



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ACİL TIP KLİNİĞİ

**ACİL SERVİSE İŞ KAZASI BEYANIYLA BAŞVURAN HASTALARDA
YARALANMA ÖZELLİKLERİ, ANKSİYETE BOZUKLUĞU, DİKKAT
EKSİKLİĞİ, UYKU KALİTESİ İLE SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tabip Harun Kundakcı

İSTANBUL 2019



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETEFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ACİL TIP KLİNİĞİ

**ACİL SERVİSE İŞ KAZASI BEYANIYLA BAŞVURAN HASTALARDA
YARALANMA ÖZELLİKLERİ, ANKSİYETE BOZUKLUĞU, DİKKAT
EKSİKLİĞİ, UYKU KALİTESİ İLE SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tabip Harun Kundakcı

TEZ DANIŞMANI
Doçent Doktor Erdem Çevik

(UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2019

TEŞEKKÜR

Eski Türklerde kişilerin isimlerini gösterdikleri meziyetlerle aldıklarını duymuştum. Bu söylenceyi gerçek kılan hocam Doçent Doktor Erdem Çevik'e;

Övündüğüm Türkçe bilgimin çatlaklarını onaran kintsugi sanatçısı nişanlım Duygu Gürel'e;

Asistanlığımızın başından bugüne kadar deliliklerimi hoşgörüyle karşılayan Psikiyatrist Zeliha Cengiz'e;

İş güvenliğiyle ilgili her türlü bilgiyi kütüphane edasıyla hizmetime sunan eski patronum Tekin Tepe'ye;

Dar zamanımda koltuk çıkıp bana "Kıyak ablaymışsın!" dedirten Pediatrik Acil Tıp Uzmanı Doktor Emel Ekşi Alp'e;

Fakültenin ilk gününden başlayarak ışığını, renklerini benden esirgemeyen; hala her dengesiz kaldığımda desteğim olan neşeli arkadaşım Gizem Ilgın'a;

Tezimi yazarken bilimsel çalışmalarını yol haritam yapan Tuba Bay ve Çiğdem Arslan'a;

Çift tıp diplomasıyla yardımını temel bilimlerde başlatan Dr Emin Erdem Kaya'ya;

Tüm hatalarımı babacan tavrıyla düzelttiren son ütücü Dr Öğr Üyesi Ertuğrul Altınbilek'e;

Tez hazırlamamda bana hiçbir faydası olmayıp "balık vermeyi değil, balık tutmayı öğretmeyi" şiar edinmiş Duygu Kara Bozkurt ve Murat Bozkurt'a;

Biyolojik mirasları için annem ve babama;

İçtenlikle teşekkür ederim.

Tabip Harun KUNDAKCI

İstanbul, 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	iii
SUMMARY	iv
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ.....	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.İş Kazası	2
2.2.Adli Olay ve Adli Rapor	3
2.3.İşyerinin Tehlike Sınıfı	4
2.4.İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri.....	4
2.5.Türkiye’de İş Kazası İstatistikleri	6
2.6.Anksiyete Bozukluğu	8
2.7.Uyku ve Uyku Bozukluğu	9
2.8.Dikkat Eksikliği.....	10
2.9.Yaralanma Ciddiyet Skoru	11
3. YÖNTEM ve GEREÇ	13
3.1.Çalışmanın Amacı ve Şekli.....	13
3.2.Çalışmanın Evreni ve Örneklemi.....	14
3.3.Verilerin toplanması	14
3.4.Analiz Yöntemleri	15
4. BULGULAR.....	16
4.1.Tanımlayıcı İstatistikler.....	18
5. TARTIŞMA.....	30
6. SONUÇLAR.....	33
7. KAYNAKLAR	34
8. EKLER	38

ÖZET

Türkiye’de iş kazaları sıklığını ve gündemdeki yerini arttırarak devam etmektedir. İş kazası geçiren kişilerin psikiyatrik özelliklerini değerlendiren çalışma azdır. Biz çalışmamızda acil servisimize iş kazası beyanıyla başvuran hastaların yaralanma özellikleri, işyeri tehlike durumu ile anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği, uyku kalitesi ve sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçladık.

Çalışmamız Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine 2018 yılı Nisan, Haziran, Eylül ve Aralık ayında iş kazası beyanıyla başvuran 195 vakayla prospektif olarak yapıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, çalışma yılı, geçirdiği iş kazası sayısı, iş kazası tarihi, acil servise başvuru tarihi kaydedildi. Anksiyete puanı, dikkat eksikliği puanı, uyku puanı, travma bulgu ve şiddeti özel testlerle değerlendirildi.

Vakaların yaş ortalaması $31,6 \pm 11,1$ yıldır ve %81’i erkekti. Vakaların %57’si 08:00-16:00 saatlerini arasında iş kazası geçirdiğini beyan etti. Hasta grubumuzda az tehlikeli işyerlerinden daha fazla (%45) iş kazası başvurusu olduğu gözlemlendi. İşyeri risk sınıflamasına göre anksiyete puanı ve dikkat eksikliği puanı istatistiksel olarak anlamsız iken uyku puanı çok tehlikeli işyerinde çalışan kişilerde istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu (p: 0.46, p: 0.23, p: 0.002; sırasıyla). Şiddetli anksiyete bulgusu gösteren kişilerin hastaneye başvuru için geçirdikleri sürenin diğer anksiyete gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde uzun olduğu gözlemlendi (p: 0.04). İşyeri tehlike sınıflarının travma özellikleriyle anlamlı ilişkisi olmadığı saptandı.

Sonuç olarak; iş kazalarından daha çok genç erkekler zarar görür. Çok tehlikeli işyerinde çalışan kişilerin daha iyi uyku kalitesine sahip olduğu gösterildi. Şiddetli anksiyete bulguları gösteren kişilerin acil servise başvuru sürelerinin daha uzun olduğu tespit edildi.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, Dikkat Eksikliği, İşyeri tehlike sınıfı, Travma ciddiyet skoru

SUMMARY

EVALUATING THE CORRELATIONS OF TRAUMATIC FEATURES, ANXIETY, ATTENTION DISORDER, SLEEP QUALITY AND SOCIO-DEMOGRAPHIC FEATURES IN THE PATIENTS ADMITTED TO EMERGENCY ROOM WITH OCCUPATIONAL INJURY

Owing to the considerable increase in the prevalence of occupational injuries, it has become a seriously debated issue in Turkey. In our study, we aimed to analyse the relationship between severity of trauma, danger class of workplace with anxiety, attention deficit, sleep quality and socio-demographic features at patients who suffer from occupational injury.

We prospectively enrolled 195 patients who admitted to our emergency service with occupational injury in April, June, September and December 2018. We noted the patients' age, sex, number of occupational injury, date of admission to emergency service. We evaluated anxiety score, attention disorder score, sleep quality score, trauma severity score by specific tests.

The mean age was $31,6 \pm 11,1$ years and there was 81% male. The 57% of cases occurred between 08:00-16:00. In our study, the number of admitted cases from work places with low risk was higher(45%). While the anxiety score and attention disorder score were not statistically significant, sleep quality score was statistically lower in patients who work at high risk jobs (p: 0,46, p: 0,23, p: 0,002; respectively). Accident to admission time was statistically longer in patients with severe anxiety compared to other anxiety groups (p: 0,04). There was no significance at trauma features between risk classes of workplace.

At conclusion; occupational injuries occur in young male patients. It was shown that the patients who work at high risk workplace, have higher sleep quality. Accident to admission time was longer in patient with severe anxiety.

Key words: Anxiety score, Attention disorder, Injury severity index, Risk class of workplace

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1 Yıllara göre iş kazası sayıları	6
Tablo 2 Anksiyete puanına göre anksiyete düzeyi.....	9
Tablo 3 Tanımlayıcı istatistik verileri	19
Tablo 4 İşyeri risk sınıflamasına göre anksiyete grubu ve dikkat eksikliği	20
Tablo 5 İşyeri risk sınıfına göre kemik kırığı, küçük cerrahi müdahale ve ameliyat gereği	22
Tablo 6 İş Kazası saatine göre anksiyete, dikkat eksikliği ve uyku puanı.....	22



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 İş kazalarının yıllara göre grafiksel dağılımı.....	7
Şekil 2 Cinsiyete göre iş kazalarının dağılımı	7
Şekil 3 Mevsimlere göre vaka sayısı	16
Şekil 4 Anksiyete skor gruplaması.....	17
Şekil 5 Dikkat eksikliği	17
Şekil 6 Kemik kırığı olan vakalar	18
Şekil 7 Vakaların cerrahi müdahale durumu	18
Şekil 8 İşyeri tehlike sınıfına göre basit tıbbi müdahale durumu	20
Şekil 9 İş kazası saat dilimine göre hastane başvuru süreleri	23
Şekil 10 İş kazası saat dilimine göre çalışma yılı	23
Şekil 11 Hastane başvuru süresinin anksiyete grubuna dağılımı.....	24
Şekil 12 Dikkat eksikliği puanının anksiyete grubuna göre dağılımı	25
Şekil 13 Uyku puanının anksiyete grubuna göre dağılımı	26
Şekil 14 Kemik kırığı bulunan vakaların anksiyete grubuna göre dağılımı	26
Şekil 15 Küçük cerrahi girişim olan vakaların anksiyete grubuna göre dağılımı	27
Şekil 16 Dikkat eksikliği ve uyku puanı ilişkisi.....	28
Şekil 17 Mevsimlere göre anksiyete puanı dağılımı	28
Şekil 18 Mevsimlere göre uyku puanı dağılımı.....	29

EKLER DİZİNİ

EK 1. İŞ KAZASI DEĞERLENDİRME FORMU

EK 2. ÖZGEÇMİŞ

EK 3. HELSİNKİ BİLDİRGESİ

EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

EK 5. SBÜ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI TEZ ONAM FORMU

EK 6. ETİK KURUL TEZ ONAM FORMU



SİMGELER ve KISALTMALAR

- AIS:** Kısaltılmış Yaralanma Skoru (Abbreviated Injury Scale)
- CRAMS:** *Circulation*=dolaşım, *respiration*=solunum, *abdomen*=batın, *motor response*= motor yanıt, *speech*= konuşma
- DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- ILO:** Uluslararası Çalışma Örgütü
- ISS:** Travma Ciddiyet Skoru (Injury Severity Index)
- PUKİ:** Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
- SGK:** Sosyal Sigortalar Kurumu
- TDK:** Türk Dil Kurumu
- WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Acil Tıp Kliniği; karın ağrısından anksiyete ve konversiyon bozukluklarına, keskin cisimle temastan hipertansiyona kadar çok çeşitli vakaların başvurduğu(1), ilk ve acil müdahalelerin yapıldığı, diğer tıp birimleriyle sık yakın temasın olduğu hastane birimidir. Bilimsel açıdan bakıldığında ise vaka çeşitliliğinin ve diğer dalların aralarındaki kesişim kümesinin zuhur ettiği gözlem yapmaya oldukça müsait bir yerdir. Hastanemiz Acil Servisinde bu gözlemsel çıkarımlarımızın bir tanesini hastaları gruplamak oluşturur: yürüyemeyen hastalar, adli vakalar, eli kanayanlar, travma tahtasında yatanlar, çok yakınlı hastalar...Herhangi bir hasta grubuna ait olabildiği halde muayene kağıdında kırmızı kaşeyle “İş Kazası” yazan hastaların fazladan bir gruba daha ait olduğunu fark ettiğimizde çalışmamızın temelini atmış olduk.

Ulusal Tez Merkezi resmi internet sitesinde “iş kazası”nı arattığımızda 1992’den 2017’ye kadar sadece 4 tanesi acil serviste geçen 12 adet tıpta uzmanlık tez yayını bulduk(2). Acil Tıp kliniğinde yapılan iş kazası çalışmalarının az sayıda olması ve iş kazalarının acil servisimize sık başvurmaları bizi iş kazaları üzerinde düşünmeye sevk etti.

İş kazası geçiren kişilerin yaptığı işin tehlike durumu, kazayı ne zaman geçirdiği, hastaneye ulaşmak için ne kadar süre harcadığı gibi sağaltım sırasında ikinci plana itilen konuları değerlendirmek için çalışmamızın içeriğine ekledik.

Çalışmamızda iş kazası beyanı ile acil servise başvuran hastalarda dikkat eksikliği, uyku kalitesi ve anksiyete durumu ile vakaların sosyodemografik özellikleri, hastaneye ulaşım süreleri, yaralanmanın ciddiyeti ve işyerinin tehlike sınıfının arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesini amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

İş yaşamı, günümüz toplumlarında haftalık 45 saate varan çalışma süresiyle insan ömrünün büyük bir kısmını oluşturur(3; 4). Bu nedenle iş yaşamı kişilerin ruhsal, bedensel ve sosyal iyilik hallerini meydana getiren en önemli faktörlerden biridir. Yapılan işlerin değişmesi, yeni gelişen iş kolları, teknolojik ve endüstriyel gelişmeler nedeniyle Türkiye dahil birçok ülkede iş yaşamı, sağlığı ve güvenliği güncel bir meseledir.

Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında; iş kazalarının ilk hastane başvurularının acil servis olması, ilk iş kazası raporlarının acil tıp doktorları tarafından düzenlenmesi Acil Tıbbın mevcut hali ve başlangıç noktasını önemli hale getirmektedir. Gelişimi on yıl kadar eskiye dayansa da Acil Tıp ana bilim dalı, Dünya’da ilk olarak 1970’te *Cincinnati* Üniversitesinde kurulmuştur. Ülkemizde Acil Tıbbın tarihi, Bakanlar Kurulu’nun 12 Nisan 1993 tarihli kararı, 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 sayılı Resmi Gazete’de 93/4270 karar sayısı ile yayımlandıktan sonra ‘‘İlk ve Acil Yardım’’ adıyla bir ana bilim dalı olarak kabul edilmesiyle başlamıştır(5).

2.1. İş Kazası

Kaza kelimesi, Türk Dil Kurumu (TDK) Güncel Türkçe Sözlükte ‘‘İstem dışı veya umulmayan bir olay dolayısıyla bir kimsenin, bir nesnenin veya bir aracın zarara uğraması.’’ olarak geçmektedir(6).

İş kazası ise kabaca iş yerinde ya da bir işi yaparken gerçekleşen istenmeyen olaylar için kullanılır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO); iş kazasını belirli bir zarar ya da yaralanmaya neden olan, beklenmeyen ve önceden planlanmamış bir olay olarak tanımlarken Dünya sağlık Örgütü (WHO); önceden planlanmamış, çoğu kez kişisel yaralanmalara, üretimin bir süre durmasına yol açan olay şeklinde tanımlar(7). Sağlık çalışanları olarak esas ilgilendiğimiz insan olduğu için bizler iş kazasını, iş yerinde olan veya iş kaynaklı meydana gelen kişiye istenmeyen ve zarar vererek sonuçlanan olay olarak görürüz(7).

Türkiye Cumhuriyeti tarafından, iş kazasının tanımı 5510 numaralı (Kabul tarihi: 31.05.2006) Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanununun 13. Maddesinde belirtilir. Bu maddeye göre iş kazası; *“Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, işveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa, yürütmekte olduğu iş nedeniyle, bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda, emziren kadın sigortalının iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda, sigortalıların işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen engelli hale getiren olay”* olarak kabul edilir.

İş kazaları, diğer birçok kazalar ve yaralanma türleri gibi adli vaka olarak kabul edilir(8-10). Çalışmamızda iş kazalarını yaralanma, uzuv kaybı, duyu organı kaybı gibi zararlar açısından incelerken acil servisimizde düzenlenen adli raporları temel aldık.

2.2. Adli Olay ve Adli Rapor

Adli olay, dış etken veya kişinin kendine yönelik olan, kişinin yaralanmasına sebep olan olaydır. Adli olaylar; zarara uğratan durumun, kişinin ya da kişilerin göz ardı etme, kasıt, dikkatsizlik ya da tedbirsizliğini içerebilir. Trafik kazası, zehirlenme, iş kazası, silahla yaralanma, öz kıyım gibi durumlar kolluk kuvveti ya da savcılığa bildirilmesi gereken adli olaylardır(11).

Adli rapor yazma 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna göre Türkiye’de hekimlik yapma yetkisine sahip tüm hekimlerin sorumluluğudur. Türk ceza kanununun 280. maddesi gereği mesleğini yaptığı sırada suçla ilişkili belirtiyile karşılaşan hekim durumu ilgili makamlara bildirmekle yükümlüdür. Bu nedenlerle her hekim adli raporda bulunması gereken temel içerikleri bilmelidir: yaralanmanın basit tıbbi müdahaleyle giderilip giderilemeyeceği, hayati tehlike varlığı, duyu ve/veya organ kaybı, uzuv kaybı, kemik kırığı vb(12).

2.3. İşyerinin Tehlike Sınıfı

Yapılan iş için işyerinde çalışacak olan ilk yardımcılarının sayısı, iş güvenliği uzmanlarının ve doktorların kaç dakika çalışacağı gibi konuları belirlemek amacıyla işyeri tehlike sınıflarına ayrılır(13-15).

İşyeri tehlike sınıfları, 31/05/2006 tarihli, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 83. maddesine ve 26/12/2012 tarihli ve 28509 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğine uygun olacak şekilde az tehlikeli, tehlikeli ve çok tehlikeli olmak üzere 3 gruba ayrılır(16,17).

2.3.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (20/06/2012 tarihli ve 6331 sayılı) Madde 9 (İşyeri tehlike sınıfına dair madde)

“1- İşyeri tehlike sınıfları; 31.5.2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 83’üncü maddesine göre belirlenen kısa vadeli sigorta kolları prim tarifesi de dikkate alınarak, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğünün Başkanlığında ilgili taraflarca oluşturulan komisyonun görüşleri doğrultusunda, Bakanlıkça çıkarılacak tebliğ ile tespit edilir.

2- İşyeri tehlike sınıflarının tespitinde, o işyerinde yapılan asıl iş dikkate alınır.”

İş yerinin ve yapılan işin tehlike sınıfı az tehlikeli, tehlikeli ve çok tehlikeli olmak üzere 3 gruba ayrılır.

2.4. İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri

Türkiye’de işyerinde uyulması gereken sağlık ve güvenlik önlemleri yasalar aracılığıyla belirlenmiştir. 6331 nolu İş sağlığı ve güvenliği kanununun altıncı maddesi iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri hakkında kurallar içerir:

“1- Mesleki risklerin önlenmesi ve bu risklerden korunmaya yönelik çalışmaları da kapsayacak, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sunulması için işveren;

a) Çalışanları arasından iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve diğer sağlık personeli görevlendirir. Çalışanları arasında belirlenen niteliklere sahip personel bulunmaması hâlinde, bu hizmetin tamamını veya bir kısmını ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet alarak yerine getirebilir. Ancak belirlenen niteliklere ve gerekli belgeye sahip olması hâlinde, tehlike sınıfı ve çalışan sayısı dikkate alınarak, bu hizmetin yerine getirilmesini kendisi üstlenebilir.

b) Görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşların görevlerini yerine getirmeleri amacıyla araç, gereç, mekân ve zaman gibi gerekli bütün ihtiyaçlarını karşılar.

c) İşyerinde sağlık ve güvenlik hizmetlerini yürütenler arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlar.

ç) Görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşlar tarafından iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili mevzuata uygun olan ve yazılı olarak bildirilen tedbirleri yerine getirir.

d) Çalışanların sağlık ve güvenliğini etkilediği bilinen veya etkilemesi muhtemel konular hakkında; görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşları, başka işyerlerinden çalışmak üzere kendi işyerine gelen çalışanları ve bunların işverenlerini bilgilendirir.

2- Kamu İhale Kanunu (4.1.2002 tarihli ve 4734 sayılı) kapsamındaki kamu kurum ve kuruluşları; iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini, Sağlık Bakanlığına ait döner sermayeli kuruluşlardan doğrudan alabileceği gibi 4734 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde de alabilir.

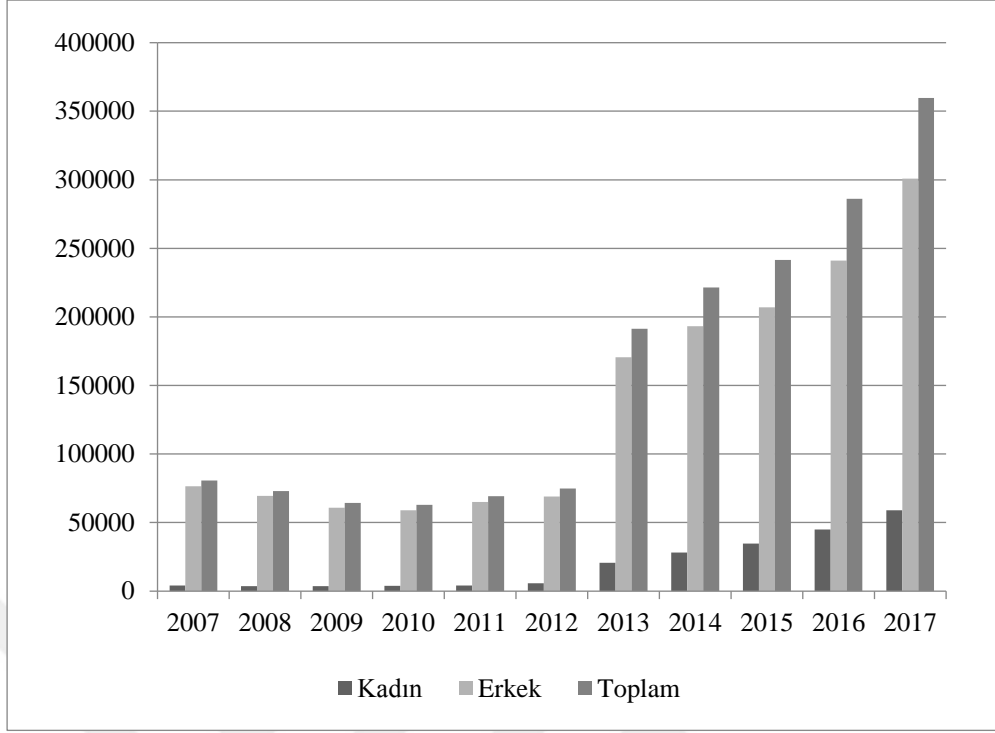
3- Tam süreli işyeri hekimi görevlendirilen işyerlerinde, diğer sağlık personeli görevlendirilmesi zorunlu değildir.”

2.5. Türkiye’de İş Kazası İstatistikleri

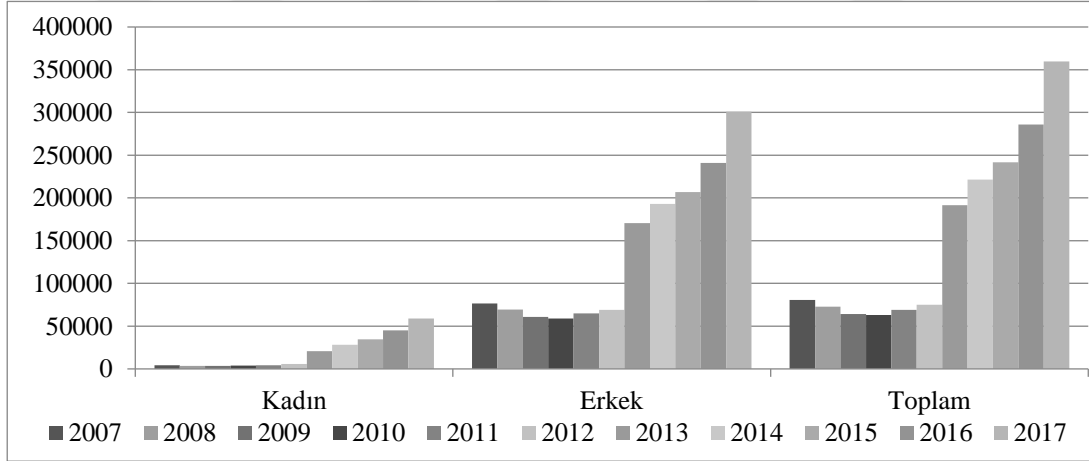
Türkiye Cumhuriyeti’nde iş kazası istatistikleri; Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na bağlı olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından düzenli olarak açıklanır. Bu verilere göre 2007 yılında toplam 80602 (4121 kadın, 76481 erkek) iş kazası gerçekleşmiştir. 2008 yılındaki toplam 72962 iş kazasının 3594’ü kadın, 69369’u erkektir. 2009’da 3562’si kadın 60754’ü erkek olmak üzere toplam 64316 iş kazası meydana gelmiştir. 2010 yılı toplam iş kazası 62903’tür (3892 kadın, 59011 erkek). 2011’deki 69227 iş kazasının 4168’i kadın, 65059’u erkek işçidir. 2012 yılında kadınların geçirdiği iş kazası sayısı 5781, erkeklerin 69090, toplam iş kazası 74871’dir. 2013’e gelindiğinde toplam iş kazası 191389 (20745 kadın, 170644 erkek) olmuştur. 2014 yılında iş kazası sayıları 28174 kadın, 193192 erkek, toplamda 221366’ya ulaşmıştır. 2015 yılı verileri toplam iş kazasını 241547 (34625 kadın, 206922 erkek) olarak göstermektedir. 2016’da 44953 kadın, 241115 erkek, toplam 286068 iş kazası kaydedilmiştir. 2017’de toplam iş kazası 359653’tür (58883 kadın, 300770 erkek) (Tablo 1, Şekil 1, Şekil 2)(18).

Tablo 1 Yıllara göre iş kazası sayıları

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kadın	4121	3594	3562	3892	4168	5781	20745	28174	34625	44953	58883
Erkek	76481	69369	60754	59011	65059	69090	170644	193192	206922	241115	300770
Toplam	80602	72963	64316	62903	69227	74871	191389	221366	241547	286068	359653



Şekil 1 İş kazalarının yıllara göre grafiksel dağılımı



Şekil 2 Cinsiyete göre iş kazalarının dağılımı

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının verilerine göre 2013 yılında Türkiye’de yaklaşık günde 524 iş kazası olmakta, 4 kişi iş kazası sonucu hayatını kaybetmekte ve 5 kişi iş kazası sonucu iş göremez hale gelmektedir(19).

2.6. Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete bozukluğu, somatik belirtilerin (Çarpıntı, ellerde titreme, sık idrara çıkma, sık nefes alıp verme, havasız kalma hissi, aşırı terleme, uykuya dalmada güçlük vb.) eşlik edebileceği şiddetli bir korku, sinirlilik, panik duygusu ve ölüm korkusu oluşturan patolojik kaygı halidir. Bu aşırı kaygı hali; odaklanmakta güçlük, dikkati üzerinde olduğu işe vermede zorlanma yaratabilir(20).

Yapılan çalışmalarda yaşam süresi boyunca insanların %28,8- %33,7'sinin anksiyete bozukluğundan etkilendiği saptanmıştır(21,22).

Anksiyete bozukluğunu değerlendirmek için Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ve Beck Anksiyete Envanteri gibi ölçekler mevcuttur. Çalışmamızda Beck Anksiyete Envanterini kullanarak anksiyete yokluğunun, varlığının ve derecesinin iş kazası ile diğer faktörler üzerindeki ilişkisini inceledik.

2.6.1. Beck Anksiyete Envanteri

Korku, sinirlilik, panik duygusu ve ölüm korkusu gibi anksiyete semptomlarını sorgulayan, anksiyete semptomlarını depresif semptomlardan ayırmak için kullanılan Beck tarafından 1988 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir(23). 0 ile 3 arasında derecelendirilen dörtlü Likert tipinde cevaplanan 21 maddeden oluşmaktadır. Testten 0 ile 63 arası puan alınabilir. Değerlendirmede daha yüksek skorlar daha yüksek düzeyde anksiyete varlığına işaret eder. Türkiye için geçerlilik güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998'de yapılmıştır(23,24).

Beck Anksiyete Ölçeğinde puan aralığı 0-63 olup, toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyete bozukluğunun derecesini gösterir. Elde edilen toplam puana göre anksiyete belirtileri dört düzeyde değerlendirilir:

Tablo 2 Anksiyete puanına göre anksiyete düzeyi

Anksiyete puanı	Anksiyete belirti düzeyi
0-7 puan	Minimal düzey anksiyete belirtileri
8-15 puan	Hafif düzey anksiyete belirtileri
16-25 puan	Orta düzey anksiyete belirtileri
26-63 puan	Şiddetli düzey anksiyete belirtileri

2.7. Uyku ve Uyku Bozukluğu

Uyku; bedenin fiziksel olarak ve ruhen dinlendiği, yenilendiği, onarıldığı, diğer güne hazırlandığı dönem ve sağlıklı yaşam için hayati bir eylemdir. Uyku ihtiyacı, kişiden kişiye ve yaşa göre değişkenlik gösterir. Yetişkinler için normal uyku süresi 6-8 saat olarak kabul edilir. Yaşamın yaklaşık üçte birini geçiren bu kadar önemli bir durumun bozulması birçok soruna yol açmaktadır. İnsanlar az uyuduğunda uyku açığı oluşur. Az uyumaya devam edildiği sürece bu açık katlanarak artar ve karşılaması güçleşir. Sonuç olarak uzun süreli uykusuzluk çeşitli zihinsel ve fiziksel sorunları beraberinde getirir, gün içinde performans kaybına yol açar ve yaşam kalitesini düşürür(25).

Yaklaşık 85 farklı uyku hastalığı bulunur. Birçoğu yaşam kalitesinin düşmesine ve sağlığın bozulmasına yol açar. Uyku bozuklukları, iş kazalarına neden olabildiği için halk sağlığı sorunudur. Kimi uyku bozuklukları uykuya dalma ya da sürdürme güçlüğüne sebep olur. Kimi uyku bozuklukları ise gündüz aşırı uykululuğa yol açar. Biyolojik saat ile ilgili sorunlar hastaların yanlış zamanda uykulu olmasına sebep olur. Uyurken yürüme, altını ıslatma, kabuslar ve diğer sorunlar da uykuyu kesintiye uğratabilir. Kimi uyku hastalıkları ise hayatı tehdit edebilir(26).

Hollanda'da 2016 yılında yapılan bir araştırmada genel uyku bozukluğu %32.1 olarak, 2015 yılına ait bir yayında Amerika'da insanların üçte birinin yaşam süresi boyunca uyku bozukluğu yaşadığı belirtilmiştir(27).

Zihinsel ve fiziksel sorunları beraberinde getiren performans kaybı ve yaşam kalitesinin düşmesi çalışan insanlarda iş kazası ve ilgili değişkenleri etkileyebilir. Bu

nedenle çalışmamızda Pittsburgh Uyku Kalite İndeksini kullanarak iş kazası geçiren insanların nicel olarak uyku kalitesini ve diğer değişkenlerle varsa ilgisini değerlendirdik.

2.7.1. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından hazırlanmış iyi ve kötü uykuyu tanımlamak için uyku kalitesini nicelik olarak ölçen bir ölçektir. Toplam 19 kendini değerlendirme sorusu içerir. Bunlar uyku süresini, uyku gecikmesini ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini saptamak içindir. Puanlanan 18 madde yedi bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bunlar; öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz uyku işlev bozukluğu ile ilgili bilgi vermektedir. Her soru 0-3 arası bir puanla değerlendirilir. Sayıların toplamı PUKİ skorunu vermektedir. Toplam PUKİ skoru 0- 21 arasında bir değerdir(28,29).

Toplam puanın yüksek olması uyku kalitesinin kötü olduğunu destekler. İndeks, uyku bozukluğu olup olmaması ya da uyku bozukluğunun yaygınlığını göstermez. Ancak PUKİ puanının beş ve üzerinde olması kötü uyku kalitesini gösterir(29).

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi'nin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Ağargün ve arkadaşları (1996) yapmıştır(30).

2.8. Dikkat Eksikliği

Dikkat Eksikliği Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), toplumlarda gayet sık gözlemlenen, erken çocukluk ve hatta doğum öncesi dönemde bile karşılaşılabilen bir durumdur. Hastaların yarısından fazlasında erişkinlikte de etkinliğini sürdürüp, bireysel gelişim ve sosyal ilişkiler açısından, toplum ve sağlık hizmetlerinin en önemli sorunlarından biri olmaktadır(31).

“Dikkat Eksikliği”nin belirtileri başlıca, bir işi bitirmeden hemen diğerine geçme, kendilerine verilen bir işi bitirmekte zorlanma, anlatılanı dinlemiyormuş görüntüsü, dışarıdan gelen başka uyaranlarla hemen dikkatinin dağılmasıdır(31).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu enstitüsünün verilerine göre erişkin yaş (18-44 yaş) grubunda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu görülme sıklığı %2,8’dir (32). Medscape verilerine göre yetişkin yaş prevalans oranı %4-5’tir(33).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun değerlendirilmesi için Stroop Testi, İz sürme testi, Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ölçeği, Sayı dizileri testi gibi ölçekler bulunmaktadır. Çalışmamızda hızlı ve kolay anlaşılır olduğu için Prof. Turgay’ın dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti tarama ölçeğinden faydalanarak dikkat eksikliğini iş kazaları ve diğer değişkenlerle ilişkisini araştırdık.

2.8.1. Erişkin DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri

Prof. Atilla Turgay tarafından 1995’te geliştirilen testtir (34). Ölçeğin geçerlilik, güvenilirlik çalışması 2006 yılında Günay ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (35). Bu envanterde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri üç başlıkta toplanır: dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, dürtüsellik. Envanterin ilk bölümünde dikkat eksikliği belirtilerini arayan 9 madde bulunur; 2. bölümde aşırı hareketlilik belirtilerini irdeleyen 6, dürtüsellik belirtilerini irdeleyen 3 ve toplamda 9 madde vardır. Dikkat eksikliğini sorgulayan 9 soru 0 ve 4 puan arasında belirtilerin şiddetini saptamak için kullanılır. DSMV kriterlerine göre 17 yaş ve üzeri kişiler için belirtilerden 5 veya daha fazlasının 3 veya 4 puan alması dikkat eksikliği için tanı koydurucudur. Puanın yükselmesi belirtilerin daha şiddetli olduğunu gösterir(34,35).

2.9. Yaralanma Ciddiyet Skoru

Yaralanma ve travmanın ciddiyetinin değerlendirilmesi için “Revize Travma Skoru”, “Glasgow Koma Skoru”, “CRAMS (*circulation*= dolaşım, *respiration*= solunum, *abdomen*= batın, *motor response*= motor yanıt, *speech*= konuşma) Skoru”, “*Abbreviated Injury Scale* (Kısaltılmış Yaralanma Skoru, AIS)” ve AIS’ten

geliştirilmiş “*Injury Severity Score* (Yaralanma Ciddiyet Skoru, ISS)” gibi puanlama yöntemleri vardır.

İş kazası beyanıyla başvuran hastaların yaralanmalarının şiddetini belirlemek için acil serviste uygulanması hızlı olduğu ve bize sayısal değer verdiği için 1974’te AIS’ten geliştirilen ISS’yi tercih ettik. AIS, anatomik bölgelere (üst ekstremité, alt ekstremité, karın, boyun, kafa, yüz, göğüs, omurga, cilt-cilt altı olmak üzere 9 adet) göre yaralanma ciddiyetini (hafif, orta, ciddi, ağır, kritik, ölümcül olmak üzere 6 adet) belirtmek için kullanılır. ISS ise AIS’e göre en yüksek puan alan 6 anatomik bölgenin (baş ve boyun, ekstremiteler ve pelvis, yüz, karın, cilt- cilt altı, göğüs) puanlarının karelerinin toplamıdır. Puanlama travmanın ciddiyetine ve yaygınlığına göre 0’dan 75’e kadar bir değer alır. Puanın artması yaralanmanın ciddiyetini ve mortalitenin yüksekliğini gösterir(36,37).

3. YÖNTEM ve GEREÇ

3.1. Çalışmanın Amacı ve Şekli

Bu çalışma prospektif gözlemsel bir çalışmadır. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Etik kurul onay no: 967) onayının alınmasından sonra Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Acil Tıp Kliniğine iş kazası beyanı ile başvuran hastalarla çalışma gerçekleştirildi.

Çalışmanın yapılacağı zamanlar için 2018 yılının ayları aynı kalemle birbirine eşit not kağıtlarına yazılıp dört mevsime ayrılmak suretiyle 4 ayrı grupta toplandı. Kağıtlardaki yazılar görülmeyecek şekilde içe katlandı. Her mevsimden bir ay atamak için her gruptan birer kâğıt seçildi. Seçilen aylar Nisan, Haziran, Eylül ve Aralık olarak kaydedildi.

Çalışmaya başlamadan önce acil servis triaj biriminde çalışan sağlık personeli ve kayıt memurlarına iş kazası tanımı ve hangi durumların iş kazası olduğu ile ilgili hizmet içi eğitim verildi. Hastane iş sağlığı güvenliği birimi ile birlikte daha önce oluşturulmuş ve kalite prosedürlerinde yazılmış olan iş kazası bildirim ve değerlendirme süreçleri konusu tekrar gözden geçirilerek akış şemasına uygun hasta yönetiminin sağlanması planlandı.

Çalışma formlarının doldurulması ve gözden kaçan iş kazalarının tanılarının konulması amacıyla hastanemiz acil servisinde aktif olarak çalışan tabiplere bilgi verildi. Verilen bilgiler kısa toplantılar ve birebir görüşmeler olarak gerçekleştirildi. İlk bilgi, çalışmamıza başlamadan iki hafta önce, eğitim toplantısı sonrasında yaklaşık 15 dakika süren bir oturumla verildi. Sonraki süreçte çalışma yapılan her ay için; ayın ilk günü, onuncu günü ve yirminci günü tüm tabiplerin dahil olduğu mesajlaşma ve arama uygulamasından bildiri gönderilip vardiyadaki ekiple birebir hatırlatma görüşmeleri yapıldı.

3.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evreni Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğine 2018 yılının Nisan, Haziran, Eylül ve Aralık aylarında iş kazası beyanıyla başvuran hastalardan meydana gelmektedir. Çalışmamızda örneklem seçimine gidilmeyip çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar örnekleme oluşturmuştur.

3.2.1. Çalışmaya kabul edilme kriterleri

- a) Sigortalı bir işte çalışması
- b) Vakanın iş kazası niteliğinde olması
- c) Bilincinin açık, oryante ve koopere olması
- d) Çalışmaya katılmaya gönüllü ve çalışma için onam vermiş olması

3.2.2. Çalışmaya kabul edilmeme kriterleri

- a) Bilincinin kapalı veya konfü olması, dezoryante ve/veya nonkoopere olması
- b) Çalışmaya katılım için yapılan bilgilendirme ile onam verecek derecede dil bilmiyor olması
- c) Çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olması

3.3. Verilerin toplanması

Acil servise iş kazası beyanı ile başvuran hastaların genel durumu göz önünde bulundurulup standart tedavileri düzenlendikten sonra ve görüşmeyi engelleyecek herhangi bir tıbbi sebep olmadığı durumlarda hastalarla bire bir görüşülerek çalışma hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmaya gönüllü olup onay veren ve dışlama kriterlerine sahip olmayan gönüllüler çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların tam adı, cinsiyeti, yaşı, işyeri risk sınıfı, kaç yıldır çalıştığı, kaç kez iş kazası geçirdiği, iş kazasını geçirdiği tarih ve saati, acil servise başvurduğu tarih ve saati daha önceden oluşturulan iş kazası değerlendirme formuna kaydedildi. Her hastaya Beck anksiyete testi, Prof. Dr. Atilla Turgay'ın erişkin dikkat eksikliği testi ve Pittsburgh uyku kalite testi bir doktor eşliğinde uygulandı. Hastalar adına

düzenlenen adli raporlar baz alınarak yaralanmanın basit tıbbi müdahaleyle giderilip giderilemeyeceği, duyu organı kaybı, kemik kırığı, uzuv kopması/ampütasyon, hayati tehlike oluşturan durum varlığı, ölüm hali kayıt altına alındı. Travma ciddiyetinin belirlenmesi için ISS hesaplandı. Hastaların hastaneye yatış, taburculuk ve cerrahi işlem durumu hastane bilgi sisteminden takip edildi. Bir aylık mortalite, ölüm bildirim sistemi kullanılarak hastanın başvurusunun olduğu günden itibaren 30. gün dolduğunda değerlendirildi. Vakaların bilgilerinin alınması ve testlerin uygulanması her hasta için ortalama 20 dakikada tamamlandı. Toplamda 195 hasta ile çalışma sonlandırıldı.

3.4. Analiz Yöntemleri

Bütün veriler ilk olarak sosyal bilimler için istatistik paketi (SPSS for Windows Version 20) programına girildi ve istatistik verileri elde edildi. Gruplanmamış veriler üzerinden Tanımlayıcı İstatistikler ölçütleri yapılmış olup, gruplanmış verilerde ise adet ve yüzde tabloları hazırlanmıştır.

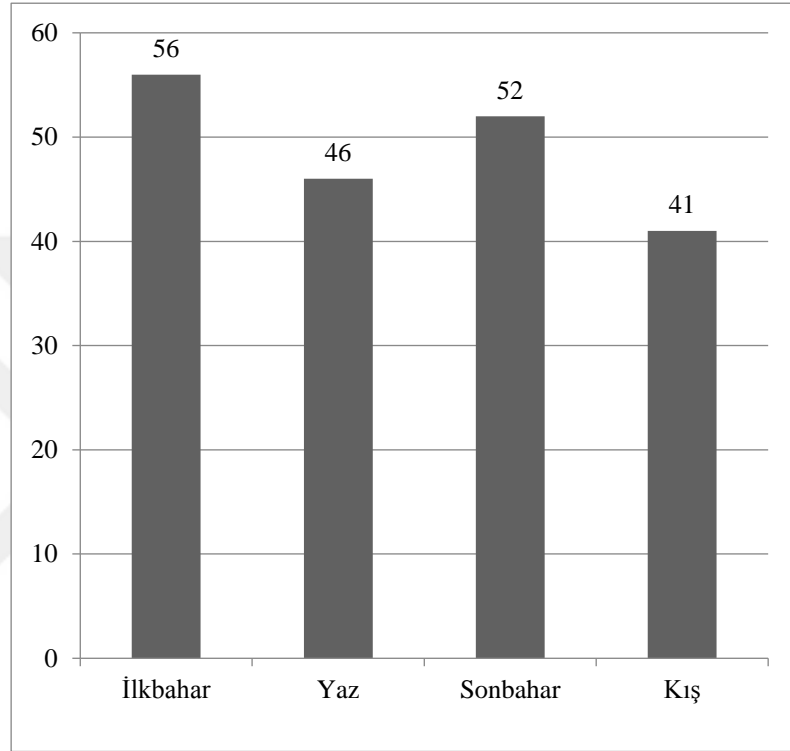
İki veya daha fazla değişken arasındaki analizler, çapraz tablo aracılığıyla ortaya konulmuştur. İlişki olup olmadığını belirlemek için kullanılan test istatistiği “Pearson’s Chi-Square” test istatistiğidir.

Ortalamalar arasındaki fark analizi için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. ANOVA’nın yapılabilmesi için sağlanması gereken koşullarından biri verilerin normal dağılıma uygunluğudur. Bu sebeple verilerin normal dağılıma uyup uymadığını test etmek için Uyum İyiliği testi yapılmıştır. Kolmogorov-Smirnov testi ile verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. ANOVA testi sonucu ile ortalamalar arasında fark olduğu tespit edildiğinde, hangi grubun farklılık yarattığı bilgisi için Post-Hoc testi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Toplam 195 vakadan 38 tanesi (%19) kadın, 157 tanesi (%81) erkektir.

Değerlendirilmeye alınan 195 vakanın 56'sı (%29) ilkbahar, 46'sı (%24) yaz, 52'si (%27) sonbahar, 41'i (%21) kış mevsimindedir(Şekil 3).



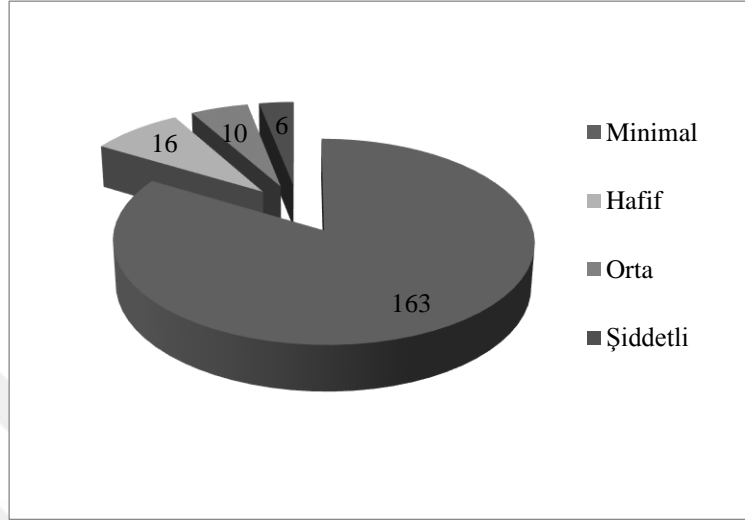
Şekil 3 Mevsimlere göre vaka sayısı

Vakaların 112'si (%57) 08:00-16:00 saatleri arasında, 73 tanesi (%37) 16:00-24:00 saatleri arasında, geri kalan 10 tanesi (%5) 24:00-08:00 saatleri arasında acil servise başvurmuştur.

İş kazalarının gerçekleşme saatleri ise 137 kişiyle (%70) 08:00-16:00 arasında, 45 kişiyle (%23) 16:00-24:00 arasında, 13 kişiyle (%7) 24:00-08:00 saatleri arasındadır.

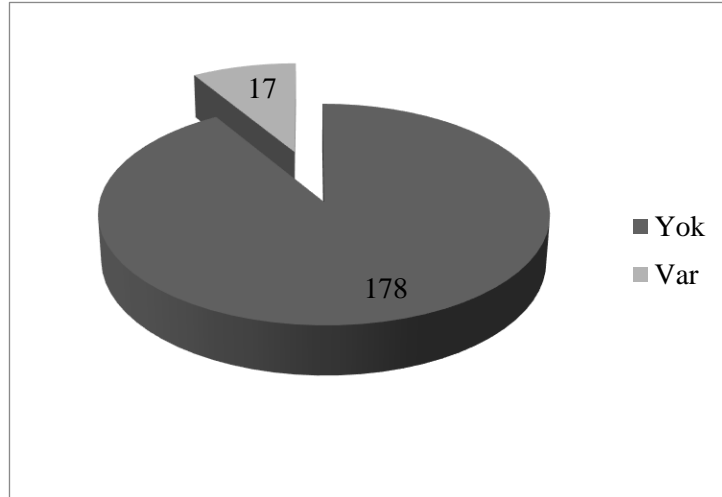
Toplam 195 olgu, işyeri tehlike sınıfına göre incelendiğinde 88 adet (%45) ile en fazla "az tehlikeli" sınıfın olduğu görülmüştür. Bu durumu 61 adet (%31) ile "tehlikeli" sınıf, 46 adet (%24) ile "çok tehlikeli" sınıf takip etmektedir.

Vakalar anksiyete skor gruplamasına göre incelendiğinde 163 kişinin (%84) minimal, 16 kişinin (%8) hafif, 10 kişinin (%5) orta, 6 kişinin (%3) şiddetli anksiyetik olduğu bulundu(Şekil 4).



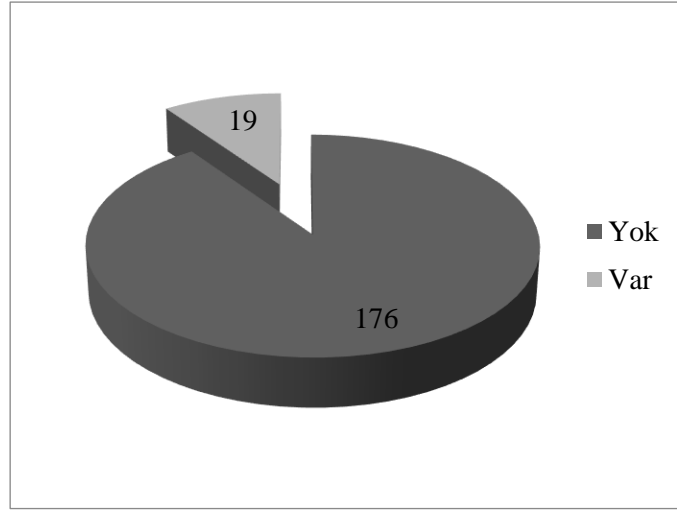
Şekil 4 Anksiyete skor gruplaması

Vakalar dikkat eksikliğine göre incelendiğinde 17 kişide (%9) dikkat eksikliği var, 178 kişide (%91) dikkat eksikliği yok olarak bulundu(Şekil 5)



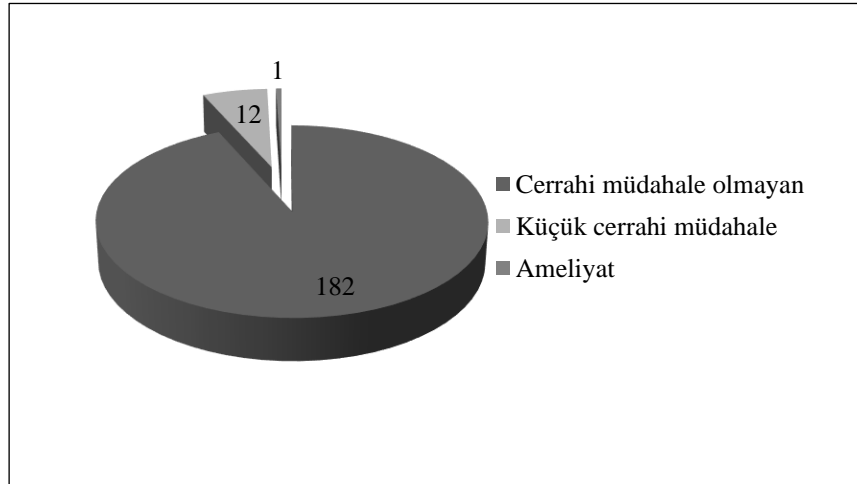
Şekil 5 Dikkat eksikliği

Yaralanma özelliklerine göre incelendiğinde 2 kişide (%1) uzuv kaybı (ampütasyon), 19 kişide (%10) kemik kırığı (Şekil 6) saptanmıştır. Toplam 195 vaka incelendiğinde görme kaybı ve işitme kaybı olan vakaya rastlanılmamıştır.



Şekil 6 Kemik kırığı olan vakalar

Vakaların 12'sine (%6) küçük cerrahi müdahalede bulunulmuş, 1 vaka (%1) ameliyata alınmıştır(Şekil 7). Toplam 3 vaka (%2) hastaneye yatırılmıştır. Vakalar içinde yoğun bakım yatışı bulunmamaktadır. Vakaların 1 tanesinde (%1) hayati tehlike mevcuttur. Toplam 195 vakada bir aylık (30 günlük) mortaliteye bakıldığında iş kazasına bağlı ölüm 0 bulunmuştur.



Şekil 7 Vakaların cerrahi müdahale durumu

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Toplam 195 vaka incelendiğinde yaş ortalaması 31,66, en küçük yaş 16, en büyük yaş 63 olarak tespit edildi. Vakaların iş yaşamı boyunca geçirdiği toplam kaza

sayısına bakıldığında ortalama kaza sayısı 1,3, en az kaza geçirme sayısı 1, en fazla kaza geçirme sayısı 7 olarak bulundu. Çalışanların çalışma yılı ortalaması 5,68 (en az 1, en fazla 7) olarak gözlendi. Beck anksiyete puanı ortalama 3,16, en düşük 0, en yüksek 41 olarak bulundu. Dikkat eksikliği puanı ortalaması 3,1 (en düşük 0, en yüksek puan 26) olarak tespit edildi. Pittsburgh uyku kalite puanı ortalama 2,29 (en düşük 0, en yüksek 19) bulundu. Vakaların iş kazası geçirdiği zaman ile acil servis başvurusu arasında geçen zaman istatistikleri saat cinsinden ortalama 5,35 (en düşük 0,08, en büyük 167,97) olarak kayda geçildi. Vakaların ISS (Yaralanma ciddiyet skoru, Injury Severity Score) ortalaması 0,65 (en düşük 0, en büyük 29) olarak bulundu(Tablo 3).

Tablo 3 Tanımlayıcı istatistik verileri

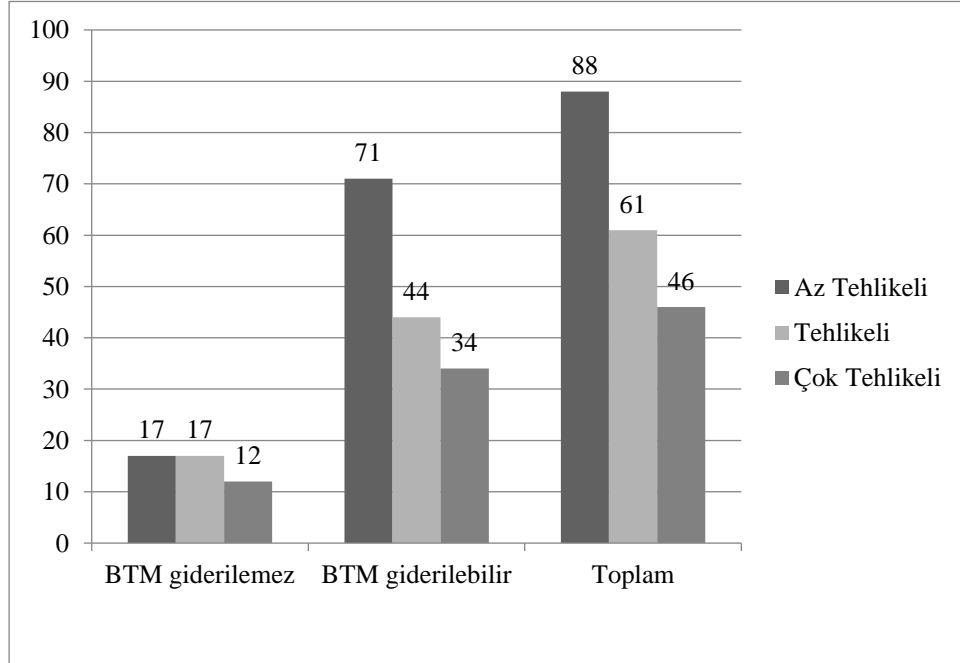
Veriler	Adet	Ortalama	Medyan	Standart Hata	En Küçük	En Büyük	Çeyrek		
							25	50	75
Yaş	195	31,66	29	11,15	16	63	22	29	39
Toplam Kaza Sayısı	195	1,3	1	0,74	1	7	1	1	1
Çalışma Yılı	195	5,68	2	7,19	1	30	1	2	7
Anksiyete Puanı	195	3,16	0	7,45	0	41	0	0	1
Dikkat Eks. Puanı	195	3,1	1	5,46	0	26	0	1	3
Uyku Puanı	195	2,29	2	2,76	0	19	0	2	3
Kaza-Hastane Süre(Saat)	195	5,35	1,08	21,17	0,08	167,97	0,7	1,08	1,88
ISS(InjurySeverityScore)	195	0,67	0	2,47	0	29	0	0	0

Vakaların işyeri risk sınıfı ve anksiyete şiddet gruplarına bakıldığında “Az tehlikeli” işte çalışan toplam 88 kişiden 72 kişi minimal, 8 kişi hafif, 3 kişi orta, 5 kişi şiddetli derecede anksiyeteye sahip bulunmuştur. “Tehlikeli” sınıfta çalışan toplam 61 vakadan 50’i minimal, 7 vaka hafif, 4 vaka orta derece anksiyeteye sahip bulunmuştur, şiddetli derece anksiyete saptanmamıştır. “Çok tehlikeli” işte çalışan toplam 46 kişiden 41’i minimal, 1’i hafif, 3’ü orta ve 1’i şiddetli anksiyeteye sahip bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4 İşyeri risk sınıflamasına göre anksiyete grubu ve dikkat eksikliği

İşyeri Risk Sınıfı	Anksiyete Grubu					Dikkat Eksikliği		
	Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli	Toplam	Yok	Var	Toplam
Az Tehlikeli	72	8	3	5	88	82	6	88
Tehlikeli	50	7	4	0	61	53	8	61
Çok Tehlikeli	41	1	3	1	46	43	3	46
Toplam	163	16	10	6	195	178	17	195

İşyeri risk sınıfına göre ayrıldığında toplam 195 vakanın 88 tanesi az tehlikeli, 61 tanesi tehlikeli, 46 tanesi ise çok tehlikeli grubuna ayrılmıştır. Vakaların ihtiyaç duyduğu basit tıbbi müdahale açısından bakıldığında, 88 az tehlikeli gruptaki vakanın 71 tanesinin yaralanması basit tıbbi müdahaleyle (BTM) giderilebilir, 17 tanesinin yaralanması BTM giderilemez düzeydedir. Tehlikeli gruptaki 61 vakanın 44 tanesinin yaralanması BTM giderilebilir, 17 tanesinin yaralanması BTM giderilemez düzeydedir. Çok tehlikeli gruptaki 46 vakanın 34 tanesinin yaralanması BTM giderilebilir, 12 tanesinin yaralanması BTM giderilemez düzeydedir (Şekil 8). Ayrıca hastaneye yatırılan toplam 3 vakadan 1 tanesi tehlikeli sınıfa, 2 tanesi çok tehlikeli sınıfa aittir. Az tehlikeli sınıftan hastaneye yatış olmamıştır.



Şekil 8 İşyeri tehlike sınıfına göre basit tıbbi müdahale durumu

İşyeri risk sınıfına göre anksiyete puanları değerlendirildiğinde az tehlikeli gruptaki 88 vakanın ortalama anksiyete puanı 3,86, tehlikeli gruptaki 61 vakanın ortalama anksiyete puanı 2,80, çok tehlikeli gruptaki 46 vakanın ortalama anksiyete puanı 2,28 bulunmuştur. İşyeri risk sınıflamasına göre gruplar anksiyete puanı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (p: 0,46).

İşyeri risk sınıfına göre dikkat eksikliği puanları değerlendirildiğinde az tehlikeli gruptaki 88 vakanın ortalama dikkat eksikliği puanı 2,64, tehlikeli gruptaki 61 vakanın ortalama dikkat eksikliği puanı 4,10, çok tehlikeli gruptaki 46 vakanın ortalama dikkat eksikliği puanı 2,65 bulunmuştur. Dikkat eksikliği puanına göre tehlike sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p: 0,23).

İşyeri risk sınıfına göre uyku puanları değerlendirildiğinde az tehlikeli gruptaki 88 vakanın ortalama uyku puanı 2,52, tehlikeli gruptaki 61 vakanın ortalama uyku puanı 2,67, çok tehlikeli gruptaki 46 vakanın ortalama uyku puanı 1,33 bulunmuştur. İşyeri risk sınıfına göre gruplarda uyku puanı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (p: 0,02). Yapılan ikili karşılaştırmalarda çok tehlikeli iş yerinde çalışanların uyku puanının diğerlerine göre düşük olduğu tespit edildi.

İşyeri risk sınıflamasına göre bakıldığında kemik kırığı bulunan toplam 17 vakanın 6'sı az tehlikeli sınıfta, 3'ü tehlikeli sınıfta, 8'i çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır (p: 0,054). Küçük cerrahi müdahale gereksinimi olan toplam 12 vakanın 4'ü az tehlikeli sınıfta, 6'sı tehlikeli sınıfta, 2'si çok tehlikeli sınıfta bulunmaktadır (p: 0,352). Ameliyat yapılan 1 vaka ise çok tehlikeli sınıftadır (p: 0,196) (Tablo 5).

Tablo 5 İşyeri risk sınıfına göre kemik kırığı, küçük cerrahi müdahale ve ameliyat gereği

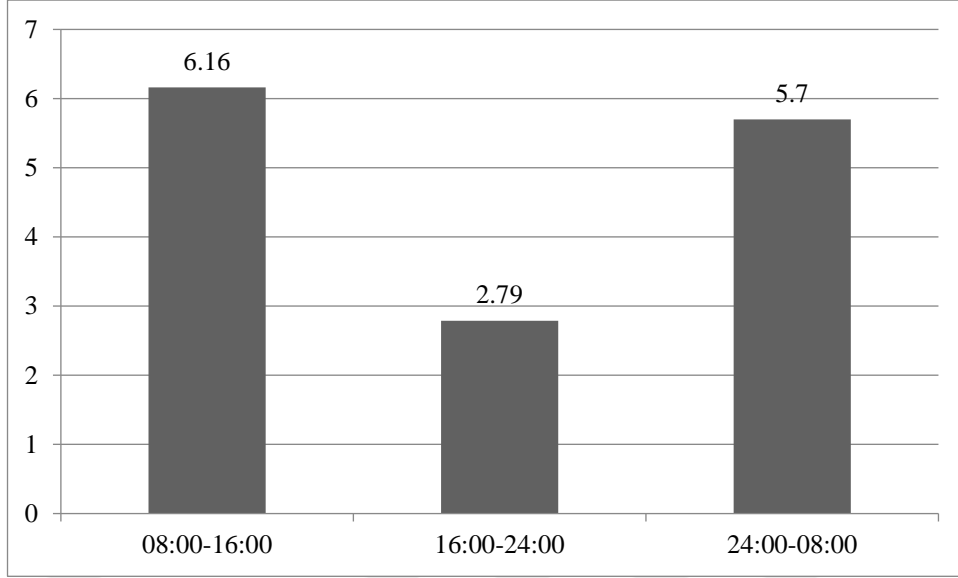
İşyeri Tehlike Sınıfı	Kemik Kırığı			Küçük Cerrahi Müdahale			Ameliyat		
	Yok	Var	P değeri	Yok	Var	P değeri	Yok	Var	P değeri
Az Tehlikeli	82	6	0,054	84	4	0,352	88	0	0,196
Tehlikeli	58	3		55	6		61	0	
Çok Tehlikeli	38	8		44	2		45	1	
Toplam	178	17		183	12		194	1	

Kaza saatine göre bakıldığında 08:00-16:00 arası ortalama anksiyete puanı 2,66, dikkat eksikliği puanı 3,20, uyku puanı 2,23'tür. 16:00-24:00 arası ortalama anksiyete puanı 4,51, dikkat eksikliği puanı 2,87, uyku puanı 2,51'dir. 24:00-08:00 arası ortalama anksiyete puanı 3,69, dikkat eksikliği puanı 2,77, uyku puanı 2,15'tir. Kaza saatine göre bakıldığında anksiyete puanı için $p=0,34$, dikkat eksikliği puanı için $p=0,92$, uyku puanı için $p=0,82$ 'dir(Tablo 6).

Tablo 6 İş Kazası saatine göre anksiyete, dikkat eksikliği ve uyku puanı

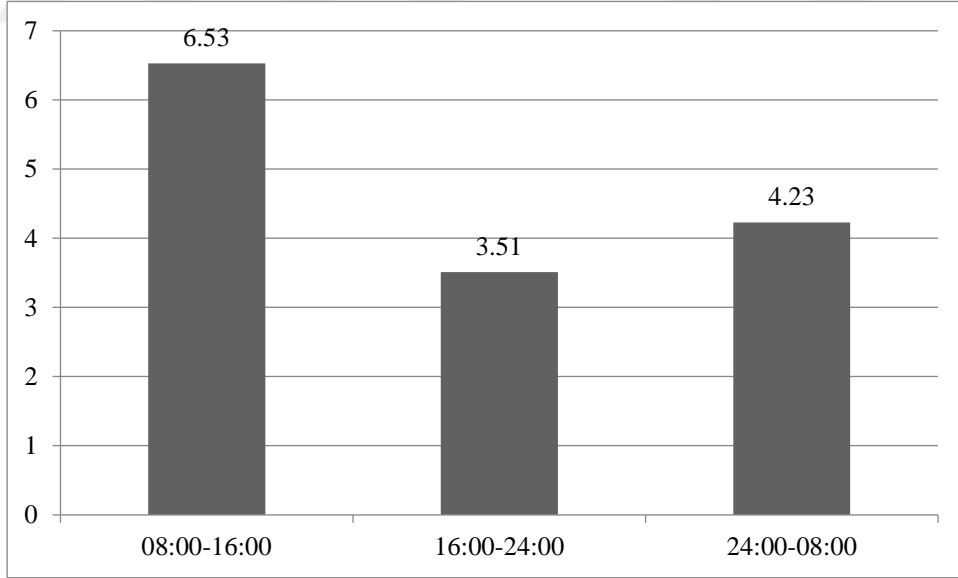
Kaza Saat Grubu	Anksiyete puanı		Dikkat eksikliği puanı		Uyku puanı	
	Adet	Ortalama	Adet	Ortalama	Adet	Ortalama
08:00-16:00	137	2,66	137	3,2	137	2,23
16:00-24:00	45	4,51	45	2,87	45	2,51
24:00-08:00	13	3,69	13	2,77	13	2,15

İş kazası saatine göre bakıldığında 08:00-16:00 arası hastane başvuru süresi 6,16 saat, 16:00-24:00 arası 2,79 saat, 24:00-08:00 arası ise 5,70 saattir ($p: 0,65$)(Şekil 9).



Şekil 9 İş kazası saat dilimine göre hastane başvuru süreleri

İş kazası saatine göre bakıldığında 08:00-16:00 arası kişilerin çalışma yılı ortalaması 6,53, 16:00-24:00 arası 3,51 yıl, 24:00-08:00 arası ise 4,23 yıldır (p: 0.04)(Şekil 10).

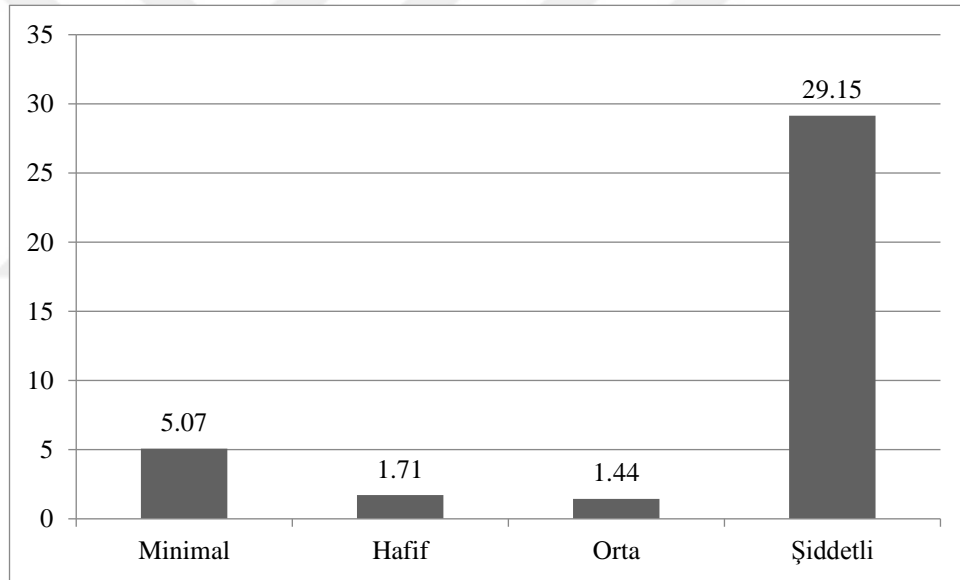


Şekil 10 İş kazası saat dilimine göre çalışma yılı

Vakalar anksiyete gruplarına göre ISS ile karşılaştırıldığında minimal anksiyete grubunun ISS ortalaması 0,53, hafif anksiyete grubunun ISS ortalaması 0,56, orta anksiyete grubunun ISS ortalaması 3,00, şiddetli anksiyete grubunun ISS

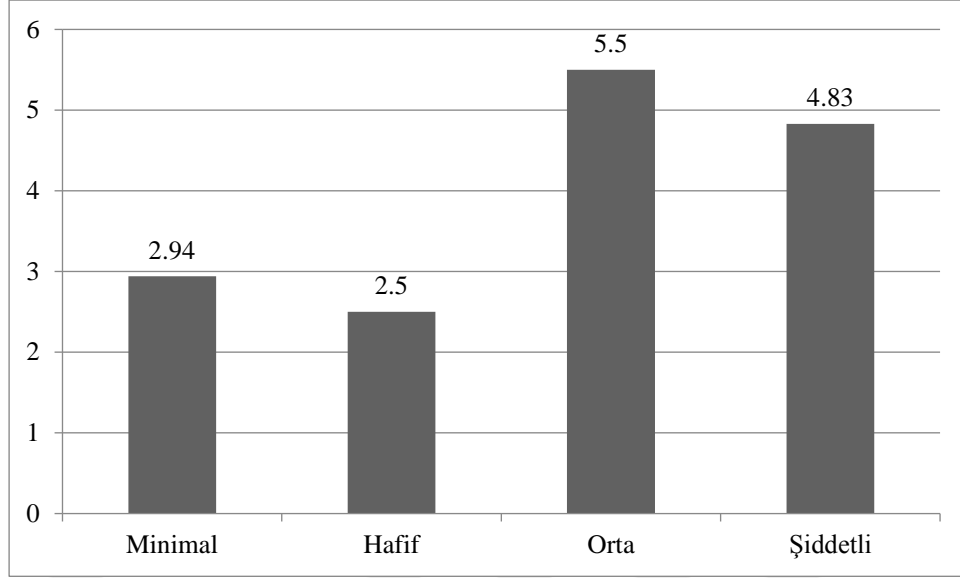
ortalaması 0,67 olarak bulunmuştur. Anksiyete gruplarına göre ayrıldığında ISS ortalaması, gruplar arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuş (p: 0,02) olup bu fark orta düzey anksiyete grubunun yüksek ISS ortalamasına bağlıdır.

Vakalar anksiyete gruplarına göre hastane başvuru süresiyle karşılaştırıldığında minimal anksiyete grubunun hastaneye başvuru süresi ortalaması 5,07, hafif anksiyete grubunun hastaneye başvuru süresi ortalaması 1,71, orta anksiyete grubunun hastaneye başvuru süresi ortalaması 1,44, şiddetli anksiyete grubunun hastaneye başvuru süresi ortalaması 29,15 olarak bulunmuştur (p: 0,04). Anksiyete gruplarına göre ayrıldığında hastane başvuru süresi ortalaması, gruplar arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuş olup bu fark şiddetli düzey anksiyete grubunun yüksek hastane başvuru süresi ortalamasına bağlıdır(Şekil 11).



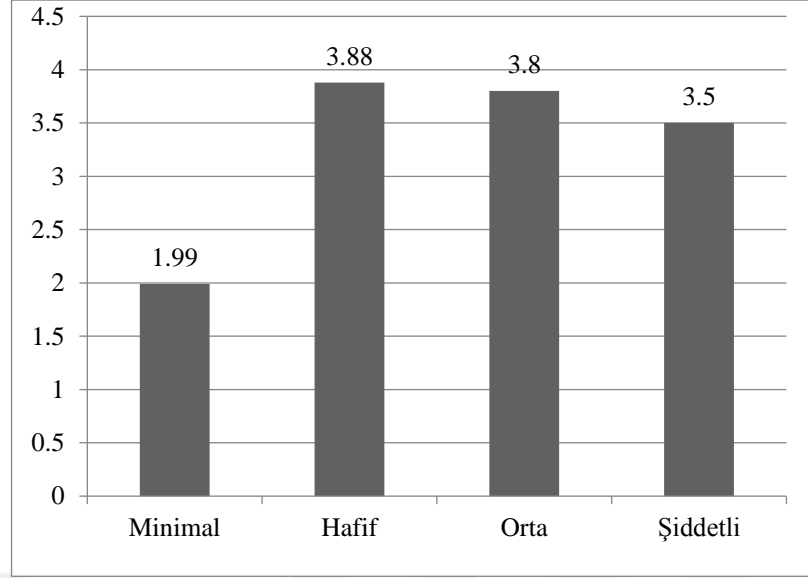
Şekil 11 Hastane başvuru süresinin anksiyete grubuna dağılımı

Vakalar anksiyete gruplarına göre dikkat eksikliği puanıyla karşılaştırıldığında minimal anksiyete grubunun dikkat eksikliği puanı ortalaması 2,94, hafif anksiyete grubunun dikkat eksikliği puanı ortalaması 2,50, orta anksiyete grubunun dikkat eksikliği puanı ortalaması 5,50, şiddetli anksiyete grubunun dikkat eksikliği puanı ortalaması 4,83 olarak bulunmuştur (p: 0,42)(Şekil 12).



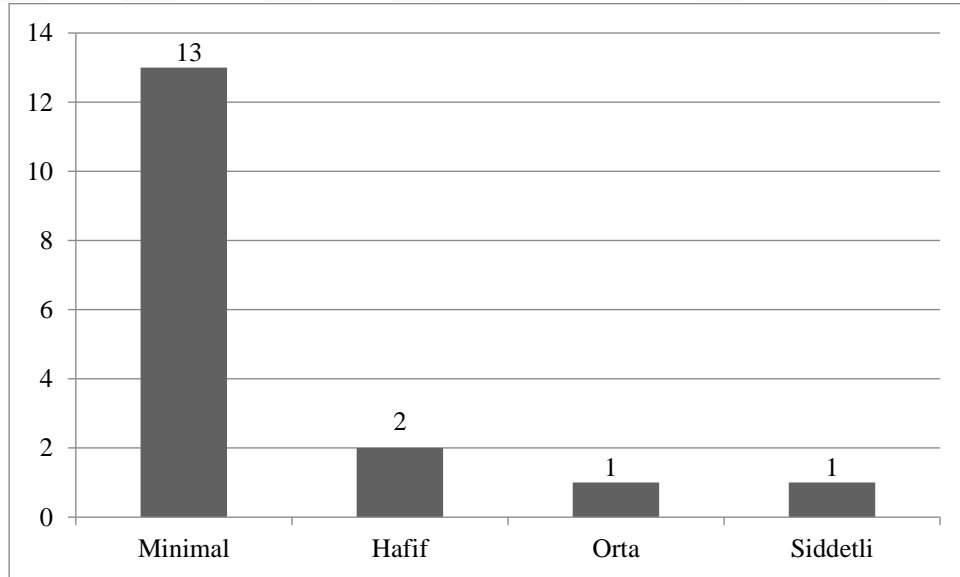
Şekil 12 Dikkat eksikliği puanının anksiyete grubuna göre dağılımı

Vakalar anksiyete gruplarına göre uyku puanıyla karşılaştırıldığında minimal anksiyete grubunun uyku puanı ortalaması 1,99, hafif anksiyete grubunun uyku puanı ortalaması 3,88, orta anksiyete grubunun uyku puanı ortalaması 3,80, şiddetli anksiyete grubunun uyku puanı ortalaması 3,50 olarak bulunmuştur. Anksiyete gruplarına göre ayrıldığında uyku puanı ortalaması, gruplar arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuş ($p: 0,01$) olup bu fark minimal düzey anksiyete grubunun düşük uyku puanı ortalamasına bağlıdır(Şekil 13).



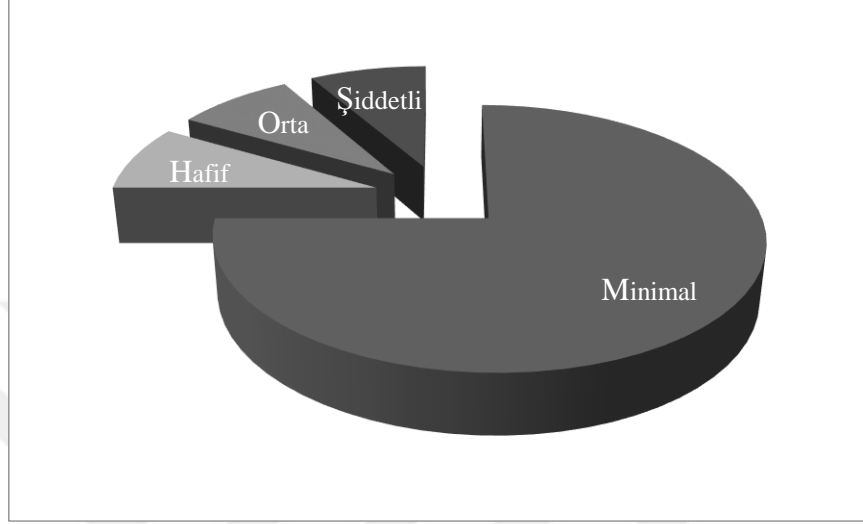
Şekil 13 Uyku puanının anksiyete grubuna göre dağılımı

Kemik kırığı bulunan toplam 17 vaka anksiyete gruplarına ayrıldığına 13 vakanın minimal anksiyete grubunda olduğu, 2 vakanın hafif anksiyete grubunda olduğu, 1 vakanın orta anksiyete, 1 vakanın ise şiddetli anksiyete grubunda olduğu gözlenmiştir(Şekil 14).



Şekil 14 Kemik kırığı bulunan vakaların anksiyete grubuna göre dağılımı

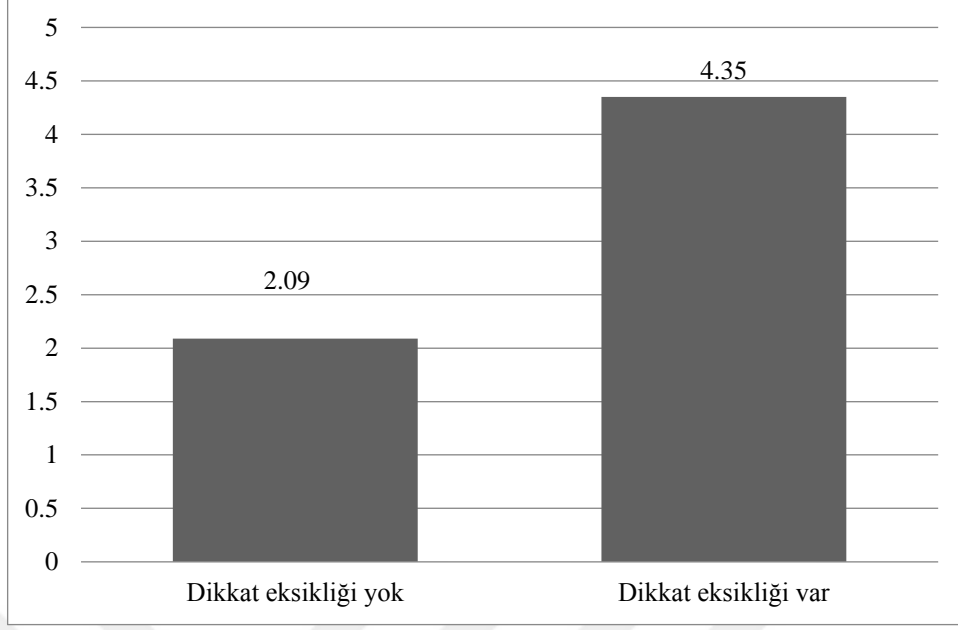
Küçük cerrahi girişimde bulunan toplam 12 vaka anksiyete gruplarına ayrıldığına 9 vakanın 163 kişi bulunan minimal anksiyete grubunda olduğu; 16 kişi bulunan hafif anksiyete, 10 kişi bulunan orta anksiyete ve 6 kişi bulunan şiddetli anksiyete grubunda ise sadece 1'er vaka olduğu saptanmıştır(Şekil 15).



Şekil 15 Küçük cerrahi girişim olan vakaların anksiyete grubuna göre dağılımı

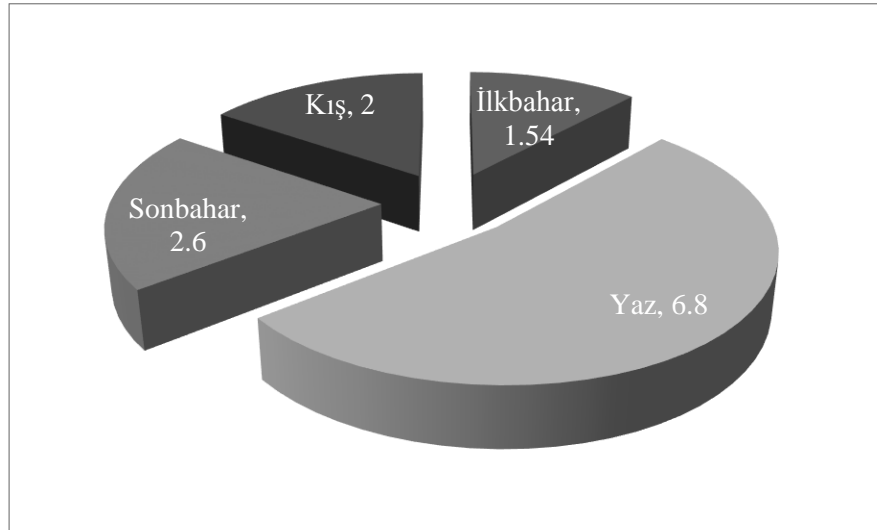
Dikkat eksikliği saptanan toplam 17 vakanın ISS ortalaması 1,12, geri kalan 178 vakanın ise ISS ortalaması 0,62 saptanmıştır (p: 0,43).

Dikkat eksikliği saptanan toplam 17 vakanın uyku puanı ortalaması 4,35, anksiyete puanı ortalaması 3,35'tir. Geri kalan 178 vakanın ise uyku puanı ortalaması 2,09, anksiyete puanı ortalaması 3,14 hesaplanmıştır. Dikkat eksikliğine göre uyku puanı ve anksiyete puanı ortalamasının p değeri sırasıyla 0,001 ve 0,91'dir. Dikkat eksikliği olan kişilerin uyku puanları dikkat eksikliği olmayan kişilere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur(Şekil 16).



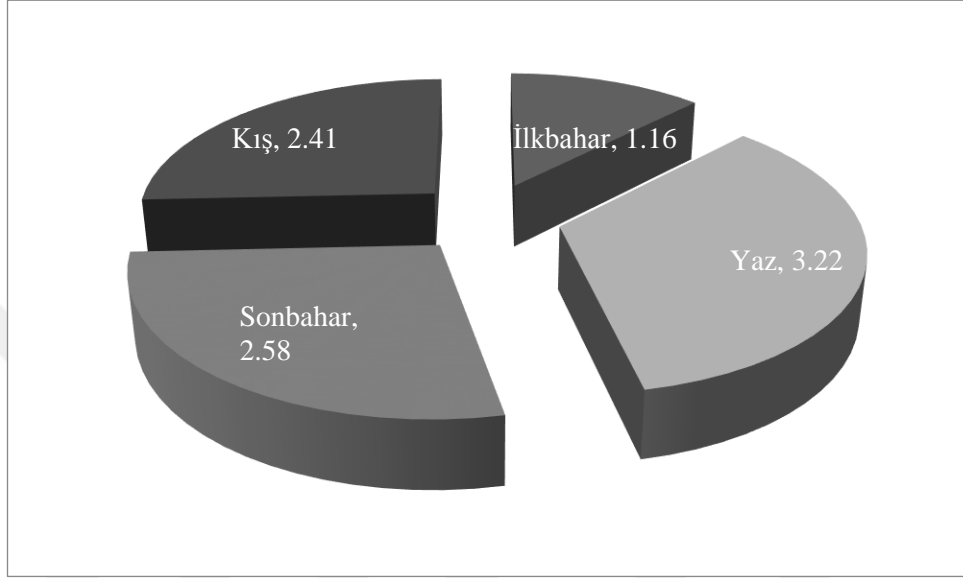
Şekil 16 Dikkat eksikliği ve uyku puanı ilişkisi

Mevsimlere göre anksiyete puanları ortalaması karşılaştırıldığında yaz için 6,80, sonbahar için 2,60, kış için 2,00, ilkbahar için 1,54 bulunmuştur. Anksiyete puanı bakımından mevsimler arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,002$). Bunun sebebi anksiyete puanının yaz mevsiminde yüksek olmasıdır(Şekil 17).



Şekil 17 Mevsimlere göre anksiyete puanı dağılımı

Mevsimlere göre uyku puanları ortalaması karşılaştırıldığında ilkbahar için 1,16, yaz için 3,22, sonbahar için 2,58, kış için 2,41 bulunmuştur. Uyku puanı bakımından mevsimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p: 0,001$). Bu anlamlı farkın sebebi ilkbaharda uyku puanının düşük olmasıdır (Şekil 18).



Şekil 18 Mevsimlere göre uyku puanı dağılımı

5. TARTIŞMA

Türkiye Cumhuriyeti Aile, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2017 verilerine göre iş kazası geçiren kişilerin %16'sı kadın, %84'ü erkektir(38). D ve ark. yaptığı acil servise iş kazası ile başvuran hastalar ile ilgili çalışmada iş kazalarının %14'ü kadın, %86'sı erkek olarak belirlenmiştir(39). Pamukkale Üniversitesi'nde Doğanlı, S. O. ve ark. yaptığı çalışmada acile başvuran iş kazalarının %17'si kadın, %83'ü erkek olarak gözlenmiştir(40). Çalışmamızda bu oran %19 kadın, %81 erkek olarak diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Gunay, Erkan, et al. çalışmasında iş kazalarının %62 oranla 08:00-16:00 saatlerinde, %31 oranla 16:00-24:00 saatlerinde, %6 ile 00:00-08:00 saatlerinde olduğunu belirtmiştir(41). Artuk, H. ve ark. yaptığı çalışmada iş kazalarının %61 oranla 09:00-16:00, %29 oranla 17:00-24:00, %9 oranında ise 00:00-08:00 saatleri arasında olduğunu bulmuştur(42). Asıladağ, M. K. ve ark. yaptığı çalışmasında iş kazalarının %62'sinin 08:00-16:00 saatleri arasında, %31'inin 16:00-24:00 arasında, %8'inin 00:00-08:00 saatleri arasında olduğunu belirtmiştir(43). Çalışmamızda bu oranlar benzer olarak %70 oranla 08:00-16:00 arasında, %23 oranla 16:00-24:00 arasında, %7 oranla 24:00-08:00 saatleri arasında tespit edilmiştir. Türkiye'de gündüz mesainde daha fazla kişinin çalışmasının 08:00-16:00 saatleri arasında iş kazasının daha fazla olmasının nedeni olduğunu düşünmekteyiz.

Türkiye Cumhuriyeti Aile, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2017 yılı Türkiye geneli verilerine göre iş kazalarının %22'si kış, %24'ü ilkbahar, %27'si yaz, %27'si sonbahar mevsiminde gerçekleşmiştir (18). Artuk, H. ve ark. Ankara'da yaptığı çalışmada iş kazalarının %21'i kış, %24'ü ilkbahar, %27'si yaz, %27'si sonbahar mevsiminde meydana gelmiştir(42). Çalışmamızda iş kazalarının %21'i kış, %29'u ilkbahar, %24'ü yaz ve %27'sinin sonbaharda gerçekleştiği gözlenmektedir. Çalışmamızın yaz aylarında göç veren İstanbul şehrinde olmasının, yaz aylarında görece daha düşük iş kazası yüzdesine neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda vakalar işyeri tehlike sınıfına göre incelendiğinde 88 adet (%45) ile en fazla "az tehlikeli" sınıfın olduğu; bu durumu 61 adet (%31) ile "tehlikeli" sınıf, 46 adet (%24) ile "çok tehlikeli" sınıfın izlediği görülmüştür. Bunun

sebebinin hastanemizin şehir merkezinde olması ve sanayi yerleşimi gibi tehlikeli ve çok tehlikeli işyerlerine uzak olmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda şiddetli anksiyete bulguları gösteren vakaların 5 tanesinin az tehlikeli işyerinde çalıştığı, 1 tanesinin çok tehlikeli işyerinde çalıştığı ve tehlikeli işyerinde çalışan vakalarda şiddetli anksiyete bulgularının olmadığı saptanmıştır. Bu durum şiddetli anksiyete bulgularına sahip kişilerin daha tehlikeli işyerinde çalışmaktan kaçındığını düşündürmektedir.

İşyeri risk sınıfına göre uyku puanları değerlendirildiğinde çok tehlikeli gruptaki vakaların ortalama uyku puanı diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı (p: 0,02) bulunup 1,33 ölçülmüştür. Çok tehlikeli iş yerinde çalışanların uyku puanının diğerlerine göre düşük olması, daha kötü uyku kalitesine sahip kişilerin daha az tehlikeli işler tercih ettiğini düşündürmektedir.

Asıladağ, M. K. ve ark. çalışmasında vakaların %9,7'sinde kemik kırığı bulunmaktadır(43). Çalışmamızda benzer olarak %8.7 vakada kemik kırığı saptanmıştır. Fakat işyeri tehlike sınıfına göre ayrıldığında kemik kırıkları en büyük oranla (%47) çok tehlikeli sınıfta görülmektedir. Çok tehlikeli işyerinde çalışanlar kemik kırığı açısından daha yüksek riske sahiplerdir.

Çalışmamızda vakalar anksiyete gruplarına göre ayrıldığında ISS ortalaması, gruplar arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuştur(p: 0,02). Bu fark orta düzey anksiyete grubunun yüksek ISS ortalamasına bağlıdır. Bu durum orta düzey anksiyete grubunun geçirdiği travmaların daha ciddi olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda şiddetli anksiyete grubundaki vakaların hastane başvuru süreleri diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı(p: 0,04) uzun olup şiddetli anksiyete grubundaki kişilerin iş kazası sonrası acil servise ulaşmada zaman kaybettiğini göstermektedir. Literatür taramamızda anksiyete ile hastane başvuru süresi arasında karşılaştırma yapılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Literatüre bakıldığında 2018 yılında Gould, C. E. ve ark. yaptığı çalışmada anksiyetesi olan hastaların uyku kalitesinin kötü olduğu gösterilmiştir(p: 0,001)(44). Çalışmamızda anksiyete gruplarına göre uyku puanı karşılaştırıldığında minimal

anksiyete grubunun uyku puanı ortalaması 1,99, hafif anksiyete grubunun uyku puanı ortalaması 3,88, orta anksiyete grubunun uyku puanı ortalaması 3,80, şiddetli anksiyete grubunun uyku puanı ortalaması 3,50 olarak bulunmuştur. Anksiyete gruplarına göre ayrıldığında uyku puanı ortalaması, gruplar arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuştur (p: 0,01). Çalışmamız minimal düzey anksiyete grubunun daha iyi uyku kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum uyku kalitesi ile anksiyetenin ilişkili olduğu ve anksiyetenin artması ile uyku kalitesinin bozulduğunu göstermektedir.

Brevik, E. J. ve ark. 2017 yılında yaptığı çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanılı kişilerin kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksek uyku bozukluğu olduğunu saptamıştır(p: 00,001)(45). Çalışmamızda dikkat eksikliği saptanan vakaların uyku puanı ortalaması 4,35, dikkat eksikliği saptanmayanların ise 2,09'dur. Çalışmamız literatürle uyumlu olarak dikkat eksikliği bulunan vakaların daha kötü uyku kalitesinin olduğunu ortaya çıkarmıştır.

6. SONUÇLAR

İş kazası sonrası acil servise başvuran hastalarla yaptığımız çalışmamızda çok tehlikeli işyerinde çalışanların ve iş kazasına maruz kalanların uyku kalitesinin diğer tehlike sınıfı işyerlerinde çalışanlara göre daha düşük olduğu, minimal anksiyetesi olanlarda ve ilkbaharda uyku puan ortalamasının düşük olduğu, yaz aylarında anksiyetenin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Çok tehlikeli işyerinde çalışanların iş kazası sayısının diğerlerine göre daha az olmasına rağmen daha fazla kemik kırığı olduğu görülmüş ve bu durumun işyerinin risklerinden dolayı daha ciddi yaralanmalara neden olabileceği sonucunu ortaya çıkarmıştır. Ayrıca hastaneye ulaşım süresinin gündüz ve gece saatlerinde fazla olduğu, akşam saatlerinde daha kısa sürede hastaneye başvuruların gerçekleştiği ve şiddetli anksiyeteye sahip olanlarda hastaneye başvuru süresinin daha uzun olduğu görülmüştür.

Dikkat eksikliği olan kişilerin daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu gösterildi. Daha iyi uyku kalitesi için işyeri hekimlerinin dikkat eksikliği konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Profili ve Başvurunun Uygunluğu (Admission Appropriateness and Profile of The Patients Attended to a State Hospital Emergency Department)
Ataman Köse, Beril Köse, M. Reşit Öncü, Fuzuli Tuğrul, Gaziantep Tıp Dergisi 2011;17(2): 57-62
<http://eurjther.com/sayilar/18/buyuk/21.pdf>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 3 3 2019.]
2. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 17 1 2019.]
3. https://www.ilo.org/ankara/news/WCMS_697557/lang--tr/index.htm. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 10 10 2018.]
4. <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-43882131>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 29 7 2018.]
5. <https://www.acilci.net/acil-tip-nedir/>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 13 9 2017.]
6. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5cb4b59c31dff4.19667611. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 13 05 2019.]
7. Türkiye İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları: 2000-2005 Yılları Ölüm Hızları
Nazan Yardım, Zekiye Çipil, Ceyhan Vardar, Salih Mollahaliloğlu, Dicle Tıp Dergisi, 2007 Cilt: 34, Sayı:4, (264-271)
<https://core.ac.uk/download/pdf/25952475.pdf> . [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 3 4 2019].
8. <https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/4.html>. [Çevrimiçi] 20 5 2019.
9. http://hastane.ksu.edu.tr/depo/belgeler/HB.TL.50%20ADL%C4%B0%20VAKA%20TAL%C4%B0MATI_1711101045236925.pdf. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 16 3 2019.]
10. <http://www.jcam.com.tr/files/JCAM-3681.pdf>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 6 2 2019.]
11. Adli Tıp Uzmanları Derneği - TTB. Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, https://www.istabip.org.tr/dosyalar/adli_tip.pdf. Ankara : Polat Matbaası, 1999, s: 176-177
12. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu.

13. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/04/20150430-5.htm>. [Çevrimiçi]
[Alıntı Tarihi: 28 2 2019.]
14. İşyeri Hekimi Ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk Ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik Resmî Gazete Tarihi: 20.07.2013 Resmî Gazete Sayısı: 28713
15. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/07/20150729-2.htm>. [Çevrimiçi]
[Alıntı Tarihi: 28 4 2019.]
16. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/02/20170227M1-1.htm>. [Çevrimiçi]
[Alıntı Tarihi: 13 1 2019.]
17. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/02/20170227M1-1-1.pdf>.
[Çevrimiçi]
18. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 20 4 2019.]
19. https://www.aybu.edu.tr/isg/contents/files/ulusal_isgPolitikaBelgesi.pdf s: 12-13
[Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 19 2 2019.]
20. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, 2013, s: 123-146 (134)
21. <https://emedicine.medscape.com/article/286227-overview#a6>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 30 4 2019.]
22. Epidemiology Of Anxiety Disorders in The 21 St Century, Borwin Bandelow, Sophie Michaelis, Dialogues Clin Neurosci. 2015 Sep; 17(3): 327–335
23. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988, Vol. 56, No. 6,893-897, Copyright 1988 by the American Psychological Association, Inc. : J Consult Clin Psychol., 1988.
24. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. Ulusoy M, Sahin N, Erkmén H. Journal of Cognitive Psychotherapy; 1998; 12, 2, Sayfa 163-172, January, 1998.
25. Türk Toraks Derneği Uyku Bozuklukları Çalışma Grubu.
<https://www.toraks.org.tr/subNews.aspx?sub=190¬ice=5177>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 17 1 2019.]

26. Türk Nöroloji Derneği. <https://www.noroloji.org.tr/menu/98/uyku-bozukluklari>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 15 4 2019.]
27. Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands, Gerard A.Kerkhof, Sleep Medicine, Volume 30, February 2017, Pages 229-239 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945716302362>. Sleep Disorders, Roy H Lubit, Updated: Jan 28, 2015 <https://emedicine.medscape.com/article/287104-overview#a5>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 25 4 2019.]
28. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. Daniel J.Buysse, Charles F.Reynolds, Timothy H.Monk, Susan R.Berman, David J.Kupfer. Psychiatry Research, 1989, May;28(2) 193-213.
29. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0165178189900474>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 15 4 2019.]
30. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği. M Y Ağargün, H Kara, Ö Anlar. Türk Psikiyatri Dergisi, 1996; 7(2):83-92. <http://psikiyatridizini.net/viewarticle.aspx?articleid=2668> <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=turkceOzet&gFPrkMakale=210>.
31. Dikkat Eksikliği Hiperaktifite Bozukluğu, Dr. Pınar Öner, Dr. Özgür Öner, Dr. Ayla Aysev, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2003, cilt 12, sayı 3, s: 97-99 <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0303/dikkat.pdf>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 15 4 2019.]
32. <https://adhd-institute.com/burden-of-adhd/epidemiology/>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 17 3 2019.]
33. <https://emedicine.medscape.com/article/289350-overview#a6>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 11 2 2019.]
34. Adult ADHD Screening and Rating Scale and Structured Interview Guidelines. A., Turgay. Toronto, Ontario, Integrative Therapy Institute Publication, 1995.
35. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenilirlik ve norm çalışması. Günay Ş, Savran C, Aksoy U M, Türkiye'de Psikiyatri 8 (2006): 98-104.
36. AIS 2005: a contemporary injury scale. Gennarelli TA, Wodzin E. Injury. 2006 Dec;37(12):1083-91. Epub 2006 Nov 7

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17092503>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 21 5 2019.]
37. https://www.aci.health.nsw.gov.au/networks/itim/Data/injury-scoring/injury_severity_score. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 16 4 2019.]
38. [sgk_istatistik_yilliklari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari). [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 10 01 2019.]
39. Acil Servise Başvuran İş Kazalarına Bağlı Yaralanmalar, Bekir Dağlı, Mustafa Serinken, The Journal of Academic Emergency Medicine, 2012; 11: 167-70, http://www.journalagent.com/atuder/pdfs/ATUDER-29981-RESEARCH_ARTICLE-SERINKEN.pdf. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 10 01 2019.]
40. Acil Servise İş Kazası Nedeniyle Başvuran Hastalarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Değerlendirilmesi, Sadık Oğuz Doğanlı, Pamukkale Üniversitesi, Tez Danışmanı: Prof. Bülent Erdur, Denizli 2015.
41. Gunay, Erkan, et al. "Occupational Upper Extremity Injuries Treated At a Teaching Hospital in Turkey: 37." Academic Emergency Medicine 19, 2012.
42. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Acil Servisine İş Kazası Nedeniyle Başvuran Hastaların Özellikleri ve Maliyet Analizi, 2016, Hayati Artuk, Başkent Üniversitesi, Ankara, Tez Danışmanı: Doç Dr Cemil Kavalcı.
43. İş Kazası Nedeniyle Acil Servise Başvuran Olguların Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi, Mustafa Kenan Asıltağ, Gaziantep Üniversitesi, 2015, Tez Danışmanı: Yrd Doç Dr Murat Akbaba.
44. Association of Anxiety Symptom Clusters with Sleep Quality and Daytime Sleepiness; Gould CE, Spira AP, Liou-Johnson V, Cassidy-Eagle E, Kawai M, Mashal N, O'Hara R, Beaudreau SA; J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2018 Mar 2;73(3):413-420
45. Prevalence and clinical correlates of insomnia in adults with attention-deficit hyperactivitydisorder; Brevik EJ, Lundervold A, Halmøy A, Posserud MB, Instanes JT, Bjorvatn B, Haavik J; Acta Psychiatr Scand. 2017 Aug;136(2):220-227

8. EKLER

EK 1. İŞ KAZASI DEĞERLENDİRME FORMU

İŞ KAZASI DEĞERLENDİRME FORMU

Ad Soyad:

Yaş:

Cinsiyet:

Acil Başvuru Tarih ve Saati:

Meslek:

Kaza Tarih ve Saati:

Toplam Kaza Sayısı:

Çalışma Yılı:

<u>A</u> Son 6 ay içindeki his ve davranışlara uygun olarak yanıtlayınız.	Hiç	Hafif düzeyde beni pek etkilemedi	Orta düzeyde hoş değildi ama katılabildim	Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

B Son 6 ay içindeki his ve davranışlara uygun olarak yanıtlayınız.	Hiç	Nadiren	Ara Ara	Sık Sık	Çok Sık
1. Sıkıcı ya da zor bir iş yapmak zorunda kaldığımda dikkatsizce hatalar yaparım	0	1	2	3	4
2. Sıkıcı ya da tekrarlanan bir iş yaparken dikkatimi sürdürmekte zorluk çekerim	0	1	2	3	4
3. Doğrudan benimle konuşulduğunda bile, bana ne söylediklerine konsantre olmakta güçlük çekerim	0	1	2	3	4
4. Zor kısımlarını bitirdiğim bir işin son detaylarını tamamlamakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Düzenleme gerektiren bir iş yapmak zorunda kaldığımda, işleri sıraya koymakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
6. Çok düşünmeyi gerektiren bir iş yaparken başlamayı geciktirir ya da işi kenara atarım	0	1	2	3	4
7. Evde ya da iş yerinde eşyaları yanlış yere koyar ya da bulmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
8. Etrafımdaki hareketler ya da sesler dikkatimi dağıtır	0	1	2	3	4
9. Randevularımı ya da sorumluluklarımı hatırlamakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

C - Aşağıdaki soruları son 1 ay içerisindeki uyku alışkanlıklarınızı dikkate alarak yanıtlayınız.

- Genellikle saat kaçta uykuya için yatağa gidersiniz?
- Yatağa yatmanız ile uykuya dalmanız arasında geçen süre ortalama kaç dakikadır?
- Genellikle sabah saat kaçta uyanırsınız?
- Geceleri ortalama uykuya süreniz ne kadardır (yatakta geçirilen süre değil uykuya süresi)?

5. Geçen ay içinde kötü uyudum çünkü...	Hiç yok (0)	Haftada 1 den az (1)	Haftada 1-2 kere (2)	Haftada 3 veya daha fazla (3)
a)30 dk içinde uykuya dalamadım				
b)Uykunun ortasında ya da sabah çok erken uyanırdım				
c)Banyoyu kullanmak zorunda kaldım				
d)Rahat nefes alamadım				
e)Şiddetli horladım veya öksürdüm				
f)Soğuk hissettim				
g)Sıcak hissettim				
h)Kötü rüya gördüm				
I)Ağrım oldu				
j)Diğer nedenler				
6. Geçen ay içinde uykuya yardım için ilaç kullandım				
7. Geçen ay içinde uyanırken araç kullanma, yemek yeme veya sosyal aktivitelerde uykululuk nedeniyle zorluk çektim				
8. Geçen ay içinde isteksizlik çektim				
	Çok iyi (0)	Oduka iyi (1)	Oldukça kötü (2)	Çok kötü (3)
9. Geçen ay için uyku kalitem				

EK 2. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Harun KUNDAKCI

Doğum yeri ve tarihi: Osmaniye – 19.07.1988

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Bekar

Askerlik durumu: Yapıldı

İletişim adresi ve telefonu: Yahya Kemal Mahallesi Okul Caddesi No:17
Daire: 1 Kağıthane/İstanbul

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Acil Tıp Kliniği- Uzmanlık öğrencisi (2015-günümüz)

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi (2006-2014)

Osmaniye Anadolu Öğretmen Lisesi (2002-2006)

Osmaniye İstiklal İlköğretim Okulu (1994-2002)

III- Mesleki Deneyimi:

Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Acil Tıp Kliniği- Uzmanlık öğrencisi (2015-günümüz)

Trabzon ilçe Acil Tıp Kliniklerinde pratisyen hekimlik(2014-2015)

EK 3. HELSİNKİ BİLDİRGESİ

Klinik Gözden Geçirme ve Eğitim

Özel İletişim

Dünya Tıp Birliği (WMA) Helsinki Bildirgesi

İnsan gönüllüler Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler

Dünya Tıp Birliği

1964 Haziran ayında Finlandiya'nın Helsinki kentinde WMA 18. Genel Kurulunda kabul edilmiş ve
1975 Ekim ayında Japonya'nın Tokyo kentinde düzenlenen WMA 29. Genel Kurulunda,
1983 Ekim ayında İtalya'nın Venedik kentinde düzenlenen WMA 35. Genel Kurulunda,
1989 Eylül ayında Hong Kong'da düzenlenen WMA 41. Genel Kurulunda,
1996 Ekim ayında Güney Afrika Cumhuriyeti'nin Somerset West kentinde düzenlenen WMA 48. Genel Kurulunda,
2000 Ekim ayında İskoçya'nın Edinburgh kentinde düzenlenen WMA 52. Genel Kurulunda,
2002 Ekim ayında ABD'nin Washington D.C. kentinde düzenlenen WMA 53. Genel Kurulunda (Açıklama Notu eklenmiştir),
2004 Ekim ayında Japonya'nın Tokyo kentinde düzenlenen WMA 55. Genel Kurulunda (Açıklama Notu eklenmiştir),
2008 Ekim ayında Kore Cumhuriyeti'nin Seul kentinde düzenlenen WMA 59. Genel Kurulunda,
2013 Ekim ayında Brezilya'nın Fortaleza kentinde düzenlenen WMA 64. Genel Kurulunda
değiştirilmiştir.

Giriş

1. Dünya Tıp Birliği (WMA), insanlardan elde edilen ve kime ait olduğu belirlenebilen materyal ya da veriler üzerinde yapılan araştırmalar da dahil olmak üzere, gönüllülerin yer aldığı tıbbi araştırmalar için etik ilkeler olarak Helsinki Bildirgesi'ni geliştirmiştir.

Bildirge bir bütün olarak ele alınmalı ve içerdiği maddeler, ilgili bütün diğer maddeler göz önünde bulundurularak uygulanmalıdır.

2. WMA'nın yetki kapsamına uygun olarak Bildirge esas olarak hekimlere yönelik hazırlanmıştır. WMA, insan gönüllüler üzerinde yapılan tıbbi araştırmalara katılan diğer kişilerin de bu ilkeleri benimsemesini desteklemektedir.

Genel İlkeler

3. Dünya Tıp Birliği'nin Cenevre Bildirgesi "Hastanın sağlığı benim ilk önceliğimdir" cümlesiyle hekimi bağlar ve Uluslararası Tıp Etiği Kodu "Tıbbi hizmetleri verirken, hekimin yalnızca hastanın yararına göre davranması gerektiği"ni bildirir.
4. Tıbbi araştırmalarda yer alanlar da dahil olmak üzere, hastaların sağlığını, esenliğini ve haklarını korumak ve yükseltmek hekimin görevidir. Hekimin bilgi birikimi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır.
5. Tıbbi ilerlemeler, insanlar üzerinde gerçekleştirilen çalışmaları da kapsamı kaçınılmaz olan araştırmalara dayanır.
6. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmaların birincil amacı; hastalıkların nedenlerini, gelişimini ve etkilerini anlamak, koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici girişimleri (metotlar, prosedürler ve tedaviler) geliştirmektir. Kanıtlanmış en iyi girişimler bile güvenilirlik, etkililik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından, yapılacak araştırmalarla sürekli olarak değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.
7. Tıbbi araştırma, insan gönüllülere saygıyı destekleyen ve güvence altına alan, onların haklarını ve sağlığını koruyan etik standartlara tabidir.

8. Tıbbi araştırmanın öncelikli amacı yeni bilgilere ulaşmak olmakla birlikte, bu hedef hiçbir zaman araştırma gönüllüsü bireylerin hak ve menfaatlerinin önüne geçemez.
9. Gönüllülerin yaşamını, sağlığını, onurunu, vücut bütünlüğünü, kendisi ile ilgili karar verme hakkını, mahremiyetini ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak, araştırmaya katılan hekimin görevidir. Araştırma gönüllülerinin korunmasında sorumluluk, olur vermiş olsalar bile asla araştırma gönüllülerine değil, daima hekime ya da diğer sağlık mesleği mensuplarına ait olmalıdır.
10. Hekimler insan gönüllülerin yer aldığı araştırmalarda kendi ülkelerindeki etik, yasal ve idari norm ve standartların yanı sıra ilgili uluslararası norm ve standartları da dikkate almak zorundadır. Bu Bildirgede yer verilen, araştırma gönüllülerine ilişkin koruyucu hükümler ulusal veya uluslararası hiçbir etik, yasal veya idari gereklilik ile azaltılamaz veya ortadan kaldırılamaz.
11. Tıbbi araştırma, çevrenin uğrayabileceği zararı en aza indirecek şekilde gerçekleştirilmelidir.
12. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmalar, yalnızca yeterli etik ve bilimsel tahsil, eğitim ve niteliklere sahip bireyler tarafından yürütülmelidir. Hastalar veya sağlıklı gönüllüler üzerindeki araştırmalar, yetkin ve uygun niteliklere sahip bir hekim veya diğer bir sağlık mesleği uzmanı gözetiminde yapılmalıdır.
13. Tıbbi araştırmalarda olması gerekenden az temsil edilen gruplara, araştırmaya katılım için yeterli erişim imkanı sağlanmalıdır.
14. Tıbbi araştırma ile tıbbi bakımı birleştiren hekimler, yalnız potansiyel koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici değerler yönünden haklı bulunabildiği ölçüde ve araştırmaya katılımın, gönüllü olacak hastaların sağlığını olumsuz etkilemeyeceğini düşündürecek iyi nedenleri olması durumunda hastalarını araştırmaya dahil etmelidir.
15. Araştırmaya katılmaları nedeniyle zarar gören gönüllülerin uygun şekilde tazmin ve tedavi edilmelerini güvence altına alacak önlemler alınmalıdır.

Riskler, Sakıncalar ve Yararlar

16. Tıbbin icrasında ve tıbbi araştırmalarda çoğu müdahalenin riskleri ve sakıncaları da vardır.
Araştırmadan hedeflenen amacın önemi, araştırmanın gönüllüler üzerinde yaratacağı tehlike ve sakıncalardan daha ağır basıyor ise araştırma insan gönüllüler üzerinde gerçekleştirilmelidir.
17. İnsanlar üzerindeki her tıbbi araştırma öncesinde, araştırmaya katılan birey ve grupların veya araştırma konusu olan hastalıktan etkilenen diğer birey veya grupların, araştırmadan görecekleleri yarara kıyasla araştırmanın doğurabileceği tahmini tehlike ve sakıncalar da dikkatli bir biçimde değerlendirilmelidir.
18. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğinden ve tatmin edici bir şekilde bunlarla baş edilebileceğinden emin olmadıkça, insan gönüllüler üzerindeki araştırma çalışmalarına katılamazlar.
Risklerin yararlardan daha fazla olduğu tespit edildiğinde ya da nihai sonuca ilişkin kesin kanıtlara ulaşıldığında hekim araştırmaya devam etmek mi, araştırmada değişiklik yapmak mı yoksa araştırmayı derhal durdurmak mı gerektiğini değerlendirmelidir.

Savunmasız Gruplar ve Bireyler

19. Bazı gruplar ve bireyler özellikle savunmasızdırlar ve bu kişilerin istismar edilme veya fazla zarara uğrama olasılıkları daha yüksek olabilir.

Tüm savunmasız grup ve bireyler için özellikle düşünülmüş koruyucu tedbirler alınmalıdır.

20. Savunmasız gruplar üzerindeki tıbbi araştırmalar, yalnızca araştırmanın söz konusu grubun sağlık gereksinimleri ve önceliklerine yanıt veren bir araştırma olması ve araştırmanın savunmasız olmayan bir grupta yürütülmesinin mümkün olmaması halinde kabul edilebilir. Ayrıca, araştırmadan elde edilen bilgi, uygulama ve müdahalelerin söz konusu grubun yarar görmesi gerekir.

Bilimsel Gereklilikler ve Araştırma Protokolleri

21. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmalar; genel olarak kabul edilmiş bilimsel ilkelere uygun olmalı, kapsamlı bilimsel literatür bilgisini, ilgili diğer bilgi kaynaklarını, yeterli laboratuvar ve uygun hayvan deneylerini temel almalıdır. Araştırmalarda kullanılan hayvanların iyilik haline saygılı olunmalıdır.
22. Gönüllüler üzerinde yapılacak bütün araştırmaların tasarım ve uygulaması, araştırma protokolünde açık bir şekilde, gerekçesiyle birlikte tanımlanmalıdır.

Protokol, dikkate alınan etik düşüncelere ilişkin bir beyan içermeli ve bu bildirmede öngörülen ilkelerin nasıl ele alınacağını belirtmelidir. Protokol; finansmanı, destekleyiciyi/destekleyicileri, kurumsal bağları, diğer olası çıkar çatışmalarını, gönüllülere sunulan teşvikleri ve araştırmaya katılmaları sonucu zarar görebilecek gönüllülerin tedavi edilmesi ve/veya tazmin edilmesine ilişkin hükümleri içermelidir

Klinik çalışmalarda, araştırma sonrası sağlanacak imkanlar konusunda uygun düzenlemeleri de tanımlamalıdır.

Araştırma Etik Kurulları

23. Araştırma protokolü, çalışma başlamadan önce değerlendirme, yorum, rehberlik ve onay için ilgili araştırma etik kuruluna sunulmalıdır. Bu kurul; araştırmacı, destekleyici ve diğer bileşenlerden bağımsız olmalı ve gerekli nitelikleri taşımalıdır. Kurul, araştırmanın yapıldığı ülke veya ülkelerin yasa ve yönetmeliklerinin yanı sıra, geçerli uluslararası kural ve standartları dikkate almalı, ancak bunlar bu Bildirmede gönüllülerin korunmasına yönelik olarak öngörülen herhangi bir koruma hükmünü zayıflatmamalı veya yok saymamalıdır.

Etik Kurulun sürdürülmekte olan çalışmaları izleme hakkı olmalıdır. Araştırmacılar izleme bilgilerini, özellikle de herhangi bir ciddi advers olayla ilgili bilgileri kurula vermelidir. Kurul tarafından değerlendirilmedikçe ve onay verilmedikçe protokolda hiçbir değişiklik yapılmamalıdır. Çalışmanın sona ermesinin ardından araştırmacılar çalışmanın bulgularını ve vardığı sonuçları özetleyen nihai raporu kurula sunmalıdır.

Mahremiyet ve Gizlilik

24. Araştırmaya katılan gönüllülerin mahremiyetinin ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak için her türlü önlemin alınması gerekir.

Bilgilendirilmiş Olur

25. Bilgilendirilmiş olur verme ehliyetine sahip kişilerin tıbbi araştırmalara katılımı gönüllülük esasına dayanmak zorundadır. Aile bireylerine ya da cemaat önderlerine danışmak uygun olabilse de, bilgilendirilmiş olur verme ehliyetine sahip bir kişi kendi özgür iradesiyle kabul etmedikçe araştırmaya dahil edilemez.
26. Bilgilendirilmiş olur verme ehliyetine sahip bireyler üzerinde yapılacak bir araştırmada her gönüllü aday; benimsenen amaçlar, yöntemler, finansman kaynakları, bütün olası çıkar çatışmaları, araştırmacının kurumsal bağları, araştırmadan beklenen yararlar, olası tehlikeler,

araştırmanın vereceği rahatsızlıklar ve çalışma sonrası düzenlemeler ve çalışmanın ilgili diğer yönleri hakkında yeterince bilgilendirilmiş olmalıdır. Gönüllü adayı; araştırmaya katılmama ya da hiçbir yaptırıma maruz kalmadan, herhangi bir zamanda, katılım olurluunu geri çekme hakkına sahip olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. Gönüllü adaylarının belirli bilgi gereksinimlerinin yanı sıra bilgi verme konusunda kullanılan yöntemlere de özel dikkat gösterilmelidir.

Gönüllü adayının bu bilgileri anlamasını sağladıktan sonra hekim veya uygun niteliklere sahip başka bir birey, tercihen yazılı olarak, gönüllünün serbest iradesiyle verilmiş bilgilendirilmiş gönüllü olurluunu almalıdır. Eğer onay, yazılı olarak alınmıyor ise; gönüllü oluru, tanık huzurunda resmi olarak belgelenmelidir.

Tüm tıbbi araştırma gönüllülerine, çalışmanın genel sonucu ve bulguları hakkında bilgi edinme seçeneği tanınmalıdır.

27. Bir araştırma için bilgilendirilmiş gönüllü oluru alınırken, hekim, kendisiyle gönüllü arasında bir bağımlılık ilişkisi olup olmadığı ya da baskı altında olur verilip verilmediği konusunda özellikle dikkatli olmalıdır. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, bilgilendirilmiş gönüllü oluru; tamamen bu konunun dışında olan ve konu hakkında iyi bilgilendirilmiş bir kişi tarafından alınmalıdır.
28. Araştırmanın; bilgilendirilmiş olur verme ehliyetine sahip olmayan gönüllülerde yapılması gerekiyorsa, hekim yasal temsilcinin olurluunu almalıdır. Araştırmanın olası gönüllünün temsil ettiği popülasyonun sağlığını korumayı amaçlaması, araştırmanın yetkin gönüllülerle yapılamaması ve araştırmanın en az ölçüde tehlike ve sakınca içermesi söz konusu değilse, bu bireyler kendileri için yararlı olma ihtimali olmayan bir araştırmaya dahil edilemez.
29. Bilgilendirilmiş olur verme ehliyetine sahip olmadığı değerlendirilen bir gönüllü adayı, araştırmaya katılma kararı hususunda rıza verebiliyorsa; hekim, yasal temsilcinin olurluuna ek olarak gönüllünün rızasını da almalıdır. Gönüllü rıza göstermiyorsa buna saygı duyulmalıdır.
30. Bilinci yerinde olmayan hastalar gibi fiziksel veya zihinsel olarak olur verme ehliyeti bulunmayan gönüllü içerecek bir araştırma, ancak bilgilendirilmiş gönüllü oluru vermeyi engelleyen fiziksel veya zihinsel koşulun araştırma popülasyonunun zorunlu bir karakteristik özelliği olması durumunda yapılabilir. Hekim bu durumlarda yasal temsilcinin bilgilendirilmiş gönüllü olurluunu almalıdır. Eğer söz konusu temsilci mevcut değilse ve araştırma ertelenemiyorsa; bilgilendirilmiş gönüllü oluru vermelerini engelleyen durumda olan gönüllüleri araştırmaya dahil etmenin özgül nedenlerinin araştırma protokolünde belirtilmiş olması ve bunun bir araştırma etik kurulu tarafından onaylanmış olması kaydıyla araştırma, bilgilendirilmiş gönüllü oluru olmadan devam edebilir. Araştırmada kalmaya ilişkin olur, gönüllüden ya da yasal temsilcisinden mümkün olan en kısa sürede alınmak zorundadır.
31. Hekim, tıbbi bakımın hangi yönlerinin araştırma ile ilgili olduğu konusunda hastayı tam olarak bilgilendirmelidir. Hastanın, bir çalışmaya katılmayı reddetmesi veya hastanın çalışmadan çekilme kararı alması, hekim hasta ilişkisini asla etkilememelidir.
32. Biyobankalar veya benzer saklama kuruluşlarında bulunan materyal veya veriler gibi, kime ait olduğu belirlenebilen materyal ya da verilerin kullanılacağı bir tıbbi araştırma için hekim; verilerin toplanması, saklanması ve/veya yeniden kullanımı konusunda onay almalıdır. Bu onayın elde edilmesinin söz konusu araştırma için olanaksız olduğu veya pratik istisnai durumlar olabilir. Böyle durumlarda araştırma, yalnızca bir araştırma etik kurulunun değerlendirme ve onayından sonra yapılabilir.

Plasebo Kullanımı

33. Yeni bir yöntemin; yarar, tehlike, sakınca ve etkileri (aşağıdaki durumlar hariç olmak üzere), kullanılmakta olan kanıtlanmış en iyi yöntemle karşılaştırılarak denenmelidir:

Kanıtlanmış bir yöntemin olmadığı durumlarda plasebo kullanımı veya müdahalede bulunulmaması kabul edilebilir veya zorunlu kalındığında ve bilimsel olarak metodolojik nedenlerden ötürü, bir müdahalenin etkililiği veya güvenliliğini tespit edebilmek için kanıtlanmış en iyi müdahaleden daha az etkili bir müdahale veya plasebo kullanımının veya müdahalede bulunmamanın gerekli olması ve kanıtlanmış en iyi müdahaleden daha az etkili bir müdahale veya plasebo verilen veya müdahalede bulunulmayan hastanın, kanıtlanmış en iyi müdahaleyi almaması nedeniyle ciddi ya da geri dönüşü olmayan zarara uğraması yönünde ek bir riske maruz kalmaması.

Bu seçeneğin istismar edilmesinden kaçınmak için azami özen gösterilmelidir.

Çalışma Sonrası Düzenlemeler

34. Destekleyici, araştırmacı ve ev sahibi ülke hükümetleri, çalışmada yararlı olduğu belirlenen müdahalelere ihtiyaç duymaya devam eden tüm katılımcılar için çalışma sonrasında erişim için sağlanacak imkanları klinik çalışma başlamadan önce belirlemelidir.

Araştırmanın Kaydının Yapılması ve Bulguların Yayınlanması ve Dağıtımı

35. İnsan gönüllülerin yer aldığı tüm araştırma çalışmaları, ilk gönüllü araştırmaya dahil edilmeden önce açıkça erişilebilir bir veritabanına kaydedilmelidir.
36. Araştırmacı, yazar, destekleyici, editör ve yayıncıların tümünün araştırma sonuçlarının yayımlanmasına ve dağıtılmasına ilişkin etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Araştırmacıların, insan gönüllüler üzerinde yürüttükleri çalışmanın sonuçlarını umuma açıklama görevi bulunmaktadır ve bildirilerinin doğru ve eksiksiz olmasından sorumludurlar. Tüm taraflar, etik raporlama konusunda kabul edilmiş kılavuzlara uymak zorundadır. Araştırmadan elde edilmiş olumsuz ve yetersiz sonuçlar da olumlu sonuçlar gibi yayımlanmalı veya başka yollarla topluma duyurulmalıdır. Finansman kaynakları, kurumsal bağlar ve çıkar çatışmaları yayında beyan edilmelidir. Bu bildirgede yer alan ilkelere uymayan araştırma bildirimleri yayına kabul edilmemelidir.

Klinik Uygulamada Kanıtlanmamış Müdahalelerin Kullanımı

37. Bir hastalığın tedavisinde kanıtlanmış müdahaleler mevcut değilse ya da bilinen diğer müdahaleler etkili olamıyorsa hekim; hayat kurtarma, sağlığı düzeltme ya da acıyı hafifletme konusunda işe yarayacağı kanaatinde olursa uzman görüşüne başvurmak ve hastanın veya yasal temsilcisinin bilgilendirilmiş oluru almak kaydıyla, kanıtlanmamış bir müdahaleyi gönüllüye uygulayabilir. Güvenlilik ve etkililiği değerlendirilmek üzere bu yöntem bir araştırma konusu yapılmalıdır. Bütün vakalarda, yeni bilgiler kayıt edilmeli ve uygun olduğunda yayımlanmalıdır.

EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

1. Araştırmanın adı: İş kazası beyanı ile acil servise başvuran hastalarda yaralanma özellikleri ile dikkat eksikliği, uyku bozukluğu, anksiyete ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
2. Bu çalışma bir araştırmadır.
3. Araştırmanın amacı nedir? : İş kazası sonrası acil servise başvuran hastalarda çalışanların uyku bozukluğu, anksiyete, dikkat eksikliği ve iş kolu özellikleri ile sosyodemografik özelliklerin iş kazası geçirme ihtimali ve yaralanma ciddiyetine etkisinin değerlendirilmesi.
4. Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre ne kadardır?: Acil Tıp Kliniğinde bakı ve tedavisi tamamlanıp adli raporu kaydedilene kadar.
5. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır?: Her grup için en az 30 gönüllü.
6. Araştırmada uygulanacak tedaviler: Standart tedavi dışında herhangi ek bir tedavi protokolü uygulanmayacaktır. Çalışma amacıyla herhangi bir tedavi yapılmayacaktır.
7. Nasıl bir uygulama yapılacaktır?: Sizin/vasisi olduğunuz hastanızın olağan tedavisi yapılacaktır; beraberinde uyku bozukluğu, anksiyete, dikkat eksikliği ve sosyodemografik özellikleri hakkında bilgiler alınacaktır . Size/vasisi olduğunuz hastanıza çalışma amacıyla ek bir işlem yapılmayacaktır.
8. Çalışmaya katılma ile ilgili beklenen olası riskler nelerdir?: Hastanız ile ilgili tedavisinde herhangi bir değişikliğe gidilmeyeceği için çalışma protokolünden kaynaklı herhangi bir risk yoktur
9. Araştırmadan makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak sizin/vasisi olduğunuz hastanız açısından hedeflenen herhangi bir klinik yarar olmadığına bu durum hakkında bilgilendirileceksiniz
10. Size mevcut hastalığınız için güncel kılavuzlara göre hekiminiz tarafından tedavi uygulanacak, çalışma amacıyla bir tedavi planlaması yapılmayacaktır.
11. Herhangi bir zararlanma durumunda yükümlülük / sorumluluk kimdedir ve ne yapılacaktır?: Çalışma sırasında çalışma ile ilgili olarak herhangi bir yaralanma veya zarar görme durumunuz olmayacaktır. Bu çalışma tedavinizde bir değişikliğe sebep olmayacaktır. Ancak öngörülemeyen zarar

durumunda tüm sorumluluk çalışma yürütücüsü Doç. Dr. Erdem ÇEVİK, Asist. Dr. Harun KUNDAKCI ve Asist. Dr. Zeliha CENGİZ'e aittir.

12. Çalışmaya katılmam nedeniyle herhangi ödeme yapılacak mıdır?: Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.
13. Sorumluluklarım nedir?: Araştırma ile ilgili olarak çalışmaya izin verip vermemek sizin sorumluluğunuzdadır. Bunun haricinde herhangi bir sorumluluğunuz yoktur. Bu çalışmaya katılmak istememeniz durumunda araştırmacı sizi çalışma dışı bırakabilecektir.
14. Araştırmaya katılmayı kabul etmemem veya araştırmadan ayrılmam durumunda ne yapmam gerekir? Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır
15. Katılmama ilişkin bilgiler konusunda gizlilik sağlanabilecek midir?: Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Bakanlık ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimleri bulunabilir. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisi söz konusu erişime izin vermiş kabul edilir.
16. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya kanuni temsilcisinin zamanında bilgilendirileceksiniz.
17. Gönüllünün araştırma, kendi hakları veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay (yan etki) hakkında daha fazla bilgi temin edebilmesi için temasa geçebileceği kişiler ile bunlara günün 24 saatinde erişebileceği telefon numaraları:
Doç.Dr. Erdem ÇEVİK: 05316902138
Asist.Dr. Harun KUNDAKCI: 05320553862
Asist. Dr. Zeliha CENGİZ: 05076321692
18. Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler nelerdir?: Katılımın sona erdirilmesini gerektirecek tıbbi durum yoktur.
19. Gönüllülerden alınacak biyolojik materyaller nelerdir?: Çalışma amacıyla biyolojik materyal alınmayacaktır.

20. Çalışmaya katılma onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren iki sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
TEL.		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TEL.		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK 5. SBÜ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI TEZ ONAM FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/11/2017-E.17701



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 48865165-020
Konu : Dr. Harun KUNDAKÇI'nın Tez Onayı
Hk.

İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL S.U.A.M.

Hastanenizde Acil Tıp Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Harun KUNDAKÇI'nın tez konusu eleştirilen yönlerin giderilmesi şartı ile uygun bulunmuş olup tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. Onay formu ve 1 (bir) adet hakem değerlendirme formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ali İhsan TAŞÇI
Dekan V.

Adres: Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Külliyesi, Tıbbiye Cad. No 38 Selimiye
Telefon: 216 346 36 38 Faks: 216 346 36 40
Elektronik Ağ: <http://sbu.edu.tr>

Bilgi için: Şeyda DELİKGÖZ
Unvanı: Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

EK 6. ETİK KURUL TEZ ONAM FORMU

T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Araştırma ve Uygulama Merkezi(SAUM)
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı:1977
Konu: Onay Yazısı

Tarih: 08/05/2018

Doç.Dr.Erdem ÇEVİK

“İş kazası beyanı ile Acil servise başvuran hastalarda yaralanma özellikleri ile dikkat eksikliği, uyku bozukluğu, anksiyete ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi” isimli çalışmanızın evrakları incelendi ve etik sakınca bulunmadığına oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr.Yüksel Altuntaş
Etik Kurul Başkanı



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İş kazası beyanı ile Acil servise başvuran hastalarda yaralanma özellikleri ile dikkat eksikliği, uyku bozukluğu, anksiyete ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	AÇIK ADRESİ:	Halaskargazi Cad. Etfal Sk. 34371 ŞİŞLİ / İSTANBUL
	TELEFON	0212 373 50 00 Dahili:6565
	FAKS	0212 224 07 72
	E-POSTA	Etfal.EtikKurul@sislietfal.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Erdem ÇEVİK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Acil Tıp Kliniği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz:					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İş kazası beyanı ile Acil servise başvuran hastalarda yaralanma özellikleri ile dikkat eksikliği, uyku bozukluğu, anksiyete ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	03.04.2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	03.04.2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/> Uygundur		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:967		Tarih: 08/05/2018	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

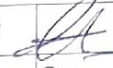


KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof.Dr.Yüksel Altuntaş	Endokrinoloji	SBÜ İstanbul Şişli Hamidiye Etfal SUAM İç Hastalıkları ABD	E	X	E	H	E	X	
Yard.Doç.Nezaket Eren	Biyokimya	Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya ABD	E	X	E	H	E	X	
Prof.Dr.Z.Yıldız Yıldırım	Çocuk	SBÜ İstanbul Şişli Hamidiye Etfal SUAM Çocuk Hastalıkları ABD	E	X	E	H	E	X	
Prof.Dr.H.Kübra Elçioğlu	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji ABD	E	X	E	H	E	X	
Prof.Dr.M.Sarper Erdoğan	Halk Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı	E	X	E	H	E	X	
Doç.Dr.Hande Yapışlar	Fizyoloji	Acıbadem Üniv.Fizyoloji ABD	E	X	E	H	E	X	
Uzm.Dr.Gülsüm Önal	Etik Deontoloji	SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Has	E	X	E	H	E	X	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr. Yüksel ALTUNTAŞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		İş kazası beyanı ile Acil servise başvuran hastalarda yaralanma özellikleri ile dikkat eksikliği, uyku bozukluğu, anksiyete ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
Gönül Gül	Tekstil	Serbest Üye	E <input type="checkbox"/>	K X	E <input type="checkbox"/>	H X	E X	H	
Prof.Dr.F. Dilek Necioğlu Örken	Nöroloji	Bilim Üniv.Nöroloji ABD	E <input type="checkbox"/>	K X	E <input type="checkbox"/>	H X	E X	H	
Uzm.Dr.Aslı Aksu Çerman	Dermatoloji	Sişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K X	E <input type="checkbox"/>	H X	E	H X	
Av.Ülker Kuğu	Hukuk	İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K X	E <input type="checkbox"/>	H X	E X	H	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr. Yüksel ALTUNTAŞ
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasını yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.