

İLK YARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE TEMEL KAVRAMLAR

Yaşamın tehlikeye girdiği anda doğru ve etkili ilk ve acil yardım hizmetleri son derece önemlidir. Bu nedenle toplumdaki her bireye ilk yardım bilgi ve becerilerinin öğretilmesini amaçlayan İlk Yardım Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanarak, 22 Mayıs 2002 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. İlk yardım gerektiren yaralanmaların başında trafik kazaları gelmektedir. Trafik kazasını endüstri ve iş kazaları, ev kazaları, tarım ilaçlarıyla zehirlenmeler ve spor kazaları takip etmektedir.

İLK YARDIM HİZMETLERİ

İlk Yardımın Tanımı

Herhangi bir kaza ya da yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda sağlık görevlilerinin tıbbi yardımı sağlanıncaya kadar hayatın kurtarılması ya da durumun daha kötüye gitmesini önleyebilmek amacıyla olay yerinde, tıbbi araç gereç aranmaksızın mevcut araç ve gereçlerle yapılan ilaçsız uygulamalardır. Eldeki araç ve gereçlerle ile sağlık ekibi gelinceye kadar ilaçsız uygulamalar yapan, ilk yardım uygulama bilgi ve becerisine sahip kişiye ilk yardımcı denir.

İlk Yardımın Önemi

Kaza ölümlerinin % 10’u ilk beş dakikada solunum durmasına bağlı, % 50’si ise ilk yarım saat içinde büyük kanamalara bağlı olmaktadır. Bu nedenle olay yerindeki ilk yarım saat çok önemlidir. Bu ilk yarım saate altın saat denilmektedir. Basit ama etkili bir ilk yardım ile ölümlerin yaklaşık yarısını önleme şansı vardır. Aynı zamanda acil sağlık hizmetleri ve tedavinin planlanmasını kolaylaştırır.

İlk Yardımın Amacı

İlk yardımın öncelikli amaçları, yaşamsal tehlikeyi ortadan kaldırmak, yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesini sağlamak ve hasta/yaralının durumunun kötüleşmesini önlemektir.

İlk Yardımın Temel Uygulamaları

İlk yardım uygulamaları belirli aşamalar izlenerek öncelikler dikkate alınarak gerçekleştirilmelidir. Bu nedenle, ilk yardımda altın saat içerisinde Altı T’ye ve CAB’ye göre ilk yardımın temel uygulamalarını gerçekleştirmek son derece önemlidir. İlk yardım uygulamaları telefon, tedbir, tanı, triyaj, tedavi ve taşımadır. Circulation, dolaşımın sağlanması; airway, solunum yolunun açılması; breathing, solunumun sağlanmasıdır. Hasta/yaralının bilinci kontrol edilmeli, bilinç kapalı ise uluslararası standartlarda CAB harfleri ile belirtilen ilk yardım uygulamaları için hasta hızla değerlendirilmelidir.

İlk Yardımcının Temel Görevleri

- Korumak,
- bildirmek ve
- kurtarmaktır.

İlk Yardım Çantası

İlk yardım çantasında bulunması gereken malzemeler: Suni solunum maskesi, büyük sargı bezi (10 cmX3-5 cm),steril hidrofil gaz bezi (10x10 cm 50 lik), üçgen sargı bezi, hidrofil pamuk (70 gr), flaster, çengelli iğne, makas, elastik bandaj (6-8 cm enli), yara bandı, tıbbi eldiven, açık renk plastik örtü, yara bandı, tıbbi eldiven, açık renk plastik örtü, not defteri ve kurşun kalem, ilk yardım el kitabı, el feneri, düdük, cımbız ve derece.

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Acil Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Acil sağlık hizmeti, acil durumun olduğu yerde başlayan ve gerektiğinde rehabilitasyon aşamasına kadar devam eden birbirine bağlı çeşitli hizmetlerden oluşan acil yardım ve acil tedavi hizmetleridir. Acil yardım, acil sağlık hizmetleri konusunda özel eğitim görmüş ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde ve hastaneye nakil sırasında verilen hizmetlerin bütünü; acil Tedavi ise hastaneler ile diğer sağlık kurum ve kuruluşlarında acil tıbbi tedaviye ihtiyacı olanlara sunulan hizmetlerin bütünü tanımlar.

Acil Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Acil hastalık ve yaralanma, trafik kazası gibi insan yaşamını doğrudan tehdit eden bir çok olayda, acil tıbbi yardımın yerinde ve en kısa sürede başlatılması, hasta ya da yaralının uygun ekipman ve personel yardımıyla tedavi kurumlarına taşınması, tedavi kurumlarında bekletilmeden gereken müdahalenin yapılması, hayat kurtarma zincirinin vazgeçilmez halkalarıdır. Acil Sağlık Hizmetlerinin Amacı

Tıbbi anlamda acil, bireyin fiziksel ya da duygusal yönden tehlike içinde bulunduğuna inanılarak hasta ve ailesine gereksinim duyduğu tıbbi bakımın anında verilmesidir. İşlevleri ve bütünlüğü, yaşamı tehlikeye sokacak şekilde bozan etkilere karşı, vücudun geliştirdiği yanıtların yetersiz kaldığı durumlar acil tıbbi bakım girişimleri gerektiren durumlardır.

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ EKİBİ VE GÖREVLERİ

Acil sağlık hizmetlerinde çalışanlar kısa sürede hasta/yaralıyı değerlendirip tedaviye başlamalıdır. Acil ekibinin el becerisi daha gelişmiş, psikolojik yapısı daha dayanıklı, sabırlı ve motivasyonu yüksek olmalıdır. Ayrıca acil çalışanları empati yapabilmelidirler. Acil ekibinin tüm üyeleri iş ortakları gibi çalışarak ölüm oranını düşürmek amacı ile hastaya optimum bakım verirler. Acil bölüm ekibi; genelde hastane öncesi müdahale ekibi, hemşireler, hekimler, sosyal hizmet uzmanları, aile danışmanları, solunum terapistleri ve diğer çalışanlardır. Hastane öncesi girişim ekibinin en etkin üyesi Acil Tıbbi Teknisyen'dir (ATT). Acil tıbbi teknisyen: Acil bakım öncesi dönemdeki öncelikleri belirleme görevi ATT'ye aittir. Acil bakım bölümlerinde ve hastane dışında acil sağlık hizmeti verilirken ATT'lerden yararlanır. ATT ani hastalıklarda ve kazalara bağlı yaralanmalarda, ilk yardımda, hastanın doğru taşınması sırasında acıları dindirmeye, ölüm oranını azaltmaya yönelik işlevlerde bulunur. Bu durumda hastanın/yaralının sağlığı, yaşamı ve güvenliği ATT'nin sorumluluğu altındadır. Bir sağlık profesyoneli olarak ATT hemen her gün bir felaketle karşılaşır. Hastalık ya da yaralanmanın etkilerini en aza indirmeye çalışma hakkında ani karar verir. ATT, durum ne kadar ciddi olursa olsun, yetkili biri olay yerinde veya hastanede sorumluluğu alana kadar, yapılabilecek olan en iyi acil hizmeti sunmakla yükümlüdür.

ACİL SERVİS

Acil servisler hastaların kolay ulaşabilmeleri için ana yola yakın bir yerde kurulmalı, yağmur ve güneş gibi hava koşullarından olumsuz etkilenmemeleri için giriş kapısının üstü yola çıkıntı yapacak biçimde kapatılmış olmalıdır. Acil servis hastanede laboratuvarlara, yoğun bakıma, ameliyathanelere röntgen (eğer acil servis içinde kurulu değil ise), morg gibi bölümlere yakın olmalı ve bu ünitelerle doğrudan bağlantısı olan sedye asansörü bulunmalıdır. Acil servise kabul edilen hastaların triyaj masasında ve hemşire deskinde yakından ve sıkça gözlenebilmesi için kullanılan masa ve sandalye gibi malzemelerin boyu 100 cm' yi geçmemelidir. Muayene birimleri birbirinden perde ile ayrılmalıdır. Acil serviste resüsitasyon odası ve psikiyatri odası gibi özel odalar dışında kapalı odalar bulunmamalıdır. Genel olarak acil servis üç farklı yaklaşımla; koridor biçiminde arena biçiminde ve modüler biçimde tasarlanmaktadır.

AMBULANSLAR

Kara ambulansları acil yardım, hasta nakil ve özel donanımlı ambulanslar olmak üzere üçe ayrılır. Ambulanslarda bulunması gereken malzemeler de ambulansların özelliğine göre farklılık gösterir.

İLK YARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ARASINDAKİ FARK

İlk yardım, tıbbi olmayan araç-gereçlerle olay yerinde, sağlık ekibi ulaşınca dek ilk yardım konusunda eğitim almış kişiler tarafından; acil sağlık hizmeti/ acil yardım/acil tedavi, ise tıbbi araç-gereçlerle ve tıbbi yöntemlerle olay yerinde uygulanabileceği gibi ambulanda ve ilgili sağlık kurumunda, acil yardım ve sağlık hizmetleri alanında eğitim almış sağlık çalışanları tarafından uygulanan yaşam kurtarıcı girişimlerdir. İlk yardım, acil sağlık hizmetinin başladığı anda sona erer.

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE İLK YARDIM VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Dünyada Acil Sağlık Hizmetleri Dünyada hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine bakıldığında, genel olarak iki sistemin uygulandığı görülmektedir. Dünyada yeni açılan birçok acil tıp sistemi Anglo-Amerikan modelini benimsemektedir. Bu modelde hastalar daha yüksek kalitede bakım alabilmeleri için hastanelere taşınırlar. Hekim olmayan personel, örneğin ambulans ve acil bakım teknikerleri, acil tıp teknisyenleri sahada acil tıp hizmetini başlatırlar ve kritik hastaları veya yaralıları hastanelerdeki acil servislere taşırlar. Türkiye ise gerek hastane öncesi gerekse hastanelerdeki acil servis hizmetlerinde Anglo-Amerikan modelini yerleştirmeye çalışmaktadır. Franko- German Modeli'nde ise hastane hastaya getirilir ve yüksek bakım sağlamak için acil doktorları ve teknoloji sahaya taşınır. Bu modelde, acil doktorları (sıklıkla anestezi uzmanları) hastane öncesinde acil bakım hizmetini üstlenirler. Hastalar doğrudan sahadan yataklı servislere yatırılır. Acil tıp ayrı bir dal değildir ve acil servis hizmeti anestezi uzmanlarının kontrolü altındadır.

Acil Sağlık Hizmetlerinin Günümüzdeki Organizasyon Yapısı

Ülkelerdeki yerel koşullara göre bazı farklılıkların olduğu görülmektedir. Amerika ve Kanada'da itfaiye, polis ve ambulans ekiplerinin tek bir merkezden yönetildiği, her türlü acil çağrının (sağlık, güvenlik, yangın, patlama, saldırı vb.) özel eğitilmiş personeller tarafından karşılanarak gerekli ekiplerin olay yerine yönlendirildiği ve güvenlik teşkilatının daha ön planda olduğu bir sistem mevcuttur. İsrail'de de benzer bir sistem uygulanmakta, ancak buldukları bölgenin özelliği ve karşılaştıkları travma ağırlıklı vakalar nedeni ile askerî personel ve helikopterler sistemde ağırlıklı olarak kullanılmakta, travma merkezlerine bağlı çalışılmaktadır. Avrupa ülkelerinde İkinci Dünya savaşı sonrası başta Almanya olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde askeri ve güvenlik teşkilatlarının yok olması, bunun yanında savaş sırasında ve sonrasında itfaiye teşkilatlarının çok önem kazanması nedeniyle ambulans hizmetleri itfaiye teşkilatlarının içinde yürütülmeye başlanmıştır. İngiltere'de ise özel sektör kuruluşu gibi organize olmuş, profesyonel bir yönetim kurulu ile yönetilen ambulans servisleri vardır. Bu servisler itfaiyeden ayrı bir merkezden yönetilmektedir. Fransa'da ise şehirden şehire, bölgeden bölgeye farklılıklar göze çarpar ve diğer ülkelere farklı olarak hekimler daha ön plandadır. Çek Cumhuriyeti, Polonya, Macaristan gibi Orta Avrupa ülkelerinde ise acil sağlık hizmeti yerel yönetimlerin kontrolünde olmakla birlikte sistemde çok sayıda uzman doktor yanında paramedikler yer almaktadır. Uzak Doğu ülkelerinden Japonya'nın acil servislerinde çalışan personel kalitesi diğer ülkelere göre daha zayıftır. 1991 yılında ambulans hizmetinin geliştirilmesi için ilk kurum oluşturulmuş ve aynı yıl Acil Yaşam Kurtarma Teknikleri Yasası kabul edilmiştir. Bütün bu ülkelerde özellikle son on yıl içerisinde özel ambulans servislerinin önce hasta nakil ambulansları daha sonra acil ambulanslar ve hava ambulansları ile sisteme dâhil oldukları ve sistem içerisindeki paylarının arttığı gözlemlenmektedir. Acil bir durumda telefonla yardım istediğinizde içinde bulunduğunuz ülkeye göre farklı numaralar, farklı organizasyonlarla karşılanmaktadır. Avrupa Birliği'nin üye ve üyelik başvurusunda bulunan ülkelere tavsiye ettiği 112 numarasının tüm acil durumlar için tek numara olarak kullanılması henüz hiçbir ülkede tam anlamıyla uygulamaya konulamamıştır.

Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetleri

Türk Hilal-i Ahmer Cemiyeti 11 Haziran 1868 tarihinde "Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti" adıyla kurulmuş ve 1877'de "Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti" adını almıştır. 1911'de Türk Hilal-i Ahmer'i İstanbul Aksaray yangınında ilk yardım ekipleri kurmuş bu nedenle de ülkemizin ilk yardım hizmetlerinin başlangıcı 1911 olarak kabul edilmiştir. 1935'te cemiyetin adı "Türkiye Kızılay Cemiyeti" olarak değiştirilmiştir.

Türk Kızılay Cemiyeti

Uluslararası Kızılay - Kızılaç Hareketi'nin temel ilkeleri olan insanlık, ayırım gözetmemek, tarafsızlık, bağımsızlık, hayır kurumu niteliği, birlik ve evrensellik çerçevesinde çalışan bir yardım kuruluşudur. Hızır Acil 1984'te yol boyu telefonlar kurulmuş ve 1985'de Hızır Acil servisi hizmete girmiştir. İstanbul'da Taksim Hastanesine Acil Yardım Hastanesi, Ankara'da da Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi hâlâ hizmet vermektedir. Acil Tıp 1993 yılında "Acil Tıp" ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve aynı yıl Türkiye'de iki acil tıp anabilim dalı kurulmuştur. Acil Yardım ve Kurtarma 1994'te hastane öncesi hizmetlerde 077 Hızır Acil'den "112 Acil Yardım ve Kurtarma" ya geçilmiştir. İstanbul, Ankara ve İzmir'de 1994-1995 yılları arasında 112 ekipleri kurulmuştur. 2000 yılında "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği" çıkarılmıştır. İlk defa 2004 yılında

Sağlık Bakanlığının 112 acil yardım ve kurtarma istasyonlarına ve hastane acil servislerine ambulans ve acil bakım teknikeri ile acil tıp teknisyenlerinin atamaları yapılmıştır. Türkiye’de Acil Bakım Hizmetleri Organizasyonu Alt düzey acil bakım birimleri Küçük şehir ve kasabalardaki hastane ve sağlık merkezleri ile büyük şehirlerdeki çok sayıdaki küçük hastanelerde bulunur. Alt düzey acil bakım birimlerinde genellikle 24 saatlik nöbetler halinde çalışan pratisyen hekimler ve çeşitli branşlardan az sayıda uzman hekimler bulunmaktadır Üst düzey acil bakım birimleri Bu birimler, merkezi coğrafi konumlarda bulunur. Bu grupta bulunan hizmet birimlerinin tamamına yakını tam teşekküllü olup oldukça nitelikli tanı ve tedavi olanaklarına sahiptirler. Acil bakım ekibi, hastane öncesi müdahale ekibi ve hastane müdahale ekibinden oluşmaktadır. Hastane öncesi müdahale ekibi, doktor, hemşire, acil tıp teknisyeni (ATT), ambulans şoföründen oluşur. Hastane müdahale ekibi ise, bu alanda uzmanlaşmış doktor ve acil birim hemşiresi ile diğer yardımcı sağlık personelinden oluşmaktadır.

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı içinde yer alan “Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” tarafından yönetilmektedir. Ülkemizde 1361 tane 112 istasyonu, 2395 tane ambulans ile birlikte 17 helikopter ambulans, adalarda ve sahil bölgelerinde hasta naklini sağlamak amacıyla deniz ambulansları kullanılmaktadır. Trafiğin yoğun olduğu metropol illerimizde ve turizm bölgelerinde mobil olarak görev yapan motosikletli acil sağlık ekipleri de hizmet vermektedir.

DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AFETLERDE SAĞLIK ORGANİZASYONU

Afet; beklenmeyen ve önceden oluş zamanı bilinmeyen, doğal, teknolojik veya insan yapımı kökenli bir olaydır. Bir hastanenin kapasitesini aşan sayıda hasta ve yaralının herhangi bir nedenle aynı zamanda başvurmasına neden olan her olay bir afettir. Dünyada Afetlerde Sağlık Organizasyonu **FEMA (Federal Emergency Management Agency)**: Amerika Birleşik Devletleri’nde uygulanmakta olan Federal Acil Durum Yönetim Birimi, afet yardımı konusunda ulusal rehberlik, finansman, eğitim ve iyileştirme programları sağlayan bir kurumdur.

EMERCOM (Agency for Support and Coordination of Russian Participation in International Humanitarian Operations): Rusya, 1994 yılında Rusya Sivil Savunma Acil Durum ve Doğal Afetler Bakanlığını kurmuştur.

EPC (Emergency Preparedness Canada): Kanada, acil durum hazırlık teşkilatı, millî savunma bakanlığına bağlı olarak kurulmuş olup, acil durumlarda kurumlar arasında gerekli iş birliğini etkin bir şekilde sağlamaktan sorumludur.

UNDP (United Nations Development Programme): Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu, afetlerin azaltılması, önlenmesi ve afetlere hazırlık ile ilgili ulusal kapasitelerin güçlendirilmesine yönelik olarak BM Kalkınma Programını merkez noktası olarak görevlendirmiştir.

ICRC (International Committee of the Red Cross): Uluslararası Kızıllaç Komitesi, merkezi İsviçre’nin Cenevre şehrinde bulunan özel ve bağımsız bir insani yardım örgütüdür

Günümüzde Türkiye’de Afetlerde Sağlık Organizasyonu

SAKOM (Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi): Türkiye’de afetlerde sağlık organizasyonu, Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı birimlerden biri olan SAKOM tarafından yürütülmektedir. SAKOM, Kriz Merkezinin ve Kriz Masalarının yapılan planlara uygun olarak düzenli bir şekilde çalışması, sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramaması ve zamanında sağlanabilmesi, diğer krize müdahale eden kurum ve kuruluşlarla entegrasyon, koordinasyon ve haberleşmenin kurulabilmesi amacıyla kurulmuştur.

UMKE (Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi): 2003 yılından itibaren acil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi hedeflenmiş, 2004 yılında da ülke genelinde afete maruz kalmış kişilere doğru ve çabuk müdahale ederek, ölü ve yaralı sayısını kabul edilebilir rakamlara indirmek amacıyla afetlere müdahale edecek gönüllü sağlık personellerinden oluşan medikal kurtarma hizmetleri başlatılmış ve kısa sürede dünyada en fazla personele sahip olan UMKE olma unvanına kavuşmuştur. UMKE, 81 ilde arazi tipi araçları ve medikal kurtarma ekipmanları ile donatılmıştır. UMKE, afet ve olağandışı durumlarda, medikal kurtarma yapmak üzere gönüllü sağlık personellerinden oluşan dünyanın en fazla ve tek gönüllü personeline sahip medikal kurtarma ekibidir. UMKE, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığına bağlı olarak 21 bölge, 81 ilde yaklaşık 4909 çalışanı ile ulusal ve uluslararası alanda acil, afet ve olağandışı durumlarda 24 saat görev yapabilme kapasitesi ile çalışmaktadır. Kızılay, savaş alanında yaralanan ya da hastalanan askerlere hiçbir ayırım gözetmeksizin yardım etmek arzusundan doğmuştur. 1947’de "Türkiye Kızılay Derneği" adını almıştır. Daha sonraki yıllarda da afet bölgesindeki insanlara her türlü yardımın yapılması için “Kızılay Genel Müdürlüğü” kurulmuştur Kızılay’ın amacı, nerede olursa olsun hiçbir ayırım yapmaksızın insanın acısını önlemeye veya hafifletmeye çalışmak, insanın hayatını ve sağlığını korumak, onun kişiliğine saygı gösterilmesini sağlamak ve insanlar arasındaki karşılıklı anlayışı, dostluğu saygıyı, iş birliğini ve sürekli barışı getirmeye uğraşmaktır. T

ATD (Türkiye Acil Tıp Derneği): Türkiye’de afet organizasyonu ile ilgili çalışmalar yapan kuruluşlardan biri de TATD’dır. TATD Afet Komisyonu üyeleri 2000 yılında HEICS konusunda eğitim almış ve bu planı ülkemiz şartlarına uygun duruma getirmiştir.

AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı): Afet ve acil durumlarda yetki ve koordinasyonun tek bir elde toplanması ve kurumlar arasında koordinasyon sağlanması amacıyla 2009 yılında Başbakanlığa bağlı olarak kurulmuştur. AFAD, afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması, afetlere müdahale edilmesi ve afet sonrasındaki iyileştirme çalışmalarının süratle tamamlanması amacıyla gereken faaliyetlerin planlanması, yönlendirilmesi, desteklenmesi, koordine edilmesi ve etkin uygulanması için ülkenin tüm kurum ve kuruluşları arasında iş birliğini sağlayan, kaynakların rasyonel kullanılmasını gözeten, faaliyetlerinde disiplinler arası çalışan bir kurumdur. AFAD, afet ve acil durumlara ilişkin tek yetkili kurum olup, bir şemsiye kurum anlayışıyla afet ve acil durumun niteliği ve büyüklüğüne göre gerek Genelkurmay Başkanlığı, Dışişleri, Sağlık, Orman ve Su İşleri ve ilgili diğer bakanlıklar ile gerekse sivil toplum kuruluşları ile iş birliği içerisinde faaliyetlerini sürdürmektedir.

AFETLER/OLAĞAN DIŞI DURUMLAR (ODD)

Afetler/ODD'ler konusunda sıkça kullanılan ve meydana gelen olayları, sonuç ve boyutlarına veya ölçülerine göre birbirinden ayırmaya yarayan üç farklı kavram bulunmaktadır. Olay; yerel ve çok sınırlı etkiye sahip olan hadiselerdir. Bunlar yerleşim birimlerinin, kurum ve kuruluşların iş yapma kapasitesini etkilemediği gibi, genellikle ona ilk müdahale edenler tarafından da kontrol altına alınabilmektedir. Acil durum; insan, mal ve çevreyi korumak için acil müdahaleyi gerektiren ve yerel imkânlar ile baş edilebilen olayların sonuçları olarak ifade edilmektedir. Afet/ODD; insan ve diğer canlılar için normal yaşamı ve toplumsal faaliyetleri kesintiye uğratan, toplumda fiziksel, sosyal, kültürel ve ekonomik kayıplara neden olan ve etkilenen topluluğun üstesinden gelemediği doğa veya insan kaynaklı bir olgudur. Afet bir olayın kendisinden çok doğurduğu sonuçtur. Afetlerin doğurduğu sonuçlara bakıldığında; en başta can ve mal kaybına neden oldukları görülür. Kayıpların bir kısmı doğrudan hemen afetle birlikte ortaya çıkarken, diğer kısmı ise belirli bir süre sonra ortaya çıkabilir.

AFETLERİN SINIFLANDIRILMASI

Afetler 3 şekilde sınıflandırılır;

Doğal afetler

- Jeolojik kökenli
- Meteorolojik kökenli

Doğal olmayan afetler

Karmaşık afetler

Doğal Afetler

Oluşumları doğa olaylarına dayanan afetlerdir. Oluşumu ve sonucu açısından ansızın veya belli bir süreç içinde oluşup yerleşim ve üretim alanlarında alışlagelmiş yaşamı bozarak, genel yaşamı etkileyecek ölçüde oluşan, doğal yer ve hava hareketleridir.

Doğal Olmayan Afetler

Oluşumları doğa olaylarına dayanmayan, insan ve insanın geliştirdiği teknolojiye bağlı oluşan afetlerdir.

Karmaşık Afetler

Hem insan hem doğa kaynaklı afetlerdir. Orman yangınları, deprem sonrası oluşan yangınlar doğal nedenlerle olabildiği gibi insan kaynaklı da olabilir.

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE AFET VE ÖNEMİ

Dünyada Afet ve Önemi

Dünya'da etkili olan 31 doğal afet türü; şiddetlerine, oluşum sürelerine ve etkilerine göre sıralanınca en önemlilerinin; kuraklık, tropikal siklon, bölgesel sel ve taşkınlar olduğu görülür. Bu afetlerin ortak özellikleri, önceden tahmin edilerek erken uyarıları yapılan meteorolojik afetler olmalarıdır.

Türkiye'de Afet ve Önemi

Türkiye, yukarıda söz edilen afet türlerinin hemen hemen tamamından, az ya da çok, etkilenmektedir. Ülkemizde doğal olaylar nedeniyle gelişen afetler sonucunda oluşan ölümlerin çoğunluğu deprem ve sel kaynaklıdır. Bunu, diğer afetlerden heyelan, su basması, kaya düşmesi ve çığ düşmesi izlemektedir.

AFET YÖNETİMİ VE PLANLANMASI

Afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılabilmesi için afet öncesi, afet sırası ve afet sonrasında yapılması gereken idari, yasal ve teknik çalışmaları belirleyen ve uygulamaya aktaran, bir olay zamanında uygulama yapabilmeyi sağlayan ve her olaydan çıkarılan derslerin ışığında mevcut sistemi geliştiren yönetim biçimine afet yönetimi denir.

Afet Yönetimi Sistemi

Afet yönetimi sistemi; "Bütünleşik Afet Yönetimi Sistemi" olarak adlandırılan, birbirinden ayrı ama birbirini tamamlayan iki yönetim sisteminden oluşur. Yeni bir afet yönetimi olan bu model uygulamaya konulmuş olup, getirilen bu model ile öncelik "Kriz Yönetimi"nden "Risk Yönetimi"ne verilmiştir

Afet Yönetimi Evreleri

Kökenleri ve gelişim hızları ne olursa olsun, tüm afet olaylarına yönelik yönetim faaliyetleri; "risk azaltma evresi", "hazırlık evresi", "müdahale evresi", "iyileştirme evresi", "yeniden inşa evresi" olarak aşamalara ayrılmaktadır.

TÜRKİYE'DE AFET YÖNETİMİ

Afetlerle ilgili olarak görev yapan İçişleri Bakanlığı'na bağlı Sivil Savunma Genel Müdürlüğü,

Bayındırlık ve İskan Bakanlığı'na bağlı Afet İşleri Genel Müdürlüğü ve Başbakanlık'a bağlı Türkiye Acil Durum Yönetimi Genel Müdürlüğü kapatılarak 2009 yılında çıkarılan 5902 sayılı yasa ile Başbakanlık'a bağlı "Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı" kurularak yetki ve sorumluluklar tek bir çatı altında toplanmıştır.

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD)

Afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması, afetlere müdahale edilmesi ve afet sonrasındaki iyileştirme çalışmalarının hızla tamamlanması amacıyla gereken faaliyetlerin planlanması, yönlendirilmesi, desteklenmesi, koordine edilmesi ve etkin uygulanması için ülkenin tüm kurum ve kuruluşları arasında işbirliğini sağlayan, çok yönlü, bu alanda kaynakların rasyonel kullanılmasını gözeten, faaliyetlerinde disiplinler arası çalışmayı esas alan iş odaklı, esnek ve dinamik yapıda teşkil edilmiş bir kurumdur.

Sağlık Bakanlığı Afetlerle İlgili Birimler

Sağlık Bakanlığı'nda; afet ve olağandışı durumlar "Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" tarafından yürütülmektedir. Günümüzde, Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı bünyesinde Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE) ile Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM) hizmet vermektedir.

AFETLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Doğal afetlerde önlenebilecek yaralanma ve ölümler ülkemizde, diğer bazı gelişmiş ülkelere oranla daha çok olmaktadır. Bu nedenle birinci, ikinci ve üçüncü korunma ögeleri afet durumlarında da geçerlidir.

Afetlerde Birincil Korunma

Birincil korunma, afetin ya da etkisinin ortaya çıkmasını engellemeye yönelik ve sonuçlarının ortadan kaldırılmasına yönelik çabaları içerir.

Afetlerde İkincil Korunma

İkincil korunma afet sırasında ve afetten sonra alınan önlemleri içerir. Afet durumlarında acil tıbbi müdahaleler ikincil korunma kapsamındadır.

Afetlerde Üçüncül Korunma

Acil önlemler başlatıldıktan ve afetin ani etkileri kontrol altına alındıktan sonra, iyileştirme önlemleri belirlenmeli ve uygulama başlatılmalıdır. Bu çalışmalardan; acil önlemlerin sürekliliğinin devamı, desteklenmesi, kronik hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımının sürdürülebilmesi, güvenli çevrenin oluşturulması, rehabilitasyon hizmetlerinin başlatılması, su, gıda, sıvı ve katı atıkların izalesi ve zararsız hâle getirilmesi, vektörlerin kontrolü, bulaşıcı hastalıklara yönelik koruyucu önlemlerin alınması, ulaşım-elektrik gibi gereksinimlerin yeterli ve sürekli karşılanabilir hâle getirilmesi sağlanmalıdır.

İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri

İletişim; evrensel bir deneyimdir ve insan yaşamında iletişimin olmadığı bir yer hemen hemen yok gibidir. İletişimden kaynaklanan sorunlar günlük hayatta ilişkileri zorlaştırdığı gibi ilk yardım ve acil sağlık hizmetleri sırasında da anlaşılmalıklara yol açmaktadır. Sağlık kuruluşlarına gelen hasta/yaralıların psikolojik durumları ve sağlık çalışanının yeterli iletişim yeteneğinin bulunmaması ise acil vakanın /hastalığın seyrini etkiler. Bu nedenle durumu acil olan bireyle iletişim, müdahalenin önemli bir parçasıdır.

İletişimin Önemi

İletişimin son derece önem kazandığı yerlerden biri de ilk yardım ve acil sağlık hizmetleridir. Bilinmeyen ya da ani olarak ortaya çıkan hastalık ya da yaralanma durumu sağlıklı ya da hasta/yaralı birey için her zaman anksiyete ve korkuya neden olur. Acil durumların bireyde oluşturduğu bu gerginliğe bir de sağlık çalışanının ya da hasta/yaralı bireyin iletişim yetersizliği eklenince sorun içinden çıkılmaz bir hâl alabilir. Acil müdahale gerektiren olayın gerçekleştiği yerde ve acil birimlerde hasta/yaralı ile iletişim kurarken seçilecek sözcükler, cümleler ve beden dili önemlidir. Hasta/yaralı ile iletişimde kullanılan sözcükler ve/veya beden dili bazen istenmeyen anlamlar kazanabilir. Bu durum sonucunda, hasta/yaralı ile iletişim koparak hasta/yaralının takip ve tedavisinde aksaklıklara yol açabilir. Acil durumlarda hasta/yaralı bireylerin karşı karşıya kaldıkları ve stres yaşamalarına neden olan faktörler çevresel, fiziksel ve psikolojik olarak üç başlık altında toplanabilir.

İlk Yardımda Etkili İletişim

İlk yardım gerektiren durumlar hastaya/yaralıya hızlı ve doğru müdahale edilmesini gerektirir ve sıklıkla yaşamsal öneme sahiptir. Bu kişilerin içinde buldukları durum tanımlanacak olursa bilinci açık hasta/yaralı, ağrılı, canı yanan, içinde buldukları tıbbi durum nedeni ile kaygı düzeyi son derece yüksek ve korkmuş durumdadırlar. Bilinci açık olmayanların yanında ise eğer varsa son derece kaygılı, korkmuş ve olayın gerçekleşme biçimine göre başka olumsuz duygular da yaşayan hasta/yaralı yakınları bulunabilir. Hasta/yaralının bilinci yerinde ise sözlü iletişim kurmak etkili iletişim tekniklerini bilen ilk yardımcı için kolaydır. Ancak yere ve zamana oryante olmayan hasta/yaralı ile iletişim kurmak kadar bilinci yerinde olmayan hasta/yaralı ile iletişim kurmak da önemlidir. Unutulmamalıdır ki en son kaybolan duyu işitme duyusudur. Bu yüzden hiçbir hasta/yaralının yanında duymaması gereken konular konuşulmamalıdır.

Acil Serviste Etkili İletişim

Olayların çok hızlı geliştiği acil birimlerde etkili iletişim yapmanın mümkün olmayacağı düşünülebilir. Ancak etkili iletişim için uzun zaman gereksinimi şart değildir. Yöntem bilinirse çok kısa sürelerde de acil servis çalışanları etkili iletişime girebilirler. İçten ve etkili bir iletişim ile dakikalar içinde hastaya önemsendiği mesajı verilebilir. İçten ve ilgili yaklaşım hasta/yaralı ve yakınlarının direncini en baştan kıracaktır. Bu da daha sonra ortaya çıkabilecek olumsuz durumların daha kolay çözülmesini sağlayacaktır.

Hasta/Yaralının İletişim Zorlukları

İlk ve Acil yardım birimlerinde yaşanan iletişim problemlerini hastadan/bireyden, sağlık çalışanından ve çevresel faktörlerden kaynaklı olmak üzere üç başlık altında toplanabilir. Hasta/Yaralı Yakını ile İletişim Hasta/yaralı yakınları, acil durumlarda tedavi ve bakımının ayrılmaz parçalarıdır. Acil durumlarda hasta/yaralı yakınlarının hazırlıksız yakalanmaları, durumun ne olacağına ilişkin belirsizliklerle yüz yüze kalmaları ve sevdiklerini kaybetme korkusu, onların istenmedik davranışlar göstermelerine neden olabilir. Ani olarak ortaya çıkmış bir nedenle acil olay yerinde ya da acil serviste hasta yakınıyla sağlık çalışanı etkili iletişim kurmak zorundadır. Tıbbi terimlerin kullanılması, ortamın gürültülü olması ve sağlık çalışanlarının sessiz kalması hasta/yaralı yakınlarını tedirgin eder. Doğal olarak yaşadığı endişe, korku ve stres, kişilik özelliğine göre bireyi saldırgan yapabilir.

Özel Durumlarda İletişim

Öfke yaşayan hasta ve hasta yakını ile iletişim, Travma, afet ya da kazaya uğrayan birey ile iletişim, panik yaşayan hasta ve yakını ile iletişim, kayıp yaşayan hasta/yakını ile iletişim olmak üzere dört başlık altında incelenebilir.

Öfke Yaşayan Hasta ve Hasta Yakını ile İletişim

Öfke, bireyin bir tehlikeyle ya da engellenmeyle karşılaştığında yaşadığı çaresizliğin, güçsüzlüğün,

yetersizliğin yarattığı kaygıdan kurtulmak amacıyla hissettiği ve dışa vurduğu hoşnutsuzluk, kızgınlık ve şiddete kadar değişebilen bir duygudur. Birey bir tehdit ya da engellenme ile karşılaşınca kendini yetersiz, güçsüz hisseder ve bunaltı yaşar. Bu bunaltıya tepki olarak da öfke duygusu oluşur. Özellikle acil servislere gelen hasta yakınları, sağlık çalışanlarının hastalarıyla hemen ilgilenilmesini beklerler. Travma, zehirlenme, yaralanma vb. gibi acil durumlarda hasta yakınının yaşadığı endişe, korku ve panik, hastasının bir an önce tedavi edilmesine yönelik beklenti içinde olmasına neden olabilir. Hastanın ağrısı varsa bitkin, güçsüz, ayakta duracak hâli yoksa saatlerce hastanenin çeşitli birimlerinde beklemiş ise bu durum hasta yakınının öfkelenmesine neden olabilir. Doğal olarak yaşadığı endişe, korku ve stres, hasta yakınına olduğundan daha saldırgan yapar.

Panik Yaşayan Hasta/Yaralı ve Yakını ile İletişim

Panik; genelde beklenmedik durumlarda ortaya çıkan kişide aşırı bunaltı ve korku uyandıran bir durumdur. Kişide korku ya da heyecan oluşturan bir durumdan sonra gelişebileceği gibi psikiyatrik bir hastalığın göstergesi de olabilir. Kalp atımında hızlanma, boğulacakmış gibi hissetme, bayılacakmış hissi, titreme ve terleme gibi belirtileri vardır.

Kayıp Yaşayan Hasta/Yaralı ve Yakını ile İletişim

Kayıp, genel anlamda birey için önemli ve değerli nesnelere (kişi, organ, işlev, obje, hayvan vb.) uzaklaştırılması ya da yitirilmesidir. Kayıp, bir obje ya da işlevin kaybindan, yaşamın kaybına kadar geniş bir yelpaze şeklinde düşünüldüğünde tüm insanların sık karşılaştığı bir kavramdır. Yalnızca ölüm, ayrılık gibi büyük kayıplar değil, duygusal yatırım yapılan yaşam, birey, hayvan, iş, para gibi her şeyin yitiminde kayıp yaşanır.

Travma, Afet ya da Kazaya Uğrayan Birey ile İletişim

Her yıl milyonlarca insan, doğal afetlerle karşı karşıya kalır. Bu felaketler ardında insanları öfkeli edebilecek pek çok neden bırakır. Bunların çoğu da anlaşılabilir ve hak verilebilir nedenlerdir. Afet bölgesindeki bir insanın yaşamındaki güven duygusu sarsılır. Öfkelerinin altındaki bu nedenler ne kadar iyi anlaşılırsa duruma o kadar iyi hâkim olma şansı vardır. Günlük düzeni bozan, ani ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan, devam eden, endişe, kaygı ve panik yaratan, kişinin önceki deneyimleriyle anlamlandırma süreçlerini bozan olaylar travma olarak tanımlanabilir. Yangın, deprem ve sel gibi doğal afetler, fiziksel, cinsel ve psikolojik saldırıya uğrama, trafik kazaları, tecavüz ve tehlikeli bir olaya tanık olma, çocuk yaşta maruz kalınan cinsel, fiziksel, psikolojik şiddet unsurları ve aile içi şiddet gibi olaylar travmatik olaylara örnek verilebilir.

Özel Gruplarda İletişim

Çocuk Hasta/Yaralı ile İletişim

Acil ortamlarda yabancı bir çevre, kalabalık, gürültü, hastalar, ağlayanlar, bilinmeyen araç ve gereçler, koşuşturmalar vb. çocuğun kafasındaki şemalara uyum sağlamaz. Çocuklar böyle bir ortamda kendilerine uygulanan bazı işlemler içinde kendilerini bulurlar. Bu yüzden acil durum kadar acil ortamı da çocuk için son derece travmatize eden bir durumdur. Bu durum karşısında çocuklar korku, endişe, huzursuz ve ajite davranışlar gösterebilirler. Farklı olan her şeyden ürken ve rahatsız olan çocuklara daha duyarlı yaklaşmak gerekir. Bu dönemde onlarla kurulacak etkili iletişim travmayı en az hasarla atlattıkları için önemlidir.

Yaşlı Hasta/Yaralı ile İletişim

Genel anlamda, yetişkinliğin bir uzantısı olarak yaşam süresinin ilerleyen dönemlerinde fiziksel ve ruhsal değişimlerin görüldüğü bir evre olarak tanımlanan yaşlılık, derinin incelmeye ve esnekliğini yitirmesi, boyun kısalması, kas kuvvetinin azalması, kemiklerde kalsiyum kaybına bağlı olarak kemik yoğunluğunun azalması, görme ve işitmede problemler gibi çok sayıda fiziksel değişimin yaşandığı bir dönemdir. Bu değişim sağlıklı bireylerde bile birçok soruna yol açarken acil durumlarda yaşlı hasta/yaralıya müdahale etmek çok daha fazla önem arz etmektedir. Yaşlı hasta/ yaralı bireyin fiziksel yetersizlikleri, yaşlılığın getirdiği unutkanlık, ölüm korkusu ve ümitsizlik durumu iletişimi daha da güçleştirmektedir. Kaza sonrası ilk yardım sırasında iletişimin doğru kurulması ve sağlık çalışanının yaşlıya doğru tekniklerle müdahale etmesi iletişim sorunlarını azaltacaktır.

Konfüze Hasta/Yaralı ile İletişim

Konfüzyon büyük ölçüde bilinç kısmının büyük bir hasarıdır. Hasta/yaralı acil servise bilinci kapalı şekilde getirilebileceği gibi hastanın normal durumunda küçük değişiklikler sonrası bile konfüze olabilir. Basit cümleler kurarak ve geri bildirim alarak hasta ile kurulan iletişim etkili bir hâle getirilebilir. İlk yardım ve acil sağlık hizmetlerinde doğru iletişim etkili müdahale ve tedavinin bir parçasıdır. Bu nedenle ilk yardım uygulayan herkes ve her sağlık çalışanı doğru iletişim tekniklerini bilmeli ve uygulamalıdır.

GİRİŞ

Hastanın/yaralının yaşamını kurtarmak ve korumak için ilk yardım önceliklerinin, uygulanacak yöntemin belirlenmesi ve güvenli bir müdahalenin başarılı bir şekilde uygulanmasında, hasta/yaralının ve olay yerinin değerlendirilmesi, triyajın bilinmesi önemlidir.

HASTA/YARALININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasta/yaralı; hastalığın ya da yaralanmanın ciddiyetinin, ilk yardım önceliklerinin, yapılacak ilk yardım yönteminin belirlenmesi ve güvenli bir müdahalenin sağlanması amacıyla değerlendirilir. Bu uygulamaları başarılı bir şekilde uygulayabilmek için ilk yardımcının insan vücudunun yapısını ve işleyişini yaşam bulgularını ve değerlendirme aşamalarını bilmesi gerekir.

İnsan Vücudunun Yapısı

Vücudun esas yapı taşı hücredir. Benzer hücreler birleşerek dokuları, benzer dokular birleşerek organları ve organlar birleşerek sistemleri oluşturur. Hücre; insan vücudunun temel yapı taşıdır. Hücre zarı hücre için gerekli olan maddeleri hücre içine, gereksiz olanları da hücre dışına taşıma görevini üstlenir. Dokular; aynı özellik ve işleve sahip hücre gruplarının bir araya gelmesi ile oluşur. Organlar; çeşitli doku tipleri bir araya gelerek akciğer, böbrek gibi kendilerine özgün işlevleri olan organları oluştururlar. Deri; Cilt tırnak ve ter bezleri ve saçları içerir. Vücutu örter ve korur. Sistemler; sinir, hareket, dolaşım, solunum, sindirim ve boşaltım sistemleri bulunmaktadır.

Yaşam Bulguları

Hastayı/yaralıyı değerlendirmeden önce yaşam bulgularının anlamlarının bilinmesi gerekmektedir. Çünkü, bu bulguların var veya yok olması yapılacak müdahaleler için önem taşımaktadır. Yaşam bulguları dendiğinde, hasta/yaralının; bilinci, nabızı, solunumu, dolaşımı, vücut sıcaklığı ve kan basıncından söz edilmektedir.

Bilinç durumunun değerlendirilmesi; öncelikle, hasta/yaralının bilinç durumu değerlendirilir. Normal bir kişi kendine yöneltilen tüm uyarılara cevap verir. Bilinç düzeyi yaralanmanın ağırlığını gösterir.

Solunum; kişinin 1 dakika içinde nefes alma ve verme sayısı solunum sıklığıdır. Sağlıklı yetişkin bir kişide dakikada solunum sayısı 12–20, çocuklarda 16–22 ve bebeklerde 18-24'tür.

Kan basıncı; kan basıncı kalbin kasılma ve gevşeme anında damar duvarına yaptığı basınçtır. Kalbin kanı pompalama gücünü gösterir. Normal değeri 100/50- 140/100mmHg arasında değişir.

Nabız; kalp atımlarının atardamar duvarına yaptığı basıncın damar duvarında parmak uçlarıyla hissedilmesine nabız denmektedir. Yetişkin bir kişide normal nabız sayısı dakikada 60–100, çocuklarda 100–120 ve bebeklerde 100-140'tır.

Vücut sıcaklığı; normal vücut ısısı 36,5 C'dir. Normal değer in üstünde olması yüksek ateş, altında olması düşük ateş olarak belirtilir. 41–42 C üstü ve 34,5 C tehlike olduğunu ifade eder. 31.0 C ve altı ölümcüldür.

Hasta/Yaralıyı Değerlendirme Aşamaları

İlk değerlendirme; hasta/yaralıya sözlü uyarılarla ya da hafifçe omuzuna dokunarak “iyi misiniz?” diye sorularak bilinç durumu ve arkasından ilk yardımın ABC'si değerlendirilir.

İkinci değerlendirme; ilk değerlendirme ile hasta/yaralının yaşam belirtilerinin varlığı güvence altına alındıktan sonra ikinci değerlendirme aşamasına geçilerek baştan aşağı muayene yapılır.

Triyaj

Triyaj; hasta ve yaralıların, yaşamlarını tehdit eden yaralanma derecelerine ve beklenen yarara göre sıralanmasıdır. Hastaların hangi zaman ve sırada acil yardım alması gerektiğini, nakil hızını ve seçilecek hastaneyi belirleyen kısa klinik değerlendirmedir. Akıcı ve sürekli değişim gösteren bir süreçtir. Acil tıbbi bakıma gereksinimi olan yaralı sayısı eldeki sınırlı tıbbi imkânları aştığında, en fazla sayıda yaralıya acil bakımı verebilmek için tıbbi personel ve acil tıp personeli tarafından kullanılan sistemdir.

Triyajın Amaçları

Triyaj uygulamasında genel amaç, daha çok hastanın veya yaralının yaşamını kurtarmaktır. Triyajda Temel Kurallar Triyaj değerlendirmesi; solunum, dolaşım, bilinç sırasını takip eder ve bu değerlendirme sonucuna göre acil ve öncelikli hasta veya yaralılar tespit edilir. Triyaj, ulaşılan her basmakta (olay yeri, nakil, acil servis vb.) yeniden yapılır. Triyaj süresi, her bir yaralı için 1 dakikadan daha kısa olmalıdır. Triyaj, olaydan etkilenen herkese uygulanır. Triyaj işleminde görevler, kesin tanımlanmış ve paylaşılmıştır. Genellikle, triyaj işinden tek kişi sorumlu olur. Triyaj sorumlusu, acil

sağlık sisteminin olay yerindeki gözü ve kulağıdır.

Triyajın Evreleri

Triyajda üç, dört ve beş kategorili sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. Beşli triyaj sisteminde hastalar, hemen, çok acil, acil, yarı acil ve acil olmayan şeklinde beş kategoride incelenir. Ülkemizde, acil servis triyajında Sağlık Bakanlığının önerisi ile kırmızı (çok acil), sarı (acil), yeşil (acil olmayan) renk kodları kullanılmaktadır. Etkin bir triyaj sistemi basitlik, zaman etkinliği, doğruluk, güvenilirlik ve en az yanılma özelliklerine sahip olmalıdır. Triyaj sisteminin diğer bileşenleri kayıt sistemi, iletişim sistemi ve güvenlidir. Ülkemizdeki yasal düzenlemelere göre triyaj uygulaması hekim veya acil tıp teknisyeni, hemşire ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılmaktadır.

Triyaj Çeşitleri

Triyaj; başvuru, vaka, olay yeri, müdahale ve nakil triyajı, triyaj hastanesi ve acil servis triyajı olmak üzere yedi şekilde yapılmaktadır.

Başvuru triyajı; 112 Acil servis hizmetlerine yapılan başvuruların Çağrı Karşılama Merkezi tarafından aciliyet durumlarına göre değerlendirilerek acil veya acil değil şeklinde yapılan ayırma işlemidir.

Vaka triyajı; göreve gönderilecek ekiplerin (acil yardım istasyonları) seçim işlemidir.

Olay yeri (saha/alan) triyajı; herhangi bir olayda birden fazla kişinin yaralanması ve tek ambulans ekibinin kontrol edemediği durumlarda (afet veya olağandışı durumlar), iki veya daha fazla ambulansın olay yerine gelmesine kadar yapılan triyajdır. Olay yeri triyaj uygulaması kendi içinde 3 aşamada gerçekleşir.

Primer triyaj, hasta veya yaralıların solunum, dolaşım ve bilinç durumu hızla değerlendirilerek yaşam kurtarıcı uygulamaların öncelikle yapılmasını hedefler.

Sekonder triyaj, hasta veya yaralıların tedavi gereksinimlerine göre değerlendirilmesi ve ayrılmasının ardından uygun tedavilerin uygulanmasını hedefler.

Tersiyer triyaj, hasta veya yaralıların eldeki imkânlar doğrultusunda olay yerinden nakillerinin önceliklerini belirleyerek hastaneye nakillerini hedefler. Çok sayıda hasta veya yaralının bulunduğu olaylarda eldeki mevcut kaynakların en yararlı kullanımı söz konusu ise alanda yapılacak triyaj yöntemi START (Simple Triage and Rapid Treatment/Basit Triyaj ve Hızlı Tedavi) algoritmidir.

START yöntemi: START yetişkin, jump START çocukta uygulanan triyaj yöntemidir. Basit ve hızlı triyaj uygulama gerekliliğinin olduğu olaylarda, hekim dışı deneyimli tıbbi personelin de kolayca uygulayabileceği temel değerlendirme yöntemidir. START yönteminde bir yaralı için en fazla 30 saniye ayrılır. 30 saniye sonunda yaralı değerlendirilerek ilgili renk kodu ile işaretlenmelidir.

Müdahale triyajı; müdahaleye hangi vakadan başlanacağını belirlemek için gerçekleştirilen işlemidir.

Nakil triyajı; öncelikli olarak hangi hasta veya yaralının naklinin yapılacağına karar verilme durumudur.

Triyaj hastanesi; olay yeri triyajı yapılmadığı ya da çok fazla vaka birikimi olması durumunda vakaların yığıldığı hastanede gerekli vaka seçimleri yapılması ve diğer hastanelere bilgi verilerek sevk edilme işlemlerinin gerçekleştirilmesidir.

Acil servis triyajı; acil servis triyaj alanı, genellikle acil servisin girişine kurulur. Tek bir giriş ile acile yönlendirme yapılır. Triyaj alanının girişe çok yakın olması nedeniyle polis, basın ve halktan kişilerin çalışmalara müdahil olmamasına dikkat edilir. Olay yerinde ya da ambulansın ilk triyajları yapılmış olanlar, acil triyaj alanında tekrar değerlendirilir. Triyaj uygularken hastanın kaydı yapılır. Bu noktadan geçmeden hastaya tıbbi tedavi uygulanmaz. Triyaj kurallarına göre hafif yaralılar, hemen polikliniklere gönderilir. Günümüzde, temel acil servis triyajı, ileri triyaj sistemi ve acil servis afet triyajı olmak üzere 3 çeşit acil servis triyajı uygulanmaktadır.

Triyaj Sisteminde Sınıflama ve Kodlama

Triyaj sınıflama sistemi: Stabil olmayan acil hasta veya yaralılar; bu gruba giren hasta veya yaralılarda solunum ve dolaşım stabil değildir. Gerekli acil müdahale yapılmadığında, kısa sürede kaybedilecek hasta veya yaralılardır. Solunum ve dolaşım desteğinin ilk fırsatta sağlanması gerekir.

Stabil acil hasta veya yaralılar: Solunum ve dolaşım değerleri stabildir. Kurtarma, acil yardım ve nakil geciktirilebilir. Acil olmayan hasta veya yaralılar; yaşamsal bulgularında solunum ve dolaşıma yönelik herhangi bir risk mevcut değildir. Belirgin yaralanması olan ilk değerlendirme ya da yara bakımından sonra kendi kendine eve veya toplanma noktasına gidebilecek olanlardır. Ölmüş kişiler ya da aşırı ağır hasta veya yaralılar; o anda tedavi edilemeyecek kadar ağır, yaşama olasılıkları olmayan ya da düşük olan hasta veya yaralılardır.

Triyaj kodlama sistemi:

Kırmızı kod: Ciddi hastalığı ya da yaralanması olan hasta veya yaralılarından oluşan acil gruptur.

Sarı kod: Hâlihazırda yaşamı tehdit eden hastalığı ya da yaralanması olmayan, ancak zamanında nakledilmez ise yaşamı tehdit eden hastalardan/yaralılarından oluşan gruptur.

Yeşil kod: Tıbbi bakıma gereksinimi olan ancak acil olmayan hafif yaralı, bilinci açık hasta veya yaralıdır. Bu gruptaki hastaların/yaralıların bazıları kurtarıcılara yardım etmekte değerlendirilebilir.

Siyah kod: Ölmüş ya da hayatta kalma şansı düşük kabul edilen kişilerdir. Her yaralının kısa bir süre içinde sağlık durumu değişebilir ve bir başka triyaj renk kodu içine girebilir. Özellikle sarı ve yeşil grupta yer alan yaralılar, bekletildikleri süre içinde sık sık değerlendirilmelidir.

Trijaj kartı

Trijajı yapılmış hastanın/yaralının değişik basamaklarda derecelerinin belirlenmesi amacı ile oluşturulan karttır. Yaralılar, sınıflandırmaya uygun renklendirilmiş triyaj kartları ile işaretlenir. Triyaj kartı sudan etkilenmeyen, kolay yırtılmayan ve dikkat çekici olmalıdır. Kan, serum gibi etkenlerle, taşıma esnasında gelişebilecek takılma veya çekilme gibi olaylarda zarar görmemelidir. Triyaj kartının ön yüzünde; kart numarası, il kodu, yaralamanın tipi, triyaj kodu, nakil yolu ve pozisyonu, ikincil ve birincil nakil bölümleri bulunmaktadır. Yeni triyaj kartlarında, nakledilen hastanın izlemine kolaylaştırmak için trafik kodu, hastane kodu ve kart numarası verilmesi öngörülmektedir. Triyaj kartının arka yüzünde; serumlar ve saatler, verilen ilaçlar ve saatleri, hekimin notu, hekimin kimliği, ikinci nakil ve birinci nakil bölümleri bulunmaktadır.

OLAY YERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Olay yeri, o noktada tekrar kaza olma riskinin ortadan kaldırılması, olay yerindeki hasta/yaralı sayısının ve türlerinin belirlenmesi amacıyla değerlendirilir. Her kazanın kendine göre bir oluş şekli ve yapısı vardır. Yine her olay yerinin de kendine özgü riskleri vardır. Dolayısı ile bu konuda bilinmesi gereken şey; kaza olan çevreye ya da hastanın/yaralının çevresine bir bakmak ve ‘‘Burada devam eden riskler var mı?’’ diye sorgulamak gerekir. Her olayın risk durumu birbirinden farklıdır

Olay Yerinin Değerlendirilmesinde Yapılacaklar

Kendimiz ve yaralı için muhakkak güvenli bir bölge oluşturulmalıdır. Kazaya uğrayan araç mümkünse yolun dışına ve güvenli bir alana alınmalı, kontağı kapatılmalı, el freni çekilmeli, araç LPG’li ise aracın bagajında bulunan tüpün vanası kapatılmalıdır. Olay yeri yeterince görünebilir biçimde işaretlenmelidir. Kaza noktasının önüne ve arkasına gelebilecek araç sürücülerini yavaşlatmak ve olası bir kaza tehlikesini önlemek için uyarı işaretleri yerleştirilmeli; bunun için üçgen reflektörler kullanılmalıdır, kaza bölgesi mutlaka uzaktan görülür hâle getirilmelidir. Olay yerinde hasta/yaralıya yapılacak yardımı güçleştirebilecek veya engelleyebilecek meraklı kişiler olay yerinden uzaklaştırılmalıdır. Olası patlama ve yangın riskini önlemek için olay yerinde sigara içilmemelidir. Gaz varlığı söz konusu ise oluşabilecek zehirlenmelerin önlenmesi için gerekli önlemler alınmalı, ortam havalandırılmalıdır. Kıvılcım oluşturabilecek ışıklandırma veya çağrı araçlarının kullanılmasına izin verilmemelidir. Hasta/yaralı için bir risk yok ise yerinden oynatılmamalı, hızla yaşam bulguları, kırık ve kanama yönünden değerlendirilmeli, sıcak tutulmalı, bilinç kapalı ise ağızdan hiçbir şey verilmemelidir. Tıbbi yardım 112 Acil Servisten istenmelidir. Hastanın/yaralının endişeleri giderilmeli, nazik ve hoşgörülü olunmalı, paniğe kapılmasını engellemek için yarasını görmesine izin verilmemelidir. Hasta/yaralı ve olay hakkındaki bilgiler kaydedilmeli, yardım ekibi gelene kadar olay yerinde kalınmalıdır.

TEMEL YAŞAM DESTEĞİ

TYD ile ilgili uygulamalar 1960'lı yıllarda gelişmeye başlamış, günümüze kadar da birçok gelişim ve değişim göstermiştir. TYD uygulama eğitiminde karmaşıklığın ortadan kaldırılması amacıyla standartlaşma ihtiyacı hissedilmiş ve bu konuda çalışmalar yapılmıştır. Günümüzde her beş yılda bir TYD uygulama protokollerinde yenilenmeye gidilmektedir. En son 2010 yılında yayımlanan yeni protokoller gereği, sağlık çalışanı ve ilk yardımcı tarafından uygulanacak TYD uygulama açısından farklılıklar bulunmaktadır. TYD basamakları sıralamasında yetişkinler ve pediyatrik hastalar için "A-B-C" uygulaması "C-A-B" (Dolaşım, Havayolu, Solunum) olarak değiştirilmiştir. "C-A-B" sıralamasıyla, kalp masajı daha kısa sürede başlamış olacak ve ventilasyon çok az gecikmiş olacaktır. "Bak, Dinle, Hisset" uygulaması faydasız ve zaman alıcı bulunmuş bu nedenle 2010 yılı TYD akış şemasından çıkarılmıştır.

Yetişkinlerde sağ kalım zinciri halkaları şunlardır:

1. Halka, Kardiyak arrestin erken tanınması ve acil sağlık hizmetlerinin erken aktivasyonu,
2. Halka, Olay yerinde bulunan ilk yardımcının yaptığı temel yaşam desteği,
3. Halka, Erken defibrilasyonu,
4. Halka, Etkili yetişkin ileri yaşam desteği uygulamalarını,
5. Halka, Kardiyak arrest sonrası bakımı ifade etmektedir.

Çocuklarda sağ kalım zinciri halkaları şunlardır:

1. Halka, Arrestin ve oluşabilecek zararların önlenmesini,
2. Halka, Erken kardiyopulmoner resüsitasyonu,
3. Halka, Acil yanıt sisteminin aktive edilmesini,
4. Halka, Hızlı pediyatrik ileri yaşam desteğini,
5. Halka, Kardiyak arrest sonrası bakımı ifade etmektedir.

Çocuklarda temel yaşam desteğini, ilk üç halka oluşturur. Çocuklarda bu halkalarda en önemli halka, zararların önlenmesi olup koruyucu tedbirler alınmalıdır.

Erişkin Temel Yaşam Desteği

Bilinç kontrolü

Hasta veya yaralı sert bir zemine sırt üstü yatırılmalıdır. Sırt üstü pozisyona getirilirken baş- boyun ve gövde eksenini bozulmadan çevrilmelidir, ancak baş boyun yaralanma şüphesi varsa çok gerekli olmadıkça pozisyon değiştirilmemelidir. Hasta /yaralının omzuna yavaşça dokunulmalı "Nasılsınız?" "İyi misiniz?" diye sorulmalıdır. Bildirme Olay / kaza mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde telefon veya diğer kişiler aracılığı ile gerekli yardım kuruluşlarına bildirilmelidir. Türkiye'de ilk yardım gerektiren her durumda telefon iletişimleri, 112 acil telefon numarası üzerinden gerçekleştirilir.

Dolaşımın değerlendirilmesi (C)

Dolaşımın olup olmadığının anlaşılmasının en etkin yolu 10 saniye içinde karotis nabzının kontrolüdür. Karotis arterin lokalizasyonu için, bir el ile başın geriye pozisyonu sürdürülürken, diğer elin 2 - 3 parmağı ile trakea lokalize edilmeli, sonra parmaklar trakea ile sternokleidomastoid kası arasındaki oluğa doğru kaydırılmalıdır. Her iki karotis arterin aynı anda palpasyonu, beyin kan akımını etkileyebileceğinden önerilmemektedir.

Kalp masajı

Kalp masajı uygulama basamakları aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- Kalp masajı uygulamak için göğüs kemiğinin alt ve üst ucu tespit edilerek alt yarısına bir elin topuğu yerleştirilir.
- Diğer el, bu elin üzerine yerleştirilerek parmaklar kilitlenir.
- Üstteki el ile altta bulunan el yukarıya doğru çekilerek alttaki elin parmaklarının hasta veya yaralıya temas etmesi önlenir. Aksi durumda uygulanan güç dağılır.
- Dirsekleri bükmeden, omuzlar düz şekilde ve hasta veya yaralının üzerine tam dik olacak şekilde pozisyon alınır. Omuz ve bel kaslarından kuvvet alınmalıdır.
- Basıncı tam uygulayabilmek için hasta veya yaralıya yakın mesafede durulmalıdır.
- Göğüs kemiğine 5 cm (2 inç kadar) çökecek şekilde basınç uygulanır.
- Basınç, aşağı doğru ve dik olarak uygulanmalıdır.
- Basınç, sadece göğüs kemiği üzerine uygulanmalı eller sabit tutulmalı ve hareket ettirilmemelidir.

- Göğüs kemiğine basınç uygulama ve kaldırma ritmik olarak yapılmalıdır.
- Uygulamaya, 1 ve, 2 ve, 3 ve,... 9 ve, 10 ve, 11 ve,...30 diye sayılarak 30 basınç şeklinde devam edilir. Bu sayede basınç ve gevşeme arasındaki zaman eşitlenmiş olur.
- Kalp masajı, dakikada en az 100 basınç olacak şekilde uygulanmalıdır. Hava Yolu

Açıklığın Değerlendirilmesi (A)

Bilinci kapalı bütün yaralılarda hava yolu açıklığı kontrol edilmeli ve aşağıdaki işlem basamakları uygulanmalıdır.

- Hasta veya yaralının sıkın giysileri varsa gevşetilir.
- Ağız içi kontrol edilerek temizlenir, yabancı cisim varsa çıkartılır, ağızda takma diş, yiyecek parçaları, kusmuk vb. cisimler hava yolunun tıkanmasına neden olabilir. Bu işlemler yapılırken kesinlikle ağız içine körlemesine temizlik yapılmamalıdır.
- Hava yolunu açmak için hasta veya yaralıya, travma bulgusu yok ise baş- çene pozisyonu verilmelidir. Bir el alına yerleştirilmeli, diğer elin iki parmağı çenenin altına yerleştirilmeli, baş geriye doğru itilmelidir.
- Travma bulgusu olan hasta için çene itme manevrası kullanılmalıdır. Omurga yaralanmasından şüphelenilen yaralı veya hastalarda çenenin kaldırılması yeterlidir. Bu manevra sağlık çalışanları tarafından uygulanmalıdır. Çene kaldırma manevrası başarısız olursa hava yolunu açık tutacak kadar baş geriye doğru hafifçe itilmelidir.

Solunumun Değerlendirilmesi (B)

Solunumun kontrolü için “Bak, dinle, hisset” yöntemi zaman kaybı olarak düşünülmesi nedeniyle kullanılmamaktadır. İlk yardım uygulayacak kişi kardiyak arrest işaretlerini belirlemek için bilinç durumunu kontrol ederken kısaca solunumu da kontrol eder. 30 göğüs basıncından sonra tek kurtarıcı hastanın hava yolunu açar ve 2 soluk verir. Yetişkinde suni solunum, ağızdan ağza, ağızdan buruna, ağızdan maskeye ve ağızdan stomaya şeklinde yapılabilir. Suni solunumda akciğerlere 400- 600 ml hava gidecek şekilde ya da yaralının veya hastanın göğsünü yükseltmeye yarayacak kadar her biri 1 saniyede 2 kurtarıcı nefes verilmelidir.

Defibrilasyon (D)

Özel bir elektrik cihazı ile kalbe doğru akım vererek kalp kasındaki düzensiz titreşimleri giderip kalbin normal bir şekilde çalışmasını sağlamaya yönelik yapılan işleme defibrilasyon, bu işte kullanılan cihaza defibrilatör denir. Defibrilasyonda manuel defibrilatörler ve otomatik eksternal defibrilatörler (OED) kullanılır. Tüm sağlık çalışanı ve sağlık çalışanı haricindeki kurtarıcılar TYD’ nin ayrılmaz bir parçası olan OED’i kullanırlar. OED; bataryası olan, taşınabilir, kendiliğinden yapışkanlı petleri bulunan, hasta veya yaralının kalp ritimlerini değerlendirebilen ve şokun gerekli olup olmadığını sesli ya da görüntülü talimatlarla bildiren kullanımı basit bir cihazdır. Hastane dışı ani kardiyak ölümlerde sağ kalım hızını artırmak için ilk müdahale eden kişinin KPR yapması ve OED kullanması önerilmektedir Standart OED petleri yetişkinlerde uygulanır. 1- 8 yaş arasındaki çocuklara mümkünse pediatrik petli OED’ler uygulanmalıdır. Mümkün değilse OED’ler olduğu gibi kullanılır. Bebeklerde OED kullanılmaz.

Çocuklarda ve Bebeklerde Temel Yaşam Desteği

Çocuklarda ve bebeklerde, temel yaşam desteği protokolleri yetişkinler ile aynı olmakla beraber göğüs boşluğunun daha küçük olması, kalp atım sayısının fazla olması, çevre organlarının daha kolay yaralanabilmesi gibi anatomik ve fizyolojik nedenlerden dolayı uygulama sırasında yetişkinlere göre bazı farklılıklar bulunmaktadır Bilinç Kontrolü Çocuk hasta veya yaralıya hafifçe dokunulmalı “iyi misin?” diye yüksek sesle sorulmalı, adı biliniyorsa adıyla seslenilmelidir. Bebeğin ise ayak tabanına hafifçe vurularak bilinci kontrol edilmelidir. Çocuk veya bebek hareket eder, inler ya da cevap verirse hızla herhangi bir yaralanma ya da tıbbi yardım ihtiyacı olup olmadığına bakılmalı acil yardım sistemi aktive edilmelidir. Bildirme Olay / kaza mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde telefon veya diğer kişiler aracılığı ile gerekli yardım kuruluşlarına bildirilmelidir. Çocuğun bilinci yoksa ve çevrede birileri varsa 112 aratılmalıdır. İlk yardımcı yalnız ise 30:2 göğüs basısı ve suni solunumu 5 tur uyguladıktan sonra 112’yi kendisi aramalıdır.

Temel Yaşam Desteği Bileşenleri Dolaşımın Değerlendirilmesi (C)

Çocuklarda dolaşım, yetişkinlerde olduğu gibi karotis arterden ya da femoral arterden, bebeklerde brakial arterden nabız kontrolü ile değerlendirilir. Nabız on saniyenin altında bir sürede değerlendirilmelidir, eğer on saniye içinde, nabız hissedilemez veya nabızı hissedip hissetmediğinden emin olunamaz ise göğüs basılarına başlanmalıdır. Kalp masajı: Kalp basıncı uygulamak için göğüs kemiğinin alt ve üst ucu tespit edilerek alt yarısına bir elin topuğu yerleştirilmelidir. Çocuk yetişkin görünümünde ise uygulama yetişkinlerdeki gibi çift elle yapılabilir. Dirseği bükmeden, omuz düz ve çocuğun üzerine tam dik olacak şekilde pozisyon alınmalıdır. Çocukta göğüs kemiği 5 cm yani göğüs ön arka çapının 1/3’ü içe çökecek şekilde bası uygulanmalıdır. Uygulama şekli yetişkinlerle aynıdır. Basınç derinliği göğüs ön arka çapının 4 cm kadar olmalıdır. Kalp masajı dakikada 100 basınç olarak uygulanmalıdır. Çocuklarda ve bebeklerde temel yaşam desteği bir kişi ile uygulanıyorsa; 1 turda, 30 göğüs basıncı 2 suni solunum şeklinde uygulanır. 5 turda bir kez dolaşım kontrolü yapılır. Çocuklarda

temel yaşam desteği iki kişi ile uygulanıyorsa; 1 turda, 15 göğüs basısı 2 suni solunum şeklinde uygulanır. 5 turda bir kez dolaşım kontrolü yapılır. 1. kişi hava yolunu açar, suni solunum yapar, dolaşımı ve göz reflekslerini kontrol eder. 2. kişi ise dış kalp masajını uygular. Çocuğun dolaşım ve solunumu geri geldiğinde derlenme pozisyonu verilir.

Hava Yolu Açıklığının Değerlendirilmesi (A)

Çocuk veya bebeğin sıkkan giysileri varsa gevşetilmelidir. Ağız içi kontrol edilerek yabancı cisim varsa temizlenmelidir. Bilinci kapalı çocuk veya bebekte hava yolu tıkanıklığının başlıca nedeni dilin arkaya düşmesidir. Çocuklarda hava yolu açıklığı iki farklı yöntemle sağlanabilir. Travma mevcut değilse başı geri itme, çeneyi yukarı kaldırma, travma durumunda ise çene itme manevrası ile hava yolu açıklığı sağlanmalıdır. Solunumun

Değerlendirilmesi (B)

Hava yolu uygun bir şekilde açıldıktan sonra, hava yolu açık tutularak çocuk veya bebeğin solunumu 5–10 sn. içinde kontrol edilir. Eğer çocuk veya bebekte solunumun olup olmadığına karar verilemedi ise solunum yokmuş gibi hareket edilir. Bu durumda hemen suni solunuma başlanması, oksijensizliğe bağlı beyin hasarını önlemede son derece etkilidir. Defibrilasyon(D) OED kullanılması önceden sadece sekiz yaş üzerindeki çocuklar için önerilirken yeni önerilerde yaş sınırı bir yaşa kadar indirilmiştir. Bir yaş altı çocuklarda (infant) defibrilasyon için manuel defibrilatör, bir ve sekiz yaş arasında pediatrik adaptasyonu mümkün olan OED'lerin kullanılması ve kullanılırken pediatrik moda geçirilmesi önerilmektedir. Çocuklarda pediatrik petler kullanılmalıdır, petlerden biri göğsün ön tarafına diğeri sırta yerleştirilmelidir. İlk doz 2j/kg olarak uygulanmalı, cevap alınamaz ise ikinci doz 4j/kg sonraki şoklarda 4j/kg dan uygulanmalıdır. Cihaz ritmi kontrol ederken hiç kimsenin yaralı veya hastaya dokunmadığından emin olunmalı, eğer şok endikasyonu var ise şok düğmesine basılmalıdır. Önerilen yeni uygulama ise kompresyonların aksatılmaması için defibrilasyonun hemen arkasından kompresyonlara devam edilmesidir

YARALANMA

Yara, bir travma sonucu canlı dokunun bütünlüğünün (vücudun iç ya da dış yüzeyinde) bozulması anlamına gelir. Travma; ani olarak dıştan mekanik bir etki sonucu meydana gelen, sağlığı tehdit eden, fiziksel ve ruhsal hasarlara yol açan bir olaydır. Yaralanma ise travmanın oluşturduğu etkiye bağlı olarak deri veya deri altı dokularının bütünlüğünün bozulmasına denir. Yumuşak doku, deri altı dokusu, kas, damar, sinir, lenf ve organlar yaralanma durumundan etkilenebilir.

YARA ÇEŞİTLERİ VE İLK YARDIM

Yaralar değişik araştırmacılar tarafından farklı kriterlere göre sınıflandırılmıştır. Yaralar görünümüne göre 2 gruba ayrılmaktadır.

- Açık yaralar
- Kapalı yaralar

Açık yaralar

Deri ve muköz membran (vücut boşluklarını döşeyen zar) bütünlüğünün bozulduğu bu tür yaralar keskin aletlerle ya da darbe ile oluşabilir.

Açık yara tipleri

- Derinin sert bir yüzeye sürtünmesi sonucu oluşan yaralara sıyrık yaraları denir. Epidermin ve derminin bir bölümünün kaybının söz konusu olduğu yaralardır. Yara yüzeyi temiz değildir. Hafif ağrı vardır ve kanama sınırlıdır.
- Özel koşullarda çok keskin aletlerle, cerrahinin amacına uygun olarak istenilen genişlikte ve büyüklükte gerçekleştirilen yaralara kesik yaralar denir. Yara yüzeyi temizdir.
- Kazara ya da keskin aletlerle (bıçak, jilet, ustura, cam, metal vb.) oluşan yaralara yırtılma yaraları denir. Yara kenarları düzensiz olabilir. Bu yaralarda doku hayatyeti kesik yarasından daha fazladır.
- Derinin bir parçası tamamen kopmuş ya da küçük bir yerinden bağlı kalmış olan yaralara kopma yaraları denir. Kanama fazla görülür.
- Derin dokularda keskin/sivri bir obje ile oluşturulan yaralara delinme yaraları denir. Objeye ekstremiteleri/organi geçip karşı taraftan çıkarsa perforasyon yarası meydana gelir. Dış kanama sınırlıdır, fakat içte oluşan hasar iç kanamaya sebep olabilir.
- Yara oluşumundan itibaren en az altı saat geçmiş, dikilmiş ancak dikişleri açılmış, yara dudakları düzgün olmayan, yara oluşurken ya da sonrasında kirlenmiş yaralar, derin olan, ateşli silah ya da ısırma sokma neticesinde oluşmuş yaralara enfekte yara denir.

Açık yaralarda ilk yardım

- Çevre emniyetine dikkat edilir.
- Yaralının yaşam bulguları değerlendirilir (CAB).
- Yara bölgesi, oluş şekli, süresi, yarada yabancı cismin varlığı, kanama durumu, şişlik, hassasiyet, şekil bozukluğu, fonksiyon kaybı yönünden değerlendirilir.
- Hemen 112 Acil Yardım Merkezinden tıbbi yardım istenir.
- Yaralının üzeri temiz bezle kapatılır.
- Kanama varsa durdurulur.
- Yaralının içerisinde toz, toprak vb. yabancı maddeler varsa bol temiz su ile yıkanarak uzaklaştırılır.
- Pamuk, kağıt mendil, peçete vb. yara üzerinde, lif bırakıp kolayca dağılıp enfeksiyon riski oluşturmaları nedeniyle konulmaz.
- Gerekirse sargı bezi ile sarılır.
- Yaralı bölge kalp seviyesinin üzerinde tutulur.
- Yara bölgesinin hareketi, ağrı ve kanamayı önlemek için engellenir.
- Yara içi kurcalanmaz.
- Alkol, iyot, antibiyotik içeren merhem, pudra vb. maddeler yaralının tahrişine neden olacağından yara üzerine uygulanmaz.
- Yaraya batan cisim varsa çıkartılmaz. Batan cismin etrafı temiz bir bezle desteklenerek yabancı cismin ucu dışarıda kalacak şekilde sabitlenir.
- Kopan bir vücut parçası varsa, kopan parça temiz bir beze sarılır. Beze sarılmış parça naylon torba içine koyulup, bağlanır. İçi buz dolu başka bir naylon torbanın içine koyulur ve yaralı ile

birlikte sağlık kuruluşuna gönderilir.

- Kopan kısım direkt buz içerisine konulmaz.
- Ağız yolu ile yiyecek-içecek verilmez.
- Isı kaybını önlemek için yaralının üzeri örtülür.
- Yaralı tetanos aşısı için yönlendirilir.
- Yaralının sağlık kuruluşuna sevki sağlanır.

Kapalı yaralar

Deri bütünlüğünün bozulmadığı, deri ya da muköz membranın vücut boşluklarını döşeyen zar) altındaki yumuşak doku yıkımının var olduğu yaralardır. Bu durumda cilt altındaki hücreler, damarlar ve sinirler zarar görür. Hasarın derecesi, yaralanmaya neden olan etkenin gücüne göre değişir.

Kapalı yara tipleri

- **Kontüzyon:** Künt bir travma sonucu görülen yaralanma şeklidir.
- **Hematom:** Mekanik bir zorlanma sonucu kanın damar dışına çıkararak yumuşak dokular arasında birikmesi ile oluşur.
- **Burkulma:** Eklem ligamentlerin de ve kapsülünde oluşan zedelenmedir.
- **Bl:** İnterstisyel aralıkta sıvı birikmesidir. Yanıklar, donmalar vb. durumlarda oluşabilir.

Kapalı yaralarda ilk yardım;

- Yaralının yaşam bulguları değerlendirilir (CAB).
- Yara bölgesi, yaranın oluş şekli, süresi, şişlik, hassasiyet, şekil bozukluğu, fonksiyon kaybı yönünden değerlendirilir.
- Erken dönemde(yaralanmadan sonraki ilk 24 saat) buz ya da soğuk kompres uygulanır. Bu uygulama kan damarlarının büzülmesine yol açarak kanamayı azaltır ve ağrının hafifletilmesini sağlar.
- Geç dönemde (ilk 24 saatten sonra) sıcak uygulama yapılır. Bu uygulama ise kan damarlarının genişlemesini sağlayarak doku iyileşmesini hızlandırır.
- Yaralı bölge atel ile hareketsiz hâle getirilir.
- Yaralanan bölge kalp seviyesinden yukarı kaldırılır.
- Isı kaybını önlemek için yaralının üzeri örtülür.
- Yaralının sağlık kuruluşuna sevki sağlanır.

Baş ve Omurga Yaralanmaları

Baş ve omurga yaralanmaları ölüm ve sakatlanmalara neden olduğu için çok önemlidir. Trafik kazalarında sakat kalma nedenlerinin % 40'ı ve ölümlerin % 80'i baş ve omurga yaralanmalarından kaynaklanmaktadır.

Baş ve omurga yaralanmalarında ilk yardım

- Bilinç kontrolü yapılır.
- Bilinci açıksa hareket etmemesi istenir, hiçbir şekilde hareket ettirilmez. Ancak olay yerinde herhangi bir tehlike söz konusu ise düz pozisyonda daha güvenli bir yere sürüklenir (Baş- boyun- gövde eksenini bozulmadan sürüklenir).
- Yaşam bulguları değerlendirilir (CAB).
- Hemen 112 Acil Yardım Merkezi'nden tıbbi yardım istenir.
- Boyun tespiti yapılır.
- Kanama varsa durdurulmaya çalışılır, fakat burun veya kulaktan gelen berrak veya kanlı sıvı, beyin-omurilik sıvısı ise akışı engellenmeye çalışılmaz, (Kanamada, beyin-omurilik sıvısının olup olmadığı beyaz bir bez üzerine burun veya kulaktan gelen kandan bir damla damlatılarak anlaşılır. İki farklı halka (ortada kanlı halka etrafında şeffaf halka) oluşursa gelen sıvıda beyin-omurilik sıvısının olduğunu düşünülür, eğer sadece tek halka oluşursa beyin-omurilik sıvısının olmadığı dşnlrek müdahale edilir).
- Tıbbi yardım ekibi gelene kadar hasta veya yaralının yaşam bulguları takip edilir.

Gz Yaralanmaları

Gz yaralanmalarında ilk yardım

- Korneada yabancı cisim bulunması durumunda, yabancı cisim kornea üzerindedir, veya göz kapağı altındadır. Bu durumda göz temiz su ile yıkanır.
- Batan cisimler çıkarılmaz, sabitlenir. zeri koni biçiminde bir malzeme veya bardak ile kapatılır.
- Gözler birlikte hareket ettiğinden diğer göz de kapatılmalıdır.
- Yırtılmalarda, yaralı göz hemen steril gazlı bezle kapatılır, sağlam göz de kapatıldıktan sonra en kısa sürede hastaneye götürülmelidir.
- Kimyasal yanıklarda, tek ve acil tedavi yıkamaktır. Yıkamak için her türlü temiz su kullanılabilir.
- Koşullar suyu göze dökmeyi, hastanın başını musluk altına sokmayı, su ile dolu bir kap içine göz sokularak göz kapaklarının hızla kırpıştırılmasını gerektirebilir.
- Daha sonra her iki göz de kapatılarak hastaneye ulaştırılır.

- Yıkama süresi en az 15 dakika olmalıdır.
- Isı/alev yanıklarında, göz kapakları genellikle kapanır ve yapışabilir. O nedenle her iki göz yıkandıktan sonra ıslak pansumanla kapatılarak hastaneye götürülmelidir.
- Işın yanıklarında, ilk başta fazla belirti görülmezken, 3-5 saat sonra kızarıklık, şişlik, aşırı göz yaşı salgılanması görülebilir. Gözler yine ıslak petlerle kapatılarak, kişi hastaneye götürülür.

Göğüs Yaralanmaları

Göğüs yaralanmaları, kalp ve akciğerin doğrudan yaralanma olasılığı yüzünden çok önemlidir. Her göğüs yaralanması ciddidir.

Göğüs yaralanmalarında ilk yardım

- Hasta veya yaralının bilinç kontrolü yapılır.
- Yaşam bulguları (CAB) ve yaralının durumu değerlendirilir.
- Hemen 112 Acil Yardım Merkezinden tıbbi yardım istenir.
- Açık göğüs yaralanması varsa yara deliği avuç içi ile fazla bastırılmadan kapatılır.
- Yaralının bilinci yerinde ise kendi avucu ile kapatması istenir. Bu uygulama, göğüsteki yaradan giren hava nedeniyle akciğerlerin daha fazla büzülmesini önler.
- Yaralının üzeri temiz, hava geçirmeyen özellikte naylon poşet, alüminyum folyo vb. malzeme ile kapatılarak üç tarafı bantla sabitlenir.
- Nefes alma sırasında yaraya hava girmesini engellemek; nefes verme sırasında havanın dışarı çıkmasını sağlamak için yara üzerine konan malzemenin bir ucu açık bırakılır.
- Göğüste saplanmış bir cisim varsa cisim kesinlikle çıkartılmaz.
- Cismin ileri ya da geri hareketini engellemek için etrafı temiz bezlerle desteklenerek sabitlenir.
- Hasta veya yaralıya ağızdan hiçbir şey verilmez.
- Tıbbi yardım gelinceye kadar yaşam bulguları takip edilir.

Karın Yaralanmaları

Karın bölgesi, diğer vücut boşlukları gibi kemik doku ile korunmadığı için yaralanmalara açık bir bölgedir. Bu bölgede yaşamsal öneme sahip organ ve dokular bulunur. Hasta veya yaralının karın bölgesindeki yarasının boyutları ve derinliği önemlidir. Delici ve kesici yaralanmalarla oluşan açık yaradan karın içi organlar dışarı çıkmış olabilir, iç ve dış kanamalar görülebilir.

Karın yaralanmalarının belirtileri

- Karın bölgesinde açık yaralanma bulgusu, dışarı çıkmış organlar ya da saplanmış cisim varlığı
- Karın bölgesinde sertlik ve hassasiyet
- Şiddetli ağrı
- Hızlı ve yüzeysel solunum
- Bulantı-kusma

Karın yaralanmalarında ilk yardım

- Hasta veya yaralının bilinci kontrol edilir.
- Hasta veya yaralının yaşam bulguları kontrol edilir (CAB).
- Hemen 112 Acil Yardım Merkezinden tıbbi yardım istenir.
- Açık yara, vücut eksenine paralel ise hasta veya yaralının bacakları uzatılarak sırt üstü yatırılır. Yara, vücut eksenine dik ise dizlerin altı desteklenerek yaralı bacaklar bükülmüş olarak yatırılır.
- Dışarı çıkan organlar içeri sokulmaya çalışılmaz.
- Dışarı çıkan organların üzeri, ılık su ile ıslatılmış temiz bir bez ile örtülür.
- Islak bezin üzeri temiz, hava geçirmeyen özellikte naylon poşet, alüminyum folyo vb. malzemeyle kapatılarak hava ile temas etmeyecek şekilde dört kenarı bantla sabitlenir. Böylece organların ve ıslak bezin kuruması önlenmiş olur.
- Karında saplanmış bir cisim varsa cisim, kesinlikle çıkartılmaz. Cismin ileri ya da geri hareketini engellemek için etrafı temiz bezlerle desteklenerek sabitlenir.
- Ağızdan yiyecek ya da içecek verilmez.
- Tıbbi yardım gelinceye kadar yaşam bulguları izlenir.

YARALANMALARDA TETANOZ PROFİLAKSİSİ

Tetanos aşısı (toksoidi) kullanılarak tetanos hastalığının gelişimi etkili ve uzun süreli olarak önlenir. Aktif bağışıklık, doğumdan 2 ile 6 ay sonra uygulanmaya başlanan bağışıklık programı ile sağlanabilir. Bir aylık arayla üst üste üç kez uygulanır. 12 ay sonra bir kez kas içine verilen 0.5 ml'lik tetanos toksoidi 10 yıl süreyle etkili tetanos profilaksisi sağlanmış olur. 10. yıl verilecek 0.5 ml'lik tetanos toksoidi ile antitoksin seviyesinde yeniden yükseliş sağlanır. Bu nedenle, her yaralıya önceden bağışıklığı olsun veya olmasın hemen 0.5 ml'lik tetanos toksoidi verilmelidir.

KANAMALAR

Kanama damar bütünlüğünün bozulması sonucu, kanın damar dışına (vücudun içine veya dışına) doğru akmasıdır. Yetişkin bir bireyde ortalama olarak 5- 6 litre kan vardır. Herhangi bir nedenle ani olarak gelişen kan kaybı toplam kan hacminin %10'una ulaştığında vücut bunu tolere edebileceği gibi kanamaya bağlı şok da gelişebilir.

Dış Kanamalar

Dış kanamalar deri bütünlüğünün bozulması nedeniyle kanın vücut dışına akmasıyla oluşan, gözle görülebilir kanamalardır. Yaygın olarak künt travmalar ve kesici / delici yaralanmalar sonucu görülen kanama türüdür. Örneğin; kol, bacak ya da parmak yaralanmaları veya kopmaları, açık kırıklar, çeşitli cilt kesilerinde dış kanamalar oluşabilmektedir.

İç Kanamalar

İç kanamalar damarların herhangi bir nedenle yırtılması ya da zedelenmesi sonucu, kanın damarlardan vücut boşluklarına doğru akması ile oluşan kanamalardır. Örneğin; motorlu araç kazaları, yüksekten düşme, travma, darbe, büyük kemik kırıkları, bıçak ya da silahla yaralanma sonucu iç kanamalar oluşabilmektedir. Ayrıca var olan bir hastalık sırasında, travmaya bağlı olmaksızın, bir damarın zedelenmesi ya da hasarlı bölgeden sızıntı şeklinde kanamalar da olabilmektedir.

Beden Boşluklarında Olan Kanamalar

Beden boşluklarında olan kanamalar, kulak, burun, ağız, anüs vb. organlardan olan kanamalardır. Beden boşluklarında olan kanamalar farklı nedenlerle ortaya çıkabilir.

Dış Kanamalarda İlk Yardım

Dış kanamaları durdurmak için kanamanın özelliğine göre çeşitli yöntemlerden yararlanılır. Bu yöntemlerden başlıcaları: doğrudan basınç uygulama, basınçlı bandaj uygulama, elevasyon, kanayan bölgedeki atar damarlara doğrudan basınç uygulama, turnike uygulama, atelleme, pnömotik basınçlı atel uygulama. Doğrudan basınç uygulama basit ve etkili kanama kontrol yöntemidir. Kanayan bölgenin üzerine steril pansuman konularak, üstüne elle basınç uygulanır ve doğrudan basınç uygulaması çoğu kanamayı durdurabilir. Genellikle kazalar sırasında steril pansuman bulunamayabilir. Bu durumda, temiz olduğu düşünülen herhangi bir eşarp, tülent, havlu, mendil vb. malzeme ile yara üzerine basınç yapılabilir. Bu gibi malzemeler toprak hâline getirilerek kanama bölgesine basınç yapıldığı zaman, kanın ele bulaşma riski de azalır. Eğer eldiven kullanılmıyorsa bu basınç sırasında çok dikkatli olunmalı ve bulaşıcı hastalık riski göz ardı edilmemelidir. Basınçlı bandaj uygulamasında, yara üzerine uygulanan bez kaldırmadan rulo sargı veya bez şeritler ile yaralı bölge sıkıca sarılır. Sargının son ucu ikiye ayrılarak doğrudan yaranın üzerinde düğümlenir. Bu düğüm yaranın üzerine yapılan baskıyı arttırmaya yardımcı olacaktır Elevasyon uygulamasında, kırık şüphesi yoksa ve ağrıya neden olmuyorsa, yaralı kol ya da bacak kalp düzeyinden yukarıda olacak şekilde kaldırılmalıdır. Bir el ile yaraya baskı uygulanırken diğer el ile yara bölgesi kalp hizasının üzerine kaldırılabilir. Kanama bölgesine giden atardamara basınç uygulayarak da kanama kontrol altına alınabilir. Atardamara basınç uygularken, damar üzerine yapılan basınç sürekli olmalıdır. Basınç uygulama, arterlerdeki kan akımını azaltır. Bu, özellikle artar damar yaralanmalarında çok önemlidir ve kısa zamanda meydana gelebilecek şok ve ölümü önleyebilir. Turnike uygulaması, yaralanmanın distalinde kalan dokunun kanlanmasını engellediği için geri dönüşümsüz hasara neden olabilmektedir. Bu nedenle günümüzde çok tercih edilmemektedir. Atelleme ise, kanamaların bir kısmı kırılan kemik uçlarının neden olduğu kas veya damar yırtılması ile oluşabilir. Bu durumda ekstremitenin stabilize edilmesi kanamayı durdurabilir. Ekstremiteyi stabilize etmek için değişik tipte ateller kullanılır.

İç Kanamalarda İlk Yardım

İç kanamanın kontrolü kanamanın nedenine bağlıdır. İç kanaması olduğundan şüphelenilen yaralılar/hastalar en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. İlk yardımın temel basamakları dikkatli bir şekilde uygulanmalıdır. Tıbbi yardım, 112 Acil Yardım Merkezinden istenmelidir. Gerekliyse temel yaşam desteği basamakları uygulanmalıdır. Sağlık ekibi gelene kadar yaralı hareketsiz tutulmalıdır ve hasta şok pozisyonuna getirilmelidir. Hasta kusuyorsa, hava yolunun tıkanmasını engellemek için başı dikkatli bir şekilde hafifçe yana çevrilmelidir.

Şok

Şok, genellikle “yetersiz doku perfüzyonu” sonucu ortaya çıkan kompleks klinik bir sendrom olarak tanımlanır. Oksijen ve besin maddeleri hücrelere taşınmadığı, atık ürünler vücuttan atılamadığı

zaman oluşur. Şokta yetersiz perfüzyon ve oksijen açığının devam etmesi sonucu hücrel ölüm, organ ve sistem yetersizliği ortaya çıkar. Bu nedenle şok hastanın durumunun sürekli değiştiği dinamik bir olaydır.

Şok Çeşitleri

Dolaşımın yeterli olmasını sağlayan; kan hacmi, kalbin pompa gücü ve damar tonüsü esas alınarak sınıflama yapıldığında şok başlıca üç tipe ayrılır. Hipovolemik şok, en yaygın olarak ortaya çıkan şok çeşididir.

Hipovolemik şok, dolaşan kan ve sıvı hacminin azalmasına bağlı olarak gelişen bir tablodur. Kan kaybı hipovolemik şokun en yaygın nedenidir.

Hemorajik Şok, ağır intestinal kanamalar, aort anevrizması, dış kanamalar gibi nedenlerle toplam kan hacminin azaldığı durumlarda ortaya çıkar. Hemorajik şokta dolaşan kan hacminin azalması sonucu venöz dönüş azalır ve kalbin atım hacmi azalır. Kan kaybı devam ederse kan basıncı düşer ve yaşamsal organlarda doku perfüzyonu yetersiz olmaya başlar. Hemorajik şokta, kan kaybı ile ilişkili olarak bulunduğu evreye göre belirtiler verir. Kardiyojenik şok, kalbin pompalama gücünün akut olarak yetersiz kalması sonucu kalp debisinin azalması ile ortaya çıkan dolaşım yetersizliğidir. Kalbe gelen kan herhangi bir nedenle periferik dolaşıma atılmadığında, kardiyak debisi azalır. Kardiyak debinin azalması ile şok tablosu oluşur. Kalp krizi, kalp kapağı hastalıkları, aritmiler, pulmoner emboli, kardiyak yaralanmalar kardiyak şokun nedenleri arasındadır.

Vazojenik şok, vasküler tonüsün yetersizliği nedeni ile ortaya çıkar. Kan volümü yeterli olduğu hâlde damar yatağı genişlediğinden dolayı damarlar yeterince dolamaz ve perfüzyon bozulur.

Şokta İlk Yardım

Şokta ilk yardım uygulamaları olarak şu uygulamalar yapılır; kanama ve şok ile ilgili bulgular kontrol edilir, hastanın hava yolu açıklığı sağlanır ve giysileri gevşetilir, hastanın mümkün olduğunca temiz hava soluması sağlanır, şok pozisyonu verilir, kanaması varsa hemen durdurulur, solunum ve nabız sık aralıklarla kontrol edilir, hastanın üzeri örtülerek sıcak tutulması sağlanır, hasta hareket ettirilmez ve hastaya yiyecek/içecek verilmez, hızlı bir şekilde sağlık kuruluşuna sevki sağlanır.

GİRİŞ

Yanıkta ilk yardım ve acil bakım uygulamaları, yanık etkeninin yanık bölgesinde oluşturacağı olumsuzlukları en az indirmeye yönelik önemleri içerir. Bu önlemler; toplumun eğitimi, yasal düzenlemeler, ev ve iş yerlerinde güvenlik önlemlerinin alınmasıdır. Gelişmiş ülkelerin birçoğunda yanmayı önleyecek tedbirlerin yasal bir zorunluluk olması, yanıkların görülme oranını azaltmaktadır. Yanık tedavisi gören hastalar taburculuk sonrası tedaviye ilişkin uyum gücünü yaşayabilmekte ve bu durum sonucunda ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle hastaneye tekrarlı yatışlar olabilmektedir. Deri vücudun en büyük organı olup epidermis ve dermis olmak üzere iki tabakadan oluşur. Epidermis sert geçirgen olmayan dış tabakadır. Daha kalın olan dermis, kan damarları, sinir uçları, kıl folikülleri, ter ve yağ bezleri içerir. Dermisin altında olan yağlı tabaka deri altı dokudur. Isı, elektrik, kimyasal maddeler ve radyoaktif ışınlar ile meydana gelen doku harabiyetine yanık denir. Yanık bireyi, fiziksel, psikososyal ve ekonomik yönden etkileyen bir travmadır.

Yanığın Nedenleri

Yanık; fiziksel etkenler, kimyasal etkenler, elektrik yanıkları ve radyasyon yanıkları sonucu gelişebilir. **Fiziksel etkenler**

- Kuru Sıcak
- Alev
- Ateş
- Kızgın cisim
- Islak Sıcak
- Kaynar su
- Yağ
- Sıcak
- Buhar
- Soğuk

Kimyasal etkenler

- Asitler (Sülfirik asit, hidroklorik asit vb.)
- Alkaliler (Potasyum hidroksit, Sodyum hidroksit, sönmemiş kireç)
- Fosfor ve diğer kimyasal maddeler

Elektrik yanığına neden olan etkenler

- Elektrik çarpması
- Yıldırım çarpması

Radyasyon yanığına neden olan etkenler

- Güneş
- Röntgen ışını
- Radyum, radon, uranyum
- Atom bombası
- Hidrojen bombası

Yanığın ciddiyeti; aşağıdaki faktörlere göre değerlendirilir:

- Yanığın derinliği
- Yanığın genişliği
- Yanığın yeri
- Yanan kişiye ait risk faktörleri

Yanığın Derinliği

Yanığın derinliği, dört düzeyde derecelendirilerek belirlenir.

Büyük Yanıklar

Bu yanıklar, en sık güneş etkisiyle veya ani gaz parlamaları sonucu meydana gelir. Sadece epiderminin hasar gördüğü bu yanıklarda ortaya çıkan en önemli belirtiler kaşıntı, kuru bir deri, eritem ve ağrıdır. Rengi pembedir. İz bırakmadan bir hafta içinde iyileşir. İkinci derece yanık İkinci derece yanıklarda epiderminin tamamı hasar görmüş olup derminin bazı katları da yanıktan hasar görmüştür. İkinci derece yanıklar 2 alt grupta incelenebilir.

Yüzeysel ikinci derece yanık: Epidermis bütünüyle harap olup dermisten ayrılmıştır. Araya sızan sıvı, bülleri oluşturur. Büllün zemini parlak kırmızı renktedir. Çok ağrılıdır. Kıl kökleri hasar görmemiştir.

İz bırakmadan iyileşir.

Derin ikinci derece yanık: Epidermis ve dermis tahrip olmuştur. Kıl kökleri ve ter bezleri etkilenmiştir. Sinir uçları tahrip olduğu için fazla ağrı olmaz. Yara zemini kirli sarı renktedir. İz bırakan nedbe oluşur. İyileşme iki üç hafta sürer.

Üçüncü derece yanık: Tam kalınlıkta deri kaybına neden olan yanıklardır. Epidermis ve dermisin tamamı tahrip olmuştur. Derinin koagülasyon nekrozuna uğraması nedeni ile üçüncü derece yanıklar genellikle kuru bir görünüm sergilerler ve sinir uçlarının hasar görmesinden dolayı ağrı hissi yoktur. Yara zemini sarı-yeşil arası bir renktedir. Yer yer kahverengi lekeler görülür. Sızıntı şeklinde sıvı akar. İyileşince belirgin bir iz bırakır.

Dördüncü derece yanık: Kas, tendon ve kemiklerin de etkilediği oldukça derin bir yanık grubudur. Dokunun tamamen kömürleşmesidir. Rengi kahverengi-siyahtır. Yanık genişliğinin hesaplanmasında özel tablolar kullanılmaktadır, pratikte en fazla kullanılan Pulaski ve Wallece'nin ortaya koyduğu DOKUZLAR KURALI'dır Tedavi için yanık genişliğinin tespitinde dokuzlar kuralına göre yanık yüzdesi aşağıdaki şekilde hesaplanabilir.

- Baş % 9
- Kollardan her biri % 9
- Bacaklardan her biri % 18
- Gövdenin ön tarafı % 18
- Gövdenin arka tarafı % 18
- Üreme organları % 1

YANIĞIN SINIFLANDIRILMASI

• Küçük Yanıklar

- Erişkinlerde %15 veya daha az 2. derece yanıklar
- Çocukta %10 veya daha az 2. derece yanıklar
- Erişkin veya çocukta %2 veya daha az 3. derece yanıklar Orta Yanıklar
- Erişkinlerde %15–25 arası 2. derece yanıklar
- Çocukta %10–20 arası 2. derece yanıklar
- Erişkin veya çocukta %2–10 arası 3. derece yanıklar Büyük Yanıklar
- Erişkinlerde %25 den fazla 2. derece yanıklar
- Çocukta %20'den fazla 2. derece yanıklar
- Erişkinde veya çocukta %10'dan fazla 3. derece yanıklar

• İnhalasyon yanıkları

• Elektrik yanıkları

• Başka bir travmanın eşlik ettiği yanıklar (kafa travması, karın içi yaralanma, kırıklar, vs.)

• Gebelikte yanık yaralanması

• Yanığa ilave risk getiren boyutta yandaş hastalığın varlığı (Şeker hastalığı, steroid kullanımı, immün baskılanma, vb.)

• Göz, kulak, yüz, el, ayak, büyük eklem ve genital bölge yanıkları

YANIKTA İLK YARDIM

Yanıkta İlk Yardım Hedefleri

- Yanığın meydana geldiği yer ve yanık etkeni ne olursa olsun ilk iş yanıklı kişiyi yanık etkeninden uzaklaştırmaktır.
- İlk yardımda yaralının hayatını tehdit edebilecek bir durumu olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- Hava yolunun açıklığı, dolaşımı, nabız ve dış kanama olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- Yaralının yüzü yanmış ise oturtulmalıdır.
- Gerekirse suni solunum yapılmalıdır.
- Çoğu küçük yanık için serin çeşme suyuna tutmak ağrıyı azaltır. 30 saniye içinde bir yanığa soğuk uygulanırsa cilt ısısı 3 saniyede normale düşer.
- Eğer %10 yanığı olan bir yaralı varsa en yakın sağlık kuruluşuna yönlendirilmelidir.

Yanık Nedenine Göre Uygulanacak İlk Yardım

Fiziksel etkenlere bağlı gelişen yanıkta ilk yardım

• Isı ile oluşan yanıklarda: Bireyin koşarak kaçması engellenir ve birey yere yatırılır. Yaralının üzerine battaniye örtülür ve yuvarlanması sağlanarak yanma durdurulmaya çalışılır. Isı ya da dumanın zararlarını önlemek için birey yanık alanından uzaklaştırılır. Yanık yüzeyine en az 20 dakika soğuk uygulama yapılır. Soğuk uygulama yanığın derinliğini ve ağrıyı azaltır.

• Kaynar su ile oluşan yanıklarda: Sıvının dökülmesi kol veya bacağın sıcak suya daldığının hissedilmemesi sonucu oluşur. Bu durumda bazı ilk yardım uygulamaları yapılır. Islanmış eşya hemen çıkarılmalıdır. Yanmış alan, akan soğuk suya 5-10 dakika tutulmalıdır. Pansumanlar yanık sonrası oluşan ödem nedeniyle sıkı sarılmamalıdır. Yanığa sürülen krem ve losyonlar yaranın görünümünü değiştireceğinden, hastanede yanık derinliğini saptamada zorluk çıkarabileceği için yanığa herhangi bir şey sürülmemelidir.

• Kızgın yağ ile oluşan yanıklarda: Hemen soğuk su dökülmemelidir. Sıcak buhar daha fazla yanık

oluşumuna neden olabilir.

• **Soğuğa maruz kalma sonucu oluşan yanıklarda:** Önce yaralının ılık bir ortama alınması ve soğukla temasının kesilmesi gerekir. Karla ovuşturmak, masaj yapmak, kumaş parçaları sürterek ısıtmaya çalışmak, sıcak uygulamak, bandaj yapmak, deriye ilaç sürmek, bireye alkol ya da sigara vermek sakıncalıdır.

Kimyasal etkenlere bağlı gelişen yanıkta ilk yardım

• Kimyasal yanığa maruz kalmış yaralıda ilk önce, kirlenmiş eşyalar çıkarılır ve cilt yoluyla kimyasal maddenin emilimi azaltılmalıdır. Kuru kimyasal maddelere maruz kalındığında önce bu maddeler kuru olarak yavaşça fırçalanmalıdır. Tüm kimyasal yanıklarda en iyi tedavi bol su ile yıkamaktır.

• Asit veya alkali yanıkları kimyasal madde yaralıya temas ettikten sonra üçüncü dakikada başlar. İlk yardım birinci veya ikinci dakikada yapılırsa hasar büyük oranda azaltılabilir. Yanık alanı bol su ile en az 20 dakika yıkanmalıdır. Aşırı su basıncı derideki mekanik hasarı artırabileceği için basınçlı su uygulanmamalıdır. Yıkamada basınç uygulanması kimyasal maddelerin daha derine geçmesine neden olur. Yıkamadan sonra, yanan alan üzerine kuru temiz pansuman örtülür. Yaralıya yardım eden kişi kendini korumak için lastik eldiven giymelidir. Kimyasal maddeler nötralize edilmemelidir. Yaralının sağlık kuruluşuna sevkinde etken olan kimyasal madde de beraberinde gönderilmelidir.

• **Gözün kimyasal madde ile yanıklarında:** Göz, bol su ile 20 dakika yıkanmalıdır. Eğer yaralının hemen ilk yardım kuruluşuna götürülmesi gerekiyorsa taşınabilir göz duşu bidonları ile gözü yıkama işlemine yolda da devam edilmelidir.

Elektriğe bağlı gelişen yanıklarda ilk yardım

• Elektik yanıkları yüksek veya düşük voltajlı elektrikle temas sonucu olabilir. Doku hasarı, görünenden daha fazla olabilir. Elektrik vücuda girdiği ve çıktığı yerlerde yanık yarası vardır. Giriş yarası küçük, çıkış yarası geniş ve derin olabilir. Yüksek voltajlı bir elektrik akımı vücuttan geçerken kalbin durmasına neden olabilir. Kırık veya çıkık nedeni olabilecek güçlü kas kontraksiyonları gelişebilir. Şok sonucu düşmeye bağlı olarak diğer yaralanmalar da olabilir.

• Yıldırımdan korunmanın en iyi yolu 30\30 kuralıdır. Şimşek çaktıktan sonra 30 saniye ve en son gök gürültüsünden sonra 30 dakika geçene kadar yıldırım tehlikesi söz konusudur. Gök gürültülü bir fırtınaya yakalanıldığı zaman en iyi korunma için kapalı bir ortama girilmelidir. Eğer bina ve otomobil gibi kapalı bir sığınak mevcut değilse yüksek yerlerden ve tek kalmış ağaçlardan mutlaka uzak durulmalıdır. Açık arazide hemen ya hızla alçak bir yere kaçılmalı ya da yere çöelmeli ve baş dizlerin arasında hedef küçültülmelidir. Asla yere yatılmamalıdır. Bazen elektrik yükünün büyük kısmı yıldırım çaktığı noktanın yakınındaki yüzeyde yoğunlaşır. Bu yüzey akımı vücuda geçirerek, ölüme veya yaralanmaya yol açabilir. Bunun için mümkün olduğu kadar yere çökülmeli ve ayak parmakları üzerinde durularak yere temas en aza indirilmelidir.

Radyasyona bağlı gelişen yanıklarda ilk yardım

• Radyasyon kazasına maruz kalan kişide ise daima 10 saniyede sağ kalmak için senaryo yapılmalıdır. Yaralılara bakmadan önce mutlaka bulaşma seviyesi kontrol edilmelidir. Yaralının tüm eşyaları ve mücevherleri takıları çıkarılıp korunarak uzaklaştırılmalıdır. Yaralı taşınırken battaniye ile örtülmelidir. Yaralı kafası dâhil çarşaf veya battaniye ile sarılmalıdır. Yara etrafındaki bölge bulaşmanın yayılmasını sınırlamak için sarılmalıdır. Yara salın su veya % 3 hidrojen peroksit ile birkaç kez yıkanmalıdır. Pansuman veya eşyaları tutmak için pens kullanılmalıdır. Bulaşmış alanın etrafında steril ve su geçirmeyen pansuman yerleştirilmelidir. Bireyin kusması yoksa ve bilinci açıksa ağızdan sıvı (içinde bir çay kaşığı karbo nat v e bir çay kaşığı tuz bulunan bir litre su) verilerek sıvı kaybı önlenir.

GİRİŞ

Ülkemizde istatistikler yeterli olmamakla birlikte, kırık, çıkık ve burkulmaların içinde yer aldığı ortopedik travmaların yoğun olduğu bilinmektedir. Bu travmaların en önemli nedeni motorlu araç kazaları, düşme ve spor kazalarıdır. Kırık, çıkık ve burkulmalara olay yerinde doğru ve zamanında müdahalede bulunulmadığı zaman, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek aynı zamanda yaşamsal tehlike oluşturabilecek komplikasyonlar görülebilir. Doğru ve zamanında müdahale komplikasyonları azaltacağı gibi ölüm oranlarını da düşürecektir. Bu nedenle kırık, çıkık ve burkulmalarda ilk yardım uygulamalarının bilinip uygulanması oldukça önemlidir.

KIRIKLAR VE İLK YARDIM

Kırığın Tanımı

Kırık, kemik bütünlüğünün bozulmasıdır. Basit bir çatlak şeklinde olabileceği gibi, kemiğin tamamen birbirinden ayrılması ya da parçalanması şeklinde de olabilir. Kırığı oluşturan kuvvet, sadece kemiği kırmayıp beraberinde kemiğin etrafındaki deri, kas, tendon, ligament, damar, sinir yapıları ve komşu organları da yaralayabilir.

Kırığın Çeşitleri

Deri bütünlüğüne göre kırıklar

Kırık olan kemik ucu, deri ya da mukozayı delerek dışarı çıkar ya da mukoza içinde kalır. Açık (bileşik) kırık, kapalı (basit) kırık ve komplike kırık olmak üzere üçe ayrılır.

Kırık uçların durumuna göre kırıklar

- **Ayrılmış (Deplase) kırık:** Kemik uçlarının birbirinden ayrıldığı kırıktır. Ekstremitede şekil bozukluğuna neden olduğundan değişik şekillerde görülebilir
- **Ayrılmamış (Nondeplase) kırık:** Kemik dokusunun bütünlüğü bozulmuş, ancak kırık uçları birbirinden ayrılmamıştır. Bu tür kırıklar olay yerinde incinme ya da burkulma olarak değerlendirilebilir.

Kemik dokusunun özelliğine göre kırıklar

Travmatik kırık: Trafik kazası, ev kazası, iş kazası, düşme, çarpma, darp, spor yaralanması gibi fiziksel bir kuvvet sonucunda oluşan kırıktır.

Patolojik kırık: Kanser, paget hastalığı gibi kemik ve kemik dokusunun fizyolojik yapısını bozan hastalıklar sonucu oluşan kırıktır.

Stres (yorgunluk) kırığı: Stres durumunda sürekli tekrarlayan zorlama ve yorgunluk sonucunda bir travma olmaksızın kırık oluşabilir.

Kırık Belirti ve Bulguları

- Ağrı
- Hassasiyet
- Şişlik, kanama, morarma
- Şekil bozukluğu
- Kol ya da bacağı kullanmaktan sakınma, koruma
- Hareket kaybı, anormal hareket
- Kırık sırasında ya da sonrasında sürtünme sesinin duyulması
- Kırık kemik ucunun dışarıdan görülmesi

Kırıkta İlk Yardımın Temel İlkeler

- Yaşamsal tehlikesi olan yaralanmalara öncelik verilir.
- Yaralının solunum yolu açıklığı, solunumu ve dolaşımı kontrol edilir.
- Yaralının durumu ve kırığın nerede ve ne derecede olduğu anlaşılmeden yaralı hareket ettirilmez.
- Yaşamı tehdit eden bir durum yoksa zedelene bölge tespit edilmeden yaralı taşınmaz.
- Deride yara varsa temiz bir pansuman materyali ile kapatılır.
- Yarada bulunan kemik parçaları kanama, damar ya da sinir hasarına neden olacağı için çıkarılmaz.
- Kırık, yerine yerleştirilmeye çalışılmaz.
- Açık kırıklarda tespit öncesi kanam durdurulmalıdır.
- Kırıktan etkilenen kol ise yüzük ve saat gibi takılar çıkarılmalıdır.
- Kırık olan bölge atel kullanılarak çevredeki eklemleri hareketsiz hâle getirecek şekilde tespit

edilir.

- Tespit edilen ekstremitelere ise kalp seviyesinden yukarıda tutulur.
- Kırıklı bölgenin alt kısmında nabız, deri rengi, sıcaklık ve duyu kontrol edilir.
- Yaralıya ağızdan hiçbir şey verilmez.
- Göğüs, kaburga, köprücük kemiği ve kol kırıklarında yaralıya oturur ya da yarı oturur pozisyon verilir. Diğer tüm kırıklarda mümkünse sırt üstü yatış pozisyonu verilir.
- 112 Acil Yardım Merkezinden yardım istenir.

ÇIKIK VE İLK YARDIM

Çıkık, eklemlerin fazla zorlanması, çarpma, düşme ve darbe alma sonucunda, eklem kemiklerinden birinin bulunduğu yerden ayrılmasıdır. Ligament ve kapsül yaralanması gibi ciddi sorunlar ortaya çıkabilir. Eklem yüzeyleri birbirinden tamamen ayrılmış, kemik uçları değişik pozisyonlarda kilitlemiş olabilir. Herhangi bir hareket hem çok güçtür hem de ağrılıdır. Eklem, tıbbi müdahale olmadan normal konumuna dönemez

Çıkık Belirtileri

- Hareket kısıtlılığı
- Ağrı
- Hassasiyet
- Şişlik ve kızarıklık
- Eklem bölgesinde şekil bozukluğu

Çıkıkta İlk Yardım

- Yaralı hareket ettirilmemelidir.
- Eklem bulunduğu pozisyonda tespit edilmelidir.
- Çıkık asla yerine oturtulmaya çalışılmamalıdır.
- Çıkığın alt bölgesindeki deri rengi, ısısı ve nabızı kontrol edilmelidir.
- Yaralının üzeri örtülerek vücut sıcaklığı korunmalıdır.
- Çıkık eklem üzerine havlu ya da bir başka materyale sarı buz torbası konulmalıdır.
- Gerekirse 112 Acil Yardım Merkezinden tıbbi yardım istenmelidir.

Burkulma Belirtileri

- Burkulmanın olduğu bölgede ilk anda hissedilip kaybolan, ancak birkaç saat sonra yeniden başlayan ağrı
- Eklem bölgesinde şişlik, kızarıklık ve morluk
- Hareket kısıtlılığı

Burkulmada İlk Yardım

- Zedelene bölge hareket ettirilmez.
- Burkulmada ICE (Ice, Compression, Elevation) uygulaması önemlidir.
- Zedelenmeden sonra ilk 24 saat içinde aralıklı olarak eklem buz torbası ile soğuk uygulama (Ice) yapılır.
- Elastik bandaj (Compression) uygulanarak şişlik önlenmeye çalışılır.
- Şişliği önlemek için zedelene bölge yükseltilir (Elevation).
- Gerekirse 112 Acil Yardım Merkezinden tıbbi yardım istenmelidir. Kırık, çıkık ve burkulma belirtilerini ayırt etmek zordur. Kesin tanı hastane ortamında yapılan tetkikler sonucunda konur. Röntgen çekilmeden kesin karar verilemeyeceğinden, burkulmalar daima sanki kırılmış gibi tespit edilmelidir.

KIRIK ÇIKIK VE BURKULMALARDA TESPİT YÖNTEMLERİ

Kırık, çıkık ve burkulma olay yerinde ilk görüldüğünde tespit edilir. Tespit için ilk yardımcı elde olan malzemeleri kullanır. Bunlar üçgen sargı, rulo sargı, battaniye, hırka, eşarp, kravat gibi yumuşak malzemeler ile tahta, karton, mukavva gibi sert malzemeler olabilir.

Tespit sırasında dikkat edilmesi gereken noktalar:

- Tespit öncesinde yüzük ve saat gibi takılar çıkarılmalıdır.
- Çıkarılan takılar yaralıya veya yakınlarına iade edilmek üzere saklanmalıdır.
- Üst taraf kemikleri parmak uçları görülecek şekilde tespit edilmelidir.
- Parmak uçlarından dolaşım kontrolü yapılmalıdır. Tespitten önce, tespit sırasında ve sonrasında parmak uçlarından dolaşım kontrolü, derinin ısısına ve rengine bakılarak yapılmalıdır.
- Kalça ve alt taraf kemiklerinin kırık, çıkık ve burkulmalarında yaralının varsa ayakkabısı çıkartılmamalı ve ayakkabı bağları gevşetilmelidir.
- Tespit sırasında yaralı bölge sabit tutulmalıdır.
- Açık kırık gelişmişse yaranın üzeri temiz bir bez/örtü ile kapatılmalıdır.
- Kanama varsa durdurulmalıdır.
- Tespit edilecek bölge önce yumuşak malzeme ile kaplanmalıdır.
- Yaralı bölge nasıl bulduysa öyle tespit edilmelidir, düzeltilmeye çalışılmamalıdır.
- Kırıkta tespit, kırık bölgenin üstünde ve altında kalan eklemleri de içerecek şekilde yapılmalıdır.

- Őerit sargılar kırık bölgenin üzerine bağlanmamalıdır.
- Gerekirse Acil Yardım Merkezi 112'den tıbbi yardım istenmelidir.

SICAK VE SOĞUĞA MARUZ KALMALARDA VE BOĞULMALARDA İLK YARDIM

Bu bölümde sizlere sıcak ve soğuğa maruz kalmalarda ve boğulmalarda yapılması gereken uygulamalar anlatılacaktır.

SICAĞA BAĞLI ACİL DURUMLAR

Sıcak havaya uzun süre maruz kalmak veya çok sıcak bir ortamda bedensel etkinlikte bulunmak, sıcak ödemi, kramplar, yorgunluk ve sıcak çarpması gibi durumlara yol açabilir. Sıcak Ödemi Kişi aşırı sıcakla karşı karşıya kaldıktan sonra ellerde, ayaklarda ve ayak bileklerinde üzerine basıldığında iz bırakan ödem (şişlik) oluşur. İklimle uyum sağlayamayan yaşlı ve çocuklarda daha sıklıkla görülür. Birkaç gün sürebilir. Bu ödem birkaç gün içinde kendiliğinden çözülür hiçbir komplikasyon (yan etki) olmaz.

Sıcak ödemi oluştuğunda;

- Ödemli bölge yükseltilmelidir.
- Sıcak ortamlardan uzaklaştırılmalıdır.
- Sıvı alımını artırılmalıdır.

Sıcağa Bağlı Kramplar

Sıcak krampları terleme yoluyla vücuttan büyük miktarda sıvı kaybedildiğinde meydana gelir.

Çalışırken veya egzersiz sırasında veya birkaç saat sonrasında görülebilir.

Sıcağa bağlı kramplarda yapılması gerekenler;

- Kişi serin bir yerde dinlendirilmelidir.
- Kramp giren bacak hareket ettirilmelidir.
- Dar giysiler varsa çıkarılmalıdır.
- Eğer yanıt veriyorsa ve bulantı yoksa, kişiye içmesi için soğuk bir şeyler (su, ayran, meşrubat gibi) içirilmelidir.

Sıcağa Bağlı Yorgunluk

Aşırı sıcak ortamda sıvı ve elektrolit kaybı sonucunda ortaya çıkar. Sıcak durgunluğu veya bitkinlik de denir. Genellikle aşırı sıcakta bulunan çocuk, hasta ve yaşlılarda veya aşırı egzersiz yapan kişilerde görülür.

Sıcağa bağlı yorgunluk durumunda yapılması gerekenler;

- Kişi bulunduğu ortamdan serin bir yere alınır.
- Eğer varsa üzerindeki kalın giysiler çıkarılmalı, dar giysiler gevşetilmelidir.
- Eğer yanıt veriyorsa ve bulantısı yoksa, kişiye içmesi için soğuk ve tuzlu içecekler verilmelidir.
- Başa ve vücuda konulan ıslak havlularla kişi serinletilmeye çalışılmalıdır.

Sıcak Çarpması

Sıcak etkisi ile oluşan sıcak çarpması erken müdahale edilmediği takdirde ölüm ihtimali çok yüksek olan bir durumdur. Vücudun ısı düzenleyici mekanizmaları bozulmuştur. Vücudun sıcaklığı aniden tehlikeli düzeylere çıkabilir.

Sıcak çarpmasında yapılması gerekenler;

- 112 Acil Yardım Merkezi'ni çağırılmadan önce mümkünse, kişi serin, gölge ve havadar bir yere alınmalıdır.
- Eğer kişi yanıtızsızsa hava yolu açılmalı, solunumu kontrol edilmeli ve gerekiyorsa solunum desteği uygulanmalıdır.
- Hastanın vücut sıcaklığını düşürmek için ıslak havlu veya çarşafa sarılmalı ve çarşafın ıslak kalması sağlanmalıdır.
- Buz paketleri varsa hastanın koltuk atlarına, boynuna, kasıklarına ve başına küçük havlular içinde konulabilir.

SOĞUĞA BAĞLI ACİL DURUMLAR

Genel olarak soğuğa bağlı acil durumlar, hipotermi ve lokal soğuk yaralanmaları olarak iki sınıfta incelenebilir. Hipotermi Hipotermi, merkezî vücut sıcaklığının 35°C altına düşmesidir. Vücuttan radyasyon, konveksiyon, kondüksiyon, buharlaşma yolları ile ısı kaybedilir. Hipoterminin hafif orta ve ağır olmak üzere üç düzeyi bulunmaktadır.

Hipotermide yapılması gerekenler;

- Kişi soğuktan uzaklaştırılmalıdır.
- Isı kaybı önlenmelidir

- Artan uyuma isteğine karşılık uyumaması sağlanmalıdır.
- Ciddi hipotermi durumunda tıbbi yardım istenmelidir.

Lokal Soğuk Yaralanmaları

Lokal soğuk yaralanmalar uçların donması (soğuk şişliği, frostnip), siper ayağı (immersiyon ayağı), donma şeklinde görülebilir. Uçların donması (soğuk şişliği, frostnip) Ellerin, ayakların soğuktan çatlayıp şişmesi ile görülen sekel (iz) bırakmayan soğuk yaralanmasıdır.

Siper ayağı (trench foot)

Siper ayağı uzun süre (10-12 saat) soğuk suya veya soğuğa maruz kalma sonucu ayaklarda görülür. Genellikle soğuk suda avlanan avcılar, yaya yürüyenler, askerler ve balıkçılarda görülür. Ayaktaki ıslak ayakkabı veya bot, çoraplar çıkarılmalıdır. Ayak yavaşıca ısıtılmalı ve ısıtılmış bölge tekrar soğuğa maruz bırakılmamalıdır.

Donma

Donma, dokuların soğuk hava, su, sıvı ya da gaza maruz kalması ile oluşan yaralanmadır. Donma en ciddi lokal soğuk yaralanmasıdır.

Klinik olarak başlıca üç grupta incelenebilir.

- **Birinci derece donuk:** En hafif şeklidir. Erken müdahale edilirse hızla iyileşir.
- **İkinci derece donuk:** Soğuğun sürekli olması ile belirtiler belirginleşir. Zarar gören bölgede gerginlik hissi olur. Ödem, şişkinlik, ağrı ve içi su dolu kabarcıklar (bül) meydana gelir. Su dolu kabarcıklar iyileşirken siyah renkli kabuklara dönüşür.
- **Üçüncü derece donuk:** Dokuların geriye dönülmez biçimde hasara uğramasıdır. Canlı ve sağlıklı deriden kesin hatları ile ayrılan siyah bir bölge oluşur.

Donmada yapılması gerekenler;

- İlk olarak mümkünse yaralı donma bölgesinden uzaklaştırılmalıdır.
- Donmuş vücut kısmındaki elbiseler ve ayakkabı çıkarılmalı, eğer elbiseler donmuş ve deriye yapışmışsa hafif ılık bir su uygulanarak buzun erimesi sağlanmalıdır.
- Kuru ısıtılmış giysiler giydirilmeli ve kuru, sıcak battaniyelerle örtülmelidir.
- Yaralı karla ve elle ovuşturmamalı, masaj yapılmamalıdır.
- Yaralı elle tutularak ve nefesle ısıtılmalıdır.
- Donmuş organ, alev, ateşe tutulmamalı, aşırı sıcak suya sokulmamalıdır.
- Deride oluşan su dolu kabarcıklar delinmemelidir.

BOĞULMALAR

Boğulma nefes alamama neticesinde vücuttaki dokulara yeterli oksijen gitmemesi ve dokularda bozulma meydana gelmesidir. Dilin boğazı tıkanması, boğazın gıda, su, yabancı maddeyle bloke olması ya da asılma gibi nedenlerle kişinin boğulmasıdır.

Boğulma Türleri

1. Solunum yolunun tıkanması ile meydana gelen boğulmalar Her yıl pek çok kişi, yabancı cisim ile hava yolunun tıkanması nedeniyle kaybedilmektedir. Yabancı bir cisme bağlı olarak hava yolunun tam tıkanması durumunda kişi hiç nefes alamaz, ses çıkaramaz ve öksüremez. Hava yolu kısmen tıkanmış ise ani solunum sıkıntısı, zayıf veya sessiz öksürme ve hırıltı ortaya çıkar.
2. Suda boğulmalar Özellikle yaz aylarında çok fazla görülen kaza ile ölüm nedenlerindedir. Suda boğulmalarda, boğulma sırasında nefes borusu girişinin kasılmasına bağlı olarak çok az miktarda su akciğerlere girer. Suda boğulanlarda özellikle soğuk havalarda 20–30 dakika geçse bile suni solunum ve kalp masajına başlanmalıdır.
3. İple boğulmalar Genellikle intihar amacıyla kullanılan bir ölüm şeklidir. Oluşan ani düşmeye ve ağırlığın etkisine bağlı olarak servikal vertebralarda (boyun omurları) kırık veya çıkık meydana gelir ve medulla spinalis (omurga) yaralanması gelişir. Omurga yaralanmasını takiben solunum yetmezliği ve şuur bulanıklığı gelişir ve bunu ölüm takip eder.

Boğulmalarda yapılması gerekenler:

- Hava yolu tıkanan kişi soluyorsa, öksürmeye teşvik edilmeli, başka bir girişimde bulunulmamalıdır. Hastanın solunum, ve öksürüğü zayıflamaya veya kaybolmaya başlamışsa, derhal sırtta vurma işlemi gerçekleştirilmelidir. Sırtta vurma yöntemi ile başarılı olunamıyorsa, abdominal bası (Heimlich Manevrası) uygulanır. Heimlich manevrası ile de yabancı cisim çıkarılamazsa ileri yaşam desteği uygulamak gerekir. Bebeklerde hava yolu yabancı cisme bağlı tam olarak tıkanmış ve bilinç henüz açıksa dönüşümlü olarak “sırt vuruşu” ve “göğüs basısı” yapılır. Bu girişimlere yabancı cisim çıkana veya bebeğin bilinci kapanana kadar devam edilir.
- Suda boğulmuş olan kişinin ilk müdahalesi, olay yerinde, sudan hızlı ve dikkatlice çıkarılmasıyla başlar. Hemen 112 Acil Yardım Merkezi aranmalıdır. Boğulan kişide boyun yaralanması olabileceği akılda tutulmalı ve boynu dikkatlice korunarak, boyunluk ile hareketsiz hâle getirilmelidir. Olay yerine profesyonel yardım gelene kadar boğulmuş olan kişi, sırtüstü sert bir yere yatırılarak Temel Yaşam Desteği (TYD) uygulamalarına başlanmalıdır.

BİLİNÇ BOZUKLUĞU/ BİLİNÇ KAYBI

Bilinç; uyanık olma, çevresel ve kendi vücudundan kaynaklanan tüm uyarıları algılayabilme, doğru değerlendirebilme ve bunlara uygun, yerinde tepki oluşturmaktır. Bilinç bozukluğu /bilinç kaybı beynin normal faaliyetlerindeki bir aksama nedeni ile uyku hâlinde başlayarak, hiçbir uyarıya cevap vermeme hâline kadar giden bilincin kısmen ya da tamamen kaybolması hâlidir.

Bilinç Bozukluğu Nedenleri

Bilinç düzeyi değişikliğine neden olan faktörler üç grupta incelenebilir: beyin, beyin sapı, kafa içi basıncı artıran nedenler, kan akımı ve oksijenlenmeyi azaltan metabolik nedenler ve psikojenik nedenler.

BEYİN, BEYİN SAPI, KAFA İÇİ BASINCI ARTIRAN NEDENLER

Beyin sapının üst bölümünde işlev bozukluğuna neden olan durumlar:

- Serabral hemorajiler
- Serabral enfarktüsler
- Epidural hematomlar
- Beyin tümörleri
- Supdural hematomlar
- Beyin apseleri

Retiküler aktivatör sistemi baskılayan durumlar:

- Serebellar abseler
- Enfarktüs
- Pons ya da serebellar abseler
- Tümörler

Kan akımı ve oksijenlenmeyi azaltan metabolik nedenler:

- Nöron hastalıkları
- Karaciğer, akciğer, endokrin bezler, böbrek gibi organların hastalıkları
- Alkol, ilaç ve diğer nedenlerle ortaya çıkan zehirlenmeler
- Sıvı-elektrolit, asit-baz dengesizlikleri
- Travma ve nöbet sonrası durumlar
- Enfeksiyonlar
- Beslenme yetersizliği
- Hipoglisemi
- Anoksi ya da iskemi
- Isı düzenleme mekanizması bozuklukları

Psikojenik nedenler:

- Histeri
- Katatoni

Bilinç Bozukluklarının Sınıflandırılması

Bilinç bozuklukları genel olarak bayılma (senkop), koma ve havale şeklinde sınıflandırılabilir.

BAYILMA (SENKOP)

Beyne giden kan akışının azalması sonucu, kısa süreli, yüzeysel ve geçici olarak bilincin kaybedilmesi durumudur.

Bayılmaya neden olabilen durumlar;

- Korku, aşırı heyecan
- Açlık
- Uzun süre ayakta hareketsiz kalma
- Aşırı sıcak ortamlar
- Kan şekerinin düşmesi
- Yorgunluk, aniden ayağa kalkma
- Kapalı ortam, kirli hava
- Ağrı
- Bazı enfeksiyon hastalıkları

Belirti ve bulgular

- Baş dönmesi, baygınlık, yere düşme

- Bacaklarda uyuşma
- Bilinçte bulanıklık
- Üşüme, terleme
- Yüzde solgunluk
- Hızlı ve zayıf nabız

İlk yardım

- Hasta ya da yaralı sesli veya omuzundan hafif sarsılarak verilen uyarı ile bilinç yönünden kontrol edilmelidir.
- Solunum yolu açıklığı ve dolaşım kontrol edilmelidir.
- Duruma göre gerekiyorsa suni solunum ya da kalp masajı yapılmalıdır.
- Hasta ya da yaralı sırt üstü yatırılmalı ve ayakları 30 cm yukarı kaldırılmalıdır. (Şok pozisyonu)
- Hasta ya da yaralının bilinci kapalı ise koma pozisyonu verilmelidir.
- Kusma varsa yan pozisyonda yatırılmalıdır.
- Sıkan giysileri gevşetilmelidir.
- Etraftaki meraklılar uzaklaştırılmalıdır.
- Sağlık ekipleri gelene kadar hasta ya da yaralının her 2-3 dk bir solunumu kontrol edilmelidir.
- Kendine gelmeye başlayan hasta hemen ayağa kaldırılmamalı ve yürütülmemelidir.
- Tıbbi yardım 112 Acil Yardım Merkezi'nden istenmelidir.

KOMA

Yutkunma ve öksürük gibi koruyucu reflekslerin ve dışarıdan gelen uyarılara karşı tepkinin azalması ya da yok olması ile ortaya çıkan uzun süreli tam bilinç kaybıdır.

Komaya Neden Olabilen Durumlar

- **Beyin ile ilgili durumlar;**
 - Kafa travmaları
 - İnme
 - Beyin tümörleri
 - Beyin zarının iltihaplanması
 - Beyin kanamaları
- **Zehirlenmeler;**
 - Aşırı alkol, ilaç, uyuşturucu vb. kullanımı
- **Metabolik sorunlar;**
 - Diyabet (şeker) hastalığı
 - Karaciğer yetmezlikleri
 - Üre artması
 - Ağır enfeksiyonlar
 - Nörolojik sorunlar
 - Sara (epilepsi)
 - Havale
- **Vücut sıcaklığının düşmesi ve genel vücut donması**
- **Aşırı oksijen eksikliği ya da CO2 zehirlenmesi**

Belirti ve bulgular

- Yutkunma, öksürük gibi tepkilerin kaybolması
- Sesli ve ağrılı uyarılara,
- Işığa karşı tepkisizlik
- İdrar ve gaita kaçırma,
- kusma
- Çok derin bilinç kaybı

Komada ilk yardım

Bilinç kaybı oluşan bireye, öncelikle bayılmaya yönelik ilk yardım uygulanır. • Bireyin bilinci kısa sürede normale dönmez ise, koma pozisyonu verilir ve tıbbi yardım istenir.

Tıbbi yardım gelinceye kadar;

- 3-5 dakikada bir solunum ve nabız kontrol edilmelidir.
- Sıkan giysiler gevşetilmelidir.
- Ağız içinde yabancı cisim olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- Solunumu varsa ve herhangi bir yaralanması yoksa koma pozisyonu verilmelidir.

Koma pozisyonu (yarı yüzükoyun-yan pozisyon);

- Bireyin döndürüleceği tarafa diz çökülür.
- Bireyin karşı tarafta kalan kolu karşı omzunun üzerine konur.
- Karşı taraftaki bacağı dik açı yapacak şekilde kıvrılır.
- Bireyin ilk yardımcıya yakın kolu baş hizasında omuzdan yukarı uzatılır.
- Birey karşı taraf omuz ve kalçasından tutularak bir ham lede çevrilir.

- Üstteki bacak kalça ve dizden bükülerek öne doğru destek yapılır.
- Alttaki bacak hafif dizden bükülerek arkaya destek yapılır.
- Başı uzatılan kolun üzerine yan pozisyonda hafif öne eğik konur.
- Diğer el ile yüz ve çeneye destek yapılır.
- Tıbbi yardım gelinceye kadar bu pozisyonda tutulur.

HAVALE

Havale, aniden anormal nöronal aktivasyon sonucu başlayan şuur kaybı, nefes alamama ve kasılma ile seyreden klinik tablodur. Tıp dilindeki adı konvülsiyondur.

Havaleye neden olabilen durumlar

- Kafa travmasına bağlı beyin yaralanmaları
- Beyin enfeksiyonları
- Yüksek ateş
- Bazı hastalıklar (Üremi, hepatik koma, serabral anoksi)

HAVALE TİPLERİ

- Ateşli havale
- Sara krizi (Epilepsi)

Ateşli Havale: Ateşli hastalıklar sonucu vücut sıcaklığının 38°C'nin üstünde seyretmesi durumunda oluşur. Genellikle 6 ay-6 yaş arasındaki çocuklarda rastlanır.

Belirti ve bulgular

- Vücut sıcaklığının artması
- Titreme
- Kaslarda kasılmalar
- Bilinç bulanıklığı

Ateşli havalede ilk yardım

- Solunum yolu açıklığı sağlanmalıdır.
- Öncelikle hasta oda sıcaklığında su ile ıslatılmış havlu ya da çarşafa sarılarak ateş düşürülmeye çalışılmalıdır.
- Ateş bu yöntemle düşmüyorsa oda sıcaklığında bir küvete yatırılmalı ya da duş aldırılmalıdır.
- Tıbbi yardım 112 Acil Yardım Merkezi'nden istenmelidir.

SARA KRİZİ (EPİLEPSİ)

Beyinde ani ve anormal elektrik deşarjına bağlı olarak duyu, hareket, algılama, bilinç ya da davranış değişikliklerine neden olan kronik tekrarlayıcı nöbetler. Nedenleri Serabral faktörler: Travma, enfeksiyon, beyin absesi, yüksek ateş, menenjit, subaraknoid kanama, vazospazm ve damar yapısı ile ilgili anomaliler. Biyokimyasal faktörler: Alkol ve ilaç zehirlenmeleri, elektrolit dengesizlikleri, diabetes mellitus (şeker), karbondioksit ve kurşun zehirlenmeleri, gebelik, menstürasyon. Posttravmatik faktörler: Kaza ve yaralanmaların neden olduğu kafa travmaları, doğum travmaları, sara krizine neden olan posttravmatik faktörlerdir. İdiyopatik faktörler: Bu epilepsiler yeni doğan ve infantlarda konjenital beyin defektleri, beyin yaralanmaları ya da hipoksi, hipoglisemi, hipokalsemiye bağlı metabolik nedenler.

Belirtileri ve bulgular

- Hastada ön haberci denilen normalde olmayan kokuların, tatların ve seslerin hissedilmesi, adale kasılmaları gibi ön belirtiler oluşur
- Yoğun ve genel adale kasılmaları görülebilir, 10-20 saniye kadar nefesi kesilebilir
- Kaslarda kısa ve genel kasılma, sesli nefes alma, aşırı tükürük salgılanması(bazen ağızdan köpük gelmesi), idrar kaçırma görülebilir
- Son aşamada hasta uyanır, şaşkındır, nerede olduğundan habersiz, uykulu hâli vardır
- Hastanın başı ve kaslarında ağrı oluşur

Sara krizinin (epilepsinin) hafif belirtileri

- Bir noktaya doğru dalgın bakış ve kişinin hayal alemine dalmış gibi görünmesi
- İstemsiz mimik ve hareketler
- Dudak ısırma gibi durumlar
- Anlamsız konuşma ve tekrarlayan davranışlar
- Dikkati dağıtacak derecede bellek kaybı

Sara krizinde (Epilepside) İlk yardım

- Bireyin nöbet geçireceği hissedildiği zaman ilk alınması gereken önlem bireyin zarar görmesini engellemektir.
- Hasta güvenli bir yere yatırılmalıdır.
- Başın altına yumuşak malzeme konularak yaralanma önlenmeye çalışılmalıdır.
- Bireyin boynunu sıkan giysiler gevşetilmelidir.
- Nöbet başladıktan sonra çene kilitlenmiş ise açılmaya çalışılmamalıdır.
- Bireyin nöbet geçireceği hissedilirse dişlerinin arasına rulo yapılmış bir mendil, solunum yolunu tıkamayacak şekilde yerleştirilerek dil ve dişler korunmaya çalışılmalıdır.

- Hasta bağlanmamalı, sıkıca tutulmamalı, kriz sürecinin tamamlanması beklenmelidir.
- Soğuk su dökme, soğan, kolonya koklatma ya da tokat atma gibi uyaranlardan kaçınılmalıdır.
- Kasılmalar durduktan sonra, bireye koma pozisyonu verilmeli rahatlatılarak bireyin uyuması sağlanmalıdır.
- Tıbbi yardım 112'den istenmelidir.

DiĞER ACİLLER

Diyanete Bağlı Acil Durumlar

Hiperglisemi (Kan Şekeri Yükselmesi) Kanda şeker (glikoz) düzeyinin normal sınırın üstüne çıkmasıdır. (kan glikoz değerleri >250-800mg/dl)

Nedenleri

- İnsülinin kesilmesi veya yapılmaması
- Fazla miktarda yeme
- Stresler
- Enfeksiyon
- Alkolizm
- Gebelik

Belirtiler ve bulgular

- Hızlı ve derin solunum
- Hızlı ve zayıf nabız
- Kuru ve sıcak deri
- İçe çökmüş gözler
- Nefesinde çürük elma kokusu(aseton)

Hiperglisemi İlk yardım

- Bireyin solunum yollarının açıklığı, solunumu ve dolaşımı kontrol edilmelidir.
- Solunumu varsa koma pozisyonu verilerek hemen 112'den tıbbi yardım istenmelidir.

Hipoglisemi (Kan Şekeri Düşmesi)

Kanda şeker (glikoz) düzeyinin normal sınırın altına düşmesidir. glikozun plazmada 60 mg/dl, kapiller kan örneğinde 50 mg/dl altına düşmesidir. yaşlılarda 100 mg/ dl' den daha düşük kan şekeri durumunda hipoglisemi düşünülebilir.

Hipoglisemi Nedenleri

- İnsülin ya da antidiyabetik ilaçların fazla dozda alınması
- Uzun süren egzersiz sonrası
- Uzun süre aç kalma
- Öğün atlama ve alkol kullanma
- Mide, bağırsak ameliyatı geçirenlerde emilimin yetersiz olması nedeniyle yemek sonrası

Belirti ve bulgular

- Baş ağrısı
- Halsizlik, aşırı yorgunluk hissi
- Terleme
- Sinirlilik
- Titreme, el ve ayaklarda uyuşma
- Yüzeysel solunum
- Hızlı nabız
- Reflekslerde azalma
- Konuşma güçlüğü
- Görme bozukluğu
- Bilinç kaybı

İlk yardım

- Bireyin solunum yollarının açıklığı, solunumu ve dolaşımı kontrol edilmelidir.
- Hastanın bilinci yerinde ise 10 gr. ağızdan şeker, şekerli içecekler verilmelidir. Kan şekeri düşüklüğüne bağlı ise bu uygulamadan kısa sürede birey iyileşir.
- Hastanın bilinci yerinde değilse ağızdan hiç bir şey verilmemeli, hasta koma pozisyonunda yatırılmalıdır.
- Tıbbi yardım 112'den istenmelidir.

Göğüs Ağrısına Bağlı Aciller Angina Pektoris (Kalp Spazmı)

Angina pectoris miyokardın oksijen gereksiniminin artması ve bu gereksinimin karşılanamaması sonucu gelişen koroner arter hastalığıdır.

Nedenleri

En sık rastlanan nedeni aterosklerozdur. Ayrıca aort stenozu, hipertrofik kardiyomiyopati ve koroner arterit nedenler arasındadır. Miyokardın oksijen gereksinimi karşılanamadığında angina gelişir.

Belirti ve bulgular

Genellikle basınç, ağırlık ya da gastrointestinal rahatsızlık hissi gibi tanımlanan, göğüs ortasında

başlayan, sol kola ve omuza, boyuna, sırtta ve çeneye doğru yayılan, kısa süreli yaklaşık 3-5 dk. kadar süren, istirahat ve nitrogliserin ile azalan ağrı, sıkıntı hissi, nefes darlığı.

Miyokart infarktüsü (Kalp krizi)

Akut miyokart infarktüsü (AMİ), kalp kasının ciddi ve uzun süreli iskemisi nedeniyle hücre hasarı ve nekrozu sonucu gelişen koroner arter hastalığıdır.

Nedenleri

AMİ’de koroner tıkanma nedenlerinin % 90’ını akut tromboz, % 5 spazm ve % 5’i geçici trombosit agregasyonu, aterom plağı içine kanama ve aterosklerotik plağın büyümesidir. Koroner spazm, emboliler, trombozis, arteriovenöz fistüller, koroner arterlerin anatomik değişiklikleri başlıca nedenleri arasında sayılabilir.

Belirti ve bulgular

Aritmi, Kardiyak outputta düşme, pulmoner ödemle birlikte hızlı ve yüzeysel solunum , ölüm korkusu, yoğun sıkıntı ve nefes darlığı , ezici, sıkıştırıcı, yanıcı, boğucu, batıcı, göğüste ağırlık hissi ya da hazımsızlık duygusu şeklinde , göğüs ya da mide boşluğunun herhangi bir yerinde, sıklıkla kravat bölgesinde görülen, omuzlara, boyuna, çeneye ve sol kola yayılan ve dinlenme ile geçmeyen ağrı.

İlk yardım

- Bireyin solunum yolları açıklığı, solunum ve dolaşım kontrol edilmelidir.
- AMİ geçiren birey yalnız ise kuvvetle öksürmesi önerilir.
- Birey hemen dinlenmeye alınmalı ve sakinleştirilmelidir.
- Yarı oturur pozisyona getirilip rahat nefes alması sağlanmalıdır.
- Daha önce kullandığı ilaçları varsa almasına yardım edilmelidir.
- Tıbbi yardım 112 den istenmelidir.
- Yardım gelinceye kadar yaşam bulguları sık aralarla izlenmelidir.

ZEHİRLENMELER

Küçük miktarda vücuda alınıp ağız, solunum ve deri yoluyla emildiğinde veya enjekte edildiğinde organizmada bozukluklara neden olan maddelere zehir denir. Zehirli maddenin organizmada yapmış olduğu etkiler sonucu ortaya çıkan duruma da zehirlenme adı verilir. Zehirlenmeler toksik maddenin kaza veya intihar amacıyla alınmasına, sanayide çalışanların zehirli maddeye maruz kalmasına ve tedavi amacıyla kullanılan bazı ilaçların sürekli alınmasına bağlı olarak meydana gelir. Kaza ile zehirlenmeler daha çok evde ve çocuklarda görülür ve akut bir tablo ile kendini gösterir.

Zehrin Vücuda Giriş Yolları

Sindirim yolu; zehirlenmelerin % 80' i sindirim yoluyla alınan toksik maddelere bağlıdır.

Solunum yolu; en tehlikeli zehirlenme şeklidir. Genellikle karbonmonoksit(CO) gazı etkendir.

Deri yolu; toksik maddelerin deriye dökülmesi, yılan, akrep ve böcek sokmaları, kas içi ve damar içi ilaç uygulamaları veya aşı-serum enjeksiyonlarıyla meydana gelmektedir.

Zehirlenmelerde Genel Belirtiler

Zehirlenme olgularında en dikkati çeken temel belirtiler; bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, göz bebeklerinde küçülme veya büyüme, çarpıntı, tansiyon düşüklüğü, tükürük salgısında artma ve terlemedir. Solunum zorluğu veya kasılmalar ortaya çıkabilmektedir.

Zehirlenmelerde Genel İlk Yardım Uygulamaları

Riskli bir ortam varsa hemen güvenli ortam sağlanmalıdır. Zehirlenmelerin genel belirtileri araştırılmalı ve hemen bir hastaneye ulaştırılmalıdır. Zehirlenmeye neden olan madde tespit edilmeli, ne zaman, ne kadar miktarda ve hangi yolla alındığı belirlenmelidir. Zehir danışma merkezinden yönlendirici bilgi alınabilir. Zehrin varsa ambalajı, şişesi veya kutusu zehirlenen kişi ile hastaneye götürülmelidir. Kişinin bilinci açıksa, ağız yoluyla alınan zehrin yoğunluğunu azaltmak için su ve süt gibi sıvı içecekler verilir. Asit ve alkalen dışındaki maddelerle zehirlenmelerde zehirlenen kişi kusturulmalıdır. Kişinin bilinci kapalı ise koma ya da yan yatış pozisyonu verilmeli ve solunumu sağlanmalıdır. Kişinin solunum ve nabızı yoksa suni solunum ve kalp masajı uygulanmalıdır. Gazların solunmasına bağlı ortaya çıkan zehirlenmelerde kişiyi kapalı ortamdaki uzaklaştırıp açık havaya çıkarmak ve varsa oksijen vermek gerekir.

EN SIK GÖRÜLEN ZEHİRLENMELER

Karbonmonoksit Zehirlenmesi

CO genellikle solunum yoluyla alınır ve kanda hemoglobin ile birleşerek karboksihemoglobin meydana getirir. CO kanın dokulara oksijen taşıma kapasitesini düşürerek solunum yetersizliğine neden olur. Kanda %20 oranında karboksihemoglobin, zehirlenmenin bulgularını başlatır; % 60 oranında ise ölüm oluşturur. Kanda %20 oranında karboksihemoglobin bileşiği olduğu zaman baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, bulantı, kusma, siyanoz, bayılma hissi, tansiyon düşüklüğü, kaslarda aşırı gevşeme ve hareket edememe, bilinç kaybı ve koma görülmeye başlar. Kanda %40 oranında karboksihemoglobin belirgin şekilde merkezî sinir sistemini etkiler. Kişi hızlı bir şekilde ortam güvenliği sağlanıp alandan kısa sürede uzaklaştırılmalıdır. Uzaklaştırma işlemi sağlanıncaya kadar kişi maruziyet alanında yere yatırılmalı ve en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna ulaştırılmalıdır.

Asit ve Alkalen Zehirlenmesi Sülfürik asit, nitrik asit, hipoklorik asit gibi mineral asitler ve soda, potasyum bileşikler, amonyak ve hipoklorid (çamaşır suyu) gibi kostik alkaliler zehirlenmelere neden olur. Ağız, farenks ve karında şiddetli yanma oluştururlar. Temas eden bölgedeki ağrının şiddeti kusma ile birlikte artar. Kanlı kusmalar sıktır. İshal, tansiyonda düşme, ağızda kahverengi, gri-yeşil lekeler ve yaygın ağrı oluşur. Daha sonra karaciğer ve böbrek bozuklukları görülür. Akut dönem atlatıldıktan sonra midede delinme ya da yemek borusunda darlıklar gelişebilir.

Asit ile zehirlenmelerde kusturma ve mide yıkama korozif (aşındırıcı) madde geri çıkarken tekrar hasar oluşturacağı için yapılmamalıdır. Mide yıkaması işlemi midenin delinmesi riski nedeniyle tercih edilmez. Deri ve mukozadaki asit yaralarına soda ve bikarbonat ile pansuman yapılır. Alkalen ile zehirlenmelerde de; kusturma ve mide yıkama yapılmamalıdır. Mide mukozasının korunması için yumurta akı, süt ya da zeytinyağı içirilir. Derideki alkalen yaraları asit solüsyonlarla (Sirkeli su) pansuman edilir.

İnsektisitlerle Zehirlenme

DDT (Diklorodifeniltri-kloreten) zehirlenmesi Sinir uçları ile santral sinir sistemine ulaşarak solunum felci yapar. Baş ağrısı, bulantı, kusma, ishal, nabzın artması ve tansiyonda düşmedir. Kişinin DDT ile

teması kesilir, solunumu sağlanır, kusturulur, sıcak tutulur ve en kısa zamanda hastaneye sevki sağlanır.

Organik fosfor zehirlenmesi

Tüm dünyada yaygın olarak kullanılan organik fosfor bileşikleri ile zehirlenmelere sık rastlanmaktadır. Solunum yolu ile zehirlenmelerde belirtiler hızlı başlar. Deri yolu ile olan zehirlenmelerde emilim yavaştır, ancak maruz kalan bireyler hastaneye daha geç geldikleri için belirtiler daha ciddi olabilir. Ağız yolu ile ya yanlışlıkla çocuk ve yaşlılar tarafından ya da intihar amacıyla alınır. Gözde uyum bozukluğu, bulanık görme, göz bebeklerinde daralma, nefes almada güçlük, göğüste sıkışma hissi, bronşlarda salgı artması, öksürük, iştahsızlık, ishal, bulantı, kusma, midede yanma, tansiyonda düşme, baş dönmesi, baş ağrısı, kulak çınlaması, uykusuzluk, konuşma güçlüğü, reflekslerin bozulması, solunum kaslarının felci ve kalp durması görülebilir. Solunum değerlendirilir, gerekirse suni solunum yapılır. Eğer zehirli madde deriye bulaşmış ise sabunlu, karbonatlı veya hipokloritli su ile yıkanır. Yumuşatıcı olarak fosfor emilimini hızlandırdığı için süt verilmez. Kişinin en yakın hastaneye sevki sağlanır.

Alkol Zehirlenmeleri

Metil alkol zehirlenmesi Metil alkol odun ve tahta ürünlerinden damıtma yoluyla elde edilen endüstride yaygın olarak kullanılan eriyik bir maddedir. Zehirlenme kazara veya istemli olarak solunum, ciltten emilim veya ağız yoluyla olabilmektedir. Başlangıçta yüzde kızarma, baş dönmesi, yorgunluk, bulantı ve görme bozukluğu olur. Daha sonra nörolojik bozukluklar görülür ve komaya kadar gidebilir. Beyindeki hücrelerin ölümüne neden olur, kalıcı körlük, karaciğer yetmezliği ve ölümle sonuçlanabilir. Erken dönemde kişinin acil servise ulaştırılması sağlanır. Kişi açık havaya çıkarılmalı, cilde temas söz konusu ise sabun ve su ile en az 15 dakika süreyle yıkanır. Gözle temas varsa en az 15 dakika süreyle göz yıkanır.

Etil alkol zehirlenmesi

Etil alkol alkollü içkilerde çeşitli oranlarda bulunur. Sindirim yoluyla alınan etil alkolle akut zehirlenmelere çok sık rastlanılır. Kişinin yüzü kırmızı, nabız yavaş ve dolgun, solunum düzgün ancak oldukça derindir. Konuşmada ve yürümede güçlük oluşur. Kişi kusturulur. Koyu çay ya da kahve içirilir, yoğurt veya süt verilir. Sıcak tutulur. Kişi kusarsa yan yatırılır. Ağır durumlarda en yakın hastaneye sevki sağlanmalıdır.

Gıda Zehirlenmeleri

Botulizm zehirlenmesi

Botulinum toksini içeren gıda maddesinin sindirim yoluyla vücuda alınması ve toksinin emilmesi ile oluşan zehirlenme durumudur. Alınan toksin miktarına bağlı olarak belirtiler 2-8 saat veya 12-36 saat içinde gelişir. Genel belirtileri bulantı, kusma ve ishal gibi tipik sindirim sistemi belirtileridir. Ayrıca deride, ağızda ve boğazda kuruma, baş ağrısı ve çift görme oluşabilir. Ölüm kaslarda felce bağlı solunum yetmezliği sonucu görülür. Kusturma ve mide yıkaması işlemi ikinci planda ele alınır. Morarma gelişirse kişiye suni solunum yaptırılır. Aynı yemeği yiyen diğer kişiler araştırılıp erken müdahale edilir. Kişi yoğun bakım olanakları olan bir hastaneye hızla sevk edilmelidir.

Stafilokok zehirlenmesi

Başta hayvansal gıdalar olmak üzere değişik gıdalar stafilokok gıda zehirlenmelerine neden olmaktadır. Stafilocoklar gıda zehirlenmesine neden olan ikinci veya üçüncü etkidir. Belirtiler genellikle 2 ile 4 saat içinde görülür. Baş ağrısı, baş dönmesi, genel halsizlik, nabızda zayıflık, yüzeysel solunum ve şok görülebilir. Zehirlenen kişi en yakın sağlık kuruluşuna sevk edilir. **Salmonella zehirlenmesi**

Bakterilerle bulaşmış etler, süt ve süt ürünleri, çiğ yiyecekler ve yumurta başlıca taşıma araçlarıdır. Gıda maddesi yendikten 6-7 saat sonra şiddetli karın ağrısı, kusma, ishal ve daha sonra ateşin yükselmesi ve nabız hızında artma görülür. Zehirlenen kişi en yakın sağlık kuruluşuna sevk edilir.

Mantar zehirlenmesi

Mantar türleri etki bakımından çeşitlidir, sinir ve sindirim sistemine etki yaparlar. Sonuç olarak karaciğer ve böbrek yetmezliğine bağlı ölüm gerçekleşir. Ülkemizde mantar zehirlenmelerinin çoğu doğadan toplanan yabani mantarların bilinçsizce tüketilmesi sonucu gelişmektedir. Erken belirti gösteren mantar zehirlenmesi; belirtileri 2-3 saat içinde ortaya çıkar. Bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, dolaşım sistemi yetmezliği ve depresyon görülür. Ölüm oranı çok düşüktür. Geç belirti gösteren mantar zehirlenmesi; belirtileri 6-24 saat sonra veya daha geç ortaya çıkar (3-5 gün). Tedavisi güçtür. Kişi mantar toksininin yoğunluğunu azaltmak için bol su içirilerek kusturulur. En yakın zamanda tıbbi tedaviye başlanması gerektiği için kişi en yakın sağlık kuruluşuna sevk edilir.

Ağır Metallerle Zehirlenme

Civa zehirlenmesi

Çeşitli gıdalara, sulara ve su ürünlerine bulaşması kronik civa zehirlenmesine neden olabilmektedir. Gıdalardaki organik civa kalıntıları sindirim kanalından kolayca emilir. Elementel civa kolaylıkla deriden emilebilir. Ağız yoluyla zehirlenmelerde şiddetli karın ağrısı, kusma, ishal ve bağırsaklarda kanmalar ortaya çıkar. Solunum yoluyla zehirlenmelerde aşırı tükürük salgısı, ağız içinde yaralar,

ağızda metal tat, ishal, solunum yollarında irritasyon, pnömoni ve böbrek işlevlerinde bozulmalar görülür. Kan beyin engelini aştığında santral sinir sistemi belirtileri görülür. Ağız yoluyla zehirlenmelerde kişi kusturulur. Müshil verilir. Kişinin hemen bir sağlık kuruluşuna sevki sağlanmalıdır. **Kurşun zehirlenmesi**

Akut zehirlenmelerde bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, ağızda metalik tat, idrar miktarında azalma, dolaşım yetmezliği, hipertansiyon, kasılmalar, felçler, koma ve ölüm görülebilir. Kronik zehirlenmelerde sindirim sistemi, sinir sistemi belirtileri, kan hücrelerinde işlev bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Kişi kusturulur. Mide yıkaması süt ve yumurta akı yapılır. Müshil verilir. Damardan sıvı tedavisi yapılır. Kişinin en yakın sağlık kuruluşuna sevki sağlanmalıdır.

Bakır zehirlenmesi

İyi kalaylanmamış bakır kaplarda asit ortamlı besin maddesi bulunması hâlinde toksik bakır bileşikleri meydana gelir. Bu toksik maddelerin besine geçmesi ve o besinin yenmesi sonucu zehirlenmeler görülür. yeşil renkte kusma, ishal, kan volümünde düşme, şok, böbrek işlev bozuklukları, karaciğerde birikimine bağlı hepatit görülür. Zehirlenme ağız yoluyla olmuşsa bol su ve süt verilir, kusturulur. Özgül antidotu olan kalsiyum disodyum EDTA önerilen dozda verilir.

Hayvan ısırması ve Sokmaları ile Zehirlenme

Yılan sokmaları

Ülkemizde ise bulunan 40 tür yılandan sadece 10 türü zehirli ve iki türü yarı zehirlidir. Bu 10 yılının % 9' u çingiraklı engerek yılanıdır. Yılan sokması sonucu gelişen lokal belirtiler; ısırılan yerde 1-36 saat içinde oluşan ödem, ağrı, kanama, organda fonksiyon bozukluğu ve ısırıldıktan 16-36 saat sonra doku ölümü gelişebilir. Genel olarak bulantı, kusma, terleme, bayılma, aşırı tükürük salgısı, konuşma güçlüğü, görme bozukluğu, kas seyirmeleri, parestezi, burun kanması, idrar, dışkı veya tükürükte kan, göz kapağında düşme ve nöbetler görülür. Yılan ısırığı hayatı tehdit edici ciddiyette zehirlenme bulgularına neden olabilir. Bu nedenle ilk yardımın hedefi hastaları en kısa sürede en yakın ve sağlık kuruma götürmek olmalıdır.

Akrep sokması

Her akrep sokması zehirlenme yapmasa da her olguya zehirlenme yaptığı varsayılarak yaklaşılmalıdır. Etkilenen sisteme göre hafif ağrı ve kızarıklıktan ölüme kadar uzanan çok geniş klinik görünüm olabilir. Akrep zehirlenmesinde sokma yerinde lokal şişme, şiddetli ağrı, göz yaşarması, aksırık, tükürük salgısında artma ve ishal bulunur. Nörotoksik belirtiler, hipertansiyon, solunum yetmezliği ve kasılma gibi genel belirtiler görülür. Akrep serumu uygulanır. Bu nedenle kişinin en yakın sağlık kuruluşuna sevki sağlanmalıdır.

HASTA/YARALI TAŞIMA TEKNİKLERİ

İlk yardımda hastaya acil müdahalenin yapılmasının ardından hastanın/yaralının güvenli bir yere veya sağlık kurumuna taşınması gerekmektedir. Hasta ve yaralının uygun taşıma yöntemi ile taşınması ilk yardım ekibinin sorumluluğundadır. Yanlış yöntemle taşıma hastada geri dönüşü mümkün olmayan olumsuz sonuçlara yol açabilir. Taşıma, bir yerden başka bir yere götürme anlamındadır. Hastanın kaldırılması ve taşınması, acil tıbbi yardım uygulamalarının bir parçasıdır. Özellikle omurga travmalı bir hastanın, uygun şekilde yerinden kaldırılması ve taşınması çok önemlidir. Hasta veya yaralı taşımada amaç; hastanın güvenli bir şekilde bulunduğu ortamdan alınıp en uygun şekilde naklinin sağlanmasıdır. Ayrıca beden mekaniklerine uygun kaldırma ve taşıma tekniklerini uygulayarak taşımada, görevli kişilerin kendilerine zarar vermeden güvenli ve hızlı hasta naklini sağlamaları gerekir. Beden mekaniği, hareket ederken, yük kaldırırken ve eğilirken; ayakta durma, oturma ve yatma pozisyonlarındayken bireyin, kas, iskelet ve sinir sistemlerinin düzenli bir şekilde bir arada çalışması anlamına gelir. Hasta veya yaralının taşınmasında beden mekaniği ilkeleri bilinmelidir. **Hasta/yaralı taşımada genel kurallar**

Zorunlu bir durum yoksa hasta ya da yaralı yerinden kıvılcılatılmamalıdır. Taşınacak kişiye olabildiğince yakın mesafede olunmalıdır. Hasta/yaralının başı her zaman düz tutulmalıdır. Kalkarken ağırlık kalça kaslarına verilmelidir. Yavaş ve düzgün adımlarla yürünmelidir. Omuzlar, leğen kemiği ve omurilik aynı hizada tutulmalıdır. Yön değiştirirken ani harekettten kaçınılmalıdır. Hasta/yaralı mümkün olduğunca az hareket ettirilmeli ve baş-boyun- gövde eksenini esas alınarak en az 6 destek noktasından kavranmalıdır. Hasta/yaralı taşınması ekip işidir, bu ekip için tüm hareketleri yönlendirecek sorumlu bir kişi olmalıdır. Bütün ilk yardım uygulamalarında olduğu gibi, hasta ya da yaralı taşınması sırasında ilk yardımcı kendi sağlığını ön planda tutmalı, kendini riske atmamalıdır. Hasta/yaralı beden mekaniği ilkelerine dikkat edilerek ve yerden destek alınarak taşınmalıdır. Beden mekaniği ilkeleri şunlardır; Bir cismin dengede kalması, bir cismin orta noktasında bulunan ağırlık merkezi ile ilgilidir. Bir cismin taban yüzeyi genişledikçe ağırlık merkezi cismin orta noktasına yaklaşacağından dengede kalması kolaylaşır. Cismin boyu küçüldükçe ağırlık merkezine yaklaştığı için denge artar. İşe ne kadar yakın çalışılırsa o kadar kolay hareket edilir. Boy uzadıkça denge azalır. Bir cismin yüksekliği arttıkça denge azalır. Ağırlık merkezi cismin tabanına yaklaştıkça denge artar. Ağırlık merkezini taban yüzeyinin dışına çıkartmamak için cisme yakın çalışmak gerekir. Bir hareket daima yer çekimi kuvvetinden etkilenir. Yer çekimine uygun olarak hareket etme, doğru hareket etme yöntemidir. Vücut mekaniğini doğru kullanmak için kaldırılacak cismin ağırlık merkezinin, kaldıran kişinin ağırlık merkezine yakın olması gerekir. Böylece iki ağırlık merkezi arasındaki uzaklık kısalmış ve cisim daha rahat kaldırılır. Vücut yüzeyinin küçültülerek, ağırlığın geniş kaslara verilmesi, taban yüzeyinin genişletilmesi, cismin kaldırılmasını kolaylaştırır. Bir cismin hareket ettirilmesinde çekme, itme, yuvarlama hareketleri, kaldırmaktan daha sağlıklıdır. Çekme hareketinde geniş kaslar kullanılır ve sırtın dik olmasına dikkat edilir. Taşıma teknikleri acil ve acil olmayan teknikler olmak üzere ikiye ayrılır;

Acil Olmayan Taşıma Teknikleri

Acil olmayan taşıma teknikleri; hasta/yaralının oturtulması, ayağa kaldırılması, tekerlekli sandalyeye oturtulması ve sedyeye taşınması ilkelerini içeren taşıma teknikleridir. Hasta ayağa kaldırılırken ve oturtulurken beden mekaniği ilkelerine dikkat edilmesi gerekir.

Acil Taşıma Teknikleri

Acil yaralı taşıma teknikleri; sürükleme yöntemi, araç içindeki yaralıyı taşıma, sedye ile taşıma teknikleri, battaniye ile taşıma ve kısa mesafede süratli taşıma tekniklerinden oluşur. Yaralanmalarda genel bir kural olarak yaralının yeri değiştirilmemeli ve dokunulmamalıdır. Ancak olağanüstü bir tehlike söz konusuysa taşıdığı her türlü riske rağmen yaralıyı acil taşıma zorunludur. En kısa sürede yaralılar, güvenli bir yere taşınmalıdır. Sürükleme yöntemi; özellikle, çok kilolu kişilerin taşınmasında, dar, basık ve geçiş güçlüğü olan bir yerden çıkarmalarda herhangi bir yaralanmaya neden olmamak için seçilebilecek bir yöntemdir. Mümkünse battaniye kullanılmalıdır. Sürüklemeye iki yöntem kullanılabilir; ayak bileklerinden tutarak sürükleme, koltuk altından tutarak sürükleme, battaniye ile sürükleme ve boyna asarak sürükleme. Araç içindeki yaralıyı taşımada yaralı "Rentek manevrası" kullanılarak taşınır. Kaza geçirmiş yaralı bir kişiyi eğer bir tehlike söz konusu ise omuriliğine zarar vermeden araçtan çıkarma tekniğidir. Bu uygulama, solunum durması, yangın ve

patlama tehlikesi gibi olağanüstü durumlarda uygulanır. Sedyeye ile taşımada uyulması gereken genel kurallar şunlardır; Hasta/yaralı battaniye ya da çarşaf gibi malzeme ile sarılır. Düşmesini önlemek için sedyeye bağlanmalıdır. Yaralının başı gidiş yönünde olmalıdır. Sedyeye daima yatay konumda olmalıdır. Öndeki ilk yardımcı sağ, arkadaki ilk yardımcı sol ayağı ile yürümeye başlamalıdır. Daima sedye hareketlerini yönlendiren bir sorumlu olmalı ve komut vermelidir. Güçlü olan ilk yardımcı, hasta/yaralının baş kısmında olmalıdır. Sedyeye ile taşıma yönteminde kaşık tekniği, kütük tekniği, karşılıklı durarak kaldırma tekniği, kütük yuvarlama tekniği ve Neil- Robertson sedyesi ile taşıma tekniklerinden yararlanılır. Battaniye ile taşımada tek battaniye kullanılabileceği gibi bir battaniye ve iki kirişle geçici sedye yapılarak da taşınabilir. Hasta/yaralı taşımada ilk yardım ekibinin taşımada kullandıkları tekniklerde kendi pozisyonları kadar yaralının pozisyonu da hayati önem taşımaktadır. Örneğin; pelvis, omurga, bacak kırığı olan bilinci açık hastalar Sırtüstü, düz olarak taşınır. Kafa travması, felç olan hastalar düz, baş on derece kaldırılmış durumda taşınmalıdır. Hastanın bilinci kapalı ise yarı yüzüstü güvenli yan pozisyonunda taşınır.