

14. ULUSAL ACIL TIP KONGRESİ

5TH 19-22 Nisan 2018 Kaya Palazzo Golf Resort Otel
INTERCONTINENTAL EMERGENCY MEDICINE CONGRESS
INTERNATIONAL CRITICAL CARE AND EMERGENCY MEDICINE CONGRESS



Akademik Acil Tıp ve Bilimsel Araştırmalar
20 Nisan 2018



Editör Gözüyle

İyi Makale



Prof. Dr. Sedat YANTURALI
Dokuz Eylul Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı



14. ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5TH

19-22 Nisan 2018 Kaya Palazzo Golf Resort Otel

INTERCONTINENTAL EMERGENCY MEDICINE CONGRESS

INTERNATIONAL CRITICAL CARE AND EMERGENCY MEDICINE CONGRESS



Teşekkür ederim

1988-1994

Tıp Fakültesi



1995-2017

Uzmanlık, Öğretim Üyeliği



Prof. Dr. Sedat YANTURALI
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı – İzmir



Sunu Planı

- Bilimsel Yazım ve Makale nedir ?
- Editörün ilgisini çekecek etkin bir araştırmanın planlanması.
- Editörün dikkati çeken makale nasıl yazılır ?
 - Başlık, Giriş, Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç
 - Kabulde püf noktaları
- Yayının (makalenin) değeri, etkinliği
- Benim takip ettiklerim
- Kanıta dayalı tıp



Bilimsel Makale Nedir ?

“ Belirli bir biçimde yazılmış olmalı ve yıllar boyunca geliştirilmiş olan bilimsel gelenekler, editöryel uygulamalar, bilimsel ahlak ve basım-yayım etkileşimiyle tanımlanan belirli süreçlerden geçtikten sonra yayımlanması gerekir ”

Makale kabul edilmezler

Bildiri özetleri, tezler, konferans raporları, devlet raporları, yanlış yerde yayımlananlar

Bilgiye ulaşmada dün ve bugün

Dünkü Sorun

« Bilgiye Ulaşım »

- Kaynak Az
- Hocalar ilah
- İnternet yok

Bugünkü Sorun

« Bilgi Fazlalığı »

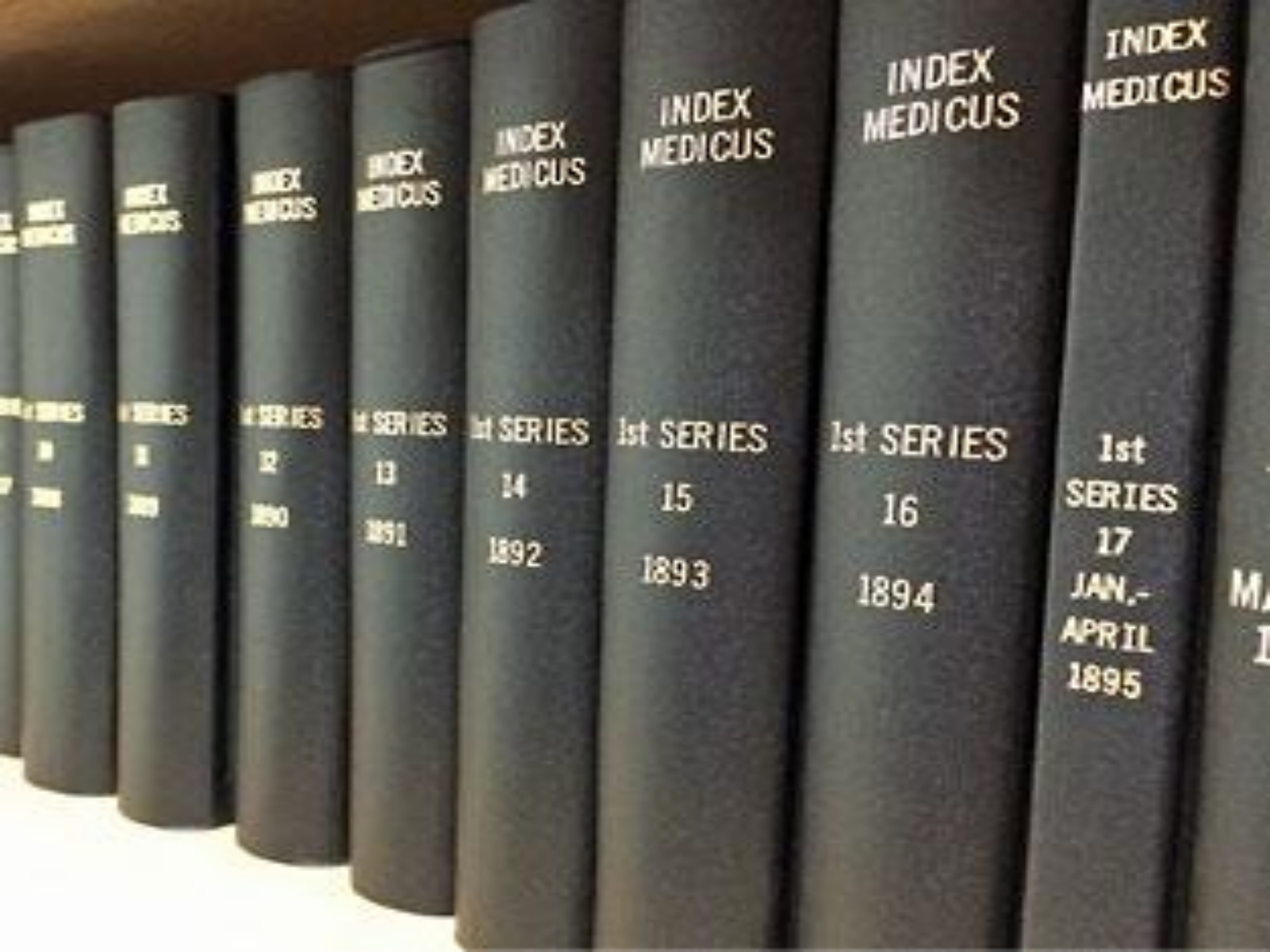
- Hangi bilgi doğru
- Hangi bilgi yararlı
- Hangi bilgi bu konuda işeme yarar



© Can Stock Photo - csp6807111



© Can Stock Photo - csp36642720



INDEX
MEDICUS

INDEX
MEDICUS

INDEX
MEDICUS

INDEX
MEDICUS

INDEX
MEDICUS

INDEX
MEDICUS

INDEX
MEDICUS

INDEX
MEDICUS

1st SERIES

1st SERIES

1st SERIES

1st SERIES

1st SERIES

1st SERIES

1st SERIES

1st
SERIES

MA
I

12

13

14

15

16

17

1890

1891

1892

1893

1894

JAN.-
APRIL
1895

knowledge



Knowledge
Management

Dikkat Çekici, etkin bir makale

için

iyi bir **planlama evresi şarttır**

Dikkat Çekici bir Çalışma için

Başlamadan Önce

- ❑ Bu konuda **şimdiye kadar** neler biliniyor ?
- ❑ Bu çalışma ile **ne bulmayı** amaçlıyorsunuz ?
- ❑ Bu çalışma bilgilerimize/literatüre **ne katabilir** ?
- ❑ Bu çalışma klinik pratiği **değiştirebilecek** bilgilere yönelik mi ?
- ❑ Bu konuda başka çalışmaları tetikleme potansiyeli var mı ?

Planlama

❑ Çalışmanın Orijinalliğı

- ❑ Özellikle dış yayın amaçlı ise ! – Sonra üzölmeyin
- ❑ Yegane, yeni, tek olmaması (Not Unique)
- ❑ Çalışmanın yeni bilgiler vermemesi, eklememesi
- ❑ Aynı konuda çok daha yüksek kalitede yayınlar
- ❑ Çalışmanın uluslar arası dergi okuyucularına hitap etmemesi (Local issue-local journal)

- ❑ Makalenin amacının net olmaması.
- ❑ Karışık (Verbose)
- ❑ Odaklı değil (Unfocused)
- ❑ Çok sayıda birbirleriyle uyumsuz amaç



Karışık bir makale
ne editörün, ne de okuyucunun
dikkatini çekmez

Bi de ona bakalım, bi de buna bakalım





Araştırmanın Yazılması



Başlık Yazımı

“İlk izlenimler güçlü izlenimlerdir; bu nedenle, bir başlığın iyi tasarlanması ve sınırların izin verdiği ölçüde, ne gelmekte olduğunun tam ve kesin göstergesi olması gerekir ”

T. Clifford Allbutt

İlk intiba, son intibadır

« First impression is the last impression »

Başlığı, 1000 kişi,

Özeti, 100 kişi,

Tam metni, 10 kişi okur

Çok okunan makale, çok atıf alır

- ❑ Cümle değil, bir etikettir.
- ❑ Özne, nesne, yüklem sıralaması yok...

Yazmak zor.

- ❑ Levha / Tabela önemi
- ❑ Hedeflenen kitleye ulaşma / yok olma
- ❑ Başkalarının okuması, atıf alma

Systemic Toxicity of Ophthalmic Apraclonidine.

NCBI Resources ☒ How To ☒

PubMed.gov

US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed ▼

Advanced

Format: Abstract ▼

Search

Emerg Med J. 2005 Oct;22(10):753-4.

More than just an ocular solution.

Pekdemir M¹, Yanturali S, Karakus G.

 Author information

Abstract

Apraclonidine eye drop is an alpha adrenergic agonist derived topical clonidine, used for the treatment of intraocular pressure elevation. We report what is to our knowledge the first case of systemic toxicity of apraclonidine resulted from repeated local administration. Clinical manifestation of toxicity was similar to oral clonidine overdose. Toxicities of ocular drugs should always be considered when a patient presents with new systemic problems.

Amaç

“ Okuyucunun konuyla ilgili önceki yayınlara bakmaya **ihtiyaç duymaksızın**, şimdiki çalışmanın sonuçlarını anlayıp değerlendirmesine imkan verecek, yeterli ölçüde **temel bilgileri** vermektir ”

Giriş ve Amaç Bölümünün Yazımı

- Çalışmanın **gerek** ve **mantığı** verilmelidir
- Orjinalliğin verilmesi
 - Önemi, özgünlüğü, yeni olan noktanın verilmesi
- Araştırma yöntemini belirtmeli
- Çalışmanın **amacının** yazıldığı bölümdür. (kısa ve açık)
 - The study question,
 - Hypothesis, study objectives, aim of study

Giriş Bölümünün Yazımı

❑ Giriş Yazımında Hatalarımız

- ❑ Çok uzun ve sıkıcı giriş

- ❑ Amaca odaksız giriş

 - ❑ Kafa karıştırıcı, aşırı kalabalık, çok amaçlı.

- ❑ Geçmişin iyi verilmemesi

- ❑ Orijinalliğin, yeniliğin verilmemesi

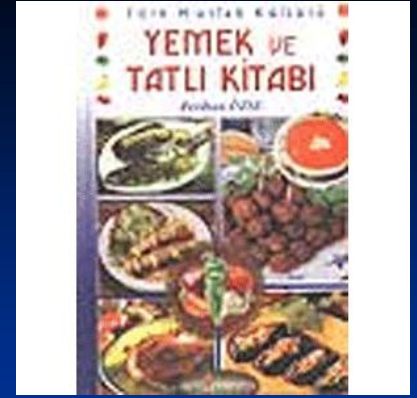
“ Kaliteli bir makale, bir detektif
hikayesi gibi değildir ”

Gereç Yöntem Bölümünün Yazımı



- Nasıl ? Sorusunun yanıtı burada
- Değerlendirici ve okuyucuya bilmece sunmayın !!!

Yöntem Bölümünün Yazımı



- Red nedeni olan bölüm
- Yazarlara bilgi bölümü
- İstatistiksel yöntem
- Bilgilendirilmiş onam

Yöntem Bölümünün Yazımı

LANCET der ki 😊



Yöntemi bir meslektaşınıza okutun !!!

O anlamadı ise !

- Çalışma içinde olmayan biri / olmanın verdiği körlük
- İzleyebiliyor mu ?
- Çok basit şeyleri gözden kaçırmış olabilirsiniz ?

Bulgular (Sonuçlar) Bölümünün Yazımı

“Çalışmanızın dünyaya katkıda bulunduğu,
yeni bilginin (bulgular) sunulduğu bölüm”

Bulgular Bölümünün Yazımı

“ Her şeyi kapsamak, hiçbir şeyi dışlamamak zorlaması, bir kimsenin sınırsız bilgiye sahip olmadığını göstermez”

“Aptal, gerçekleri toplar, akıllı kişi seçer”

Effect of intravenous corticosteroids on death within 14 days in 10008 adults with clinically significant head injury (MRC CRASH trial): randomised placebo-controlled trial

Articles

and severity of head injury based on the GCS at randomisation (severe 3–8, moderate 9–12, mild 13–14).

Statistical analysis

We initially estimated that risk of death in patients allocated to placebo might be around 15%. Because even a 2% survival difference would be clinically important, the trial had to be large enough to detect a difference of this size. A trial of 20 000 patients would have a good chance of showing a 2% survival difference at convincing levels of significance—ie, more than 90% power to achieve $p < 0.01$. All analyses were undertaken on an intention-to-treat basis, that is, patients were analysed on the basis of the group to which they were randomised, irrespective of whether they actually received their allocated treatment. Effect measures were relative risk and absolute risk reduction. Precision was quantified with 95% CIs for overall risk and 99% CIs for subgroup results. We assessed homogeneity in treatment effects within subgroups by the χ^2 test at a 5% significance level.

During the study, interim analyses of in-hospital mortality, complications, and 6-month outcome were supplied at least once a year to the independent data monitoring and ethics committee. This committee had responsibility for deciding whether, while randomisation was in progress, the unmasked results should be revealed to the trial steering committee. The data monitoring and ethics committee terms of reference stated that they would unmask results only if the randomised comparisons in the trial provided both (1) proof beyond reasonable doubt of a difference in outcome between the study and control groups and (2) evidence that would be expected to alter substantially the choice of treatment for patients whose doctors were, in view of data from other randomised controlled trials, substantially uncertain whether to give corticosteroids to patients with head injury.

This study is registered as an International Standard Randomised Controlled Trial, number ISRCTN74459797. The protocol for this study was peer-reviewed and accepted by *The Lancet*; a summary of the protocol was published on the journal's website, and the journal then made a commitment to peer-review the primary clinical manuscript.

Role of the funding source

The sponsors of the study had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation, or writing of the report. The corresponding author had full access to all the data in the study and had final responsibility for the decision to submit for publication.

Results

Patients were enrolled in 239 hospitals from 49 countries: 2141 (21%) were enrolled by central telephone randomisation and 7867 (79%) were non-centrally randomised. The first patient was enrolled in

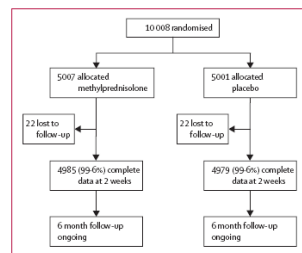


Figure 1: Trial profile
The number of people screened before randomisation and excluded because of a clear contraindication or indication for corticosteroids is unknown, because these data were not available from every hospital.

	Corticosteroid (n=5007)	Placebo (n=5001)
Age at randomisation (years)		
<25	1481 (30%)	1450 (29%)
25–34	1151 (23%)	1217 (24%)
35–54	1554 (31%)	1485 (30%)
≥55	821 (16%)	849 (17%)
Men	4075 (81%)	4029 (81%)
GCS		
Severe (3–8)	1985 (40%)	1981 (39%)
Moderate (9–12)	1557 (31%)	1483 (30%)
Mild (13–14)	1465 (29%)	1537 (31%)
Time since injury (h)		
≤1	1350 (27%)	1347 (27%)
>1 to ≤3	1532 (31%)	1567 (31%)
>3 to ≤8	2125 (42%)	2087 (42%)
Both pupils reactive to light		
No	722 (14%)	728 (15%)
Yes	4285 (86%)	4273 (85%)
Major extracranial injury		
Cause of head injury		
Road traffic crash	2349 (47%)	2159 (43%)
Fall ≥ 2 m	608 (12%)	569 (11%)
Other	1085 (22%)	1053 (21%)
Not known	65 (1%)	80 (2%)
Head CT scan done		
Yes	3916 (78%)	3896 (78%)
No/not known	1091 (22%)	1105 (22%)
CT scan results†		
Normal	897 (23%)	878 (22%)
One or more patchy haemorrhages within the brain	1139 (29%)	1098 (28%)
Obiteration of the third ventricle or basal cisterns	906 (23%)	920 (24%)
Subarachnoid blood	1226 (31%)	1231 (24%)
Midline shift ≥ 5 mm	555 (14%)	579 (15%)
Non- or evacuated haematoma	1061 (27%)	1050 (27%)
Evacuated haematoma	486 (12%)	500 (13%)
Cortical contusion > 1 cm in diameter‡	869 (22%)	886 (23%)

†Includes 21 patients randomised more than 8 h after injury. Percentages shown are of patients who had a CT scan; patients may have more than one result. ‡Cortical contusion as a CT-reporting category was introduced after randomisation started.

Table: Baseline characteristics

Articles

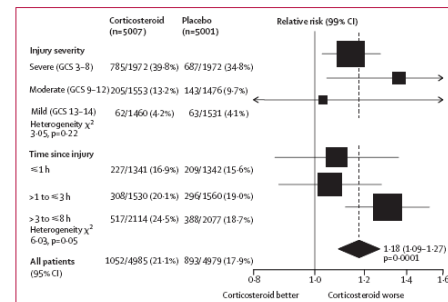


Figure 2: Effects of corticosteroid allocation on deaths from all causes within 2 weeks, by injury severity (based on GCS at randomisation) and time since injury

April, 1999. In May, 2004, the data monitoring and ethics committee disclosed the unmasked results to the trial steering committee, which then stopped recruitment. 10008 patients were randomised to corticosteroid or placebo infusions (figure 1): 62 were subsequently found to be younger than 16 years of age, 21 were enrolled more than 8 h after injury, and the trial infusion was stopped in three at the request of a relative. All these patients are included in the analysis.

The table shows baseline data for all patients randomised. Mean age of participants was 37 years

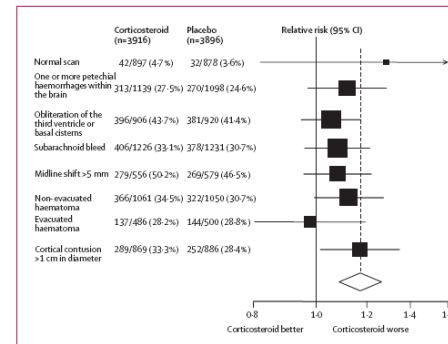


Figure 3: Effects of corticosteroid allocation on deaths from all causes within 2 weeks, by head CT scan results
Subgroups are not mutually exclusive because some patients are included in more than one category.

(SD 17) and median time from injury to randomisation was 3 h (IQR 1–5). Treatment groups were balanced with respect to patients' characteristics and presence of major extracranial injuries, cause of injury, and head CT scan results.

Adherence to treatment was known for 9848 (98%) patients, of whom 9748 (99%) received the full loading dose. Although some patients died or were discharged from hospital before completion of the full 48 h maintenance dose, 8286 (83%) patients received at least 24 h of treatment.

Mortality data during the first 2 weeks were obtained for 9964 patients. Of 4985 patients allocated corticosteroids whose outcomes were known, 1052 (21%) died within 2 weeks of randomisation, compared with 893 (18%) of 4979 allocated placebo. Thus, the relative risk of death from all causes within 2 weeks in patients allocated corticosteroids compared with placebo was 1.18 (95% CI 1.09–1.27; $p < 0.0001$; figure 2). The relative risk of death at 2 weeks did not differ by injury severity ($p = 0.22$) or time since injury ($p = 0.05$; figure 2). 7812 (78%) patients had a head CT scan. The relative risk of death at 2 weeks was not different in any of the eight CT scan diagnosis subgroups examined (figure 3). Furthermore, the relative risk of death within 2 weeks did not differ in patients with (321/1134 [28%] corticosteroid vs 244/1082 [23%] placebo) and without (731/3851 [19%] vs 649/3897 [17%]; $p = 0.27$) major extracranial injury. We did not record an increase in complications with corticosteroid allocation (figure 4).

Treatment allocation was unmasked for 24 (0.2%) patients (15 corticosteroid, nine placebo). The usual reason for emergency unmasking was that patients were subsequently found to have a disorder that the doctor wished to treat with corticosteroids.

Discussion

The results of the MRC CRASH trial of methylprednisolone treatment reliably refute any reduction in mortality in the 2 weeks after head injury: this treatment was associated with a significant rise in risk of death within 2 weeks. The apparent increase in mortality did not differ in the prespecified subgroups, although the hazard might be enhanced in patients presenting at a later time. Although the apparent hazard could be a statistical artifact, due in part to the data-dependent stopping of the trial,¹¹ we believe that our results provide evidence that could substantially alter the choice of treatment for patients with head injury. For this reason, we opted for early publication of the 2-week outcome data. The effect of corticosteroids on disability at 6 months will be reported later.

Our study has many strengths. Our randomisation methods ensured that participating clinicians could not have foreknowledge of treatment allocation and that baseline prognostic factors were well balanced between treatment groups. Data on the primary outcome of death

Tartışma Bölümünün Yazımı

- Yazılması zor, mantık gerektiren
- Literatüre hakimiyet gerektirir.
- “*Onda bu bulundu, bunda bu bulundu*” ile kalmasın.
- Referanslarınız güncel olsun

“Bulguların tekrarlandığı bölüm değildir”

Sonuç (Conclusion) Bölümünün Yazımı

- ❑ Ayrılmadan önce son kanı-fikir
 - ❑ Çalışmanızın önemi
 - ❑ Çalışmanız kullanışlı ve anlamlı olduğu
 - ❑ Sonuçları tekrarlamayın Abartmayın
 - ❑ Yeni çalışmaları tetikleyecek mesaj

So What ?

Hakem raporları çok önemli !



- ❑ Mutlaka harfiyen uyun.
- ❑ Teşekkür edin. (Bu değerli katkılar için)
 - ❑ Emek var, para yok, daha iyi olsun diye uğraşıyor
- ❑ Çok gross bir sey olmadıkça itiraz etmeyin
- ❑ Mutlak itiraz edeceksiniz, kibar olun.
 - ❑ PNP yapın
- ❑ Bazen hakem yazıya çok hakim olmayabilir.
- ❑ Tam Okumamış !

PÜF NOKTALARI

Dear Editor;

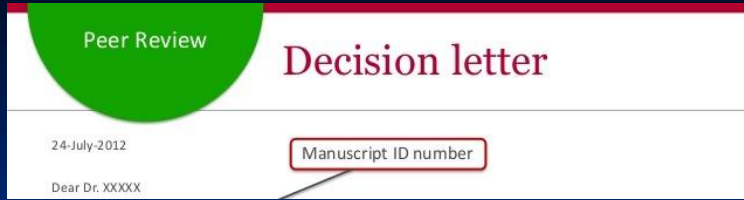
We would like to say thanks you and peer reviewer for their valuable comments. We revised the manuscript as much as we can. Our responses are presented after peer reviewer comments. And we also share our ideas below;

|

Dr. Sedat YANTURALI
Corresponding Author

Any comments from the reviewer(s):
Peer Reviewer: 1

Comments to the Author
This is a study in which 166 elite cyclists were followed over a 8-day multi-stage cycling



- ❑ Kibar bir red yazısı alacaksınız. Yerimiz dar 😊
- ❑ Daha sonraki başvurularda kabul
- ❑ Hatta daha kaliteli ve yüksek etki değeri olan dergiler
- ❑ Bir önceki hakemlerin gösterdikleri yanlışları düzelt

Hevesiniz Kırılmasın

Hevesiniz Kırılmasının

- ❑ Biz Türk'üz, bizim makaleyi basmazlar
 - ❑ Çoğu zaman doğru değil
 - ❑ Kanka editör ???
 - ❑ Kör değerlendirme var
 - ❑ Hakem önerisi veya reddi
 - ❑ Editör --- Kaliteli bir yayını basmak işine gelir
 - ❑ Editör --- Atıf alacak makaleyi basmak ister



Yayın Değerliliği

Meta-Analiz

Sistematiik inceleme

Randomize kontrollü çalışma

Kohort araştırmaları

Vaka kontrol araştırmaları

Vaka raporları

Hayvan araştırmaları

Makalenin Değerliliği

Atıf: Bir makalenin bir başka makalede kaynak gösterilmesidir.

Etki Değeri (İmpact): Birim zamanda o dergide çıkan makalelere yapılan toplam atfın, toplam yayın sayısına bölünmesi ile elde edilir.

Makaleye yapılan atıf sayısı ----- Makalenin kalitesini

Derginin Etki değeri ---- Derginin kalitesini gösterir

SCI WEB OF SCIENCE™



Google Akademik ile Atıf Tarama Nasıl Yapılır?

🕒 12 Şubat 2017 👤 Recep Yavuz 💬 Yorum Yaz



Benim takip ettiklerim

- Annals of EM, Academic EM, EMJ, American JEM, JEM vb...
- Mega dergilerde çıkan acil tıp yazılarını mutlaka oku
- JAMA, BMJ, Lancet, NEJM vb...
- Genel tıp dergisi olmasına rağmen acil tıp yazısı var ise mutlaka kaliteli bir yayın
- Journal Alert sistemleri yararlı
- Fakat boğulmayın

aciltipuzmanlari@yahoo.com

Benim takip ettiklerim

The
New York
Times

theguardian

THE
WALL STREET
JOURNAL.

Yabancı ana medyaya düşen acil tıp haberleri

- Makaleyi buluyorum
- Facebook, twitter yararlı
- Health section

**Bir acil tıp makalesi buralara kadar uzandı ise
mutlaka okumalıyız !**

Kaliteli Yayın Şart

T.C.
ÜNİVERSİTELERARASI KURUL BAŞKANLIĞI
DOÇENTLİK SINAVI ESER İNCELEME RAPORU
(Bu rapor ve ekinde hazırlanacak inceleme raporu 2 kopya olarak düzenlenecektir.)
SAĞLIK BİLİMLERİ TEMEL ALANI

Değerlendirme Yapan Profesör	Aday
Adı Soyadı: _____	Adı Soyadı: _____
Üniversite: _____	Üniversite: _____
Fakülte/YO: _____	Başvuru Yılı-Dönemi: _____
E-Posta: _____	Bilim Alanı Kodu-Adı: _____

Doçentlik Sınav Yönetmeliği'nin 4.maddesinin 2/c hükmü uyarınca;
Doktora, tıpta veya diş hekimliğinde uzmanlık veya sanatta yeterlik derecesi iktisap edildikten sonra, doçentlik başvurusunda bulunulacak bilim alanında öngörülen asgari kriterlere uygun özgün bilimsel yayın ve diğer çalışmaların yapılmış olması şarttır.

ASGARİ KOŞULLARA¹ UYGUNLUĞUN İNCELENMESİ

Koşul	Eser No ²
SCI-Expanded, SSCI veya AHCI kapsamındaki dergilerde birinci isim olarak yayımlanmış özgün araştırma makalesi	
SCI-Expanded, SSCI veya AHCI kapsamındaki dergilerde yayımlanmış özgün makale (En az iki tane)	

C. AKADEMİK ETKİNLİK PUANLAMA SİSTEMİ

Çok yazarlı yayın ve kitap çalışmalarında adayın payına düşen puanı hesaplamak için; bu tabloda ilgili çalışma karşısında yer alan puan **Çok Yazarlı Çalışmalar İçin Puanlama Oranları Tablosu**'nda yer alan yüzde değerlerle çarpılır.

ETKİNLİK	PUAN
1. SCI-E (Science Citation Index-Expanded), SSCI (Social Science Citation Index), AHCI (Arts and Humanities Citation Index) tarafından taranan dergilerde yapılan yayınlar	
1.a. Çağrılı makale	50
1.b. Makale	40
1.c. Derleme, olgu/vaka sunumu, teknik bilgi notu vb	20

Her iki aşmada da

Doçentlik Sınavı Asgari Koşulları

Kadro Atamaları

- Öğr. Gör
- Dr. Öğr. Gör
- Doçentlik,
- Profesörlük

Teşekkür Ederim

sedat.yanturali@deu.edu.tr



Tweetler
1.762

Takip Edilen
450

Takipçiler
194

Beğeni
3.304

Listeler
0

Anlar
1

Profili düzenle

Sedat YANTURALI

@sedatyanturali

Öğretim Üyesi-DEÜ Tıp Fakültesi, Acil Tıp

Tweetler

Tweetler ve yanıtlar

Medya



Sedat YANTURALI @sedatyanturali · 9 sa.

Paramedic Burak TATAR, who martyred while serving emergency medical services

Kimi takip etmeli · Yenile · Tümünü
görüntüle



Manisa Bisiklet Spor Kulü... ×

li | <https://www.facebook.com/sedat.yanturali>



Sedat Yanturali



Sedat

Ana Sayfa



Sedat Yanturali

Profili Düzenle

Hareketler Dökümünü Gör **10+**



Zaman Tüneli

Hakkında

Arkadaşlar 2.656

Fotoğraflar

Diğer ▾



İncelemen için 33 içerik



Gönderi Oluştur
Önemli Gelişme

Fotoğraf/Video

Canlı Video