

SPOR SAKATLIKLARINDA ACİL EYLEM PLANI VE ANTRENÖRÜN ROLÜ

Macide TÜZÜN *

ÖZET

Sportif becerilerde emniyet önemlidir. Sportif çalışmalar ve konuyla ilgili yönetmelikler uygun koşullarda emniyet prensiplerini içermelidir. Alınan tedbirlere rağmen bazı sakatlıklar olabilir. Antrenör sakatlanmanın ciddiyetini bilmeli, en uygun acil yardım prensiplerini doğru olarak uygulayabilmelidir. Buna ek olarak, antrenör ve spor eğitimcilerinin sporcularını sakatlıklardan koruma tekniklerini bilmesi, sporcunun antrenman ve müsabakalara güvenli katılımını sağlaması, doğru tanı koyması, erken müdahale ve yaralının en yakın sağlık merkezine ulaştırılması konusunda bilgi sahibi olmaları gereklidir. Antrenör ve spor eğitimcisi görev ve sorumluluklarını iyi anlamalı ve bu nitelikleriyle çalışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spor sakatlıkları, acil eylem planı.

Geliş tarihi: 06.05.2005; Yayına kabul tarihi: 26.10.2005

* Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, ANKARA

EMERGENCY ACTION PLAN IN SPORTS INJURIES AND THE PART OF TRAINER

SUMMARY

Safety is important to learning the skills of a sport. All instruction and coaching should include appropriate safety principles. Despite of the all precautions, some injuries will occur. But the coach must be able to recognise serious injuries and know correct first aid procedures. The sports instructors and coaches' responsibility is to help sportive activities to be safer through prevention of injury techniques, as well as the appropriate recognition, early management and transfer of injured active people to hospital. The sports instructor and coaches should have a clear understanding of their roles and responsibilities and work within these qualifications.

Key Words: Sports injuries, emergency action plan.

GİRİŞ

Antrenör ve spor eğitimcilerinin sporcusuna güvenli ortam yaratması, antrenmanlara güvenli katılım sağlaması, sakatlandığı zaman gerekli özenin gösterileceği konusunda güven vermesi, acil durum yönetimi ve değerlendirmesinde standart bilgi ve beceriye sahip olması gerektiği belirtilmektedir^(4,7). Spor aktivitelerinde alınan tüm tedbirlere rağmen sporcuların çarpışması, özellikle vücut kontrolünü engelleyen, önemsenmeyen problemler veya sporcunun gerekli tedaviyi görmeden antrenmanlara dönmesi sakatlıklara neden olan risk faktörleri olarak belirtilmektedir^(19,21,22). Sportif aktivitelerde sakatlanma riskinin 1/3 olduğu⁽¹⁵⁾, çocuk ve gençlerde görülen yaralanmaların daha çok spor kaynaklı ve müsabakadan çok antrenmanda görüldüğü belirtilmektedir^(4,26).

Bijur ve arkadaşları⁽⁸⁾ hayati risk taşıyan ciddi yaralanmaların %36 spor nedeni olduğu, yaralanma oranı ve ciddiyetinin yaşla doğru orantılı arttığını belirtmektedir. Schullar ve Kopjar⁽²⁴⁾ okullarda spor nedeni yaralanmanın 7-12 yaş grubunda %34, 13-15 yaş grubunda %60 oranında görüldüğünü rapor etmiştir. Williams⁽²⁶⁾ 12 ay süresince yaş ve cinsiyete göre spor ve rekreasyonel yaralanmaları takip eden araştırmasında, tıbbi müdahale gerektiren sakatlıkların %33 spor nedeni olduğunu, ilkyardım eğitimi ve koruyucu programların geliştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Amerikan Ulusal Antrenörler Derneği Araştırma ve Eğitim Vakfı – NATAREF⁽²¹⁾ sportif aktiviteye bağlı sakatlanmalar nedeniyle yılda ortalama 775.000 genç sporcunun ilkyardım aldığı, bu nedenle antrenörlerin acil durumda ortam ve sporcunun değerlendirilmesi, sakatlanmayı en kısa sürede tanımlayacak bilgi ve beceriye sahip olması ve rehberlik yapabilmesinin önemini vurgulamaktadır. Amerikan Tıp Derneği⁽⁹⁾ eğitilmiş personelin acil durumda erken tanı ve uygun müdahalesinin çabuk iyileşme sağlayacağını ve yaralanmanın ciddiyet riskini azaltacağını belirtmektedir.

Antrenman veya müsabakalarda meydana gelen ani hastalık veya sakatlık durumunda sporcuyu, veli, okul veya kulüp ilkyardım konusunda öncelikle ilgili antrenörü sorumlu olarak görmektedir⁽²¹⁾. Antrenörlerin temel ilkyardım bilgi ve becerisine sahip, acil durum yönetimi ve güvenlik kurallarını bilen, iyi eğitim almış kişiler olması beklenmektedir. Acil durumlarda en başarılı sonuçların kaza

veya hastalığın en kısa sürede tanımlanarak en uygun ilkyardıma verilmesine bağlı olduğu belirtilmektedir^(2,7). Ancak antrenörün acil durumda hareket sorumluluğunun tanımlanması, yasalar ve konuyla ilgili ulusal (Türkiye Kızılay Derneği) ve uluslararası kurumlar (Avrupa Resusitasyon Konseyi-ERC) tarafından belirlenmiş ilkyardım standartlarına uygun davranması, sorumluluğunu aşan öneri veya yöntemleri üstlenmemesi (ultrason kullanması, ilaç yazması vb) gerekir. Avrupa Resusitasyon Konseyinin 1998 de belirlemiş olduğu uluslararası ilkyardım ve temel yaşam desteği standartları⁽⁶⁾, Amerikan Kalp Derneği ile yapılan çalışmalar sonucu en son 2000 yılında yeniden belirlenmiştir^(1,12). Bu nedenle ilkyardım bilgi ve becerileri düzenli olarak yenilenmeli, konuyla ilgili gelişmeler takip edilmelidir.

Bu çalışmanın antrenör veya spor eğitimcisinin ilkyardım ve temel yaşam desteği standartlarını, acil durum değerlendirmesinde güvenli ortam, erken tanı ve doğru yardım tekniklerini, kendi görev ve sorumlulukları çerçevesinde verimli şekilde uygulamasına yardımcı olması hedeflenmiştir.

SPOR SAKATLIKLARINDA ACİL DURUM DEĞERLENDİRMESİ

Acil durum değerlendirmesi antrenör ve yaralı sporcunun güvenliği yönünden çok önemlidir. Antrenör ve spor eğitimcileri sorumlulukları çerçevesinde ortaya çıkan acil durumun kontrol altına alınması, emniyetin sağlanması ve ciddi boyutlara ulaşmasını önlemek için sakin ve kontrollü olmalı, sporcu ve çevrede bulunanlara güven vermeli, durumun verimli ve yararlı kontrol edilmesi için acil eylem planı uygulaması gereklidir⁽⁷⁾. Bu amaca yönelik aşağıda belirtilen standartlara uygun davranmalıdır.

1. Herhangi kaza veya hastalık anında ortam emniyetini sağlamalı, kendi ve sporcunun yaşamını koruyucu tedbirler almalıdır^(7,12,13,23). Çevrede yaşamı tehdit eden tehlikeleri (açık kablo, saldırgan hayvan, derin su, yangın, direk düşmesi, pota kopması, kaygan zemin, ezilme) mümkünse uzaklaştırmalı, mümkün değilse sporcu emniyetli ortama taşınmalıdır.

2. Ortam emniyeti sağlandıktan sonra zaman kaybetmeden sporcuda öncelikle bilinç kontrolü yapılmalıdır^(12,13,20,23). Bilinci kapalı kişide dilin kontrol edilememesi ve geriye düşmesi hava yolu tıkanıklığı için büyük risk taşır^(6,9). Yaralının durumu ne kadar kötü olursa olsun, yaşamın devamı için gerekli organlara yeterli oksijenin ulaşması her zaman önemlidir. Normal kişilerde solunum ve dolaşımın durması sonucu yaklaşık 4-6 dakika beyine oksijen gitmemesi kalıcı problemlere, 10 dakika gecikmenin beyin ölümüne neden olduğu belirtilmektedir⁽²⁰⁾.

2.1. Sporcunun bilincini test etmek için omuzlarına yumuşak şekilde dokunarak cevabı bilinen sorular sormalıdır^(13,23). Sporcu sorulara cevap veriyor veya söylenenleri yapıyorsa "bilinci açık" demektir. Bilinci açık ve rahat nefes alan sporcuda yaşamı tehdit eden ciddi kanama ve yaralanmalar kontrol edilir. Yaşamı tehdit eden ciddi problem yoksa sporcu bulunduğu pozisyonda bırakılır. Tıbbi yardıma ihtiyaç varsa çevredeki bir kişiden yardım çağırması istenir, kimse yoksa kendisi yardım çağırmalıdır. Acil tıbbi yardım gelinceye kadar düzenli aralıklarla yaralının yaşam belirtileri kontrol edilir.

2.2. Sporcu sorulara cevap vermiyor veya söylenenleri yapmıyorsa "bilinci kapalı" demektir. Bilinci kapalı sporcunun nefes alıp almadığına karar vermek için hava yolunun "baş geri-çene yukarı" pozisyonu ile açık tutulması gerekmektedir⁽⁷⁾.

- Yüksek sesle çevreden yardım istenir, hava yolunu açmak için sporcu düzgün ve sert zeminde sırt üstü pozisyona getirilir.
- Omuzları hizasında yere diz çökülür, sıkı kıyafetleri gevşetilir.
- Sporcunun başına yakın olan el alınır ve yerleştirilir ve baş geriye doğru itilir, suni solunum gerekirse burun deliklerini kapatmak için baş ve işaret parmağı serbest bırakılır.
- Sporcunun ağız ve hava yolunda görünen yabancı madde varsa (kusmuk, kanama, kopmuş diş) parmakla temizlenir.
- El çene altında kemikli alana yerleştirilir, çene yukarı doğru desteklenerek ağız açılır.

3. Baş pozisyonu verilmiş ve hava yolu açıklığı sağlanmış sporcuda "bak-dinle-hisset metodu" ile solunum (nefes alış veriş) kontrol edilir⁽¹²⁾.

- Antrenör yüzü sporcunun göğüs kafesine dönük gözleriyle göğüs hareketlerini izlemek için bakar,
- Kulağı sporcunun ağız ve burnuna yakın, nefesini dinler,
- Bir eli sporcunun göğüs kafesinde solunumu hissetmeye çalışır.
- Solunum kontrolü için en fazla 10 sn. beklenmesi tavsiye edilmektedir⁽¹²⁾.

3.1. Sporcu normal nefes alıyorsa;

• Hemen "koma pozisyonu"na yerleştirilir. Koma pozisyonu bilinci kapalı yaralıda dilin geri düşmesini engelleyen, kusma gelişince dışarı akmasını ve hava yolunun tıkanmasını önleyen, yaralıyı kontrolsüz hareketlerden koruyan, gerektiği zaman (sunli solunum, göğüs basısı) yaralının kolaylıkla sırt üstü pozisyona getirilmesi için en emniyetli yan yatış pozisyonudur⁽⁹⁾. Sporcunun koma pozisyonunda 30 dakikadan fazla aynı yönde kalmaması, diğer yöne döndürülmesi tavsiye edilmektedir⁽¹²⁾.

- Çevrede bulunan bir kişi yardım çağırması için gönderilir veya antrenör yalnızca kendisi yardım çağırır.
- Acil tıbbi yardım gelene kadar solunum ve yaşam belirtileri kontrol edilir.

3.2. Sporcu nefes almıyorsa;

• Hemen çevrede bulunan bir kişi yardım çağırması için gönderilir veya antrenör yalnızca kendisi yardım çağırır.

- Ancak yardımcı yok ve ilkyardımcı yalnızsa; yetişkin yaralıda travma, suda boğulma, hava yolu tıkanıklığı, ilaç veya alkol zehirlenmesi sonucu görülen solunum probleminde, bebek ve çocuk yaralılarda 1 dk. temel yaşam desteği verdikten sonra yardım çağırmaya gitmesi önerilmektedir⁽¹²⁾.

- Sporcu uygun pozisyona getirilir (sert zemin, sırt üstü yatış, hava yolu açık, burun delikleri kapalı),

- Hemen 2 kurtarıcı nefes verilir, göğüs kafesinin hareketi izlenir. Bunun için her solunumdan önce derin nefes alarak verilen havadaki oksijen konsantrasyonunun yeterli düzeye ulaşması sağlanmalı, yavaş olarak 2 saniye sürede verilmelidir⁽¹⁴⁾. Solunan havanın %21'i oksijendir. Normal yetişkin nefes aldığı havada bulunan oksijenin ancak %5-6'sını kullanmakta, nefes verilen havada bulunan %16 oksijen yaralı için yeterli kabul edilmektedir^(13,23). Avrupa Resusitasyon Konseyi Kılavuzu-2000'e göre erişkinlere suni solunum sırasında (ağızdan ağıza solunum) 10 ml/kg.lık volüm tavsiye edilmektedir^(1,12). Bu ortalama 70 kg. ağırlıktaki erkek erişkinlerde yaklaşık olarak 700-1000 ml.lik volümü karşılamaktadır. Suni solunum da düşük volümlerin bulantı ve kusma riskini azaltacağı⁽¹⁶⁾, ancak verilen volümün oksijen yönünden yeterli olmayacağı belirtilmiştir⁽¹⁷⁾. Bu prensibe göre yaralıya verilecek 700-1000 ml. solunum volümü ile göğüs kafesinin normal solunum kadar şişmesi takip edilmelidir.

- Göğüs kafesi hareket etmiyorsa nefes akciğerlere ulaşmıyor demektir. Sporcunun başına tekrar pozisyon verilerek, 2 kurtarıcı nefes tekrar edilir⁽¹⁾.

- Nefes hala akciğerlere ulaşmıyorsa 10 sn'den fazla zaman kaybetmemek koşuluyla, ilkyardımcı nabız sayma eğitimi aldıysa, hemen nabız kontrolü yapılır⁽¹²⁾. Yaşam için gerekli olan kan dolaşımı nabız (karotid nabızı) sayarak kontrol edilir⁽²⁰⁾. Avrupa Resusitasyon Konseyi Kılavuzu-2000'e göre dolaşım kontrolü için nabız sayımından sadece sağlık personeli sorumlu tutulmaktadır⁽¹⁾. Sağlık personeline (doktor, hemşire) solunum ve nabız kontrolü için en fazla 10 saniye zaman harcamasına izin verilmektedir. Halk eğitiminde ise nabız kontrolünün güvenilir şekilde yapılması için, önerilen 10 saniye süreden daha fazla zamana gerek olduğu^(11,25), buna rağmen tanıda belirgin hatalar yapıldığı belirlenmiştir⁽¹⁰⁾. Bu nedenle sağlık personeli dışında ilkyardım eğitimi alan kişilere dolaşım kontrolü için nabız sayması öğretilmeyecek veya bu kişilerden nabız kontrolü beklenmeyecek, bunun yerine "yaşam belirtileri"ne bakınız ifadesinin uygun olacağına karar verilmiştir⁽¹²⁾. Yaşam belirtilerine bakmak; hava yolu açıklığı sağlandıktan sonra "bak, dinle, hisset yöntemi" ile sporcuda normal solunum, öksürük veya hareket var mı kontrol etmek anlamına gelir.

4.1. Sporcuda yaşam belirtisi olarak solunum yok, "dolaşım" olduğundan eminseniz,

- Normal solunum başlayıncaya kadar suni solunum vermeye devam edilir.

- Her 10 nefesten sonra solunum ve dolaşım en fazla 10 sn. süre ile kontrol edilir.
- Bilinci kapalı sporcuda solunum geri dönerse hemen koma pozisyonuna getirilir⁽⁹⁾ ve solunum giderse kurtarıcı nefes vermek için hazır beklenir.

4.2. Sporcuda yaşam belirtisi yoksa; hemen "temel yaşam desteğine" başlanmalıdır^(1,12). Solunum ve dolaşımı durmuş sporcuda kalp ve akciğer canlandırması için "temel yaşam desteği"ne karar verildiğinde aşağıdaki basamaklar izlenmelidir.

- Göğüs basısı için uygun nokta belirlenir. Sporcunun bacaklarına yakın elin işaret ve orta parmakları alt kaburgayı göğüs kafesi boyunca takip ederek, kaburgaların birleşme noktasına yerleştirilir. Diğer el ayası işaret parmağına dayanır pozisyonda göğüs kemiğinin ortasına yerleştirilir ve üzerine diğer el konur, parmaklar kilitlenir. Omuzlar yaralının göğüs kafesinin üzerindedir. Dirsekler bükülmeden kilitlenir. Her zaman yaralının başına yakın olan el göğüs basısı için direk baskı uygulanacak bölgenin üzerinde olmalıdır.

- Yetişkin sporcularda (8 yaş ve üstü) belirlenen noktaya iki el ile 4-5 cm. derinlikte, dakikada 100 atıma denk gelecek ritimde (1saniyeden kısa sürede 2 bası) 15 göğüs basısı uygulanır.

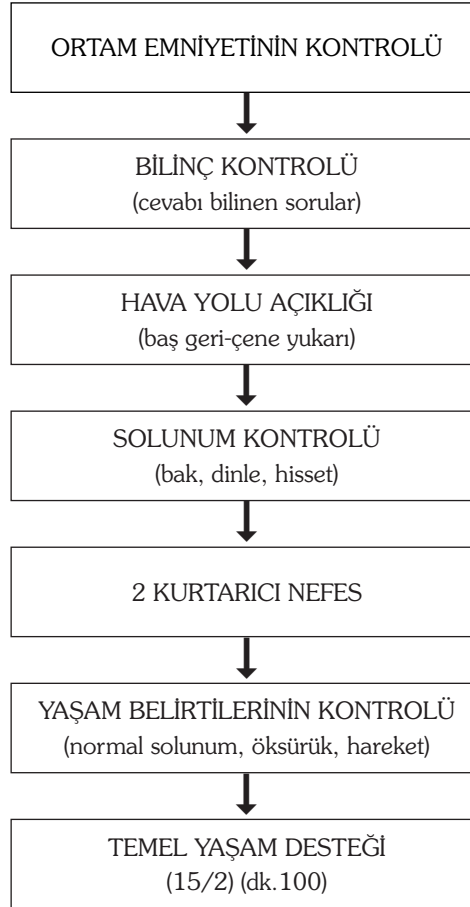
- Göğüs basıları "bir-ve, iki-ve, üç-ve, dört-ve, ..." şeklinde sayarak eşit zamanlı ve her basıdan sonra elleri kaldırmadan, omuzların bölge üzerindeki basıncını azaltarak uygulanmalıdır.

- Göğüs basısı bitince, sporcunun hava yolu "baş geri, çene yukarı" tekniği ile açılır, 2 nefes vererek 1 set (15 göğüs basısı, 2 suni solunum) tamamlanır. Suni solunum verdikten sonra, göğüs basısı uygulama noktası tekrar bulunur, sonraki setlere hiç durmadan devam edilir.

- Sadece yaşam belirtisi (ani hareket veya nefes) görülürse temel yaşam desteğine ara verilmelidir. Temel yaşam desteğine; solunum ve dolaşım geri dönene kadar, profesyonel ekip gelene kadar yada temel yaşam desteği yapan kişi bitkin olana kadar devam edilmelidir^(1,12,13,23).

Bilinci kapalı, solunum ve dolaşımı durmuş sporcuda "temel yaşam desteği" olarak tanımlanan suni solunum ve suni dolaşım ile (göğüs basısı), hayati organlara yeterli oksijen ve kanın ulaşması sağlanır⁽⁷⁾. Temel yaşam desteği süresince suni solunum standartlarına uygun nefes verilir. Suni kan dolaşımı için yapılan göğüs basısı, göğüs boşluğunda basınç değişimlerine neden olan, dolaşımı zorlayan, kalbin kan pompalamasını sağlayan ilkyardım tekniğidir⁽¹⁸⁾. Temel yaşam desteğinde 15 göğüs basısı ile göğüs boşluğunda oluşan basıncın, 5 göğüs basısı ile ulaşılan basınçtan daha etkili olduğu, çünkü her 5 basıdan sonra nefes için verilen sürede göğüs boşluğunda oluşan basıncın hızla düşeceği vurgulanmaktadır⁽¹⁾. Bu nedenle halk eğitimlerinde temel yaşam desteği için 15/2 tekniğinin öğretilmesi, iki veya daha fazla yardımcı olduğu zaman sıra ile yapılması önerilmekte, aynı zamanda sağlık ekiplerinin de temel yaşam desteği verirken 15/2 tekniğini uygulaması tavsiye edilmektedir.

ACİL EYLEM PLANI



ACİL EYLEM PLANIN BAŞARILI OLMASINDA ANTRENÖRÜN ROLÜ

1. Antrenör veya spor eğitimcisi "acil eylem planı"nın başarılı olması için, gerekli tedbirleri almalıdır.

- "Acil eylem planı" antrenörlerin sorumluluğunda olmalı, ilkyardım standartlarına ve bulunulan koşullara uygun, en verimli duruma gelinceye kadar düzenli uygulamalar yapılmalı, eksikleri giderilmelidir.

- Antrenör özel durumlarda sorumluluk alacak, acil yardım çağrısını başlatacak ve haberleşmeyi sağlayacak yetişkin sporcuları önceden belirlemeli, bu kişilerin görevlerini bildiğinden emin olmalıdır⁽⁷⁾.

- Acil durumda tıbbi yardımın ulaşması için bulunulan mekanın (antrenman sahası veya spor salonu vb.) adres, yollar ve girişleri bilinmeli, gerektiğinde kilitli mekanların kullanımı için anahtar temini veya bu konuda yardımcı olacak görevlinin sisteme katılımı sağlanmalıdır. Planın işlerliği için ulaşım, iletişim, olanaklar ve malzeme gibi her konuda misafir takıma bilgi verilmelidir.

2. Antrenör sezon öncesi sporcunun ailesinden acil durumda sorumluluk sınırları içinde her tür müdahale için onay almalıdır⁽¹⁵⁾. Antrenörün sonradan ortaya çıkabilecek sorunlarla ilgili savunma yapabilmesi için onay formu önemlidir. Acil durumda sporcuya ailesinin onayı olduğu bildirilmelidir. Onay belgesi yoksa, bilinci açık yetişkin sporcunun ilkyardım için onayı alınmalı, bilinci kapalı sporcunun (baygınlık, şok, bilinç kaybı), hayati tehlike durumunda ilkyardıma onayladığı, ailesinde onay vereceği düşünülmelidir. Çocuklar ve özürllüer içinde aynı durum geçerli kabul edilmelidir.

3. Antrenör ve spor eğitimcisi acil durum için ilgili kişi ve kurumlar ile profesyonel ilişki kurmalı, acil durumda iletişim sağlamak için gerekli tedbirleri almalıdır⁽²¹⁾.

- Birlikte hareket edilecek ve iletişim kurulacak kişilerin; (sporcu velisi veya ailesi, hakem, spor müdürü, okul müdürü, fizyoterapist) kuruluşların (acil yardım servisleri, ambulans, sağlık merkezi veya en yakın hastane) telefon numaralarını listeye kaydetmeli, düzenli olarak güncellemeli, ilkyardım çantasında yeterli bozuk para, jeton ve telefon kartı bulundurulmalıdır.

- Etkin ve doğru yardım için ilkyardım çantasında özellikle eldiven, gazlı bez, elastik bandaj, üçgen bandaj, yapıştırıcı band ve makas olması gerektiği belirtilmektedir⁽⁹⁾.

- Özel rahatsızlıkları olan sporcular için isimleri yazılı yedek malzemelerin hazır olmasına dikkat edilmelidir.

- Spor sakatlıklarında çok ciddi olmayan ve kolaylıkla tedavi edilebilen yumuşak doku zedelenmeleri çok sık görülmektedir. Bu nedenle antrenman ve müsabakalarda mutlaka soğuk tedavi için buz bulundurulmalıdır⁽⁷⁾.

4. Sporcunun olası tehlikelerden uzaklaştırılması ve emniyetli taşınması için antrenörün doğru taşıma prensip ve tekniklerini bilmesi önemlidir. Antrenörün bandaj ve sargılama tekniklerini uygulayabilme becerisini kazanmış olması, sakatlıkların doğru sabitlenmesi, sporcunun emniyetli pozisyonda hastaneye ulaştırılması, tıbbi müdahale ve yaralının yaşam kalitesi için çok önemlidir. Doğru müdahale yapılmış sakatlıklarda tedavi ve iyileşmenin daha kolay olduğu belirtilmektedir⁽²⁶⁾.

SONUÇ

Amerikan Spor Hekimliği⁽²⁾, özellikle genç sporcularda sportif sakatlıkların %50 korunulabilir olduğunu belirtmektedir. Antrenörün bu görev ve sorumluluğu yerine getirebilmesi için;

sporcusunun sezon öncesi fiziksel özellikleri, spora katılımını engelleyen sorunları, sakatlık riskini azaltmak için hangi nedenler sonucu ne tür sakatlıkların meydana geldiğini, özel yardım gerektiren ve hayati tehlikesi olan sakatlık risklerini, yaşamı tehdit eden acil durumu tesbit etmesi gereklidir. Sporcu sakatlanmalarında antrenörün bu tesbitleri yapabilmesi için ilkyardım bilgi seviyesi çok önemlidir⁽¹⁵⁾.

Acil durumda verilen ilkyardım;

- Yaşamın korunması,
- Bilinç kaybının önlenmesi,
- Durumun daha kötüye gitmesini engellemesi,
- İyileşme süresinin kısılmasını sağlayan uygulamalardır.

Antrenörün bu özellikleri kazanabilmesi için ülke standartlarına uygun, geçerli ve kabul edilen ilkyardım eğitim programlarına katılması, acil durumlarda hareket sorumluluğu sağlaması açısından önemlidir. Sporda performansın devamlılığı ve sporcunun yaşam kalitesi düşünüldüğünde konunun önemi anlaşılmaktadır. Özellikle güvenli spor programlarının toplum tarafından kabulü sporcu kimliğinin artmasına çok büyük katkıda bulunacaktır. Her ülke acil durumda belli rehberlik ve standartlarda verilmiş ilkyardım tekniklerinin uygulanması için prensiplerini açıkça tanımlamaktadır. Bu standart uygulama o ülkenin kanunlarına, kamu kuruluşlarınca basılan ilkyardım rehberlerine, acil yardım sistemleri, acil yardım organizasyonları ve derneklerine dayanır. Standart tanımlama, kişinin ilkyardım eğitim düzeyi ile resmi kurumların kabul ettiği ilkyardım standartlarının karşılaştırılmasıdır. Bugün ülkemizde antrenörlerin standart ilkyardımla ilgili karşılaştıkları ana problem, antrenörler için sertifikalı özel eğitim programının kanun ve rehberlik standartlarıyla belirlenmemiş olmasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizde ilkyardım gerektiren olayların sıklığı ve ilkyardım bilgisine sahip olan ya da eğitim almış kişilerin sayısındaki yetersizlik göz önüne alındığında, ilkyardım eğitiminin olabildiğince fazla kişiye ulaştırılması gereği açıkça ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

1. American Heart Association in Collaboration With the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Introduction to the International Guidelines 2000 for CPR and ECC. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. An International Consensus on Science. Resuscitation 2000; 46: 3-15.
2. American College of Sports Medicine., The prevention of Sports Injuries of Children and Adolescents, Medicine and Science in Sports Exercise, 25(8): 1-7, 1993.
3. American Medical Association. Council of Scientific Affairs. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/article/2036-2373.html>.
4. American Academy of Pediatrics. Injuries in youth soccer: a subject review. <http://www.aap.org/policy/re9934.html>.

5. Arnheim, D., Prentice, W., Organizing and Administering an Athletic Training Program. In, Essentials of Athletic Training (5th ed.) McGraw-Hill, 30-33, Boston, 2002.
6. Basic Life Support Working Group of the European Resuscitation Council. The 1998 European Resuscitation Council guidelines for adult single rescuer basic life support. *Resuscitation*, 1998; 37: 67–80.
7. Bergeron, J.D., *Coaches Guide to Sports Injuries*, Human Kinetics Books, Champaign, 1994.
8. Bijur PE, Trumble A, Harel Y, et al. Sports and Recreation Injuries in US Children and Adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1995;149:1009-16.
9. Doxey, J., Comparing 1997 Resuscitation Council (UK) Recovery Position With Recovery Position of 1992 European Resuscitation Council Guidelines: a User's Perspective, *Resuscitation*, 39, 3, 161-169, 1998.
10. Eberle B, Dick WF, Schneider T, Wisser G, Doetsch S, Tzanova I. Checking the Carotid Pulse: Diagnostic accuracy of first responders in patients with and without a pulse. *Resuscitation*, 1996; 33: 107–16.
11. Flesche CW, Breuer S, Mandel LP, Brevik H, Tarnow J. The ability of Health Professionals to Check the Carotid Pulse. *Circulation*, 1994; 90(Suppl. 1): 288.
12. Handley, A. J., Monsieurs, K. G., Bossaert, L. L., European Resuscitation Council Guidelines 2000 for Adult Basic Life Support; A Statement From the Basic Life Support and Automated External Defibrillation Working Group and approved by the Executive Committee of the European Resuscitation Council, *Resuscitation*, 48: 199-205, 2001.
13. Handal, K.A., *The American Red Cross First Aid and Safety Handbook*, Little Brown Company, USA, 1992.
14. Htin KJ, Birenbaum DS, Idris AH, Banner MJ, Gravenstein N. Rescuer Breathing Pattern Significantly Affects O₂ and CO₂ received by the patient during mouth-to-mouth ventilation. *Critical Care Medicine* 1998; 26: A56–60.
15. Hunt ,V., Children in Sports: Tomorrow's Patients Today. *NATA News*:10-16. 2001.
16. Idris AH, Wenzel V, Banner MJ, Melker RJ. Smaller Tidal Volumes Minimize Gastric Inflation During CPR With an Unprotected Airway. *Circulation* 1995; 92(Suppl. I): 1759.
17. Idris AH, Gabrielli A, Caruso L. Smaller Tidal Volume is Safe and Effective For Bag-Valve-Ventilation, But Not For Mouth-to-Mouth. *Circulation* 1999; 100(Suppl. I): 1644.
18. Kern KB, Hilwig RW, Berg RA, Ewy GA. Efficacy of Chest Compression-Only BLS CPR in the Presence of an Occluded airway. *Resuscitation* 1998; 39: 179–88.
19. Landry, G. L., Sports Injuries in Childhood. *Pediatric Annual*, 21(3): 165-168. 1992.
20. Monsieurs KG, De Cauwer HG, Bossaert LL. Feeling for the Carotid Pulse: Is Five Seconds Enough? *Resuscitation* 1996; 31: S3.
21. National Association of Sport and Physical Education (NASPE). *National Standards for Athletic Coaches*. Reston, VA.
22. Stanitski, C. L., (1989). Common Injuries in Preadolescent and Adolescent Athletes: Recommendations for Prevention. *Sports Med*, 7(1): 32-41.
23. St. John Ambulance, St. Andrew's Ambulance Association, *First Aid*, Abbott Company, Perth, 2001.
24. Schullar AA, Kopjar B, School Injuries Among 7 to 15 Old Children. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2000: 120: 301-5.
25. Ochoa FJ, Ramalle-Gomara E, Carpintero JM, Garcia A, Saralegui I. Competence of Health Professionals to Check the Carotid Pulse. *Resuscitation* 1998; 37: 173–5.
26. Williams JM, Wrigth P, Currie CE, et al. Sports Related Injuries in Scottish Adolescents Aged 11-15. *British Journal of Sports Medicine*, 1998: 32: 291-6.