

Turnitin Originality Report

UFUK KAYA YDÜH SAĞLIK PERSONELİ TYD BİLGİ DÜZEYİ by Ufuk Kaya 

From UFUK KAYAYDÜH SAĞLIK PERSONELİ TYD BİLGİ DÜZEYİ (Tez)

- Processed on 07-Jun-2017 03:11 EEST
- ID: 822746724
- Word Count: 11858

Similarity Index

13%

Similarity by Source

Internet Sources:

11%

Publications:

5%

Student Papers:

N/A

sources:

1

2% match (Internet from 17-Mar-2015)

<http://library.neu.edu.tr/Neutez/6245476953.doc>

2

1% match (publications)

[KARATAŞ, Mehmet and SELÇUK, Engin Burak. "Kardiyopulmoner resüsitasyonun tarihçesi", Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012.](#)

3

1% match (Internet from 22-Jul-2015)

<http://medicaljournal.gazi.edu.tr/index.php/GMJ/article/download/278/276>

4

1% match (Internet from 19-Apr-2016)

<http://docplayer.biz.tr/1941111-T-c-pamukkale-universitesi-tip-fakultesi-acil-tip-anabilim-dali-tezin-adi.html>

- 5 < 1% match (Internet from 30-Aug-2015)
http://katalog.hacettepe.edu.tr/client/tr_TR/search/asset/128531
-
- 6 < 1% match (Internet from 02-Jun-2014)
<http://www.slideshare.net/TurgunHAMT/aha-2012kprkilavuzu>
-
- 7 < 1% match (Internet from 25-Jan-2017)
http://www.journalagent.com/tatd/pdfs/TATD-24892-RESEARCH_ARTICLE-EKSI.pdf
-
- 8 < 1% match (Internet from 12-Mar-2016)
<http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/13426/274586.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
-
- 9 < 1% match (Internet from 14-Jul-2015)
<http://library.neu.edu.tr/Neutez/6343140177.pdf>
-
- 10 < 1% match (Internet from 27-Feb-2016)
http://cerrahpasa.istanbul.edu.tr/ogrenci/wp-content/uploads/2016/02/Tibbi_Beceri_Dersleri_Ders_Notlari_2015_2016-1.pdf
-
- 11 < 1% match (Internet from 26-May-2015)
<http://www.yenitip.org/pdf/Makale46d5270a99174.pdf>
-
- 12 < 1% match (Internet from 13-Aug-2015)
<http://acikerisim.dicle.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11468/700/24.pdf?sequence=1>
-
- 13 < 1% match (Internet from 14-Aug-2015)
http://dergipark.ulakbim.gov.tr/nwsaspor/article/download/5000062343/pdf_20
-
- 14 < 1% match (Internet from 28-Jul-2015)

http://www.tdb.org.tr/tdb/admin/mevzuat/userfiles/muayenehanede_karsilasilabilecek_acil_durumlar.pdf

15

< 1% match (Internet from 29-Jul-2016)

<http://www.acilci.net/2015-ecr-kpr-kilavuzu-eriskin-temel-yasam-destegi-ve-aed/>

16

< 1% match (publications)

[ŞENER, Serkan and YAYLACI, Serpil. "2010 kardiyopulmoner resüsitasyon ve acil kardiyovasküler bakım kılavuzu "iki kılavuz ve günlük pratiğimizdeki önemli değişiklikler"", Türkiye Acil Tıp Derneği, 2010.](#)

17

< 1% match (Internet from 16-Jan-2011)

http://www.tard.gen.tr/dergi/metinler/2004_1112_1.doc

18

< 1% match (Internet from 28-Jul-2016)

<https://issuu.com/sinop112/docs/temel-modul-egitimi>

19

< 1% match (Internet from 24-Jan-2017)

<http://www.journalagent.com/kafkas/pdfs/KJMS-74046-EDITORIAL-BALCI.pdf>

20

< 1% match (Internet from 02-Jun-2017)

<http://docs.neu.edu.tr/library/6347022313.pdf>

21

< 1% match (Internet from 22-Jun-2015)

<http://turaniler.com/iyash6.pdf>

22

< 1% match (Internet from 28-Apr-2015)

<http://library.neu.edu.tr/Neutez/6244687950.doc>

23

< 1% match (Internet from 31-May-2016)

<http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/9967/304496.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

- 24 < 1% match (publications)
[Al, Behcet, Suat Zengin, Sinem Kabul, Remzi Guzel, Emine Sarcan, and Cuma Yildirim. "Basic and Advanced Life Support Practices in Out Of Hospital Cardiopulmonary Arrest Patients: Analysis of 27 Months", Gaziantep Medical Journal, 2013.](#)
-
- 25 < 1% match (Internet from 17-Jul-2016)
<http://docplayer.biz.tr/3647910-T-c-erciyes-universitesi-eczacilik-fakultesi-molekuler-baskilanmis-polimerler-ve-uygulamalari-hazirlayan-harun-hadi-kus.html>
-
- 26 < 1% match (publications)
[ÖZKÖSE, Zerrin. "Erişkinler için kardiyopulmoner resüsitasyon: 1- Temel yaşam desteği", TUBITAK, 2005.](#)
-
- 27 < 1% match (Internet from 02-Jun-2015)
<http://library.neu.edu.tr/Neutez/4663221907.pdf>
-
- 28 < 1% match (Internet from 24-Mar-2016)
<http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/1599/16fb6b1b-0c7e-4b19-ac89-f958bb515552.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
-
- 29 < 1% match (Internet from 29-Jun-2015)
<http://library.cu.edu.tr/tezler/5817.pdf>
-
- 30 < 1% match (Internet from 20-Sep-2013)
<http://www.edam.com.tr/kuyeb/pdf/tr/e8d776419e8be80a438409d75afca298caytr.pdf>
-
- 31 < 1% match (Internet from 24-Mar-2012)
<http://www.dcyogunbakim.org/sayilar/4/16-20.pdf>
-
- 32 < 1% match (Internet from 27-May-2016)
<http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/7439/190504.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

33 < 1% match (Internet from 16-Sep-2015)
<http://tader.org/files/TAD-494..pdf>

34 < 1% match (Internet from 08-Jun-2015)
<http://library.neu.edu.tr/Neutez/6252178706.pdf>

35 < 1% match (Internet from 30-Oct-2015)
http://yetiskinveaile.dbe.com.tr/tr-TR/Content/Uygulanan_Psikolojik_Testler_ve_Envanterler/Kisilik_Testleri.aspx

36 < 1% match (Internet from 02-Dec-2015)

http://www.researchgate.net/publication/38112134_Sporcularda_Durumluk_ve_Srekli_Kayg_Dzeylerinin_Baz_Deikenlere_Gre_ncelenme

37 < 1% match (Internet from 27-Dec-2014)
<http://pt.slideshare.net/drbahriyildiz/drbahr-yildiz-4416352>

38 < 1% match (Internet from 09-Aug-2012)
http://www.trabzonnumune.gov.tr/dosyalar/mavi_kod_uygulamasi.doc

39 < 1% match (Internet from 27-Dec-2012)
http://www.ontolab.hacettepe.edu.tr/wp-content/Publications/proje_AA.pdf

40 < 1% match (Internet from 14-May-2015)
<http://library.neu.edu.tr/Neutez/6294009146.doc>

41 < 1% match (Internet from 13-Feb-2014)
<http://www.tcmb.gov.tr/kutuphane/TURKCE/tezler/tamergundogan.pdf>

42 < 1% match (Internet from 28-Mar-2014)

<http://hemsirelik.ege.edu.tr/files/cilt26sayiek-2010.pdf>

43 < 1% match (Internet from 29-Apr-2015)
http://www.iibfdergi.aku.edu.tr/pdf/16_2/11.pdf

44 < 1% match (Internet from 22-Nov-2016)
<http://www.slideshare.net/ihracmizade/huzurevlerindeki-yallarn-ve-salk-personelinin-eycil-hayvanlar-ile-terapiye-ilikin-grlerinin-belirlenmesi-260871>

45 < 1% match (Internet from 04-Jun-2014)
<http://www.iet-c.net/publications/ietc2009.pdf>

46 < 1% match (Internet from 03-Sep-2015)
http://earsiv.atauni.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/123456789/1402/ay%C5%9Fenur_ipek_tez.pdf?sequence=1&isAllowed=n

47 < 1% match (Internet from 13-Jan-2016)
<http://www.efdergi.ibu.edu.tr/arsiv/4.pdf>

48 < 1% match (Internet from 17-Oct-2012)
http://acilafet.org/upload/dosyalar/E3A_cpr.pdf

49 < 1% match (Internet from 23-Oct-2015)
<http://www.msxlabs.org/forum/psikoloji-ve-psikiyatri/92182-psikoloji-ile-ilgili-makaleler-13.html>

50 < 1% match (Internet from 12-May-2016)
<http://www.shgm.saglik.gov.tr/dosya/1-88067/h/taslak-hemovijilans-rehberi--23122013.pdf>

51 < 1% match (Internet from 06-Nov-2014)
<http://nusl.cz/?formatdokumentu=ANO&language=cs&offset=270&lang=en>

52 < 1% match (Internet from 10-May-2016)
<http://www.boomsocial.com/EN/Facebook/Page/YDUHastanesi-831264943572113>

53 < 1% match (Internet from 06-Oct-2016)
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/intjcs/article/view/5000202492/0>

54 < 1% match (publications)
[Oya KORKMAZ. "Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı". Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.](#)

55 < 1% match (publications)
[ÇELİKLİ, Semra, YILDIRIM, Gül Özlem and EKŞİ, Ali. "Sağlık personelinin güncel temel yaşam desteği bilgilerinin değerlendirilmesi", Türkiye Acil Tıp Derneği, 2012.](#)

56 < 1% match (publications)
["Oral Presentations", Turkish Pediatrics Archive / Târk Pediatri Arsivi/13060015, 20110502](#)

paper text:

I

**20K.K.T.C. YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ VE**

DİSPANSERLERİNDE GÖREV YAPAN HEMŞİRE, PARAMEDİK VE ACİL TIP TEKNİSYENLERİNİN ERİŞKİN TEMEL YAŞAM DESTEĞİ KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI Ufuk KAYA HEMŞİRELİK PROGRAMI

**20YÜKSEK LİSANS TEZİ LEFKOŞA 2017 II K.K.T.C. YAKIN DOĞU
ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ VE**

DİSPANSERLERİNDE GÖREV YAPAN HEMŞİRE, PARAMEDİK VE ACİL TIP TEKNİSYENLERİNİN ERİŞKİN TEMEL YAŞAM DESTEĞİ KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI Ufuk KAYA

34**HEMŞİRELİK PROGRAMI YÜKSEK LİSANS TEZİ TEZ DANIŞMANI YRD. DOÇ. DR. SEMRA ASLAY LEFKOŞA 2017 III**

IV TEŞEKKÜR Tüm tez hazırlama süresi boyunca desteğini esirgemeyen, çalışmanın planlanması, yürütülmesinde destekçim olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Semra ASLAY'a, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ve Dispanserlerinde çalışmamı yürütmeme onay veren

52**Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi' ne, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi**

ve Dispanserlerinde çalışıp, vakitlerinden ayırıp çalışmama destek olan hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerine, Yakın Doğu Üniversitesi yüksek lisans eğitimim boyunca bana destek veren ders hocalarıma ve kurumdaki diğer meslektaşlarıma, Yüksek lisans programı süresince, her aşamada benden desteğini esirgemeyen değerli aileme çok teşekkür ederim. Saygılarımla Ufuk KAYA V ÖZET Kaya, U. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ve Dispanserlerinde Çalışan Hemşire, Paramedik ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Erişkin Temel Yaşam Desteği Konusunda Bilgi Düzeylerinin

1**Saptanması. Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2017. Bu çalışma,**

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ve Dispanserlerinde çalışan hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin erişkin temel yaşam desteği konusunda bilgi düzeylerini saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamına Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ve hastaneye bağlı dispanserlerde çalışan 212 hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyeninden, araştırmaya katılmayı kabul eden 137 hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyeni alınmıştır. Araştırmanın verileri, 20 Nisan – 30 Mayıs 2017 tarihleri arasında, çalışanların 'sosyo-demografik özelliklerini' ve 'temel yaşam desteği'ne ilişkin bilgi düzeylerini' belirlemek için

1 '**Bilgi Formu**' ile **toplanmıştır. Verilerin** değerlendirilme bölümünde **Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 22 .0** kullanılmıştır. Bulgularda **yüzde dağılımları,**

tanımlayıcı istatistikler, varyans analizi (ANOVA), bağımsız örneklem t testi, Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Sağlık personellerinin 7ç23'ünün 25-27 yaş arasında olduğu, , .48'inin kadın olduğu, r.99'unun lisans mezunu olduğu, 5.77'sinin yataklı servislerde çalıştığı bulunmuştur. Sağlık personellerinin i.34'ünün TYD eğitimi aldığı, bu dilime girenlerin r.63'ünün bu eğitimleri doktorlardan aldığı, g.88'inin TYD uygulaması yaptığı, Q.09'unun da kendisini TYD konusunda yeterli bulduğu saptanmıştır. Çalışılan servislere göre TYD bilgi puanları incelendiğinde, servisler arasında farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Mezuniyetten sonra eğitim alan sağlık personellerinin TYD bilgi puanı, almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Daha önceden TYD uygulaması yapmış sağlık personellerinin TYD bilgi puanı, yapmamış olanlara

56**göre anlamlı yüksek** çıkmıştır ($p<0,05$).

Kendilerini TYD konusunda yeterli bulan sağlık personellerinin TYD bilgi düzeyleri, yeterli bulmayanlara

42**göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur** ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Temel Yaşam Desteği, Hastane, Hemşire, Paramedik, Acil Tıp Teknisyeni ABSTRACT VI Kaya, U. Determining Knowledge Levels of Adult Basic Life Support of Nurses, Paramedics and Emergency Medical Technicians working in Near East University Hospital and Dispensaries.

1**Near East University, Institute of Health Sciences. Master Thesis, Nicosia,**
2017. **This study was conducted to determine** the level **of knowledge of**

the Near East University Hospitals and Disease Nurses, paramedic and emergency medical technicians on adult basic life support.

51In the scope of the research, it was

aimed to obtain a total of 212 people consisting of nurses, paramedics and emergency medical technicians working in Near East University Hospital and dispensaries connected to the hospital. However, a total of 137 people consisting of nurses, paramedics and emergency medical technicians who agreed

33to participate in the research, **were** taken to this **study**. **The data of the study were collected**

from 20 April to 30 May 2017 by using the 'Information Form' to find out the 'socio-demographic characteristics' and 'knowledge levels of basic life support' of employees. For the evaluation of the data

1**Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows** 22.0 was **used** and for **the**

analyzes percent distributions, descriptive statistics, variance analysis (ANOVA), independent sample t test, Kruskal-Wallis test were used. It is found out that 37.23% of the health personnel are between the ages of 25-27, 82.48% of them are women, 72.99% of them are undergraduate and 35.77% of them are working in bedside services. It was determined that 69.34% of the health personnel received Basic Life Support (BLS), 72.63% of those who took this training received it from doctors, 67.88% applied BLS and 51.09% found themselves sufficient in BLS. When the BLS knowledge scores were examined according to the services performed,

32it was discovered **that there was a** significant **difference between the** services **(p <0,05)**. **The**

BLS knowledge score of the health personnel who received postgraduate training is significantly higher than the ones who do not receive it ($p < 0,05$). At the same time, knowledge levels of BLS of health personnel who found themselves enough for BLS

23 **were found to be significantly higher than those who did not**

find themselves adequate ($p < 0,05$). Key Words: Basic Life Support, Hospital, Nurse, Paramedic, Emergency Medical Technician. İÇİNDEKİLER VII

25	TEŞEKKÜR.....	IV
	ÖZET.....	V
	ABSTRACT.....	VI
	İÇİNDEKİLER.....	VII
	TABLolar LİSTESİ.....	X ŞEKİLLER
	DİZİNİ.....	XI KISALTMALAR
	DİZİNİ.....	XII 1.GİRİŞ VE
	AMAÇ.....	1

1.1. Temel Yaşam Desteği.....

11	1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2.	GENEL BİLGİLER.....	5
	2.1. Temel Yaşam Desteği İle İlgili Genel Bilgiler.....	5
	2.1.1.	

Temel Yaşam Desteği Tarihçesi.....

15	2.2. Tanımlar.....	9
	2.2.1. Kardiyak Arrest.....	9
	2.2.1.1. Kardiyak Arrest Nedenleri.....	10
	2.2.1.2. Kardiyak	

Arrestte Kesin Tanı.....	10 2.2.1.3.Kardiyak Arrest
Epidemiyolojisi.....	10 2.2.2.Solunum
Arrestti.....	11 2.2.2.1.Solunum Arrestti
Nedenleri.....	11 2.2.3.Kardiyopulmoner
Arrest.....	12 2.2.3.1.Kardiyopulmoner Arrest
Nedenleri.....	12 2.2.4.Kazazede.....
13 VIII 2.2.5.Halktan Kurtarıcı.....	13 2.3.Temel Yaşam Desteği ve
Yaşam Zinciri.....	14 2.4

1.Temel Yaşam Desteği Uygulamaları..... 17 2. 4 .1.

Havayolu **Açıklığının Sağlanması..... 17 2.**

4.1.1.Hastanın Pozisyonu.....	17 2.4.1.2.İlk Yardımcının
Pozisyonu.....	18 2.4.1.3.Havayolunun
Açılması.....	18 2.4

1.2.Solunumun Sağlanması..... 18 2. 4

.3.Dolaşımın Sağlanması..... 19 2. 4 .4.Göğüs

Basısı Uygulanması..... 20 2. 4 .5.

Defibrilasyon Uygulanması.....	21 2.5.Halktan Kurtarıcılar İçin Temel Yaşam
Desteği.....	23 2.6.Temel Yaşam Desteği Etkinliğinin Değerlendirilmesi ve Temel Yaşam Desteği
Kalitesi.....	23 2.7.Temel Yaşam Desteği
Komplikasyonları.....	24 2.8.Temel Yaşam Desteği ve Etik Konular.....
25 2.9.Temel Yaşam Desteği Sonlandırılması.....	26

283.GEREÇ VE YÖNTEM..... 27

3.1.Araştırmanın Modeli..... 27

3.2.Araştırmanın Yürütüldüğü Yer..... 27 3.3.Araştırmanın

Evreni..... 28 **3.4.**

1 Araştırmanın Örneklemi.....	28	3.5.Verilerin
Toplanması.....	28	3.5.1.Veri Toplama
Araçlarının Hazırlanması.....		

28 IX 3.5.2.Veri Toplama Araçları.....	29	3.5.3
----------------------------------------	----	-------

22.Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	29	3. 5.4
.Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	30	3. 6.Çalışmanın
Etik Boyutu.....	31	
4.BULGULAR.....	32	
5.TARTIŞMA.....	47	6.SONUÇ VE
ÖNERİLER.....	55	
6.1.Sonuçlar.....	55	
6.2.Öneriler.....		

57

277. KAYNAKÇA.....	58	8
.EKLER.....	66	EK.1.Kişisel
Bilgi Formu.....	66	EK.2.

Kişisel Bilgi Onay Formu.....	72	EK.3.Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Başhekimlik Onay Formu.....	73	EK.4.Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurul Onay Formu.....
TABLolar LİSTESİ X Tablo 1. Sağlık Personellerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	32	
Tablo 2. Sağlık Personellerinin TYD Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	34	Tablo 3. Sağlık Personellerinin TYD Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumlarına Göre

Dağılımı.....	35	Tablo 4. Sağlık Personellerinin TYD Bilgi Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	37
Tablo 5. Sağlık Personellerinin Yaş Gruplarına Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	39	Tablo 6. Sağlık Personellerinin Cinsiyetlerine Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 7. Sağlık Personellerinin Eğitim Durumlarına Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	41	Tablo 8. Sağlık Personellerinin Çalıştıkları Servislere Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 9. Sağlık Personellerinin Mezuniyet Sonrası TYD Eğitimi Alma Durumlarına Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	43	Tablo 10. Mezuniyet Sonrasında Eğitim Alan Sağlık Personellerinin Eğitim Aldıkları Kişilere Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 11. Sağlık Personellerinin TYD Uygulaması Yapma Durumuna Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	45	Tablo 12. Sağlık Personellerinin TYD Konusunda Kendilerini Yeterli Bulma Durumlarına Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
ŞEKİLLER DİZİNİ XI Şekil 1. Sağlık Personellerinin TYD Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Yanıtların Dağılımı.....	38		

1 KISALTMALAR DİZİNİ XII ABD : Amerika Birleşik Devletleri AHA : American Heart Association

ATT : Acil Tıp Teknisyeni BLS : Basic Life Support C-A-B : Circulation – Airway - Breathing CPR : Cardiopulmonary Resuscitation DNR : Do Not Resuscitate DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü ERC : European Resuscitation Committee ILCOR : International Liaison Committee on Resuscitation İKYD : İleri Kardiyak Yaşam Desteği KPA : Kardiyopulmoner Arrest KPR : Kardiyopulmoner Resüsitasyon NEA : Nabızsız Elektriksel Aktivite SPSS :

4 Statistical Package for the Social Sciences TYD : Temel Yaşam Desteği

YDÜH : Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi VF : Ventriküler Fibrilasyon VT : Ventriküler Taşikardi 1. GİRİŞ VE AMAÇ 1.1. Temel Yaşam Desteği Herhangi bir nedenle spontan solunum ve dolaşımın ani olarak durmasına Kardiyopulmoner Arrest (KPA) denir (Kaye, W., ve ark., 1991, Balcı, B., ve ark., 2011). Klinik

olarak KPA geçiren bireyde; bilinç kaybı, nabız yokluğu ve apne görülmektedir (Yılmaz, D., 2013). Bu süre zarfında (3–4 dakika) dolaşım yetersizliği, hastada ciddi ve geri dönüşümsüz beyin hasarına yol açabilmektedir (Babacan Duyar, A., 2012).

5Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association– AHA)'nin 2014 yılında yayınladığı

raporda, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda yaklaşık 330.000 hastane dışı, 210.000 hastane içi kardiyopulmoner arrest vakası görülmektedir (Go, A. S., 2014). Kardiyak arrest sonrası, hastanın hayatının kurtarılması en kısa sürede başlatılacak olan temel yaşam desteği (TYD)'ne bağlıdır. TYD; kalbi ve solunumu durmuş kişiye eksternal

21(dış) kalp masajı ile kan pompalanmasını sağlamak, solunumun devamı için hava yolu açmak ve

sunu solunum ile akciğerlere oksijen gitmesini sağlamak amacıyla, bu iş için eğitim almış veya almamış kurtarıcılar tarafından yapılan ilaçsız müdahalelerdir (Berg, R. A., ve ark., 2010). Olay yerine profesyonel ekip gelinceye kadar, bu konuda eğitim almış kişiler tarafından tıbbi malzeme kullanmadan uygulanmaktadır (Yılmaz, D., 2013 ve Özköse, Z., 2005). Bu uygulamaların hepsi yapıldığında Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR) tanımı kullanılmaktadır (Altıparmak, M., 2010). TYD, kardiyopulmoner arrestte tedavinin ilk halkasıdır. Bu nedenle; 1998 Avrupa Resüsitasyon Konseyi Kılavuzu'nda TYD'nin bilgi ve uygulama yeteneklerine sahip olmak; doktorlar, hemşireler, paramedikler, acil tıp teknisyenleri, riskli alanlarda çalışan sağlık personeli ve halktan kurtarıcılar için bir görev olarak tanımlanmıştır (Soysal, S. ve ark., 2005). Kardiyak arrest; hastane dışı ve hastane içi her ortamda, sıklıkla karşılaşılabilecek bir durumdur (Ateşli, A., 2011). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin TYD ve KPR uygulama becerilerini kazanmış olması mesleki bir gerekliliktir (Kidd, T., 2005). Kardiyak arrest durumunda kişi; hasta karşısında çok hızla hareket etmeli ancak paniğe kapılmamalıdır. Olay; hastane dışı bir ortamda gerçekleşirse ve etraf kalabalık ise yüksek sesle sağlık personeli kimliği beyan edilmeli, meraklı kalabalık hastanın yanından uzaklaştırılmalıdır. İlk aşamada hasta çok hızlı kontrol edilmeli; solunum ve dolaşım varlığı ya da yokluğu saptanmalıdır. Eğer KPR gerektiren bir durum söz konusu ise bulunulan ortama en uygun şekilde işleme başlanır (Kara, F. ve ark.,

2015). Hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenleri (ATT), çoğu zaman kardiyak arrest vakalarını ilk ve en iyi fark eden sağlık grubu olduklarından,

1TYD konusunda yeterli bilgi yüküne ve uygulama becerisine sahip olmalıdırlar. TYD,

uygulamaya dayalı bir uğraştır. Hemşireler, paramedikler ve ATT'ler uygulamalarını sürekli ve etkili eğitim ile geliştirmeli ve bu konuda hassasiyetlerini yerine getirebilmelidir. Çünkü, kardiyak arrest algoritmasında yapılacak en küçük bir hata, bireyin yaşamına mal olabilmektedir. Bu nedenle TYD bilgi ve uygulamalı eğitimlerin sürekli tekrarlanması bilgi ve uygulama becerilerinin unutulmamasını sağlayacaktır (Ateşli, A., 2011). TYD için hazırlanmış olan uluslararası kılavuzlardaki uygulamalar,

55sağlık personelinin mesleki bilgi de göz önüne alınarak;

kurtarıcının sağlık personeli olup olmadığına göre iki farklı zeminde düzenlenmiştir. Uluslararası TYD uygulamaları için hazırlanan kılavuzlar her

75 yılda bir yenilenir **ve** yapılan **değişiklikler** yayınlanır. **Özellikle 2005 ve 2010** yılında **yapılan önemli değişiklikler dikkat çekmektedir.** Sağlık meslek gruplarının **çalışma alanları ve sorumlulukları farklı** olsa da, **sağlık** personellerinin **TYD ile ilgili güncel bilgileri takip etme gereksiniminin aynı olması beklenmemelidir.** Haliyle, **sağlık** personelleri **genel olarak değerlendirildiğinde, güncel TYD**

bilgi ve uygulama becerilerine

7ne kadar sahip oldukları ve eski bilgilerin ne kadar karıştırıldığı önemli bir sorun olarak

kendini göstermektedir (Çelikli, S. ve ark., 2012). Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının KPR uygulamasını etkili uygulamadıklarını, bunun nedeni olarak ; düzenli eğitimlerin yapılmadığını ve sağlık çalışanlarının düşük beceri düzeyine sahip oldukları belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının TYD konusunda eğitilmeleri, arrest olgularının yaşam şansını artırmaktadır. Bu sebeple, hizmet içi eğitim programları adı altında verilen resüsitasyon kursları ile sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi düzeyleri artırılmalıdır (Oğuztürk, H. ve ark., 2011). Türkiye’de ki duruma bakıldığında ise sağlık çalışanlarının bir kısmına KPR eğitimi zorunlu olmamakla birlikte, sertifikalı KPR eğitimi almış sağlık çalışanlarının 5 yılda bir KPR eğitim sertifikalarını güncellemesi gerekmektedir (Çelik, E., 2008). 1.2. Araştırmanın Amacı Araştırma ; Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ve Dispanserlerinde çalışan hemşire, paramedik ve ATT’lerin erişkin temel yaşam desteğine ilişkin bilgi düzeylerini saptamaktır.

12. GENEL BİLGİLER 2.1. TEMEL YAŞAM DESTEĞİ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER 2.1.1.

Temel Yaşam Desteğinin Tarihçesi Tarihsel süreç boyunca resüsitasyon olarak kabul görebilecek ve etkili sayılabilecek birçok çabaya rastlanılmaktadır (Çete, Y., 2000). Milattan önce 3000’li yıllarda, eski Mısır’da ters çevirme metodu kullanılmış, böylece ölü kişi

2yaşama döndürülmeye çalışılmıştır. Bu yöntemde amaç ; hasta yabancı bir cisim aspire etmiş ise, yutulan

maddenin çıkartılması ve hastanın yaşama döndürülmeye çalışılması olabilir (Grunfeld, G.B., 1992). TYD’nde bugüne kadar pek çok ilerleme kaydedilmiştir. İlk yazılı kaynaklar kutsal kitap İncil’de anlatılan Elisha’nın solunum öyküsü’dür. Ağızdan ağıza solunumun ilk başarılı uygulamasını yapan ise İbrani peygamber İlyas’tır. Milattan önce 9. yüzyılda erkek çocuğa uygulanmıştır (Çertuğ, A., 1999).

3Milattan sonra 1000’ li yıllarda İbn-i Sina ilk trakeal

entübasyon sayılabilecek uygulamayı denemiş,

2616. yüzyılda Vesalius hayvanlarda ilk trakeotomi

gerçekleştirmiştir (Yıldırım, C., 2012). M.S. 16. Yüzyılda, 300 yıl kadar kullanılan yöntemle, canlandırılmak istenen hastanın ağzına sıcak hava üflenmekteydi. Yine 16. yüzyılda Vesalius deney yoluyla hayvanlar üzerinde yapay solunumu denemiştir. 20. yüzyılın ortalarında Schafer ve Holger Nielson yapay solunum ile ilgili metod geliştirmişlerdir ve bu metod yapay solunum metodu olarak kabul edilmiştir. 18. yüzyılda

2eski Mısır'da kullanılan inversiyon uygulamasıyla, **hastalar ayaklarından** asılarak **yaşama döndürülmeye** çalışılmıştır. Hastaya **bağırma**, tokatlama, **hastanın rektumundan** tütün **dumanı verilmesi ve kırbaçlama** gibi yöntemler **de** aynı dönemlerde **uygulanmıştır**

(Varon, J. 2012). Ağızdan ağıza solunum 18. Yüzyıl başlarında uygulanmaya başlanmıştır (Eagle, K. A. ve ark., 2007). 1747 yılında, Paris Bilimler Akademisi ağızdan ağıza solunumu boğulma vakaları için önermiştir. 18. yüzyıl ortalarında suda boğulan kişilerin tekrar yaşama döndürmek için

2Dutch Society for Recovery of Drowned Persons,

2England's Royal Human Society kurulmuştur

(Karataş, M. ve ark., 2012). 1744'te Williams Harvey tarafından, kalbi tekrar çalıştırmak ve ölen insanların canlandırmak ile alakalı bazı yazılara rastlanılmıştır (Alpert, J.S., 2004). 1773 yılında 'varil metodu' ile hastanın

2sırtının altına bir varil konulmuş ve **hasta varil** üstünde ileri geri **hareket ettirilerek yaşama döndürülmeye** çalışılmıştır. **Bu**

yöntemle

2solunumu ve kalbi durmuş hastanın, bilinçsizce olsa da bu şekilde akciğerleri ve kalbi

uyarılmış olması varsayılmaktaydı (Varon, J., 2012). 1803 yılında 'Rus metodu' yöntemiyle, hasta buz veya kar altına koyularak metabolizması yavaşlatılmaya çalışılmıştır. Böylece, yaşamsal organlarda ölümle oluşabilecek hasarlar önlenmeye çalışılmıştır (Karataş, M. ve ark., 2012).

21804 yılında Aldini'nin galvanik stimülasyon yöntemi ile hastaları

yaşam döndürmeye çalışmıştır. Böylece

2elektriksel aktivitesi durmuş ya da bozulmuş olan bir kalp, galvanik akımla uyarılmış bir çeşit defibrilatör

görevi üstlendiği görülmektedir (Varon, J., 2012).

21812 yılında, suda boğulan kişi at üzerine yüklenip, hasta yaşama döndürülmeye çalışılmıştır. Bu yöntem ile ; boğulan hastanın aspire ettiği su,

atın darbelerinin oluşturduğu kariyak masaj dışarı çıkartılmaktaydı (Varon, J., 2012). Hastaların buldukları ortamda ilk müdahalelerinin yapılması önerisi 1856 yılında Marshall Hall tarafından yapılmıştır. Hall,

2hastaya körükle hava verdikten sonra, midesi üzerinde dakikada 16 kez bası uygulayarak hastanın solunumuna yardımcı olacak bir

yöntem geliştirmiştir. Böylece, hastanın ekspirasyonu sağlanmiş oluyordu (Varon, J., 2012). Kalp masajı çalışmalarının geçmişi ise 100–110 yıllık uzun bir süreci içermektedir. Kalp masajı, internal olarak ilk kez 1874 yılında Moritz Scriff tarafından, durmuş köpek kalbinin tekrar canlandırılması ile gerçekteşmiştir (Alpert, J., S., 2004). 1878 yılında da Boehm tarafından kediler üzerinde denenmiştir (Grunfeld, G., B., 1992). 1902 yılında Maas ise ilk kez kapalı kalp masajını yapmıştır (Çertuğ, A., 1999). Kardiyak arrest vakalarında 1960 öncesinde açık kalp masajı uygulanmaktaydı. Bu dönemde, Kouwenhoven ve meslektaşları kardiyak masajı ve suni solunumu başarı ile uygulamaya başlamışlardır. Yine aynı tarihlerde, kardiyak arrest ya da fibrilasyon durumunda, dolaşımın tekrar normalde dönmesi

2için kardiyak masaj ve defibrilasyon uygulanması gerekliliği, kardiyak masaj yapılmadığı zaman hastada gelişebilecek anoksi

nedeni ile hayati organlarda hasarlar meydana gelebileceği belirtilmiştir (Grunfeld, G., B., 1992). Tüm bu gelişmelerin ardından, Amerikan Kalp Derneği tarafından, 1963 yılında 'Kardiyopulmoner Resüsitasyon Komitesi kurulmuştur. Bunun ardından, Mayıs 1966'da

17'Kardiyopulmoner Resüsitasyon Konferansı' düzenlenmiş ve bu konferanstaki hekimlerin ve diğer sağlık personellerinin AHA standartlarına göre eğitilmesini önerilmiştir

(Özköse, Z., 2005). 1973 yılında AHA

2yönetiminde 'Ulusal KPR ve Acil kardiyak Vakalarda Standartlar Konferansı'

düzenlenmiştir. 1979'da yapılan konferansta da KPR

2için yeni tekniklerin araştırılması ve geliştirilmesi

konusunda karara varılmıştır (Karataş, M., 2012). 1989 yılında

3Avrupa Resüsitasyon Konseyi (The European Resuscitation Council – ERC) kurulmuş bu komitenin alt çalışma grupları da KPR standartlarını ve algoritmalarını oluşturmuştur. Tüm resüsitasyon kuruluşlarının ortak bir

hedef ve çatı altında toplanması amacıyla,

31992 yılında International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) oluşturulmuş ve bunun ardından ilk kez 1997 yılında temel bir KPR uygulama kılavuzu oluşturulmuştur

(Chamberlain, D., 2005). Daha sonra

17gündeme gelen ‘2000 Yılı Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyovasküler Bakım–Bilimde Uluslararası Konsensus’ adını taşıyan yeni uygulama kılavuzu, kanıta dayalı tıp kavramına uygun olarak hazırlanmıştır. Diğer resüsitasyon

kılavuzları 2005, 2010 ve 2015 yıllarında yayınlanmıştır (Yılmaz, D., 2013). KPR’un tarihi seyri ile beraber

2önümüzdeki yıllarda da konu hakkında yeni gelişmelerin olması

mümkündür (Karataş, M., 2012). Türkiye’de ise KPR amaçlı çalışmalar

181996 yılında ‘Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Resüsitasyon Komitesi’ kurulması ile başlanmıştır. Bu komite, 1998 yılında European Resuscitation Committee ‘ye (ERC) üye olmuştur. Türk Resüsitasyon Derneği ise

2003 yılında kurulmuş **ve ERC ile yapılan bir yazılı anlaşma ile ülkemizde uluslararası standartlarda resüsitasyon eğitimi yapılmaya**

başlanmıştır (Çertuğ, A., 2004).

12.2. TANIMLAR 2.2.1. Kardiyak Arrest

Kalbin sistol sırasında etkili olarak kasılmaması nedeni ile kan dolaşımının ani olarak durduğu, buna ek olarak bilinç kaybının geliştiği bir tablodur. Çoğunlukla yetişkinlerde oluşan kardiyak arrestin nedeni genel olarak VF ve nabızsız ventriküler taşikardi'dir (VT) (Berg, R. A., ve ark., 2010). Kardiyak arrest, en sık 45- 75 arasında oluşmakta ve kardiyovasküler hastalıklar ile orantılı olarak artmaktadır (Uslu, Y., ve ark., 2015). Kardiyak arrestti takiben 10–15 saniye içerisinde bilinç kaybolur, 45 saniye sonra pupillalar dilate olmaya başlar, 1–3 dakika içerisinde ise solunum durur. Arresti takiben 4–6 dakika içinde beyinde geri dönüşümsüz hasar başlar. Hiçbir müdahale yapılmadığı takdirde, 4 dakika geçtikten sonra dolaşım yeniden başlasa dahi beyin fonksiyonları geri dönmez (Çelik, E., 2008). Kardiyak arrest durumunda TYD'nin kritik olan ilk adımları göğüs kompresyonları ve erken defibrilasyon hızlıca sağlanmalıdır (Uysal, H., 2010). Kardiyak arrestin belirti ve bulguları; angina, dispne (zor solunum), çarpıntı, yorgunluk ve diğer kardiyak belirtilerde artış şeklinde sayılabilir. Ejeksiyon fraksiyonu 0 ve altında olan kardiyak arrest vakalarında;

50ani kollaps, bilinç kaybı, anormal solunum, nabız alınamaması,

kalp seslerinin duyulamaması, ventriküler taşikardi (VT), ventriküler fibrilasyon (VF), asistoli, nabızsız elektriksel aktivite (NEA), göz bebeklerinde genişleme, ciltte siyanöz ve solukluk, kan basıncında düşme görülür (Zipes, D. P., 2006). Ventriküler taşiaritmile kardiyak arrestte en sık rastlanılan ritimlerdir. Hastane dışındaki kardiyak arrestlerin P–70'i ile hastanede karşılaşılan arrestlerin 0-40'ının VF'a bağlı olarak geliştiği bildirilmiştir (Ergin, A., ve ark, 2004). 2015 AHA verilerine göre;

15kardiyak arrest olgularının % – 50'sinde ilk ritim VF olarak tespit edilmiş olup bu oranın son 20 yılda azaldığı dikkat çekmektedir

(Hazinski, M. F., ve ark., 2015).

15 Muhtemelen daha çok hastada ilk ritim VF olmuş olabilir ancak bu hastaların ilk elektrokardiyografilerinin (EKG) çekildiği sırada hasta, asistoli ritmine girmiş olabilir.

Amaç; bu hastalara VF ritminde iken müdahale etmektir. Asistoli ritminde KPR başarısı belirgin şekilde azalmaktadır (Hazinski, M. F., ve ark., 2015). 2.2.1.1. Kardiyak Arrest Nedenleri Primer nedenler; ventriküler fibrilasyon, miyopatiler, ileri pulmoner hipertansiyon, akut miyokardit. Sekonder nedenler ise; hava yolu obstrüksiyonu, suda boğulma, senkop, düşük kan basıncı, elektrik – yıldırım çarpması, beyin hasarı, şok ve ilaç intoksikasyonudur (Tulunay, M., ve ark., 2008) 2.2.1.2. Kardiyak Arrestte Kesin Tanı Büyük arterlerde nabız alınamaz. Arrestti izleyen ilk 1–3 dakika içinde solunum durur. Kardiyak arrestin gelişmesinin ardından 15–30 saniye içinde de bilinç kaybolacaktır (Çelik, E., 2008, Eagle, K. A., 2007, Doherty, G., ve ark., 2008). 2.2.1.3. Kardiyak Arrest Epidemiyolojisi Kardiyak arrest, her yıl önlemeye yönelik ilerlemeleri olmasına rağmen hala önemli bir toplum sağlığı problemidir (Lloyd Jones, D., 2010). Hastane içinde veya dışında, herhangi bir nedenle gelişebilecek kardiyak arrestlerin oluş mekanizmaları ve prognostik faktörleri birbirinden farklıdır ama sağ kalım oranları her ikisinde de benzer şekilde düşüktür (Tanrıöver, M. D., 2011). Arrest kurbanlarının çoğunda altta yatan yapısal kalp hastalığı ; genellikle koroner aterosklerozis ve/veya kardiyomegalidir (Tintinalli, J. E., ve ark., 2010). Arrestte neden olan diğer en sık görülen kardiyak anomaliler dilate ve hipertrofik kardiyomiyopatilerdir. Küçük bir yüzde ise egzersiz ve/veya sportif aktiviteler sırasında meydana gelir. En sık hipertrofik kardiyomiyopati ya da göğüs ön yüzüne bir darbe arresti tetiklemektedir (Tintinalli, J. E., ve ark., 2010). ABD’nde her yıl hastane dışı kardiyak arrest sayısının 236.000 ile 325.000 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu arrest vakalarına uygulanan TYD sayısı ise evlerde ortalama &, kamusal alanlarda ise E gibi düşük oranlarda kalmaktadır (Ward, K., ve ark., 2014). İskoçya ve Avrupa’nın diğer bölgelerinden beş ayrı şehirden gelen verilere dayanarak, kardiyak etiyojiye bağlı hastane dışındaki kardiyopulmoner arrestte resüsitasyon uygulama insidansı 100.000 kişide 49.5 – 66’dır (Griffin, B. P., 2007). Erişkinlerde hastane dışı kardiyak arrest sıklıkla VF ve nabızsız VT’ye bağlıdır. Bu ventriküler taşiaritmi ritimleri, asistoli veya NEA ritimleri ile oluşan arrestlere göre çok daha iyi sonuçlanmaktadır (Nadkarni, V. M., 2006). Ani VF ölümlerinin en sık görülen bulgusu koroner arter hastalıklarıdır (Ward, K., ve ark., 2014). Son yıllarda otomatik eksternal defibrilatör kullanımının artmasıyla, KPR

19 **eğitiminin yaygınlaşması, ambulans hizmetlerinin iyileşmesi ve iletişim olanaklarının artması** nedeniyle **başarı**

oranı artmıştır (Balcı, B., ve ark., 2011). 2.2.2. Solunum Arresti Önce solunum durmuş

14 **ise kalp bir süre çalışır, akciğer ve dolaşımda mevcut olan oksijen**

bir süre daha vital organlara taşınır. Müdahale edilmez ise kardiyak arrest gerçekleşir (Yılmaz, D., 2013). Erken müdahale edilmediği takdirde, kazazedede bilinç kabolacak ve siyanöz gelişecektir (Ateşli A., 2011).

2.2.2.1. Solunum Arresti

48 **Nedenleri ? Hava yolu obstrüksiyonu, ? Yabancı cisim aspirasyonu, ? İlaç**

instoksikasyonu, ? Duman inhalasyonu, ? Kas güçsüzlüğü, ? Elektrik ve yıldırım çarpması, ? Akciğer hastalıkları, ? Sinir hasarı (Jerry, N., 2005). 2.2.3. Kardiyopulmoner Arrest Solunum ve dolaşımın, çeşitli nedenlere bağlı olarak ani durmasıdır. Ortaya çıkan ilk belirtiler; bilinç kaybı ve sonrasında solunumun durması, nabız alınamaması, solukluk, siyanöz ve pupilla dilatasyonudur (Jerry, P., ve ark., 2010). Kardiyopulmoner arrestte 3-4

26 **dakika süren dolaşım yetersizliği, geri dönüşümsüz beyin hasarına yol**

açabilmektedir. TYD'nde olası bir

26 **gecikme, başarılı sonuç elde etme şansını azaltacaktır**

(Özköse, Z., 2005). 2.2.3.1. Kardiyopulmoner Arrest Nedenleri Erişkinlerde hastane dışı KPA değişik nedenlidir. Hastane dışı ölümlerin @'ı kardiyovasküler nedenlidir. Kardiyovasküler nedenli ölümlerin ''ı ise ani kardiyak ölümle alakalıdır (Nolan, J. P., ve ark., 2010). Hastane dışı kardiyak arrest olgularında hayatta

kalma şansı kötü durumdadır. KPA olgularının i'ü erkeklerde gelişirken olurken, vakaların r'si ev ortamında gerçekleşmektedir (Margey, R., ve ark., 2011). Non-kardiyak internal etiyolojiler olarak; akciğer hastalığı, serebrovasküler hastalık, kanser, gastrointestinal hemoraji, obsetrik/pediyatrik, pulmoner emboli, epilepsi, diabetes mellitus, böbrek hastalığı söylenebilir (Enar, R., 2007). Non-kardiyak eksternal etiyolojiler; travma, asfiksi, aşırı doz ilaç, suda boğulma, elektrik veya yıldırım çarpması, suisidler, diğer eksternal etiyolojiler sayılabilmektedir (Griffin, B. P., ve ark., 2007, Enar, R., 2007). Kalp hastalıkları,

14hipovolemi, hipoksi, hiperkapni, bayılma, ani hipotansiyon, hava embolisi, elektrik veya yıldırım çarpması, suda boğulma, metabolik veya elektrolit değişiklikleri, hipotermi, anestezi ve bazı anestezi hataları, ilaç veya zehirler, kan katekolamin düzeyinin artması, kalp kateterizasyonu, bazı hastalıkların terminal dönemleri, elektif kardiyak

arrest te diğer nedenler arasındadır (Tabak Selçuk, R., ve ark., 2008, Yücel, A. R., 2006). Hastane içinde yatan hastanın tedavisinde kullanılan ilaçlar da yan etkileriyle arrestte sebep olabilmektedir (Atar, S., ve ark., 2006) Kardiyopulmoner arrest nedenleri arasında en önemlisi kalp hastalıklarıdır. Diğerleri; dolaşımda akut tıkanıklık, yetersiz kardiyak output, iskemi, miyokardit, miyopati, tansiyon pnömotoraks, kalp tamponadı sayılabilir. Aşırı kan veya sıvı kaybı da ani tansiyon düşmesine neden olacak ve arrestte sebebiyet verecektir (Gök, H., 2004). 2.2.4. Kazazede Herhangi bir yerde, zamanda, ani olarak kalp atımlarının, kan dolaşımının ve solunumunun durduğu (kardiyopulmoner arrest) bireyi ifade eden anlam olarak kullanılmıştır (Oktay, M. M., 2014, Baskett, P. ve ark., 2005). 2.2.5. Halktan Kurtarıcı Kaza anının ilk dakikalarından başlayarak, önce kendi güvenliğini sağlayıp, sonrasında sağlık personelleri gelinceye kadar kazazedenin yaşaması için kurtarıcı girişimleri yapan ve bu girişimler hakkında eğitim almış veya almamış olan kişidir (Berg, A. R., 2010). 2.3. TEMEL YAŞAM DESTEĞİ VE YAŞAM ZİNCİRİ Temel yaşam desteği, kalbi durmuş kişiye

21kalp masajı ile kalpten kan pompalanmasını sağlamak, solunumun devamı için havayolunu açmak ve

sunu solunum ile akciğerlere oksijen gitmesini sağlamak için yapılan ilaçsız müdahalelerdir. Olay yerine profesyonel ekip gelene kadar

4bu konuda eğitim almış, genellikle profesyonel olmayan bireyler tarafından

tıbbi bir malzeme olmadan uygulanmaktadır (Yılmaz, D., 2013).

10Bu uygulamaların tümü birden gerçekleştirildiğinde kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) terimi

kullanılmaktadır (Altıparmak, M. R., 2010).

4TYD, resüsitasyonun hastane dışı ilk basamağıdır. Bu konuda eğitim almış genellikle profesyonel olmayan bireyler tarafından uygulanmakta olup, uygulama esnasında herhangi bir malzemeye ihtiyaç yoktur.

4Olay yerine profesyonel ekip gelene kadar uygulanacak TYD ve eş zamanlı olarak acil tıp sisteminin uyarılması çok önemlidir

(Bukıran, A., 2009).

3Önceleri standart uygulamalarda TYD için uygulayıcıların hiçbir araç gereç kullanmalarının gerekmeyeceği öğretilmesine karşın, olanaklar ölçüsünde otomatik eksternal defibrilatör kullanımı ile birlikte basit havayolu açma aygıtları ve maske – kese kullanımı da artık TYD uygulamalarında yer almaktadır

(Özköse, Z., 2005). Ani kardiyak arrest geçirmekte olan kişileri yaşama döndürmek için yapılan uygulamaların tümü 'yaşam kurtarma zinciri' olarak adlandırılır.

24Hastane dışında veya hastane içinde hastalarda gerçekleşen arrest durumunda uygulanan resüsitasyonun beş **basamağı**

vardır. Hastane dışı gelişen kardiyak arrestte izlenmesi gereken adımlar; arrestin

21erken tanınması ve acil sağlık hizmetlerinin erken aktivasyonu,

kaliteli KPR, hızlı defibrilasyon, temel ve ileri seviye acil servis tedavisi ve ileri yaşam desteği ile arrest sonrası bakımdır (Hazinski, M. F., ve ark., 2015). Birinci basamak; arrestin erken tanınması ve acil sağlık hizmetlerinin erken aktivasyonudur. Erken farkına varma ve acil medikal servis ile iletişime geçme, hastaya hızlıca eğitilmiş insan gücü sağlama ve defibrilatör gibi araçları ulaştırmayı içerir. Acil servisin

31aranması için geçen zaman, arrest ile gelen hastanın uzun dönem prognozunu doğrudan etkilemektedir (Sayre, M. R., ve

ark, 2010). Kurtarıcılar kazazedenin ani olarak yere yığıldığına tanıklık edebilir veya cansız görünen birine rast gelebilirler. Öncelikli olarak yapılması gereken çevre güvenliğinin sağlanması ve ardından da müdahaledir. Hızlı bir şekilde bilinç kontrolü yapıp, hasta omuzlarından hafifçe sarsılmalı

6ve 'iyi misin?' diye yüksek sesle seslenilmelidir. Eğer kazazede

tepkisiz ise kurtarıcı hızlı bir şekilde

6acil yanıt sistemini (112-153) aktive etmelidir. Sağlık personeli tepki açısından değerlendirme yaparken aynı zamanda

dolaşım kontrolünü de yapmalıdır. Eğer sağlık personeli kazazedenin nabzının olmadığına ve bilinci olmadığını saptarsa,

6kazazedenin kardiyak arrest olduğunu varsaymalı ve hemen acil yanıt sistemini

aktive etmelidir (Berdowski, J., 2010). 2010 yılında AHA'nın yayınladığı kılavuzla beraber solunum ve nabız kontrolüne verilen önem azalmaya başlamıştır. Yapılan alışmalar ile beraber

6hem halktan kurtarıcılarının hem de sağlık personellerinin nabzı teşhis etmekte zorlandıklarını göstermiştir

(Berg, R. A., ve ark., 2010). Bu gibi durumlarda nabız kontrolü uzun sürebileceği için, gecikmeyi önlemek amacı ile nabız kontrolünün 10 saniyeden uzun sürdürülmemesi ve net olarak alınamıyorsa da vakit kaybetmeden göğüs basılarına başlanması önerilmektedir (Berg, R. A., ve ark., 2010). İkinci basamak; kaliteli kardiyopulmoner resüsitasyondur. Hızlı ve etkili yapılan KPR, VF ritmindeki kardiyak arrestte yaşama şansını 2-3 kat artırmaktadır.

8Başarılı resüsitasyonun en önemli belirleyicisi kardiyovasküler kollaps gelişiminden müdahale edilinceye kadar geçen süredir.

8En iyi derecede doku perfüzyonu için kardiyak ve solunum desteği sağlamak, kişiye en yakın donanımlı acil servise ve yoğun bakım ünitesine transfer etmek, arrest sebeplerini tanımlamak ve nedenlerini düzeltmek, tekrarlayan aritmileri önlemek için antiaritmik ilaç tedavisi uygulamaktır

(Effestol, T., ve ark., 2002). Üçüncü basamak; hızlı defibrilasyondur.

37Kalbin defibrilasyonu VF ve nabızsız VT'nin tek etkin tedavi şeklidir

ve hızlıca sağlanması önemlidir (Sayre, M. R., ve ark., 2010). Acil müdahalede defibrilasyona kadar geçen sürenin, tedavi etkinliğini belirlemede ön önemli faktör olduğu ve

24her bir dakika geç kalmanın sağ kalımı %5 – 10 oranında azalttığı

görülmüştür (Effestol, T., ve ark., 2002, Efil, S., ve ark., 2015). Dördüncü basamak; temel ve ileri seviye acil servis tedavisidir. İyi eğitim almış sağlık personeli ekibinin, donanımlı ambulanslar ve hızlı girişim araçları ile erken ve etkili müdahalesidir (Myerburg, R. J., ve ark., 2008).

38Temel yaşam desteğinin sağlanmasından sonra acil olarak kardiyovasküler durumun belirlenmesi

ve hastalarda ileri havayolu sağlanması için, supraglottik ileri havayolu önerilmektedir. Beraberinde kardiyak arreste neden olan aritmilen tanınması ve ilaç tedavilerini kapsar (Elazazay, H. M., 2012). Beşinci basamak; ileri yaşam desteği ile arrest sonrası bakımdır. Sağ kalım zincirine yeni eklenen bu yaklaşımla post kardiyak arrest bakımının önemi vurgulanmaktadır (Field, J. M., ve ark., 2010, Şener, S., ve ark., 2010). Temel yaşam desteğinin

10amacı; kalp durmasının altında yatan neden geri döndürülünceye kadar, yeterli solunum ve dolaşımın sürdürülmesidir. Özellikle, birincil neden solunum yetersizliği ise, TYD uygulaması sonucunda, atta yatan neden kolayca geri döndürülebilir ve tam iyileşme sağlanabilir (Monsieurs, K. G., ve ark., 2015). Zaman, temel

yaşam desteğinin başarıya ulaşmasındaki en önemli faktördür. Tanının zamanında konulup, tedaviye zamanında başlanması sağ kalımı artırıcı öneme sahiptir (Kuğuoğlu, S., ve ark., 2004). Kardiyopulmoner

arrest hastane dışında gelişmiş ise, arrest tanısı hızlıca koyulup, uygulamaya 4 dakikadan kısa sürede başlanmış ise veya arrest tanısı koyulup ileri kardiyak yaşam desteği sağlanana kadar yapılan uygulan uygulamalar 8 dakikayı geçmemiş ise hasta C gibi yüksek bir değerle hayata geri dönecektir (Kuğuoğlu, S., ve ark., 2004). İlk 4 dakika içinde TYD algoritmasına başlanırsa kazazedenin hayata geri dönmesi), bu süre uzadığında da %7'dir (Kuğuoğlu, S., ve ark., 2004). Kardiyopulmoner arrestin ardından kazazedenin hayatta kalması olanağının artırılmasında hemşireler, paramedikler ve ATT'ler önemli gurubu oluşturmaktadırlar. Ancak yapılan çalışmalar, sağlık personellerinin TYD uygulamalarında yeterince etkili olmadıklarını göstermektedir (Juha, N., ve ark., 2000). TYD uygulamalarının en önemli sorunu, kalıcı ve etkin yapılmamasıdır. Bu nedenle; TYD eğitimi sık ve düzenli aralıklarla yapılmazsa TYD etkinliği azalacaktır (Karahan, A., ve ark., 2005). 2.4. TEMEL YAŞAM DESTEĞİ UYGULAMALARI TYD sağlayacak olan kurtarıcı, 2010 AHA rehberine göre geliştirilen C – A – B sıralamasını yapmalıdır. Buna göre; C – irculation A – irway B – reathing'tir (Berg, R. A., ve ark., 2010, Şener, S., ve ark., 2010). Circulation dolaşım desteğini, airway havayolu açıklığının sağlanmasını, breathing ise solunum desteğini belirlemektedir. 2005 yılında geliştirilmiş olan AHA kılavuzunda A – B – C sıralaması izleniyordu. 2010 yılından itibaren C – A – B şeklinde değişiklin yapılmasının nedeni;

16**C – A – B** sıralaması ile **kalp masajı daha kısa sürede başlamış** olacak **ve ventilasyon, birinci tur kalp masajı** tamamlanana **kadar çok az gecikmiş olacaktır. A – B – C** sıralaması **arreste şahit olanlar tarafından kardiyak arrestli** hastalarında **üçte birinden daha** azına **KPR yapılmasının nedeni olabilir. Çünkü A – B – C;**

havayolunun açılması ve kurtarıcı soluk verilmesi gibi en güç prosedürle başlar (Şener, S., ve ark., 2010). 2.4.1.

3**Havayolu Açıklığının Sağlanması Bilinci kapalı olan** hastanın **kas tonüsü azaldığı için dil ve/veya epiglot geriye doğru düşerek havayolunun tıkanmasına yol açar.**

Tepkisiz hasta supine pozisyonuna

19 getirilerek baş-çene manevrası ya da spinal hasarlı hastalarda çene itme manevrası kullanılarak solunum yolu açılmalı ve

tüm KPR süresi boyunca aynı yöntemler ile solunum yolu açık tutulmalıdır (Balci, B., 2011, Berg, R. A., ve ark., 2010). 2.4.1.1. Hastanın Pozisyonu Hasta supine pozisyonda, sert zemin üzerine yatırılır. Eğer hasta prone pozisyondaya yüz üstü olacak

19 şekilde döndürülür. Hastaya ileri hava yolu yöntemi uygulanmışsa supine pozisyona getirilmesine gerek olmayabilir. **Spinal**

hasar şüpheli kazazedelerde KPR prone pozisyonda da uygulanabilir (Balci, B., ve ark., 2011). 2.4.1.2. İlk Yardımcının Pozisyonu İlk yardımcı hastanın sağına veya soluna geçip, yere oturup, hem kurtarıcı soluk uygulayabilecek hem de göğüs basısıbı etkin yapabilecek bir şekilde pozisyon almalıdır (Türkan, H., ve ark., 2005, Berg, R. A., ve ark., 2010). 2.4.1.3. Havayolunun Açılması Tepkisiz olan hasta supine pozisyonuna getirilmeli, başı geri ve çenesi yukarıya kaldırılarak ya da spinal hasar düşünülüğünde çene itilerek solunum yolu açılabilir. Başın geriye ve çenenin yukarıya itilmesinde, bil elle hastanın başı alın bölgesinden geriye itilir, diğer elin 2 ve 3.parmakları ile çene öne doğru çekilmektedir. Çeneyi itmek için ise, boyun ekstansiyonu yapılmamalıdır (Balci, B., ve ark., 2011). 2.4.2. Solunumun Sağlanması Hastanın hava yolunun açılmasının ardından, 2005 algoritmalarına göre solunumu değerlendirmek için 'bak, dinle, hisset' yöntemi uygulanmakta idi. Ancak 2010 yılı itibari ile 'bak, dinle, hisset' TYD akış şemasından çıkarılmıştır (Berg, R. A., ve ark., 2010). 2015 yılında AHA'nın yayınladığı yeni rapora göre, bak – dinle – hisset yeniden gündeme gelmiştir ancak algoritmalarda yer bulmamıştır (Hazinski, M. F., ve ark., 2015). Hastaya hava yolu desteği sağlandıktan sonra ilk yardımı yapacak olan kişi solunumu değerlendirmelidir. Havayolunun açılmasıyla beraber spontan solunum başlayabilir. Ancak kazazedenin yaptığı solunum yetersiz ise müdahale kaçınılmaz olacaktır (Şener, S., Yaylacı, S., 2010). Havayolu açık olmayan hastalarda solunumu saptamak çoğu zaman kolay olmamaktadır. Solunumu değerlendirmek için maksimum süre 10 saniye olmalıdır. Normal solunumdan şüphelenilen her durumda, solunum normal kabul edilmemeli ve algoritma basamakları izlenmelidir (Balci, B., ve ark., 2011).

5KPR öncesi nabız kontrolünün ve kurtarıcı soluk vermenin zaman kaybına neden olacağından hemen göğüs kompresyonuna başlanması **önerilmektedir.**

Yüksek kaliteli KPR uygulamalarında aşırı solunumdan kaçınılması

5önerilmektedir. Eğitim almış kurtarıcılar, 30 göğüs basısına 2 soluk olacak şekilde hastanın **solunumunu**

desteklemelidir.

5Eğitim almamış kurtarıcılar sadece göğüs basısı uygulamalıdır. **Aşırı solutma intratorasik basıncı artırıp kalbe venöz dönüşü ve** dolayısı ile **kardiyak output'u azalttığından önerilmemektedir**

(Koster, R. W., 2010). 2015 AHA Kılavuzu'na göre; hastaya verilen her soluk 1 saniye verilir göğüs şişirmelidir (Monsieurs, K. G., ve ark., 2015) Erişkin KPR'da tidal volümler yaklaşık 500 – 600 mililitre verilmelidir. Pratik olarak, göğsün görünür biçimde kalkmasını sağlayan volümdür (Baskett, P., ve ark., 1996). KPR uygulayıcılarının amacı inflasyon süresini yaklaşık 1 saniye olarak sağlamak, hasta ya da yaralının göğsünün yeterince kalkmasını sağlayacak volüm vermek fakat hızlı ya da güçlü soluklardan kaçınmaktır (Beesems, S. G., ve ark., 2013). 2.4.3. Dolaşımın Sağlanması Arrest sırasında nabız ısrarla saptanmaya çalışmak ek zaman kaybına neden olur (Travers, A. H., ve ark., 2010). Nabız değerlendirmek için en güvenilir arter karotistir. Trakea üzerine 2-3 parmak yerleştirildikten sonra, parmaklar trakea ile sternokleidomastoid kası arasındaki boşluğa yönlendirilir. Aynı anda her iki taraftaki artere bası uygulanmaz. Çünkü serebral akım engellenebilmektedir. Karotis arter dışında değerlendirilecek olan femoral arterdir (Demirağ, K., 2006). Eğer 10 saniye içinde nabız alınamaz ise, nabız yokmuş gibi kabul edilmelidir (Balci, B., ve ark., 2011). Kabul edildikten sonra hızlıca eksternal göğüs masajlarına başlanması gerekmektedir. Masajlar göğüs içi basıncı artıracak, kalbi direkt olarak sıkıştırarak ve kan akımı sağlanacaktır. Amaç; defibrilasyon uygulaması yapılanaya kadar önemli organların kanlanması ve oksijenlenmesini sağlamaktır (Demirağ, K., 2006). 2015 AHA kılavuzuna göre dakika içinde en az 100 ve en

fazla 120 civarında yapılan göğüs basıları dokuları yeterli miktarda kanlandıracaktır (Monsieurs, K. G., ve ark., 2015). Göğüs kompresyonları ve suni solunumlara rağmen dolaşım varlığını gösteren belirti yoksa TYD'ne ara vermeksizin devam etmek gerekmektedir. Nabızın ve solunumun varlığına ilişkin bulgu var ise değerlendirme yapılmalıdır. Eğer solunum tespit edilmiş ise kazazedenin havayolu açık şekilde lateral pozisyona getirilmelidir. Bu arada sık sık solunum ve nabız kontrol edilmelidir. (Demirağ, K., 2006).

2.4.4. Göğüs Basısı Uygulaması

Göğüs basısı; sternumun alt yarısı üzerine ritimli bir şekilde basınç uygulanmasıdır. Amaç; göğüs içi basıncı artırmak ve kalbi komprese etmesiyle kan akımı oluşturmaktır. (Balci, B., ve ark., 2010) 2015 AHA kılavuzuna göre; göğüs kompresyonları dakikada en az 100, en fazla 120 kere ve seri halde uygulanmalıdır. Göğüs duvarı en az 5 santimetre, en fazla 6 santimetre çökmelidir ve hemen ardından göğüs duvarının geri yükselmesine izin verilmelidir. Göğsün üzerine yaslanılmaması gerekmektedir (Monsieurs, K. G., ve ark., 2015). Yapılan araştırmalar, göğüs basılarının sternumun alt yarısına yapıldığında daha iyi sonuç verdiğini göstermektedir (Cha, K. C., 2013). El avcunun topuğu göğüs ortasına, diğer el de ilkinin üzerine konulmalıdır (Handley, A. J., 2002). Basılar, kazazedenin yanında diz çökülürse daha rahat uygulanabilmektedir. Hem az kesinti ile bası sağlanacak hem de suni solunumda arası hareketler rahatlayacaktır (Handley, A. J., 2004). 2010 kılavuzu ile beraber erişkinlerde göğüs basısı derinliği en az 5 santimetre olması gerektiği vurgulanmaktadır (Hellevo, H., ve ark., 2013). KPR işlemi olabildiğince düz ve sert bir zemin üzerinde uygulanmalıdır (Nishisaki, A., ve ark., 2012). Yapılan her göğüs basısının ardından göğsün tekrar yükselmesine izin vermek gerekmektedir. Çünkü kan dönüşü daha iyi olacak ve KPR etkinliğinde artma gözlemlenecektir (Niles, D. E., ve ark., 2011). Ne yazık ki, TYD eğitimleri tekrarlanmadığında unutuluyor ve istenilen şekilde gerçekleştirilemiyor. Yapılan çalışmalar sağlık personelinin TYD eğitiminde önemli grubu oluşturmasına yeterli olmadıklarını belirtmektedir (Pearn, J., 2000). Özellikle gelişmiş ülkelerde önlenebilir insan hataları KPR sırasında sıkça ortaya çıkmaktadır (Hohenstein, C., ve ark., 2010). Bu konularda eğitim almış olan doktorların dahi arrest durumunda yeterli olmadıkları saptanmıştır (DeVita, M. A., ve ark., 2004). TYD konusunda eğitim almış olan insanlar, TYD'ni etkili bir şekilde uygulayabilmektedirler. Ancak TYD bilgileri 2 haftanın arısından gerilemeye başlamaktadır. Ne yazık ki bu gerileme tüm sağlık personellerinde görülmektedir (Soysal, S., ve ark., 2005). Bu gerilemeyi azaltmak için TYD eğitim süresi uzun olmalı, eğitimde maketle uygulama yapılmalı, eğitmenin eğitim esnasındaki yanlış uygulamaları düzeltilmelidir (Soysal, S. ve ark., 2005).

2.4.5. Defibrilasyon Uygulaması

Arrest vakalarında şoklanabilir ritimlerin (VF, VT) saptanması halinde hemen defibrilasyon uygulanmalıdır. Erken uygulanan defibrilasyon hasta için kritik önem taşımaktadır (Balci, B., ve ark., 2011). Hızlı defibrilasyon; hastane dışı veya hastane içi gelişen arrestlerde oluşan kısa süreli VF durumlarında uygulanabilen bir tedavi seçeneğidir. VF ritmindeki hasta için; kurtarıcı KPR'a derhal başlanarak, 3 – 5 dakika içinde defibrilasyon uygulanması sağkalım oranını arttıracaktır (Manders, S., ve ark., 2009). Defibrilasyon gecikir ise VF kısa sürede asistole dönebilmektedir. Defibrilasyon uygulamasına kadar KPR

başarılı yapılırsa ise, defibrilasyon işlemini başarılı olma oranı %3-4, yapılmaz ise %7-10 azalma gösterecektir (Balcı, B., ve ark., 2011) Kazazedenin, arrest geçirdiği ortamda

4 otomatik eksternal defibrilatör cihazı var ise **bu cihazın** elektrotlarından bir tanesi **apeks üzerine gelecek şekilde, göğsün sol tarafına, diğeri de göğsün sol tarafına yapıştırılır.**

Burada amaç kalbi bir kafes içerisine almaktır (Bukıran, A., 2009). Cihaz açma düğmesinden açılır ve hastanın ritimlerinin izlenebilmesi için, cihaza bağlı elektrotlar hastanın vücuduna yerleştirilir. Otomatik şarj olabilen cihazlar sayesinde, elle komut verilerek hasta şoklanabilir (Bukıran, A., 2009). Defibrilasyon girişiminden sonra 2 dakika göğüs kompresyonlarına devam edilmelidir (Balcı B., ve ark., 2011). 2.5. HALKTAN KURTARICILAR İÇİN TYD Halktan kurtarıcılar, genel olarak KPR konusunda eğitim almamış kişileri oluşturduklarından, başka hiçbir uygulama yapmaksızın, sadece el ile göğüs basısı yapmalıdır. Bu basılar güçlü ve hızlı olmalıdır. Aynı zamanda 112 acil merkezinde görevli sağlık personelinin de talimatlarına uyulmalıdır. Halktan kurtarıcı olarak KPR uygulayan kişi, olay yerine profesyonel ekip gelip, hastayı teslim alana dek KPR döngüsünü tekrarlamalıdır (Berg, R. A., ve ark., 2010). Eğitim almış ya da almamış halktan kurtarıcılar, kardiyak arreste maruz kalan tüm kazazedelere göğüs basısı yapabilmelidirler. Eğitimli olan halktan kurtarıcılar, gönüllülük esasına bağlı olarak, göğüs basılarına 2 suni solunumu da eklemelidir. Tüm döngü profesyonel sağlık ekibi hastayı teslim alana kadar devam etmelidir (Berg, R. A., ve ark., 2010). 2.6. TYD ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TYD KALİTESİ Normal şartlarda tüm sağlık personelleri TYD konusunda eğitim almış olmalıdır. Böylelikle sağlık personellerinin hasta ya da yaralılara göğüs kompresyonu ve suni solunum uygulamaları mantık kazanacaktır. Bu uygulamalar, 30 defa yapılan göğüs basısı, 2 kere verilen suni solunum şeklindeki döngülerle, ileri havayolu işlemlerine dek devam etmelidir. İleri havayolu yöntemi uygulanırken veya onunla hasta solutulurken göğüs basılarındaki kesinti en az düzeyde tutulmalıdır (Hazinski, M. F., ve ark., 2015). İleri havayolu sağlanıncaya kadar, olay yerinde 2 kurtarıcı söz konusu ise, göğüs basısına ara verilmesine gerek yoktur (Hazinski, M. F., ve ark., 2015). Sonuç olarak tekrar özetlemek gerekirse; TYD'nin hayati basamakları; hızlı tanıma ve acil müdahale sisteminin erken aktivasyonu, hızlı KPR ve VF için hızlı defibrilasyondur (Hazinski, M. F., ve ark., 2015). 2.7. TYD KOMPLİKASYONLARI ? Spinal kord zedelenmesi, ? Beyin hasarı, ? Midede dilatasyon ve ruptür, ? Mide içeriği aspirasyonu ve regürjitasyon, ? Kosta ve sternum kırıkları, ? Kostosternal ayrılma, ? Pnömotoraks ve hemotoraks, ? Akciğer, karaciğer ve dalak yaralanmaları, ? Emboli (Çelik, E., 2008, Akdemir, N., ve ark., 2003, Baskett, P., 2005), ? Kaburga kemik kırıkları, sternumun kırılması, ? Ksifoid çıkıntıda meydana gelen kırıklar, ? Kosta ve sternum kırıkları sonucu perikard yırtılması, ? Mide distansiyonu, kusma, aspirasyon

pnömonisi, ? Yelken göğüs, ? Amfizem, ? Pulmoner kontüzyon, ? Vena kava inferiorun yırtılması sayılabilir (Süzen, B., ve ark., 2004). 2.8. TYD VE ETİK KONULAR TYD önemli, zor ve ağır sorumluluklar yüklemektedir. Çünkü sağlık çalışanları için hukuki sorumluluk ile beraber

11etik ve manevi değerler açısından yıpratıcı olabilmektedir. Zorlukları azaltmak için;

karar verme yetisine sahipse hastanın, değil ise vekilininin ve yok ise doktorun bizzat danışabileceği etik komiteler bulunmalıdır (Gander, B., 2012). Resüsitasyoda 4 temel prensip unutulmamalıdır. Bunlar; yararlı olmak, zarar vermemek, adaletli olmak ve otonomidir. Hastanın ya da hukuki sorumluluğu olan kişilerin yapılan müdahalelerde mutlaka yazılı onamı alınmalıdır. Ancak acil durumlarda temsilcinin onayı zamanında alınamıyorsa, tıbbi girişim geciktirilmeden uygulanmalıdır (Satar, S., ve ark., 2008). Resüsitasyon; yaşamı korumak, sağlığı düzeltmek, ağrıyı dindirmek, zararı en aza indirmek, bireyin hak ve mahremiyetine saygı duymayı amaçlamaktadır. KPR ile alakalı kararlar, saniyeler içinde halktan kurtarıcılar veya sağlık personeli tarafından verilmektedir. Bu sebeple; KPR hastanın isteklerine ters düşebilir (Miller, W., ve ark., 2010). Sağlık personelleri KPR aşamasında etik, yasal ve kültürel öğeleri es geçmemelidir. (Schmid, B., ve ark., 2010). Bilinçli bir karar için üç süreç gerekir. Bunlar; hasta olası tehlikeler açısından bilgi alır ve bu bilgileri anlar, hasta yanlılıklarını düzeltmek için tekrar yorumlama ister ve hasta tüm seçenekleri değerlendiren ve kendi kararına varır (Simon, J. R., 2007).

6Sonuç olarak, sağlık çalışanları için bireye saygı hayat kurtarıcı tekniklerin uygulanması aşamasında bile üstün tutulmalıdır

(Morrison, L. J., ve ark., 2010). 2.9. TYD SONLANDIRILMASI Prognozun iyi olduğu durumlar; KPR uygulanan hastaya erken müdahale edilmiş ise, hasta gençse, eşlik eden ciddi bir hastalığı yoksa, tuzlu suda boğulma ise, olay sağlık kuruluşunda veya yoğun bakımda gerçekleşmişse, KPR'u izleyen birkaç dakika içerisinde kalp dönmüşse, 15 dakikada pupiller küçülür ve kornea refleksi alınmasıdır (Yılmaz, D., 2013). Eğer hasta, resüsitasyon

11 **kararını verme yetisine sahip değilse bu karar vekil** hastaya vekil olan **kişi** ya da **kişiler tarafından**

verilmektedir. Ancak, hastanın hiçbir şekilde tercihi bilinmiyor ise, hastanın primer hekimi tarafından hastanın olabilecek tercihleri düşünülür ve resüsitasyon kararını verebilir. Eğer böyle vakalarda hasta çocuk ise, kararı verecek olan bireyler anne ve babadır (Griffin, B. P., ve ark., 2004, Darryl, S., ve ark., 2005). Yanlış izlenimlere neden olabilecek durumlar;

11 **hastaların karar aşamasında bulunmaması, resüsitasyon sırasında tıbbi prosedürlerin uygulanmaması, KPR' un muhtemel prognozu, kararların uygulanması sırasında hastaların kendi değerlerinin ve tercihlerinin göz önünde bulundurulmaması**

gibi durumlardır. Yapılan çalışmalar, bu süreç içerisinde, KPR sonlandırılıncaya kadar hekim direktiflerinin izlendiğini göstermektedir (Çelik, E., 2008).

293. **GEREÇ VE YÖNTEM 3.1. Araştırmanın Modeli Bu araştırma,**

tanımlayıcı (betimsel) bir araştırma olup; hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin Temel Yaşam Desteği (TYD) konusunda bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla tarama modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

403.2. **Araştırmanın Yürütüldüğü Yer Araştırma; Yakın Doğu Üniversitesi**

kampüsü içindeki üniversite hastanesi ve hastaneye bağlı, Gazimağusa ve Güzelyurt ilçelerinde bulunan dispanserlerde yapılmıştır. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, 22'si VIP, 209 tek kişilik oda kapasitesine sahip durumdadır. 2015 yılında, farklı aylarda açılan, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ne bağlı olarak, Güzelyurt ve Gazimağusa Dispanserleri de faaliyete geçmiştir. Haftaiçi, günlük mesai saatleri içerisinde

çalışan dispanserler, acil sağlık hizmeti de sunmaktadırlar. Her dispanserde dal uzman doktorları, hemşireler, ambulans şoförleri ve hasta danışmanları görev yapmaktadır. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde, hizmet içi eğitim programları kapsamında yılın belirli dönemleri, hastane eğitim hemşiresi tarafından veya gelen konuk ekip, doktorlar ve hemşireler tarafından TYD eğitimi verilmektedir. Aynı şekilde, işe yeni başlayan hemşire, paramedik veya acil tıp teknisyenlerine de oryantasyon programı dahilinde TYD eğitimi verilmektedir. Yılın belirli dönemlerinde verilen bu eğitimlere, sağlık personeli kimi dönem zorunlu olarak katılıp, kimi dönem de iş yükü vb. nedenlerle katılamayabiliyorlar Eğitimler genellikle sertifikalı yapılmakta olup, katılım sertifikası veya başarı belgesi verilmektedir. 3.3. Araştırmanın Evreni Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesinde görev yapmakta olan 212 sağlık personeli (hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenleri) oluşturmaktadır. 3.4. Araştırmanın Örneklemi Araştırmada evreni temsil edecek şekilde bir örneklem seçilmesi maksadıyla evrenin bilinen örneklem formülü kullanılarak

41 **güven** düzeyi **ve %5 örneklem hatası** ise 137 hemşire **ile** görüşülmüştür.

Örneklem

sayısı ; N: Çalışma Evrenindeki kişi

12 **sayısı n: Örneklem alınacak birey sayısı p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı) q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı) t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasıdır. n? N**
*t² p*q

(N ?1)d² ?t² *

43 **p*q n? 212 *(1.96)² *0.50 *0.**

50 (211)(0.05)² ? (1.96)² * 0.50 * 0.50 = 137 3.5.

1 Verilerin Toplanması 3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması Araştırmanın verileri,

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ve Dispanserlerinde

1 çalışan hemşirelerin 'sosyo – demografik özelliklerini' ve 'TYD' ne ilişkin

bilgileri' kapsayacak şekilde veri toplama formu Afife Ateşli ve Doç. Dr. Sabire Yurtsever tarafından hazırlanmıştır. Gerekli izinler kendisi tarafından alınmış olup, veri toplama formu kullanılmıştır.

233.5. 2. Veri Toplama Araçları Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan ve

iki bölümünde oluşan bir soru formu kullanılmıştır (EK.1). Soru formunun birinci bölümünde hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi tanıtıcı özelliklerinin, TYD konusunda eğitim alma, uygulama yapma ve kendilerini yeterli görme durumlarının belirlenmesi amacıyla yöneltilmiş 9 soru yer almaktadır. Veri toplama aracının ikinci bölümünde hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin TYD konusundaki bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla kişisel bilgi formunun gerçek sahibi tarafından alan yazın taraması yapılarak ve uzman görüşleri alınarak belirlenmiş 14 soru yer almaktadır. TYD bilgi formunda yer alan 14 maddeden alınacak toplam puanın 100 üzerinden değerlendirilmesi için her bir maddeye verilen doğru yanıt $100/14=7,14$ ile çarpılmıştır.

35 Buna göre ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan

100 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınacak olan yüksek puan, TYD konusunda bilgi düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. 3.5.3.

1Veri Toplama Araçlarının **Uygulanması Veri Toplama** Formu uygulanmadan **önce,**
Lefkoşa Doktor **Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi**

Dahiliye bölümünde sorumlu hemşirelik görevi üstlenen Afife Ateşli'den anket için gerekli izin alınmıştır (EK.2). Veriler 20 Nisan 2017 ve 30 Mayıs 2017 tarihleri arasında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde toplanmıştır. Veri toplama formu uygulanmadan önce, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izinler de alınmıştır (EK.3). Mayıs 2017'de Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurulu'ndan da onay alınmıştır (EK.4). Bunun ardından araştırma grubuna dahil olan hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerine sözel olarak açıklama yapıp, onamları alınmıştır. Veri toplama formunu yanıtlama süresi ortalama 7-10 dakika sürmüştür. 3.5.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi Araştırma verilerinin istatistiksel çözümlenmesinde

46Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 22 ,0 istatistiksel veri analizi
programı

kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin tanıtıcı özelliklerinin, TYD konusunda eğitim alma, uygulama yapma ve kendilerini yeterli görme durumları frekans analizi ile belirlenmiş ve saptanan sonuçlar frekans tabloları ile gösterilmiştir. Sağlık personellerinin TYD bilgi sorularına verdikleri doğru yanıtların dağılımı frekans analizi belirlenmiş ve her bir maddeye verilen doğru yanıtların oranı verilmiştir. Sağlık personellerinin toplam TYD bilgi puanlarının belirlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan sağlık personellerinin tanıtıcı özelliklerinin, TYD konusunda eğitim alma, uygulama yapma ve kendilerini yeterli görme durumlarına göre TYD bilgi puanlarının normal dağılıma uyumu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri, QQ plot ve çarpıklık-basıklık değerleri hesaplanarak belirlenmiştir. Aynı zamanda varyansların homojenliği Levene testi ile incelenmiştir. Buna göre bazı karşılaştırmalarda veri seti normal dağılıma uyduğundan dolayı parametrik, bazılarında veri seti normal dağılım göstermediğinden dolayı nonparametrik hipotez testleri kullanılmıştır. Araştırmaya dahil edilen Sağlık Personelinin cinsiyetlerine, Mezuniyet sonrası TYD eğitimi alma, TYD uygulaması yapma ve TYD konusunda kendisini yeterli bulma gibi bağımsız değişkenlere göre TYD bilgi puanlarının karşılaştırılmasında, veri seti normal dağılıma uyduğundan ve bağımsız değişken iki kategoriden oluştuğundan dolayı bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Sağlık Personelinin yaş grubuna göre TYD bilgi puanlarının karşılaştırılmasında, veri seti normal dağılıma uyduğundan, varyanslar homojen

olduğundan ve bağımsız değişken ikiden fazla kategoriden oluştuğu için varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Sağlık Personelinin eğitim durumlarına ve çalıştıkları servislere göre TYD bilgi puanlarının karşılaştırılmasında veri seti normal dağılıma uymadığından ve bağımsız değişken ikiden fazla kategoriden oluştuğundan dolayı

9**Kruskal - Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucunda** gruplar arası **fark çıkması** halinde, **farkın hangi**

kategorilerden kaynaklandığının tespiti için

9**Mann-Whitney U testi** uygulanmıştır. **3.6. Çalışmanın Etik Boyutu**

? Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurulu'ndan araştırma için onay alınmıştır. ? Veri Toplama Formu için, formu geliştiren Uzman Hemşire Afife Ateşli'den yazılı onay alınmıştır. ? Veri Toplama Formu'nun uygulanması için Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır. ? Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinden sözel izin alınmıştır. 4. BULGULAR Tablo 1. Sağlık Personellerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=137) Tanıtıcı Özellikler

9**Sayı (n) Yüzde (%) Yaş Grubu 24 yaş ve altı**

48 35,04 25-27 yaş arası 51 37,23 28 yaş ve üzeri 38 27,74 Cinsiyet Kadın 113 82,48 Erkek 24 17,52

9**Eğitim durumu Sağlık Meslek Lisesi 9 6,57 Ön lisans 18 13,14 Lisans**

100 72,99 Yüksek lisans 10 7,30 Çalışılan servis Acil servis 21 15,33 Yoğun bakım 30 21,90 Ameliyathane 11 8,03 Yataklı servis 49 35,77 Poliklinik 26 18,98 Toplam 137 100,00 Tablo 1.'de araştırmaya dahil edilen Sağlık Personellerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Tablo 1. İncelendiğinde, araştırmaya dahil edilen Sağlık Personellerinin 5,04'ünün 24 yaş ve altı yaş grubunda, 7,23'ünün 25-27 yaşları arasında

ve ,74'ünün 28 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu, ,48'inin kadın, †,52'sinin erkek olduğu, % 6,57'sinin sağlık meslek lisesi mezunu, †,14'ünün ön lisans, r,99

54'unun lisans ve %7,30'unun yüksek lisans mezunu olduğu

saptanmıştır. Araştırmaya katılan Sağlık Personellerinin †,33'ünün acil servis, †,90'ının yoğun bakım, %8,03'ünün ameliyathane, 5,77'sinin yataklı servis, †,98'inin ise poliklinikte görev yaptığı tespit edilmiştir. Tablo 2. Sağlık Personellerinin TYD Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı (n=137) TYT Eğitimi Sayı (n) Yüzde (%) Mezuniyet sonrası TYD eğitimi alma Alan Almayan 95 42 69,34 30,66 Eğitim alınan kişi (n=95) Doktor 69 Hemşire 26 72,63 27,37 Çalışılan kurumda hizmet içi eğitim kapsamında TYD eğitimi verilmesi Veriliyor Verilmiyor 115 22 83,94 16,06 TYD uygulaması yapma Yapan 93 Yapmayan 44 67,88 32,12 TYD konusunda kendisini yeterli bulma Yeterli bulan Yetersiz bulan 70 67 51,09 48,91 Toplam 137 100,00 Tablo 2.'de araştırmaya alınan Sağlık Personellerinin TYD eğitimi alma durumlarına göre dağılımı verilmiş olup, Sağlık Personellerinin i,34'ünün mezuniyet sonrası TYD eğitim aldığı ve eğitim alan Sağlık Personellerinin r,63'ünün bu eğitimi doktordan, ',37'sinin hemşireden aldığı görülmüştür. Sağlık Personellerinin f,94'ü çalıştıkları kurumda TYD eğitimi verildiğini, g,88'si daha önce TYD uygulaması yaptığını, Q,09'u TYD konusundan kendisini yeterli bulduğunu ifade etmiştir. Tablo 3. Sağlık Personellerinin TYD Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumlarına Göre Dağılımı (n=137) TYD Bilgi Soruları Yanlış Doğru n % n % Ani kalp durmasının tanımı TYD başlamadan önce yapılması gereken kontroller TYD uygulamak için hastaya verilecek pozisyon Baş ve boyun travması olmayan, bilinçsiz Hastanın havayolu açıklığının sağlanması Hastanın solunumunu değerlendirme süresi Hastanın solunumu yoksa yapılması gerekenler Kardiyak arrestte TYD'ne başlanma zamanı Yetişkinlerde dolaşımı değerlendirmek için Nabız kontrolünün yapıldığı yer Hastanın dolaşımı durmuşsa yapılması gerekenler Göğüs basısı için ideal konum Yetişkinlerde göğüs basısının nasıl yapılması gerektiği Yetişkinlerde göğüs basısı derinliği Yetişkinlerde göğüs basısı/suni solunum sayısı oranı Göğüs basısında dakikada bası sayısı 55 40,15 82 59,85 54 39,42 83 60,58 23 16,79 114 83,21 40 29,20 97 70,80 78 56,93 59 43,07 83 60,58 54 39,42 16 11,68 121 88,32 26 18,98 111 81,02 50 36,50 87 63,50 58 42,34 79 57,66 73 53,28 64 46,72 89 64,96 48 35,04 24 17,52 113 82,48 59 43,07 78 56,93 Tablo 3.'te araştırma kapsamına alınan Sağlık Personellerinin TYD bilgi sorularını doğru yanıtlama durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tablo 3. incelendiğinde araştırmaya katılan sağlık personellerinin Y,85'inin ani kalp durmasının tanımını, ',58'inin TYD'ne başlamadan önce yapılması gereken kontrolleri, f,21'inin TYD uygulamak için hastaya verilecek pozisyonu bildiği saptanmıştır. Sağlık Personellerinin p,80'in baş ve

1boyun travması olmayan, bilinçsiz hastanın hava yolu açıklığının nasıl

sağlanması gerektiğini ve 32'si kardiyak arrestte TYD'ne ne zaman başlanması gerektiğini bildiği saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen Sağlık Personellerinin 2'si yetişkinlerde dolaşımı değerlendirmek için nabız kontrolünün yapıldığı yeri ve c,50'si hastanın dolaşımı durmuşsa yapılması gerekenleri bilmektedir. Sağlık Personellerinin W,66'sının göğüs basısı için ideal konumu, F,72'sinin yetişkinlerde göğüs basısının nasıl yapılması gerektiğini, , , 48'inin yetişkinlerde göğüs basısı/suni solunum sayısı oranını ve V,93'ünün göğüs basısında dakikada bası sayısını bildiği tespit edilmiştir. Araştırma kapsamına alınana Sağlık Personellerinin V,93'ünün hastanın solunumunu değerlendirme süresini, 58'inin hastanın solunumu yoksa yapılması gerekenleri ve d,96'sının yetişkinlerde göğüs basısı derinliğini bilmediği saptanmıştır. Tablo 4. Sağlık Personellerinin TYD Bilgi Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=137) \bar{x} s Min Max Temel Yaşam Desteği Bilgi Puanı 137 62,04 16,11 7,14 92,86 Tablo 4.'de araştırma kapsamına alınan Sağlık Personellerinin TYD bilgi puanlarına ait

53ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük

değer gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Tablo 4. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan Sağlık Personellerinin 14 soruluk TYD bilgi formundan 100 üzerinden ortalama 62,04±16,11 puan aldığı tespit edilmiştir. Sağlık Personellerinin TYD bilgi sorularından aldıkları

45en düşük puan 7,14 en yüksek puan ise 92,86 'dır.

Şekil 1. Sağlık Personellerinin TYD bilgi sorularına verdikleri doğru yanıtların dağılımı TYD Doğru Yanıt Sayısı 25% 7% 68% 5 ve altında doğru yanıt 6-10 doğru yanıt 11 ve üzeri doğru yanıt Şekil 1.'de araştırmaya dahil edilen Sağlık Personellerinin TYD bilgi sorularına verdikleri doğru yanıtların dağılımı verilmiştir. Şekil 1. incelendiğinde, araştırmaya katılan Sağlık Personellerinin %7,0'si TYD bilgi sorularına 5 ve altında doğru yanıt, h,0'i 6 ile 10 arası ve %,0'i 11 ve üzeri sayıda doğru yanıt vermiştir. Tablo 5. Sağlık Personellerinin Yaş Grupların Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (n=137) Yaş Grubu \bar{x} s Min Max F p

29**24 yaş ve altı 25- 27 yaş arası 28 yaş ve**

üzeri 48 63,24 51 60,22 38 62,97 18,52 7,14 14,02 21,43 15,65 28,57 92,86 85,71 92,86 0,52 0,60 Tablo 5.'te araştırmaya katılan Sağlık Personellerinin yaş grupların göre TYD bilgi puanlarını karşılaştırmak amacı ile yapılan Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları verilmiştir. Tablo 5. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan Sağlık Personellerinin yaş grupların göre TYD bilgi puanlarının sonuçları

13**arasında istatistiki açıdan anlamlı bir** fark ifade etmemektedir ($p < 0,05$).

Tüm yaş gruplarında yer alan Sağlık Personellerinin TYD bilgi puanları benzerdir. Tablo 6. Sağlık Personellerinin Cinsiyetlerine Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (n=137) Cinsiyet n \bar{x} s t p Kadın 113 Erkek 24 61,82 15,76 -0,35 0,73 63,09 17,96 Araştırmaya alınan Sağlık Personellerinin cinsiyetlerine göre TYD bilgi puanlarını karşılaştırmak için yapılan bağımsız örneklem

30**t testi sonuçları Tablo 6.'da yer almaktadır. Tablo 6.'da** verilen bağımsız örneklem **t testi sonuçlarına**

bakıldığında, araştırmaya dahil edilen Sağlık Personellerinin cinsiyetlerine göre TYD bilgi puanları arasında oluşan

27**farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).** Erkek **Sağlık**

Personellerinin bilgi ölçek puanları kadın hemşirelerden yüksek olması, bu farkın istatistiki açıdan anlamlı düzeyde olduğunu göstermemektedir. Tablo 7. Sağlık Personellerinin Eğitim Durumlarına Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (n=137) Eğitim Durumu n \bar{x} s Sıra Ort. X2 p

9**Sağlık Meslek Lisesi Ön lisans Lisans Yüksek lisans**

9 64,28 18 56,35 100 62,14 10 69,29 20,20 75,72 22,97 60,92 14,34 68,04 13,06 87,10 3,20 0,36 Tablo 7.'de araştırma kapsamına alınan Sağlık Personellerinin eğitim durumlarına göre TYD bilgi puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Kruskal- Wallis testinin sonuçları yer almaktadır. Tablo 7. incelendiğinde araştırmaya dahil edilen Sağlık Personellerinin eğitim seviyelerine göre TYD bilgi puanları arasındaki istatistiksel

47 farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Ön lisans mezunu olan Sağlık Personellerinin bilgi puanları diğer eğitim düzeyindeki hemşirelerden düşük olsa da bu fark anlamlı düzeyde değildir. Tablo 8. Sağlık Personellerinin Çalıştıkları Servislere Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (n=137) Çalışılan Servis \bar{x} Sıra Ort. p Fark X2 Acil servis 21 69,05 14,70 87,05 15,43 0,00* 1-3 Yoğun bakım 30 65,71 15,17 79,30 1-4 Ameliyathane 11 50,65 8,11 35,36 1-5 Yataklı servis 49 61,52 13,03 65,36 2-3 Poliklinik 26 57,97 22,07 63,63 2-5 * $p<0,05$ Tablo 8.'de araştırmaya dahil edilen Sağlık Personellerinin çalıştıkları servislere göre TYD bilgi puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları verilmiştir. Acil serviste çalışan Sağlık Personellerinin TYD bilgi puanı ortalaması 69,05±14,70, yoğun bakımda çalışan Sağlık Personellerinin 65,71±15,17, ameliyathanede çalışan Sağlık Personellerinin 50,65±8,11, yataklı serviste çalışan Sağlık Personellerinin 61,52±13,03 ve poliklinikte çalışan Sağlık Personellerinin TYD bilgi puanı ortalaması 57,97'dir. Araştırma kapsamına alınan Sağlık Personellerinin çalıştıkları servislere göre TYD bilgi puanları arasında oluşan farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Acile serviste çalışan Sağlık Personellerinin bilgi puanları ameliyathane, yataklı servis ve poliklinikte çalışan sağlık personellerinden daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yoğun bakımda çalışan Sağlık Personellerinin bilgi puanları ameliyathane ve poliklinikte çalışan hemşirelerden daha yüksektir. Tablo 9. Sağlık Personellerinin Mezuniyet Sonrası TYD Eğitimi Alma Durumlarına Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (n=137) Mezuniyet sonrası TYD eğitimi alma \bar{x} s t p Alan 95 64,66 Almayan 42 56,12 15,29 2,94 0,00* 16,51 * $p<0,05$ Tablo 9.'da Sağlık Personellerinin mezuniyet sonrası TYD eğitimi alma durumlarına göre TYD bilgi puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları mevcuttur. Tablo 9. incelendiğinde mezuniyet sonrası TYD eğitimi aldığını ifade eden sağlık personellerinin TYD bilgi puanı ortalamasının 64,66±15,29, eğitim almayan Sağlık Personellerinin ise ortalama 56,12±16,51 olduğu saptanmıştır. Sağlık Personellerinin mezuniyet sonrası TYD eğitimi alma durumlarına göre TYD bilgi puanları arasındaki fark istatistiki anlamlı olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Mezuniyet sonrası TYD eğitimi aldığını ifade eden Sağlık Personellerinin bilgi puanı ortalaması, mezuniyet sonrası eğitim almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Tablo 10. Mezuniyetten Sonra Eğitim

Alan Sağlık Personellerinin Eğitim Aldıkları Kişilere Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (n=95)
Eğitim alınan kişi \bar{x} s t p Doktor 69 65,53 Hemşire 26 62,36 14,49 0,90 0,37 17,33 Mezuniyetten sonra
eğitim alan Sağlık Personellerinin eğitim aldıkları kişilere göre TYD bilgi puanlarının karşılaştırılması için
yapılan bağımsız örneklem

39t testi sonuçları Tablo 10.'da gösterilmiştir. Tablo 10.

incelendiğinde araştırmaya katılan mezuniyetten sonra eğitim alan Sağlık Personellerinin eğitim aldıkları
kişilere TYD bilgi puanları

13 arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo

11. Sağlık Personellerinin TYD Uygulaması Yapma Durumuna Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması
(n=137) TYD uygulaması yapma \bar{x} s t p Yapan 93 63,98 Yapmayan 44 57,95 15,62 2,07 0,04* 16,54
*p<0,05 Tablo 11.'de araştırmaya dahil edilen Sağlık Personellerinin TYD uygulaması yapma durumuna göre
TYD bilgi puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları verilmiştir. Tablo 11.
incelendiğinde, TYD uygulaması yapan Sağlık Personellerinin TYD bilgi puanı ortalamasının 63,98±15,62
olduğu, TYD uygulaması yapmayan Sağlık Personellerinin ise 57,95±16,54 olduğu belirlenmiştir. Sağlık
Personellerinin uygulaması yapma durumuna göre TYD bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak
anlamlı olduğu saptanmış olup, TYD uygulaması yapan Sağlık Personellerinin bilgi puanlarının, uygulama
yapmayan hemşirelere göre oranla yüksek tespit edilmiştir (p<0,05). Tablo 12. Sağlık Personelinin TYD
Konusunda Kendilerini Yeterli Bulma Durumlarına Göre TYD Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (n=137)
Yeterli bulma \bar{x} s t p Yeterli bulan Yetersiz bulan 70 66,53 67 57,36 14,26 3,47 0,00* 16,68 *p<0,05 Tablo
12.'de verilen Sağlık Personellerinin TYD konusunda kendilerini yeterli bulma durumlarına göre TYD bilgi
puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları incelendiğinde, TYD
konusunda kendisini yeterli bulan Sağlık Personellerinin bilgi puanı ortalamasının 66,53±14,26, yetersiz
bulan Sağlık Personellerinin ise 57,36±16,68 olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan Sağlık
Personellerinin

1TYD konusunda kendilerini yeterli bulma durumlarına göre TYD bilgi puanları arasında

oluşan farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). TYD konusunda kendilerini yeterli bulan Sağlık Personellerinin bilgi puanları, kendilerini yetersiz bulanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. 5. TARTIŞMA Bu bölümde, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ve Dispanserlerinde çalışan hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyeni olarak çalışan sağlık personellerinin TYD'ne ilişkin bilgi düzeylerini saptamak için yapılan çalışma sonucu ortaya çıkan veriler ve literatür içerikleri doğrultusunda tartışılmıştır. Araştırmamızda sağlık personellerinin TYD ile alakalı bilgi sorularına doğru cevap düzeyinin ortalama 62.04 olduğu görülmüştür (Tablo 4). Bu da ortalama puanın orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Ateşli'nin 2011 yılında yaptığı çalışmada da sağlık personellerinin TYD'ne ilişkin bilgi düzeylerinin orta olduğu saptanmıştır. Günay'ın 1985 yılında yaptığı çalışmada da sağlık personellerinin KPR'a ilişkin bilgi düzeylerinin de orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Sener ve ark. tarafından hemşirelerin bilgi düzeylerine yönelik yapılan bir çalışmada başarı oranı eğitim öncesinde 6 iken; eğitim sonrasında h.3 olarak gösterilmiştir. Erdur ve ark. tarafından hekimler üzerinde yürütülen benzer bir çalışmada, eğitim öncesi başarı C.15 iken eğitim sonrası bu başarının %0.7'ye çıktığı gösterilmiştir. Çelik'in 2008 yılında yaptığı çalışmasında devlet hastanesinde görev yapan sağlık personelinin TYD bilgi düzeylerinin orta olduğu saptanmıştır. Yılmaz'ın 2013 yılında yaptığı çalışmaya göre, TYD eğitimi öncesi doğru yanıt ortalaması ± 39 iken, eğitim sonrası bu orsan $\uparrow 08$ 'e yükselmiştir. Kara'nın 2015 yılında yaptığı çalışmada sağlık personelinin TYD bilgilerinin ortalama puanı düşük bulunmuştur. 2009 yılında Rajeswaran tarafından yapılan çalışmada da sağlık personellerinin düşük bilgi düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. TYD bilgi düzeyi puanının düşük olmasını etkileyen birçok faktör olabilir. Bunların başında, hastane öncesi bakım ve tedaviye yönelik yapılan eğitimlerin yetersizliği sayılabilir. Diğer bir neden ise, sağlık personellerinin sürekli olarak TYD eğitimi almaması ve bunun devamlılığının sağlanamaması, merak uyandıracak eğitimlerin düzenlenememesi, nöbetlerin fazla olması nedeniyle sağlık personellerinin hizmet içi eğitimlere ekstra zaman harcamak istememesi sayılabilmektedir. TYD etkinliğinin kazanılabilmesi için her 2 yılda bir verilmiş olan eğitim yenilenmelidir. Bu eğitimler hastane içinde düzenlenen organizasyonlar ile veya servislerin kendi içinde yapacakları eğitim organizasyonları ile sağlanabilmektedir. AHA'nın her 5 yılda bir yayınladığı kılavuzlar nedeni ile de eğitim tekrarları, teorik ve pratik olarak yapılmalıdır. TYD eğitimi ne kadar kaliteli ve sürekli olursa, resüsitasyon başarısı da artacaktır. Puanların düşük olmasındaki diğer bir neden, eğitimcilerin de TYD kılavuzlarındaki değişiklikleri takip etmemesi ve eski bilgilerle eğitim verilmesi de sayılabilmektedir. Literatürde, uzun süre TYD eğitimi almayan sağlık personelinde bilgi ve beceriler azalmaktadır olarak belirlenmiştir. Hastane içi veya hastane dışında, kardiyopulmoner arrestti en iyi tanımlayabilecek grup sağlık personelleridir. Sağlık personellerinin TYD

konusunda yeterince ya da güncel bilgiye sahip olmaması, kazazedelerin daha kötüye gitmesine ve hatta ölümlerine neden olabilecektir. TYD eğitimlerinin sayısının ve niteliğinin artması ile, sağlık personelleri vakaları daha iyi tanımlayabilecek ve doğru yaklaşım yapabileceklerdir. Çalışmamıza katılan sağlık personellerinin, .48'inin kadın olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Bilgi düzeyi hesaplamalarında erkek sağlık personelleri ortalama puanı c.09 çıksa da bu bir anlam ifade etmemektedir. Bukıran'ın 2009 yılında yaptığı çalışmada, cinsiyetlerin bilgi düzeyine etkisi incelendiğinde, eğitim öncesi veya sonrası, erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır. Kımaz ve ark. yaptığı çalışmada cinsiyet faktörünün bilgi düzeyini etkilemediği görülmüştür. Erdur ve ark. yaptığı çalışmaya göre cinsiyet faktörünün katılımcıları TYD eğitimi öncesi ve sonrası bilgi düzeylerini etkilemediği göstermiştir. Sonuçlar, bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlardan farklı olarak Filho ve ark. 2006 yılında yaptığı çalışma örnek olarak gösterilebilir. Filho ve ark. hekimler üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha başarılı oldukları belirlenmiştir. Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs'ta erkek hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin sayısı gün geçtikçe artış göstermektedir. Mezuniyet sonrası TYD eğitimi alan sağlık personeli sayısı i.34 (n=95) olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Bu yüzdeler kesime giren sağlık personellerin r.63'ü, TYD eğitimlerini doktorlardan aldığını belirtmiştir (Tablo 2). i.34 orta düzey bir rakamı ifade etmektedir. Ateşli'nin yapmış olduğu çalışmada da daha önceden TYD eğitimi almış sağlık personeli yüzdesi 39.80 olarak belirlenmiştir. Yılmaz'ın 2013 yılında yaptığı çalışmada da, araştırmaya katılanların 9.8'i daha önce KPR konusunda eğitim almıştır. Çelik'in yapmış olduğu çalışmada da, daha önceden TYD eğitimi almış sağlık personeli yüzdesi q olarak belirlenmiştir. Bukıran'ın 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada eğitim öncesi başarı puanının ± 0.6 , eğitim sonrasında da ± 0.7 olduğu tespit edilmiştir. Bukıran'ın yaptığı çalışmada, katılımcıların daha önceden almış oldukları kurs sayılarının eğitim öncesi veya sonrası bilgi düzeylerini anlamlı bir şekilde etkilediği ortaya çıkmıştır. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, hizmet içi eğitim programları veya oryantasyon programları kapsamında TYD'ne ilişkin yer verilmektedir. Sağlık personelleri servis yoğunluğu vb. nedenler ile düzenlenen eğitimlere katılamamaktadırlar. Ancak, TYD eğitimlerinin yılda en az bir kez yapılması, TYD etkinliğinin ve konuya ilginin artacağı düşünülmektedir. Daha önceden TYD uygulaması yapan sağlık personeli sayısı g.88 olarak saptanmıştır (Tablo 2). Ancak, TYD uygulaması yapan g.88'lik dilime rağmen, TYD konusunda kendisini yeterli bulan sağlık personeli yüzdesi 51.09 olarak saptanmıştır. Kımaz ve ark.'nın 2008 yılında yaptığı çalışmada, TYD eğitimi almış olmanın bilgi düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Yine, Babacan'ın 2012'de yaptığı 'Doktor ve Yardımcı Sağlık Personelinin Erişkin ve Pediyatrik Temel Yaşam Desteği Bilgi Düzeyi' adlı çalışmada da konu ile alakalı anlamlı fark bulunmamıştır. Ateşli'nin 2011 yılında yaptığı çalışmada, sağlık personellerinin Q.63'lük bir oranla kendilerini TYD konusunda kısmen yeterli gördükleri tespit edilmiştir. Bukıran'ın 2009 yılında yaptığı çalışmaya göre de TYD eğitimi öncesi, daha önceden iki veya daha fazla kurs almış kişilerin, almayanlara oranla istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha başarılı oldukları tespit

edilmiştir. Pillow ve ark. 2014 yılında, dördüncü sınıf tıp fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmada, öğrencilerin 6.8'inin KPR konusunda kendilerini yetersiz hissetmeleri nedeni ile, resüsitasyon uygulamalarından kaçındıkları belirlenmiştir. Bunların nedeni; sağlık personellerinin kendilerini ne kadar bilgiye sahip olduklarını algılamaları ile alakalı olabilmektedir. Genel olarak bakıldığında ise, daha önceden KPR eğitimi almış olmak, başarı oranını anlamlı ölçüde artırabilmektedir. Ancak, kendisini yeterli bulmayan personel için TYD eğitiminin sürekliliğinin ve tekrarlayan eğitimlerin önemi veya gereksinimini ortaya koymaktadır. Bunlar için; ön lisans, lisans veya yüksek lisans programlarına TYD ve İKYD eğitimlerinin eklenmesi gerektiği de vurgulanabilir. TYD konusunda güven, teorik ve uygulamalı derslerin artırılması ve motivasyon ile beraber daha da artacağı tahmin edilmektedir. Daha önceden TYD eğitimi almış sağlık personellerinin ortalama bilgi düzeyi puanı 64.66 olarak saptanmıştır. Bu rakam, daha önceden TYD eğitimi almamış sağlık personellerine göre anlamlı düzeyde yüksektir. Ateşli'nin 2011 yılında yapmış olduğu çalışmada daha önceden TYD eğitimi alan ve almayan sağlık personellerinin bilgi puanlarının birbirine yakın olduğu görülmüştür. Çelik'in 2008 yılında yapmış olduğu çalışmada daha önceden TYD konusunda eğitim almış katılımcıların cevapları ile istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır. Bukıran'ın 2009 yılında yaptığı çalışmaya göre; daha önceden eğitim almış olan kişilerin ön test ve son testlerinin değerlendirilmesinde bilgi düzeylerini anlamlı ölçüde etkilediği tespit edilmiştir. Kımaz ve ark. yaptığı çalışmada birden daha fazla eğitim almış olan sağlık personellerinin, diğer personellere göre daha başarılı oldukları görülmüştür. Katılımcıların hangi tarihlerde TYD eğitimi aldıkları bilinmemektedir. Ortalama puanların yüksek çıkmasının sebebi; mezuniyetin hemen ardından işe başlanması, hizmet içi eğitimlere sürekli katılım, acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışıp TYD gerektiren durumlar ile diğer bölümlere göre daha fazla karşılaşma sayılabilir. Yaptığımız çalışmada yer alan bilgilendirme sorularından, 'hastanın solunumunu değerlendirme süresi'ni V.93 kişi yanlış, C.07 kişi doğru yanıtlamıştır (Tablo 3). AHA'nın 2010 ve sonrasında yayınladığı algoritmalar ve kılavuzlarda, öncesi gibi 'bak – dinle – hisset' ile zaman kaybını önlemek ve solunum değerlendirmeye en fazla 10 saniye zaman ayrılması gerektiğini savunmaktadır. 2015'te bak – dinle – hisset tekrar gündeme gelmiş ama kılavuzlar ve algoritmalarda kendine yer bulamamıştır. Bu konuda yanlışların çok olma nedeni; sağlık personellerinin ve eğitimleri veren kişilerin birçoğunun AHA'nın her 5 yılda bir yayınladığı bu kılavuzları takip etmediği, katılımcıların aldıkları eğitim ve eğitimi yanlış yorumlaması veya eğitimcilerin eski bilgileri aktarması gibi nedenler sayılabilmektedir. Çalışmamızda TYD bilgi düzeyini ölçmek için sorulan 'hastanın solunumu yoksa ne yapılması gerektiği' ile ilgili soruyu .58 yanlış cevap verirken, 9.42 doğru cevap vermiştir (Tablo 3). Yılmaz'ın 2013 yılında yaptığı çalışmada, eğitim öncesi doğru yanıt oranı C.5 iken bu rakam eğitim sonrasında u'e yükselmiştir. Bilir'in yaptığı çalışmada ise TYD basamakları ↑'lik oran ile doğru yanıtlanmıştır. 2010 yılı kılavuzundan önce geçerli olan A – B – C, 2010 yılının ardından yerini C – A – B'ye bırakmıştır. 2010 ve öncesi suni solunum ile başlayan TYD basamakları, 2010'un ardından solunum ve dolaşım yokluğunda hemen ve kaliteli göğüs basılarına yerini bırakmıştır. Bu konuda yanlış

cevapların fazla olmasının nedeni; sağlık personellerinin AHA kılavuzlarını takip etmediği sayılabilmektedir. Sağlık personellerine sorulan 'göğüs basısı derinliği' ile ilgili soruya gelen yanlış cevap yüzdesi d.96, doğru cevap yüzdesi ise 5.04 olarak belirlendi (Tablo 3). Yılmaz'ın 2013 yılında yaptığı araştırmaya göre; göğüs basısı derinliği ile ilgili soruya doğru yanıt verenlerin oranı eğitim öncesi .4 iken, eğitim sonrası 8 olmuştur. 2005 AHA Kılavuzu'na göre göğüs basısı derinliği 4 – 5 cm. olarak belirlenmiş, 2010 yılı kılavuzu ile beraber en az 5 cm. açıklaması yapılmış, 2015 yılında yayınlanan en son kılavuz ile beraber en az 5, en fazla 6 cm. olarak göğüs basısı derinlikleri ifade edilmiştir. Bunun nedeni olarak; sağlık personellerinin son kılavuzları takip etmediği, sağlık personellerinin rakamsal ifadelerden ziyade uygulamaya odaklandıkları için sonucun bu şekilde olduğu düşünülebilir. Çalışmamızın araştırma kapsamına giren sağlık personellerinin \pm .33'ü acil serviste, !.90'ı yoğun bakım ünitesinde, %8.03'ü ameliyathanede, 5.77'si yataklı serviste ve \uparrow .98'i poliklinik bölümlerinde çalışmaktadır (Tablo 1). Acil serviste çalışan sağlık personelinin ortalama puanı 69.05 ile en yüksektir (Tablo 8). Bukıran'ın 2009 yılında yaptığı çalışmada, eğitim öncesi acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan görevli sağlık personellerinin, diğer servis ve bölümlere göre daha başarılı oldukları görülmüştür. Ancak eğitim sonrasında yapılan testte, servisler arası bilgi düzeyleri arasında, istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personellerinin, diğer servislere göre bilgi düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Yıldırım ve ark. 2008 yılında yaptığı çalışmada koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin bilgi puan ortalamaları en yüksek çıkmıştır. Bukıran'ın 2009 yılında yaptığı çalışmada testlerin tamamına katılan sağlık personellerinin, çalıştıkları bölümlere göre bilgi düzeyleri incelenmiş ama istatistiksel açıdan bir fark görülmemiştir. Acil servis sağlık personellerinin bilgi puanlarının diğer servislere göre daha yüksek çıkmasının sebebi, sağlık personeline daha çok hizmet içi eğitimi verilmesi, sağlık personellerinin diğer servislere göre daha fazla TYD uygulaması yapmaları olabilir. Çalışmada bilgi düzeyi açısından en düşük puanı (ortalama 50.65) alan servis Ameliyathane bölümünde çalışan sağlık personelleri, en yüksek olarak ta Acil Servis (ortalama 69.05) olarak belirlenmiştir (Tablo 8). Coşkun'un 2014 yılında yaptığı çalışmada, çalışılan bölümler arasında TYD bilgi düzeyi en yüksek olan bölüm Anestezi olduğu saptanmıştır. Ateşli'nin 2011 yılında yaptığı çalışmada en düşük puanlar hemodiyaliz ünitesinde görülmüştür. Yılmaz'ın 2013 yılında yaptığı çalışmaya göre, ortalama 13.33 ile en düşük doğru yanıt veren servisin acil servis olduğu, 16.60 ile en yüksek ortalamanın da cerrahi servisler olduğu saptanmıştır. Bukıran'ın 2009 yılında yaptığı çalışmada ise TYD eğitimi öncesinde acil servis ve yoğun bakımlarda görev yapan hemşirelerin, diğer bölümlere göre daha başarılı oldukları görülmüştür. Bu durumun nedeni olarak; yoğun bakım veya acil serviste çalışan sağlık personellerinin, TYD uygulamalarını çalıştıkları birim nedeniyle fazla uygulamaları ve bu sorunla diğer bölümlere kıyasla daha sık karşılaşmaları sayılabilmektedir. Çalışmamızda daha önceden doktorlardan TYD eğitimi almış sağlık personeli yüzdesi 72.63 olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Doktorlardan eğitim almış olan sağlık personelinin ortalama puanı, hemşirelerden eğitim almış olanlara göre yüksektir ama anlamlı bir fark

görülememiştir. Yılmaz'ın 2013 yılında yaptığı çalışmada, araştırmaya katılanların 5.2'sinin hekimlerden bilgi aldığı belirlenmiştir. Çelik'in yapmış olduğu çalışmada ise, araştırmaya katılanların sadece %1'inin hekimlerden bilgi aldığı görülmektedir. Ateşli'nin 2011 yılında yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan sağlık personellerinin p.41'i TYD eğitimini hemşirelerden aldıklarını ifade etmişlerdir. Bunun nedeni olarak, sağlık personellerinin çalıştıkları kurumda TYD ile ilgili yapılan rehberliğin yetersiz olması, TYD konusunda eğitim verecek personel azlığı sayılabilmektedir. Araştırmamıza katılan sağlık personellerinin eğitim durumu %6.57 sağlık meslek lisesi, %.14 ön lisans, r.99 lisans ve %7.30 da yüksek lisans olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Bilgi düzeyi hesaplamalarında, en yüksek yüksek lisans mezunlarının (69.29), en düşük ön lisans mezunlarının (56.35) olsa da bu fark anlamlı değildir (Tablo 7). Günay'ın 1988 yılında yaptığı çalışmada, araştırmaya katılanların eğitim düzeyinin bilgi puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir. Ateşli'nin 2011 yılında yaptığı çalışmada, TYD'ne ilişkin bilgi ve uygulama puanlarının en düşük ortaokul mezunlarında olduğu belirlenmiştir. Çelik'in 2008 yılında yaptığı çalışmada, eğitim düzeyinin artması bilgi puanını da artırdığı görülmüştür. Çalışmamıza katılan sağlık personellerinin yaş dağılımına bakıldığında 25 – 27 yaşları arası grup 7.23 ile çoğunluğu oluşturmaktadır (Tablo 1). Yılmaz'ın 2013 yılında yaptığı çalışmada da çoğunluğu (Q.9) 26 – 35 arası yaş grubunun oluşturduğu görülmektedir. TYD bilgi düzeyi puanlamalarına göre ise, en yüksek ortalama puanı alan grup 24 yaş ve altı grup olarak belirlenmiştir (Tablo 5). Ancak ortalama puanlar birbirine benzerdir. Çelik'in 2008 yılında yaptığı çalışmada yaş gruplarına göre KPR konusunda verilen doğru cevap sayıları anlamlı farklılıklar göstermektedir. En düşük 18 – 25 yaş grubunda doğru yanıt bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada da en yüksek puanı veren grup, 24 yaş ve altı grubu oluşturmuştur. Bukıran'ın 2009 yılında yaptığı çalışmada, araştırma kapsamına giren sağlık personellerinin bilgi düzeyleri yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde; yaş arttıkça puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür. Ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı ifade etmediği tespit edilmiştir. Kara ve ark. 2015 yılında yaptığı çalışmada ise, araştırmaya katılan sağlık personellerinin yaşları ile TYD puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Parajulee ve ark. 2011 yılında yaptığı çalışmaya göre de sağlık personellerinin yaşları ve TYD bilgi puanları arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bu durumun nedeni olarak, yeni mezun genç sağlık personelinin (24 yaş ve altı) eğitim döneminden yeni çıkması, yeni başladıkları iş ortamında düzenlenen hizmet içi eğitimlere ve oryantasyon eğitimlerine mecburi katılım gibi nedenlerden dolayı TYD bilgi puanı yüksek olabilmektedir. 25 yaş ve üstü grupta görülen düşüşün nedeni olarak; TYD ile alakalı ortaya çıkan yeni bilgileri araştırmamaları, takip etmemeleri, TYD'ne ilişkin eğitimlere katılmaması, TYD'ne ilişkin bilgi yükü ve uygulama becerilerinin, TYD gerektirecek vakaların azlığı nedeni ile unutulmuş olabileceği, TYD'ne ilişkin bilgi ve uygulamaları yanlış algılamaları veya yorumlamaları sayılabilmektedir. 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 6.1. Sonuçlar ? Araştırmaya dahil edilen hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin TYD'ne ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamalarının 62.04 olduğu saptanmıştır (Tablo 4). ? Araştırmaya dahil edilen sağlık personellerinin 5.04'ü 24 yaş ve altı, 7.23'ü 25 – 27

yaş aralığında, '74'ü de 28 yaş ve üzerisinde olduğu belirlenmiştir. 24 yaş ve altındaki sağlık personellerinin ortalama bilgi düzeyi 63.24 olarak belirlenmiştir (Tablo 5). Ancak tüm yaş grupları ele alındığında sağlık personellerinin TYD bilgi puanlarının benzer olduğu ve

13istatistiki açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p<0,05$) (Tablo

5). ? Araştırmaya dahil edilen sağlık personellerinin , .48'inin kadın olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Sağlık personellerinin cinsiyetlerine göre TYD bilgi düzeyleri arası

13istatistiki açıdan anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo

6). ? Araştırma dahil edilen sağlık personellerinin eğitim durumları; %6.57'si sağlık meslek lisesi, !.14'ü ön lisans, r.99'u lisans ve %7.30'u yüksek lisans mezunudur (Tablo 1). TYD'ne ilişkin bilgi puanlarına bakıldığında, eğitim durumları ve bilgi puanları arası

13istatistiki açıdan anlamlı bir farklılığa saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo

7). ? Araştırmaya dahil edilen sağlık personellerinin 5.77'si yataklı serviste, %8.03'ü de ameliyathane bölümünde çalışmakta olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1). Çalışmamızda ameliyathanede çalışan sağlık personellerinin bilgi puanlarının, diğer bölümlerde görevli sağlık personellerine oranla düşük belirlenmiştir (Tablo 8). Analize göre sağlık personellerinin görev yerlerine göre bilgi puanları ortalamaları arası farklılık

44olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 8). ? Araştırmaya dahil edilden sağlık

personellerinin i.34'ünün daha önceden TYD eğitimi almış olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). TYD eğitimi alan ve almayan sağlık personellerinin TYD bilgi düzeylerinde, TYD eğitimi almış olan sağlık personelinin bilgi puanı ortalaması, eğitim almayanlara

49oranla anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$)

(Tablo 9). ? Araştırma kapsamına giren sağlık personellerinin r.63'ü TYD eğitimlerini doktorlardan aldığını ifade etmiştir (Tablo 2). Bilgi düzeylerine bakıldığında, doktorlardan veya hemşirelerden TYD eğitimi alan sağlık personelleri

36 arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 10). ? Araştırmaya

dahil edilen sağlık personellerinin g.88'inin daha önceden TYD uygulaması yapmış olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). TYD bilgi düzeyleri incelendiğinde daha önce TYD uygulaması yapmış olan sağlık personellerinin ortalama puanı 63.98, yapmamış olanların da 57.95 olduğu görülmüştür. Daha önceden TYD uygulaması yapmış olan sağlık personellerinin bilgi düzeyi, yapmayanlara oranla yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 12). ? Araştırma kapsamına giren sağlık personellerinin Q.09'u TYD konusunda kendini yeterli bulmadığını belirtirken, H.91'i kendini yeterli bulduğunu belirtmiştir (Tablo 2). Bilgi düzeylerinde kendini yeterli bulan sağlık personelinin ortalama puanı 66.53'tür ve kendini yeterli bulmayan sağlık personellerine göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 13). 6.2. Öneriler Belirtilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir; ? Sağlık personellerinin, TYD becerilerinin istenilen düzeye çıkması için, ön lisans, lisans ve yüksek lisans programlarına TYD teorik ve uygulama derslerinin eklenmesi, ? Aynı derslerin veya eğitimlerin iş hayatında hizmet içi ve oryantasyon programları ile desteklenmesi, ? TYD'ne ilişkin hizmet içi eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması, katılımın artırılması, katılımı artırmak için motivasyon artırıcı önlemlerin alınması, ? TYD ile alakalı seminer, konferans, kongreler düzenlenerek sağlık personellerinin bu olayları takip etmesinin sağlanması, ? TYD eğitimlerinin gruplara bölünerek, farklı gruplar halinde yapılması bulunmuştur. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57