



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK HİZMETLERİ ANABİLİM DALI

**HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖREVLİ
SAĞLIK PERSONELLERİNİN KARDİOPULMONER
RESUSİTASYON BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
(MALATYA İLİ ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EDA BENEK

Tez Danışmanı

Dr.Öğr. Üyesi İbrahim UYSAL

ÇANAKKALE – 2023



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK HİZMETLERİ ANABİLİM DALI

**HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖREVLİ SAĞLIK
PERSONELLERİNİN KARDİOPULMONER RESUSİTASYON BİLGİ
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (MALATYA İLİ ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EDA BENEK

Tez Danışmanı

Dr.Öğr. Üyesi İbrahim UYSAL

ÇANAKKALE – 2023



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Eda BENEK tarafından Dr.Öğr.Üyesi İbrahim UYSAL yönetiminde hazırlanan ve..//06/2023 tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “**Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görevli Sağlık Personellerinin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Malatya İli Örneği)**” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Hizmetleri AnaYÜKSEK LİSANSTEZİ olarak oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim UYSAL

.....

(Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Emine SEVİNÇ POSTACI

.....

Dr. Öğr. Üyesi Serdar DERYA

.....

Tez No : 10550371

Tez Savunma Tarihi : 20/06/2023

Prof. Dr. Ahmet Evren ERGİNAL

Enstitü Müdürü

20/06/2023

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Eda BENEK

20/06/2023

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleŐtirilmesinde, çalıŐmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen, saygı değer danışman hocam Dr.Öğr.Üyesi İbrahim UYSAL'a, çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğsleyenBurak BENEK'e ve hayatımın her evresinde bana destek olan değerli aileme sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

ÇalıŐmama katılım sağlayarak destek veren Malatya 112 ailesine teşekkür ederim.

Eda BENEK
anakkale, Haziran2023

ÖZET

HASTANE ÖNCESİ ACIL SAĞLIK HİZMETİ SUNAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN KARDİOPULMONER RESÜSİTASYON BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLENDİRİLMESİ (MALATYA İLİ ÖRNEĞİ)

Eda Benek

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlık Hizmetleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman:Dr. Öğr. Üyesi İbrahim UYSAL

20/06/2023, 33

Bulguların ortaya çıkmasından sonraki bir saat içerisinde gerçekleşen ölümler ani ölüm olarak tanımlanmaktadır. Ortaya çıkan acil duruma müdahale eden hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunan sağlık personellerinin uyguladığı kardiyopulmoner resüsitasyon ile kardiyak, pulmoner ve serebral perfüzyonun devamını sağlayarak, morbidite ve mortalite oranlarının azaltılmasını hedefler. Acil tıp alanyazındaki bilimsel bilgi birikimi, cihaz ve ekipmanlardaki teknolojik gelişmeler ile kardiyopulmoner resüsitasyonla ilgili kılavuzlar güncellenmekte ve belirli periyotlarda kanıt düzeyleri ile birlikte tüm hizmet sunucularının bilgisine sunulmaktadır.Araştırmada, hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunan sağlık personellerinin güncel kılavuzlar ışığında kardiyopulmoner resüsitasyon bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve demografik değişkenlere göre karşılaştırılması amaçlanmıştır.Tanımlayıcı kesitsel türdeki çalışma, Malatya ili 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görevli sağlık personelleriyle yürütülmüştür. Amaçlı örneklem ile çalışma evreninden (n=497) araştırmaya gönüllü olan 327 sağlık personelinden veri toplanmıştır.Verii toplama aracı olarak Avrupa Resüsitasyon Konseyi'nin 2021 yılı klavuzudikkate alınarak10 demografik ve 17 çoktan seçmeli soruluk anket formu oluşturulmuş ve uzman görüşü alınmıştır. Veriler SPSS 19.0 paket programına aktarılmış, verilerin değerlendirilmesinde yüzde, frekans ve medyan gibi betimsel istatistikler ve karşılaştırma testleri kullanılmıştır. Karşılaştırma testlerinde parametrik ve non-parametrik testler ön koşullara bakılarak uygulanmıştır.Katılımcıların %93,3'ü mezuniyet sonrasında ileri yaşam desteği modül eğitimi almış ve %52,3'ü ise eğitimi son 1 yıl içinde almıştır.

Katılımcıların %80,7'si aldıkları son eğitimi yeterli bulmuş ve %39,4'ü güncel kılavuzları okumuştur. Uygulanan testten alınabilecek maksimum puan 17 iken katılımcı puanlarının ortalaması 12.05 olmuştur. Kadın katılımcıların puanları erkek katılımcılara göre yüksektir ($p=0,03$). Doktor ve paramediklerin puanları "diğer" grubundakilere oranla yüksektir ($p<0,001$). Eğitim düzeyi ile toplam puanlar arasında ise fark tespit edilmemiştir ($p=0,038$). Doğru cevap oranı en yüksek olan sorular, entübasyon işleminin doğrulanma yöntemi (%93,3), Heimlich manevrası (%93.0) ve etkin kalp masajı kriterleri (%90,8) ile ilgilidir. Katılımcıların pediatrik ileri yaşam desteği ile ilgili sorularda en düşük puan ortalamalarını aldıkları görülmüştür. Sağlık profesyonellerin meslekleri ile ilgili yaşanan hızlı bilgi birikimi ve teknolojik gelişmeleri takip edebilmeleri ve becerilerini geliştirmeleri ile ilgili edinecekleri yaşam boyu öğrenme alışkanlıkları hizmet alıcıları için hayati önem taşımaktadır. Araştırma bulguları doğrultusunda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmeti sunucularının güncellenen bilgiye en hızlı ve güvenilir yollardan ulaşmaları hususunda güncelleme eğitimlerinin ve güncel kılavuzların takip edilmesini konusunda, çalışanları motive edecek etkinliklerin önemi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca hizmet içi eğitimlerin değerlendirildiği daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Temel Yaşam Desteği, İleri Yaşam Desteği, Kardiyopulmoner Resüsitasyon, 112 Acil Çalışanları

ABSTRACT

EVALUATION OF THE KNOWLEDGE LEVELS OF HEALTH PERSONNEL PROVIDING PRE-HOSPITAL EMERGENCY HEALTH SERVICE (MALATYA PROVINCE)

Eda BENEK

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Department of Health Service, Master Thesis

Advisör: Asst.Prof.İbrahim UYSAL

20/06/2023, 33

Deaths which occur within one hour of the appearance of symptoms are defined as sudden death. It aims to reduce morbidity and mortality rates by ensuring the continuation of cardiac, pulmonary and cerebral perfusion with cardiopulmonary resuscitation applied by health personnel providing pre-hospital emergency health services to whom intervene in the emerging emergency. Scientific knowledge in the field of emergency medicine, technological developments in devices and equipment, and guidelines on cardiopulmonary resuscitation are updated and presented to all service providers with evidence levels at certain periods. In this study, it was aimed to determine demographic variables the cardiopulmonary resuscitation knowledge levels of the personnel working in Malatya 112 Emergency Health Services. The descriptive cross-sectional study was carried out with the health personnel working Malatya Province 112 Emergency Health Services. 327 volunteer health personnels from the study population (n=497) have participated in the study. As a data collection tool, a questionnaire has been created using the European Resuscitation Council's 2021 guide and the a questionnaire with 10 demographic and 17 multiple choice questions was created. The data have been transferred to the SPSS 19.0 package program, and descriptive statistics such as percentage, frequency and median and comparison tests have been used in the evaluation of the data. In comparison tests, parametric and non-parametric tests have been applied in view of the prerequisites. After graduation, 93.3% of participants have taken the advanced life support course, and 52.3% has taken the course within the previous year. 80.7% of the participants find the last training that they have received sufficient and 39.4% of the participants read the current

guidelines. While the maximum score that can be received from the runned test has been 17, the average of the participant scores is 12.05. In contrast with the male participants, female participants have higher (p=0.03). Titularly, paramedics and doctors have higher score than those in the “other” group (p<0.001). It has been detected that there is no significant difference between education level and total scores. The questions with the highest number of correct answers are questions about the method of confirming the intubation procedure (93.3%), Heimlich maneuver (93.0%) and effective heart massage (90.8%). The lifelong learning habits of health professionals will attain in order to follow the quick information and technological developments related to their professions and to improve their skills are vital for service recipients. In line with the findings of the research, the importance of activities that will motivate employees to follow the current guidelines and update trainings for Pre-Hospital Emergency Health Service providers to access the updated information in the fastest and most credible ways is emerging. There is also a requirement for more research to evaluate in-service training.

Keywords: Basic Life Support, Advanced Life Support, Cardiopulmonary Resuscitation, 112 Emergency Workers

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
JÜRİ ONAY SAYFASI.....	i
ETİK BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE/ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

4

2.1. Kardiyopulmoner Arrest.....	5
2.2. Hastane Öncesi Sağlık Hizmetleri.....	6
2.3. Hastane Öncesi Ölümcül Ritimler.....	7
2.4. Erişkinlerde Temel Yaşam Desteği.....	7
2.5. Erişkinlerde İleri Kardiyak Yaşam Desteği.....	10
2.6. Kardiyopulmoner Areste Havayolu.....	11
2.7. Kardiyopulmoner Areste Defibrilasyon.....	12
2.8. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Kullanılan Temel İlaçlar.....	12
2.9. Pediatrik Kardiyopulmoner Resusitasyon.....	13

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM		
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL YÖNTEM		16
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	16
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.4.	Veri Toplama Araçları.....	17
3.5.	Çalışmanın Değişkenleri.....	17
3.6.	İstatistiksel Analiz.....	18
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM		19
ARAŞTIRMA BULGULARI		
BEŞİNCİ BÖLÜM		
SONUÇ ve ÖNERİLER		28
5.1.	Sonuç.....	33
KAYNAKÇA		34
EKLER		I
EK 1. ÜNİVERSTE ETİK KURUL ONAYI.....		I
EK 2. KURUM ETİK KURUL ONAYI.....		II
EK 3 ÖZGEÇMİŞ.....		III

SİMGELER ve KISALTMALAR

AHA	AmericanHeartAssociation
ASH	Acil Sağlık Hizmetleri
ECC	EmergencyCardiacCare
ERC	EuropeanResuscitationCouncil
İKYD	İleriKardiyakYaşam Desteği
IO	İntraosseöz
İV	İntravenöz
İYD	İleri Yaşam Desteği
KPA	Kardiyopulmoner Arrest
KPR	Kardiyopulmoner Resusitasyon
ILCOR	UluslararasıResusitasyonLiyezyon Komitesi
NEA	Nabızsız Elektiriksel Aktivite
nVT	Nabızsız Ventriküler Taşikardi
TYD	Temel Yaşam Desteği
VF	Ventriküler Fibrilasyon
HÖASH	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmeti

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Katılımcıların demografik ve mesleki özellikleri	19
Tablo 2	Katılımcıların temel ve ileri yaşam desteği eğitim alma bilgileri	20
Tablo 3	Katılımcıların test sorularına verdikleri doğru/yanlış yanıtların dağılımları	22
Tablo 4	Temel yaşam desteği bilgi puanının katılımcı özellikleri ile ilişkisi	24
Tablo 5	İleri yaşam desteği bilgi puanının katılımcı özellikleri ile ilişkisi	25
Tablo 6	Temel ve ileri yaşam desteği toplam bilgi puanının katılımcı özellikleri ile ilişkisi	26

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
Şekil 1	Sağ kalım zinciri	8
Şekil 2	Erişkin temel yaşam desteği	9
Şekil 3	Yetişkin ileri yaşam desteği algoritması	11
Şekil 4	Pediyatrik hastane öncesi yaşam zinciri	13
Şekil 5	Pediyatri ileri yaşam desteği	15

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Dünya sağlık örgütü tarafından 2016 yılında yayınlanan küresel ölüm nedenleri dağılımlarına göre meydana gelen 41 milyon ölümün %43,6'sı dolaşım sistemi hastalıklarından (17.9 milyon ölüm) kaynaklandığı bildirilmiştir (Global health estimates, 2016). Küresel ani ölüm nedeni oranlarından farklı olmamakla birlikte Türkiye'de de ani ölüm nedenlerinde ilk üç sırada %38,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları yer almaktadır (TÜİK, 2018). Genel olarak, bulguların ortaya çıkmasından sonraki bir saat içerisinde gerçekleşen ölümler ani ölüm olarak tanımlanmaktadır. ABD'de bir yıl içinde meydana gelen koroner kalp hastalıklarının %50'sinden fazlasını ani kardiyak ölüm (180-450 bin vaka) olarak raporlanmıştır ve tüm ölümlerinde %20'lik bir orana sahiptir (Deo ve Albert, 2012). Gelişen bu ani arrest durumlarında hayatta kalma oranları, coğrafi bölgelere göre %0,6 ile %25 arasında önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Avrupa'da her yıl hastane dışı kalp durması 275.000 kişide meydana gelmekte ve sadece %10'u hastaneden taburcu olabilmektedir. Bu oran Kuzey Amerika'da %6,8, Avustralya'da %9,7 ve Asya'da %3,0 olarak hesaplanmıştır (Scquizzato vd., 2020). Dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ortaya çıkan hayatı tehdit edici ani olgularda, hayatta kalma oranları düşük ve hayatta kalanlarda kalıcı nörolojik hasar oranları da oldukça yüksektir. Bu açıdan günümüz modern sağlık hizmeti sunumunda, bireylerin karşılaştığı hayatı tehdit edici acil sağlık sorunları karşısında gerekli olan acil sağlık hizmeti sunumu güncelliğini sürekli korumaktadır.

Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR), kardiyopulmoner arrest olgularında kalbin eski fonksiyonlarına geri dönene kadar vital organ fonksiyonlarının sürdürülmesini amaçlayan semptomatik bir tedavi yöntemidir. Kardiyopulmoner arrest tedavisinde yapılacak işlemlerin tamamı kardiyopulmoner resüsitasyon olarak adlandırılmaktadır. KPR'de defibrilasyon ve ileri yaşam desteği (İYD) uygulamalarından önce, ilk müdahale olarak uygulanan temel yaşam desteği (TYD) önemli bir bileşendir (Rajeswaran ve Ehlers, 2014). TYD organ ve dokuların işlevlerinin devamı sağlamak için, acil yanıt sisteminin aktive edilmesi, göğüs bası uygulaması, solunum desteği, erken defibrilasyon uygulamalarını kapsamaktadır (Balcı vd., 2011; Onganlar vd., 2019; Çimen ve Dolgun 2003). Kardiyopulmoner arrest sürecinden itibaren kısa bir süre hasta resüsitasyona cevap verebilir. Bu süreç KPR ile sağlanabilmektedir (Balcı vd., 2011).

Hastane dışı KPA vakalarının büyük bir kısmında hayatta kalma oranı çok düşüktür. Bir çok çalışmada kardiyopulmoner resüsitasyonun önemi ifade edilmiş olmasına rağmen hayatta kalma oranlarının düşük olmasının sebebi, KPR sürecinin etkili yönetilemediğinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Tanrıöver, 2011; Aygin, 2018).

Hastane öncesi acil tıp ve resüsitasyon ile ilgili giderek daha fazla bilimsel çalışma yapılmakta ve resüsitasyon ile ilgili kümülatif olarak biriken bu bilgi birikiminin kılavuzlar eşliğinde uygulayıcıların bilgisine sunulmaktadır. 1993'te Uluslararası Resüsitasyon Liyezon Komitesi (International Liaison Committee on Resuscitation ILCOR) kurulmuştur. Periyodik olarak yayınlanan kılavuzlarla (yaklaşık 5 yılda bir) kardiyak arresti erken tanıma ve aktivasyon, KPR, erken defibrilasyon ve tedavi konularında sağlık çalışanlarına yol gösterici olmaktadır (Haddow ve Bullock, 2003; Dara, 2005; Perkins vd., 2021).

Avrupa Resüsitasyon Konseyi'nin (ERC) amacı, tüm olgularda yüksek kalitede resüsitasyon sunulmasına katkı sağlamak için güncel ve kanıta dayalı Avrupa resüsitasyon kılavuzlarının oluşturulması olarak tanımlanmaktadır. ERC, ILCOR ve Consensus on Science with Treatment Recommendations (CoSTR) yayınlarıyla bağlantılı olarak güncellemeler yapmakta ve yayınlanan kılavuzlar sağlık hizmeti sunucularının ve sağlık politikalarından sorumlu kişiler için kanıta dayalı güncel veriler sunmaktadır (Perkins vd., 2021).

Kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamaları dinamik bir süreç olduğu için hastane öncesi alanda görevli sağlık personelleri kılavuzlardaki güncel bilgi ve uygulamaları takip etmelidir. Güncel KPR kılavuzlarının takip edilmesi, sağlık personellerinin özellikle 112 Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) çalışanlarının KPA vakalarında hayatta kalma oranlarını artırabileceği ifade edilmiştir (Elazazay vd., 2012). Kozacı ve arkadaşlarının 2013 yılında bir ilin acil bölümünde, KPR uygulanan hastalar üzerine yapmış olduğu çalışmada, KPR başarı oranının düşük olduğu, nedenin ise yaşam zincirinin tüm basamaklarında eksiklikler olduğu, düzeltilmeye yönelik çalışmalar yapılması gerektiği ifade edilmiştir (Kozacı vd., 2013). Sağlık personelleri için, beş yılda bir resüsitasyon uygulama kılavuzları güncellenmekte ve değişiklikler yapılmaktadır. Bu değişikliklerin 112 ASH'de çalışan sağlık profesyonellerine hem teorik hemde uygulamalı verilmesi hizmet içi eğitimlerde

oldukça önemlidir.Sağlıkprofesyonelleri, KPA olgularına hızlı müdahale edebilmeli ve hastanın durumuna göre defibrilatör kullanabilmeli, havayolu açma manevraları uygulayabilmeli, dolaşımı destekleyebilmeli, intravenöz(İV) ve intraosseöz (IO)yol açabilmeli, havayolu açıklığı için havayolu malzemelerini uygulayabilmeli, travmalı hastalarda servikal stabilizasyonu sağlayabilmeli, stabilizasyon için gerekli sedye çeşitlerini kullanabilmelidir (Kandiş vd., 2014).

Yapılan araştırmada 112 ASH'de görevli sağlık personellerinin güncel kılavuzlar ışığında kardiyopulmoner resusitasyon, bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve demografik değişkenlere göre karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda eksiklikler var ise eksikliklerin fark edilerek, hizmet içi eğitim planlarının bu yönde planlanması için rehberlik etmek ve böylelikle hastane öncesi alanda sağ kalım oranlarının artırılması için katkıda bulunulabileceği düşünülmüştür.

İKİNCİ BÖLÜM

KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON TANIMI ve TARİHÇESİ

Herhangi bir sebeple hayati organlar olan kalp ve akciğerin fonksiyonlarının bozulup dolaşım ve solunumun aniden durmasına kardiyopulmoner arrest denir, bu durum sonrasında dolaşım ve solunumun yeniden sağlanması için yapılan tüm müdahalelere kardiyopulmoner resüsitasyon adı verilir. Kardiyopulmoner resüsitasyon sadece bir müdahale, uygulama sürecinden değil eş zamanlı değerlendirme, karar verme ve yönetme süreçlerindende oluşmaktadır(Balci vd., 2011).

Resüsitasyon girişimleri, kaynaklara göre insanlık tarihi kadar eskiye dayanıyor.Bununla ilgili en eski kaynak, Mısır papirüslerinden elde edilen yaklaşık 4000 yıl öncesinedayanan tıbbi verilerdir. MÖ 11. ve 12. yüzyıllarda, öldüğü düşünülenbebeklere İbrani ebeler kendi nefesleriyle solutarak yaşama döndürdükleridir (Fisher, 2000). Eski bir ahittemilattan önce Hz. İlyas'ın, solunumu olmayan bir çocuğa, ağızdanağıza 3 defa nefes üfleyerek hayata döndürdüğü yazmaktadır(Balci vd ark 2011).

1500'lü yıllarda soğuk olan cansız bedeninin yaşama ısındığına inanarak, ölümler sıcak battaniyelere sarılarak, ateşli körükle sıcak hava üflendiği belirtilmekle beraber bu husustaki çaba giderek değişim göstermiştir.1850'li yıllardan 1950'li yıllara kadar, Hall'un yuvarlama yöntemi, Silvester'in göğüs basıncı/kompresyon için kol yukarı yöntemi, Schaefer'in yüz üstü kompresyon uygulama yöntemleri yer almıştır (Kaya vd., 2021).

Modern anlamda KPR, 1740 yılında Paris Bilimler Akademisi'nin boğulan hastaları canlandırmak için ağızdan ağıza suni solunumu önermesi ile başlamaktadır. KPR ile resüsitasyon tekniği 1911 yılında ilk defa Amerika'da yayınlanan İzci el kitabıyla tanıtılmıştır(Yıldırım, 2012). 1956 yılında Zoll ve arkadaşları ilk eksternal defibrilasyonu denemişlerdir (Aitchison vd., 2013). 1950 yıllarında Dr.Peter Safar ve arkadaşları modern KPR için çalışmalara devam etmişlerdir.İlerleyen zamanda Kouwenhoven, Jude, Knickerbocker ve arkadaşlarının 1960'lı yıllarda yapmış olduğu araştırma ile kapalı kalp masajının keşfini yapıp modern anlamda tanımlamışlardır(Karataş ve Selçuk 2012). 1979'lu yıllarda Diack tarafından otomatik eksternal defibrilasyon sağlık personellerinin kullanımı için geliştirilmiştir(Aichtion vd., 2013).

“AmericanHeartAssociation” (AHA), ERC, “Australianand New ZealandCommittee on Resuscitation” (ANZCOR) gibi dünya çapında 7 konseyin dahil olduğuInternational LiaisonCommittee on Resuscitation (ILCOR) (Resüsitasyonda Uluslararasıİrtibat Komitesi) 1992’de kurulmuştur ve yayınlanan tüm kılavuzlardaki ortak hedeflerüzerine çalışmaktadır. 5 yılda bir yayınlanan kılavuzlarda son güncelleme 2021 yılında ERC tarafındanyapılmıştır (Soar vd., 2021).

Türkiye’de iseTürk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Resüsitasyon Komitesi ise 1996 yılında kurulmasıyla birlikte ERC’ye üye olmuştur (Balcı vd., 2011). ERC ve Türk Resusitasyonkomitesi arasında 2003 yılında yapılan anlaşma sayesindeuluslararası standartlara uygun resusitasyon eğitimleri verilmeye başlanmıştır(Çertuğ,2004).Bu tarihten itibaren TC. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ambulanslar ve acil sağlık araçları ile ambulans hizmetleri yönetmeliği veil ambulans servisleri çalışma yönergelerinde de acil yardım ambulanslarında çalışan personelin erişkin ileri yaşam desteği, pediatrik ileri yaşam desteği, travma resüsitasyon kursu ve temel modül eğitimlerinin verilmesi ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca 26 Mart 2009 tarih ve 27181 sayılı resmi gazetede yayınlanan “Ambulans ve acil bakım teknikerleri / Paramedik ile acil tıp teknisyenlerinin çalışma usul ve Esasları” tebliğinde 4. Madde b bendinde “AABT / Paramedik’ler bu yetkilerini sadece hastane öncesi alanda görev yapan hekimsiz ambulanslar veya acil sağlık araçları ile görev yaparken Ek-1’deki temel eğitim programını tamamladıktan sonra Ek-2’de sunulan akış şemalarına göre uygulayabilirler” ifadeleri yer almaktadır.Aynı tebliğin 3. bölümünde eğitim programlarıda tanımlanmıştır. Eğitim programlarının göreve başladıktan sonraki üç yıl içerisinde tamamlanması gerekliliği ve sertifikaların üç yıl geçerli olacağı belirtilmiştir.

2.1. Kardiyopulmoner Arrest

Kardiyopulmoner arrest (KPA); solunumun ve kalp atım aktivitesinin durması, diğer bir ifadeyle spontan dolaşım ve solunumun ani olarak kesilmesidir (Kouwenhoven vd.,1960; Kirimli vd., 1966). Kardiyopulmoner arrest klasik olarak bilinç kaybı, apne ve nabzın alınamaması üçlemesi ile görülmektedir (Nolan vd., 2010).

Amerika'da önde gelen ölüm nedenlerinden birisi de ani kardiyak arresttir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 382,800 erişkin hastane dışı kardiyak arrestvakası görülmektedir (Roger vd.,2012). Hastane dışında gerçekleşen kardiyak arrest vakalarının %70'i ev ortamında gerçekleşmektedir (Sezgin, 2019). Tüm bu vakaların %50'si ise tanksız olarak gerçekleşmiştir.Sağ kalım oranı ise%10ve daha az olarak ifade edilmiştir(Gräsner vd., 2020).

Hastane dışı kardiyak arrest vakalarında hayatta kalma oranı, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerindeki tüm gelişmelere rağmen %0,2 ile %23 arasındadır (Davies vd., 2005; Dunne vd., 2007). Uluslararası verilerde bu oran %6,4 ortalama ile rapor edilmiştir (Nichol vd.1999). KPR' de önemli olan serebral ve kalp akciğer dolaşımının sürekliliği sağlanarak, hastanın yaşam şansının artırılmasıdır(Sağlam, 2018).

KPR 'nin basamakları;

1. Havayolunun sağlanması (Airway)
2. Solunum (Breathing)
3. Dolaşımın (Circulation)
4. Nihai tedavi (Definitivetheraphy) olarak belirtilmiştir (Karataş ve Selçuk, 2012).

KPR, temel yaşam ve ileri yaşam desteği şeklinde ilerlemektedir. TYD ve İYD uygulamaları için geçen her bir saniye ve dakika hasta için büyük bir önem arz etmektedir (Vukmir, 2006). KPA bulguları gelişmesinden itibaren ilk 8 dk içerisinde müdahale edilmemesi durumunda hasta somatik ölüm sürecine girmektedir(Balci vd.,2011).KPA'nın meydana gelmesi durumunda en kısa sürede uygulanan temel ve ileri yaşam desteği ile hastanın eski yaşantısına devam ettirilmesi ve nörolojik defisit durumunun olmaması sağlanır (Sağlam, 2018).

2.2. Hastane Öncesi Sağlık Hizmetleri

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri(HÖASH); yaşamı tehdit eden herhangi bir olumsuz durumda hasta veya yaralının yaşamını devam ettirmek için zaman kaybetmeden uygulanan tıbbi bakım ve uygulamaları kapsamaktadır (Ekşi,2015).HÖASH hasta veya

kazazedenin ilk müdahale uygulandığı olay yerinden hastaneye sevki sırasında sunulan sağlık hizmetlerini ifade etmektedir. Bu nedenle HÖASH ambulans hizmetleri olarak ifade edilmektedir (Aslan ve Güzel, 2018).Kardiopulmonerarrest vakalarında en kısa sürede olay yerinde profesyonel sağlık ekiplerinin müdahalesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Acil servislerde kardiyak arrest ön tanısı ile resusitatif müdahale yapılan hastaların büyük çoğunluğunu, hastane dışı kardiopulmonerarrest vakaları oluşturmaktadır. Ayrıca bu vakaların birçoğu, olay yerinde 112 ASH tarafından ilk müdahalesi yapıldıktan sonra hastanelere nakli sağlanmaktadır(Geliş vd., 2020). Amerika Birleşik Devletleri yapılan araştırma sonucunda hastane dışı KPA vakalarında sağlık profesyonellerinin müdahale etmesiyle sağ kalım oranlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir(Roger vd., 2021).AHA ve ERC 5 yıl aralıklarla yayınladığı klavuzlarla hastane öncesi sağlık personellerine yol gösterici olmaktadır. 112 ASH'de çalışan sağlık personelleri hastaya ulaştığı andan itibaren,hastanın acil servisine nakli süresince ilk yardım ve acil bakım uygulamalıdır(Eisenberg ve Psaty, 2009),Hastane öncesi alanda sağlık personellerindefibrilasyon ve KPR'yi etkin ve doğru bir şekilde uygulaması durumunda hastanın yaşam şansını arttırmaktadır(Kozan ve Cander, 2012; Tay ve Postacı, 2021;Yenice vd., 2013;).

Hastane öncesi alanda geçen her dakika çok önemlidir (Bilgisi vd.,2021).KPA vakalarına ilk 4 dakika içerisinde müdahale edilmesi durumunda sağ kalım oranı %29'dur. 4 dakikadan itibaren bu oran %7'ye düşmektedir(Taş ve Akyol, 2017).Yaralanmanın olmasını takip eden birkaç saat hasta için hayati öneme sahiptir ve bu süre içinde uygulanacak temel ve ileri yaşam desteği ölüm oranına önemli ölçüde etki ettiği düşünülmektedir.Buzaman dilimi "altın saat" olarak ifade edilmektedir(Almacıoğlu, 2011).

2.3. Hastane Öncesi Ölümcül Ritimler

Her geçen gün artan kardiyak problemlili hasta sayısı hastane öncesi acil sağlık hizmetleri için büyük önem arz etmektedir.Ventrikülerfibrilasyon(VF), nabızsız ventriküler taşikardi(nVT),nabızsız elektriksel aktivite(NEA)ve asistolü hastane öncesi alandanabız olmadığı arrest ritimlerdir.

Kardiyak arrest vakalarında ilk olarak tespit edilen ritim %59-64 oranında VF'dur(Gören ve Bayraktar, 2010; Soar, 2021).Yapılan çalışmalarda hastaneöncesi alanda,4621 tanıklı arrest olarak müdahale edilen nVT ve VF'lu hastalarda başarı oranı %40,1 olarak elde edilmiştir(Shin vd.,2021).Zaman kaybı yaşanan hastalarda iyi bir nörolojik sağ kalım görülmediği ifade edilmiştir(Lackwella ve Kaufman, 2002).

2.4. Erişkinlerde Temel Yaşam Desteği

Herhangi bir yaşam bulgusu olmayan hastaya, hava yolu açıklığı sağlanarak, dolaşım ve solunumun desteklenmesidir. Otomatik eksternal defibrilasyon 1992 yılında AHA toplantısı sonucunda temel yaşam desteği uygulamaları içinde yer almıştır(Pancal vd., 2020).

Temel yaşam desteği;

C:ChestCompressions: Göğüs kompresyonu

A: Airway:Hava yolu

B: Breating:Solunum

D: Defibrillation:Defibrilasyon

KPR uygulamasında hastanın hayatta kalabilmesi için öncelik sırasına göre uygulanması gereken bir dizi süreçler vardır.Bu süreçler yaşam zinciri olarak ifade edilmektedir.



Şekil 1. Sağ kalım zinciri (Kaynak Erişim Adresi:<https://www.acilcalisanlari.com/aha-kardiyopulmoner-resusitasyon-ve-acil-kardiyovaskuler-bakim-kilavuzu-2020.html>).

TYD yaşam zincirinde ilk dört halkayı kapsamaktadır.Yaşam Zinciri'ndeki halkaların doğru olarak uygulanması durumunda hayattakalmaşansı%50'ye kadar artmaktadır(Statement, 1966).



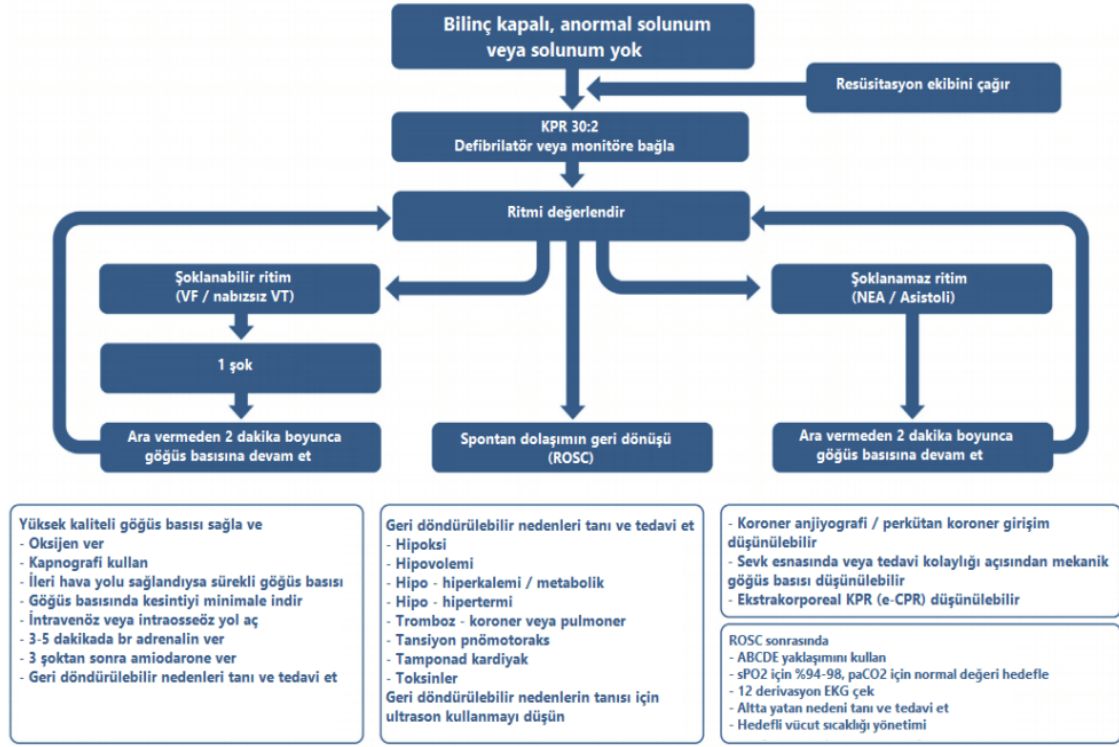
Şekil 2. Erişkin temel yaşam desteği (Kaynak Erişim Adresi: <https://acilci.net/wp-content/uploads/2021/04/Figure2.jpg>).

2.5. Erişkinlerde İleri Kardiyak Yaşam Desteği

Kardiyak arresti önlemek ve tedavi etmek için gerekli müdahaleleri içeren, sağkalım zincirinde anahtar rol oynayan birçok uygulamayı bir araya getiren ve kardiyak arrest sonrası spontan dolaşımı olan hastalardan alınan sonuçları değerlendirip alanındaki gelişmelere katkı sağlayan uygulamalar bütünüdür. İYD girişimleri; havayolu yönetimi, ventilasyon desteği, bradikarimi ve taşikarimlerin tedavilerini içerir. TYD'ne dayanarak düzenlenen İYD girişimleri; kardiyak arresti anında tanıma ve acil yanıt sistemini devreye

alma, KPR'ye erken başlama, hızlı defibrilasyon, ileri hava yolu yönetimi ve monitörizasyonu, minimal kesintili kaliteli göğüs basısını temel almaktadır (Durgun vd., 2012; Neumar vd., 2010; Erikli vd., 2021). İYD altta yatan nedenin saptanması ve müdahalenin ona göre yapılması gerekmektedir. Altta yatan sebebe yönelik uygulanan tedavi resüsitasyon başarı oranını arttırmaktır (Soar vd., 2021). Geri döndürülebilir arrest nedenleri göz önüne alınmalıdır. Geri döndürülebilir arrest nedenleri: hipovolemi, hipoksi, Hiyonu (asidoz), hipo/hiper kalem, hipotermi, tamponad, toksin, tansiyon pnömotoraks, tromboz pulmoner, tromboz korenerdir (Özel vd., 2016: 197 Tablo 3).

2021 ERC klavuzuna göre, hastada bilinç ve solunum değerlendirilmesi yapılır. Bilinç kapalı solunum yok ise, KPR 30/2 olarak uygulanıp, hasta defibrilatör veya monitöre bağlanır. Ritmi kontrolü sağlanarak şoklanabilir ritim (VF, nVT) varlığında hastaya şok uygulanır. Devamında 2 dakika KPR uygulayarak, İV/IO yol düşünülmesi ileri hava yolu ve kapnografi uygulanmalıdır. 3-5 dakika bir adrenalin uygulanmalıdır. Üçüncü ritim kontrolünden sonra şoklanabilir ritim varlığında şok verilip Amiodoran veya Lidokain uygulanmalıdır. Hastanın İlk ritim kontrolünde şoklanamaz ritim (Asistol ve NEA) mevcutsa, 2 dakikalık KPR uygulaması yapılarak algoritmaya uygun devam edilmelidir (Soar vd., 2021: şekil 3: geliştirilmiş yaşam desteği algoritması).



Şekil 3. Erişkinlerde ileri yaşam desteği (Kaynak Erişim Adresi: <https://acilci.net/2021-erc-resusitasyon-kilavuzu-eriskin-ileri-yasam-destegi-1/>).

2.6. Kardiyopulmoner Arreste Hava Yolu

KPR uygulamasına devam edilirken en temel hava yolu teknikleri ile başlayıp kurtarıcı personelin becerisine göre ileri hava yolu teknikleri tercih edilmelidir. KPR'de öncelik olarak hava yolu açıklığının devam ettirilmesi, ventilasyon ve oksijenizasyon desteğinin sürdürülmesidir. Hastaya baş çene yada alt çene manevrası uygulanmalıdır. Sağlık personeli omurilik yaralanması tespit ettiği olgularda alt çene (Jawthrust) manevrasını uygulamalıdır. Hastalara çoğunlukla Balon-Valf-Maske ile solutulmaya çalışılırken ileri hava yolu tekniklerine geçiş yapılmalıdır. Hava yolunun güvenilir şekilde kontrol altında tutulduğu yöntem endotrakeal entübasyondur. 112 ASH'de görevli sağlık personeli sahada hastanın aspirasyon riskine karşı entübasyon uygulamalıdır. 2021 ERC klavuzuna göre entübasyon uygulaması uzman görüşleri, ilk denemede başarısız olup ikinci denemede başarılı olma şansının %95'in üzerinde olabileceğini ifade etmiştir (Soar vd., 2021) Entübasyon için elverişli olmayan hastalar ve

entübasyon uygulamasında başarılı sonuç alınmadığı durumlarda supraglottik hava yolu araçları tercih edilmektedir. 2021 ERC klavuzunda Entübasyon doğrudan veya video laringoskop ile yapılması durumunda, başarı oranını arttırdığını ve göğüs kompresyon kesintilerini en aza indirdiğini ifade etmiştir (Park vd., 2010).

2.7. Kardiyopulmoner Arestte Defibrilasyon

KPR' ye devam ederken eş zamanlı olarak hastaya uygun ped veya kaşıklar yerleştirilerek, nVT/VF'da kısa sürede defibrilasyon uygulaması yapılmalıdır. Şok uygulamaları sırasında göğüs kompresyonuna 5 saniye gibi minimum bir kesinti yapıp, şok bitiminde göğüs kompresyonuna tekrar devam edilmelidir. Defibrilasyon uygulaması sırasında oksijen kanülü veya maskesiyle oksijen alan hastanın yanma ihtimaline karşı sağlık personeli gerekli önlemler almalıdır. Defibrilatör çeşitlerinde, ilk şok bifazik BTE dalga formunda 150 Joule ve RBL dalga formunda 120 Joule uygulanmalıdır. Kurtarıcının, defibrilatör enerji düzeyleri konusunda bilgisi yok ise en yüksek enerji düzeyini tercih etmelidir. Defibrilatör ped veya kaşıkların ilk olarak yerleştirilmesi gereken pozisyon, göğüs bölgesinde anterolateral pozisyonudur (Soar vd., 2021).

2.8. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Kullanılan Temel İlaçlar

Adrenalin; KPR'de uygulanan adrenalin alfa ve beta adrejenik resöptörleri stimüle etmesinden dolayı koroner ve serebral perfüzyon artışı sağlamaktadır (Çimen, 2013). Korener diyastolik basıncını arttırıp solunum ve dolaşımın devamı için olumlu etkiye sebep olmaktadır (Sezgin ve Keskin, 1993; Jeung vd., 2011).

2021 ERC Klavuzunda 'Erken Adrenalin' uygulamasına vurgu yapılarak yeniden teyit edilmiştir (Soar, 2021). Şoklanamaz ritimdeki hastalara en kısa sürede 1 mg IV/IO adrenalin uygulanmalıdır. Şoklanabilir ritimler için 3 defibrilasyon uygulamasından sonra uygulanmalıdır (Soar, 2021). 2021 ERC klavuzunda İYD devam ederken 3-5 dakikada bir adrenalin uygulanması uygun görülmüştür (Soar vd., 2021).

Amiodaron; Adrenalin uygulamasından sonra üç şok verilen hastanın ritmi VF/nVT ise 300mg Amiodoron İV(IO) olarak uygulanmalıdır. Amiodoran yoksa Lidokain 100mg IV(IO) kullanılabilir (Craig vd., 2021). Amiodoron VF/nVT ritminde defibrilasyona yanıtını olumlu yönde etkilemektedir. 300 mg'lık ilk doz, 20 ml'ye sulandırılarak bolus şeklinde IV olarak uygulanır. Eğer VF veya nVT hala devam ederse 150 mg ek bolus yapılabilir (Özüçelik, 2020d).

2.9. Pediatrik Kardiyopulmoner Resusitasyon

Çocuk hastalarda KPA genellikle kardiovasküler olmayıp solunumsal asfiksiye bağlı gelişmektedir. Pediatrik hastane dışı arrest vakaların ilk halkası önleme ile başlamaktadır. Hastane dışında KPR vakalarının %5-10'luk bir kısmını çocuk hastalar oluşturmaktadır. Pediatrik vakaların %50'si 1 yaş, %76'sı 1 yaşından küçüktür. KPA sonrası yaşama oranı %13 ve bu oranın %70'inde nörolojik sekel kalma olasılığı vardır. (Özel vd., 2016:205). Solunum arresti nedeniyle müdahale edilen pediatrik hastaların %75'inde yaşama oranı bulunmakta ve bu oranın %88'inde sekel kalmamaktadır. Hastane öncesi alanda Japonyada 5 yıl süreyle tutulan kayıtlarda %6.7 ile %10.2 yıllık sağ kalım oranı tespit edilmiştir (Topjian vd., 2020). Pediatrik kardiyopulmoner arrestlerde önemli etmenler; erken resusitasyon, acil sistem aktivasyonu, ileri yaşam desteği ve arrest sonrası bakım kurallarının yüksek kalitede uygulanmasıdır (Özel vd., 2016:205).

Pediatric Out-of-Hospital Chain of Survival



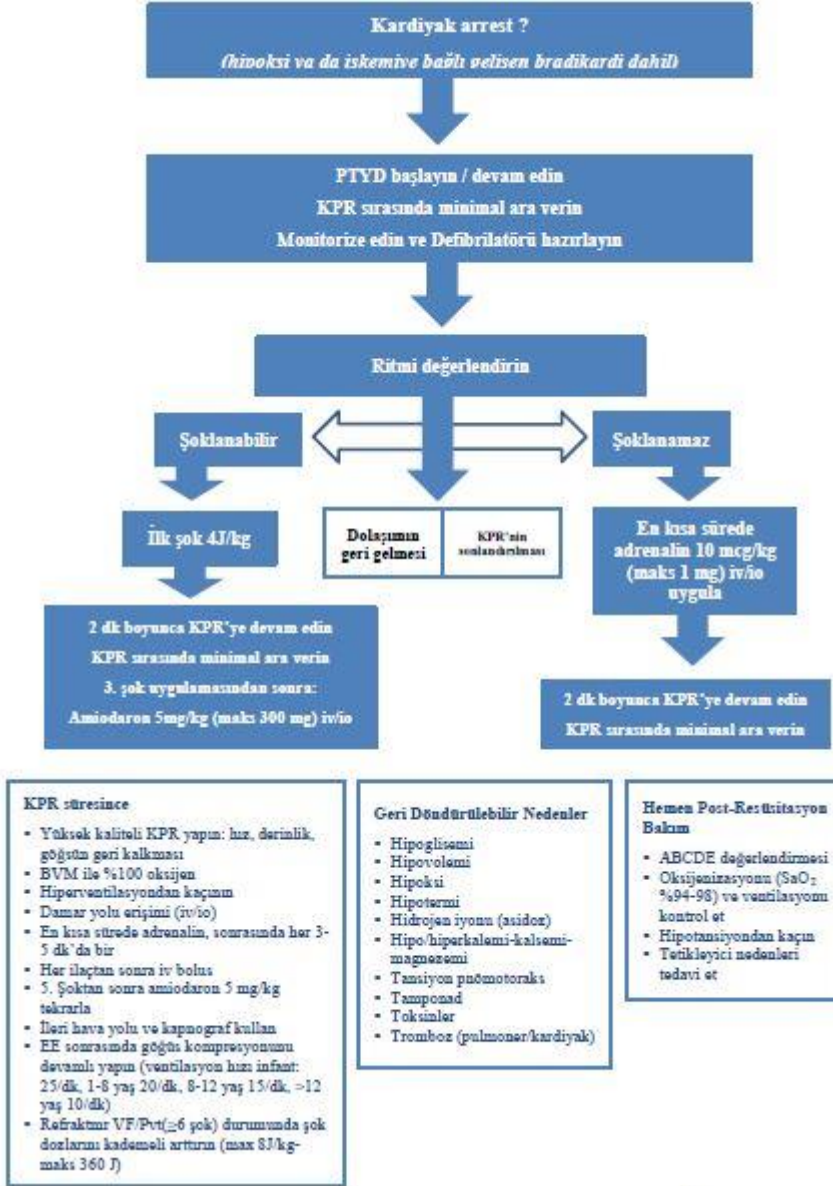
Şekil 4. Pediatrik hastane öncesi yaşam zinciri (Kaynak Erişim Adresi: Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2022;15 (Özel Sayı-1, 21. Mersin Pediatri Günleri):63-66).

Pediatrik resusitasyonda, solunum ve dolaşım desteği için KPR'ye başlanmalıdır. Zaman kaybetmeden hasta monitörize edilerek ritim kontrolü sağlanmalıdır. Şoklanamayan ritimlerde KPR'ye devam edilmelidir. Damar yolu açılarak hastaya en kısa sürede adrenalin IV (10 mcg/kg mak. 1mg) uygulanmalıdır. 3-5 dakikada bir adrenalin

uygulanması tekrarlanmalıdır. IV erişim sağlanamadığı durumlarda IO erişim sağlanmalıdır. Şoklanabilir ritim tespit edildiğinde pediatrik hasta zaman kaybedilmeden defibrile edilmelidir. Pediatrik hastalarda yapışkanlı ped kullanılıyorsa defibrilatör şarj olurken göğüs basısına ara verilmeden devam edilmelidir. Şokun verilmesi için göğüs kompresyonlarına ara verilme süresi en aza indirilmelidir(5 saniye). Hastaya şok verilerek (4J/kg)KPR'ye devam edilmelidir. Şoklanabilir ritim devam ediyorsa tekrar şok uygulanmalıdır(4J/kg). Üçüncü şoktan sonra adrenalin (10mcg/kg mak. 1mg) ve amiodoron(5mg/kg, mak.30mg) IV/IO olarak uygulanmalıdır. Ritim kontrolü sağlanarak İYD devam edilmelidir (Van, 2021).

Pediatrik hastalarda manuel defibrilasyon İYD için önerilmektedir. Mevcut olmadığı durumlarda AED uygulanabilir. Pediatrik yaşam desteği için şoklar için önerilen doz 4J/kg ve enerji düzeyi artırılarak devam edilmeli monofazik defibrilatörlerde maksimum 360J olmalıdır (Van, 2021).

Pediatrik hastalarda hava yolu ve ventilasyon çok önemlidir. Endotrakeal entübasyon ve supraglotik araçlar ile hava yolu kontrol altına alınabilir ve aspirasyon riski azaltılarak kesintisiz kompresyon imkânı sağlanabilir. Endotrakeal entübasyon ve supraglotik hava yolu araçları kullanılan hastalarda iyi bir nörolojik durum ve sağkalımda artış tespit edilmiştir(Topjian vd.. 2020).



Şekil 5. Pediatri ileri yaşam desteği (Kaynak Erişim Adresi

<https://www.pediatricil.com/cocuklarda-ileri-yasam-destegi-iyd-algoritmeleri/>).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma Malatya 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışan personelin Kardiyopulmoner Resusitasyon bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı kesitsel türde tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Malatya 112 ASH'ne bağlı Komuta Kontrol Merkezi, Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ve Başhekimlik birimlerinde çalışan sağlık personeliyle, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.11.2021 tarihli ve 20/21 sayılı onayıyla, Malatya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde 1 Mart- 1 Nisan 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evreni Malatya ili 112 ASH'de görevli sağlık personeldir (n=497). Evrenin %65,8'ine (327) ulaşılmıştır. Çalışmada, evrenin (n=497) tam listesine ulaşarak bu listeden "amaçlı örneklem" yöntemiyle örneklem alınmak istenmiştir. Fakat 112 acil sağlık hizmeti sunan personelin çalışma temposu çok yoğundur. 112 ASH'de personel gruplar halinde vardiya sistemiyle çalışmaktadır. Katılımcılara ulaşımın zor olacağı düşünülerek anketin tüm evrene uygulamak ve daha fazla sonuç elde etmek için, Google formlardan online olarak hazırlanan anket ilgili birimlerin WhatsApp gruplarına atılmıştır. Gruplara atılırken her bir 112 ASH sorumlusu ile görüşülmüş ve resmi izin belgeleri gösterilmiştir. Gruplara anketten önce resmi izinler atılmış ve gerekli açıklamalardan sonra gruplardaki kişilerden gönüllü olanların bu araştırmaya katılması için davette bulunulmuştur. Katılımcıların %4,6 (15)'i doktor, %46,2 (151)'i ilk ve acil yardım teknikeri (Prm), %46,5 (152)'si acil tıp teknisyeni (ATT) ve %2,7 (9)'si sağlık memuru ve hemşirelerden oluşmaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak Avrupa Resüsitasyon Konseyi'nin 2021 yılı klavuzu ve 2020 Amerikan Heart Association klavuzudikkate alınarak anketin taslak formunu oluşturmuşlardır. Bu taslak form 1 acil tıp uzmanı ve 2 ilk ve acil yardım alanında çalışmaları bulunan uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan ankette bulunan her bir madde için “uygun”, “uygun değil” ve “öneri” biçiminde görüş alınarak veri toplama aracına son hali verilmiştir. İYD ve TYD ile ilgili çoktan seçmeli 4 şıktan oluşan 17 soru yöneltilmiştir. İYD için dokuz soru (min:0 max:9), TYD için sekiz soru (min:0 max:8) yöneltilmiştir, katılımcıların her doğru cevabı için bir puan verilmiştir. Online ortamda toplanan veriler SPSS 19.0 paket programına aktarılmış, verilerin değerlendirilmesinde yüzde, frekans ve medyan gibi betimsel istatistikler ve karşılaştırma testleri kullanılmıştır.

3.5. Çalışmanın Değişkenleri

Çalışmanın Bağımlı Değişkenleri:

- 1) Temel Yaşam Desteği Bilgi Puanı
- 2) İleri Yaşam Desteği Bilgi Puanı
- 3) Temel ve İleri Yaşam Desteği Toplam Bilgi Puanı

Çalışmanın Bağımsız Değişkenleri:

- 1) Cinsiyet
- 2) Unvan
- 3) Çalışılan yer
- 4) Meslek yılı
- 5) Eğitim düzeyi
- 6) Temel ve İleri Yaşam Desteği eğitimi alma
- 7) Temel ve İleri Yaşam Desteği eğitimi alma zamanı
- 8) ERC ve AHA kılavuzlarını okuma

3.6. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler Statistical PackageforSocialScience (SPSS) 19.0 (IBM corp.) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uygunluk için

Kolmogorov-Smirnow testi yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler medyan, frekans ve yüzde olarak verilmiş; normal dağılıma uymayan veriler ortanca 25-75 persentil (25-75p) değerleri ile sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılığı değerlendirmek için ikili bağımsız değişkenler arasındaki sayısal değerlerin ilişkisinin değerlendirilmesinde Mann-Withney U testi ve ikiden fazla bağımsız değişkenler arasındaki sayısal değerlerin ilişkisinin değerlendirilmesinde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testinden sonra çoklu grupların birbiri ile ikili kıyaslamasında Bonferonni düzeltmesi yapılmıştır. Tip 1 hata düzeyi $\alpha=0,05$ kabul edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Katılımcıların %57,8'i kadın ve %75,6'sı 23-32 yaş aralığındadır. Önlisans mezunu olanlar çalışmaya katılanların %57,5'ini, lisans mezunu olanlar katılanların %29,7'sini oluşturmaktadır. Katılımcıların %46,2'si Prm , %46,5'iATT, %4,6 (15)'i doktor, %2,7 (9)'si sağlık memuru ve hemşirelerden oluşmaktadır ve %87,5'i acil ambulans istasyonunda çalışmaktadır. Meslekte çalışma süresi 2 yılın üzerinde olanlar katılımcıların %87,8'idir. Katılımcıların demografik ve mesleki özellikleri Tablo 1 'de verilmiştir.

Tablo 1

Katılımcıların demografik ve mesleki özellikleri

Kategori	Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	18-22	22	6,7
	23-27	134	41,0
	28-32	113	34,6
	33-39	42	12,8
	40 ve Üzeri	16	4,9
Meslekte Çalışma Süresi	0-1 Yıl	40	12,2
	2-5 Yıl	92	28,1
	6-10 Yıl	105	32,1
	10 Yıl Üzeri	90	27,5
Cinsiyet	Kadın	189	57,8
	Erkek	138	42,2
Unvan	Doktor	15	4,6
	Paramedik	151	46,2
	ATT	152	46,5
	Sağlık Memuru	5	1,5
	Diğer	4	1,2
Görev Yaptığı Birim	Komuta Kontrol Merkezi	33	10,1
	Acil Ambulans İstasyonu	286	87,5
	Başhekimlik	8	2,4
Eğitim Durumu	Lise	36	11,0
	Önlisans	188	57,5
	Lisans	97	29,7
	Yüksek Lisans	6	1,8

Katılımcıların %93,3'ü mezuniyet sonrasında temel ve ileri yaşam desteği kursu almış olup bu kursu son 1 yıl içinde alanların oranı %52,3'tür. Katılımcıların %80,7'si aldıkları son eğitimi yeterli bulmuştur. 2021 ERC ve 2020 AHA kılavuzlarını

katılımcıların sadece %39,4'ü okumuştur. Katılımcıların temel ve ileri yaşam desteği eğitimi ile ilgili eğitim bilgileri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2

Katılımcıların temel ve ileri yaşam desteği eğitim alma bilgileri

Kategori	Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mezuniyet sonrasında temel ve ileri yaşam desteği kursu alma durumu	Evet	305	93,3
	Hayır	22	6,7
Alınan en son eğitimin yeterli bulunma durumu	Evet	264	80,7
	Hayır	63	19,3
Son alınan temel ve ileri yaşam desteği kursunun alınma zamanı	1 Yıl içinde	171	52,3
	1-3 Yıl içinde	96	29,4
	3-5 Yıl içinde	38	11,6
	5 ve Üzeri	22	6,7
2021 ERC ve 2020 AHA klavuzunun okunma durumu	Evet	129	39,4
	Hayır	198	60,6

Temel ve ileri yaşam desteği bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla katılımcılara sorular sorulmuştur. Bu sorulardan nabızı olan ancak solunumu olmayan bebek ve çocuklarda dakikada verilecek nefes sayısına katılımcıların %59,6'sının verdiği cevap 20-30/dakikadır. Solunum seslerinin mide üzerinden duyulmasının entübasyon doğrulama işlemi olmadığı katılımcıların en çok işaretlediği (%93,3) seçenektir. Pediatrik hastalarda İYD şoklanamayan ritimlerde ilk adrenalin dozunun göğüs kompresyonunun başlamasından itibaren 5 dakika içerisinde verilmesi ikinci en çok işaretlenen (%31,5) sık doğru olup ilk en çok işaretlenen seçenek (%63,6) 3 dakikadır. Doğru cevap oranı bu soruda ikinci sırada kalmıştır. Bebeklerde nabız değerlendirmesinin öncelikli olarak brakial arterden bakılması gerektiğini katılımcıların %84,7'si belirtmiştir. Yeni doğanda KPR sonrasında kalp atımı yoksa resüsitasyonu 30 dakika sonra sonlandırılması gerektiğini katılımcıların %73,4'ü doğru olarak söylemiştir.

Katılımcıların %76,8'i erişkinlerde etkin KPR için basının dakikadaki hızı ve bası derinliğinin 100-120dakika/5cm olması gerektiğini söylemiştir. Yetişkinlerde CPR sırasında göğse bası uygularken kollar bükülmeden uygulanması gerektiğini katılımcıların %86,5'i işaretlemiştir. TYD sırasında yenidoğanlarda 3 parmakla kalp masajı yapılmasının yanlış olduğunu katılımcıların %90,8'i söylemiştir. Pediatrik hastalar için ileri hava yolu bulunmuyorsa tek kurtarıcı ventilasyon/bası oranınının 30/2 olması gerektiğini katılımcıların

%71,6'sı söylemiştir. Katılımcıların %63,6'sı erişkinde CPR sırasında şoklanabilir bir ritimde monofazik defibrilatörle uygulanması gereken enerji düzeyinin 360 joule olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %81,7'si erişkinde İYD sırasında adrenalin uygulanma şeklinin 1mg/3-5 dakikada bir şeklinde olması gerektiğini ifade etmiştir. Kardiyak arrestte ilaç uygulanma yöntemi olarak katılımcıların %87,8'i IV-IO yöntemlerini seçmiştir. Yaşam zinciri halkasındaki 2. halkanın kaliteli CPR'ı ifade ettiğini katılımcıların %81,3'ü belirtmiştir. Görüntüsü verilen EKG'nin katılımcıların %81,3'ü VF hastasına ait olduğunu ifade etmiştir. Gebelikte kardiyak arrest ile gelen hastada öncelikli yöntem olarak katılımcıların %55,4'ü doğru seçenek olan oksijenizasyon-hava yolunu, %26,6'sı yanlış olan damar yolu-CPR seçeneklerini seçmiştir. Yüzde morarma, konuşamama, ellerini boynuna götürerek, nefes alma çabası içinde olan hastaya ilk yapılması gereken olarak katılımcıların %93,0'ü Heimlich manevrası uygulamasını seçmiştir. TYD algoritması içinde "tek kurtarıcı varlığında kompresyon ventilasyon işlemi 15/2 oranında uygulamasının olmadığı" şeklindeki doğru cevabı katılımcıların %50,5'i, otomatik eksternal defibrilatör kullanımının olmadığı şeklindeki yanlış cevabı katılımcıların %23,5'i söylemiştir. Tablo 3'te katılımcıların TYD ve İYD bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4'te katılımcıların TYD ve İYD bilgi sorularına verdikleri cevapların doğruluk oranı verilmiştir. Katılımcıların en çok doğru cevap verdiği ilk üç soru entübasyon işleminin doğrulanmasının nasıl yapılacağı (%93,3), Heimlich uygulamasının yapılması gereken vaka örneği (%93,0), TYD sırasında dış kalp masajının yapılaş şekli (%90,8)'dir. Hemşirelerde yapılan bir çalışmada dış kalp masajının yapılaş şekli ile ilgili sorulara verilen cevaplarda doğru yanıt oranı %50'nin altındadır (Kara ve ark. 2015). En az doğru cevap verilen sorular ise pediatrik hastada şoklanamayan ritimde ilk adrenalin dozunun yapılması gereken zaman (%31,5), TYD algoritmasında yer almayan uygulama (%50,5)'dir. TYD sorularının tamamına katılımcıların %18,3'ü, İYD sorularının tamamına katılımcıların %2,1, her ikisinin toplamına katılımcıların sadece %1,8'i doğru cevap vermiştir. Çocuk TYD sorularının tamamına katılımcıların %52,9'u, çocuk İYD sorularının tamamına katılımcıların %23,9'u doğru cevap vermiştir. Çocuk ve yenidoğan TYD sorularının tamamına katılımcıların %49,5'i, çocuk ve yenidoğan İYD sorularının tamamına katılımcıların %4,6'sı, çocuk ve yenidoğan alanında TYD ve İYD ile ilgili 6 sorunun tamamına ise katılımcıların sadece %4,0'ı doğru cevap vermiştir.

Bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla hazırlanan sorulardan en yüksek doğru cevap verilen soru endotrakeal entübasyon işleminin başarısının teyit edilmesi ile ilgili soru olmuştur. Bu soruya katılımcıların %93,6'ü doğru cevap vermiştir. Pediatrik hastalar için ileri hava yolu bulunmuyorsa tek kurtarıcı ventilasyon/bası oranının 30/2 olması gerektiğini katılımcıların %71,6'sı, erişkin şoklanabilir bir ritimde monofazik defibrilatörle uygulanması gereken enerji düzeyinin 360 joule olduğunu katılımcıların %63,6'ü, erişkinlerde karyopulmoner resüsitasyon sırasında 1mg adrenalin / 3-5 dakikada bir uygulanması gerektiğini katılımcıların %81,7'si ve görsel olarak verilen ventriküler fibrilasyon EKG görüntüsünü katılımcıların %81,3'ü doğru olarak cevaplamıştır. Toplam 17 sorunun bulunduğu testte katılımcı cevaplarının doğru/yanlış oranlarının dağılımları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3

Katılımcıların test sorularına verdikleri doğru/yanlış yanıtların dağılımları

Test Soruları	Yanlış Doğru	Sayı (n)	Yüzde (%)
1) Nabızı olan ancak solunumu olmayan veya yetersiz olan bebekler ve çocuklara dakika (dk) kaç nefes verilmelidir?	Y	132	40,4
	D	195	59,6
2)Aşağıdakilerden hangisi entübasyon işlemi doğrulanması yöntemlerinden birisi değildir?	Y	22	6,7
	D	305	93,3
3)Pediatrik ileri yaşam desteğinde şoklanamayan ritimlerde ilk adrenalin dozunun göğüs kompresyonunun başlamasından itibaren kaç dk içerisinde uygulanması önerilmektedir?	Y	224	68,5
	D	103	31,5
4)Bebeklerde nabız değerlendirmesi öncelikli olarak hangi arter üzerinden yapılmalıdır?	Y	50	15,3
	D	277	84,7
5)Yenidoğan bebekte yapılan kardiyopulmoner resüsitasyon spontan dolaşım sağlanamıyorsa resüsitasyonu sonlandırmak için uygun olan süre kaç dakika olmalıdır?	Y	87	26,6
	D	240	73,4
6)Temel yaşam desteğinde erişkinlerde etkin CPR için basının dk hızı ve bası derinliği kaç cm olmalıdır?	Y	76	23,2
	D	251	76,8
7)Yetişkinlerde yapılan dış kalp masajı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur	Y	44	13,5
	D	283	86,5
8)Temel yaşam desteği uygulaması sırasında yapılan dış kalp masajı şekli hangi seçenekte yanlış verilmiştir?	Y	30	9,2
	D	297	90,8
9)Pediatrik hastalar için ileri hava yolu bulunmuyorsa tek kurtarıcı ventilasyon/bası oranı dk kaç olmalıdır?	Y	93	28,4
	D	234	71,6
10)Erişkinde CPR sırasında şoklanabilir bir ritimde monofazik defibrilatörle uygulanması gereken enerji düzeyi kaç joule olmalıdır?	Y	119	36,4
	D	208	63,6
11)Erişkinlerde İleri Kardiyak Yaşam Desteği sırasında adrenalin uygulaması için doğru seçenek hangisidir?	Y	60	18,3
	D	267	81,7
12)Kardiakarrestte hangi yolla ilaç uygulaması önerilmektedir?	Y	40	12,2
	D	287	87,8
13)Aşağıda yer alan yaşam zinciri halkasında 2. halka neyi ifade etmektedir?	Y	61	18,7
	D	266	81,3

Tablo 3'ün devamı

Katılımcıların test sorularına verdikleri doğru/yanlış yanıtların dağılımları

Test Soruları	Yanlış	Sayı	Yüzde
	Doğru	(n)	(%)
14)Aşağıda yer alan ritmin ön tanısı nedir?	Y	61	18,7
	D	266	81,3
15)Gebelikte kardiakarrest nedeniyle yapılan resusitasyon sırasında aşağıdaki yöntemlerden hangisine öncelik verilmelidir?	Y	146	44,6
	D	181	55,4
16) Hastaya ulaştığınızda; ayakta elleri boğazında olan hastanın, yüzü siyanotik, ses çıkaramıyor ve nefes alma çabası içinde olduğunu fark ettiniz. İlk müdahaleniz nedir?	Y	23	7,0
	D	304	93,0
17)Aşağıdakilerden hangisi temel yaşam desteği algoritmasında yer almaz	Y	162	49,5
	D	165	50,5

TYD'den alınabilecek maksimum puan 8 iken puanı ortancası 7,0 (6,0-8,0)'dir. Katılımcıların aldığı en düşük puan 1,0 ve en yüksek puan 8,0'dır. TYD puanının demografik ve mesleki bilgiler ve TYD-İYD eğitimi arasındaki ilişkiler Tablo 4'te verilmiştir. Unvan olarak ATT ve Prm arasında anlamlı fark olup ATT'lerin TYD bilgi puanı ortancası daha düşüktür. Paramediklerin ve doktorların "diğer" gruba göre TYD bilgi puanı daha yüksektir ($p<0,001$).

Tablo 4

Temel yaşam desteği bilgi puanının katılımcı özellikleri ile ilişkisi

Kategori	Değişken	Temel Yaşam Desteği Puanı		
		Ortanca	25-75p	p
Yaş	18-22	7,0	6,0-9,0	0,765
	23-27	7,0	6,8-8,0	
	28-32	7,0	6,5-8,0	
	33-39	7,0	6,0-8,0	
	40 ve Üzeri	7,0	5,3-8,8	
Meslekte Çalışma Süresi	0-1 Yıl	7,0	6,0-8,8	0,845
	2-5 Yıl	7,0	7,0-8,0	
	6-10 Yıl	7,0	6,0-8,0	
	10 Yıl Üzeri	7,0	6,0-8,0	
Cinsiyet	Kadın	7,0	7,0-8,0	0,119
	Erkek	7,0	6,0-8,0	
Unvan	Doktor	8,0	7,0-9,0	<0,001
	Paramedik	8,0	7,0-8,0	
	ATT	7,0	6,0-8,0	
	Sağlık Memuru	4,0	2,5-7,5	
	Diğer	3,5	1,3-6,5	
	Hayır	7,0	6,0-8,0	

Tablo 4'ün devamı

Temel yaşam desteği bilgi puanının katılımcı özellikleri ile ilişkisi

Kategori	Değişken	Temel Yaşam Desteği Puanı		
		Ortanca	25-75p	p
Görev Yaptığı Birim	Komuta Kontrol Merkezi	7,0	7,0-8,0	0,927
	Acil Ambulans İstasyonu	7,0	6,0-8,0	
	Başhekimlik	8,0	6,3-8,0	
Eğitim Durumu	Lise	5,0	6,0-8,0	0,073
	Önlisans	7,0	6,0-8,0	
	Lisans	8,0	7,0-8,0	
	Yüksek Lisans	8,0	6,8-9,0	
Mezuniyet sonrasında temel ve ileri yaşam desteği kursu alma durumu	Evet	7,0	6,0-8,0	0,287
	Hayır	8,0	7,0-8,3	
Alınan en son eğitimin yeterli bulunma durumu	Evet	7,0	6,0-8,0	0,857
	Hayır	8,0	6,0-8,0	
Son alınan temel ve ileri yaşam desteği kursunun alınma zamanı	1 Yıl içinde	7,0	6,0-8,0	0,414
	1-3 Yıl içinde	8,0	7,0-8,0	
	3-5 Yıl içinde	7,0	6,0-8,0	
	5 ve Üzeri	7,0	7,0-8,0	
2021 ERC ve 2020 AHA klavuzunun okunma durumu	Evet	8,0	7,0-8,0	0,154
	Hayır	7,0	6,0-8,0	

İYD'den alınabilecek maksimum puan 9 iken puanı ortancası 5,0 (4,0-6,0)'dır. Katılımcıların aldığı en düşük puan 0,0 ve en yüksek puan 9,0'dır. İYD puanının demografik ve mesleki bilgiler ve TYD-İYD eğitimi arasındaki ilişkiler Tablo 5'da verilmiştir. Kadınların puanı erkeklere göre daha yüksektir (p=0,02). Unvan olarak Prm bilgi düzeyleri "diğer" grubundaki katılımcılara göre daha yüksektir (p=0,010). Görev yaptığı birim ile İYD arasında anlamlı fark saptanmış olup (p=0,038) gruplar arası çoklu karşılaştırmalarda Bonferonni düzeltmesi sonrasında anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 5

İleri yaşam desteği bilgi puanının katılımcı özellikleri ile ilişkisi

	İleri Yaşam Desteği Puanı		p
	Ortanca	25-75p	
Yaş			0,666
	18-22	4,5	4,0-6,3
	23-27	5,0	4,0-6,0
	28-32	5,0	4,0-6,0
	33-39	5,0	4,0-6,0
	40 ve Üzeri	6,5	2,0-7,0
Meslekte Çalışma Süresi			0,353
	0-1 Yıl	5,0	4,0-6,0
	2-5 Yıl	5,0	4,0-6,0
	6-10 Yıl	5,0	4,0-6,0
	10 Yıl Üzeri	5,0	4,0-6,0
Cinsiyet			0,019
	Kadın	5,0	4,0-6,0
	Erkek	5,0	4,0-6,0
Unvan			0,010
	Doktor	5,0	4,0-6,0
	Paramedik	5,0	4,0-6,0
	ATT	5,0	4,0-6,0
	Sağlık Memuru	4,0	2,0-4,5
	Diğer	2,0	2,0-3,5
Görev Yaptığı Birim			0,038
	Komuta Kontrol Merkezi	4,0	3,5-5,0
	Acil Ambulans İstasyonu	5,0	4,0-6,0
	Başhekimlik	6,0	3,5-7,0
Eğitim Durumu			0,092
	Lise	4,5	3,0-6,0
	Önlisans	5,0	4,0-6,0
	Lisans	5,0	4,0-6,0
	Yüksek Lisans	5,5	4,8-6,3
Mezuniyet sonrasında temel ve ileri yaşam desteği kursu alma durumu			0,225
	Evet	5,0	4,0-6,0
	Hayır	4,5	3,0-6,0
Alınan en son eğitimin yeterli bulunma durumu			0,806
	Evet	5,0	4,0-6,0
	Hayır	5,0	4,0-6,0

Tablo 5'in devamı

İleri yaşam desteği bilgi puanının katılımcı özellikleri ile ilişkisi

		İleri Yaşam Desteği Puanı		P
		Ortanca	25-75p	
Son alınan temel ve ileri yaşam desteği kursunun alınma zamanı				0,944
	1 Yıl içinde	5,0	4,0-6,0	
	1-3 Yıl içinde	5,0	4,0-6,0	
	3-5 Yıl içinde	5,0	4,0-6,0	
	5 ve Üzeri	5,5	4,0-6,0	
2021 ERC ve 2020 AHA klavuzunun okunma durumu				0,677
	Evet	5,0	4,0-6,0	
	Hayır	5,0	4,0-6,0	

TYD-İYD toplam puanından alınabilecek maksimum puan 17 iken puanı ortancası 12,0 (11,0-14,0)'dir. Katılımcıların aldığı en düşük puan 2,0 ve en yüksek puan 17,0'dır. TYD-İYD toplam puanının demografik ve mesleki bilgiler ve TYD-İYD eğitimi arasındaki ilişkiler Tablo 6'da verilmiştir. Kadınların puanı erkeklere göre daha yüksektir (p=0,03). Unvan olarak paramedik ve doktorların bilgi düzeyleri "diğer" grubundaki katılımcılara göre daha yüksektir (p<0,001). Eğitim düzeyi ile TYD-İYD toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmış olup (p=0,038) gruplar arası çoklu karşılaştırmalarda Bonferonni düzeltilmesi sonrasında anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 6

Temel ve ileri yaşam desteği toplam bilgi puanının katılımcı özellikleri ile ilişkisi

		Temel ve İleri Yaşam Desteği Toplam Puanı		P
		Ortanca	25-75p	
Yaş				0,989
	18-22	12,0	10,8-14,0	
	23-27	12,0	11,0-14,0	
	28-32	12,0	10,0-14,0	
	33-39	13,0	10,0-14,0	
	40 ve Üzeri	12,5	7,3-15,8	
Meslekte Çalışma Süresi				0,814
	0-1 Yıl	12,0	11,0-14,0	
	2-5 Yıl	12,0	11,0-13,0	
	6-10 Yıl	12,0	11,0-14,0	
	10 Yıl Üzeri	13,0	10,0-14,0	

Tablo 6'nın devamı

Temel ve ileri yaşam desteği toplam bilgi puanının katılımcı özellikleri ile ilişkisi

		Temel ve İleri Yaşam Desteği Toplam Puanı		
		Ortanca	25-75p	P
Cinsiyet				
	Kadın	13,0	11,0-14,0	
	Erkek	12,0	10,0-13,3	
Unvan				<0,001
	Doktor	13,0	12,0-14,0	
	Paramedik	13,0	11,0-14,0	
	ATT	12,0	10,0-14,0	
	Sağlık Memuru	8,0	5,0-11,5	
	Diğer	5,5	3,3-10,0	
Görev Yaptığı Birim				0,251
	Komuta Kontrol Merkezi	12,0	10,0-13,0	
	Acil Ambulans İstasyonu	12,0	11,0-14,0	
	Başhekimlik	14,0	10,0-15,0	
Eğitim Durumu				0,038
	Lise	11,5	9,0-14,0	
	Önlisans	12,0	11,0-13,0	
	Lisans	13,0	11,0-14,0	
	Yüksek Lisans	13,0	12,0-14,5	
Mezuniyet sonrasında temel ve ileri yaşam desteği kursu alma durumu				0,826
	Evet	12,0	11,0-14,0	
	Hayır	12,0	10,8-14,3	
Alınan en son eğitimin yeterli bulunma durumu				0,982
	Evet	12,0	11,0-14,0	
	Hayır	13,0	11,0-14,0	
Son alınan temel ve ileri yaşam desteği kursunun alınma zamanı				0,716
	1 Yıl içinde	12,0	10,0-14,0	
	1-3 Yıl içinde	12,5	11,0-14,0	
	3-5 Yıl içinde	12,0	10,0-14,0	
	5 ve Üzeri	12,5	11,0-14,3	
2021 ERC ve 2020 AHA klavuzunun okunma durumu				0,285
	Evet	13,0	11,0-14,0	
	Hayır	12,0	10,8-14,0	

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİ

Hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunan sağlık personellerinin güncel kılavuzlar ışığında kardiyopulmoner resüsitasyon bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve demografik değişkenlere göre karşılaştırılması amacıyla Malatya İli'nde gerçekleştirilen çalışmada yaş değişkeninin temel ve ileri yaşam desteği toplam puanlarını etkilemediği görülmüştür. Hemşirelerde yapılan çalışmalarda da bu çalışma ile benzer şekilde yaşın bilgi düzeyini etkilemediği görülmüştür (Kara vd., 2015; Parajulee ve Selvaraj, 2011). Ancak literatürde yaş grubuna göre bilgi düzeyinin değiştiği çalışmalar da mevcuttur (Örsal vd., 2017; Karta, 2021). Çocuklara yönelik bilgi düzeyi değerlendirilen sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada ise yaş; TYD puanını etkilemezken, İYD ve toplam puanları etkilediği görülmüştür (Kendir, 2021). Bu çalışmada yaş ile bilgi düzeyi etkilenmemekle beraber diğer çalışmalarda etkilenme sebebi mesleki tecrübenin artmış olması veya yeni mezun olan kişilerde teorik bilgilerin daha iyi olması olabilir. Nitekim bu çalışmada yaş ile paralel şekilde mesleki çalışma yılı da TYD, İYD ve toplam puanları etkilememiştir. Literatürde de benzer şekilde mesleki çalışma süresinin TYD ve İYD bilgi düzeylerini etkilemediğini gösteren yayınlar vardır (Kara vd., 2015; Altunay, 2015; Kirazaldı, 2016). Ancak mesleki tecrübesi düşük olanların TYD ve İYD bilgi ve beceri düzeylerinin daha düşük olduğunu gösteren yayınlar da mevcuttur (Örsal vd., 2017; Karta, 2021; Erdur, 2009; Cheng vd., 2021). Mesleğe ilk başlanılan yıllarda teorik bilgiler taze olsa da pratik bilgi ve tecrübenin eksikliği nedeni ile İYD ve TYD işlemlerinde ilerleyen mesleki yıllarda başarının artması olasıdır. Tıp fakültesi asistanlarında yapılan bir çalışmada KPR uygulamaları yapan branşın asistanlarının hem teorik hem de pratik bilgi düzeyleri diğer branşlara göre daha yüksek bulunmuştur (Pişkin vd., 2011). Yapılan başka bir çalışmada ise yapılan KPR uygulaması sayısı ile yaşam desteği bilgi puanları karşılaştırılmıştır ve yapılan KPR sayısı arttıkça bilgi düzeyinin arttığı gösterilmiştir (Bozgeyik, 2018). Bu çalışmada katılımcıların meslekte çalışma süresi sorulmuş ancak ilgili birimde ne kadar çalıştığı TYD ve İYD tecrübesi ile ilgili sorular sorulmamıştır. Bu sebeple meslekte çalışma süresi ilgili alanda çalışma süresi olmadığı için bilgi puanları arasında ilişki çıkmamış olabilir.

Bu çalışmada eğitim düzeyinin TYD, İYD etkilemediği görülmüştür. Toplam puan ise çoklu grup karşılaştırmasında p değeri anlamlı görülse de Bonferroni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda eğitim düzeyinin eğitim düzeyleri arasında fark yapmadığı görülmüştür. Hemşirelerle yapılan çalışmalarda TYD puanları ile eğitim arasında ilişki bulunmamıştır (Kara vd., 2015; Yıldırım ve Çelik, 2008). Ancak bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmasa da eğitim düzeyi arttıkça bilgi puanları ortancalarında artış olduğu görülmektedir. Benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bilgi düzeyinin arttığını çalışmalarda görmek mümkündür (Çelik, 2008). Bu çalışmada en düşük puanlar lise mezunu grupta görülmüşken benzer şekilde hemşirelerde yapılan bilgi düzeyi çalışmasında en düşük puan lise mezunu grupta saptanmıştır (Karta, 2021).

Bu çalışmada TYD puanı cinsiyetten etkilenmezken İYD ve toplam puanların kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde çoğunlukla cinsiyetten puanların etkilenmediği çalışmalarla gösterilmiştir (Kirazaldı, 2016; Bozgeyik, 2018; Bukiran vd., 2014; Tolu vd., 2021; Kara vd., 2015; Kendir, 2021).

Sağlık çalışanlarının aldıkları puanları unvanlara göre değerlendirildiği zaman TYD puanlarının Prm'lerde ATT'lerden yüksek olduğu, doktor ve paramediklerin ise puanlarının "diğer" grubundan yüksek olduğu görülmüştür. İYD puanlarının ise paramediklerin "diğer" çalışan grubuna göre yüksek olduğu görülmüştür. Toplam puanlarda ise Prm ve doktorların puanlarının "diğer" çalışanlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada TYD bilgi düzeyleri ATT ve uzman doktorlarda; pratisyen doktorlara, hemşirelere, sağlık memurlarına ve "diğer" gruplara göre daha yüksektir (Yalçın vd., 2020). Ambulans çalışanlarında yapılan bir çalışmada ise ATT ve paramediklerin diğer gruplara göre bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Ülger vd., 2013). Başka bir çalışmada ise hekimlerin bilgi düzeyi ATT ve hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur (Bozgeyik, 2018). Bu çalışmada olduğu gibi klinik fakültede çalışanların bilgi düzeylerinin hemşirelerin bilgi düzeylerinden yüksek olmasına rağmen arada anlamlı fark olmadığını gösteren çalışma mevcuttur (Roshana vd., 2012). Literatürdeki farklı sonuçlardan görüldüğü üzere tek başına unvan ile bilgi düzeyleri arasında hastalara müdahale aşamasında görev alan sağlık çalışanlarının arasındaki bilgi düzeylerinde fark olduğunu söylemek mümkün değildir. Mesleki tecrübe, yapılan TYD ve İYD sayısı, alınan eğitimlerle birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmaya komuta kontrol merkezi, acil ambulans istasyonu ve başhekimlikte çalışan personel dahil edilmiştir. TYD, İYD ve toplam puanlar açısından çalışılan birim ile arasında ilişki bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde TYD ve İYD müdahalelerinde daha çok bulunan kişilerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur(Pişkin vd. 2011; Altunay 2015). İdari birim olan başhekimlikte vaka ile karşılaşmama nedeni ile bilgi düzeyinin daha düşük çıkması beklenirken bu çalışmada bilgi düzeyini etkilemediği görülmüştür. Bu noktada idari birimde çalışan kişilerin bulunduğu birimde çalışmaya başlama sürelerinin bilinmiyor olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

TYD ve İYD bilgileri belirli aralıklarla güncellenmektedir bu nedenle güvenli ve doğru uygulamalar için kılavuzların takibi önemlidir (Kronick vd., 2015). Kılavuzların uygulamadaki önemine rağmen bu çalışmada AHA ve ERC kılavuzlarının son sürümlerini takip ettiğini söyleyen katılımcı oranı sadece %39,4'tür. Doktorlarda yapılan bir çalışmada AHA ve ERC kılavuzlarından herhangi birini okuyanların oranı %59,1 olup bu çalışmaya göre oranları biraz daha yüksektir (Kirazaldı, 2016).Hemşirelerde yapılan bir çalışmada ise güncel AHA kılavuzundan haberdar olanların oranının %43,1 olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada TYD, İYD ve toplam puanlar açısından güncel kılavuzları okuyanlarla okumayanlar arasında fark bulunmamıştır. Ancak doktorlarda yapılan çalışmada güncel kılavuzları takip eden doktorların İYD bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür(Kirazaldı,2016).Personelinkılavuzları güncel olarak takip etmesinin gerekliliği konusunda bilinçlendirilmesi önemlidir.

Katılımcıların %93,3'ü mezuniyet sonrasında TYD ve İYD eğitimi aldığını söylemiştir. Son aldıkları TYD ve İYD eğitiminin üzerinden katılımcıların %52,3'ünün 1 yıldan az süre geçmiştir, %6,7'sinin ise üzerinden 5 yıl ve daha fazla zaman geçmiştir. Bu çalışmada TYD ve İYD eğitimi alma durumu ile puanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu çalışma ile benzer şekilde acil serviste çalışan sağlık çalışanlarının bilgi düzeyini inceleyen bir çalışmada eğitim alma ile bilgi düzeyleri arasında fark olmadığı gösterilmiştir (Bozgeyik ,2018).Hemşirelerde yapılan başka bir çalışmada ise TYD bilgi düzeyini ölçen yazılı bir değerlendirmede mezuniyet sonrası TYD eğitimi alanlarla almayanlar arasında fark görülmemiştir(Xanthos vd.,2012). Literatür incelendiğinde hemşirelerde yapılan çalışmalarda TYD eğitimi alanların bilgi düzeyinin

daha yüksek olduğu görülmüştür(Kara vd., 2015;Karta, 2021). TYD ve İYD eğitimleri sonrasında eğitimin etki düzeyini değerlendiren bir çalışmada doktor ve paramediklerde eğitimöncesi ve sonrası bilgi düzeyinde anlamlı artış görülmezken hemşirelerde eğitimin etkili olduğu görülmüştür (Yalçın vd.,2020). Doktorlarda yapılan bir çalışmada ise eğitim alan kişilerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır(Altunay,2015;Smith vePoplett, 2004). Eğitimlerin etkililiği verilen eğitimin içeriği, süresi, pratik içerip içermemesi gibi durumlara göre değişmektedir. Uygulamalı eğitim alanlarda TYD puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Yıldırım ve Çelik 2008). Videolu eğitim alan ve klasik eğitim alanların arasında fark görülmezken hiç eğitim almayanlara göre TYD puanlarının arttığı gösterilmiştir (Uyanık, 2013). Klasik eğitime İYD senaryosunun eklendiği uygulamalı eğitimde bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuş ve bilgileri unutma süresi daha uzun bulunmuştur(Tawalbeh ve Tubaishat 2014). Ancak bu çalışmada alındığı ifade edilen TYD ve İYD eğitimlerinin özellikleri detaylı olarak sorulmamıştır. Dolayısıyla eğitim alma durumunda bilgi düzeyinin değişmemiş olmasının eğitimin şekli ile ilgisi olup olmadığı değerlendirilememiştir. Türkmen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bilgilerin kalıcılığı için eğitimlerin 6 ay süre ile tekrarlanması gerektiği gösterilmiştir(Türkmen vd.,2009). Tekrarlayan eğitimler bilgilerin kalıcılığını artmaktadır. Bu çalışmada eğitimin alınma sayısı sorulmadığı için eğer eğitimler sadece bir kez verildiyse bilgilerin kalıcı olma ihtimali düşük olduğundan dolayı eğitimi alanlar ile almayanlar arasında fark çıkmamış olması olasıdır. Eğitimin üzerinden geçen süre ile bu çalışma arasında fark bulunmamakla beraber hemşirelerde yapılan bir çalışmada TYD eğitiminin üzerinden 6 ay geçmemiş olan katılımcıların TYD bilgi düzeyi açısından 1 yıl ve sonrası dönemde eğitim almış kişilere göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür(Yıldırım ve Çelik, 2008). Doktorlarda hem TYD hem İYD bilgi düzeylerini değerlendiren bir çalışmada son 6 ay içerisinde eğitim alanlarda hiç almamış olanlara göre bilgi düzeyi daha yüksek olduğugösterilmiştir(Kirazaldı, 2016). Sağlık çalışanlarında yapılan başka çalışmalarda ise 3 ay sonra ve 1 yıl sonra bilgi ve beceri düzeylerinde belirin kötüleşme olduğu saptanmıştır (Gulliford ve Douce1983;Fossed vd.,1983). Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada ise eğitimden 3 ay sonra İYD becerilerinin %31 azaldığını göstermektedir (Smith vd., 2008).

Katılımcıların en çok doğru cevap verdiği ilk üç soru entübasyon işleminin doğrulanmasının nasıl yapılacağı (%93,3), Heimlich uygulamasının yapılması gereken

vaka örneği (%93,0), TYD sırasında dış kalp masajının yapılış şekli (%90,8)'dir. Hemşirelerde yapılan bir çalışmada dış kalp masajının yapılış şekli ile ilgili sorulara verilen cevaplarda doğru yanıt oranı %50'nin altındadır(Kara vd.,2015).

En az doğru cevap verilen sorular ise pediatrik hastada şoklanamayan ritimde ilk adrenalın dozunun yapılması gereken zaman (%31,5), TYD algoritmasında yer almayan uygulama (%50,5)'dir. Çocuk ve yenidoğan TYD sorularının tamamına doğru cevap verme oranı %50'nin altındadır. Çocuk ve yenidoğan İYD sorularının tamamına katılımcıların %4,6'sı, çocuk ve yenidoğan alanında TYD ve İYD ile ilgili 6 sorunun tamamına ise katılımcıların sadece %4,0'ı doğru cevap vermiştir. Yoğun bakım hemşirelerinde yapılan bir çalışmada ise bebek ve çocuklarda TYD ve İYD uygulamalarına verilen doğru yanıt oranı %57-20 arasında değişmektedir(Yıldırım ve Çelik 2008). Bu çalışma sonucu bize göstermektedir ki çalışmaya katılan kişilerin en yetersiz olduğu alan pediatrik hastalara yaklaşımdır. Bunun sebebi pediatrik vakalarla karşılaşma sıklığının erişkin vakalara göre daha az olması veya pediatrik vakalarla ilgili eğitimin yetersiz olması olabilir. İleride yapılacak çalışmalarda pediatrik vakalarla ilgili eğitim durumu, karşılaşma sıklığı, tecrübe varlığı sorgulanması bu konuda yol gösterici olacaktır. Ancak çalışmada sadece pediatrik vakalara yaklaşımda değil erişkin vaka bilgi düzeylerinin de yeterli olmadığı görülmektedir. Üç sorudan oluşan erişkin İYD sorularının tamamına doğru cevap oranı %52,6 olup erişkin TYD sorularına doğru cevap oranı bundan da azdır. Dolayısıyla katılımcılarda genel bir bilgi eksikliği söz konusudur.

Çalışmanın kısıtlılıkları çalışmanın sadece 112 çalışanlarında yapılmış olması olup TYD ve İYD uygulamalarında bulunan acil servis ve yoğun bakım çalışanları ile bilgi düzeyi karşılaştırması sağlayamamaktadır. Çalışmada TYD ve İYD eğitimi almanın bilgi düzeyine etkisi çıkmamıştır. Ancak çalışma sırasında eğitimin içeriği, nereden alındığı, pratik ve teorik özellikleri birlikte içerip içermediği, eğitim alma sayısı sorulmamıştır. Dolayısıyla eğitimlerin etkisizliğinde eğitimlerin üzerinden geçen süre mi, eğitimlerin kalitesi mi yoksa katılımcıların bireysel özelliklerinin mi etken olduğunu değerlendirmek mümkün olmamıştır.

5.1. Sonuç

Temel ve ileri yaşam desteği bilgi düzeyleri mortalite ve morbidite oranlarının azaltılması için hayati önem taşımaktadır ve hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunucuları için mesleki yeterlilik açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmada 112 çalışanlarının TYD ve İYD bilgi düzeyleri ve ilişkili faktörler incelenmiştir. Katılımcıların bilgi düzeyleri incelendiğinde genel bir eksiklik olmakla beraber özellikle pediatrik vakaların yönetiminde bilgi düzeyinin düşük olduğu fark edilmiştir. Sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin aralıklarla kontrolü sağlanarak gerekli durumlarda tekrar eğitiminin tespit edilecek personellere daha kısa aralıklarda verilmesi. Güncel kılavuzların takibi ve tekrarların yapılabilmesi için interaktif içerikli eğitici içeriklerin hizmet sunucuları ile aralıklarla paylaşılması, personeli motive edecek etkinlikler sağlanması tarafımızca önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Almaciođlu, M. L. (2011). *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Acil Servisine ambulansla getirilen hastaların nakil uygunluğunun değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, Bursa Uludag University (Turkey)).
- Aitchison R, Aitchison P, Wang E, Kharasch M. A review of cardiopulmonary resuscitation and its history. *Disease-a-Month* 2013;59:165-167
- Altunay, Fatih.(2015) “Sağlık alışanları Arasında Kardiyopulmoner Resüsitasyon Bilgi Düzeyi Değerlendirilmesi” Tez Numrası:412807 [Uzmanlık Tezi Necmettin Erbakan Üniversitesi Meran Tıp Fakóltesi Ana Bilim Dalı] Konya
- Aslan, ř. ve Güzel, A. G. ř. (2018). “Türkiye'deki Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Pre-Hospital Emergency Health Services In Turkey”. *Journal Of Social And Humanities Sciences Research (Jshsr)*, 5(31), 4995-5002
- Aye SEZGİN, K., Keskin, P., Tıp Fakóltesi Kardiyoloji Anabilim Dalı E, EU, Bornova - İzmir, İem Oresi, Tıp Fakóltesi, E., & Anabilim Dalı Yoğun Bakal Herri Wesi Bornova -İzmir, K. (nd). *Ege Üniversitesi Hemřrelik Yüksek Okulu Dergisi* 9: 1. 1993.
- Aygin, Dilek. 2018. “Hemşrelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Güncel 2015 Kılavuz Bilgilerinin Değerlendirilmesi.” *Journal of Cardiovascular Nursing* 9(18):7–12. doi: 10.5543/khd.2018.63625.
- Balci, Bahattin, Ozcan Keskin ve Yavuz Karabag. 2011. “Cardiopulmonary Resuscitation.” *Kafkas Journal of Medical Sciences* 1(1):41–46. doi: 10.5505/kjms.2011.99608.
- Bilgisi, İletişim, / Correspondence, Songül Araç, Sağlık Bilimleri, Üniversitesi Gazi, Yaşargil Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi, Acil Tıp Kliniği, Yılmaz Zengin, Mustafa İçer, Ercan Gündüz, Recep Dursun, Hasan Mansur Durgun, Mehmet Üstündağ, Murat Orak, Mahir Kuyumcu ve Cahfer Güloğlu. 2021. “Acil Serviste Kardiyopulmoner Resüsitasyon Yapılan Hastaların Değerlendirilmesi; Retrospektif alışma.” *Abant Medical Journal* 10(1):140–51. doi:10.47493/ABANTMEDJ.2021.44

- Bozgeyik, G. Acil serviste çalışanların kardiyopulmoner resüsitasyonuna yönelik düşünceleri ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. 2018. Master'sThesis. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bukiran, A., Erdur, B., Ozen, M., & Bozkurt, A. I. Retention of nurses' knowledgeafterbasic life supportandadvancedcardiac life supporttraining at immediate, 6-month, and 12-month post-trainingintervals: a longitudinalstudy of nurses in Turkey. *Journal of EmergencyNursing*, 2014, 40.2: 146-152.
- Craig-Brangan, Karen Jean, and Mary Patricia Day. 2021. "AHA Update: BLS, ACLS, and PALS." *Nursing* 51(6):24–30. doi: 10.1097/01.NURSE.0000751340.92329.AE.
- Çelik E. Hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon konusundaki yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. 2008.
- Çertuğ A. Modern resüsitasyonun doğuşu, gelişmesi ve otomatik eksternal defibrilatörler. *Türk AnestRean Der Dergisi*. 2004;32:415–23
- ÇİMEN, Saniye, and Gülümser DOLGUN. 2003. "Çocuklarda Kardiyopulmoner Resusitasyon." *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 7(1):82–87.
- Dara, Saqib I. MD; Ashton, Rendell W. MD; Farmer, J Christopher MD, FCCM; Carlton, Paul K. Jr MD, FACSWorldwidedisastermedicalresponse: An historicalperspective, *Critical CareMedicine*: January2005- Volume 33- Issue 1- p S2-S6 doi: 10.1097/01.CCM.0000151062.00501.60
- Davies CS, Colquhoun M, Boyle R, Chamberlain D, 2005. A national programme for on-site defibrillation by lay people in selected high risk areas: initial results. *Heart*, 91, 10, 1299-302.
- Deo, Rajat, and Christine M. Albert. 2012. "Epidemiologyand Genetics of SuddenCardiacDeath." *Circulation* 125(4):620–37. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.023838.

- Dunne, R. B., Compton, S., Zalenski, R. J., Swor, R., Welch, R., & Bock, B. F. (2007). Outcomes from out-of-hospital cardiac arrest in Detroit. *Resuscitation*, 72(1), 59-65.
- Durgun HM, İkizceli İ, Öz Saraç M, Yıldız M, Emet M, Kıyan S, Aslan Ş. (2012). Bölüm 8: Erişkin İleri Kardiyak Yaşam Desteği. Hazinski, M.F. ve Field, J.M.(Ed.) Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyak Bakım Bilimi İçin 2010 Amerikan Kalp Derneği (AHA) Kılavuzu içinde (s.545-572). İstanbul:Logos Yayıncılık
- Eisenberg, M. S., & Psaty, B. M. (2009). Defining and improving survival rates from cardiac arrest in US communities. *JAMA*, 301(8), 860-862.
- EKŞİ, A. (2015), Kitlesele Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri, 3. Basım, Kitapana Basım Yayım, Ankara.
- Elazazay, H. M., Abdelazez, A. L., & Elsaie, O. A. (2012). Effect of cardiopulmonary resuscitation training program on nurses knowledge and practice. *Life Sci J*, 9(4), 3494-3503
- Erdur B. Hemşirelere verilen bir günlük kardiyopulmoner resüsitasyon eğitiminin uzun dönem etkilerinin değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi. 2009.
- Erikli, N. Hazal, Asiye Durmaz Akyol, Ege Üniversitesi Tıp, Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp, Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hastalıkları Hemşireliği, Türkiye Uluslararası, Ege Disiplinlerarası, İnovatif Bilimsel, Araştırmalar Sempozyumu, Sözel Bildiri, Olarak Sunulmuştur Bu, Sağlık Bilimleri, Enstitüsü İç, Tezli Yüksek, Lisans Programı, and Başvuru Tarihi. 2021. "Hemşirelik Öğrencilerine Verilen Kardiyopulmoner Resüsitasyon Eğitiminde Anlatım Yöntemi İle Mobil Öğrenme Yöntemi Etkinliğinin Karşılaştırılması." *Turk J Cardiovasc Nurs* 12(27):1-9. doi: 10.5543/khd.2021.82787.
- Fisher, J. M. (2000). The resuscitation greats: The earliest records. *Resuscitation*, 44(2), 79-80.

Fossel M, Kiskaddon RT, Sternbach GL. Retention of cardiopulmonary resuscitation skills by medical students. *J Med Educ* 1983;23: 184–91.

Geliş, Tamer Çolak, Kaan Çelik, Beliz Öztok TarihiTekten, Abant İzzet, Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi ve Acil Tıp. 2020. “112 Sağlık Çalışanlarının Hastane Dışı Kardiyak Arrestlerde Kardiyopulmoner Resüsitasyon Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi.” *The Journal of Kırıkkale University Faculty of Medicine* 22(2):208–15. doi: 10.24938/kutfd.743169.

Global HealthEstimates (2016).Lifeexpectancy, 2000–2016. Geneva: World HealthOrganization;2018(https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en, accessed 20 April 2020).

Gören, PS ve Bayraktar, ABD (2010). Erişkinde Kardiyak Tutuklama ve Kardiyopulmoner Resüsitasyon. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD Basılmamış Ders Notları*, 1–16. <https://www.bto.org.tr/wp-content/uploads/2019/10/eriskinde-kardiyak-arrest-kardiyopulmoner-resusitasyon-suna-goren-selcan-bayraktar.pdf> adresinden erişildi.

Gulliford DE, Douce FH. CPR: A study of skillsretentionwithsuggestionsforimprovement. *J CardiovascPulmTech* 1983;11: 23–7.

Gräsner, JT, Wnent, J., Herlitz, J., Perkins, GD, Lefering, R., Tjelmeland, I., ... & Bossaert, L. (2020). Avrupa'da hastane dışı kardiyak arrest sonrası hayatta kalma-EuReCa TWO çalışmasının sonuçları. *Canlandırma*,148, 218-226.

Haddow GD, Bullock JA: Thehistoricalcontext of emergencymedicine. *In:IntroductiontoEmergencyMedicine*. First Editioon. Haddow GD, Bullock JA (Eds). Burlington, ElsevierScience, 2003, p 15.

Hüseyin Onganlar, Yaşar, Mustafa Şahin, Fatma Pak Onganlar, Havva Hande Keser Şahin, Onganlar Pediatri Kliniği, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Laboratuvarı, Özel Ortadoğu, Mayıs Hastanesi, ve Nöroloji Bölümü. 2019. “Pediatri de Temel Yaşam Desteği.” *Journal of HealthSciencesandMedicine* 2(4):139–45. doi: 10.32322/JHSM.612400.

- Jeung, KW, HH Ryu, KH Song, BK Lee, HY Lee, T. Heo- Resuscitation, andundefined 2011. n.d. “VariableEffects of High-Dose Adrenaline Relativeto Standard-Dose Adrenaline on ResuscitationOutcomesAccordingtoCardiacArrestDuration.” *Elsevier*.
- Kandiş, Hayati, B. Volkan Boz, Ayhan Sarıtaş, M. Melik Çandar, Davut Baltacı, Mehmet Çıkman, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Düzce Yazışma Adresi, and Konuralp Tıp Dergisi. 2014. “ARAŞTIRMA Bu Çalışma Düzce Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyon Başkanlığı (BAP) Tarafından Desteklenmiştir.” *Konuralp Tıp Dergisi* 6(3):8–11.
- Kara, F., Yurdakul, A., Erdoğan, B., & Polat, E. Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin güncel temel yaşam desteği bilgilerinin değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015, 3.1: 17-26.
- Karataş, Mehmet, and Engin Burak Selçuk. 2012. “Kardiyopulmoner Resüsitasyonun Tarihçesi.”
- Karta, H. 2021. “Acil ve Yoğun Bakım Kliniğindeki Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulamaya Yönelik Mevcut Durumlarının Değerlendirilmesi.” *Journal of Academic Research in Nursing*, 7.1: 1-9.
- Kaya, U., Aydın, N., & Yıldız, K. (2021). “Geçmişten Günümüze Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulamalarının Tarihçesi: MÖ-20. Yüzyıl”. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25(3), 177-183.
- Kirazaldı, Y. Y. 2016“Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan doktorların kardiyopulmoner resüsitasyon bilgi düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler= Cardiopulmonaryresuscitationknowledgelevels of thedoctorswhowork in Sakarya University Training andResearchHospitalandthefactorsaffecting it.”
- Kirimli B, Harris LC Jr, Safar P, 1966.” Drugs in cardiopulmonary resuscitation. *Acta Anaesthesiol Scand Suppl*,” 23, 255-9.

- Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed chest cardiac massage. *JAMA* 1960;173:1064–7
- KOZACI, Nalan, Mehmet Oğuzhan AY, Ferhat İÇME, Abdülkadir AKTÜRK, ve Salim SATAR. 2013. “Kardiyopulmoner Resüsitasyon”da Başarılı mıyız?” *Cukurova Medical Journal* 38(4):601–9.
- Kozan Ö, Cander B, 2012. Önsöz. In: Kardiyopulmoner resüsitasyon ve acil kardiyovasküler bakım bilimi için 2010 AHA kılavuzu. Eds: Hazinski MF, Field JM, 1th ed. İstanbul, Logos Yayıncılık, p. IV.
- Kronick SL, Kurz MC, Lin S, Edelson DP, Berg RA, Billi JE, Cabanas JG, Cone DC, Diercks DB, Foster J(J), Meeks RA, Travers AH, Welsford M. (2015). System of care and continuous quality improvement: 2015 American Heart Association Guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132(Suppl 2):S397-S413.
- Lackwell, Thom Bas H., and Jay S. Kaufman. 2002. “Response Time Effectiveness: Comparison of Response Time and Survival in an Urban Emergency Medical Services System.” *Academic Emergency Medicine* 9(4):288–95. doi: 10.1197/aemj.9.4.288.
- Neumar, Robert W., Charles W. Otto, Mark S. Link, Steven L. Kronick, Michael Shuster, Clifton W. Callaway, Peter J. Kudenchuk, Joseph P. Ornato, Bryan McNally, Scott M. Silvers, Rod S. Passman, Roger D. White, Erik P. Hess, Wanchun Tang, Daniel Davis, Elizabeth Sinz, and Laurie J. Morrison. 2010. “Part 8: Adult Advanced Cardiovascular Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.” *Circulation* 122(18 Suppl 3). doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970988.
- Nichol, G., Stiell, I. G., Laupacis, A., Pham, B., De Maio, V. J., & Wells, G. A. (1999). A cumulative meta-analysis of the effectiveness of defibrillator-capable emergency medical services for victims of out-of-hospital cardiac arrest. *Annals of emergency medicine*, 34(4 Pt 1), 517–525.

- Nolan JP, Hazinski MF, Billi JE, Boettiger BW, Bossaert L, de Caen AR, Deakin CD, Drajer S, Eigel B, Hickey RW, 2010. Part 1: executive summary: 2010 international consensus on 78 cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Resuscitation*, 81, 1, e1-e25.
- Nolan, Jerry P. et al. 2020. "Executive Summary: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations." *Circulation* 142(16_suppl_1): S2–27. <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0000000000000890>
- Örsal, Ö., Selda, M. E. R. T., &Kersu, Ö. (2017). Acil ve yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelerin temel ve ileri kardiyak yaşam desteğine ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 3: 203-220.
- Özel, Gürkan; Akbuğa Özel, Betül; Özcan, Cihangir; (2016). *İlk Ve Acil Yardım Teknikerliği Paramedic*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Özüçelik, Doğaç Niyazi. 2020d. "2020 Rehberlerine Göre Yetişkinlerde Kardiyovasküler Yaşam Desteği." *Journal of ADEM* 1(3):39–86.
- Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, et al. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. Published online October 20, 2020. doi:10.1161/cir.0000000000000916
- Parajulee S, Selvaraj V. 2011. Knowledge of nurses towards cardio-pulmonary resuscitation in a tertiary care teaching hospital in Nepal. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. Vol-5(8):1585- 1588.
- Perkins, G. D., Graesner, J. T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., ... & Zideman, D. A. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: executive summary. *Resuscitation*, 161, 1-60.

- Rajeswaran, L. ve Ehlers, VJ (2014). Botsvana'daki kayıtlı hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyon bilgi ve becerileri. *Küratörlük*, 37(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v37i1.1259>
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, Bravata DM, Dai S, Ford ES, Fox CS, Fullerton HJ, Gillespie C, Hailpern SM, Heit JA, Howard VJ, Kissela BM, Kittner SJ, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Makuc DM, Marcus GM, Marelli A, Matchar DB, Moy CS, Mozaffarian D, Mussolino ME, Nichol G, PaDCXynter NP, Soliman EZ, Sorlie PD, Sotoodehnia N, Turan TN, Virani SS, Wong ND, Woo D, Turner MB. Heart disease and stroke statistics 2012 update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 125:2, 2012.
- Roshana, S., Batajoo, K. H., Piryani, R. M., & Sharma, M. W. Basic life support: knowledge and attitude of medical/paramedical professionals. *World journal of emergency medicine*, 2012, 3.2: 141.
- Sağlam, Ö. (2018). “Acil Serviste Bir Yıllık Sürede Kardiyopulmoner Resusitasyon Yapılan Kardiyak Arrest Hastalarında Mortaliteyi Etkileyen Faktörler” Tez No.497009 [Tıpta uzmanlık tezi Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi] Ankara
- Sezgin, M.(2019) “Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Paramediklerin, Simülasyon Mankeninde Arrest Ritimlerini Tanıması ve Kurtarıcıların Bilgi, Deneyim ve Yaklaşım Düzeylerinin Algoritmik Olarak Değerlendirilmesi” Tez No. 552218 [Yüksek lisans tezi Selçuk Üniversitesi] Konya
- Scquizzato T, Pallanch O, Belletti A, et al. (2020). Enhancing citizens response to out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review of mobile-phone systems to alert citizens as first responders. *Resuscitation*. 152:16–25.
- Shin, Jenny, Richard Chocron, Thomas Rea, Peter Kudenchuk, Bryan McNally, and Mickey Eisenberg. 2021. “Merits of Expanding the Utstein Case Definition for out of Hospital Cardiac Arrest.” *Resuscitation* 158:88–93. doi: 10.1016/J.RESUSCITATION.2020.10.041

- Smith GB, Poplett N. Impact of attending a 1-day multi-professional course⁵⁰ (ALERT) on the knowledge of acutecare in traineedoctors. *Resuscitation*. 2004;61: 117– 122.
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, *161*,115151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Soar J. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. www.cprguidelines.eu. Published March 2021. Accessed April 2021. <https://www.cprguidelines.eu/assets/guidelines/RESUS-8903-ALS.pdf>
- Statement by the Ad Hoc Committee on Cardiopulmonary Resuscitation of the Division of Medical Sciences, National Academy of Sciences-National Research Council: Cardiopulmonary Resuscitation. *JAMA*. 1966;198(4): 138-45.
- Tanrıöver, M. D. (2011). Kardiyak Arrest Öncesinde Kötüleşen Hastayı Tanımak: Öngörü Kriterleri ve Risk Faktörleri. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/ Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi*, (2).
- Tawalbeh, L. I., & Tubaishat, A. (2014). Effect of simulation on knowledge of advanced cardiac life support, knowledge retention, and confidence of nursing students in Jordan. *Journal of nursing education*, 2014, 53.1: 38-44.
- Tay, Batuhan, Emine Sevinç, Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Burhaniye, Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu Balıkesir, Sorumlu Yazar, Öğr Üyesi Çanakkale Onsekiz Mart Üniversite Sağlık Hizmetleri MYO ve İlk Ve Acil Yardım Programı Çanakkale. 2021. “Hastane Öncesi Alanda Ventriküler Fibrilasyonu Olan Hastada Erken Defibrilasyon: Olgu Sunumu.” *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2(2):89–93. doi: 10.54862/PASHID.900133.
- Tolu Kendir Ö, Barutçu A, Özdemir H, Bent S, Horoz ÖÖ. Knowledge Level of Healthcare Professionals on Basic and Advanced Life Support in Children. *Eurasian J Emerg Med*. 2021;20(3):135-42.

Topjian, Alexis A., Tia T. Raymond, Dianne Atkins, Melissa Chan, Jonathan P. Duff, Benny L. Joyner, Javier J. Lasa, Eric J. Lavonas, Arielle Levy, Melissa Mahgoub, Garth D. Meckler, Kathryn E. Roberts, Robert M. Sutton, and Stephen M. Schexnayder. 2020. "Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care." *Circulation* 142(16 2):S469–523. doi: 10.1161/CIR.0000000000000901.

TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018. Sayı 30626, (Erişim Tarihi: 01.05.2022), Erişim Linki: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>

Türkmen E, Işık I, Balcı S, Topçu SA, Abalı S, Karaçay P. 2009. Temel yaşam desteği kursuna katılan hemşirelik/sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kurstaki başarı, beklenti ve memnuniyetleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 13(2):55-62.

Uyanık, A. Temel yaşam desteği kursunda video eğitimi ile geleneksel eğitimin öğrenme becerileri üzerine etkilerinin karşılaştırılması. 2013.

Ülger H., Deniz T., Saygun M., Çiftçi N., Karakuş A., Kandış H. (2013). Ambulans personeline verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 12(2),151- 156.

Van de Voorde, P., Turner, N. M., Djakow, J., de Lucas, N., Martinez-Mejias, A., Biarent, D., ... & Maconochie, I. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: paediatric life support. *Resuscitation*, 161, 327-387.

Vukmir, Rade B. 2006. "Survival from Prehospital Cardiac Arrest Is Critically Dependent upon Response Time." *Resuscitation* 69(2):229–34. doi: 10.1016/J.RESUSCITATION.2005.08.014.

Xanthos, T., Akrivopoulou, A., Pantazopoulos, I., Aroni, F., Datsis, A., & Iacovidou, N. (2012). Evaluation of nurses' theoretical knowledge in Basic Life Support: A study in a district Greek hospital. *International Emergency Nursing*, 2012, 20.1: 28-32.

- Yalçın, G., Toktaş, İ., ve Karataş, H. M. (2020). Acil Serviste Çalışan Sağlık ve Diğer Personelin Temel Yaşam Desteği Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Abant Tıp Dergisi*, 9(2), 1-8.
- Yenice, H., Özlem K., Erol A., Ataman K., Hasan Basri Ç.ve Deniz S. (2013). “Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Hava Ambulansıİle Nakledilen Olguların Değerlendirilmesi.” *Journal of Uludağ UniversityMedicalFaculty* 39(2):105–10.
- Yıldırım, C. (2012). Kardiyopulmoner Resusitasyon ve Tarihçesi, *Turkiye Klinikleri Cardiology*, 5(1)
- Yıldırım, G. Ö.,& Çelik, G. O. (2020).Yoğun Bakım Hemşirelerinin Temel Yaşam Desteği'ne İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 24(3), 45-59.
- Park, S. O., Kim, J. W., Na, J. H., Lee, K. H., Lee, K. R., Hong, D. Y., & Baek, K. J. (2015). Video laryngoscopy improves the first-attempt success in endotracheal intubation during cardiopulmonary resuscitation among novice physicians. *Resuscitation*, 89,188–194.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.12.010>
- Pişkin, Ö., Yurtlu, S., Hancı, V., Ayoğlu, H., Altaş, C., Okyay, R. D., & Turan Özkoçak, I. (2011). Tıpta uzmanlık öğrencilerinin eğitiminde temel yaşam desteği uygulamalarının etkinliği. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 51(2),74-80.

EKLER

EK 1

ÜNİVERSTE ETİK KURUL ONAYI



T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-72527474-771
Konu : Araştırma İzin Talebi(Eda BENEK)

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rektörlüğünün 06/01/2022 tarih ve E-2200003699 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazı ile; Üniversiteniz Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı Dr. Öğretim Üyesi Uzm. Dr. Gökhan AKDUR danışmanlığında, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Hizmetleri Anabilim Dalı İlk ve Acil Yardım Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Eda BENEK'in "**Malatya 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görevli Sağlık Personelinin Kardiyopulmoner Resusitasyon Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi**" konulu yüksek lisans tez çalışmasının yapılması talebi müdürlüğümüze uygun görülmüştür.

Söz konusu araştırma çalışmasının 01/03/2022-01/04/2022 tarihleri arasında müdürlüğümüze bağlı 112 Acil Sağlık Personellerine, **COVID-19 Pandemisi nedeniyle** bakanlığımızın koronavirüs salgınından korunmaya yönelik pandemi sürecinde yayınladığı genelgede belirtilen alınacak tedbirler konusundaki usul ve esaslara uyarak ekte göndermekte olduğumuz araştırma izin başvuru talebi inceleme komisyon karar tutanağında belirtilen hükümler doğrultusunda yapılması hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Muhammed DURAN
İl Sağlık Müdürü V.

Ek: Araştırma İzni Karar Tutanağı

EK 2

KURUM ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
MALATYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ARAŞTIRMA İZİN BAŞVURU TALEBİ İNCELEME KOMİSYON KARAR TUTANAĞI

GÜNDEM: Araştırma İzin Başvuru Talebi İnceleme Komisyon Karar Toplantısı, 16/02/2022 tarihinde saat 14:00 da İl Sağlık Müdürlüğünde gerçekleştirelmiş olup; toplantı konusu ve sonucu aşağıda belirtilmiştir.

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı Dr. Öğretim Üyesi Uzm.Dr. Gökhan AKDUR danışmanlığında, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Hizmetleri Anabilim Dalı İlk ve Acil Yardım Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Eda BENEK'in "Malatya 112 Acil Sağlık Hizmetleri de Görevli Sağlık Personelinin Kardiyopulmoner Resusitasyon Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını 01/03/2022-01/04/2022 tarihleri aralığında Müdürlüğümüze Bağlı 112 Acil Sağlık Personeline uygulama talebinde bulunmuşlardır.

SONUÇ: Yapılan araştırma izni başvuru talebi, İl Sağlık Müdürlüğü İnceleme Komisyonu tarafından değerlendirilerek; Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakımakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilecek bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir. Öte yandan 07.04.2016 Tarihli Resmî Gazete'de yayımlanmış olan "6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenliliğine zarar verilmemesi, çalışma saatlerini ve hizmeti aksatmadan, COVID-19 Pandemisi Nedeniyle Bakanlığımızın coronavirus salgınından korunmaya yönelik pandemi sürecinde yayımladığı genelgede belirtilen alınacak tedbirler konusundaki usul ve esaslara uyularak, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Araştırmacının, çalışacağı merkezin sorumlusundan izin alması kaydıyla ve araştırmayı araştırmacının kendi imkânları ile yapması gerektiği kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yul arada yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izni talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir.

Tutanak komisyonumuz tarafından işbu altına alınmıştır.

EK3

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

İsim SOYİSİM :

Doğum Yeri :

Doğum Tarihi :

EĞİTİM DURUMU

Ön Lisans Öğrenimi :

Lisans Öğrenimi :

Yüksek Lisans Öğrenimi :

BİLİMSEL FAALİYETLER

İŞ DENEYİMİ

İLETİŞİM

E-posta Adresi: