T.C

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL TIP ASİSTANLIĞININ BİREYİN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. DUYGU TOKGÖZ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2017

T.C

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL TIP ASİSTANLIĞININ BİREYİN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. DUYGU TOKGÖZ

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Sedat Yanturalı

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve yürütülmesinde engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım sayın tez danışmanım sayın Prof. Dr. Sedat Yanturalı'ya,

Tezimin planlanması ve yürütülmesinde engin bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, desteğini hiç esirgemeyen sayın Prof. Dr. Gürkan Ersoy'a,

Tezimin planlanması ve yürütülmesinde, benden bilgilerini ve desteğini eksik etmeyen ve asistanlık eğitimimizde bizlere engin tecrübe ve deneyimleri doğrultusunda yol gösterici olan DEÜTF Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. Ersin Aksay'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, tecrübeleriyle yol gösteren, sayın Yrd. Doç. Dr. Rıdvan Atilla'ya, sayın Doç. Dr. Neşe Çolak Oray'a, sayın Yrd. Doç. Dr. Başak Bayram'a,

Asistanlık eğitimim süresinde birlikte çalıştığım ve tezimin ilerlemesinde de bana yardımları dokunan tüm doktor arkadaşlarıma,

Son olarak asistanlık eğitimimin bitirilmesi için her yönden yanımda olan, benden desteklerini esirgemeyen sevgili annem, babam ve kardeşlerime minnetlerimi sunar, tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER Sayfa No

I. **TABLO VE ŞEKİL DİZİNİ**.....

II. KISALTMALAR.....

III. ÖZET…….

IV. SUMMARY……...

V. GİRİŞ VE AMAÇ…….

VI. GENEL BİLGİLER……..

VII. GEREÇ VE YÖNTEM…….

VIII. BULGULAR……..

IX. TARTIŞMA……

X. SONUÇ……

XI. KAYNAKLAR……

XII. EK-1. VERİ KAYIT VE DEĞERLENDİRME FORMU…….....

XIII. EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU……..

XIV. EK-3. ETİK KURUL ONAM FORMU…….

I.TABLO VE ŞEKİL DİZİNİ

Tablo 1. Çalışma dışlama kriterleri

Tablo 2. Beslenme alışkanlığı

Tablo 3. Egzersiz alışkanlığı

Tablo 4. Genel sağlık taraması

Tablo 5. Kaza geçirme durumu/nöbetle ilişkisi

Tablo 6. Sigara içme alışkanlığı

Tablo 7. Şu anki sigara içme alışkanlığı

Tablo 8. Alkol kullanım durumu

Tablo 9. Tedavi gerektirici uyku problemi

Tablo 10. Depresyon durumu

Tablo 11. Mahkemede bulunma durumu

Tablo 12. Fiziksel şiddet maruziyet durumu

Tablo 13. Sözel şiddet maruziyet durumu

Tablo 14. Tükenmişlik durumu

II. KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DEÜTF	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
ABD	Amerika Birleşik Devletleri

III. ÖZET

Acil Tıp Asistanlığının Bireyin Sağlığı Üzerine Etkisi

Duygu Tokgöz, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Fiziksel ve zihinsel sağlığın korunması, acil hekim uzun ömürlülüğü için kilit unsurlardır. Çalışmamızda yeni başlayan bir acil tıp asistanına kendisini bekleyen sağlık riskleri konusunda objektif bir veri sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Acil Tıp Anabilim Dalından şu ana kadar mezun olan 114 uzmanın 97'si alındı. Mezun olan uzmanların isimlerine ve güncel iletişim bilgilerine DEÜTF Acil Tıp Anabilim Dalı sekterliğinden ulaşıldı. Bundan sonraki aşamada kabul edenlere elektronik posta adreslerinden ulaşıldı ve acil hekimi için sağlık kitabı başlıklarından bu çalışma için hazırlanan 37 soru içeren veri toplama formu ulaştırıldı. Elde edilen veriler SPSS 15.0 Windows bilgisayar programı ile tanımlayıcı istatistik yapılarak belirlenmiştir.

Bulgular: Çalışma verileri sonucunda çoğu asistanın (%86.4) beslenme alışkanlığı düzensiz/dengesizdi ve çoğu asistan (%80.4) düzenli egzersiz yapmıyordu. Asistanların %35.4'ü hiçbir zaman genel sağlık taraması yaptırmamıştı. Asistanların geçirdiği motorlu taşıt kazalarının %52'1'inin nöbet çıkışı olduğu saptandı. Asistanların %62.7'sinin hiçbir hobisi yoktu. Asistan iken sigarayı yoğun bir şekilde kullanan ve asistan iken sigaraya başlayan grup %51 idi; fakat bu kişilerin şu an sadece %25.7'sinin hala yoğun bir şekilde sigara kullandığı saptandı. Asistanların %85.4'ünün alkol kullandığı, düzenli şekilde keyif verici/uyuşturucu madde kullanımının olmadığı görüldü. Asistanların %39.1'i uyku problemi yaşıyordu ve bunların %57.9'u tedavi almıyordu. Asistanların %68'i depresyon tanısı almadığı, depresyon tanısı alanların %32.2'sinin tedavi almadığı saptandı. Asistanların

%88.6’sının hiçbir zaman öz kıyım düşüncesi olmamıştı. Asistanların %56.8’i acil tıp asistanlığı nedenli mahkemede bulunmuşlardı. Asistanların %38.1’i fiziksel şiddete, %95.8’i sözel şiddete maruz kalmıştı. Asistanların %85,4’ünün tükenmişlik yaşadığı saptandı.

Sonuç: Biz bu çalışmamızda acil asistanlığının sağlık üzerine negatif etkileri olabileceği yönünde veriler elde ettik. Acil tıp asistanlığına başlayanların bu konuda ve kendisini bekleyen riskler hakkında bilgilendirilmesi ve farkındalık yaratılması uygun olacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Acil Tıp, Acil Tıp Asistanlığı, Birey Sağlığı

IV. SUMMARY

Effect Of Emergency Medicine Residency On Physicians' Wellness

Duygu Tokgöz, Dokuz Eylül University Medical Faculty, Emergency Medicine Department Izmir, Turkey

Background and Purpose: Maintenance of physical and mental health is the keystone for emergency physicians' long life-span. In our study, we aimed to present an objective data on the health risks waiting for a emergency medicine residents who are beginner at this field.

Methods: We included 97 of 114 attending who completed their residency in Dokuz Eylül Unıversity Medical Faculty, Emergency Medicine department. We contacted their names and contact addresses via Dokuz Eylül University Medical Faculty, Emergency Medicine Department Secretary. After that, we reached them via their e-mail addresses who excepted to participate and a data collection from containing 37 questions prepared fort his study from the some of the titles of health of emergency physician book was delivered. Statistical analysis of the data obtained was performed by ''spss 15.0 for windows'' program.

Results*:* As a result of the study, most of the residents (86.4%) were irregular eating habits and most assistants (80.4%) did not exercise regularly. 35.4% of the residents never had a general health scan. 52.1% of motor vehicle crashes reported followed the shift. %62.7 of residents had no hobbies. The grup which smoked heavily duiring residency and started smoking during residency was 51%; but it was found that only 25.7% of these people smoked heavily now. İt was seen that 85.4% of the residents used alcohol and regular use of pleasure-inducing/substances drugs didn't exist. 39.1% of the residents were suffering sleeping problems and 67,3% of them didn't receive any treatment. It was determined that 68% of the residents wasn't diagnosed with depression, 32,2% of whom was diagnosed with depression

didn’t receive any treatment. 88.6% of the recidents never had a mind of suicide. 56.8% of the residents were in the court about emergency medicine residency. 38.1% of the residents were exposed to physical, 95.8% to verbal violence. It was found that 85.4% of the residents were suffering burnout .

Conclucion: In this study of ours, we got datas about possible negative health effects of emergency medicine residency. It is proper to create awarenessand to inform the ones who starts emergency medicine residency about this and the risks that’s waiting for them.

KEYWORDS: Emergency Medicine, Emergency Medicine Residency, Physicians’ Wellness

V. GİRİŞ VE AMAÇ

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanıma göre sağlık: "sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" dir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir.

Sağlık, günlük yaşam için bir kaynaktır, hayatın amacı değildir. Sosyal ve kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavramdır (1). Fiziksel sağlık; bireyin solunum, beslenme, boşaltım, hareket vb. ihtiyaçlarını tam olarak yerine getirebilmesidir. Ruhsal sağlık; bireyin gerek kendisi gerekse çevresi ile uyum içinde olmasıdır. Sosyal sağlık ise; bireyin sevilme, ait olma ve sosyal ilişkiler kurabilmesi vb. özelliklere sahip olmasıdır (2)

Fiziksel ve zihinsel sağlığın korunması, acil hekim uzun ömürlülüğü için kilit unsurlardır. Sağlık, çalışma hayatı boyunca yorgunluk, stres ve tükenmişliğin belirti ve bulgularına özen gösterilerek korunabilir. Tabii ki, yaşlanmada bazı öngörülebilir değişiklikler meydana gelecektir. Sigarayı bırakmak ya da bir egzersiz programını başlatmak gibi bazı sağlık artırıcı tercihler yapma kararı, bu hayat kurtaran değişiklikleri yürürlüğe koymanın ilk adımıdır (3). İlk başta kişinin günlük kalıplarını değiştirmek imkansız gibi görünmektedir, ancak bir kez başarı elde edildiğinde yeni iyi alışkanlıkların getirileri, enerjik ve fiziksel özgürlüğü hissettirmektedir (3).

Acil serviste çalışmanın sağlık üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Uzmanlık eğitimi hekimin gelişiminde stresli dönem teşkil etmektedir. Hasta bakım sorumlulukları, fazla hasta yükü, yüksek hasta mortalitesi, uzun uykusuz çalışma saatleri hekimler için yaygın stres faktörleridir.

Acil servis hekimlerinin diğer hekimlere göre daha fazla stres faktörü bulunmaktadır. Bunlar diğer konsültan hekimlerin talepleri, sirkadien ritmin bozulması, diğer bölüm çalışanları ile çalışma saatleri nedeniyle azalmış dostluk, gelen hasta popülasyonu nedeni ile hasta ve hasta yakınlarının daha gergin olduğu ortamda çalışmaktır (4).

Literatür araştırmasında benzer olarak acil servis hekimlerine yapılan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar genel sağlık kavramından çok sadece tek bir sağlık sorununa yönelik (örneğin depresyon durumu gibi) idi. Biz bu çalışma ile yeni başlayan bir asistana kendisini bekleyen sağlık riskleri konusunda objektif bir veri sunmayı amaçladık.

VI. GENEL BİLGİLER

Demografik özellikler

Demografik karakteristikler; cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, meslekleri, eğitimleri, etnik yapıları ve aile yapılarını içermektedir.

Kadın hekimler, kadına biçilmiş olan rol modeli, cinsel taciz ve ayrımcılık ve kadın rol modellerinin olmaması gibi benzersiz stres kaynaklarına sahiptir. Acil Tıp Derneği üyelerine yapılan bir anket, kadınların stres ve depresyon düzeylerinin erkek meslektaşlarından daha yüksek olduğunu bildirmiştir (5). Ayrıca, tıp, evlilik ve anneliği birleştirmeyi içeren kadın hekimlerin rolü, strese ve depresyona neden olabilir. Kadın hekimlerin yaklaşık üçte ikisinin birden fazla sorumlulukları yüzünden sık sık haftada bir kez duygusal açıdan boğuldukları bildirilmiştir (6). Bu kişilerin genellikle çocukları ve eşlerine yeterli vakit ayıramadıklarından dolayı endişeleri bulunmaktadır.

‘’Rol türü", psikolojik stres ve patolojinin gelişiminde önemli bir unsurdur (7). Kadın hekimler, hastalar ve yardımcı personel ile ilgili daha fazla hayal kırıklığına uğrar. Hastalar genellikle kadın hekimleri hemşireler ile karıştırmaktadır. Hekimler kendi görevine ek olarak hemşirelik görevlerini yerine getirme zamanına sahip değillerdir, ancak basit hemşirelik görevlerini yerine getirmeyi reddetmeleri durumunda hastalara kaba görünme ihtimallerinden dolayı endişelenmektedirler. Bazı hastalar bir kadın tarafından tedavi edilmeye isteksiz olabilir.

Acil tıp pratiği, ek bir stres altında evlilik ve aile ile yer değiştirebilir (4).Gece, hafta sonları ve tatil günleri genellikle aile zamanı olarak kabul edilir, ancak acil tıp hekimleri bu zamanlarda çalışmak zorundadır. Evli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, kendilerinin ve eşlerinin iletişim sonu yaşadıkları, beraber geçirebilecekleri yeterli zaman olmadığı, sorumlulukları üzerine tartışmalara neden olduğuna inandıkları bulunmuştur (8).

Düzenli/Dengeli Beslenme Alışkanlığı

Laboratuvar ve epidemiyolojik araştırmalar yoluyla düşük yağlı, yüksek karbonhidratlı bir diyetin iyileştirilmiş sağlığın ve ömrün uzamasında önemli bir etkendir. Sağlıklı bir diyet planlamada diğer önemli hususlar ılımlılık ve çeşitliliktir. Her kategoride çeşitli gıdalar yemek daha iyi besin dengesi sağlar. Orta dereceli bir diyet, fazla kalorili olmayan sınırlı miktarda tuz ve basit şeker sağlar. "Hızlı kilo verme" programlarının popülaritesi ve erken başarısına rağmen, neredeyse hiç uzun süre çalışmazlar. Katılımcıların büyük çoğunluğu sonunda ağırlığını kazanır. Uzun vadede çalışan bir program, hayatın geri kalanında yaşanılabilecek ve gerçekten zevk alınan diyet değişikliklerini içermelidir. Aşırı besin tüketimi kilo dengesini korumada önemli bir sorun teşkil etmektedir.

Yeterli sebze ve meyve tüketimi; kardiyovasküler hastalıklar, mide kanseri ve kolorektal kanser riskini azaltır. Çoğu insan DSÖ tarafından hastalık önleme için tavsiye edilenden daha fazla tuz tüketmektedir; yüksek tuz tüketimi, yüksek tansiyon ve kardiyovasküler riske dair önemli bir belirleyicidir. Doymuş yağların ve trans yağ asitlerinin fazla tüketimi, kalp hastalığıyla ilişkilidir. Sağlıksız beslenme, kıt kaynaklı ortamlarda hızla yükselmektedir. Eldeki veriler, yağ alımının alt-orta gelirli ülkelerde 1980'lerden bu yana hızla arttığını göstermektedir (9)

Düzenli Egzersiz Alışkanlığı/Türü

Fiziksel hareketsizlik, dünyada ölüme neden olan risk faktörleri sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır (dünya genelindeki ölümlerin % 6'sı). Hareketsizlik yüzünden her yıl 3,2 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Yeterince hareketli olmayan insanlar, tüm nedenlere dayalı mortalite açısından %20 ile %30 arası daha yüksek risk altındadır. Düzenli fiziksel aktivite; yüksek tansiyon gibi kardiyovasküler hastalık, diyabet, meme ve kolon kanseri ve depresyon riskini azaltmaktadır. Meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık % 21-

25’inin, diyabetin % 27’sinin ve iskemik kalp hastalığının % 30’unun ana nedeninin fiziksel aktivite yetersizliği olduğu tahmin edilmektedir. Fiziksel aktivite yetersizliği en çok yüksek gelirli ülkelerde görülmektedir fakat bazı orta gelirli ülkelerde de özellikle kadınlar arasında çok yüksek seviyeler görülmektedir (9).

Başarılı bir acil tıp pratiği yüksek derecede fiziksel ve zihinsel sağlığa ihtiyaç duyar. Yoğun çalışma koşulları kişileri hem fiziksel hem duygusal olarak tüketmektedir. Bununla başa çıkmanın ilk adımı, genellikle planlı ve düzenli egzersiz gerektiren fiziksel sağlıktır. Düzenli aerobik egzersiz, kardiyovasküler ve solunum yeteneğini arttırmaktadır. Buna ek olarak, aerobik egzersiz yapan bir kişi genellikle yoğun bir acil servis ile ilişkili fiziksel yorgunluğa maruz kalmaz. İlk uyanıldığında egzersiz yapmak genellikle uygundur ve günlük olayların müdahalesini önler. Egzersiz vücut ısısını yükseltir, bu nedenle daha fazla uyanık olmaya yardımcı olabilir. Egzersiz türleri arasında yürüyüş, koşu, aerobik, yüzme, bisiklet, ve takım oyunu gibi diğer aktiviteler bulunmaktadır.

Genel Sağlık Taraması

Sağlık taramaları hastalıkların erken tanınması ve buna bağlı olarak hastalık ve ölümlerin azaltılabilmesi amacıyla sağlıklı insanlara düzenli aralıklarla uygulanan programlardır.

Günümüzde dünyada her yıl yaklaşık 55 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Ölüm nedenleri ülkeler, coğrafyalar, kültürler ve ırklar arasında değişiklik gösterse de kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, serebrovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve kazalar ilk sıralarda yer almaktadır. Mortalite ve morbidite nedenlerini etkileyen faktörler arasında; çevresel ve genetik faktörler, sağlıksız beslenme, sedanter yaşam tarzı, fizik aktivitelerini ihmal etme, obezite, sigara, alkol, madde bağımlılığı ve ilaç kullanımı sayılabilir. Oysa morbidite ve mortaliteyi artıran bu faktörlerin çoğu önlenebilir nedenlerden

oluşmaktadır. Genel sağlık taraması kapsamında bu faktörlerin erken tanı ve tedavisinin sağlanması amaçlanmıştır.

Genel sağlık taraması kapsamında kan lipit ölçümü, kan şekeri ölçümü, metabolizma göstergeleri, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, kan hücre sayımı, idrar tahlili, akciğer görüntülemesi, batın ultrasonografi, tiroid ve hormon tetkikleri yer almaktadır.

Acil Servis Kaynaklı Hastalıklar

Tüm sağlık çalışanları gibi, acil hekimleri işyerleinde geniş bir fiziksel, kimyasal ve biyolojik tehlikelere maruz kalmaktadırlar. Sağlık personelinin çoğundan farklı olarak, acil hekimleri travmatik yaralanma olan hastalar için ilk temas noktasıdır. Acil mudahele gerektiren durumlarının ortaya çıkması nedeniyle, acil servis ortamı diğer klinik ortamlara göre daha az kontrollü olabilir. Hayatı tehdit eden koşulları değerlendiren ve tedavi eden kaos içinde, iyi kurulmuş önleyici prosedürler acil hekimleri tarafından takip edilemez. Buna ek olarak, yoğun bir acil serviste tek bir vardiya sırasında hastaların hızlı devri, acil hekimlerinin çok çeşitli tehlikeli koşullarda ve çok sayıda hasta ile temasa girmesine izin verir. Bir çalışmada (10) acil hekimlerinin tehlikeli maruziyetleri bulaşıcı hastalıklar(hepatit, human immunodeficiency virus (HIV), HTLV I-II, tüberküloz gibi), lateks alerji, radyasyon maruziyeti, fiziksel şiddet, nitrik oksit, vardiyalı çalışma, stres ve tükenmişlik, elektriksel yaralanma, tehlikeli madde maruziyeti olarak belirlenmiştir.

Kronik Hastalıklar

Kronik Hastalıklar, bir kişide yerleştikten sonra bugünkü tıp bilimleri olanakları ile kesin iyileştirilmesi olasılığı olmayan ya da çok sınırlı olan, fakat tanı, tedavi ve sürekli izleme ile hastanın yaşam sürelerinin uzatılabildiği hastalıklardır. Bir kaç özeliğini şu şekilde sıraliyabiliriz; yavaş gelişirler ve süreklidirler, enfeksiyöz ya da non-enfeksiyöz olabilirler, kalıcı düşkünlük, sakatlık, insangücü kaybına neden olabilirler, kalıcı patolojik değişikliklere

neden olabilirler, oluşmalannda sosyo ekonomik etkenler, kişiye ait yapısal ve genetik özelilkler rol oynar.

Kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet günümüzde tüm toplumları etkileyen başlıca bulaşıcı olmayan hastalıkları oluşturmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm ülkelerde demografik ve epidemiyolojik dönüşümün sonucu olarak artmaktadır.

Acil serviste çalışma esnasında strese bağlı olarak serum epinefrin seviyesi, vücut sıcaklığı ve solunum hızı artar (11).Buna ek olarak artmış kalp hızı değişkenliği ve yüksek diyastolik kan basıncı vardiya süresinde saptanmıştır. Bu artmış sempatik tonusun aktivitesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Otonomik sinir sisteminin aşırı aktivitesi ruh sağlığı bozuklukları, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom ve obeziteye yol açabilir (12). Bu nedenli acil serviste çalışma direk fiziksel stres faktörü olarak görülmektedir.

Acil servis/Hastane Kaynaklı Bulaşıcı Hastalıklar

Acil hekimlerinin görevleri arasında, bulaşıcı vücut sıvılarıyla temas haline gelebilen prosedürler mevcuttur. Belirli bir enfeksiyona yakalanma riskinin derecesini belirlemek için acil serviste hasta popülasyonun prevalansının ve hekimin patojene maruz kalma ihtimalinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastaneler arasında, kısmen, şehir içi hastanelerde yoksullukla ilişkili hastalık prevalansının daha yüksek olduğu, hizmet verilen nüfusa bağlı olarak büyük farklılık gösterebilir. Küçük travmaları gören düşük hacimli bir acil servis ile kıyaslandığında, hekimlerin kanlı prosedürler uyguladığı çok sayıda travma hastası olan bir acil servisin maruz kalma olasılığı farklı olabilir. Bir mesleki nedenli enfeksiyon riskini belirlemede göz önünde bulundurulması gereken bir diğer faktör, birçok bulaşıcı hastalık maruziyetinin bildirilmediği gerçeğidir.

Acil servis, gözaltında tutulanlar dahil olmak üzere tıbbi ve sosyal sorunların tüm yönlerine sahip hastalara bakım sağlar. Güvensiz bir çalışma ortamı duygusu, acil hekiminin maruz kaldığı stres miktarını artırabilir. Mesleki olarak edinilen HIV enfeksiyonuna maruz kalma riskinin acil hekimleri için düşük olmasına rağmen, 30 yıllık kümülatif risk orantısız bir şekilde yüksek olabilir (13). Acil hekimlerinin çoğunluğu enjektör yaralanması endişesi taşımaktadır ve yarısından çoğu enjektör yaralanması geçirmiştir (14). Hekimler aynı zamanda hepatit ve tüberküloz gibi diğer bulaşıcı hastalıklar açısından da risk altındadırlar.

Kazalar

Hekimler sıklıkla uzun çalışma saatlerine sahiptir. Hem çalışma saatlerinin sayısı hem de dağılımı uyku, verimlilik ve emniyet konularını etkileyebilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde olan kamyon çarpışmalarının önde gelen nedenlerinden biri olan yorgunluk, uzun sürüş saatleri ölümcül kaza riskini belirgin bir şekilde artırır (15).

Uyku eksikliği ve yorgunluğun motorlu araç kazalarında rolü olduğuna inanılır. Gece vardiyasından sonra araç kullanmak acil servis hekimi için risk faktörü oluşturmaktadır. Gündüz vardiyasına kıyasla gece vardiyasından sonra daha fazla trafik kazası görülmektedir (16). Uzamış vardiyadan sonra olan motorlu taşıt kazaları normal vardiyadan sonra olan kazaların iki katından daha fazla olduğu görülmektedir. Uyku yoksunluğu performansı düşürerek kazalara neden olmaktadır (16).

Sigara

Düzenli bir şekilde sigara içmeye başlayıp içmeyi sürdürenlerin yarısı sigara nedeniyle yaşamlarını kaybetmektedir (17). Sigara nedeniyle 35-69 yaş arasında ölenlerin yaşamlarından kaybettikleri süre 20-25 yıl olarak hesaplanmıştır (17). Tüm dünyada 1,1 milyar kişi sigara içmektedir ve 2025 yılında bu sayının 1,6 milyarı aşacağı tahmin edilmektedir (18). Halen Dünyada her yıl üç milyon ve her on saniyede bir kişi, tütünün yol

açtığı bir hastalık nedeniyle ölmektedir ve bu sayı sigara kullanımının yaygınlaşması sonucu giderek de artmaktadır. Mevcut durum değiştirilmezse DSÖ tahminlerine göre 2020-2030'lu yılların başlarında dünyada yılda on milyon insan (%70'i gelişmekte olan ülkelerde) hayatını kaybedecektir (19).

Hekimlerde de sigara içme alışkanlığı yaygındır (20). Yapılan birçok çalışmada hekimlerde sigara içme alışkanlığı %35 ve üzerinde bulunmuştur (21,22,23). Sigaranın insan sağlığı üzerindeki etkisini bilimsel olarak en iyi gösteren çalışma,1950- 1960 yılları arasında İngiltere'de Sir Richard Doll ve arkadaşlarının 35434 doktor üzerinde yaptıkları çalışmadır. Bu çalışma ile sigara içen doktorlarda başta kalp damar hastalığı ve akciğer kanseri olmak üzere birçok hastalığın sigara içmeyenlere göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (17). Daha sonra aynı doktorlar üzerinde 20'şer yıl arayla yapılan iki çalışmada, sigaraya bağlı ölümler incelenmiş ve ağız, özefagus, farinks, larinks, akciğer, pankreas ve mesane kanserlerinin sigarayla olan ilişkisi ortaya konmuştur (17). Doktorlar üzerinde yapılan bu çalışmanın diğer bir sonucu, görevleri insanları hastalıktan korumak ve hastalık halinde tedavi etmek olan doktorların, sigaranın etkilerini bilimsel olarak kendilerinde görmeleridir (17). Bunun dışında sigara, sebep olduğu kanserlerin tedavisinin giderleri ve kendi satış ücreti dikkate alındığında, toplum açısından önemli ekonomik kayıplara yol açan bir üründür.

Alkol

Son zamanlarda, hekimler arasında alkol ve alkol dışı madde kullanımının özellikleri ve sonuçları ile ilgili olarak birçok çalışma yapılmıştır. Hekimlerin, hekimlik mesleğinin getirdiği stres ve aşırı iş yükü nedeni ile alkol ve alkol dışı madde kullanımı açısından artan bir risk içinde oldukları ileri sürülmüştür (24). Hekimler arasında alkol ve alkol dışı madde kullanım yaygınlığı kesin olarak bilinmemektedir. Ancak toplumdaki genel yaygınlığa benzer olduğu düşünülmektedir (25).

Keyif verici/Uyuşturucu Madde Kullanımı Ve Sıklığı

Acil servis hekimlerinin yoğun ve stresli iş yükü bağımlılık yapıcı ilaç ve madde kullanımını arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada acil servis hekimlerinin diğer hekimlere oranla daha fazla kokain ve esrar kullandığı rapor edilmiştir (26). Ancak günlük kullanım oranları yüksek bulunmamıştır. Ayrıca toplumdaki aynı yaş diğer bireylerle karşılaştırıldığında kullanım oranı daha az bulunmuştur (26). Genel olarak acil hekimlerinde diğer hekimlere göre daha çok madde kötüye kullanımı görülmektedir. Acil hekimlerinin daha çok madde kullanma riski olmasına rağmen kimliklerinin belirlenmesi ve yönlendirme yapılması konusu net değildir. McNamara ve Margulies, çalışmasında, alkol sorunu yaşayan şüphelilerle (%1) alkolizmle uyumlu puanlaması olan bireyler(%13) arasında tutarsızlık bildirmiştir (27). Hekimler arkadaşları ve aileleri ile zaman geçirerek ve hobi ve egzersize zaman ayırarak kendi sağlıklarını geliştirebilirler (4). Burada önemli olan önlemektir. Şüphelenilen doktorların erken danışmana sevk edilmesi kimyasal bağımlılığın belirlenmesi ve tedavisinde önemlidir.

Uyku Problemi Ve Tedavi Durumu

Organizmanın birçok fonksiyonunun yenilenmesi uyku uyanıklık döngüsüne bağlıdır. Uyku çeşitli yollarla beyin aktivitesini korumakta ve merkezi sinir sisteminin farklı parçaları arasındaki doğal dengeyi yeniden oluşturmaktadır. Uykunun sinir sistemi üzerine ve diğer işlevsel sistemler üzerine etkileri mevcuttur. Uzun süren uyanıklık genellikle bellek, dil becerileri, soyut düşünme ve değerlendirme gibi zihinsel işlev bozukluğuna, düşüncelerin bulanıklaşmasına, bellek sorunlarına ve hatta bazen normal olmayan davranışlara neden olmaktadır (28).

Retikular aktive edici sistem adını alan üst beyin sapının uyarıcı alanları, uyanık geçirilen gün boyunca yorulmakta ve inaktif hale geçmektedir. Bu uykunun pasif kuramıdır.

Beyinde uyarılan alanlar sonucu da uyku gerçekleşmektedir. Rafhe çekirdeklerinden salınan serotoninin uykuyla ilişkili bir transmitter olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla rafhe çekirdeklerindeki hasar uyanıklığa yol açar. -Birkaç gün uyanık tutulan hayvanların beyin omurilik sıvıları, kan ve idrarlarında biriken muramil peptit maddesinin uykuya neden olduğu anlaşılmıştır. Biriken bu madde başka bir hayvana enjekte edilerek uyuması sağlanmıştır (28). Sirkadiyen ritimle gece artan melatonin bağışıklık sisteminin aktifleşmesinde, antioksidan mekanizmalarda, hormon salınımının dengelenmesinde önemli rollere sahiptir (29).

Uyku yoksunluğu, yorgunluğun nedeni olup, çalışma kapasitesinin ve verimliliğin, bitkinlik, uyuklama veya yorgunluk duygusu eşliğinde azalması ile karakterizedir. Yerleşik uyku yoksunluğu üzerine yapılan araştırmalar öncelikle yorgunluğun hasta bakımına olumsuz etkileri üzerine odaklanmıştır (30).

Vardiyalı çalışma acil servis hekimi için başlı başına sağlık problemi olabilir. Sirkadien ritimde bozulma uyku bozuklukları nedeni ile stres ve memnuniyetsizliğe sebep olabilir. Gece vardiyasında olan daha az uyku nedeni ile etkili çalışma performansı gündüz vardiyasına kıyasla düşebilmektedir (31).

Özkıyım Düşünce/Girişimi

Özkıyım, insanın bilerek ve isteyerek yaşamına son vermesidir. Kişinin kendi benliğine yönelik bir saldırganlık hali olarak da tanımlanabilir. Özkıyım ağır ruhsal ve bedensel hastalıkları olan kişilerde görülebildiği gibi, bir sorunu ve hastalığı olmayan zorlu yaşam koşullarına karşı çaresizlik ve umutsuzluk tepkisi veren normal bireylere kadar geniş bir çerçevede görülebilir. Özkıyım sadece bireysel kayıplarla sınırlı kalmayıp, uyandırdığı şiddetli duygularla (öfke, panik, korku, suçluluk gibi) çevreyi de etkiler (32). Son yıllarda ülkemizde hekimlerin çalışma koşullarındaki zorluklar ve hekime yönelik şiddet davranışlarındaki artış nedeniyle hekim intiharları gündeme gelmiştir.

Dünya üzerinde yaşayan toplumlarda genel intihar sıklığı ülkeler arası farklılıklar dolayısı ile yüz binde 10 ile 40 arasında değişmektedir. İntihar oranlarından yaklaşık 10-15 kat fazla oranda intihar girişimi olduğu gözlenmektedir. Genç erişkin ve ergenlerde intihar sonucu ölüm baş sıralardadır. Kadınlarda intihar girişimi erkeklere oranla yaklaşık 4 kat fazla olmakla birlikte, tamamlanmamış intiharlar erkeklerde 4 kat daha fazladır. Kronik ve yeti yitimi olan hastalar ile akut ve ölümcül seyredebilecek hastalığı olan kişilerde intihar oranının yüksek olduğu unutulmamalıdır. Ruhsal hastalıklar içinde duygu durum bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, kişilik bozuklukları intihar riski açısından ön plandadır. Yaşlılık döneminde tamamlanmış intihar oranı yüksek iken gençlerde tamamlanmamış intihar oranında yükseklik gözlenmektedir. Durkheim'a göre şehirlerde kırsal bölgelere göre intihar oranı yüksektir. Bu görüşe ilave olarak şehirlerin kenar mahallelerinde bu oranın daha yüksek olduğu söylenebilir. Medeni durum göz önünde tutulduğunda boşanmış ve ayrı yaşayan çiftlerde intihar oranının yüksek olduğu bilinmektedir. Seçilen intihar yöntemleri de kadın ve erkeklerde farklılık göstermektedir. Erkekler daha ziyade ateşli silahlar, ası gibi yöntemleri kullanırken kadınlar yüksek doz ilaç alımı ve bileklerini kesme gibi yöntemleri kullanmaktadır (32).

Acil servis hekimlerinin diğer hekimlerle karşılaştırıldığında daha fazla intihar ve kazara ölüm sonucu hayatını kaybettiği bilinmektedir (33). Tüm doktorların ölüm yaşı analiz edildiğinde acil servis hekimleri ortalama 57 yaş ile ilk sırada yer almaktadır (33). Bu durum acil servisin diğer kliniklere göre gerçekten zararlı etkisini yansıtıyor olabilir.

Depresyon

Depresyon toplumda sık görülen bir bozukluktur, tanımlanması Hipokrat dönemine kadar uzanır. Depresyonun temelinde daha önceden isteyerek ve severek yaptığı günlük etkinliklere karşı isteksizlik ve yaşamdan zevk alamama durumu vardır. Ek olarak zamanla

kişide kederli ve üzgün bir duygu durumu ile birlikte görülen bazı değişiklikler oluşur. Bu durumda kişi her şeyi olumsuz olarak değerlendirerek karamsarlık düşünceleri ile geçmişi ve geleceği düşünmeye başlar. Geçmişte yaşanmış olayların olumsuz ve kötü taraflarını görerek kendisini suçlu ve cezalandırılmış hisseder. Aynı şekilde geleceği de umutsuz ve karamsar görerek gelecek adına çaresizlik düşünceleri iyice pekişir. Kişi yaşamdan zevk alamaz hale gelerek yaşamanın anlamsız olduğunu düşünecek kadar kendini çökkün hissedebilir. Bu olumsuz bakış günlük yaşamına, kişilerarası ilişkilerine yansıyarak onun okul ve/veya iş yaşamındaki performansının düşmesine neden olabilir.

Hekimlerde bazı psikososyal sorunlar ve depresyon riskinin yüksek olması pek çok nedenle ilişkili bulunmuştur. Bu tür sorunların oluşumunda kişisel özelliklerin yanında eğitim ve iş yaşamı ile ilgili nedenler de ön plana çıkmaktadır (34). Artmış çalışma saatleri, uykusuzluk, yetersiz destek mekanizmaları, hasta ölümü, yüksek sorumluluk alma gereği ve olumsuz iş ilişkileri gibi pek çok etken hekimlerde yüksek stres düzeyi, alkol tüketimi veya depresyon gibi sorunları beraberinde getirmektedir (34). Ayrıca hekim ve tıp fakültesi öğrencilerinin genellikle yardıma ihtiyaç duymamaları ve sorunlarını kendi başlarına çözebilecekleri kanısına sahip olmaları, ruhsal sorunlar geliştiğinde sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını da güçleştirmektedir (35). Depresyon gelişmiş hekimlerin sadece çok küçük bir bölümünün tıbbi tedavi aldığı ve kendi reçetelendirdikleri ilaçları kullandıkları gösterilmiştir (34).

İş Nedenli Mahkemede Bulunma Durumu

Sağlık sektörü tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızlı bir şekilde büyümektedir. Günümüzde tedavi uygulamalarında söz sahibi olmak isteyen, hasta hakları konusunda bilinçli ve teknolojik ilerlemelerin farkında olan bir hasta profili mevcuttur. Artık hastalar bir ürün ya da hizmeti beğenmedikleri takdirde alternatiflerini değerlendirmektedirler.

Tıp alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmelere paralel olarak acil servis hizmetlerine katılan hekimlerden beklentiler de artmaktadır. Acil servise başvuran hastalara en kısa sürede tanı konulması, gerekli laboratuar ve radyolojik incelemelerin yapılması, uygun tedavi veya girişimsel yöntemlerin seçilmesi beklentisi bulunmaktadır.

Acil servise gelen hasta popülasyonun yoğunluğu, hastaların genel durumunun kötü olabilmesi gibi sebeplerle acil hekimleri, hastalar ve hasta yakınları stresli ve gergin bir ortamda bulunmaktadırlar. Bu neden ile acil serviste şikayetler yaşanabilmektedir.

Fiziksel Ve Sözel Şiddet

Şiddet, "Kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanmasıdır. (36) Fiziksel şiddet, psikolojik (duygusal) şiddet, cinsel şiddet, sözel şiddet ve ekonomik şiddet olarak farklı şekillerde görülebilir. (37,38) Fiziksel şiddet; insanların bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen, sert ve acı verici eylemler (dayak ya da tokatlama, yumruklama, tekmeleme, iteleme, boğazını sıkma gibi kötü davranışlar) olarak tanımlanmaktadır (38). Sözel şiddet; bağırma, kötü konuşma, küfür, hakaret, azarlama, aşağılama şeklinde uygulanan bir şiddet türüdür. Sözel şiddette, korku unsuru önemli bir olgudur. Hakaret etme, küçük görme, aşağılama, ağır sözler, söyleme, güveni sarsarak psikolojik açıdan istismara yol açan uygulamalar, sözel şiddet olarak algılanmaktadır (38).

Şiddet, son yıllarda birçok sektörde olduğu gibi sağlık kurumları ve hastanelerde de toplum huzurunu tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunudur (39). Yapılan çalışmalarda, şiddetin diğer iş yerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı ve sağlık personelinin şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu; (39) dünyada ve Türkiye'de sağlık çalı-

şanlarına yönelik şiddetin giderek artış gösterdiği ve üzerinde önemle durulması gereken ciddi bir mesleki tehlike olduğu belirtilmektedir (36,38,39).

Çok geniş bir çalışan grubunun (hekim, hemşire, eczacı, sağlık teknikerleri, hastabakıcı vb.) bulunduğu sağlık kurumları şiddetin en çok görüldüğü iş alanlarından biridir. Sağlık kurumlarındaki şiddet "hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir kişiden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan, tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum" olarak tanımlanmıştır (36,38,39,40). Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü ve Uluslararası Hemşireler Birliği'nin (2002) "Sağlık sektöründe iş yeri şiddeti " başlıklı ortak raporuna göre tüm şiddet olaylarının çoğu sağlık sektöründe gerçekleşmektedir (36,38,41). Bu raporda farklı ülkelerdeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0.78'inin cinsel içerikli, %0.8-2.7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir (40,41,42). Birçok çalışmada işyerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde eksiklikler ve engeller olduğu için gerçek sıklığın bilinmediği, sadece bildirilen olgularla sınırlı kaldığı belirtilmektedir (38).

Tükenmişlik

Bir Alman-Amerikan psikologu Herbert Freudenberger, 1970'lerde doktorlar ve zihinsel sağlık çalışanları arasında mesleki tükenmişlik belirtileri tanımlayan ilk araştırmacılardan biriydi. 1974 tarihli "Tükenmişlik: Yüksek Başarımızın Yüksek Maliyeti" adlı kitabında "tükenmişlik" terimini yarattı.

Tüm doktor uzmanlık alanlarında tükenme ile ilgili ilk ulusal çalışma, 2011'de gerçekleşti ve Dahili Tıp Arşivlerinde yayınlandı. Çalışma, hekimlerin yüzde 38'inde tükenmişlik yaşarken diğer sektörlerde çalışanların yüzde 28'inde tecrübe buluyor (43).

Medscape'nin yıllık anketine göre, doktorların tükenme sıklığı ya da tükenme hissi 2013 yılından 2017 yılına %40'a çıktığı, bu yıl en çok tükenmişlik bildiren uzmanlık grubu acil tıp olarak bildirilmiştir (44).

Tükenmişlik; işi gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansıması ile oluşan bir sendromdur (45). Tükenmişlikle ilgili iki yaygın semptom, hastaları ve meslektaşlarını, insanlardan ziyade nesne olarak ve duygusal olarak tükenmiş hissetmektir. Tükenmişlik belirtileri aynı zamanda fiziksel egzersiz, kötü düşünce, kinizm, suçluluk, etkisizlik hissi ve iş arkadaşları veya hastalarla olan ilişkilerde duyarsızlaşma hissi de içerir. Tükenmişlik sendromu, fiziksel ve duygusal hastalıklar ve madde kullanımı (46), azalmış hekim memnuniyeti (47), baş ağrısı, uyku bozukluğu, hipertansiyon, endişe, alkolizm ve miyokard enfarktüsü gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilidir (48). Kurumlar için hekim tükenmişliği devamsızlık, işe yaramama, kötü performans ve olumsuz tutumlarla ilişkili bulunmaktadır (46).

Acil tıp duygusal ve fiziksel açıdan zorlayıcıdır. Acil hekimlerinde tükenmişlik oranları, tükenmişlik tanımına bağlı olarak% 32 ile % 60 oranında bildirilmiştir (49).

Tıp uygulaması anlamlı ve kişisel olarak tatmin edici olmasına rağmen, ayni zamanda zorlu ve streslidir. Hekim sağlığı yüksek kalite sağlık hizmeti verimi için hayati olabilir (50). Tükenmişlik aynı zamanda hekim için alkol kullanımı, intihar düşüncesi ile sonuçlanan olumsuz kişisel sonuçlar içerir (48,51,52). Yapılan çalışmalarda hekimler arasında tükenmişlik sendromunun endişe verici düzeyde olduğu, özellikle bakım erişiminin en ön çizgisinde yer alan acil tıp, genel dahiliye ve aile hekimlerinin en büyük risk altında olduğu, diğer toplum çalışanlarından daha uzun ve zorlu çalışma saatlerinin olduğu, tıp dışındaki

alanlarda eğitim seviyesi ve profesyonellik arttıkça tükenmişlik riski azaldığı oysa tıpta bu riskin arttığı gösterilmiştir (53).

VII. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Popülasyonu

Prospektif nitelikteki çalışmamıza, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındıktan sonra başlandı. Çalışmaya şu ana kadar Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Acil Tıp Anabilim Dalından mezun olan uzmanlar alındı. (20 Şubat 2016 tarihi itibari ile 114 tane uzman). Çalışmanın dışlama kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Mezun olan uzmanların isimlerine ve güncel iletişim bilgilerine DEÜTF Acil Tıp Anabilim Dalı sekreterliğinden ulaşıldı. Mezun olan uzmanlarla telefon ile görüşüldü, konu hakkında bilgi verildi. Bundan sonraki aşamada kabul edenlere elektronik posta adreslerinden ulaşıldı ve ekte sunulan veri toplama formu ulaştırıldı. Veri toplama formu soruları internet üzerinden surveey.com adresinde anket oluşturularak katılımcıların elektronik posta adreslerine gönderildi. Katılımcılar soruları gönderilen elektronik posta üzerinden yanıtlayarak geri gönderim yaptılar.

Tablo 1. Çalışma dışlama kriterleri

- Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalından mezun olup ulaşılamayanlar
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler
- Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalından istifa edenler

Veri Toplama Formu

Veri toplama formu 3 ana bölümden oluşmaktadır. Veri toplama formu soruları acil hekimi için sağlık kitabı başlıklarından bu çalışma için hazırlanmıştır. Veri toplama formu soruları bireyin asistanlık sürecine yönelik hazırlanmıştır. Veri toplama formunda bireyin demografik özellikleri, fiziksel sağlık durumu ve psiko-sosyal sağlık durumuna yönelik soruları

içermektedir. Demografik özellikler arasında yaş, cinsiyet, medeni hal, asistanlık öncesi bilinen(tanı almış) sağlık problemi, asistanlık başlama-bitiş yılı, asistanlık başlama yaşı, medeni hal değişimi yer almaktadır. Bu bölümde yer alan sorular boşluk doldurma şeklinde cevaplandı. Fiziksel sağlık durumu özellikleri arasında düzenli/dengeli beslenme alışkanlığı, düzenli egzersiz alışkanlığı, egzersiz türü, genel sağlık taraması yaptırma durumu, çalışma koşulları ile ilişkili sağlık problemi, yeni tanı kronik hastalık teşhisi, acil servis/hastane kaynaklı bulaşıcı hastalığa yakalanma durumu, kaza geçirme durumu ve nöbetle ilişkisi yer almaktadır. Psiko-sosyal sağlık özellikleri arasında sigara/alkol/keyif verici/uyuşturucu madde kullanımı ve sıklığı, hobisinin olup olmadığı, uyku problemi ve tedavi durumu, özkıyım düşünce/girişimi, depresyon tanısı ve tedavi durumu, iş nedeni ile mahkemede bulunma durumu, fiziksel ve sözel şiddet durumu, tükenmişlik durumunu içeren sorular yer almaktadır. Soruların cevapları boşluk doldurma, evet/hayır ve 5'li likert ölçeği kullanılarak cevaplandı. Elde edilen veriler SPSS 15.0 Windows bilgisayar programı ile tanımlayıcı istatistik yapılarak belirlenmiştir. Veri toplama formu ektedir.

VIII. BULGULAR

Çalışmaya toplam 97 sayıda DEÜTF Acil Tıp Anabilim dalından mezun olmuş acil tıp uzmanı alındı. Bu uzmanlardan 1'inin öz kıyım nedeni ile hayatta olmaması, 15'inin anket için ayrılan sürenin dolmasının ardından anketi tamamlaması ya da ulaşılamaması ve 1'inin de anketi doldurmaması nedeni ile çalışmaya alınmamıştır.

a. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılanların %41.2'si (n=40) kadın, %58.8'i (n=57) erkekti. Ortalama yaş 39.6'ydı (29-54 yaş aralığı).

Çalışmaya katılanların 1994-2012 yılları arasında asistanlığa başladıkları saptandı. Ortalama asistanlığa başlama yaşı 26.6 (22-38) idi.

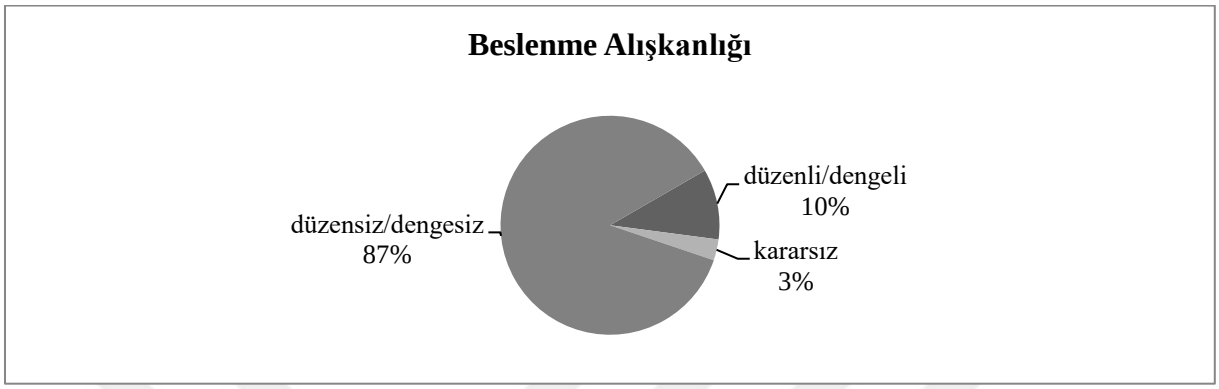
Çalışmaya katılanların %18.9'u bekar, %74.7'si evli, %6.3'ü dul idi. Bunların %41.7'sinin asistan iken evlendiği, asistan iken hiç kimsenin boşanmadığı saptandı.

b. Katılımcıların Fiziksel Sağlık Durumu

Çalışmaya katılanların 16'sında (%16.4) asistanlık öncesinde tanı almış sağlık problemi saptandı. Bir kişi tanı almış sağlık probleminin ne olduğunu belirtmedi. Bu sağlık problemleri hipotiroidi(n=2), herediter sferositoz (n=1), tiroid hiperplazisi (n=1), lomber disk hernisi (n=1), obsesif kompulsif bozukluk (n=1), seboreik dermatit (n=1), hiperlipidemi (n=1), testis tümörü (n=1), nefrolithiasis (n=1), sol ayak bileği travmatik artrozu (n=1), reflü özefajit (n=1), migren (n=1), sistemik lupus eritematozus (n=1), venöz yetmezlik (n=1) idi.

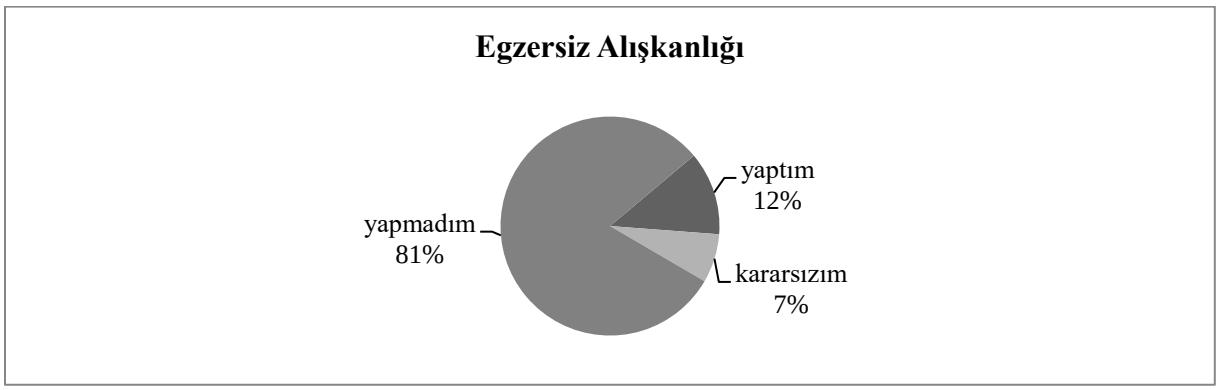
Düzenli/dengeli beslenme alışkanlığı 5'li likert ölçeği (1 = kesinlikle katılmıyorum ve 5 = kesinlikle katılıyorum) kullanılarak belirlendi. 5'li likert ölçeği 3'e indirgendi. Buna göre

kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum olumsuz, kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum olumlu olarak değerlendirildi. Çalışmaya katılanların %86.5'inin beslenme alışkanlığı düzensiz/dengesiz, %10.4'ü düzenli/dengeli, %3.1'i kararsız olarak saptandı.



Tablo 2. Beslenme alışkanlığı

Düzenli egzersiz alışkanlığı 5'li likert ölçeği 3'e indirgenerek saptandı. Buna göre çalışmaya katılanların %80.5'inin düzenli egzersiz yapmadığı, %12.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı ve %7.2'sinin kararsız olduğu saptandı. Egzersiz yapanların %33.3'ünün yürüyüş, %16'sının koşu, %14.7'sinin yüzme, %4'ünün aerobik, %6.7'sinin bisiklet, %25.3'ünün diğer(takım oyunları…) yaptığı saptandı.



Tablo 3. Egzersiz alışkanlığı

Genel sağlık taraması yaptırma durumu 5'li likert ölçeği (1 = hiçbir zaman ve 5 = her zaman) kullanılarak saptandı. Buna göre %35.4'ü hiçbir zaman, %44.8'i nadiren, %16.7'si bazen, %3.1'i sıklıkla, %0'ı her zaman olarak saptandı.

	Sayı	Oran
kan lipit ölçümü	29	% 8.7
kan şekeri ölçümü	48	% 14.41
metabolizma göstergeleri ölçümü	17	% 5.1
karaciğer fonksiyon testleri	50	**% 15.01**
böbrek fonksiyon testleri	50	**% 15.01**
kan hücre sayımı	50	**% 15.01**
idrar tahlili	22	% 6.6
akciğer görüntülemesi	30	% 9
batın ultrasonografi	9	% 2.7
tiroid ve hormon tetkikleri	28	% 8.4

Tablo 4. Genel sağlık taraması

Genel sağlık taramasında en çok karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri ve kan hücre sayımı; en az ise batın ultrasonografi tetkiki yaptırıldığı saptandı.

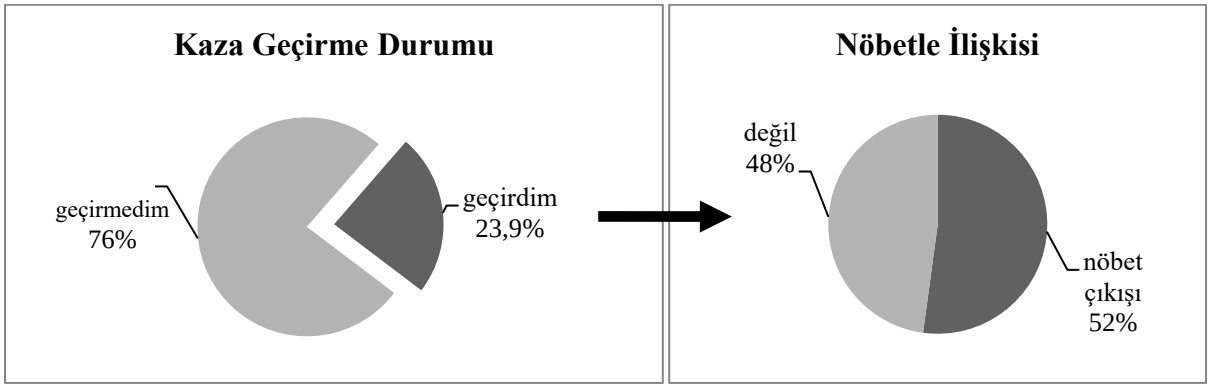
Çalışma koşulları ile ilişkili sağlık problemi evet/hayır şeklinde sorgulandı. Bazı bireyler birden çok yanıt vermişti. Buna göre çalışmaya katılanların %36.1'inin(n=35) evet, %63.9'unun(n=62) hayır dediği saptandı. Bu çalışma koşulları ile ilişkili sağlık problemlerini bireyler, anksiyete bozukluğu(n=3), depresyon(n=5), stres fraktürü(n=1), tükenmişlik sendromu, uyku düzeninde bozulma(n=8), obezite(n=2), diskopati(n=1),

diyabet(n=1), kilo kaybı(n=1),yıpratıcı ve yoğun çalışma koşulları(n=8), tükenmişlik sendromu(n=2), stres(n=3), kriptik tonsillit(n=1) olarak tanımladılar.

Yeni tanı kronik hastalık teşhisi çalışmaya katılanların 7'sinde (%7.2) saptandı. 1 kişide DM, 1 kişide HT, 2 kişide hiperlipidemi, 1 kişide koah/astım, 2 kişide lomber disk hernisi, 1 kişide periferik sinir hastalığı saptandı.

Acil servis/hastane kaynaklı bulaşıcı hastalığa yakalanma durumu evet/hayır şeklinde sorgulandı. Çalışmaya katılanların %8.2'sinin (n=8) acil servis/hastane kaynaklı bulaşığı hastalığa yakalandığı saptandı. Bu bulaşıcı hastalıklar bireyler tarafından grip(n=2), hepatit B(n=1), üst solunum yolu enfeksiyonu(n=1), konjonktivit(n=1), viral solunum yolu hastalıkları(n=2) ve pnömoni(n=1) olarak tanımlandı.

Trafik kaza geçirme durumları ve bu kazaların nöbetle ilişkisi evet/hayır şeklinde sorgulandı. Buna göre çalışmaya katılanların %24'ünün(n=23) asistanlık sürecinde trafik kazası geçirdiği ve bu kaza geçirenlerin %52.1'inin (n=12) nöbet çıkışı olduğu saptandı.



Tablo 5. Kaza geçirme durumu/nöbetle ilişkisi

a. Psiko-Sosyal Sağlık Durumu

Asistanlık sürecinde hobisi olup olmadığı durumu evet/hayır şeklinde sorgulandı. Buna göre çalışmaya katılanların %37.2'sinin(n=35) hobisi olduğu saptandı. Bazı bireylerin birden

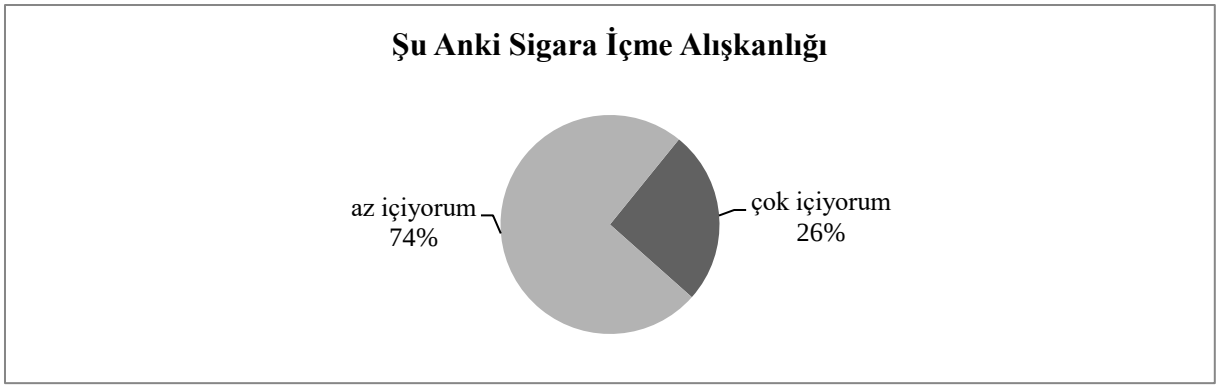
çok hobisi olduğu saptandı. Bu hobiler bireyler tarafından motorsiklet binicisi olmak(n=1), bağlama çalmak(n=1), spor yapmak(n=3), karikatür(n=1), su sporları(n=3), dağcılık(n=2) tango(n=1), kitap okumak(n=5), çiçek yetiştirmek(n=1),hayvan beslemek(n=1), aikido(n=1), bilardo oynamak(n=1), fotoğrafçılık(n=3), seyahat etmek(n=1), sinema(n=2), puzzle yapmak(n=1), gitar çalmak(n=3), uzay haritaları(n=1), bilgisayar oyunları(n=1), dans(n=1) olarak tanımlandı.

Çalışmaya katılan kişilere sigara alışkanlığı ile ilgili sorular yönlendirildi. Buna göre asistan iken sigarayı yoğun bir şekilde(sıklıkla/her zaman) kullanan ve asistan iken sigaraya başlayan grup %51(n=50), sigarayı az (hiçbir zaman/nadiren/bazen) kullanan ve sigarayı bırakan grup %49(n=47) olarak saptandı. Çalışmaya katılan kişilerin %7.1'sinin (n=7) asistan iken sigaraya başladığı, %2sinin (n=2) asistan iken sigarayı bıraktığı saptandı.



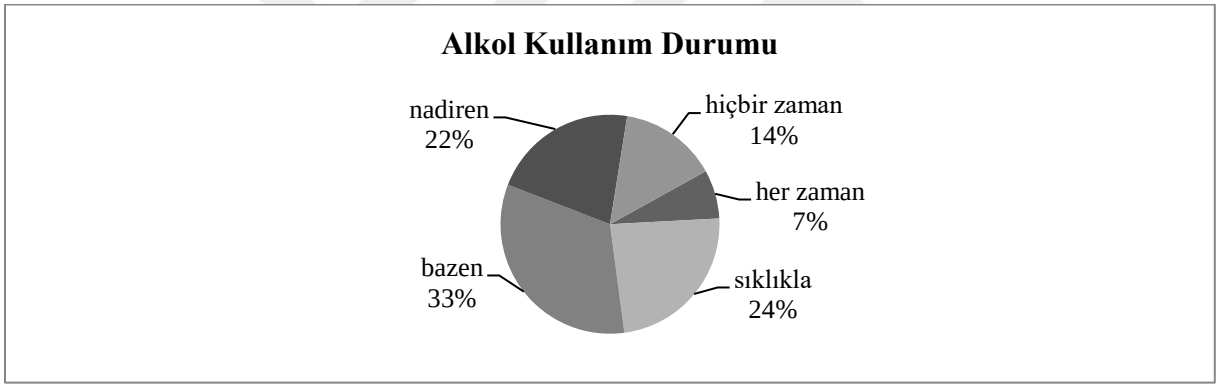
Tablo 6. Sigara içme alışkanlığı

Şu anki sigara içme durumu 5'li likert ölçeği (1 = hiçbir zaman ve 5 = her zaman) kullanılarak saptandı. Çalışmaya katılan kişilerin %25.8'inin (n=25) şu an hala yoğun bir şekilde(sıklıkla/her zaman) sigara kullandığı, %74.2'sinin (n=72) sigarayı az (hiçbir zaman/nadiren/bazen) kullandığı saptandı.



Tablo 7. Şu anki sigara içme alışkanlığı

Asistanlık sürecindeki alkol kullanım durumu 5'li likert ölçeği (1 = hiçbir zaman ve 5 = her zaman) kullanılarak saptandı. Çalışmaya katılanların %14.4'ü hiçbir zaman, %21.6'sı nadiren, %33'ü bazen, %23.7'si sıklıkla, %7.2'si her zaman olarak saptandı.



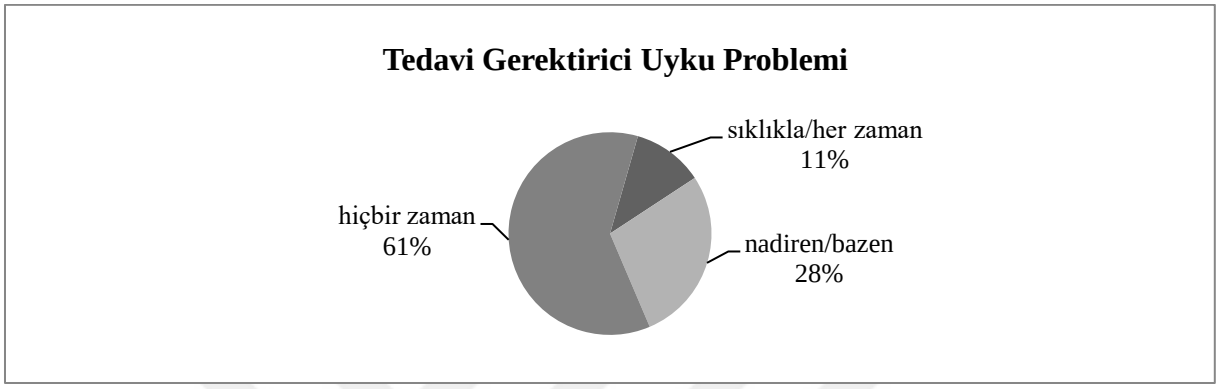
Tablo 8. Alkol kullanım durumu

Asistanlık sürecinde düzenli şekilde keyif verici/uyuşturucu madde kullanım durumu 5'li likert ölçeği (1 = kesinlikle katılmıyorum ve 5 = kesinlikle katılıyorum) kullanılarak belirlendi. Çalışmaya katılanların %95.9'unun kesinlikle katılmadığı, %4.1'inin katılmadığı saptandı.

Asistanlık sürecinde tedavi gerektirici uyku problem durumu 5'li likert ölçeği (1 = hiçbir zaman ve 5 = her zaman) 3'e indirgenerek belirlendi. Çalışmaya katılanların %60.8'i(n=59)

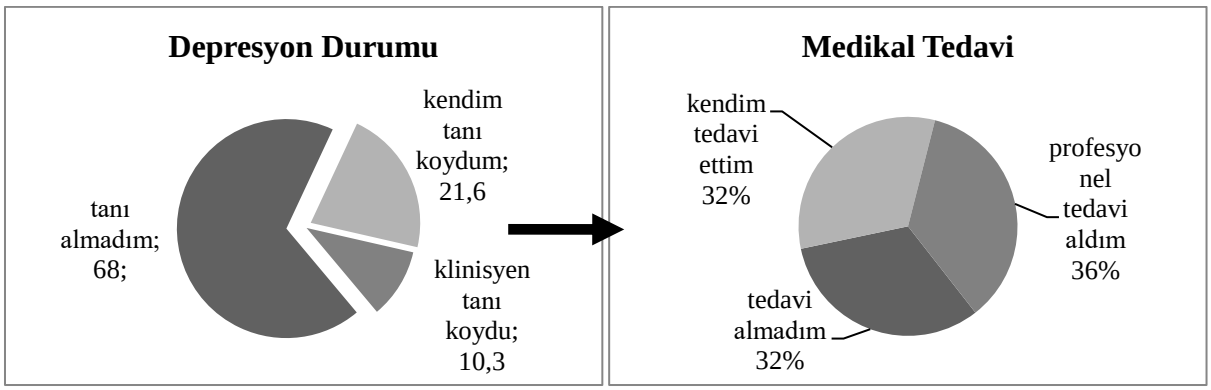
hiçbir zaman, %27.9'u nadiren/bazen(n=27), %11.3'ü(n=11) sıklıkla/her zaman uyku problemi yaşadığı saptandı.

Uyku problemi yaşayanların %57.9'unun(n=22) tedavi almadığı, %28.9'unun (n=11) kendi kendini tedavi ettiği, %13.1'inin(n=5) profesyonel yardım aldığı saptandı..



Tablo 9. Tedavi gerektirici uyku problemi

Asistanlık sürecinde çalışmaya katılanların %68'inin(n=66) depresyon tanısı almadığı, %21.6'sının (n=21) kendi kendine depresyon tanısı koyduğu ve %10.3'ünün (n=10) klinisyen tarafından depresyon tanısı konulduğu saptandı. Depresyon durumu için %32.2'sinin(n=10) tedavi almadığı, %32.2'sinin(n=10) kendi kendini medikal tedavi ettiği, %35.4'ünün(n=11) profesyonel medikal tedavi aldığı saptandı.

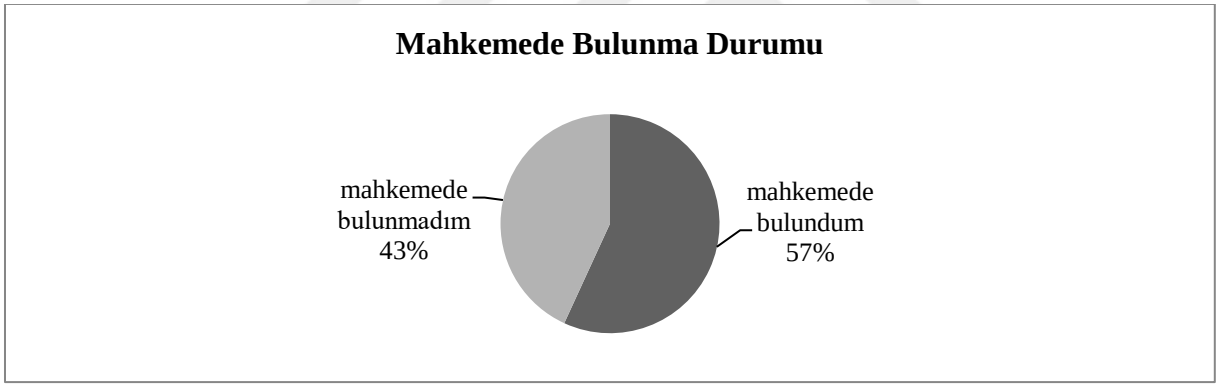


Tablo 10. Depresyon durumu

Asistanlık sürecindeki özkıyım düşüncesi 5'li likert ölçeği (1 = hiçbir zaman ve 5 = her zaman) 3'e indirgenerek belirlendi. Çalışmaya katılanların %88.7'sinin hiçbir zaman, 11.3'ü nadiren/bazen olarak saptandı.

Asistanlık sürecinde katılımcıların hiçbir zaman öz kıyım girişiminin olmadığı saptandı. Fakat çalışmaya 1 kişi uzman olduktan sonra özkıyım nedenli exitus olması sebebi ile çalışmaya alınamamıştır.

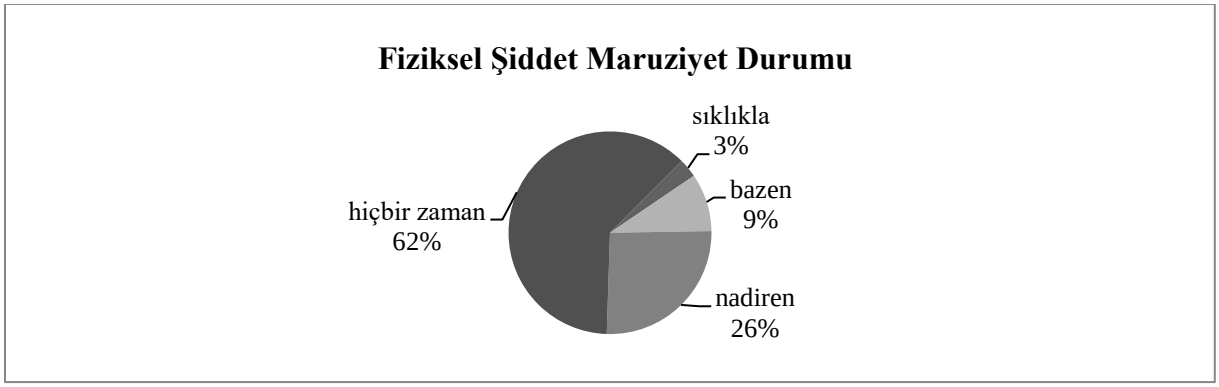
Acil tıp asistanlık nedeni ile mahkemede bulunma durumu 5' li likert ölçeği (1 = hiçbir zaman ve 5 = her zaman) 2'ye indirgenerek belirlendi. Çalışmaya katılanların %43.1'inin hiçbir zaman mahkemede bulunmadığı, %56.9'unun mahkemede bulunduğu saptandı.



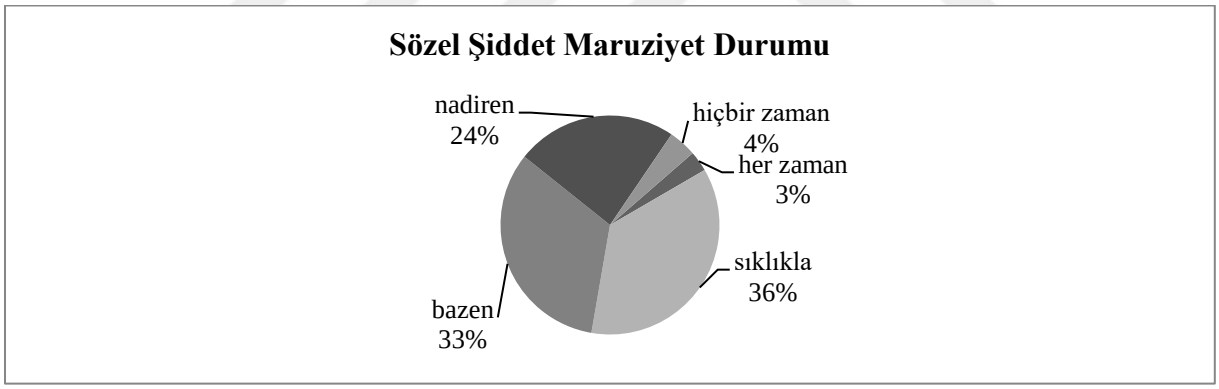
Tablo 11. Mahkemede bulunma durumu

Asistanlık sürecinde fiziksel ve sözel şiddete maruz kalma durumu 5'li likert ölçeği (1 = hiçbir zaman ve 5 = her zaman) kullanılarak saptandı. Çalışmaya katılanların %61.8'inin hiçbir zaman fiziksel şiddete maruz kalmadığı, %25.7'sinin nadiren, %9.2'sinin bazen, %3'ünün sıklıkla kaldığı saptandı. Sözel şiddete maruz kalma çalışmaya katılanlanların %4.1'

inde hiçbir zaman, %23.7'sinde nadiren, %32.9'unda bazen, %36'sında sıklıkla, %3'ünde her zaman olduğu saptandı.

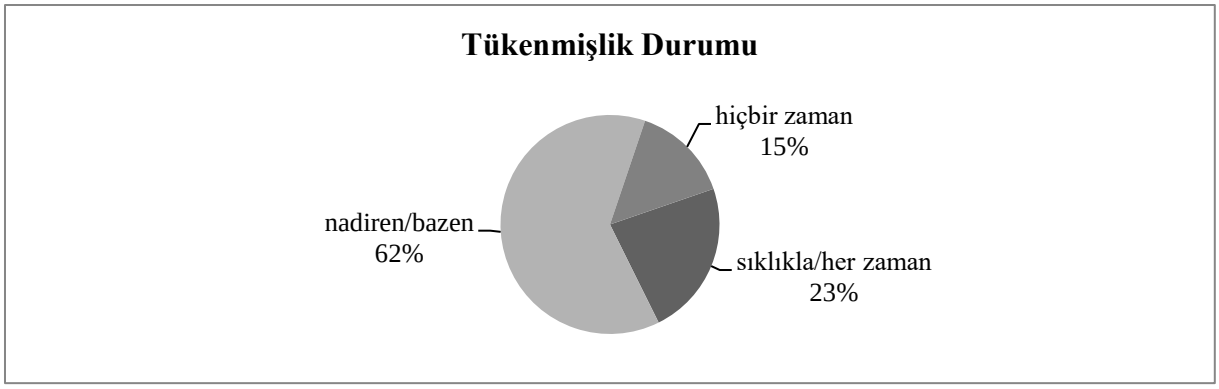


Tablo 12. Fiziksel şiddet maruziyet durumu



Tablo 13. Sözel şiddet maruziyet durumu

Asistanlık sürecindeki tükenmişlik durumu 5' li likert ölçeği (1 = hiçbir zaman ve 5 = her zaman) 3'e indirgenerek belirlendi. Çalışmaya katılanların %14.5'i hiçbir zaman, %62.4'i nadiren/bazen, %22.9'u sıklıkla/her zaman olarak saptandı.



Tablo 14. Tükenmişlik durumu

IX. TARTIŞMA

Acil tıp asistanlığının bireyin sağlığı üzerine etkilerini araştırmak amaçlı bireyin kendisini bekleyen riskler konusunda tanımlayıcı bir çalışma yaptık.

Literatüre baktığımızda Takayesu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 8 merkezli acil servis hekimlerine maslach tükenmişlik anketi, hekimlerin belirsizliğe yanıt skalası, acil servis iş doyum anketi ve demografik özellikleri içeren bir anket uygulanmıştır. Dışlama kriteri bulunmamaktadır. Maslach tükenmişlik anketi tükenmişliği ölçmek için ölçüt standart araç olarak kabul edilen onaylanmış 22 maddelik bir ankettir. Hekimlerin belirsizliğe yanıt skalası, doktorların belirsizliklere karşı duygusal tepkileriyle kısa, kavramsal açıdan net, psikometrik olarak sağlam ölçmeler sağlayan doğrulanmış 15 maddelik bir ankettir. İş doyumu, Acil Hekim İş Memnuniyet aracı ve global iş memnuniyeti aracı olmak üzere doğrulanmış iki bölümlü bir anketle ölçülmüştür. Sekiz merkezde yapılan çalışmada 289 hekim çalışma için uygun kriterlere sahiptir. Toplam 218 hekim (yanıt oranı =% 75) veri formlarını tamamlamıştır. Bunlardan 142'si (% 65) tükenme kriterlerini karşılamıştır. Sakinlerin % 33'ü yüksek derecede duygusal tükenme, % 59'u yüksek duyarsızlaşma derecesine ve % 59'u düşük kişisel başarı hissine sahip bulunmuştur (54). Shanafelt ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Amerikan Tıp Birliği Doktor Dosyası kullanılarak tüm uzmanlık alanlarındaki ABD (Amerika Birleşik Devletleri) hekimlerinden oluşan büyük bir örneklemde tükenmişlik konusu incelenmiş ve karşılaştırma için genel ABD nüfusunun olasılığa dayalı bir örneğini araştırılmıştır. Tükenmişlik doğrulanan araçlar kullanılarak ölçülmüştür. Maslak tükenmişlik anketi kullanılmıştır. Her bir uzmanlık alanından doktorların yeterli bir örneğini elde etmek için, aile hekimliği, genel pediatri, genel tıp ve obstetrik / jinekoloji dışındaki hekimler daha fazla örneklenmiştir. Kontrol grubu 22-65 yaş aralığındaki genel ABD nüfusunun olasılık bazlı bir örneğini incelenmiş ve 34 yaşın altındaki kişiler az miktarda örneklenmiştir. 27 276 hekimin 7288'i (% 26.7) anketi tamamlamıştır. Maslach

Tükenmişlik anketi kullanılarak değerlendirildiğinde, hekimlerin % 45.8'i en az 1 tükenmişlik kriterine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmaya göre acil tıp hekimlerinde genel olarak hekimlerle (n = 7288) ve genel nüfusla (n = 3422 ABD'li çalışan yetişkin ile) karşılaştırıldığında görülen tükenmişlik en yüksek (% 65) oranda bulunmuştur (48). Bizim çalışmamızda çalışmaya katılanlara tükenmişlik yaşadınız mı şeklinde sorulmuştur. Çalışmaya katılanların %14.5'i hiçbir zaman, %62.4'i nadiren/bazen, %22.9'u sıklıkla/her zaman yaşadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda tükenmişliğin daha az saptanmasının sebebi bunun için geniş sorulu bir anket sistemi kullanılmamasından kaynaklanmış olabilir.

Steele ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada acil servis hekimleri için motorlu araç kazalarının mesleki riski değerlendirilmiştir. Bu çalışmada kullanılan anket toplam 13 sorudan oluşmaktaymış. Kişilere acil servis vardiyasından sonra kaza yaptıkları ya da kazaya yakın olup olmadıkları sorulmuştur. Eğer bunlar olmuşsa hangi vardiyadan sonra meydana geldiği sorulmuştur. Çalışmaya 957 kişi katılmıştır ve bunların 76'sı (%8) motorlu araç kazasına uğradığı tespit edilmiştir. 16 kişinin 2 defa kaza yaptığı, 3 ve üzeri kaza yapan kişi olmadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %58'sinin kazaya yakın olduğu tespit edilmiştir. Kazaların %74'ü ve kazaya yakın durumların %80'i gece vardiyasını takiben meydana geldiği tespit edilmiştir (16). Marcus and Loughlinin yaptığı çalışmada her 4 gecede bir aranan ve geceleri nadiren rahatsız edilen pediatristler karşılaştırılmıştır. Her 4 gecede bir arananların araçlarında uyuyakaldığı ve bu olayların çoğu araç durdurulurken meydana geldiği ve bazılarının sürüş sırasında olduğu tespit edilmiştir. Geceleri nadiren rahatsız edilienlerle karşılaştırıldığında, her 4 gecede bir arananlarda kazaların 2 katından daha fazla olduğu tespit edilmiştir (55). Bizim çalışmamızda çalışmaya katılanların %23.9'unun(n=23) asistanlık sürecinde kaza geçirdiği ve bu kaza geçirenlerin %52.1'inin (n=12) nöbet çıkışı olduğu saptandı. Bu çalışmalar sonucunda acil servis vardiyasından sonra motorlu araç kullanmanın

acil servis hekimleri için bir risk oluşturduğu gösterilmiştir. Bu olaylarda uyku yoksunluğu ve uyku bozukluğu rol oynayabilir.

Eric ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 4 yıllık 51 acil tıp asistanı çalışmaya alınmış. Çalışmaya katılanlar 1 yıllık süre zarfında her ay Epidemiyolojik Çalışmalar Depresyon Merkezi'nin internet sitesinde anonim aylık anket formu almışlar. Çalışmaya katılanların bir önceki haftada toplam çalışma saat sayısı ve rotasyonda olup olmadığı kaydedilmiş. Her mevsim boyunca en az bir anket tamamlayanlar çalışma dışı bırakılmış. Anket 20 sorudan oluşmakta ve her bir soru 0-3 puanlık integral ölçeğinde puanlanmıştır. 22 puan ve üzeri major depresyon, 15-21 puan hafif-orta derecede depresyon ve 15 puanın altı depresyon yok olarak kaydedilmiştir. Çalışmaya katılmayı onaylayan 50 kişinin 19'u eksik veriler nedeniyle dışlanmıştır ve depresyon prevelansı %12.1 olarak saptanmıştır. Rotasyon tipi veya çalışılan saat sayısına veya aylara göre anlamlı bir fark bulunmamıştır(56). Bizim çalışmamızda çalışmaya katılanların %68'inin(n=66) depresyon tanısı almadığı, %21.6'sının (n=21) kendi kendine depresyon tanısı koyduğu ve %10.3'ünün (n=10) klinisyen tarafından depresyon tanısı konulduğu saptandı. Bizim çalışmamızda farklılık olma sebebi kişilere depresyon tanısı alıp almadığının sorgulanması ve bunun için depresyon skalası içeren bir anket uygulanmaması olabilir. Ayrıca bizim çalışmamızda depresyon oranının yüksek olması asistanlık sürecinin tamamını içermesinden kaynaklanabilir.

Manav ve arkadaşlarının yaptığı 34 çalışmayı içine alan 2 011 935 kişilik bir meta analizde vardiyalı çalışma; miyokard enfarktüsü (risk oranı 1.23,% 95 güven aralığı) ve iskemik stroke (risk oranı 1.05) ile ilişkili bulunmuştur. Koroner olayların da arttığı saptanmıştır (risk oranı 1.24). Vardiyalı çalışma artmış mortalite ile ilişkili bulunmamıştır (57). Bizim çalışmamızda yeni tanı kronik hastalık teşhisi çalışmaya katılanların 7'sinde (%7.2) saptandı. 1 kişide DM, 1 kişide HT, 2 kişide hiperlipidemi, 1 kişide koah/astım, 2 kişide lumber disk hernisi, 1 kişide periferik sinir hastalığı saptandı. Bizim çalışmamızda

çalışmaya katılanlara asistanlık süreçlerinde tanı aldıkları kronik hastalık teşhisi sorgulanmış olduğu için daha az oranda görülmüş olabilir.

Winkel ve arkadaşlarının kadın hastalıkları ve doğum hekimlerine yaptığı bir çalışmada katılımcılara elektronik yolla bir anket gönderilmiş. 5274 kişiye anket gönderilmiş 838 cevap alınmış. Ankette bireylerin demografik özellikleri, sağlık programı ile ilgili deneyimi, sağlıklı yaşamla ilgili sorunları (tükenmişlik, depresyon, içki içme, intihar / intihar girişimleri, uyuşturucu kullanımı veya yeme bozuklukları) sorgulanmıştır. Çalışmaya katılanların %89.4'ü sağlıklı yaşamla ilgili bir sorun yaşadığı saptanmış. %87.5'inde tükenmişlik, %71.4'ünde depresyon, %38.4'ünde aşırı alkol, %8.2'sinde uyuşturucu kullanma, %2.8'inde intihar ya da intihar girişimi saptanmış (58). Bizim çalışmamızda tükenmişlik %85.3, depresyon %31.9, aşırı alkol %30.9, %0 düzenli şekilde uyuşturucu kullanan saptandı. Tükenmişlik ve aşırı alkol oranları her iki çalışmada benzer saptanması hekimliğin bu durumlara sebep olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bizim çalışmamızda depresyonun daha az saptanmasının sebebi depresyon tanısının alıp almadığı sorgulanması, depresyon durumuna yönelik soru sorulmamış olması olabilir. Uyuşturucu kullananların hiç olmaması katılımcılara düzenli şekilde kullanım durumu sorulmasından kaynaklanabilir.

Hoonpongsimanont ve arkadaşlarının acil serviste yaptığı bir çalışmada çalışmaya acil servis birinci, ikinci ve üçüncü yıl asistanları 120 kişilik 3 eşit grup halinde alınmışlar. Dördüncü yıl asistan sayısı sınırlı olduğu için çalışma dışı bırakılmış. Eğitim yılları arasında stresörlerin algılanışı ve çeşitli başa çıkma mekanizmalarının kullanımı sıklığı karşılaştırılmış. İş ilişkileri, çalışma ortamı, hastalara yanıt, kişisel yaşam üzerindeki etkisi, baş etme gibi 6 tematik başlıklı 44 soruya yönelik anket çalışması geliştirilmiş. Anketteki her soru, 0-4 arası kodlanmış, 5 puanlı Likert ölçeği kullanmış. Seçilen katılımcılara rastgele seçilmek üzere anket internet yoluyla gönderilmiş ve aynı hafta içinde anket linkine geri gönderilmiş. Birinci gruptan 28, ikinci gruptan 41, üçüncü gruptan 40 katılımcı mevcutmuş. Çalışma yılı arttıkça iş

ilişkileri ile ilgili stres hafifçe azalmış ve çalışma ortamının neden olduğu stres artmış olarak saptanmış. Tüm katılımcılar diğer yaşam faktörlerine kıyasla egzersiz yapma sürelerinden en az memnun kaldığını bildirmişler. Birinci ve ikinci grup mali durumlarından daha az memnuniyetsiz kaldığı, üçüncü grubun en az memnuniyetsizliği uyku için zaman olarak saptanmış. Stresle en çok başa çıkma yolu olarak egzersiz yapmak ve hobiyle uğraşmak olarak bildirmişler. Stresle en çok başa çıkmanın üçüncü yolu alkol kullanmak olarak tespit edilmiş ve katılımcıların %72'sinin stresle başa çıkmak için alkole dönüş yaptığı saptanmış. Diğer başa çıkma mekanizmaları yasadışı uyuşturucu madde kullanımı %6, reçeteli ilaçlar %17 ve reçetesiz ilaçlar %18 olarak saptanmış (59). Bizim çalışmamızda katılımcıların %80.4'ünün düzenli egzersiz yapmadığı, %12.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı ve %7.2'sinin kararsız olduğu saptandı. Yine katılımcıların %37.2'sinin hobi ile uğraştığı, %85.5'inin alkol kullanımının olduğu saptandı. Düzenli şekilde uyuşturucu madde kullanımı saptanmadı. Diğer çalışmayla benzer sonuçlara rastlanmıştır. Her iki çalışmadan da çıkan sonuç hekimlerin egzersiz ve hobiye yeterli zaman ayıramaması ve sonuçta stresle başa çıkmak için çareyi alkol kullanımında aramasından kaynaklanabilir.

Handel ve arkadaşlarının yaptığı acil tıp hekimleri arasında uyku yardımcılarının kullanımı adlı bir çalışmada 3791 acil tıp hekimi çalışmaya alınmıştır. Bu çalışmada uykusuzluğu ölçmek için Epworth Uyku Ölçeği kullanmıştır. Anket puanlama sistemine göre normal, aşırı uykulu olma ve şiddetli uykululuk şeklinde üç kategoriye ayrılmıştır. Anket katılımcılara internet üzerinden ulaştırılmış. Katılımcılara uyanık saatlerdeki yorgunluk nedenleri, uykuya dalmakta zorlukların nedenleri ve uykuya dalmak için reçeteli ya da reçetesiz ilaç kullanımı açık uçlu sorgulanmış. Çoktan seçmeli soruları 602 katılımcı yanıtlamış ve % 55'i normal, % 38'i aşırı uyku hali ve % 7'si ciddi uykululuk belirtisi gösterdiği saptanmış. Uykuya dalma süresi, katılımcıların % 22'si için % 10 dakikadan fazla, % 40'ı için 5-10 dakika arasında ve % 38'inde 5 dakikadan az olduğu saptanmış. Uyku

yardımı kullananlar en az iki ay boyunca ayda dört defadan fazla uyuduklarında kullandıkları yöntemler %17 ilaç, %9 alkol ve %8 her ikisi olarak saptanmış. Genel olarak doğrudan uykuya dalmak için ilaç veya alkol kullanıp kullanmadıklarını sorduklarında % 34.4 olumlu yanıt vermiş. Okuma (% 61), televizyon (% 42), cinsel aktivite (% 36) ve meditasyon (% 13) kullanıldığı saptanmış (60). Bizim çalışmamızda çalışmaya katılanların %60.8'i hiçbir zaman, %27.8'i nadiren/bazen, %11.3'ü sıklıkla/her zaman uyku problemi yaşadığı saptandı. Uyku problemi yaşayanların %67.3'ünün tedavi almadığı, %22.4'ünün kendi kendini tedavi ettiği, %10.2'sinin profesyonel yardım aldığı saptandı. Her iki çalışmada da uyku sorunu yaşamanın benzer saptanması acil servis hekimlerinin kendi sirkadien ritmlerini oluşturmasından kaynaklanabilir. Bizim çalışmamızda uyku problemi için sadece medikal tedavi alma durumu sorgulanmış olup diğer alkol ya da başka yöntemler sorgulanmamıştır. Bu sebeple kişilerin başa çıkma yönteminde başka bir aranmadığı için medikal tedavi alma durumu daha çok saptanmış olabilir.

Kısıtlılıklar

Hekim grubunun tek bir merkezden alınmış olması önemli bir kısıtlılık olarak görünmektedir. Farklı hastanelerden veya farklı illerden daha geniş hekim grubuna ulaşan çalışmalar farklı sonuçlara götürebilir.

Çalışmaya alınan hekim grubu asistanlığını tamamlamış uzmanlardan oluşmaktadır. Bu uzmanlara asistanlık dönemini içeren sorular sorulması kişilerin o dönemi tam net hatırlayamaması nedeni ile yanıltıcı olabilir. Çalışmanın asistan olanlarla ya da yeni uzman olanlarla yapılması farklı sonuçlar getirebilir.

Çalışma kişilerin beyanları üzerine kurgulanmış bir çalışmadır. Uzmanlar bazı noktaları beyan ederken saklamış olabilirler.

Bazı hastalıklar asistanlık döneminde subklinik olabilir. Bu hastalıklar uzmanlık döneminde manifest hale geliyor olabilir. Bu durumda asistanlık dönemi hastalık için bir zemin hazırlamakta fakat klinik hastalık henüz ortaya çıkmamış gözükmektedir. Örneğin hipertansiyon gibi.

Gelecek Çalışmalar için Öneriler

Birkaç farklı asistanlık programının veya normal popülasyon ile karşılaştıran kontrol grubu olan çalışmaların yapılması bu konuda daha net bilgiler sağlayacaktır. Bu sayede farklı branş asistanlıklarının bireyin sağlığı üzerine etkisi daha net ortaya konabilir. Bu sayede bireyin sağlığı yönünden riskli asistanlıklarda iyileştirme programları (nöbetler sayılarının azaltılması, asistan sayısının arttırılması vb…) için yol gösterici olabilir.

X. SONUÇ

Biz bu çalışmamızda acil tıp asistanlığının sağlık üzerine negatif etkileri olabileceği yönünde veriler elde ettik. Acil tıp asistanlığına başlayanların bu konuda ve kendisini bekleyen riskler hakkında bilgilendirilmesi ve farkındalık yaratılması uygun olacaktır. Eğitim programının içine stresle başa çıkma yöntemleri, sağlıklı yaşama yönelik programlar eklenmelidir.

XI. KAYNAKLAR

1. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. DSÖ, Cenevre, 1986
2. Sağlık Tanımı Sağlık Hizmetleri Türk Sağlık Sistemi Yük.Hem.Müge Bulakbaşı neu.edu.tr
3. Wellness Book for Emergency Physicians ACEP
4. Andrew LB, Pollack ML, eds. Wellness for Emergency Physicians. Dallas, TX: American College of Emergency Physicians; 1995.
5. Whitley TW, Gallery ME, Allison EJ, et al. Factors associated with stress among emergency medicine residents. Ann Emerg Med. 1989;18:1157-1161.
6. Brown JB. Female family doctors: their work and well-being. Fam Med. 1992;24:591-595.
7. Coombs RH, Hovanessian HC. Stress in the role constellation of the female resident physician. J Am Med Wom Assoc. 1988;43:21-27.
8. Myers MF. Marital distress among resident physicians. Can Med Assoc J. 1986;134:1117-1118.
9. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017)
10. The Occupational Hazards of Emergency Physicians .Samuel Dorevıtch, MD and Lında Forst, MD, MPH, MS
11. Levitt MA, Derrick GA. An evaluation of physiologic parameters of stress in the emergency department. Am J Emerg Med. 1991;9:217-219
12. Adams SL, Roxe DM, Weiss J, et al. Ambulatory blood pressure and Holter monitoring of emergency physicians before, during, and after a night shift. Acad Emerg Med. 1998;5:871-877.

13. Wears RL, Vukich DJ, Winton CN, et al. An analysis of emergency physicians' cumulative career risk of HIV infection. Ann Emerg Med. 1991;20:749-753.
14. . Anglin D, Kyriacou DN, Hutson HR. Residents' perspectives on violence and personal safety in the emergency department. Ann Emerg Med. 1994;23:1082-1084.
15. Safety study: fatigue, alcohol, other drugs, and medical factors in fatal-to-thedriver heavy truck crashes. Vol. 1. 1990. Washington, D.C.: National Transportation Safety Board, 1990. (NTSB publication no. SS-90/01.)
16. Steele MT, Ma OJ, Watson WA, et al. The occupational risk of motor vehicle collisions for emergency medicine. Acad Emerg Med. 1999;6:1050-1053.
17. Doll R.,Wheatly K.,Gray R.,Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. BMJ. 1994; 309: 901-11.
18. . Salgını Durdurmak, Yönetimler ve Tütün Kontrolünün Ekonomisi, Dünya Bankası Yayını, 2000.
19. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic,Tobacco or Health Programme. WHO. March 1996.
20. Asut Ö. Hekim ve Sigara.TTB Yayınları.1. Baskı, Nisan 1993.
21. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon'da Sigara İçme Alışkanlığı. Toraks Dergisi. 2002; 3 (3): 253-256 14.
22. Erboycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir İlinde Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Alışkanlıkları. Toraks Dergisi. 2004; 5 (1): 6-12.
23. Kosku N, Kosku M, Çikrikçioğlu U, Tümer ZÖ. Toraks Dergisi Üyelerinin Sigara Konusunda Bilgi,Tutum ve Davranışları. Toraks Dergisi. 2003; 4 (3): 223-230.
24. Strang J, Wilks M, Wells B, Marshall J. Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. BMJ 1998; 316:405-406.
25. Brewster JM. Helping physicians with alcohol problems. CMAJ 2001; 2:164-179.

26. Hughes PH, Baldwin CD, Sheehan DV, et al. Resident physician substance use by specialty. Am J Psychiatry. 1992;129:1348-1354.
27. McNamara RM, Margulies JL. Chemical dependency in emergency medicine residency programs: perspective of the program directors. Ann Emerg Med. 1994;23:10721076.
28. Pressman MR. Stages and architecture of normal sleep.
29. Pandi-Perumal SR, Srinivasan V, Maestroni GJ, et al. Melatonin: Nature's most versatile biological signal? FEBS J 2006;273:2813-38.
30. Veasey S, Rosen R, Barzansky B, Rosen I, Owens J: Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal. JAMA 2002, 288:1116-24.
31. Smith-Coggins R, Rosekind MR, Hurd S, et al. Relationship of day versus night sleep to physician performance and mood. Ann Emerg Med. 1994;24:928-934.
32. Öztürk MO, Uluşahin A (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 11. Baskı.
33. Kiran Patel, Yin May Yan, Kamlesh Patel, Parminder Judge, Janki Patel, Sandeep Johal, Sukhdip Johal, Paul Do, Francisco Leyva.Lifespan and cardiology. Br J Cardiol 2009;16:299–302
34. Firth-Cozens J (2001) Interventions to improve physicians' wellbeing and patient care. Soc Sci Med, 52:215-222.
35. Graske J (2003) Improving the mental health of doctors. BMJ Career Focus, 327:188.
36. . Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2:161-73.
37. Ünlüsoy Dinç N. Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri. [Doktora Tezi] Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2010.

38. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Ocak 2013; Yasama Dönemi:24; Yasama Yılı:3; Sıra Sayısı: 454 Erişim: 17.06.2013 /Saglik_Calisanlarina_Yonelik_Artan_Siddet_ Olaylarinin_Arastirilarak_Alinmasi_Gereken_Onlemlerin_Belirlenmesi_ Amaciyla_Kurulan_Meclis_Arastirmasi_Komisyonu.
39. Önal G. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin değerlendirilmesi ve önlenmesi hakkında görüşü (son dönemde toplumda ve sağlık hizmetlerinde giderek yükselen şiddet ve önlemler bağlamında); 2012 Erişim:01.02.2012 Http://Www.Biyoetik.Org.Tr/Yenisite/İmages/Tbd_Siddet_Hk_Gorusup. Pdf.
40. Keser Özcan N, Bilgin H. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. Türkiye Klinikleri 2011;31.
41. Ünsal Atan Ş, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. Adli Tıp Dergisi 2011;25:1. 11. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. J Interpers
42. Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C ve ark. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet. JAEM 2012;11:115-24.
43. , Sotile W, Satele D, West CP, Sloan J, Oreskovich MR. Arch Intern Med. 2012 Oct 8;172(18):1377-85.
44. A burnout epidemic: 25 notes on physician burnout in the US. .beckers hospital review.February 16, 2017
45. Maslach C, Jackson S, Letter M. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd edn. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.

46. Campbell DA Jr, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, GreenfieldLJ.BurnoutamongAmericansurgeons.Surgery2001; 130: 696–702. discussion 702–705.
47. . Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. JAMA 2001; 286: 3007–14.
48. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye LN, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. Arch Surg. 2011;146(1):54-62 114: 513–9.
49. Goldberg R, Boss RW, Chan L, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. Acad Emerg Med 1996;3:1156–64.
50. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009;374(9702):1714-1721
51. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. Am J Med. 2003;114(6):513-519
52. Oreskovich MR, Kaups KL, Balch CM, et al. Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. Arch Surg. 2012;147(2):168-174
53. Tait D. Shanafelt, MD; Sonja Boone, MD.Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population.Jama. Arch Intern Med. 2012;172(18):1377-1385
54. Kimo Takayesu, MD, MSc, Edward A. Ramoska, MD, MPH, Ted R .Factors Associated With Burnout During Emergency Medicine Residency.
55. Marcus CL, Loughlin GM. Sleepiness and safety: effect of sleep deprivation on driving safety in housestaff ,Sleep. 1996;19:763-76

56. Eric D. Katz MD. Lydia Sharp MD. Edward Ferguson Md, et al. Depression among Emergency Medicine Residents over an Academic Year. . Acad Emerg Med 2006;284–287
57. Manav V Vyas graduate student 1. Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis, BMJ 2012;345:e4800 doi: 10.1136/bmj.e4800 (Published 26 July 2012)
58. Abigail Ford Winkel, MD, FACOG,* Anh T. Nguyen, MD, FACOG,† Helen K. Morgan, MD, FACOG,‡ Darya Valantsevich, AS,§ and Mark B. Woodland, MS, MD, FACog Whose Problem Is It? The Priority of Physician Wellness in Residency Training. & 2016 Association of Program Directors in Surgery. Published by Elsevier Inc. All rights reserved. 1931-7204
59. W. Hoonpongsimanont, M. Murphy, C.H. Kim, D. Nasir, S. Compton et al. Emergency medicine resident well-being: stress and satisfaction. Occupational Medicine 2014;64:45–48
60. Daniel A Handel, Ali Raja and, Christopher J Lindsell et al. The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a web based survey. BMC Health Services Research20066:136

XII. EK-1. VERİ TOPLAMA FORMU

1. Ad, Soyad: (isteğe bağlı)
2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz: K/E
4. Medeni hal: Evli/Bekar/Dul
5. Asistanlık öncesinde bilinen (tanı almış) sağlık problemi:
6. Asistanlığa Başlama Yılı:
7. Asistanlığı Bitiriş Yılı:
8. Kaç yaşında asistanlığa başladınız:
9. Asistan iken evlendim/ boşandım/hiçbiri
10. Asistanlık sürecimde beslenme alışkanlığım düzenli / dengeliydi.

    Kesinlikle katılmıyorum

    Katılmıyorum

    Kararsızım

    Katılıyorum

    Kesinlikle katılıyorum
11. Asistanlık sürecimde düzenli egzersiz yapardım.

    Kesinlikle katılmıyorum

    Katılmıyorum

    Kararsızım

    Katılıyorum

    Kesinlikle katılıyorum

12. Ne tür bir egzersiz yaptınız ?

Yürüyüş

Koşu

Yüzme

Aerobik

Bisiklet

Diğer(Takım oyunları…)

13. Asistanlık sürecimde genel sağlık taraması yaptırırdım.

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sıklıkla

Her zaman

14. Genel sağlık taramasında hangisine/hangilerine baktırdınız?

Kan lipit ölçümü

Kan şekeri ölçümü

Metabolizma göstergeleri ölçümü

Karaciğer fonksiyon testleri

Böbrek fonksiyon testleri

Kan hücre sayımı

İdrar tahlili

Akciğer görüntülemesi

Batın ultrasonografi

Tiroid ve hormon tetkikleri

15. Asistanlığa ait çalışma koşullarının ilgilendirdiği bir sağlık problemi yaşadınız mı?

Evet

Hayır

16. Evet ise nedeni?

_____

17. Asistanlık sürecinde herhangi bir kronik hastalık (4 haftanın üstünde süren) tanısı aldınız mı?

DM

HT

Kalp/Damar hastalığı

Hiperlipidemi

Stroke

Koah/Astım

Malignite

LDH/SDH

Periferik sinir hastalığı

Kemik/eklem romatolojik hastalık

18. Acil servis/hastane kaynaklı **bulaşıcı** bir hastalığa yakalandınız mı?

Evet

Hayır

19. Evet ise nedir?

_____

20. Asistanlığınız sürecinde trafik kazası geçirdiniz mi?

Evet

Hayır

21. Geçirdiğiniz kaza nöbet çıkışı mıydı?

Evet

Hayır

22. Asistanlık sürecinde bir hobiniz var mıydı?

Evet

Hayır

23. Evet ise nedir?

_____

24. Asistanlık sürecinde sigara içiyor muydunuz ?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sıklıkla

Her zaman

Asistan iken sigarayı bıraktım

Asistan iken sigaraya başladım

25. Şu an sigara içiyor musunuz ?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sıklıkla

Her zaman

26. Asistanlık sürecinde alkol kullanıyor muydunuz?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sıklıkla

Her zaman

Asistan iken alkol kullanımını bıraktım

Asistan iken alkol kullanımına başladım

27. Asistanlık sürecinde düzenli şekilde Keyif verici / Uyuşturucu madde kullanırdım

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Kararsızım

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

28. Asistanlık sürecinde tedavi gerektirecek uyku sorunu yaşadınız mı?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sıklıkla

Her zaman

29. Uyku sorunu yaşadı iseniz; uyku sorunu için:

Profesyonel yardım aldım

Kendi kendimi tedavi ettim

Tedavi almadım

30. Asistanlık sürecinde özkıyım düşünceniz oldu mu?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sıklıkla

Her zaman

31. Asistanlık sürecinde özkıyım girişiminiz oldu mu?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sıklıkla

Her zaman

32. Asistanlık sürecinde depresyon tanısı aldınız mı ?

Hayır

Evet, kendi kendime tanı koydum

Evet, klinisyen tarafından tanı konuldu

33. Depresyon için :

Profesyonel medikal tedavi aldım

Kendi kendimi medikal tedavi ettim

Tedavi almadım

34. İş (acil asistanlığınız) nedeni ile mahkemede bulundunuz mu?(Tanıklık dahil)

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sıklıkla

Her zaman

35. Asistanlık sürecinde fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sıklıkla

Her zaman

36. Asistanlık sürecinde sözel şiddet maruz kaldınız mı?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sıklıkla

Her zaman

37. Asistanlık sürecinde burnout (tükenmişlik) yaşadınız mı?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sıklıkla

Her zaman

XIII. EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ACİL TIP ASİSTANLIĞININ BİREYİN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Tez Çalışması – Dr. Duygu TOKGÖZ

Sayın Acil Tıp Uzmanı

Öncelikli olarak bu ankete katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz. Asistanlığın bireyin sağlığına olan etkileri son yıllarda güncel ve tartışılan bir konu olmuştur. Özellikle Acil Tıp asistanlığının stresli ve yıpratıcı bir süreç olduğu ve bireyin sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilene gelmekte ve ayrıca bu konuda da bilimsel veriler mevcuttur.

Bu konuda bildiğimiz kadarı ile Türkiye'de Acil Tıp uzmanları ile yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile acil asistanlığının sağlık üzerine etkilerini araştırılması ve bu sayede yeni başlayan bir acil tıp asistanına kendisini bekleyen sağlık riskleri konusunda objektif veriler sunulabilmesi amaçlanmıştır

Anket formuna isim yazma şartı yoktur. Vermiş olduğunuz veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımcı olarak bu çalışmada herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır. Yanıt vermek istemediğiniz soruları geçebilirsiniz. Her türlü yardım için e-mail ile bağlantı halinde olacağız, her türlü sorularınız için lütfen bizi aramaktan çekinmeyiniz.

Saygılarımızla

Dr.Duygu Tokgöz (Tıpta Uzmanlık Öğrencisi)

Cep: 0 507 818 34 24

Prof. Dr.SedatYanturalı (Tez Danışmanı)

e-mail: dygtkgz88@hotmail.com

Dokuz Eylül Üniversitesi,

Acil Tıp Anabilim Dalı

İnciraltı-35340 İzmir

XIV. EK-3. ETİK KURUL ONAM FORMU

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2016/26-21**	**Tarih:06.10.2016**
	Prof.Dr.Sedat YANTURALI'nın sorumlusu olduğu **"Acil Tıp Asistanlığının Bireyin Sağlığı Üzerine Etkisi"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Müge KİRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	