

**T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE EV KAZASI NEDENİYLE BAŞVURAN  
HASTALARDA  
DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU  
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ  
AHMET SAROHAN**

**DANIŞMAN  
PROF. DR. BÜLENT ERDUR**

**DENİZLİ - 2017**

**T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE EV KAZASI NEDENİYLE BAŞVURAN  
HASTALARDA  
DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU  
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ  
AHMET SAROHAN**

**DANIŞMAN  
PROF. DR. BÜLENT ERDUR**

**DENİZLİ - 2017**

Prof. Dr. Bülent ERDUR danışmanlığında Dr. AHMET SAROHAN tarafından yapılan “Acil servise ev kazası ile başvuran hastalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite ilişkisi” başlıklı tez çalışması 10/01/2017 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Acil Tıp Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN : Prof. Dr. Bülent ERDUR

ÜYE : Doç. Dr. İbrahim TÜRKÇÜER

ÜYE : Yrd. Doç. Dr. Bekir DAĞLI

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. / /

Pamukkale Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Dekanı

Doç. Dr. Çağdaş ERDOĞAN  
Dekan a.  
Dekan Yardımcısı

## TEŐEKKÜRLER

Özellikle tezimin oluşmasında katkı sağlayan, bilgi ve birikimleriyle bana yol gösteren, desteğini ve yardımını esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Bülent ERDUR'a, bilgi ve tecrübeleriyle benden yardımını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Atakan YILMAZ'a, tezim için veri toplamamda bana yardımcı olan sevgili asistan arkadaşlarım ve acil servis çalışanlarına teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi zorlu çalışma hayatım ve tezimin yazım sürecinde de güvenini ve desteğini esirgemeyen aileme sonsuz sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ahmet SAROHAN

Denizli, 2017

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>ONAY SAYFASI</b> .....	III
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	IV
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	V
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	VII
<b>GRAFİKLER DİZİNİ</b> .....	VIII
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	IX
<b>ÖZET</b> .....	X
<b>ABSTRACT</b> .....	XII
<b>GİRİŞ</b> .....	1
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	3
<b>EV KAZALARI İÇİN GENEL BİLGİLER</b> .....	3
<b>Tanım</b> .....	3
<b>Ev Kazalarının Sınıflandırılması evde karşılaşılan kazalar</b> .....	3
<b>A) Ev Kazalarının Epidemiyolojik Özellikleri</b> .....	3
<b>i) Dünyada Ev Kazalarının Görülme Sıklığı</b> .....	3
<b>ii)Türkiye’de Ev Kazalarının Görülme Sıklığı</b> .....	4
<b>B) Bireysel Özellikler</b> .....	4
<b>i) Yaş</b> .....	4
<b>ii) Cinsiyet</b> .....	4
<b>iii) Eğitim Durumu</b> .....	4
<b>Meslek</b> .....	4
<b>C) Diğer Özellikler</b> .....	4
<b>i) Yer Özellikleri</b> .....	5
<b>ii) Zaman Özellikleri</b> .....	5
<b>D) Ev Kazalarından Korunma</b> .....	6
<b>YETİŞKİNDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER</b> .....	7
<b>Epidemiyoloji</b> .....	8
<b>Cinsiyet</b> .....	9

<b>ERİŞKİNDE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU’NUN DSM IV KİTABINDAKİ TANI KRİTERLERİ</b>	9
<b>Dikkatsizlik için.....</b>	9
<b>Hiperaktivite İçin.....</b>	11
<b>İmpulsivite (Dürtüsellik) İçin.....</b>	11
<b>DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISINDA KULLANILAN TESTLER.....</b>	12
<b>Stroop Testi (Frontal Dikkat).....</b>	12
<b>Sayı Dizileri Testi.....</b>	12
<b>İz Sürme Testi (Frontal Dikkat).....</b>	12
<b>Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST ).....</b>	12
<b>Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (Turgay’ın DEHB Testi).....</b>	12
<b>GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	14
<b>ÇALIŞMA PLANI.....</b>	14
<b>ÇALIŞMANIN EVRENİ.....</b>	14
<b>Hasta Grubu.....</b>	14
<b>Kontrol grubu.....</b>	14
<b>VERİLERİN TOPLANMASI.....</b>	15
<b>VERİLERİN ANALİZİ.....</b>	16
<b>BULGULAR.....</b>	18
<b>TARTIŞMA.....</b>	27
<b>SONUÇLAR.....</b>	36
<b>KAYNAKLAR.....</b>	38

## SİMGELER ve KISALTMALAR

<b>DEHB</b>	: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>CCHS</b>	: Canadian Community Health Survey
<b>DSM-IV-TR</b>	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı"sı
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>BK</b>	: Birleşik Krallık
<b>HPQ</b>	: Health and Work Performance Questionnaire

## GRAFİKLER DİZİNİ

	Sayfa No
<b>Grafik 1</b> Sayı Dizileri Testine göre vaka ve kontrol gruplarında DEHB görülme sıklığı.....	20
<b>Grafik 2</b> Stroop Testi'ne göre vaka ve kontrol gruplarında DEHB görülme sıklığı.....	21
<b>Grafik 3</b> Turgay'ın DEHB (hiperaktivite) Testi'ne göre vaka ve kontrol gruplarında DEHB görülme sıklığı.....	21
<b>Grafik 4</b> Ev kazası geçirenlerin yaş gruplarına göre dağılımı.....	21
<b>Grafik 5</b> Çalışmaya katılanların tümünde sayı dizileri testine göre yaş gruplarına göre DEHB görülme sıklığı .....	22
<b>Grafik 6</b> Çalışmaya katılanların tümünde stroop test'e göre yaş gruplarına göre DEHB görülme sıklığı.....	22
<b>Grafik 7</b> Çalışmaya katılanların tümünde Turgay'ın testine göre yaş gruplarına göre DEHB görülme sıklığı.....	22
<b>Grafik 8</b> Ev kazalarının günlere göre dağılımı.....	25
<b>Grafik 9</b> Ev kazalarının saatlere göre dağılımı.....	25
<b>Grafik10</b> Ev kazaların türlerine göre dağılımı.....	25
<b>Grafik11</b> Ev kazalarında etkilenen vücut bölgesine göre dağılım.....	26
<b>Grafik12</b> Ev kazalarının evde olduğu kaza bölgeleri.....	26



## TABLULAR DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1</b> Çalışmaya alma ve dışlama kriterleri.....	15
<b>Tablo 2</b> Çalışmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı.....	19
<b>Tablo 3</b> Çalışmaya katılanların yaş gruplarına göre dağılımı .....	19
<b>Tablo 4</b> Eğitim düzeyine göre DEHB görülme sıklığı .....	23
<b>Tablo 5</b> İlk ev kazası ile daha fazla kazanın DEHB ilişkisi.....	24
<b>Tablo 6</b> İlk ve ikinci ev kazası ile daha fazla ev kazasında DEHB ilişkisi.	24

## ÖZET

### **Acil Servise Ev Kazası ile Gelen Hastalarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Ev kazaları bir evin içinde ya da ona ait yakın çevrede olan kazalara denir. Ülkeler ve yaş grupları arasında değişmekle birlikte ev kazaları tüm kazaların %25'ini oluşturur. Ev kazaları, bireylerin sağlığı ve yaşam kalitelerini doğrudan etkilediği gibi, sonuçları bakımından toplumu da yakından ilgilendirmektedir. Ev kazaları, yaralanma ya da ölüm şeklinde sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Evin iç mekan dizaynına bağlı sebepler olabileceği gibi birey kaynaklı nedenlerle de ev kazaları yaşanabilmektedir. Bu bireysel nedenlerden biri de Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'dur.

Çalışmamızda, 30.08.2015 – 30.08.2016 tarihleri arasındaki 12 aylık çalışma süresince, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisi'ne ev kazası ile başvuran hastaları erişkin tip DEHB açısından değerlendirdik. Ev kazası ile başvuran hastalara acil servisimizde tıbbi açıdan ilk müdahaleleri zaman kaybetmeksizin yapıldı, analjizileri sağlandı ve tedavi planları hazırlandı. Taburculuk aşamasına gelen hastalara, çalışma hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan aydınlatılmış onamları alındı ve içerisinde kaçınıcı ev kazasını geçirdiğini, ev kazasını haftanın hangi günü ve hangi saatte geçirdiğini, yaralanma şeklini, öğrenim durumunu, medeni halini, çocuk sahibi olup olmadığını, okul başarısını sorgulayan bir sosyodemografik veri formunu cevaplamaları istendi.

Daha sonrasında ise yetişkin tip DEHB taramasında kullanılan, DEHB açısından anlamlı (hasta olma ihtimali yüksek) ya da anlamsız (hasta olma ihtimali düşük) şeklinde değerlendirme yapmamızı sağlayan; Sayı Dizileri Testi, Stroop Test ve Prof. Dr. Atilla Turgay'ın DEHB testi'nin hiperaktivite baskın tipini inceleyen ikinci bölümünden oluşan üç farklı test hastalarla bire bir görüşülerek uygulandı . Bu şekilde 120 kişilik gönüllü çalışma grubu oluşturuldu.

Acil servise ev kazası dışında başvuran, çalışma grubuna benzer yaş ve cinsiyette 120 kişi diğer bir hasta grubuna da onayları alındıktan sonra DEHB taramasında kullanılan aynı testler uygulandı. Bu şekilde de 120 kişilik kontrol grubu oluşturuldu.

Vaka ve kontrol gruplarından elde edilen veriler “Statiscal Package for Social Scienses for Windows 17” adlı standart veri formuna kaydedildi ve karşılaştırmaları yapıldı. Vakaların sosyodemografik veri formundaki sorulara verdikleri cevaplara göre yaş, cinsiyet, medeni durumun, eğitim düzeyinin, okul başarısının, kazanın olduğu günün, kaza saatinin ev kazası ile ilişkisi değerlendirildi. Bunların DEHB ile ilişkisi de gözden geçirildi.

Çalışmamızda kullandığımız Sayı Dizileri Testi, Stroop Test ve Prof. Dr. Atilla Turgay’ın DEHB Testi’nin hiperaktivite baskın tipini inceleyen bölümüne göre DEHB açısından anlamlı olan ev kazası vakaları yaş ve cinsiyet açısından değerlendirildiğinde bu faktörlerin ev kazaları üzerine etkisi olmadığı saptandı.

Modele yaş cinsiyet ve sırasıyla sayı dizisi testi, stroop test ve Atilla Turgay’ın DEHB testi eklenerek yapılan lojistik regresyon analizlerinin sonuçlarına göre Sayı Dizileri Testi’ne göre DEHB için anlamlı olanların olmayanlara göre sırasıyla 4,5 kat, 3,3 kat ve 5,5 kat daha fazla ev kazası geçirme olasılığı olduğu ortaya konmuştur.

Acil servise ev kazası ile gelen hastalar ilk ev kazası ve 2 ve daha fazla ev kazası geçirenler olarak kategorize edildiğinde sadece Sayı Dizileri Testi için anlamlı sonuca varılmıştır. İlk ve ikinci ev kazası ve 3 ve daha fazla ev kazası geçirenler olarak kategorize edildiğinde her üç test için anlamlı sonuca varıldı.

Ev kazaları sırayla en sık Cuma ve Cumartesi günleri görülmektedir, en sık 16-20 ve 12-16 saatleri arasında görülmektedir. En sık düşme ve kesici alet yaralanmaları görülürken, kazalar en sık mutfakta olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ev kazası, erişkinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

## SUMMARY

### **The relation with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder at Patients Admitted Emergency Service with Presentation of Home Accidents**

Dr. Ahmet SAROHAN

Home accidents are defined as accidents happening inside an house or at its appendices. Although it changes with the age groups and the countries, Home accidents make up 25% of all accidents. Home accidents not only affects the health and life quality of individuals but affects all society with their outcomes. Home accidents may end up with severe injuries or with death.

Home accidents may occur because of individual causes beside the causes related with the interior design of the house. One of those indivial causes is Adult Attention Deficit/Hiperactivity Disorder.

In this study, patients who admitted to Pamukkale university hospital adult emergency service with the presentation of home accident at time period of 12 months from 30.08.2015 to 30.08.2016 are evaluated for AADHD. Patients admitted with home accident had their medical first aid immediately and they had appropriate analgesia. An appropriate treatment schedule was plotted. Patients who had appropriate treatment are informed about the study at the stage of discharge.

We asked the patients, who admitted with home accident , to be recruited in the study to sign informed consent and to answer sociodemographic data questionnaire including questions about numbers of home accidents experienced, day of accident, type of accident, educational status, marital status, having child/children or not and their academic succes.

Then Number Series Test, Stroop Test and Prof Dr Atilla Turgay,,s Test's second chapter which searchs the hyperactivity dominant type of AADHD are performed. These three tests used for scanning AADHD and gives a result of significant (high probability for disorder ) or insignificant ( low probability for disorder). 120 patient recruited in voluntery study group.

Patients similar to study group in terms of age, gender admitting emergency service without home accident are recruited in control group and they signed informed consent, Same three tests used for scanning AADHD performed on these patients. Those 120 patients recruited in control group.

Data gathered from study and control groups are analyzed with SPSS „Statistical Package for Social Sciences“ for Windows 17 programme. Cases evaluated and investigated for a relation with home accidents and AADHD, according to replies they gave to the questions at sociodemographic data form about age, gender, marital status, educational status, academic success, weekday of the accident and the hour of the accident.

According to tests we used in our study (Number Series Test, Stroop Test and second chapter of Prof Dr Atilla Turgay’s Test) home accident cases which are positive for AAHDH, gender and age are not related factors with the home accident.

When age and gender being constant and number series test , Stroop test and Turgay’s test are added changeably to the model and it is evaluated with logistic regression analyses, it shows positive number series test cases are 4,5 times, positive stroop test cases are 3.3 times and Turgay’s test case are 5,5 more likely to have an home accident.

When the patients who admitted Emergency Service with home accident are categorised as first time home accident sufferer and more than first time home accident sufferer. Only number series test is meaningful for an increased risk at more than first time sufferers compared to first time sufferers. When it is categorised as ‘first and second time home accident sufferer’ and ‘third and more times home accident sufferer’, all three tests shows increased risk to have more and more home accidents at ‘third and more times home accident sufferers’

Home accidents are seen mostly on Fridays and Saturdays; at between 16:00 and 20:00 and then at between 12:00 and 16:00. Most frequently Falls are seen and they are followed by cuts and mostly happens in the kitchen.

**Key Words:** Home accidents, Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre "kaza"; ihmal, tedbirsizlik, dikkatsizlik veya herhangi bir işte ehliyetsizlik sonucu ani olarak ve istenmeden oluşan ve sonunda fiziksel ve ruhsal bir kayba neden olan olaydır (1). DSÖ'nün verilerine göre, her yıl yaklaşık olarak 3,5 milyon kişi kazalar sonucu gelişen yaralanmalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (2). Birleşik Krallık (BK) verilerine göre her yıl ev kazaları sonucu yaklaşık 6000 kişi ölmektedir (3). Ev kazaları; bir evin içinde ya da ona ait yakın çevrede olan kazalara denir. Ülkeler ve yaş grupları arasında değişmekle birlikte ev kazaları tüm kazaların %25'ini oluşturur (4), Türkiye'de ev kazalarının tüm kazaların %18-25'ini oluşturduğu gösterilmiştir (5). Ev kazaları tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte çocuklar ve yaşlılar için daha fazla risk oluşturmaktadır (4, 6, 7).

Ev kazaları, tüm dünyada diğer kaza türlerine göre daha sık görülmekte olup, bunun muhtemel sebebi; evde kazaya maruz kalan nüfusun çokluğu ve kazayla karşılaşma süresinin bir günün tamamını kapsamasıdır (8). Trafik ve iş kazalarının mortalite ve sakatlık oluşturma ihtimali daha yüksek olsa da, ev kazalarının oluş sıklığı açısından tüm kazalar arasında ilk sırayı alması toplum sağlığı açısından önemlidir (8). Ev kazaları daha az oranda sakatlık ve ölüme sebebiyet vermektedir, bu duruma paralel olarak etkilenenlerin de daha az oranda tıbbi yardıma başvurduğu düşünülürse ev kazalarının gerçek boyutları hakkında bilgi sahibi olmanın zorluğu anlaşılacaktır (9). Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK)'nun verileri, birincil olarak trafik kazalarına odaklanmaktadır. Risk faktörlerini ve sıklığını belirlemek için gerekli ulusal veriler henüz derlenmemiş olsa da ülkemizde ev kazalarını buzdağına benzetmek uygun olacaktır (10,11,12).

Ev kazaları, Acil Servislere en sık düşme, kesi, yanık ve korozif veya toksik madde inhalasyonu nedenleriyle başvurmakta olup bir çalışmada acil servis başvurularının %1.3 gibi bir oranının ev kazaları nedeniyle olduğu tespit edilmiştir (10). Sayıları onmilyonları bulan acil servis başvuruları dikkate alındığında yüzbinlerce başvurunun varlığı anlamına gelmektedir ki bu da hem acil servislere hem de ülke ekonomisine ciddi bir yük demektir.

Ev kazaları, bireylerin sağlığı ve yaşam kalitelerini doğrudan etkilediği gibi, sonuçları bakımından toplumu da yakından ilgilendirmektedir. Bunun nedeni, ev

kazalarının birey, aile fertleri, aile ve ülke ekonomisi ile toplum için önemli sosyal ve ekonomik yükler yaratmasıdır. Ev kazaları, yaralanma ya da ölüm şeklinde sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Dolayısıyla birey, ev kazası sonucunda önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşabilmektedir. Ayrıca, geçici ya da sürekli gelir kayıpları ve tedavi harcamaları nedeniyle bir takım ekonomik kayıplara da uğrayabilmektedir.

Araştırmalar sonucunda ev kazalarının nedenleri fiziksel ve bireysel olarak sınıflandırılmıştır. Bireysel nedenler arasında da yetersiz bilgi ve beceri ile psikolojik ya da zihinsel problemler vardır. Psikolojik nedenlerden biri olarak gösterilen ve ev kazaları nedenleri arasında önemli bir yeri olduğunu düşündüğümüz erişkin tip Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), erken çocukluk döneminde başlayan ve temel belirtileri erişkin dönemde de devam eden kronik, gelişimsel bir psikiyatrik rahatsızlıktır (13). Temel belirtileri dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite olan bu rahatsızlık, hastaların erişkin dönemde de psikolojik ve sosyal alanlar ile eğitim ve meslek alanlarında sorunlar yaşamalarına neden olur (13).

Bu çalışmada amacımız, ev kazalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu görülme sıklığını araştırmak ve elde edeceğimiz verileri normal popülasyondaki bireylerden oluşan grupla karşılaştırmaktır. Bu yöntemle ev kazalarının önlenilebilen nedenlerinden olan DEHB'nin ev kazalarına olan etkisini bilimsel olarak ortaya koyacağımızı düşünüyoruz. Yaptığımız literatür taraması sonucunda ülkemizde DEHB'nin ev kazalarıyla ilişkisini gösteren bir çalışmaya rastlamadık. Çalışmamız bu yönüyle bir ilk olma özelliği taşımaktadır.

## GENEL BİLGİLER

### EV KAZALARI İÇİN GENEL BİLGİLER

DSÖ'ye göre bir toplumda en önemli sağlık sorunu o toplumda sık görülen, sık öldüren ve sık sakat bırakan hastalıklardır. Bu kriterlere göre kazalar tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorununu oluşturmaktadır (14).

**Tanım:** Ev kazaları DSÖ tanımına göre; evde veya evin bulunduğu çevrede meydana gelen kazalardır (15,16). Ev kazaları; evin içinde veya avlu, bahçe, garaj, teras gibi eve bağlı olan diğer alanlarda meydana gelen herhangi bir kaza veya yaralanmayı belirtmek için kullanılır (17).

#### **Ev Kazalarının Sınıflandırılması evde karşılaşılan kazalar;**

- 1- Düşmeler,
- 2- Yanmalar,
- 3- Zehirlenmeler (Toksik madde maruziyeti; inhalasyon veya temasla),
- 4- Kesikler,
- 5- Elektrik çarpmaları ve
- 6- Boğulmalar olmak üzere altı grup altında toplanabilir (15).

#### **A) Ev Kazalarının Epidemiyolojik Özellikleri**

##### **i) Dünyada Ev Kazalarının Görülme Sıklığı**

Ev kazaları Dünya'da ve Türkiye'de diğer kaza türlerine göre daha sık görülmektedir. Bunun nedeni evde ev kazasına maruz kalabilecek nüfusun çokluğu ve kazayla karşılaşma süresinin bir günde 24 saatin tamamını kapsamasıdır (8,18).

Tüm dünyada ülkelerle ve yaş gruplarına göre değişmekle beraber, travmalar içinde ev kazalarının oranı % 25'tir (4,19,20).

BK'de kaza sonucu ölümlerin yaklaşık %40'ı ev kazalarından olmaktadır. ABD'de 1990 yılında hastanede tedavi olan olguların on binde 33'ünü ev kazaları oluşturmuş ve bu kazaların %40'ı ölümlerle sonuçlanmıştır. BK'de 1960'da toksik madde maruziyeti ilk sırada yer alırken, İtalya'da ve ülkemizde düşmeler ilk sırada yer almaktadır (18).



## **ii) Türkiye’de Ev Kazalarının Görülme Sıklığı**

Türkiye’de ev kazalarına ilişkin kesin bir sayı olmamakla birlikte, tüm kazaların % 18-25’ini ev kazalarının oluşturduğu sanılmaktadır (5,18,19). Ülkemizde kaza sonucu düşmeler ve buna bağlı ölümler yıllar içinde artarak devam etmektedir. 1997’de ev kazaları nedeniyle hastaneye yatanlarda ilk sırada kaza sonucu düşme, ikinci sırada delici-kesici aletlerle yaralanma, üçüncü sırada zehirlenmeler yer almaktadır.

## **B)Bireysel Özellikler:**

### **i)Yaş**

Ev kazaları hayatın her döneminde özellikle çocuk ve geriatric yaş grubunda önemli yaralanma ve ölüm nedeni olmuş, ihmali veya yetersiz kontrolü affetmeyecek önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir (14,18,20).

### **ii)Cinsiyet**

Ev kazalarıyla çoğunlukla kadınların karşılaştığı bulunmuştur (18).

### **iii)Eğitim Durumu**

Eğitim durumu arttıkça ev kazasına maruz kalma oranının düşmesi beklenirken; ülkemizde yapılan bir araştırmada bu durumun tersi sonuçlarla karşılaşılmıştır (18).

### **iv)Meslek**

Acil servise ev kazası nedeniyle başvuranların çoğunluğunu 0-14 yaş grubu çocukların (%26.2), çalışanların (%25.6), işsizlerin (%16.6) ve ev kadınlarının (%16.0) oluşturduğu bildirilmiştir (14).

## **C) Diğer Özellikler:**

Ev kazaları bölge, ulaşım, aile yapısı, sosyo-ekonomik-kültürel durum, psikososyal durum gibi değişkenlerle yakından ilişkilidir. Ailenin sosyo- kültürel ve ekonomik durumuna göre görülme sıklığı değişmektedir. Sosyo-kültürel ve ekonomik durumu düşük olanlarda daha fazla, yüksek olanlarda ise daha az görülmektedir. Ülkemizde yapılan bazı araştırmalarda bu durumun tersi sonuçlara ulaşılmış ve

sonuçta sosyo-kültürel ve ekonomik durumu yüksek olanların kaza ve yaralanmalarda sağlık kuruluşlarına daha çok başvurması ve daha sağlıklı kayıtlar tutulması nedeniyle, bu grupta kaza görülme sıklığının yüksek bulunduğu yorumu getirilmiştir.

Kazalar duygusallıkla da ilgilidir. Duygusallık kazaları artırmaktadır. Ani, aceleci, heyecanlı ve kızgınlıkla yapılan hareketler çoğunlukla kaza ile sonuçlanmaktadır. Dikkatsizlik, duygusal durum bozuklukları, bireyin kullandığı ilaçlar, fiziksel güçte azalma kazaların sık görüldüğü durumları oluşturmaktadır (18).

Ev kazalarının meydana gelmesinde; konut ve çevrenin uygun olmayan koşulları, evde kullanılan her türlü ürün standardının yeterince geliştirilmemesi, bu ürünün kullanım yönergelerindeki yetersizlik ve giderek artan sanayi ve tüketim mallarının bilinçsizce kullanılması rol oynamaktadır. Ayrıca konut ve bina planlarının kazaları önleyici şekilde yapılmaması ve konutlardaki yapım hataları da etkili olmaktadır (21).

### **i)Yer Özellikleri**

Evin bazı bölümlerinde daha sıklıkla ev kazalarının olduğu görülmektedir. Evin en tehlikeli bölümünün banyo olduğu söylenebilir. Banyo küvetleri ve su ısıtıcıları (elektrikli veya gazlı) risk artırıcı faktörlerdir. Gaz kullanılan ortamlarda CO (karbonmonoksit) zehirlenmesi de oluşabilir. Depo olarak kullanılan yerler, kesici aletler, zehirler ve bahçe makinelerinin saklandığı odalar da tehlike potansiyeli yüksek ev alanlarıdır.

Mutfaklar özellikle bıçak gibi kesici aletlerin sık kullanılması, yemek pişirilmesi sırasında oluşabilen yanık olguları açısından tehlikeli yerlerdir.

Düşmeler ise evin her bölümünde olabilmektedir (18).

### **ii)Zaman Özellikleri**

Ev kazaları mevsime göre değişiklik göstermektedir. Kış döneminde yanıklar daha sık görülürken, ilkbahar ve yaz mevsiminde düşmeler, toksik madde maruziyetleri ve boğulmalar artmaktadır.

Yoğun iş saatleri olan sabah ve akşam saatlerinde daha sık, diğer saatlerde daha az kaza görülmektedir (18).

## **D) Ev Kazalarından Korunma**

Ev kazalarından korunma, kaza tiplerinin ve nedenlerinin bilinmesi ile gerçekleşmektedir.

Kazaların oluşmasında bireysel ve çevresel faktörler etkili olmaktadır. Kazaların ortaya çıkmasındaki bireysel faktörler; psikolojik, fizyolojik ve eğitime ilişkin durumlardır. Yapılan araştırmalar, ev kazalarının bazen çevredeki tehlikeli durumlardan, bazen de hatalı davranışlardan, fakat genellikle her ikisinin birleşmesinden ileri geldiğini göstermektedir (21).

Dünya Sağlık Örgütü'nün ev kazalarının önlenmesinde başarılı olabilmek için sunduğu yaklaşımlar şunlardır:

1. Çevresel koşulların iyileştirilmesi, kaza riski yaratan durumların ortadan kaldırılması veya azaltılması,

2. Risk altındaki kişiler ve yakınları başta olmak üzere tüm toplumun kaza riskleri, nedenleri, sonuçları ve korunma yöntemleri konusunda yalın, açık ve uygun şekilde eğitilmelerinin sağlanması, bu amaçla kitle iletişim araçlarının kullanılması ve sektörler arası işbirliğinin sağlanması,

3. Ev kazaları konusunda epidemiyolojik araştırmalar ve sürekli sürveyans yapılması, etiyolojik ajanların belirlenmesi, risk gruplarının tespiti ve korunma yollarının belirlenmesi önem taşımaktadır (21).

Evde yürütülen faaliyetlerde ergonomi kurallarının uygulanması; özellikle yaşlı bireylerin işi daha az zaman ve sürede, daha verimli ve emniyetli bir şekilde yapmalarını sağlanması ile, bireylerin evdeki yaşam tatminini en üst düzeye çıkarılabilir (15).

## YETİŞKİNDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

**Tanım:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun temel özelliği, kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinin kısalığı, engellemeye yönelik denetim eksikliği nedeniyle davranışlarda ya da bilişte ortaya çıkan aksaklık ve huzursuzluktur (22).

DEHB çocukluk çağında gözlenen önemli bir nöropsikiyatrik bozukluktur. Kuzey ve Güney Amerika, Kuzey ve Doğu Avrupa ve Asya kıtaları dahil tüm dünya da yaygın olduğu gösterilmiştir ve çocuk ve ergenlik çağındaki sıklığı %5-10'dur (23). DEHB geçmişte çocukluk dönemiyle sınırlı, ergenlikte düzelen ve davranış kontrolünde gelişimsel bir gecikmenin olması ile belirli bir bozukluk olarak kabul edilirdi. Yeni uzun dönem izlem çalışmalarıyla çocukluk DEHB olgularının %50-70'inin genç erişkinliğe kadar devam ettiği gösterilmiştir (24). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan geniş örneklemlerle bir toplum çalışmasında erişkin dönemde DEHB sıklığı %4,4 oranında saptanmıştır (25).

Dikkat Eksikliği belirtilerinde; üzerine aldıkları bir işi bitirmekte zorlanma, bir işi bitirmeden hemen diğerine geçme, konuşulanı dinlemiyormuş görüntüsü, dışarıdan gelen uyarılarla hemen dikkatinin dağılması gözlenmektedir (24,26).

Dürtüsellik (İmpulsivite) belirtileri olarak sabırsızlık, sıra beklemekte güçlük ve yönergeleri dinlememe sıralanabilir. DEHB, birçok toplumda oldukça sık görülen, erken çocukluk ve hatta intrauterin dönemde bile kendini belli edebilen bir durumdur. Hastaların yarısından fazlasında erişkinlikte de etkisini sürdürüp, bireysel gelişim ve sosyal ilişkiler açısından, toplum ve sağlık hizmetlerinin en önemli sorunlarından biri olmaktadır. Yapılan çalışmalarda hastaların en az %60'ında DEHB'nin önemli belirtilerinin gençlik ve erişkinlik döneminde de olumsuz etkilerini sürdürdüğü gösterilmiştir (26).

Erişkinlerde hastalığın yaygınlık ve seyri anlaşılabilmemesi çocuklukta DEHB tanısı alanların erişkinlik döneminde de izlenmesiyle mümkün olmaktadır. Ancak özellikle ülkemizde henüz yeterli sayıda uzun dönemli çalışma yoktur.

## **Epidemiyoloji**

Epidemiyolojik çalışmalar DEHB'nin yaygın bir bozukluk olduğunu göstermiştir. Tanıma göre sıklığı farklılıklar göstermekle birlikte, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı'sı (DSM-IV-TR) tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlerdeki sıklığı %5-10'dur. Dünyanın değişik ülkelerinde yaygınlığı ortaya konmuştur ve sadece batı ülkelerinde görülen bir bozukluk değildir (27-31).

ABD'de yapılan ulusal çaptaki bir epidemiyolojik araştırmada Erişkin DEHB yaygınlığı %4,4 olarak hesaplanmış ve bozukluğun en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu bildirilmiştir (25). DSM-IV-TR'e göre, erişkinlerde DEHB tanısı koyabilmek için dikkatsizlik belirtilerinin, aşırı hareketlilik/dürtüsellik ya da her ikisinin birden bulunduğu gösterilmelidir. Belirtiler yedi yaşından önce başlamış olmalı ve hastanın yaşamının aile ilişkileri, okul ya da iş yaşamı gibi en az iki farklı alanında sorun oluşturmaktadır (27).

Yaşam boyu etkileri oldukça geniş olan bu bozuklukla ilgili epidemiyolojik örneklemelerde DEHB'li kişilerin yaşadığı problemlerin sadece hastalık belirtilerinden veya psikiyatrik eştanı sorunlarından kaynaklanmadığı, yaşamın diğer birçok alanlarında da güçlükler çektikleri gösterilmiştir. Çocuklarda akademik problemler, okulda güçlükler, bozulmuş aile ve akran ilişkileri mevcuttur. Biraz daha büyüdüklerinde kendine güven kaybı, kaza ve yaralanmaya eğimli olurlar. Ergenlik döneminde olguların %70-80'ninin belirtilerinin sürdüğü ve belirgin güçlük yaşamaya devam ettikleri gösterilmiştir (32-33). Yaşam boyu akademik başarıları düşük ve iş hayatları başarısız olma eğilimindedir. Bu kişilerin eğitim düzeyinin daha düşük olduğu, daha az genel ve profesyonel eğitim aldıkları, liseyi bitirememeleri oranının 3-10 kat fazla olduğu, üniversite derecelerinin daha düşük olduğu ve bunların sonucunda iş performanslarının düşük ve işsizlik oranlarının daha fazla olduğu (üç kat daha fazla işsiz kaldıkları), iş yaşamında daha alt düzeyde işlevsellik gösterdikleri, daha az nitelikli işlerde çalıştıkları ve kazançlarının daha az olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (32-33).

## **Cinsiyet**

Çocukluk döneminde çeşitli çalışmalarda erkek/kadın oranı 2:1-6:1 arasında bildirilirken erişkin örneklerde 1/1 bulunmuştur (34). Yaşla birlikte ortaya çıkan cinsiyet oranlarındaki bu değişimin çeşitli açıklamaları olabilir. Bunlardan birisi erişkin dönemde özellikle dikkat eksikliği belirtilerinin soruna yol açması ve kadınlarda dikkat eksikliği belirtilerinin baskın olmasıdır. Diğer bir olasılık çocukların hekime yakınları tarafından getirilmeleri, erişkinlerin ise kendilerinin başvurmaları ve yakınmalarını dile getirmeleridir. Ayrıca eştanıların erkek çocuklarda fazla olması erkek çocukların daha çok tedaviye götürülmesini doğurmaktadır. Tedavi alan erkek çocukta klinik özellikler gerilemekte bunun sonucunda erişkin dönem toplum örneklerindeki oran 1:1'e düşmektedir. Bir diğer olasılık da diğer tıbbi durumlarda olduğu gibi kadınların yakınmalarını daha çok dile getirmeleri ve yardım aramalarıdır (35).

## **ERİŞKİNDE DİKKAT KSIKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NUN DSM IV KİTABINDAKİ TANI KRİTERLERİ**

### **Dikkatsizlik için**

1) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez, okul veya iş yerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar. Örneğin toplantı saatlerini karıştırabilir, istenen bir belge yerine başka bir belge gönderebilir.

2) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık. Örneğin alışveriş yapması gerekirken, yemek yapması gerekirken araya başka iş alırlar, çünkü ilgileri o an için o işe kaymıştır ve alışveriş ertelenir, yemek yanabilir.

3) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür. Dikkat Eksikliği olan kişilerde özgüven düşüktür, göz teması kurmakta zorlanırlar.

Bir başka özellikleri ise aynı anda birkaç işle uğraşmaktan keyif alırlar.

4) Çoğu zaman yönergeleri izlemez, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (Karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri

anlayamamaya bağılı değildir). DEHB'lilerin kurallarla arası yoktur. abuk sıkıldıklarından, uzun yönergeleri takip etmekte zorlanırlar.

5) oğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk eker. Beynimizin frontal lobu yönetici işlevlerden sorumludur. DEHB'li insanlarda bu bölgedeki bazı hormonların dengesizliğinden dolayı bu durum fiziksel bir durumdur. İşlerimizi, yapmamız gerekenleri biliriz ancak bunları hangi sırayla yaparsak daha etkin bir iş çıkarırız ya da nasıl bir planlamayla zamandan tasarruf edebiliriz gibi hesaplamaları yapmakta zorluk ekerler. Bu durum karşısında kişi bazen paralize olup hiçbir Őey yapamazken, bazen de zayıf performans gösterir. Bu durum da kişiyi işi başında hataya götürebilmektedir.

6) oğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir. DEHB'li kişiler çok çabuk dikkatleri dağıldıklarından, ilgileri olmayan konularda uzun süreli odaklanmada zorluk ekerler. Mental çaba gerektiren görevler eğer ilgi alanları dahilindeyse sorun yoktur zaten, ancak detaylı bir işi ile ilgileniyorsa hata yapma riski artar.

7) oğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan Őeyleri kaybeder.

8) oğu zaman dikkati dış uyarınlarla kolaylıkla dağılır. Odaklanmada ne kadar zorlanıyorsa dış uyarınlara karşı hassasiyetleri o kadar artar diyebiliriz. Örneğin, hizar makinesi ile bir keresteyi keserken aynı anda işi yerinin içindeki bir sesle dikkati dağılabilir. Bu da strese yol açar ve kaza riski artar.

9) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkandır. DEHB'li kişilerde kısa süreli hafıza zayıf olduğundan günlük etkinliklerinde yapmaları gereken Őeyleri kolaylıkla unutabilirler. Bu durumda sadece yapılacakları not etmek yetmeyebilir, not ettiklerini sürekli görebilecekleri bir yerde tutmaları, zamanlama söz konusu ise, alarm kurup, mesaj atıp kendilerine hatırlatmaları gerekir. Diğer türlü unutulanan işler bir sonraki güne sarkar, bir sonraki gün de unutulacak Őeyler olduğunu düşünürsek, tüm bu unutulananlar toplanarak bir sonraki güne sarkarak devam eder ve sonunda dağ gibi yığılmış, unutulmuş işler olarak karşısına çıkar. Kafası sürekli bu düşüncelerle dolu olan kişi işi başında kazaya yatkınlaşır.

Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

### **Hiperaktivite İçin**

- 1) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- 2) Çoğu zaman toplantıda ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- 3) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- 4) Çoğu zaman, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- 5) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- 6) Çoğu zaman çok konuşur. Çok konuşan bir yetişkin, her zaman DEHB'li olmasa bile, bazen hiperaktivitenin dile vurduğu çok belirgin olarak karşımıza çıkar. Bazen düşünceler o kadar yoğun ve hızlı gelir ki adeta düşünce bombardımanına tutulmuş gibi olurlar. Bu onlar için aslında oldukça yıpratıcıdır çünkü odaklanmalarını daha da zorlaştırır. İş başında iken bu, hayati tehlike anlamına gelebilir.

### **İmpulsivite (Dürtüsellik) İçin**

- 7) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.
- 8) Çoğu zaman sırasını bekleme gücü vardır.
- 9) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.

Yukarıdaki DSM 4'ten alıntıya göre bu belirtilen özelliklerin en az 6 sının bir arada ve hayatımızdaki 2 alanda (örneğin; işte ve evde) görülmesi DEHB tanısı koymak için gerekmektedir. Bu tanıyı Uzman psikiyatristler koyar.



## **DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISINDA KULLANILAN TESTLER**

**Stroop Testi (Frontal Dikkat):** J. R. Stroop'un 1935 yılında geliştirdiği üç kısımdan oluşan bir bilişsel kontrol testi. Bu testin bilişsel psikoloji açısından önemi, görsel algıyla sembolik semantik algı arasında bir çatışma olduğunda, görsel algının ağır basmasıdır. Başka bir deyişle görsel algı daha temel, daha ilkeldir ve semantik süreçlerden önce gelir.

**Sayı Dizileri Testi:** Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testi dört alt testten oluşur: İşitsel Sözel Alt Test, Görsel Sözel Alt Test, İşitsel Yazılı Alt Test, Görsel Yazılı Alt Test. Türkiye’de geniş çaplı standardizasyonu Karakaş ve arkadaşları tarafından yapılmış ve 1993 yılında yayınlanmıştır. Testin normalizasyonu 6 – 96 yaş aralığındaki 1585 gönüllü katılımcı üzerinde yürütülmüştür. Çocukluk dönemi için 402, ergin dönemi için 372, erken ve geç yetişkin için 480, yaşlı ve ileri yaşlı için 331 katılımcı normalizasyon çalışmalarına katılmıştır.

**İz Sürme Testi (Frontal Dikkat):** Ölçtüğü beceriler şunlardır; çalışma belleği, görsel arama, karmaşık görsel tarama, dikkat hıza bağlı motor işlevler, işleme hızı, çeviklik planlama, sıralama becerisi, problem çözme, görsel-motor izleme, görsel uzamsal işlevler, görsel-kavramsal beceriler, bilişsel esneklik, zihinsel esneklik, set kaydırma (set değiştirme), tepki engellenmesidir.

**Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST ):** Soyut muhakeme yeteneğini ve değişen uyaran durumları karşısında bilişsel stratejileri değiştirme yeteneğini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Frontal lob lezyonlarının bilişsel ve gelişimsel etkilerini değerlendirmede kullanılır.

**Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (Turgay’ın DEHB Testi):** Erişkin DEHB ölçeği 1995 yılında Kanada’da A. Turgay tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, beşli (5’li) likert tipi derecelendirme ölçeği olup, üç alt bölümden oluşmaktadır:

**1.Bölüm:** Dikkat Eksikliği bölümü (DE): DSM-IV teki Dikkat Eksikliği (DE) belirtileri alınarak oluşturulmuş, toplam 9 madde vardır.

**2.Bölüm:** Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik Bölümü (AH): Bu bölümde de yine DSM IV’teki Aşırı Hareketlilik belirtileri alınmış ve toplam 9 maddeden oluşmaktadır.

**3. Bölüm:** DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar (Sorun) bölümü: Klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bölüm toplam 30 maddeyi içermektedir

## GEREÇ VE YÖNTEM

### ÇALIŞMA PLANI

Araştırmamız prospektif bir vaka-kontrol çalışmasıdır. Etik kurul onayı alınmasının ardından 30.08.2015 ile 30.08.2016 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Yetişkin Acil servisine ev kazası ile gelen hastalarla çalışma gerçekleştirildi. Tedavileri düzenlenip sağaltımı sağlandıktan sonra taburculuk öncesinde hastalarla bire bir görüşülerek çalışma hakkında bilgi verildi ve yetişkinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu taramasında kullanılan Prof. Dr. Atilla Turgay'ın DEHB testi, Sayı Dizileri Testi ve Stroop Testi uygulandı. Taburculuk sırasında çalışma yapılamayan ya da araştırmacının müsait olmadığı günlerde acil servise ev kazası ile başvuran hastalara da hastane kayıtları taranarak elde edilen 30.08.2015 ile 30.08.2016 tarihleri arasında Yetişkin Acil Servisi'ne ev kazası ile başvuran hasta bilgilerinden ulaşıldı. Daha sonra bu kişiler de acil servise davet edilerek çalışma gerçekleştirildi. Bu üç test her hasta için toplamda yaklaşık 15 dakikada tamamlandı.

### ÇALIŞMANIN EVRENİ

Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Yetişkin Acil Servisi'ne 30.08.2015 - 30.08.2016 tarihleri arasında ev kazası ile başvuran hastalar çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Bilinmeyen örneklem genişliği formülüne göre ( $\alpha=0.05$ ,  $p=0.50$ ,  $d=0.05$ ) evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü en az 100 olarak bulunmuştur. Biz 120 kişilik bir vaka grubu ve aynı demografik özellikte 120 kişilik bir kontrol grubu ile çalışmamızı tamamladık.

**Hasta Grubu:** Ev içinde yaralanarak acil servise başvuran hastalar.

**Kontrol grubu:** Acil servise ev kazası dışında bir sağlık sorunu ile başvuran vaka grubuna benzer demografik özellikteki hastalar.

**Tablo 1.** Çalışmaya alma ve dışlama kriterleri

**Çalışmaya alma kriterleri**

- 16-65 yaş arasında olması
- Acil Servise ev kazası ile başvurmuş olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması
- Bilinç açık, oryante ve koopere olması

**Çalışmaya almama kriterleri**

- 16 Yaş altı veya 65 yaş üzerinde olması
- Bilincin kapalı ya da dezoryante,dezkoopere olması
- Renk körlüğü olması
- Türkçe bilmiyor olması
- Bilincin konfü olması
- Total veya subtotal amputasyonun olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olması

**VERİLERİN TOPLANMASI**

DEHB için tanı koyduran tek bir test olmamakla beraber DSM-IV tanı kriterlerine göre çocukluk döneminde hiperaktivite varlığı, okul başarısında düşüklük olması, ailesinde DEHB tanısı almış ebeveynlerinin olması DEHB tanısı için hastayı riskli gruba sokar (23,26). Biz Yardımcı testlerden elde edilen verilerle; hastanın özgeçmişi, ailesinde DEHB varlığı ve daha önce ev kazası geçirip geçirmediği gibi destekleyici sorulara verilen cevapları karşılaştırdık. Böylece DEHB açısından risk durumunu göstermeye çalıştık. Uygulanan testler hiçbir şekilde hastanın tanı ve tedavi sürecini engellememiştir. Bu testlerden frontal dikkati değerlendirmede kullandığımız Sayı Dizileri Testinde her yaş için belirlenmiş bir puan cetveline göre hastanın aldığı puan belirlenmiş ve buna karşılık gelen bir ölçek puan elde edilmiştir. Ölçek puanın 7 ile 13 arasında olması halinde DEHB açısından anlamsız, 7'nin altı ve 13'ün üstünde olması ise DEHB açısından anlamlı kabul edilmiştir. Bir diğer yardımcı test olarak kullandığımız Stroop Testte deneklerden, dört farklı renk mürekkeple yazılmış renk isimlerinin (örn: mavi renkte yazılmış sarı, kırmızı renkte yazılmış yeşil, yeşil renkte yazılmış sarı) olduğu tablodan ilk turda sırayla kelimeleri olabildiğince hızlı okumalarını istedik. İkinci turda ise farklı renkte mürekkeple yazılan kelimelerin rengini sırayla olabildiğince hızlı (ve yüksek sesle) söylemelerini istedik. Örneğin 'mavi' kelimesi kırmızı mürekkeple yazılmış ise denek ilk turda kelimeyi okuyup "mavi" demeliydi ikinci turda ise kelimenin yazılı olduğu rengi söyleyip "kırmızı"

demeliydi. Bu deneylerden çıkan ve "Stroop etkisi" olarak adlandırılan çarpıcı sonuç, deneklerin, farklı renkten mürekkeple yazılan renk adlarını (örneğin kırmızı renkle yazılı 'mavi' kelimesini) okumakta oldukça zorlanmaları, doğru okuyabilmek için uzunca bir süre harcamaları, hatta mürekkebin rengini değil, yazılı kelimeyi söylemeleridir (örneğimizde doğru okuma 'kırmızı' olacakken, deneğin 'mavi' demesi). Bu iki bölümün tamamlanma süreleri kaydedildi. İlk kısmı tamamlama süresi ile ikinci kısmı tamamlama süresi arasında 55 saniyeden uzun süre olması DEHB için anlamlı kabul edildi. Son olarak hastalarımızdan, Prof. Dr. Atilla Turgay tarafından geliştirilen ve Pamukkale Üniversitesi psikiyatri polikliniğinde de uygulanan Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ölçeği formunu doldurmalarını istedik. Bu form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm 9 soruda DEHB'nin dikkat eksikliği baskın türünü, ikinci bölüm yine 9 soruda ve DEHB'nin hiperaktivite baskın türünü, üçüncü bölüm ise 30 soruda DEHB'nin dürtüsellik baskın türünü değerlendirmektedir.

Denekler her soruya karşılık kendilerine 0'dan 3'e kadar puan verdiler. 0= Hemen hiç, 1= Bazen, 2= Sıklıkla, 3= Çok sık anlamına gelmektedir. Bu formdan elde edilen 70 puan ve üzeri ya da ilk iki bölümde 9 sorudan 5'ine 2 ve üzeri üçüncü bölümde ise 30 sorudan 20'sine 2 ve üzeri puan vermesi DEHB için anlamlı kabul edildi. Yapılan araştırmalarda her üç testin de Türkçe'ye uyarlanmış halinin geçerlilik ve güvenilirliği yüksek bulunmuştur (34,36).

### **VERİLERİN ANALİZİ**

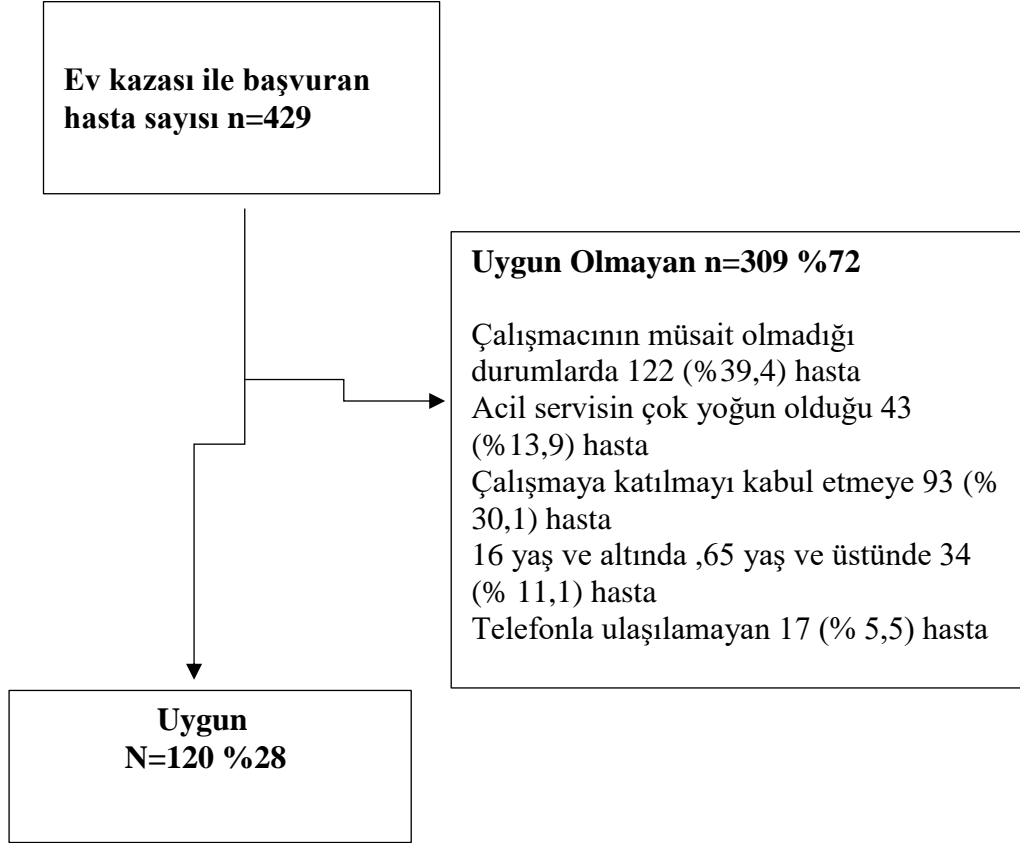
Bilinmeyen örneklem genişliği formülüne göre ( $\alpha=0.05$ ,  $p=0.50$ ,  $d=0.05$ ) evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü minimum olarak yaklaşık 100 olarak hesaplandı. Hastalardan elde edilen veriler "Statiscal Package for Social Scienses for Windows 17" adlı standart forma kaydedildi ve değerlendirmeleri yapıldı. Stroop Test için birinci bölüm ile ikinci bölüm arasında 55 saniyeden fazla fark olması, Turgay'ın DEHB (hiperaktivite) Testi için 9 sorundan en az 5'ine 2 puan ve üzeri verilmesi, Sayı Dizileri Testi için her yaş için belirlenmiş bir puan cetveline göre ölçek puanının 7'nin altı ve 13'ün üstünde olması ise DEHB açısından anlamlı kabul edilmiştir. Taramada kullanılan testlerden DEHB anlamlı veya DEHB anlamsız şeklinde elde edilen verilerinin karşılaştırılmasında istatistiki olarak Ki Kare Testi kullanıldı, çoklu değişkenlerin analizi için de lojistik regresyon yapıldı. Sayısal değişkenler ortalama  $\pm$  SD, kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak

özetlendi. İstatistiki veriler yüzde olarak değerlendirildi, grafik ve tablolar oluşturuldu. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edildi. Daha sonrasında ev kazasını etkileyen faktörlerin bağımsız olarak etkisini ortaya koymak amacıyla çoklu regresyon analizi yapıldı.

## BULGULAR

Çalışma süresince acil servise toplam 429 ev kazası olgusu başvurdu. Bu hastaların 120'si ile görüşüldü, 309'u ile çeşitli nedenlerden dolayı görüşülemedi. Hasta akış şeması aşağıda gösterildiği gibidir.

### Hasta Akış Şeması:



Tüm grubun cinsiyete göre dağılımına bakıldığında çalışmaya alınan 240 kişinin 120'si (%50) erkek, 120'si (%50) kadın hastalardan oluşmaktadır. Ev kazası olgularımızın cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde 61'i (%50.8) erkek, 59'u (%49.2) ise kadın hastalardan oluşmaktadır. Kontrol grubundaki 120 hastanın ise 61'i (%50.8) kadın 59'u (%49.2) kadın hastalardan oluşmaktadır (Tablo 2).

**Tablo 2:** Çalışmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı

cinsiyet	grubu		Toplam
	çalışma	kontrol	
erkek n	61	59	120
%	%50,8	%49,2	%100,0
kadın n	59	61	120
%	%49,2	%50,8	%100,0

Çalışmaya katılan toplam 240 bireyin yaşlara göre dağılımı incelendiğinde vaka ve kontrol grupları için en fazla sayıda bireyin 16-25 %41,7(n=100)yaş grubunda olduğu gözlemlendi. Yaş ortalaması bütün grup için  $29,36 \pm 9,8$  (min=17, max=59), vaka grubu için yaş ortalaması  $30,04 \pm 9,75$  (min=17, max=58), kontrol grubu için yaş ortalaması  $28,69 \pm 9,99$  (min=17, max=59), erkek vaka grubu için  $30,31 \pm 10,4$ , kadın vaka grubu için  $29,76 \pm 9,11$  olarak belirlendi (Tablo 3).

**Tablo 3:** Çalışmaya katılanların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş aralığı	Vaka	Kontrol	Toplam
15-25 yaş N (%)	42 (35,0)	58 (48,3)	100 (41,7)
26-35 N (%)	50 (41,7)	34 (28,3)	84 (35,0)
36-45 N (%)	18 (15,0)	20 (16,7)	38 (15,8)
46-55 N (%)	8 (6,7)	6 (5,0)	14 (5,8)
56-65 N (%)	2 (1,7)	2 (1,7)	4 (1,7)
Toplam N (%)	120 (100)	120 (100)	240 (100)



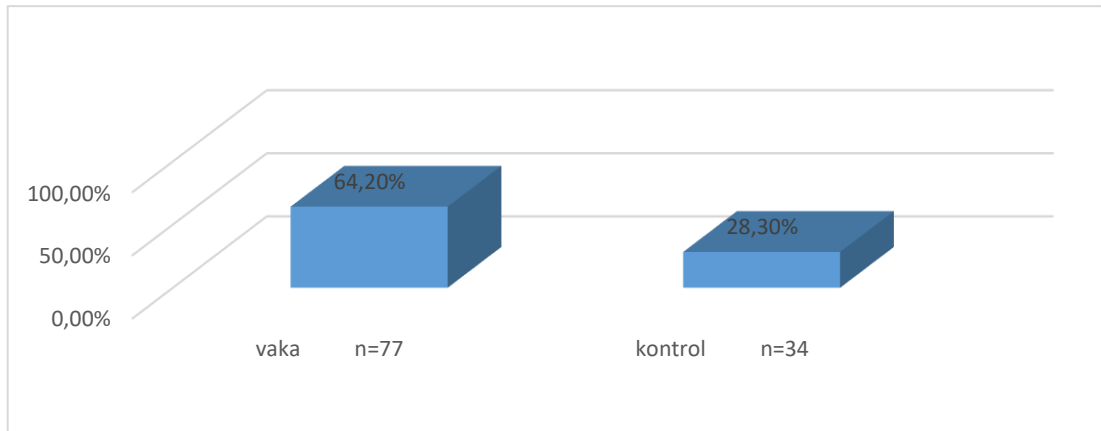
Acil servise ev kazası ile başvuran hastalarda DEHB ilişkisi incelendiğinde taramada kullanılan Sayı Dizileri Test'ine göre ev kazası ile başvuran hastaların %64,2'sinde (n=77) DEHB anlamlı bulunmuş iken kontrol grubunda ise hastaların %28,3'ünde (n=34) DEHB anlamlı bulunmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ) (Grafik 1).

Modele yaş, cinsiyet ve Sayı Dizileri Testi eklenerek yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre Sayı Dizileri Testi'nde DEHB anlamlı olanların olmayanlara göre 4,5 kat daha fazla ev kazası geçirdiği saptanmıştır.

Taramada kullanılan bir diğer test olan Stroop Test'e göre ev kazalarının %32,5'i (n=39) DEHB anlamlı bulunmuş iken kontrol grubunda ise hastaların %12,5'i (n=15) DEHB açısından anlamlı bulunmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ) (Grafik 2).

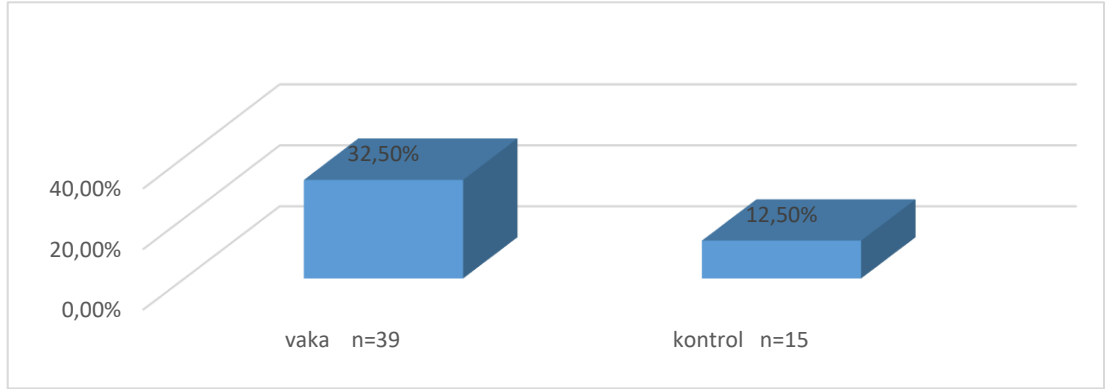
Modele yaş, cinsiyet ve Stroop Testi eklenerek yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre Stroop Testi'nde DEHB anlamlı olanların olmayanlara göre 3,3 kat daha fazla ev kazası geçirdiği ortaya konmuştur.

Dr. Atilla Turgay'ın DEHB taraması için hazırladığı testin 9 sorudan oluşan ve DEHB'nin hiperaktivite baskın tipini inceleyen ikinci bölümüne ev kazası ile gelenlerin %12,5'inde (n=15) DEHB'nin hiperaktivite baskın tipi için anlamlı saptanırken kontrol grubundaki hastaların %2,5'inde (n=3) DEHB anlamlı saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,007$ ) (Grafik 3).

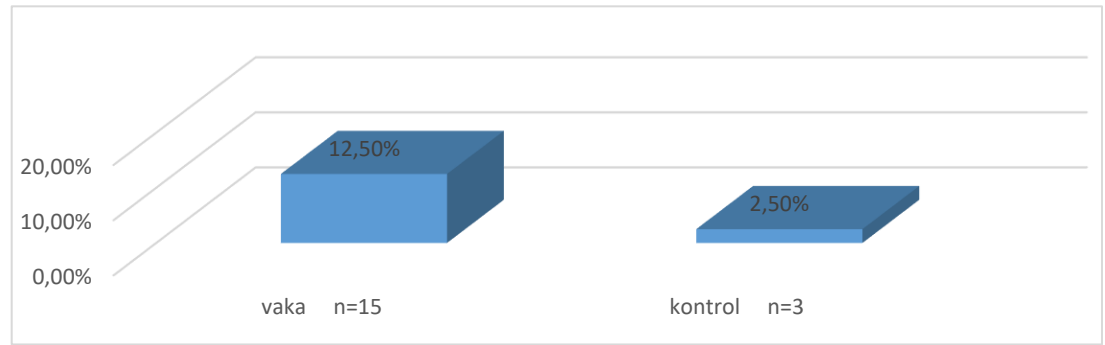


**Grafik 1:** Sayı Dizileri Testine göre vaka ve kontrol gruplarında DEHB görülme sıklığı

Modele yaş, cinsiyet ve Dr. Atilla Turgay'ın DEHB Testi eklenerek yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre Dr. Atilla Turgay'ın DEHB Testi'nde DEHB anlamlı olanların olmayanlara göre 5,5 kat daha fazla ev kazası geçirdiği ortaya konmuştur.

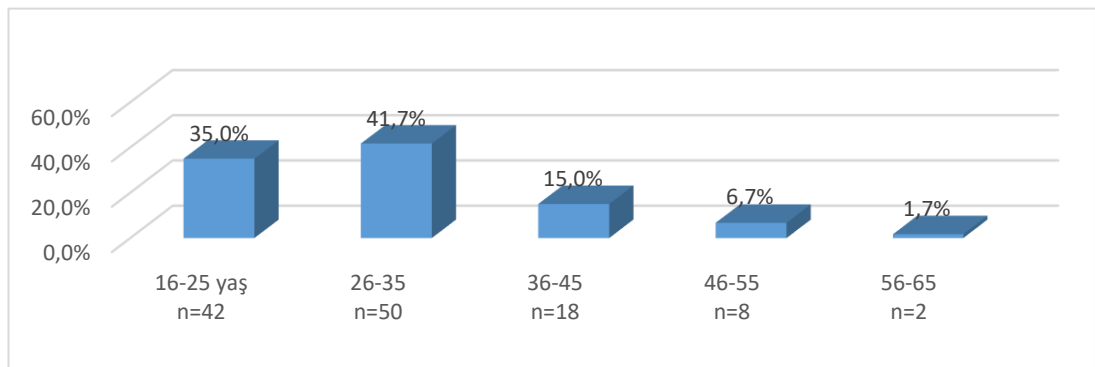


**Grafik 2:** Stroop Testi'ne göre vaka ve kontrol gruplarında DEHB görülme sıklığı



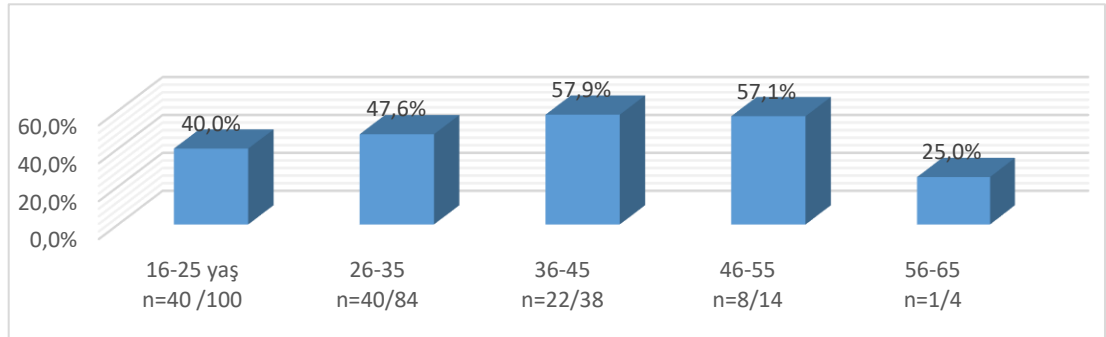
**Grafik 3:** Turgay'ın DEHB (hiperaktivite) Testi'ne göre vaka ve kontrol gruplarında DEHB görülme sıklığı

Ev kazaları geçirenlerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en çok 26-35 yaş aralığında %41,7 (n=50) sonrasında ise sırasıyla 16-25 yaş aralığı %35 (n=42), 36-45 yaş aralığı %15 (n=18), 46-55 yaş aralığı %6,7 (n=8) ve 56-65 yaş aralığı %1,7 (n=2) olarak tespit edilmiştir. (Grafik-4).

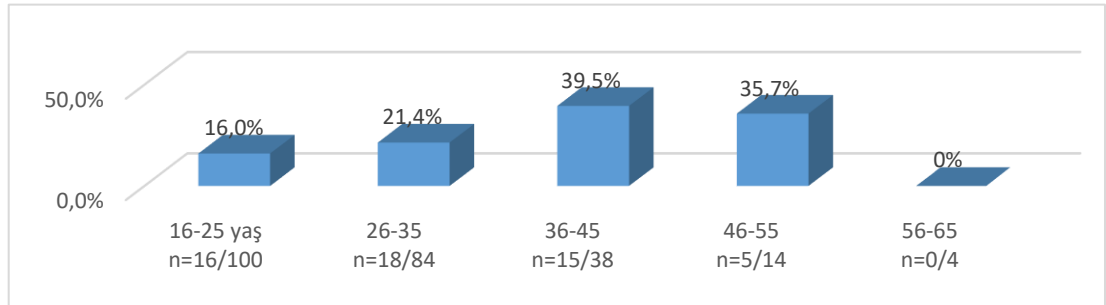


**Grafik 4:** Ev kazası geçirenlerin yaş gruplarına göre dağılımı

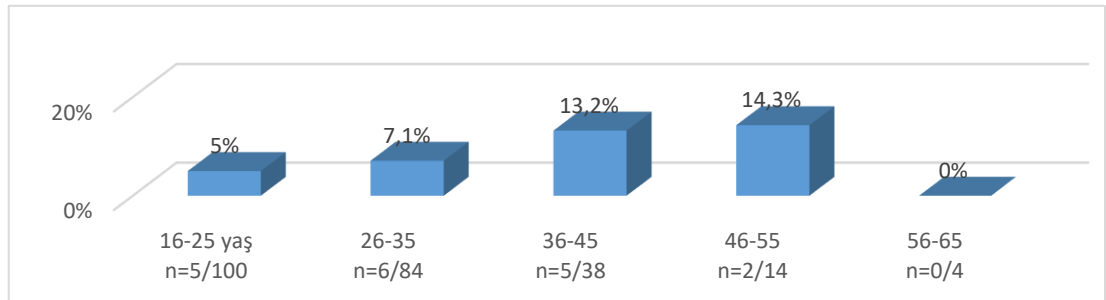
Sayı Dizileri Testine göre çalışmaya katılanların tümünde DEHB sıklığının kendi yaş grupları içindeki dağılımı Grafik-5'te, Stroop Test'e göre çalışmaya katılanların tümünde DEHB sıklığının kendi yaş grupları içindeki dağılımı Grafik-6'te ve Turgay'ın DEHB (hiperaktivite) Testine göre çalışmaya katılanların tümünde DEHB sıklığının kendi yaş grupları içindeki dağılımı Grafik-7'da sunulmuştur. Buna göre, Sayı Dizileri Testi ve Stroop Test'e göre tüm gruplarda en fazla DEHB sıklığı görülen yaş grubu 36-45 iken Turgay'ın DEHB (hiperaktivite) Testine göre 46-55 yaş aralığıdır. İstatiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yaş grubuna göre yüzdelik grafiğinde bir artış eğilimi göstermektedir.



**Grafik 5:** Çalışmaya katılanların tümünde sayı dizileri testine göre yaş gruplarına göre DEHB görülme sıklığı



**Grafik 6:** Çalışmaya katılanların tümünde stroop test'e göre yaş gruplarına göre DEHB görülme sıklığı



**Grafik 7:** Çalışmaya katılanların tümünde Turgay'ın testine göre yaş gruplarına göre DEHB görülme sıklığı

Ev kazası ile başvuran kadınlarda da erkeklerde de DEHB görülme sıklığı Stroop Test, Sayı Dizileri Testi ve Dr. Atilla Turgay'ın DEHB Test'lerine göre kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur. Cinsiyetler arasında DEHB görülme sıklığı kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Acil servise ev kazası ile başvuran hastaların eğitim düzeyi incelendiğinde Stroop Test, Sayı Dizileri Testi ve Turgay'ın DEHB (hiperaktivite) Testi'nde ise eğitim düzeyi ile ev kazası arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4).

Acil servise ev kazası ile gelen hastalar ilk ev kazası ile 2 veya daha fazla ev kazası geçirenler olarak kategorize edildiğinde sadece Sayı Dizileri Testi için anlamlı sonuca varılmıştır. Buna göre iki ve daha fazla ev kazası olarak başvuranlar ilk ev kazası olarak başvuranlara göre DEHB açısından Sayı dizileri testi'ne göre daha anlamlı bulunmuşlardır (Tablo 5).

Acil servise ev kazası ile gelen hastalar ilk veya ikinci ev kazası ile 3 veya daha fazla ev kazası geçirenler olarak kategorize edildiğinde her üç test için anlamlı sonuca varılmıştır. Buna göre 3 veya daha fazla ev kazası ile başvuranlar ilk veya ikinci ev kazasıyla başvuranlara göre DEHB açısından her 3 test için de daha anlamlı bulunmuşlardır (Tablo 6).

**Tablo 4:** Eğitim düzeyine göre DEHB görülme sıklığı

Testler	Orta öğrenim N (%)	Yüksek öğrenim N (%)	p değeri
<b>Sayı Dizileri</b> DEHB Anlamlı DEHB Anlamsız	76 (50,7) 74 (49,3)	35 (38,9) 55 (61,1)	0,076
<b>Stroop</b> DEHB Anlamlı DEHB Anlamsız	38 (25,3) 112 (74,7)	16 (17,8) 74 (82,2)	0,231
<b>Turgay</b> DEHB Anlamlı DEHB Anlamsız	12 (8,0) 138 (92,0)	6 (6,7) 84 (93,3)	0.899

**Tablo 5:** ilk ev kazası ile daha fazla kazanın DEHB ilişkisi

			<b>p değeri</b>
	<b>İlk ev kazası n (%)</b>	<b>iki veya daha fazla n (%)</b>	
<b>Sayı dizileri</b> DEHB Anlamlı DEHB Anlamsız	12 (35,3) 22 (64,7)	65 (75,6) 21 (24,4)	<0,001
<b>Stroop</b> DEHB Anlamlı DEHB Anlamsız	7 (20,6) 27 (87)	32 (37,2) 54 (62,8)	0,125
<b>Turgay</b> DEHB Anlamlı DEHB Anlamsız	2 (5,9) 32 (94,1)	13 (15,1) 73 (84,9)	0,284

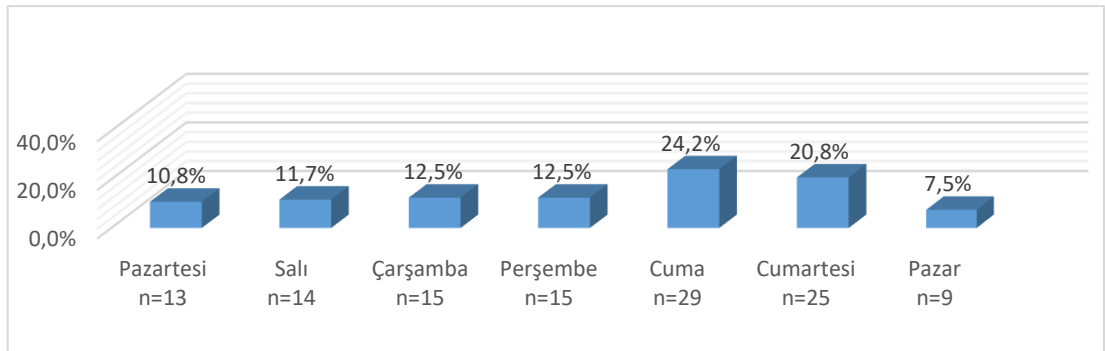
**Tablo 6:** ilk ve ikinci ev kazası ile daha fazla ev kazasında DEHB ilişkisi

			<b>p değeri</b>
	<b>İlk veya ikinci ev kazası n (%)</b>	<b>Üç veya daha fazla n (%)</b>	
<b>Sayı dizileri</b> DEHB Anlamlı DEHB Anlamsız	17 (31,5) 37 (68,5)	60 (90,9) 9 (9,1)	<0,001
<b>Stroop</b> DEHB Anlamlı DEHB Anlamsız	7 (13) 47 (87)	32 (48,5) 34 (51,5)	<0,001
<b>Turgay</b> DEHB Anlamlı DEHB Anlamsız	2 (3,7) 52 (96,3)	13 (19,7) 53 (80,3)	0,018

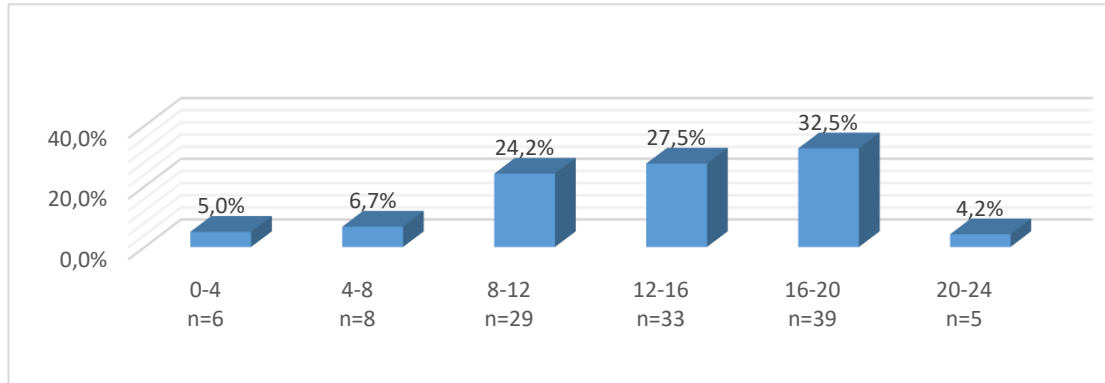
Ev kazalarının günlere göre dağılımı incelendiğinde, kazaların en fazla sırasıyla Cuma (n=29;%24,2) ve Cumartesi (n=25;%20,8) günleri olduğu saptanmıştır. Çarşamba ve Perşembe 15 kaza ve % 12.5 eşit sayı ve oranla bu günleri takip etmektedir. Salı (n=14;%11,7), Pazartesi (n=13;%10,8) ve Pazar (n=9;%7,5) geri kalan sıralamayı oluşturmaktadır (Grafik 8).

Acil servisimize başvuran ev kazalarının saat dilimlerine göre dağılımı incelendiğinde, kazaların sıklık sırasına göre en fazla 16-20 (n=39;%32,5) ,12-16 (n=33;%27,5) ve 8-12 (n=29;%24,2) saat dilimlerinde olduğu saptanmıştır. Daha seyrek olduğu saat dilimleri ise 4-8 (n=8;%6,7) , 0-4 (n=6;%5,0) ve 20-24 (n=5;%4,2) olarak bulunmuştur (Grafik 9).

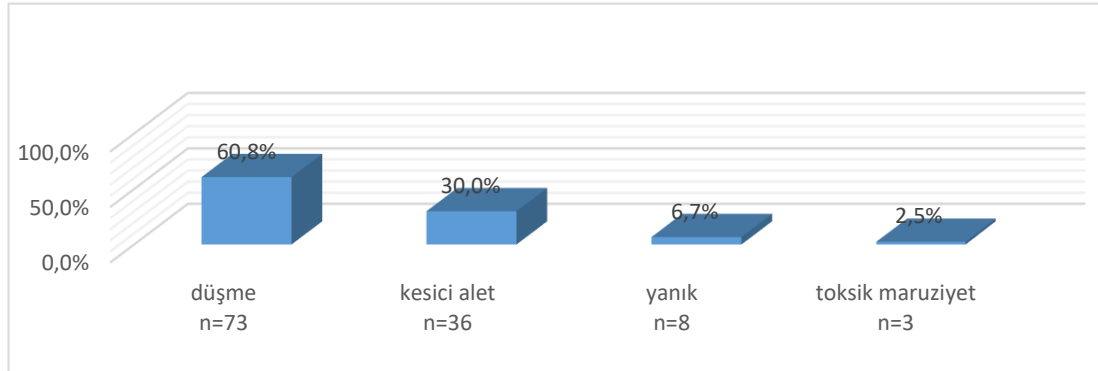
Acil servise ev kazası ile başvuran yaralanmalar değerlendirildiğinde %60,8 (n=73) oranla düşmeler ilk sırayı alırken onu %30 (n=36) ile kesi yaralanmaları takip etmektedir. Yanıklar (n=8;%6,7) ve toksik veya korozif madde maruziyeti (n=3;%2,5) ise daha az görülmüştür (Grafik 10).



**Grafik 8:** Ev Kazalarının günlere göre dağılımı

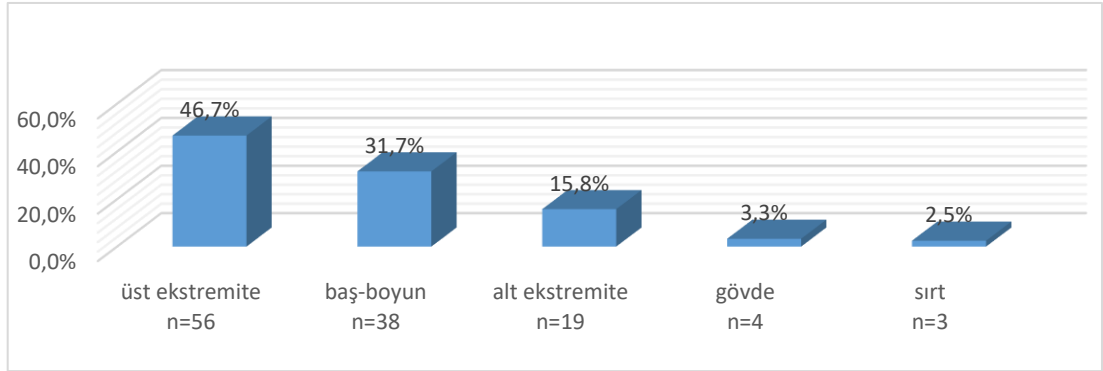


**Grafik 9:** Ev Kazalarının saatlere göre dağılımı



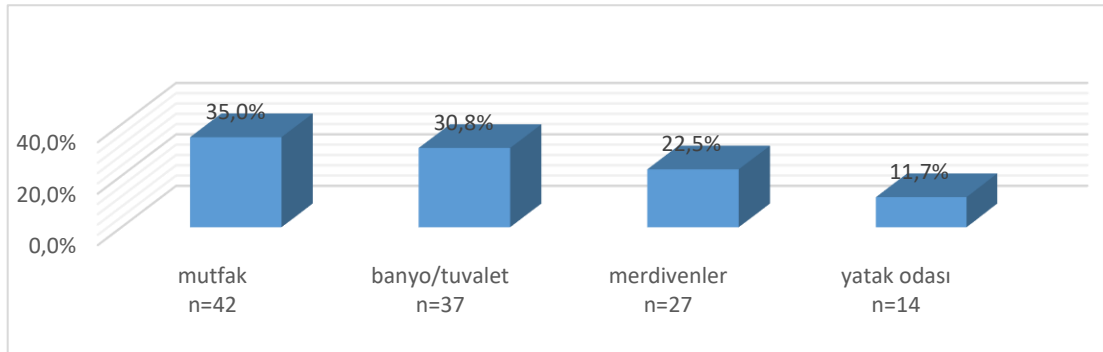
**Grafik 10:** Ev Kazalarının türlerine göre dağılımı

Acil servise ev kazasıyla başvuran yaralanmalarda etkilenen vücut bölgesine göre bakıldığında %46,7 (n= 56) ile üst ekstremitte travmaları ilk sırada gelmektedir. Üst ekstremitte travmalarını %31,7 (n=38) ile baş-boyun travmaları takip etmektedir. Takip eden sıralama alt ekstremitte (n=19;%15,8) , gövde (n=4;%3,3) ve sırt (n=3;%2,5) şeklindedir.(Grafik 11).



**Grafik 11:** Ev kazalarında etkilenen vücut bölgesi oranları

Araştırmamızda ev kazalarıyla başvuran hastaların evin hangi alanında ev kazası geçirdiği incelendiğinde ev kazalarının %35 (n=42) gibi bir oranla en çok mutfakta oluştuğunu saptadık. Mutfakta yaşanan ev kazalarını %30,8 (n=37) ile banyo-tuvalet alanında yaşanan ev kazaları , %22,5 (n=27) ile merdivenler ve %11,7 (n=14) ile yatak odasının takip ettiğini gördük (Grafik 12).



**Grafik 12:** Ev kazalarının evde olduğu bölgeler

## TARTIŞMA

Acil servise ev kazası ile başvuran hastalarda DEHB görülme ilişkisini araştırmak amacıyla dizayn edilen 12 aylık bir süreçte ev kazasıyla başvuran 120 hasta grubu ve ev kazası dışı başka nedenlerle gelen 120 kontrol grubunu prospektif olarak karşılaştıran çalışmamız vaka-kontrol araştırması niteliğindedir.

En sık görülen kaza tipi olmasına karşın literatürde çok az çalışmanın bulunduğu ev kazaları ile ilgili olarak çalışmamızın konu edindiği ev kazalarının bireysel ve psikolojik nedenleri arasında yer aldığı düşünülen DEHB ilişkisi için literatürde bizim bulabildiğimiz kadarıyla mevcutta benzeri bir araştırma yoktur. Çalışmamızla , bir ilk olma niteliğiyle literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Çalışmamızda yanıt aradığımız ev kazalarıyla DEHB ilişkisinin mevcudiyetini değerlendirmek için kullandığımız tarama testi sonuçlarında; Acil servise ev kazası ile başvuran hastalarda Sayı Dizileri Testi'ne göre DEHB ilişkisi incelendiğinde ev kazası ile başvuran 120 bireyin %64,2 (n=77) 'sinde DEHB anlamlı bulunmuş iken, kontrol grubunda ise 120 bireyin %28,3 (n=34)'ünde DEHB anlamlı bulunmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Taramada kullanılan bir diğer test olan Stroop Test'e göre ev kazalarının %32,5 (n=39)'si DEHB için anlamlı bulunmuş iken kontrol grubunda ise hastaların %12,5 (n=15)'ü DEHB açısından anlamlı bulunmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001).

Dr. Atilla Turgay'ın DEHB taraması için hazırladığı testin 9 sorudan oluşan ve DEHB'nin hiperaktivite baskın tipini inceleyen ikinci bölümüne ev kazası ile gelenlerin %12,5 (n=15)'inde DEHB'nin hiperaktivite baskın tipi için anlamlı saptanırken kontrol grubundaki hastaların %2,5 (n=3)'inde DEHB anlamlı saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,007).

Modele yaş, cinsiyet ve Sayı Dizileri Testi eklenerek yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre Sayı Dizileri Testi'nde DEHB anlamlı olanların olmayanlara göre 4,5 kat daha fazla ev kazası geçirme ihtimali olduğu ortaya konmuştur.

Modele yaş, cinsiyet ve Stroop Testi eklenerek yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre Stroop Testi'nde DEHB anlamlı olanların olmayanlara göre 3,3 kat daha fazla ev kazası geçirdiği ortaya konmuştur.

Modele yaş, cinsiyet ve Dr. Atilla Turgay'ın DEHB Testi eklenerek yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre Dr. Atilla Turgay'ın DEHB Testi'nde



DEHB anlamlı olanların olmayanlara göre 5,5 kat daha fazla ev kazası geçirdiği ortaya konmuştur.

Her üç testte de istatistiksel olarak anlamlı bulunan ev kazaları ile DEHB ilişkisi varlığını işaret etmekte olduğunu düşünmekteyiz.

Yaptığımız literatür taramasına göre ev kazaları ve DEHB ilişkisini araştıran bir çalışmaya literatürde karşılaşmadık. İleride yapılacak benzer nitelikteki araştırmalar bizim bulgularımızla kıyaslandığında daha anlamlı sonuçlara varılabilir.

Bir ilk olarak düşündüğümüz çalışmamızı literatürde ev kazalarıyla yapılan benzer bir araştırmayla kıyaslama olanağı mümkün gözükmemektedir. Bununla birlikte şu an itibariyle literatürde çeşitli yönlerde benzerlik gösteren iş kazaları çalışmalarını kıyaslanabilir. Breslin ve Pole'un (37) 2008 yılında Kanada Ulusal Sağlık Anketi (Canadian Community Health Survey (CCHS)) üzerinden 15-24 yaş arası 14379 kişi ile yaptığı çalışmada genç çalışanlarda DEHB ilişkili iş kazası riskini ortaya koymuştur. Bu araştırmada bir yıl boyunca ulusal istatistik sistemine katılımcılar tarafından girilen veriler değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılanlara bire bir görüşme ile DEHB tanısında kullanılan herhangi bir test uygulanmamış; bunun yerine daha önceden DEHB tanısı almış kişilerin beyanı esas alınmıştır. Buna göre, DSÖ DSM III tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış olma, 15-24 yaş arası olma, bir işte çalışırken herhangi bir şekilde yaralanmış olma durumuna göre elde edilen veriler çalışmanın sonucunu belirlemiştir. Mevcut veriler doğrultusunda DEHB tanısı olan 15-24 yaş çalışanlarda iş kazası geçirme olasılığı normal popülasyona göre 2,7 kat fazla tespit edilmiştir. Bu oran, çalışmamızda ortaya koyduğumuz Sayı Dizileri Testindeki 4,5 kat, Stroop testteki 3,3 kat ve A. Turgay'ın DEHB testindeki 5,5 kat artmış riske göre daha düşüktür. Pamukkale Üniversitesi Acil Servise İş Kazalarıyla başvuran hastalarda DEHB ilişkisini konu alan ve benzer şekilde dizayn edilen 2015 yılında Dr Sadık Oğuz Doğanlı'nın yürüttüğü bir çalışma da ise sayı dizileri testi'ne göre 7,3 kat artmış bir risk saptanmıştır(38). Bununla birlikte, Kanada çalışmasının sadece genç çalışanları kapsaması da DEHB ilişkili kaza olasılığının nispeten düşük bulunmasına neden olmuş olabilir. Zira bizim çalışmamızda referans aldığımız testlere göre 26-35 yaş aralığında en fazla sayıda DEHB anlamlı sonuç görüldüğünü tespit ettik. Bu çalışmada bizim çalışmamıza göre en fazla görülen yaş grubu dahil edilmemiş gibi gözükmemektedir. Kessler ve ark.'nın (25) yetişkin tip DEHB prevalansı ve iş gücü kayıplarına yönelik 2005-2006 yıllarında yapmış olduğu bir başka

çalışmada da DEHB'nin iş kazalarının nedenlerinden olduğu gösterilmiştir. Büyük bir tekstil fabrikasında 8563 denek üzerinde gerçekleştirilen araştırmada denekler; DEHB açısından DSÖ'nün DSM-IV kendi kendine değerlendirme tanı ölçeği ile işe bağlı meydana gelen yaralanmalar açısından ise DSÖ'nün sağlık ve iş performansı formu (Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)) ile değerlendirmeye alınmışlardır. Çalışmanın sonucuna göre çalışmaya katılanların % 1,9'unda DEHB saptanmıştır. DEHB ilişkili iş kazası ise %13,9 - %7,2 ± 2,0 olarak tespit edilmiş ve sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,024). Kazalarla DEHB ilişkisini gösteren bu oran bizim çalışmamızla da örtüşmektedir.

Çalışmamızda ev kazası olgularımızın cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde %50,8 (n=61)'i erkek, %49,2 (n=49)'si kadın olarak saptandı. Bizim araştırmamızda kadınlar ve erkekler ev kazası geçirme olasılıkları açısından benzer saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda ev kazaları erkeklerde, kadınlara göre daha fazla görülmüştür (8). Literatürde başka araştırmalarda ise ev kazalarıyla çoğunlukla kadınların karşılaştığı saptanmıştır (2,9,10,39,40,41). 2005-2009 yılları arasında İzmir ilinde ev kazalarına bağlı ölümlerin otopsi kayıtlarını geriye dönük tarayan bir çalışmada ev kazası sonucu ölümler, cinsiyet dağılımı yönünden değerlendirildiğinde; ev kazalarına bağlı erkek ölümlerinin (%62.2), kadın ölümleriyle (%37.8) arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (42). Literatürdeki bu farklılıklar farklı nedenlere bağlanmış olup kadın fazlalığına dair en önemli nedenler kadınların ev işleriyle daha fazla meşgul oldukları, evde kalma sürelerinin daha uzun olduğu ve erkeklere oranla yardım arama eğilimlerinin daha fazla olduğu gibi tezlerle açıklanmaya çalışabilir. Erkeklerin fazlalığına dair olası ortaya konulabilecek nedenler ise ev işleriyle çok zaman geçirmemeleri nedeniyle ev işlerini yapmaları gerektiğinde görülen tecrübesizlik nedeniyle ortaya çıkabilecek kazalar olarak düşünülebilir ancak literatürde yapılan çalışmalarda iki cinsiyetin de birbirine üstünlüğünün olmayışı kadınlar lehine olan faktörlerle erkekler lehine olan faktörlerin farklı araştırmalarda sonuca farklı yönlerde etki etmeleri olarak düşünülebilir. Bu konuda belirsizliğin giderilmesi için daha çok sayıda ve daha fazla sayıda bireyle değişik dizaynlarda çalışmaların yapılması gerekmekte gibi gözükmektedir. İş kazaları için yapılan bazı araştırma sonuçları, kadınların erkek çalışanlara oranla daha az kaza yaptıklarını ortaya koymuştur. Bu araştırmalara göre kadın çalışanların erkeklere oranla daha az kaza yapmalarının nedeni kadınların erkeklere oranla daha dikkatli çalışmaları olarak bildirilmiştir.

Bunun yanı sıra, kadınların ağır ve tehlikeli işler ile gece vardiyalarında çalıştırılmamasının da daha az kazaya maruz kalma nedeni olarak ortaya konulmuştur (43).

Bizim çalışmamızda DEHB ile cinsiyet ilişkisine yönelik değerlendirmede dizi testine göre iki gruptaki (vaka ve kontrol grubu) toplam 120 kadının %44 (n=53)'ünün, iki gruptaki toplam 120 erkeğin %48 (n=58)'inin ; stroop testine göre kadınların %24 (n=29) , erkeklerin %21 (n=25)'inin ; Turgay'ın testine göre ise kadınların %6 (n=7) ve erkeklerin %9 (n=11) DEHB açısından anlamlı olduğu saptanmış olup dizi testine göre hafifçe kadınlarda daha fazla yatkinlik varken stroop test ve Turgay'ın testine göre ise hafifçe erkeklerde bir yatkinlik söz konusu iken genel olarak birbirlerine yakın oranlardan söz edilebilir. Literatürde bu konuda yapılan çalışmalar mevcuttur. Genellikle çocukluk dönemi DEHB'ye yönelik yürütülmüş olan bu çalışmalarda coğrafi ve kültürel farklılıkların etkisiyle farklı oranlarda sonuçlara ulaşılmıştır. DEHB'nin cinsiyete göre dağılımını konu alan bu çalışmalarda çocukluk döneminde erkek-kadın oranı 2:1-6:1 arasında bildirilirken erişkin dönemde 1:1 bulunmuştur (35). Yaşla birlikte ortaya çıkan bu değişimin açıklamaları literatürde farklı şekillerde yapılmıştır. Yetişkin dönemde hiperaktiviteden ziyade dikkat eksikliği belirtileri soruna yol açar ve kadınlarda erkeklere oranla bu belirtiler daha baskındır. Bu durum cinsiyet oranının 1:1'e yükselmesine katkı sağlamaktadır. Diğer bir olasılık da erişkinlerin kendilerinin hekime başvurması ve yakınmalarını dile getirmesi, çocukların ise ebeveynleri tarafından hekime getirilmeleridir. Dikkatsizlik daha çok bireyi, diğer yıkıcı belirtiler ise çevreyi rahatsız etmekte ve erkek çocuklardan daha çok yakınılmaktadır. Eşitliklerin erkek çocuklarda fazla olması da erkek çocukların daha çok tedaviye götürülmesini doğurarak klinik örneklerdeki yüksek oranların toplum örneklerindeki 3:1'e düşmesinin sebebi olarak düşünülmektedir. Belirtilerini dışa vuran erkeklerin tersine kadınlar olumsuz geri bildirimleri içselleştirme, özür dileme, uyum sağlamaya çalışma, suçu üzerine alma ve kavga etmeme eğilimindedirler. Bir diğer olasılık da diğer tıbbi durumlarda olduğu gibi kadınların daha çok yakınmalarını dile getirmesi ve yardım aramasıdır (35). Bizim çalışmamız nispeten daha yüksek bir yaş grubunda yapıldığından dolayı oran 1:1 e yakın bir sonuç vermiş olup literatürle uyumlu şekilde stroop test ve Turgay'ın testinde erkeklerde hafif bir artış söz konusudur.

Çalışmamızda yaş faktörünün ev kazaları üzerine etkisi saptanmamış olmakla beraber, ev kazası geçirenlerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en çok 26-35 yaş aralığında %41,7 (n=50) sonrasında ise sırasıyla 16-25 yaş aralığı %35 (n=42), 36-45 yaş aralığı %15 (n=18), 46-55 yaş aralığı %6,7 (n=8) ve 56-65 yaş aralığı %1,7 (n=2) olarak tespit ettik. Ev kazaları ile ilgili yapılan araştırmalarda 65 yaş üstünde ve pediatrik yaş grubunda ev kazalarının görülme sıklığında artış olduğu saptanmış ve ayrıca yaş küçüldükçe kaza sıklığının arttığına dair veriler mevcuttur(18). Çalışmamızda ev kazalarının literatürde sıklığının arttığı gösterilen 65 yaş üstü ve 16 yaş altı yaş gruplarının çalışmamızın dışlama kriterleri içinde bulunması nedeniyle karşılaştırma mümkün olmamakla birlikte çalışmamız yaş küçüldükçe ev kazası sıklığının düşmesi konusunda literatürle çelişmekte olup bunun olası nedenin veri sayısındaki azlık olması kuvvetle muhtemeldir. Çalışmamız ev kazalarıyla DEHB ilişkisinin varlığı sorusuna cevap bulmak üzere dizayn edilmiş olup epidemiyolojik bir araştırma özelliği taşımamaktadır. Yaşla beraber ev kazası sıklığındaki artışa odaklanan ileriki araştırmalar konunun aydınlatılmasında önem taşımaktadır.

Çalışmamızda DEHB ve yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yaşla birlikte DEHB bulunma sıklığı yüzdelik olarak artmış gibi gözükmektedir. Özellikle 16-25 yaş grubunda Stroop Test için DEHB açısından anlamlı olanlar %16 (n=16) iken 46-55 yaş grubunda anlamlı olanlar %39,5 (n=15) oranında saptanmıştır (p=0.22). literatürde DEHB açısından bakıldığında yaş ve DEHB ilişkisini inceleyen çalışmalar çocukluk döneminde görülen DEHB'ye yönelik yapılmış olup çocukluk DEHB olgularının %50-70'inin genç erişkinliğe kadar devam ettiği gösterilmiştir (20). Yaşla DEHB sıklığındaki bu artış DEHB hastalarının çocukluk döneminden ergenliğe geçişte hekim kontrolünden çıkmaları ve bunun sonucunda tedavisiz kalmalarına bağlanabilir. Tedavisiz kalan şahıs DEHB'nin olumsuz etkilerine daha fazla maruz kalmaya başlıyor ve kazalara daha yatkın hala gelmeye başlıyor. Literatürü incelediğimizde yaş ile DEHB sıklığı arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların okul ve okul öncesi dönemi kapsadığını gördük. Bununla beraber DEHB'li yetişkinlerde trafik kazası, iş başarısında azalma, işten çıkarılma gibi olumsuz etkilerin normal popülasyona göre daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (29,31). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte bizim çalışmamız da bu çalışmalarla örtüşmektedir. Hiperaktivitenin yetişkin dönemdeki belirtilerinden olan çok konuşma, olduğu yerde duramama, uzun süreli

zihinsel aktivite gerektiren işlerden kaçınma, dikkatini bir işe uzun süre yoğunlaştıramama yaşla birlikte baskılanmakta ve bunun sonucunda çocukluk dönemine göre daha hafif gözlenmektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar yaşla birlikte hiperaktivite bulgularının baskılandığını ifade eden psikiyatrik çalışmalarla örtüşmemektedir (31). Bizim çalışma sonuçlarımıza göre DEHB, sonuçlarını ev kazası olarak yaşamın ilerleyen yıllarında kendini ev kazası olarak göstermekte gibi durmaktadır. Ancak çalışmamız yaşla DEHB ilişkisini test etmek amacıyla dizayn edilmemesi nedeniyle ortaya çıkan bu sonuç yanıltıcı olabilmektedir. Bazı yaş gruplarındaki hasta sayıları çıkarım yapmayı kısıtlayacak derecede azdır. 46-55 yaş aralığında 14 birey ve 55 yaş üstünde ise sadece 4 birey bulunurken 16-25 aralığında 100 birey bulunması grupların birbiriyle karşılaştırıldığında uygunsuz sonuçlar ortaya koyabilmektedir. DEHB ve ev kazalarını yaş bakımından karşılaştırmak için ileri araştırmalar dizayn etmek daha uygun bir yaklaşım olacaktır.

Sosyokültürel durumu düşük olanlarda daha fazla, orta olanlarda az, yüksek olanlarda ise daha az ev kazası görülmektedir (5,7,44,45,46). Ülkemizde yapılan bir araştırmada bu durumun tersi sonuçlara ulaşılmış olup, sosyokültürel düzeyi yüksek olanların kaza ve yaralanmalar da sağlık kuruluşlarına daha çok başvurması bu sonucun nedeni olarak gösterilmiştir (47). Bu grup bireylerde ev kazası sonrası sağlık kuruluşlarına daha çok başvurma ile birlikte daha sağlıklı kayıt tutuluyor olması bir başka neden olarak gösterilmektedir (48). Bu araştırmada eğitim durumu arttıkça ev kazası geçirme sıklığının azaldığı görüldü. Eğitimin, riskleri bilme, kavrama, araç gereç kullanımı becerisini arttırdığı tezinden hareketle, kaza sıklığını azalttığı sonucuna varıldı. Araştırmamız bu konuda cinsiyet faktöründe olduğu gibi anlamlı bir fark saptamamıştır. Türkiye’de yapılan daha önceki çalışmalarda durumun dünyadaki durumun tam tersi çıkması, Türkiye’de var olan eğitim düzeyinin etkisine dair faktörlerdeki oluşan bir değişimle açıklanabilir. Eğitim düzeyinin artışıyla geçmişte ev kazalarının oluşumuna neden olan etmenlerin değişime uğraması süreciyle açıklanabilir. İleride yapılacak olan çalışmalar durumun dünyadaki duruma benzer sonuçlar oluşturabileceğini şu an için işaret etmektedir. Belki de gelecekte yapılan araştırmalarda Türkiye’de de dünya literatürü ile uyumlu olarak ev kazalarıyla eğitim düzeyi arasında ters orantı mevcuttur diyebileceğiz ancak şu an için bizim araştırmamızda anlamlı bir fark saptanmamış olarak not düşmekteyiz.

Araştırmamızda ev kazaların en sık Cuma %24,2 (n=29) ve Cumartesi %20,8 (n=25) olduğu saptanmıştır. Literatürde ev kazalarının sıklığını haftanın günlerine göre değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamış olmakla birlikte Pamukkale Üniversitesi'nde 2015 yılında yapılan bir araştırmada iş kazalarının en fazla Cuma ve Çarşamba günleri olduğu saptanmıştır(38). Dr. Dağlı'nın 2008 yılında yaptığı çalışmada ise iş kazası başvurularının en sık Pazartesi ve Cumartesi günleri olduğu saptanmıştır(52). Bizim çalışmamız haftanın bitimiyle birlikte artan yorgunluk ve dikkatsizliğe bağlı olarak hafta sonuna doğru ev kazası görülme sıklığında bir artış eğilimi olduğunu düşündürmektedir. Duyarlı kişilerin bu bilgi konusunda uyarılarak hafta sonuna doğru daha dikkatli olma konusunda motive edilmeleri uygun bir yaklaşım olabilir.

Bizim araştırmamızda kazalar en sık 16-20 (n=39;%32,5) ve 12-16 (n=33;%27,5) saatlerinde meydana gelmişti. Değişik araştırmalarda günün saatlerine göre kaza dağılımı değerlendirildiğinde; bizim çalışmamızı destekler biçimde, yoğun iş saatleri olan, sabah ve akşam saatlerinde daha sık, diğer saatlerde daha az kaza görüldüğü bildirilmektedir. (7, 48, 49). Bu durum sabah ve akşam saatlerinde iş yoğunluğunun daha fazla ve bireylerin zamanlarının sınırlı olması nedeniyle, daha aceleci ve dikkatsiz davranmalarının bir sonucu olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda ev kazalarının %35 (n=42) gibi bir oranla en çok mutfakta oluştuğunu saptadık. Mutfakta yaşanan ev kazalarını %30,8 (n=37) ile banyo-tuvalet alanında yaşanan ev kazaları takip etmektedir. Literatürde ev kazaların en sık olduğu yerler mutfak, oturma ve yatak odaları, merdivenler olarak sıralanmaktadır (46,50). Ev kazalarının meydana geldiği bölümlere bakıldığında günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için zamanın büyük bir çoğunluğunun geçirildiği mekanlarda daha sık meydana geldikleri görülmektedir (51). Sonuçlardan hareketle mutfak, banyo/tuvalet ve oturma odası gibi mekanlarda kazaları önleyici özel düzenlemelerin yapılması uygun bir önlem olabilir.

Çalışmamızda Acil servise ev kazası ile başvuran yaralanmalar değerlendirildiğinde %60,8 (n=73) oranla düşmeler ilk sırayı alırken onu %30 (n=36) ile kesi yaralanmaları takip etmektedir. Türkiye'de 1997 yılında hastaneye yatanlarda ilk sırada kaza sonucu düşme, ikinci sırada delici-kesici aletlerle yaralanma, üçüncü sırada zehirlenmeler bildirmiştir (53). Kayseri'de yapılan bir araştırmada ise ev

kazaları içerisinde düşmeler birinci, delici ve kesici alet yaralanmaları ikinci sırada bildirilmiştir (8). Aksaray ilinde yapılan bir çalışmada ise kesici delici aletle yaralanma ve yüksekten düşme aynı sıklıkta ve birinci sırada yer almaktadır. Araştırmamız literatürle bu konuda uyum göstermektedir. Araştırmamızda düşmeler incelendiğinde ise %37 (n=27)'sinin merdivenden düşme şeklide olduğu saptanmıştır. Özellikle ev içindeki merdiven, basamak ve sekilerin daha ergonomik hale getirilmesi yada düşme gerçekleşse dahi yaralanmanın şiddetini azaltacak şekilde etrafında önlemler alınması önem arz etmektedir.

Acil servise ev kazasıyla başvuran yaralanmalarda etkilenen vücut bölgesine göre bakıldığında %46,7 (n= 56) ile üst ekstremitte travmaları ilk sırada gelmektedir. Üst ekstremitte travmalarını %31,7 (n=38) ile baş boyun travmaları takip etmektedir. Ev kazalarında yaralanan vücut bölgesine yönelik bir saha çalışmasına literatürde rastlanamamış olması nedeniyle literatür karşılaştırması bu konu üstüne yapılamamaktadır. İstatistiki olarak üst sıralarda olmamasına karşın %31,7'lik bir oranla oluşan baş boyun travmaları ve bunun içinde bulunan kafa travmaları özellikle düşme mekanizmasıyla gerçekleştiğinde hayati bir takım riskler teşkil edebilmektedir. Özellikle kafa travmalarına karşı evlerde ve iç yapıların mümkün olduğunca yumuşak maddelerle kaplanması bu ölümcül riski azaltabilir.

Acil servise ev kazasıyla gelen bireylerde DEHB bozukluğu taşıma konusunda risk taşıdığını çalışmamızda gösterdik ancak hangi hastaları öncelikle psikiyatriye yönlendirmek gerektiği konusunda çalışmamızı ilerletirsek, ev kazasıyla gelen her hastayı psikiyatri kliniğine göndermeli miyiz? Bu sorunun cevabına açıklık getirmek üzere ev kazalarıyla gelen hastaları ilk ev kazası ve daha çok ev kazası geçirenleri karşılaştırdık. Daha sonra ise ilk ve ikinci ev kazası geçirenlerle daha çok sayıda ev kazası geçirenleri karşılaştırdık.

Acil servise ev kazası ile gelen hastalar ilk ev kazası ile 2 veya daha fazla ev kazası geçirenler olarak kategorize edildiğinde sadece Sayı Dizileri Testi için anlamlı sonuca varılmıştır(p<0,001). Stroop test ve Turgay'ın testi içinse anlamlı sonuçlara varılamamıştır.

Acil servise ev kazası ile gelen hastalar ilk veya ikinci ev kazası ile 3 ve daha fazla ev kazası geçirenler olarak kategorize edildiğinde her üç test için anlamlı sonuca varılmıştır(her üç test için de p<0,001). Buna göre acil servise 3 veya daha fazla ev

kazası ile başvuranlarda DEHB, her 3 test için de daha anlamlı olarak yüksek olasılıkla ilişkili bulunmuştur.

Literatürde çoklu ev kazasıyla başvuran kişiler üzerinde yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalar korelasyonun varlığını güçlendirecek veriler sunabilir, bununla beraber 3 veya daha fazla sayıda ev kazası için üç testinde anlamlı ilişki sunuyor olması, en azından 3 veya daha fazla sayıda ev kazası yaparak acil servise başvuran hastaların psikiyatri polikliniklerine yönlendirilmesi, DEHB hastalarının tanı almasına ve bu bireylerin ileride daha fazla sayıda ve daha ciddi ev kazaları geçirmesini önleme de katkı sağlayabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ev kazalarının önlenmesinde başarılı olabilmek için sunduğu yaklaşımlar; 'Çevresel koşulların iyileştirilmesi, kaza riski yaratan durumların ortadan kaldırılması veya azaltılması; risk altındaki kişiler ve yakınları başta olmak üzere tüm toplumun kaza riskleri, nedenleri, sonuçları ve korunma yöntemleri konusunda yalın, açık ve uygun şekilde eğitilmelerinin sağlanması, bu amaçla kitle iletişim araçlarının kullanılması ve sektörler arası işbirliğinin sağlanması; Ev kazaları konusunda epidemiyolojik araştırmalar ve sürekli sürveyans yapılması, etiyolojik ajanların belirlenmesi, risk gruplarının tespiti ve korunma yollarının belirlenmesi önem taşımaktadır' (21).

Çalışmamız, kaza meydana gelmeden risklerden biri olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun olumsuz etkilerini ortaya koymaktadır ve kaza oluşma riskini kat ve kat arttıran bir faktör olarak ortaya koymaktadır. Bu çalışma gereken önlemlerin alınmasına yönelik bilimsel bir motivasyon oluşturma uğraşı içerisindedir.



## SONUÇLAR

Acil servise ev kazası ile başvuran hastalarda Sayı Dizileri Testi , Stroop Testi ve Dr. Atilla Turgay'ın DEHB Testi'ne göre DEHB ilişkisi incelendiğinde ev kazası ile başvuran hastalarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde DEHB için anlamlı sonuçlar saptanmıştır.

Modele yaş, cinsiyet ve Sayı Dizileri Testi eklenerek yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre Sayı Dizileri Testi'nde DEHB anlamlı olanların olmayanlara göre 4,5 kat daha fazla ev kazası geçirme ihtimali olduğu ortaya konmuştur.

Modele yaş, cinsiyet ve Stroop Testi eklenerek yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre Stroop Testi'nde DEHB anlamlı olanların olmayanlara göre 3,3 kat daha fazla ev kazası geçirdiği ortaya konmuştur.

Modele yaş, cinsiyet ve Dr. Atilla Turgay'ın DEHB Testi eklenerek yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre Dr. Atilla Turgay'ın DEHB Testi'nde DEHB anlamlı olanların olmayanlara göre 5,5 kat daha fazla ev kazası geçirdiği ortaya konmuştur.

Ev kazası ile gelen olgular Sayı Dizisi Testi, Stroop Test ve Dr. Atilla Turgay'ın DEHB Testi'ne göre DEHB açısından değerlendirildiğinde kadınlarla erkekler arasında ev kazası geçirme riski benzer saptanmıştır.

Çalışmamızda ev kazası geçirenlerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en fazla ev kazası görülen yaş grubunun 16–25 yaş arası olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların tamamı incelendiğinde 26-35 yaş grubunda DEHB görülme sıklığının yüzde olarak kendi grupları içindeki görülme sıklığına göre en yüksek oranda olduğunu saptadık.

Acil servise ev kazası ile başvuran hastaların eğitim düzeyi incelendiğinde Sayı Dizisi Testi, Stroop Test ve Dr. Atilla Turgay'ın DEHB Testi'ne göre Eğitim düzeyi ile ev kazası geçirme riski arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Ev kazalarının günlere göre dağılımı incelendiğinde, kazaların en fazla sırasıyla cuma ve cumartesi günleri olduğu saptanmıştır.

Acil servise ev kazası ile başvuran yaralanmalar değerlendirildiğinde %60,8 oranla dűşmeler ilk sırayı alırken onu %30 ile kesi yaralanmaları takip etmektedir.

Acil servise ev kazası ile gelen hastalar ilk veya ikinci ev kazası ile 3 veya daha fazla ev kazası geçirenler olarak kategorize edildiğinde her üç test için de anlamlı sonuçlara varılmıştır.

Çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar ev kazalarıyla DEHB arasında bir ilişkinin varlığı konusunda çıkarıma ulaşılabilceğini işaret etse de mevcut literatürde konu hakkındaki çalışmaların azlığı kesin yargılara ulaşmakta kısıtlılık oluşturmaktadır. İleride bu konuda yapılacak araştırmaların konunun aydınlatılmasına katkı sağlayacağı açıktır.

## KAYNAKLAR

- 1) Ural G, Gün İ. Epidemiological analysis of accidents which applied to emergency services of Dr. Nafiz Körez Sincan Government Hospital and Private Bayındır Hospital. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008; 17(1): 31-9.
- 2) Nazlıcan E, Demirhindi H, Karaömerlioğlu Ö, Akbaba M, Gökel Y. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Büyük Acil Servisine başvuranlarda ev kazalarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008; 7 (2): 137-40.
- 3) The Royal Society for the prevention of Accidents, Erişim Adresi: <http://www.rospa.com/home-safety/advice/general/facts-and-figures/> Son erişim tarihi:20.10.2016
- 4) Gailerd M, Herve C. Emergency medical care and severe home accident in children study of 630 cases over 5 years their significance in traumatic accident. Ann Pediatr 1991;38 (5):311-7.
- 5) Beyazova U. Çocukluk Çağında Kazalar. Türk Hemşireler Dergisi 1993;43 (3):3-5.
- 6) Graham J.G, Firth J. Home accident in older people: role of primary health care team. BMJ 1992; 305 (6844):30-2.
- 7) Hamzaoğlu O, Özkan Ö. Incidence and causes of home accidents at Ankara Çiğiltepe Apartments in Turkey. Accident Analysis and Prevention 2002;34;123-8.
- 8) Tezcan S, Aslan D, Yardım N, Demiröz AS, Coşkun E, Cengiz G, Bayram G, Bozkurt M, Çelik M, Çelebi M. Ankara İli Altındağ Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde kaza sıklığının saptanması ve kazaların bazı faktörlerle ilişkisinin belirlenmesi. Ege Tıp Dergisi. 2001; 40(3): 165-73.
- 9) Yıldırım S. Ev kazası nedeniyle hastaneye başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve kazaya maruziyetlerini kolaylaştıran çeşitli risk faktörlerinin değerlendirilmesi. TC Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık Tezi. İstanbul,2008.

- 10) Sütölk Z, Savaş N, Demirhindi H, Özdener N, Akbaba M. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Büyük Acil Servisi'ne ev kazaları nedeniyle başvuranların etiyojik ve demografik özellikleri. Toplum Hekimliği Bülteni. 2007; 26(2): 29-35.
- 11) Türkiye İstatistik Kurumu, Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr> Son Erişim Tarihi:20.10.2016
- 12) Resmi İstatistik Portalı Erişim Adresi: <http://www.resmiistatistik.gov.tr/> Son Erişim Tarihi:20.10.2016
- 13) Paul H. Wender Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. Oxford University Press, USA:1995
- 14) şenol V, Yıldırım C, Sözüer E.M, Çetinkaya F, Öztürk Y. Acil Servise Baş Vuran Ev Kazalarının Epidemiyolojik Bir Analizi. Acil Tıp Dergisi. Mart 2003; 3(1):33-37.
- 15) Güven S, Cerit G. Yaşlıların Evde Karşılaştıkları Kazalar ve Önlenmesi. Sağlık ve Toplum.2002; 12(2):66-71.
- 16) Kaya N. Ailelerdeki Ev Kazalarının Araştırılması. Erişim Adresi: <http://www.halksağligi2007.org/?sayfa=bildiriDetay&id=62> Erişim Tarihi:07.09.2007
- 17) Özürlülerin Toplumsal Gelişimine Yönelik Proje, Ortez ve Tekerlekli Sandalyenin Üretimi, Standartları ve Pazar Potansiyeli. Erişim Adresi:[www.mpm.org.tr](http://www.mpm.org.tr) Erişim Tarihi:15.05.2007
- 18) Alptekin F. Aksaray İl Merkezinde Ev Kazaları Epidemiyolojisi Korumaya Yönelik Tutum ve Davranışlar Ev Kazalarına Yönelik İlk Yardım Bilgi Düzeyi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı , Yüksek Lisans Tezi, Isparta,2004.
- 19) Köse O.Ö, Bakırcı N. Çocuklarda Ev Kazaları. STED 2007; 16(3):31-35.
- 20) Kırılmaz A.Y, Arısoy M. Ev Kazaları ve İlk Yardım.Ekim-Aralık 2002; 4:27-32.

- 21) Topaç Ş. GATA Eğitim Hastanesinde Rutin İncelemeye Tabi Tutulan Yaşlı Bireylerde Ev Kaza Sıklığı, Kaza Özellikleri ile Nedenleri ve Bunun Yaşadıkları Konut Özellikleri İle İlişkisi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara,2002.
- 22) Hechtman L, McGough JJ. Dikkat Eksikliği Bozuklukları. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Çev: Öner Ö, Aysev A.). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler)., 8.baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. 2007;3183-205
- 23) Öner Ö, AS A, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Arsev AS, Taner YI, (editörler). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda. İstanbul,Golden Print. 2007; 397-421.
- 24) Clarke S, Kohn HMR. Attention deficit disorder: not just for children. Int Med J 2005; 35:721-25.
- 25) Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners K, Demler O. et al. The Prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2006; 163:716-723.
- 26) Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. J Pediatr Psychol 2007; 32:631-42.
- 27) Weiss M, Hetchman LT, Weis G. ADHD in Adults. A Guide to Current Theory, Diagnosis and Treatment. 1st Ed. Maryland, John Hopkins University Pres. 1999:1-345.
- 28) Fayyad J, DeGraaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K. et al. Cross-national prevalence and correlates of Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Br J Psychiatry 2007; 190:402-9.
- 29) Sprafkin J, Gadow KD, Weiss M. Psychiatric comorbidity in ADHD symptom subtypes in clinic and community adults. J Atten Disord 2007; 11:114-24.
- 30) Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A

- controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:524-40.
- 31) Greydanus DE, Pratt HD, Patel DR. Attention Deficit Hyperactivity Disorder across the lifespan. *The Child, Adolescent, and Adult Dis Mon* 2007; 53:70-131.
- 32) *Psychological Medicine* (2009), 39, 137–47. 2008 Cambridge University Press doi:10.1017/S0033291708003309 Printed in the United Kingdom.
- 33) Quinn PO. Treating adolescent girls and women with ADHD: Gender-specific issues. *J Clin Psychol* 2005; 61:579-587.
- 34) Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi Yıl: 2005, Sayı 21, Sayfa: 133-50.
- 35) Rickel AU, Brown RT. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults. 1st Ed., Germany, Hogrefe Huber Publishers. 2007:1-57.
- 36) Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçükgöncü S, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri* 1999;2: 75-88.
- 37) Breslin F C, Pole J D, Work Injury Risk Among Young People With Learning Disabilities and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Canada; Canada 2009.
- 38) Doğanlı SO. Acil Servise İş Kazası Nedeniyle Gelen Hastalarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite İlişkisinin İncelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi ). Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2015.
- 39) Detels R., Halland W.W., McEwen J, Omenn S. G. Oxford Textbook of Public Health Vol 3. Third Edition, 1997: s:1291-1317.
- 40) Atman ÜC, Dinç G, Oruçoğlu A, Oğurlu H, Ecebay A. Manisa Muradiye Sağlık Ocağı bölgesinde yaşlılarda kaza sıklığı ve kaza ile ilişkili faktörler. *Türk Geriatri Dergisi*, 2007; 10(2): 83-7.

- 41) Güzel A, Karasalihoğlu S, Küçükuğurluoğlu Y. Çocuk acil ünitemize düşme nedeniyle başvuran travma olgularının değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2007; 13(3): 211-6.
- 42) Dizdar MG. 2005-2009 Yılları Arasında İzmir’de Otopsileri yapılmış Ev Kazalarına Bağlı Ölümler (Tıpta Uzmanlık Tezi). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi;2011.
- 43) Oberne D J, “Ergonomics at Work”, Human Factors in Design and Development, 3rd Edition, John Wiley & Sons, New York,1995
- 44) Foster, Health Education in Secondary Schools Integrating The Critical Incident Technique Mayshark. Third Edition. The C. V. Mosby Company Saint Louis 1972, s:126-146.
- 45) Backett M. Domestic Accidents. Public Health Papers. No:26 Geneva: World Health Organization, 1965.
- 46) Hajar-Medina M.C., Tapia-Yanez J.R., Lozano-Ascencio R. Home accidents in children less than 10 years of age: causes and consequences. *Salud Publica Mex* 1992:615-625.
- 47) İlk Yardım, Gazi Üniversitesi Kazaları Önleme ve Araştırma Enstitüsü Ders Notları , 1986-1987.
- 48) Roche L.M., Cody P.R. Occupational injury visits to run Emergency Department-opportunity for prevention. *Academic Emergency Medicine*, 1998:354.
- 49) Navascues R.J.A., Soleto M.J., Cerda Berrocal J. Epidemiologic study of injuries in childhood: the first pediatric trauma registry. *Ann Esp Pediatr*, 1997:369-372.
- 50) Dershewitz R. Christophersen R. Childhood Household Safety. *American Journal of Diseases of Children*. 1984;138(1): 85-88.
- 51) Bertan M., Çakır B., Halk Sağlığı Yönünden Kazalar, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı (çev ed. Bertan M., Güler Ç.), Ankara 1995;462-472.
- 52) Dağlı B. Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisi’ne Gelen İş Kazası Vakalarının Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi) Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2008.

53) Kıran S., Şemin S., Ergör A. Kazalar ve Toplum Sağlığı Yönünden Önemi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. Şubat, 2001