



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR İLKÖĞRETİM OKULUNDA AKRAN VE YETİŞKİN
EĞİTİMİ YÖNTEMİ İLE VERİLEN TEMEL İLKYARDIM
EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

AYLİN YALÇIN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Ayşe YILDIZ

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans

Anabilim Dalı : Halk sağlığı Hemşireliği ABD.

Tez Sahibi : Aylin YALÇIN

Tez Başlığı : Bir ilköğretim okulunda akran ve yetişkin eğitimi yöntemi ile verilen temel ilk yardım eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi :21.06.2010

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Kurumu	İmza
Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	MÜ. Sağ. Bil. Fak. Hem. Bölümü	
Yard. Doç. Dr. Ayşe YILDIZ		

Sınav Jüri Üyeleri		
Prof. Dr. Güler CİMETE	MÜ. Sağ. Bil. Fak. Hem. Bölümü	
Yard. Doç. Dr. Aysel GÜRKAN	MÜ. Sağ. Bil. Fak. Hem. Bölümü	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 01.07.2010 tarih ve 22. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Nilnet GENÇOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

21.06.2010

Aylin YALÇIN

1) TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca gösterdiği her türlü destek, yardım ve sabrından dolayı çok değerli hocam Sayın Yard. Doç. Dr. Ayşe YILDIZ'a,

Desteklerini hep hissettiren ve her türlü imkanı sağlayan başta Sayın Hocam Yrd. Doç. Dr. Hasibe KADIOĞLU olmak üzere tüm Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'na ve uzman görüşlerine başvurduğum tüm hocalarıma,

Yüksek lisans çalışmamda bana destek sağlayan TÜBİTAK BİDEB 2210 Yurtiçi Yüksek Lisans Burs Programı' na,

Çalışmamı gerçekleştirdiğim Kocasinan İlköğretim Okulu yönetici ve öğretmenlerine, araştırmaya katılan tüm öğrencilere,

Yüksek lisans çalışmam sırasında yardımlarını hiç esirgemeyen ve yanımda olan başta Araş. Gör. Arzu Malak olmak üzere tüm arkadaşlarıma,

Hiç bir fedakarlıktan kaçınmadan daima yanımda olarak bugünlere gelmemi sağlayan, sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim aileme,

Teşekkür eder şükran ve minnetlerimi sunarım.

Aylin YALÇIN

2) İÇİNDEKİLER	sayfa
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Kaza ve Yaralanma	6
4.1.1. Kaza	6
4.1.2. Yaralanma	7
4.1.3. Yaralanma Epidemiyolojisi	7
4.2. İlk Yardım ve Önemi	11
4.3. Okul Sağlığı	12
4.3.1. Okul Sağlığı Ekibi	15
4.3.1.1. Okul Sağlığı Hemşireliği	15
4.3.1.1.1. Okul Sağlığı Hemşiresinin Roller:	17
4.3.1.1.1.1. Okul Hemşirelerinin Sağlık Eğitmeni Rolü	17
4.3.2. Okullarda İlk Yardım Eğitiminin Önemi	19
4.4. Akran Eğitimi Tanım	22
4.4.1. Akran Eğitiminin Kısa Tarihi	23
4.4.2. Akran eğitimi	23
4.4.3. Akran eğitimi Yaklaşımının Avantajları	29
4.4.4. Akran eğitimi Yaklaşımının Dezavantajları	30
5. GEREÇ VE YÖNTEM	
5.1. Araştırmanın Amacı	33
5.2. Araştırmanın Hipotezleri	33
5.3. Araştırmanın Türü	33
5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer	33
5.5. Araştırmanın Zamanı ve Süresi	34
5.6. Evren ve Örneklem	34
5.6.1. YLG, ALG ve Kontrol Grubunun Oluşturulması	34
5.6.2. Akran Liderlerin Seçilmesi	35

5.7. Veri Toplama Formlarının Geliştirilmesi ve Eğitim Araçları	35
5.7.1.Öğrenci Tanılama Formu	36
5.7.2. Formların Geçerlik ve Güvenilirliği	36
5.7.3. İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu	39
5.7.4. İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu	40
5.7.5. İlk Yardım Eğitim Araçları ve Yöntemleri	41
5.8. Araştırmanın Uygulama Planı	41
5.8.1. Akran Liderlerin Eğitimi ve Değerlendirilmesi	42
5.8.2. Akran Gruplarının Oluşturulması	42
5.8.3. Yetişkin ve Akran Liderli İlk Yardım Eğitiminin Uygulanması	42
5.9. Araştırmanın Etik Yönü	45
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	45
5.11. Verilerin Değerlendirilmesi	45
6. BULGULAR	46
7.TARTIŞMA VE SONUÇ	65
7.1. TARTIŞMA	65
7.2. SONUÇ	75
7.3. ÖNERİLER	77
8. EKLER	78
Ek 1. İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı	79
Ek 2. Veli İzin Yazılı Onam Formu	81
Ek 3. Öğrenci Tanılama Formu	82
Ek 4. İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu	83
Ek 5 İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu	89
Ek 6. İlköğretim 7. Sınıflar İçin İlk Yardım Eğitim Hedefleri	97
Ek 7. İlköğretim 7 Sınıflar İçin İlk Yardım Eğitimi	102
Ek 8. İlk Yardım Sunuları	131
Ek 9. Temel İlk Yardım Eğitimi Broşürü	147
Ek 10. Uzman Görüşü Alınan Akademisyenler	148
Ek 11. Uzman Görüşü Yönergesi	149
Ek 12. Etik Kurul Onay Yazısı	150
9. KAYNAKLAR	151
10. ÖZGEÇMİŞ	160

3) KISALTMALAR VE SİMGELER

ALG: Akran Liderli Grup

YLG: Yetişkin Liderli Grup

AEY: Akran Eğitimi Yöntemi

YEY: Yetişkin Eğitimi Yöntemi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

CDS: Center for Disease Control- Hastalık Kontrol Merkezi

AAP: American Academy of Pediatrics-Amerika Çocuk Sağlığı Akademisi

IV) TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 5.7.2.: İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formunun Madde Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değerleri

Tablo 5.8.3.: Araştırmanın Uygulama Planı

Tablo 6.1.: Demografik Özelliklere Göre Grupların Değerlendirilmesi

Tablo 6.2.: Öğrencilerin İlk Yardım Bilmenin Gerekliliğine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması

Tablo 6.3.: Öğrencilerin Temel İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Tablo 6.4.: Öğrencilerin İlk Yardım Konularını Öğrenmek İsteddiği Yerler

Tablo 6.5.: İlk yardım Eğitimi Ön ve Son Test Toplam Bilgi Puanlarının Değerlendirmesi

Tablo 6.6.: Öğrencilerin İlk Yardım Eğitimi Beceri Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 6.7.: Temel İlk Yardım Bilgi ve Becerilerinin Üç Grupta Değerlendirilmesi

Tablo 6.8.: Öğrencilerin İlk Yardım Becerilerinin En Önemli Adımlarını Gerçekleştirebilme Durumları

Tablo 6.9.: Öğrencilerin Temel İlk Yardım Becerilerinin En Önemli Adımlarını Gerçekleştirebilme Durumlarının Üç Grupta Değerlendirilmesi

V) ŐEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-3. Okul Sağlığı Programlarının Dört Boyutu

1. ÖZET

Bu çalışma ilköğretim öğrencilerine Akran Eğitimi Yöntemi (AEY) ve Yetişkin Eğitimi Yöntemi (Yey) ile verilen temel ilk yardım eğitiminin bilgi ve beceri düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan, deneysel bir çalışmadır.

Araştırmanın evrenini 7. sınıf öğrencileri (137öğrenci) oluşturdu. Örneklem seçilmedi. Velileri tarafından izin verilen 133 öğrenci “Yetişkin Liderli Grup (YLG)”, “Akran Liderli Grup (ALG)” ve “Kontrol Grubu ” olmak üzere üç ayrı gruba ayrıldı. Akran liderlere araştırmacı tarafından temel ilk yardım eğitimi verildi. ALG’a akran liderler, YLG’a araştırmacı tarafından iki oturum (90 dakika) ilk yardım eğitim programı uygulandı. Öğrencilerin bilgi düzeylerini belirlemek için “İlk Yardım Bilgi Değerlendirme Formu” eğitimden iki hafta önce ve eğitimden iki hafta sonra olmak üzere iki kez uygulandı. Öğrencilerin temel ilk yardım becerileri eğitimden iki hafta sonra her üç grupta da “İlk Yardım Beceri Değerlendirme Formu” ile gözlem yapılarak değerlendirildi.

AEY ve Yey ilk yardım bilgisinin ve becerisinin gelişmesinde kontrol grubuna göre daha etkili bulundu.

Temel ilk yardım bilgisi kazandırmada AEY, Yey’den daha az etkili bulundu.

Temel ilk yardım becerileri ve becerilerde en önemli adımları gerçekleştirebilmede AEY uygulanan grup, Yey uygulanan grup ve Kontrol grubundan daha başarılı bulundu ($p<0.05$). Bazı becerilerde AEY ve Yey uygulanan gruplar arasında fark olmadığı görüldü ($p>0.05$).

Sonuç olarak; ilköğretim 7.sınıf öğrencilerinin temel ilk yardım eğitiminde her iki eğitim yöntemi kullanılabilir fakat AEY’nin avantajları göz önünde bulundurularak tercih edilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: akran eğitimi, ilk yardım eğitimi, okul sağlığı, okul sağlığı hemşireliği, yetişkin eğitimi,

2. SUMMARY

Evaluation of The Efficacy of Basic First Aid Training Given By Peer and Adult Education Methods In An Elementary School

This experimental study has been applied to elementary school students to examine effects of basic first aid education which was given through Peer Education Method and Adult Education Method on students' level of knowledge and skills.

7th grade students were (137 students) enrolled in this study. Sample wasn't chosen. 133 students whose families gave permission were divided into three groups; "Adult-led Group", "Peer-led Group" and "Control Group". Basic first aid training was given to peer leaders by the researcher. In peer led group, two sessions (90 minutes) of basic first aid training program were given by peer leaders and in adult led group training was given by researcher. To determine students' level of knowledge "First Aid Information Evaluation Form" was applied twice (two weeks before education and two weeks after education). Two weeks after education, students basic first aid skills were evaluated in all three groups through "First Aid Information Evaluation Form" and observation.

With regard to development of first aid knowledge and skills, Peer Education Method and Adult Education Method were found more effective than control group.

Gaining knowledge about basic first aid Peer Education Method was found less effective than Adult Education Method.

When compared to the Adult-led Group and control group ($p < 0.05$), peer-led Group was found more successful in terms of gaining many basic first aid skills and performing the most important stages in skills but in some skills there was no difference between Peer-led Group and Adult-led Group ($p > 0.05$).

As a result, both methods can be used for first aid training in the 7th graders, but taking into consideration of the advantages of Peer Education Method, this method should be preferred.

Key words: adult education, first aid education, peer education, school health, school health nursing

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya da ve ülkemizde meydana gelen çeşitli kazalarda her yıl çok sayıda kişi yaşamını kaybetmekte ya da sakat kalmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda, kazalar nedeniyle ölümlerin % 10 'unun ilk 5 dakikada %45' inin ilk yarım saatte meydana geldiği, yine dünyanın hiçbir yerinde ambulansın 5 dakikadan önce gelemediği belirlenmiştir. Kalıcı sakatlanmaların ve ölümlerin büyük çoğunluğu panik ve kargaşanın hakim olduğu ilk dakikalarda yanlış müdahale ve karga tulumba taşıma sırasında gerçekleşmektedir. Bu sonuç, tıbbi yardım gelinceye kadar bilinçli ve etkin ilk yardım uygulanmasıyla ölümlerin azaltılabileceğini göstermektedir. Ayrıca, bireylerin, kendilerinin ve bulundukları ortamda mevcut diğer kişilerin hayatlarını koruma ve kurtarmada ilk yardım bilmeleri hayati önem taşımaktadır (Uçar 2008).

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar nedeniyle, dünyada her yıl 250.000'den fazla kişi ölmekte ve bu sayıdan çok fazla kişi de sakat kalmaktadır. Her yıl yaralanmalar sonucu 7 milyon kişi hastaneye yatarak, 35 milyon kişi hastane polikliniklerinde ve 19 milyon kişi de hastane dışında tedavi edilmektedir (National Center for Health Statistics. Injury in the United States: 2007 Chartbook. <http://www.cdc.gov.tr> Erişim: 7.02.2010, 2009-Report Injuries in the European Union Statistics Summary <https://webgate.ec.europa.eu> Erişim: 7.02.2010).

Ülkemizde 15-24 yaş grubu ölüm nedenleri arasında istemsiz yaralanmalar ilk, bireyler arası şiddete bağlı ölüm ikinci, öz kıyım üçüncü sıradadır. Bu veriler gelişmiş ülkelere benzerdir. Yaralanmalara bağlı ölümler 1-19 yaş grubunda daha fazladır; en fazla motorlu taşıtların çarpışması ile olur. Öldürme ve öz kıyım gibi istemli yaralanmalar 10-34 yaş grubunda yaralanmaya bağlı ölüm nedenleri arasında sırası ile ikinci ve üçüncü sıradadır. Ülkemizdeki kalıcı sakatlıkların ya da ölümlerin azımsanamayacak bir bölümü yaralılara yanlış ve bilinçsiz müdahalelerden kaynaklanmaktadır (Baysal, Yıldırım ve Bulut 2005).

Kazalar karşısında ölümlerin en aza indirilmesi, sakatlıkların azaltılması ve önlenmesi için toplum bireylerinin, ilk yardım konusunda temel bilgilere sahip

olması gerekir. Bunun en etkin, belki de en önemli yollarından biri, bu bilgilerin zorunlu eğitim basamağı olan ilköğretim düzeyinde öğretilmeye başlayarak toplumun geneline yayılması, daha sağlıklı bir nesil yetiştirmek için öncelikli olarak ele alınması gereken bir konudur (Vaizoğlu ve ark 2003, Bombacı,Ülkü, Adıyeke, Kara ve Görgeç 2008).

İnsan yaşamı içinde ‘okul çağı’ sağlık açısından özel bir dönemdir. Okullardaki öğrenci, öğretmen ve personel sayıları dikkate alınacak olursa nüfusumuzun en az beşte biri okullarla doğrudan etkileşim içindedir. O nedenle ‘okul sağlığı hizmetleri’ olarak adlandırılan girişimler de özel bir çalışma konusudur (Öztek ve Kubilay 2005).

İlkokul dönemi, çocukların nasıl yaşayacaklarını öğrendikleri, çeşitli alışkanlıkların oluştuğu ve sağlıkla ilgili girişimlerden yaşamları boyunca yararlanmaları için temel oluşturmada en uygun dönemdir (Güler ve Kubilay 2005).

Dünya Sağlık Örgütü okul sağlığı komitelerinin okul sağlığı ile ilgili yayınladıkları raporda okul sağlığı çalışmalarının sağlık ekibi tarafından yürütülmesi gerektiğini vurgulamıştır. Okul sağlığı hemşireleri de merkezi konumda bir lider ve okul sağlık hizmetlerinin ekip koordinatörü olarak işlev sağlamaktadır (Hacılioğlu 2009, American Academy of Pediatrics 2008, Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Rehberi <http://www.tusak.saglik.gov.tr/zehirlenmeler/OkulSagligi.pdf> erişim 4.11.2009)

Okul sağlığı hemşireliği gelişmiş ülkelerde kabul görmüş, yürürlükte olan bir uygulamadır. Ülkemizde özellikle devlet okullarında böyle bir uygulama bulunmamaktadır. Sınırlı sayıdaki özel okullarda hemşirelerin çalıştığı görülmektedir. Oysa okul çağındaki çocukların sağlığının geliştirilmesinde okul sağlığı hemşirelerinin sorumluluğu yüksektir (Güler ve Kubilay 2005).

Okul hemşiresi öğrencilere tek tek veya grup olarak sağlık eğitimi sağlar (American Academy Of Pediatrics 2008, National Association of School Nurses Definition of school nursing. Castle Rock, www.nasn.org Erişim : 09.04.2010). Hemşirelerin okullarda verdiği sağlık eğitimi konularından biri olan kazalardan koruma/ güvenlik ve ilk yardım konularında verdiği eğitim faaliyetleri ile ilk yardım hizmetleri kişilerden başlayarak aileye ve topluma yayılır. Eğitimin küçük yaştan başlayarak verilmesi, kazaların acı sonuçlarını daha aza indirgeyebilir, eğitim verilen kişilerde bir refleks oluşmasını

sağlar. Bu sorumluluğun yerine getirilmesinde “okul sağlığı hemşirelerine” okullarda büyük rol düşmektedir. (Türkiye Kızılay derneği& Cruz Roja Espanola 2001).

İlköğretim Müfredatında temel ilk yardım konuları mevcut olmasına rağmen yapılan çalışma verileri bize okullarda öğrencilerin ilk yardım konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduklarını göstermektedir. Öğrenciler ilk yardım konularına ilişkin öğrendikleri bilgileri %58.8 oranında orta olarak değerlendirmişlerdir ve %63.8’i ilk yardım gerektiren bir durumla karşılaştıklarında ne yapacaklarını bilmediklerini ve ilk yardım bilgi düzeylerini az biliyorum olarak yanıtlayarak, bu konuda kendilerini yetersiz olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Çağlayan 2004, Bölükbaş, Kahraman, Karaman ve Kalaycı’nın 2007). Bakar, Özkan ve Aygün’ün (2003) yaptıkları araştırmada öğrencilerin %75,5’nin bilgi puanının 0-20 puan arasında yani çok zayıf olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada Doğru/yeterli olarak değerlendirilen yanıtların düşüklüğü ve bilmiyorum" biçiminde karşılık verilen soruların fazla olması bir eğitim istemi olarak değerlendirilmiştir (Vaizoğlu 2003).

Okul hemşireleri sağlık eğitimi rollerini gerçekleştirirken öğrencilere ne (içerik) öğrettikleri kadar nasıl (pedagoji) öğrettikleri de önemlidir. Okul sağlığı ile ilgili konularda etkili bir eğitici olmak için, okul hemşireliği alanında etkili öğretim metotlarını anlamak ve bu konuda uzmanlaşmak da dahil olmak üzere profesyonel hazırlık gereklidir (Praeger 2005).

Bu nedenle okul sağlığı hemşirelerinin okullarda verdiği sağlık eğitimi konularından, kazalardan koruma/ güvenlik ve ilk yardım konusunu daha ilgi çekici hale getirmesi, uygulamaya yönelik olması açısından son yıllarda sağlık eğitimi konularında etkili bir eğitim yöntemi olarak kabul edilen akran eğitimi yönteminin kullanılmasının bu konudaki eksiklikleri gidereceği düşünüldü. Araştırma; belirli bir ilköğretim okulunda 7. sınıflara verilen temel ilk yardım eğitiminin, öğrencilerin bilgi ve becerileri üzerindeki etkilerini belirlemek amacı ile deneysel olarak yapıldı.

4. GENEL BİLGİLER

Her yıl binlerce insan doğru olarak ilk yardım uygulanmadığından kaza, yaralanma ve hastalık nedeniyle kaybedilmekte daha da kötüsü sakat kalmaktadır. Hiç beklenmedik bir yerde ve hiç beklenmedik bir zamanda, evde, iş yerinde, okulda veya farklı bir yerde bir yaralanma, kaza veya acil bir durumla karşılaşılabilir.

Doğru ve zamanında yapılan ilk yardım uygulaması çoğu zaman hayat kurtarıcı ve/veya zarar azaltıcı nitelikte olmaktadır. Bunun için bilinmesi gereken en önemli şey doğru ilk yardım uygulamalarıdır.

4.1. Kaza ve Yaralanma

Çoğu kez yanlış olarak birbirleri yerine kullanılırsa da “kaza” ve “yaralanma” farklı kavramlardır (Özcebe 2006).

4.1.1. Kaza

Kazalar, önceden planlanmamış, beklenmedik bir anda ortaya çıkan yaralanma, hasar, can ve mal kayıplarına neden olan olaylardır (Özcebe 2006, Kıran, Şemin ve Ergör 2001).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tanımına göre ise; önceden planlanmamış ve beklenmeyen, ancak yaralanma ile sonuçlanabilecek olaylardır (Backeet 1965).

Diğer bir tanımla “bilinen yanlış davranış ve ihmaller ya da nedenler zincirinin son halkası olup daha önceden alınacak önlemlerle kaçınılabilir ve korunabilir bir olay” olarak tanımlanmaktadır (Kıran, Şemin ve Ergör 2001).

“ Kaza” sözcüğü öngörülemeyen, şans eseri, kader sonucu olan, beklenmeyen bir olguyu tanımlar. Kazaların rastgele, şans eseri olup öngörülemediği,

önlenemeyeceği inancı korunmaya karşı başlıca engeli oluşturmaktadır (Baysal, Yıldırım ve Bulut 2005, Özcebe 2006).

4.1.2. Yaralanma

DSÖ'nün yaralanma (İnjury) tanımı şu şekildedir, “insan vücudunun “kasıtlı” veya “kasıtsız” olarak termal, mekanik, elektriksel veya kimyasal enerjiye akut olarak maruz kalma veya oksijen ve ısı gibi yaşamsal unsurlardan uzaklaştırılması nedeniyle ortaya çıkan durumdur”(Özcebe 2005, 2006).

Yaralanmalar oluş şekline göre “kasıtlı” ve “kasıtsız” olabilir.

Kasıtlı Yaralanmalar: Temelinde kişilerin şiddete maruz kalmaları ifade edilirken; öldürme, intihar, savaş, tecavüz, çocuk, kadın, yaşlı istismarı, şiddet sayılabilir

Kasıtsız Yaralanmalar: Kaza olarak nitelendirilmektedir; düşmeler, yanıklar, boğulmalar, donmalar, zehirlenmeler, doğal afetler, sürücü/ yolcu yaralanmalarını kapsamaktadır (Özcebe 2005, 2006, Wilson, Grande and Hoyt 2007).

Öte yandan, yaralanmaları hazırlayan etmenlere baktığımızda; kişisel faktörler olarak; riskin bilincinde olmama, tehlikeleri zamanında tanımaya karşı deneyimsizlik, bulma keşfetme merakı, karar verme becerisinde zayıflık, risk alma davranışı, psikolojik uyumsuzluk, duygusal strese artma, yorgun olma, uyuşturucu-uyarıcı ilaç kullanma, kişisel koruyucu kullanmama sayılır. Çevresel faktörler ise; gerekli kanunların olmaması, mevcut kanunların uygulanmasında yetersizlik, güvensiz çevre koşulları ve tehlikeli davranışlara özendirici reklamlardır (Bertan ve Çakır 1997, Özcebe 2006).

4.1.3. Yaralanma Epidemiyolojisi

Bir sağlık sorununun görülme sıklığı, ölüme neden olması, sakat bırakması ve iş gücü kaybına neden olması toplum sağlığı için ne kadar önemli olduğunun göstergesidir. Yaralanmaların halk sağlığı sorunu olma durumunun değerlendirilmesi için yaralanmaların boyutları hakkında bilgi sahibi olmak gerekmektedir (Özcebe 2006).

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar nedeniyle, dünyada her yıl 250.000'den fazla kişi (her iki dakikada bir kişi) ölür ve bu sayıdan çok fazla kişi sakat kalır (National Center for Health Statistics. Injury in the United States: 2007 Chartbook. <http://www.cdc.gov.tr> Erişim: 7.02.2010, 2009-Report Injuries in the European Union Statistics Summary <https://webgate.ec.europa.eu> Erişim: 7.02.2010)

DSÖ Avrupa Bölgesi için kasıtsız yaralanmalar yılda ölümlerin üçte ikisinden sorumludur. Amerika Birleşik Devletleri'nde bu sayı tüm ölümlerin % 7'sidir. İster kasıtlı ister kasıtsız olsun yaralanmalar DSÖ verilerine göre Avrupa Bölgesinde üçüncü ölüm nedenidir ve tüm özürlü geçirilen yaşam yıllarının %14'ünden sorumludur (National Center for Health Statistics. Injury in the United States: 2007 Chartbook. <http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/injury2007.pdf> Erişim: 7.02.2010, 2009-Report Injuries in the European Union Statistics Summary <https://webgate.ec.europa.eu> Erişim: 7.02.2010).

Yaralanmalara bağlı ölüm hızı 100.000 kişide 83,7'dir. Yaralanmalara bağlı ölümlerin %90'ı düşük ya da orta gelişmişlik düzeyine sahip ülkelerde meydana gelmektedir (Peden, McGee and Sharma 2002).

Her yıl yaralanma kaza veya şiddet sonucu 7 milyon kişi hastaneye yatarak, 35 milyon kişi hastane polikliniklerinde ve 19 milyon kişi de hastane dışında tedavi edilir. 2004 yılında ABD'de, 1.9 milyon hastaneye yatış, 31 milyon acil servis ziyareti, tüm hastane taburculuklarının % 6'sını ve neredeyse tüm acil ziyareti nedenlerinin ilk üçünü yaralanmalar oluşturmuştur (Adams, Dey and Vickerie 2005, National Center for Health Statistics. Injury in the United States: 2007 Chartbook. <http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/injury2007.pdf> Erişim: 7.02.2010, 2009-Report Injuries in the European Union Statistics Summary <https://webgate.ec.europa.eu> Erişim: 7.02.2010)

Avrupa Birliği ülkelerinde bir yıl içindeki ortalama hastane yatışlarının %11'i (6,8 milyon yatış) yaralanmalar sonucu olmaktadır (Commission Of The European Communities. Communication From The Commission To The European Parliament And The Council On Actions For A Safer Europe (2006) 328 Final Report. <http://eur-lex.europa.eu> Erişim: 14.03.2010).

Dünya Sağlık Örgütü Global Hastalık Yüğü Göstergeleri 2004 (Global Burden of Disease in 2004) raporunda; yaralanmalar 15-59 yaş arası yetişkinlerde, 2004 yılında hastalık yükünün% 17'sini oluşturmaktadır. Tüm dünyada her iki cinsiyet için 15-44 yaş grubunda, HIV / AIDS ve unipolar depresyondan sonra trafik kazaları

üçüncü en yüksek hastalık yükünü oluşturmaktadır. 15-44 yaş grubu insanların şiddet ve kendini yaralama, hastalık yükünün ilk 10 nedeni arasında sırasıyla altıncı ve sekizinci konumdadır (Global Burden of Disease 2004 update, World Health Organization December 2008 Switzerland <http://www.who.int/healthinfo> Erişim: 18.11.2009)

Tüm yaralanmaların %25'i oluşturan trafik kazalarına bağlı yaralanmalar en sık olarak görülmektedir Trafik kazalarından dolayı yılda hemen hemen 1.2 milyon kişi ölmekte, 20 ile 50 milyon arasında insan da yaralanmakta veya sakat kalmaktadır. (Peden McGee and Sharma 2002, Morrongiello and Kiriakou 2004,).

2000 yılında ABD sağlık sisteminde yaralanmalar sonucu meydana gelen tahmini maliyet, ölümcül yaralanmalar için 1,1 milyar dolar, yaralanma sonucu hastaneye yatış için 33.7 milyar dolar, yaralanma sonucu acil servis hizmetleri için 31.8 milyar dolar ve 13.6 milyar dolarlık ayaktan tedavi ziyaretlerini içerir. Bu maliyette; ruh sağlığı ve psikolojik tedavi ile ilişkili maliyet tahminleri bulunmamakta sadece fiziksel yaralanmaların tedavi maliyetini yansıtmaktadır (Finkelstein, Corso and Miller 2006). Ayrıca yaralanma sonucunda ortaya çıkan maliyetle ilgili veriler sınırlı olmakla birlikte, durumun kişilere, ailelere, topluluklara ve ülkelere getirdiği ekonomik maliyetin büyük olduğu açıktır.

İster kasıtlı ister kasıtsız olsun yaralanmalar ekonomik ve sosyal kalkınma için tehdittir (Racioppi and Sethi 2009).

Dünyada kaza ve yaralanma epidemiyolojisine baktığımızda yukarıda açıklanan gerçekleri görmekteyiz peki ülkemizdeki durum nedir?

Kazaların etkilerini ve özür oranlarını hiç bir ülkenin sağlık sistemi tam olarak bildirememektedir. Ülkemizde tüm yaralanmaları ve sonuçlarını izleyen bir sağlık sistemi henüz mevcut değildir.

Ülkemizde 15-24 yaş grubu ölüm nedenleri arasında istemsiz yaralanmalar ilk, bireyler arası şiddete bağlı ölüm ikinci, öz kıyım üçüncü sıradadır. Bu veriler gelişmiş ülkelerdekilere benzerdir. Yaralanmalara bağlı ölümler 1-19 yaş grubunda daha fazladır; en fazla motorlu taşıtların çarpışması ile olur. Öldürme ve öz kıyım

gibi istemli yaralanmalar 10-34 yaş grubunda yaralanmaya bağlı ölüm nedenleri arasında sırası ile ikinci ve üçüncü sıradadır (Baysal, Yıldırım ve Bulut 2005).

Türkiye diğer ülkelerle trafik kazalarında ölüm oranları açısından karşılaştırıldığında, yüz milyon araç-kilometre başına kazalarda ki ölüm oranı İngiltere, Amerika ve Almanya'da sırasıyla 0.9, 1.1 ve 1.6 iken, bu oran Türkiye'de 20'dir. Her 100 milyon araç-kilometre başına kaza oranı son 10 yılda iki katından fazla artış göstermiştir. Yollardaki araç sayısı bakımından diğer ülkelere nazaran düşük bir rakama sahip olan ülkemiz, kazalardaki ölüm oranları açısından dünyada en başta yer alan ülkelerden birisidir (Armağan 2008).

Türkiye'de 2009 yılında Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı sorumluluk bölgesinde 1.034.435 trafik kazası olmuş, bu kazalarda 4.300 kişi hayatını kaybetmiş, 200.405 kişi yaralanmıştır (http://www.trafik.gov.tr/istatistikler/10_yil_istatistik.asp Erişim: 9.02.2010).

Mayda ve arkadaşlarının araştırmasında (2008) yaralanma sıklığı %10,0'(n=767 kişi) bulunmuş ve yaralanan 77 kişiden 28'i (%36,4) hastaneye başvurmuştur. Yaralananların dörtte birinin sağlık kuruluşuna başvurması, yaralanmaların gerçek sıklığının ancak saha araştırmaları ile ortaya konulabileceğini önerilmektedir.

Ülkemiz açısından da kaza ve yaralanma görülme oranları gerek konu ile ilgili kurumların verileri gerek yapılan araştırma verileri ile yüksek olduğu görülmektedir. DSÖ'ne göre bir toplumda en önemli sağlık sorunu, o toplumda "sık görülen", "sık öldüren" ve "sık sakat bırakan" hastalıklardır. Bu kriterlere göre kaza ve yaralanmalar, mortalitesinin ve morbiditesinin yüksek olmasından dolayı halk sağlığının önceliklerinden biri olarak önem arz etmektedir ve kazalar tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktadır (Bertan ve Çakır 1995, Özcebe 2006).

Olası bir kazanın önlenmesi, olmuş bir kazaya müdahalede bulunmaktan çok daha kolay ve çok daha ucuzdur (Türkiye Kızılay derneği& Cruz Roja Espanola 2001). Her şeye rağmen, bir kaza olduğunda kişi ve toplumun en az hasarla kurtulmaları için gerekli önlemler alınmalıdır. Haberleşme, kurtarma, ambulans hizmetleri, hızlı ve bilinçli ilk yardım ve klinik yardım gibi hizmetlerin kazalarda

oluşan yaralanmaların, sakatlıkların ve ölümlerin en aza indirilmesinde önemi büyüktür (Temel ve Özcebe 2006, Türkiye Kızılay derneği& Cruz Roja Espanola 2001).

Bölükbaş'ın Erkan'dan aktardığına göre; “Ülkemizde gerek acil bakım gerekse acil bölüm hizmetlerinin yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Bu konuda toplumdaki her bireye sorumluluklar düşmektedir. Öncelikli amaç olası kazaları en aza indirmek, daha sonra ise kazaya uğrayanları sakat kalmaktan ve ölümden kurtarmaya çalışmaktır. Bunun için temel şart eğitimidir. Acil durumlara anında girişimde bulunabilecek her düzeydeki insanın yetiştirilmesi ve toplumun bilgilendirilmesi gerekmektedir” (Bölükbaş, Kahraman, Karaman ve Kalaycı 2007).

Kaza oranları bu kadar fazla olan genç nüfusa sahip ülkemizde bilinçli yapılan ilk yardım ve ilk yardım eğitiminin önemi ortaya çıkmaktadır.

4.2. İlk yardım ve Önemi

İlk yardım; herhangi bir hastalık veya kaza sonucu hayatı ya da sağlığı tehlikeye girmiş olan kişiye, olay yerinde, yardımı tamamlayacak sağlık personeli gelinceye kadar durumun kötüleşmesini önlemek amacıyla ilaç kullanmaksızın eldeki olanaklarla yapılan müdahalelerdir (Uçar 2008).

Herhangi bir acil durum anında bilinçsizce yapılan ilk yardım müdahaleleri insanı üzen noktadır. Kalıcı sakatlanmaların ve ölümlerin büyük çoğunluğu panik ve kargaşanın hakim olduğu ilk dakikalarda yanlış müdahale ve karga tulumba taşıma sırasında gerçekleşmektedir. Yanlış ilk yardım uygulamaları hastaların iyileşmelerini geciktirmekte, sakat kalmalarına veya ölmelerine neden olmaktadır (Türkiye Kızılay derneği& Cruz Roja Espanola 2001, Uçar 2008).

İlk yardım bilinciyle ölüm ve sakatlanmaların büyük ölçüde azaltılması mümkündür. Trafik kazalarında ölümlerin %10'u ilk 5 dakikada (bu vakaların %18-25'i yeterli müdahale ile kurtarılabilecek vakalardır) %50 kadarı ise ilk 30 dakikada meydana gelir. Kaza yerinde ilk beş dakika içerisinde uygulanacak etkili bir ilk yardım ile bu ölümlerin yaklaşık yarısını önlemek mümkündür (Uçar 2008).

Alma-Ata Bildirgesi'nde "Temel Sağlık Hizmetleri" kapsamı içerisinde "bir toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunları, bunların önlenmesi ve denetimi ile ilgili konularda halkın eğitilmesi" hususu vazgeçilemez hizmetler arasında yer almıştır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi İlk Yardım Modülleri, 2008 Sağlık Bakanlığı Yayın No:722 <http://www.erzurum.saglik.gov.tr/birimler/egitim/ilk%20Yardim%20Modulleri.pdf> Erişim: 24.10.2009).

Kaza, yaralanma verileri de konunun önemini ve önceliğini ortaya koymakta ve ilk yardım konusunda halkın eğitilmesine olan ihtiyacı ön plana çıkarmaktadır (Türkiye Kızılay derneği& Cruz Roja Espanola 2001, Uçar 2008).

İlkyardım eğitimine harcanan kaynak ekonomik hayatı da kurtarmaktadır. Dolayısıyla ölüm ve sakatlanmaların üretime olumsuz etkileri önlenebilmektedir (Uçar 2008).

4.3. Okul Sağlığı

Okul, gerek fiziksel ve sosyal çevresi ile okul toplumunun sağlığını doğrudan etkilemesi, gerekse sağlık ile ilgili olumlu tutum ve davranışların geliştirilmesine ya da sağlık hizmetlerinin topluca sunulmasına elverişli bir ortam olması nedeniyle sağlık hizmetleri için önemli bir kurumdur ve çocuğun evinden sonra, hayatında ikinci en etkili ortamı temsil eder (Aksayan 1998, Wolfe and Selekman 2002).

Okul sağlığı hizmetleri toplumda okul çağındaki bütün çocukların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, böylece çocukların ve dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümüdür (Özcebe 2006).

Yaş dönemlerinin hızlı bir değişimi içermesi ve okulun sosyal özellikleri, okul sağlığı programlarının çeşitliliğine zemin hazırlar. Okul sağlığının özel bir grup olarak kabul edilmesinin nedenlerini ele alırsak:

1. Okul çağında çocuklar hem bedensel hem de ruhsal yönden hızlı bir büyüme ve gelişme içindedirler. Büyüme çağında olan okul öğrencilerinin koruyucu önlemler ve sağlığı geliştirici çalışmalar içinde bulunmaları, bu vasıfları kazanmalarını kolaylaştırır.

2. Okullarda çocukların grup halinde bir arada olmaları bulaşıcı hastalıkların artmasına ve hızla yayılmasına neden olur.

3. Çocukların başarılı bir öğrenim yapabilmeleri sağlıklı olmalarıyla mümkündür.

4. Okul, çocukların evleri dışında ilk kez toplum içine girdikleri yerdir.

5. Yaşıt ilişkileri, çocukluk ve gençlik dönemindeki tutum ve yaşam biçiminde önemli bir belirleyicidir. Bu sebeple arkadaşlık dinamikleri ve yaşıt baskısı konusunda bilinçlendirici çalışmalar gitgide önemli bir yer kazanmaktadır.

6. Okulda yalnızca derslerdeki konular öğretilmez. Aynı zamanda çocuklara sağlık ile ilgili olumlu davranışlar kazandırılır. Okul döneminde gerçek anlamda çok yönlü ve iyi bir sağlık eğitimi verilmelidir. Sağlık konusunda bilinçli bir toplumun yetişmesi, toplum sağlığı konularının anlaşılması ve desteklenmesiyle sağlanabilir. Okul çağı alma ve etkilenme devresidir. Sağlık yönünden eğitildiği zaman anne-baba ve çevresine yararlı olur. Bir toplumun sosyal yapısında okul önemli bir rol oynar. Sadece anne- baba üzerinde etkili olmakla kalmaz, bütün toplumu etkiler.

7. Okul çağında önemli bir ölüm ve sakatlık nedeni de kazalardır (heyecan veren grup oyunları, aşılması gereken uzaklık)

8. Okullarda öğrenciler topluca bulundukları için bu gruba aşılama, tarama, eğitim gibi sağlık hizmetlerini vermek ve bazı koruyucu önlemleri ulaştırmak kolaydır (Şahin 2000, Baltaş 2004, Özcebe 2006, Öztekin ve Kubilay 2008).

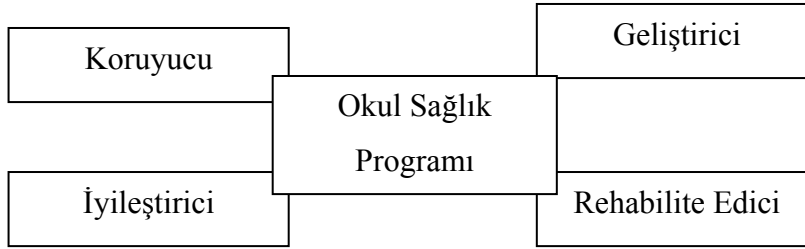
2008- 2009 eğitim-öğretim yılında Türkiye’de, 757.277 öğretmen tarafından 58.982 okulda 552.786 derslik ile eğitim ve öğretim hizmeti verilmektedir. Milli Eğitim Bakanlığına bağlı tüm okullarda 21.117.017 öğrenci bulunmaktadır. Bunların 10.709.920’u ilköğretim öğrencisidir. 3.837.164’u ortaöğretim öğrencisidir. Okul öncesi hazırlık, ilköğretim ve lise düzeyinde, 20 milyondan fazla öğrenci vardır (http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=14&ust_id=5 Erişim tarihi: 19.01.2010) Okullardaki öğrenci, öğretmen ve personel sayıları dikkate alınacak olursa, nüfusumuzun en az

beşte biri okullarla doğrudan etkileşim içindedir. O nedenle ‘okul sağlığı hizmetleri’ olarak adlandırılan işler de özel bir çalışma konusudur (Öztek ve Kubilay 2008).

Kapsamlı okul sağlık programı sağlık eğitimi, beden eğitimi, sağlık hizmetleri, beslenme hizmetleri, danışmanlık, psikolojik ve sosyal hizmetler, sağlıklı bir okul ortamı, personel için sağlığı geliştirme olmak üzere sekiz bileşeni içermelidir (Pourciau and Vallette 2001).

Okul sağlığı hizmetleri okul çağındaki bütün bireylerin mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, böylece çocukların, dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacı taşır. Bu amaca ulaşmaya yardımcı olacak modellerin biri aşağıda şematik olarak verilmiş olan “dört boyutlu sağlık programı” modelidir (Baltaş 2004).

Şekil 4-3. Okul Sağlığı Programlarının Dört Boyutu



Kaynak: Baltaş 2004.

Okul çocuğunun sağlıklı gelişiminin sağlanabilmesi için 4 boyutta da hizmet vermek uygun olur.

Koruyucu: Tarama ve saptama çalışmaları; genel fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar ve acil durumlar konusunda.

Geliştirici: Sağlık eğitimi, yaşam becerileri öğretimi ve sağlık kalitesinin yükseltilmesine etken koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılması.

İyileştirici: Sağlık ve davranışlarla ilgili iyileştirici ve izleyici gelişmelerden haberdar olma.

Rehabilite edici: Var olan veya yeniden kazanılan sağlının y6nlendirilmesi, geliştirilmesi (Baltaş 2004).

4.3.1. Okul Sağlının Ekibi

Sağlık hizmetlerinin yalnızca “sağlık sekt6r6” tarafından y6r6t6lemeyecek kadar kapsamlı olduğu ve bu hizmetlerin y6r6t6lmesinde ve geliştirilmesinde sekt6rler arası eşg6d6m6n sağlanması gerektiği g6r6ř6 7ağdaş sağlık anlayışı kapsamında da yer almaktadır (6zt6rk ve Bıkmaz 2007).

Okul sağlının hizmetlerinin y6r6t6lmesi i7inde bir ekibe ve sekt6rler arası eşg6d6me ihtiya7 vardır. Okul sağlının ekibinde:

- Okul doktoru
- Okul sağlının hemşiresi
- Sınıf 6đretmeni
- Beden eğitimi 6đretmeni
- Okul psikoloğu
- Sosyal hizmet uzmanı
- Diyetisyen/beslenme uzmanı olmalıdır (6zcebe 2006).

4.3.1.1.Okul Sağlının Hemşireliği

Ulusal Okul Hemşireliği Derneği (National Association School Nursing-NASN)’ne g6re okul sağlının hemşiresi; 6đrencilerin sağlının geliştirmek, akademik başarılarını arttırmak ve sağlıklı bir yaşam s6rd6rmeleri i7in 7alışan, profesyonel 6zel bir hemşirelik dalıdır. Bu ama7la, okul hemşireleri; 6đrencilerin normal gelişime verdikleri olumlu yanıtı artırır, sağlık ve g6venliği geliştirir, ger7ek ve potansiyel sağlık problemleri ile m6cadele ve vaka y6netimi hizmetleri sağlar. 6đrencilerin 6z y6netim, 6z savunma, 6đrenmeleri ve adaptasyonları konusundaki yeterliliklerini

geliştirmeleri için; diğer disiplinler ile işbirliği yapar (National Association of School Nurses (1999) Definition of school nursing. www.nasn.org Erişim: 15.03.2010).

Günümüzde gelişmiş ülkelerde okul sağlığı hemşireliği çağdaş tıp uygulamalarına paralel olarak gelişmiştir ve okul sağlığı genel sağlık hizmetlerinden ayrı düşünülmeyle, disiplinler arası işbirliği içinde yürütülmektedir. Okul sağlığı hemşireliği gelişmiş ülkelerde kabul görmüş, yürürlükte olan bir uygulamadır. Okul çağındaki çocukların sağlığının geliştirilmesinde okul sağlığı hemşirelerinin sorumluluğu yüksektir fakat ülkemizde özellikle devlet okullarında böyle bir uygulama bulunmamaktadır. Okul sağlığı hemşirelik hizmetleri hala birinci basamak sağlık kurumlarında görevli hemşirelerin sorumluluğundadır. Sınırlı sayıdaki özel okullarda zaman zaman hemşirelerin çalıştığı görülmektedir (Bulduk 2002, Güler ve Kubilay 2005, Hacıoğlu 2009).

American Academy of Pediatrics (AAP) (2008) her öğrencinin okul ve ev arasında sağlıklı, güçlü bir bağlantı sağlaması için en iyi yolun her okulda bir tam zamanlı okul hemşiresi olması ile sağlanabileceğini desteklemekte ve Sağlıklı İnsanlar 2010 yılı hedefi de okullarda 750 öğrenci başına en az 1 hemşire olmasını önermektedir (American Academy Of Pediatrics 2008, Healthy People 2010: Understanding and Improving Health <http://www.healthypeople.gov/document/tableofcontents.htm#under>).

DSÖ okul sağlığı komitesinin okul sağlığı ile ilgili yayınladıkları raporda okul sağlığı çalışmalarının sağlık ekibi tarafından yürütülmesi gerektiğini vurgulamıştır. Okul hemşiresi merkezi bir konumda bir lider ve okul sağlık hizmetlerinin ekip koordinatörü olarak işlev sağlar (AAP 2008, Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Rehberi <http://www.tusak.saglik.gov.tr/zehirlenmeler/OkulSagligi.pdf> Erişim 4.11.2009).

Hemşirelerin okulda önemli hizmetleri vardır. Bu hizmetler; koruyucu ve tarama hizmetleri, sağlık eğitimi ve kendi sağlıkları hakkında karar verme konusunda yardım ve önlenabilir hastalıklara karşı bağışıklamayı içerir (American Academy Of Pediatrics 2008).

Ayrıca, okul hemşireleri akut ve kronik hastalık, yaralanma ve acil durumlarda, bulaşıcı hastalıklar, obezite, madde kötüye kullanımı, ergen gebelik, ruh sağlığı, diş hastalıkları, beslenme ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için müdahalelerde bulunur (American Academy Of Pediatrics 2008).

4.3.1.1.1.Okul Sağlığı Hemşiresinin Roller:

Ulusal Okul Hemşireliği Derneği (National Association School Nursing) (NASN) tarafından 1999'da okul hemşirelerinin 7 rolü belirlenmiştir (American Academy Of Pediatrics 2008, National Association of School Nurses. Position Statement: Caseload Assignments. Silver Spring, MD; National Association of School Nurses; 2006. www.nasn.org Erişim: 16.9.2009).

Bunlar:

- Bakım verici rolü
- Eğitici Rolü
- Vaka yöneticisi Rolü
- Danışmanlık Rolü
- Savunucu Rolü
- Liderlik Rolü (Program Yöneticisi)
- Araştırmacı Rolü (American Academy Of Pediatrics 2008, Stanhope And Lancaster 2008).

Araştırmanın amacı okul sağlığı hemşirelerinin sağlık eğitmeni rollerinin uygulanmasında fayda sağlamayı amaçladığından dolayı okul sağlığı hemşirelerinin sadece sağlık eğitmeni rolleri ayrıntılı ele alınmıştır.

4.3.1.1.1.1.Okul Hemşirelerinin Sağlık Eğitmeni Rolü

Sağlık eğitimi, kişiyi bedensel, sosyal ve ruhsal bakımlardan tam bir iyilik halinde (sağlıklı) bir kişi yapabilmek için, sağlıkla ilgili istendik, amaçlı davranışlar

kazandırma, önceden kazanılmış istenmedik davranışları değiştirme, insanın sağlıklı olarak yaşayabilmesi, gerekli fiziksel ve sosyal çevreyi yaratabilmek için yapılacak çalışmaların tümünü kapsamaktadır (Sözen 2003).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) eksperler komitesi de sağlık eğitimini şöyle tanımlamıştır: "Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak; kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla, birey olarak ya da topluca karar aldırmasıdır" (WHO 1954).

Devlet Planlama Teşkilatının hazırladığı VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ilköğretim okullarından başlayarak sağlık eğitim programlarının geliştirilmesi ve bu amaçla sektörler arasında işbirliği ve koordinasyonun sağlanmasının hedeflendiği görülmektedir (VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/viii/plan8.pdf> Erişim 23.4.2010).

Okul hemşireleri tek tek öğrenciler ve öğrenci gruplarına sağlık eğitimi sağlar. Eğitim bire bir esasına göre gerçekleştirilebilir. Küçük guruplarda, sınıflarda, okul meclisinde, mitinglerde ya da internet üzerinden, el ilanları ya da diğer elektronik ortamlarla gerçekleştirilebilir. Okul hemşirelerinin eğitmen gibi görev yapmaları için pek çok olanak vardır. Okul hemşireleri sağlık eğitim programlarının geliştirilmesine yardımcı olabilir ve de optimum seviyede sağlık elde edebilmek için, uygun sağlık eğitimiyle öğrencilere, ailelere, okuldaki çalışanlara ve topluma yardım ederler. (Praeger 2005, American Academy Of Pediatrics 2008, National Association of School Nurses 1999 Definition of school nursing. Castle Rock, www.nasn.org).

Okul hemşirelerinin sağlık eğitimi rollerini gerçekleştirirken öğrencilere ne (içerik) öğrettikleri kadar nasıl (pedagoji) öğrettikleri de önemlidir. Eğer mesaj iyi iletilmemişse ve eğer hemşireler iyi öğretmen değilse verilmeye çalışılan eğitim oldukça düşüktür. Okul sağlığı ile ilgili konularda etkili bir eğitici olmak için, okul hemşireliği alanında etkili öğretim metotlarını anlamak ve bu konuda uzmanlaşmakta dahil olmak üzere profesyonel hazırlık gereklidir (Praeger 2005).

Okul hemşireleri kendi mesleki uzmanlıklarının yanı sıra eğitim dilinden konuşabilmeli ve okul ortamındaki eğitim standartlarını iyi bilmelidir. Eğer okul hemşireleri, bulundukları okuldaki öğrencilerin ve ulusun sağlığını geliştirmeyi hedeflemişlerse, bu standartları anlamaları ve önemini kavramaları okullardaki eğitimci rollerine hazırlanmaları açısından önemlidir (Praeger 2005).

Eğer belirli bir konu hakkında eğitim verecek ise, okul hemşiresi konu hakkında güncel bilgileri, verileri iyi bilmelidir. Konu hakkında uzman olmak önemlidir, ancak bunu nasıl öğreteceğini bilmekte onunla aynı önemliliktedir. Bunun anlamı, öğrencinin gelişim seviyesine, kavramsal gücüne ve ihtiyaçlarına dayanan eğitim metotlarını anlamaktır (Praeger 2005).

4.3.2. Okullarda İlk Yardım Eğitiminin Önemi

İlk yardım hizmetleri kişilerden başlayarak aileye ve topluma yayılmalıdır. Toplumdaki her bireyin ilk yardım konusunda bilgi sahibi olması çok önemlidir (Türkiye Kızılay derneği& Cruz Roja Espanola 2001).

Bir ülkenin kalkınmışlık düzeyinde, o ülkedeki sağlıklı insan gücünün önemli rolü vardır. Sağlıklı insan gücü ise çocukluktan başlayarak sağlıklarının bilincinde olan, sağlığını koruyan ve sağlığı bozulduğunda fark eden bireylerin yetiştirilmesi ile olanaklıdır (Örsal, Tezcan, Çakır, Tokur ve Gülmez 2002).

Kaza ve yaralanmalar sonucu ölümler, sakatlık ve acil tedavi sorunlarının çözümleri için yıllardır pek çok çaba sarf edilmektedir. Geleceğin ebeveyni olarak uzun vadede sağlığın geliştirilmesine olabilecek katkıları düşünüldüğünde, özen ve ilgi isteyen asıl büyük grubun nüfusumuzun beşte birlik kısmını oluşturan öğrenciler olduğu düşünülebilir.

İlk yardım bilincinin çocuklukta başlaması, kazaların acı sonuçlarını daha aza indirgeyebilir. Çocukluktan itibaren verilen sistemli bir ilk yardım eğitimi ile günlük yaşamın yanı sıra geleceğe de kazanımları yansıyacağından, sadece kısa vadeli bir yatırım olmayacak, çocuklarda ilk yardım konusunda şimdiden bir duyarlılık ve farkındalık oluşmasını ve onların gelecekte de duyarlı yetişkinler olarak yer almalarını sağlayacaktır. Ayrıca çocuklar aracılığıyla yakın çevrelerindeki

yetişkinlerin de konuya dikkatleri çekilmiş olacak; yaptıkları yanlış davranışların ve sonuçlarının, farkına varmalarına yardımcı olunabilecektir (Milli Eğitim Bakanlığı Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığı, İlköğretim 4–5. Sınıf Trafik ve İlk Yardım Dersi Öğretim Programı, Ankara–2006 <http://ttkb.meb.gov.tr> Erişim 10.09.2009).

Vaizoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada öğrencilerin yaklaşık olarak %35'inin kendisine, %40'ının çevresinden birine ilk yardım uygulaması yapılmıştır. İlk yardım gerektiren durumlarla oldukça sık karşılaşıldığı belirtilmekte ve ilk yardım uygulamalarının konuya hakim kişilerce uygun eğitimlerle verilmesi önerilmektedir (Vaizoğlu ve ark. 2003).

Günümüzde birçok kimse tarafından doğru olarak bilinmeyen ilk yardım, bazı okullarda küçük yaşta aktarılmasına karşın, aslında herkese ulaşması gereken temel bir sorumluluktur.

Okullarımızda bu konuda dersler mevcuttur. Talim ve terbiye kurulunun kararı ile İlköğretim okullarında trafik güvenliği dersi 4 ve 5. sınıflarda haftada bir, trafik ve ilk yardım dersi 11'ci sınıfta haftada bir saat olarak verilir (http://ttkb.meb.gov.tr/ogretmen/modules.php?name=downloads&d_op=viewdownload&cid=72 Erişim: 10.09.2009)

Müfredatta ilk yardım konuları mevcut olmasına rağmen ilk yardım bilgi düzeyi ile ilgili yapılan araştırmalara baktığımızda;

Bölükbaş ve arkadaşlarının kız meslek lisesi çocuk gelişimi bölümü son sınıf öğrencilerine yönelik yaptıkları araştırmada; öğrenciler şimdiye kadar ilk yardım konularına ilişkin öğrendikleri bilgileri %58.8 oranında orta olarak değerlendirmişlerdir ve bu bilgiyi %40.0 oranında okul eğitiminde değişik derslerin içeriğinde aldıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %63.8'i (51 kişi) ilk yardım gerektiren bir durumla karşılaştıklarında ne yapacaklarını bilmediklerini belirtmişlerdir (Bölükbaş ve ark.2007).

Vaizoğlu ve arkadaşlarının “İlköğretim Öğrencilerinin Temel İlk Yardım Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesinde Soru Tekniğinin Etkisi” isimli araştırmada çalışmaya katılanların yaklaşık %24'ü yabancı cisim, %12'si donma, %22'si arı

sokması, %40'ı hafif yaralanmalar, %29'u burun kanaması, %12'si sivri cisim, %29'u pozisyon ile ilgili sorulara yanlış/zararlı olarak değerlendirilen yanıtlar vermişlerdir. Çalışmaya katılanların yaklaşık %5'i yabancı cisim, %12'si güneş çarpması, %4'ü burun kanaması, %13'ü kanama, %1'i pozisyon ile ilgili sorulara doğru/yeterli olarak değerlendirilen yanıtlar vermişlerdir. Bu oranların düşüklüğü grubun ilk yardım eğitimine olan ihtiyacını belirgin biçimde ortaya koyduğu ve araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu yabancı cisim, yanık, sara nöbeti, pozisyon sorularına "bilmiyorum" biçiminde karşılık verdiği bulunmuş ve bu bir eğitim istemi olarak değerlendirilmiştir (Vaizoğlu ve ark. 2003).

Çağlayan'ın Ankara'da 8. Sınıf öğrencilerinin kaza geçirme sıklıkları ve ilk yardım bilgi düzeylerinin belirlenmesi araştırmasında öğrencilerin çoğunluğu ilk yardım bilgi düzeylerini az biliyorum olarak yanıtlamış ve bu konuda kendilerini yetersiz olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Çağlayan 2004).

Bakar ve arkadaşlarının “Ankara’da Bir İlçe Merkezindeki Üç İlköğretim Okulunda 6. 7 Ve 8. Sınıflardaki Öğrencilerin İlk Yardım Konusundaki Eğitim İhtiyaçlarının Saptanması” konulu araştırmada incelenen öğrencilerin verdikleri doğru cevaba göre hesaplanan ilk yardım bilgi düzeyi puanına bakıldığında %75,5'nin bilgi puanının 0-20 puan arasında yani çok zayıf ve öğrencilerden 80 üzerinde bilgi puanı alan olmadığı belirlenmiştir (Bakar, Özkan ve Aygün 2003).

Yapılan çalışma verileri bize genel olarak okullarda öğrencilerin ve yetişkinlerin ilk yardım konusunda bilgi düzeylerinin çok yetersiz olduklarını göstermektedir.

İlk yardım toplumun bütün bireylerinin sağlık eğitimi görsün ya da görmesin her türlü koşulda yapması gereken uygulamalar bütünüdür. İlk yardımın herhangi bir yaralanma ya da kaza durumunda yaralı tıbbi müdahaleye ulaşıncaya kadar çevredeki sağlık personeli olmayan insanlar tarafından verilmesi beklenmektedir. Bu da belli bir düzeyde bilgiyi gerektirmektedir. Zira doğru uygulamalar ancak doğru bilgilerle olur. Örgün eğitim kurumları bu bilgilerin öğrenilmesi için en uygun mekanlardır. Zaten ilköğretim müfredatında da ilk yardım uygulamaları bir ders programı içinde öğrencilere verilmektedir. İlköğretimin 4. Ve 5. Sınıflarında öğrenciler “trafik güvenliği” 11. Sınıfta “trafik ve ilk yardım eğitimi” dersi görmektedirler. ilk yardım

dersi görmelerine rağmen öğrencilerin bilgi puanlarının bu derece düşük olması düşündürücüdür (Bakar ve ark. 2003).

Vaizoğlu ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları araştırmanın yapıldığı dönemde 6. ve 8. sınıflarda ilk yardım ders olarak okutulduğu halde %30'luk bir dilimin okul kitaplarını kaynak olarak göstermemiş olması söz konusu dersin işlenmemesine, öğrencilerin dikkatini yeterince çekememesine, ya da ders için kullanılan kaynak kitapların yetersiz olmasına bağlı olabileceği vurgulanmış ve okullarda okutulan ilk yardım derslerinin yeterince etkili olmadığı belirlenmiştir

Bu nedenle okul sağlığı hemşirelerinin okullarda verdiği sağlık eğitimi konularından biri olan kazalardan koruma/ güvenlik ve ilk yardım konularında verdiği eğitim faaliyetlerinde daha ilgi çekici hale getirilmesi, uygulamaya yönelik olması açısından son yıllarda sağlık eğitimi konularında etkin eğitim yöntemi olarak kabul edilen akran eğitimi yönteminin bu konudaki eksiklikleri gidermede kullanabileceğini düşünülmüştür.

4.4.Akran Eğitimi Tanımı

Akran (peer); yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, meslek, sosyo-ekonomik ve sağlık durumu aynı sosyal gruba ait olan kişi anlamına gelir (Stakic, Zielony, Bodiroza and Kimzeke 2003).

Akran eğitimi (peer education) Finn (1981); “profesyonel olarak eğitilmemiş olmasına rağmen, amacı eğitmek olan kişiler tarafından bilgi, düşünce ve davranış paylaşımı” Sciacca (1987) ise “benzer yaş ve konumdaki grup üyeleri tarafından bilgi, değer ve davranışların paylaşılması ve öğretilmesidir” olarak tanımlanmıştır.

Topping ve Ehly ise; belirli periyotlarda, küçük grup ya da sınıf halindeki bireylerle birlikte resmi olmayan, düzenli eğitim aktivitelerini gerçekleştirmek için insanları eğitmeyi kapsadığını belirtmiştir (Topping and Ehly 1998).

Diğer bir tanıma göre akran sağlık eğitimi, iyi eğitimli ve motive edici genç insanların belli bir süre içinde akranları ile gayri resmi veya düzenlenen eğitim faaliyetleri ile onların bilgi, tutum, inanç ve beceri geliştirmesini sağlayarak

korumayı amaçlayan ve bu sürede kendi sağıkları için de sorumlu oldukları bir süreç olduğu belirtilmektedir (Stakic, Zielony, Bodiroza and Kimzeke 2003).

4.4.1.Akran Eğitiminin Kısa Tarihi

İlk akran eğitimi yaklaşımlarından biri, 19. yüzyılda İngiltere’de derslerde öğretmenlere asistanlık eden öğrencileri kapsayan bir yaklaşım ile başlamıştır. Daha çağdaş modellerin ilk örnekleri, 1950’lerin sonlarında Amerika’nın bazı üniversite kampusundaki akranlarına influenza epidemisi ile ilgili bilgi veren ‘öğrenci sağık yardımcıları’dır. Ayrıca 1971’de Amerika’da bir kampus üzerinden, öğrenci liderliğindeki akranlar ile verilen bir cinsel sağık eğitimi projesi başlangıçta topluma aykırı olarak görülmesine rağmen, akran eğitimcilerin yaydığı cinsel sağık bilgisi sonunda okul müfredatlarıyla birleştirilmiştir.

Daha sonraları 1981’de enjektörle uyuşturucu kullananlar arasında HIV enfeksiyonunun yaygınlığı üzerine olan evrensel kaygılardan yola çıkarak, HIV enfeksiyonunu önlemek için her seferinde ayrı enjektör kullanma olanaklarının yaratılmasıyla akran eğitimi yaklaşımları bağdaştırıldı. HIV ile ilişkili olarak, sonuçlar iyi etkiler verdi. Bu tür metotların özellikle ‘yüksek riskli’ (high-risk) ve ulaşılması zor gruplarla (hayat kadınları, geyler ve enjektörle uyuşturucu kullananlar gibi) ilişkilerde daha uygun olduğu anlaşıldı (Parkin and McKeganey 2000).

Akran eğitimi son yıllardaki sağığı geliştirme programlarında önemli derecede popüler olmuştur (Topping and Ehly 1998).

4.4.2.Akran eğitimi

Okul müfredatlarındaki hızlı artış, öğrencilerin demografik yapılarındaki dikkat çekici değişiklikler, eğitici ve öğretici kaynaklarındaki azalış, sınıfındaki tüm öğrencilere yüksek kalitede eğitim sunmak isteyen sorumluluk sahibi eğitimciler için işi daha da zorlaştırdı. Birçok eğitici, öğrencilerinin eğitimsel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılayabilmek için yeterli zamanı bulamamaktadır. Eğitimciler bu artan eğitimsel taleplerle başa çıkabilmek için daha etkili stratejiler ararken birçoğu çabucak ulaşabilecekleri potansiyel olarak güçlü bir eğitim kaynağı olan akranlardan

yararlanmaktadır. Çocuklar birbirleri için çok güçlü bir eğitimsel kaynak olabilir ve akranların eğitimci yardımcısı olarak sistematik kullanımı, gelecekte eğitimcileri rahat ettirebilecek, günlük eğitimsel sorunların giderilmesinde uygun bir eğitimsel seçenek sunar ve birçok nüfus ve yaş gruplarında çeşitli amaçlar için kullanılabilir (Topping and Ehly 1998, Stakic et al 2003).

Sağlık eğitimi alanında, geleneksel eğitim yöntemleri, bilgi ve davranışlar arasındaki uçurumu kapatmada başarılı olmazken (Finn 1981) akran eğitimi gibi bazı sağlık eğitim projeleri, bilgiyi arttırmada başarılı olur, fakat mevcut davranışlar üzerinde pek etkili olmadığı görülmektedir. Bazı araştırmacılar davranış ve düşünceleri etkilemede resmi ve resmi olmayan eğitimin birlikte gerekli olduğuna inanır (Topping and Ehly 1998).

Akran eğitimi küçük gruplar ya da bireysel olarak; kulüpler, okullar, dini yerler, işyerleri, sokak, sığınak ya da gençlerin bir arada olduğu her yerde kullanılabilir (Stakic et al 2003).

Son yıllarda cinsel sağlık başta olmak üzere birçok sağlık eğitim konusunda akran eğitimi yönteminin etkinliği artan bir şekilde kabul görmüştür (Topping and Ehly 1998, Stakic et al 2003).

Literatürde akran eğitimi ile ilgili yapılmış araştırmalara baktığımızda akran eğitimi yoğun olarak, sigara içme (Prince 1995, Koumi and Tsiantis 2001), doğum kontrolü ve cinsel sağlık (Mellanby, Newcombe, Rees and Tripp 2001, Wolf and Bond 2002, Kadioğlu 2005, Knibbs and Price 2009), AIDS (Compbell 2004) alkol ve madde bağımlılığı (Erhard R.1999, Walsh, Gibbie and Higgs 2008) gibi konulara hitaben kullanılmıştır.

Bu çalışmalar ayrıca, diyet ve beslenme (Story et al 2002), güvenlik becerileri, CPR eğitimi, etkili yaşam stili seçimi, kendi kendine meme muayenesi (Tuna 2002) sözlü İngilizce dil yeterliliği, şiddetin önlenmesi, çete üyeliği, bisiklet kaskı takma (Hall, Cross, Howat, Stevenson and Shaw 2004) ve kronik/terminal hastalıklarla başa çıkmak gibi problem alanlarında kullanılmıştır.

Literatür incelendiğinde, Akran Eğitimi (Peer education) çalışmaları farklı isimlerle karşımıza çıkmaktadır. Bazı çalışmalarda akran danışmanlığı (peer

counselling) (peer mentoring), bazı araştırmalarda akranların özel dersi (peer tutoring), akran modelciliği (peer modeling), akran gözetimi (peer monitoring), akran değerlendirmesi (peer assessment) gibi isimlerle tanımlanmaktadır. Bu tür eğitimlerin amaçlarına bakıldığında, amacın eğitimde akran yardımı olduğunu fakat uygulama açısından farklılıklar taşıdıkları görölmektedir. Sözü edilen tanımlara baktığımızda:

Akranların Özel Dersi (Peer Tutoring):

Akranların Özel Dersi (Peer Tutoring), genelde PAL (Peer Assisted Learning) olarak bilinir.

Çoğu öğretmenin gün içinde her öğrenci ile bire-bir çalışmak için yeterli zamanlarının olmadığı düşünölmektedir. Akran özel dersi ile tüm öğrencilerin bire-bir yardım almaları ve uygulama yapmaları, öğrenme için yeterli zaman sağlanması için bir yoldur. Akran özel dersi, sınıfta öğrenci öğretmenlerin, onunla aynı sınıfta veta bir alt sınıftaki öğrencileri öğreterek öğrenmelerini sağlayan çocuk öğretmenlerin eğitici olduğu bir öğretim yöntemidir (Gordon 2005). Akran özel dersinde, özel roller üstlenilir yeri geldiğinde öğrencilerin biri öğretmen diğerleri de öğrenci gibi davranır (Topping and Ehly 1998). Özel ders sırasında bir öğrenci başka bir öğrenciye konuyu açıklar, soruları olup olmadığını sorar ve sorularını yanıtlar. Müfredat içeriğiyle yakından ilgilidir. Bu yöntem genellikle öğrencilerin düşük akademik performanslarını geliştirmeyi amaçlamaktadır (Topping and Ehly 1998, My-Peer Toolkit <http://www.mypeer.org.au/planning/what-are-peer-based-programs/program-types/peer-tutoring> Erişim tarihi: 6.12.2009, <http://cecp.air.org/familybriefs/docs/PeerTutoring.pdf> Erişim tarihi: 5.05.2010).

Akran Modelciliği (Peer Modeling):

Akran modelciliği, istenen eğitim davranışlarının bir veya bir grup akran modelin diğerlerinin onu/onları taklit etmesiyle, öğretilmek istenen davranışların modelden taklit yoluyla öğrenilmesini içerir. Akran modelciliği, yetişkinleri örnek almaktan çok, istenen beceri kazandırılmış akran model ve taklitçi arasında güçlü etkileşimle öğrenimi tanımlar. Başkalarını incelemek gözlemciye, yetenekli performansın unsurlarını, performansı gerçekleştirenin fark edemeyeceği bir

açıklıkla izlemek için zaman ve meydan verir. Başkalarının nasıl yaptığını gözlemlemek, benzetme ve kıyaslama yaparak kendinin nasıl yaptığı bilincini artırır. Yeteneklerine inanmayan akranların bile bir şeyler başarabileceğini gösterebilir (Topping and Ehly 1998, My-Peer Toolkit <http://www.mypeer.org.au/planning/what-are-peer-based-programs/program-types/peer-tutoring> Erişim 6.12.2009).

Akran Danışmanlığı (Peer Counseling):

Akran danışmanlığı, kişisel, sosyal ve akademik konularda akranlarına yardım etmeleri için seçilen öğrencilerin başka bir deyişle, akran danışmanların, yardım becerileriyle ilgili eğitim gördükleri ve eğitim sonrasında sundukları bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Akran danışmanlar; benzer gruplardan olan, profesyonel öğretmen olmayan, genel problemleri ortaya çıkarmaya yardımcı olan ve dinleyerek çözümleri belirleyen, geri bildirim yapan, özetleyen ve olumlu, destekleyici, aynı yaş grubunda olan insanlardır. Bire bir ya da grup içinde danışmanlık olabilir (Topping and Ehly 1998, Aladağ ve Tezer 2007).

Zor durumda olan öğrenciler profesyonel bir danışmandan yardım alma konusunda isteksiz olabilirler. Bu durumda, sezilen empatinin fazla olması nedeniyle akran eğitimcilerle konuşmak daha çok tercih edilen bir durumdur. Akran danışmanlar, akranlarına onların düşünce ve duygularını anlamalarını sağlama, yaşadıkları sorunun çözümüne yönelik alternatifleri açığa çıkarma, onlara destekleyici bir ilişki sunma ve onların kendi çözümlerini bulmalarını kolaylaştırma amacıyla yardımcı olmaya çalışmaktadır (Topping and Ehly 1998, Aladağ ve Tezer 2007, DuBois, and Karcher 2005, My-Peer Toolkit <http://www.mypeer.org.au/planning/what-are-peer-based-programs/program-types/peer-tutoring> Erişim 6.12.2009).

Akran Danışmanlığı (Peer Mentoring):

Farklı yaşlar arasındadır daha tecrübeli bir kişinin daha az deneyimli kişiye yardım etmesi ve rehberlik sağlaması amacı ile kullanılır, dezavantajlı gruplar üzerine hedeflenmiştir. Akran danışmanlığı iki kişi arasında paylaşım fırsatı sağlayarak destekleyici ilişkileri artırmayı hedefler. Akran Danışmanlığı (Peer Counseling)'ndan farkı farklı yaş grubunda olmasıdır (Topping and Ehly 1998, DuBois,

and Karcher 2005, My-Peer Toolkit <http://www.mypeer.org.au/planning/what-are-peer-based-programs/program-types/peer-tutoring> Erişim 6.12.2009)

Akran Gözetimi (Peer Monitoring):

Eğiticiler, gerektiğinde öğrencileri yakından gözlemlemek için yeterli süreye sahip değildir, bu nedenle akran gözetimi pratik ve uygun olan tek yöntemdir. Akran gözetimi, akran gözlemcilerin akranlarının istenen becerileri yaparken uygun-etkili yöntem ve süreci izleyip izlemediklerini kontrol etmesidir. Akran gözetiminin diğer bir tanımı; gruptaki diğer kişiler tarafından eğitim sürecindeki kişinin davranışlarının uygunluğunun ve etkililiğinin incelenmesi ve kontrol edilmesidir.

Akran gözetimiyle sağlanan geri bildirim, hareketlerini düzenlemesi için öğrenciye olanak sağlar. Ayrıca, akranları tarafından davranışlarının kontrol edilmesi, kendi etkinlik davranışlarına karşı hassaslaştırır. (Topping and Ehly 1998, My-Peer Toolkit <http://www.mypeer.org.au/planning/what-are-peer-based-programs/program-types/peer-tutoring> Erişim 6.12.2009)

Akran Değerlendirmesi (Peer Assessment):

Akran değerlendirme öğrencilerin, yaşlılarının çalışmalarını yorumlayarak bu çalışmaların niteliği hakkında çeşitli kararlara varmalarını sağlayan bir süreçtir (Temizkan 2009). Akran değerlendirmesinin kısa bir tanımı şöyledir: akranların gruptaki diğer kişilerin eğitiminin ürün ve sonuçlarını, biçimlendirici ve niteleyici bir şekilde değerlendirmesidir (Topping and Ehly 1998).

Akran değerlendirmeyi uygulama amaçları; öğrencilerin öğrendikleri konuları test etmelerine ve bu konular hakkında eleştirel düşünmelerine yardımcı olmak, akranlarının çalışmaları hakkında geri bildirim vermelerini sağlamaktır (Temizkan 2009).

Akran değerlendirmesinden elde edilen geri bildirimin biçimlendirici olması amaçlanmıştır (öğrenciye performansını artırmak için olanak sağlamak gibi). Öğretmen değerlendirmesinden daha sık ve çabuk yapılabilir (Topping and Ehly 1998, My-Peer Toolkit <http://www.mypeer.org.au/planning/what-are-peer-based-programs/program-types/peer-tutoring> Erişim 6.12.2009)

İşbirlikçi Öğrenme (Cooperative Learning):

İşbirlikçi Öğrenme, öğrencilerin küçük gruplar halinde çalışarak ve birbirlerinin öğrenmesine yardım ederek öğrenmeyi gerçekleştirme süreci olarak ele alınabilir. İşbirlikçi sınıflar, öğrencilerin küçük gruplar halinde toplanarak etkileşimde bulundukları, öğretmenin de gruplar arasında dolaşarak gereksinim duyanlara yardımcı olduğu yerlerdir (Açıkgöz 2006).

İşbirlikçi eğitimin; ortak çalışma ve tek bir birleşik görev olduğu, iş ayrımının olmadığı belirtilmiştir (Topping and Ehly 1998, My-Peer Toolkit <http://www.mypeer.org.au/planning/what-are-peer-based-programs/program-types/peer-tutoring> Erişim 6.12.2009).

Akran Eğitimi (Peer education):

Akran eğitimi; yaş, cinsiyet, eğitim ya da statü açısından aynı gruba dahil eğitim almış ve istekli akran liderlerin, akranlarına bilgi vermesini, beceri ya da tutum kazandırmasını, kısaca belli bir konuda akranların etkilenmesini amaçlayan gayri resmi ya da programlanmış eğitimsel etkinlikler akran eğitimi olarak tanımlanmaktadır

Akran eğitimi genellikle, alıcıların yaşam koşullarını anlayan, inandırıcı akranların hassas bilgileri sunuşunu içerir. Gayri resmi akran eğitimi her zaman gerçekleştirilmektedir. Akran eğitimi programları her öğrenciye eşit katılım olanağı sağlayarak, bu kendiliğinden olan ve kaçınılmaz etkileşimden yararlanmaya çalışılmasıdır (Topping and Ehly 1998, Karadağ 2003, Stakic et al 2003, My-Peer Toolkit <http://www.mypeer.org.au/planning/what-are-peer-based-programs/program-types/peer-tutoring> Erişim 6.12.2009)

4.4.3. Akran eğitimi Yaklaşımlarının Avantajları

Akran eğitiminin diğer sağlık eğitimi yöntemlerine göre birçok avantajı vardır:

- Ekonomiktir.
- Akran grubu, üyelerini akran eğitim programında cesaretlendirir ve üyelerin programa katılımını artırır.
- Akranlar, grupta rahat bir ortam bulur, otoriteden uzakta daha rahat konuşur, kendini daha iyi ifade eder, tartışır ve öğrenirler.
- Akran grubu yoluyla genç, otoriteler karşısında daha bağımsız olma yeteneğini kazanır.
- Akranlar, arkadaşları için tehdit edici değil, eğlendiricidir.
- Akran grubunda gencin görüş açısı genişler.
- Akran gruplarında özdeşim ile yeni davranışlar kazanılır.
- Akran eğitimi grubu bilgi ve beceri paylaşmak için kurulur, kullanılır. Kazanılan bilgi ve beceriler gencin yetişkin yaşamında da işine yarar.
- Akran eğitimi, liderlik yeteneği olan gençlere liderlik deneyimi sağlar.
- Akran grubu üyelerinin işbirliği ve takım ruhunu geliştirir.
- Akranlar, birbirlerine olumlu rol model olma ve birbirlerini etkileme kabiliyetine sahiptir.
- Akran grubunda gençlerin sorumluluk almalarına neden olur.
- Akran eğitiminde geleneksel yöntemlerle ulaşmanın zor olduğu kişilere ulaşılabilir.

- Geleneksel eğitim yönteminde eğiticinin "vaaz veriyor" olarak, akran eğitimcilerin ise daha iyi bilen bir arkadaştan "tavsiye alma" gibi algılanması ilgiyi artırır.

- Akranlar bilgi aktarmada profesyonellerden daha başarılıdır çünkü insanlar akranlarını tanırlar ve akran eğitimciler güvenilir olarak algılanır.

- Akran etkileşimi her zaman ve her mekanda olabilmekte ve akranlar devam eden iletişim yoluyla öğrenme yaşantılarını arttırabilirler

- Akran eğitiminde; eğitimci ile hedef kitlenin aynı dili konuşması, ortak paylaşımlarının olması eğitimi kolaylaştırır.

- Akran eğitimi, homojen eğitim grupları ile çalışıldığında bilişsel ve davranışsal değişimi aynı anda etkilemek için kullanılabilir (Turner and Shepherd 1999, Stakic, Zielony, Bodiroza and Kimzeke 2003, http://www.tedistanbul.k12.tr/fen_bolumu/d2008_2009/akran_egitimleri_projesi_1.html, ÇOMÜ Gençlik Danışma Birimi http://gdb.comu.edu.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=50)

4.4.4. Akran Eğitimi Yaklaşımının Dezavantajları

Akran eğitiminin AEY ve YEY açısından karşılaştırıldığında 6 dezavantajı belirtilmektedir.

Öncelikle etkili bir akran eğitim yöntemi için, eğitim verecek öğrencilerin bu konuda sürekli eğitimi ve denetimi gerekmektedir. Sistematik akran eğitiminde, sürekli değerlendirme ve denetleme için ek bir zamana ihtiyaç vardır. Bu zaman ihtiyacına, yetişkin eğitim yönteminde ihtiyaç yoktur. Akran eğitim yönteminde başlangıç gereksinimlerini oluşturan; planlama zamanı, materyal geliştirme, eğitim ve rehberlik etme, programın etkinliğini denetleme gibi konularda eğitmenler bilgilendirilmeli ve gerekli stratejileri uygulamada desteklenmelidirler.

Kalite kontrol gereksinimleri akran eğitiminde daha fazladır. Çünkü eğitimcilerin sınıf içindeki akran ilişkilerini gözlemlemesi, akademik performanslarını düzenli olarak ölçmesi ve öğrencilerin çalışmalarını sürekli olarak incelemesi gerekmektedir.

Eğer bu yapılmazsa sınıf içinde karışıklıklar, kopya çekme oranında yükselme gibi olumsuzluklar meydana gelir. Burada tekrar eğitmenlerin daha fazla zamana ihtiyacı olduğu görülmektedir. Bu zaman ihtiyacını azaltmada eğitmen bilgi toplama sürecinde, öğrencileri asistan olarak kullanabilir, denetleme yapmak için sürekli denetim yerine öğrencilerin ürünlerini her hangi bir zamanda ve şekilde seçerek yapmalıdır.

Üçüncü dezavantaj ise akran eğitim yöntemi ile yetişkin eğitim yöntemi arasındaki içerik miktarı ile ilgilidir. Bu konuda yeterli literatür bilgisi olmamasına rağmen, bazı araştırmacılar yeni bir konu anlatımı ve uygulaması sürecinin akran eğitim yönteminde daha yavaş gerçekleştiğini düşünmektedir.

Dördüncü dezavantaj; müfredatın akran eğitim yönteminin uyumluluğu ile ilgilidir. Öğretmenlerin sınıf amaçlarını ve materyallerini, akran eğitim yöntemine göre uygun hale getirmesi gerekmektedir. Akran eğitim yöntemi var olan amaç ve materyallere kolay uyumluluk gösterebildiği için, bu konu önemli bir sorun olarak görülmemektedir.

Beşinci dezavantaj; konunun etik boyutuyla ilgilidir. Burada üç önemli noktanın üzerinde durulmuştur; sorumluluk, akran yeterliliği ve bilgilendirilmiş onam. Sorumluluk ilkesi göz önüne alınarak her öğrenci programdan eşit şekilde yararlanmalı ve hiç kimse olumsuz etkilenmemelidir. Başarılı öğrencilere sürekli öğretme rolü, başarısız öğrencilere ise sürekli öğrenme rolü verilerek öğrenciler stigmatlanmamalıdır. Akran yeterlilik konusuna baktığımızda ise; öğrenciler yeterli ve etkili bir biçimde eğitilmelidir. Çünkü yetersiz olup başarısızlık yaşadıklarında sınıftan olumsuz tepki alabilirler. Bilgilendirilmiş onamda ise, öğrencilerden ne istendiği açıkça bahsedilmelidir. Eğer öğrenciler zorluk yaşayacaklarını düşünüyorlarsa katılmama seçeneğine sahip olmalıdırlar.

Altıncı dezavantaj ise; akran eğitim yöntemi konusundaki bazı genel yanlış yargılardır. Örneğin bazı aile ve eğitimciler öğrencilerin okula eğitim vermek için değil, eğitim almak için gittiğini ve bunun aksi olursa öğrencilerin yeterli gelişim gösteremeyeceklerini savunurlar. Bazılar ise akran eğitim yönteminin özel öğrenciler

(öğrenme zorluğu olanlar, ileri zekalılar, fiziksel engeli olanlar vs.) için etkili olmadığını düşünmektedirler.

Bütün bu dezavantajlara rağmen insanlar başkalarına öğretmenin, kendi öğrenmeleri üzerindeki güçlü etkisinin farkında olmalıdırlar. (Topping and Ehly 1998, P.R.E.S.T.O. Peer Related Education Supporting Tools Guide on Peer Education http://www.prestoproject.eu/mat/guide/Guide_on_Peer_Education%20_2010_version_EN.pdf erişim 25.04.2010).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma; belirli bir ilköğretim okulunda 7. sınıf öğrencilerine akran ve yetişkin eğitim yöntemi ile verilen temel ilk yardım eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi.

5.2. Araştırmanın Hipotezleri

H 1: YEY uygulanan ilköğretim 7. sınıf öğrencilerinin ilk yardımla ilgili bilgi ve beceri puanları kontrol grubundan daha yüksektir.

H 2: AEY uygulanan ilköğretim 7. sınıf öğrencilerinin ilk yardımla ilgili bilgi ve beceri puanları kontrol grubundan daha yüksektir.

H 3: AEY uygulanan ilköğretim 7. sınıf öğrencilerinin ilk yardımla ilgili bilgi ve beceri puanları YEY uygulanan öğrencilerden daha yüksektir.

5.3. Araştırmanın Türü

DeneySEL yöntemlerden “kontrol gruplu ön test- son test” düzenidir.

5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Milli Eğitim Bakanlığı’na (MEB) bağlı Kocasinan İlköğretim Okulu’nda Kırklareli İl Milli Eğitim Müdürlüğü’nden gerekli izinler (Ek 1) alındıktan sonra yürütüldü.

Çalışmanın yapıldığı Kırklareli ilinde Kırklareli İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı toplam okul sayısı 293, toplam öğrenci sayısı 55.459, toplam öğretmen sayısı 2.392'dir (<http://kirkclareli.meb.gov.tr/istatistik.asp>, Erişim tarihi: 14.02.2010).

Çalışmanın yapıldığı Lüleburgaz Kocasinan İlköğretim Okulu'nda 28 derslikte, toplam 38 öğretmen ile 1.164 öğrenci eğitim görmektedir (<http://luleburgaz.meb.gov.tr/kurumlar.asp?kurum=io&kkodu=470865>, Erişim tarihi: 14.02.2010).

5.5. Araştırmanın Zamanı ve Süresi

Mart-Haziran 2009 tarihleri arasında yapıldı.

5.6. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 7. sınıf öğrencileri (n=137) oluşturmaktadır. Örneklem seçilmeyerek çalışmaya katılmayı kabul eden ve velisi izin veren öğrenciler (n=133) çalışmaya alındı. Öğrencilere yapılacak çalışma hakkında bilgi verilerek veli izni almak için velilerine yazılı onam formu gönderildi (Ek 2). Veli izin dilekçeleri doğrultusunda velisi izin veren 133 öğrenci çalışmaya alındı. 4 veliden iki kez yazılı onam formu gönderilmesine karşın cevap gelmedi ve bu 4 öğrenci çalışmaya alınmadı. Velisi çalışmaya katılmasına izin vermeyen öğrenci hiç olmadı.

- 7/A sınıfı mevcudu 46 kişi olup tamamı çalışmaya katıldı.
- 7/B sınıfı mevcudu 46 kişi olup 4 veli yazılı izin dilekçesi cevapsız kaldı ve 42 öğrenci çalışmaya katıldı.
- 7/C sınıfı mevcudu 45 kişi olup tamamı çalışmaya katıldı.

5.6.1. YLG, ALG ve Kontrol Grubunun Oluşturulması

Grupların ayrılması sırasında üç 7.sınıf olduğu ve sınıf mevcutlarının 46'şar kişi olması nedeni ile uygulama kolaylığı açısından her bir sınıfın YLG, ALG ve kontrol grup olarak seçilmesine karar verildi. Rastgele seçim ile;

- 7/A sınıfı mevcudu 46 kişi olup tamamı çalışmaya katıldı ve **ALG**,
- 7/B sınıfı 46 kişi olup 42 ğrenci çalışmaya alınıp **YLG**,
- 7/C sınıfı 45 kişi olup tamamı çalışmaya katıldı ve **kontrol grubu** olarak belirlendi.

5.6.2. Akran Liderlerin Seçilmesi

ALG olarak belirlenen 7/A sınıfında (4 kişiye 1 akran eğitimcisi düşecek şekilde) sınıf mevcudu 46 kişi olduğu için akran liderlerden çıkmak isteyenler ve başarısız olabilecekler de göz önünde bulundurarak sınıftaki öğrencilerin oylama ile 16 aday akran lider seçmeleri istendi. En çok oy alan ve akran lider olmayı kabul eden 16 ğrenci aday akran lider olarak belirlendi.

5.7. Veri Toplama Formlarının Geliştirilmesi ve Eğitim Araçları

Veri toplama formları olarak;

1. Öğrenci Tanılama Formu (Ek 3)
2. İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu (Ek 4)
3. İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu (Ek 5) kullanıldı.

İlk yardım eğitimini değerlendirmede kullanılan veri toplama formları araştırmacı tarafından literatür ve yapılmış tezler doğrultusunda geliştirildi uzman görüşü alınarak gerekli düzenlemeler yapıldı, daha sonra veri toplama aracı olarak kullanıldı. Formlar eğitimden 2 hafta öncesinde ön test ve eğitimden 2 hafta sonra son test olarak öğrencilere uygulandı. “İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu” ilk yardım eğitiminde edinilmesi beklenen bilişsel hedeflere, “İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu” ise ilk yardım eğitiminde edinilmesi beklenen davranışsal hedeflere karşılık gelecek şekilde geliştirildi. Pilot alışma olarak başka bir okulun 7. sınıfında olan 10 ğrenci üzerinde uygulandı ve öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapıldı.

5.7.1.Öğrenci Tanılama Formu

Bu bölümde tanımlayıcı bilgilerle ilgili sorular yer almaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları, cinsiyetleri, daha önce ilk yardım eğitimi alıp almadıkları, ailede sağlık personeli varlığı, ilk yardım bilmenin gerekliliği, ilk yardım gibi sağlıkla ilgili konuların öğrenilmek istendiği yerler gibi toplam 6 sorudan oluşmaktadır.

5.7.2. Formların Geçerlik ve Güvenilirliği

Değerlendirme formlarının geçerliği için kapsam geçerliği, güvenilirlik için ise madde analizi ve iç tutarlık testi uygulandı.

Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliği için 10 uzmanın (Ek 10) görüşü alındı. Uzmanlardan görüşlerinin alınması için; her iki değerlendirme formu ile birlikte planlanan ilk yardım eğitiminin hedefleri ve içeriği de eklenerek:

1. Değerlendirme formlarının eğitim hedefleri ve içeriğine uygun olup olmadığı
2. Değerlendirme formları maddelerinin anlam ve anlaşılabilirliğini 1 ile 4 arasında puanlar vererek değerlendirmeleri istendi. (Ek 11)

Uzmanlardan gelen değerlendirme sonucunda “İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu” ve “İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu”ndaki soru sayıları arttırılarak, bazı soruların ifadelerinde değişiklikler yapıldı.

Madde Analizi

Kullanılan bilgi değerlendirme formunun madde ayırt edicilik gücü madde-toplam korelasyonlarıyla ve iç tutarlılığı Cronbach’s alpha değeri ile değerlendirildi.

İlk yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formunun Madde Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach’s alpha değerleri aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 5.7.2.: İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formunun Madde Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değerleri

Maddeler	Toplam Puan	p	Cronbach's Alpha Değeri
	r		
1. İlk yardımın tanımını	0,273	0,003**	0,738
2. İlk yardım uygulamasını kimin yapacağını	0,215	0,020*	0,740
3. İlk yardımın öncelikleri	0,129	0,166	0,749
4. Yaralanmanın söz konusu olduğu olay yerinde ilk önce yapılması gereken	0,467	0,001**	0,730
5. İlk yardımın temel uygulamalarını doğru sıralama	0,454	0,001**	0,731
6. Acil Yardım Servisinin telefon numarasını	0,156	0,093	0,742
7. Acil yardım Servisini arandığında mutlaka verilmesi gereken bilgileri	0,475	0,001**	0,729
8. Birinci derece öncelikli müdahale edilmesi gereken yaralıları	0,484	0,001**	0,729
9. İlk yardımcının sahip olması gereken özellikleri	0,210	0,023*	0,756
10. Yaşam bulguları için değerlendirilen şeyleri	0,336	0,001**	0,736
11. Hasta ya da yaralı değerlendirme birinci değerlendirme aşamalarını doğru sıralama	0,496	0,001**	0,730
12. Yaralının ABC değerlendirilmesi için kontrol edilmesi gerekenleri	0,551	0,001**	0,723
13. İlk yardım uygulaması sırasında solunum yolu açıklığının nasıl sağlanacağını	0,265	0,004**	0,738
14. Birinci değerlendirme sonunda hasta ve yaralıya hangi durumda sabit yan yatış (koma) pozisyonu verileceğini	0,436	0,001**	0,730
15. Birinci değerlendirmede solunum varlığının (B) nasıl değerlendirileceğini	0,442	0,001**	0,732
16. Yaralıyı değerlendirmenin amaçlarını	0,001	0,992	0,750
17. Birinci değerlendirmede yaralının dolaşımının (C) nasıl izleneceğini	0,399	0,001**	0,734
18. Baş-çene pozisyonunun hangi durumda uygulanamayacağını	0,033	0,722	0,750
19. İkinci değerlendirme sırasında yaralı muayene edilirken hangi sıranın izleneceğini	0,452	0,001**	0,733
20. Kolunda veya bacağına şiddetli kanaması olan bir hastaya ilk ne yapacağını	0,356	0,001**	0,735
21. Burun kanamasında ilk yardımda ne yapılacağını	0,421	0,001**	0,732
22. İç kanamada ilk yardımda neler yapılacağını	0,189	0,041*	0,746
23. Şok belirtilerini	0,228	0,014*	0,764
24. İç kanama belirtilerini	0,195	0,035*	0,742
25. Soğukta kalmış (donmuş) bir insana ilk yardım olarak yapılacakları doğru olarak bilme	0,272	0,003**	0,738
26. Elektrik çarpması devam eden kişiyi gördüğünüzde ilk olarak ne yapılacağını	0,487	0,001**	0,726
27. Yanıkta ilk yardım olarak yapılması gerekenleri	0,547	0,001**	0,722
28. Arkadaşınız kolu üzerine düştü hareket ettiremiyor ve kolunda şişlik, ağrı var. İlk ne yapılacağını	0,492	0,001**	0,729

29.Kırığı tespit etmemizin (hareketsiz hale getirmemizin) amacını doğru bilme	0,455	0,001**	0,729
30.Sindirim yolu ile zehirlenmelerde uygulanması gerekenleri	0,555	0,001**	0,722
31.Solunum yolu zehirlenmelerinde ilk yardım olarak nelerin yapılacağını	0,212	0,021*	0,742
32.Cilt yolu ile olan zehirlenmelerde ilk yardım olarak yapılacakları	0,419	0,001**	0,730
33.Hava yoluna yabancı cisim kaçmalarında, kısmi tıkanma olmuş ise yapılacakları	0,063	0,502	0,746
34.Hava yoluna yabancı cisim kaçmasında, tam tıkanma olmuş ise yapılacakları	0,284	0,002**	0,737

Spearman's Rho test

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

İlk yardım eğitimi bilgi değerlendirme formu son test madde toplam puan korelasyonlarında “İlk yardım uygulamasını kimin yapacağını bilme”, “İlkyardımcının sahip olması gereken özellikleri bilme”, “İç kanamada ilk yardımda neler yapılacağını bilme”, “Şok belirtilerini bilme”, “İç kanama belirtilerini bilme” ve “Solunum yolu zehirlenmelerinde ilk yardım olarak nelerin yapılacağını bilme” maddeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Diğer maddeler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Soruların tek tek alpha değerlerine bakıldığında güvenilirliği azaltıcı etkisi olan hiçbir değere rastlanmadı. Böylece hiçbir soru formdan çıkarılmadı.

İç Tutarlılık

Alfa katsayısı ölçekte yer alan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Değerlendirme formunda yer alan k sorunun türdeş bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını sorgulamaya yarar.

Alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

$0.0 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Leblebici, Kılıç ve Aydın 2004, Alpar 2003).

İlkyardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu Güvenilirlik Analizi
Cronbach's Alpha Değeri: 0.743 olarak bulundu.

Cronbach's Alpha Değeri $0.60 \leq \alpha < 0.80$ arasında olduğu için oldukça güvenilir olarak değerlendirildi.

5.7.3. İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu

İlk yardım bilgi düzeyini ölçme amaçlı verilen temel ilk yardım eğitim içeriğine ve belirlenen hedeflere uygun olarak düzenlenmiş bu form temel ilk yardım bilgi düzeyini ölçen toplam 34 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır.

- Genel ilk yardım bilgileri (8 soru)
- İlk yardımcının özellikleri (1 soru)
- İnsan vücudu (1 soru)
- Hasta/ yaralının ve olay yerinin değerlendirilmesi (9 soru)
- Kanamalarda ilk yardım (5 soru)
- Yanık ve donma durumunda ilk yardım (3 soru)
- Kırıkta ilk yardım (2 soru)
- Zehirlenmelerde ilk yardım (3 soru)
- Solunum yolu tıkanmasında ilk yardım (2 soru)

Her soru bilmiyor, biliyor ve yanlış biliyor olarak değerlendirildi. Öğrencinin soruya verdiği yanıt;

- Doğru ise 3 puan,
- Bilmiyorum ise 2 puan ve
- Yanlış ise 1 puan olarak puanlandı

Söz konusu yanlış/zararlı bilgilere sahip öğrencilerin eğitimi özel bir önem taşır. Önce yanlış/zararlı bilgiler ortadan kaldırılmalı, sonra doğru bilgi yerine konmalıdır. Bu nedenle yanlış cevap verme bilmiyorum seçeneğinden daha düşük puanla değerlendirildi (Vaizoglu ve ark 2003).

Grupların anketleri sınav kağıdı gibi düşünülerek tüm grupların kendi aralarında anketten aldıkları puanlar toplandı ve toplam puan ortalaması belirlenerek gruplar arasında karşılaştırma yapıldı.

5.7.4. İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu

İlk yardım uygulamalarındaki yeterlilikleri belirlemek amacı ile Kızılay Vakfı ilk yardım eğitimi animasyonlarından esinlenilerek toplam 9 olay/hikaye ve bunlara bağlı toplam 12 açık uçlu sorudan oluşan beceri kontrol listeleri hazırlandı.

Beceri 1. Yaşam Bulgularını Alıp Değerlendirme

Beceri 2. İlk Yardımın Temel Uygulamaları

Beceri 3. 1. Kısım Birinci Değerlendirme

Beceri 3. 2. Kısım İkinci Değerlendirme

Beceri 4. Sabit Yan Yatış (Koma) Pozisyonu Verme

Beceri 5. Kanamayı Durdurma

Beceri 6. Burun Kanaması Durumunda İlk Yardım

Beceri 7. Şok Pozisyonu Verme

Beceri 8. Yanıkta İlk Yardım

Beceri 9. Donmak Üzere Olan Bir Kişiyi İlk Yardım

Beceri 10. Kırık Durumunda İlk Yardım

Beceri 11. Sindirim Yoluyla Zehirlenmelerde İlk Yardım

Beceri 12. Solunum Yolu Tam Tıkanmış Kişiyi Hemlich Manevrası

İlk yardım eğitimi verildikten 2 hafta sonra ALG, YLG ve kontrol grubu öğrencilerinin yukarıda sıralanan 12 beceri doğrultusunda ilk yardım vakalarını rol-play şeklinde senarize ederek doğru temel ilk yardım uygulamalarını yapmaları istendi ve gözlem sonucunda izlenen beceriler “İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu”ndaki beceri kontrol listesine göre değerlendirildi. Öğrencilerin kontrol listesine göre yapabildikleri beceriler işaretlendi ve her bölüm içinde yapabildikleri becerilerin toplamalarının yüzdeleri alınarak gruplar arasında karşılaştırma yapıldı.

5.7.5. İlk Yardım Eğitim Araçları ve Yöntemleri

İlköğretim 7. sınıflar için temel ilk yardım eğitim hedefleri (Ek 6) doğrultusunda hazırlanan temel ilk yardım rehberi (Ek 7) ve ilk yardım sunuları (Ek 8) ile eğitim verildi. Eğitimler sırasında kullanılmak üzere gönüllü öğrencilerin temin ettikleri malzemelerle ilk yardım dolabı oluşturuldu ve eğitimlerde bu malzemeler kullanıldı. Öğrencilere araştırmacı tarafından hazırlanan ilk yardım broşürleri (Ek 9) verildi.

5.8. Araştırmanın Uygulama Planı

Çalışmaya katılan öğrenciler:

- Akran liderli grup (ALG)
- Yetişkin liderli grup (YLG)
- Kontrol grubu olmak üzere üç gruba ayrıldı.

Eğitimden 2 hafta önce her üç gruptaki öğrencilerin temel ilk yardımla ilgili bilgi düzeyleri ön test olarak “İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu” kullanılarak değerlendirildi. Her 3 sınıfta bulunan gönüllü öğrencilerin ilk yardım dolabında bulunması gereken malzemeleri getirmeleri ile ilk yardım dolabı oluşturuldu ve ilk yardım uygulamalarında ilk yardım dolabında bulunan malzemelerden yararlanıldı.

5.8.1. Akran Liderlerin Eğitimi ve Değerlendirilmesi

Akran liderlere İlköğretim 7. sınıflar için temel ilk yardım eğitim hedefleri doğrultusunda hazırlanan temel ilk yardım rehberi ve ilk yardım sunuları ile araştırmacı tarafından eğitim verildi. Eğitim sırasında hazırlanan ilk yardım sunuları barkovizyon cihazı kullanılarak yansıtıldı, düz anlatım, soru-cevap, gönüllü öğrencilerle ilk yardım dolabındaki malzemeleri kullanarak demonstrasyon ve rol-play yöntemleri kullanıldı. Öğrencilere araştırmacı tarafından hazırlanan ilk yardım broşürleri verildi. Aday akran liderlerin eğitimi 2 oturum (90 dakika) sürdü. Akran lider adayları eğitim sonrasında bilgi düzeylerindeki değişim için “İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu” kullanılarak, beceri düzeylerindeki değişim için ise “İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu” kullanılarak değerlendirildi. 16 akran liderden iki akran lider devamsızlık yaptığından dolayı, iki akran lider de başarısız olduğundan çalışma dışı bırakıldı ve başarılı olan 12 öğrenci akran lider olarak belirlendi.

5.8.2. Akran Gruplarının Oluşturulması

Akran liderin 3-4 kişilik akran gruplarını oluşturması istendi. Grup üyelerinin belirlenmesinde üyelerin kabul etmesi ve isteğinin olmasının önemli olduğu belirtildi. Böylece 2 grup 3 kişiden diğer gruplar 4'er kişiden olmak üzere 12 ALG oluşturuldu.

5.8.3. Yetişkin ve Akran Liderli İlk Yardım Eğitiminin Uygulanması

Akran liderler tarafından 12 ALG'tan her birine iki oturum (90dk.) ilk yardım eğitimi verildi. İlk yardım eğitimlerinin 90 dakika ile sınırlı kalmasının nedeni

araştırmanın sınırlılıklarında da belirtildiği üzere yalnızca rehberlik ve beden eğitimi derslerinde öğrencilerle çalışılmasına izin verilmesidir. ALG’a ilk yardım eğitimleri akran liderler tarafından kütüphane ortamında; düz anlatım, soru-cevap, gruptaki tüm öğrencilerle demonstrasyon, rol-play yöntem ve teknikleri kullanılarak anlatıldı. Gruptaki öğrencilere ilk yardım broşürleri akran liderler tarafından verildi. ALG’un eğitimleri okulun kütüphanesinde uygun ortam sağlanarak üç ALG odanın köşelerine geçerek diğer iki grubu rahatsız etmeden akran liderler başkanlığında eğitimlerini sürdürmeleri sağlandı. Öğrencilerin yanlış mesajlar verebilecekleri düşünülerek akran liderlerin eğitimleri izlendi. 12 ALG’un temel ilk yardım eğitimi 90’ar dakika sürdüğünden ve öğrenciler sınırlı derste grup olarak alınabildiğinden ALG’ların ilk yardım eğitimleri 3 hafta sürdü. YLG’a da yetişkin lider (araştırmacı) tarafından eş zamanlı olarak iki oturum (90dk.) ilk yardım eğitimi verildi. YLG eğitimleri derslik ortamında; bilgisayar ve barkovizyon cihazı ile ilk yardım sunularını perdeye yansıtarak, düz anlatım, soru-cevap, gönüllü öğrencilerle demonstrasyon, rol-play yöntem ve teknikleri kullanılarak anlatıldı. Eğitimlerde öğrencilere araştırmacı tarafından hazırlanan ilk yardım broşürleri verildi.

Eğitimler verildikten 2 hafta sonra son test olarak her üç grubun bilgi düzeylerindeki değişim tekrar “İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu” kullanılarak, beceri düzeylerindeki değişim ise “İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu” kullanılarak değerlendirildi. İlk yardım eğitimi sonrasında ALG, YLG ve Kontrol grubu olmak üzere her üç grup öğrencilerinin beceri düzeylerindeki değişimin değerlendirilmesinde; öğrenciler dersten tek tek alınarak okunan vakalar üzerinden rol-play şeklinde gerekli ilk yardım uygulamalarını ilk yardım dolabındaki malzemeleri kullanarak yapmaları istendi. Öğrencinin ilk yardım eğitimi beceri değerlendirme formundaki beceri kontrol listelerinde yaptığı her uygun/doğru ilk yardım müdahalesi artı olarak işaretlendi. Öğrencilerin beceri değerlendirmesi her öğrenci için 10-30 dakika olmak üzere, toplamda 2 ay sürmüştür.

Tablo 5.8.3. Araştırmanın Uygulama Planı

Literatür Tarama		
İlk Yardım Eğitim İçeriğinin ve İlk Yardım Bilgi ve Beceri Değerlendirme Formlarının Hazırlanması		
İlk Yardım Değerlendirme formlarının “Kapsam Geçerliliği” için Uzman Görüşüne Sunulması		
Tez Öneri Formunun M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne sunulması		
Etik Kurul Onayı için Marmara Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığına Projenin sunumu		
Uygulama İzni için İl Milli Eğitim Müdürlüğüne projenin sunulması		
ALG (n=30)	YLG (n=42)	Kontrol grubu (n=45)
Ön Testlerin uygulanması • Öğrenci Tanılama Formu • İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu	Ön Testlerin uygulanması • Öğrenci Tanılama Formu • İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu	Ön Testlerin uygulanması • Öğrenci Tanılama Formu • İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu
ALG’un belirlenmesi (7A sınıfı)	YLG’un belirlenmesi (7B sınıfı)	Kontrol grubunun belirlenmesi (7C sınıfı)
- Sınıfta Akran liderlerin seçilmesi (12 öğrenci) - Akran liderlere ilk yardım eğitimi verilmesi		
Her liderin 3-4 akrandan olacak şekilde kendi gruplarını oluşturması		
Akran liderlerin, grubuna ilk yardım eğitimi vermesi	Yetişkin liderin grubuna ilk yardım eğitimi vermesi	
Eğitim bittikten 2 hafta sonra bilgi ve beceri değerlendirme formları ile son değerlendirmenin yapılması (son test)	Eğitim bittikten 2 hafta sonra bilgi ve beceri değerlendirme formları ile son değerlendirmenin yapılması (son test)	Eğitim bittikten 2 hafta sonra bilgi ve beceri değerlendirme formları ile son değerlendirmenin yapılması (son test)
		Araştırma bittikten sonra kontrol grubuna yetişkin lider tarafından ilk yardım eğitiminin verilmesi

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

- Çalışmanın yürütüleceği Kırklareli İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden ve çalışmanın yapılacağı Lüleburgaz Kocasinan İlköğretim Okulu Müdürlüğü'nden
- 2008-2009 bahar dönemi 7. Sınıf öğrenci ve velilerinden
- Marmara üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulundan etik onay (Ek 12) alındı.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Okulda tam gün eğitim olduğundan grupların birbirinden etkilenmeleri açısından önlem alınamadı.
- Okul tam gün olduğundan ilk yardım eğitimlerini verebilmek için gerekli zaman beden eğitimi ve rehberlik dersinden sağlanabilmiştir. Bu yüzden ilk yardım eğitimi süresi 90 dakika ile sınırlı kaldı.

5.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Akran liderler katılmayarak 117 öğrenci verileri istatistiksel olarak değerlendirildi. Bulguların istatistiksel analizi için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HDS testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Niceliksel verilerin ön test son test değerlendirmelerinde paired sample t testi, niteliksel verilerin ön test son test değerlendirmelerinde Mc Nemar testi kullanıldı. Testlerin geçerlilik güvenilirlik hesaplamalarında Cronbach's alpha değeri hesaplandı. Madde toplam puan korelasyonlarında Spearsman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

6. BULGULAR

Çalışma Mart-Haziran 2009 tarihleri arasında, 61'i (%52.1) kız ve 56'sı (%47.9) erkek olmak üzere toplam 117 öğrenci üzerinde yapıldı. Öğrencilerin yaşları 12 ile 14 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 13.05 ± 0.32 'dir. Öğrenciler "Akran Liderli" (n=30), "Yetişkin Liderli" (n=42) ve "Kontrol Grubu" (n=45) olmak üzere üç grup altında incelendi.

Tablo 6.1.: Demografik Özelliklere Göre Grupların Değerlendirilmesi

	Akran Liderli	Yetişkin Liderli	Kontrol	χ^2	<i>p</i>
	(n=30)	(n=42)	(n=45)		
Yaş					
12 Yaş	2 (%6,7)	1 (%2,4)	0 (%0)	9,309	0,055
13 Yaş	27 (%90)	40 (%95,2)	38 (%84,4)		
14 Yaş	1 (%3,3)	1 (%2,4)	7 (%15,6)		
Cinsiyet					
Kız	15 (%50)	22 (%52,4)	24 (%53,3)	0,082	0,960
Erkek	15 (%50)	20 (%47,6)	21 (%46,7)		
Ailede Sağlık Personeli Varlığı	2 (%6,7)	4 (%9,5)	6 (%13,3)	0,907	0,635
Daha Önce İlk Yardım Eğitimi Alma	5(%16,6)	8 (%19,0)	10 (%22,2)		

Ki-kare test kullanıldı

**** $p < 0.01$**

Gruplara göre çocukların yaş dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Gruplara göre çocukların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Gruplar arasında çocukların ailelerinde sağlık personeli bulunma oranları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Gruplar arasında çocukların daha önce ilk yardım eğitimi almış olma oranları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 6.2.: Öğrencilerin İlk Yardım Bilmenin Gerekliliğine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması

	Akran Liderli	Yetişkin Liderli	Kontrol	χ^2	^+p
	n (%)	n (%)	n (%)		
Ön Test	29 (%96,7)	39 (%92,9)	45 (%100)	3,358	0,187
Son Test	29 (%96,7)	40 (%95,2)	45 (%100)	2,067	0,356
Ön test-son test ^{++}p	1,000	1,000	1,000		

$^+$ *Ki-kare test*

$^{++}$ *Mc Nemar Test*

Öğrencilere “ilk yardım bilmek gerekli midir?” diye sorulduğunda ön testte ve son testte evet gereklidir deme oranlarına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

ALG'ta; ön testte öğrencilerin ilk yardım bilmek gereklidir cevaplarına göre son testte anlamlı bir değişim görülmemiştir ($p>0.05$).

YLG'ta; ön testte öğrencilerin ilk yardım bilmek gereklidir cevaplarına göre son testte anlamlı bir değişim görülmemiştir ($p>0.05$).

Kontrol Grubunda; ön testte öğrencilerin ilk yardım bilmek gereklidir cevaplarına göre son testte anlamlı bir değişim görülmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 6.3.: Öğrencilerin Temel İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi (n=127)

	Yanlış Biliyor	Bilmiyor	Doğru Biliyor
	n (%)	n (%)	n (%)
1. İlk yardımın tanımını	9 (%7,7)	6 (%5,1)	102 (%87,2)
2. İlk yardım uygulamasını kimin yapacağını	4 (%3,4)	6 (%5,1)	107 (%91,5)
3. İlk yardımın önceliklerini	60 (%51,3)	17 (%14,5)	40 (%34,2)
4. Yaralanmanın söz konusu olduğu olay yerinde ilk önce yapılması gerekeni	92 (%78,6)	7 (%6,0)	18 (%15,4)
5. İlk yardımın temel uygulamalarını doğru sıralama	64 (%54,7)	26 (%22,2)	27 (%23,1)
6. Acil Yardım Servisinin telefon numarasını	5 (%4,3)	5 (%4,3)	107 (%91,5)
7. Acil yardım Servisini arandığında mutlaka verilmesi gereken bilgileri	92 (%78,6)	9 (%7,7)	16 (%13,7)
8. Birinci derece öncelikli müdahale edilmesi gereken yaralıları	31 (%26,5)	21 (%17,9)	65 (%55,6)
9. İlk yardımcının sahip olması gereken özellikleri	72 (%61,5)	32 (%27,4)	13 (%11,1)
10. Yaşam bulguları için neler değerlendirilir	19 (%16,2)	20 (%17,1)	78 (%66,7)
11. Hasta ya da yaralıyı birinci değerlendirme aşamalarını doğru sıralama	24 (%20,5)	64 (%54,7)	29 (%24,8)
12. Yaralının ABC değerlendirilmesi için kontrol edilmesi gerekenleri	18 (%15,4)	70 (%59,8)	29 (%24,8)
13. İlk yardım uygulaması sırasında solunum yolu açıklığının nasıl sağlanacağını	58 (%49,6)	54 (%46,2)	5 (%4,3)
14. Birinci değerlendirme sonunda hasta ve yaralıya hangi durumda sabit yan yatış (koma) pozisyonu verileceğini	35 (%29,9)	60 (%51,3)	22 (%18,8)
15. Birinci değerlendirmede solunum varlığının (B) nasıl değerlendirileceğini	42 (%35,9)	59 (%50,4)	16 (%13,7)
16. Yaralıyı değerlendirmenin amaçlarını	56 (%47,9)	35 (%29,9)	26 (%22,2)
17. Birinci değerlendirmede yaralının dolaşımının (C) nasıl izleneceğini	44 (%37,6)	53 (%45,8)	20 (%17,1)
18. Baş-çene pozisyonunun hangi durumda uygulanamayacağını	44 (%37,6)	69 (%59,0)	4 (%3,4)
19. İkinci değerlendirme sırasında yaralı muayene edilirken hangi sıranın izleneceğini	17 (%14,5)	59 (%50,4)	41 (%35,0)

Tablo 6.3.'ün Devamı

		Yanlış Biliyor	Bilmiyor	Doğru Biliyor
2	anaması	55 (%47,0)	20 (%17,1)	42 (%35,9)
2	nda ne	55 (%47,0)	27 (%23,1)	35 (%29,9)
2	ılacağını	32 (%27,4)	65 (%55,6)	20 (%17,1)
23.Şok belirtilerini		60 (%51,3)	43 (%36,8)	14 (%12,0)
24. İç kanama belirtilerini		36 (%30,8)	73 (%62,4)	8 (%6,8)
25.Soğukta kalmış (donmuş) bir insana ilk yardım olarak yapılacakları		79 (%67,5)	26 (%22,2)	12 (%10,3)
26.Elektrik çarpması devam eden kişiye ilk yardım		17 (%14,5)	17 (%14,5)	83 (%70,9)
27.Yanıkta ilk yardım olarak yapılması gerekenleri		64 (%54,7)	44 (%37,6)	9 (%7,7)
28. Kolda hareket kaybı, şişlik, ağrı olduğunda ilk yardım		26 (%22,2)	38 (%32,5)	53 (%45,8)
29.Kırığı tespit etmenin amacını		35 (%29,9)	54 (%46,2)	28 (%23,9)
30.Sindirim yolu ile zehirlenmelerde uygulanması gerekenleri		45 (%38,5)	57 (%48,7)	15 (%12,8)
31.Solunum yolu zehirlenmelerinde ilk yardım olarak nelerin yapılacağını		42 (%35,9)	66 (%56,4)	9 (%7,7)
32.Cilt yolu ile olan zehirlenmelerde ilk yardım olarak yapılacakları		52 (%44,4)	56 (%47,9)	9 (%7,7)
33.Hava yoluna yabancı cisim kaçmalarında, kısmi tıkanma olmuş ise yapılacakları		53 (%45,3)	49 (%41,9)	15 (%12,8)
34.Hava yoluna yabancı cisim kaçmasında, tam tıkanma olmuş ise yapılacakları		53 (%45,3)	41 (%35,0)	23 (%19,7)

Öğrencilerin ön testte ilk yardım eğitimi bilgi değerlendirme formuna verdikleri cevapların dağılımı Tablo 6.3.'de görülmektedir. Öğrencilerin “2. İlk yardım uygulamasını kimin yapacağını bilme” (%91.5), “6. Acil Yardım Servisinin telefon numarasını bilme” (%91.5), “1. İlk yardımın tanımını bilme” (%87.2), “26. Elektrik çarpması devam eden kişiyi gördüğünüzde ilk olarak ne yapılacağını bilme” (%70.9) ve “10.Yaşam bulguları için değerlendirilen şeyleri bilme” (%66.7) ifadelerini yüksek oranlarda doğru bildikleri görülmektedir.

Tablo 6.4.: Öğrencilerin İlk Yardım Konularını Öğrenmek İstedikleri Yerler

	n	%
Aile	20	17,1
Öğretmen	38	32,5
İnternet	7	6,0
Televizyon-Radyo	6	5,1
Gazete-Dergi	3	2,6
Ders Kitabı	4	3,4
Sağlık Personeli	92	78,6

Öğrencilerin ilk yardım konularını nereden öğrenmek istedikleri sorulduğunda; %17.1'i (n=20) ailesinden, %32.5'i (n=38) öğretmenlerinden, %6'sı (n=7) internetten, %5.1'i (n=6) televizyon-radyodan, %2.6'sı (n=3) gazete-dergilerden, %3.4'ü (n=4) ders kitaplarından ve %78.6'sı (n=92) sağlık personelinden öğrenmek istediğini belirtmiştir.

Tablo 6.5: İlk yardım Eğitimi Ön ve Son Test Toplam Bilgi Puanlarının Değerlendirmesi

	Akran Liderli	Yetişkin Liderli	Kontrol	F	⁺p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Ön Test	64,13±5,71	65,54±4,17	65,09±5,30	0,697	0,500
Son Test	73,13±8,83	77,50±7,65	65,84±5,47	28,690	0,001**
Ön test-son test ⁺⁺p	0,001**	0,001**	0,326		

⁺ Oneway ANOVA test

⁺⁺ Paired Sample t Test

**** p<0.01**

Ön testte öğrencilerin aldıkları toplam puana göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Öğrencilerin son testte aldıkları toplam puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.01). YLG'un son test toplam puanları, Akran Liderli (p:0.035; p<0.05) ve Kontrol Grubu (p:0.001; p<0.01) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. ALG'un son test toplam puanları, Kontrol Grubu (p:0.001; p<0.01) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

ALG'ta; ön test toplam puanına göre son test puanından görülen artış istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (p<0.01).

YLG'ta; ön test toplam puanına göre son test puanından görülen artış istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (p<0.01).

Kontrol Grubunda; ön test toplam puanına göre son test puanında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemiştir (p>0.05).

Tablo 6.6: Öğrencilerin İlk Yardım Eğitimi Beceri Puanlarının Değerlendirilmesi

	ALG	YLG	Kontrol	KW	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Beceri 1. Yaşam Bulgularını Alıp Değerlendirme	73,12±20,31 (62,5)	60,71±23,27 (56,2)	11,16±3,78 (12,5)	81,67	0,001**
Beceri 2. İlk Yardımın Temel Uygulamalarını yapabilme	65,38±13,81 (61,5)	59,89±16,16 (61,5)	18,12±14,50 (15,4)	76,04	0,001**
Beceri 3 (1. Kısım) Yaralının Birinci Değerlendirmesini yapma	54,39±22,65 (46,1)	40,54±23,36 (36,4)	1,01±4,83 (0)	77,05	0,001**
Beceri 3 (2. Kısım) Yaralının İkinci Değerlendirmesini yapma	42,13±24,15 (48)	21,43±24,48 (20)	0,00±0,00 (0)	51,87	0,001**
Beceri 4. Sabit Yan Yatış (Koma) Pozisyonu Verme	80,00±28,18 (90,9)	56,28±41,40 (81,8)	0,00±0,00 (0)	65,47	0,001**
Beceri 5. Kanamayı Durdurma	61,82±13,38 (63,6)	46,10±13,38 (45,4)	23,63±8,31 (27,3)	80,35	0,001**
Beceri 6. Burun Kanaması Durumunda İlk Yardım	78,67±16,55 (80)	62,38±23,87 (70)	29,78±16,85 (40)	63,54	0,001**
Beceri 7. Şok Pozisyonu Verme	42,00±22,95 (40)	26,43±26,58 (20)	2,22±5,99 (0)	55,30	0,001**
Beceri 8. Yanıkta İlk Yardım	67,08±10,62 (62,5)	53,86±16,21 (56,2)	24,17±12,32 (25)	74,79	0,001**
Beceri 9. Donmak Üzere Olan Bir Kişiye İlk Yardım	55,18±21,53 (50)	50,00±18,07 (55,5)	27,65±9,05 (33,3)	49,27	0,001**
Beceri 10. Kırık Durumunda İlk Yardım	74,81±15,69 (77,8)	58,99±23,47 (66,7)	20,24±10,67 (22,2)	71,25	0,001**
Beceri 11. Sindirim Yoluyla Zehirlenmelerde İlk Yardım	37,78±27,31 (33,3)	26,58±15,20 (33,3)	12,96±9,98 (16,7)	29,92	0,001**
Beceri 12. Solunum Yolu Tam Tıkanmış Kişiye Hemlich Manevrası	75,56±26,16 (88,9)	65,08±30,80 (77,8)	10,37±15,60 (0)	60,78	0,001**

Kruskal Wallis test kullanıldı

** $p < 0.01$

Öğrencilerin beceri formunun 1. bölümünden “Yaşam Bulgularını Alıp Değerlendirme”si istenmiş elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). ALG’un 1. bölüm puanları, YLG ($p:0.011$; $p<0.05$) ve Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. YLG’un “Yaşam Bulgularını Alıp Değerlendirme” (1. Bölüm) puanları, Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Öğrencilerin beceri formunun 2. bölümünden “İlk Yardımın Temel Uygulamaları” örnek olay çerçevesinde yapmaları istenmiş ve elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol Grubu öğrencilerinin “İlk Yardımın Temel Uygulamaları” (2. Bölüm) puanları, YLG ($p:0.001$; $p<0.01$) ve ALG ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür. YLG ve ALG’un “İlk Yardımın Temel Uygulamaları” (2. Bölüm) puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p:0.228$; $p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 3. bölüm 1. Kısımdan yaralının “Birinci Değerlendirme”sini yapmaları istenmiş ve elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). ALG’un “Birinci Değerlendirme” yapma (3. bölüm 1. Kısım) puanları, YLG ($p:0.006$; $p<0.01$) ve Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. YLG’un “Birinci Değerlendirme” yapma (3. bölüm 1. Kısım) puanları, Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Öğrencilerin beceri formunun 3. bölüm 2. Kısımda yaralının “İkinci Değerlendirme”sini yapmaları istenmiş ve elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). ALG’un “İkinci Değerlendirme” yapma (3. bölüm 2. Kısım) puanları, YLG ($p:0.001$; $p<0.01$) ve Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. YLG’un “İkinci Değerlendirme” yapma (3. bölüm 2. Kısım) puanları,

Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Öğrencilerin beceri formunun 4. bölümünde “Sabit Yan Yatış (Koma) Pozisyonu Verme”leri istenmiş ve elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). ALG’un “Sabit Yan Yatış (Koma) Pozisyonu Verme” (4. bölüm) puanları, YLG ($p:0.002$; $p<0.01$) ve Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. YLG’un “Sabit Yan Yatış (Koma) Pozisyonu Verme” (4. Bölüm) puanları, Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Öğrencilerin beceri formunun 5. Bölümde kanaması olan yaralıda “Kanamayı Durdurma”ları istenmiş ve elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). ALG’un “Kanamayı Durdurma” (5. Bölüm) puanları, YLG ($p:0.001$; $p<0.01$) ve Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. YLG’un “Kanamayı Durdurma” (5. Bölüm) puanları, Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Öğrencilerin beceri formunun 6. bölümünden “Burun Kanaması Durumunda İlk Yardım” yapmaları istenmiş ve elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). ALG’un “Burun Kanaması Durumunda İlk Yardım” müdahale (6. Bölüm) puanları, YLG ($p:0.001$; $p<0.01$) ve Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. YLG’un “Burun Kanaması Durumunda İlk Yardım” müdahale (6. Bölüm) puanları, Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Öğrencilerin beceri formunun 7. Bölümünde “Şokta Olan Yaralıya Şok Pozisyonu Verme”leri istenmiş ve elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). ALG’un “Şok Pozisyonu Verme” (7. Bölüm) puanları, YLG ($p:0.008$; $p<0.01$) ve Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. YLG’un

“Şok Pozisyonu Verme” (7. Bölüm) puanları, Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Öğrencilerin beceri formunun 8. bölümünde “Yanıkta İlk Yardım” müdahalelerinden elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). ALG’un “Yanıkta İlk Yardım” müdahaleleri (8. Bölüm) puanları, YLG ($p:0.001$; $p<0.01$) ve Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. YLG’un “Yanıkta İlk Yardım” müdahaleleri (8. Bölüm) puanları, Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Öğrencilerin beceri formunun 9. Bölümünde “Donmak Üzere Olan Bir Kişiye İlk Yardım” müdahalelerinden elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol Grubu öğrencilerinin “Donmak Üzere Olan Bir Kişiye İlk Yardım” müdahaleleri (9. Bölüm) puanları, YLG ($p:0.001$; $p<0.01$) ve ALG ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür. YLG ve ALG’un “Donmak Üzere Olan Bir Kişiye İlk Yardım” müdahaleleri (9. Bölüm) puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p:0.784$; $p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 10. Bölümünde “Kırık Durumunda İlk Yardım” müdahalelerinden elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). ALG’un “Kırık Durumunda İlk Yardım” müdahaleleri (10. Bölüm) puanları, YLG ($p:0.003$; $p<0.01$) ve Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. YLG’un “Kırık Durumunda İlk Yardım” müdahaleleri (10. Bölüm) puanları, Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Öğrencilerin beceri formunun 11. Bölümünde “Sindirim Yoluyla Zehirlenmelerde İlk Yardım” uygulamaları istenmiş ve elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol Grubu öğrencilerinin “Sindirim Yoluyla Zehirlenmelerde İlk Yardım” (11. Bölüm) puanları, YLG ($p:0.001$; $p<0.01$) ve ALG ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür. YLG ve ALG’un “Sindirim Yoluyla

Zehirlenmelerde İlk Yardım” (11. Bölüm) puanları, arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p:0.190$; $p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 12. Bölümünde “Solunum Yolu Tam Tıkanmış Kişiyi Hemlich Manevrası” müdahalelerinden elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol Grubu öğrencilerinin “Solunum Yolu Tam Tıkanmış Kişiyi Hemlich Manevrası” müdahaleleri (12. Bölüm) puanları, YLG ($p:0.001$; $p<0.01$) ve ALG ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür. YLG ve ALG’un “Solunum Yolu Tam Tıkanmış Kişiyi Hemlich Manevrası” müdahaleleri (12. Bölüm) puanları, arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p:0.183$; $p>0.05$).

Tablo 6.7. Temel İlk Yardım Bilgi ve Becerilerinin Üç Grupta Değerlendirilmesi

	YLG	ALG	KONTROL GRUBU
İlk Yardım Bilgisi Değerlendirme			
İlk Yardım Eğitimi Bilgi Düzeyi	++	+	-
İlk Yardım Becerisi Değerlendirme			
Beceri 1. Yaşam Bulgularını Alıp Değerlendirme	+	++	-
Beceri 2. İlk Yardımın Temel Uygulamalarını yapabilme	+	+	-
Beceri 3. (1. Kısım) Yaralının Birinci Değerlendirmesini yapma	+	++	-
Beceri 3. (2. Kısım) Yaralının İkinci Değerlendirmesini yapma	+	++	-
Beceri 4. Sabit Yan Yatış (Koma) Pozisyonu Verme	+	++	-
Beceri 5. Kanamayı Durdurma	+	++	-
Beceri 6. Burun Kanaması Durumunda İlk Yardım	+	++	-
Beceri 7. Şok Pozisyonu Verme	+	++	-
Beceri 8. Yanıkta İlk Yardım	+	++	-
Beceri 9. Donmak Üzere Olan Bir Kişiye İlk Yardım	+	+	-
Beceri 10. Kırık Durumunda İlk Yardım	+	++	-
Beceri 11. Sindirim Yoluyla Zehirlenmelerde İlk Yardım	+	+	-
Beceri 12. Solunum Yolu Tam Tıkanmış Kişiye Hemlich Manevrası	+	+	-

++: Çift artı olan grup diğer iki gruptan anlamlı düzeyde yüksek

+: Tek artı olan grup kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olmayı ifade etmektedir.

Tablo 6.8.: Öğrencilerin İlk Yardım Becerilerinin En Önemli Adımlarını Gerçekleştirebilme Durumları

	Akran Liderli	Yetişkin Liderli	Kontrol	χ^2	⁺ p
	n (%)	n (%)	n (%)		
Beceri 1.					
1.Dereceyi doğru yere yerleştirme	13 (%43,3)	14 (%33,3)	0 (%0)	22,923	0,001**
2.Nabızı şahdamarından hissetme	29 (%96,7)	37 (%88,1)	2 (%4,4)	87,081	0,001**
3. Bak-Dinle-Hisset	27 (%90,0)	35 (%83,3)	1 (%2,2)	78,729	0,001**
Beceri 2.					
Koruma-Bildirme-Kurtarma temel ilk yardım adımlarını uygulama	27 (%90,0)	35 (%83,3)	3 (%6,7)	71,100	0,001**
Beceri 3.					
1.Yaralının I. değerlendirilmesinde ABC değerlendirme	17 (%56,7)	15 (%35,7)	0 (%0)	31,396	0,001**
2. II. değerlendirmede yaralıyı baştan aşağıya değerlendirme	10 (%33,3)	8 (%19,0)	0 (%0)	16,039	0,001**
Beceri 4.					
Sabit yan yatış pozisyonu verirken yaralıyı doğru tarafa döndürmek	25 (%83,3)	26 (%61,9)	0 (%0)	59,774	0,001**
Beceri 5.					
Kanamalı yaralıda kanla temas etmemek	18 (%60,0)	21 (%50,0)	0 (%0)	37,350	0,001**
Beceri 6.					
Burun kanaması olan kişinin başını öne eğmek	28 (%93,3)	31 (%73,8)	10 (%22,2)	43,581	0,001**
Beceri 7.					
Şok pozisyonu vermeden önce şok belirtilerini gözlemlemek	8 (%26,7)	9 (%21,4)	0 (%0)	12,818	0,002**
Beceri 8.					
Yanma durumunda yanan bölgeyi 20 dk musluk suyu altında tutmak	30 (%100)	41 (%96,7)	20 (%44,4)	47,066	0,001**
Beceri 9.					
Donma durumunda ilk yardımda direk ısı kaynağı ile temas ettirmeme	17 (%56,7)	30 (%71,4)	0 (%0)	50,685	0,001**

Beceri 10.					
Kırıkta yaralıyı hareket ettirmeden atellemek	29 (%96,7)	38 (%90,5)	32 (%71,1)	10,759	0,005**
Beceri 11.					
Zehirlenmede yaralıyı kusturmamak	11 (%36,7)	9 (%21,4)	7 (%15,6)	4,619	0,100
Beceri 12.					
Hemlich manevrasını yaparken elini yumruk yapıp doğru yere yerleştirme	27 (%90,0)	35 (%83,3)	2 (%4,4)	74,850	0,001**

Ki-kare test kullanıldı

**** $p < 0.01$**

Öğrencilerin beceri formunun 1. bölümünde yaşam bulgularını alıp değerlendirmede vücut ısısını ölçerken en önemli beceri olan dereceyi doğru yere koyma adımını gerçekleştirebilme durumları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.01$). Kontrol Grubu öğrencilerinin vücut ısısını ölçerken en önemli beceri olan dereceyi doğru yere koyma adımını gerçekleştirebilme durumları, YLG ve ALG'un doğru yapabilme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p < 0.01$). YLG ve ALG'un vücut ısısını ölçerken en önemli beceri olan dereceyi doğru yere koyma adımını gerçekleştirebilme durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 1. bölümünde yaşam bulgularını alıp değerlendirmede şah damarından nabız değerlendirirken şah damarını doğru bulabilme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.01$). Kontrol Grubu öğrencilerinin 1. bölümde yaşam bulgularını alıp değerlendirmede şah damarından nabız değerlendirirken şah damarını doğru bulabilme oranları, YLG ve ALG'un yapabilme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p < 0.01$). YLG ve ALG'un beceri formunun 1. bölümde yaşam bulgularını alıp değerlendirmede şah damarından nabız değerlendirirken şah damarını doğru bulabilme oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 1. bölümünde yaşam bulgularını alıp değerlendirme solunumu değerlendirirken bak-dinle-hisset yöntemini doğru

uygulama oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol grubu öğrencilerinin bak-dinle-hisset yöntemini doğru uygulama oranları, YLG ve ALG'un doğru uygulama oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). YLG ve ALG'un 1. bölümde yaşam bulgularını alıp değerlendirme solunumu değerlendirirken bak-dinle-hisset yöntemini doğru uygulama oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 2. bölümünde ilk yardım temel uygulamalarından en önemli uygulaması “Koruma Bildirme Kurtarma (KBK)” adımlarını doğru yapma oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol grubu öğrencilerinin 2. bölümde en önemli sorusuna doğru cevap verme oranları, YLG ve ALG'un doğru cevap verme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). YLG ve ALG'un 2. bölümde en önemli sorusuna doğru cevap verme oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 3. bölümde birinci değerlendirme yaparken en önemli uygulama olan ABC'yi doğru yapma oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol grubu öğrencilerinin ABC'yi doğru yapma oranları, YLG ve ALG'un doğru yapma oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). YLG ve ALG'un 3. bölümde birinci değerlendirme yaparken en önemli uygulama olan ABC'yi doğru yapma oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 3. Bölümde ikinci değerlendirme yaparken en önemli uygulama olan baştan ayağa yaralının muayenesinde doğru sıralamayı izleme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol grubu öğrencilerinin 3. bölümde baştan ayağa yaralının muayenesinde doğru sıralamayı izleme oranları, YLG ve ALG'un doğru cevap verme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). YLG ve ALG'un 3. Bölümde ikinci değerlendirme yaparken en önemli uygulama olan baştan ayağa yaralının muayenesinde doğru sıralamayı izleme oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 4. bölümde sabit yan yatış (koma) pozisyonu verirken en önemli uygulama olan doğru tarafa döndürme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol grubu öğrencilerinin 4. bölümde sabit yan yatış (koma) pozisyonu verirken en önemli uygulama olan doğru tarafa döndürme oranları, YLG ve ALG'un doğru cevap verme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür. ALG'un 4. bölümün sabit yan yatış (koma) pozisyonu verirken en önemli uygulama olan doğru tarafa döndürme oranları, YLG'tan anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 5. bölümde yaralıda kanama durdurma müdahalesi yaparken en önemli uygulama olan kanla temas etmemek oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol Grubu öğrencilerinin 5. bölümünde yaralıda kanama durdurma müdahalesi yaparken en önemli uygulama olan kanla temas etmemek oranları, YLG ve ALG'un doğru cevap verme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). YLG ve ALG'un 5. bölümün yaralıda kanama durdurma müdahalesi yaparken en önemli uygulama olan kanla temas etmemek oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 6. bölümde burun kanaması olan yaralıya müdahalede en önemli uygulama olan başı öne eğme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol grubu öğrencilerinin 6. Bölümde burun kanaması olan yaralıya müdahalede en önemli uygulama olan başı öne eğme oranları, YLG ve ALG'un doğru cevap verme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür. ALG'un 6. bölümde burun kanaması olan yaralıya müdahalede en önemli uygulama olan başı öne eğme oranları, YLG'tan anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 7. Bölümde şok pozisyonu vermeleri istenen yaralıda en önemli işaretler olan şok belirtilerini doğru gözlemleyebilme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol Grubu öğrencilerinin 7. bölümde şok pozisyonu vermeleri istenen yaralıda en önemli işaretler olan şok belirtilerini doğru gözlemleyebilme oranları, YLG ve

ALG'un doğru cevap verme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). YLG ve ALG'un 7. bölümde şok pozisyonu vermeleri istenen yaralıda en önemli işaretler olan şok belirtilerini doğru gözlemleyebilme oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 8. bölümünde yanıkta ilk yardım müdahalesi yaparken en önemli uygulama olan 20 dakika tazyiksiz musluk suyunda tutma oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol grubu öğrencilerinin 8. Bölümde yanıkta ilk yardım müdahalesi yaparken en önemli uygulama olan 20 dakika tazyiksiz musluk suyunda tutma oranları, YLG ve ALG'un doğru cevap verme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). YLG ve ALG'un 8. bölümde yanıkta ilk yardım müdahalesi yaparken en önemli uygulama olan 20 dakika tazyiksiz musluk suyunda tutma oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 9. bölümde donmak üzere olan bir kişiye ilk yardımda en önemli uygulama olan direkt ısı kaynağı ile temas ettirmeme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol grubu öğrencilerinin 9. bölümde donmak üzere olan bir kişiye ilk yardımda en önemli uygulama olan direkt ısı kaynağı ile temas ettirmeme oranları, YLG ve ALG'un doğru cevap verme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). YLG ve ALG'un 9. bölümde donmak üzere olan bir kişiye ilk yardımda en önemli uygulama olan direkt ısı kaynağı ile temas ettirmeme oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 10. bölümde kırık durumunda ilk yardım müdahalesinde en önemli uygulama olan kırık bölgesini hareket ettirmeden atelleme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol Grubu öğrencilerinin 10. bölümde kırık durumunda ilk yardım müdahalesinde en önemli uygulama olan kırık bölgesini hareket ettirmeden atelleme oranları, YLG ve ALG'un doğru cevap verme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). YLG ve ALG'un 10. bölümde kırık durumunda ilk yardım

müdahalesinde en önemli uygulama olan kırık bölgesini hareket ettirmeden atelleme oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 11. bölümde sindirim yoluyla zehirlenmelerde ilk yardım müdahalesinde en önemli uygulama olan kusturmama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Kontrol grubu öğrencilerinin 11. bölümde sindirim yoluyla zehirlenmelerde ilk yardım müdahalesinde en önemli uygulama olan kusturmama oranları, YLG ($p:0.001$; $p<0.01$) ve ALG($p:0.001$; $p<0.01$) oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür. YLG ve ALG'un 11. bölüm sindirim yoluyla zehirlenmelerde ilk yardım müdahalesinde en önemli uygulama olan kusturmama oranları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p:0.190$; $p>0.05$).

Öğrencilerin beceri formunun 12. bölümde solunum yolu tam tıkanmış kişiye hemlich manevrası yaparken en önemli uygulama olan elini yumruk yapıp doğru yere yerleştirme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol grubu öğrencilerinin 12. bölümde solunum yolu tam tıkanmış kişiye hemlich manevrası yaparken en önemli uygulama olan elini yumruk yapıp doğru yere yerleştirme oranları, YLG ve ALG'un doğru cevap verme oranlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.01$). YLG ve ALG'un 12. bölümde solunum yolu tam tıkanmış kişiye hemlich manevrası yaparken en önemli uygulama olan elini yumruk yapıp doğru yere yerleştirme oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). ,

Tablo 6.9. Öğrencilerin Temel İlk Yardım Becerilerinin En Önemli Adımlarını Gerçekleştirebilme Durumlarının Üç Grupta Değerlendirilmesi

	YLG	ALG	KONTROL GRUBU
Beceri 1.			
1 Dereceyi doğru yere yerleştirme	+	+	-
2 Nabızı şahdamarından hissetme	+	+	-
3Bak-Dinle-Hisset yöntemini kullanarak solunumu kontrol etme	+	+	-
Beceri 2.			
Koruma-Bildirme-Kurtarma temel ilk yardım adımlarını uygulama	+	+	-
Beceri 3.			
1Yaralının birinci değerlendirmesini yaparken ABC değerlendirme	+	+	-
2İkinci değerlendirmede yaralıyı baştan aşağıya doğru sıralama ile değerlendirme	+	+	-
Beceri 4.			
Sabit yan yatış pozisyonunda yaralıyı doğru tarafa döndürmek	+	++	-
Beceri 5.			
Kanamalı yaralıda ilk yardım yaparken kanla temas etmemek	+	+	-
Beceri 6.			
Burun kanaması olan kişinin başını öne eğmek	+	++	-
Beceri 7.			
Şok pozisyonu vermeden önce şok belirtilerini gözlemlemek	+	+	-
Beceri 8.			
yanan bölgeyi 20 dk musluk suyu altında tutmak	+	+	-
Beceri 9.			
Donmada, direk ısı kaynağı ile temas ettirmeme	+	+	-
Beceri 10.			
Bacağı kırılan yaralıyı hareket ettirmeden atellemek	+	+	-
Beceri 11.			
Zehirlenmede ilk yardım uygularken yaralıyı kusturmamak	+	+	-
Beceri 12.			
Hemlich manevrasın yaparken elini yumruk yapıp doğru yere yerleştirme	+	+	-

++: Çift artı olan grup diğer iki gruptan anlamlı düzeyde yüksek

+: Tek artı olan grup kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olmayı ifade etmektedir.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

7.1. TARTIŞMA

Bir ilköğretim okulunda 7. sınıflara AEY ve YEY ile verilen temel ilk yardım eğitiminin bilgi ve beceri üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amacı ile deneysel olarak yapılan çalışma, Mart-Haziran 2009 tarihleri arasında, 133 öğrenci ile yapıldı.

Çocuk yaralanmalarının arttığı okul döneminin başı (7 yaş) ve ergenlik çağıının başında (12 yaş), hedef kitlelerin risk becerileri konusunda bilinçlendirme ve tedbirlerden oluşacak eğitim çalışmalarının, eğitim-öğretim kurumlarından başlayarak toplumun geneline yayılması, daha sağlıklı bir toplum için gereklidir (Bombacı, Adıyeke, Kara ve Görgeç (2008).

Araştırmamıza katılan öğrencilerin yaşları da 12 ile 14 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 13.05 ± 0.32 'dir.

Bu yaş döneminin özelliklerine baktığımızda; Jean Piaget'in bilişsel gelişim kuramına göre 11 yaş (7-8. sınıf) dönemi soyut düşünme dönemidir. Yetişkinliğin düşünüş biçimi olan soyut düşünebilme, çocuklar için oldukça önemli bir gelişimdir. Mantıksal sonuç çıkarmaları, dikkati yoğunlaştırma yetenekleri, dikkat ve bellek kapasiteleri asalsı ölçüde artar. Ayrıca bu evre boyunca, akranlarla arkadaşlıklar oldukça önemli hale gelir. Çocuklar yaşıt arkadaşlardan oluşan destekleyici bir gruba uyum sağlamak ve ait olmak isterler (Yavuzer 2006, Derman 2008).

Öğrenciler "Akran Liderli" (n=30), "Yetişkin Liderli" (n=42) ve "Kontrol Grubu" (n=45) olmak üzere üç gruba ayrılmıştır.

Tablo 6.1'de görüldüğü gibi gruplara göre çocukların cinsiyet, yaş dağılımları, ailelerinde sağlık personeli bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Gruplar belirtilen özellikler açısından homojendir.

Öğrencilere “ilk yardım bilmek gerekli midir?” diye sorulduğunda ön testte ve son testte evet gereklidir cevabı verenlerin oranlarında Tablo 6.2.’de görüldüğü gibi gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Öğrencilerin büyük çoğunluğu gereklidir yanıtını vermiştir, bu da öğrencilerin eğitim için hazır bulunuşluk düzeyinin yüksek olduğunu, eğitimi kabul ettiklerini, eğitim ile temel ilk yardım bilgi düzeyinin arttırılabileceğini göstermektedir.

Öğrencilere ilk yardım gibi sağlıkla ilgili konuları nereden öğrenmek istedikleri sorulduğunda (Tablo 6.4) %78.6 gibi yüksek oranla sağlık personelinde öğrenmek istediğini belirtmiştir.

Vaizoğlu ve arkadaşları öğrencilerin yaklaşık %71’i ilk yardım bilgilerini okul kitaplarından, %64’ü televizyondan ve %50-60’ı ilk yardım bilgilerini ailelerinden edindiklerini belirtmişlerdir (Vaizoğlu ve ark 2003). Çağlayan’ın (2004) araştırmasında öğrencilerin %52,4’ü (34 kişi) televizyon programlarından, %62,1’i büyüklerinden, %1,5 radyodan, %20’si kitap ve dergilerden ilk yardım öğrendiklerini belirtmekte ve 15 kişi öğrenmek için bir çaba harcamıyorum yanıtını vermektedir.

Öğrencilerin ilk yardım gibi sağlık konularını öğrenmek istedikleri yer/kişiler diğer çalışmalardan farklı bulunmuştur. Öğrencilerin büyük çoğunluğu görsel medya ve aile dışında sağlık personelinde öğrenmek istediğini belirtmiştir. Bunun nedeni sağlıkla ilgili konuları en iyi, temelde sağlık eğitimi almış kişilerin daha etkin verebileceğini düşünmeleri ya da ön test öncesinde öğrencilere verilen veli izin dilekçelerinde çalışmanın amacı ve sağlık personeli tarafından verileceği yazılı olduğundan öğrencilerin bundan etkilenecek cevapladıkları düşünülebilir.

Tablo 6.3.’te öğrencilerin ön testte temel ilk yardım eğitimi bilgi değerlendirme formuna verdikleri cevaplar temel ilk yardım bilgisiyle ilgili mevcut bilgi düzeyleri hakkında bize fikir vermektedir. Öğrenciler; “İlk yardım uygulamasını kimin yapacağını bilme” (%91,5), “Acil Yardım Servisinin telefon numarasını” (%91,5), “İlkyardımın tanımını” (%87,2), “Elektrik çarpması devam eden kişiyi gördüğünde ilk olarak ne yapacağını” (%70,9) ve “Yaşam bulgularının neler olduğunu” (%66,7) yüksek oranlarda doğru bildikleri görülmektedir.

Ağralı'nın (2002) araştırmasında en çok bilinen doğru cevap (%98,4) "İlk yardımı kimin yaptığı", (%98,4) "Elektrik teması devam ettiğinde ilk yardım " soruları ile (%97,6), " İlk yardımın tanımı", (%92,0), "Hızır acil servisin telefon numarası" sorularıdır.

Vaizoğlu ve ark.(2003) yaptıkları araştırmaya katılan öğrencilerin yaklaşık %50-60'ı "İlk yardım kimin görevi ?", %80- 90'ı "Türkiye'deki Hızır Acil Servis numarası kaçtır?" sorusunu doğru/yeterli olarak yanıtlamıştır.

Çağlayan'ın (2004) araştırmasında, öğrencilerin %95'inin doğru cevapladıkları soru "Polis imdatın telefon numarası nedir?" sorusu olmuştur. Bunu sırası ile %93,8 ile "Nabız en kolay hangi bölgeden hissedilir ?" %90 "Boğulmalar", %88,8 "En etkili suni solunum yolu", %67,5 "Elektrik çarpması sırasında ilk ne yapılır?" sorusuna doğru cevap vermişlerdir.

Daha önce yapılmış araştırmalarla, çalışmamızdaki ilk yardım bilgi değerlendirme testinde en fazla doğru cevap verilen soruların benzer olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar toplumun genel olarak bazı temel ilk yardım konularını daha iyi bildiğini düşündürmektedir.

Bu konulardaki başarının yüksek oluşunu yayın organlarında çok sık gündeme gelmesi, ambulansların ve emniyet araçlarının üzerinde yazıyor olması açıklayabilir (Çağlayan 2004, Ağralı 2002).

Öğrencilerin ön testte temel ilk yardım eğitimi bilgi değerlendirme formuna verdikleri cevaplarda öğrencilerin "Yaralanmanın söz konusu olduğu olay yerinde ilk önce yapılması gerekeni" (%78,6), "Acil yardım Servisi arandığında mutlaka verilmesi gereken bilgileri" (%78,6) ve "Soğukta kalmış (donmuş) bir insana ilk yardım olarak yapılacakları" (%67,5) yüksek oranlarda yanlış bildikleri görülmektedir.

Çağlayan'ın (2004) araştırmasında öğrenciler; "Şokta uygulanacak ilk yardım hangisidir?" (%75), " Soluk alıp vermesi durmuş hastaya ilk ne yapılır"(%93,7), "Burun kanamasında en uygun pozisyon nedir?" (%85) "Donma olayında doğru ilk yardım uygulaması nedir?"(%71,2) sorularına yanlış cevap vermişlerdir.

Vaizoğlu ve ark.(2003) yaptıkları çalışmaya katılanların yaklaşık %24'ü yabancı cisim, %12'si donma, %22'si arı sokması, %40'ı hafif yaralanmalar, %29'u burun kanaması, %12'si sivri cisim batması, %29'u pozisyon verme ile ilgili sorulara yanlış/zararlı olarak değerlendirilen yanıtlar vermişlerdir.

Yapılmış çalışmalarla, çalışmamızda verilen temel ilk yardım eğitimi içerikleri ve değerlendirme kriterleri farklı olduğundan yanlış yapılan temel ilk yardım uygulamalarından sadece donma olayında ilk yardım sorusu benzer bulunmuştur. Söz konusu yanlış/zararlı bilgilere sahip öğrencilerin eğitimi özel bir önem taşır. Önce yanlış/zararlı bilgiler ortadan kaldırılmalı, sonra doğru bilgi yerine konmalıdır.

Araştırmamızda öğrencilerin “İç kanama belirtilerini bilme” (%62,4), “Yaralının ABC değerlendirmesi için kontrol edilmesi gerekenleri” (%59,8), “Baş-çene pozisyonunun hangi durumda uygulanamayacağını bilme” (%59,0) ve “Hasta ya da yaralı birinci değerlendirme aşamalarını doğru sıralama” (%54,7) sorularını yüksek oranlarda bilmedikleri görülmektedir.

Bakar ve arkadaşlarının (2003) Ankara’da bir ilçe merkezindeki üç ilköğretim okulunda 6. 7 ve 8. sınıflardaki öğrencilerin ilk yardım konusundaki eğitim ihtiyaçlarının saptadığı araştırmada “ilk yardımın ABC’si nelerdir?” sorusuna öğrencilerin %72,8’i bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Bu bir eğitim istemi olarak algılanabilir. "Bilmiyorum" yanıtı veren bu grup öğrenmeye en açık gruptur (Vaizoğlu ve ark 2003).

Öğrencilerin ilk yardım eğitimi bilgi değerlendirme ön test toplam puanına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yani her üç grup eğitim öncesinde temel ilk yardım bilgi düzeyi bakımından birbirine benzerdir. Son testte aldıkları toplam puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). YLG ve ALG öğrencilerinin son test toplam puanları, Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Stock ve ark. (2007) yaptıkları ilköğretim okulu çocuklarında akran liderli sağlığı geliştirme programı ile obezite ve yeme bozukluklarını önleme konulu araştırmasında, girişimli grup öğrencilerinin sağlık bilgisi puanları kontrol grubu öğrencilerinden yüksek bulunmuştur.

Dun, Ross, Caines ve Howorth'ın (1998) yaptıkları akran lider veya halk sağlığı hemşireleri tarafından verilen okul temelli HIV / AIDS önleme programının değerlendirildiği çalışmada hem halk sağlığı hemşireleri hem de akran liderli grup öğrencilerinin HIV / AIDS önleme bilgisinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Tahran'da AIDS'in önlenmesi için akranlar ve yetişkinler tarafından verilen iki tür eğitim, liselerde kız öğrencilerin, tutum ve kendini tanıma üzerine etkilerini karşılaştırmak için yapılan çalışmada bilgi düzeyinde iki girişimsel grupta da girişim sonrasında kontrol grubuna göre anlamlı artış ($p<0.0001$) belirlenmiştir (Abadi Farahani and Ebadifar 2004).

Yunanistan'da okula dayalı akran liderli sigara içmeyi önleme çalışmasında kontrol grubuna göre akran liderlerin kullanıldığı deney grubunda sigara içmenin neden olabileceği hastalıklar konusunda bilgi düzeyinde artış görülmüştür (Koumı and Tsiantis 2001).

Bulduk'un (2009) HIV/AIDS davranışlarını azaltma üzerine yaptığı çalışmasında akran eğitimi programına katılanların 6. ayın sonundaki toplam bilgi düzeyi katılmayanlara göre 12,6 kat fazla bulunmuştur.

Mellanby, Rees ve Tripp (2000) tarafından okullarda yapılan akran liderli ve yetişkin liderli sağlık eğitimi araştırmalarının gözden geçirilmesi makalesinde, belirlenen 11 çalışmada akran liderli ve yetişkin liderli müdahale gruplarının kontrol grubu ile karşılaştırmasında, dokuz çalışmada akranların kontrol gruba göre daha etkili olduğu ve dört çalışmada yetişkinlerin kontrol gruba göre daha etkili olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarla araştırma bulgularımız benzer şekilde ALG ve YLG'un temel ilk yardım bilgi düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

YLG'un son test toplam ilk yardım bilgi puanları, ALG ($p:0.035$; $p<0.05$) ve Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. ALG'un temel ilk yardım eğitimi sonucunda yapılan son testte bilgi düzeyleri kontrol grubundan yüksek ve YLG'a göre düşük bulunmuştur. Literatürde AEY ve YYY'nin ilk yardım eğitimi verirken kullanıldığı örnek araştırma olmamakla beraber AEY ve YYY'nin kullanıldığı diğer araştırmalara baktığımızda:

Kadioğlu (2005) ilköğretim 8. sınıf öğrencilerinin cinsellikle ilgili bilgi ve tutumlarının olumlu yönde gelişmesinde AEY'nin YYY'den daha etkili olduğunu bulmuştur.

Dunn, Ross, Caines ve Howorth (1998) tarafından yapılan ergenlere akran liderler veya halk sağlığı hemşireleri tarafından verilen okul temelli HIV / AIDS önleme programında, ALG'un halk sağlığı hemşiresi liderliğindeki gruba göre anlamlı derecede yüksek bilgi puanları bulunmaktadır.

Literatüre bakıldığında yapılan çalışmaların çoğunda AEY'i bilgi düzeyini arttırmada etkin bulunmakla beraber AEY'in YYY kadar etkin olduğu çalışmalarda vardır. Farahani ve Azar tarafından yapılan AIDS'in önlenmesi için akranlar ve yetişkinler tarafından verilen iki eğitimin, Tahran'da liselerde kız öğrencilerin, tutum ve kendini tanıma üzerine etkilerinin karşılaştırılması araştırmasında, eğitim sonrasında bilgi düzeyi iki girişimsel grupta da kontrol grubuna göre anlamlı artmış ($p<0.0001$), ama yetişkin ve akran liderli gruplar arasında önemli fark bulunmamıştır (Abadi Farahani and Ebadifar 2004).

Hindistan'da ergen kız öğrenciler ile yapılan çalışmada AEY ve hemşire liderliğinde geleneksel eğitim yöntemi uygulanmış, hem AEY'in hem de geleneksel yöntemin bilgi düzeyini arttırmada aynı düzeyde etkili olduğu bulunmuştur. Bununla beraber üç ay süren AEY'in 9 ay süren hemşire liderliğindeki eğitime göre zaman açısından daha etkili olduğu vurgulanmıştır (Saroj Ve Rajesh, Indarjeet And Arun 2005).

Mellanby ve ark.(2000) tarafından yapılan akran liderli ve yetişkin liderli okul sağlık eğitimi, araştırmalarının gözden geçirilmesi makalesinde, elektronik veritabanlarında (Medline, ERIC, BIDS ve PsycLit) “akran(lar)”(Peer(s)), “aynı yaş”(same age), “deneme(ler)” (trial)veya “deneyler”(experiment(s)), “sağlık eğitimi” (health education) ve “okul”(school or college) terimleri içeren sistematik arama yapıldı. Sonuçlardan sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi içeren akran lider ve yetişkin liderli eğitimi karşılaştıran 13 çalışma bulunmuştur. Bu çalışmaların dokuzu madde bağımlılığı, biri alkol kullanımını önleme eğitimi, biri cinsel sağlık eğitimi, biri ağız sağlığı, biri testis kanseri üzerinedir. Çalışmalar bilgi ve tutum açısından değerlendirildiğinde testis kanserinden korunma eğitimi ile ilgili çalışmada akran liderli öğrenciler yetişkin liderli öğrenci grubuna göre bilgi düzeyi düşük bulunmuş diğer çalışmalarda ise akran liderli öğrenciler yetişkin liderli kadar veya daha fazla bilgi düzeyine sahip bulunmuştur.

AEY’nin daha az etkili olduğu araştırmalarda vardır. Mellanby ve ark. (2001) okulda akran liderli ve yetişkin liderli cinsel sağlık eğitimi karşılaştırması çalışmasında akran liderler olaylara dayanan, tam teorik bilgi vermede ve öğrencilere sınıf içi aktiviteleri yaptırmada yetişkin liderlere göre daha az etkili bulunmuştur.

Verilen çalışmalarda AEY ve YEY karşılaştırılmış ve bazı çalışmalarda AEY, bazı çalışmalarda YEY etkin bulunurken bazılarında da aralarında fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızın sonuçlarında ise YLG’un bilgi düzeyi puanları diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Mellanby ve ark. (2001) çalışması bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. AEY’in temel ilk yardım eğitimi sonucunda bilgi puanlarının YEY’den daha düşük olmasının nedenleri; öğrencilerin tam teorik bilgi vermede yetersiz olması, ilk yardım eğitimlerini vermede kullanabileceğimiz derslerin sınırlı olması nedeni ile ilk yardım eğitimlerinin iki oturumda (90 dk.) verilmesi, konunun geniş kapsamlı olması ve öğrencilerin yetişkin liderden bilgi almaya alışık olması, bu tarz bir eğitimle karşılaşmamış olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bunun yanında AEY’in en çok cinsel sağlık eğitimi, HIV/AIDS’den korunma, sigara-madde-alkol’den korunma veya bırakma, adolesan gebelikleri önleme gibi

yetişkinlerle paylaşıldığında eleştirilip yargılanılacağı düşünülerek akranlarla daha rahat paylaşılabilir konularda yapıldığı ve bu çalışmalarda AEY'in bilgi kazandırmada YEE'e göre etkin olduğu görülmektedir. Çalışmanın konusunu oluşturan temel ilk yardım gençlerin yetişkinlerle paylaşmaktan çekineceği bir konu olmadığından ve teorik bilgi ağırlıklı konu olduğundan yetişkin liderin özellikleri belirleyici olmuştur. Yetişkin lider (araştırmacı), hemşire olmasından ilk yardım gibi sağlıkla ilgili konulara hakim olması, ilk yardım eğitici eğitimi sertifikasının olması, akademisyen olmasından etkili eğitim özelliklerine sahip olması YLG'un bilgi puanlarının ALG'a göre yüksek olmasına neden olmuştur. Sonuç olarak; ilk yardım bilgi düzeyinin artırılmasında kontrol grubuna göre, AEY ve YEE'nin her ikisinin de etkin olduğu söylenebilir.

YEE ve AEY uygulanan 7. sınıf öğrencilerinde bilgi puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur bu da H1 ve H2'yi desteklemektedir.

Öğrencilerin beceri kontrol listesinde yer alan 12 beceri basamağı doğrultusunda grupların elde ettikleri puan yüzdeleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$).

Tablo 6.6. ve Tablo 6.8.'de görüldüğü gibi temel ilk yardım eğitimi sonucunda öğrencilerin beceri formunda verilen örnek olaylar çerçevesinde çoğu ilk yardım becerilerini yapmalarında ve beceri kontrol listesi basamakları doğrultusunda en önemli adımları gerçekleştirebilmede durumlarında ALG'un puanları, YLG ($p:0.001$; $p<0.01$) ve Kontrol Grubu ($p:0.001$; $p<0.01$) öğrencilerinin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bazı becerilerde ve becerilerdeki en önemli adımları gerçekleştirebilmede ALG ve YLG arasında fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Yapılmış çalışmalarda AEY'in beceri düzeyine etkisine baktığımızda:

Prince'in (1995) yaptığı yetişkin ve akran liderli sigara içmeyi önleme programlarının etkinliğini değerlendirme amaçlı çalışmada sigara içme miktarı ve davranışları bakımından yetişkin ve akran liderli grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sonuçta AEY'nin, YEE kadar etkili olduğunu bulmuştur.

Yunanistan’da okula dayalı akran liderli sigara içmeyi önleme çalışmasında kontrol grubuna göre akran liderlerin kullanıldığı deney grubunda sigara içme beceri ve niyetinde düşme (Koumı and Tsiantis 2001), yine farklı bir sigara kullanımını önleme programında akran liderlerin daha fazla kabul edildiği, tutumların geliştiği, kişisel yetkinliğin geliştiği ve sigara içme niyetinin azaldığı görülmektedir (Valente, Hoffman, Ritt-olson, lichtman and Johnson 2003).

Taylor, Serrona, Anderson ve Kendall’ın (2000) olumlu sağlık becerilerinden yeterli ve düzenli beslenmeye yönelik yaptıkları çalışmada, akran eğitimi modeli ile okul öncesi çocukların annelerinin beslenmeye ilişkin bilgi, beceri ve davranışlarında 6 ay içinde pozitif bir değişim olduğu saptanmıştır.

Tuna’nın (2002) yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin akran eğitimi öncesi ve sonrası kendi kendine meme muayenesi(KKMM) uygulama becerisi puan ortalamaları arasında akran eğitimi lehine fark olduğu kabul edilmiştir ayrıca akran eğitimcilerinden eğitim alan öğrencilerin KKMM’ni eğitim öncesi düzenli yapma durumu %2,66’dan eğitim sonrası KKMM’ni düzenli yapma oranı %66’ya yükselmiştir.

Lisans eğitiminde sağlık bakım öğrencilerine akran liderli temel yaşam desteği eğitimi sonucunda CPR testi uygulamalarında akran liderli grubun daha başarılı olduğu (Perkins, Hulme and Bion 2002), akran eğitimi yoluyla güvenlik becerileri ve ateşli silah yaralanmalarından koruma becerilerinde artma olduğu bulunmuş, (Jostad, Miltenberger, Kelso and Knudso 2008) akran eğitiminin diyetle meyve ve sebze alımında günlük alınan toplam porsiyon miktarı ve sıklığını arttırmada etkili olduğu (Kalampakorn 2000), ilköğretim okulu çocuklarında obezite ve yeme bozukluklarını önlemede bilgi, tutum ve becerilerde akran liderlerin öğretmen önderliğindeki gruplara göre daha olumlu değişiklikler gösterdiği belirtilmektedir (Stock, Miranda, Evans, Plessis, Ridley, Yeh and Chanoine 2007).

Okul temelli bisiklet kaskı kullanımını artırma müdahalelerinde akran eğitim grubunda kask takma oranları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (Hall, Cross, Howat, Stevenson and Shaw 2004).

Bulduk'un (2009), çalışmasında akran eğitimine katılan gençlerin kondomlu vajinal, oral ve anal cinsel birleşme sıklığı eğitimden sonra hem 3. hem de 6. ayda kontrol grubuna göre anlamlı olarak artmıştır. Bu artışın 6. ayın sonunda programa katılmayanlara göre 5,7 kat fazla olduğunu belirtmektedir. Mellanby ve ark (2001) cinsel sağlık eğitiminde akran liderleri, daha muhafazakar normların kurulmasında ve cinsel sağlık becerilerinde yetişkin liderlere göre daha etkili bulunmaktadır.

Dunn ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan ergenlere ALG veya halk sağlığı hemşireleri tarafından verilen okul temelli HIV / AIDS önleme programının değerlendirildiği çalışmada, ALG'un, HIV / AIDS önleme tutum, öz-yeterlik ve davranışsal puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat halk sağlığı hemşiresi liderliğindeki grup ve ALG arasında toplam tutum, kendi kendine yeterlik ve beceri skorlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Mellanby ve ark (2000) tarafından yapılan akran liderli ve yetişkin liderli okul sağlık eğitimi, araştırmalarının gözden geçirilmesi makalesinde, elektronik veritabanlarında sistematik aramada 13 çalışma bulunmuştur. Çalışmalar beceri değişikliği açısından karşılaştırıldığında yedi çalışmada akran liderli gruplar yetişkin liderli gruplardan daha etkili bulunmuş, testis kanseri üzerine yapılan eğitim çalışmasında yetişkin liderler, akran lider erkeklerden daha etkili bulunmuş, dört çalışmada ise yetişkin ve akran liderli gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yapılan araştırmalarla benzer bir şekilde araştırmamızda da AEY temel ilk yardım becerilerini ve bu becerileri yaparken en önemli adımları gerçekleştirebilme durumlarını arttırmada YEY'ne göre daha etkili ya da en az YEY kadar etkili bir yöntem olduğu bulunmuştur. AEY'nin maliyet, zaman, tüm öğrencilere eşit ulaşım, öğrenciler açısından; liderlik, iletişim, işbirliği gibi özelliklerini geliştirmesi, eğlendirici olması gibi avantajları göz önünde bulundurularak AEY temel ilk yardım becerilerini kazandırmada YEY'ne göre tercih edilebilir.

YEY ve AEY uygulanan 7. sınıf öğrencilerinde bilgi ve beceri kazandırmada kontrol grubuna göre etkili bulunması H1 ve H2'yi desteklemekte, bazı becerilerde AEY'nin YEY'den daha etkili bulunması H3'ü desteklemektedir.

7.2. SONUÇ

İlköğretim Okulu 7. sınıf öğrencilerine; temel ilk yardım eğitimi vermede AEY ve YEY'nin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada, bulguların incelenmesi ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Akran ve Yetişkin Eğitimi Yöntemi İle Verilen Temel İlk Yardım Eğitiminin Bilgi Düzeyine Etkisi:

- Kontrol grubunda ön test-son test ilk yardım bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), ALG ($p<0,01$) ve YLG ($p<0,01$) ön test-son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.
- İlköğretim 7. sınıf öğrencilerinde temel ilk yardım bilgisinin artırılmasında ALG'un bilgi puan ortalaması ($73,13\pm8,83$) ve YLG'un bilgi puan ortalaması ($77,50\pm7,65$) kontrol grubundan ($65,84\pm5,47$) anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,001$).
- YEY temel ilk yardım bilgi düzeyinin artırılmasında AEY'den daha etkili bulundu.

Akran ve Yetişkin Eğitimi Yöntemi İle Verilen Temel İlk Yardım Eğitiminin Beceri Düzeyine Etkisi:

- YLG ve ALG ilköğretim 7. sınıf öğrencilerinde temel ilk yardım becerileri puan yüzdeleri kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksekken ($p=0,001$), ALG'un puan yüzdeleri YLG'un puan yüzdelerinden anlamlı derecede yüksek bulundu. Bazı temel ilk yardım becerilerinde ise ALG ve YLG puan yüzdeleri arasında fark olmadığı görüldü. AEY temel ilk yardım becerilerinin artırılmasında en az YEY kadar etkili bulundu.
- YLG ve ALG ilköğretim 7. sınıf öğrencilerinde ilk yardım becerilerinin en önemli adımlarını gerçekleştirebilme durumları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksekken ($p=0,001$), ALG'un en önemli adımlarını gerçekleştirebilme durumları YLG'un gerçekleştirebilme durumlarından ileri düzeyde yüksek bulundu. Bazı ilk

yardım becerilerinde en önemli adımları gerçekleştirebilme durumlarında ise ALG ve YLG’ta arasında fark olmadığı görüldü. AEY, ilk yardım becerilerinin en önemli adımlarını gerçekleştirebilme durumları en az YEY kadar etkili bulundu.

7.3. ÖNERİLER

Bir ilköğretim okulunda akran ve yetişkin eğitimi yöntemi ile verilen temel ilk yardım eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi çalışmasında;

- İlköğretim 7. sınıf öğrencilerinde temel ilk yardım eğitim verilmesinde AEY en az YEY kadar etkili bulunmuştur. Her iki eğitim yöntemi birlikte kullanılabilir fakat AEY'in maliyet, zaman, tüm öğrencilere eşit ulaşım, öğrenciler açısından; liderlik, iletişim, işbirliği gibi özelliklerini geliştirmesi, eğlendirici olması gibi avantajları göz önünde bulundurularak ilköğretim 7. sınıf öğrencilerinin ilk yardım eğitiminde AEY tercih edilmesi,
- Öğrencilerin ön testte önemli ilk yardım konularını yüksek oranda bilmedikleri ve yanlış cevap verdikleri göz önünde bulundurulduğunda 7. ve daha üst sınıflara İl Milli Eğitim Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü ve okul yönetimleri arasında işbirliği sağlanarak düzenli eğitimler verilmesi,
- İlk yardım konusunda verilen eğitimlerde standart sağlanması ve öğrencilerin becerileri değerlendirmesinde araştırmacı tarafından hazırlanan ilk yardım bilgi ve beceri değerlendirme formlarının kullanılması,
- Okullarda akran liderlerin yetiştirilmesi ve okul idarelerinin de bu eğitimlerin yürütülmesine yönelik ortam sağlaması,
- Okul hemşireleri çalıştığı okullarda temel ilk yardım eğitimi verirken 7. sınıf ve üzerindeki öğrencilerde AEY'ni kullanması önerilir.

Ek 1

İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI

T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

10 1 NİSAN 2009

Sayı : B.08.4.MEM.4.39.00.04.311.01/ 05522

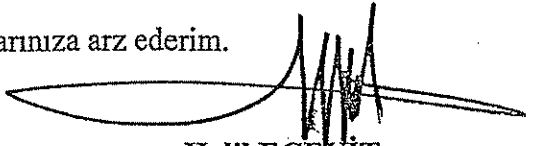
Konu :Araştırma İzni.

VALİLİK MAKAMINA

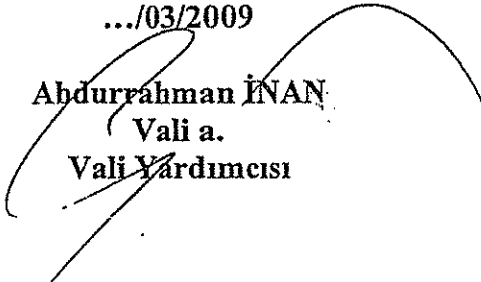
- İlgi : a) Milli Eğitim Bakanlığı'na Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi.
b) İl Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu'nun 30/03/2009 tarihli raporu.
c) Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin 07/01/2009 tarihli ve 55 sayılı yazısı.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Aylin YALÇIN'ın "Bir İlköğretim Okulunda Akran Eğitimi Modeli ile verilen İkyardım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını İlimiz Lüleburgaz Kocasinan İlköğretim Okulu 7.sınıflarında uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde; olur'larınıza arz ederim.


Halil ECEVİT
İl Milli Eğitim Müdürü

OLUR
.../03/2009


Abdurrahman İNAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

103 NİSAN 2009

Sayı : B.08.4.MEM.4.39.00.04.311.01/

05901

Konu : Araştırma İzni.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)
Kartal/İSTANBUL

İlgi : 07/01/2009 tarihli ve B.30.2.MAR.0.28.00.00/55 sayılı yazınız.

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Aylin YALÇIN'ın "Bir İlköğretim Okulunda Akran Eğitimi Modeli ile verilen İlk Yardım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını İlimiz Lüleburgaz Kocasinan İlköğretim Okulu 7.sınıflarına uygulanmasının uygun görüldüğüne dair Valilik Olur'u ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi, adı geçen öğrenciye tebliğ edilmesi ile araştırmanın tamamlanmasından itibaren en geç iki hafta içinde araştırmanın iki örneğinin CD'ye kayıtlı olarak Müdürlüğümüze teslim edilmesini arz ederim.


Halil ECEVİT
İl Millî Eğitim Müdürü

EKLER:

- 1-Valilik Oluru.
- 2-Anket (Mühürlü)

8. EKLER

Ek 1. İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı

Ek 2. Veli İzin Yazılı Onam Formu

Ek 3. Öğrenci Tanılama Formu

Ek 4. İlk Yardım Eğitimi Bilgi Değerlendirme Formu

Ek 5 İlk Yardım Eğitimi Beceri Değerlendirme Formu

Ek 6. İlköğretim 7. Sınıflar İçin İlk Yardım Eğitim Hedefleri

Ek 7. İlköğretim 7 Sınıflar İçin İlk Yardım Eğitimi

Ek 8. İlk Yardım Sunuları

Ek 9. Temel İlk Yardım Eğitimi Broşürü

Ek 10. Uzman Görüşü Alınan Akademisyenler

Ek 11. Uzman Görüşü Yönergesi

Ek 12. Etik Kurul Onay Yazısı

EK 2

VELİ İZİN YAZILI ONAM FORMU

Sayın Veli,

“Bir İlköğretim Okulunda Akran Eğitimi Modeli İle Verilen İlk Yardım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi” konulu yüksek lisans tez çalışmamı Lüleburgaz Kocasinan İlköğretim Okulunda yapmayı planlamaktayım. Bu tez çalışması için 2008-2009 öğretim yılındaki 7. Sınıf öğrencilerine ilk yardım eğitimi yapılması planlanmaktadır. Yapılan bu eğitim değerlendirmesi için eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında öğrencilerden iki farklı anket doldurmaları istenecektir. Çalışma için İl Milli Eğitim Müdürlüğü, İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ve Okul Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca bu çalışmada veli izninin de alınması gerektiğini düşünmekteyim.

Öğrencinin Adı ve Soyadı:

Velinin Adı ve Soyadı:

Çocuğumun anketi doldurmasına **izin veriyorum:** imza

Lütfen formu imzaladıktan sonra geri gönderiniz.

Saygılarımla...

Aylin YALÇIN

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Yüksek Lisans Öğrencisi

Ek 3.

ÖĞRENCİ TANILAMA FORMU

Sevgili öğrenciler;

Bu form sizlere verilecek ilk yardım eğitiminin etkinliğini ölçmek amacı ile hazırlanmıştır. Bu bir başarı testi ya da bir sınav değildir. Etkinliği ölçmek için ilk yardım eğitimi öncesi ve sonrası uygulanacaktır. Soru formunu doldururken size en uygun olan şıkkı işaretleyiniz. Verdiğiniz cevaplar araştırmanın amaçları çerçevesinde kullanılacaktır, bir sınav değildir. Araştırmanın amacına ulaşması, sorulara vereceğiniz samimi cevaplara bağlıdır. Başka bir makama ya da kişiye verilmeyecektir.

Gerçeği yansıtan cevaplarınız ve vakit ayırdığınız için teşekkür ederim.

Adınız ve Soyadınız:

1.Sınıfınız:...7-.....

2.Yaşınız:.....

3.Cinsiyetiniz: ☐ Kız ☐ Erkek

4. Ailenizde sağlık personeli var mı?

☐ Evet (Belirtiniz)..... ☐ Hayır

5. İlk yardım bilmek sizce gerekli midir /gereksiz midir?

☐ Evet (Belirtiniz)..... ☐ Hayır

6.İlk yardım gibi sağlıkla ilgili konuları nereden öğrenmek istersiniz?

- ☐ Aileden
- ☐ Öğretmenden
- ☐ İnternette
- ☐ Televizyon-radyo
- ☐ Gazete, dergi
- ☐ Ders kitabından
- ☐ Sağlık personelinin
- ☐ Diğer.....

İLK YARDIM EĞİTİMİ BİLGİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Aşağıdaki ifadelerden hangisi ilk yardımın tanımıdır? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Hasta veya yaralının doktor tarafından muayene edilmesi b) Hastanede ilaçla yapılan tedavidir c) Hasta veya yaralının durumunun ne olduğuna bakılmaksızın bir an önce bir sağlık kuruluşuna ulaştırılmasıdır. d) Bir sağlık görevlisi gelinceye kadar hasta veya yaralının hayatının kurtarılması ya da durumunun daha kötüye gitmesinin önlenmesidir.
2. İlk yardım uygulamasını kim yapar? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Sadece sağlık personeli b) Polis c) İlk yardım eğitimi alan herkes d) Yaralının yakınları
3. Aşağıdakilerden hangisi ilk yardımın <u>önceliklerindendir</u>? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Hayat kurtarmak b) Ağrıyı azaltmak c) Hastayı tedavi etmek d) Uygun pozisyon aldirmek
4. Sizce yaralanmanın söz konusu olduğu olay yerinde ilk önce hangisi yapılmalıdır? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Yaralılara müdahale etmeden Acil Yardım Servisi aranır b) Yaralılar hemen hastaneye taşınır c) Kaza yerinde yeni kazanın olmasını önlemek için güvenlik önlemleri alınır d) Hayati tehlikesi olan yaralılara ilk yardım yapılır
5. İlk yardım gerektiren bir olayla karşılaşan kişi hemen ilk yardımın temel uygulamalarını hatırlamalıdır. Aşağıdakilerden hangisinde ilk yardımın temel uygulamaları doğru sıralanmıştır? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Koruma, Kayıt tutma, Kurtarma b) Koruma, Bildirme, Kurtarma c) Koruma, Kurtarma, Tedavi etme d) Koruma, Bildirme, Tedavi etme
6. Acil Yardım Servisinin telefon numarası nedir? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) 155 b) 118 c) 112 d) 110

7. Acil Yardım Servisini aradığımızda aşağıdaki bilgilerden hangisi/hangilerini mutlaka vermeliyiz? ☐ Bilmiyorum Biliyorum 1. Kesin yer – adres 2. Kim, hangi numaradan arıyor 3. Olayın ne olduğu 4. Hasta veya yaralıların sayısı 5. Hasta veya yaralıya neler yapıldığı a) 1,3,4,5 b) 1,2,4,5, c) 2,3, d) 1,2,3,4,5
8. Aşağıdakilerden hangisi birinci derece öncelikli müdahale edilmesi gereken yaralılardır? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Bağırıp yardım isteyen yaralılar b) Bilinci kapalı olan yaralılar c) Kolunda yanığı olan yaralılar d) Kırığı olan yaralılar
9. Aşağıdakilerden hangileri ilk yardımcının sahip olması gereken özelliklerdendir? 1. İyi bir iletişim becerisine sahip olmalıdır 2. Önce kendi can güvenliğini korumalıdır 3. Bencil olmayıp kendini tehlikeye atabilmelidir 4. İlk yardımda kullanabileceği malzemeleri sürekli yanında taşınmalıdır. ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) 1,2,3 b) 1,2 c) 2,4 d) 1,2,3,4
10. Aşağıdakilerden hangileri yaşam bulguları için değerlendirilir? 1. Bilinç 2. Solunum, dolaşım 3. Vücut ısısı 4. Boşaltım ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) 1,2,3 b) 1,4 c) 2,3,4 d) 1,2,3,4
11. Hasta ya da yaralı değerlendirme birinci ve ikinci değerlendirmeden oluşur. Birinci değerlendirme aşamalarını sıralayınız? ☐ Bilmiyorum Biliyorum 1. İlk yardım ABC'si değerlendirilir 2. Çevre güvenliği sağlanır 3. Bilinç kontrolü yapılır a) 1,2,3 b) 1,3,2 c) 3,2,1 d) 2,3,1
12. Aşağıdakilerden hangileri yaralının ABC değerlendirilmesi için kontrol edilir? ☐ Bilmiyorum Biliyorum 1. Solunum yolunun açıklığı 2. Nefes alıp verme 3. Kalp atışının varlığı 4. Vücut ısısının korunması a) 1,2,3 b) 1,2,4 c) 2,3,4 d) 1,3,4

13. İlk yardım uygulaması sırasında solunum yolu açıklığı nasıl sağlanır? 1.Sabit Yan yatış pozisyonu verilerek. 2.Ağızdaki yabancı maddeler çıkartılır 3.Baş- çene pozisyonu verilir. 4.Oksijen verilmesi gerekir. ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) 1,2,3,4 b)2,3 c)1,2,4 d)2,3,4
14. Birinci değerlendirme sonunda hasta ve yaralıya hangi durumda sabit yan yatış (koma) pozisyonu verilir? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Bilinci, solunum ve nabızı yoksa b) Bilinci varsa, solunum ve nabızı yoksa c) Bilinci yoksa solunum ve nabızı varsa d) Bilinci ve solunumu varsa, nabızı yoksa
15. Birinci değerlendirmede solunum varlığı (B) nasıl değerlendirilir? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Bak-dinle-hisset yöntemiyle b) Baş çene pozisyonu verilerek c) Sabit yan yatış pozisyonu verilerek d) Suni solunum yapılarak
16.Yaralıyı değerlendirmenin amaçları aşağıdakilerden hangileridir? 1. Hasta veya yaralının durumunun ve yarasının ciddiyetini belirlemek 2. Önce hangi hasta veya yaralıya yardım edeceğimizi belirlemek 3. Hangi ilk yardım uygulamasını yapacağımızı belirlemek 4. Biran önce ilk yardım müdahalesine başlayabilmek ☐ Bilmiyorum Biliyorum a)1,2,3 b)2,3,4 c)1,4 d)1,2,3,4
17. Birinci değerlendirmede yaralının dolaşımı (C) nasıl izlenir? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Bak-dinle-hisset yöntemiyle b) Şah damarından nabız alınarak c) Bilekten nabız alınarak d) Tansiyon aletiyle yaralının tansiyonuna bakılarak
18.Baş- çene pozisyonu hangi durumda <u>uygulanmaz</u>? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Solunum yolu kapanmışsa b) Travma sonucu oluşan yaralanmalarda c) Yaralının bilinci yoksa d) Ciddi kanaması varsa

19.İkinci değerlendirme sırasında yaralı muayene edilirken hangi sıra izlenmelidir? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Baş - boyun - gövde - kol ve bacaklar b) Kol ve bacaklar - baş - boyun - gövde c) Gövde - boyun - baş - kol ve bacaklar d) Baş –boyun –kol ve bacaklar - göğüs kafesi
20. Kolunda veya bacağında şiddetli kanaması olan bir hastaya ilk ne yaparsınız? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Bir bezle kanayan yerin yukarısındaki bölgeden sıkıca bağlayarak kanamayı durdurmaya çalışırım. b) Kanayan yere temiz bir bezle basarak kanamayı durdurmaya çalışırım c) Hastanın kolunu kalp hizasından aşağıya indiririm d) Derhal kanayan tarafın üzerine yatırıp hastaneye götürürüm.
21.Burun kanamasında ilk yardımda ne yapılmalıdır? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Başı öne eğilerek 5 dakika burun kanatlarına baskı uygulanır. b) Başı yukarı kaldırılarak 5 dakika burun kanatlarına baskı uygulanır. c) Burna tampon uygulanır. d) Hasta/ yaralının ensesine buz uygulanır.
22.İç kanamada ilk yardımda neler yapılmalıdır? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Hastanın bilinci ve ABC si değerlendirilir. b) Hastaya şok pozisyonu verilir. c) Hareket ettirilmez yiyecek içecek verilmez d) Hepsi yapılır
23.Hangileri şok belirtilerindendir? 1. Görünür kanama 2. Soluk cilt 3. Uzunlarda (el ve ayaklarda) soğukluk 4. Hızlı nabız ☐ Bilmiyorum Biliyorum a)1,2,3 b)2,3,4 c)1,2,3,4 d) 1,3,4
24. Hangisi iç kanama belirtilerindendir? 1. Baş dönmesi, halsizlik, huzursuzluk 2. Zayıf ve hızlı nabız 3. Sık ve yüzeysel solunum 4. Vücut ısısında yükselme ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) 1,2,3 b) 2,3,4 c)1,2,4 d)1,2,3,4

25. Soğukta kalmış (donmuş) bir insana ilk yardım olarak yapılacaklar hangi seçenekte doğru olarak verilmiştir? ☐ Bilmiyorum Biliyorum 1. Üzerindeki ıslak giysiler çıkarılır 2. Donan bölgeye sıcak uygulanır, elle ovulur 3. Üzerine battaniye, palto ve benzeri giyecekler örtülür 4. Sıcak içecekler verilir. a) 1,2,3,4 b) 2,3,4 c) 1,3,4 d) 1,2,4,
26. Elektrik çarpması devam eden kişiyi gördüğünüzde ilk olarak ne yaparsınız? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Sigortaları kapatırım b) Yaralıyı tutup çekerim c) Yardım çağırırım d) Bir şey yapmam hemen acil yardım servisine haber veririm
27. Aşağıdakilerden hangileri yanıkta ilk yardım olarak yapılması gerekir? ☐ Bilmiyorum Biliyorum 1. Yanıklarda giysiler kesilerek çıkarıldıktan sonra ilk yardım yapılır. 2. Yanan bölgede buz tutulur. 3. Kabarık şişlikler patlatılarak, deri parçaları temizlenir. 4. Yanık üzerine yanık merhemi sürülür. a) yalnız 1 b) 2,3,4 c) 1,2, d) 1,4
28. Arkadaşınız kolu üzerine düştü hareket ettiremiyor ve kolunda şişlik, ağrı var. İlk ne yaparsınız? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Kolu eski haline getirir, etrafını sıkıca sarar ve hastaneye götürürüm. b) Şok gelişmemesi için bir şeyler yiyip içmesini sağlarım. c) Kolu iki yanından destekle çok sıkı olmayan bir şekilde bağlar hastaneye götürürüm d) Şişmeyi önlemek için sıcak su ve sabunla yıkar hastaneye götürürüm.
29. Aşağıdakilerden hangisi kırığı tespit etmemizin (hareketsiz hale getirmemizin) amacıdır? 1. Kırılan kemik uçlarının çevre damarlara zarar vermesini önlemek 2. Kırığı tedavi etmek 3. Ağrıyı azaltmak 4. Yaralının zarar görmeden taşınmasını sağlamak ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) 1,2,3 b) 1,3,4 c) 1,2,3,4 d) 1,2,4
30. Aşağıdakilerden hangileri sindirim yolu ile zehirlenmelerde uygulanmalıdır? 1. Yiyecek veya içecek verilir 2. Yaşam bulguları değerlendirilir 3. Hasta kusturulmaya zorlanarak rahatlatılır. 4. Bilinç kaybı varsa koma pozisyonu verilir. ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) 1,2,3 b) 2,4 c) 2,3 d) 1,2,3,4

31.Solunum yolu zehirlenmelerinde ilk yardım olarak hangileri yapılır? 1. Yaşamsal belirtilerin değerlendirilmesi 2. Bilinç kapalı ise şok pozisyonu verilmesi 3. Yarı oturur pozisyonda tutulması 4. Cam kapı açılarak ortam havalandırılır ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) 1,2,3,4, b) 2,3,4 c)1,3,4 d)1,2,4
32.Cilt yolu ile olan zehirlenmelerde ilk yardım olarak hangileri yapılır? 1. Yaşam bulguları değerlendirilmelidir. 2. Cilt 15–20 dakika boyunca bol suyla yıkanmalıdır. 3. Zehir bulaşmış bölgeden zehrin çıkması için sabunla iyice yıkanır. 4. Ellerin zehirli madde ile teması önlenmelidir ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) 1,2,4 b)2,3,4 c)1,2,3,4 d)1,2
33. Hava yoluna yabancı cisim kaçmalarında, kısmi tıkanma olmuş ise aşağıdakilerden hangisi uygulanır? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Sırtına vurulur. b) Kusturmaya çalışılır. c) Heimlich Manevrası yapılır. d) Müdahale edilmez, öksürmeye teşvik edilir.
34.Hava yoluna yabancı cisim kaçmasında, tam tıkanma olmuş ise aşağıdakilerden hangisi görülür? ☐ Bilmiyorum Biliyorum a) Hasta/yaralı hırıltılı nefes alır b) Hasta/yaralı öksürür c) Hasta/yaralı konuşur d) Hasta/yaralı öksüremez

Ek 5.

İLK YARDIM EĞİTİMİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU

İlk yardım eğitiminin davranış düzeyinde değerlendirilmesi; gruplardan rastgele randomize yöntemle örneklem seçilerek bu öğrencilerin aşağıdaki vakalar ve sorular doğrultusunda uygulamaları rol-play şeklinde yapmalarını isteme, gözleme ve beceri basamaklarına göre değerlendirmeyi içermektedir.			
Soru 1: Bilinci yerinde olmayan bir yaralının yaşam bulgularını nasıl alıp değerlendirirsiniz?			
Öğrencinin Adı:			
Beceri Basamakları	Gözlemlenen Davranış		
Vücut sıcaklığı			
• Derece göz hizasında yatay olarak tutulur			
• 35°C altında olmalıdır, bunun için civalı kısım aşağı gelecek şekilde termometre üst taraftan sıkıca tutulur ve el bilekten sallanarak civanın düşmesi sağlanır.			
• Koltuk altının kuru olmasına dikkat edilir.			
• Koltuk altına (civalı kısmın tam koltuk altının orta kısmına) doğru yerleştirilmelidir			
• 10 dakika beklemek yeterlidir.			
• Termometrenin içindeki kırmızı şeridin gösterdiği son nokta okunur.			
• Bu değer normalin (normal değeri 36,5°C dur. Vücut ısı 41-42 °C üstünde ve 34,5 °C altında ise tehlike oluşturabilir) altında mı üstünde mi olduğu değerlendirilir.			
Nabız			
• İşaret parmağı, orta parmak ve yüzük parmağı yan yana gelecek şekilde Şahdamarı, soluk borusu ve geniş boyun kasının arasında, tam çene ekleminin altındaki hizada bulunan arterin üzerine konur			
• Nabız hissedilme başlayınca saate bakılır.10 saniye süre ile nabız saymak yeterlidir.10 saniyede sayılan nabız sayısı, 6 ile çarpılır.			
• Bu değer normalin (1 dakikadaki nabız sayısı 60-100 vuruş) altında mı üstünde mi olduğu değerlendirilir			
Solunum			
• Bireyin yanında çömelerek eğilir			
• Göğüs kafesinin solunum hareketini gözlemek.			
• Eğilerek yüzünü hastanın ağzına yaklaştırarak solunumu dinleme ve soluğu yanağında hissetmeye çalışmak.			
• El ile göğüs kafesinin hareketlerini hissetmeye çalışmak			
• 5 saniye süre ile değerlendirilir			
• Bu değer normalin (1 dakikadaki solunum sayısı yetişkinlerde 12-20) altında mı üstünde mi olduğu değerlendirilir			

OLAY 1:

Turbo, evlerinin yanındaki inşaatın önünden geçerken güvenlik önlemi almayan bir işçinin çalıştığını görür. Tolga ve Tülin kask, dirseklik ve dizlik takmamış halde inşaatın önünden bisikletle geçmektedir. Birden büyük bir gürültü ve arkasından çığlıkları duyar. Turbo olay yerine geldiğinde; bir işçinin ayağına tahta düştüğünü ve dizinde kanama olduğunu görür. Tülin oturur vaziyette ağlamakta ve ayağını tutmakta, Tolga ise yerde sessiz yatmaktadır. **2. ve 3.sorular** bu olaya göre uygulanacaktır.

Soru 2:Siz Turbo olsanız **ilk yardımın temel uygulamaları** çerçevesinde bu olay yerinde neler yaparsınız?

Beceri Basamakları	Gözlemlenen Davranış		
• Sakin olma ve telaşa kapılmama			
• Kendisinin, hasta ve yaralının güvenliğini sağlama (reflektör koyma,,...vs.) Meraklıları uzaklaştırma			
• 112 acil yardım servisine haber verme ve gerekli bilgileri iletme			
o Olayın olduğu yerin tam adresini, (olayın olduğu yere yakın, çok bilinen bir yerin adı ile birlikte) iletme			
o Kimliğini ve hangi numaradan aradığını iletme			
o Olayın ne olduğunu (yangın, kaza, zehirlenme) iletme			
o Hasta veya yaralıların sayısı ve genel durumunu iletme			
o Hasta veya yaralılara herhangi bir müdahale yapıldı ise neler yapıldığını bildirmelidir.			
• Kendini tanıtmak, ilk yardım bildiğini söyleyerek hasta veya yaralıları yatıştırma			
• Yaralıları değerlendirme sınıflama yaparak öncelikleri belirleme			
• Doğru ilk yardım uygulama			
• Yardım ekibi gelene kadar olay yerini terk etmeme			
• Yardım ekibine olay, hasta veya yaralı, uygulanan ilk yardım girişimleri hakkında bilgileri verme			

Soru 3: Bu olayda Tolga yerde sırt üstü sessiz yatmaktadır. İlk yardımcı olarak önce sessiz yatan yaralılara öncelik vermemiz gerektiğini düşünerek ilk yardım uygulamasına Tolga’dan başlıyorsunuz. Yaralının <u>birinci ve ikinci değerlendirmesini</u> nasıl yaparsınız?			
Beceri Basamakları	Gözlemlenen Davranış		
Birinci Değerlendirme			
• Kendisi ve hasta veya yaralının güvenliğini sağlamak (yeni kazayı önlemek için reflektör koymak, çevre risklerini gözlemlemek, ..vb)			
• 112 acil yardım servisine haber verme			
• Seslenerek ve dokunarak hasta veya yaralının bilincini kontrol etmek			
• Sıkan giysilerini gevşetmek			
• ABC’nin değerlendirilmesi			
• BAK-DİNLE-HİSSET yöntemi ile solunumu 10 saniye süre ile kontrol etmek solunum yoksa;			
• Ağız içini kontrol etmek (kör dalış yöntemi)			
• Baş çene pozisyonu veya çene pozisyonu vermeye karar verme			
• Alt çene iki taraftan kavranarak öne yukarı doğru kaldırılır,			
• Baş hareket ettirilmeden solunum yolu açılır			
• Şah damarından 10 saniye süre ile nabzını kontrol etme			
İkinci Değerlendirme			
• Sorulan sorulara cevap verip vermediğine bakılarak bilinç düzeyi kontrol edilir.			
• Solunumu düzenli mi, hızlı mı, yavaş mı			
• Vücut sıcak mı, soğuk mu, nemli mi bakılır			
• Baştan aşağı sırası ile kontrol yapma			
Baş muayenesinde			
o Ağrı, hassasiyet, yara, morluk var mı,			
o Saçlı deriyi kontrol etme,			
o Yüzü kontrol etme			
o Ağız içine bakma			
o Kulak, burundan kan geliyor mu bakılır			
Boyun muayenesinde			
o Ağrı, hassasiyet, şişlik, şekil bozukluğuna bakma			
o Baş-boyun- gövde eksenini koruma			
Göğüs kafesini muayenesinde			
o Saplanmış cisim, açık yara, şekil bozukluğu, morlukları kontrol etme			
o Ağrı hassasiyet, şekil bozukluklarını kontrol etme			
o Göğüs kafesi genişlemesi normal mi kontrol etme			
Karın boşluğunu muayenesinde			
o Saplanmış cisim, açık yara, şişlik, morluk var mı kontrol etme			
o Ağrı hassasiyet, sertlik var mı kontrol etme			
Sırt bölgesini muayenede			
o Elleri bel-sırt bölgesine kaydırarak kontrol etme			
o Ağrı hassasiyet, sertlik var mı kontrol etme			
o Saplanmış cisim, açık yara, şişlik var mı kontrol etme			
Kol ve bacakları muayene etme			
o Nabız alınıyor mu değerlendirilir			
o Kuvvet, şişlik, şekil bozukluğu			
o İşlev kaybı, kırık			

Soru 4: Birinci değerlendirme sonunda solunum ve nabzının var olduğunu fakat bilincinin olmadığını tespit ettiğiniz kişiye sabit yan yatış (koma) pozisyonu vermeye karar verdiniz. Bunu nasıl uygularsınız?

Beceri Basamakları	Gözlemlenen Davranış
• Ortam koşullarını dikkate alarak hasta veya yaralıyı hangi tarafa döndüreceğine karar vermek ve o tarafa diz çökmek	
• Hasta veya yaralının karşı taraftaki kolunu gövdesinin üzerine koymak.	
• Hasta ve yaralının karşı taraftaki bacağı diğer bacağının yanına dik açı yapacak şekilde kıvrımak	
• Kendine yakın kolu baş hizasında yukarı uzatmak	
• Hasta veya yaralının karşı taraf omzundan ve karşı taraf kalçasından kavrayarak yavaşça, tek hareketle kendine doğru çevirmek.	
• Hasta veya yaralının yan yatar pozisyonunda iken üstteki bacağı kalça ve dizden bükerek öne doğru destek yapmak	
• Alttaki bacağı dizden bükerek arkaya destek yapmak	
• Hasta veya yaralının başını uzatılan kolun üzerine yan pozisyonunda koymak	
• Üstteki kolu öne getirerek elini hasta veya yaralının yanağının altına yerleştirmek	
• Tıbbi yardım gelinceye kadar yan pozisyon da tutmak	
• 3-5 dakikada bir solunum ve nabız kontrol etmek.	

OLAY 2:

Turbo ile Tülin dışarı çıkmışlardı. Tolga'yı çağırmak için onun evine gittiler. Tolga aceleyle ayakkabılarını bağlamadan hızla merdivenlerden inmeye başladı. Tam en alt basamağa gelmişti ki ayakkabısının bağına basarak yuvarlandı. Yerde yatıyor sesi çıkmıyordu dizi kan içindeydi ve

Soru 5: Kanamayı durdurmak için nasıl ilk yardım uygulaması yaparsınız?

Beceri Basamakları	Gözlemlenen Davranış
Yakında olan başka kişilerden yardım isteyerek 112 acil yardım servisine haber verme	
Seslenerek ve dokunarak hasta veya yaralının bilincini kontrol etmek	
Hasta veya yaralının durumu değerlendirilir(ABC).	
Kanla direk temas etmemek için önlem alma (eline poşet, bez..vb sarma)	
Kanayan yerin üzerine temiz bir bezle baskı uygulanır	
Kanama durmazsa ilk bez kaldırılmadan ikinci bez konarak baskı artırılır.	
Gerekirse bandaj yapılır.	
Kanayan bölge yukarı kaldırılır.	
Eğer kanama durmadıysa kanayan yere en yakın basınç noktasına baskı uygulanır.	
Hasta veya yaralının ayakları 30cm. yukarı kaldırılarak şok pozisyonu verilir.	
Kanayan bölge açıkta kalacak şekilde hasta veya yaralının üzeri örtülür.	
112 Acil Sağlık Ekibi gelene kadar hasta veya yaralının yanında beklenir.	

OLAY 3:

Tolga bir gün okulda dersteyken aniden burnu kanamaya başlar. Tolga çok korkmuştur siz hemen Tolga'nın yanına gidersiniz.

Soru 6: Tolga'ya **burun kanaması** için nasıl bir ilk yardım uygulaması yaparsınız?

Beceri Basamakları	Gözlemlenen Davranış		
• Hasta veya yaralıyı sakinleştirmek			
• Hasta veya yaralıyı oturur, baş öne doğru eğilmiş pozisyonda tutmak			
• Her iki burun kanatlarının yumuşak kısmına baş ve işaret parmağı ile baskı yaparak ya da hasta veya yaralının kendisinin yapmasını sağlamak			
• Ağızdan nefes almasını söylemek			
• Kanama durmazsa hasta veya yaralının bir sağlık kuruluşuna gitmesi sağlamak.			

OLAY 4:

Tolga Tülin ve Turbo okuldan eve yürümektedirler birden bir gürültü kopar hepsi sesin geldiği yöne bakarlar. Bir arkadaşları meyve koparmak için çıktığı ağaçtan düşmüş, yerde kıvrılmaktadır. Arkadaşını sakinleştiren ve 112 ye haber veren Turbo birinci değerlendirmeyi yapmış arkadaşının ağzından kan geldiğini görmüş ve iç kanama olabileceğini düşünerek arkadaşına şok pozisyonu vermeye karar verir

Soru 7: Sizce **şok pozisyonu** vermek için nelere dikkat edilir ve şok pozisyonu_nasıl verilir?

Beceri Basamakları	Gözlemlenen Davranış		
• Hasta veya yaralıyı sırt üstü yatırma			
• Kanama ve şok ile ilgili bulguları kontrol etme			
o Görünür kanama			
o Soluk cilt			
o Ciltte soğukluk			
o Hızlı nabız			
• Ayakların altına destek(sandalye, çanta, kitap..vb.) koyarak 30 cm kadar kaldırma			
• Yaralıyı (varsa pansuman) görülecek şekilde örtme			
• Tıbbi yardım gelene kadar bu pozisyonu koruma			
• Hasta veya yaralının solunum ve nabzını 2-3 dakika aralıklarla kontrol etme			

OLAY 5:

Turbo, Tülin ve Tolga; Tülinlerin evinde matematik çalışıyorlardı. Tolga çok acıkmıştı sessizce mutfığa yöneldi mutfakta kimse yoktu Tülin'in annesi onlara börek hazırlayıp tabağa koymuştu. Tolga uzanıp tabaktan böreği almaya çalışırken ocaktaki çaydanlığı fark etmedi, eli ve kolu yanmıştı. Acıyla haykırdı Turbo ve Tülin hemen koşup geldiler. Turbo ona sakin olmasını ve ilk yardım bildiğini söyledi.

Soru 8: Siz turbo olsaydınız Tolga'ya yanık için nasıl ilk yardım müdahalesinde bulunurdunuz?

Beceri Basamakları	Gözlemlenen Davranış
• Her şeyden önce yanığa yol açan ısı kaynağı uzaklaştırılır(ocağın altı söndürülmelidir)	
• Yanan bölgeyi en az 20 dakika musluk suyu altında tutulmalıdır.	
• Yanan bölgedeki saat, takı, vb. eşyalar şişliği önlemek amacıyla çıkarılır.	
• Yanmış giysiler çıkarılır, deri üzerine yapışmış giysiler kaldırılmadan makasla kenarlarından kesilir.	
• Yanmış alandaki deriler kaldırılmaz, su toplamış kabarcıklar delinmez.	
• Yanık üzerine ilaç dahil hiçbir şey sürülmez.	
• Çapı 2 cm. den küçük yüzeysel yanıklar dışında yanığa maruz kalan kişi sağlık kuruluşuna gönderilir veya 112 acil yardım servisinde yardım istenir.	

OLAY 6:

Okul gezisiyle Uludağ'a gittiğinizde karların arasında yatan birini gördünüz. Hemen gezi otobüsünü durdurup yanına gittiniz. Size ona yardım etmenizi, uzun zamandır burada olduğunu ve çok üşüdüğünü söyledi.

Soru 9: İlk yardımcı olarak donmak üzere olan bir kişiye nasıl ilk yardımda bulunursunuz?

Beceri Basamakları	Gözlemlenen Davranış
• 112 acil yardım servisinde yardım istenir.	
• Kişi ılık bir ortama alınır ve sakinleştirilir (çok sıcak ortam daha zarar verir).	
• Aşırı sıcak uygulama yapılmaz. Vücut ısısı hemen yükseltilmeye çalışılmaz. Bu nedenle; kaybedilen vücut ısısının tekrar kazandırılması için soba, radyatör gibi ısınma araçları kullanılmaz.	
• Kuru giysiler giydirilir.	
• Sıcak, alkolsüz, şekerli içecekler içirilir	
• Su toplamış bölgelerin üzeri kapatılır, kesinlikle kabarcıklar patlatılmaz.	
• Donan bölge ovulmaz	
• Şişlik (ödem) oluşmasını önlemek için el ve ayaklar kalp seviyesinden yukarı kaldırılır.	
• Yaralının üzeri örtülerek vücut ısısı korunur	

OLAY 7:

Turbo, Tülin ve Tolga bisiklet yolunda bisiklet sürüyorlardı. Tolga kaskını, dizlik ve dirsekliğini takmamıştı birden Tolga dengesini kaybetti ve bacağının üstüne düştü. Tolga'nın bacağına, hareket kaybı, şekil bozukluğu, şişlik, ağrı vardır.

Soru 10: İlk yardımcı olarak Tolga'nın bacağına(diziyle ayağı arasında) **kırık** olabileceğini düşünerek nasıl bir ilk yardım uygulaması yaparsınız?

Beceri Basamakları	Gözlemlenen Davranış
• Tıbbi yardım için 112 Acil yardım servisi aranır.	
• İlk yardım bildiğini, yardımcı olacağını söyleyerek yaralıyı sakinleştirmek	
• Hasta veya yaralı hareket ettirilmez.	
• Kırık şüphesi olan bölgeyi tespit etmeye karar verme ve tespit için etrafta bulunan kitap, sopa, tahta, karton gibi uygun sert malzemeler bulma	
• Doğal boşlukları kullanarak yaralı bacağın altından kumaş şeritleri geçirmek (5 adet)	
• Tespit malzemelerinden birini iç tarafta kasıktan ayağa kadar yerleştirmek	
• Diğerini dış tarafta kalçadan ayağa kadar yerleştirmek	
• Bilek hizasında şeritle ayak tabanı üzerine 8 şekli verilerek bağlamak	
• Sırasıyla diğer şeritleri tespit tahtası üzerine gelecek şekilde bağlamak	
• Tıbbi yardım gelene kadar bu pozisyonda beklemesi sağlanır.	

OLAY 8:

Okuldan eve döndüğünüzde anneniz marketten dönene kadar 9 yaşındaki kardeşinize göz kulak olmanızı istedi. Fakat siz ders çalışmaya dalınca onu unuttunuz. Kardeşinize seslendiniz fakat cevap alamadınız evin odalarına bakmaya başladınız ve mutfakta kardeşinizi yerde yatar ve ilaç kutularını da dağılmış buldunuz.

Soru 11: İlk yardımcı olarak kardeşinize **sindirim yoluyla zehirlenmelerde** nasıl bir ilk yardım girişiminde bulunursunuz.

Beceri Basamakları	Gözlemlenen Davranış
• Bilinç kontrolü yapılarak	
• ABC yönünden değerlendirilir	
• Ağızdan yiyecek içecek bir şey vermez ve kusturmaya çalışmaz	
• Koma pozisyonu verilir	
• Acilen tıbbi yardım istenir.	
• Vücut ısısının korunması için hastanın üzeri örtülür.	
• Alınan zehirli maddeye ait bilgi ve örnekler toplanarak sağlık ekibine iletilir	

OLAY 9:

Bugün Tülin'in doğum günüdür. Hep beraber doğum günü pastasını afiyetle yerken Tolga büyük bir pasta dilimini ağzına götürür ama birden nefes alamadığını ve pastanın soluk borusuna kaçtığını anlar. Arkadaşlarını bir telaş alır. Tolga'nın solunumu ve öksürüğü zayıflar ve morarmaya başlar.

Soru 12: Solunum yolu tam tıkanmış ve bilinci açık olan Tolga'ya ilk yardım olarak ne yaparsınız anlatınız?

Beceri Basamakları	Gözlemlenen Davranış		
• Başka bir arkadaşın tıbbi acil yardım servisinden yardım istemesi söylenir.			
• Kişi ayakta ya da oturur pozisyonda olabilir.			
• Çok yavaş olmayacak şekilde sırtına, iki kürek kemiğinin arasına elimizin avuç içiyle 5 kez vurulur.			
• Kişiye arkasından sarılarak gövdesi kavranır ve öne doğru iyice eğilmiş olmasına dikkat edilir.			
• Bir elimizi yumruk yaparak kişinin göğüs kemiği alt ucu ile karnının üst kısmı arasına yerleştirilir.			
• Başta kalan diğer el ile yumruk yapılan el kavranır. Kuvvetlice içe ve yukarı doğru bastırılır.			
• Bu hareket 5-7 kez yabancı cisim çıkana kadar tekrarlanır.			
• Yabancı cisim çıkmadıysa 5 kez sırta vurma, 5-7 kez karına baskı birbiri ardına uygulanır.			
• Şah damarından nabız ve solunum değerlendirilir.			

Ek 6

İLKÖĞRETİM 7. SINIFLAR İÇİN TEMEL İLK YARDIM EĞİTİMİ HEDEFLERİ

1.Oturum: Bölüm-1Genel İlk Yardım Bilgileri

Bilişsel Hedefler

- İlk yardımın tanımını bilme
- Kimlerin ilk yardım yapabileceğini bilme
- İlk yardımın öncelikli amaçlarını söyleyebilme
- İlk yardımın üç temel uygulamasını (Koruma, Bildirme, Kurtarma (KBK)) bilme
- İlk yardımda haber vereceği telefon numarasını bilme
- 112 acil yardım servisi arandığında verilecek bilgileri bilme
- İlk yardım uygulamasında öncelikleri bilme

Davranışsal Hedefler

- İlk yardımın temel ilkelerini (Koruma, Bildirme, Kurtarma (KBK)) uygulama
 - o (“K” koruma) Kaza anında Kendisinin ve hasta/yaralının güvenliğini sağlama
 - o (“B” bildirme)112 acil yardım servisine haber verme ve gerekli bilgileri iletme
 - o (“K” kurtarma) Hasta veya yaralılara olay yerinde hızla ama sakin bir şekilde ilk yardım müdahalesi yapma

Bölüm-2 İlk Yardımcının Özellikleri

Bilişsel Hedefler

- İlk yardımcının sahip olması gereken özelliklerini bilme

Davranışsal Hedefler

- İlk yardım gerektiren bir durumla karşılaşıldığı zaman ilk yardımcının sahip olması gereken özellikleri gösterme

Bölüm-3 İnsan Vücudu

Bilişsel Hedefler

- Yaşam bulgularının neler olduğunu bilme

Davranışsal Hedefler

- Solunumu kontrol edip değerlendirebilme
- Nabızı kontrol edip değerlendirebilme
- Vücut ısını kontrol edip değerlendirebilme

Bölüm-4 Hasta/Yaralının ve Olay Yerinin Değerlendirilmesi

Bilişsel Hedefler

- Hasta veya yaralı değerlendirmenin amacını bilme
- Birinci değerlendirmede çevre güvenliği sağlanması gerektiğini bilme
- Birinci değerlendirmede bilinç kontrolü yapılması gerektiğini bilme
- Birinci değerlendirmede ABC değerlendirmeyi bilme
 - o (A) Solunum yolu açıklığının nasıl sağlanacağını bilme
 - Ağız içini kontrol etmeyi bilme (kör dalış yöntemi)
 - Travma durumu yoksa Baş çene pozisyonu vermeyi bilme
 - Travma durumu varsa çene pozisyonu vermeyi bilme
 - o (B) Solunumun değerlendirilmesinin nasıl yapılacağını bilme
 - o (C) Dolaşımın değerlendirilmesinin nasıl yapılacağını bilme
- Birinci değerlendirme sonunda hasta ve yaralıya hangi durumda sabit yan yatış (koma) pozisyonu verileceğini bilme
- İkinci değerlendirmeyi bilme anormal bulguların neler olduğunu bilme

Davranışsal Hedefler

- İlk yardım gerektiren bir durumla karşılaşıldı ise öncelikle birinci değerlendirme yapma
- Çevre güvenliğini sağlama

- Seslenerek ve dokunarak hasta veya yaralının bilincini kontrol etme
- Yardım isteme (112 acil yardım servisi)
- İlk yardım ABC'sini uygulama
- (A) Solunum yolu açıklığının sağlanması;
 - o Ağız içini kontrol etme (kör dalış yöntemi)
 - o Baş çene pozisyonu verme
- (B) Solunumun değerlendirilmesi
 - o BAK-DİNLE-HİSSET yöntemi ile solunumu 10 saniye süre ile kontrol etme
- (C) Dolaşımın değerlendirilmesi
 - o Şah damarından 5 saniye süre ile nabzını kontrol etme
- Sabit yan yatış (koma) pozisyonu verme
- İkinci Değerlendirme yapma; baş, boyun, göğüs kafesi, karın boşluğu, kol ve bacaklar, sırt ve kalça (yaralıyı çevirmeden ellerini kaydırarak) baştan aşağı kontrol etme

Bölüm-5 Kanamalarda İlk Yardım

Bilişsel Hedefler

- İç kanama belirtilerini bilme
- Dış kanamalarda ilk yardım uygulamalarını bilme
- İç kanamada ilk yardım uygulamalarını bilme
- Burun kanamalarında ilk yardım uygulamalarını bilme
- Şok pozisyonunu ve hangi durumda verileceğini bilme
- Kanaması olan kişinin endişelerini nasıl gidereceğini bilme

Davranışsal Hedefler

- Dış kanamalarda ilk yardım müdahalelerini uygulayabilme
- İç kanamalarda temel ilk yardım müdahalesini uygulayabilme
- Burun kanamasında temel ilk yardım müdahalesini uygulayabilme
- Şok pozisyonu verebilme

2.Oturum: Bölüm-6 Yanık ve Donma Durumunda İlk Yardım

Bilişsel Hedefler

- Isı İle Yanıklarda temel ilk yardım uygulamalarını bilme
- Elektrikle Yanıklarda temel ilk yardım uygulamalarını bilme
- Kimyasal madde ile Yanıklarda temel ilk yardım uygulamalarını bilme
- Donma durumunda temel ilk yardım uygulamalarını bilme

Davranışsal Hedefler

- Yanıklı kişiye ilk yardım uygulamasında bulunabilme
- Donma durumunda temel ilk yardım uygulayabilme

Bölüm-7 Kırıklarda İlk Yardım

Bilişsel Hedefler

- Kırık belirtilerini bilme
- Kırıklarda ilk yardım uygulamalarını bilme
- Kırıklarda tespit etmenin amacını bilme

Davranışsal Hedefler

- Kırıklarda temel ilk yardım uygulamalarını yaparak gösterebilme
- Ön Kolda ve bacadaki kırıkları tespit edebilme

Bölüm-8 Zehirlenmelerde İlk Yardım

Bilişsel Hedefler

- Sindirim yolu ile zehirlenmelerde ilk yardım uygulamalarını bilme
- Solunum yolu ile zehirlenmelerinde ilk yardım uygulamalarını bilme
- Cilt yolu ile zehirlenmelerinde ilk yardım uygulamalarını bilme

Davranışsal Hedefler

- Zehirlenmelerden en çok karşılaşılan sindirim yolu ile zehirlenen bireye temel ilk yardım uygulayabilme

Bölüm-9 Solunum Yolu Tıkanmasında İlk Yardım

Bilişsel Hedefler

- Tam tıkanma ve kısmi tıkanma belirtilerini bilme
- Tam tıkanma ve kısmi tıkanmada uygulanacak ilk yardım girişimlerini bilme

Davranışsal Hedefler

- Solunum yolu tam tıkanıklığı olan bilinçli kişiye “Hemlik (Heimlich) Manevrası” uygulayabilme

Ek 7.



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

İLKÖĞRETİM 7. SINIFLAR İÇİN TEMEL İLK YARDIM EĞİTİMİ

Hazırlayan: Aylin YALÇIN

İstanbul-2009

İÇERİK

- 1.Oturum: Bölüm-1 Genel İlk Yardım Bilgileri**
 - Bölüm-2 İlk Yardımcının Özellikleri**
 - Bölüm-3 İnsan Vücudu**
 - Bölüm-4 Hasta/Yaralının ve Olay Yerinin Değerlendirilmesi**
 - Bölüm-5 Kanamalarda İlk Yardım**
- 2.Oturum: Bölüm-6 Yanık Ve Donma Durumunda İlk Yardım**
 - Bölüm-7 Kırıklarda İlk Yardım**
 - Bölüm-8 Zehirlenmelerde İlk Yardım**
 - Bölüm-9 Solunum Yolu Tıkanmasında İlk Yardım**

Bölüm:1 İlk Yardım Temel Uygulamalarında İlk Yardım

İlk Yardım: Herhangi bir kaza ya da yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, sağlık görevlileri tıbbi yardım sağlayıncaya kadar hayatın kurtarılması ya da durumun daha kötüye gitmesini önleyebilmek amacıyla olay yerinde ilk yardım eğitimi alan herkes tarafından, tıbbi araç gereç aranmaksızın eldeki mevcut olanaklarla yapılan ilaçsız uygulamalardır.

İlk yardım için gelişmiş araç gereçlerin olması gerekmez. İlk yardım çantası içindeki malzemeler yeterlidir.

Acil Tedavi: Hasta ve yaralılara ambulans ya da tedavi ünitelerinde, doktor ve sağlık personeli tarafından ilaç veya tıbbi malzemelerle yapılan uygulamalardır.

İlk Yardım ve acil tedavi arasında bazı farklar vardır.

İlk Yardım	Acil Tedavi
• Olay yerinde • Eldeki olanaklar kullanılarak, ilaçsız yapılan uygulamalardır.	• Ambulans ya da sağlık kuruluşunda • İlaç veya tıbbi malzemelerle yapılan uygulamalardır.

İlk Yardımın Öncelikli Amaçları

- Ortamın güvenliğini sağlamak, hayati tehlikeyi ortadan kaldırmak
- Hasta veya yaralının yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmek
- Durumun kötüleşmesini önlemek
- İyileşmesini kolaylaştırmak

İlk Yardımın Üç Temel Uygulaması (KBK)

- “K” koruma
- “B” bildirme
- “K” kurtarma

“K” Koruma

Olay yerinde ikinci bir tehlikeyi önlemek ve güvenli bir çevre oluşturmak önemlidir. Bir kaza geliştikten sonra yangın, gaz kaçağı, trafik akışı gibi olaya yol açan tehlike kaynağının devam etmekte olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle, ilk yardımcı kendi güvenliğini ve hasta/yaralının güvenliğini dikkate alarak kaza yerinde emniyet sağlamalıdır. Bazı durumlarda, uygun olmayan hareketler yeni bir kazanın gelişmesine ya da var olan kazanın daha da kötüleşmesine yol açabilir.

- Trafik kazasında, kazanın olduğu yerin önüne ve arkasına reflektör yerleştirilmelidir.
- Şofben zehirlenmesinde, gaz vanası kapatılmalı, oda havalandırılmalı, kıvılcım çıkartacak çakmak, elektrik düğmesi gibi aletlerin kullanılması engellenmelidir.
- Elektrik çarpmasında şalter kapatılmalıdır.

Olay yerinde herhangi bir patlama, yangın v.b. tehlike yoksa hasta/ yaralı asla yerinden oynatılmamalıdır. Bir tehlike varsa ilk yardımcı hasta/yaralıyı dikkatlice uygun taşıma yöntemini kullanarak uzaklaştırır. Bunun için;

“B” bildirme

İlk yardımda haber verilecek telefon numarası 112 Acil Yardım Servisidir.

Olayı bildiren kişi mutlaka;

- Olayın olduğu yerin tam adresini, (olayın olduğu yere yakın, çok bilinen bir yerin adı ile birlikte)
- Kimliğini ve hangi numaradan aradığını
- Olayın ne olduğunu (yangın, kaza, zehirlenme)
- Hasta veya yaralıların sayısı ve genel durumunu
- Hasta veya yaralılara herhangi bir müdahale yapıldı ise neler yapıldığını bildirmelidir.

“K” kurtarma

Aynı hasta/yaralıda çeşitli tipte yaralanma bulunabilir ya da yardıma gereksinim duyan çeşitli hasta/ yaralılar olabilir, bu nedenle ilk yardım uygularken öncelikler sırasına uymak gerekir.

Yaralılara ilk yardım müdahalesi sırasında öncelikler;

- Bilinci kapalı olanlar, soluk alıp vermeyenler, çok şiddetli kanaması olan ve ağır yanığı olan hasta/yaralılar birinci önceliklidir.
- Kanaması, kırığı ve hafif yanığı olan hasta/yaralılar ise ikinci önceliklidir.
- Sıyrık, burkulma ve hafif kanaması olan hasta/yaralılar ise üçüncü önceliklidir.

Hasta veya yaralılara olay yerinde hızla ama sakın bir şekilde ilk yardım müdahalesi yapılmalıdır. Bunun için;

- Hasta/yaralıların ABC’si değerlendirilmelidir.
 - (A) solunum yolu açıklığının sağlanması
 - (B) solunumun değerlendirilmesi
 - (C)dolaşımın değerlendirilmesi
- Hasta/yaralının korku veya endişeleri giderilmelidir.
- Çevredekiler organize edilmelidir
- Gerekli ilk yardım müdahalesi çevredeki imkânlar ile uygulanmalıdır
- Hasta veya yaralı hareket ettirilmemelidir
- Hasta veya yaralı sıcak tutulmalı
- Ağızdan bir şey yedirip içirilmemeli
- 112 Acil Yardım Servisine haber verilmelidir.

Bölüm:2 İlk Yardımcının Özellikleri

Bir kaza ya da olay sonrasında ortamdaki olumsuzluklardan etkilenme sonucunda aceleyle, iyi niyetli ancak çoğu zaman yanlış hareketlerde bulunulması sık

rastlanan üzücü bir durumdur. Doğru ve etkili bir ilk yardım uygulayabilmek için ilk yardım konusunda bilgi, beceri ve bazı özelliklere de sahip olmalıyız. Bunlar;

- İnsan vücudu ile ilgili temel bilgilere sahip olmak
- Önce kendi can güvenliğini korumak
- Sakin olmak
- Kendine güveni olmak
- Pratik olmak
- Eldeki olanakları değerlendirebilmek
- Olayı anında ve doğru olarak 112 acil yardım servisine haber vermek
- Çevredeki kişileri organize edebilmek ve kişilerden yararlanabilmek
- İyi iletişim kurabilmek.

Bölüm:3 İnsan Vücudu

İlk yardım sağlıkla ilgili bazı uygulamaları içerir bu uygulamaların başarılı olarak yapılabilmesi için ilk yardımcının insan vücudunun yapısı ve işleyişi konusunda temel kavramları bilmesi gerekir.

İnsan vücudunu oluşturan temel yapılar

Hücre: İnsan vücudunun en küçük temel yapısıdır.

Doku: Hücreler bir araya gelip dokuları oluşturur(epitelyum doku, kas dokusu, sinir dokusu vb.).

Organ: Çeşitli dokular bir araya gelerek organları oluşturur(kalp, akciğer vb.).

Sistem: Kendine özgü görevleri olan organların oluşturduğu vücut yapılarıdır. (solunum sistemi, dolaşım sistemi vb.)

Vücudumuzun sistemleri ve görevleri

İlk yardım açısından önemli olan sistemler şunlardır.

Dolaşım sistemi: Kalp, damar ve kandan oluşur. Dokulara oksijen ve besin elemanları taşır ve dokularda oluşan atıkları (zararlı maddeleri) toplar. Kanda

oksijenin taşınması, mikroplara karşı vücudun savunma mekanizması, pıhtılaşma ve ısı dengesini sağlamada görev alır.

Solunum sistemi: Akciğer, soluk borusu, burun ve ağızdan oluşur. Dokuların oksijenlenmesini sağlar.

Sindirim sistemi: Ağız, yutak, yemek borusu, mide, bağırsak ve makata kadar olan kısımdan oluşur.

Boşaltım sistemi: Böbrek, idrar boruları ve idrar kesesinden oluşur. Vücuda zararlı olan maddelerin atılmasını sağlar.

Sinir sistemi: Beyin, beyincik ve omurilik soğanından oluşur. Anlama, algılama ve dengeyi sağlama görevi vardır. Ayrıca kalbin çalışması ve solunumda da görevi vardır.

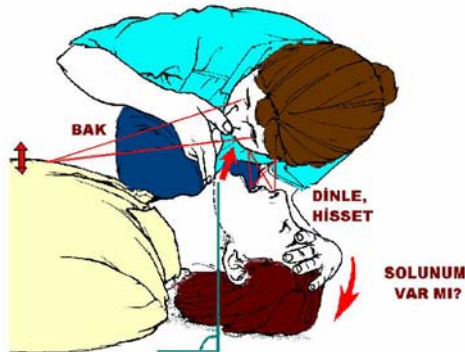
Hareket sistemi: Kemik, eklem ve kaslardan oluşur. Hareket ve destek görevi vardır.

Yaşam bulguları

İlk Yardım uygulamalarında vücudumuzla ilgili bilmemiz gereken yaşam bulguları

Bilinç durumu: Sağlıklı bir kişi kendisine yöneltilen tüm uyarılara cevap verir. Eğer dokunarak veya sesli uyarılara cevap vermiyorsa bilinç kaybı vardır.

Solunum Sıklığı: Kişinin bir dakika süresince yaptığı nefes alma ve verme sayısıdır. Normalde 1 dakikadaki solunum sayısı yetişkinlerde 12-20 arasındadır. Solunum değerlendirilirken sıklık, ritim ve derinliğine bakılır.



- Bireyin yanında çömelerek eğilir
- Göğüs kafesinin solunum hareketini gözlemek.
- Eğilerek yüzünü hastanın ağzına yaklaştırarak solunumu dinleme ve soluğu yanağında hissetmeye çalışmak.
- El ile göğüs kafesinin hareketlerini hissetmeye çalışmak
- 5 saniye süre ile değerlendirilir
- Bu değer normalin (1 dakikadaki solunum sayısı yetişkinlerde 12-20) altında mı üstünde mi olduğu değerlendirilir

Dolaşım (Nabız): Kalp atımlarının damar duvarına yaptığı basıncın elle hissedilmesidir.

Nabız bölgeleri:



Şah Atardamarı: Adem elmasının her iki yanında hissedilir.



Ön Kol Atardamarı: bileğin iç yüzü, başparmağın üst hizasında hissedilir.



Kol Atardamarı: kolun iç yüzü, dirseğin üstünde hissedilir.

Normalde yetişkinlerde 1 dakikadaki nabız sayısı 60-100 vuruş arasındadır.

- İşaret parmağı, orta parmak ve yüzük parmağı yan yana gelecek şekilde Şahdamarı, soluk borusu ve geniş boyun kasının arasında, tam çene ekleminin altındaki hizada bulunan arterin üzerine konur

- Nabız hissedilme başlayınca saate bakılır.10 saniye süre ile nabız saymak yeterlidir. 10 saniyede sayılan nabız sayısı, 6 ile çarpılır.

- Bu değerin normalin (1 dakikadaki nabız sayısı 60-100 vurum) altında mı üstünde mi olduğu değerlendirilir

Vücut Sıcaklığı: İlk yardımda vücut ısısı daima koltuk altından ölçülmelidir. Normal değeri 36,5°C dur. Vücut ısısı 41-42 °C üstünde ve 34,5 °C altında ise tehlike oluşturabilir.

- Derece göz hizasında yatay olarak tutulur
- 35°C altında olmalıdır, bunun için civalı kısım aşağı gelecek şekilde termometre üst taraftan sıkıca tutulur ve el bilekten sallanarak civanın düşmesi sağlanır.
- Koltuk altının da kuru olması önemlidir.
- Koltuk altına (civalı kısmın tam koltuk altının orta kısmına) doğru yerleştirilmelidir
- 10 dakika beklemek yeterlidir.
- Termometrenin içindeki kırmızı şeridin gösterdiği son nokta okunur.
- Bu değerin normalin (normal değeri 36,5°C dur. Vücut ısısı 41-42 °C üstünde ve 34,5 °C altında ise tehlike oluşturabilir) altında mı üstünde mi olduğu değerlendirilir

Bölüm:4 Hasta veya Yaralı Değerlendirmede İlk Yardım

Kendimizin ve çevremizin güvenliğini sağladıktan sonra ilk yardımı doğru uygulamak için hasta veya yaralıyı değerlendirmemiz gerekir.

Hasta veya yaralı değerlendirmenin amacı

- Hasta veya yaralının durumunun ve yarasının ciddiyetini belirlemek
- Önce hangi hasta veya yaralıya yardım edeceğimizi belirlemek
- Hangi ilk yardım uygulamasını yapacağımızı belirlemek
- İlk yardımı doğru yapmaktır.

Hasta veya yaralıyı iki aşamada değerlendiririz

- Birinci değerlendirme
- İkinci değerlendirme

1.Birinci değerlendirme

Hasta/yaralının yaşamı açısından tehdit oluşturan durumların belirlenmesi amacıyla yapılır ve aşağıda sıralanan noktalar hızla gözlenir.

Bunlar;

1. Çevre güvenliği sağlanır
2. Bilinç kontrolü yapılır
3. İlk yardım ABC'si değerlendirilir.

o (A) solunum yolu açıklığının sağlanması

o (B) solunumun değerlendirilmesi

o (C) dolaşımın değerlendirilmesi

1. Çevre güvenliği sağlama

- Olay yerinde tekrar kaza olma riskini ortadan kaldırmak
- Olay yerindeki hasta veya yaralının sayısını ve türlerini belirlemek

2.Bilinç kontrolünü yapmak için;

- Önce hasta veya yaralıya seslenir, omzuna dokunuruz.
- İyi misin? Diye sorarız.
- Eğer cevap alamıyorsak hasta veya yaralının bilinç kaybı olduğunu düşünürüz.
- Hemen 112 Acil Yardım Servisini aramamız gerekir.

Not: Olay yerinde ilk önce sessiz duran kişiye müdahale edilir.

3. ilk yardımın ABC'si değerlendirilir.

(A) Solunum yolu açıklığının sağlanması;



Ağız içini kontrol ederiz.

Yabancı cisim varsa dikkatlice çıkarırız.



Baş çene pozisyonu veririz

Bir elimizle hasta veya yaralının alnından diğer elimizin parmak uçları ile çenesinden tutarız ve başını geriye doğru iteri

- Havanın akciğerlere ulaşabilmesi için havayolunun açık olması gerekir.
- Bilinç kaybı olanlarda dil geri kaçarak solunum yolunu tıkayabilir ya da kusmuk, yabancı cisimlerle solunum yolu tıkanabilir.
- Hava yolu açıklığı sağlanırken hasta veya yaralı baş, boyun, gövde eksenini düz olacak şekilde yatırılmalıdır.
- Ağız içinde yabancı cisim varsa kontrol edilir, yabancı cisim varsa dikkatlice çıkarılmalıdır.
- Daha sonra bir el hasta veya yaralının alnına konarak, diğer elin 2-3 parmağı ile çene tutularak baş geriye doğru itilir (Baş çene pozisyonu).

Not: Olay yeri tehlikeli değilse ve yaralının hayati tehlikesi varsa asla yerinden kıpırdatmayın!

Not: Hasta/yaralının boynunda bir problem düşünüyorsak dokunmamalıyız.

Travmalarda (trafik kazaları, darp, yüksekten düşmeler vb. durumlarda) aksi kanıtlanıncaya kadar boynunda bir problem varmış gibi kabul edilir. Bu durumda baş hareket ettirilmeden sadece çene ileri itilir (alt çene pozisyonu).

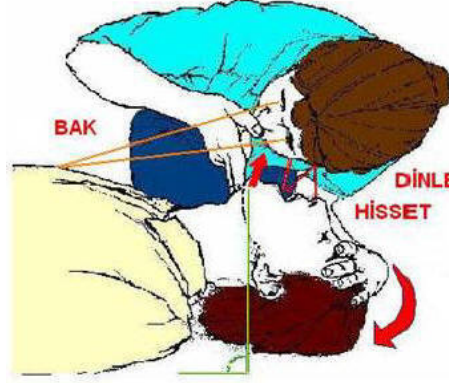


DÜŞME, ÇARPMA, ARABA KAZASI SÖZ KONUSU İSE :
BAŞ HAREKET ETTİRİLMEZ ! ALT ÇENE ÖNE YUKARI
DOĞRU HAREKET ETTİRİLİR. BU ALT-ÇENE
POZİSYONUDUR

(B) Solunumun değerlendirilmesi

- BAK-DİNLE-HİSSET yöntemiyle hasta veya yaralının solunumunu 10 saniye boyunca değerlendiririz.
- Başımızı hasta veya yaralının göğsünü görecektir şekilde yan çeviririz, göğüs hareketini gözleriz.

- Kulağımızla hasta veya yaralının solunum sesini dinler, yanağımızla hasta veya yaralının nefesini hissetmeye çalışırız.



(C)Dolaşımın değerlendirilmesi

- Yetişkin ve çocuklarda şah damarından 3 parmağımızı kullanarak 5 saniye süre ile kalp atışlarını kontrol ederiz.
- Alamazsak diğer taraftan kontrol ederiz.



Not: Birinci değerlendirme sonucu hasta veya yaralının bilinci yoksa solunum ve nabızı varsa Sabit Yan yatış (Koma) Pozisyonu veririz.

- Ortam koşullarını dikkate alarak hasta veya yaralıyı hangi tarafa döndüreceğine karar vermek ve o tarafa diz çökmek
- Hasta veya yaralının karşı taraftaki kolunu gövdesinin üzerine koymak.
- Hasta ve yaralının karşı taraftaki bacağı diğer bacağının yanına dik açı yapacak şekilde kıvrırmak

- Kendine yakın kolu baş hizasında yukarı uzatmak
- Hasta veya yaralının karşı taraf omzundan ve karşı taraf kalçasından kavrayarak yavaşça, tek hareketle kendine doğru çevirmek.
- Hasta veya yaralının yan yatar pozisyonunda iken üstteki bacağı kalça ve dizden bükerek öne doğru destek yapmak
- Alttaki bacağı dizden bükerek arkaya destek yapmak
- Hasta veya yaralının başını uzatılan kolun üzerine yan pozisyonunda koymak
- Üstteki kolu öne getirerek elini hasta veya yaralının yanağının altına yerleştirmek
- Tıbbi yardım gelinceye kadar yan pozisyon da tutmak
- 3-5 dakikada bir solunum ve nabız kontrol etmek.



2.İkinci Değerlendirme

Yaşamsal fonksiyonların devamını sağladıktan sonra hasta/yaralının diğer problemleriyle (yara, yanıklar, kırıklar, vb.) ilgilenebilir ve olası kapalı yaraları araştırılabilir.

Bunun için hasta/yaralı baştan aşağıya sırayla ayrıntılı olarak incelenir. Ne olup bittiğini öğrenmek çok yararlı olacaktır. Bunun için kaza yerindeki tanıklara sorular sorulabilir ya da hasta/yaralının kendisiyle konuşulabilir.

Her aşamada hasta/yaralı sakinleştirilmeli ve yapılacak uygulamalar hakkında kendisine bilgi verilmelidir. İkinci değerlendirme aşağıdaki sıraya göre yapılır.

Yaşam bulguları

Hasta/yaralının bilinç durumu, solunumu, vücut ısısı, nabız değerlerine bakılarak kanama, şok ve bilinç kaybı açısından önlem alınır.

- Sorulan sorulara cevap verip vermediğine bakılarak bilinç düzeyi kontrol edilir.
- Solunumu düzenli mi, hızlı mı, yavaş mı
- Vücut sıcak mı, soğuk mu, nemli mi bakılır

Baş muayenesi

- Kafa derisi ve yüzde yaraların varlığı araştırılır
- Burun ve kulaklardan kan gelip gelmediğine bakılır, bu kafatası kırıklarına ilişkin bir belirti olabilir.
- Göz ve çevresinde yaraların bulunup bulunmadığına bakılır.
- Yüz incelenir (soluk, soğuk ve terli bir deri şok düşündürür).
- Saplanmış cisim, ağrı, hassasiyet, şekil bozukluğuna bakılır.

Boyun muayenesi

- Çok hassas bir bölgedir. Hasta/yaralının göstereceği en küçük bir ağrı belirtisini gözeterak azami dikkatle davranmak gerekir. Eğer hareket ettirtmek gerekiyorsa baş, boyun ve gövde aynı hizada tutularak hareket ettirilir.
- Şah damarından nabzının dolgunluğuna ve sıklığına bakılır.
- Boyun çevresindeki giysiler gevşetilir.

Göğüs muayenesi

- Hasta/yaralıda kırık şüphesi olabilecek şekil bozuklukları araştırılır.
- Solunum hareketleri ve solunum zorluğu olup olmadığı değerlendirilir.
- Ağrı olup olmadığı sorulur, varsa yeri belirlenir.

Karın muayenesi

- Yaraların bulunup bulunmadığına bakılır.
- Ağrı olup olmadığına bakılır, varsa yeri belirlenir.
- Karnın sert mi yumuşak mı olduğuna bakılır. İç organ yaralanması olasılığı göz önünde bulundurulur.
- Saplanmış cisim, ağrı, hassasiyet açısından değerlendirilir.

Kol ve bacakların muayenesi

- Hasta/ yaralı mümkün olduğunca az hareket ettirilerek, yaralar, kanayan yaralar, şekil bozukluğu, kızarıklık vb. bulunup bulunmadığını görmek için kollar ve bacaklar incelenir (her iki kol ve bacak incelenir).
- Omurilik yaralanması olup olmadığını anlamak için kollarını ve bacaklarını hissedip hissetmediğini ve hareketliliğini hasta/yaralının el ve ayaklarını oynatarak ve ilk yardımcının elini sıkması istenerek kuvvet ve his kaybı yönünden değerlendirilir.

Not: Sırt ve bel bölgesi yaralı hareket ettirilmeden kontrol edilir

Bölüm: 5 Kanamalarda İlk Yardım

Yetişkin insan vücudunda yaklaşık 4-5 litre ya da vücut ağırlığının 1/13'ü kadar kan vardır. Vücudun yaşamsal işlevlerini sürdürebilmesi için, gerekli kan miktarının vücutta dolaşması zorunludur. Yaralanma, kırık, bazı hastalık ve benzeri nedenlerle oluşan kanamalar sonucu dolaşımdan eksilen kan miktarına bağlı olarak vücuttaki yaşamsal işlevler yeterince ya da tamamen gerçekleşemez. Vücuttaki kanın %20 oranında kaybı şok nedeni olabilmekte ve yaşam tehlikeye girebilmektedir. Bu bakımdan ilk yardım uygulamalarında kanamalara müdahale temel yaşam uygulamalarından sonra gelen öncelikli hedeflerdendir.

Kanama: Damar bütünlüğünün bozulması sonucu kanın damar dışına akmasıdır. Kanamalar iç ve dış kanama şeklinde olabilir.

- **Dış kanama:** Kanın yaradan vücut dışına akmasıdır.

- **İç kanama:** Kanın vücut içine akmasıdır. Kan dışarıdan görülmez. İç kanamalarda kan vücut içi boşluklarda birikebileceği gibi, vücudun dışı açılan ağız, burun, kulak, anüs ve idrar yolundan kan gelebilir. Bu bakımdan vücut dışına akan her kan dış kanama olarak değerlendirilmemelidir.

Dış kanamalarda ilk yardım

- Hasta veya yaralının ABC'si değerlendirilir
- 112 Acil Yardım Servisi'nden yardım çağrılır.
- Hasta veya yaralı yere yatırılır.
- Kanayan yerin üzerine temiz bir bezle baskı uygulanır
- Kanayan bölgede yabancı cisim ya da kırık kemik uçları varsa üzerine doğrudan basınç uygulanmamalıdır.
- Kanama durmazsa ilk bez kaldırılmadan ikinci bez konarak baskı arttırılır.
- Gerekirse bandaj yapılır.
- Kanamalarda doğrudan çıplak elle müdahaleden kaçınılmalı, mümkünse eldiven giyildikten sonra müdahale edilmeli ya da elin kanla temasını önleyecek poşet, temiz bez ve benzeri başka bir malzeme kullanılması ilk yardımcı açısından önemlidir.
- Kanayan bölge kalp seviyesinden yukarı kaldırılır.
- Eğer kanama durmadıysa ya da kanayan bölgeye doğrudan basınç uygulamanın sakıncalı olabileceği durumlarda kanayan yere en yakın basınç noktasına baskı uygulanır.
- Hasta veya yaralının ayakları 30cm.yukarı kaldırılarak şok pozisyonu verilir.
- Kanayan bölge açıkta kalacak şekilde hasta veya yaralının üzeri örtülür.
- 112 Acil Sağlık Ekibi gelene kadar hasta veya yaralının yanında beklenir.

İç Kanama Belirtileri

- Solgun, soğuk ve terli bir cilt (özellikle yüzde)
- Zayıf ve hızlı nabız
- Halsizlik, baş dönmesi ve bulantı-kusma
- Hızlı ve yüzeysel solunum
- Yavaş yavaş uyku haline dönüşen tedirginlik ya da endişe

- Üşüme ya da titreme
- Dışa açılan doğal deliklerden kan ya da kanlı akıntı gelmesi

İç Kanamalarda İlk Yardım

- Hasta veya yaralının ABC'si değerlendirilir
- Hasta veya yaralı sırt üstü yatırılarak ayakları 30cm.yukarı kaldırılır.
- Üzeri örtülür.
- Hasta veya yaralı hareket ettirilmez.
- Hasta veya yaralıya ağızdan yiyecek, içecek verilmez,
- 112 acil yardım servisi çağrılır.

Not: Kanaması olan bir kişiye ŞOK POZİSYONU verilir.

Vücudun hayati organlarına yeterli kan gitmemesi ve vücuttaki kan miktarının ani bir biçimde azalması sonucu hasta/yaralı şoka girer. Şok gelişen kişide damarlar genişler, kanla dolması yavaşlar, yavaşlayan kan akımını hızlandırmak için kalp zorlanır, solunum güçleşir ve hayati organlara yeterli oksijen taşınamaz. Kan kaybı, omur ve sinirlerde zedelenme ya da alerjik etkenler hasta/yaralının şoka girmesini hızlandırabilir.

Şok pozisyonu

- Kendisinin ve hasta/yaralının güvenliğinden emin olma
- Hasta/yaralıyı sırt üstü yatırma
- Kanama ve şok ile ilgili bulguları kontrol etme
 - Görünür kanama
 - Soluk cilt
 - Uzuvlarda soğukluk
 - Hızlı nabız
- Ayaklarının altına destek koyarak 30 cm kadar yukarı kaldırma
- Hasta/yaralının (varsa turnike ve bandaj yapılan yer görülecek şekilde)üzerini örtme
- 112 Acil Yardım Servisi'ne haber verme

- 112 Acil Sağlık Servisi ekibi gelene kadar hasta veya yaralının yanında beklenir.
- Solunum ve nabız 2-3 dakika ara ile kontrol edilir.

Burun kanamalarında ilk yardım

- Hasta veya yaralı sakinleştirilir ve endişeleri giderilir.
- Hasta veya yaralı oturtularak baş hafif öne eğilir.
- Burun kanatları 5 dakika süre ile sıkılır.
- Ağızdan soluk alıp vermesi söylenir.
- Kanama durmazsa hasta veya yaralının bir sağlık kuruluşuna gitmesi sağlanır.

Kanamalı kişinin endişelerini gidermeliyiz.

- Onlara ilk yardımı bildiğimizi söylemeliyiz.
- Adını öğrenip ismiyle hitap ederiz
- Hoşgörülü ve nazik davranırız.
- Yarasını görmesine izin vermeyiz.
- Her şeyin yolunda gittiğini söyleriz.
- Hasta veya yaralının yanından sağlık ekipleri gelene kadar uzaklaşmayız
- Hasta veya yaralıya dokunuruz ve konuşuruz.

Bölüm:6 Isı Dengesi Bozukluklarında İlk Yardım

Yanık: Herhangi bir nedenle ısıya maruz kalma sonucu oluşan doku bozukluğudur.

Yanıklar çeşitli nedenlerle oluşur.

Isı İle Yanıklar	Elektrik Çarpması	Kimyasal Madde
------------------	-------------------	----------------

Belirtiler • Kızarıklık • İçi su dolu kabarcık • Ağrı	Belirtiler • Deride yanma • Kalpte ritim bozukluğu • Düşmeye bağlı, kırık ve yaralanmalar	Belirtiler • Kızarıklık • Deride bozulma
İlk Yardım • Kişi yanıyorsa koşması engellenir ve üzeri battaniye vb. ile örtülerek yerde yuvarlanması sağlanır. • Söndürme işleminden sonra; yanan kişiye birinci ve ikinci değerlendirme yapılır. • Yanan bölge büyük değilse en az 20 dakika tazyiksiz musluk suyu altında tutulur(yanık bölge büyük ise ısı kaybı çok olacağından önerilmez). • Yanık nedeniyle şişlik oluşabileceği için, yanan kişinin takıları çıkarılır. Yanan bölge yukarıda tutulur. • Yanmış giysiler çıkarılır, deri üzerine yapışmış giysiler kaldırılmadan makasla kenarlarından kesilir. • Yanmış alandaki deriler kaldırılmaz, su toplamış kabarcıklar delinmez. • Yanık üzerine ilaç dahil hiçbir şey sürülmez. • Vücuttan aşırı ısı kaybını önlemek için yaralının üzeri örtülür. • Çapı 2 cm. den küçük yüzeysel yanıklar dışında yanığa maruz kalan kişi sağlık kuruluşuna gönderilir veya 112 acil yardım servisinden yardım istenir.	İlk Yardım • Elektrik akımı şalterden kesilir. • Akımı kesemiyorsak tahta,ip vb. cisimler kullanıp kişi ile elektrik akımının teması kesilmeye çalışılır. • Yaralının yaşam bulguları değerlendirilir • Kişi kıpırdatılmaz. • Üzeri örtülür. • 112 acil yardım istenir.	İlk Yardım • Deriyle temas eden maddenin en kısa zamanda deriyle teması kesilir. Eğer kimyasal madde toz türü bir madde ise (kireç tozu gibi), önce bu toz madde fırçalanarak ciltten uzaklaştırılıp, sonra su ile yıkanır. • Bölge bol-tazyiksiz su ile 15-20 dakika yıkanır. • Kişinin giysileri çıkartılır, üzeri örtülür. • 112 acil yardım servisinden yardım istenir.

Not: Yanık geniş ve sağlık kuruluşu uzaksa hasta veya yaralının kusması yoksa bilinçliyse ağızdan sıvı (1lt su- 1çay kaşığı karbonat- 1 çay kaşığı tuz karışımı) verilerek sıvı kaybı önlenir.

Not: Yanıklarda ağrı ve sıvı kaybına bağlı olarak şok meydana gelebilir.

Not: Yanıklar büyük ise soğutmak için buz ya da soğutulmuş su kullanmayın.

Donma: Aşırı soğuk sonucu, soğuğa maruz kalan bölgeye yeterince kan gitmemesi nedeniyle dokularda hasar meydana gelmesidir tüm sistemleri etkileyerek, donmaya maruz kalan kişinin ölümüne kadar giden tablodur.

Donma
Belirtiler • Vücut ısısının 35 °C'nin altına düşmesiyle başlayan belirtiler • Deride soğukluk, uyuşukluk, uyuşukluk sonra kızarıklık • Şişlik, ağrı ve içi su dolu kabarcıklar • Soğuğa maruz kalan organda siyahlaşma
İlk Yardım • Kişi ılık bir ortama alınır (çok sıcak ortam daha zarar verir). • Aşırı sıcak uygulama yapılmaz. Vücut ısısı hemen yükseltilmeye çalışılmaz. Bu nedenle; kaybedilen vücut ısısının tekrar kazandırılması için soba, radyatör gibi ısınma araçları kullanılmaz. • Sakinleştirilir ve hareket ettirilmez. • Kuru giysiler giydirilir. • Sıcak, alkolsüz, şekerli içecekler içirilir • Su toplamış bölgelerin üzeri kapatılır, kesinlikle kabarcıklar patlatılmaz. • Donan bölge ovulmaz • Şişlik (ödem) oluşmasını önlemek için el ve ayaklar kalp seviyesinden yukarı kaldırılır. • Yaralının üzeri örtülerek vücut ısısı korunur • 112 acil yardım servisinden yardım istenir.

Bölüm:7 Kırıkta İlk Yardım

Eğer herhangi bir yerden düşer, bir yere çarpar ya da kaza geçirirsek kırık, çıkık ya da burkulma oluşabilir.

Kırık: Kemik bütünlüğünün bozulmasıdır. Eğer aşağıdaki belirtiler varsa kırıktan şüphe ederiz.

Kapalı kırıklar: Kırığın çevresindeki derinin zarar görmediği kırıklardır.

Açık kırıklar: Kemik kırıklarının yanı sıra deri bütünlüğünün de bozulduğu kırıklardır. Yaradan çıkan bir kemik parçası olabilir. Ayrıca enfeksiyon tehlikesi taşıyan kırıklardır.

Kırık belirtileri

- Şekil bozukluğu
- Hareket kaybı
- Şişlik
- Hareketle artan ağrı
- Kırık bölgesindeki sinirin sıkışması, kesilmesi ya da hasarlanmasına bağlı olarak kırılan bölgenin aşağısındaki kısımlarda organda duyu kaybı
- Kırık bölgesindeki bir damar sıkışması sonucu, kırılan bölgeden aşağıda kalan nabız noktasından nabız alınamaması, kırık bölgesinin aşağısında vücut ısısının düşük olması

Bazı durumlarda kırık olup olmadığını kesin olarak belirlemek zordur. Bu durumlarda, ilk yardım uygulaması yaparken gerçek kırık varmış gibi davranılır.

Kırıklarda İlk Yardım

Kırıktan şüpheleniyorsak aşağıdaki ilk yardım basamaklarını uygulamalıyız.

- Müdahalede ilk yardımın öncelikleri dikkate alınır. Hasta ya da yaralı ABC, kanama ve şok belirtileri yönünden kontrol edilir.

- Hasta veya yaralı hareket ettirilmez.
- Kolda kırık varsa ödem gelişebileceği düşünülerek saat, bilezik gibi eşyaları çıkartılır.
- Hasta ya da yaralının durumunu ağırlaştıracak ani hareketlerden kaçınılır, kırık uçları yerine yerleştirilmeye çalışılmaz,
- Kırık şüphesi olan bölge; etrafta bulunan kitap, sopa, tahta, karton gibi sert malzemelerle kırığın ön ve arkasındaki eklemleri içine alacak şekilde tespit edilir.
- Tıbbi yardım için 112 Acil yardım servisi aranır.
- Tıbbi yardım gelinceye kadar hasta ya da yaralının yaşamsal bulguları 2-3 dakika aralıklarla izlenir. Şayet; kırık kol ya da bacakta ise, kırık bölgesinin alt tarafında dolaşım olup olmadığını anlamak için sık sık nabız, renk ve ısı kontrolü yapılır.

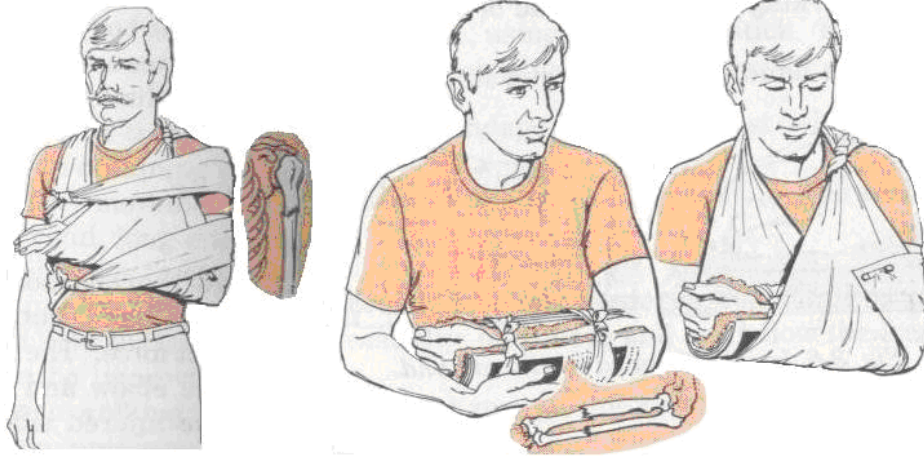
Tespit: Kırılan, çıkan ya da burkulan tüm bölgenin hareketini engelleyerek o bölgedeki doku içinde ya da dışındaki yaralanmanın mevcut durumunu korumak ve ağırlaşmasını önlemek için yapılan uygulamalardır.

Tespit işlemi; ağrıyı azaltarak şok olasılığını düşürür, kırık kemik uçları nedeniyle oluşabilecek kas, sinir ve damar tahribatını önler, yaralının rahatlamasını sağlar.

Tespit işleminde, tahta parçaları, kalın mukavvalar, sopalar, üçgen sargılar, bandajlar, yumuşak dolgu malzemeleri gibi çeşitli araç gereçler kullanılır.

Önkol ve bilek kırıklarının sert malzeme ile tespiti

- Yumuşak bir madde ile kaplanmış iki tespit tahtası hazırlanır
- Tahtalardan birini parmak diplerinden dirseğe kadar içten yerleştirilir
- Diğerini elin üst yüzeyinden dirseğe kadar dıştan yerleştirilir.
- Tahta parçaları alt ve üst ucundan iki şerit ile bağlanır
- Kol askısı ile tespit edilir.

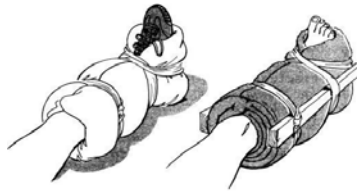


Bacak kemiği kırığının sert malzeme ile tespiti

- Bacakları tutmak ve yavaşça ayak yönüne doğru çekmek
- Doğal boşlukları kullanarak yaralı bacağın altından kumaş şeritleri geçirmek (5 adet)
- Yumuşak malzemeyle kaplanmış tespit malzemelerinden birini iç tarafta kasıktan ayağa kadar yerleştirmek



- Diğerini dış tarafta kalçadan ayağa kadar yerleştirmek
- Bilek hizasında şeritle ayak tabanı üzerine 8 şekli verilerek bağlamak



- Sırasıyla diğer şeritleri tespit tahtası üzerine gelecek şekilde bağlamak



Bölüm 8: Zehirlenmelerde İlk Yardım

Belli miktarlarda vücuda girdiklerinde vücuda zarar veren ya da ölüme yol açan maddelere “zehir” denir. Zehirli etkiye sahip organik, kimyasal ve fiziksel özellikteki bir madde, değişik yollarla vücuda girdikten sonra vücutta genel ya da yerel etki gösterir. Bu etki cilt yüzeyinde tahriş ve kaşıntıdan hasta ya da yaralının ölümüne kadar giden farklı sonuçlar doğurur. Zehirli maddenin etkisi her bireyde aynı değildir. Aynı zehirli maddeye maruz kalan bir bireyde fazla bir etki görülmezken başka bir bireyde ölüm tablosu gelişebilmektedir. Zehirlenme en çok sindirim, solunum ve cilt yoluyla meydana gelir.

Sindirim yolu ile zehirlenme belirtileri	Solunum yolu ile zehirlenme belirtileri	Cilt yolu ile zehirlenme belirtileri
• Bulantı • Kusma • Karın ağrısı, ishal • Bilinç kaybı • Solunum-kalp durması	• Nefes darlığı • Morarma • Bilinç kaybı • Solunum-kalp durması	• Kaşıntı • Kızarma • Bilinç kaybı • Solunum-kalp durması
İlk Yardım	İlk Yardım	İlk Yardım
• Zehirli madde ile temas olduysa ağız ve el su ile çalkalanır, yıkanır. • Bilinç kontrolü yapılarak, ABC yönünden değerlendirilir. • Bilinci açıksa • Ağızdan yiyecek-içecek bir şey verilmeye ve kusturulmaya çalışılmaz. • Tıbbi yardım için 112 aranır. • Alınan zehirli maddeye ait bilgi ve örnekler toplanarak sağlık ekibine iletilir. • Bilinci kapalı ise • Koma pozisyonu verilerek, acilen tıbbi yardım istenir. Vücut ısının korunması için yaralının üzeri örtülür.	• Olay yeri güvenliği sağlandıktan sonra, hastanın olduğu ortam havalandırılır ya da hasta temiz havaya çıkartılarak ABC yönünden değerlendirilir. • Bilinci yerindeyse yarı oturur pozisyonda tutulur. • Bilinci kapalıysa koma pozisyonu verilir. • 112 acil yardım servisi aranır.	• Kazazede yaşam belirtileri yönünden ABC değerlendirilir. • Zehirli madde ile ellerin teması önlenir. • Zehir bulaşmış giysiler çıkartılır. • Zehirli madde ile temas eden bölge 15-20 dakika bol su ile yıkanır. • 112 acil yardım servisi aranır.

Zehirlenmelerde genel ilk yardım kuralları nelerdir?

- Olay yeri güvenlik önlemleri alınır
- Zehirlenmeye neden olan madde uzaklaştırılır.
- Hastanın bilinç durumu kontrol edilir.
- Hayati fonksiyonların devamı sağlanmaya çalışılır.
- Ağızdan hiçbir şey verilmez
- Sıkı giysiler gevşetilir
- Sık aralıklarla yaşamsal fonksiyonlar kontrol edilir
- 112 acil yardım servisine haber verilir.

Bölüm 9: Solunum Yolu Tıkanmasında İlk Yardım

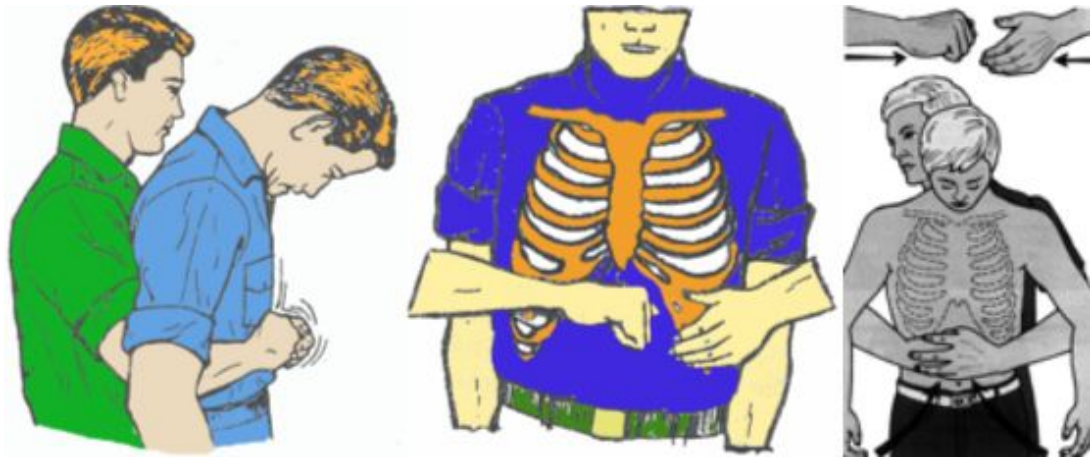
Solunum yolumuzun, solunum yapabilmemiz için gerekli havanın geçişine engel olacak şekilde tıkanmasıdır.

Tam tıkanma	Kısmi tıkanma
Hava geçişi tamamen engelleniyorsa “tam tıkanma” vardır. Bu durumda aşağıdaki belirtiler olur: • Nefes alamayız • Ellerimizi boynumuza götürür ve acı çekeriz. • Konuşamayız • Rengimiz morarır.	Hava geçişi az da olsa var ise “kısmi tıkanma” meydana gelir. Kısmi tıkanma olduğunda aşağıdaki belirtiler olur: • Öksürürüz • Nefes alabiliriz • Konuşabiliriz
Böyle bir tıkanma söz konusu olan bilinci kaybolmamış kişiye “hemlik (heimlich) manevrası” uyguluyoruz.	Böyle bir tıkanma varsa “kişiye dokunulmaz, kişi öksürmeye teşvik edilir.”

Solunum yolu tamamen tıkanan bilinçli kişiye Hemlik (heimlich) Manevrası uygulanır.

- Kişi ayakta ya da oturur pozisyonda olabilir.
- Çok yavaş olmayacak şekilde sırtına, iki kürek kemiğinin arasına elimizin avuç içiyle 5-7 kez vurulur.

- Kişiyi arkasından sarılarak gövdesi kavranır ve öne doğru iyice eğilmiş olmasına dikkat edilir.
- Bir elimizi yumruk yaparak kişinin göğüs kemiği alt ucu ile karnının üst kısmı arasına yerleştirilir.
- Başta kalan diğer el ile yumruk yapılan el kavranır. Kuvvetlice içe ve yukarı doğru bastırılır.
- Bu hareket 5-7 kez yabancı cisim çıkana kadar tekrarlanır.
- Yabancı cisim çıkmadıysa 5 kez sırtta vurma, 5-7 kez karına baskı birbiri ardına uygulanır.
- Şah damarından nabız ve solunum değerlendirilir.
- Tıbbi acil yardım servisinden yardım istenir.



İlk Yardım Çantası

İlk yardım uygulamaları için evde, okulda, iş yerinde, arabalarda, fabrikalarda, havaalanında, tren istasyonlarında ve diğer tüm aklımıza gelebilecek her yerde ilk yardım çantası bulundurulması gerekmektedir.

İlk Yardım Çantasında Olması Gerekenler

- 5 adet gazlı bez
- 5 adet sargı bezi
- 3 elastik bandaj
- 1 paket hidrofil pamuk
- 1 adet flaster
- 1 adet fener
- 1 çift eldiven
- 5 adet üçgen bez
- 1 adet makas
- 1 adet cımbız
- 1 adet düdük
- 1 adet kalem
- 1 Adet not defteri
- 1 adet ilk yardım el kitabı

KAYNAKLAR

1. Polat H, Öztürk SA, Öztürk TF. (2007). İlk Yardıma İlk Adım 6-14 Yaş Grubu Çocuk İlk Yardım El Kitabı
2. Türk Kızılayı (2008). İlk Yardım El Kitabı, Ankara.
3. Özcengiz D. (2005). Acil İlk Yardım, Aykırı Sanat Yayınları, Adana.
4. Somyürek H. İ, Kumaş H, Kumaş A, Koç M. A. (2007). İlk Yardım Teknikleri, Palme Yayıncılık, İstanbul.
5. Karagöz S, Bingöl N. (2005). Güvenli Davranış Ve İlk Yardım Eğitimi Öğrenci Ve Öğretmen Kitabı, Ankara.
6. Somyürek H.İ. (2002). Eğitimciler İçin İlk Yardım El Kitabı, Palme Yayıncılık, Ankara.
7. Süzen B, İnan H. (2005). İlk Yardım, İletişim Basım Yayın, İstanbul.
8. www.acilveilk.yardim.com

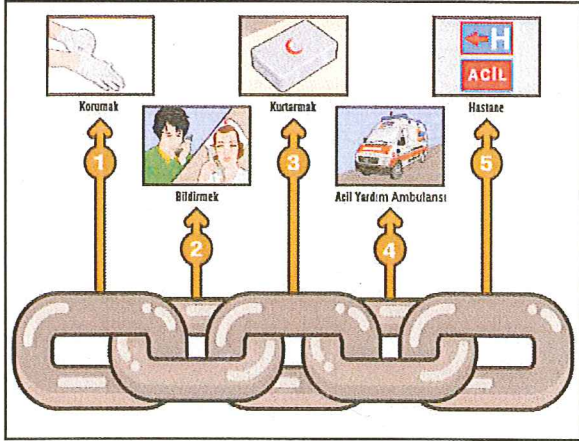


İlk Yardımın Öncelikli Amaçları

- ❖ Hasta veya yaralının yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmek
- ❖ Durumun kötüleşmesini önlemek
- ❖ İyileşmesini kolaylaştırmak

İlk Yardımın Üç Temel Uygulaması (KBK)

- ❖ "K" Koruma
- ❖ "B" Bildirme
- ❖ "K" Kurtarma



"K" Koruma

Olay yerinde ikinci bir tehlikeyi önlemek ve güvenli bir çevre oluşturmak önemlidir.

Nasıl?

"B" Bildirme

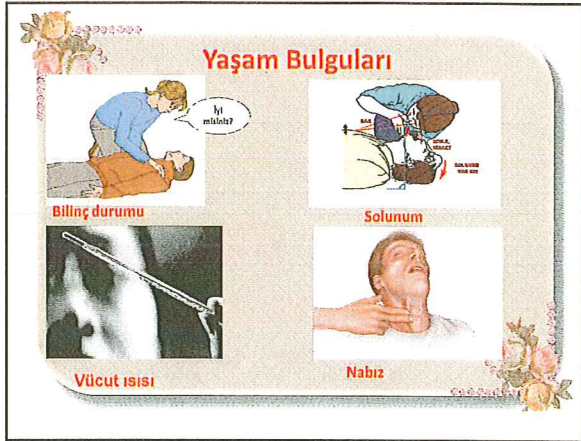
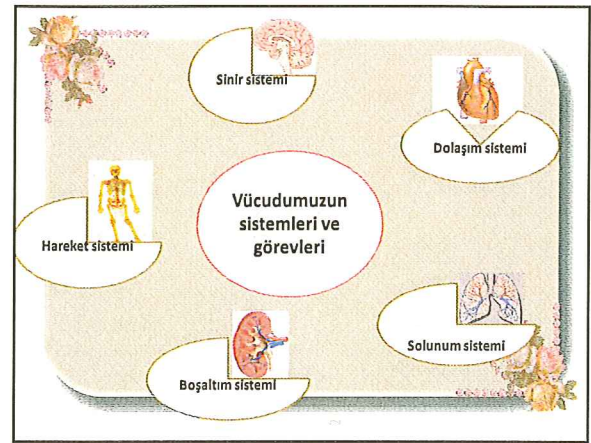
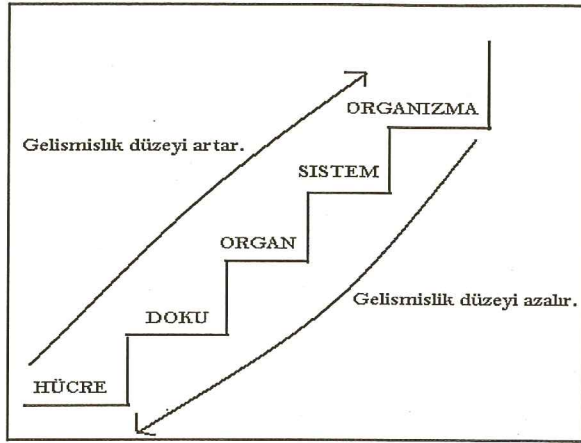
İlk Yardımda haber verilecek telefon numarası

112 Acil Yardım Servisidir.



Olayı Bildiren Kişi Mutlaka;

- ❖ Olayın olduğu yerin tam adresini,
- ❖ Kimliğini ve hangi numaradan aradığını
- ❖ Olayın ne olduğunu (yangın, kaza, zehirlenme)
- ❖ Hasta veya yaralıların sayısı ve genel durumunu
- ❖ Hasta veya yaralıları herhangi bir müdahale yapıldı ise neler yapıldığını bildirmelidir.



1. Bilinci Değerlendirme

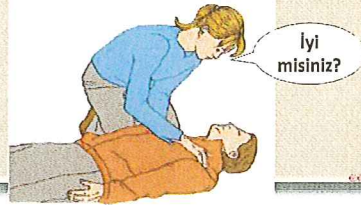
1. Çevre güvenliği sağlanır
2. Bilinç kontrolü yapılır
3. İlk yardım ABC'si değerlendirilir.
 - (A) solunum yolu açıklığının sağlanması
 - (B) solunumun değerlendirilmesi
 - (C)dolaşımın değerlendirilmesi



Bilinç Kontrolünü Yapmak İçin;

Önce hasta veya yaralıya seslenir, omzuna dokunuruz.

İyi misin? Diye sorarız.



Eğer cevap alamıyorsa hasta veya yaralının bilinç kaybı olduğunu düşünürüz.

Hemen 112 Acil Yardım Servisini aramamız gerekir.

Not: Olay yerinde ilk önce sessiz durana müdahale edilir.

(A) Solunum Yolu Açıklığının Sağlanması



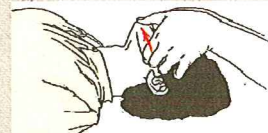
Ağız içini kontrol ederiz.

Baş çene pozisyonu verilir.

Not: Hasta veya yaralının boynunda bir problem düşünüyorsak **dokunmamalıyız.**

❖ Travmalarda aksi kanıtlanıncaya kadar boynunda bir problem varmış gibi kabul edilir.

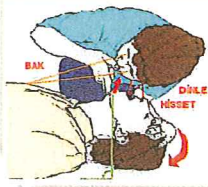
❖ Bu durumda **alt çene pozisyonu** verilir.



DÜŞME, ÇARPMA, ARABA KAZASI SÖZ KONUSU İSE : BAŞ HAREKET ETTİRİLMEZ ! ALT ÇENE ÖNE YUKARI DOĞRU HAREKET ETTİRİLİR. BU ALT-ÇENE POZİSYONUDUR

(B) Solunumun Değerlendirilmesi

BAK-DİNLE-HİSSET yöntemiyle hasta veya yaralının solunumunu 10 saniye boyunca değerlendiririz.



Bak-Dinle-Hisset

(C) Dolaşımın Değerlendirilmesi

Yetişkin ve çocuklarda şah damarından bebeklerde ise üst kol iç yüzünden 3 parmağımızı kullanarak



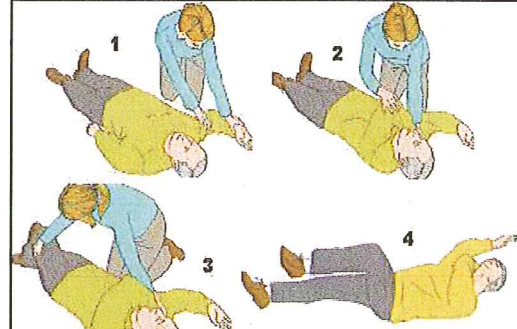
Nabız Kontrol (Şah Damarından)

5 saniye süre ile kalp atışlarını kontrol ederiz.

Birinci değerlendirme sonucu hasta veya yaralının

- Bilinci yoksa
- Solunum ve nabızı varsa

Sabit Yan Yatis (Koma) Pozisyonu veririz.



KOMA YATIŞI (RECOVERY POSITION)
BİLİNCİ KAPALI, SOLUNUMU VE DOLAŞIMI OLAN
KİŞİLERİN SOLUK YOLUNUN AÇIK KALMASINI SAĞLAR

2. İkinci Değerlendirme

Yaşamsal fonksiyonların devamını sağladıktan sonra hasta/yaralının diğer problemleriyle (yara, yanıklar, kırıklar,vb.) ilgilenilir ve olası kapalı yaraları araştırılabilir.

Bunun için hasta/yaralı baştan aşağıya sırayla ayrıntılı olarak incelenir.

1. Hasta veya yaralıyla görüşerek bilgi edinme;

- ❖ Kendini tanıtır,
- ❖ İsmi öğrenir ve adıyla hitap eder,
- ❖ Endişelerini gidererek rahatlatır,
- ❖ Olayın ne olduğu ne yedikleri, kullanılan ilaçlar ve alerjilerinin varlığı sorularak öğrenilir.

Baştan aşağı kontrol yapılır:

- ❖ Sorulan sorulara cevap verip vermediğine bakılarak bilinç düzeyi kontrol edilir.
- ❖ Solunumu düzenli mi, hızlı mı, yavaş mı
- ❖ Vücut sıcak mı, soğuk mu, nemli mi bakılır
- ❖ Baş, boyun, göğüs kafesi, karın boşluğu, kol ve bacaklar baştan aşağı kontrol edilir.

3. Baş muayenesi

- ❖ Baş derisi ve yüzde yaraların varlığı araştırılır
- ❖ Burun ve kulaklardan kan gelip gelmediğine bakılır,
- ❖ Göz ve çevresinde yaraların bulunup bulunmadığına bakılır.
- ❖ Yüz incelenir
- ❖ Saplanmış cisim, ağrı, hassasiyet,
- ❖ şekil bozukluğuna bakılır.



4. Boyun muayenesi

- ❖ Çok hassas bir bölgedir. Hasta/yaralının göstereceği en küçük bir ağrı belirtisini gözeterek azami dikkatle davranmak gerekir.
- ❖ Şah damarından nabzının dolgunluğuna ve sıklığına bakılır.
- ❖ Boyun çevresindeki giysiler gevşetilir.



5. Göğüs muayenesi

- ❖ Hasta/yaralıda kırık şüphesi olabilecek şekil bozuklukları araştırılır.
- ❖ Solunum hareketleri ve solunum zorluğu olup olmadığı değerlendirilir.
- ❖ Ağrı olup olmadığı sorulur,
- ❖ varsa yeri belirlenir.



6. Karın muayenesi

- ❖ Yaraların bulunup bulunmadığına bakılır.
- ❖ Ağrı olup olmadığına bakılır, varsa yeri belirlenir.
- ❖ Karnın sert mi yumuşak mı olduğuna bakılır. İç organ yaralanması olasılığı göz önünde bulundurulur.
- ❖ Saplanmış cisim, ağrı, hassasiyet açısından değerlendirilir.



7. Kol ve bacakların muayenesi

- ❖ Hasta/ yaralı mümkün olduğunca az hareket ettirilerek, yaralar, kanayan yaralar, şekil bozukluğu, kızarıklık vb. görmek için kollar ve bacaklar incelenir
- ❖ Omurilik yaralanması olup olmadığını anlamak için kollarını ve bacaklarını hissedip hissetmediğini, el ve ayaklarını oynatarak ve ilk yardımcının elini sıkması istenerek kuvvet ve his kaybı yönünden değerlendirilir.



Not: Sözü edilenlerin yanı sıra kişinin sırt ve bel bölgesi yaralı hareket ettirilmeden kontrol edilir.



Hasta Veya Yaralıları Değerlendirirken Bazı Güvenli Davranışları Hatırlamalıyız.

Kendi güvenliğim ve hasta veya yaralının güvenliğinden emin olurum.

Olay yerini değerlendiririm.

Kendimi tanıtır ve ilk yardım bildiğimi söylerim.

Hasta veya yaralının kanaması varsa eldiven giyerim, yoksa kalın bir bez ya da naylon poşet kullanırım.

Çevrede benim ve hasta veya yaralının zarar görmesine neden olacak bir tehlike varsa tehlikeden uzaklaştırılmasını sağlarım.

Hemen 112 Acil Yardım Servisini çağırırım.

Hasta veya yaralıya batmış bir cisim varsa asla yerinden çıkarmam.

Hasta veya yaralıyı hareket ettirmem.

Konu-5 Kanamalarda İlk Yardım



❖ Damar bütünlüğünün bozulması sonucu kanın damar dışına akmasıdır.

❖ **Dış kanama:** Kanın yaradan vücut dışına akmasıdır.

❖ **İç kanama:** Kanın vücut içine akmasıdır. Kan dışarıdan görülmez.



Dış Kanamalarda İlk Yardım

❖ Hasta veya yaralının durumu değerlendirilir(ABC).

❖ Acil yardım servisinden yardım çağrılır(112 acil yardım servisi)

❖ Hasta veya yaralı yere yatırılır.



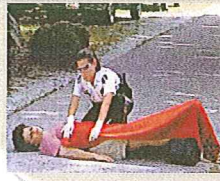
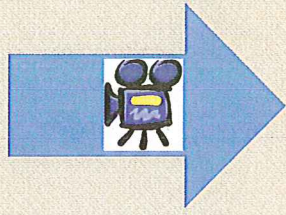
- ❖ Kanayan yerin üzerine temiz bir bezle baskı uygulanır
- ❖ Kanama durmazsa ilk bez kaldırılmadan ikinci bez konarak baskı artırılır.
- ❖ Gerekirse bandaj yapılır.




- ❖ Kanayan bölge yukarı kaldırılır.
- ❖ Eğer kanama durmadıysa kanayan yere en yakın basınç noktasına baskı uygulanır.



- ❖ Hasta veya yaralının ayakları 30cm. yukarı kaldırılarak şok pozisyonu verilir.
- ❖ Kanayan bölge açıkta kalacak şekilde hasta veya yaralının üzeri örtülür.
- ❖ 112 Acil Sağlık Ekibi gelene kadar hasta veya yaralının yanında beklenir.

İç Kanama Belirtileri

- ❖ Solgun, soğuk ve terli bir cilt (özellikle yüzde)
- ❖ Zayıf ve hızlı nabız
- ❖ Halsizlik, baş dönmesi ve bulantı-kusma
- ❖ Hızlı ve yüzeysel solunum
- ❖ Yavaş yavaş uyku haline dönüşen tedirginlik ya da endişe
- ❖ Üşüme ya da titreme
- ❖ Dışa açılan doğal deliklerden kan ya da kanlı akıntı gelmesi

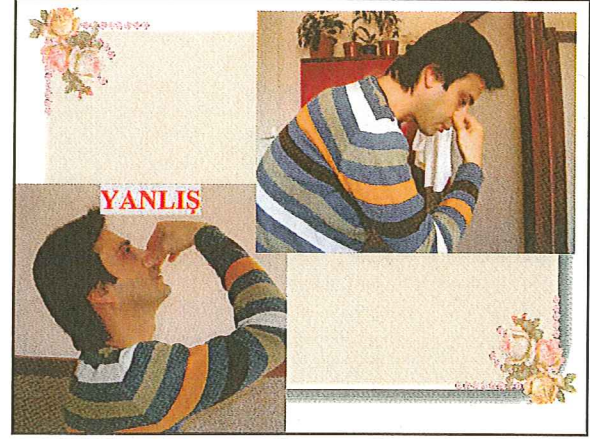
İç Kanamalarda İlk Yardım

- ❖ Hasta veya yaralının durumu değerlendirilir (ABC)
- ❖ Kanama ve şok ile ilgili bulguları kontrol etme
 - Görünür kanama
 - Soluk cilt
 - Uzunlarda soğukluk
 - Hızlı nabız
- ❖ Ayaklarının altına destek koyarak 30 cm kadar kaldırma (şok pozisyonu)
- ❖ Hasta veya yaralıya ağızdan yiyecek, içecek verilmez,
- ❖ 112 Acil Yardım Servisi'ne haber verme
- ❖ 112 Acil Sağlık Servisi ekibi gelene kadar hasta veya yaralının yanında beklenir.
- ❖ Solunum ve nabız 2-3 dakika ara ile kontrol edilir.



Burun Kanamalarında İlk Yardım

- ❖ Hasta veya yaralı sakinleştirilir ve endişeleri giderilir.
- ❖ Hasta veya yaralı oturtularak baş hafif öne eğilir.
- ❖ Burun kanatları 5 dakika süre ile sıkılır.
- ❖ Ağızdan soluk alıp vermesi söylenir.
- ❖ Kanama durmazsa hasta veya yaralının bir sağlık kuruluşuna gitmesi sağlanır.



Kanamalı kişinin endişelerini gidermeliyiz.

Nasıl?





Konu-6 Yanık, Donma Ve Sıcak Çarpmasında İlk Yardım

Yanık: Herhangi bir nedenle ısıya maruz kalma sonucu oluşan doku bozukluğudur.

Isı İle Yanıklarda İlk Yardım

- ❖ Kişi yanıyorsa koşması engellenir ve üzeri battaniye vb. ile örtülerek yerde yuvarlanması sağlanır.

- ❖ Yanan bölge büyük değilse en az 20 dakika tazyiksiz soğuk su altında tutulur

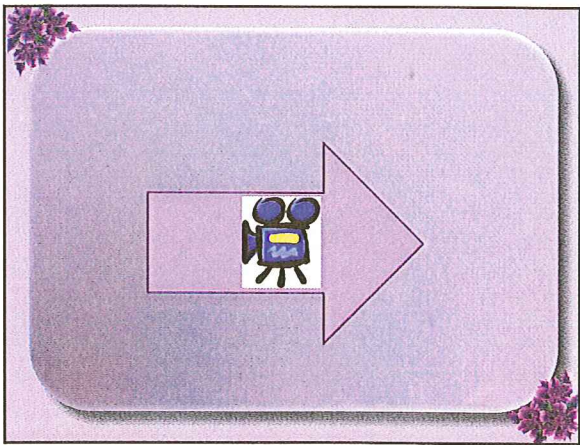
Yanmış alandaki deriler kaldırılmaz, su toplamış kabarcıklar delinmez.

- ❖ Yanık üzerine ilaç dahil hiçbir şey sürülmez.

YANLIŞ

DOĞRU

- ❖ Yanığa maruz kalan kişi sağlık kuruluşuna gönderilir veya 112 acil yardım servisinden yardım istenir.



Elektrik Çarpmasında İlk Yardım

- ❖ Elektrik akımı şalterden kesilir.
- ❖ Akımı kesemiyorsak tahta, ip vb. cisimler kullanıp kişi ile elektrik akımın teması kesilmeye çalışılır.

- ❖ Kişi kıpırdatılmaz.
- ❖ Üzeri örtülür.
- ❖ 112 acil yardım istenir.



Kimyasal Madde İle Oluşan Yanıklarda İlk Yardım

- Deriyle temas eden maddenin en kısa zamanda deriyle teması kesilir.
- Bölge bol-tazyıksız su ile 15-20 dakika yıkanır.
- Kişinin giysileri çıkartılır, üzeri örtülür.
- 112 acil yardım servsinden yardım istenir.



❖ **Not:** Yanıklarda ağrı ve sıvı kaybına bağlı olarak şok meydana gelebilir.

❖ **Not:** Yanıklar büyük ise soğutmak için buz ya da soğutulmuş su kullanmayın

Donmada İlk Yardım

Donma: Aşırı soğuk sonucu, soğuğa maruz kalan bölgeye yeterince kan gitmemesi nedeniyle dokularda hasar meydana gelmesidir.



Kişi ılık bir ortama alınır (çok sıcak ortam daha zarar verir).

- ❖ Sakinleştirilir ve hareket ettirilmez.
- ❖ Kuru giysiler giydirilir.
- ❖ Sıcak içecekler içirilir
- ❖ Donan bölge ovulmaz
- ❖ El ve ayaklar yukarı kaldırılır.
- ❖ 112 acil yardım servsinden yardım istenir.



Donmada İlk Yardım

Konu-7 Kırıklarda İlk Yardım

- **Kırık:** Kemik bütünlüğünün bozulmasıdır.
 - ❖ Şekil bozukluğu
 - ❖ Hareket kaybı
 - ❖ Şişlik
 - ❖ Ağrı
 - ❖ Kırılan bölgenin aşağısındaki kısımlarda organda duyu kaybı
 - ❖ Kırık bölgesindeki bir damar sıkışması sonucu, kırılan bölgeden aşağıda kalan nabız noktasından nabız alınamaması



Kırıklarda İlk Yardım

- ❖ Hasta ya da yaralı ABC, kanama ve şok belirtileri yönünden kontrol edilir.
- ❖ Hasta veya yaralı hareket ettirilmez.
- ❖ Kolda kırık varsa saat, bilezik gibi eşyaları çıkartılır.



Kırık şüphesi olan bölge; etrafta bulunan kitap, sopa, tahta, karton gibi sert malzemelerle kırığın ön ve arkasındaki eklemleri içine alacak şekilde tespit edilir.

- ❖ Tıbbi yardım için 112 Acil yardım servisi aranır.



- ❖ Tıbbi yardım gelinceye kadar hasta ya da yaralının yaşamsal bulguları 2-3 dakika aralıklarla izlenir.

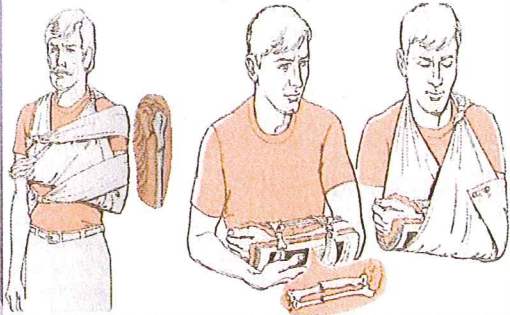
Tespit:

- ❖ Kırılan, çıkan ya da burkulan tüm bölgenin hareketini engelleyerek o bölgedeki doku içinde ya da dışındaki yaralanmanın mevcut durumunu korumak ve ağırlaşmasını önlemek için yapılan uygulamalardır.
- o Ağrıyı azaltarak şok olasılığını düşürür,
- o Kırık kemik uçları nedeniyle oluşabilecek kas, sinir ve damar tahribatını önler,
- o Yaralının rahatlamasını sağlar.

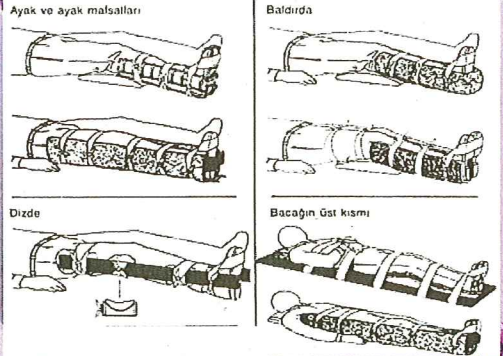


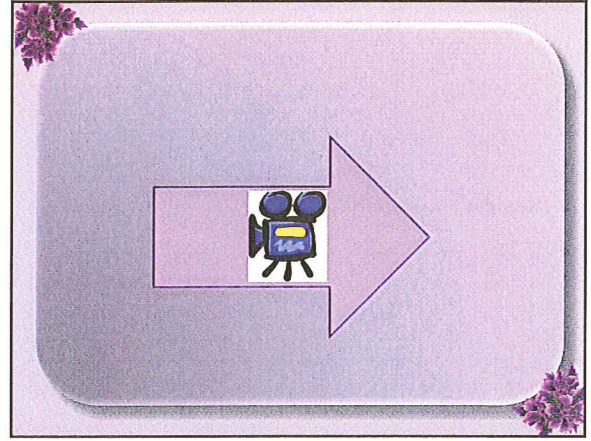
- ❖ Tespit işleminde, tahta parçaları, kalın mukavvalar, sopalar, üçgen sargılar, bandajlar, yumuşak dolgu malzemeleri gibi çeşitli araç gereçler kullanılır.

KIRIKLARDA DESTEKLEME (ATELLEME)



SABİTLEŞTİRME (FİKSASYON) ŞEKİLLERİ:





Konu-8 Zehirlenmelerde İlk Yardım

1. Sindirim Yolu İle Zehirlenmelerde İlk Yardım

- Zehirli madde ile temas olduysa ağız ve el su ile çalkalar, yıkanır.
- Bilinç kontrolü yapılarak, ABC yönünden değerlendirilir.

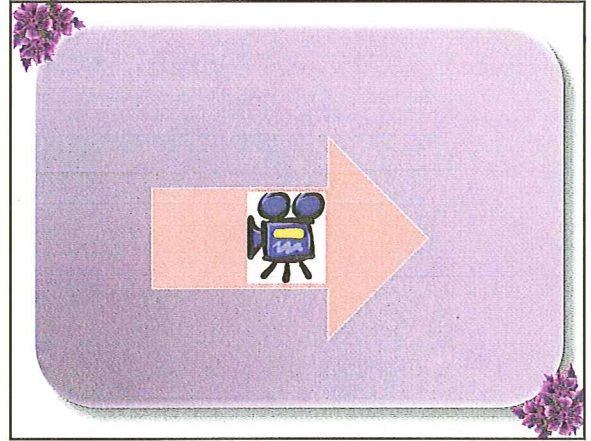
Bilinci açık ise

- Ağızdan yiyecek-İçecek bir şey verilmeye ve kusturu çalışılmaz.
- Tıbbi yardım için 112 aranır.
- Alınan zehirli maddeye ait bilgi ve örnekler toplanarak ekibine iletilir.

Bilinci kapalı ise

- Koma pozisyonu verilerek, acilen tıbbi yardım istenir. Vücut ısısinin korunması için yaralının üzeri örtülür





2. Solunum Yolu İle Zehirlenmelerde İlk Yardım

- ❖ Hastanın olduğu ortam havalandırılır yada hasta temiz havaya çıkartılır.
- ❖ Bilinci yerindeyse yarı oturur pozisyonda tutulur.
- ❖ Bilinci kapalıysa koma pozisyonu verilir.
- ❖ 112 acil yardım servisi aranır.



3. Cilt Yolu İle Zehirlenmelerde İlk Yardım

- ❖ ABC değerlendirilir.
- ❖ Zehirli madde ile ellerin teması önlenir.
- ❖ Zehir bulaşmış giysiler çıkartılır.
- ❖ Zehirli madde ile temas eden bölge 15-20 dakika bol su ile yıkanır.
- ❖ 112 acil yardım servisi aranır.



Konu-9 Solunum Yolu Tıkanmasında İlk Yardım

Tam Tıkanma

- ❖ Böyle bir tıkanma söz konusu olan bilinci kaybolmamış kişiye "hemlik (heimglich) manevrası" uygulanır.



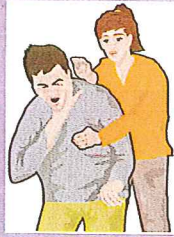
Kısmi Tıkanma

- ❖ Böyle bir tıkanma varsa "kişiye dokunulmaz, kişi öksürmeye teşvik edilir."



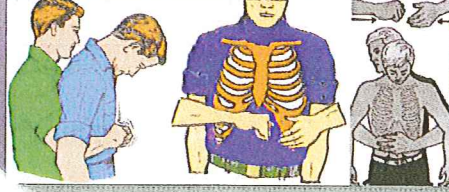
Solunum yolu tamamen tıkanan bilinçli kişiye ilk yardım Hemlik (heimglich) Manevrası uygulanır.

- ❖ Kişi ayakta ya da oturur pozisyonda olabilir.
- ❖ Çok yavaş olmayacak şekilde sırtına, iki kürek kemiğinin arasına elimizin avuç içiyle 5 kez vurulur.

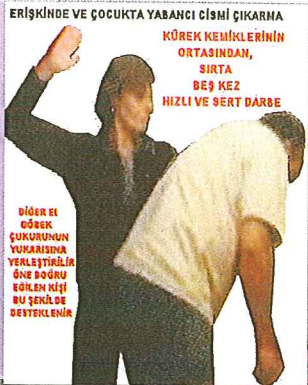


- ❖ Kişiye arkasından sarılarak, bir elimizi yumruk yaparak kişinin göğüs kemiği alt ucu ile karnının üst kısmı arasına yerleştirilir.

- ❖ Kuvvetlice içe ve yukarı doğru bastırılır. Hareket 5-7 kez yabancı cisim çıkana kadar tekrarlanır.



- ❖ Yabancı cisim çıkmadıysa 5 kez sırt vurma, 5-7 kez karına baskı birbirini ardına uygulanır.
- ❖ Şah damarından nabız ve solunum değerlendirilir.
- ❖ Tıbbi acil yardım servisinden yardım istenir.



ERİŞKİNDE VE ÇOCUKTA YABANCI CİSMİ ÇIKARMA
KÖREK KEMİKLERİNİN
ORTASINDAN,
SIRTA
BİR KEZ
HIZLI VE SERT DİRBE
DİĞER EL
ÖBÜK
ÇUKURUNUN
YUKARISINDA
YERLEŞTİRİLİR
5 KEZ BÖYLE
BİR KEZ
BU ŞEKLİDE
DEVRETLERİNİR



Ek 9.

TEMEL İLK YARDIM EĞİTİMİ BROŞÜRÜ

Ek 10.

DEĞERLENDİRME FORMLARININ KAPSAM GEÇERLİLİĞİ İÇİN

UZMAN GÖRÜŞÜ ALINAN AKADEMİSYENLER

1. Yard. Doç. Dr. Ayşe YILDIZ
2. Yard. Doç. Dr. Aysel GÜRKAN
3. Yard. Doç. Dr. Ayşe ERGÜN
4. Yard. Doç. Dr. Hasibe KADIOĞLU
5. Yard. Doç. Dr. Kamer GÜR
6. Yard. Doç. Dr. Ükke KARABACAK
7. Yard. Doç. Dr. Saime EROL
8. Araş. Gör. Nadire ERCAN
9. Araş. Gör. Kader GÜRBÜZ
10. Araş. Gör. Sevil MERT

Ek 11.

UZMAN GÖRÜŞÜ YÖNERGESİ

Sayın

“Bir İlköğretim Okulunda Akran Eğitimi Modeli İle Verilen İlk Yardım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi” konulu yüksek lisans tez çalışmamda kullanacağım “Eğitim Etkinliğini Bilgi Düzeyinde Değerlendirme Formu” ve “Eğitim Etkinliğini Davranış Düzeyinde Değerlendirme Formu”nun kapsam geçerliliği için ;

- 1.Eğitim içeriği ve hedeflerine uygun olup olmadığını,
2. Form maddelerinin anlam ve anlaşılabilirliğini 1(uygun değil) ile 4 (çok uygun) arasında puanlar vererek değerlendirmenizi ve önerilerinizi belirtmenizi saygılarımla arz ederim.

Katkılarınız için şimdiden teşekkürler.

Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Yüksek Lisans Öğrencisi

Aylin YALÇIN

Ek 12

ETİK KURUL ONAY YAZISI



MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

SAYI: B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/ 87
İLGİ :

27.02.2009

Sayın : Yrd.Doç.Dr. Ayşe YILDIZ

MAR-YÇ-2009-0047 protokol nolu “ Bir İlköğretim okulunda akran eğitimi modeli ile verilen ilk yardım eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

9. KAYNAKLAR

1. Açıkgöz K. (2006). Aktif Öğrenme, Sekizinci baskı, Kanyılmaz Matbaası, İzmir, s.172.
2. Adams PF, Dey AN, Vickerie JL.(2007). Summary health statistics for the u.s. population: national health interview survey. 2005. *Vital Health Stat*, 10(233):1-104.
3. Ağralı S. (2002). Ankara Kalecik Lisesi Öğrencilerinin İlk Yardım Bilgi Düzeyi Ve Uygulanan İlk Yardım Eğitiminin Bilgi Düzeyine Etkisi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kazaların Epidemiyolojisi ve Demografisi Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. I Maral).
4. Aksayan S. (1998). Okul Sağlığı Ve Hemşireliği. İçinde: Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Ed. İnci Erefe, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.
5. Aladağ M, Tezer E. (2007). Üniversite öğrencilerine yönelik bir akran danışmanlığı programı için ihtiyaç taraması çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*, 2(8);19-36
6. Alpar R. (2003). Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemlere Giriş. 2. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
7. American Academy of Pediatrics (2008). The role of the school nurse in providing school health services: Council on school health. *The Journal of School Nursing* 24:269-274.
8. American Academy of Pediatrics, Committee on School Health (2008). Role of the School Nurse in Providing School Health Services. *Pediatrics*, 121(5);1052-1056.
9. Armağan HH.(2008). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Araç İç Trafik Kazalarının Geriye Dönük İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ö Tomruk).

10. Backeet M. (1965). Domestic Accidents. WHO Public Health Paper, Geneva, p.26.
11. Bakar C, Özkan S, Aygün R. (2003). Ankara’da bir ilçe merkezindeki üç ilköğretim okulunda 6. 7 ve 8. sınıflardaki öğrencilerin ilk yardım konusundaki eğitim ihtiyaçlarının saptanması. Çocuk Ve Çevre 7 Nisan Dünya Sağlık Günü, *Sağlık Eğitimi*, Sayı; 5(6).
12. Batlaş Z. (2004). Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. Remzi Kitabevi, 2. Basım, İstanbul.
13. Baysal SU, Yıldırım F, Bulut A. (2005). Çocuk Güvenliği Yaralanmalardan Ve Zehirlenmelerden Korunma Güvenlik Kontrol Listesi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Ve Çocuk Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Birimi, İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, İstanbul.
14. Bertan M, Çakır B. (1995). Halk Sağlığı Yönünden Kazalar. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı. Çev Eds. Bertan M, Güler Ç, Güneş Kitabevi, Ankara, s.462-472.
15. Bombacı H, Ülkü K, Adıyeke L, Kara S, Görgeç M. (2008). Çocuk yaralanmaları, nedenleri ve önlemler. *Acta Orthop Traumatol Turc*;42(3):166-173.
16. Bölükbaş N, Kahraman AN, Karaman Y, Kalaycı G. (2007). Ordu ili kız meslek lisesi çocuk gelişimi bölümü son sınıf öğrencilerinin çocuklara yönelik ilk yardım uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10: 3.
17. Bulduk S. (2002). Okul Sağlığı Hemşireliğinin Durumu ve İşlevsel Boyutu. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. H Pek)

18. Bulduk S. (2009). Gençlerde okula dayalı akran eğitimi girişimlerinin HIV/AIDS risk davranışlarını azaltma üzerine etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. S Erdoğan).
19. Campbell C. (2004). Creating environments that support peer education: experiences from HIV/AIDS prevention in South Africa. *Health Education*, 104(4):197-200.
20. Çağlayan Ünsal D. (2004). Ankara İl Merkezindeki Bir İlköğretim Okulundaki 8. Sınıf Öğrencilerinin Son 3 Ayda Kaza Geçirme Sıklıkları Ve İlk Yardım Bilgi Düzeyleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Öğrt. Gör.Dr. S Özkan).
21. Derman O. (2008). Adölesan Sağlığı II Ergenlerde Psikososyal Gelişim. İ.Ü. Cerrahpaşa tıp fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri Sempozyum dizisi No: 63:19-21.
22. DuBois DL, Karcher MJ. (2005). Youth mentoring: theory, research and practice. In: DuBois DL, Karcher MJ. (Eds.), *Handbook of youth mentoring*, Sage Publications, p.267.
23. Dunn L, Ross B, Caines T, Howorth P. (1998). A School-Based HIV/AIDS Prevention Education Program: Outcomes Of Peer-Led Versus Community Health Nurse-Led Interventions. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(4): 339-45.
24. Edward EG. (2005). Peer Education Within A Frame Of Theori Peer Tutoring A Teacher's Resource Guide, The Rowman & Littlefield Publishing Group, Inc. Oxford
25. Erhard R. (1999). Peer-led and adult-led programs--student perceptions. *J Drug Educ.* 29(4):295-308.

26. Erkal S, Şafak Ş. (1995). Ev kazaları. *Actuel Medicine* 3(2):62-65. İçinde: Bölükbaş N, Kahraman AN, Karaman Y, Kalaycı G. (2007). 52 Ordu ili kız meslek lisesi çocuk gelişimi bölümü son sınıf öğrencilerinin çocuklara yönelik ilk yardım uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3).
27. Finkelstein EA, Corso PS, Miller TR. (2006). The Incidence And Economic Burden Of İnjuries İn The United States. New York, Oxford University Press.
28. Finn P. (1981). Institutionalizing peer education in the health education classroom. *The Journal of School Health*, 51(2):91-95.
29. Güler G, Kubilay G. (2005). Bir ilköğretim okulu öğrencilerinin fiziksel bakım sorunlarının çözümlenmesinde toplum sağlığı hemşiresinin etkinliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(1):15-23
30. Hacıaloğlu N. (2009) Okul Sağlığı. İçinde: Halk Sağlığı Hemşireliği, Ed. Erci B, Göktuğ Yayıncılık, Ankara.
31. Hall M, Cross D, Howat P, Stevenson M, Shaw T.(2004). Evaluation of a school-based peer leader bicycle helmet intervention. *Inj Control Safe Promot.* 11(3):165-74.
32. Jostad CM, Miltenberger RG, Kelso P, Knudson P. (2008). Peer tutoring to prevent firearm play acquisition, generalization, and long-term maintenance of safety skills. *J Appl Behav Anal*, 41(1):117-23.
33. Kadioğlu H.(2005). Yetişkin Ve Akran Liderli Cinsel Eğitimin İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin Cinsellikle İlgili Bilgi Ve Tutumları Üzerindeki Etkileri. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. A Yıldız).
34. Kalampakorn, S. (2000) Effects of peer education on dietary change. *American Association of Occupational Health Nursing Journal*, 48(12), 551-552.

35. Karadağ Ö. (2003). Üreme Sağlığı ve HIV/AIDS Konusunda Akran Eğitimi Kaynak Elkitabı. TurkMSIC. Akmat, Ankara, 2003.
36. Khalaj Abadi Farahani F, Ebadifar Azar F. (2004). Comparing the effect of peer-led versus adult-led AIDS education on knowledge, attitude and self-efficacy of female students in high schools in 4th region of education ministry in Tehran, using socio-cognitive theory 2002-2003. *Journal of reproduction&infertility*, 5(1):17.
37. Kıran S, Şemin S, Ergör A. (2001). Kazalar ve toplum sağlığı yönünden önemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 10(2).
38. Knibbs S, Price N. (2009). Peer Education İn Sexual And Reproductive Health Programming: A Cambodian Case Study. *Development İn Practice*, 19(1): 39-50.
39. Koumi I, Tsiantis J. (2001). Smoking trends in adolescence: report on a Greek school-based, peer-led intervention aimed at prevention. *Health Promot Int*,16(1):65-72.
40. Leblebici, DN, Kılıç M, Aydın MD. (2004).İçerik Analizi. Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F Yayın No.33. Ankara.
41. Lynch DM, Gennat HC, Celenza T, Jacobs IG, O'Brien D, Jelinek GA. (2006). Community senior first aid training in Western Australia: Its extent and effect on knowledge and skills. *Aust N Z J Public Health*, 30(2):147-50.
42. Mayda AS, Gerçek ÇG, Oruç E, Yücedağ M, Başboğaoğlu N, Alaca Ş, Yılmaz ZN. (2008). Düzce ili kalıcı konutlarında oturanlarda yaralanmaların sıklığı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(2):133-136
43. Mellanby AR, Newcombe RG, Rees J, Tripp JH. (2001). A comparative study of peer-led and adult-led school sex education. *Health Educ Res*.16(4):481-92.

44. Mellanby AR, Rees J, Tripp JH. (2000). Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health Education Research*, 15(5):533-545.
45. Morrongiello BA, Kiriakou S. (2004). Mothers' home-safety practices for preventing six types of childhood injuries: what do they do, and why? *Journal of Pediatric Psychology*, 29(4): 285–297.
46. Örsal Ö, Tezcan S, Çakır B, Tokur M, Gülmez G. (2002). Öğrencilerin Kişisel Temizlik Bilgileri ve Durumlarının Değerlendirilmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2, Diyarbakır
47. Özcebe H. (2005). Çocuk ve kazalar, III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Kongresi Bildiri Özetleri, İzmir, s:154-163.
48. Özcebe H. (2006) Yaralanma Kontrol Ve Korunma Programları Ve Güvenli Toplumlar. İçinde: Hacettepe Halk Sağlığı Kitabı. Ed. Güler Ç, Akın L. Ankara.
49. Öztekin Z, Kubilay G. (2008). Toplum Sağlığı Hemşireliği, Palme Yayıncılık, Ankara.s.251-260.
50. Öztürk Güler DS, Bıkmaz Hazır F. (2007). İlköğretim programlarında sağlık bilinci: sağlığa bütüncül yaklaşım çerçevesinde bir içerik analizi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 40(1):215-242.
51. Parkin S, McKeganey N. (2000).The rise and rise of peer education approaches. *Drugs; Education, Prevention And Policy*,7(3): 293-311.
52. Peden M, McGee K, Sharma G. (2002). The Injury Chart Book: A Graphical Overview Of The Global Burden Of Injuries World Health Organization. No:157 Geneva,
53. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA., Jarawan E, Mathers C. (Eds), (2004). World Report On Road Traffic Injury Prevention, Who Library Cataloging- In Publication Data, World Health Organization, Geneva.

54. Perkins GD, Hulme J, Bion JF. (2002). Peer-led resuscitation training for healthcare students: a randomised controlled study. *Intensive Care Med.* 28(6):698-700.
55. Potenza B, Nolan J. (2007). Mechanisma And Epidemiology Of Trauma. In: Trauma Emergency Resuscitation Perioperative Anesthesia Surgical Management. Eds Wilson WC, Grande CM, Hoyt DB. New York, Informa Healthcare Inc, Volume 1, USA, p.31.
56. Pourciau CA, Vallette EC. (2001). School Health. In: Community Health Nursing- Promoting The Health Of Populations, Eds Nies MA, Mcewen M, Third Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, p.702-727.
57. Praeger SG. (2005). The School Nurse's Role As A Health Educator. In: School Nursing: A Comprehensive Text, Ed: Selekman J, F.A. Dauls Company, Philadelphia.
58. Prince F. (1995). The relative effectiveness of a peer-led and adult-led smoking intervention program. *Adolescence*, 30(117):187-94.
59. Racioppi F, Sethi D. (2009). Shaping comprehensive policies for injury prevention in Europe. *Int J Inj Contr Saf Promot*, 16(2):65-71.
60. Saroj P, Rajesh K, Indarjeet W. Ve Arun KA. (2005). Reproductive health education intervention trial. *The Indian Journal of Pediatrics*.72: 287-291.
61. Sciacca J. (1987) Student peer health education: a powerful yet inexpensive helping strategy. *The peer facilitator quarterly*, 5:4-6.
62. Sözen C. (2003). Sağlık Eğitimi. Birinci baskı, Palme yayıncılık, Ankara.
63. Stakic S, Zielony R, Bodiroza A, Kimzeke G. (2003). UNFPA Does Peer Education Work In Europe?. Ed: Lazarus JV, Gundelach, D. The European Magazine For Sexual And Reproductive Health. No. 56

64. Stanhope M, Lancaster J. (2008). Public Health Nursing Population-Centered Health Care In The Community, Mosby Elsevier, Canada.
65. Stock S, Miranda C, Evans S, Plessis S, Ridley J, Yeh S, Chanoine JP. (2007). Healthy buddies: a novel, peer-led health promotion program for the prevention of obesity and eating disorders in children in elementary school. *Pediatrics*, 120(4):1059-68.
66. Story M, Lytle LA, Birnbaum AS, Perry CL. (2002). Peer-led, school-based nutrition education for young adolescents: feasibility and process evaluation of the TEENS study. *J Sch Health*, 72(3):121-7.
67. Şahin F.(2009).Okul sağlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 9(6):210-214.
68. Taylor T, Serrona E., Anderson J., Kendall P. (2000). Knowledge, skills and behavior improvements on peer educators and low-income hispanic participants after a stage of change –based bilingual nutrition education program. *Journal Community Health*, 25(3):241-262.
69. Temel F, Özcebe H. (2006). Türkiye'de karayollarında trafik kazaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(11): 192.
70. Temizkan M. (2009). Akran değerlendirmenin konuşma becerisinin geliştirilmesi üzerindeki etkisi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(12):90-112.
71. Topping and Ehly K, Ehly S. (1998). Peer-Assisted Learning. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London.
72. Tuna A. (2002). Üniversite Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesini Öğrenmelerinde Akran Eğitimi Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir. (Danışman: Yard. Doç. Dr. A Dicle).

73. Turner, G., Shepherd, J. (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research*, 14(2): 235-247.
74. Türkiye Kızılay Derneği& Cruz Roja Espanola (2001). İlk Yardım Eğitimi Kaynak Kitabı. Ankara.
75. Uçar M. (2008). Hepimiz İçin A'dan Z'ye İlk Yardım. 2. Baskı, Atlas Kitapçılık, Ankara.
76. Vaizoğlu S, Evcı ED, Kapısız E, Özcan S, Soylu G, Ünal B, Ünlü N, Zu'by B, Güler Ç. (2003). İlköğretim öğrencilerinin temel ilk yardım bilgi düzeyinin değerlendirilmesinde soru tekniğinin etkisi. *Sted*, 12(6):230.
77. Valente TW, Hoffman BR, Ritt-Olson A, Lichtman K, Johnson CA. (2003). Effects of a social-network method for group assignment strategies on peer-led tobacco prevention programs in schools. *Am J Public Health*, 93(11):1837-43.
78. Walsh N, Gibbie TM, Higgs P.(2008). The development of peer educator-based harm reduction programmes in Northern Vietnam. *Drug Alcohol Rev*, 27(2):200-203.
79. WHO (1954). First meeting of the Expert Committee on the Health Education of the Public. Technical Report Series No. 89. World Health Organization, Geneva.
80. Wolf RC, Bond KC. (2002). Exploring similarity between peer educators and their contacts and AIDS-protective behaviours in reproductive health programmes for adolescents and young adults in Ghana. *AIDS Care*, 14(3):361-73.
81. Wolfe LC, Selekman J. (2002). School nurses: what it was and what it is. *Pediatr Nurs*, 28(4):403-407.
82. Yavuzer H. (2006). Eğitim Ve Gelişim Özellikleriyle Okul Çağı Çocuğu. 12. basım, Remzi Kitabevi, İstanbul

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Aylin	Soyadı	Yalçın
Doğum Yeri	Lüleburgaz	Doğum Tarihi	18.05.1985
Uyruğu	T.C.	Tel	0 544 323 55 46
E-mail	aylinn_ycinn@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2007
Lise	Lüleburgaz Anadolu Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	Namık Kemal Üniversitesi	(2009-)
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
	orta	zayıf	orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	56,75							

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	83	80	82
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Ofis programları	iyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

