



M. A. Akşit Koleksiyonundan

Tıp Eğitiminde Kurslar *

M. Arif AKŞİT**

* Eğitimde uygulama temelinde, Mesleki Beceriler Uygulamaları şeklinde kurslar yapılmalıdır.

** Uzman Dr. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Neonatoloji/Yenidoğan ve Pediatrik Genetik, emekli, Eskişehir

Tıp Eğitimi tarihsel boyut olarak, birçok aşamadan geçmiş olsa da birey hakkı ve her olgunun kendisine göre bir sağlık boyutu olması ile 1988 yılında yeniden kavram oluşmaya başlamıştır.

Hipokrat "Hastalık YOK, Hasta VAR" tanımında olmasına karşın, yeniden uyarılma başlamıştır.

Bu Makalede Tıp Eğitimi Bildirgeleri ile eğitim açısından uygulanan Kurslar ve eğitimdeki yeri irdelenmektedir.

Medikal hizmetler, teknolojinin gelişmesi ile, ilaçlarla tedavi edileceği sanılırken, birey tanı ve yaklaşımda kurala uyan değil, her bireyin farklı yapısı ile uymaması yeniden bakışa gerek duyulmuştur. A grubu yaklaşımlarda bile, %5 civarında farklı sonuçların beklenmesi, izlem ve yeni yapılanmayı gerekli kılmıştır.

Bu Makalede, Tıp Eğitimi konusundaki yaklaşımlar, bildirgeler boyutu ile, kurslardaki, özellikle Eskişehir Osmangazi Üniversitesindeki kurslar ile Sağlık Bakanlığı yaklaşımları mukayeseli ortaya konulmaktadır.

Özet

Tıp Eğitiminde Kurslar

Amaç: Mesleki Beceriler, hekimlik mesleğinde, uygulamanın, temel eğitim kapsamına alındığı ve Tıp Birinci sınıftan itibaren, 7 aşamalı olarak eğitim yapılması ile beceri kazandırmaya yönelik yaklaşım ele alınmıştır.

Dayanaklar/Kaynaklar: Mesleki Beceriler Kazandırma Kursları kitapçığı ile Bakanlığın Beceriler kitabından örnekler ele alınarak ele alınmıştır.

Genel Yaklaşım: Kurslar, bilgiler, temel yaşam desteği, İlk yardım yaklaşımı, Doğum, Yoğun Bakım yaklaşımları, Yenidoğan ve Erişkin farklılıkları sunulmaktadır.

Sonuç: Tıp Eğitimi, teorik ötesinde, uygulamalara yönelik olmaktadır. Bu Makalede uygulamalar verilmektedir.

Yorum: Hekimlikte kurslar şeklinde yaklaşımdan örnekler verilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Neonatoloji Uygulamaları: İlk yardım, Temel Yaşam, Doğum, Yoğun Bakım

Outline

Courses at the Medical Education

AIM: The proficiency at the applications in Medicine is vital important, starting from the first year of the Medical Education. There must be seven steps even after graduation is required.

The efficiency and effective concepts for developing the procedures at the Human being on health aspects.

Grounding Aspects: The Medical Proficiency Course Book and the Ministry of Health on Competence book is the main source for consideration.

Introduction: Courses mainly on the contents of; the knowledge, basic life support, first aid approach, Labour, Intensive care Measures, even at Neonatology and Adult perspective are in consequence importance.

Notions: Medical education mainly on applicational concept, by scientific medical knowledge, health is the concept of the applicational performance. This Article, about the application procedures.

Conclusion: At Medicine, the applications is learned by the performing them.

Key Words: Neonatology procedures, First Aid, Basic Life, Labor and Intensive Care Measures

Giriş

Tıp Eğitimi temel bilgi ve beceri sunulması esas olarak görülürken, 1988 Edinburg yapısı ile önemli bir vurguların eklendiği görülmektedir.

Bunu takiben diğer yaklaşımlar ile, devamlı Tıp Eğitimi kavramının geliştiği gözlenmektedir.

TIP EĞİTİMİ KONUSUNDAKİ SÜREÇLER¹

Tıp Biliminde bazı temel alınan bildirgeler ve Dünya Sağlık Örgütü yanında Avrupa Tıp Birliğinin çalışmaları ve Bildirgeleri bulunmaktadır. Bunlar bir sonraki Bölümde sunulmaktadır.

TIP EĞİTİMİ KONUSUNDA DÜNYA KONFERANSI (7-12 Ağustos 1988 EDİNBURG)

1988 Edinburg Tıp Eğitiminde küreselleşmenin ilk yapılanması 1988 yılında Konferansı Tıp başlamıştır. 1984 yılında öngörülen çabaların ilk meyvesi Edinburg Eğitiminde bir Bildirgesidir.

standartlaşmadır. 1988 yılında Tıp Eğitiminde hedeflenen yaklaşımlar Edinburg Deklarasyonu ile özetlenmiştir. WHO tarafından da desteklenen bu çalışma, 1988 yılında İstanbul'da toplanan Tıp Fakülteleri dekanları ve Tıp Fakülteleri eğiticileri tarafından da onaylanmıştır.

Eylül Ayında İstanbul'da toplanan Tıp Fakülteleri dekanlarının görüşleri alınarak, bu yapının uygulanması kabul edilmiştir.

Uygulamada kabul edilmesi ve yaygınlaştırılması için, öğretim üyelerinin bilgilendirilmesinin önemi belirtilmiştir. Bu açıdan Fakültelerde Edinburg İlkeleri geniş sunulmuştur.

EDİNBURGH BİLDİRGESİNİN TEMEL İLKELERİ

- § Eğitim programları toplumdaki tüm sağlık kaynaklarına oluşacak şekilde genişletilmelidir.
- § Uygulanan konular, ulusal sağlık öncelikleri ve elde olan kaynakların kullanımını
- § Öğrenmenin hayat boyu devamlı olduğu gerçeği ile pasif öğrenmeden, aktif öğrenmeye, kendini yönlendirebilen, bağımsız ve eşgüdüm çalışma metotlarını almalıdırlar.
- § Öğreten eğiticilerin, kapsam ile uzman olmamaları

- § Konu ve sınavları meslek yeterlilik ve sosyal değerler üzerine olmalı, **bilginin birikimi ve çağırılması üzerine olmamalıdır.**
- § Hastaların bakımı yanında, sağlık ve hastalıkların önlenmesi konusuna yoğunluk
- § Fen ve eğitim bilimini pratikte entegre etmeli, klinik ve toplumsal durumlarda,
- § **Öğrenme temelli problem çözücü yöntemler kullanılmalıdır.**
- § Tıp öğrencilerinin seçiminde, kişilik kaliteleri yanında, **zekâ ile akademik yetkinliğini seçecek metotlar uygulanmalıdır.**
- § Sağlık Bakanlığı, Eğitim Bakanlığı, Toplumsal Sağlık Servisleri ve diğer kuruluşlarla politika geliştirilmeli, programlar planlanmalı, uygulamalar yapılmalı ve gözden geçirilmelidir.
- § **Eğitilen doktor sayısı ile ulusal doktor gereksinimi uygunluk göstermelidir.**
- § Birlikte öğrenme fırsatını arttırmalı
- § **Sorumluluklar netleştirilmeli ve devamlı tıp eğitim kaynakları oluşturulmalıdır.**

Tümünden strateji değişikliği değil, bütünleştirmeden söz edilmelidir.

Özet olarak:

- 1)-Eğitim programları özel değil, geniş kapsamlı olmalıdır, devamlı eğitim gündemde olmalı
- 2)-Ulusa gereksinimlere, felaketlere göre yapılmalıdır
- 3)-Uygulamalı, aktif eğitim olmalıdır
- 4)-Yöntem mentorluk yapısında uzman olmayan, arkadaşları ile olmalıdır
- 5)-Yeterlilik ve değerler üzere olmalı, bilgi sorgulaması olmamalıdır
- 6)-Koruyucu hekimlik öncelikli olmalıdır
- 7)-Eğitim bilimi katılarak, problem çözme ağırlıklı olmalıdır
- 8)-Akademik yetkinlik seçici unsur olmalıdır
- 9)-Bakanlık eğitime destek sağlamalı
- 10)-Birlikte öğrenme, uygulamalar yapılmalıdır

Bunların sağlanması için, Mesleki Beceriler Derslerinin uygulamalı yapılması, bir tecrübe kazanmaları gerektiği anlaşılmıştır.

EDİNBURGH BİLDİRGESİNDE ÖNGÖRÜLEN HEDEFLER

- § Tıp Fakültelerinde Eğitimde Öncelikler
- § Tıp Fakültelerinde Eğitim Stratejileri
- § Eğitimde Destekleyici Kaynaklar
- § İş gücü potansiyeli
- § Eğitsel Bağlar
- § Sağlık Kuruluşları ile Tıp Eğitiminin Entegrasyonu

Geniş kapsamlı bir bağ ile yapılması öngörülmektedir.

Bologna Süreci (Uyumu) 19 Haziran 1999

Bologna Süreci (İtalya): Budapeşte-Vienna Yüksek Öğrenim Bildirgesi 12 Mart 2010

Bologna Süreci, tüm [Avrupa](#)'da [yüksek lisans](#) eğitimi ve akademik konularda standartlar geliştirmek ve ayrılıkları en aza indirgeyerek eğitim sistemlerini bağdaştırmak ve Avrupa'da birbiriyle tam uyumlu bir yükseköğrenim alanı yaratmak amacıyla oluşturulmuş bir programdır. Akademik düzeyin Avrupa Yüksek Eğitimine göre oluşturulması amaçlanmıştır. Üniversitelerin Anayasası niteliğinde olan "[Magna Charta Universitatum](#)" Bologna Üniversitesinin 900 yıllık kuruluşu nedeniyle oluşturulmuştur.

Akademik yaklaşımlarda da özel değil, genel yapının oluşması planlanmaktadır.

BOLOGNA HEDEFLERİ

- Sosyal boyut, eşit giriş ve tamamlama imkânı

- Yaşam boyu eğitim imkânı
- Çalışma, iş yapabilme imkânı
- Öğrenci merkezli eğitim, yüksek eğitim hedefli eğitim
- Eğitim, araştırma ve buluşlar
- Uluslararası açık olması, katılımlı
- Mobilite, esneklik
- Veri biriktirebilme
- Çoklu, çok yönlü açık ve net eğitsel imkânlar
- Mali destekleme imkânı

Eğitimin öğrenci merkezli, esnek olması öngörülmektedir.

Bologna Sürecinde alınan kararların özeti

Bologna Sürecinde alınan kararların özeti (son 3 daha sonra eklenmiştir):

1. Kolay anlaşılır ve birbirleriyle karşılaştırılabilir yükseköğretim diploma ve/veya dereceleri oluşturmak (bu amaç doğrultusunda Diploma Eki uygulamasının geliştirilmesi),
2. Yükseköğretimde Lisans ve Yüksek Lisans olmak üzere iki aşamalı derece sistemine geçmek,
3. Avrupa Kredi Transfer Sistemini (*European Credit Transfer System, ECTS*) uygulamak,
4. Öğrencilerin ve öğretim görevlilerinin hareketliliğini sağlamak ve yaygınlaştırmak,
5. Yükseköğretimde kalite güvencesi sistemleri ağını oluşturmak ve yaygınlaştırmak,
6. Yükseköğretimde Avrupa boyutunu geliştirmek
7. Yaşam boyu öğrenimin teşvik edilmesi
8. Öğrencilerin ve yükseköğretim kurumlarının sürece aktif katılımının sağlanması
9. Avrupa Yükseköğretim Alanı'nın cazip hale getirilmesi

Bologna Süreci: (MEDINE 2) MEDICAL EDUCATION IN EUROPE 2 (22 Mart 2011)

Avrupa Komisyonunun Eğitim Direktörlüğünün desteği ile Tıp Eğitiminde akademik bir ağ oluşturulması ve geliştirilmesi öngörülmektedir. Eğitim konusunda Çalıştaylar ve bunların yayınları yapılarak belirli bir düzeye çıkarılması hedeflenmektedir. Eğitimin öğrenci merkezli ve eğitim amaçlı esnek ve kalıcı en iyi eğitsel metotları kapsamaması konusunda vurgu yapılmaktadır.

Eğitimin Avrupa temelinde eşitlenmesi planlanmıştır.

TEMEL HEDEFLER

Hasta ve hekim ilişkisinde öze, özgün yapıya, bir bakıma Hipokrat'ın, “*hastalık yok, hasta var*” prensibine dönüş gözlemlenmektedir.

AVRUPA TIP BİRLİĞİ ve TIP EĞİTİMİ

(CPME Avrupa Hekimler Komisyonu-Birliği, AMEE: The Association for Medical Education in Europe, EMSA: Tıp Öğrenci Birliği)

Objektif amaçlanan (Misyon):

- 1)-Yaşamın en üst kaliteli olarak, tıbbi yardım ve destek, her bireye etkin uygulanmalıdır
- 2)-Hasta, hekim ilişkisini bu amaçla olması ve sağlanması gerekir.
- 3)-Hekimlikte disiplinler arası iletişim tüm sağlık teşkilatında gereklidir
- 4)-Her politikada sağlık algısı ile yaklaşımlarda, sağlık boyutu sağlanmalıdır.

Vision Statement

Estudamyenidogan

- Doctors in Europe practice medicine which corresponds to the highest quality standards and is accessible to all who need it all over Europe.
- Doctors in Europe enjoy good working conditions; their financial situation allows them to practice good medicine and their well-being is upheld.
- Doctors in Europe can practice free from the undue interference of administration, economy or insurances.

Yorum

Bakış açısı olarak (Vizyon);

1)-Tıp hekimlik uygulamasında en üst kalite standardına yetişmeliler, tüm Avrupa'yı da kapsamalıdır

2)-Hekimler en iyi çalışma koşullarında olmalı, finansla destek onlara en iyi hekimlik uygulaması ve sosyal etkinlik açısından sağlanmalıdır.

3)-Kabul, ekonomi v güvenlik, sigortalama açısından, ücretsiz imkân sağlanmalıdır.

MEDINElingua

[MEDINElingua \(Ülkeler arası iş birliği ve karşılıklı öğrenci ve eğitici değişimleri, ortak lisan ve terminoloji ile anlaşma olanağı, tıpta yabancı dil olanağı sağlanması\)](#)

1. **Tıp Eğitiminde modeller ve cihazlarla açık ve mobil olmayı uyarmak** (Maketler ile dramlar yaparak açık ve karar oluşturmalarını temin etmek)
2. **Ayarlama (Tuning) eğitimi** (Eğitici eğitilene eğitim araçlarının tümünü, aktif ve pasif öğrenmenin tüm araçlarından faydalanması esası=öğrenciye göre eğitimin (ayarlanması)
3. **Tıpta öncelikle ilk aşamanın Tuning /uyarlanmış) eğitimi** (Birinci Basamak özellikle eğitimde öngörülmelidir)
4. **Müfredat özellikle 21. Yüzyıla yönelik olmalıdır** (Atatürk'ün belirttiği muasır medeniyet ötesi kavramı benimsenmektedir)
5. **Bologna Süreci sürdürülmeli, entegrasyon tamamlanmalıdır.**
6. **Araştırma Kapsam içine alınmalıdır.**
7. **Karşılıklı ağ yönetimi yapılmalıdır.**
8. **MEDİNE2 uygulama sonuçları paylaşılmalıdır.**
9. **MEDİNE' uygulamalarında Kötüye kullanma (sömürü) verileri**
10. **Ağın kalite güvencesi**

Öğrenciler arası iş birliği ile ortak birlikte eğitim imkanlarının yaratılması Tıp eğitiminde, önemli katkısı olmuştur.

Yorum

Avrupa'nın tıp etkinliğinin yaşamsal boyutta devamlılığı ve sürdürülebilir olması ve online araştırılması metodu ile ileriye yönelik olmasını belirtmektedir. Tıp Fakültelerinin kendi eğitim değerlendirmesini ikinci halka uyarlama (Tuning/Öğrenciye göre ayarlanmış, uyarlanmış) tıp yöntemi ile oluşmasını ve kendi değerlendirme ve ek eğitsel malzemelerle oluşması öngörülmektedir.

(1982) CPME DUBLIN TIP EĞİTİMİ BİLDİRGESİ

- 1. Devamlı tıp eğitimi bir hekimin yaşamı boyunca etik ve hekimlik gereği gerekli görülmektedir.
- 2. Amacı sağlanan bilgi ve becerinin hizmete yansması olmalıdır.
- 3. Bilgi ve **becerilerin güncellenmesi** şeklinde olmalıdır.
- 4. Her hekime bu hak tanınmalıdır.
- 5. Devamlı eğitim Hipokrat'tan beri süregelen bir yaklaşımdır.
- 6. Kitap, görsel ve diğer eğitim araçları ile zenginleştirilmelidir.
- 7. **Gerçek ile bağlantılı oluşturulmalıdır. Teorik yapıdan uzaklaştırılmalıdır.**

- 8. Gereksinimleri karşılamalıdır.
- 9. Bilgiler interaktif olmalı, tartışmalar ufak gruplarda oluşturulmalı, klasik yaklaşım yerine davetli konuşmacılar yerine tartışmacılarla yürütülmelidir.
- 10. En erken tıp eğitiminde başlamak üzere, seçim net form ve içeriklerle her hekimin kendi seçeneğine göre yapılandırılmalıdır.
- 11. **Öğretme yerine beceri kazanma daha öne alınmalıdır.**
- 12. Ücret konusunda eğitim süreci boyunca hekimlerin zarar görmemesi sağlanmalıdır.
- 13. Uzmanlıkta pratik açıdan yeterli olması konusu önemsenmelidir.
- 14. Tüm Avrupa ile benzer koordinasyonu olmalı ve akredite programlar olmalıdır.

Beceri kazanarak öğrenme daha öne alınmıştır.

Yorum

Mesleki Beceriler konusu öne çıkarılmaktadır.

1996 CPME DOKTORLUK EĞİTİMİNDE EYLEM

Tıp Eğitiminde öngörülen yaklaşımlar:

- Uygulamalar açısından hekimlerin eğitiminin öneminde ısrar edilmelidir.
- Avrupa Birliği açısından eğitim programlarına uygulamalı eğitimler konulmalıdır.
- Avrupa düzeyinde fonlar oluşturulmalıdır.

Avrupa'daki Hekimleri temsil eden kuruluşun Tıp Eğitimi ve Eğitimin Sürdürülmesi konusundaki vurguları aşağıda sunulmaktadır.

Sağlık Bakımında Standartlar

Tıp yaklaşımlarında yüksek standartların geliştirilmesi için aşağıdaki hususlara özel dikkat sarf edilmesi önerilmektedir.

- Koruyucu Hekimlik
- Hekimin hastasına yeterli zaman ayırması
- Multi-disipliner sistemin gelişiminin sağlanması
- Gelecek tıp gereksinimlerine göre beceri ve bakım uzmanlıklarının geliştirilmesi
- Tıp uygulamalarında karşı görüşlerin çözümü ve ekip çalışma becerilerinin eğitimin entegrasyonu olduğunun algılanması
- Sağlık bakımı yanında hasta-hekim ilişkilerinin tıp eğitim programlarına eklenmesi

Sağlık Bakımı Uygulamaları

Özellikle kırsal kesimi sağlık yaklaşımları temelinde yaklaşımlar öğretilmelidir. Bu konuda mali ve yapısal destek sağlanmalıdır.

- Sağlık bakımının sınırlı olduğu yerlerde uygulamaların öğretilmesi
- Ek olarak; akademik ağlar ve hekim programları ile iletişim ve ilişkilerin sağlayan sistemlerin oluşturulması
- Esnek çalışma sistemi ve imkânlarının getirilmesi
- Uzaktan bireysel eğitimin sağlanması

Esneklik, Mobilite

Eğitimde esneklik (Tuning) eğitilene ve mevcut durum ve şartlara göre olacağı için, buna uyum sağlamanın öğretilmesi önemsenmelidir.

Eğitimde, öğrenciye göre esneklik, uyarılma ve ona göre yapılması gerektiği vurgulanmaktadır.

Yorum

Hekimlik teorik bilgi yapısından uygulamalı, bakım uzmanlaşması gibi ileri düzeyde yapabilme boyutu tanımlanmaktadır.

BAŞLICA VURGULAR

Tam kalifiye Hekim: Hekimin her konuda tam olması hatta belirli bir uzmanlık alanında bile tam bilgili olması görülmektedir. Burada anlaşılacağı gibi hekimlerin gelecek açısından eğitime açık olması öğretilmelidir.

- Gelecekteki uyum açısından teorik ve klinik bilgi sahibi olmak

- Önemli alanlarda total bir ilgisizlik olmamalıdır

Etik sorumluluklar: Hekimin etik görevi çift katlıdır.

- Hekim kapasitesi ile yapabilecekleri konusunda gerçekleri tanımlamış olmalıdır.
- Hekim kapasitesinin devamlı artırılması yönünde çaba göstermelidir.

Tıbbi kalite saptanması/ölçümü: Hekimin yaptığı yaklaşımlardan dolayı elde ettiği sonuçlar konusunda mutlaka bir değerlendirme yapılması gereklidir. Eğer farklı sonuçlar elde edilmekte ise, bu durumda devamlı eğitime alınması beklenmelidir.

Eğitim açısından kalifiye olunması ile etik ilkeler içinde olmak, tıbbi kalite açısından da irdelenebilir olması gündeme getirilmiştir.

Yorum

Hekimin kapasitesi değil, hekimin arzu ettiği, ilgi duyduğu alanda gelişimi, değişimi ve eğitimi planlanması ve uygulaması gündemdedir.

SONUÇ-ÖZET

CPME (Avrupa Tıp Birliği) Tıp Eğitiminde temel olarak uygulamaların hekimlerin eğitiminde temel alınması ve bu konuda ısrarla ve gereken eğitsel fon ve uygulamalı mesleki beceriler laboratuvarların kurulmasının sağlanması istenmektedir.

Sonuç olarak Mesleki Becerilerin ayrı bir kapsam olarak, dersten ayrı, bir uygulama merkezi olarak verilmesi gündemde olmuştur.

Bu konudaki yaklaşımlar kurslar olarak aşağıda sunulmaktadır.

MESLEKİ BECERİLER KAZANDIRMA KURSLARI²

Eğitim kazandırma kurslar şeklinde düzenlenmiş ve kurslar aşağıdaki şekilde yapılandırılmıştır

MESLEKİ BECERİLER KAZANDIRMA KURSLARI

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Bilişimi Birimi, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Kurulu, Mesleksel Beceriler Grubu, MESLEKİ BECERİLER KAZANDIRMA KURSLARI

İçindekiler

Önsöz

BÖLÜM A: BİLGİLENME

BÖLÜM A1: BİLGİLENME HAKKI

EĞİTSEL YAKLAŞIM

GENEL HUKUK USULLERİ

EĞİTİCİDEN EĞİTİLENE

SORU HAZIRLAMA TEKNİKLERİ

SÖZLÜ SINAV İLKELERİ

TIP EĞİTİMİ KONUSUNDAKİ SÜREÇLER

BÖLÜM A2: EĞİTİLENİN REHBERİ

Tıp Eğitiminde BİLDİRGELER

Mesleki Becerilerin Eğitimde Yeri

Aktif Eğitim ve Beceri Kazanma
Aktif Eğitici olma (**Koçluk**) yaklaşımı
AKTİF EĞİTİM ETİK İLKELER
EĞİTİMDE ETİK İLKELER

BÖLÜM A3: EĞİTMENİN REHBERİ

Giriş

Eğitim Becerileri Kitabı

Mesleki Beceriler Prensipleri

BÖLÜM B : BECERİ KURSLARI

GENEL İLK YARDIM BİLGİLERİ

TEMEL YAŞAM DESTEĞİ

1. KURS: Erişkinde Temel Yaşam
2. KURS: Çocuk Temel Yaşam CPR 1-8 yaş
3. KURS: Bebekte Temel Yaşam CPR 0-1 yaş

Hava Yolu açma- Heimlich

4. KURS: Bebekte, bilinç açık- Heimlich
5. KURS: Bebek, bilinç kapalı-Heimlich
6. KURS: Erişkin, bilinç açık-Heimlich
7. KURS: Erişkin, bilinç kapalı-Heimlich

İleri Yaşam Becerileri-Yoğun Bakım

8. KURS: Yenidoğan Doğum
9. KURS: Erişkin İleri Yaşam VF-VT

İLK YARDIM UYGULAMALARI

10. KURS: Kanama kontrol yöntemleri
11. KURS: Yara yeri ve yanık pansumanı
12. KURS: Yara yeri debritleme
- Kaza, travma değerlendirilmesi
13. KURS: Hasta ve yaralıların taşınması
14. KURS: Servikal boyunluk (kolor) uygulama
15. KURS: Yastık atel uygulama
16. KURS: Ön kol kırıklarında atelleme
17. KURS: Omuz çıkığı, askıya alma
18. KURS: Klavikula kırık sekiz bandajı
19. KURS: Humerus diafiz kırıkları atelleme

Hasta, olay yeri değerlendirilmesi

20. KURS: Fiziksel Muayene
21. KURS: Timpan membranı muayenesi
22. KURS: Göz dibi inceleme
23. KURS: Stetoskop kullanma, göğüs oskültasyon
24. KURS: Kardiyak oskültasyon
25. KURS: Fiziksel muayene-Glasgow skala
26. KURS: Nörovasküler Fonksiyon
27. KURS: Prostat Muayenesi
28. KURS: Anal bakı, rektal tuşe
29. KURS 27: Meme Muayenesi
30. Leopold Manevrası

TEMEL BECERİLER

Hasta Verileri

31. KURS: Vital bulguların ölçümü
32. KURS: Vücut ısısı ölçümü
33. KURS: Kan basıncı ölçümü
34. KURS: Nabız, solunum değerlendirme

Hijyen

35. KURS: Cerrahi antisepsi, el yıkama
36. KURS: Steril eldiven giyme

Girişimler

37. KURS: Striple idrar tetkiki
38. KURS: Kapiller örnekleme
39. KURS: Glukometre ile kan şekeri ölçümü
40. KURS: İntravenöz kan alma ve enjeksiyon
41. KURS: Arteriyel kan alma
42. KURS: Pediatrik kanülasyon
43. KURS: Subklaviyen ven kateterizasyonu
44. KURS: İntradermal enjeksiyon
45. KURS: İntramüsküler enjeksiyon
46. KURS: Subkutan enjeksiyon
47. KURS: Kulak yıkama
48. KURS: Buruna tampon konulması
49. KURS: Mesane kateterizasyonu (kadın)
50. KURS: Mesane kateterizasyonu (erkek)
51. KURS: Nazogastrik sonda takma
52. KURS: Sütür uygulama
53. KURS: Elektrokardiyografi (EKG)
54. KURS: Lomber ponksiyon
55. KURS: Torasentez uygulama
56. KURS: Tedavi Amaçlı torasentez
57. KURS: Entübasyon uygulama
58. KURS: Trakeotomi
59. KURS: Tüp Torakostomi Uygulaması
60. KURS: Parasentez
61. KURS: İntraartiküler enjeksiyon
62. KURS: Alçı uygulama

Doğum, Kadın-Doğum GİRİŞİMLER

63. KURS: Uterus Muayenesi
64. KURS: RIA Uygulama
65. KURS: Leopold Manevraları
66. KURS: Doğum
67. KURS: Epizotomi
68. KURS: Yenidoğan Bakımı
69. KURS: Yenidoğan İleri Yaşam Desteği

B Ö L Ü M 4 : P R O G R A M L A R
D E R S P R O G R A M L A R I V E
S I N A V T A R İ H L E R İ
E Ğ İ T İ M V E K U R S L A R

Gruplandırma

Konular TEMEL İLK YARDIM UYGULAMALARI EĞİTİM KİTABI temelinde başlıca 4 ana başlıkta ele alınmıştır. Bunlar: A) Genel Bilgiler, B) Temel Yaşam Desteği, C) İlk Yardım Uygulamaları, D) Temel Becerilerdir.

Kurslar bu başlık içinde sınıflandırılmış ve bu başlıklarda ileride sertifikasyon ilgi edinme, bunun bireysel olarak sahip olunmasını uygulamalarına geçilmesi hedeflenmiştir.

ANAHTAR VURGULAR

- 1 Değerli Bilgiler
- ü SAĞLIK BAKANLIĞI, TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ, İLK YARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI TEMEL İLK YARDIM UYGULAMALARI EĞİTİM KİTABI temel alınarak yeniden gruplandırılmıştır.
- 1 AMAÇ (Bu Bölümde verilmek istenenler)
- Ø İlk Yardım ile Acil Tedavi Yaklaşımları farklıdır. Hekim, temelde acil yardım eğitimi almamıştır.
- : ÖNERİLER
- « TEMEL İLK YARDIM UYGULAMALARI EĞİTİM KİTABI başlığında sunulanlar ile acil tedavi yaklaşımları farklılıklar göstermektedir. Kurslarda ACİL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI bulunmaktadır.
- & Özet
- q TEMEL İLK YARDIM UYGULAMALARI EĞİTİM KİTABI İLK YARDIM konusunda bilgiler vermektedir.
- q KURSLAR ACİL TEDAVİ konusunda bilgiler sunmaktadır.

İlk Yardım Bilgileri

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Bilişimi Birimi, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Kurulu, Mesleki Beceriler Grubu, MESLEKİ BECERİLER KAZANDIRMA KURSLARI²

İNAN H. Fazıl, KURT Zülfinaz, KUBİLAY İlknur³

TEMEL İLK YARDIM UYGULAMALARI EĞİTİM KİTABI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ,
İLK YARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI, Ankara 2007³

GENEL İLK YARDIM BİLGİLERİ

İlk yardım nedir? Herhangi bir kaza veya yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, sağlık görevlilerinin yardımı sağlanıncaya kadar, hayatın kurtarılması ya da durumun kötüye gitmesini önleyebilmek amacı ile olay yerinde, tıbbi araç gereç aranmaksızın, mevcut araç ve gereçlerle yapılan ilaçsız uygulamalardır.

Acil tedavi nedir? Acil tedavi ünitelerinde, hasta/yaralılara doktor ve sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi müdahalelerdir.

İlk yardım ve acil tedavi arasındaki fark nedir? Acil tedavi bu konuda ehliyetli kişilerce gerekli donanımla yapılan müdahale olmasına karşın, ilk yardım bu konuda eğitim almış herkesin olayın olduğu yerde bulabildiği malzemeleri kullanarak yaptığı hayat kurtarıcı müdahaledir.

İlk yardımcısı kimdir? İlk yardım tanımında belirtilen amaç doğrultusunda hasta veya yaralıya tıbbi araç gereç aranmaksızın mevcut araç gereçlerle, ilaçsız uygulamaları yapan eğitim almış kişi ya da kişilerdir.

İlk yardımın öncelikli amaçları nelerdir?

- Ø Hayati tehlikenin ortadan kaldırılması,

- Ø Yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesinin sağlanması,
- Ø Hasta/yaralının durumunun kötüleşmesinin önlenmesi,
- Ø iyileşmenin kolaylaştırılması.

İlkyardımın temel uygulamaları nelerdir? İlkyardım temel uygulamaları Koruma, Bildirme, Kurtarma (KBK) olarak ifade edilir.

Koruma: Kaza sonuçlarının ağırlaşmasını önlemek için olay yerinin değerlendirilmesini kapsar. En önemli işlem olay yerinde oluşabilecek tehlikeleri belirleyerek güvenli bir çevre oluşturmaktır.

Bildirme: Olay / kaza mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde telefon veya diğer kişiler aracılığı ile gerekli yardım kuruluşlarına bildirilmelidir. Türkiye'de ilkyardım gerektiren her durumda telefon iletişimleri, 112 acil telefon numarası üzerinden gerçekleştirilir.

Kurtarma (Müdahale): Olay yerinde hasta / yaralılara müdahale hızlı ancak sakın bir şekilde yapılmalıdır.

İlkyardımcının müdahale ile ilgili öncelikli yapması gerekenler nelerdir?

- Ø Hasta / yaralıların durumu değerlendirilir (ABC) ve öncelikli müdahale edilecekler belirlenir,
- Ø Hasta/yaralının korku ve endişeleri giderilir,
- Ø Hasta/yaralıya müdahalede yardımcı olacak kişiler organize edilir,
- Ø Hasta/yaralının durumunun ağırlaşmasını önlemek için kendi kişisel olanakları ile gerekli müdahalelerde bulunulur,
- Ø Kırıklara yerinde müdahale edilir,
- Ø Hasta/yaralı sıcak tutulur,
- Ø Hasta/yaralının yarasını görmesine izin verilmez,
- Ø Hasta/yaralıyı hareket ettirmeden müdahale yapılır,
- Ø Hasta/yaralının en uygun yöntemlerle en yakın sağlık kuruluşuna sevkı sağlanır (112) (Ancak, ağır hasta/yaralı bir kişi hayati tehlikede olmadığı sürece asla yerinden kıpırdatılmamalıdır).

112'nin aranması sırasında nelere dikkat edilmelidir?

- Ø Sakin olunmalı ya da sakın olan bir kişinin araması sağlanmalı,
- Ø 112 merkezi tarafından sorulan sorulara net bir şekilde cevap verilmeli,
- Ø Kesin yer ve adres bilgileri verilirken, olayın olduğu yere yakın bir caddenin ya da çok bilinen bir yerin adı verilmeli,
- Ø Kimin, hangi numaradan aradığı bildirilmeli,
- Ø Hasta/yaralı (lar)ın adı ve olayın tanımı yapılmalı,
- Ø Hasta/yaralı sayısı ve durumu bildirilmeli,
- Ø Eğer herhangi bir ilkyardım uygulaması yapıldıysa nasıl bir yardım verildiği belirtilmeli,
- Ø 112 hattında bilgi alan kişi, gerekli olan tüm bilgileri aldığını söyleyinceye kadar telefon kapatılmamalıdır.

İlkyardımcının özellikleri nasıl olmalıdır? Olay yeri genellikle insanların telaşlı ve heyecanlı oldukları ortamlardır. Bu durumda ilkyardımcı sakın ve kararlı bir şekilde olayın sorumluluğunu alarak gerekli müdahaleleri doğru olarak yapmalıdır. Bunun için bir ilkyardımcıda aşağıdaki özelliklerin olması gerekmektedir:

- Ø İnsan vücudu ile ilgili temel bilgilere sahip olmalı,
- Ø Önce kendi can güvenliğini korumalı,
- Ø Sakin, kendine güvenli ve pratik olmalı,
- Ø Eldeki olanakları değerlendirebilmeli,
- Ø Olayı anında ve doğru olarak haber vermeli (112'yi aramak),
- Ø Çevredeki kişileri organize edebilmeli ve onlardan yararlanabilmeli,
- Ø İyi bir iletişim becerisine sahip olmalıdır.

Hayat kurtarma zinciri nedir? Hayat kurtarma zinciri 4 halkadan oluşur. Son iki halka ileri yaşam desteğine aittir ve ilkyardımcının görevi değildir.

- 1.Halka- Sağlık kuruluşuna haber verilmesi
- 2.Halka- Olay yerinde Temel Yaşam Desteği yapılması
- 3.Halka- Ambulans ekiplerince müdahaleler yapılması

4.Halka- Hastane acil servislerinde müdahale yapılmasıdır.

İlkyardımın ABC si nedir? Bilinç kontrol edilmeli, bilinç kapalı ise aşağıdakiler hızla değerlendirilmelidir:

- A. Hava yolu açıklığının değerlendirilmesi
- B. Solunumun değerlendirilmesi (Bak-Dinle-Hisset)
- C. Dolaşımın değerlendirilmesi (Şah damarından 5 saniye nabız alınarak yapılır)

Temel Yaşam Desteği

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Bilişimi Birimi, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Kurulu, Mesleksel Beceriler Grubu, MESLEKİ BECERİLER KAZANDIRMA KURSLARI

İNAN H. Fazıl, KURT Zülfinaz, KUBİLAY İlknur³

TEMEL İLKYARDIM UYGULAMALARI EĞİTİM KİTABI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ,
İLKYARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI, Ankara 2007

TEMEL YAŞAM DESTEĞİ

Solunum ve kalp durması nedir? Solunum durması: Solunum hareketlerinin durması nedeniyle vücudun yaşamak için ihtiyacı olan oksijenden yoksun kalmasıdır. Hemen yapay solunuma başlanmaz ise bir süre sonra kalp durması meydana gelir.

Kalp durması: Bilinci kapalı kişide kalp atımının olmaması durumudur. Kalp durmasına en kısa sürede müdahale edilmezse dokuların oksijenlenmesi bozulacağı için beyin hasarı oluşur. Kişide solunumun olmaması, bilincin kapalı olması, hiç hareket etmemesi ve uyarılara cevap vermemesi kalp durmasının belirtisidir.

Temel Yaşam Desteği nedir? Yaşam kurtarmak amacı ile hava yolu açıklığı sağlandıktan sonra, solunumu ve/veya kalbi durmuş kişiye yapay solunum ile akciğerlerine oksijen gitmesini, dış kalp masajı ile de kalpten kan pompalanmasını sağlamak üzere yapılan ilaçsız müdahalelerdir.

Hava yolunu açmak için Baş-Çene pozisyonu nasıl verilir? Bilinci kapalı bütün hasta/yaralılarda solunum yolu kontrol edilmelidir. Çünkü dil geriye kayabilir ya da herhangi bir yabancı madde solunum yolunu tıkayabilir. Önce ağız içine gözle bakılır, eğer yabancı cisim var ise çıkarıldıktan sonra hastaya baş-çene pozisyonu verilir. Bunun için;

- Ø Bir el altına yerleştirilir,
- Ø Diğer elin iki parmağı çene kemiğinin üzerine yerleştirilir,
- Ø Alından bastırılıp, çeneden kaldırılarak baş geriye doğru itilir,
- Ø Böylece dil yerinden oynatılarak hava yolu açıklığı sağlanmış olur.

Yapay solunum nasıl yapılır?

- Ø Hasta/yaralının hava yolu açıldıktan sonra, solunum Bak-Dinle-Hisset yöntemi ile değerlendirilir,
- Ø Normal solunum yoksa (solunum yoksa veya yetersiz ve düzensiz ise) hemen yapay solunuma başlanır.

İNAN H. Fazıl, KURT Zülfinaz, KUBİLAY İlknur³

TEMEL İLKYARDIM UYGULAMALARI EĞİTİM KİTABI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ,
İLKYARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI, Ankara 2007

YETİŞKİNLERDE DIŞ KALP MASAJI VE YAPAY SOLUNUMUN BİRLİKTE UYGULANMASI

- 1- Kendisinin ve hasta/yaralının güvenliğinden emin olunur,
- 2- Hasta/yaralının omuzlarına dokunup "iyi misiniz?" diye sorularak bilinci kontrol edilir; eğer bilinci yok ise:
- 3- Çevreden yardım çağırılır; 112 aratılır; suda boğulmalarda ve travmalarda, eğer ilkyardımcı yalnız ise 30/2 kalp basısı ve suni solunum uygulamasının 5 tur tekrarından sonra 112'yi kendisi arar,
- 4- Hasta/yaralı sert bir zemin üzerine sırt üstü yatırılır,
- 5- Hasta/yaralının yanına diz çökülür,
- 6- Hasta/yaralının boynunu ve göğsünü saran giysiler açılır,
- 7- Ağız içi gözle kontrol edilir; hava yolu tıkanıklığına neden olan yabancı cisim var ise çıkartılır,
- 8- Hava yolunu açmak için bir el hasta/yaralının alınına, diğer elin iki parmağı çene kemiğinin üzerine yerleştirilir,
- 9- Çene kemiğinin uzun kenarı yere dik gelecek şekilde alından bastırılıp, çeneden kaldırılarak baş geriye doğru itilir; hastaya baş-çene pozisyonu verilir,
- 10- Hasta/yaralının solunum yapıp yapmadığı bak-dinle-hisset yöntemiyle 5 saniye süre ile kontrol edilir:
 - Göğüs kafesinin solunum hareketlerine bakılır,
 - Eğilip, kulağını hastanın ağzına yaklaştırarak solunum dinlenirken diğer el göğüs üzerine hafifçe yerleştirilerek hissedilir.
- 11- Soluk alıp vermiyorsa alnın üzerine konulan elin baş ve işaret parmağını kullanarak hasta/yaralının burnu kapatılır,
- 12- Baş çene pozisyonunda iken hasta/yaralının ağzını içine alacak şekilde ağız yerleştirilir,
- 13- Eğer solunum yoksa hasta /yaralının göğsünü yükseltmeye yarayacak kadar her biri 1 saniye süren 2 kurtarıcı nefes verilir, havanın geriye çıkması için zaman verilir,
- 14- Kalp basısı uygulamak için göğüs kemiğinin alt ve üst ucu tespit edilerek alt yarısına bir elin topuğu yerleştirilir,
- 15- Diğer el bu elin üzerine yerleştirilir,
- 16- Her iki elin parmakları birbirine kenetlenir,
- 17- Ellerin parmakları göğüs kafesiyle temas ettirilmeden, dirsekler bükülmeden, göğüs kemiği üzerine vücuda dik olacak şekilde tutulur,
- 18- Göğüs kemiği 4-5 cm aşağı inecek şekilde (yandan bakıldığında göğüs yüksekliğinin 1/3'ü kadar) bası uygulanır, bu işlemin hızı dakikada 100 bası olacak şekilde ayarlanır,
- 19- Hasta/ yaralıya 30 kalp masajından sonra 2 solunum yaptırılır, (30;2)
- 20- Temel yaşam desteğine hasta/yaralının yaşamsal refleksleri veya tıbbi yardım gelene kadar kesintisiz devam edilir.

KURS 1

TEMEL YAŞAM DESTEĞİ

	UYGULAMA BASAMAKLARI (Safety ve C, A, B, C, D)
1.	GÜVENLİK (Canlandırma sizin ve hastanın güvenli ortamında yapılır) Hasta (kurban) ve (hekim) kurtarıcının güvenliğinden emin olacak şekilde canlandırmaya başlayınız.
2.	Sözel olarak veya nazikçe omuzlarından sarsarak 'iyi misiniz?' gibi ifadelerle sorunuz. Hastanın cevabını kim, yer, olay/mekân ve zaman olarak değerlendiriniz. BİLİNÇ KONTROLÜ, C
3.	Eğer cevap veriyorsa: hastaya (kurbana) daha fazla hasar vermeden bulunduğu pozisyonda bırakınız, yanlış olan şeyi düzeltmeye çalışınız ve aralıklarla değerlendiriniz. ZARAR VERME
4.	Eğer cevap vermiyorsa yardım çağırınız. EKİP OLUŞTUR (112 ARA)
5.	Sırt üstü çevirerek hava yolu açıklığını sağlayınız. (baş geriye-çene öne pozisyonu) A YAP
6.	Hava yolu açıklığı sürdürülürken 10 saniye sürede bak, dinle ve hisset yöntemi ile solunumunu değerlendiriniz. B YAP
7.	Eğer normal soluyorsa: ayılma pozisyonuna getiriniz, yardım çağırınız ve aralıklarla 30 saniye gibi sürelerle değerlendirmeye devam ediniz. İZLEM
8.	Eğer normal solumuyorsa: yardım çağırınız ve derhal göğüs kompresyonlarına başlayınız. B ve C YAP

9.	Ellerinizi iki el üst üste parmaklar birbirine kenetlenmiş vaziyette hastanın sternumunun ortasına yerleştiriniz. Doğru ve etkin yapmak için pozisyon oluşturmalıdır.
10.	Dirsekler bükülmeden sternumu 4-5 cm çöktecek şekilde dakikada 100 kompresyon uygulayınız. (saniyede 2 kompresyondan biraz az) C YAP
11.	Her kompresyondan sonra eller göğüs üzerinden kaldırılmadan kompresyonu gevşetiniz. (Kompresyon / relaksasyon oranı %50 olmalıdır)
12.	Kardiyak kompresyonla birlikte suni solunum uygulaması için: ----30 kompresyondan sonra hava yolunu açıklığını kontrol ediniz (baş geriye-çene öne) ----Derin bir nefes alarak hastanın burun deliklerini parmaklarınız ile kapatarak dudaklarınızı hastanın (kurbanın) ağzına iyice yerleştirerek bir saniye süre ile kendi soluk havanızı hastanın akciğerlere üfleyiniz. Hastanın göğsünün kalktığını görünüz. İNSPİRASYON (aktif) ----Dudaklarınızı hastadan ayırdığınızda göğüsün söndüğünü görünüz. EKSPİRASYON (pasif) ----2 soluktan sonra 30 kompresyon uygulayınız. ----Kompresyon/ventilasyon oranı 30:2 olacak şekilde yeniden canlandırmaya devam ediniz. ----Hasta normal solumaya başlarsa yeniden canlandırmaya ara veriniz aksi takdirde devam ediniz. Kalp basısını kendi kalp ritmine uygun olacak şekilde destekleyiniz ve 100 adet/dak tamamlayınız. ----Kurtarıcı iki kişi ise yorgunluk nedeni ile çok kısa sürede 1-2 dakika içinde kurtarıcılar yer değiştirerek canlandırmaya devam ediniz

UYGULAMADAKİ OLUMSUZLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- A) Uygun olmayan davranış veya işlemlerde sırasına uymama, atlama,
B) İşlemleri yaparken uygun olmayan sırada yapma,
C) Uygun yaklaşımı, uygun zaman, uygun araçla/metotla yapmama

ÖNCELİKLER (Safety first: güvenlik ilk önceliktir): C, A, B, C, D: C: Dolaşım, bilinç, A: airway hava yolu, Heimlich, B: breath solunum, C: circulation, dolaşım/bilinç ve kalp masajı, D: drog-ilaç ve tedavi

İNAN H. Fazıl, KURT Zülfinaz, KUBİLAY İlknur³

TEMEL İLKYARDIM UYGULAMALARI EĞİTİM KİTABI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ,
İLKYARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI, Ankara 2007

ÇOCUKLARDA (1-8 YAŞ) DIŞ KALP MASAJI VE YAPAY SOLUNUMUN BİRLİKTE UYGULANMASI

- 1- Kendisinin ve çocuğun güvenliğinden emin olunur,
- 2- Çocuğun omuzlarına dokunup "iyi misiniz?" diye sorularak bilinci kontrol edilir; eğer bilinci yok ise:
- 3- Çevreden yardım çağrılır; 112 aratılır; ilkyardımcı yalnız ise, 30;2 göğüs basısının 5 tur tekrarından sonra 112'yi kendisi arar,
- 4- Çocuk sert bir zemin üzerine sırt üstü yatırılır,
- 5- Çocuğun yanına diz çökülür,
- 6- Çocuğun boynunu ve göğsünü saran giysiler açılır,
- 7- Ağız içi gözle kontrol edilir; hava yolu tıkanıklığına neden olan yabancı cisim var ise çıkartılır,
- 8- Hava yolunu açmak için bir el hasta/yaralının alnına, diğer elin iki parmağı çene kemiğinin üzerine yerleştirilir,
- 9- Çene kemiğinin uzun kenarı yere dik gelecek şekilde alından bastırılıp, çeneden kaldırılarak baş geriye doğru itilir; çocuğa baş-çene pozisyonu verilir,
- 10- Hasta/yaralının solunum yapıp yapmadığı bak-dinle-hisset yöntemiyle 5 saniye süre ile kontrol edilir:
 - Göğüs kafesinin solunum hareketlerine bakılır,
 - Eğilip, kulağını hastanın ağzına yaklaştırarak solunum dinlenirken diğer el göğüs üzerine hafifçe yerleştirilerek hissedilir.
- 11- Soluk alıp vermiyorsa alın üzerine konulan elin baş ve işaret parmağını kullanarak çocuğun burnu kapatılır,
- 12- Baş çene pozisyonunda iken çocuğun ağzını içine alacak şekilde ağız yerleştirilir,
- 13- Eğer solunum yoksa çocuğun göğsünü yükseltmeye yarayacak kadar her biri 1 saniye süren 2 kurtarıcı nefes verilir, havanın geriye çıkması için zaman verilir,

- 14- Kalp basısı uygulamak için göğüs kemiğinin alt ve üst ucu tespit edilerek alt yarısına bir elin topuğu yerleştirilir, (çocuk yetişkin görünümünde ise yetişkinlerde olduğu gibi iki el ile kalp basısı uygulanır),
- 15- Elin parmakları göğüs kafesiyle temas ettirilmeden, dirsek bükülmeden, göğüs kemiği üzerine vücuda dik olacak şekilde tutulur,
- 16- Göğüs kemiği 2,5–5 cm aşağı inecek şekilde (yandan bakıldığında göğüs yüksekliğinin 1/3'ü kadar) bası uygulanır, bu işlemin hızı dakikada 100 bası olacak şekilde ayarlanır,
- 17- Çocuğa 30 kalp masajından sonra 2 solunum yaptırılır (30;2),
- 18- Temel yaşam desteğine çocuğun yaşamsal refleksleri veya tıbbi yardım gelene kadar kesintisiz devam edilir.

KURS 2

ÇOCUK HASTADA KARDİYO PULMONER RESÜSİTASYON (1-8 yaş)

EĞİTSEL YAKLAŞIM

EĞİTİM PLANI (GENEL BASAMAKLAR)

8. Aşama 1 (Birinci Dönem (yıl)): Sağlık ekibinde bir partner/ortak (yardımcı eleman) olması (*Bilinçsiz yetersizlik*: Beceri ile ilgili eksikliklerinin farkında değildirler.)
9. Aşama 2 (ikinci Dönem (yıl)): Öğrendikleri sağlık bilgilerinin, uygulamaya yönlendirilmesi (*Bilinçsiz yetersizlik*: Beceri ile ilgili eksikliklerinin farkında değildirler.)
10. Aşama 3 (Üçüncü Dönem (yıl)): Detaylı uygulamaya yönelik, teknik bilgileri bilmeli ve yapmalı (*Bilinçli yetersizlik*: Becerideki yetersizliklerini fark ederler, ama henüz beceriyi öğrenememişlerdir.)
11. Aşama 4 (Stajyer hekim): Hastanın değerlendirilmesi, bakım yapısını oluşturma (rutin bakım, ikincil (destek & tedavi) bakım, yoğun bakım bu grupta eğitilmez) (*Bilinçli yeterlilik*: Yeni beceriyi öğrenmişlerdir, ancak doğru olarak uygulayabilmek için tüm dikkatlerini vermeleri gerekir.)
12. Aşama 5 (İntörn hekim): Eğitim ve öğretim yardımcılığı, detaylı uygulamaları bizzat yapma (*Bilinçsiz yeterlilik*: Pek çok pratikten sonra beceriyi tüm dikkatlerini vermeden de rahatlıkla doğru olarak uygular hale gelirler.)
13. Aşama 6 (Asistan): Uzmanlık konusunda uygulamaları bizzat yaparak öğrenme
14. Aşama 7 (Devamlı Eğitim): Beceri kazanma, sertifikasyon eğitimleri (Neonatal Resusitasyon Sertifikası gibi)

EĞİTİM METODU

AŞAMA 1 (Birinci Dönem (yıl)): Mutlak bir tecrübeli bir deneticinin gözetiminde yapılmasının öğretilmesi, (Genel *Acil Yardım* yaklaşımından farklı olduğu işlenmelidir)

AŞAMA 2 (ikinci Dönem (yıl)) Hekimlik Mesleğinin sanatsal uygulaması, işlemlerin *Etik Kurallara* uygunluğu, kendi kendine eğitim ve öğrenmeyi yaparak uygulamak

AŞAMA 3 (Üçüncü Dönem (yıl)): Ekip oluşturarak, öğrenme ve uygulamanın ekip tarafından kendilerince kontrolü, not alınması, belgelendirilmesi ve bilginin çizelgelerle takibi.

DİĞER AŞAMALAR: **AŞAMA 4** (Mezuniyet öncesi hekimlik/Staj-İntörn): Kendi kendine eğitim, hasta/olgu temelinde eğitim-öğretim, sorumluluk alma ve doğrudan hekimlik yaklaşımlarını yapma **AŞAMA 5** (Akademik Yaklaşım): Kanıt dayalı tıp yapısında (A, B, C ve D grupları altında), bilim ve hasta dengesini oluşturma **AŞAMA 6** (Probleme yönelik): "*Hastalık yok hasta vardır*" prensibi ile devamlı bilimsel sorgulama ile yaklaşım, izleme **AŞAMA 7** (Araştırmalar): "*Etik ilkeler-Helsinki Bildirgesi gibi*" prensipleri temelinde bilimsel araştırmalar yapmak

KONU İLE İLGİLİ TEMEL YAKLAŞIMLAR (İLKELELER)

- A) Her birey ve olay özel (özerk), özgün ve bağımsızdır. Hukuk, birey üstünlüğü temelinde olup, insan aynıdır, fark ve ayrımcılık olmaz ve haklar temelinde eşittirler. İnsanlar (hekimler) birbirleri ile kardeşlik bağı ile bağlıdırlar. Gizlilik ve güven temel ilişkileri düzenler.
- B) Yaklaşımların bilimsel temel ve deneyim çerçevesinde yapılmasının vurgulanması
- C) Öncelikle zararımızın dokunmaması gerektiği belirtilmelidir (yararlılık ilke edinmelidir)
- D) Tedavi yaklaşımın daima önünde tedbir ve koruyucu hekimliğin geldiği işlenmelidir.
- E) Yapılacak yaklaşımın medikal gereksesi (hak edişe göre yaklaşım) olmalıdır. Gereksesiz işlem yapılamaz.
- F) Yapılacak işlemden alet ve malzemenin seçimi, malzemelerin özelliklerinin bilinmesi
- G) Yaklaşımların plastik insanlara değil, gerçek canlılara yapılır gibi *insanca yaklaşımın* öğretilmesi

Eğitici işlevi: KOÇ-COACH olmalıdır (C-Clear: Net beceri kazanmak, yapmak, O-Openness: eğitilen öğrenmeye açık olma, A-Assess: Yeterliliği ölçme, C-Communication: iletişim ve ilişkili olmalı, H-Help: yardım ve izlem ile takip)
Eğitim Metodolojisi: Demonstrasyon (gösterim) yerine, aktif yapma; tiyatro=drama, problem çözümü ve beyin fırtınası yaratılarak aktif kendi kendine yapma uygulanması.
İŞLEM: Değerlendir, Karar Ver, Uygula, Değerlendir, Karar Ver, Uygula DÖNGÜSÜ...

UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Olay yerindeki çevresel güvenliğin sağlanması ve bunun sözel olarak belirtilmesi GÜVENLİK: Güvenli bölge oluşturma/Safety first ve kabul ettirmek
2.	Hastanın omuzlarından sarsarak “iyi misiniz?” şekline benzer sevecen bir usul ile seslenip bilinçsizliğinin saptanması. BİLİNÇ KONTROLÜ
3.	Hava yolunun açılması (Baş-Çene veya Alt-Çene manevrası ile) A YAP
4.	Solunumun kontrolü, dakikada adet, derin, yüzeysel, siyanoz varlığı gibi (Bak, dinle, hisset metodu ile) B KONTROL
5.	Solunumun olup olmadığının belirtilmesi B YAP
6.	İki kurtarıcı suni solunum verilmesi (Ağızdan ağza veya ağızdan buruna)
7.	Karotis arterden nabızın kontrolü; dakikada adet, zayıf, güçlü C KONTROL
8.	Nabızın olup olmadığının belirtilmesi C DEĞERLENDİR
9.	Hasta uygun pozisyonda değil ise; sert zemine sırtüstü yatırılması
10.	Masaj yerinin belirtilmesi (Sternum üzeri, ksifoid çıkıntının bittiği yerin iki parmak üst kısmına) YERİN SAPTANMASI
11.	Tek elin topuğu sternum ile 90 derece açı yapacak şekilde masaj yerine yerleştirilmesi ve masaja başlanması (kol bükülmemeli hareketler omuzdan olmalı) C YAP
12.	Kalp Masajı/Solunum Sayısı 5/1 (Bir siklus) olacak şekilde devam edilmesi
13.	Her masajın arasında “ve” diyerek ritmin ayarlanması DOLMA ZAMANI
14.	Yeterli solunumun ve basıncın yapılması (solunum normal bir erişkinin solunumu kadar, basınç miktarı ise 2.50-3.75 cm. arasında olmalıdır)
15.	10. siklus sonunda (Solunum ile bitirilmesi gerekir) nabız kontrolü, eğer nabız alınabiliyorsa solunum kontrolü, nabız yok ise solunumu kontrol etmeye gerek yoktur)
16.	Nabız tekrar alınmaya başlayınca kadar 10-11-12-13-14-15. basamakların tekrarı) oran 5/1’den 10/1, 15/2, 30/2 gibi kliniğe göre değiştirilebilir.)
17.	Nabız döndükten sonra solunum kontrolünün yapılması
18.	Eğer solunum hala dönmemişse 4 sn.’ de bir olacak şekilde suni solunuma solunum dönene kadar devam edilmesi (4 saniye 1001,1002,1003,1004 diye sayarak ayarlanır)

UYGULAMADAKİ OLUMSUZLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- A) Uygun olmayan davranış veya işlemlerde sırasına uymama, atlama,
- B) İşlemleri yaparken uygun olmayan sırada yapma,
- C) Uygun yaklaşımı, uygun zaman, uygun araçla/metotla yapmama

NOT: Kalp atımı yeterliliği: Tansiyon ve kalp atımının yaşa uygun olması, **Solunum yeterliliği:** siyanoz olmaması, solunum sayısı ve derinliğin yaşa göre normale inmesi,

oksijenlenmenin sağlanması, **Bilinç yeterliliği:** olayı, kim, yer, zaman ve durum olarak tanımlamasıdır.

İNAN H. Fazıl, KURT Zülfinaz, KUBİLAY İlknur³

TEMEL İLK YARDIM UYGULAMALARI EĞİTİM KİTABI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ,
İLK YARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI, Ankara 2007

BEBEKLERDE (0-12 AY) DIŞ KALP MASAJI VE YAPAY SOLUNUMUN BİRLİKTE UYGULANMASI

- 1- Kendisinin ve bebeğin güvenliğinden emin olunur,
- 2- Ayak tabanına hafifçe vurarak bilinci kontrol edilir; eğer bilinci yok ise,
- 3- Çevreden yardım çağrılır; 112 aratılır; ilkyardımcı yalnız ise 5 kurtarıcı solunumdan sonra 30:2 göğüs basısının 5 tur tekrarından sonra 112'yi kendisi arar,
- 4- Bebek sert bir zemin üzerine sırt üstü yatırılır,
- 5- ilkyardımcı temel yaşam desteği uygulayacağı pozisyonu alır (yerde uygulama yapacak ise diz çöker, masa vb. yerde uygulama yapacak ise ayakta durur),
- 6- Çocuğun boynunu ve göğsünü saran giysiler açılır,
- 7- Ağız içi gözle kontrol edilir; hava yolu tıkanıklığına neden olan yabancı cisim var ise çıkartılır,
- 8- Hava yolunu açmak için, bir el bebeğin alınına, diğer elin iki parmağı çene kemiğine koyulup baş hafifçe yukarı geri itilerek eğilir,
- 9- Bebeğin solunum yapıp yapmadığı bak-dinle-hisset yöntemiyle 5 saniye süre ile kontrol edilir:
 - Göğüs kafesinin solunum hareketlerine bakılır,
 - Eğilip, kulağını hastanın ağızına yaklaştırarak solunum dinlenirken diğer el göğüs üzerine hafifçe yerleştirilerek hissedilir,
- 10- Solunum yoksa ağız dolusu nefes alınır ve ağız bebeğin ağız ve burnunu içine alacak şekilde yerleştirilir,
- 11- - Bebeğin göğsünü yükseltmeye yarayacak kadar her biri 1 saniyenin üzerinde 5 kurtarıcı solunum verilir, havanın geriye çıkması için zaman verilir,
- 12- Kalp basısı uygulamak için bebeğin (iki meme başının altındaki hattın ortası göğüs merkezini oluşturur) göğüs merkezi belirlenir,
- 13- Bir elin orta ve yüzük parmağı bebeğin göğüs merkezine yerleştirilir,
- 14- Göğüs kemiği 1-1,5 cm aşağı inecek şekilde (yandan bakıldığında göğüs yüksekliğinin 1/3'ü kadar) bası uygulanır, bu işlemin hızı dakikada 100 bası olacak şekilde ayarlanır,
- 15- Bebeğe 30 kalp masajından sonra 2 solunum yaptırılır (30:2),
- 16- Temel yaşam desteğine bebeğin yaşamsal refleksleri veya tıbbi yardım gelene kadar kesintisiz devam edilir.

KURS 3

BEBEK HASTADA KARDİYO PULMONER RESÜSİTASYON (0-1 yaş)

EĞİTSEL YAKLAŞIM

EĞİTİM PLANI (GENEL BASAMAKLAR)

1. Aşama 1 (Birinci Dönem (yıl)): Sağlık ekibinde bir partner (yardımcı eleman) olması (*Bilinçsiz yetersizlik:* Beceri ile ilgili eksikliklerinin farkında değildirler.)
2. Aşama 2 (ikinci Dönem (yıl)): Öğrendikleri sağlık bilgilerinin, uygulamaya yönlendirilmesi (*Bilinçsiz yetersizlik:* Beceri ile ilgili eksikliklerinin farkında değildirler.)
3. Aşama 3 (Üçüncü Dönem (yıl)): Detaylı uygulamaya yönelik, teknik bilgileri bilmeli ve yapmalı (*Bilinçli yetersizlik:* Becerideki yetersizliklerini fark ederler, ama henüz beceriyi öğrenememişlerdir.)
4. Aşama 4 (Stajyer hekim): Hastanın değerlendirilmesi, bakım yapısını oluşturma (rutin bakım, ikincil (destek & tedavi) bakım, yoğun bakım bu grupta eğitilmez) (*Bilinçli yeterlilik:* Yeni beceriyi öğrenmişlerdir, ancak doğru olarak uygulayabilmek için tüm dikkatlerini vermeleri gerekir.)

5. Aşama 5 (İntörn hekim): Eğitim ve öğretim yardımcılığı, detaylı uygulamaları bizzat yapma (*Bilinçsiz yeterlilik: Pek çok pratikten sonra beceriyi tüm dikkatlerini vermeden de rahatlıkla doğru olarak uygular hale gelirler.*)
6. Aşama 6 (Asistan): Uzmanlık konusunda uygulamaları bizzat yaparak öğrenme
7. Aşama 7 (Devamlı Eğitim): Beceri kazanma, sertifikasyon eğitimleri (Neonatal Resusitasyon Sertifikası gibi)

EĞİTİM METODU

AŞAMA 1 (Birinci Dönem (yıl)): Mutlak bir tecrübeli bir deneticinin gözetiminde yapılmasının öğretilmesi, (*Genel Acil Yardım yaklaşımından farklı olduğu işlenmelidir*)

AŞAMA 2 (ikinci Dönem (yıl)) Hekimlik Mesleğinin sanatsal uygulaması, işlemlerin *Etik Kurallara* uygunluğu, kendi kendine eğitim ve öğrenmeyi yaparak uygulamak

AŞAMA 3 (Üçüncü Dönem (yıl)): Ekip oluşturarak, öğrenme ve uygulamanın ekip tarafından kendilerince kontrolü, not alınması, belgelendirilmesi ve bilginin çizelgelerle takibi.

DİĞER AŞAMALAR: AŞAMA 4 (Mezuniyet öncesi hekimlik/Staj-İntörn): Kendi kendine eğitim, hasta/olgu temelinde eğitim-öğretim, sorumluluk alma ve doğrudan hekimlik yaklaşımlarını yapma **AŞAMA 5** (Akademik Yaklaşım): Kanıta dayalı tıp yapısında (A, B, C ve D grupları altında), bilim ve hasta dengesini oluşturmak

AŞAMA 6 (Probleme yönelik): "*Hastalık yok hasta vardır*" prensibi ile devamlı bilimsel sorgulama ile yaklaşım, izleme **AŞAMA 7** (Araştırmalar): "*Etik ilkeler-Helsinki Bildirgesi gibi*" prensipleri temelinde bilimsel araştırmalar yapmak

KONU İLE İLGİLİ TEMEL YAKLAŞIMLAR (İLKELER)

- A) Her birey ve olay özel (özerk), özgün ve bağımsızdır. Hukuk, birey üstünlüğü temelinde olup, insan aynıdır, fark ve ayrımcılık olmaz ve haklar temelinde eşittirler. İnsanlar (hekimler) birbirleri ile kardeşlik bağı ile bağlıdırlar. Gizlilik ve güven temel ilişkileri düzenler.
- B) Yaklaşımların bilimsel temel ve deneyim çerçevesinde yapılmasının vurgulanması
- C) Öncelikle *zararımızın dokunmaması* gerektiği belirtilmelidir (yararlılık ilke edinmelidir)
- D) Tedavi yaklaşımın daima önünde tedbir ve koruyucu hekimliğin geldiği işlenmelidir.
- E) Yapılacak yaklaşımın medikal gereksesi (hak edişe göre yaklaşım) olmalıdır. Gereksesiz işlem yapılamaz.
- F) Yapılacak işlemda alet ve malzememin seçimi, malzemelerin özelliklerinin bilinmesi
- G) Yaklaşımların plastik insanlara değil, gerçek canlılara yapılır gibi *insanca yaklaşımın* öğretilmesi

Eğitici işlevi: KOÇ-COACH olmalıdır (C-Clear: Net beceri kazanmak, yapmak, O-Openness: eğitilen öğrenmeye açık olma, A-Assess: Yeterliliği ölçme, C-Communication: İletişim ve ilişkili olmalı, H-Help: yardım ve izlem ile takip)

Eğitim Metodolojisi: Demonstrasyon (gösterim) yerine, aktif yapma; tiyatro=drama, problem çözümü ve beyin fırtınası yaratılarak aktif kendi kendine yapma uygulanması.

İŞLEM: Değerlendir, Karar Ver, Uygula, Değerlendir, Karar Ver, Uygula DÖNGÜSÜ...

UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Olay yerindeki çevresel güvenliğin sağlanması ve bunun sözel olarak belirtilmesi GÜVENLİK
2.	Hastanın omuzlarından sarsarak bilinçsizliğinin saptanması BİLİNÇ C
3.	Hava yolunun açılması (Baş-Çene veya Alt-Çene manevrası ile) A YAP
4.	Solunumun kontrolü (Bak, dinle, hisset metodu ile) B YAP
5.	Solunumun olup olmadığının belirtilmesi B YAP
6.	İki kurtarıcı suni solunum verilmesi (Ağız ve burundan beraber) B YAP
7.	Brakeal arterden nabzın kontrolü C YAP
8.	Nabzın olup olmadığının belirtilmesi C YAP
9.	Hasta uygun pozisyonda değil ise; sert zemine sırtüstü yatırılması C YAP
10.	Masaj yerinin belirtilmesi (İki meme arasındaki hayali çizginin ortasına üç parmağımızı kor, hayali çizginin üzerindeki parmağımızı yukarı kaldırırız, sternum üzerinde kalan iki parmağımızla basıncı yaparız) C YAP
11.	Basıncın parmaklar dik olması şartı ile parmak uçları ile yapılması C YAP
12.	KM / SS sayısı 5 / 1 (Bir siklus) olacak şekilde devam edilmesi C YAP
13.	Her masajın arasında "ve" diyerek ritmin ayarlanması KALP DOLMASI

14.	Yeterli solunumun ve basıncın yapılması (solunum sadece avurtlar dolusu kadar olmalı, basınç miktarı ise 1.25-2.50 cm. arasında olmalıdır) ETKİNLİK
15.	10. siklus sonunda (Solunum ile bitirilmesi gerekir) nabız kontrolü yapılması (Eğer nabız alınabiliyorsa solunum kontrolü, nabız yok ise solunumu kontrol etmeye gerek yoktur)
16.	Nabız tekrar alınmaya başlayıncaya kadar 10-11-12-13-14-15. basamakların tekrarı
17.	Nabız döndükten sonra solunum kontrolünün yapılması
18.	Eğer solunum hala dönmemişse 3 sn.' de bir olacak şekilde suni solunuma solunum dönene kadar devam edilmesi (3 saniye 1001,1002,1003,1004 diye sayarak ayarlanır)

UYGULAMADAKİ OLUMSUZLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- A) Uygun olmayan davranış veya işlemlerde sırasına uymama, atlama,
- B) İşlemleri yaparken uygun olmayan sırada yapma,
- C) Uygun yaklaşımı, uygun zaman, uygun araçla/metotla yapmama

NOTLAR: 1) Dakikada en az 100 defa kalp masajı yapılmalıdır. 1,2,3,4,5,6,7. basamaklar için en fazla 1 dk zaman ayrılmalıdır. 2) İlk planda 3-5/1 olan kalp/solunum sayısı, daha sonra siyanoz durumuna göre 10-15/1 yapılabilir, 30/1 kadar da seyrekleştirilebilir. 3) Nabız oluşmasına etkinlik açısından dikkat etmelidir, 4) 45 dakika canlandırma işlevi gerekli olabilir.

Temel Yaşam Desteği (Hava Yolu Açılması, Heimlich/Hemlich)

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Bilişimi Birimi, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Kurulu, Mesleki Beceriler Grubu, **MESLEKİ BECERİLER KAZANDIRMA KURSLARI**

Bir insan, çocuk veya erişkin, akciğerini spontan korumak için, solunum yolunu kapatır, spazm oluşur ve içeri su veya yabancı sızım girmesine engel olur. Bu durumda da hava yolunun açılması, spazmın çözülmesi gerekir. Amerika uygulamalarında birden göğse sert darbe vurunun anlamı budur. Bizde de akciğerin sıkıştırılması yeterli olacaktır. Yabancı cisim için, zaten larengeal spazm bölgesinden aşağıda olduğu için burada uygulanacak yaklaşım devamlı ve birkaç darbeyi gerekli kılar. Akciğerdeki rezerv hava dışarı atması için yeterli olacaktır.

İNAN H. Fazıl, KURT Zülfinaz, KUBİLAY İlknur³

TEMEL İLKYARDIM UYGULAMALARI EĞİTİM KİTABI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ,
İLKYARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI, Ankara 2007

Hava Yolu Tıkanıklığı

Hava yolu tıkanıklığı nedir? Hava yolunun, solunumu gerçekleştirmek için gerekli havanın geçişine engel olacak şekilde tıkanmasıdır. Tıkanma tam tıkanma ya da kısmi tıkanma şeklinde olabilir.

Hava yolu tıkanıklığı belirtileri nelerdir? Kısmi tıkanma belirtileri:

- Ø Öksürür,
- Ø Nefes alabilir,
- Ø Konuşabilir.

Bu durumda hastaya dokunulmaz, öksürmeye teşvik edilir.

Tam tıkanma belirtileri: Nefes alamaz,

- Ø Acı çeker, ellerini boynuna götürür,
- Ø Konuşamaz,
- Ø Rengi morarmıştır.

Bu durumda Heimlich Manevrası (=Karına bası uygulama) yapılır.

Bilinci yerinde tam tıkanıklık olan kişilerde Heimlich Manevrası (=Karına bası uygulama) nasıl uygulanır?

- Ø Hasta ayakta ya da oturur pozisyonda olabilir,
- Ø Hastanın yanında veya arkasında durulur,
- Ø Bir elle göğsü desteklenerek öne eğilmesi sağlanır,
- Ø Diğer elin topuğu ile hızla 5 kez sırtına (kürek kemikleri arasına) süpürür tarzda vurulur,
- Ø Tıkanıklığın açılıp açılmadığına bakılır, açıldıysa işlem durdurulur,
- Ø Tıkanıklık açılmadıysa Heimlich manevrası yapılır;
- Ø Hastanın arkasına geçip sarılarak gövdesi kavranır,
- Ø Bir elin başparmağı midenin üst kısmına, göğüs kemiği altına gelecek şekilde yumruk yaparak konur. Diğer el ile yumruk yapılan el kavranır,
- Ø Kuvvetle arkaya ve yukarı doğru bastırılır,
- Ø Bu hareket 5-7 kez yabancı cisim çıkıncaya kadar tekrarlanır,
- Ø Tıkanıklık açılmadıysa tekrar sırtına vurulur,
- Ø Bu işlemler 5'er kez olacak şekilde dönüşümlü olarak tekrarlanır,
- Ø Hastanın bilinci kapanırsa, sert zemin üzerine yatırılır,
- Ø Şah damarından nabız ve solunum değerlendirilir,
- Ø Tıbbi yardım istenir (112),
- Ø Temel yaşam desteği uygulanır.

Bilincini kaybetmiş (=bilinci kapalı) kişilerde Heimlich Manevrası:

- Ø Hasta yere yatırılır, yan pozisyonda sırtına 5 kez vurulur,
- Ø Tıkanma açılmadığı takdirde hasta düz bir zeminde başı yana çevrilir,
- Ø Hastanın bacakları üzerine ata biner şekilde oturulur,
- Ø Bir elin topuğunu göbük ile göğüs kemiği arasına yerleştirilir, diğer el üzerine konur,
- Ø Göbeğin üzerinden kürek kemiklerine doğru eğik bir baskı uygulanır,
- Ø Şah damarından nabız ve solunum değerlendirilir,
- Ø İşleme yabancı cisim çıkıncaya kadar devam edilir,
- Ø Tıbbi yardım istenir (112),
- Ø Bu hareketi 5-7 kez yabancı cisim çıkıncaya kadar ya da yardım gelinceye kadar devam edin,
- Ø Bu tür olgularda havayolu tıkanıklığından şüphelenildiğinde, ilkyardımcılar Temel Yaşam Desteği uygulamalarını yapacaklardır. Kurtarıcı nefes verdikten sonra hava gitmiyorsa tıkanıklık olduğu düşünülür, ilkyardımcı ağız içinde yabancı cisim olup olmadığını kontrol etmeli, yabancı cisim görüyorsa çıkarmalıdır.

Bebeklerde tam tıkanıklık olan hava yolunun açılması (*):

- Ø Bebek ilkyardımcının bir kolu üzerine ters olarak yatırılır,
- Ø Başparmak ve diğer parmakların yardımıyla bebeğin çenesi kavranarak boynundan tutulur ve yüzüstü pozisyonda öne doğru eğilir,
- Ø Baş gergin ve gövdesinden aşağıda bir pozisyonda tutulur,
- Ø 5 kez el bileğinin iç kısmı ile bebeğin sırtına kürek kemiklerinin arasına hafifçe vurulur,
- Ø Diğer kolun üzerine başı elle kavranarak sırtüstü çevrilir,

- Ø Yabancı cismin çıkıp çıkmadığına bakılır,
- Ø Çıkmadıysa başı gövdesinden aşağıda olacak sırtüstü şekilde tutulur,
- Ø 5 kez iki parmakla göğüs kemiğinin alt kısmından karnın üs kısmına baskı uygulanır,
- Ø Yabancı cisim çıkana kadar devam edilir,
- Ø Tıbbi yardım istenir (112).

(*) Bebek çok küçük ise ve karından baskı uygulanamıyorsa bebekler için yukarıda anlatılan uygulamalar yapılır. Ancak diğer hallerde bebeklerde yapılan uygulamalar, bilinci kapalı erişkinlerde yapılan Heimlich Manevrası uygulamaları ile aynıdır.

Kısmi tıkanıklık olan kişilerde nasıl ilkyardım uygulanır?

- Ø Eğer kişinin hava yolunda yeterli hava girişi çıkışı mevcutsa, kazazede öksürmeye teşvik edilmeli, yakından izlenmeli ve başka bir girişimde bulunulmamalıdır. Kazazedenin henüz ayakta durabildiği bu dönemde onun arka tarafında yer alınmalıdır,
- Ø Bu durumda, kazazede öncelikle bulunduğu pozisyonda bırakılmalıdır,
- Ø Kazazedenin solunum ve öksürüğü zayıflarsa ya da kaybolursa ve morarma saptanırsa derhal girişimde bulunulmalıdır,
- Ø Belirgin bir yabancı cisim, yerinden çıkmış veya gevşemiş takma dişleri varsa bunlar yerinden çıkarılır,
- Ø Eğer yabancı cisim görülemiyorsa ve hastanın durumu kötüye gidiyorsa yukarıda tam tıkanmada anlatılan uygulamalara başlanır.

Bakanlık geniş olarak açıklamalı yaklaşım göstermektedir.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Mesleki Beceriler yaklaşımında doğrudan uygulama olacağı için, geniş bilgi derslerde sunulması öngörülmektedir.

KURS 4

YABANCI CİSİM ASPIRASYONUNA MARUZ KALMIŞ BİLİNCİ AÇIK BEBEĞE MÜDAHALE ETME

EĞİTSEL YAKLAŞIM

EĞİTİM PLANI (GENEL BASAMAKLAR)

1. Aşama 1 (Birinci Dönem (yıl)): Sağlık ekibinde bir partner (yardımcı eleman) olması (*Bilinçsiz yetersizlik*: Beceri ile ilgili eksikliklerinin farkında değildirler.)
2. Aşama 2 (ikinci Dönem (yıl)): Öğrendikleri sağlık bilgilerinin, uygulamaya yönlendirilmesi (*Bilinçsiz yetersizlik*: Beceri ile ilgili eksikliklerinin farkında değildirler.)
3. Aşama 3 (Üçüncü Dönem (yıl)): Detaylı uygulamaya yönelik, teknik bilgileri bilmeli ve yapmalı (*Bilinçli yetersizlik*: Becerideki yetersizliklerini fark ederler, ama henüz beceriyi öğrenememişlerdir.)
4. Aşama 4 (Stajyer hekim): Hastanın değerlendirilmesi, bakım yapısını oluşturma (rutin bakım, ikincil (destek & tedavi) bakım, yoğun bakım bu grupta eğitimsel değildir) (*Bilinçli yeterlilik*: Yeni beceriyi öğrenmişlerdir, ancak doğru olarak uygulayabilmek için tüm dikkatlerini vermeleri gerekir.)
5. Aşama 5 (İntörn hekim): Eğitim ve öğretim yardımcılığı, detaylı uygulamaları bizzat yapma (*Bilinçsiz yeterlilik*: Pek çok pratikten sonra beceriyi tüm dikkatlerini vermeden de rahatlıkla doğru olarak uygular hale gelirler.)
6. Aşama 6 (Asistan): Uzmanlık konusunda uygulamaları bizzat yaparak öğrenme
7. Aşama 7 (Devamlı Eğitim): Beceri kazanma, sertifikasyon eğitimleri (Neonatal Resusitasyon Sertifikası gibi)

EĞİTİM METODU

AŞAMA 1 (Birinci Dönem (yıl)): Mutlak bir tecrübeli bir deneticinin gözetiminde yapılmasının öğretilmesi, (Genel *Acil Yardım* yaklaşımından farklı olduğu işlenmelidir)

AŞAMA 2 (ikinci Dönem (yıl)) Hekimlik Mesleğinin sanatsal uygulaması, işlemlerin *Etik Kurallara* uygunluğu, kendi kendine eğitim ve öğrenmeyi yaparak uygulamak

AŞAMA 3 (Üçüncü Dönem (yıl)): Ekip oluşturarak, öğrenme ve uygulamanın ekip tarafından kendilerince kontrolü, not alınması, belgelendirilmesi ve bilginin çizelgelerle takibi.

DiĞER AŞAMALAR: AŞAMA 4 (Mezuniyet öncesi hekimlik/Staj-intörn): Kendi kendine eğitim, hasta/olgu temelinde eğitim-öğretim, sorumluluk alma ve doğrudan hekimlik yaklaşımlarını yapma AŞAMA 5 (Akademik Yaklaşım): Kanıta dayalı tıp yapısında (A, B, C ve D grupları altında), bilim ve hasta dengesini oluşturmak AŞAMA 6 (Probleme yönelik): "Hastalık yok hasta vardır" prensibi ile devamlı bilimsel sorgulama ile yaklaşım, izleme AŞAMA 7 (Araştırmalar): "Etik ilkeler-Helsinki Bildirgesi gibi" prensipleri temelinde bilimsel araştırmalar yapmak

KONU İLE İLGİLİ TEMEL YAKLAŞIMLAR (İLKELER)

- Her birey ve olay özel (özerk), özgün ve bağımsızdır. Hukuk, birey üstünlüğü temelinde olup, insan aynıdır, fark ve ayrımcılık olmaz ve haklar temelinde eşittirler. İnsanlar (hekimler) birbirleri ile kardeşlik bağı ile bağıdırlar. Gizlilik ve güven temel ilişkileri düzenler.
- Yaklaşımların bilimsel temel ve deneyim çerçevesinde yapılmasının vurgulanması
- Öncelikle *zararımızın dokunmaması* gerektiği belirtilmelidir (yararlılık ilke edinmelidir)
- Tedavi yaklaşımın daima önünde tedbir ve koruyucu hekimliğin geldiği işlenmelidir.
- Yapılacak yaklaşımın medikal gerekçesi (hak edişeye göre yaklaşım) olmalıdır. Gereksiz işlem yapılamaz.
- Yapılacak işlemde alet ve malzememin seçimi, malzemelerin özelliklerinin bilinmesi
- Yaklaşımların plastik insanlara değil, gerçek canlılara yapılır gibi *insanca yaklaşımın* öğretilmesi

Eğitici işlevi: KOÇ-COACH ve MENTOR olmalıdır (C-Clear: Net beceri kazanmak, yapmak, O-Openness: eğitilen öğrenmeye açık olma, A-Assess: Yeterliliği ölçme, C-Communication: İletişim ve ilişkili olmalı, H-Help: yardım ve izlem ile takip). MENTOR: birlikte olan danışman, öneri sunan, bilge kişidir.

Eğitim Metodolojisi: Demonstrasyon (gösterim) yerine, aktif yapma; tiyatro=drama, problem çözümü ve beyin fırtınası yaratılarak aktif kendi kendine yapma uygulanması.

İŞLEM: Değerlendir, Karar Ver, Uygula, Değerlendir, Karar Ver, Uygula DÖNGÜSÜ...

UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Hava yolu tıkanmasının kavranması KAVRAMA (MÜDAHALE GEREKÇESİ OLMALI)
2.	Bir elle başın ve boynun desteklenmesi POZİSYON
3.	Bebeğin yüz aşağı şekilde, gövdesinden aşağı sarkıtarak tutulması
4.	Bebeğin ön kol üzerine yatırılması
5.	Ön kola uylukla destek olunması
6.	El tabanı kullanılarak scapulaların ortasına beş defa vurulması AKCİĞER BASINÇ İLE DIŐA ATMA
7.	Başı desteklerken bebeğin iki kol arasında tutulması ve çevrilerek sırtüstü yatırılması
8.	Bebeğin midsternal bölgesine yavaş hızda beş defa bası uygulanması
9.	2. ve 5. basamaklardaki işlemlerin yabancı cisim çıkana kadar yâda bebeğin bilinci gidene kadar devam edilmesi
10.	Cisim çıkarsa A B C kontrolünün yapılması
11.	Bebeğin bilinci giderse bilinçsiz bebekteki gibi müdahale edilmesi

UYGULAMADAKI OLUMSUZLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Uygun olmayan davranış veya işlemlerde sırasına uymama, atlama,
- İşlemleri yaparken uygun olmayan sırada yapma,
- Uygun yaklaşımı, uygun zaman, uygun araçla/metotla yapmama

Heimlich yapmak için bir klinik veya dayanak olmalıdır. Sadece Epiglot spazmı içinde uygulanabilir.

Yorum

Mezun olan bir öğrencimiz, Porsuk Çayına düşen 17 yaşındaki bir kız kurtarmış, bilinci yokmuş, dışarıda ilk yaptığı Epiglot açmak olmuş. Akciğerlerde su yokmuş, suni solunum yapmış ve kardiyak masaja gerek kalmadan toparlanmış. Polis kulübesine sokarak, ısıtmış, kurulamış ve psikolojik destek vermiş.

Konu, bu olay gazetelerde çıkınca, birçok kişi bu durumda Heimlich yapmaya gerek yoktu diyerek, tenkit etmişlerdir. Bana telefon etti, ben de onlar hiç Heimlich yapmamışlardır, amacı ve gerekçesini kitaplardan okumuşlardır dedim.

KURS 5 YABANCI CİSİM ASPIRASYONUNA MARUZ KALMIŞ BİLİNCİ KAPALI BEBEĞE MÜDAHALE ETME	
	UYGULAMA BASAMAKLARI
1.	Bebeğin durumunu kavramak için omzuna dokunularak hafifçe sarsılması
2.	Bebeğin sırtı ve başı desteklenerek sert bir zemine yatırılması
3.	Baş çene manevrası ile hiper-ekstansiyondan kaçınarak hava yolunun açılması
4.	Bak, dinle, hisset yöntemi ile solunum kontrolünün yapılması
5.	Kurtarıcı ağız ile bebeğin ağız ve burnunu kavrayarak avurtlar dolusu kadar hava vermesi
6.	Verilen hava gitmezse 3. ve 5. basamakların tekrarlanması
7.	Bebeğin başı ve ensesi desteklenerek başı gövdeden aşağıda olacak şekilde ön kol üzerine yüz aşağı yatırılması ve kolun uyluk ile desteklenmesi
8.	El topuğu kullanılarak bebeğin iki scapulası arasına kuvvetlice 5 defa vurulması
9.	Baş desteklerken bebeğin iki kol arasında tutulması ve sırt üstü olacak şekilde diğer kolun üzerine yatırılması
10.	Midsternal bölgeye 5 kez yavaş hızda bası uygulanması
11.	Yabancı cisim kontrolü için bebeğin sırt üstü yatırılması
12.	Başparmak ile ağızın açılması ve yabancı cismin kontrol edilmesi
13.	Cisim görülüyorsa alınması, görülüyorsa kesinlikle ağız içine parmak sokulmaması
14.	3. ve 5. basamakların tekrarlanması ve hava yolu açılana kadar 7 ile 13. basamaklar arasındaki işlemlerin tekrarlanması
15.	Hava yolu açılınca iki defa solunum verilmesi
16.	CPR endikasyonu varsa uygulanması

UYGULAMADAKİ OLUMSUZLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	
A)	Uygun olmayan davranış veya işlemlerde sırasına uymama, atlama,
B)	İşlemleri yaparken uygun olmayan sırada yapma,
C)	Uygun yaklaşımı, uygun zaman, uygun araçla/metotla yapmama

KURS 6 YABANCI CİSİM ASPIRASYONUNA MARUZ KALMIŞ BİLİNCİ ACIK OLAN ERİŞKİNE MÜDAHALE ETME	
	UYGULAMA BASAMAKLARI

1.	Kazazedede hava yolu tıkanması olup olmadığının anlaşılması (Eğer kazazede öksürebiliyor veya konuşabiliyorsa kesinlikle müdahale edilmez)
2.	Heimlich manevrası uygulamak için kazazedenin arkasında sırtına bakacak şekilde durulması
3.	İlk yardım uygulayacak kişinin kollarını kazazedenin beli üzerinde tutması
4.	Bir elin yumruk yapılarak başparmak tarafının, kazazedenin karnına orta hatta göbek ile ksifoid çıkıntının ortasına konması
5.	Yumruk yapılmış elin diğer elle kavranması
6.	Kazazedenin karnına hızlı ve yukarı doğru baskı uygulanması (uygulanacak basının hızlı ve yukarı doğru olmasına dikkat edilmesi)
7.	Karına uygulanan basılara, kişi yabancı cismi çıkarıncaya kadar yâda bilinci kapanana kadar devam edilmesi
8.	Kazazedenin bilinci kapandı ise; kollar yanda sırt üstü yatırılması
9.	Heimlich manevrası için kazazedenin dizleri üzerinde ata biner pozisyonda veya yanında diz üstü pozisyon alınması
10.	Bir elin kazazedenin karnına orta hatta, göbek ile ksifoid arasına dorsal fleksiyonda konması ve ikinci elin birinci elin üzerine direk konması
11.	Karına hızlı ve yukarı doğru 5 kez bası yapılması
12.	Çapraz parmak veya dil çene kaldırma yöntemi ile ağzın açılması ve diğer elin işaret parmağı ile ağız içinde süpürme hareketinin yapılması
13.	Hava yolunun baş çene pozisyonu ile açılması
14.	Ağız kapalı iken burundan veya burun kapalı iken ağızdan nefes verilmesi
15.	Eğer verilen solunum giderse ikinci solunumun verilmesi ve nabzın kontrol edilmesi
16.	Verilen solunum gitmezse, hava yolu acılana kadar 9 –14. Basamaklar arasındaki işlemlerin tekrarlanması
17.	Hava yolu açıldıktan sonra gerekirse CPR yapılması

UYGULAMADAKİ OLUMSUZLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- A) Uygun olmayan davranış veya işlemlerde sırasına uymama, atlama,
 B) İşlemleri yaparken uygun olmayan sırada yapma,
 C) Uygun yaklaşımı, uygun zaman, uygun araçla/metotla yapmama

KURS 7

YABANCI CİSİM ASPIRASYONUNA MARUZ KALMIŞ BİLİNCİ KAPALI ERİŞKİNE MÜDAHALE ETME

	UYGULAMA BASAMAKLARI
1.	Hastanın omuzlarından hafifçe sarsıp iyi misiniz diye sorarak bilinç kontrolünün sağlanması (Hasta bilinçsiz ise), hastanın sırt üstü sert bir zemine yatırılması
2.	Baş-çene manevrası ile hava yolunun açıklığının sağlanması

3.	Bak, dinle, hisset yöntemi ile solunum kontrolünün yapılması (Hastanın solunumu yok ise)
4.	Ağızdan ağza veya ağızdan buruna suni solunum yapılması (Ağızdan yapılıcaksa burnun burundan yapılıcaksa ağzın kapalı olması gerekir)
5.	Eğer verilen hava gitmezse; 2. Ve 4. Basamakların tekrarlanması (Verilen hava yine gitmezse)
6.	Hastanın dizleri üzerinde ata biner pozisyonda diz üstü pozisyon alınması
7.	Bir elin topuğunu hastanın göbek deliği ile ksifoid çıkıntının ortasına konması ve 2. Elinde 1. Elin üzerine direk konması
8.	Karına hızlı ve yukarı doğru 5 defa bası uygulanması
9.	Yabancı cisim kontrolü için hastanın baş tarafına gelinmesi
10.	Çapraz parmak yöntemi ile ağzın açılması
11.	Cisim görülebiliyorsa iki parmak ile alınması görülemiyorsa diğer elin işaret parmağı ile ağız içinde süpürme hareketinin yapılması
12.	Ağızdan ağza veya ağızdan buruna suni solunum yapılması (Ağızdan yapılıcaksa burnun burundan yapılıcaksa ağzın kapalı olması gerekir)
13.	Hava yolu hala kapalı ise;5 ile 12 arasındaki basamakların başarılı oluncaya kadar devam edilmesi
14.	Hava yolu açıklığı sağlandığında; iki defa suni solunum yapılması ve endikasyonu varsa CPR yapılması

UYGULAMADAKİ OLUMSUZLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- A) Uygun olmayan davranış veya işlemlerde sırasına uymama, atlama,
 B) İşlemleri yaparken uygun olmayan sırada yapma,
 C) Uygun yaklaşımı, uygun zaman, uygun araçla/metotla yapmama

İleri Yaşam Becerileri (Yoğun Bakım)

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Bilişimi Birimi, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Kurulu, Mesleki Beceriler Grubu, MESLEKİ BECERİLER KAZANDIRMA KURSLARI

KURS 114--8

YENİDOĞANIN DOĞUM ODASINDA İLERİ YAŞAM DESTEĞİ

UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Isı kontrolü için bebeğin radyan ısıtıcının altına yatırılması, hızla kurulanması, ıslak havluların uzaklaştırılması
2.	Baş ve boynu nötral pozisyona uygun olarak yerleştirerek hava yolunun açık olduğundan emin olunması
3.	Nazogastrik sonda ile önce ağız içinin, sonra burun deliklerinden girilerek aspire edilmesi
4.	Solunumu yoksa önce ayak tabanlarına fiske vurup, sırtına birkaç saniye avuç içi ile sürtülmesi
5.	Solunumunun etkinliğinin solunum sesleri ve göğüs inip kalkmasına göre değerlendirilmesi;

	Yeterli değilse: Oksijen %80 üzerinde olacak şekilde maske ile pozitif basınçlı ventilasyonun (PPV) başlatılması
6.	Kalp hızının değerlendirilmesi, eğer >100/dak. ise kardiyak masaja gerek yok
7.	Pozitif basınçlı ventilasyon gerekli ise, 20 sn. sonra tekrar değerlendirilmesi, bu arada >%80 oksijen serbest akımla alıyor olacak
8.	Eğer spontan solunum hareketleri var, kalp hızı 100 üzerinde ise, siyanoz bakımından gözlenmesi, serbest akım oksijeni kesmek için değerlendirilmesi
9.	Spontan solunum hareketi yok, kalp hızı <100 ise PPV'nun tekrar başlatılması. Bu durumda entübasyon uygundur
10.	Eğer kalp hızı 60'ın altında yâda 60-80 arasında fakat yükselmiyorsa kardiyak masaja başlanması
11.	Eğer kalp hızı 80 üzerinde yâda 60-80 arasında fakat yükselmeye başladıysa tek başına PPV'a devam edilmesi
12.	Eğer kalp hızı >100, solunum etkin değilse PPV'a devam et, eğer anne doğumun son 4 saati içinde opiyat kullandıysa naloxane verilmesi
13.	Yenidoğanın her 30 sn.'de bir spontan solunumunun olup olmadığının PPV'a ara verilerek değerlendirilmesi
14.	Eğer spontan solunum hareketi yok ve kalp hızı <100, PPV'nun devamı
15.	Eğer kalp hızı 60'ın altında yâda 60-80 arasında fakat yükselmiyorsa kardiyak masaja devam edilmesi ve epinefrin vermek için hazırlanılması
16.	Eğer kalp hızı 80 üzerinde yâda 60-80 arasında fakat yükselmeye başladıysa tek başına PPV'a devam edilmesi, yükselmiyorsa her 30 sn.de bir değerlendirerek 5 dakikada bir epinefrin tekrarlanması
17.	2 dakikadan sonra orogastrik tüpün yerleştirilmesi ve mide havasının boşaltılması
18.	Damar yolunun açılması: Glikoz, dopamin infüzyonunun başlatılması. Eğer kan gazı metabolik asidozu gösteriyorsa bikarbonat verilmesi

UYGULAMADAKİ OLUMSUZLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

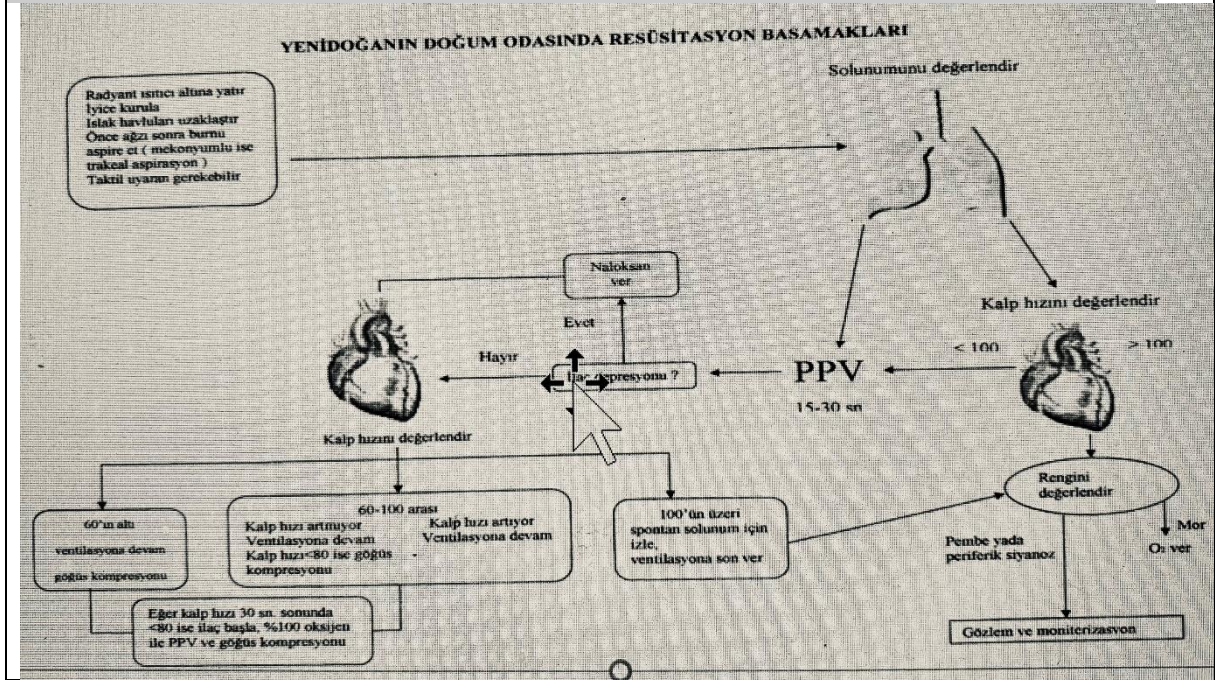
- A) Uygun olmayan davranış veya işlemlerde sırasına uymama, atlama,
 B) İşlemleri yaparken uygun olmayan sırada yapma,
 C) Uygun yaklaşımı, uygun zaman, uygun araçla/metotla yapmama

Yeni doğan bebeğin Resusitasyonda kullanılan ilaçlar

İlaçlar	Hangi konsantrasyonda verildiği	Dozu/veriliş yolu	Total doz/Bebek	Veriliş hızı/önlemler
Epinefrin	1:10000	0,1-0,3 ml/kg IV veya ET	Ağırlık Total ml 1 kg 0,1-0,3 ml 2 kg 0,2-0,6 ml 3 kg 0,3-0,9 ml 4 kg 0,4-1,2 ml	Hızlı ver. Eğer ET veriliyorsa 1-2 ml %0,9'luk NaCl ile sulandırılabilir
Hacim genişleticiler	Tam kan %5 albumin- %0,9 NaCl Normal %0,9 NaCl Ringer Laktat	10 ml/kg IV	Ağırlık Total ml 1 kg 10 ml 2 kg 20 ml 3 kg 30 ml 4 kg 40 ml	5-10 dak. sürede ver
Sodyum bikarbonat	0,5 mEq/ml (%4,2'lik solüsyon)	2 mEq/kg IV	Ağırlık Total doz 1 kg 2 mEq (4 ml) 2 kg 4 mEq (8 ml) 3 kg 6 mEq (12 ml) 4 kg 8 mEq (16 ml)	Yavaş, en hızlı 2 dakikada ver. Bebek eğer etkin biçimde ventile ediliyorsa ver

Naloksan hidroklorit	0,4 mg/ml	0,1 mg/kg (0,25 ml/kg) IV, ET, IM, SC	Ağırlık 1 kg 2 kg 3 kg 4 kg	Total doz 0,1 mg 0,2 mg 0,3 mg 0,4 mg	Hızlı ver IV, ET tercih edilir IM, SC'da kullanılabilir
dopamin	$6 \times \text{ağırlık (kg)} \times \frac{\text{istenen doz } (\mu\text{g/kg/dak})}{\text{İstenen sıvı (ml/st)}}$ =100 ml'lik solüsyonda dopamin (mg)	5 $\mu\text{g/kg/dak}$ başlanır, 20 $\mu\text{g/kg/dak}$ 'a çıkılabilir IV	Ağırlık 1 kg 2 kg 3 kg 4 kg	Total $\mu\text{g/dak}$ 5-20 $\mu\text{g/dak}$ 10-40 $\mu\text{g/dak}$ 15-60 $\mu\text{g/dak}$ 20-80 $\mu\text{g/dak}$	Devamlı infüzyon şeklinde verilir, kalp hızı, kan basıncı monitörize edilir

YENİDOĞANIN DOĞUM ODASINDA CANLANDIRMA BASAMAKLARI



NEONATAL RESÜSİTASYON İÇİN TEMEL EKİPMAN LİSTESİ

1. Eldivenler ve boks gömleği
2. Radiant ısıtıcı
3. Önceden ısıtılmış battaniyeler
4. Stetoskop
5. Ayarlanabilir aspiratör
6. Aspirasyon kateteri: 5.0, 8.0, 10.0 French
7. Flow-meter olan oksijen kaynağı
8. Ambu
9. Yüz maskesi: term ve preterm için
10. Laringoskop: pilleri önceden kontrol edilecek
11. Laringoskop için blade: 0 ve 1 numaralı
12. Endotrakeal tüpler: 2.5, 3.0, 3.5 ve 4.0 numaralı
13. Umbilikal kateter: 3.5, 5.0 ve 8.0 numaralı
14. Feeding tüp 5.0 ve 8.0 F
15. steril umbilikal damar kateterizasyonu için malzeme
16. Enjektörler: 1, 3, 5, 10, 20 ml'lik
17. Üç yönlü stop-cock

18. İntraket ve kelebek iğneler
19. Kardiyorespiratuvar monitör, EKG çekilebilir
20. Parenteral verilebilir sıvı: dekstroz ve %9'luk NaCl
21. İlaçlar:
 - Epinefrin: 1:10000
 - %4,2'lik NaHCO₃
 - Naloxane Hydrochloride
 - Volüm genişleticiler: %9' luk NaCl, %5-%10'luk albümin, Ringer Laktat

Erişkin Yaklaşımı

KURS 9

ERŞKİN YAKLAŞIMI

NABIZSIZ ELEKTRİKSEL AKTİVİTE (NEA) VEYA ASİSTOLİDE İLERİ YAŞAM DESTEĞİ

UYGULAMA BASAMAKLARI

	Temel yaşam desteği algoritmasını uygulayınız (bilincin ve solunumun değerlendirilmesi)
2.	Monitörize ediniz
3.	Ritim NEA veya asistoli ise 30:2 oranında KPR'ya başlayınız
4.	Damar yolu açılır açılmaz 1 mg adrenalin uygulayınız
5.	Asistoli gözlenirse KPR'a ara vermeden elektrotların yerini kontrol ediniz
6.	Asistoli ve ince fibrilasyon ritminin karışabildiği durumlarda defibrilasyona başlamayıp KPR uygulayınız
7.	Asistoli veya yavaş NEA ritminde (hız<60/dk) 3 mg Atropin uygulayınız
8.	Mümkün olan en kısa zamanda hava yolunu güvence altına alınız
9.	Ventilasyon sırasında göğüs kompresyonlarına ara vermeyiniz
10.	2 dakikalık KPR'dan sonra ritmi değerlendiriniz
11.	Ritim yoksa KPR'a devam ediniz
12.	1 mg Adrenalin her 3-5 dakikada bir uygulayınız
13.	NEA durumunda reversible nedenleri (4H-4T) gözden geçiriniz
14.	2 dakikalık KPR'dan sonra ritmi değerlendiriniz
15.	Organize bir ritim varsa nabızı palpe ediniz
16.	Nabız yok ise KPR'a devam ediniz
17.	Nabız var ise Resusitasyon sonrası bakıma gönderiniz

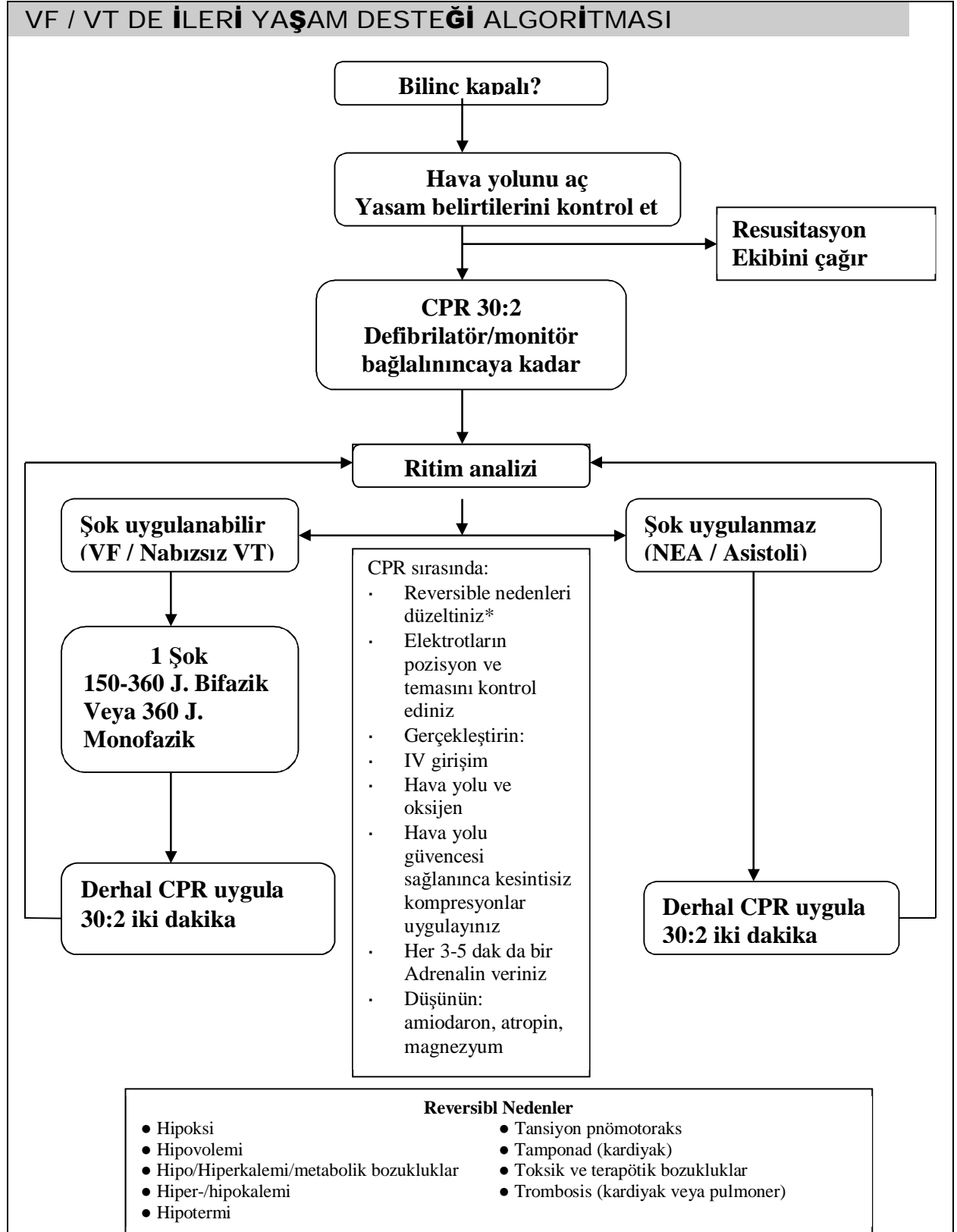
UYGULAMADAKİ OLUMSUZLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- A) Uygun olmayan davranış veya işlemlerde sırasına uymama, atlama,
- B) İşlemleri yaparken uygun olmayan sırada yapma,
- C) Uygun yaklaşımı, uygun zaman, uygun araçla/metotla yapmama

Temel değerlendirmede:

- 1) Bilimsel olarak sıraya uyulmalıdır. Sıra bir kural değil, Fizyo-patolojinin bir gereksinimidir.
- 2) Uygulamalar bireye göre uyarlanmalı, bir bakıma terzilik yapılmalıdır.

ERİŞKİN YAKLAŞIMI

**ERİŞKİN YAKLAŞIMI****VF / VT DE İLERİ YAŞAM DESTEĞİ ALGORİTMASI****UYGULAMA BASAMAKLARI**

1.	Temel yaşam desteği algoritmasını uygulayınız. (Bilinç ve cevapsızlığın kontrolü, solunum ve dolaşımın değerlendirilmesi ve desteklenmesi)
2.	Kardiyak arrest ritmini saptamak için monitorize ediniz
3.	Ritim VF / nabızsız VT ise defibrilatörü sarj ediniz ve ilk şoku güvenliğe dikkat ederek yapınız. (150-200 J. Bifazik veya 360 J. Monofazik)
4.	İlk şoktan hemen sonra ritmi değerlendirmeden veya nabızı kontrol etmeden, ritim dönmüş olsa bile KPR'ye başlayınız
5.	2 dakika süre ile kompresyon / ventilasyon oranı 30:2 olacak şekilde KPR uygulayınız
6.	İki dakikanın sonunda kısa süre duraklayarak ritmi değerlendiriniz. VF / VT devam ediyorsa güvenliğe dikkat ederek 2. şoku uygulayınız. (150-360 J. Bifazik veya 360 J. Monofazik)
7.	İkinci şoktan sonra yeniden KPR'ye başlayınız. 2 dakika süre ile kompresyon / ventilasyon oranı 30:2 olacak şekilde KPR uygulayınız
8.	KPR sırasında damar yolunu açınız
9.	VF / VT devam ediyorsa 1 mg adrenalini I.V yolla uygulayınız. (spontan dolaşım dönünceye kadar 3-5 dakika ara ile aynı dozda tekrarlayınız)
10.	Hemen sonra 3. şoku uygulayınız. (150-360 J. Bifazik veya 360 J. Monofazik) İlaç-şok-KPR-ritim değerlendirmesi silsile ile devam ediniz
11.	Şoktan sonra 2 dakika süre ile kompresyon / ventilasyon oranı 30:2 olacak şekilde KPR uygulayınız
12.	İki dakikanın sonunda halen VF / VT devam ediyorsa 300 mg amiodaron 20 ml %5 dekstroz içinde dilue edilerek I.V olarak uygulayınız
13.	Amiodarondan sonra 4. şoku uygulayınız. (150-360 J. Bifazik veya 360 J. Monofazik)
14.	Dördüncü şoktan sonra 2 dakika süre ile KPR uygulayınız
15.	KPR sonrası ritim şok uygulanmayan organize bir ritim ise nabızı kontrol ediniz. Defibrilasyon şokundan sonra organize ritim veya asistoli gelişmediği takdirde defibrilasyon şoklarına devam ediniz
16.	Spontan dolaşım geri dönmüşse resusitasyon sonrası bakım için yoğun bakıma başlayınız

UYGULAMADAKİ OLUMSUZLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- A) Uygun olmayan davranış veya işlemlerde sırasına uymama, atlama,
 B) İşlemleri yaparken uygun olmayan sırada yapma,
 C) Uygun yaklaşımı, uygun zaman, uygun araçla/metotla yapmama

Neonatoloji Açısından Bakış

Kurslardan da anlaşılacağı gibi, Doğum Salonu yaklaşımı ile Yenidoğan Yoğun Bakım canlandırma ayrı olarak işlenmektedir.

Burada malzeme ve uygulama basamakları dahil, yaklaşım detaylı olarak verilmiştir, bebekler üzerinde de uygulanmaktadır.

Hekim herhangi bir yerde doğum ile karşılaşma olanağı olduğu anımsamalıdır. Asansör, arabada doğum yapıldığı, tecrübe ile sabittir.

Bu Makalede konular incelenmemektedir.

Kaynaklar

- 1) TIP EĞİTİMİ KONUSUNDAKİ SÜREÇLER. M. A. Akşit. Tıp Fakültesinde Uyguladığım Ölçme ve Değerlendirme (Sınav) KRİTERLERİM. Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulunun No:2009/1001 ve Anayasa Mahkemesinin No: 2011/90 Kararları gereğince hazırlanmıştır. 2012.
- 2) M. A. Akşit. Mesleki Beceriler Kazandırma Kursları Sürüm 5, Dönem 1, 2, 3 (Yıl 2012).
- 3) İNAN H. Fazıl, KURT Zülfinaz, KUBİLAY İlknur. EĞİTİM BECERİLERİ, ÖĞRENİM REHBERİ, T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ, İLKYARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI, ANKARA 2002