içi eğitim yapılıyor mu?

- A)Evet B)Hayır

12.Çalıştığınız kurumunuzda hizmet içi eğitime katıldınız mı?

- A)Evet B)Hayır

13.Kurumunuzda hizmet içi eğitim yapılıyorsa ne kadar zamanda bir tekrarlanıyor?

- A)0-3 Ay Arası
B)3-6 Ay Arası
C)6-9 Ay Arası
D)9-12 Ay Arası

14.Hizmet içi eğitim yapılmıyorsa konuyla ilgili bilgileri hangi kaynaklardan ediniyorsunuz?

- A)Hekimlerden
- B)Hemşirelerden
- C)Kitap ve dergilerden
- D)Kurumun geliştirdiği basılı yayınlar
- E)TV-Radyo-Video-İnternet

15.Sizce çalıştığınız bölümle ilgili bilgileri edinmenizi engelleyen nedenler nelerdir?

- A)Yeterli kaynak bulamıyorum
- B)Yeterli zaman yok
- C)Çalışma alanındaki yetersiz rehberlik
- D)Kaynakların çok pahalı olması

16.Ani kalp durmasını en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz?

- A)Solunum ve dolaşım durması
- B>Etkili kalp kasılmalarının birdenbire ve beklenmedik bir şekilde ortadan kalkması
- C)Beynin yeterince oksijenlenmemesi
- D)Pupillaların dilate olması(genişlemesi)

17.CPR uygulamak için hasta doğru pozisyonda nasıl yatırılır?

- A)Sırtüstü pozisyonda yumuşak bir zeminde
- B)Sırtüstü pozisyonda sert ve düz bir zeminde
- C)Yüzüstü pozisyonda yumuşak bir zeminde
- D)Yüzüstü pozisyonda sert ve düz bir zeminde

18.Baş/boyun travması olmayan, bilinçsiz hastanın hava yolu açıklığını hangi pozisyonda sağlarsınız?

- A)Çene pozisyonu (Sadece çeneyi ileri ve yukarı kaldırarak)
- B)Başı yana doğru çevirerek
- C)Ağzın içini ve çevresini temizleyip silerek
- D)Baş-çene pozisyonunda (Başı geriye doğru eğip çeneyi ileri-yukarı kaldırmak)

19.Bilinçsiz hastanın baş/boyun travması varsa hava yolu açıklığını hangi pozisyonda sağlarsınız?

A)Çene (Sadece çeneyi ileri ve yukarı kaldırarak)

B)Başı yana doğru çevirerek

C)Ağzın içini ve çevresini temizleyip silerek

D)Baş-çene pozisyonunda (Başı geriye doğru eğip çeneyi ileri-yukarı kaldırmak)

20.Solunumu değerlendirmek için kullanacağımız süre ne kadardır?

A)10-20 Saniye

B)1 Dakika

C)En fazla 10 saniye

D)En az 10 saniye

21.Solunumu durmuş olan bir kişiye aşağıdakilerden hangisi ile yapay solunum sağlanabilir?

1)Ağızdan- ağıza

2)Ağızdan- burna

3)Ağızdan- stomaya

4)Ambu ve ambu maskesi ile

A)1, 2, 3

B)2, 4

C)Yalnız 1

D)Hepsi

EK - 2. Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

MADDELER	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
Yerde hareketsiz yatan bir kişi gördüğümde nefes alıp vermediğini kontrol ederim.			
Arrest sonrası geçen süre 30 sn. fazla ise başarı şansı azalır.			
Yerde hareketsiz yatan bir kişi gördüğümde cevap/tepki verip vermediğini kontrol ederim.			
Geri döndürülebilir nedenler arasında hipovolemi,hipoksi,hipokalemi,hipotermi yer alır.			
Yetişkinde nabız değerlendirmesini boyunda carotis arterden yaparım.			
Telefon ile yardım çağırmadan önce bir dk. temel yaşam desteği uygularım.			
Kardiyak arresti izleyen bir-üç dk. içinde solunum merkezinin perfüze olamamasına bağlı olarak solunum durur.			
Hastada solunumu kontrol ederken bak dinle hisset yöntemini uygularım.			
Dolaşım belirtilerini değerlendirirken vücut ısısına dikkat ederim.			
Yanıt veren hastada resüsitasyon ekibini beklerken hastaya oksijen verilmeli, monitorizasyon sağlanmalı ve intravenöz kanül yerleştirilmelidir.			
Dolaşım belirtilerini değerlendirirken pupilla büyüklüğüne, cilt rengine bakılır.			
Dolaşım belirtilerini değerlendirirken hareket, solunum, öksürük vb.gibi belirtilere bakılır.			
Yetişkinde kalp masajı uygulamak için pozisyon sternumun üst yarısına iki el üst üste olmalıdır.			
Yetişkinde kalp masajı uygulamak için pozisyon sternumun ortasına iki el üst üste olmalıdır.			
Bifazik defibrilatör ile şok 150-200 J uygulanır.			
Kardiyak arresti izleyen 15 - 30 sn. içinde serebral perfüzyon bozulur ve bilinç kaybolur.			
VF/VT üç şoka rağmen devam ediyorsa bir dk. süre ile (15/2) CPR uygulanmalıdır.			
Solunum ve dolaşım en fazla 10 sn. içerisinde değerlendirilmelidir.			
Şok uygulanan ritimler=VF,nabız alınabilen VT			
Şok uygulanamayan ritimler=asistoli ve nabızsız elektriksel aktivitedir.			
Bir el alında, diğer el çenede kemikli alanda, yumuşak dokulara baskı yapılarak hava yolu açılmalıdır.			
Tam hava yolu tıkanmasında hasta bilinçli ise beş sırt darbesi, beş abdominal darbe uygulanır.			

MADDELER	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
Baş ve boyun travma varlığı veya şüphesi varsa havayolu başı eğmeksizin çene manevrası ile açılmalıdır.			
Bilinçsiz bir kişide hava yolu tıkanmasının en önemli nedeni dilin hava yolunu tıkamasıdır.			
Yetişkinde kalp masajı uygularken sternumu üç-yedi cm çökertecek kadar bası uygulamam.			
Yetişkinde kalp masajı/yapay solunum oranı=30/2			
Yetişkinde kalp masajı/yapay solunum oranı=15/2			
Kosta kırıkları, akciğer yaralanmaları, pnömotoraks hemotoraks, karaciğer-dalak yırtılması kalp masajı komplikasyonudur.			
Asidozun düzeltilmesi için IV NaHCO ₃ verilmeden önce %100 O ₂ 'le yeterli ventilasyon sağlanması asidozu düzeltebilir.			
NaHCO ₃ adrenaline birlikte verilirse adrenalin inaktif olur.			
Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dk. 10 solunum sağlayıp dolaşımı kontrol ederim.			
Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dk. 20 solunum sağlayıp dolaşımı kontrol ederim.			
Temel yaşam desteğinde iyileşme pozisyonu recovery pozisyonudur.			
Yetişkinde nabız var solunum yok ise bir dk. 30 kalp masajı, 10 yapay solunumu sağlarım.			
Kalp masajı bir dk. 100 olacak şekilde yapılmalıdır.			
Mümkünse suni solunumda oksijen desteği sağlanmalıdır.			
İnspirasyon süresi bir sn. olmalıdır.			
Birden fazla kurtarıcı varsa kalp masajı/yapay solunum oranı=15/2 olmalıdır.			
Birden fazla kurtarıcı varsa iki dk. bir kalp masajı yapan kişi değiştirilmelidir.			
Yetişkinde CPR uygulaması hastada dolaşım bulguları görülene kadar devam edilmelidir.			
Kardiyak arrest sonrası vücut ısısı orta derecede hipotermik(>33 C) olan hastalar aktif olarak ısıtılmalıdır.			
Yetişkinde CPR uygulaması biz CPR yapamayacak kadar yorgun düşene kadar devam edilmelidir.			
Şahit olunmuş veya monitörize edilmiş arrestlerde profesyonel sağlık personeli tarafından defibrilatör hazırlanıncaya kadar tek bir prekordiyal darbe uygulanabilir.			

EK 3.

BİLGİLENDİRME FORMU

Sıra No :

Tarih: _/_/_

Çalışma: Hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarının değerlendirilmesi.

BİLGİLENDİRME

SAYIN KATILIMCI ;

Cevaplayacağınız bu anket formu ile elde edilecek cevaplar genel olarak değerlendirilecektir. Yapılan çalışmada adınız, soyadınız, adres, telefon gibi iletişim gibi bilgileriniz yer almamaktadır. Vereceğiniz yanıtlar hiçbir yerde yayınlanmayacaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplar gizli tutulacaktır.

Sorulara içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için çok teşekkür ederim.

EBRU ÇELİK

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

9. KAYNAKLAR

1. Advisory Statements of the International Liasion Committee on Resuscitation, ILCOR Advisory statement, ABD, 1997.
2. Ağcal C., Tanrıverdi H.: Klavuzlar Işığında Kardiyoloji Uygulamaları. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2003, s: 26-28.
3. Akbal, Y.: Myokard İnfarktüsü Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Bu Hastaların Bakımı Konusundaki Bilgi Düzeyleri. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1985 (Danışman: Yard. Doç.Dr. Birsen Yürügen).
4. Akdemir N., Birol L.: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, İstanbul, 1. Baskı, Eylül 2003, s: 101-104.
5. Akyolcu N.: Çalışan Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Programlarına İlişkin Bilgi Gereksinimleri. III. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu (8-10 Eylül 1993, İstanbul) Kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, 1996.
6. Alpert J.S.: Klinik Kardiyoloji Başvuru Kitabı. Çeviri Editörleri: Kani Gemici, İbrahim Baran, Bülent Özdemir. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004, s: 83-87.
7. Andreoli Carpenter, Griggs Loscalzo.: Cecil Essentials of Medicine. Çeviri Editörü: Hayrünisa Çavuşoğlu, ABD, Beşinci Edisyon, 2002, s: 47-49.
8. Atar S., Karcıoğlu Ö.: Güncel Acil Tanı ve Tedavi. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2006, s: 41-45.
9. Avrupa Resusitasyon Şurası, Resusitasyon Rehberi, Novartis Ürünleri A.Ş. İstanbul, 1999, s: 9-49.
10. Aydın E.: Tıp Etiği. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2006, s: 11-24.
11. Babadağ, K., Tandal, G., Atabek, T.: İstanbul Üniversitesi Hastanelerinin Bir Kliniğinde Yapılan Hizmet-İçi Eğitim Programlarının Etkinliği. I. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu (11-12 Eylül 1986, İstanbul) Kitabı, Hilal Matbaacılık, İstanbul, 1988.
12. Baskett J.F.: Ethics in Cardiopulmonary Resuscitation. London, Elsevier health, 1993.
13. Baskett P., Nolan J.: Avrupa Resusitasyon Konseyi 2005 Resusitasyon Klavuzu. Editörü: Ağah Çertuğ. Basımevi Elsevier health, London, 2005, s: 9-46,191-205.
14. Bedük T.: Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. I. Ulusal

- Hemşirelik Kongresi Bildirileri (13-14 Eylül, 1985, İzmir) Kitabı. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1988.
15. Birol L.: Türkiyede Hemşirelikte Yeterlilik Sınavının Gerekliliğine İlişkin Bir Çalışma. I. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri (13-14 Eylül 1985, İzmir) Kitabı. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1988.
 16. Birol L.: Hemşirelik Süreci. 6.Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. İzmir, 2004, s: 96-99.
 17. Boz. B.: Hemodiyaliz Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin AIDS İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1995 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Birsen Yürügen).
 18. Brenner M., Safani MD. M.,Phorm D.: Current Clinical Strategies. Çeviri Editörü: Rıza Hakan Erbay. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2005, s: 27-61.
 19. Brunt, B.: Clinical Practice Guldelines. JONA, 1993.
 20. Çalangu S., Gülen K.: Acil Dahiliye. Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 4. Baskı, 1995, s: 76-82.
 21. Çavdar D.Ş.: Hemşirelerin Üriner Kateterizasyona İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996 (Danışman: Yard. Doç.Dr. Rengin Acaroğlu).
 22. Çertuğ A.: Kardiyopulmonary Resusitasyon , Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ders Kitabı .Antıp A.Ş. Ankara, 1999, s: 37-65.
 23. Coackly ,J.: Aspects of intensive care unit design, British Journal of Intensive Care, London, 3. Volüm, 1995, p: 12-15.
 24. Constant J.: Pratik Elektrokardiyografi. Çeviri Editörü: Enver Atalar. Güneş Kitabevi, Ankara, 2003, s: 72-75.
 25. Coşkun A.: Hemşirelerin Üretral Kateterizasyona İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Uygulama Biçimlerinin Saptanması. Uluslar Arası Akdeniz Cerrahi Kongresi 87. Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Konuşmaları ve Bildirileri (17-18 Haziran 1987, İstanbul) Kitabı. Hilal Matbaacılık, İstanbul, 1988.
 26. Crowfevd M.H.: Current Kardiyoloji Tanı ve Tedavi. Çeviri Editörü: Çetin Erol, Kadir Biberoglu, Enver Atalar. Güneş Kitabevi, Ankara, 2006, s: 21-26.

27. Cuhruk H.: Kardiopulmonary Resusitasyon, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ders Kitabı. Antıp A.Ş. Ankara, 1999, s: 36-42.
28. Cummins RG. Advanced Cardiac Life Support. American Heart Association, ABD, 1997.
29. Dawles NJH, Coshman JN.: Lees Synapsis of Anaesthesia (Türkçesi). Çeviri Editörü: Işıl Özkoçak Turan. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 13. Baskı, 2008, s: 45-87.
30. Davies C., Bashir Y.: Kardiyovasküler Aciller (Cardiovascular Emergencies). Çeviri Editörleri: Vedat Sansoy, M. Serdar Küçüköğlü. Avrupa Tıp Kitapçılık, Ankara, 2001-2003, s: 61-64.
31. Davkins K.D, Oray M.N, Morgan J.M, Sampson A.: Luctere Notes on Cardiology (Kardiyoloji). Editör: Hurşit Sayer. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2005, s: 23-37.
32. Doherty G.: Tanı ve Tedavi Kardiyoloji (Lange). Çeviri Editörü: Emre K. Aslanger. Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2008, s: 11-44.
33. Dornon T., Neill Paul A.O.: Care Clinical Skills for OSCES in Medicine. Elsevier Science. ABD, 2006.
34. Eagle K.A, Ballica R.A.: Pratik Kardiyoloji. Çeviri Editörü: İbrahim Keleş. Medical Yayıncılık, İstanbul, 2007, s: 91-99.
35. Enar R.: Temel Kardiyoloji Semiyoloji ve Kardiyovasküler Hastalıklar. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2005, s: 39-49.
36. Enar R.: Kalp ve Damar Sağlığı Kılavuzu. Güneş Kitabevi, İstanbul, 2007, s: 5-21.
37. Enar R.: Temel Kardiyoloji. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2007, s: 5-38.
38. Enç, N.: Dijital Türevlerini Uygulayan Hemşirelerin Bu Konudaki Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1985 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Necmiye Sabuncu).
39. Erbil Y.: Yoğun Bakım Esasları. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2005, s: 17-34.
40. Erdil, F.: Kardiyak Arrest ve Kardiyopulmoner Resusitasyon. Aydoğdu Ofset, 2 Baskı, Ankara, 1994, s: 6-41.

41. Ersoy G.: Hemşirelerin Damar İçi Sıvı Tedavisi Hakkında Temel Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1984.
42. Fıstıkçioğlu A.: Kanserli Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Kanser Ağrısına İlişkin Bilgilerinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1985 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Birsen Yürügen).
43. Gemici K., Baran İ.: Klinik Kardiyoloji Başvuru Kitabı. Nobel Tıp Kitabevi. Ankara, 2004, s: 11-35.
44. Gök H.: Klinik Kardiyoloji. Güneş Tıp Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 2002, s:31-43.
45. Görgülü R.S.: Hemşirelerin Antibiyotiklere İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1983.
46. Griffin, Brian P., Topal, Eric J.: Manual of Cardiovascular Medicine Second Edition, Lippincott Williams and Wilkins, ABD, 2004, p: 7-21.
47. Griffin, Brian P., Topal, Eric J.: Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı. Çeviri Editörü: Bünyamin Yavuz, Kudret Aytemir. Güneş Tıp Kitabevi. Ankara, 2007, s: 15-42.
48. Günay N.: Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1985 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Birsen Yürügen).
49. Gündoğdu E.: Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonlarına İlişkin Bilgilerinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1989 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Güler Aksoy).
50. Heper C.: Multidisipliner Kardiyoloji. Nobel Güneş Kitabevleri, İstanbul, 2002, s: 26-41.
51. İliçin G.. Kalp Hastalıklarında İlaç Tedavisi. Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, 1998, s: 17-83.
52. İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S.: İç Hastalıkları. Güneş Kitabevi. 2.Baskı, İstanbul, 2005, s: 20-51.

53. Julian D. G, Cowan J.C, Mc Lenachan J.M.: Kardiyoloji. Çeviri Editörü: Gökhan Cin. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2003, s: 24-37.
54. Kaatsız F.: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesinde Çalışan Sağlık Memuru ve Hemşirelerin Hizmet-İçi Eğitime İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1985.
55. Karfalı G ., Kahveci F., Gören S., Yılmazlar A., Bilgin H., Yavaşcaoğlu B.: Anesteziye Temel Konular. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2003, s: 18-49.
56. Kayaalp Oğuz.: Tıbbi Farmakoloji. Hacettepe Taş. 11. Baskı, Ankara, 2005, s: 10-44.
57. Kayhan Z .: Klinik Anestezi. 1.Baskı. Logos Yayıncılık. İstanbul, 1997, s: 6-19.
58. Kayhan Z .: Klinik Anestezi. 3.Baskı. Logos Yayıncılık, İstanbul, 2006, s:41-53.
59. Keleş İ .: Pratik EKG. İstanbul Medical Yayıncılık, İstanbul, 2006, s: 14- 32.
60. Köşgeroğlu N.: Hemşirelerin Parenteral İlaç Uygulamalarında El Yıkama Durumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara, 1994.
61. Kudenchuk PJ, Cobb LA, Copass MK, et al.Amiodarone for reuscitation after out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation . N Engl J Med 1999.
62. Langhella A, Sunde K, Wik L, Steen PA. Airway pressure during chest compressions versus Heimlich manoeuvre in newly dead adults with complete airway obstruction Resuscitation. 2000.
63. Leslie S., Fitzpatrick B., Marrison E.G., Walt G. : A comparison of survival before and after the intraduction of defibrillators in ambulances . Heart 1996.
64. Libby P, Zipes Douglas P, Mann Douglas L, Bonow R.O.: Braunwalds Heart Disease. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007, p: 64-69.
65. Maleck WH, Piper SN, Triem J, Boldt J, Zittel FU. Unexpected return of spontaneous circulation after cessation of resuscitation (Lazarus phenomenon) Resuscitation 1998.
66. Major Changes in the 2005 AHA Guidelines for change Mary Fron Hazinski, Vinoy M.Nadkani, Robert W.Hickey, Robert O'Connor, Lance B. Becker and Arno Zaritsky, Circulation.
67. Mark R. Ezekiel , MP, MS.: Anesteziyoloji . El Kitabı. Çeviren: Rıza Hakan Erboy. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2006, s: 56-73.

68. Mather C, O'Kelly S.: The palpitation of pulses. Anaesthesia. London,1996.
69. Morgan CL, Donnelly PD, Lester CA, Assar DD. Effectiveness of the BBC's 999 training roadshows on cardiopulmonary resuscitation: video performance of cohort of unforwarned participants at home six months afterwards. British Medical Journal. London, 1996.
70. Morgon G.E.: Cardiopulmonary Resuscitation ;in Clinical Anesthesiology, Second Ed. G.E. Morgon , M.5.Mikhail.Prentice -hall International Inc. London, 1996, p: 21-49.
71. Morgon G. Edward ., Mikhail Maged S., Murray Michel J.: Klinik Anesteziyoloji. Çeviri Editörleri: Melek Tolunay, Handan Cuhruk. 4.Baskı, Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, 2008, s: 82-104.
72. Netter F.H.: The Netter Collection of Medical Illustrations. Çeviri Editörü: Çetin Erol. 5. Cilt, Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, 2007, s: 37-68.
73. Otman Ö.: Yatağa Bağımlı Hastalarda Ortaya Çıkabilecek Komplikasyonların Önlenmesinde Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996 (Danışman: Doç. Dr. Zehra Durna).
74. Oto A., Aytemir K., Köse S.: Klinik Kardiyak Elektrofizyoloji. Güneş Kitabevi, Ankara, 2004, s: 29-36.
75. Otto Catherine M.: Practice of Clinical Echocardiography. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007, s: 11- 35.
76. Özcengiz D., Özbek H.: Anestezi El Kitabı .Tayf Ofset Baskı .Nobel tıp Kitabevi, Adana, 1998, s: 21-34.
77. Özdemir K.: Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Hemşirelerinin Enfeksiyon Kontrol Yöntemleri ve Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1987.
78. Özer Y.: Yoğun bakım ünitelerinde ventriküler fibrilasyonda protokol belirleme için bir ön çalışma. Yüksek lisans tezi, İstanbul, 1997 (Danışman: Doç. Dr. Birsen Yürügen).
79. Özetamer O., Alkış N., Batislom Y., Yörükoğlu Küçük D.: Anestezide Güncel Konular . Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2002, s: 9-14.

80. Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell HG, Egleston CV, Prevost, AT. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. Lancet 1999.
81. Schlant R, Gers B, Granam T, Kaplan N, Waldo A.: Kardiyoloji Yılığı (Year Book of Cardiology). Edit: Çetin Erol. Güneş Kitabevi, İstanbul, 2002, s: 94-107.
82. Sonel A.: Kardiyoloji . 4. Baskı, Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, 2002, s: 54-78.
83. Stiell IG, Hebert PC, Wells GA, et al. The Ontario trial of active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation for in-hospital and prehospital cardiac arrest. JAMA 1996.
84. Stoelting R.K., Miller R.D.; Cardiopulmonary Resuscitation ; Basics of Anesthesia, Third Ed., R.K, Stoelting R.D. Miller. Churchill Livingstone New York, 1996.
85. Sue Darryl. Y., Vintch J.: Yoğun Bakım Esasları. Çeviri Editörü: Yeşim Erbil. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2005, s: 97-108.
86. Tabak Selçuk R., Sam Yürek H.İ.: Hemşireler için Temel İlk Yardım ve Acil Bakım. Palme Yayıncılık, Ankara, 2008, s: 47-99.
87. Tulunay M, Cuhruk H.: Klinik Anesteziyoloji. Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, 2008, s: 56-101.
88. Tuncer C., Komşuoğlu B.: Klinik Kardiyoloji-Kardiovasküler İlaçlar 2000. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2003, s: 22-80.
89. Uçar M.: İlk Yardım Hepimiz İçin A2 'dan Z2 'ye. Atlas Kitapçılık, İstanbul, 2007, s: 78-107.
90. Üstkan H.: Ağrı Yönetimi İle İlgili Hemşirelerin Bilgi ve İnançlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1999 (Danışman: Prof. Dr. Sevgi Oktay).
91. Yelken B.B.: Yoğun Bakımda Girişimler ve Teknikler. Nobel Tıp Kitabevi İstanbul, 2004, s: 27-59.
92. Yıldırım A.: Olaganüstü Durumlarda Hemşirelikte Acil Bakım Organizasyonu Ve Uygulamaları. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul, 2001.
93. Yücel A.R.: Kalbin Durma Sebepleri. Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı. Ankara, 2006, s: 9-36.

10. ÖZGEÇMİŞ

10.1. Kişisel Bilgileri

- Adı-Soyadı=Ebru Çelik
- Uyruğu=T.C
- Doğum Yeri=İstanbul/Şişli
- Doğum Tarihi=17/04/1984
- Medeni Durumu=Evli

10.2. Eğitim Bilgileri

- İlkokul=Güzeltepe İlköğretim Okulu (1991-1995)
- Ortaokul=Mustafa Kemal İlköğretim Okulu (1995-1998)
- Lise=Eyüp Süper Lisesi (1998-2002)
- Lisans=İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu (*Hemşirelik Bölümü, 2006*)
- Yüksek lisans=Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (*Hemşirelik Ana Bilim Dalı, 2008*)

10.3. Katıldığı Eğitim ve Seminerler

1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinliklerinden Adölesan Sağlığı Sempozyumu (10-11 Mart 2005, İstanbul)
2. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinliklerinden Osteoporoz Sempozyumu (25 Mart 2005, İstanbul)
3. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinliklerinden Kan ve Kan Ürünleri- Transfüzyon Uygulamaları Sempozyumu (18 Mart 2005, İstanbul)
4. Şişli Belediyesi Eğitim Kültür Müdürlüğü Bünyesinde gerçekleştirilen Bilgisayar kursu (2002/2003, İstanbul)

5. Şişli Belediyesi Eğitim Kültür Müdürlüğü Bünyesinde gerçekleştirilen İngilizce Kursu (2005/2006, İstanbul)
6. Florence Nightingale Hastanesi; Hizmet İçi Eğitim (2006), CPR Eğitimi (Bebek-çocuk ve yetişkinde CPR)(2006), Yangın ve Tahliye Eğitimi (2007), Radyoloji Güvenliği Eğitimi(2007 ,İstanbul)

10.4. Üye Olduğu Dernekler

- Türk Hemşireler Derneği
- Türk Yoğun Bakım Hemşireler Derneği
- Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireler Derneği

10.5. İş Deneyimleri

- Çapa Tıp Fakültesi Genel Yoğun Bakım (*Öğrenci Hemşire, 2002-2006*)
- Florence Nightingale Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım (*Yoğun Bakım Hemşiresi, 2006-2008*)

10.6. İletişim

Adres=Karadolap mah. Öztürk sok. No:6 D:5 Yeşilpınar Eyüp/İstanbul

Tel= 0506 223 45 85

E-posta=ebrusumcelik083.hotmail.com



ÖZEL ŞİŞLİ

HASTANESİ

FLORENCE NIGHTINGALE

22.10.2007

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'ne**

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru ÇELİK'in " Hemşirelerin Kardiopulmoner Resüsitasyon Konusunda Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi "konulu tez çalışmasının; sonuçlarının tarafımıza bildirilmesi ricasıyla hastanemizde uygulanması uygun görülmüştür.

Hem. Hiz. Direktörü
Nurhan ÇETİN

Tıbbi Direktör
Dr. Mücahit ATMANOĞLU

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile Haliç Üniversitesi,
Üniversitesi/Hastanesi Hemşirelik Fakültesi Hastanesi
Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş SİTİ Etkil Eğitim ve Araştırma
Hastanesi

Çalışmanın adı: Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Kurumun-
daki Bilgi ve Uygulanmalarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler Fabru Çelik
Doçman = Prof. Dr. Binsen D. Uğur dir.

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç 26.12.07 /Bitiş 26.03.08

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülecek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.

Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır. Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü 3 ay süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

25.12/2007

Ünvanı-Adı-Soyadı

FABRU ÇELİK

Çelik

25.12/2007

Ünvanı-Adı-Soyadı

Dr. Hender Akpınar Karadağ

Hender

OLUR

25.12/2007

Vali a.

Uz.Dr.Mehmet BAKAR

Sağlık Müdürü