



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TEMEL YAŞAM DESTEĞİ UYGULAMA VE OTOMATİK
EKSTERNAL DEFİBRİLATÖR KULLANMA EĞİTİMİ ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
İlknur TOĞUŞLU

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Fatma AVŞAR

TOKAT - 2025

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Dr. Öğretim Üyesi Fatma Avşar danışmanlığında hazırlamış olduğum “**Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği’nin Türkçe Geçerlik ve Güvenilik Çalışması**” adlı Yüksek Lisans tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

06/12/2024

İlknur TOĞUŞLU

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde ve tezimin gerçekleşmesinde çalışmam boyunca bir an olsun yardımlarını esirgemeyen ve bana rehberlik eden saygıdeğer danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fatma AVŞAR’a,

Yüksek lisans sürecimde varlığını her zaman yanımda hissettiğim, bilgi ve deneyimleriyle akademik gelişimime katkı veren değerli hocam Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Aygöl KISSAL’a,

Araştırmama destek veren tüm katılımcılara,

Çalışmamda desteğini esirgemeyen tüm arkadaşlarıma,

Her anımda yanımda olan sevgili eşim Ahmet Turan TOĞUŞLU’ya ve biricik kızlarım Azra Zeynep TOĞUŞLU ve Zehra TOĞUŞLU’ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

TEMEL YAŞAM DESTEĞİ UYGULAMA VE OTOMATİK EKSTERNAL DEFİBRİLATÖR KULLANMA EĞİTİMİ ÖLÇEĞİ’NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

TOĞUŞLU, İlknur

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fatma AVŞAR

06/12/2024, xii + 59 Sayfa

Bu çalışma, Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği’nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla ölçek uyarlama çalışması şeklinde, metodolojik olarak yapılmıştır. Araştırma örneklemini Tokat İl Sağlık Müdürlüğü İlk Yardım Eğitim Merkezi’nde İlk yardım eğitimi alan 274 kişi oluşturmuştur. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu ve Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın verileri normal dağılım özelliğini belirlemek amacıyla normallik testlerinden basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden sayı yüzde kullanılmıştır. Ölçeğin geçerliği için Doğrulayıcı Faktör Analizi, Kapsam geçerlilik indeksi hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için Cronbach Alfa güvenirlik analizleri, test tekrar test ve madde korelasyon analizleri yapılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde SPSS 25.0 ve Lisrel 8.2 programı kullanılmıştır. Araştırma sonucunda Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği Türkçe formunun Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: İlk Yardım, Temel Yaşam Desteği, Otomatik Eksternal Defibrilatör, Kardiyopulmoner Resusitasyon

ABSTRACT

TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND AUTOMATED EXTERNAL DEFIBRILLATOR TRAINING AND PLACEMENT BILINGUAL QUESTIONNAIRE

TOĞUŞLU, İlknur

Tokat Gaziosmanpaşa University

Graduate School of Education

Public Health Nursing Programme Master's Thesis

Thesis advisor: Assist Prof. Dr. Fatma Avşar

06/12/2024, xii + 59 Pages

This study was conducted methodologically as a scale adaptation study to determine the validity and reliability of the Turkish form of the Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillator Training and Placement Bilingual Questionnaire. The research sample consisted of 274 people who received first aid training at Tokat Provincial Health Directorate First Aid Training Centre. The data were collected using the Descriptive Information Form and Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillator Training and Placement Bilingual Questionnaire. In order to determine the normal distribution of the data, kurtosis and skewness values from normality tests were examined. In the analysis of the data, number and percentage were used as descriptive statistics. Confirmatory Factor Analysis and Content Validity Index were calculated for the validity of the scale. For the reliability of the scale, Cronbach Alpha reliability analyses, test-retest and item correlation analyses were performed. SPSS 25.0 and Lisrel 8.2 programmes were used in the analysis of the research data. As a result of the study, it was concluded that the Turkish form of the Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillator Training and Placement Bilingual Questionnaire is valid and reliable for the Turkish population.

Key words: First Aid, Basic Life Support, Automatic External Defibrillator, Cardiopulmonary Resuscitation

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ETİK SÖZLEŞME.....	i
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kuramsal Çerçeve.....	5
2.1.1. Avrupa Resüsitasyon Konseyi (European Resuscitation Council).....	6
2.1.2. Uluslararası Resüsitasyon İrtibat Komitesi (International Liaison Committee on Resuscitation).....	7
2.1.3. Sürekli Kanıt Değerlendirmesi (CEE) ve Tedavi Önerileri ile Bilim Üzerinde Uzlaş1 (CoSTR'ler).....	7
2.2. Kılavuz Geliştirme Süreci.....	8
2.3. İlk Yardımın Tanımı	8

2.3.1. İlk Yardımın Önemi	9
2.4. Temel Yaşam Desteği	13
2.4.1. Sağ Kalım Zinciri.....	15
2.4.2. Çocuklarda ve Bebeklerde Temel Yaşam Desteği	19
2.5. Otomatik Eksternal Defibrilatör (OED) ve Defibrilasyon.....	25
2.5.1. OED nedir?	25
2.5.2. Şoklanabilir ve Şoklanamaz Ritimler	28
3. YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın tipi	30
3.2. Araştırmanın evren ve örnekleme	30
3.2.1. Veri Toplama Araçları	31
3.2.2. Araştırmanın Uygulama Süreci	32
3.2.3. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.2.4. Araştırmanın Etik Boyutu	34
4. BULGULAR.....	36
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve İlk Yardımla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular	37
4.2. Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular	38
4.3. YD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin Geçerliliğine İlişkin Bulgular	43
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
6.1. Sonuçlar	53
6.2. Öneriler	54
KAYNAKLAR	55

EKLER.....	61
EK-1 Araştırmaya Katılım İzin Formu	61
EK-2 Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanımı Ölçeği Ölçek İzni	62
EK-3 Etik Kurul İzni 1.....	64
EK-3 Etik Kurul İzni 2.....	65
EK-4 Çalışma Kurum İzni	66
EK-5 Tanıtıcı Bilgi Formu.....	67
EK-6 Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği.....	68
EK-7 Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği Uzman Görüşü	69
ÖZGEÇMİŞ	73

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve İlk Yardımla İlgili Özelliklerinin Dağılımı	37
Tablo 4.2. Normallik Varsayımı ve Güvenirlilik Analizi İle İlgili Özellikler	38
Tablo 4.3. Normallik Varsayımı ve Test-Tekrar Test Özellikleri	40
Tablo 4.4. Ölçek Maddeleri Türkçe Anlaşılabilirlik, İngilizce-Türkçe Uyum, Alan Uzmanı Uygunluğu ile İlgili Özellikler.....	43
Tablo 4.5. Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett Testi İlgili Özellikler	44
Tablo 4.6. Doğrulamalı Faktör Analizi Uyum İndeksleri, Mükemmel ve Kabul Edilebilir Değerleri	46

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Ölçeğin çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizine ilişkin yol analizi göre ifadelerin faktör dağılımları ve yük değerleri	45
--	----



KISALTMALAR LİSTESİ

AHA: Amerikan Kalp Derneği

AKA: Ani Kardiyak Arrest

ANZCOR: Avustralya ve Yeni Zelanda Resüsitasyon Konseyi

CEE: Sürekli Kanıt Değerlendirmesi

CoSTR: Bilim ve Tedavi Önerileri Konsensusu

COVID-19: Coronavirüs Hastalığı-19

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ECC: Acil Kardiyovasküler Bakımın (Emergency Cardiovascular Care)

ERC: Avrupa Resüsitasyon Konseyi (European Resuscitation Council)

HSFC: Kanada Kalp ve İnme Vakfı

IAHF: Inter Amerikan Kalp Vakfı

ILCOR: Uluslararası Resüsitasyon İrtibat Komitesi

(International Liaison Committee on Resuscitation)

IRCF: Hindistan Resüsitasyon Konseyi Federasyonu

(Indian Resuscitation Council Federation)

KPR: Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon

NVT: Nabızsız Ventriküler Taşikardi

OED: Otomatik Eksternal Defibrilatör

RCA: Asya Resüsitasyon Konseyi (Resuscitation Council of Asia)

RCSA: Güney Afrika Resüsitasyon Konseyi (Resuscitation Council of Southern Africa)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TYD: Temel Yaşam Desteği

VF: Ventriküler Fibrilasyon

VT: Ventriküler Taşikardi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanlar, yaşamlarının çeşitli aşamalarında ilk yardım gerektirebilecek olaylarla karşılaşmaktadır. Modern yaşamın getirdiği sağlık ve güvenlik tehditlerinin arttığı günümüzde, sağlığın korunması ve acil müdahale gerektiren durumlar üzerine bilinçlenmek büyük bir önem taşımaktadır. Teknolojik gelişmeler yaygınlaşmaktadır. Bu gelişmeler, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken, aynı zamanda sağlık sorunlarını ve acil durumları da beraberinde getirdiği görülmektedir. İlk yardım gerektiren durumlardan en yaygın olanları, çeşitli hastalıklar ve kazalardır. Kalp damar hastalıkları, dünya çapında olduğu gibi ülkemizde de yaşamı tehdit eden hastalıklar arasında başı çekmektedir. Öte yandan, kazalar ve sakatlanmalar da acil müdahale gerektiren en önemli durumlar arasında yer almakta olup, trafik kazaları bu tür olaylar arasında önemli bir yere sahiptir (Sarı ve Türkmenoğlu, 2022). Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) verilerine göre, 2021 yılında ölümlerin %36,8'inin dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklandığı belirtilmektedir. Ayrıca, yaklaşık bir milyon kişinin karayolu trafik kazalarından, %15,8 oranında kişinin ölümlü ve yaralanmalı kazalardan hayatını kaybettiği ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ne göre her yıl 1.19 million insan trafik kazalarında hayatını kaybetmektedir. 2030 yılına kadar karayolu trafik kazalarından kaynaklanan küresel ölüm ve yaralanma sayısını yarıya indirmek için hedef belirlenmiştir (DSÖ, 2023). Kalp damar hastalıklarına bağlı ölümler arasında kardiyak arrest, en yaygın ölüm nedenlerinden biridir. Kardiyak arrestin önlenmesine yönelik çeşitli çalışmalar yapılmasına rağmen, dünya genelinde hala önemli bir mortalite nedeni olmaya

devam etmektedir (Myat ve ark., 2018). Kardiyak arrest, genellikle erişkin bireylerde meydana gelen, kalp fonksiyonunun ani ve beklenmedik bir şekilde durmasıdır. Bu duruma tanık olduğunda, hızla müdahale edilmesi hayati önem taşır. Kardiyak arrest sonrası en sık karşılaşılan ritimler Ventriküler Fibrilasyon (VF) ve Nabızsız Ventriküler Taşikardi (NVT) olup, bu ritimler hızlı ve etkili bir Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon (KPR) müdahalesi gerektirir. Yapılan çalışmalarda, erken dönemde tanık olunan ve uygun şekilde müdahale edilen vakalarda sağ kalım oranlarının önemli ölçüde arttığı rapor edilmiştir. KPR, kardiyak arrestin ardından, hastanın yaşam fonksiyonlarını sürdürebilmek için temel müdahale yöntemlerinden biridir. KPR, altta yatan neden ortadan kaldırılana kadar hastanın dolaşım ve solunum fonksiyonlarının devamını sağlamak amacıyla uygulanan bir dizi tıbbi müdahaleyi içerir. Bu müdahaleler; hastanın birincil değerlendirilmesi, etkili göğüs kompresyonlarının yapılması, hava yolu açıklığının sağlanması ve ventilasyonun düzgün bir şekilde gerçekleştirilmesi gibi kritik adımları kapsar. KPR, hastanın hayatta kalma şansını artıran temel bir uygulama olup, eğitimli sağlık personeli tarafından doğru bir şekilde uygulanması gerektiği gibi, halkın da bu konuda bilinçlendirilmesi önem arz etmektedir. Bu nedenle, KPR protokollerinin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için hem profesyonel sağlık çalışanlarının hem de toplumun bilinçlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Zideman ve ark., 2015). Bu hastalarda Temel Yaşam Desteği (TYD) önceliğinin, erken defibrilasyon ve efektif kalp masajı olduğu vurgulanmaktadır. Kardiyak arrest, hastane içinde olabileceği gibi hastane dışında da meydana gelebilir. Özellikle hastane dışında gelişen kardiyak arrest, dünya genelinde yüksek mortaliteye yol açmaktadır (Myat ve ark., 2018).

İlk yardım, toplumu doğrudan etkileyen, ölümler, sakatlanmalar ve iş gücü kaybının azaltılmasında önemli bir rol oynayan halk sağlığı problemlerinde etkili bir araçtır. İlk yardım uygulamalarının zamanında, doğru ve güncel bilgilere dayanarak yapılması büyük bir öneme sahiptir. Zamanında gerçekleştirilen basit, ancak etkili ilk yardım müdahaleleri ile hayat kurtarmak mümkündür. Temel yaşam desteği eğitiminin önemini ve gerekliliği bu anlamda değerlidir. Bu nedenle, doğru ilk yardım bilgisine sahip olmak ve bu bilgileri uygulamak, hayat kurtarma açısından kritik bir öneme sahiptir (Gül ve Baykal, 2021). Bu bağlamda, ilk yardım bilgisi, insan hayatını koruma ve acil durumlarda doğru müdahale etme sorumluluğunu taşıyan bir beceri olarak, yaşamın her alanında önemli bir gereklilik haline gelmektedir. 2020 yılı itibariyle, Türkiye’de otomatik eksternal defibrilatör (OED) eğitimi, ilk yardım eğitimi müfredatına dâhil edilmiştir. Bu çerçevede, OED cihazının tanıtımı, kullanım koşulları ve cihazın doğru kullanım basamakları ile ilgili bilgiler verilmiştir (Resmi Gazete, 2020). İlk yardım eğitimi ve sertifika programlarına dâhil edilmesi sağlanmıştır. Uygulamalara dâhil edilse bile henüz alan yazınımızda hem temel yaşam desteğini hem de otomatik eksternal defibrilatörü içeren Türkçe bir ölçeğe rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği’nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğini belirlemektir.

1.3. Araştırma Soruları

Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği Türk toplumu için geçerli midir?

Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği Türk toplumu için güvenilir midir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kuramsal Çerçeve

Günümüzde kardiyovasküler hastalıklar, mortalite ve morbidite oranlarına önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Dünyadaki ölümler, 1990 yılında yaklaşık 12 milyondan 2016 yılında yaklaşık 18 milyona yükselmiştir (Meier ve ark., 2019). Bu nedenle, ani gelişen kardiyak ve respiratuar arrest durumlarında olaya tanık olan kişilerin, acil yardım ekipleri olay yerine ulaşana kadar nasıl davranacakları konusunda bilgilenmeye ihtiyacı vardır.

İlk yardım, ileri tıbbi bakım sağlanana kadar kalp durmasını takiben hastanın yaşamını sürdürmek için bir dizi acil durum tekniğini içermektedir. Bu teknikler arasında TYD, OED kullanımı, göğüs kompresyonu ve ağızdan ağıza solunum gibi farklı becerilerin birleşimi yer almaktadır. Amerikan Kalp Derneği'nin (AHA) Sağkalım Zinciri'nde, TYD ve OED'nin tıbbi meslek mensubu olmayan kişiler tarafından uygulanmasının önemini vurgulanmaktadır (Aktaran, Weiner ve ark., 2010). Bir hastanın veya kazazedenin hayatta kalması, hızlı ve doğru ilk yardım tedavisi ile ilişkilidir. Hyatta kalma, bu duruma tanık olan insanların ilk yardım temel tekniklerini ne kadar iyi öğrendikleri ve farkındalık düzeyleri ile doğrudan bağlantılıdır (Steinvik ve ark., 2017; Ahmad ve ark., 2018). Bu nedenle, alanında uzmanlaşmış kişiler tarafından oluşturulan resmî kurumlar, bir dizi standart prosedür içeren kılavuzlar hazırlamaktadır.

2.1.1. Avrupa Resüsitasyon Konseyi (European Resuscitation Council)

1989'dan bu yana, Avrupa Resüsitasyon Konseyi (ERC), Avrupa ve ötesinde resüsitasyon kılavuzları ve eğitimi için standartlar sağlamaktadır. ERC, 32 Ulusal Resüsitasyon Konseyinden oluşmaktadır. Avrupa'da, temel yaşam desteği faaliyetleri, ERC'nin, her beş yılda bir güncellenen kılavuzlarına göre yürütülmektedir. Bu kılavuzlar, acil durumlarda doğru müdahale tekniklerini standartlaştırarak, hayatta kalma oranlarının artırılmasına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Acil durumlarda halkın bilinçlenmesi ve doğru müdahale tekniklerini uygulayabilmesi için sürekli eğitim ve farkındalık kampanyalarının önemi büyüktür (Monsieurs ve ark., 2015). 2000 yılında, ERC, Uluslararası Resüsitasyon İrtibat Komitesi (ILCOR) ile iş birliği içinde uluslararası kılavuzlar hazırlamış ve 2001 yılında bu kılavuzları özetlemiştir. Bu tarihten sonra, her beş yılda bir ERC kılavuzları çıkarılmıştır. Güncellemeler 2005, 2010 ve 2015 yıllarında yayınlanmıştır. 2017 yılından itibaren ERC, ILCOR'un Bilim ve Tedavi Önerisi Konsensusu (CoSTR) yayınlarıyla bağlantılı olarak yıllık güncellemeler yayınlamaya başlamıştır. 2020 yılında, koronavirüs (COVID-19) bağlamında resüsitasyonu kapsayan kılavuzlar yayınlanmıştır. En son 2021 yılında ERC, resüsitasyon hakkında önemli güncellemeler sunan kılavuzları yayımlamış ve Avrupa genelinde meslekten olmayan kişiler, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık politikası sorumluları için en güncel kanıta dayalı kılavuzlarını sunmuştur (ERC, 2024).

ERC, uzmanlarının dünya çapındaki CoSTR'ye aktif olarak katkıda bulunduğu ILCOR'un bir üyesidir. Ulusal resüsitasyon konseyleri, kurs organizatörleri, kurs yöneticileri ve eğitmenlerden oluşan bir ağ, halktan kurtarıcılar ve sağlık profesyonelleri için

resüsitasyon eğitimi vermektedir. ERC kursunu başarıyla tamamlayan sağlayıcıları sertifikalandırmaktadır (ERC, 2024).

2.1.2. Uluslararası Resüsitasyon İrtibat Komitesi (International Liaison Committee on Resuscitation)

ILCOR, dünya çapındaki başlıca resüsitasyon kuruluşları arasında irtibat sağlamak amacıyla 1992 yılında kurulmuştur. Günümüzde ILCOR, birçok kuruluşun temsilcilerinden oluşmaktadır. Bunlar; Amerikan Kalp Derneği (AHA), Avustralya-Yeni Zelanda Resüsitasyon Komitesi (ANZCOR), Avustralya Resüsitasyon Konseyi, Yeni Zelanda Resüsitasyon Konseyi, ERC, Kanada Kalp ve İnme Vakfı (HSFC), Inter Amerikan Kalp Vakfı (IAHF), Hindistan Resüsitasyon Konseyi Federasyonu (IRCF), Asya 9 Resüsitasyon Konseyi (RCA) ve Güney Afrika Resüsitasyon Konseyleri (RCSA) dir (ILCOR, 2024).

2.1.3. Sürekli Kanıt Değerlendirmesi (CEE) ve Tedavi Önerileri ile Bilim Üzerinde Uzlaş (CoSTR'ler)

ILCOR, yüksek kalitede resüsitasyon bilimi kanıt değerlendirmesinin zamanında teslimini ve yayılmasını sağlamak ve tedavi önerileri üzerinde fikir birliğine ulaşmak amacıyla sürekli bir kanıt değerlendirme süreci uygulamaktadır. Bu süreçle, resüsitasyon topluluğunun tüm üyelerinin, politika yapıcılarının, kuruluşların, sağlık profesyonellerinin, hastalar ve halkın, en güncel kanıtlara kolay ve zamanında erişimini sağlamayı amaçlamaktadır. 2015 yılında CoSTR, ILCOR'un beş yıllık kanıt inceleme döngüsünden sürekli bir kanıt değerlendirme sürecine geçişini sağlamaktadır. CoSTR bildirimleri, sürekli olarak (ilcor.org) web sitesinde yayınlanmaktadır (CoSTR, 2024). Sürekli kanıt

değerlendirme sürecini kolaylaştırmak için ILCOR, belirli bir soruyla ilgili mevcut kanıtları gözden geçirmek, verilerin meta-analizlerini gerçekleştirmek ve bilimi özetlemek için sözleşmeli uzman sistematik incelemecilerin hizmetlerinden yararlanır (CoSTR, 2024).

2.2. Kılavuz Geliştirme Süreci

Sağlık sistemleri, giderek artan bir şekilde yüksek kaliteli, kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzlarına güvenmektedir (Kredo ve ark., 2016). 2011 yılında bir Tıp Enstitüsü, klinik uygulama kılavuzları için kalite standartları oluşturmuştur (Institute of Medicine, 2011). ERC Kılavuzları da bu standartları takip etmiştir. Bu standartlar, panel kompozisyonu, karar verme süreci, çıkar çatışmaları, kılavuzun amacı, geliştirme yöntemleri, kanıt incelemesi, tavsiyelerin temeli, kanıt ve tavsiyelerin derecelendirilmesi, kılavuz incelemesi, güncelleme süreçleri ve finansman gibi konularda rehberlik sunmaktadır. Kılavuz geliştirme sürecini açıklayan yazılı bir protokol, ERC kurulu tarafından geliştirilmiş ve onaylanmıştır. Bu süreç, ERC'nin kılavuzlarının bilimsel geçerliliğini ve güvenilirliğini artırmayı amaçlamaktadır. ERC, Uluslararası Kılavuz İlkeleri Ağı tarafından geliştirilen bu standartlara uygun olarak, kılavuz geliştirme sürecini yürütmektedir. Bu, kılavuzların etkinliğini ve güvenilirliğini artırmak için geliştirme standartları kritiktir ve klinik uygulamada en iyi sonuçların elde edilmesine yardımcı olur (Perkins ve ark., 2021).

2.3. İlk Yardımın Tanımı

Yaşamın çeşitli aşamalarında, farklı ortamlarda karşılaşılan kaza ve hastalıklar kaçınılmaz durumlar arasındadır. Ev, işyeri veya trafik kazaları ile doğal afetler nedeniyle

her yıl birçok insan hayatını kaybetmekte ya da kalıcı sakatlıklar yaşamaktadır. Özellikle 15-29 yaş aralığındaki bireylerde, yaralanmalara bağlı ölümler yaklaşık olarak %40 oranında bir artış göstermektedir (Unuvar, 2004).

İlkyardım, herhangi bir kaza veya hayatı tehdit eden bir durumda, acil yardım görevlilerinin müdahalesi sağlanana dek hayatı kurtarmayı veya durumun kötüleşmesini engellemeyi amaçlayan, olay yerinde herhangi bir tıbbi araç gereç kullanılmadan mevcut olanaklarla yapılan ilaçsız müdahalelerdir (İnan ve ark., 2011). Başka bir tanımında, ilk yardım, "sıradan bir kişinin, yaşamı tehdit eden bir durumla karşılaştığında tıbbi ekipman olmadan yaptığı müdahaleler" olarak tanımlanmaktadır (Koçer, 2006). İlkyardım, bir kişinin yaşam şansını artırmak, oluşabilecek sakatlanmaları önlemek ve iyileşme sürecini hızlandırmak için büyük önem taşır. Ancak, ilkyardımın etkili olabilmesi için doğru bir şekilde uygulanması gerekir. Yanlış ilkyardım uygulamaları, yaralıların iyileşme sürecini geciktirebilir, kalıcı sakatlıklar oluşmasına veya ölüme yol açabilir. Kaza ya da olay yerinde, ilk birkaç dakika içinde yapılacak bilinçli ve etkili ilkyardım, bu ölümlerin yaklaşık yarısının önlenmesini sağlayabilir (İnan ve ark., 2011).

2.3.1. İlk Yardımın Önemi

Kazaların oluş şekilleri birbirinden farklı olsa da, sonuçları ve kişiye verdikleri hasar önemli sağlık problemlerine yol açabilir. Ülkemizde temel ilk yardım eğitimi konusunda bazı eksiklikler vardır. Özellikle kardiyak arrestlerde, hastaya ivedi bir şekilde TYD başlanmazsa, beyne gerekli oksijen ulaşamayacak ve bu durum 4-6 dakika içinde beyin hasarına yol açabilecektir. 10-dakikadan itibaren ise irreversible sakatlıklar veya ölüm meydana gelebilir.

Alan yazın, halkın temel ilk yardım eğitimi almasının önemli faydalar sağladığını göstermektedir (Cho ve ark., 2010).

Kendine veya başkalarına ilk yardım uygulama yeteneği çok önemlidir. Bu hayatta kalma oranlarının artmasına, yaralanmanın önlenmesine ve iyileşme sürecine katkıda bulunabilir (Barutçu ve ark., 2017). İlk yardım uygulamalarının, yaralanma sonrası ya da sağlığın aniden bozulması hallerinde ölümlerin ve sakatlıkların önüne geçilmesinde etkili olduğu bilinmektedir. İlk yardım uygulanması gerektiren durumlarda genellikle ölümlerin ve kalıcı sakatlanmayla sonuçlanan yaralanmaların çoğunluğunun kargaşa ve paniğin yaşandığı ilk dakikalarda, yanlış taşıma yöntemleri kullanılması ve yanlış müdahaleler sonucu yaşandığı bilinmektedir. Karaböcüoğlu ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada ilk yardım uygulamalarının insan hayatı üzerindeki önem ve etkileri şu şekilde sıralanmıştır:

- İlk yardım uygulamaları, yaş grubu fark etmeksizin, kazalara bağlı ölüm oranını düşürür.
- Doğru ve etkili ilk yardım uygulaması, kaza sonrası tedavi sürecinin seyrini belirler. İlk yardım eğitimi alan bireylerin sosyal hayatlarında karar verme becerisi gelişir.
- Ülkelerin veya bölgelerin nüfus artış hızı, kaza bölgesine acil sağlık hizmetlerinin ulaşım süresini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.
- Bunu sonucu olarak yaralanmanın yaşandığı ilk dakikalarda ilk yardım uygulamaları daha önem kazanmaktadır.

- Yaralanma tipi, hayati fonksiyonların devamlılığı, kanama miktarı ve zamanı gibi etkisiyle kaza anında zaman kısıtlı ve önemli olabilmektedir.
- Bu kısıtlı ve önemli zamanı doğru ilkyardım uygulamalarıyla verimli kullanmak ölüm ve kalıcı sakatlanma oranını düşürür.
- Yaralanma sonrası hastane yatış süresinin kısalması ve sağlık giderlerinin azalmasını sağlar (Karaböcüoğlu ve ark., 2012).

İlkyardımın temel uygulamaları koruma, bildirme ve kurtarma olarak sıralanır (Dağ, 2018). Koruma; kaza ve yaralanmaların sonuçlarının ağırlaşmasını önlemek amacıyla, olay yerinin hızlı ve doğru bir şekilde değerlendirilmesini içerir. Amaç, olay yerinde kazazedeye veya yardım etmeye çalışan ilk yardım uygulayıcılarının karşılaşılabileceği tehlikeleri belirleyerek güvenilir bir çevre oluşturmaktır. Elektrik çarpmalarında sigortaların kapatılması, trafik kazalarında kaza bölgesinin önünün ve arkasının reflektörlerle görünür şekilde işaretlenmesi, gaz zehirlenmelerinde gaz vanalarının kapatılması gibi işlemler, ilk yardımın temel uygulamalarından koruma kapsamındadır.

Bildirme; yaralanmaya sebep olan kazanın veya sağlığın aniden bozulmasına yol açan sağlık probleminin, hızlı ve doğru bir şekilde acil yardım birimlerine bildirilmesidir. Türkiye’de her türlü acil yardım talebi için aranması gereken numara 112’dir. Olay veya kaza bildirimini için 112 Acil Sağlık Hizmetleri’ni arayan kişilerin, görüşme esnasında dikkat etmesi gereken kurallar belirlenmiştir. 112 Acil Çağrı Merkezi ile görüşen kişinin görüşme esnasında sakin olması, olayın heyecanı veya korkusu ile sakin konuşamayacak durumda ise sakince olayı bildirebilecek bir kişinin aranması sağlanmalıdır. Olayın yaşandığı yer ve adres bilgileri kesin ve doğru bir şekilde verilmelidir. Yaralanmaya sebebiyet veren olayın ne

olduğu (trafik kazası, yangın, zehirlenme... vb.) bildirilmelidir. 112 araması yapıłana kadar geçen sürede herhangi bir ilkyardıı uygulaması yapıldıysa belirtilmelidir. 112 Acil ağrı Merkezinden sorulan sorulara net ve kısa cevaplar verilmelidir. 112 Acil ağrı Merkezi tüm bilgileri aldığını söyleyip görüşmeyi sonlandırmadan telefon kapatılmamalıdır.

Kurtarma; koruma ve bildirme sağlandıktan sonra, acil müdahale ekipleri olay yerine ulaşana kadar geçen sürede, hasta veya yaralıının genel durumunu değerlendirmek ve yaralanma veya hastalık durumuna göre ilkyardıı müdahalelerinde bulunmaktır (Dağ, 2018).

İlkyardıının temel ilkeleri “6T” formülü ile tanımlanmaktadır. Tedbir, olay yerine ulaşıldığında yapılacak ilk için olayın nasıl geliştiğini ve ne olduğunu hızla değerlendirerek olay yerinin, ilkyardıı uygulayıcılarının ve kazazedelerin güvenliğini sağlamaktır. Tanı, birkaç dakikayı geçmeyecek şekilde olay yerini gözlemleyerek yaşamı tehdit eden yaralanmaları belirlemektir. Tedavi, hayati fonksiyonları desteklemek ve sürdürmek için hava yolu açıklığını sağlayarak solunumun devam ettirilmesi ve dolaşımın devam ettirilmesi işidir. Telekomünikasyon, tedbir-tanı-tedavi aşamaları yapıldıktan sonra olayın gerekli yardıı birimlerine bildirilmesidir. Triağ, birden fazla hasta veya yaralıının bulunduğu bir ortamda hangi hasta veya yaralıya müdahalede öncelik verilmesinin belirlenmesidir. Taşıma, hasta veya yaralıların, uygun taşıma yöntemleri kullanılarak olay yerinden uzaklaştırılmasıdır (Dağ, 2018).

2.4. Temel Yaşam Desteği

Kardiyak arrest, beraberinde bilinç kaybının olduğu, normal solunumun kaybı ve dolaşıma dair bulguların yokluğu ile karakterize olan, kalbin elektriksel aktivitesinin durması durumudur. Bu durum, hızla müdahale edilmediği takdirde ölümle sonuçlanabilir. Kardiyak arrest, doğru müdahalelerle geri döndürülebilir; bu müdahaleler arasında KPR, defibrilasyon ve kardiyoversiyon gibi yöntemler yer alır (Buxton ve ark., 2006).

ERC, 2020 yılında ILCOR Konsensusu (CoSTR) temel alınarak hazırlanan TYD kılavuzunu yayımlamıştır. Bu kılavuzda önemli konular arasında kardiyak arrestin tanınması, acil çağrı sisteminin aktif edilmesi, göğüs kompresyonlarına başlanması, suni solunum yapılması, OED kullanımı, KPR, yeni teknolojilerin entegrasyonu, kalite ölçümü, güvenlik ve hava yolunda yabancı cisim tıkanıklığı yer almaktadır. TYD yazım komitesi, TYD kılavuzları, ILCOR'un Konsensus Kılavuzları (CoSTR) temel alınarak hazırlanmıştır. Bu kılavuzların yazımında, güven oluşturmak ve kalp durması durumunda daha fazla kişiyi harekete geçirmeye teşvik etmek amacıyla önceki yönergelerle tutarlılığa öncelik verilmiştir. Kardiyak arrestin farkına varılamaması, hayat kurtarma çabalarını engelleyen en büyük faktörlerden biridir (Perkins ve ark., 2021).

TYD bir kişinin yaşamını kurtarmak için müdahalelerin yapılmaya başlandığı ilk adımdır. Yapılan araştırmalar, TYD uygulamasına ilk dört dakika içinde başlanmasının, kişinin hayatta kalma olasılığını %29 oranında artırdığını, ancak bu sürenin dördüncü dakikadan sonrasına kaymasıyla bu oranın %7'lere düştüğünü göstermektedir. Kritik bir müdahale adımının gecikmesi ya da atlanması, hayatta kalma olasılığını olumsuz

etkileyebilir. Dolayısıyla, TYD'nin etkin bir şekilde uygulanması, başarılı bir müdahalenin temelini oluşturur (Özköse, 2005; Özdilek, 2010).

TYD eğitiminin, hem acil yardım görevlisi hem de acil yardım görevlisi olmayan diğer personel tarafından alınması önerilmektedir. 2015 yılında yayımlanan kılavuzlara göre, Temel yaşam desteği protokollerinde sağlık personeli ve ilk yardımcılarca yapılacak olan uygulamalarda bazı değişiklikler bulunmaktadır (Kleinman ve ark., 2015).

Kurtarıcılar, hasta veya yaralıya müdahale edecekleri bölgenin güvenliğini sağlamalı, daha sonra müdahaleye başlamalıdır. İlk olarak, kazazedenin bilinç durumu değerlendirilmelidir. Bu amaçla, omzuna hafifçe vurularak ve yüksek sesle 'İyi misin?' diye sorulmalıdır (Berdowski ve ark., 2010). Değerlendirme sonucunda kazazedenin bilinci açık ve cevap veriyorsa yaralı kişinin güvenliği sağlanmalı ve eğer tehlike söz konusu değilse, mevcut pozisyonunda bırakılmalıdır. Kazazedenin durumu belirlenmeye çalışılmalı ve gerekirse profesyonel yardım çağrılmalıdır. Yardım gelinceye dek, kazazede sık aralıklarla yeniden değerlendirilmelidir (Berg ve ark., 2010; Şener ve Yaylacı, 2010).

Değerlendirme sonucunda iki seçenek vardır. Birinde pozisyon verilir, birinde hastaya temel yaşam desteği uygulanır (Nolan, 2005; Kleinman ve ark., 2015).

Değerlendirme sonucunda kazazedenin bilinci açık ve solunumu sıkıntılıysa yabancı cisim aspirasyonu, özellikle bilinç kapalı ancak etkili dolaşımı ve solunumu olan hastalarda göz önünde bulundurulmalıdır. Havayolunun açık tutulması ve aspirasyon riskinin azaltılması amacıyla, hastanın derlenme pozisyonuna (Koma Pozisyonu) yerleştirilmesi

önerilmektedir (Nolan, 2005). Hastaya derlenme (koma) pozisyonu vermek için şu adımlar uygulanır: Koma pozisyonu uygulanırken ilk olarak hastanın varsa gözlükleri dikkatlice çıkarılır. Kurtarıcı, hastanın yan tarafına diz çökerek, bacaklarını düz bir pozisyonda tutmaya özen gösterir. Ardından, hastanın kendisine yakın olan kolunu, vücuduyla dik bir açı olacak biçimde, hastanın baş tarafına düz bir şekilde yerleştirilir. Diğer kolu ise hastanın göğsüne çapraz olacak şekilde konumlandırarak, kurtarıcının yakınındaki yanağının alt tarafına yerleştirilir. İlk yardımcı, bir elini hastanın uzak taraftaki bacağının diz altına yerleştirip, ayağının yerden kesilmemesine dikkat ederek, hastanın bacağına hastaya doğru çeker. Hastaya omurilik düzlemini bozmayacak şekilde omzundan ve kalçasından tutarak yan yatış pozisyonu verir. Yan yatış pozisyonunda yerleştirildiğinde, kalça ve dizlere dik açılar verilerek pozisyonun sabitlenmesini sağlar. Eğer gerekliyse, hastanın havayolu açıklığının korunabilmesi için hastanın başını ekstansiyon pozisyonuna getirilir. Hastanın solunumu, düzenli aralıklarla izlenerek kontrol edilir (Handley ve ark., 2006).

Değerlendirme sonucunda kazazedinin bilinci kapalı ve solunumu yoksa veya anormal soluyorsabuna agonal solunum denir. Hasta solunum sıkıntısı çekiyor veya ara sıra agonal solunum hareketleri gösteriyorsa veya cılız bir solunum çabası varsa, hastanın sırtüstü pozisyonda yatması sağlanmalı, acil yanıt sistemi aktive edilmelidir. Bu durumda, göğüs kompresyonlarına başlanması gerekmektedir (Nolan, 2005; Kleinman ve ark., 2015).

2.4.1. Sağ Kalım Zinciri

Sağ kalım zincirinin birinci halkası, acil durumun erken farkedilmesi ve acil yardım sisteminin hızlı bir şekilde aktif hale getirilmesidir. Kazazedinin bilincinin kapalı olduğunu

fark eden bir kişi, eğer yanında başka biri varsa, bu kişilerin acil yardım çağrısında bulunmasını sağlamalıdır. Eğer tek başına ise, kurtarıcı kendi başına yardım çağırmalıdır. 2015 yılı AHA (American Heart Association) ve ECC (Emergency Cardiovascular Care) klavuzlarında, acil yanıt sisteminin aktivasyonu sırasında mobil cihazların kullanımına dair önemli bir vurgu yapılmıştır. Bu klavuzlara göre, mobil cihazlarla ilk yardımcının, hastanın başından ayrılmasına gerek kalmadan yardım çağrısı yapılabilir (Neumar ve ark., 2015). Ülkemizde Acil Yardım Merkezi'nin numarası 112'dir. Acil yardım merkezi arandığında net ve anlaşılacak şekilde şu bilgiler verilmelidir:

Kimlik Bilgisi: İlk yardımcı kendisini tanıtmalıdır.

Olayın Tanımı ve Durum: Hasta ya da yaralı hakkında olayın ne olduğu, olay yerindeki kişi sayısı ve mevcut durum açıklanmalıdır.

Olay Yeri: Olay yerinin tam adresi verilmeli veya bilinen bir yer referansı ile tarif edilmelidir.

Yapılan İlk Yardım Müdahaleleri: Herhangi bir ilk yardım uygulaması yapılmışsa, bu müdahalenin neler olduğu kısaca belirtilmelidir.

İstenilen Diğer Bilgiler: Karşı taraftan istenen diğer gerekli bilgiler eksiksiz olarak sağlanmalıdır. Bu bilgilerin doğru ve zamanında verilmesi, Acil Yardım Merkezi'nin olay yerine müdahale edecek sağlık ekiplerinin hızla ve etkili bir şekilde ulaşmasını ve yardım etmesini sağlar (Özköse, 2005; Berg ve ark., 2010; şener ve Yaylacı, 2010).

Dolaşımın değerlendirilmesi aktivasyon aşaması birçok klavuzda yer almaktadır. 2010 yılına ait KPR klavuzlarında, nabız kontrolüne verilen önemin azaltıldığı gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, yapılan çeşitli araştırmalar, halktan gelen kurtarıcıların ve

sağlık personelinin nabızı doğru şekilde tespit etmede güçlük yaşadıklarını ortaya koymuştur (Bahr ve ark., 1997). Bu durum, klinik uygulamalar açısından önemli bir zorluk teşkil etmekte ve nabız tespiti konusunda daha fazla eğitim ve rehberlik ihtiyacını gündeme getirmektedir. Bu nedenle dolaşım kontrolü, sağlık personeli olmayan kişilerin katıldığı ilk yardımcılarının eğitiminden çıkarılmıştır. Acil yardım personelinin dolaşım kontrolü yapması uzun sürebileceğinden ve göğüs basısının gecikmemesi amacıyla, kılavuzda yer alan nabız kontrolünün en fazla 10 saniye sürdürülmesi önerilmektedir. Ayrıca, nabız net bir şekilde hissedilemiyorsa, zaman kaybetmeksizin kalp masajına başlanması gerektiği vurgulanmaktadır. 2015 KPR kılavuzunda ise kurtarıcı, yanıt alınamayan bir hasta veya yaralı için tercihen dolaşım ve solunum kontrolünün hemen sonrasında acil yanıt sistemini aktive etmelidir. İlk yardımcılar zaman kazanmak için solunum ve nabız kontrolünü aynı anda yapabilir ibaresi yer almaktadır (Kayıpmaz, 2017; Neumar ve ark., 2015).

Göğüs basıları, sternumun alt yarısına uygulanır ve bu basıların güçlü ve ritmik bir şekilde yapılması gerekmektedir. Bu uygulama, toraks içi basıncı artırarak kalbi doğrudan sıkıştırır ve kan akımı sağlar. Sonuç olarak, miyokarda ve beyne oksijenli kan akışı sağlanır (Berg ve ark., 2010).

KPR sırasında, dakikada 100-120 hızında kompresyon yapılması önerilmektedir. Ancak, kompresyon sayısının aşırı yüksek olması kalbin diyastolik fazda yeterince dolmasına engel olabilir, bu yüzden kompresyon hızına dikkat edilmelidir. Kompresyonların derinliğinin en az 5 cm olması, ancak 6 cm'yi geçmemesi gerekmektedir. Her göğüs basısı sonrasında göğüs kafesinin tamamen eski haline dönmesine izin verilmesi gereklidir. Aşırı ventilasyon yapılmamalıdır; her soluğun maksimum süresi bir saniye olmalı, göğüs kafesini

yükseltecek şekilde hava hacmiyle verilmelidir. KPR sırasında 30 kompresyon sonrasında 2 defa havalandırma yapılması gerektiği belirtilmektedir (Kleinman ve ark., 2015). Kurtarıcıların yorgunluğu, göğüs basısının oranını veya derinliğini olumsuz etkileyebilir. İki ya da daha çok kurtarıcı bulunduğu durumlarda, yaklaşık olarak her 2 dakikada bir (ya da 30 göğüs basısına 2 suni solunum oranı uygulanan 5 döngü sonrasında) göğüs basısının kalitesinin düşmemesi amacıyla kalp masajı yapan kurtarıcıların değiştirilmesi önerilir. Sağlık profesyoneli olmayan halktan olan kurtarıcılar, OED'nin gelmesine kadar veya hasta kendine gelene kadar ya da acil yardım personeli KPR'yi devralıncaya kadar canlandırma işlemini sürdürmelidir. Göğüs basısı ve solunum oranı ile ilgili yapılan ileri araştırmalar, sağkalım ve nörolojik sonuçları iyileştirebilecek en uygun oranların belirlenmesine yardımcı olabilirken, mevcut kılavuzlar 30:2 oranını tavsiye etmektedir (Babbs ve Kern, 2002; Kleinman ve ark., 2015).

Hava yolu açıklığının değerlendirilmesi, bilinci olmayan bir kazazedenin kas tonusu azaldığında, dil ve/veya epiglot geriye doğru yerçekiminin etkisiyle düşerek hava yolunun kapanmasına neden olabilir. Bu durumda, dilin bağlı olduğu alt çene yukarı ve öne doğru kaldırıldığında, dilin farinks arka duvarından uzaklaşması sağlanır ve hava yolu açılır. Bu işleme Baş Geri, Çene Yukarı (Head Tilt-Chin Lift) Manevrası denmektedir. Başta ve boyunda travma yoksa, kurtarıcı bir elini hasta veya yaralınının alnına koyarak hastanın başını nazik bir şekilde geriye doğru iter. Diğer elin parmak uçlarını ise çenenin altına yerleştirilip, çene öne ve yukarıya doğru itilerek hava yolu açılır. Yapay solunum gerektiği takdirde, baş ve işaret parmakları ile hastanın burun delikleri kapatılabilir. Ancak, bu manevra sırasında çene altındaki yumuşak dokuya aşırı baskı yapılmamalıdır. Ayrıca,

ağzında görünür herhangi bir yabancı cisim var ise, hasta veya yaralınının ağzından çıkarılmalıdır (Özköse, 2005; Berg ve ark, 2010).

Solunum değerlendirilmesi, solunumu olmayan bir kişiye suni solunum yapılması gerektiği genel bir uygulamadır. Eğitimli kurtarıcılar ve sağlık çalışanlarının, 2 soluk vermesi önerilmektedir. Ancak sağlık dışı kurtarıcılar için, eğer kişi isteklilik gösterirse, suni solunum yapılması vurgulanmaktadır (Özköse, 2005; Berg ve ark., 2010). Ayrıca, erişkinlerde suni solunumun iki şekilde yapılabileceği belirtilmiştir; ağızdan ağıza ve ağızdan buruna solunum yöntemleri. Yetişkinlerde ağızdan ağıza suni solunum: Hasta veya yaralının hava yolunun açıklığı sağlanmalı, burun kapatılmalı ve normal bir nefes alınarak kurtarıcının ağızı hasta veya yaralınının ağzını tamamen kavrayacak şekilde bir saniye süreyle soluk verilmelidir. Bu işlem sırasında hastanın göğüs kafesinin kalktığı gözlemlenmelidir. Ardından ikinci kez kurtarıcı soluk verilmelidir. İlk nefesin ardından göğüs kafesinde herhangi bir yükselme gözlemlenmezse, baş-çene manevrası ile hava yolu tekrar açılmalı ve ikinci soluk verilmelidir (Özdilek, 2010).

2.4.2. Çocuklarda ve Bebeklerde Temel Yaşam Desteği

Kardiyopulmoner arrest, çocuklarda erişkinlere göre daha az görülmekte olup, oluşma mekanizmaları ve sonuçları da erişkinlerden farklılık göstermektedir (Atkins ve ark., 2009). Bu farklılığın başlıca sebepleri arasında, çocukların daha hızlı bir metabolizmaya sahip olmaları, solunum ve dolaşım sistemlerindeki anatomik ve fizyolojik farklar ile nörolojik cevaplarının erişkinlerden farklı olması yer almaktadır. Bu sebeple, çocukların

erişkinlerin küçük bir kopyası olmadığı görüşü yaygın olarak kabul edilmektedir (Berg ve ark., 2010).

Yetişkin ve çocuklarda, sağlık profesyoneli olmayan, halktan kurtarıcılarının doğru şekilde müdahale etmesi, nörolojik sağ kalım şansını artırmaktadır. Yetişkinlerde, sadece göğüs kompresyonu ya da TYD uygulanması, hiçbir şey yapılmamasından daha iyi sonuçlar vermektedir. Çocuklarda veya bebeklerde kardiyak arrest durumu ile karşılaşıldığında, yetişkin TYD basamaklarındaki gibi yardım çağrısına geçilmeden önce 2 dakika soluk verilmesi ve sonrasında bir dakika süreyle KPR uygulanmasının önerildiği ifade edilmektedir (Maconochie ve ark., 2015).

Kardiyopulmoner resüsitasyon açısından, bir yaşından daha küçük bireyler "bebek" (infant), bir yaştan itibaren, aksiller kıllanma, ergenlik, veya sekiz yaşına kadar olan bireyler ise "çocuk" olarak kabul edilir. Ergenlik, kadınlarda meme gelişimi ve erkeklerde koltuk altı kıllarının ortaya çıkması ile tanımlanmaktadır. Ergenlik dönemi ve sonrasındaki bireylerde ise erişkin KPR algoritmaları uygulanmaktadır. Yenidoğan ve çocuklara yönelik resüsitasyon teknikleri, erişkinlerle benzer olmakla birlikte, bebek ve çocukların anatomik farklılıkları nedeniyle bazı uygulamalar farklılık gösterebilmektedir (Berg ve ark., 2010; Nolan ve ark., 2010).

Çocuk ve bebeklerin göğüs boşluğu, yetişkinlere göre daha küçük olduğundan, kalp atım sayıları daha fazla olmakta ve çevre organları daha kolay zarar görebilmektedir. Bu farklılıklar, kalp masajı tekniğinde yetişkinlerin kalp masajı tekniğine göre bazı değişikliklere yol açmaktadır (Atıcı, 2010).

Çocuklarda temel yaşam desteği uygulanırken ilk olarak, çocuğun güvenliği sağlanır ve yaşam destek önlemleri alınır. Çocuğun bilinç durumu değerlendirilir. Bilinç kontrolü için çocuğun omuzlarına hafifçe vurulup, yüksek bir sesle "İyi misin?" şeklinde sorular yöneltilir. Bebeklerde ise, ayak topuğuna nazıkçe vurularak bilinç durumu değerlendirilir (Maconochie ve ark., 2015).

Bebek yanıt veriyorsa, kıpırdıyor veya ağlıyorsa ve bulunduğu pozisyon, tehlike arz etmiyorsa değiştirilmeden bırakılır. Durumu dikkatlice değerlendirilir ve gerekirse profesyonel yardım çağrılır. Durum, düzenli aralıklarla yeniden gözden geçirilir ve bebeğin ihtiyaçları doğrultusunda müdahale edilir (Maconochie ve ark., 2015).

Eğer bebek yanıt vermiyorsa, ilk adım olarak yardım çağrılmalıdır. Eğer asfiksi kökenli bir sorun veya nedeni bilinmeyen bir arrest durumu söz konusuysa, yardım çağrılmadan önce KPR başlatılması önerilmektedir. Ancak, kardiyak bir etiyoloji şüphesi varsa, erişkinlerde olduğu gibi önce yardım çağrılmalı ve sonrasında KPR uygulanmalıdır. Teknolojik gelişmeler ve telefon hoparlörünün kullanımı, tek bir kişinin bu yardımı yaparken canlandırma başlatıp aynı anda telefonla tıbbi yardım çağırabilmesine olanak tanımaktadır. Bu yeni öneri, literatürde yer bulmaktadır (Söğütlü ve ark., 2015). Çocuk dikkatli bir şekilde sırtüstü çevrilir. Hava yolu açma için “head tilt” manevrası yapılır: Baş nazıkçe geriye doğru itilerek alın kısmına el yerleştirilir ve aynı anda çene yukarı doğru kaldırılır. Çene altındaki yumuşak dokulara baskı yapmaktan kaçınılmalıdır, özellikle bebeklerde bu dikkat edilmesi gereken önemli bir noktadır. Bu prosedür, özellikle bebeklerde ve küçük çocuklarda hava yolunun açık tutulmasını sağlamak adına kritik öneme sahiptir.

Hava yolunun açık olup olmadığını kontrol etmek için çocuğun başını hafifçe geriye doğru itip, yüzünü çocuğun yüzüne yaklaştırarak, göğüs kafesi gözlemlenir. Bu işlem için "bak, dinle, hisset" yöntemi kullanılır; yani, çocuğun solunumunu gözlenir. Kulak çocuğun ağzına yakın tutarak solunum sesi dinlenir ve elle solunum akışı hissedilir. Bu kontrol işlemi 10 saniyeden fazla sürmemelidir. Solunumun normal olup olmadığıyla ilgili şüphe duyuluyorsa, solunum normal değil gibi düşünülerek davranılmalıdır. Çocuğun solunumu normal ise çocuk, travma geçmişine dikkat edilerek derlenme pozisyonuna alınır. Kurtarıcı kişi veya bir yardımcı hemen yardım için gönderilir. Solunumun sürüp sürmediği düzenli olarak değerlendirilir. Çocuğun solunumu normal değil veya hiç yoksa ve eğer hava yolunu tıkayan bir yabancı cisim bulunuyorsa, bu dikkatlice temizlenmelidir. Ancak, ağız içinde kör bir şekilde parmakla müdahale edilmemelidir. İlk olarak, iki kurtarıcı soluk verilmelidir. Eğer etkili bir solunum sağlanamıyorsa, kalp masajı aşamasına geçilmelidir. Kurtarıcı soluklar verilmeden önce, çocuğun herhangi bir iç çekme veya öksürme gibi reaksiyon gösterip göstermediği dikkatle değerlendirilmelidir (Maconochie ve ark., 2015).

Çocuklarda ağızdan ağıza suni solunum yaparken, solunumun durduğuna karar verdikten sonra çocuğun burun deliklerini, hastanın alnı üzerindeki elin baş ve işaret parmaklarıyla, hava çıkışını ve girişini engelleyecek şekilde kapatılır (Atıcı, 2010). Ardından, arka arkaya iki etkili nefes verilerek, göğüs hareketlerinin gözlemlenmesi sağlanır. Her solunum, yaklaşık bir saniye süreyle yapılmalıdır. Kurtarıcı, suni solunumu verdikten hemen sonra kendi ağzını çocuğun ağzından ve burnundan geriye doğru çeker ve verilen havanın tekrar dışarı çıkmasına izin verir. Hava, çocuğun göğsünü yükseltecek kadar verilmelidir ve hava çıkışı mutlaka gözlemlenmelidir. Eğer göğüs yükselmiyorsa, hava yolu

açıklığını sağlamak için gerekli manevralar tekrar edilmelidir (Bayrakçı, 2006; ILCOR, 2006).

Bebeklerde kurtarıcı solunum yapmak için, bebeğin ağız ve burun deliklerini kapsayacak şekilde, bebeğin ağız ve burnuna ağız yerleştirilir. Ardından, balon üfler gibi hava verilerek, içeriye doğru solunum sağlanır. Bu durumda, verilecek hava miktarının yaklaşık 50 ml olması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır. Hava, ağız içinden verildiğinde yeterli olur. Kurtarıcı, bebeğin baş ve çene pozisyonunu düzgün tutarak, ağız ve burun yoluyla hava girişini sağlarken, göğüs kafesinin eski pozisyona dönüşünü gözlemler. Eğer hava çıkışı gözlemlenmiyorsa, bu durum birkaç nedenle olabilir: Nefes doğru şekilde verilmemiş olabilir, hava yolunun açıklığı yeterince sağlanamamış olabilir veya hava yolu tıkanıklığı mevcut olabilir. Bu durumda, iki kez kurtarıcı soluk verilmesi önerilir (Atıcı, 2010; Berg ve ark., 2010; Nolan ve ark., 2010). Göğüs kompresyonlarına başlanır ve suni solunum ile göğüs kompresyonları birleştirilir. Çocuklarda, kompresyon ve ventilasyon oranı 30:2 olarak uygulanır (Maconochie ve ark., 2015).

Çocuklarda ve bebekte göğüs kompresyonu için birçok teknik kullanılmaktadır. Tüm çocuklarda, sternumun alt yarısına doğru kompresyon uygulanmalıdır. Göğüs kafesinin ortasında bulunan ksifoid çıkıntısı, karın bölgesine baskı yapılmaması için bir referans noktası olarak kullanılır. Bu çıkıntının hemen üzerine, sternuma uygulanan kompresyon derinliği, toraksın ön-arka mesafesinin yaklaşık olarak üçte biri kadar olmalıdır. Bu derinlik, bebeklerde yaklaşık 4 cm, çocuklarda ise 5 cm civarındadır. Kompresyonlar hızlı ve güçlü olmalı, dakikada 100-120 kez tekrarlanmalıdır. Solunum desteği 30 kompresyondan sonra, hastanın başı geriye itilir ve çene yukarı kaldırılır. Ardından, iki etkin solunum yapılır.

Bebeklere göğüs kompresyonu yapılırken, kurtarıcı iki parmağını kullanarak sternuma bası yapar. Uygulanan basının derinliği, toraksın ön-arka mesafesinin üçte biri kadar, yani yaklaşık 4 cm olmalıdır (Nolan ve ark., 2010; ILCOR, 2006; Maconochie ve ark., 2015).

Bir yaştan üzerindeki çocuklarda göğüs basısı uygulanırken, bir elin topuk kısmı sternumun alt yarısının orta kısmına yerleştirilir ve parmakların çocuğa temas etmemesi sağlanır. Kompresyon, dirsekler bükülmeden, göğüs kafesinin derinliğinin yaklaşık 1/3 oranında (yaklaşık 5 cm) çökecek şekilde sternuma yapılır. Daha iri çocuklarda veya kurtarıcı küçükse, iki el ile (yetişkin göğüs basısı) parmaklar birbirine kenetlenerek kompresyon uygulanması, işlemi daha rahat hale getirebilir (ILCOR, 2006; Nolan ve ark., 2010; Maconochie ve ark., 2015).

Resusitasyon, çocuk hayati belirtiler gösterinceye, acil yardım ekibi gelinceye, kurtarıcı tükeninceye dek sürdürülür. Bilinç kapalı, hava yolu açıklığı ve spontan solunumu olan çocuk yan tarafına çevrilerek “Koma (derlenme) pozisyonuna” getirilir. Yetişkin koma pozisyonu çocuklar için de kullanılır (ILCOR, 2006; Nolan ve ark., 2010).

Bebeklerde koma pozisyonu, bebek emzirme pozisyonunda tutularak, kucağa alınır, bebeğin yüzü kurtarıcıya bakacak biçimde yana çevrilerek acil yardım gelene kadar gözlemlenir. (AHA, 2020).

2.5. Otomatik Eksternal Defibrilatör (OED) ve Defibrilasyon

2.5.1. OED nedir?

OED, temel yaşam desteğinde kullanılan tek cihazdır. Cihaz, ilk yardımcı cihazın açma tuşuna bastığında ya da sadece cihazın kapağını açtığında çalışmaya başlar ve temel yaşam desteği sürecini yönetebilecek şekilde ilk yardımcıyı yönlendirir. Talimatları etkili ve kısadır (Rhee ve ark., 2009). Defibrilasyon, kalbin kas dokusunu elektriksel bir akımla uyarak miyokardın depolarizasyonunu sağlar ve kalp ritmini normal sinüs ritmine çevirmeye yardımcı olur (Nichol ve ark., 2017). Elektrik akımının kalp üzerindeki defibrilasyon etkisi, ilk defa 1899 yılında yapılan bir deney hayvanları çalışmasında gözlemlenmiştir (Ball ve Featherstone, 2019). Ventriküler defibrilasyon, ilk defa 1947’de bir ameliyat sırasında 14 yaşındaki bir erkek hastaya uygulanmıştır (Beck ve ark., 1947). 1960’lı yıllara kadar, internal ve eksternal defibrilasyon cihazları taşınabilir boyutlarda kullanılmamış ve şok uygulamak için bir güç kaynağına ihtiyaç duyulmuştur. Taşınabilir defibrilasyon cihazının ilk kez kullanımı ise 1967 yılında rapor edilmiştir (Pantridge ve Geddes, 1967). 1960’lı yıllardan itibaren defibrilasyon cihazları geliştirilmeye başlanmış ve günümüzde taşınabilir, batarya ile çalışan, otomatik defibrilasyon uygulayabilen OED cihazları üretilmiştir. OED cihazı, defibrilasyon pedleri hastanın göğüs kısmına yerleştirildikten sonra, kalp ritmini otomatik olarak analiz eder. Eğer gerekirse, cihaz kullanıcıya sesli ve görsel uyarılarla şok uygulama talimatı verir. OED, sesli ve yazılı komutlar, alarm sesleri ve ışıklı göstergelerle kullanıcıya rehberlik ederek kurtarma sürecine destek olur.

Erken defibrilasyon uygulaması, Ani Kardiyak Arrest (AKA) sonrası sağ kalımı en fazla etkileyen müdahaledir. Tanıklı kardiyak arrest vakalarında, başlangıç ritmi genellikle VF olmaktadır ve bu durumun tedavisinde en etkili yöntem defibrilasyondur. Defibrilasyonun etkinliği zamanla hızlı bir şekilde azalır; zira ventriküler fibrilasyon birkaç dakika içinde asistol ritmine dönüşme eğilimindedir. Kardiyak arrest sonrası defibrilasyonun gecikmesi, sağ kalım oranlarında önemli bir düşüşe yol açar. Defibrilasyonun her bir dakika gecikmesi sağ kalım oranını %7-10 oranında düşürmektedir. İlk dakikada defibrilasyon uygulandığında sağ kalım oranı %90 civarındayken, beş dakika sonra bu oran %50, yedi dakika sonra %30, 9-11 dakika sonra %10'a ve 12 dakikadan sonra %2-5 seviyelerine inmektedir (Koster, 2002).

Güvenilir ve mobil bir cihaz olan OED'ler TYD'nin yönetilmesindeki kurtarıcıdan kaynaklanan hataları ve gecikmeleri önlemeyi sağlar. OED'ler hastanın göğüs bölgesinin ön ve yan kısmına yapıştırılan elektrodlar aracılığı ile ölümcül ritimleri analiz edebilir ve şok verilmesi gerekip gerekmediğine karar verir. Yapılan bu girişimle hayatta kalan hastaya müdahale için gelen profesyonel acil sağlık çalışanları tarafından yapılan tedavinin yapılabilmesi olasıdır.

Tam otomatik ve yarı otomatik olarak iki çeşit defibrilatör vardır. Şok vermek üzere üstünde tuşu bulunan modellere yarı otomatik defibrilatör denir. Otomatik eksternal defibrilatörler TYD'de ölümcül ritimlerde en önemli, hızlı ve güvenli yaklaşımdır. OED'nin uyguladığı elektro şok uygulamasının adına defibrilasyon denir. Kalbin verimli çalışmasını sağlayacak bir ritmin ortaya çıkabilmesi için gerekli depolarizasyonun oluşmasını sağlar.

Tekrarlanması gerekebilir. Defibrilatörler uyguladıkları enerji moduna göre Monofazik ve Bifazik olarak ikiye ayrılır (Wik ve ark., 2005).

Çalışma ilkesi olarak bakıldığında defibrilatörlerin tümü aynıdır, fakat uygulanan akım miktarı değişiklik gösterebilir. Kalbe uygulanan elektro şokun kalbe olan yakınlığı arttıkça kalbin ihtiyacı olan akım miktarında o oranda azalır (Wik ve ark., 2005).

Tarihsel açıdan incelendiğinde alternatif akım enerji tipinde çalışan defibrilatörler 1960'lı yıllara dayanmaktadır. Atrial fibrilasyonu alternatif akım enerjisi ortadan kaldırılabirirken, daha ölümcül sonuçlar doğurabilen abilen ventriküler fibrilasyon ritmine neden olma ihtimalinden dolayı günümüzde kullanılmamaktadır. Bunun yerinde doğru akım defibrilatörler üretilmiştir. Monofazik defibrilasyon uygulandığında hücrelere tek taraflı ve kısa süreli yüksek akımlı defibrilasyon üretir. Günümüzde son zamanlarda kullanımı oldukça artan bir diğer yöntem ise bifazik defibrilasyondur. İki yönlüdür ve hücreleri iki defa akıma maruz bırakır. Akım kalp dokusunda en yüksek dozla başlangıç yapar ve zamanla azalır. Monofazik defibrilatörlere göre uygulanan doz düzeyi daha azdır. (Wik ve ark., 2005).

OED cihazları Acil Tıp alanında 1980'li yıllarda yerini almaya başlamıştır. OED cihazlarının kullanımının en az manuel defibrilatörler kadar efektif olduğu kanıtlanmış ve kullanımı yaygınlaşmıştır. Bazı durumlarda polis, itfaiye gibi ekiplerin ambulans ekiplerinden daha önce ulaşıyor olması nedeniyle bazı ülkeler bu gruplara OED'ler vermiş daha sonra etkileri takip edilmiştir (Weaver ve ark., 1988).

2.5.2. Şoklanabilir ve Şoklanamaz Ritimler

Her iki durumda da KPR'ye zaman kaybetmeden başlanmalıdır. Ventriküler Fibrilasyon (VF), Ventrikül kası içinde düzensiz biçimde dolaşan kalp uyarıları, ventrikül kasının farklı bölümlerini sırasıyla uyararak kasılma hareketini sürekli hale getirir. Bu durumda, ventrikül kasının çoğu küçük kısmı aynı anda kasılırken, bir kısmı gevşer. Sonuç olarak, ventrikül kası, kalbin normal pompalama döngüsünde olduğu gibi toplu ve ahenkli bir şekilde kasılamaz (Aktaş ve Ceyhan, 2023). VF sırasında elektrokardiyogram, hızlı, düzensiz ve dismorfik bir desende olur (Chattipagorn ve ark., 2005). VF, hızla gelişen hemodinamik kollaps ile ilişkilidir ve hastane dışı kardiyak arrestin en yaygın nedenlerinden biridir. Bu aritmi durumunda kalp kan pompalayamaz ve dolaşım durur (Aktaş ve Ceyhan, 2023). VF durumunda, hemen defibrilasyon yapılmalı ve KPR başlatılmalıdır (AHA, 2020).

Ventriküler taşikardi (VT), ventriküllerdeki ektopik bir odağın pacemaker işlevi görerek dakikada 150-250 atıma neden olan bir durumdur (Ovayolu ve Ovayolu, 2016). VT, kardiyovasküler hastalıklar ve ölüm oranları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve genellikle miyokard infarktüsü veya kardiyomiyopati gibi yapısal kalp hastalıklarıyla ilişkilidir. Üç veya daha fazla ekstra sistol, ventriküler taşikardi olarak kabul edilmektedir; sürekli VT (yaklaşık 30 atım ve üzeri) sıklıkla ventriküler fibrilasyona dönüşebilir ve bu durum ölümle sonuçlanabilir. Bu nedenle, ani kardiyak ölümlerin büyük bir kısmı ventriküler taşikardiden kaynaklanmaktadır. VT, hızla ventriküler fibrilasyona dönüşebileceği için doğru bir şekilde teşhis edilmesi ve tedavi edilmesi hayati öneme sahiptir. VT, kararsız (30 saniyeden kısa) veya stabil (30 saniyeden uzun süreli ve hemodinamik bozukluklarla birlikte) şekillerde altta

yatan nedenlere bağılı olarak gelişebilir (Aktaş ve Ceyhan, 2023; Deniz ve Demir, 2016). Nabız alınamayan VT durumunda, ventriküler fibrilasyon gibi, derhal KPR başlanmalı ve defibrilasyon için hazırlıklı olunmalıdır (AHA, 2020; Tahboub ve Dal Yılmaz, 2019).

Asistoli kardiyak output ve ventriküler depolarizasyon olmaksızın kalbin durması olarak tanımlanır. Bu durum uzamış miyokardiyal iskemi nedeniyle kötü bir prognoza sahiptir. Asistoli birincil ve ikincil olabilir. Birincil asistoli kalbin elektriksel sisteminde yetersizlik sonucu ventriküler depolarizasyon oluşturmamasıdır. İkincil asistoli kalp harici nedenlerle kalbin elektriksel aktivitesindeki yetersizlik sebebiyle oluşur. Bu durum genellikle hipoksi ve asidozla sonuçlanır. Kardiyak arrest gelişen hastaların ne kadarında başlangıç ritminin asistoli olduğunu söylemek oldukça zor olsa da, yaklaşık %25-56 olarak tahmin edilmektedir. Ayrıca kardiyak arrest gelişen çocuklarda en sık asistoli tespit edilmektedir (%90-95). Asistolinin mortalitesi altta yatan nedenlere göre değişir. Tanısını hızlı bir şekilde koymak gerekir. En az iki ardışık derivasyonda düz çizgi görülmelidir. Eğer ciddi anlamda birkaç saniyeden uzun süren bir süre izlenen ritim asistoli ise hastanın şuuru kapalı ve cevap yoktur. Birkaç agonik solunum tespit edilebilir ama kalp sesi ve periferik nabızlar hissedilemez (Lindholm ve Campbell, 1998).

Nabızsız Elektriksel Aktivite (NEA) EKG’de perfüzyon oluşturmaları beklenen bir ritim olmasına rağmen hastada dolaşımın reel olarak olmaması halidir. VT veya VF dışındaki elektrikselsel aktivite saptanması bu tip aritmiyi tanımlar. Bu ritimler genellikle son anlarını yaşayan myokardın son elektrikselsel aktivitesini gösteriyor olabilir ya da spesifik elektrikselsel bozukluğu işaret eder (Marill ve Williamson, 2002).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amacıyla metodolojik (yöntembilimsel) olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini Tokat İl Sağlık Müdürlüğü İlk Yardım Eğitim Merkezinde ilk yardım eğitimi alan bireyler oluşturmuştur. 2022 yılı verilerine göre yıllık eğitim alan kişi sayısı ortalama 1094 olarak belirlenmiştir. Ölçek uyarlama çalışması için, örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapılacak ölçek ifadesi sayısının en az on katı büyüklüğünde olması gerektiği belirtilmektedir (Tavşancıl, 2019). Bu nedenle 20 maddelik ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için en az 200 ilk yardım eğitimi almış birey ile yapılması gerekmektedir. Araştırmanın örneklemine araştırmaya katılmayı kabul eden kursiyerler dahil edilmiştir. Araştırma örneklemini Tokat İl Sağlık Müdürlüğü İlk Yardım Eğitim Merkezinde, 2022 ve 2023 yıllarında ilk yardım eğitimi alan, ilk yardım belgesi güncel 274 kişi oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- İlk yardım eğitimi almış olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

3.2.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (Ek 5) ve Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği (Ek 6) kullanılmıştır.

Kişisel bilgi formu katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuğu olma durumu, öğrenim durumu, meslek, son işyerinde çalışma süresi, gelir durumu, ailede sağlık personeli varlığı, daha önce temel yaşam desteği uygulama durumu ve daha önce otomatik şok cihazı uygulama durumunu belirlemeye yönelik toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği dörütlü likert tipte 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin beş alt boyutu vardır. Otomatik eksternal defibrilatörü yerleştirme stratejilerine ilişkin algı. Temel yaşam desteği ve otomatik eksternal defibrilatörün önemine ilişkin algı. Temel yaşam desteği uygulama ve otomatik eksternal defibrilatör kullanma sırasında kazazedelerin yaralanmasına ilişkin endişeler. Temel yaşam desteği uygulamasının ve otomatik eksternal defibrilatör kullanımının yasalarauygunluğuna ilişkin endişeler. Temel yaşam desteği uygulama ve otomatik eksternal defibrilatör kullanmaya ilişkin güven ve istekliliktir. Ölçek cevapları “kesinlikle katılmıyorum= 1”, “katılmıyorum= 2”, “katılıyorum= 3”, “kesinlikle katılıyorum= 4” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 80, en düşük puan 20’dür. Ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması kapsamında toplam Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ,77 olarak belirlenmiştir (Chew ve ark., 2019).

3.2.2. Araştırmanın Uygulama Süreci

Araştırma öncesi Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği (Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillator Training and Placement Bilingual Questionnaire) geliştiren araştırmacılardan (Dr. Chew ve ark.) uygulama izni alınmış ve süreç kapsamında ölçeğin Türkçe 'ye uyarlanması talep edilmiştir. İlk aşamada ölçek maddeleri araştırmacılar tarafından Türkçe 'ye çevrilmiştir. Dil geçerliliği için Ölçeğin Türkçe 'den İngilizce 'ye tekrar çevirisi yapılmıştır.

Ölçeğin Türkçeye çevrilen versiyonu “uzman görüşü formu” (Ek 7) ile 14 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşü formu yüz yüze çıktı alınarak kullanılmıştır. Form Content Validity Index ismiyle Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilmiştir. Formda derecelendirme yapılmıştır. Derecelendirmede her maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak 1=Uygun değil; 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerek; 3=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor; 4=Çok uygun kullanılmıştır. Formu değerlendirmek için 2 İngilizce bölümünde öğretim üyesi olarak görev yapan, 2 Türk Dili ve Edebiyatı bölümünde öğretim üyesi olarak görev yapan, 4 hemşirelik alanında uzman ve yurtdışında öğretim üyesi olarak görev yapmış olan, 6 hemşirelik alanında uzman ilk yardım eğitimi eğitimi belgesine sahip olan uzman tarafından değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerine göre maddelerin kapsam geçerliği Davis (1992) Tekniği ile incelenmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda maddeler üzerinde gerekli düzeltmeler ve değişiklikler yapılmıştır. Ölçek maddeleri uygulanmadan önce araştırmaya katılmayan 20 kursiyer üzerinde denenerek ön uygulama yapılmıştır. Uzman görüşleri ve ön

uygulama sonrası maddelere son şekli verilmiştir. Anketler katılımcılara uygulanmış. Uygulama bittikten iki hafta sonra 30 kişiye anketler tekrar uygulanmıştır.

3.2.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verilerin normal dağılım özelliğini belirlemek amacıyla normallik testlerinden Skewness ve Kurtosis Testleri ve değerleri incelenmiştir. Skewness ve Kurtosis değerlerine göre, ölçek toplam puanının -1,5 ve +1,5 arasında olduğu ve normal dağılım gösterdiği bulunmuştur (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Ölçeğin geçerlilik özelliklerini belirlemek amacıyla yapı geçerliliği için Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. DFA analizi kapsamında çoklu uyum indeksleri olan GFI (Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), NFI (Normed Fit Index), NNFI (Non-Normed Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), AGFI (Adjusted Goodness-of-fit Index) and SRMR (Standardized Root Mean Square) incelenmiştir. Ölçeğin güvenirliğinde iç tutarlılık katsayılarını belirlemek maksadıyla Cronbach Alfa güvenirlik analizleri ve madde korelasyon analizleri yapılmıştır.

Kapsam geçerliği ölçme aracı ile ölçülmek istenen konunun tutarlılığını analiz etmek için kullanılır. Bu çalışmada Davis (1992) tekniği kullanılmıştır. 14 uzmanın görüşü alınarak her bir uzmanın değerlendirme formunda, her madde için 1=Uygun değil; 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerek; 3=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor; 4=Çok uygun şeklinde puan vermiştir. Formda üç ve dört puan veren uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddelerin kapsam geçerlik indeksleri (KGİ) hesaplanmıştır. Maddelerin geçerli olması için KGİ değerinin 0,80 üzeri olması gerekmektedir (Polit ve Beck 2006).

Ölçeğin güvenirliliği için Cronbach Alfa güvenirlilik analizleri, test tekrar test ve madde korelasyon analizleri yapılmıştır. Araştırmanın yüzde sayı gibi tanımlayıcı analizi ve madde analizi çalışmaları için SPSS 25.0 Programı kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi Lisrel 8.2 Programı ile yapılmıştır.

3.2.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırmada kullanılacak olan ölçekleri geliştiren Dr. Chew'den kullanım izni alınmıştır (EK 2).

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (03.04.2023 tarih ve 01-37 sayı) gerekli izinler alınmıştır (EK 3-1). Etik kurul dosyası **“İlk Yardım Eğitimi Alan Bireylerin Temel Yaşam Desteği ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanımının Önemine İlişkin Algı, Endişe ve Özgüvenleri”** başlığı ile iki aşamalı bir çalışma olarak hazırlanmıştır. **Dosyada Temel Yaşam Desteği ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması ilk aşama, ölçeğin kullanımı ikinci aşama olarak yer almaktadır.** Tez öneride bu amaçla metodolojik ve tanımlayıcı olarak iki aşamalı çalışma olarak beyan edilmiştir. İki aşamanın tarih, uygulama, örneklem içeriği benzer değildir. **Bu tez kapsamında savunmada ilgili çalışmanın sadece ilk aşaması sunulabilmektedir.** Etik kurula **savunma sonrası** bilgi aktarılmış olup, etik kurul izninin ilk hali ve düzeltme sonrası başlıkla olmak üzere iki hali de (iki aşaması da) (31.12.2024 tarih ve 01-12 sayı) ektedir (Ek 3-2).

Araştırmanın yapılacağı Tokat İl Sağlık Müdürlüğü İlk Yardım Eğitim Merkezi'nden (04.09.2023 tarih ve E-87064461-044-223551029 sayılı yazısı) kurum izni

alınmıştır (EK 4). Araştırmaya katılacak olan katılımcılardan yazılı araştırmaya katılım izni, onam alınmıştır (EK 1).



4. BULGULAR

Araştırma, Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin (TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği) Türkçe'ye uyarlanması amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmaktadır.

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve İlk Yardımla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

4.3. Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve İlk Yardımla İlgili Özelliklerine

İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve İlk Yardımla İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=274)

Sosyo-demografik özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	224	81,8
	Kadın	50	18,2
Yaş	18-24	25	9,1
	25-34	175	63,9
	35 ve üzeri	74	27,0
Gelir	Gelir giderden az	41	15,0
	Gelir gidere eşit	182	66,4
	Gelir giderden fazla	51	18,6
Öğrenim durumu	İlkokul veya ortaokul	15	5,5
	Lise mezunu	91	33,2
	Üniversite mezunu	168	61,3
Medeni durum	Evli	195	71,2
	Bekar	79	28,8
Çocuk varlığı	Evet	166	60,6
	Hayır	108	39,4
Çalışma yılı	Bir yıl ve altı	30	10,9
	İki yıl	132	48,2
	Üç yıl ve üzeri	112	40,9
Ailesinde sağlık çalışanı olma	Evet	56	20,4
	Hayır	218	79,6
TYD uygulama	Evet	28	10,2
	Hayır	246	89,8
OED uygulama	Evet	11	4,0
	Hayır	263	96,0

Araştırmaya katılan bireylerin %81,8'i erkektir, 25-34 yaş arasında olan bireylerin oranı yüksektir (%63,9). Katılımcıların yaklaşık dörtte birinin gelir durumu, geliri giderinden az (%15,0) veya eşittir (%66,4). Üniversite mezunu olan katılımcıların oranı diğerlerinden fazladır (%61,3). Katılımcıların %71,2'si evli, %60,6'sının çocuğu vardır. Katılımcıların

çoğunluğu iki yıl ve daha fazla uzun süredir çalışmaktadır (%89,1). Katılımcıların %79,6'sının ailesinde sağlık çalışanı bulunmamaktadır. Katılımcıların çoğunluğu temel yaşam desteğini (%89,8) ve otomatik eksternal defibratörü (%96,0) gerçek hayatta uygulamamıştır (Tablo 4.1).

4.2. Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör

Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Normallik Varsayımı ve Güvenirlik Analizi İle İlgili Özellikler (n=274)

Ölçek ve alt boyutları	$\bar{x}$	ss	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach's Alpha
TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği	67,31	8,41	-0,51	-0,28	0,81
OED yerleştirme stratejilerine ilişkin algı	17,41	3,71	-1,37	0,90	0,88
TYD ve OED'in önemine ilişkin algı	14,84	1,96	-1,33	0,15	0,92
TYD uygulama ve OED kullanma sırasında kazazedelerin yaralanmasına ilişkin endişeler	14,22	4,42	-0,08	-1,06	0,86
TYD uygulamasının ve OED kullanımının yasalara uygunluğuna ilişkin endişeler	6,80	1,88	-1,15	-0,23	0,90
TYD uygulama ve OED kullanmaya ilişkin güven ve isteklilik	14,00	2,81	-1,23	0,37	0,84

Araştırmadaki verilerin dağılımlarının belirlenmesi ve güvenilirlik analizi Tablo 2'de verilmiştir. TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin madde toplamalarının çarpıklık değeri -0,51 basıklık değeri -0,28 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin madde toplamalarının ortalaması $67,31 \pm 8,41$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak bulunmuştur. Ölçeğin

OED yerleştirme stratejilerine ilişkin algı alt boyutu çarpıklık değeri -1,37 basıklık değeri 0,901 olarak belirlenmiştir. Boyutun madde toplamalarının ortalaması $17,41 \pm 3,71$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. Ölçeğin TYD ve OED'in önemine ilişkin algı alt boyutu çarpıklık değeri -1,33 basıklık değeri 0,15 olarak tespit edilmiştir. Boyutun madde toplamalarının ortalaması $14,84 \pm 1,96$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak saptanmıştır. Ölçeğin TYD uygulama ve OED kullanma sırasında kazazedelerin yaralanmasına ilişkin endişeler alt boyutu çarpıklık değeri -0,084 basıklık değeri -1,06 olarak tespit edilmiştir. Boyutun madde toplamalarının ortalaması $14,22 \pm 4,42$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak saptanmıştır. Ölçeğin TYD uygulamasının ve OED kullanımının yasalara uygunluğuna ilişkin endişeler alt boyutu çarpıklık değeri -1,15 basıklık değeri -0,23 olarak tespit edilmiştir. Boyutun madde toplamalarının ortalaması $6,80 \pm 1,88$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak saptanmıştır. Ölçeğin TYD uygulama ve OED kullanmaya ilişkin güven ve isteklilik alt boyutu çarpıklık değeri -1,23 basıklık değeri 0,371 olarak tespit edilmiştir. Boyutun madde toplamalarının ortalaması $14,00 \pm 2,81$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak saptanmıştır.

TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin iç tutarlılığını ölçmek için iç tutarlılık katsayısını Cronbach Alfa (güvenirlik katsayısı) hesaplanmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach alpha katsayısı 0,81 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin OED yerleştirme stratejilerine ilişkin algı alt boyutu Cronbach alpha katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin TYD ve OED'in önemine ilişkin algı alt boyutu Cronbach alpha katsayısı 0,92 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin TYD uygulama ve OED kullanma sırasında kazazedelerin yaralanmasına ilişkin endişeler alt boyutu Cronbach alpha katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur. Ölçeğin TYD uygulamasının ve OED kullanımının yasalara uygunluğuna ilişkin endişeler alt boyutu

Cronbach alpha katsayısı 0,90 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin TYD uygulama ve OED kullanmaya ilişkin güven ve isteklilik alt boyutu Cronbach alpha katsayısı 0,84 olarak belirlenmiştir (Tablo 4 2).

Tablo 4.3. Normallik varsayımı ve test-tekrar test özellikleri (n=30)

Ölçek	Çarpıklık	Basıklık	$\bar{x}$	ss	r	p
TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği Testi	-0,27	-0,33	65,53	8,05	0,59	0,001
Test Tekrar Testi	-0,25	-0,55	67,23	9,12		
OED yerleştirme stratejilerine ilişkin algı Testi	-0,68	-0,40	15,66	3,63	0,70	0,000
Test Tekrar Test	-0,85	-0,35	16,50	3,86		
TYD ve OED'in önemine ilişkin algısı Testi	-1,255	-0,233	14,900	1,84	0,58	0,001
Test Tekrar Test	-1,41	0,90	14,33	2,70		
TYD uygulama ve OED kullanma sırasında kazazedelerin yaralanmasına ilişkin endişeler Testi	0,36	-1,16	13,86	4,15	0,66	0,001
Test Tekrar Test	-0,11	1,48	15,10	4,47		
TYD uygulamasının ve OED kullanımının yasalara uygunluğuna ilişkin endişeler Testi	-1,47	0,98	6,96	1,75	0,60	0,001
Test Tekrar Test	-1,18	-0,13	7,03	1,49		
TYD uygulama ve OED kullanmaya ilişkin güven ve isteklilik Testi	-1,27	0,26	14,13	2,68	0,69	0,001
Test Tekrar Test	-1,26	0,33	14,26	2,62		

$\bar{x}$ =ortalama (mean) değeri, ss=Standart Sapma, r=Peason korelasyon analizi

Test tekrar test verilerinin dağılımlarının belirlenmesi ve güvenilirlik analizi Tablo 4,3'te verilmiştir. TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği Test'inin madde

toplamlarının çarpıklık değeri -0,27 basıklık değeri 0,33 olarak bulunmuştur. Testin madde toplamlarının ortalaması $65,53 \pm 8,05$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği Tekrar Test'inin madde toplamlarının çarpıklık değeri -0,25 basıklık değeri 0,55 olarak bulunmuştur. Testin madde toplamlarının ortalaması $67,23 \pm 9,12$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği test ve tekrar testi arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizine göre incelenmiştir. İki test arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,59$; $p=0,001$).

OED yerleştirme stratejilerine ilişkin algı alt boyutu Test'inin madde toplamlarının çarpıklık değeri -0,683 basıklık değeri -0,407 olarak bulunmuştur. Testin madde toplamlarının ortalaması $15,66 \pm 3,63$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. OED yerleştirme stratejilerine ilişkin algı alt boyutu Tekrar Test'inin madde toplamlarının çarpıklık değeri -0,85 basıklık değeri -0,35 olarak bulunmuştur. Testin madde toplamlarının ortalaması $16,50 \pm 3,86$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. OED yerleştirme stratejilerine ilişkin algı alt boyutu test ve tekrar testi arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizine göre incelenmiştir. İki test arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,70$; $p=0,000$).

TYD ve OED'in önemine ilişkin algı alt boyutu Test'inin madde toplamlarının çarpıklık değeri -1,25 basıklık değeri -0,23 olarak bulunmuştur. Testin madde toplamlarının ortalaması $14,90 \pm 1,84$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. TYD ve OED'in önemine ilişkin algı alt boyutu Tekrar Test'inin madde toplamlarının çarpıklık değeri -1,41 basıklık değeri 0,90 olarak bulunmuştur. Testin madde toplamlarının ortalaması $14,33 \pm 2,70$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. TYD ve OED'in önemine ilişkin algı alt

boyutu test ve tekrar testi arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizine göre incelenmiştir. İki test arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,58$; $p=0,001$).

TYD uygulama ve OED kullanma sırasında kazazedelerin yaralanmasına ilişkin endişeler alt boyutu Test'inin madde toplamalarının çarpıklık değeri 0,36 basıklık değeri -1,16 olarak bulunmuştur. Testin madde toplamalarının ortalaması $13,86 \pm 4,15$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. TYD uygulama ve OED kullanma sırasında kazazedelerin yaralanmasına ilişkin endişeler alt boyutu Tekrar Test'inin madde toplamalarının çarpıklık değeri -0,11 basıklık değeri 1,48 olarak bulunmuştur. Testin madde toplamalarının ortalaması $15,10 \pm 4,47$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. TYD uygulama ve OED kullanma sırasında kazazedelerin yaralanmasına ilişkin endişeler alt boyutu test ve tekrar testi arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizine göre incelenmiştir. İki test arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,66$; $p=0,001$).

TYD uygulamasının ve OED kullanımının yasalara uygunluğuna ilişkin endişeler alt boyutu Test'inin madde toplamalarının çarpıklık değeri -1,47 basıklık değeri 0,98 olarak bulunmuştur. Testin madde toplamalarının ortalaması $6,96 \pm 1,75$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. TYD uygulamasının ve OED kullanımının yasalara uygunluğuna ilişkin endişeler alt boyutu Tekrar Test'inin madde toplamalarının çarpıklık değeri -1,18 basıklık değeri -0,13 olarak bulunmuştur. Testin madde toplamalarının ortalaması $7,03 \pm 1,49$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. TYD uygulamasının ve OED kullanımının yasalara uygunluğuna ilişkin endişeler alt boyutu test ve tekrar testi arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizine göre incelenmiştir. İki test arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,60$; $p=0,001$).

TYD uygulama ve OED kullanmaya ilişkin güven ve isteklilik alt boyutu Test'inin madde toplamalarının çarpıklık değeri -1,27 basıklık değeri 0,26 olarak bulunmuştur. Testin madde toplamalarının ortalaması $14,13 \pm 2,68$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. TYD uygulama ve OED kullanmaya ilişkin güven ve isteklilik alt boyutu Tekrar Test'inin madde toplamalarının çarpıklık değeri -1,26 basıklık değeri 0,33 olarak bulunmuştur. Testin madde toplamalarının ortalaması $14,26 \pm 2,62$ (ortalama $\pm$ standart sapma) olarak belirlenmiştir. TYD uygulama ve OED kullanmaya ilişkin güven ve isteklilik alt boyutu test ve tekrar testi arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizine göre incelenmiştir. İki test arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,69$; $p=0,001$).

4.3. YD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin Geçerliliğine İlişkin

Bulgular

Tablo 4.4. Ölçek Maddeleri Türkçe Anlaşılabilirlik, İngilizce-Türkçe Uyum, Alan Uzmanı Uygunluğu ile İlgili Özellikler (n=14)

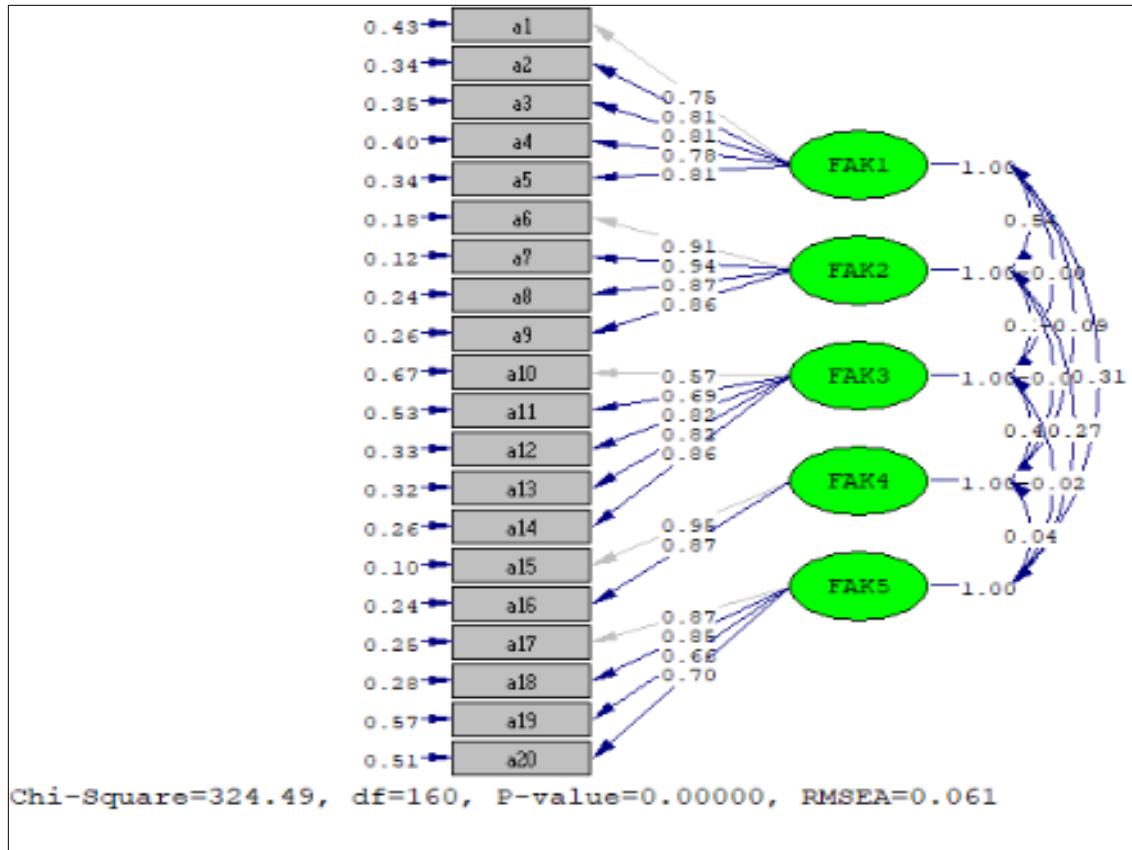
Ölçek Maddeleri	1 Uygun değil	2 Bira uygun	3 Uygun	4 Çok uygun	KGI
M1	0	0	3	11	1,000
M2	0	1	2	11	0,929
M3	0	0	4	10	1,000
M4	0	0	2	12	1,000
M5	0	0	2	12	1,000
M6	0	0	2	12	1,000
M7	0	1	2	11	0,929
M8	0	0	3	11	1,000
M9	0	2	1	11	0,857
M10	0	1	2	11	0,929
M11	0	1	2	11	0,929
M12	0	0	4	10	1,000
M13	0	0	3	11	1,000
M14	0	0	3	11	1,000
M15	0	1	4	9	0,929
M16	0	1	2	11	0,929
M17	0	0	3	11	1,000
M18	0	0	2	12	1,000
M19	0	2	3	9	0,857
M20	0	0	3	11	1,000

Ölçeğin maddelerine ilişkin Türkçe anlasılabilirlik, İngilizce Türkçe uyum, alan uzmanı uygunluğu ile ilgili ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4,4'te verilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliliği için ölçek maddelerinin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) en az 0,857 en çok 1,000 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett Testi İlgili Özellikler

Testler	Değerler
Kaiser-Meyer-Olkin	0,819
Bartlett Testi	X^2 3360,22
	ss 190
	p 0,001

Araştırmadaki örneklem yeterliliğini incelemek için kullanılan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve değişkenler arasındaki korelasyonun yeterli olup olmadığını incelemek için kullanılan Bartlett Testi ile ilgili özellikler Tablo 4,5'te verilmiştir. KMO testinin 0,81 değerinde olduğu tespit edilmiştir. Bartlett Testi'ne göre ki kare değeri 3360,22 standart sapma değeri 190 anlamlılık değeri 0,001 olarak bulunmuştur.



*Chi-Square: χ^2 : Ki kare değeri, df:sd: Serbestlik derecesi; P-value: p: Anlamlılık değeri; RMSEA= Yaklaşık hataların ortalama karekökü

Şekil 4.1. Ölçeğin çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizine ilişkin yol analizi göre ifadelerin faktör dağılımları ve yük değerleri

Bu çalışmada χ^2 /sd doğrulayıcı faktör analizi ölçeğin yapı geçerliğinin incelenmesi amacıyla kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucundan elde edilen ki kare uyum iyiliği (χ^2 /sd) oranının 2,028 olduğu ($\chi^2=324,49$, $sd=160$, $p=0.01$) olduğu bulunmuştur (Şekil 1).

Tablo 4.6. Doğrulamalı Faktör Analizi Uyum İndeksleri, Mükemmel Ve Kabul Edilebilir Değerleri

İndeksler	Değer	Kabul edilebilir değer
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)	0,06	$0,05 < RMSEA < 0,08^{**}$
Ölçeklendirilmiş Uyum İyiiliği değerleri (NFI)	0,94	$0,90 \leq NFI \leq 0,95^*$
Ölçeklendirilmemiş Uyum İyiiliği değerleri (NNFI)	0,96	$0,90 \leq NNFI \leq 0,95^*$
Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,97	$0,90 \leq CFI \leq 0,95^*$
Bollen's Artan Uyum İndeksi (IFI)	0,97	$0,90 \leq IFI \leq 0,95^*$
Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü (RMR)	0,03	$0 < RMR < 0,08^{**}$
Bağıl uyum indeksi (RFI)	0,93	$0,90 \leq RFI \leq 0,95^*$
Uyum İyiiliği İndeksi (GFI)	0,89	$0,85 \leq GFI \leq 0,90^{**}$
Düzenlenmiş Uyum İyiiliği İndeksi (AGFI)	0,86	$0,85 \leq ANFI \leq 0,90^{**}$

Faktör analizi sonucu belirlenen uyum indekslerinden RMSEA değeri 0,06, NFI değeri 0,94, NNFI değeri 0,96, CFI değeri 0,97, IFI değeri 0,97, RMR değeri 0,03, RFI değeri 0,93, GFI değerinin ise 0,89 ve AGFI değeri 0,86 olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

5. TARTIŞMA

Araştırma, Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin (TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği) Türkçe'ye uyarlanması amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen temel bulgulara ilişkin tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

Çalışma anketleri halka yönelik verilen ilk yardım eğitimlerine katılan 18 yaş üstü, sağlık personeli harici genel meslek gruplarında uygulanmıştır. Çalışmada erkek katılımcıların daha yüksek oranda olduğu ancak yaş aralığının daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmada 25-34 yaş arasında olan bireylerin oranı yüksektir ve araştırmaya katılan bireylerin %81,8'i erkektir. Resmi Gazete'de 2015 yılında yayınlanan İlk Yardım Yönetmeliği'nde *“İş sağlığı ve güvenliği kapsamında; az tehlikeli işyerlerinde, her 20 çalışan için 1 ilkyardımcı, tehlikeli işyerlerinde, her 15 çalışana kadar 1 ilkyardımcı, çok tehlikeli işyerlerinde, her 10 çalışana kadar 1 ilkyardımcı, bulundurması zorunludur.”* denildiğinden, yaş grubunun daha düşük ortalamaya sahip olmasının, kurumların ve işverenlerin genç yaş grubu çalışanlarına ilk yardım eğitimi aldırmasından kaynaklı olduğu değerlendirilmektedir. Ölçeği geliştiren Chew ve ark. (2019) ise çalışmasını 184 idari çalışan üzerinde yapmıştır ve çalışmaya bizim çalışmamızdaki gibi doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarını dahil etmemiştir. Çalışmada yaş grubu ortalaması 37.6'dır ve katılımcıların % 54'ü erkektir.

Bu araştırmada TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği'ne yönelik güvenilirlik düzeyleri incelenmiştir. Alan yazında, genellikle çarpıklık ve basıklık değerlerinin

-1,5 ve +1,5 arasında olması verilerin normal dağılım gösterdiğini işaret etmektedir. Ayrıca Cronbach Alpha güvenirlik katsayısının 0,70'in üzerinde olması ölçeğin güvenilir olduğunu temsil etmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu veriler doğrultusunda TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği ve tüm alt boyutlarının normal dağıldığı saptanmış ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için iç tutarlılık katsayısını Cronbach Alfa hesaplanmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach alpha katsayısı 0,81 olarak belirlenmiş olup ölçeğin yüksek güvenirlikte olduğunu göstermektedir (Kiliç, 2016). Ölçeğin alt boyutlarına ait Cronbach Alfa değerleri incelendiğinde 0,84 ile 0,92 arasında değişkenlik gösterdiği saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının da iç geçerlik katsayısının yüksek güvenirlikte olduğu belirlenmiştir. Ríos-González ve arkadaşlarının (2023) kardiyopulmoner resüsitasyon ve otomatik eksternal defibrilatörün doğru kullanımıyla ilgili bilgi testinin geliştirilmesi ve doğrulanması çalışmasında ölçek toplam Cronbach alfa değeri 0,75; Daud ve arkadaşlarının (2022) toplumun kardiyopulmoner resüsitasyon yapma ve otomatik eksternal defibrilatör kullanma isteğini etkileyen faktörlerin Malay versiyonunun çevirisi ve geçerliliğinin yaptıkları çalışmada ölçek toplam Cronbach Alfa değeri 0,84; Chew ve arkadaşlarının (2019) kardiyopulmoner resüsitasyon ve otomatik eksternal defibrilatör eğitimi ve yerleştirme anketinin geliştirilmesi, geçerliliği çalışmasında ölçek toplam Cronbach Alfa değeri 0,90 olarak saptanmıştır. Çalışma bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu belirlenmiştir (Chew ve ark., 2019; Daud ve ark., 2022; Ríos-González ve ark., 2023).

Ölçeğin güvenirliğinde ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için dört hafta arayla test tekrar test korelasyonu incelenmiştir. Korelasyon türünü belirlemek için

katılımcı sayısının en az 30 ve normal dağılım özelliği gösterip göstermediği önemlidir (Aker ve ark., 2005). Bunlara ek olarak alan yazında korelasyon değerinin 0,65-0,84 arasında olması güçlü, 0,30-0,64 aralığında olması orta korelasyon olarak yorumlanmaktadır (Ural ve Kılıç, 2013). Bu çalışmada test uygulandıktan dört hafta sonra 30 katılımcıya tekrar test uygulanmıştır. TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği testi ve tekrar testinin, alt boyutlarının ve alt boyutlarının tekrar testlerinin normal dağıldığı saptanmıştır. TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği test ve tekrar testi arasında pozitif yönlü orta seviyede bir ilişki tespit edilmiştir.

OED yerleştirme stratejilerine ilişkin algı alt boyutu test ve tekrar testi arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. TYD ve OED'in önemine ilişkin algı alt boyutu test ve tekrar testi arasındaki ilişki pozitif yönlü ve orta seviyededir. TYD uygulama ve OED kullanma sırasında kazazedelerin yaralanmasına ilişkin endişeler alt boyutu test ve tekrar testi arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. TYD uygulamasının ve OED kullanımının yasalara uygunluğuna ilişkin endişeler alt boyutu test ve tekrar testi arasındaki ilişki pozitif yönlü ve orta seviyededir. TYD uygulama ve OED kullanmaya ilişkin güven ve isteklilik alt boyutu test ve tekrar testi arasındaki ilişki pozitif yönlü güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Daud ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında veriler dört hafta sonra aynı ölçek kullanılarak 45 katılımcıya uygulanmıştır. Uygulama sonunda toplam ve alt boyut test ve tekrar testi arasındaki ilişkinin pozitif yönlü ve orta ile iyi güvenilirlikte olduğu tespit edilmiştir (Daud ve ark., 2022).

Ölçek uyarlama çalışmalarında örneklemin yeterli olup olmadığına karar vermek için KMO değerinin 0,50' den yüksek olması, değişkenler arasındaki korelasyonun yeterli olması

için Bartlett Testindeki p değerinin anlamlı olması ($p<0,05$) beklenir (Çokluk ve ark., 2012). Bu çalışmada tespit edilen KMO değerine göre örneklemin yeterli olduğu, Bartlett Testi'ne göre değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlı düzeyde bulunduğu ve iki değişkene göre faktör analizinin kullanılabilir olduğu belirlenmiştir. Ríos-González ve arkadaşlarının (2023) kardiyopulmoner resüsitasyon ve otomatik eksternal defibrilatörün doğru kullanımıyla ilgili bilgi testinin geliştirilmesi ve doğrulanması çalışmasında örnekleme yeterliliği için KMO değeri 0,78 ve Bartlett testindeki p değerinin anlamlı ($p<0,05$) olduğu; Daud ve arkadaşlarının (2022) toplumun kardiyopulmoner resüsitasyon yapma ve otomatik eksternal defibrilatör kullanma isteğini etkileyen faktörlerin Malay versiyonunun çevirisi ve geçerliliğinin yaptıkları çalışmada KMO değeri 0,77 ve Bartlett testindeki p değeri anlamlı ($p<0,05$) olduğu bu nedenle verilerin faktör analizi için uygun olduğu sonucuna varılmıştır. TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin KMO ve Bartlett test sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu belirlenmiş olup Chew ve ark. tarafından yapılan orijinal doğrulama çalışmasının 0,79 olan bulgularıyla tutarlıdır.

TYD Uygulama ve OED Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin maddelerine ilişkin Türkçe anlasılabilirlik, İngilizce Türkçe uyum, alan uzmanı uygunluğu ile ilgili kapsam geçerliği indeksleri. Ölçeğin Türkçe anlasılabilirlik, iki dil arasındaki uyum, alan uzmanı görüşleri derecesinin yüksek oranda olduğunu belirlenmiştir (Waltz ve Bausell, 1981). Davis tekniğine göre maddelerin kapsam geçerlilik indeksleri 0,80 in üzerinde bulunduğu için kapsam geçerliği sağlanmıştır (Davis, 1992; Polit ve Beck, 2006).

Ki kare uyum iyiliği (X^2/sd) oranının beşten küçük olması kabul edilebilir bir değerde olduğunu temsil etmektedir (Sümer, 2000). Bu çalışmada ki kare uyum iyilik oranının kabul

edilebilir değerlerde olduğu tespit edilmiştir. Uhm ve Jung'un (2022) defibrilatör kullanımına yönelik yaptığı çalışmada $\chi^2/df = 21,35$ olarak belirlenmiştir (Uhm ve Jung, 2022). Ancak, χ^2 'nin anlamlılık olasılığı 0,05'ten küçük olması ve χ^2/df 3,0'ı aşması nedeniyle modelde değişiklik yapılmıştır. Değiştirilmiş modelde $\chi^2/df = 5,209$ belirlenmiş olup χ^2 ve χ^2/df 'nin p değerlerinin modelin örneklem büyüklüğü ve karmaşıklığından etkilendiği sonucuna varılmıştır, değiştirilmiş modelin uyumunun iyi olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmadaki ölçeğin uyum indeksleri incelendiğinde RMSEA, NFI, NNFI, CFI, IFI, RMR, RFI, GFI ve AGFI değerlerinin de kabul edilebilir ve veya mükemmel uyum değerleri aralığında olduğu tespit edilmiştir (Schumacher ve Lomax, 1996). Chandran ve arkadaşlarının (2024) göğüs dekompresyonları ve CPR'ın etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu çalışmada yapısal eşitlik modeli uyumu, hedef değerleri $>0,95$ olacak şekilde Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) ve Bentler-Bonett Normlu Uyum İndeksi (NFI) kullanılarak ölçülmüş olup CFI ve NFI değerlerinin 0,95'in üzerinde olduğu saptanmıştır (Chandran, 2024). Pais-Roldán ve arkadaşlarının (2022) okullarda acil sağlık bakım önlemleri konusunda öğretmenlerin ve gelecekteki öğretmenlerin tutum ve bilgilerini ölçmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada 0,043'lük RMSEA ($LO90 = 0,037$; $HI90 = 0,051$) yeterli kabul edilmiş, 0,924'lük CFI, 0,95'lik hedef değere çok yakın, 0,911'lik NFI kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir (Pais-Roldán ve ark., 2022). Uhm ve Jung'un (2022) klinik hemşirelerin defibrilatör kullanımına yönelik yapılan çalışmada $GFI = 0,91$, $AGFI = 0,90$, $CFI = 0,86$, $TLI = 0,74$ ve $RMSEA = 0,21$ olarak belirlenmiştir (Uhm ve Jung, 2022). Uyum indeksleri arasında GFI, AGFI ve CFI değerlerinin iyi olduğu saptanmış olup RMSEA 0,08'in üzerinde olduğu belirlenmiştir. Değiştirilmiş modelde $GFI = 0,99$, $AGFI = 0,92$, CFI

= 0,99, TLI = 0,86 ve RMSEA = 0,09 olarak belirlenmiştir. Ancak GFI, AGFI, CFI ve TLI 1'e yakın olması ve RMSEA 0.08'e yakın olması nedeniyle değiştirilmiş model uyumunun iyi olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda uyum indekslerinin beklenen değerler arasında olmasından dolayı model değişikliğine gidilmeden değerlendirilen test sonuçları kabul edilmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik analizlerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada yer alan sonuçlar şu şekilde sıralanmıştır;

- Ölçeğin ve beş alt boyutunun çarpıklık ve basıklık değerleri -1,5 ile +1,5 arasında normal dağılım gösterdiği saptanmış ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.
- Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,81, ölçeğin alt boyutlarına ait Cronbach Alfa değerleri ise 0,84 ile 0,92 arasında değişkenlik gösterdiği saptanmıştır. Ölçeğin ve ölçek alt boyutlarının iç geçerlik katsayısının yüksek güvenilirlikte olduğu tespit edilmiştir.
- Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği ve beş alt boyutunun test-tekrar test güvenirliğinin olduğu bulunmuştur.
- Çalışmada tespit edilen KMO değerine göre örneklemin yeterli olduğu, Bartlett Testi'ne göre değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlı düzeyde bulunduğu, orijinal doğrulama çalışmasının 0,79 olan bulgularıyla tutarlı olduğu ve bu iki değişkene göre faktör analizinin kullanılabilir olduğu belirlenmiştir.
- Ölçeğin ilk yardım eğitimi almış olan bireylerde geçerli olduğunu ve doğrulayıcı faktör analizi sonucundan elde edilen uyum iyiliği değerlerinin ($\chi^2 /sd =$

2,028, NFI= 0,94, CFI= 0,97 ve RMSEA= 0,06) kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlenmiştir.

- Doğrulama çalışması, 5 alt boyutuyla ölçeğin orijinal ana yapısının uyarlama çalışması ve alt boyutlarıyla uyumlu çıktığı belirlenmiştir.
- Çalışmamız 18 yaş üstü, sağlık çalışanları harici ve herhangi bir mesleğe bağlı kalmadan genel kullanıcılar için uygulanmıştır.
- Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeğinin Türkçe formunun, Türk toplumuna 20 madde ve beş alt boyutla geçerli olduğu tespit edilmiştir.
- Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeğinin Türkçe formunun, Türk toplumuna 20 madde ve beş alt boyutla güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

- Alan yazında sağlık çalışanlarının temel yaşam desteği ve oed kullanımına yönelik bir ölçek tespit edilmemiştir. Gelecekteki çalışmalarda sağlık çalışanlarının temel yaşam desteği ve OED kullanımına yönelik ölçüm araçları geliştirilmesi önerilmektedir.
- Ölçeğin farklı örneklemeler özelinde uyarlamasının yapılmasının alan yazına katkı sunacağı öngörülmektedir.
- Ölçeğin kullanımının yaygınlaştırılması açısından, gelecekteki çalışmalarda güvenle kullanılabilmesi, literatüre katkısı olması için önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ahmad, A., Akhter, N., Mandal, R. K., Areeshi, M. Y., Lohani, M., Irshad, M., ... & Haque, S. (2018). Knowledge of basic life support among the students of Jazan University, Saudi Arabia: Is it adequate to save a life?. *Alexandria journal of medicine*, 54(4), 555-559.
- Aker, S., Dündar, C., & Pekşen, Y. (2005). Ölçme Araçlarında iki Yaşamsal Kavram: Geçerlik ve Güvenirlik:: Derleme. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 22(1), 50-60.
- Aktaş, S., & Ceyhan, Ö. (2023). Ölümcül ventriküler aritmilerin yönetimi ve hemşirelik bakımı. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(2), 54-65.
- American Heart Association. (2010). 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122, s639-s946.
- American Heart Association. (2020). https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020_ecc_guidelines_english.pdf Erişim Tarihi/Saati: 29.09.2024/14.00
- Atkins, D. L., Everson-Stewart, S., Sears, G. K., Daya, M., Osmond, M. H., Warden, C. R., ... & Resuscitation Outcomes Consortium Investigators. (2009). Epidemiology and outcomes from out-of-hospital cardiac arrest in children: the Resuscitation Outcomes Consortium Epistry–Cardiac Arrest. *Circulation*, 119(11), 1484-1491.
- Atıcı, A., Hallıoğlu, O., & Mert, E. (2010). Çocuklarda İleri Yaşam Desteği (ÇİLYAD) Programı. 6.
- Babbs, C. F., & Kern, K. B. (2002). Optimum compression to ventilation ratios in CPR under realistic, practical conditions: a physiological and mathematical analysis. *Resuscitation*, 54(2), 147-157.
- Bahr, J., Klingler, H., Panzer, W., Rode, H., & Kettler, D. (1997). Skills of lay people in checking the carotid pulse. *Resuscitation*, 35(1), 23-26.
- Ball, C. M., & Featherstone, P. J. (2019). Early history of defibrillation. *Anaesthesia and Intensive Care*, 47(2), 112-115.
- Barutcu, C. D., Cakmak, O., Koksoy, S., & Polat, M. (2017). Level of knowledge and factors affecting first aid in vocational high school students. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1563-1569.
- Bayrakcı, B. (2006). Pediatrik Resüsitasyon Uygulamalarında Gelişmeler. *Yoğun Bakım Dergisi*, 6(4), 20-24.
- Beck, C. S., Pritchard, W. H., & Feil, H. S. (1947). Ventricular fibrillation of long duration abolished by electric shock. *Journal of the American Medical Association*, 135(15), 985-986.
- Berdowski, J., Kuiper, M. J., Dijkgraaf, M. G., Tijssen, J. G., & Koster, R. W. (2010). Survival and health care costs until hospital discharge of patients treated with onsite, dispatched or without automated external defibrillator. *Resuscitation*, 81(8), 962-967.

- Berg, R. A., Hemphill, R., Abella, B. S., Aufderheide, T. P., Cave, D. M., Hazinski, M. F., ... & Swor, R. A. (2010). Part 5: adult basic life support: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(18_suppl_3), S685-S705.
- Berg, M. D., Schexnayder, S. M., Chameides, L., Terry, M., Donoghue, A., Hickey, R. W., ... & Hazinski, M. F. (2010). Part 13: pediatric basic life support: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(18_suppl_3), S862-S875.
- Bizat, E. (2010). *Lise öğrencilerinin ilk yardım temel uygulamaları ile ilgili bilgi ve deneyimlerinin değerlendirilmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Buxton, A. E., Calkins, H., Callans, D. J., DiMarco, J. P., Fisher, J. D., Leon Greene, H., ... & Redberg, R. F. (2006). ACC/AHA/HRS 2006 key data elements and definitions for electrophysiological studies and procedures: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards (ACC/AHA/HRS Writing Committee to Develop Data Standards on Electrophysiology). *Journal of the American College of Cardiology*, 48(11), 2360-2396.
- Chandran, K., Algaze Gonzalez, I. M., Wang, S., & Davis, D. P. (2024). Chest Decompressions-the Driver of CPR Efficacy: Exploring the relationship between compression rate, depth, recoil velocity, and end-tidal CO2. *Prehospital Emergency Care*, 1-8.
- Chew, K. S., Liaw, S. Y., Ahmad Zahedi, A. Z., Wong, S. S. L., Singmamae, N., Kaushal, D. N., & Chan, H. C. (2019). Development, validation and translation of cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillator training and placement bilingual questionnaire. *BMC research notes*, 12, 1-7.
- Cho, G. C., Sohn, Y. D., Kang, K. H., Lee, W. W., Lim, K. S., Kim, W., ... & Lim, H. (2010). The effect of basic life support education on laypersons' willingness in performing bystander hands only cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, 81(6), 691-694.
- CoSTR-Consensus on Science with Treatment Recommendations, (2024). About CoSTR. Consensus on Science with Treatment Recommendations. <https://costr.ilcor.org/about> (01.04.2024).
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları* (Vol. 2). Ankara: Pegem akademi.
- Dağ, R., Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı, Beta Yayınları, İstanbul, 2018; s:78-79
- Daud, A., Mohammed Nawi, A., Aizuddin, A. N., & Yahya, M. F. (2022). Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the Malay-version of the factors influencing community willingness to perform cardiopulmonary resuscitation and use an automated external defibrillator questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4882.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied nursing research*, 5(4), 194-197.

- Deniz, A., & Demir, M. (2016). 2015 Avrupa Kardiyoloji Derneği Ventrikül Aritmisi Olan Hastaların Yönetimi ve Ani Kardiyak Ölümün Önlenmesi Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 44(1), 9-14.
- DSÖ, (2023). Road traffic injuries <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries> (23.11.2024)
- ERC, (2015). Our mission. European Resuscitation Council. <https://www.erc.edu/about> (23.11.2024)
- ERC, (2024). Our mission. European Resuscitation Council. <https://www.erc.edu/about> (28.10.2024).
- Gül, A., & Baykal, D. (2021). Güvenli bir hayat için bilinçli ilk yardım: hastane dışı kardiyak arrest ve temel yaşam desteğinin önemi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 3(3), 178-182.
- Handley, A. J., Koster, R., Monsieurs, K., Perkins, G. D., Davies, S., & Bossaert, L. (2006). European Resuscitation Council. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation*, 69(2), 351.
- Konseyi, N. J. A. R. (2005). Resüsitasyon Kılavuzu Bölüm 1. Giriş. *Resuscitation*, 67, S3-S6.
- ILCOR. (2024). Our mission. International Liaison Committee On Resuscitation. <https://ilcor.org/about> (28.10.2024)
- Institute of Medicine. (2011). Clinical Practice Guidelines We can Trust. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209539/> (28.10.2024).
- İnan, H. F., Kurt, Z., & Kubilay, İ. (2011). Temel ilk yardım uygulamaları eğitim kitabı. *TC sağlık bakanlığı temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü, ilkyardım ve acil sağlık hizmetleri daire başkanlığı, Ankara*.
- International Liaison Committee on Resuscitation. (2006). ILCOR consensus on science with treatment recommendations for pediatric and neonatal patients: pediatric basic and advanced life support. *Pediatrics*, 117, e955-e977.
- Karaböcüoğlu, M., Yılmaz, H. L., & Duman, M. (2012). Çocuk Acil Tıp. *İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık*, 1755-7.
- Kayıpmaz, A. E., Akpınar, C., Altıparmak, N., Kavalcı, C., Gedik, H. G., Aydoğdu, C., Temizhan, Y. (2017). Cardiopulmonary Resuscitation Training Improves The Quality Of Basic Life Support Provided By Untrained Rescuers With Dispatcher Guidance. *Kırıkkale*.
- Kiliç, S. (2016). Cronbach's alpha reliability coefficient. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6(1), 47.
- Kleinman, M. E., Brennan, E. E., Goldberger, Z. D., Swor, R. A., Terry, M., Bobrow, B. J., ... & Rea, T. (2015). Part 5: adult basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132(18_suppl_2), S414-S435.
- Kredo, T., Bernhardsson, S., Machingaidze, S., Young, T., Louw, Q., Ochodo, E., & Grimmer, K. (2016). Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), 122-128.

- Koçer, N. (2006). Çocuklar İçin İlk Yardım ve İlk Yardım Uygulamaları. *Ankara: Morpa Yayınları*, 12-16.
- Koster, R. W. (2002). Automatic external defibrillator: key link in the chain of survival. *Journal of cardiovascular electrophysiology*, 13(S1), S92-S95.
- Lindholm, D. J., & Campbell, J. P. (1998). Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest. *Prehospital and Disaster Medicine*, 13(2-4), 51-54.
- Maconochie, I. K., Bingham, R., Eich, C., López-Herce, J., Rodríguez-Núñez, A., Rajka, T., ... & Nolan, J. P. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015: section 6. Paediatric life support. *Resuscitation*, 95, 223-248.
- Marill, K. A., & Williamson, S. (2002). Cardiac arrest: current concepts, controversies, and evidence. *Emergency Medicine Practice*, 4(11), 1-24.
- Meier, T., Gräfe, K., Senn, F., Sur, P., Stangl, G. I., Dawczynski, C., ... & Lorkowski, S. (2019). Cardiovascular mortality attributable to dietary risk factors in 51 countries in the WHO European Region from 1990 to 2016: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study. *European journal of epidemiology*, 34(1), 37-55.
- Monsieurs, K. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., Greif, R., Maconochie, I. K., Nikolaou, N. I., ... & Xanthos, T. T. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015: section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 95, 1-80.
- Myat, A., Song, K. J., & Rea, T. (2018). Out-of-hospital cardiac arrest: current concepts. *The Lancet*, 391(10124), 970-979.
- Nichol, G., Sayre, M. R., Guerra, F., & Poole, J. (2017). Defibrillation for ventricular fibrillation: a shocking update. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(12), 1496-1509.
- Neumar, R. W., Shuster, M., Callaway, C. W., Gent, L. M., Atkins, D. L., Bhanji, F., ... & Hazinski, M. F. (2015). Part 1: executive summary: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132(18_suppl_2), S315-S367.
- Nolan, J. (2005). Avrupa Resüsitasyon Konseyi 2005 Resüsitasyon Kılavuzu Bölüm 1. Giriş, *Resuscitation*, 67(1):3-6.
- Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D. A., Biarent, D., Bossaert, L. L., Deakin, C., ... & ERC Guidelines Writing Group. (2010). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010 section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 81(10), 1219-1276.
- Ovayolu, N., & Ovayolu, Ö. (Eds.). (2016). *Temel iç hastalıkları hemşireliği: ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar*. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Özdilek, R. (2010). *Tekrarlanan eğitimin temel yaşam desteği becerilerinin kalıcılığına etkisi* (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Özköse, Z. (2005). Erişkinler için kardiyopulmoner resüsitasyon: I-Temel yaşam desteği. *Gazi Medical Journal*, 16(1).
- Pais-Roldán, P., del Carmen Olmos-Gómez, M., Cuevas-Rincón, J. M., & Luque-Suárez, M. (2022). Study on the attitudes and knowledge of teachers and future teachers about immediate health care measures at school. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(7), 854-869.
- Pantridge, J. F., & Geddes, J. S. (1967). A mobile intensive-care unit in the management of myocardial infarction. *The Lancet*, 290(7510), 271-273.

- Perkins, G. D., Gräsner, J. T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., ... & Nolan, J. P. (2021). Kurzfassung. *Notfall+ Rettungsmedizin*, 24(4), 274-345.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health*, 29(5), 489-497.
- Resmi Gazete, (2015). İlk Yardım Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/07/20150729-2.htm> (12.09.2024).
- Resmi Gazete, (2020). İlk Yardım Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/08/20200827-17.htm> (12.09.2024).
- Rhee, J. E., Kim, T., Kim, K., & Choi, S. (2009). Is there any room for shortening hands-off time further when using an AED?. *Resuscitation*, 80(2), 231-237.
- Ríos-González, C., Rolón Ruiz Díaz, Á., Ortellado Maidana, J., González, G., Rolón Ruiz Díaz, L., & Ríos-González, D. (2023). Development validation and evaluation of the knowledge test on cardiopulmonary resuscitation and correct use of the automated external defibrillator in Asunción 2023. *Revista del Nacional (Itaiguá)*, 15(2), 78-88.
- Unuvar, N. (2004). *Türkiye hastalık yükü çalışması*.
- Sarı, A., & Türkmenoğlu, B. (2022). İlk Yardım ve Temel Yaşam Desteği Uygulamalarına Güncel Bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 234-243.
- Schumacher, R. E., & Lomax, R. G. (1996). A beginner's guide to SEM, Manwah.
- Söğütlü, Y., Turan, A. P., & Biçer, S. (2015). Çocuklarda Temel Yaşam Desteği Konusunda Amerikan Kalp Cemiyeti Tarafından Yapılan 2015 Güncellemeleri Neler Getiriyor?. *J Pediatr Emerg Intens Care Med*, 2 (3): 103, 10.
- Steinvik, T., Angell, J., & Wisborg, T. (2017). A nationwide survey of first aid training and encounters in Norway. *BMC Emergency Medicine*, 17(1).
- Sümer, N. (2000). Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*.
- Şener, S., & Yaylacı, S. (2010). 2010 Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyovasküler Bakım Kılavuzu “İki Kılavuz ve Günlük Pratiğimizdeki Önemli Değişiklikler”. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 10(4), 199-298.
- Uhm, D., & Jung, G. H. (2022, December). Clinical Nurses' Intention to Use Defibrillators in South Korea: A Path Analysis. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 1, p. 61). MDPI.
- Ural, A., & Kiliç, İ. (2005). Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics, 6th edn Boston. *Ma: Pearson*.
- Tahboub, O. Y., & Dal Yilmaz, U. (2019). Nurses' knowledge and practices of electrocardiogram interpretation. *International cardiovascular research journal*, 13(3).
- Tavşancıl, E. (2019). “Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi” (Measurement of attitudes and data analysis with SPSS). 6. basım. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 3-13.
- Waltz, C. F., & Bausell, B. R. (1981). *Nursing research: design statistics and computer analysis*. Davis Fa.

- Weaver, W. D., Hill, D., Fahrenbruch, C. E., Copass, M. K., Martin, J. S., Cobb, L. A., & Hallstrom, A. P. (1988). Use of the automatic external defibrillator in the management of out-of-hospital cardiac arrest. *New England Journal of Medicine*, 319(11), 661-666.
- Weiner, S. G., Kapadia, T., Fayanju, O., & Goetz, J. D. (2010). Socioeconomic disparities in the knowledge of basic life support techniques. *Resuscitation*, 81(12), 1652-1656.
- Wik, L., Kramer-Johansen, J., Myklebust, H., Sørebo, H., Svensson, L., Fellows, B., & Steen, P. A. (2005). Quality of cardiopulmonary resuscitation during out-of-hospital cardiac arrest. *Jama*, 293(3), 299-304.
- Zideman, D. A., De Buck, E. D., Singletary, E. M., Cassan, P., Chalkias, A. F., Evans, T. R., ... & Vandekerckhove, P. G. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015 section 9. first aid. *Resuscitation*, 95, 278-287.

EKLER

EK-1 Araştırmaya Katılım İzin Formu

Değerli Katılımcılar;

Bu çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından “Temel Yaşam Desteği Uygulama Ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği”nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlilik Çalışması” isimli ilk yardım eğitimi alan bireylerin temel yaşam desteği (TYD) ve otomatik eksternal defibrilatör (OED) kullanımının önemine ilişkin algı, endişe ve özgüvenlerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır.

Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmanızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. **Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşılabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:** Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana herhangi bir risk ve rahatsızlık getirmeyeceğimin bilincindeyim.
3. **Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:** Bu çalışmaya katılmak sizin ilk yardım kursu kapsamında aldığınız bilgileri tekrar etmenize ve bilgi düzeyinizi ölçmenize faydalı olabilir.
4. **Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:** Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile hakların konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır. Adı- Soyadı: İlknur TOĞUŞLU Telefon:
5. **Zararların Karşlanması:** Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvenceye olduğum, masraflarının araştırmacılar tarafından karşılanacağı bana bildirildi.
6. **Araştırma Giderleri:** Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.
7. **Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:**
 - a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
 - b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
 - c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
 - d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
8. **Gizlilik:** Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
9. **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve soruların doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal haklımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı: İlknur TOĞUŞLU

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine bağından sonuna kadar taahhük eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK-2 Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör

Kullanımı Ölçeği Ölçek İzni

Scale Permission in Turkish
Gelen Kutusu x



İlknur Toğuşlu
Alic: ks Chew

6 Mar 2023 03:51
☆
😊
↩
⋮

Dear Dr. Chew,

I am a master's degree student at Tokat Gaziosmanpasa University, Faculty of Health Sciences, Public Health Nursing department in Turkey.

I currently studying first aid. I am interested in your scale "Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillator Training and Placement Bilingual Questionnaire"

During my literature review, I read your article. I would like to translate it into Turkish and will do a validity and reliability study if I get consent from you.

I would be very grateful if I could gain insight into the contents and materials used in your scale. Furthermore, I would be happy to share the results with you.

I hope you can help me in this way, and I look forward to hearing from you soon.

Thank you very much in advance.

Kind regards

Dear Ilknur Toğuşlu,

Thank you for your email.

Yes you may have the permission to translate the questionnaire into Turkish language.

Just kindly cite the paper.

I used structural equation modelling for confirmatory factor analysis to remove items with poor factor loading.

Forward and backward translation was performed when we translated into Malay language here.

If possible, let me know once you have translated and verified the questionnaire into Turkish.

The references that we used to develop the questionnaire should be listed in the reference list.

Thank you.

Regards,



Prof Dr. Chew Keng Sheng

*MD (USM), MMED (Emerg Med, USM), PgDip (HETL, UNIMAS), PhD
(Med Educ, Maastricht)*

*Deputy Dean (Graduate, Research & Commercialization), Consultant
Emergency Physician*

EK-3 Etik Kurul İzni 1

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	OTURUM NO	KARAR SAYISI
25.04.2023	07	01-37

Üniversitemiz Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı Prof. Dr. Nail YILDIRIM Başkanlığında toplandı.

KARAR 07.04- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün 03.04.2023 tarih ve 282395 sayılı yazısı görüşüldü.

Aşağıda bilgileri yer alan araştırmacıların yapmak istediği uygulamaların ve kullanacağı veri toplama araçlarının etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Yüksek Lisans Tezi
BAŞLIK	İlk Yardım Eğitimi Alan Bireylerin Temel Yaşam Desteği ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanımının Önemine İlişkin Algı, Endişe ve Özgüvenleri
TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ/ YAZARI	Dr. Öğr. Üyesi Fatma AVŞAR İlknur TOĞUŞLU (Hemşirelik Anabilim Dalı)
RAPORTÖR GÖRÜŞÜ	OLUMLU

KARAR 07.37- Gündemde görülecek başka madde olmadığından oturuma son verildi.

Prof. Dr. Nail YILDIRIM
Etik Kurul Başkanı
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ
Başkan Yardımcısı
(İmza)

Prof. Dr. Emine ÖĞÜK
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Mehmet KARGÜN
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Muhittin DEMİRAY
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Tuğba KILIÇER
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Hüseyin Baha ÖZTUNÇ
Üye
(İmza)

EK-3 Etik Kurul İzni 2

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	OTURUM NO	KARAR SAYISI
31.12.2024	22	01-12

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı Prof. Dr. Nail YILDIRIM Başkanlığında toplandı.

KARAR 22.06- Dr. Öğr. Üyesi Fatma AVŞAR'ın 27.12.2024 tarih ve 13069 sayılı yazısı görüşüldü.

Aşağıda bilgileri yer alan araştırmacıların yapmak istediği uygulamaların ve kullanacağı veri toplama araçlarının etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Yüksek Lisans Tezi
BAŞLIK	Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması
TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ/ YAZARI	Dr. Öğr. Üyesi Fatma AVŞAR İlknur TOĞUŞLU (Hemşirelik Anabilim Dalı)
RAPORTÖR GÖRÜŞÜ	OLUMLU

Prof. Dr. Nail YILDIRIM
Etik Kurul Başkanı
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ
Başkan Yardımcısı
(İmza)

Prof. Dr. Emine ÖĞÜK
Üye
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet KARGÜN
Üye
(İmza)

Prof. Dr. Muhittin DEMİRAY
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Tuğba KILIÇER
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Hüseyin Baha ÖZTUNÇ
Üye
(İmza)

EK-4 Çalışma Kurum İzni



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı: E-87064461-044-223551029 04.09.2023 Konu : Bilimsel Araştırma İzni-İlknur TOĞUŞLU

Sayın İlknur TOĞUŞLU
(prmilknur@gmail.com)

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim dalı Dr.Öğrt.Üyesi Fatma AVŞAR danışmanlığında Eylül 2023-Nisan 2024 tarihleri arasında Tokat İl Sağlık Müdürlüğü İlk Yardım Eğitim Merkezinde eğitim alan bireylere yapmayı planladığımız "İlk Yardım Eğitimi Alan Bireylerin Temel Yaşam Desteği ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanımının Önemine İlişkin Algı,Endişe ve Özgüvenleri" isimli ölçek uyarlama çalışmanız Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş yapılması yönünde izin verilmiş protokol metni ekte gönderilmiştir. Çalışmaya başlanılmadan önce protokol metninin imzalanması; protokol gereği çalışma sonuçlarının çalışma bitimini takip eden 3 (üç) ay içerisinde 2(iki) A4 kağıdını geçmeyecek şekilde raporlanarak Müdürlüğümüze yayın izni için başvurulması gerekmektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Cihat ZÜLFÜOĞULLARI
Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Ek: protokol-bilimsel araştırma word yeni.docx



EK-5 Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı Bilgi Formu sosyo-demografik özelliklere ve temel yaşam desteği uygulama ve otomatik eksternal defibrilatör kullanma deneyimlerine yönelik 10 sorudan oluşmaktadır. Lütfen size en uygun olan şıkları işaretleyerek formu doldurunuz.

- 1) Yaşınız nedir?
 - ☐ 18-24
 - ☐ 25-34
 - ☐ 35-44
 - ☐ 45-54
 - ☐ 55 ve üstü
- 2) Cinsiyetiniz nedir?
 - ☐ Kadın
 - ☐ Erkek
- 3) Medeni durumunuz nedir?
 - ☐ Evli
 - ☐ Bekar
- 4) Çocuğunuz var mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- 5) Öğrenim durumunuz nedir?
 - ☐ İlkokul
 - ☐ Ortaokul
 - ☐ Lise
 - ☐ Üniversite
- 6) Mesleğiniz nedir? (Lütfen belirtiniz?)

.....
- 7) Gelir durumunuz nedir?
 - ☐ Gelir giderden az
 - ☐ Gelir gidere eşit
 - ☐ Gelir giderden fazla
- 8) Ailede sağlık personeli var mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- 9) Daha önce bir hastaya temel yaşam desteği (TYD) uyguladınız mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- 10) Daha önce bir hastaya otomatik şok cihazı (OED) uyguladınız mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır

EK-6 Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği

Ölçek Maddeleri	Kesinlikle katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Katılıyorum (3)	Kesinlikle katılıyorum (4)
1- Otomatik eksternal defibrilatör açıkça görülebilir bir yerdedir.				
2- Otomatik eksternal defibrilatörün yerini gösteren tabela anlaşılırdır.				
3- Otomatik eksternal defibrilatör her zaman (mesai saatleri dışında da) kolayca erişilebilen bir yerde bulunur.				
4- Otomatik eksternal defibrilatörün nasıl kullanılacağını gösteren şekilleri takip etmek kolaydır.				
5- Otomatik eksternal defibrilatör güvenli bir yerde durur.				
6- Temel yaşam desteği ve otomatik eksternal defibrilatör hayat kurtarmak için önemlidir.				
7- Çalıştığım yerde bir otomatik eksternal defibrilatörün bulunması önemlidir.				
8- Bilinci yerinde olmayan kazazedelerde otomatik eksternal defibrilatörün kullanılması önemlidir.				
9- Otomatik eksternal defibrilatör kullanımına ilişkin alıştırmalar/tatbikatlar/pratikler düzenli olarak yapılmalıdır.				
10- Temel yaşam desteği uygularken kazazededen enfeksiyon kapma konusunda endişe duyarım.				
11- Temel yaşam desteği uygularken kazazedeyi yaralamaktan endişe duyarım.				
12- Temel yaşam desteği uygularken kendimi yaralamaktan endişe duyarım.				
13- Temel yaşam desteği uygularken ve otomatik eksternal defibrilatör kullanırken kazazedeyi yaralamaktan endişe duyarım.				
14- Temel yaşam desteği uygularken ve otomatik eksternal defibrilatör kullanırken kendimi yaralamaktan endişe duyarım.				
15- Temel yaşam desteğini yanlış bir şekilde uygularsam dava edilebileceğimden endişe duyarım.				
16- Otomatik eksternal defibrilatörü yanlış bir şekilde kullanırsam dava edilebileceğimden endişe duyarım.				
17- Temel yaşam desteğini uygulayabileceğimden eminim.				
18- Otomatik eksternal defibrilatör kullanma konusunda kendime güveniyorum.				
19- Kazazedede yaşam belirtisi olup olmadığını tespit edebileceğimden eminim.				
20- Bilinci yerinde olmayan bir kazazedeye temel yaşam desteği uygulamaktan ve otomatik eksternal defibrilatör kullanmaktan çekinmem.				

EK-7 Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma

Eğitimi Ölçeği Uzman Görüşü

Sayın Uzman,

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Fatma AVŞAR danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi İlknur TOĞUŞLU tarafından hazırlanacak “**Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği’nin Türkçe Geçerlik ve Güvenilik Çalışması**” adlı tez kapsamında Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği’nin Türkçe Uyarlaması yapılacaktır. Araştırmanın uygulanmasına ilişkin Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu’ndan gerekli etik izin alınacaktır.

Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği Chew ve ark. (2019) tarafından alan bireylerde temel yaşam desteği (TYD) ve otomatik eksternal defibrilatör (OED) kullanımının önemine ilişkin algı, endişe ve özgüvenlerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek, **Kesinlikle katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Katılıyorum (3), Kesinlikle katılıyorum (4)** olmak üzere dört yanıtı içeren yirmi iki maddeden oluşmaktadır. “Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği’nin İngilizce’den Türkçe’ye çeviri çalışması tamamlanmıştır. Türkçe çevirisi tamamlanan ölçeğin kapsam geçerliliği için siz değerli hocamızın bilgilerinden yararlanmak ve önerilerini almak isteriz.

Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla dereceleme ölçütü olarak Davis tekniği ve değerlendirilmesinde Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilmiş olan Content Validity Index (CVI) kullanılacaktır. Buna göre her maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak: **1=Uygun değil; 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerek; 3=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor; 4=Çok uygun;** değerlendirmesini yapmak için bunlardan biri işaretlenmelidir. Verilen ifadelerle ilgili sizin için uygun olan puanı ölçeğin orijinaliyle karşılaştırarak form üzerinde işaretlemenizi ve varsa önerilerinizi “Önerileriniz” bölümünde belirtmenizi rica ediyoruz. Değerli katkılarınız ve emeğiniz için çok teşekkür ederiz.

Saygılarımızla

Dr. Öğr. Üyesi Fatma AVŞAR
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Telefon:
E-Posta:

Yüksek Lisans Öğrencisi İlknur TOĞUŞLU
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Telefon:
E-Posta:

Ölçek Maddeleri	Uygun değil (1)	Biraz uygun (2)	Uygun (3)	Çok Uygun (4)
Ölçek adı Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillator Training and Placement Bilingual Questionnaire Temel Yaşam Desteği Uygulama ve Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanma Eğitimi Ölçeği				
Öneriniz:	1	2	3	4
1-Ölçek alt boyutunun adı Perception of AED placement strategies Otomatik eksternal defibrilatörü yerleştirme stratejilerine ilişkin algı				
Öneriniz:	1	2	3	4
2-Ölçek alt boyutunun adı Perception of importance of CPR and AED Temel yaşam desteği ve otomatik eksternal defibrilatörün önemine ilişkin algı				
Öneriniz:	1	2	3	4
3-Ölçek alt boyutunun adı Concerns of injuring victims during CPR and AED Temel yaşam desteği uygulama ve otomatik eksternal defibrilatör kullanma sırasında kazazedelerin yaralanmasına ilişkin endişeler				
Öneriniz:	1	2	3	4
4-Ölçek alt boyutunun adı Concerns of legality in performing CPR and AED Temel yaşam desteği uygulamasının ve otomatik eksternal defibrilatör kullanımının yasalara uygunluğuna ilişkin endişeler				
Öneriniz:	1	2	3	4
5-Ölçek alt boyutunun adı Confidence and willingness to perform CPR and AED Temel yaşam desteği uygulama ve otomatik eksternal defibrilatör kullanmaya ilişkin güven ve isteklilik				
Öneriniz:	1	2	3	4
The AED is clearly visible 1. Otomatik eksternal defibrilatör açıkça görülebilir bir yerdedir.				
Öneriniz:	1	2	3	4
The signage that shows the location of the AED is clear 2. Otomatik eksternal defibrilatörün yerini gösteren tabela anlaşılırdır.				
Öneriniz:	1	2	3	4

The AED is located in a location that is easily accessible at all times (including after office hours)				
3. Otomatik eksternal defibrilatör her zaman (mesai saatleri dışında da) kolayca erişilebilen bir yerde bulunur.				
Öneriniz:	1	2	3	4
The steps in the AED instructional poster on how to use the AED are easy to follow				
4. Otomatik eksternal defibrilatörün nasıl kullanılacağını gösteren şekilleri takip etmek kolaydır.				
Öneriniz:	1	2	3	4
The AED is located at a secure site				
5. Otomatik eksternal defibrilatör güvenli bir yerde durur.				
Öneriniz:	1	2	3	4
CPR and AED are important in saving life				
6. Temel yaşam desteği ve otomatik eksternal defibrilatör hayat kurtarmak için önemlidir.				
Öneriniz:	1	2	3	4
It is important for an AED to be available in the place where I work				
7. Çalıştığım yerde bir otomatik eksternal defibrilatörün bulunması önemlidir.				
Öneriniz:	1	2	3	4
Using an AED is important on any unresponsive victims				
8. Bilinci yerinde olmayan kazazedelerde otomatik eksternal defibrilatörün kullanılması önemlidir.				
Öneriniz:	1	2	3	4
AED practice drills should be performed on a regular basis				
9. Otomatik eksternal defibrilatör kullanımına ilişkin alıştırma/tatbikatlar/pratikler düzenli olarak yapılmalıdır.				
Öneriniz:	1	2	3	4
I am concerned in getting infection from the victim when performing CPR				
10. Temel yaşam desteği uygularken kazazededen enfeksiyon kapma konusunda endişe duyarım.				
Öneriniz:	1	2	3	4
I am concerned in injuring the victim when performing CPR				
11. Temel yaşam desteği uygularken kazazedeyi yaralamaktan endişe duyarım.				
Öneriniz:	1	2	3	4
I am concerned in injuring myself when performing CPR				
12. Temel yaşam desteği uygularken kendimi yaralamaktan endişe duyarım.				
Öneriniz:	1	2	3	4

I am concerned in injuring the victim if I use an AED device during CPR 13. Temel yaşam desteği uygularken ve otomatik eksternal defibrilatör kullanırken kazazedeyi yaralamaktan endişe duyarım.				
Öneriniz:	1	2	3	4
I am concerned in injuring myself if I use an AED device during CPR 14. Temel yaşam desteği uygularken ve otomatik eksternal defibrilatör kullanırken kendimi yaralamaktan endişe duyarım.				
Öneriniz:	1	2	3	4
I am concerned that I might be sued if I perform emergency CPR inappropriately 15. Temel yaşam desteğini yanlış bir şekilde uygularsam dava edilebileceğimden endişe duyarım.				
Öneriniz:	1	2	3	4
I am concerned that I might be sued if I used an AED inappropriately 16. Otomatik eksternal defibrilatörü yanlış bir şekilde kullanırsam dava edilebileceğimden endişe duyarım.				
Öneriniz:	1	2	3	4
I am confident to perform CPR 17. Temel yaşam desteğini uygulayabileceğimden eminim.				
Öneriniz:	1	2	3	4
I am confident to use an AED 18. Otomatik eksternal defibrilatör kullanma konusunda kendime güveniyorum.				
Öneriniz:	1	2	3	4
I am confident in recognizing victim with no signs of life 19. Kazazedede yaşam belirtisi olup olmadığını tespit edebileceğimden eminim.				
Öneriniz:	1	2	3	4
I will not hesitate to do CPR and to use an AED on an unresponsive victim 20. Bilinci yerinde olmayan bir kazazedeye temel yaşam desteği uygulamaktan ve otomatik eksternal defibrilatör kullanmaktan çekinmem.				
Öneriniz:	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

