



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

DÜŞME VE MEKANİK TRAVMAYA MARUZ KALARAK
ACİL SERVİSE BAŞVURAN KADIN OLGULARIN
RETROSPEKTİF ANALİZİ

Dr. FİLİZ DEMİR
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. CÜNEYT AYRIK

MERSİN – 2012



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

DÜŞME VE MEKANİK TRAVMAYA MARUZ KALARAK
ACİL SERVİSE BAŞVURAN KADIN OLGULARIN
RETROSPEKTİF ANALİZİ

Dr. FİLİZ DEMİR
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. CÜNEYT AYRIK

MERSİN – 2012

TEŞEKKÜR

Acil Tıp Uzmanlığı eğitimim süresince her konuda bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan, titiz ve özverili yaklaşımıyla bizi yönlendiren, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, hoşgörüsü ve destekleriyle her zaman yanımda olduğunu hissettiğim değerli hocam, danışmanım ve Anabilim Dalı Başkanımız

Sayın Doç. Dr. Cüneyt AYRIK'a,

Uzmanlık tezimin hazırlanmasında destek ve katkılarından dolayı

Sayın Doç. Dr. Bülent ERDUR'a, Sayın Doç. Dr. Halis DOKGÖZ'e ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Seyran BOZKURT'a,

Uzmanlık tezimin istatistiksel analizlerinde destek ve katkılarından dolayı

Sayın Mehmet Ali SUNGUR'a ve Sayın Sema ERDEN'e,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum

Sevgili asistan arkadaşlarıma,

Varlıklarıyla her zaman hayatıma en önemli anlamı katan ve her alanda sevgi ve ilgileriyle arkamda bir zırh gibi duran

Sevgili eşim Akın DEMİR'e ve oğlum Doruk DEMİR'e,

Sevgi ve destekleriyle daima yanımda olan **aileme**

En içten duygularıyla sonsuz teşekkür ederim.

Dr. FİLİZ DEMİR

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	7
1. GİRİŞ VE AMAÇ	9
2. GENEL BİLGİLER	11
2.1. Travmanın Tanımı	11
2.2. Epidemiyoloji	11
2.3. Travma Mekanizmaları	14
2.4. Yaralanmalar	15
2.4.1. Yaranın Tanımı	16
2.4.2. Yaraların Sınıflandırılması	16
2.5. Adli Olgu	17
2.5.1. Adli Olgular, Türleri ve Genel Özellikleri	18
2.5.1.1. Ateşli Silah Yaralanmaları	18
2.5.1.2. Keskin Cisimle Yaralanmalar	20
2.5.1.2.1. Kesici Alet Yaralanmaları	20
2.5.1.2.2. Kesici-Delici Alet Yaralanmaları	20
2.5.1.2.3. Kesici-Ezici Alet Yaralanmaları	21
2.5.1.2.4. Delici Alet Yaralanmaları	21
2.5.1.3. Yüksekten Düşme	23
2.5.1.4. Şiddetin Tanımı	24
2.5.1.4.1. Kadına Yönelik Şiddet	25
2.5.1.4.2. Gebelikte Yaşanan Aile İçi Şiddet	30
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	32
3.1. İstatistiksel Yöntem	33
4. BULGULAR	34

5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇLAR	68
7. KAYNAKLAR	70
8. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	79
9. TABLOLAR DİZİNİ	80
10. GRAFİKLER DİZİNİ	81

ÖZET

Amaç: Çalışmamız, düşme ve mekanik travma nedeniyle acil servise başvuran kadınlarda, mevcut yaralanmaların tıbbi boyutlarını ortaya koymak ve ayrıca kadına yönelik şiddeti ve sonuçlarını göstermek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil servisine Ocak 2009- Aralık 2011 tarihleri arasında 36 aylık dönemde düşme ve mekanik yaralanmaya maruz kalan 475 kadın olgu dahil edildi. Çalışma geriye yönelik yapıldı. Yapılan tablo, grafik ve analizlerde SPSS for Windows 11.5.1 istatistik programları kullanıldı.

Bulgular: Çalışmayı yaptığımız tarihler arasında acil servis başvuran toplam hasta sayısı 187.502, cinsiyet farkı gözetmeksizin toplam adli olgu sayısı 2825 idi. Tüm adli olguların 1050'si (%37,1) kadındı. Bunların içinde düşme ve mekanik travmaya maruz kalan kadın olguların sayısı 475'ti (%45,2). Çalışmaya dahil edilen olguların yaş ortalaması $36,8 \pm 16,2$ yıl idi. Olay niteliğine göre yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştı ($p=0.001$). Olguların 37'si (%8) 65 yaş ve üstünde, 256'sı (%53,6) 35 yaş ve altındaydı. En sık görülen olay niteliği düşme ve darp olup, sıklıkla etkilenen anatomik bölge baş-boyun (%18,7) ve yüz bölgesiydi (%18,3). 475 olgudan 93'üne gebelik testi bakılmış olup, 22 (%24) olguda gebelik testi pozitif olarak saptanmıştır. Gebelik testi pozitif olan olgularda en sık travma türü düşmeydi. Olguların (%79,4)'ünde en az bir radyolojik ve laboratuvar tetkiki yapıldığı, en çok direk grafi (%74,8) ve en az MRG (%1,3) istendiği saptandı. Olguların tümü adli olmasına rağmen 46'sında (%9,6) kan etanol düzeyi bakılmış olup, bunların 12'sinde alkol düzeyi pozitif (%26,1) olarak saptanmıştı. Mekanik yaralanma olgularının %22,1'i darptı. Darp edilenlerin %72,4'ünün şiddeti uygulayanı gizlemeyi tercih ettiği görüldü. Düşme şekline baktığımızda, olguların büyük çoğunluğunun aynı seviyeden (%27,3) düştüğü saptanmıştır. Toplam 99 olguda kırık tespit edilmiştir. Kırık tespit edilen olgularda kırığın hayati fonksiyonlara etkisi %16,2 olguda hafif, %36,4 olguda orta, %47,5 olguda ağır olarak tespit edilmiştir. Olguların 379'unda (%79,8) basit tıbbi müdahale uygulandığı,

83'üne (%17,5) cerrahi müdahale yapıldığı ve 42'sinde (%8,8) hayati tehlikenin mevcut olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Olguların çoğunun basit tıbbi müdahale ile taburcu edildiği, yaralanmaların çoğunun hayati tehlikeye maruz bırakmadığı ve cerrahi müdahale gerektirmediği, ölüm oranının düşük olduğu saptandı.

Anahtar Sözcükler: adli, kadın, mekanik yaralanma, düşme

SUMMARY

Aim: This study is a descriptive study which aimed to state the medical dimensions of the injuries and show the violence and its consequences in the women admitted to emergency department due to fall and mechanical trauma.

Material and method: Between January 2009 and December 2011 (36 months) totally 475 women with fall and mechanical trauma complaints were studied. This retrospective study was held at Mersin University, Emergency Department of Medical School.SPSS for Windows 11.5.1 statistical program was used for tables, graphics and analysis .

Results: During the study period totally 187.502 patients admitted to emergency room and the total forensic case number was 2825 (both gender). Of them 1050 were (37,1%) women, and of them 475 were subjected to mechanical trauma and fall(45,2%). The average age of the cases was 36,8+-16,2 years. There was a significant difference between the average ages according to the type of the event ($p=0.001$). 37 of the cases were aged(8%) 65 years and over, 256 were (53,6%) 35 years and younger. The most frequent events were fall and pounding, and the most frequently injured anatomic parts were head-neck (18,7%) and face (18,3%). The pregnancy test was positive in 22 of 475 cases (24%). The most frequent trauma type was fall in the women with positive pregnancy test. In the 79,4% of the cases at least one radiologic and laboratory test was performed and direct x-ray (74,8%) was the most frequent and MRI (1,3%) was the least frequent ordered test. Although all of the cases were forensic, only in 46 blood ethanol level was determined and (9,6%) in 12 of them result was positive (26,1%). 22,1% of the mechanical trauma patients was pounded. Of them 72,4% preferred to protect the assailant. Most of the falls were from the similar heights (27,3%). Totally 99 cases had fractures. The effect of the fracture on vital functions was mild in 16,2%, moderate in 36,4% and severe in 47,5%. In 379 cases (79,8%) basic medical intervention and in 83(17,5%) surgery were performed and in 42(8,8) there was a life threat.

Conclusion: Most of the cases were discharged after basic medical treatment, most of the injuries were not life-threatening and didn't need surgical intervention, and mortality rate was low.

Key words: forensic cases, woman, mechanical injury, fall.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Travma; çoğu zaman kinetik, termal veya kimyasal enerjinin dokulara transferi ile yapısal hasar oluşturmaktan kaynaklanır. Normal homeostatik mekanizmaların kaybına, fizyolojik gereksinimlerin artmasına ve anormalleşmesine neden olur¹. Trafik kazaları, yüksekten düşmeler, ateşli silah veya delici batıcı alet yaralanmaları bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de travmaların en temel nedenleridir^{2,3}.

Günümüzde travma, sosyoekonomik gelişmişliğe bakmaksızın her ülkede temel halk sağlığı problemlerinden biridir. Birleşik Devletler’de, travma 1 ile 44 yaş grubu insanlar arasında ölümlerin önde gelen sebebidir. Yaralanmalar, tüm yaş grubu insanlarda ve her iki cinste görülmekle beraber, genç erkekler daha sık etkilenmektedir^{4,5}. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde tüm ölümlerin %25’i travma sonucunda gelişmektedir. Bununla beraber, 15–24 yaş arasındakilerde, tüm ölümlerin %78’i travmadan dolayıdır⁵. Travmaya bağlı ölüm oranlarının azaltılabilmesi için mortalite üzerine etkili faktörlerin belirlenmesi ve buna göre hastaya yaklaşım sistemleri geliştirilmesi gerekmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar önlenabilir travma ölümlerinin saptanmasına yöneliktir⁵.

Önlenabilir modern toplum hastalığı olarak tanımlanan travmanın yol açtığı yaralanmalara bağlı morbidite ve mortalitenin, şiddet olayları ve sivil toplumdaki bıçaklanma artışına paralel olarak artması oldukça düşündürücüdür⁶.

İnsan psikolojisinde evrensel olarak varlığı kabul edilen saldırganlık ve onun sonucu şiddet toplumda pek çok boyutta gözlemlenen bir olgudur. Bugün Türkiye’de, şiddet yaşamın doğal bir ögesi olma eğilimi gösterirken; karşılıklı konuşma ve diyalogun yerini alma yolunda dengenin şiddet doğrultusunda ağır bastığına tanık olunmaktadır⁶.

En yaygın şiddet türü olan aile içi şiddet; aile üyelerinden birinin diğer üye ve üyelerine uyguladığı, onların fiziksel ve psikolojik bütünlüğüne zarar veren davranış olarak tanımlanmaktadır⁷. Aile içi şiddet toplumsal bir sağlık sorunu olup, sosyoekonomik durum, eğitim ve yaşanan yerden bağımsız olarak her gruptan ve her sınıftan kadının yaşadığı

yaygın bir problemdir. Bununla birlikte aile içi şiddet çoğunlukla inkar edilmekte, gizlenmekte veya özel bir ailevi problem gibi yaşanmaktadır. Son 30 yıldır ise aile içi şiddete uğrayan kadınların sıklığıyla ilgili toplum bilim araştırmalarının artması, kitle iletişim araçlarında trajik aile öykülerinin yer alması, feminist grupların kamuoyunu harekete geçirmeleri ve bu kadınları korumak amacıyla örgütlenmeleri bu toplumsal soruna ilgi çekmiştir⁸. Son on yıl içinde, aile içi şiddet kurbanlarının ilk başvurdukları yer olma özelliği nedeniyle acil servislerle ilgili çalışmalar artmıştır⁹.

Şiddet her toplumda ve her dönemde varolmuş ve varolacak sosyal bir olgudur. Kadınların fiziksel istismarı ise binlerce yıl öncesine dek uzanmaktadır. Arkeologlar erkek mumyaların kemiklerinde %9-20 kırığa rastlarken kadın mumyalarda bu oranın %30-50 olduğunu bildirmişlerdir. Bu kırıklar savaştan çok bireysel şiddete bağlı olduğu düşünülen kafatası kırıklarıdır¹⁰. Kadına yönelik şiddet türlerinin en sık görülen şekli, kadının birlikte olduğu kişi tarafından istismar edilmesidir. Kadına yönelik şiddet, yapılan antropolojik çalışmalara göre Papua Yeni Gine’de bazı yerli toplulukları dışında dünyada neredeyse her toplumda görülmektedir¹¹.

Kadına yönelik travma (KYT) kadın sağlığını olumsuz etkilemekte, bütün sağlık sistemleri üzerinde global bir yük oluşturmaktadır. ABD’de yapılan bir araştırmaya göre şiddet gören kadınların sağlık harcamaları 2,5 kat, sağlık kuruluşlarına başvurusu ise 2 kat artmış olarak bulunmuştur¹².

Çalışmamız, düşme ve mekanik travma nedeniyle acil servise başvuran kadınlarda, mevcut yaralanmaların tıbbi boyutlarını ortaya koymak ayrıca kadına yönelik şiddeti ve sonuçlarını göstermek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu şekliyle ülkemizde hala ciddi bir problem olan ve güncelliğini koruyan kadına yönelik şiddet olaylarına dikkat çekmek te amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travmanın Tanımlanması

Travma, sözcüğü Yunanca kökenli "troma" yani yara kelimesinden gelmektedir. Çoğunlukla, Anglosakson literatüründe travma ile eş anlamlı olarak kullanılan "injury" ise, Latince'den köken alan, haksızlık ya da hata anlamına gelen bir sözcüktür. Ancak, İngilizce literatürde sıklıkla yaralanma anlamında kullanılmaktadır. ABD hukukunda ise "travma" mekanik bir güce maruz kalma sonucu oluşan yaralanma olarak tanımlanır¹³.

2.2. Epidemiyoloji

Adli açıdan yaralanmalar, kaza ile olanlar ve kasıtlı olanlar şeklinde ikiye ayrılır. Birleşik Devletler'de, yılda 2,5 milyon insan kaza nedeniyle hastaneye yatırılmakta ve 114 milyondan fazla insan ayaktan tedavi görmektedir. Travma tüm yaş gruplarını etkilemekle beraber, gençlerde epidemiktir. ABD'de travma 44 yaş altındaki ölümlerin ilk sebebidir ve travmadan dolayı hastaneye yatanların %70'i bu gruptadır. Bununla beraber, 15–24 yaş arasındakilerin, tüm ölümlerin %78'i travmadan dolayıdır^{14,15}. 1–4 yaş arası çocuklarda bile, hemen hemen tüm ölümlerin yarısını travmalar oluşturmaktadır¹⁴.

Genç erkekler yüksek risk grubunu oluşturur, bu fizyolojik farklılıklardan değil, yüksek risk aktivitelerine girme eğilimlerinden dolayıdır. Travmanın en temel sebebi, motorlu taşıt kazaları, düşmeler, ateşli silahlar, kesici ve delici aletler ve yanıklardır. Travma sonrası ölümler, temelde motorlu taşıt kazaları (%32), ASY (ateşli silah yaralanmaları) (%22) ve düşmeler (%9)'udur¹⁶.

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine göre ülkemizde cinayetlerin en sık nedeni ateşli silah yaralanmaları olup, bunu kesici-delici alet yaralanmaları ve künt travmalar izlemektedir¹⁷.

Mekanik bir kuvvetle içinde bulunan sert cisimleri belirli mesafelere kadar ulaştıran ve orada bu sert cisme bir iş gördüren aletlere ateşli silah, meydana getirdiği yaralara ateşli silah yarası adı verilir¹⁸. Ateşli silah yaralanmaları günümüzde oldukça sık rastlanan ve sıklıkla ölümle sonuçlanan yaralanmalardır. Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte ateşli silahlarında buna paralel olarak gelişmesi, gerek yasal gerekse yasa dışı yollardan elde edilmesinin kolaylığı, korunma ve saldırıda kesin sonuç vermesi ile ateşli silah çok sık kullanılan bir alet durumuna gelmiřtir¹⁹.

ABD’de intihar ölümlerinde en sık ateşli silah kullanılmaktadır (% 60). Kadın intiharlarında ise yüksek dozda ilaç alımı ikinci sırada gelmektedir. 1970’lerde intihar yöntemi olarak ilaç alımı kadınlarda birinci sırada olmasına rağmen 1984 yılına kadar bu oran değişmiş ve intihar yöntemi olarak ateşli silah kullanımı kadınlarda % 59 artarak ilk sıraya ykselmiřtir²⁰.

Ülkemizde, kesici-delici aletler ile ilgili olgular açısından geneli kapsayan çok sağlıklı bir istatistiksel veri bulunmamasına karşın, son yıllarda toplumda bıçaklanma ve buna bağlı adli olayların sayısında büyük bir artış dikkati çekmektedir. Bunda, bir takım yöresel ve geleneksel davranışların ötesinde özellikle terör, mafya, i g vb. toplumsal sorunların ciddi payının bulunduğu bilinen bir gerektir¹⁷.

Dünya Sağlık rgt’nün 2002 raporuna göre, dünya genelinde toplum içinde yapılan 48 araştırmada kadınların %10-69’unun eşleri veya partnerleri tarafından hayatlarında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıřtır²¹. Cinayete kurban giden kadınların %60’ının faili aile içi şiddetle bağlantılıdır. Kadınların yaşam boyu cinsel ilişkiye zorlanma prevalansı dünya çapında farklılıklar gösterir; Londra’da yaşayan kadınların son 12 ayda cinsel ilişkiye zorlanma oranının %6 olduğu rapor edilmişken bu oran Türkiye’de yarısı kadardır²².

ABD’de her yıl 2-4 milyon kadın partnerlerinden şiddet görüyor; bunlardan 2000-4000 arası kadınsa maruz kaldığı şiddete bağlı olan yaralanmalar sonucu hayatını kaybediyor. Kadına yönelik şiddetin (KYŞ) hamilelikte arttığı saptanmış; hamile kadınların şiddete maruz kalma açısından preeklampsi, gestasyonel diabet veya plasenta previa’ya oranla daha fazla risk altında oldukları bulunmuş^{23,24}.

Genel olarak bir kimsenin adımını atarak çıkamayacağı yerler yüksek olarak kabul edilir. Yüksekten düşme riski ise, birisinin seviye farkı nedeniyle düşerek yaralanma riskidir. Yükseklik kavramı göreceli olup kişiden kişiye değişmektedir. Yükseklik kavramı çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Bir insanın denge noktası 2. bel omurudur. Literatürde, çoğunlukla bel hizasını geçen yerler yüksek olarak kabul edilmektedir. Eğer omuz veya göz hizasından daha uzun bir cisimle karşılaşırsanız, bu cisim sizin için yüksek olacaktır. Ortalama bir insanın boyundan daha uzun yerler yüksek yerler, böyle yerlerde çalışmak da yüksekte çalışmaktır. Elbette yüksekte çalışmanın kuralları konulmuştur. Bir ülkeden diğerine farklılık gösterse de 120 cm. ve daha yüksekliklerde çalışanlar korunmalıdır²⁵.

Yüksekten düşme, trafik kazalarından sonra en sık travma sebebi olarak karşımıza çıkarken; çocukluk yaş grubundaki düşmeler, en sık travma sebebi olarak izlenir²⁶. Özellikle yüksekten düşme sonucu görülen travmalar morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir toplum sağlığı sorunudur²⁷. Bu konuda tedavi edici hizmetler yanında koruyucu önlemler de oldukça önem taşımaktadır²⁸.

Kırsal kesimlere baktığımız zaman; Amerika Birleşik Devletleri’nde kırsal kesimdeki travmaya bağlı ölümlerin epidemiyolojisini araştıran bir çalışmada, yüksekten düşmeye bağlı ölümler %20 gibi büyük bir oranda tespit edilmiştir²⁹.

1.3. Travma Mekanizmaları

Travma; fiziksel (trafik kazası, düşme, darp, vb.), kimyasal (asit ve alkali yanıkları), termal ve psikolojik etkenlerle oluşabilir. Fiziksel travmalar oluş mekanizması yönünden başlıca künt ve penetran travmalar olarak ikiye ayrılır (Tablo 1). Trafik kazaları, iş kazaları, yüksekte düşme ve darp gibi olaylar künt travma grubunu, ateşli silah yaralanmaları ve keskin cisimle yaralanmalarda penetran yaralanmalar grubunu oluşturur¹³.

Künt travmalar da kendi içinde darbenin geldiği yöne göre: direkt ve indirekt etkisi olarak ikiye ayrılır. İndirekt etkisi ile kastedilen beyin ve akciğer gibi kafatası toraks boşlukları içinde sınırlı kalmış organlarda travmanın geldiği tarafın aksi yönünde kontüzyon vb. lezyonların görülmesidir¹³.

Penetran travmalar: düşük, orta ve yüksek hızlı olarak üçe ayrılırlar. Düşük hızlı gruba; kesici-delici alet yaralanmaları, orta hızlı gruba tabanca ve saçma yaralanmaları, yüksek hızlı gruba askeri silah, otomatik silah ve bomba ile yaralanmalar örnek verilebilir¹³ (Tablo 1).

Bıçağın, tornavidanın veya bir kurşunun izlediği yol düzdür. Bıçak ve diğer kesici aletler düşük enerjili cisimlere örnektir. Bunların kavitasyonu minimaldir ve vücut içerisinde izlediği yol tahmin edilebilir¹⁴.

Tablo1: Fiziksel travmanın oluş mekanizmalarına göre sınıflandırılması¹³.
I. KÜNT TRAVMA A-) Direkt travma 1-) Önden 2-) Arkadan 3-) Yandan 4-) Çapraz (teğetsel) B-) İndirekt travma (Contrecoup lezyon)
II. PENETRAN TRAVMA A-) Düşük hızlı: bıçak B-) Orta hızlı: tabanca, saçma; 2–3 kat kavitasyon; 150–600 m/sn hız C-) Yüksek hızlı: otomatik silahlar, askeri silahlar; 30 kat kavitasyon, 900 m/sn hız

1.4. Yaralanmalar

Travmanın sözlük anlamı, ‘dışardan gelen bir etki ile vücutta hasar oluşturan durum’dur. Travmatoloji, yaraların bilimsel tanımını ve bu konudaki çalışmalarını kapsamaktadır. Yara oluşumunda yer alan kuvvetlerin yapısını ve özelliklerini, bu kuvvetler ile oluşmuş patolojilerin yapısını ve şiddetini incelemektedir. Adli tıbbın büyük bir bölümü travma patolojisi ile ilgilidir^{30,31}.

Doktor sadece tedavinin gerekli bir ön işlemi olarak değil, aynı zamanda o sırada veya daha sonraki bir zamanda ortaya çıkabilecek olan hukuki sorunları göz önünde bulundurarak ayrıntılı bir muayene yapmalıdır. Muayene iyice aydınlatılmış ve gerekli olanaklara sahip bir ortamda yapılmalıdır. Doktor hastaya karşı adil bir şekilde davranmak ve kendisini korumak amacıyla bulunan çeşitli yaraları doğru bir biçimde tarif etmenin yanı sıra, saptadığı bulgularını doğru ve kalıcı bir biçimde kaydetmek zorundadır. Bu yapılmadığı tak

dirde doktor, polisler, savcılar, mahkemeler veya ilgili kimselerle yasal açıdan sorunların bulunduğu bir durumla karşı karşıya kalabilir. Son olarak da açık ve tüm bulguları bildirir bir rapor yazılmalıdır^{30,31}.

1.4.1. Yaranın Tanımlanması

Vücutta dış etki ile oluşan, doku yapısı ve bütünlüğünü bozan her türlü lezyon yara olarak tanımlanır. Yara denince genel olarak fiziksel veya kimyasal bir etkenin vücutta oluşturduğu her türlü hasar anlaşılır^{32, 33}.

2.4.1.1 Yaraların Sınıflandırılması

Yaralar oluşum şekillerine, etkenlerine göre sınıflandırılırlar. Yaralar, mekanik etki ile oluşan yaralar, fiziksel nitelikte olanlar, kimyasal madde yaraları ve biyolojik kökenli yaralar olmak üzere dört grupta sınıflandırılabilir^{32, 34}.

A) Mekanik Etki İle Oluşan Yaralar

1. Künt travmatik yaralar (Ezici alet yaraları)
2. Kesici alet yaraları
3. Kesici - Delici (Kesici - Batıcı) alet yaraları
4. Delici (Batıcı) alet yaraları
5. Kesici - Ezici alet yaraları
6. Ateşli silah yaraları

B) Fiziksel Nitelikte Olanlar

1. Yanık yaraları
2. Donma yaraları
3. Elektrik akımı yaraları
4. Işınlardan oluşan yaralar

C) Kimyasal Madde Yaraları

1. Asit yaraları
2. Baz yaraları
3. Diğer kimyasal yaralar

D. Biyolojik Kökenli Yaralar

1. Böcek, örümcek, yılan, akrep vb. sokmaları
2. Vahşi hayvan ısırıkları

1.5. Adli Olgu

Hastanelerin acil servislerine ve sağlık ocaklarına müracaat eden her türlü; ateşli silah, patlayıcı madde, kesici, kesici-baticı (kesici-delici), baticı (delici), kesici-ezici, ezici alet yaralanmaları ile trafik kazaları, düşmeler, darp, iş kazaları, zehirlenmeler (ilaç, insektisit, boğucu gazlar ile), yanıklar, elektrik ve yıldırım çarpmaları, cinsel saldırılar, mekanik asfiksiler (tıkama, tıkanma, ası, elle veya iple boğulma, karın-göğüs tazyiki, diri gömülme, suda boğulma), her türlü intihar girişimleri, işkence iddiaları ve tüm şüpheli ölümler (cinayet, intihar, kaza orijinli olduğundan kuşkulanılan ölümler) adli olgu olarak değerlendirilmektedir³².

Doğal olmayan dış etkenlerle oluşan ve bu etkenin cezai ve hukuki sorumluluk açısından adli boyutta incelenmesini gerektiren fiziksel ve emosyonel hasarların değerlendirildiği adli olguların küçümsenmeyecek derecede önemli bir kısmı sağlık kuruluşlarının acil servislerinde karşımıza çıkmaktadır³⁵.

Hekimlerin üzerine düşen en önemli görev acil servise başvuran kişiye gerekli tıbbi yardımı yaparken olgunun adli bir olgu olup olmadığını belirlemek ve adli olgu kararına vardıldıktan sonra tıbbi delil niteliği taşıyan her türlü materyali incelemek, tam ve eksiksiz bir muayene yapmak, muayeneyi uygun koşullarda gerçekleştirmek ve gerektiğinde emniyet güçlerini bilgilendirmektir³².

2.5.1. Adli Olgular, Türleri ve Genel Özellikleri

2.5.1.1 Ateşli Silah Yaralanmaları

Tüfek, tabanca gibi aletler ile atılan kurşun, saçma ve kuru sıkı maddelerin vücutta meydana getirdiği yaralara ateşli silah yaralanmaları denir³⁶.

Ateşli silahlarla vücutta meydana gelen yaranın türü merminin hızına bağlıdır. Tabanca ve havalı tüfek gibi maksimum ses hızında mermi atabilen silahlarla meydana gelen yaralanmalarda; merminin dokuda meydana getirdiği laserasyon, damar ve diğer yapıların rüptürüyle oluşan sekonder harabiyet ve kemik, kırıldak, tendon ve sert doku parçalarının sürüklenmesiyle oluşan primer ve tersiyer lezyonlar görülür. Mermiden açığa çıkan fragmanların etkisiyle de sekonder yaralanmalar oluşabilir. Düşük hızlı olan bu mermilerin etkisiyle dokularda laserasyon ve kontüzyon oluşur. Lokal kan damarlarının lasere olduğu hallerde yaygın kanamalar izlenir.

Sesten hızlı, yüksek kinetik enerjili mermiler ise (harp silahları mermileri) çapları ile orantısız bir grafikde oldukça ciddi yaralanmalar oluştururlar. Bu mermiler düşük hızlı mermilerin yukarıda belirtilen etkilerinin yanında, oluşturdukları şok dalgası ve kavitasyon etkileriyle de dokularda harabiyet yaparlar. Bu etkileriyle geçtiği yerlerden uzak mesafelerdeki damarlarda ve organlarda da harabiyet oluştururlar. Ayrıca merminin geçtiği dokularda meydana gelen yaralanma mermi çapından daha geniş olur. Kavitasyon etkisi özellikle beyin ve karaciğer gibi solid organlarda akciğer gibi spongioz organlara oranla daha çok görülür³⁷.

Ateşli silah yaralarında kurşun giriş ve çıkış delikleri, kurşunun vücutta geçtiği yol-trasesi incelenir. Buna göre atış mesafesi, atış istikameti, silah ile kurşunun cinsi ve atış sebebi, cinayet, kaza, intihar olasılıkları araştırılır³⁷.

Giriş Deliği: Ateşli silah mermi çekirdeği vücuda isabet ettiğinde büyük bir sıklıkla tek bir giriş deliği oluşturur. Ancak şahsın yaralanma anındaki pozisyonuna göre ikinci bir giriş deliği de oluşabilir veya mermi çekirdekleri vücuda girmeden teğet bir temas ile ciltte lineer sıyrıklar veya laserasyonlar oluşturabilir³⁸.

Ateşli silahın namlusundan mermi vücuda girerken ısı ve sürtünme etkisiyle ciltte bir sıyrık oluşturur. Koyu kahverengi- esmer bir renk alan bu sıyrık bölgesine “kontüzyon halkası” veya “vurma halkası” denir. Kontüzyon halkası giriş deliğinin hemen etrafındadır kesilmekle kaybolmaz³⁹.

Kontüzyon halkası ile giriş deliği arasında, mermi üzerindeki yağ, pas ve kirin bu-laşmasıyla “silinti halkası” ismi verilen dar bir zon daha oluşabilir. Yakın mesafeden yapı-lan atışlarda (kısa namlulu silahlar için 3-30 veya 45, uzun namlulu silahlar için 3-75 veya 100 cm mesafeden yapılan atışlar) yanmış barut taneciklerinin yaptığı küçük yanıklar ile yanmamış barut artıkları giriş deliğinin etrafında, barutun cinsine göre değişik renk ve par-laklıkta olabilen tatuajı oluştururlar. Giriş deliği etrafındaki duman isi ıslak bezle silinebilir ancak tatuaj silinmekle kaybolmaz⁴⁰.

Trase: Merminin vücutta seyrettiği yoldur. Sadece yumuşak doku harabiyetinin oluştuğu yaralanmalarda giriş ve çıkış deliklerini birleştiren düz bir hat şeklindedir. Ancak vücut içinde kemik gibi sert yapılara çarparak yön değiştiren mermilerde traje düzgün olmaz³⁸.

Çıkış Deligi: Çapı genellikle bitişik atışlarda giriş deliğinden daha küçük, yakın ve uzak mesafelerden yapılan atışlarda ise daha büyük olmakla birlikte mermi çekirdeğinin vücut içindeki trasesine bağlı olarak çok değişkenlik gösterir.

Çıkış deliğinin etrafında kontüzyon halkası yoktur. Yara dudakları cildin arkasında bir destek dokusu bulunmadığından klasik olarak dışa doğru, yırtık şeklindedir. Mermi çe-kirdeğinin çarpması sonucu kemikte oluşan fragmanlar veya dağılan mermi çekirdeği par-çaları ciltte sekonder çıkış delikleri oluşturarak vücudu terk edebilirler³⁸.

Toplumumuzda ateşli silah yaralanmaları, asılma ve zehirlenmelerle birlikte en sık rastlanılan intihar yöntemidir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda, cinayet kökenli, uzak atış mesafeli ve çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu ateşli silah yaralanmaları diğerlerine göre daha yüksek oranda tespit edilmiştir⁴¹.Yapılan çalışmalar kendilerini vuran kişilerin yarı-sından çoğunun ağız tavanı, şakak ve alın bölgesinde kendilerini vurdukları geri kalanların hemen hepsinin ise kalbinden yaralandıklarını göstermektedirler⁴².

2.5.1.2. Keskin Cisimle Yaralanma

2.5.1.2.1. Kesici Alet Yaraları:

Keskin olan yüzünün cilde sürülmesi ya da sürtülmesi ile dokuyu kesen aletlere kesici aletler ve bunların meydana getirdiği yaralara kesici alet yaraları denir³⁷.

Aletler daha çok günlük yaşamda kullanılan ve jilet, ustura, cam parçası, teneke, testere, ekmek bıçağı gibi ucu olmayan ya da ucu keskin olmayan aletlerdir. Bu aletler isabet ettikleri yerlerde cilt, cilt altı dokusu, adale, damar ve sinirleri keserler. Aletin cinsine ve uygulama kuvvetine göre kulak, parmak, penis, burun ucunu keserek vücuttan ayırabilirler. Kırkdakları keserek eklemleri açarlar. Kemiği kesemez ancak periostta çizik ve çentikler meydana getirirler. Belirli koşullarda kafa ve göğüs boşluğuna girmezler³⁷.

Kesici aletlerle oluşan yaralar:

- a) **Boğazlama:** Şahısların boyun bölgelerinin kesilmesi sonucu oluşan yaralara denir.
- b) **Damar açma:** El veya ayak bileği damarlarının kesilmesi sonucu ortaya çıkan yaralara denir.
- c) **Enseleme:** Ensenin kesilmesine denir. Nadir görülen bir yara türüdür. Akıl hastalarının da boyun ve ensenin birlikte kesildiği görülebilir³⁸.

2.5.1.2.2. Kesici – Delici Alet Yaraları:

Sivri uçları ile delen, keskin yüzleri ile kesen aletlere kesici-delici aletler denir. Bıçak, sustalı çakı, kama, kasatura, kılıç, makas gibi aletler örnek olarak gösterilebilir³⁸. Bu türdeki yaralarda dudaklar düzgündür. Yaranın derinliği, boyuna oranla fazladır. Sadece bir tarafta kuyruk bulunur. Bu kuyruk alet çıkarken meydana gelir. Yaranın boyu, kendisini oluşturan aletin namlu genişliğinden fazladır. Yaranın derinliği, kendisini meydana getiren aletin namlu uzunluğuna eşit, az veya fazla olabilir. Eşit olması, aletin sapına kadar veya ele destek yapan mahmuzuna kadar battığını; az olması, tamamen batmadığını gösterir. Fazla olması için ise cildin ve dokuların içeriye doğru esnemesi gerekir. Karın duvarı gibi

esneyebilen bölgelerde bu tür yaralar oluşmaktadır^{37,43}. Kesici-delici alet yaralanmalarında olayın kökeni daha çok cinayettir. Bu tip yaralar çoğunlukla karın, göğüs bazen de kasıkta görülür. Kaza kökenli olaylar ise nadirdir³⁷.

2.5.1.2.3. Kesici- Ezici Alet Yaraları:

Bunlar ağır ve keskin kenarlı balta ve benzeri aletlerle oluşturulmaktadır. Derin ve sıklıkla ana kan damarları, sinirler, kaslar ve kemiği de içine alan bir lezyon şeklinde görülmektedir. Yüzeyi ile kesen ağırlığı ile dokuyu bozan künt yaralanmalara yol açan aletlerin oluşturduğu yaralardır. Bunlara kasatura, balta gibi aletlerle oluşan yaralar örnek olarak verilebilir⁴².

2.5.1.2.4. Delici Alet Yaraları:

Delici alet yarası vücudun çivi, buz parçası gibi keskin ya da belli noktası delici aletle delinmesi sonucunda oluşan yaralardır. Yaranın derinliği, uzunluğundan fazladır. Yara dudaklarında genellikle sıyrıklar yoktur. Yaranın derinliği yarayı meydana getiren aletten büyük olabilir. Delici aletlerle meydana getirilen yaralar düzenli yaralardır⁴².

2.5.1.2.5. Ezici Alet Yaraları:

Ağırlıkları ile iş gören künt cisimlere ezici aletler, meydana getirdikleri yaralara ise ezici alet yaraları denir. Örnek: Taş, sopa, tekme, yumruk vb.³⁷. Ezici alet yaralanmaları ya hareket halindeki cismin şahsa çarpması (aktif) ya da hareket halindeki şahsın cisme çarpması sonucu meydana gelebilir (pasif). Pasif yaralanma yüksekten düşme, ayağın takılması ile düşme, ağaca, elektrik direğine çarpma sonucu oluşabilir. Orijin cinayet, intihar veya kaza olabilir³⁷.

Ezici alet yaralanmalarında, cildin direkt kemik dokusuyla temasta olduğu ve gergin bulunduğu bölgelere, örneğin kafa, diz, dirsekler, el ve ayak sırtı, bacak ön yüzü, kürek kemiğinin üstü gibi yerlere ezici alet darbesi isabet ederse iki sert cisim arasında kalan cilt patlar ve yara kesici alet yarasına benzer. Böyle yaralarda yaranın iyi bir muayenesi ile çev

resinde bulunan ekimoz ve büyüteç ile incelemede yara dudaklarının düzensiz görünümü kesici alet yaralarından ayırmamıza yardımcı olur. Yaranın tehlikesi kullanılan aletin cinsine, vuruş kuvvetine ve isabet ettiği bölgeye göre değişir³⁷. Künt cisimlerle meydana gelen lezyonları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

a) Sıyrık (Abrazyon): En hafif ezici alet yarasıdır. Travma sonucu cildin en üst tabakası (epidermis) sıyrılır ve dermis açıkta kalır. Canlıda sıyrılan bu bölgenin üstü dermis damarlarından çıkan serum ve hücrelerle dolarak kabuk oluşur, kabuğun altı nemli ve iltihaplı yaradır. Ölüde kabuk oluşmaz ve ölümden çok kısa bir zaman önce ya da ölüm sırasında meydana getirilen yaralarda yara esmer kırmızı renkte kuru bir hal alır, buna parşömenleşme denir.

Adli tıptaki önemi:

- Travmanın isabet ettiği noktayı gösterir³⁷.
- Travmanın şiddet ve genişliğini gösterir. Travma şiddetliyse sıyrık yanında ekimoz, ezik ve kopmalar da oluşur³⁷.
- Travmanın ne ile yapıldığını gösterebilir. Tırnak ile çizgi, yarım ay şeklinde, hayvan pençesi ile birbirine paralel muayyen mesafeli toplu sıyrıklar halinde, ısırma oval ya da daire şeklinde bir ekimoz alanı ile ortasında diş adedine göre sıyrık bulunur³⁷.
- Travmanın zamanını gösterir. Kabuklu ve iltihaplı sıyrık darbenin bir kaç gün önce yapıldığını, parşömenleşme ise ölüm anında ya da çok kısa bir zaman önce yapıldığını gösterir³⁸.
- Travmanın ne amaçla yapıldığını gösterebilir³⁷.

b) Ekimoz (Çürük, Bere, Ezik, Kontüzyon): Ezici cismin vücuda çarpması ile cildi parçalamadan altındaki dokuları ezip parçalamasıdır. Travma ile cilt altındaki kapillerlerin yırtılarak kanın doku arasına yayılıp pıhtılaşması ile oluşur³⁷.

Ekimozun büyüklüğü, küçüklüğü, devam müddeti, derinliği tatbik edilen travmanın şiddetine, aletle vurulan bölgeye, yırtılan damar adedine, kanın pıhtılaşma kabiliyetine ve cinsiyete göre değişir. Yağlı bölgelerin ezilmesi sonucu cilt altı yağları mobilize olarak yırtılan damarlardan girerek yağ embolisi meydana gelebilir³⁷.

Şiddetli darbelerde ekimozlar büyük olur. Doku gevşek ise kan çabuk yayılır ve ekimoz genişler (göz kapakları ve erkeklerde skrotum). Altında kemik doku varsa ekimoz geniş olur³⁷.

Pıhtılaşma mekanizmasının bozuk olduğu hastalıklarda (Ör: hemofili) hafif travmalarla bile geniş ekimozlar oluşabilir.

Adli Tıptaki Önemi:

- Travmanın isabet ettiği yeri gösterir.
- Travmanın canlı iken yapıldığını gösterir.
- Aletin şekli hakkında bilgi verebilir.
- Travmanın ne amaçla yapıldığını gösterebilir.
- Travmanın uygulandığı zamanı tahmin etmemize yardımcı olur³⁷.

c) Hematom: Travma ile yırtılan damarlardan çıkan kanın dokuyu şişirerek içinde toplanması sonucu oluşur.

d) Laserasyon (Yırtık): Ezici cismin uygulanma kuvvetine bağlı olarak doku bütünlüğünün bozulmasıdır³⁷.

2.5.1.3. Yüksekten Düşme

Amerika Birleşik Devletlerinde travmadan ölüm nedenleri arasında yüksekten düşmeler trafik kazalarından sonra ikinci sıradadır ve her yıl 13000 kişinin bu nedenle öldüğü belirtilmektedir⁴⁴.

Genel olarak bu gibi olgularda kişi, düştüğü yüksekliğe bağlı olarak oldukça güçlü ve tüm bedene yönelik travmadan etkilenir. Bu genel beden travmasının belirtileri, deriye ait abrazyon, ekimoz ve hematom, iskelet sistemine ait açık ve kapalı kemik kırıkları şeklinde direk travma bulguları olabildiği gibi kafa kaidesi kırıklarını belirleyen bilateral periorbital ekimoz, otore ve rinore gibi travmanın indirek bulguları şeklinde ortaya çıkar. Kimi zamanda bazı özel durumlara bağlı olarak beklenenden çok daha az travma belirtisi dış muayenede gözlenir, ender olarak dış muayenede hiçbir bulgu bulunmayabilir⁴⁵.

Otopside iç bulgu olarak ölüm sebebini belirleyen lezyon genellikle subdural, subaraknoidal lokalizasyon gösteren beyin kanaması ile akciğer, karaciğer ve dalak rüptürüne bağlı iç kanama ve beyin kanaması ile batin içi kanamanın birlikte görüldüğü şekiller, akut beyin ödemi veya medulla spinalisin çeşitli lezyonları şeklinde ortaya çıkmaktadır⁴⁵.

Bu tür olaylarda ölüm sebebi kadar ölümün gerçekten yüksekten düşme ile meydana gelip gelmediğini belirlemek önemlidir. Bu nedenle iç organlar ve iskelet sisteminde yüksekten düşmeyi belirleyecek bulgular aranır. Yüksekten düşmeye özgü olarak kemik yapıda özel şekil gösteren kırıklara rastlanmaktadır. Kafatasında direkt veya indirekt etki ile oluşan lineer, depresyon, kominitif kırıklar, kafa kaidesinde foramen magnum etrafında dairesel şekil gösteren bazen kafatası boşluğuna doğru yükselen kırıklar, omurgada özellikle lordoz ve kifoz sınırındaki Servikal 6-7. ve Torakal 11-12. vertebralarda kompresyon, hiperekstasyon ve fleksiyon kırıkları pelviste çeşitli kırıklar, bazen femur başının asetabulumdan içeri girmesi, iskelet sisteminde yüksekten düşmeyi kanıtlayan travmatik bulgular olarak değerlendirilmelidir^{44,45}.

Ev kazalarında en sık rastlanan kaza türü çeşitli şekillerde meydana gelen düşmelerdir. Bunlara bağlı en sık oluşan lezyonlar ise kafada kemik kırıkları ve yumuşak doku yaralanmaları, kalça ve kaburga kırıklarıdır. Femur kırığı özellikle femurun boyun bölgesinde meydana gelir⁴⁶.

2.5.1.4. Şiddetin Tanımı

Şiddet; bir hareketin ve gücün derecesi, sertlik, aşırılık (duygu ve davranış için), karşıt görüşte olanlara inandırma veya uzlaştırma yerine kaba kuvvet kullanma olarak tanımlanır⁴⁷. Terimin kökenine baktığımız zaman ise şunları görürüz: Şiddet, Latince “Violentia”dan gelmektedir. Violentia, şiddet, sert ya da acımasız kişilik, güç demektir. “Violare” fiili ise şiddet kullanarak davranmak, değer bilmemek, kurallara karşı gelmek anlamını taşımaktadır⁴⁸.

Günümüzde şiddet ile yaşamın her alanında karşılaşılmaktadır. Adli tıbbın günlük uğraşlarının içinde büyük bir kısmını, şiddetin direk veya dolaylı etkisiyle meydana gelen yaralar veya yakınmalar, bunların saptanması ve hukuk sistemine yasalarda belirtilen şekilde sunulması oluşturmaktadır⁴⁹.

Şiddet sadece sosyal hastalık ya da sosyal adalet sorunu olmayıp, öfke, kin, düşmanlık gibi duyguların güçlenerek etkinlik kazandığı saldırgan davranışların en uç noktasıdır⁵⁰. Şiddet bireyin kendine ya da bir başkasına fiziksel ve/veya psikolojik açıdan zarar veren fiziksel, ruhsal, sözel, duygusal ve cinsel davranışlardır⁵¹. Bir başka ifade ile şiddet “Kişinin gelişimini engelleyen ya da olumsuz yönde etkileyen, ona bedensel ve ruhsal acı veren her türlü davranış” olarak da tanımlanmaktadır⁴⁹.

En yaygın şiddet türü olan aile içi şiddet; aile üyelerinden birinin diğer üye ve üyelerine uyguladığı, onların fiziksel ve psikolojik bütünlüğüne zarar veren davranış olarak tanımlanmaktadır⁷. Aile içi şiddette genelde kurban olan kadın ve çocuktur⁴⁹.

2.5.1.4.1. Kadına Yönelik Şiddet Ve Nedenleri

Kadın olmak şiddete maruz kalma açısından başlı başına bir risk faktörüdür. Özellikle ilk 30 yaşta kadınlar şiddete daha sık maruz kalmaktadır. Hamilelik de şiddet riskini artırır; özellikle hamile adolesanlarda bu risk %20 gibi oranlardayken, hamile yetişkinlerde %15’lerde saptanmıştır. Eşlerinden ayrı yaşayan kadınlar; henüz boşanmış olanlardan 3 kat, hala evli olanlardan 25 kat daha fazla şiddete maruz kalma riskine sahiptir. Ayrıca yoksulluk, kötü sosyoekonomik durum, düşük gelir düzeyi, erkeğin alkol-madde bağımlılığı olması, ruhsal hastalık varlığı ve çocukken şiddete maruz kalmış olmaları da şiddet riskini arttıran durumlardır^{52, 53}. Eşler arası zayıf iletişim KYŞ etiyojisinde neredeyse her zaman vardır⁵³. Diğer KYŞ nedenlerini 3 ana başlık altında toplayacak olursak;

1. Biyolojik nedenler: Biyolojik nedenler arasında, erkeklik hormonlarının etkisi, şizofreni, paranoid şizofreni gibi bazı akıl hastalıkları ile antisosyal kişilik bozukluğu gibi bazı ruhsal bozukluklar sayılabilir. Saldırgan yani şiddeti uygulayan aile bireylerinin büyük

oranlarda erkek oluşu ve bu saldırgan davranışların ilerleyen yaşla birlikte azalmaya başlaması, erkeklik hormonlarının şiddet davranışında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Hezeyanlar, halüsinasyonlar, gerçeklikten uzaklaşma, duygusal cevapların kaybı, sosyal ilişkilerin bozulması gibi belirtilerle ortaya çıkan şizofreni ve şüphe, kıskançlık gibi duyguların ön plana çıktığı paranoid şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklar biyolojik nedenler arasındadır. Sorumsuz, tepkici ve düşüncesiz hareket etme, vicdansızca ve suç niteliğinde davranışlar gösterme ve bunlardan hoşlanma biçimindeki tutumların görüldüğü antisosyal kişilik bozuklukları da şiddetin biyolojik nedenlerindedir⁵⁴.

2. Psikolojik nedenler: Sürekli olarak, aile içi şiddete maruz kalan yani eşlerinden dayak yiyen kadınlar, böyle olmayı seçmemişlerdir. Şiddet uygulayan çoğu eş, aile birliğinin ilk dönemlerinde bunu uygulamaz. Ne zaman arada derin ruhsal bağlar kurulmaya başlar, işte o zaman şiddet eğilimleri kendini gösterir. İlk şiddet atağı, şiddete uğrayan eş için bir sürpriz olur ve hiçbir şekilde şiddet eğilimi olarak yorumlanmaz. Ancak gerçek, şiddetin doğasının zaman içinde artmaya meyilli olduğudur. İlk yaralanmalar hafif ve önemsiz olarak kabul edilir ve şiddete uğrayan eş, şiddeti uygulayan eşin kendisine zarar verme isteği taşımadığına inanır. Eşine karşı duygularında önemli bir değişiklik olmaz. Ancak şiddetin boyutu ilerlediğinde, şiddete uğrayan eşin duygusal bağı giderek zayıflar, fakat eşini terk etmesi durumunda daha büyük bir şiddet ile karşılaşma korkusu artar. Buna sosyal kurumlardan destek alamama endişesi de eklenince, şiddete maruz kalan eş, yıkıcı bir evlilik tuzakı içinde kendisini hapsedilmiş bulur. Şiddeti uygulayan kişiler, uyguladıkları karşısında elde edecekleri kazancın, şiddetin maliyetinden daha fazla olduğunu düşünürlerse, şiddeti uygulamaya devam ederler. Erkekler için eşlerini dövmenin kazançları; duygusal baskıları ortadan kaldırmak, hayal kırıklıkları için bir çıkış yolu bulmak ve kendi isteklerinin gerçekleşmesini garanti altına almaktır. Buna karşılık maliyet oldukça düşüktür; çünkü kadınlar gerek fiziksel, gerekse ekonomik açıdan yetersiz olduklarından buna karşı koyamazlar, toplum bu olgulara aile içi özel mesele gözüyle bakar ve koruyucu toplumsal örgütlerin çabası sınırlıdır. Şiddeti uygulayan kişinin karşılaşılabileceği en ciddi maliyet, eşin boşanma

yoluyla kaybedilmesidir ki, bu da çoğu kez, şiddet uygulanmasının arttırılması yolu ile kontrol altına alınır⁵⁴.

3. Sosyal nedenler: Şiddet uygulama, öğrenilebilen bir davranıştır. En önemli öğrenme kaynağı ise, şiddeti uygulayan kişinin kendi ailesidir. Çocukluk ve gençlik dönemlerinde, aile içi şiddetin uygulandığı bir ortamda yetişenlerin, şiddet gösterme eğilimine sahip oldukları gösterilmiştir. Ayrıca şiddetin, toplum tarafından paylaşılan bir değer yargısı olarak kabul edilmesi ve kuşaktan kuşağa aktarılması da sosyal bir neden olarak kabul edilmektedir. Toplumların sahip oldukları iletişim becerilerinin yetersizliği, duygu ve düşüncelerin kışkırtıcı biçimlerde ifade edilmesi alışkanlığı, bilinçsizce yapılan suçlamalar, hatalı namus ve ahlak anlayışları da şiddetin sosyal nedenleri arasında sayılabilir.

Yoksulluk, hayat karşısında şansız olmak, beklentilerin ve kazanılmış niteliklerin yoksunluğu gibi sosyo-ekonomik baskı unsurları da şiddet uygulanmasına neden olabilir.

Alkol ve madde bağımlılığı olan kişiler ise gerek bu sosyal faktörlerin gerekse kullandıkları bağımlılık yaratan maddelerin neden olduğu ruhsal etkiler sonucunda şiddet uygulamaya daha çok yatkındırlar⁵⁴.

Kadına yönelik şiddet fiziksel, sözel, ekonomik, cinsel ve psikolojik olabilir. Fiziksel şiddet, kadının genellikle dövülmesi şeklinde olup; bu bir tokattan kadının öldürülmesine kadar değişik düzeylerde olabilmektedir. Fiziksel şiddet genelde cinsel ve duygusal şiddet ile birlikte. Cinsel şiddet, kadının rızası olmamasına rağmen eşi veya partneri tarafından cinsel ilişkiye zorlanmasıdır, kadının direnmesi halinde cinsel şiddete fiziksel şiddet eşlik eder. Duygusal şiddet, kadının aşağılanması, korkutulması; ekonomik şiddet, genelde çalışan kadının parasını alma, kendi harcamasına izin vermeme, kadını istemediği işte zorla çalıştırma şeklinde olur. Tüm bu şiddet şekilleri genelde iç içe geçmiş durumda ve birlikte-
dirler⁵¹.

Şiddete maruz kalan kadınların özellikleri: Birlikte olduğu erkeğin kadına uyguladığı şiddet yaş, sosyoekonomik durum, din ve etnik kökenden etkilenmemektedir. Ancak gebelik, bekarlık ve boşanmış olmak veya eşinden ayrı yaşamak kadının şiddet görme riskini arttırmaktadır. Şiddet gören kadın duygusal açıdan katı bir aile ortamında pasif olmaya yöneltilmiştir, sosyal açıdan yalnızdır, şiddetin bütün ailelerde olduğuna inanmaktadır, saldırganın davranışlarından kendini sorumlu tutmaktadır, onun bir gün değişeceğine dair inancını hiç kaybetmez, bu nedenle itaatkardır, öz benlik saygısı az ve bağımlı kişilik özelliği olan bu kadınlar, oldukça ciddi fizyolojik ve psikolojik sorunları olmasına karşılık, yaşadıkları şiddeti inkar etme eğilimindedir, aile içi ve çevresindeki rolü gelenekselcidir⁵⁵.

Lenore Walker'a göre eşler arasındaki şiddet bir döngü içerisinde gerçekleşmektedir. Şiddet döngüsü genelde eşler arasında sürekli bulunan bir gerilimin giderek artması ve şiddetin tetikleyicisi adı verilen erkeğin sözünü tutmama, yemeğin vaktinde hazır olmaması, ev ve çocuklarla yeterince ilgilenmeme, kocaya kız arkadaşları ve para ile ilgili sorular sorma, kocanın izni olmadan bir yere gitme, erkeğin cinsel isteklerini reddetme, kadının sadakatine duyulan güvensizlik gibi nedenlerle yaşanan bir artmış gerilim, suçlama ve tartışma süreci arkasından gelen dayak aşaması ki tekmeleme, itme, tokatlama, sarsma, çeşitli obje ve silahların kullanımı vardır. Cinsel istismar, sözel tehdit ve istismarda bu dönemde söz konusudur. Patlama sürecinin ardından balayı dönemi adı verilen sakin dönem gelir ki bu dönemin süresi zaman içinde kısalma eğilimindedir. Erkeğin şiddeti inkar etme, içkili olmaya bağlaması söz konusudur. Erkek bu dönemde üzgün olduğunu ve bir daha asla tekrarlanmayacağına dair söz vermektedir^{53,55}.

Kadınlar diğer şiddet formlarına oranla aile içi şiddet açısından (eş ya da diğer aile bireylerinden) daha fazla risk altındadırlar. Ayrıca, kadına yönelik cinsiyete dayalı şiddete sosyal ve toplumsal tepkiler erkeklerin zanlı ve kurban olduğu tüm şiddet türlerinden farklılıklar gösterir. Dünya bankası, kadınlar arasındaki total morbiditenin anlamlı bir bölümünün maruz kaldıkları tecavüzün etkilerine veya aile içi şiddete bağlı olduğunun tahmin edildiğini rapor etmiştir; gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların hastalık yükünün %5'ini, gelişmiş ülkelerde %19'unu bunlar oluşturmaktadır⁵².

Aile içi şiddette, kadına şiddet uygulayanın, evde elinde bulunduran erkeğin olduğu bilinmektedir. Bu; koca, nişanlı, erkek arkadaş, baba ve erkek kardeş olabilmektedir⁵¹. DSÖ'nün 2006 yılı verilerine göre; dünyada her üç kadından en az biri yaşamının bir döneminde dövülmüş, cinsel ilişkiye zorlanmış veya bir başka şekilde istismara uğramıştır. ABD'de acil servislere başvuran kadınların %11-30'nun eş ya da partnerleri tarafından yaralandığı saptanmıştır. ABD'de her 15 saniyede bir kadın, genellikle kocası/partneri tarafından dövülmekte (Dünya Kadınları Hakkında BM Çalışması,2000), her 90 saniyede bir kadın tecavüze uğramaktadır(ABD Adalet Bakanlığı, 2000)⁵⁶ çeşitli çalışmalarda, dünyadaki kadınların %10-60'nın, gelişmiş ülkelerdeki kadınların 1/3-2/3'nün, gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların %20-50'sinin eşi tarafından şiddete maruz kaldığı ortaya konulduğu belirtilmektedir.

Ülkemizde giderek tırmanan şiddete paralel olarak kadınlara yönelik şiddet, özellikle aile içi şiddet oranları artmaktadır. Ülkemizde, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu (1995), ailelerin %34'ünde fiziksel şiddet, %53'ünde sözel şiddet olduğunu ve çocukların %46'sının fiziksel şiddet gördüğünü bildirmiştir⁵⁷.

Emniyet Genel Müdürlüğü Asayiş Daire Başkanlığı'nın hazırladığı '2006 Yılı Faaliyet Raporu'na göre, 2006 yılında Türkiye'de 72 643 kadın şiddete maruz kalmıştır, 2005 yılı ile kıyaslandığında, 2006 yılında kadına yönelik şiddet %76 oranında artmıştır. Aile içi şiddete uğrayan kadınların sayısı 14.989'dur. Yine aynı rapora göre şiddete maruz kalan kadınların 842'si cinayete kurban gitmiş, 9317'si yaralanmıştır. Polis kayıtlarına göre 2006 yılında 22 884 kadın darp edilmiştir; intihar eden kadınların sayısı 466'dır. Emniyet raporu cinsel suça maruz kalan kadınların sayısında artış olduğunu göstermektedir. Raporda 2006 yılında 113 kadının tecavüze uğradığı belirtilmektedir⁵⁸.

Erkeklerin kadınlara şiddet uygulamasının altta yatan nedenleri arasında çocukluklarında benzer davranışlara tanık olmak⁵⁹, kişilik özellikleri ya da ruhsal sorunlar, sosyoekonomik düzeyin düşük olması (işsizlik, eğitimsizlik), alkol ve madde kullanımı (denetimi gevşeterek) sayılabilir^{49,51}.

Yalnızca, bu özelliklere sahip olanların eşlerine şiddet uyguladığı düşünülmemelidir. Özellikle son zamanlarda yapılan çalışmalar; yüksek sosyoekonomik düzeyde olanların, alkol veya madde kullanmayanların, psikiyatrik bozukluğu olmayanların da şiddet uygulayıcısı olduğunu göstermektedir⁵⁰. Şiddeti açıklamada üzerinde en çok durulan teori; sosyal

öğrenme teorisisidir. Bu teoride; şiddetin aile-okul-çevre-medya tanıklıkları ve yaşanmışlıkları ile öğrenilmiş bir davranış olduğu kabul edilmekte; şiddetin ilişki kurma ve çözüm yöntemi olarak kullanıldığı görülmekte; kadına yöneltilmesinde toplumsal cinsiyet rolleri ile öğretilen erkek ve kadın davranış modelinin etkin olduğu vurgulanmaktadır^{50, 60}.

Şiddeti uygulayanın aile bireyi olması, kadının toplumdaki statüsü, maddi bağımlılığı, toplumun konuyu aile içinde çözülmesi gereken bir sorun olarak görme eğilimi, fiziksel ve/veya cinsel şiddete uğrayan bir çok kadının yıllarca bu duruma katlanması, şikayetçi olmamasına⁵⁰, yaralanma nedeniyle hastaneye gelen/getirilen olguların yaralanma nedeni olarak farklı kaynaklar göstermesine yol açmaktadır⁶¹.

Kadına yönelik şiddetin tanısını koyabilmek için hekim ve hemşireler her şeyden önce kadına yönelik şiddetin boyutlarından haberdar olmalıdır. Darp, bıçaklanma, ateşli silahla vurulma vb. nedenlerle travmatik lezyonlar ile acile gelen/getirilen kadınlardan fiziksel ve cinsel şiddet açısından ayrıntılı anamnez alınmalı, muayene yapılmalıdır^{49, 56, 62}. Bu tip olgularda hastaların her zaman gerçeği söyleyemeyeceğinin farkında olunmalıdır⁶¹.

Hekim kadına/çocuğa yönelik şiddet olgularının adli olgu olarak ele alınması gerektiğinin ve TCK 280. maddesi gereğince bu olguları bildirme zorunluluğu olduğunun bilincinde olmalı, bu doğrultuda mutlaka adli rapor düzenlemelidir⁶⁴.

Şiddetin fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçları sosyal ve duygusal olarak bireyin, ailenin ve toplumun tümünü etkilemektedir. Kısa ve uzun vadede düşünüldüğünde şiddetin etkileri kadının mesleki ve kariyer yaşamını olumsuz etkiler veya sona erdirirken, onu yoksulluğa ve ekonomik bağımsızlığını kaybetmeye itecektir. Eğer şiddet aile içinde yaşanıyorsa, aile yaşamı tahrip olurken, çocuklar yoksulluk yaşayacak ve aile yaşamına olan güven ve inançlarını kaybedeceklerdir⁵⁶.

2.5.1.4.2. Gebelikte Yaşanan Aile İçi Şiddet

Bütün dünyada dört kadından en az biri gebelikleri sırasında, genellikle eşleri tarafından olmak üzere, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmaktadır. Ancak, tahminler arasında büyük farklılıklar vardır. Örneğin, ABD'de gebelik sırasında şiddete maruz kalma tahminleri yetişkin kadınlar arasında %3 ile %11 arasında değişirken, adolesan dönemdeki kadınlar arasında bu rakamlar %38'e kadar çıkmaktadır⁶⁴.

Gebelik öncesinde ve gebelik sırasında maruz kalınan şiddet kadınlar ve çocukları için çok ciddi sağlık sorunlarını beraberinde getirebilir. Şiddet yaşamış gebe kadınlar antenatal bakım için gecikme ve yetersiz kilo alma eğilimindedir. Bu kadınların ayrıca, CYHB (cinsel yolla bulaşan hastalık) hikayeleri olması, istenmeyen ya da zamanlaması yanlış yapılmış gebelikleri olması, vajinal ya da rahim boynu enfeksiyonu, böbrek iltihabı ve gebelik sırasında kanamaları olması olasılığı fazladır⁶⁴.

Şiddet, ayrıca gebelik sonuçları üzerine de çok ciddi sonuçlara neden olmaktadır. Şiddete maruz kalma ile düşük tehlikesi, çocuk düşürme ve erken doğum arasında bağlantı olduğu ortaya koyulmuştur. Şiddet, gebelik ve gelişmekte olan ülkelerde bebek ölümlerinin başta gelen nedenlerinden biri olan düşük kilolu doğum arasında bağlantı olduğu bulgusu da elde edilmiştir⁶⁵.

Gebelik sırasında şiddete maruz kalmanın, en azından bazı yerlerde, oldukça önemli düzeyde olmak üzere, düşük doğum kilosuna yol açacağını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır^{64, 65, 66, 67}.

Gebelikte yaşanan şiddet, anne ve fetüs için birçok probleme neden olmaktadır. Bu hassas dönemde kadın ve fetüsün sağlığını, fiziksel ve emosyonel olarak iyilik halinden uzaklaştırarak, sigara ve alkol kullanımında artmaya ve antenatal kontrollerin azalmasına neden olmaktadır^{64, 66, 68, 69}.

Gebelikte sigara ve madde kullanımı yaygın ise ve şiddete maruz kalınmışsa doğum kilosunun düşük olması rastlanan bir durumdur. Gebelikteki şiddetin neden olduğu aşırı stres ve endişe de stres hormonu düzeylerini arttırmaktadır. Stres, kadının yeterli beslenme, dinlenme, egzersiz ve tıbbi bakım alma yeterliliğini azaltmaktadır. İstismarın yol açtığı stresin, gebelikte alkol ve sigara kullanımının nadir, ancak şiddet ve düşük doğum kilosu arasındaki bağlantının en olası açıklaması gibi görünmektedir⁶⁵.

Kadınların %25-45'i gebeliğinde dövülmüştür⁷⁰. ABD'de aile içi şiddet 15-44 yaş grubu kadınlar arasında en önemli ikinci yaralanma nedenidir⁷⁰.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamıza, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil servisine Ocak 2009- Aralık 2011 tarihleri arasında 36 aylık dönemde düşme ve mekanik yaralanmaya maruz kalan 475 kadın travma olgusu dahil edildi. Çalışma geriye yönelik olarak yapıldı.

Tez çalışmamız için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'nın onayı alındı. Çalışmamıza Mersin Üniversitesi hastanesi acil servisine düşme ve mekanik yaralanma nedeniyle başvuran 17 yaşından büyük hastalar dahil edildi. Hasta tarafından gizlenen ve acil hekiminin de şüphe etmediği olguların atlanmış olması olasıdır.

Mekanik yaralanmalar adli tıpta kesici-delici alet yaralanmaları, kesici alet yaralanmaları, delici alet yaralanmaları, kesici-ezici alet yaralanmaları, darp ve ateşli silah yaralanmaları olarak sınıflandırılmaktadır. Bizde olgularımızı düşme ve mekanik yaralanmalara maruz kalan olgular olarak sınıflandırdık. Darp edilen 4 olguda şiddet unsuru olarak keskin cisim kullanıldığı tespit edilmiş olup, bu olgular darp olguları içine dahil edilmiştir.

Düşme ve mekanik yaralanma tanısı alan kadın hastaların başvuru tarihi ve saati (saat aralıkları 06:00-11:59, 12:00-17:59, 18:00-23:59, 00:00-05:59) yaşı, olayın niteliği (düşme ve mekanik yaralanmalar), lezyon bölgesi, gebelik testi(>5mg/dl'nin üstü pozitif olarak kabul edildi) ve etanol düzeyleri (adli açıdan anlamlılık düzeyi >50 mg/dl), yapılan tetkikler (laboratuvar, direk grafi, bilgisayarlı tomografi(BT), magnetik rezonans görüntüleme (MRG), ultrasonografi (USG)), istenilen konsültasyonlar, yatış yapılan bölümler ve yatış süreleri, son tanıları, yaraların basit tıbbi müdahale ile giderilebilirliği, hayati tehlike, cerrahi gereklilik, kırığın hayati fonksiyonlara etkisi (adli tıp uygulama cetvelleri kullanılarak hesaplanan puanlama sisteminde 1puan hafif, 2-3 puan orta, 4-5-6 puan ağır olarak değerlendirilmiştir)⁷⁴ düşmenin oluş şekli (bilinmiyor, yüksekten düşme, ağaçtan düşme, merdivenden düşme, aynı seviyeden düşme, diğer) ve nedeni, kullanılan aletin niteliği, saldırganın kimliği ve sonuç (taburcu, yatış, başka kuruma sevk, kendi isteği ile çıkış, ölüm), son tanılar, hastaların tıbbi ve adli kayıtları incelenerek önceden hazırlanan çalışma formlarına kayıt edildi. Erkek cinsiyet, trafik kazaları, intihar ve zehirlenme olguları çalışma dışı bırakılmıştır.

3.1. İstatiksel Yöntem

Veriler SPSS 11.5 paket programına girildikten sonra sürekli ölçümlere ait normallik kontrolleri Shapiro-Wilk testi ile test edilmiştir. Tüm sosyodemografik özelliklere ait tanımlayıcı istatistikler (sayı ve yüzde) verilmiştir.

Tanımlayıcı istatistikler olarak minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, değerleri verilmiştir.

Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar için ise Ki-kare ve Likelihoodratio testleri kullanılmıştır.

Anlamlılık seviyesi olarak $p < 0.05$ alınmıştır.

3. BULGULAR

Çalışmamıza Ocak 2009- Aralık 2012 tarihleri arasında 36 aylık dönemde acil servise düşme ve mekanik travmaya maruz kalarak başvuran 475 kadın olgu dahil edildi. Çalışmayı yaptığımız tarihler arasında acil servis başvuran toplam hasta sayısı 187.502, cinsiyet farkı gözetmeksizin toplam adli olgu sayısı 2825 idi. Tüm adli olguların 1050'si(%37,1) kadındı. Bunların içinde düşme ve mekanik travmaya maruz kalan kadın olguların sayısı 475'ti (%45,2).

KT olgularında ortalama yaş $36,8 \pm 16,2$ yıl idi. Olguların 37'si (%8) 65 yaş ve üstünde, 256'sı (%53,6) 35 yaş ve altındaydı (Grafik 1).

Olay niteliğine göre yaş ortalamalarının dağılımı tablo 4 te verilmektedir. Buna göre yaş ortalamaları arasında istatistik yönden anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.001$). Kesici alet yaralanmaları 30 yaş civarında görülürken, düşme, ASY ve kesici-ezici alet yaralanması ise 40'lı yaşlarda görülmektedir (Tablo 2). Delici alet yaralanmasına maruz kalan 1 kişi olduğundan çalışmaya dahil edilmeden diğer gruplar karşılaştırıldı.

Tablo 2. Olay niteliğinin dağılımı ve yaş ortalamaları

Olay Niteliği	Olay Niteliği Dağılımı	Ort. \pm SD	Min	Max	
KDAY	19(%4)	34,42 \pm 13,305	17	70	p=0.001
KAY	78(%16,4)	29,37 \pm 10,862	17	65	
KEAY	17(%3,6)	43,65 \pm 15,133	20	64	
DAY	1(%0,2)	-	20	20	
Darp	105(%22,1)	34,80 \pm 13,953	17	79	
ASY	6(%1,3)	40,33 \pm 12,061	27	58	
Düşme	249(%52,4)	39,80 \pm 17,917	17	91	

KDAY: Kesici-delici alet yaralanması KEAY: Kesici-ezici alet yaralanması

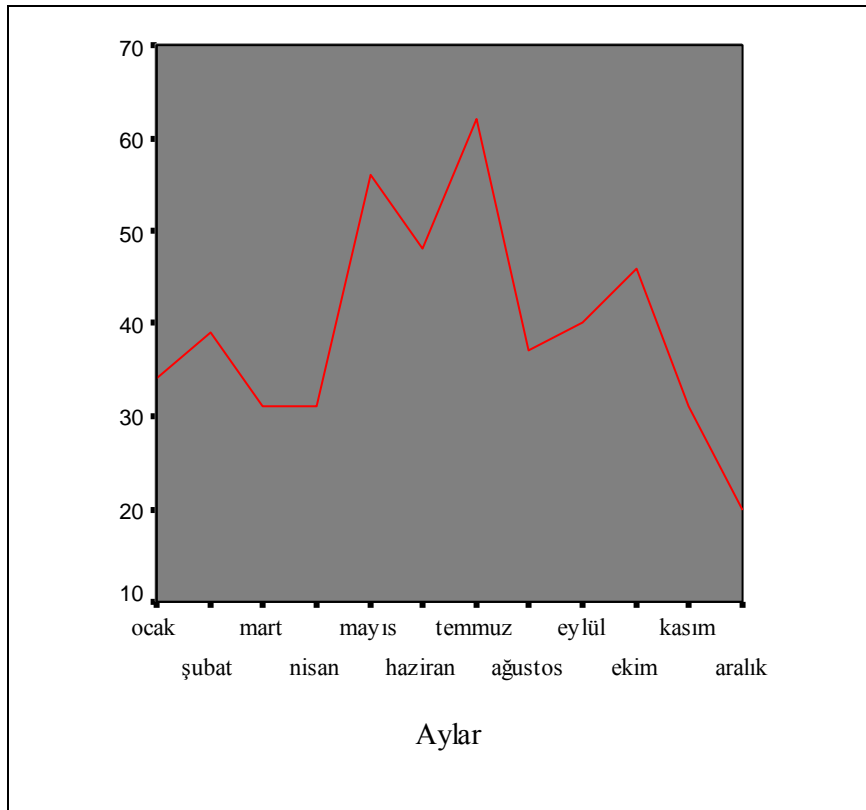
KAY: Kesici alet yaralanması

ASY: Ateşli silah yaralanması

DAY: Delici alet yaralanması

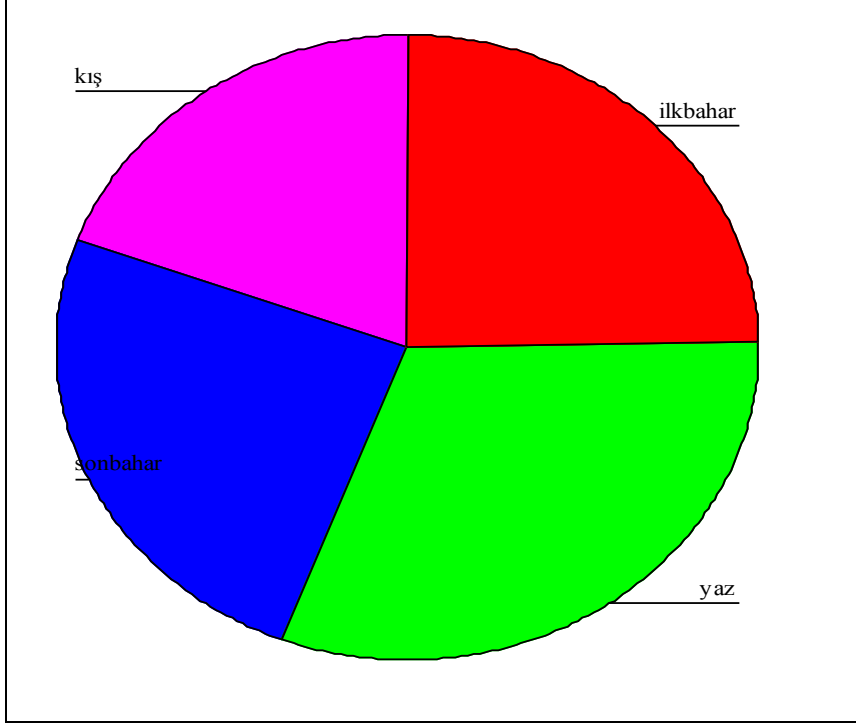
Olay niteliğine bakıldığında en çok düşme, en az delici alet yaralanmaları olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Olguların aylara göre dağılımları incelendiğinde başvuruların en sık Temmuz ayında, en az ise Aralık ayında olduğu tespit edilmiştir (Grafik 1). Olguların başvuru saatlerine baktığımızda ise en çok 18:00-23:59 saatleri arasında, en az 00:00-05:59 saatleri arasında acil servise başvurdukları bulunmuştur (Grafik 3).

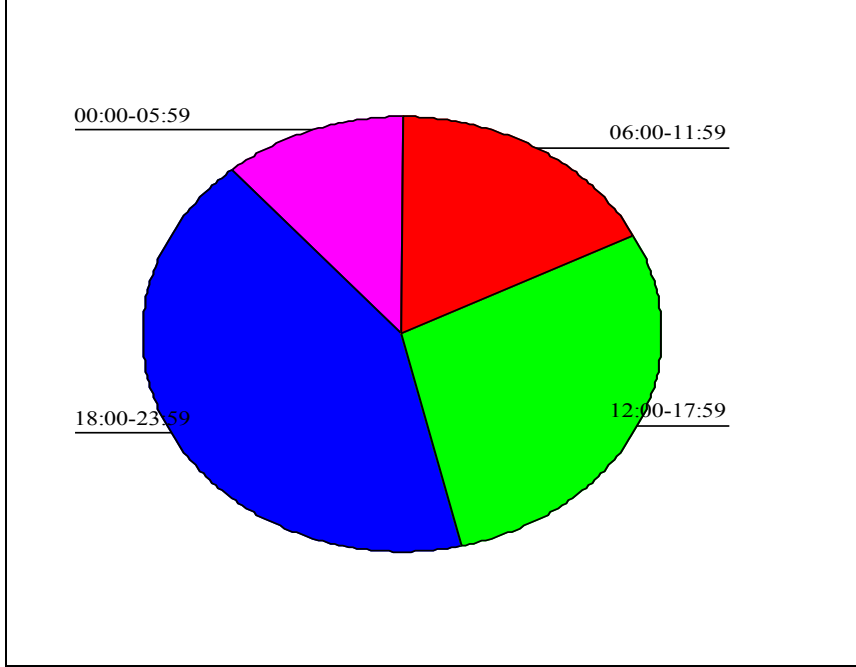


Grafik 1. Olguların aylara göre dağılımı

Olguların mevsimlere göre dağılımları Grafik 2’de verilmiştir.



Grafik 2. Olguların mevsimler göre dağılımı



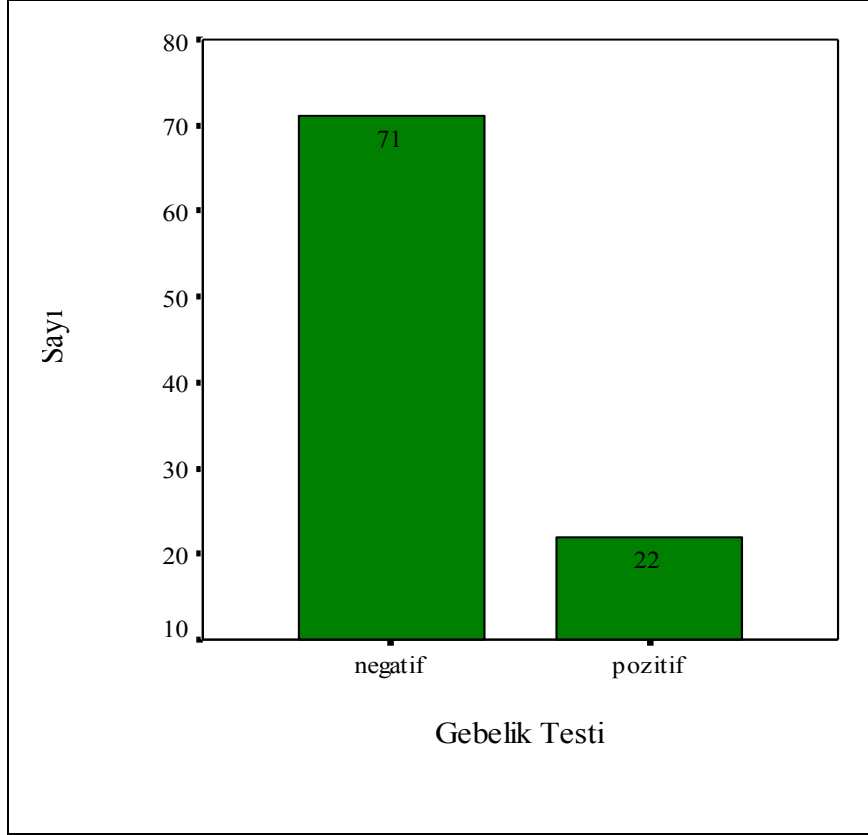
Grafik 3. Olguların başvuru saatlerine göre dağılımı

Toplam 475 olgunun 99'unda (%20,6) hiçbir radyolojik ve laboratuvar tetkik yapılmazken, 377 (%79,4) olguda en az bir radyolojik ve laboratuvar tetkiki yapılmıştı. En çok direk grafi ve en az MRG istenmişti (Tablo 3).

Tablo 3. Tetkiklerin dağılımı

TETKİKLER	n
LABORATUVAR	204(%54,1)
DİREK GRAFİ	282(%74,8)
USG	32(%8,5)
BT	124(%32,9)
MRG	5(%1,3)
Toplam	475(%100)

Toplam 475 olgudan 93'üne gebelik testi bakılmış olup, 22 (%24) olguda gebelik testi pozitif olarak saptanmıştır (Grafik 4).



Grafik 4. Gebelik testi çalışılan olguların sonuçları

Gebelik testi pozitif olan 22 olguda en sık saptanan travma türü 15 olguda düşme (%25,4)'dir. Kanda gebelik testi pozitif olan olguların olay niteliklerine göre dağılımları ise şöyledir; 59 düşme olgusundan 15'inde (%25,4), 22 darp olgusundan 4'ünde (%18,2), 12 KCY olgusundan 3'ünde (%25) pozitif.

Toplam 475 olgunun içinden 46'sında (%9,6) kan etanol düzeyi bakılmış olup, bunların 12'sinde alkol düzeyi pozitif (%26,1) olarak saptanmıştır. Kan alkol düzeyi bakılan olguların 10'sunda (%21,7) adli açıdan etanol düzeyi anlamlı (>50 mg/dl) olarak tespit edilmiştir (81). Kanda etanol testi pozitif olan olguların olay niteliklerine göre dağılımları ise şöyledir; 24 düşme olgusundan 3'ünde (%12,5), 13 darp olgusundan 6'sında (%46,2), 9 KCY olgusundan 3'ünde (%33,3) pozitif.

Lezyonların anatomik dağılımı incelendiğinde en sık baş-boyunda (%18,7), en az pelvik (%1,5) bölgedeydi.

Tablo 4. Olay niteliklerinde son tanılara göre travma tipleri

Son Tanılara Göre Travma Tipleri								
Olay Niteliği	Kafa	Yüz	Göğüs	Karın	Pelvik	Ekstremiteler	YDT	Cilt-Ciltaltı kas kesisi
KDAY	0(%0)	0(%0)	0(%0)	2(%10,5)	0(%0)	5(%26,3)	0(%0)	12(%63,2)
KAY	0(%0)	0(%0)	1(%1,3)	0(%0)	0(%0)	19(%24,4)	2(%2,6)	53(%67,9)
DAY	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	1(%100)
KEAY	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	5(%29,4)	1(%5,9)	2(%11,8)
Darp	1(%1)	17(%16,2)	0(%0)	1(%1)	0(%0)	0(%0)	78(%74,3)	7(%6,7)
ASY	2(%33,3)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	0(%0)	4(%66,7)	0(%0)
Düşme	3(%1,2)	17(%6,8)	7(%2,8)	2(%0,8)	12(%4,8)	48(19,3)	151(%60,6)	7(%2,8)
Toplam	6(%1,3)	34(%7,2)	8(%1,7)	5(%1,1)	12(%2,5)	77(%16,2)	236(%49,7)	82(%17,3)

KDAY: Kesici-delici alet yaralanması KEAY: Kesici-ezici alet yaralanması

KAY: Kesici alet yaralanması ASY: Ateşli silah yaralanması

DAY: Delici alet yaralanması

Tablo 4 da gösterilen olay niteliğine göre sınıflanan son tanılar dışında 2 olguda (%0,4) kalp ve büyük damar yaralanması, 6 olguda (%1,3) kot-skapula-sternum-klavikula kırıkları, 19 olguda (%4) servikal-torakal-lomber omurga yaralanması mevcuttu.

77 vakada ekstremitte travması vardı. Bu olguların 27'sinde üst ekstremitte yaralanması, 20'sinde alt ekstremitte yaralanması mevcutken, 30'unda ekstremitte sinir tendon ve damar yaralanması mevcut.

475 olgunun 299'una konsültasyon istenmiştir (%62,9). En çok konsültasyon ortopedi ve travmatoloji bölümünden, en az konsültasyon ise enfeksiyon hastalıkları ve kardi-yoloji bölümlerinden istenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Konsültasyon istenen klinikler

KLİNİKLER	n*
ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ	118(%39,5)
NÖROŞİRÜRJİ	95(%31,8)
PLASTİK CERRAHİ	66(%22,1)
GENELCERRAHİ	38(%12,7)
KULAK BURUN BOĞAZ	33(%11,0)
GÖĞÜSCERRAHİSİ	22(%7,4)
GÖZ HASTALIKLARI	17(%5,7)
KADIN DOĞUM HASTALIKLARI	17(%5,7)
KALP VE DAMAR CERRAHİSİ	10(%3,3)
PSİKYATRİ	10(%3,3)
NÖROLOJİ	7(%2,3)
ÜROLOJİ	3(%1,0)
ANESTEZİ VE REANİMASYON	2(%0,7)
KARDİYOLOJİ	1(%0,3)
ENFEKSİYON HASTALIKLARI	1(%0,3)
Toplam	440(%92,6)

*Bir olguya birden fazla konsültasyon istenmiştir.

Olay niteliğine göre konsültasyon istenme oranları tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Olay niteliğine göre konsültasyonların dağılımı

OLAY NİTELİĞİ	KONSÜLTASYON		
	Var	Yok	Toplam
DAY	1(%100)	0(%0)	1(%100)
KDAY	16(%84,2)	3(%15,8)	19(%100)
KEAY	15(%88,2)	2(%11,8)	17(%100)
ASY	4(%66,7)	2(%33,3)	6(%100)
Düşme	163(%65,5)	86(%34,5)	249(%100)
KAY	51(%65,4)	27(%34,6)	78(%100)
Darp	49(%46,7)	56(%53,3)	105(%100)
Toplam	299(%62,9)	176(%37,1)	475(%100)

KDAY: Kesici-delici alet yaralanması KEAY: Kesici-ezici alet yaralanması

KAY: Kesici alet yaralanması ASY: Ateşli silah yaralanması

DAY: Delici alet yaralanması

Mekanik travma olgularının %22,1'i darptı. Darp edilenlerin %72,4'ünün şiddeti uygulayanı gizlemeyi tercih ettiği görüldü. Fiziksel şiddete (darp) maruz kalan kadınların %10,5'inin eşi tarafından, %9,5 olgunun akrabaları tarafından darp edildiği tespit edilmiştir. Darp edilenlerin yalnızca %3,8'i aile dışı kişiler tarafından darba uğradığını ifade ettiler (Tablo 7). Darp dışındaki diğer yaralanma türlerinde olayın kaza mı, intihar mı ya da başkaları tarafından uygulanıp uygulanmadığı konusunda yeterli veriye ulaşamadı.

Tablo 7. Darp edenin kimliği

DARP EDEN KİŞİ	n
Bilinmiyor	76(% 72,4)
Eşi	11(% 10,5)
Akraba	10(% 9,5)
Diğer	4(% 3,8)
Oğlu	3(% 2,9)
Kızı	1(% 1,0)
Toplam	105(% 100)

Olay niteliğine göre kullanılan aletin tipine bakıldığında, kesici-delici alet yaralanmalarının en sık bıçak, kesici alet yaralanmalarında cam, kesici-ezici alet yaralanmalarında kıyma makinasının olduğu tespit edilmiştir. Darp olgularından 4'ünün ikisinde bıçak, birinde cam suç unsuru olarak kullanılırken bir olguda aletin tipine ulaşılamadı. Ayrıca düşme olgularından birinde cam ile temas sonucu keskin cisimle yaralanmada görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8. Olay niteliğine göre kullanılan aletin tipi

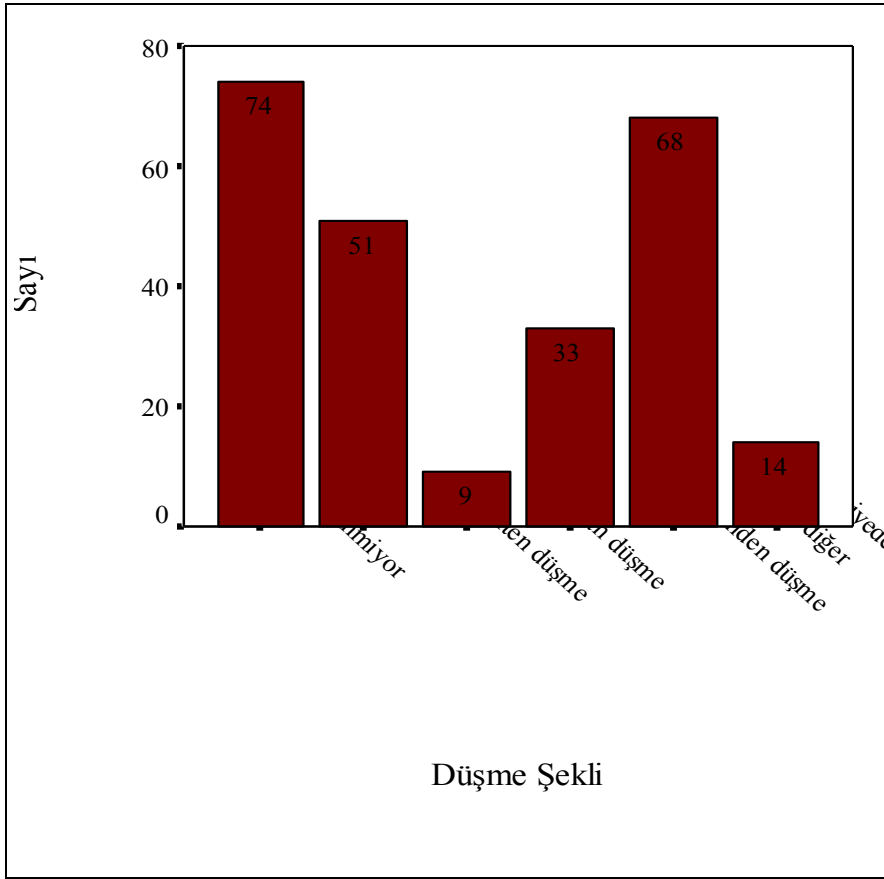
OLAY NİTELİĞİ	Aletin Tipi	n
KDAY	bilinmiyor	1(%5,3)
	bıçak	17(%89,5)
	diğer	1(%5,3)
KAY	bilinmiyor	36(%46,2)
	bıçak	2(%2,6)
	cam	37(%47,4)
	jilet	3(%3,8)
DAY	tornavida	1(%100,0)
KEAY	satır	4(%23,5)
	kıyma makinası	9(%52,9)
	diğer	4(%23,5)
Darp	bilinmiyor	1(%25,0)
	bıçak	2(%50,0)
	cam	1(%25,0)
Düşme	cam	1(%100,0)

KDAY: Kesici-delici alet yaralanması KEAY: Kesici-ezici alet yaralanması

KAY: Kesici alet yaralanması ASY: Ateşli silah yaralanması

DAY: Delici alet yaralanması

Düşme şekline baktığımızda, olguların büyük çoğunluğunun aynı seviyeden (%27,3), en az oranda da ağaçtan düştüğü bulunmuştur(%3,6) (Grafik 5).



Grafik 5. Düşmenin oluş şekli

Düşme olgularının en fazla kazayla, en az nöbet geçirme nedeniyle meydana geldiği tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Düşme nedeninin dağılımı

Düşme Nedeni	n
Bilinmiyor	121(%48,6)
Kazayla	111(%44,6)
İntihar amaçlı	7(%2,8)
Nöbet geçirme	2(%0,8)
Diğer	8(%3,2)
Toplam	249(%100)

Kafa travmalarının olay niteliklerine göre dağılımları tablo 4’da gösterilmiştir.

ASY’na bağlı kafa travması olan 2 olguda hem kafatasında lineer kırık, hem SAK, hem de subdural hematom ve intraserebral kanama saptanmıştır. Düşmeye bağlı 1 olguda hem kafatasında lineer kırık hem de SAK görülürken, 1 olguda da hem SAK, hem de Subdural hematom ayrıca 1 olguda ise intraserebral kanama tespit edilmiştir. Darba bağlı bir olguda da intraserebral kanama saptanmıştır.

Darp ve düşme nedeniyle yüz yaralanması olan 34 olgu (bunların 17'si darp 17'si düşmeydi) acil servise başvurmuştur (Tablo 4). Acil servise darp nedeniyle başvuran olguların 16'sında nasoorbito-etmoidal yaralanma ve 1'inde diğer maksillofasial yaralanmalar saptanmıştır. Acil servise düşme nedeniyle başvuran yüz travmalı olguların 15'inde nasoorbito-etmoidal yaralanma, 2'sinde mandibula fraktürü saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Olay niteliğine göre yüz travma tipleri

OLAY NİTELİĞİ	Yüz Travma Tipleri		
	Nasoetmoidoorbital yaralanma	Mandibula fraktürü	Diğer maksillofasial yaralanmalar
Darp	16(%15,2)	0(%0)	1(%0,9)
Düşme	15(%6)	2(%0,8)	0(%0)
Toplam	31(%6,5)	2(%0,8)	1(%0,9)

1 kesici alet yaralanması ve 7 düşme (5 olgu yüksekten düşme, diğer 2 olgunun ise düşme şekli bilinmemektedir) olgusunda toraks travması görülmüştür (Tablo 4). Toraks travması olan olguların birinde KAY' na bağlı hemopnömotoraks ve diğer parankim yaralanmaları mevcut iken, düşmeye bağlı 4 olguda hemopnömotoraks, 1 olgu da akciğer kontüzyonu, 2 olguda da diğer parankim yaralanmaları saptanmıştır.

1 kesici delici alet yaralanması ve 1 kesici alet yaralanması olan olgularda kalp ve büyük damar yaralanmaları görülmüştür.

475 olgunun 5'inde (%1,1) abdominal travma görülmüştür. Abdominal travma görülen olgular, 2 kesici-delici alet yaralanması, 1 darp ve 2 düşme şeklinde dağılmaktadır (Tablo 4). 5 olgudan 3'ünde intraperitoneal organ yaralanması, 2'sinde ise retroperitoneal organ yaralanması tespit edilmiştir. Abdominal yaralanması olan 5 olgunun, 2'sinde karaciğer, 1'inde hem karaciğer hem dalak yaralanması, 2 olguda ise retroperitoneal organ yaralanması vardı. İntraperitoneal organ yaralanması bulunan, 1 kesici-delici alet yaralanması (%5,3), 1 darp (%1) olgusunda karaciğer laserasyonu görülmüşken, 1 düşme (%0,4) olgusunda ise hem karaciğer hem de dalak laserasyonu tespit edilmiştir. Retroperitoneal organ yaralanması ise 1 kesici-delici alet yaralanması ve 1 düşme olgularında saptanmıştır.

475 olgunun 77'sinde ekstremitte travması görülmüştür (Tablo 4). Ekstremitte travması görülen 48 düşme olgusunun 27'sinde üst ekstremitte kırık ve çıkıkları (%10,8) görülürken, 20'sinde alt ekstremitte kırık ve çıkıkları (%8) ve 1 olguda da ekstremitte sinir tendon ve damar yaralanması (%0,4) olduğu tespit edilmiştir. Ekstremitte sinir tendon ve damar yaralanması, kesici-delici alet yaralanması olan 5 (%26,3), kesici alet yaralanması olan 19 (24,4), kesici-ezici alet yaralanması olan 5 (%29,4) olguda saptanmıştır.

475 olgunun 6'sında (%1,3) kot-skapula-sternum ve klavikula kırıkları görülmüştür. Bu 6 olgunun 2'si darp ve 4'ü düşme nedeniyle meydana gelmiştir.

475 olgunun 19'unda (%4) servikal-torakal-lomber omurga yaralanması görülmüştür. Bu 19 olgunun 18'i düşme ve 1'i darp nedeniyle meydana gelmiştir.

Pelvik travma yalnızca düşme vakalarında görülmüş olup, toplam 249 düşme olgusunun 12'sinde (%4,8) bulunmuştur (Tablo 4). Pelvik travması olan 12 olgunun tamamında pelvis kırığı mevcutken bunların hiçbirinde intrapelvik yaralanmaya rastlanmamıştır.

Düşme ve mekanik yaralanmalar nedeniyle başvuran olguların, son tanılara göre dağılımları incelendiğinde, toplam 475 olgu içinde yumuşak doku travması 236 (%49,7) olgu ile en sık görülen tanıdır. Bununla beraber epidural kanama ve intrapelvik organ yaralanmasına hiçbir olguda rastlanmamıştır. Olay niteliğine göre yumuşak doku travmasının dağılımları incelendiğinde ise, 151 düşme (%60,6), 78 darp (%74,3), 4 ateşli silah yaralanması (%66,7), 1 kesici-ezici alet yaralanması (%5,9) ve 2 kesici alet yaralanması (%2,6) olgusunda görülmüştür.

475 olgunun 82'sinde (%17,3) cilt-cilt altı-kas kesisi tespit edildi. 82 olgunun dağılımları incelendiğinde, 53'ünün kesici alet yaralanması, 12'sinin kesici-delici alet yaralanması, 2'sinin kesici-ezici alet yaralanması, 1'inin delici alet yaralanması, 7'sinin darp ve 7'sinin düşme nedeniyle meydana geldiği saptanmıştır (Tablo 4).

Toplam 99 olguda fraktür tespit edilmiştir. Adli tıpta, kırığın hayati fonksiyonlara etkisini gösteren cetveller kullanılarak, fraktürün derecelendirilmesine göre puanları hesaplanıp adli açıdan ciddiyeti ortaya konmuştur. Buna göre kırık tespit edilen olgularda kırığın hayati fonksiyonlara etkisi 16 (%16,2) olguda hafif, 36 (%36,4) olguda orta, 47 (%47,5) olguda ağır olarak tespit edilmiştir.

Toplam olguların 379'unda (%79,8) basit tıbbi müdahale, 83'ünde (17,5) cerrahi müdahale uygulandığı ve 42'sinde de (%8,8) hayati tehlikenin mevcut olduğu saptanmıştır.

189 düşme, 76 kesici alet yaralanması, 73 darp, 18 kesici-delici alet yaralanması, 17 kesici-ezici alet yaralanması, 5 ateşli silah yaralanması olgusunda basit tıbbi müdahalede bulunulmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. Olay niteliklerine göre basit tıbbi müdahalenin dağılımları

OLAY NİTELİĞİ	BASİT TIBBİ MÜDAHALE		Toplam
	Var	Yok*	
DAY	1(% 100)	0(%0)	1(% 100)
KEAY	17(% 100)	0(%0)	17(% 100)
KAY	76(%97,4)	2(%2,6)	78(% 100)
KDAY	18(%94,7)	1(%5,3)	19(% 100)
ASY	5(%83,3)	1(%16,7)	6(% 100)
Düşme	189(%75,9)	60(%24,1)	249(% 100)
Darp	73(%69,5)	32(%30,5)	105(% 100)
Toplam	379(%79,8)	96(%20,2)	475(% 100)

* Cerrahi müdahale uygulanan veya herhangi bir müdahaleye gerek duyulmayan hastalar

KDAY: Kesici-delici alet yaralanması KEAY: Kesici-ezici alet yaralanması

KAY: Kesici alet yaralanması ASY: Ateşli silah yaralanması

DAY: Delici alet yaralanması

475 olgunun 83'ünde cerrahi gereklilik mevcuttu. 83 olgunun dağılımları incelendiğinde 39'u düşme, 21'i kesici alet yaralanması, 11'i kesici-ezici alet yaralanması, 7'si kesici-delici alet yaralanması şeklindedir (tablo 12).

Tablo 12. Olay niteliğine göre- cerrahi gerekliliğin dağılımı

OLAY NİTELİĞİ	CERRAHİ GEREKLİLİK		Toplam
	Var	Yok	
KEAY	11(%64,7)	6(%35,3)	17(%100)
KDAY	7(%36,8)	12(%63,2)	19(%100)
ASY	2(%33,3)	4(%66,7)	6(%100)
KAY	21(%26,9)	57(%73,1)	78(%100)
Düşme	39(%15,7)	210(%84,3)	249(%100)
Darp	3(%2,9)	102(%97,1)	105(%100)
DAY	0(%0)	1(%100)	1(%100)
Toplam	83(%17,5)	392(%82,5)	475(%100)

KDAY: Kesici-delici alet yaralanması KEAY: Kesici-ezici alet yaralanması

KAY: Kesici alet yaralanması ASY: Ateşli silah yaralanması

DAY: Delici alet yaralanması

Toplam 475 olgunun 42'sinde hayati tehlike mevcuttu. (Tablo 13) (Grafik 6).

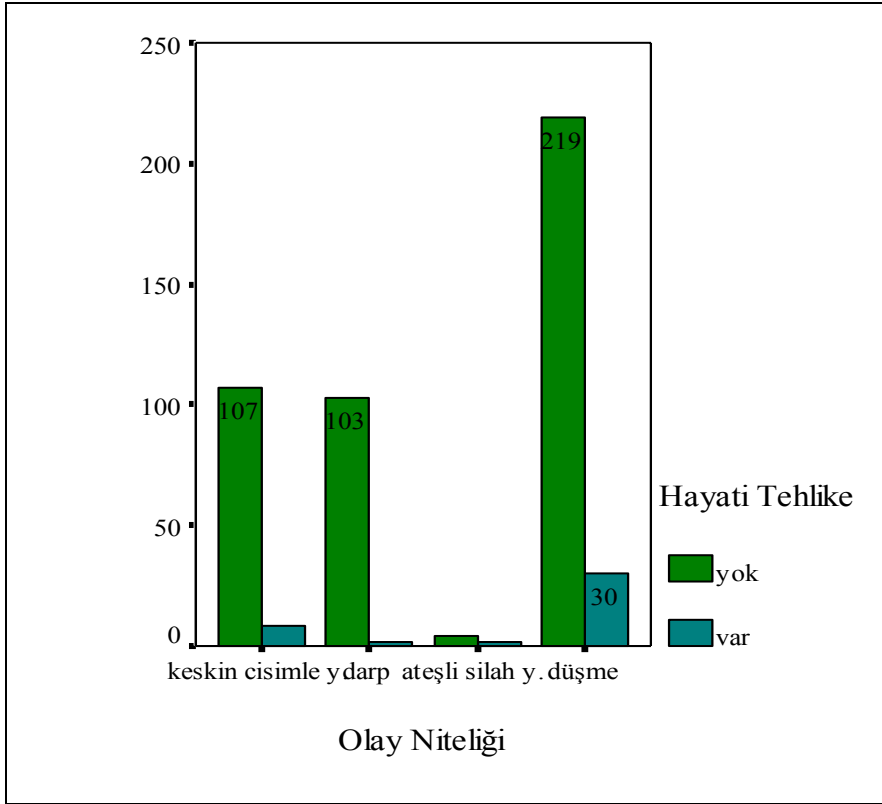
Tablo 13. Olay niteliklerine göre hayati tehlikenin dağılımı

OLAY NİTELİĞİ	HAYATİ TEHLİKE		Toplam
	Var	Yok	
ASY	2(%33,3)	4(%66,7)	6(%100)
Düşme	30(%12)	219(%88)	249(%100)
KDAY	2(%10,5)	17(%89,5)	19(%100)
KAY	6(%7,7)	72(%92,3)	78(%100)
Darp	2(%1,9)	103(%98,1)	105(%100)
DAY	0(%0)	1(%100)	1(%100)
KEAY	0(%0)	17(%100)	17(%100)
Toplam	42(%8,8)	433(%91,2)	475(%100)

KDAY: Kesici-delici alet yaralanması KEAY: Kesici-ezici alet yaralanması

KAY: Kesici alet yaralanması ASY: Ateşli silah yaralanması

DAY: Delici alet yaralanması



Grafik 6. Hayati tehlikenin olay niteliğine göre dağılımı

Hastanemizde herhangi bir kliniğe yatışı yapılmayan 383 olgunun 6'sında (bu 6 olgunun 4'ü sevk edilmiş 2 olgunun durumu bilinmiyor) ve yatışı yapılan 92 olgunun ise 36'sında hayati tehlike mevcuttu. Bunlardan Nöroşirürji kliniğine yatan 15 olgunun 7'sinde, göğüs cerrahisi kliniğine yatan 5 olgunun 4'ünde, genel cerrahi kliniğine yatan 6 olgunun 5'inde, ortopedi ve travmatoloji kliniğine yatan 34 olgunun 14'ünde, (Kardiyovasküler cerrahi) KVC'ye yatan 4 olgunun 3'ünde, anestezi ve reanimasyon kliniğine yatan 2 olgunun 2'sinde de hayati tehlike mevcuttu.

Düşme şekline göre hayati tehlike dağılımları tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Düşme şeklinin hayati tehlikeye göre dağılımı

DÜŞME ŞEKLİ	HAYATİ TEHLİKE		Toplam
	Var	Yok	
Yüksekten düşme	20(%39,2)	31(%60,8)	51(%100)
Ağaçtan düşme	1(%11,1)	8(%88,9)	9(%100)
Aynı seviyeden düşme	5(%7,4)	63(%92,6)	68(%100)
Bilinmiyor	3(%4,1)	71(%95,9)	74(%100)
Merdivenden düşme	1(%3)	32(%97)	33(%100)
Diğer	0(%0)	14(%100)	14(%100)
Toplam	30(%12)	219(%88)	249(%100)
p=0.001			

92 olguya yatış verildiği tespit edilmiştir. Yatış yapılan olgular için hastanede ortalama yatış süresi $6,7 \pm 15$ gün idi. En çok yatış ortopedi ve travmatoloji kliniğine yapılırken, en az yatış kulak burun boğaz ve kadın doğum bölümlerine yapılmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Olguların yatış yapılan kliniklere göre dağılımı

KLİNİKLER	n
Ortopedi ve Travmatoloji	34(% 37)
Plastik Cerrahi	22(% 23,9)
Nöroşirürji	15(% 16,3)
Genel Cerrahi	6(% 6,5)
Göğüs Cerrahisi	5(% 5,4)
Kalp Damar Cerrahisi	4(% 4,3)
Göz Hastalıklar	2(% 2,2)
Anestezi ve Reanimasyon	2(% 2,2)
Kulak-Burun-Boğaz (KBB)	1(% 1,1)
Kadın Doğum Hastalıkları	1(% 1,1)
Toplam	92(% 100)

Kliniklere yatışı yapılan hastaların ortalama yatış süreleri tablo 16’da verilmektedir.

Tablo 16. Kliniklere göre ortalama yatış süreleri

KLİNİKLER	n	Ort. \pmSD.	Min	Max
Anestezi-reanimasyon	2	73,00 \pm 94,752	6	140
Göğüs cerrahisi	5	10,80 \pm 3,633	6	16
Kalp damar cerrahisi	4	10,00 \pm 14,855	1	32
Genel cerrahi	6	8,67 \pm 7,090	1	19
Beyin cerrahi	15	6,27 \pm 4,267	2	14
KBB	1	6,00 \pm .	6	6
Ortopedi	34	5,06 \pm 4,559	1	18
Göz hastalıklar	2	3,00 \pm 1,414	2	4
Plastik cerrahi	22	2,14 \pm 1,612	1	7
Kadın doğum	1	1,00 \pm .	1	1

Sonuç kısmına baktığımızda 4 olgu ölmüş (düşme nedeniyle başvuran 4 olgudan 1'i yüksekten düşme,1'i aynı seviyeden düşme iken diğer 2 olgunun düşme şekline ulaşılammıştır), 92 olgunun servise yatışı yapılmış, 361 olguda poliklinik kontrol önerilerek taburcu edilmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Olguların sonuçlara göre dağılımı

SONUÇ	n
Taburcu-poliklinik kontrol	361(%76)
Yatış	92(%19,4)
Kendi isteği ile çıkış	10(%2,1)
Bilinmiyor	4(%0,9)
Ölüm	4(%0,8)
Sevk	4(%0,8)
Toplam	475(%100)

4. TARTIŞMA

Hastanemiz acil servisine 36 aylık süre içerisinde düşme ve mekanik travma (KT) nedeniyle başvuran 475 hasta, toplam başvuran hasta popülasyonu içerisinde %5,6'lık (1050 hasta) bir dilime karşılık gelmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çok çalışmada, acil servise başvuran genel travma olgularında erkek cinsiyet yoğunluğu mevcuttu^{35, 72, 73, 74, 75, 76, 77}. Bizim çalışmamızda da acil servise başvuran adli olguların 1775'i (%62,9) erkekti. Çalışmamızda ve bu konuda yapılan benzer çalışmalarda da adli olguların önemli çoğunluğunu erkeklerin oluşturması, erkeklerin kadınlara oranla sosyal yaşantıya daha fazla katılmaları nedeni ile travmaya maruz kalma risklerinin de fazla olduğu gerçeğine uygunluk göstermektedir³⁵.

Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda tüm kadın travma hastalarında ortalama yaş 19-48 arasında değişmektedir^{72, 74, 75, 76, 78, 79}. Bizim çalışmamızda da yaş ortalaması 36,8 olarak bulunmuştur. Genç yaş gruptaki kadınların trafikte araç kullanım oranlarının diğer yaş gruplarına göre fazla olması, ev tipi kazalar ve temizlik, mutfak ve tarla işleri gibi işlerde çalışmaları, genç yaşta yapılan istenmeyen evlilikler ve gebelikler kadına yönelik şiddet olaylarının bu yaş grubunda daha fazla görülmesinin nedeni olabilir.

Ceylan ve ark.'nın acil servise başvuran genel travma olguları ile ilgili yaptıkları çalışmada, travmanın en sık meydana geldiği aylar sırayla Ocak, Ekim, Nisan iken literatürdeki pek çok çalışmada mayıs, haziran, temmuz aylarında olduğu görülmektedir^{75, 76, 80, 81}. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde KT olgularının mayıs, haziran, temmuz aylarında yoğunlaştığı görülmektedir. Kış aylarında adli travma olgularını daha az görürken, yaz aylarında daha çok görmekteyiz. Bu zaman dilimleri tatil dönemleri olup; yaz aylarında gündüz saatlerinin uzaması ile birlikte eğlence aktivitelerinde ve alkol tüketiminde artış olması ve sıcak havalarda insan ilişkilerini olumsuz etkilemesi adli olguların bu mevsimsel özelliklerine gerekçe olarak gösterilebilir.

Ceylan ve ark.'nın yaptığı çalışmada, genel travma olgularının acil servise en sık başvurduğu saatler, 16:01-24:00 (%59,9) iken, Türkçüer ve ark.'nın adli olgular ile ilgili yaptığı çalışmada ise 22:00-23:59 (%17,5) saatleridir^{75, 76}. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde KT olgularının çoğu 18:00-23:59 (%42,3) saatlerinde acil servise başvurmuştur. Akşam saatlerinde insanların işten eve dönmeleri, gün içinde yaşanan yoğunluk yorgunluk ve strese bağlı olarak şiddet vakalarının ve kaza tipi yaralanmaların daha çok görülebildiğini söyleyebiliriz.

Kadın travmaları ile ilgili birçok çalışma yapılmış olup olay niteliği açısından (düşme, darp, ASY, KCY vb.) sıklıkları farklılık göstermektedir^{75, 77, 81, 82}. Acil servislere travma ve yaralanmalar sonucunda yapılan başvurular nedenlere göre incelendiğinde; genellikle düşmelerin ilk sırada yer aldığı görülmektedir. ABD'de 1992-1995 yılları arasında acil servislere başvuruların incelendiği bir çalışmada travmaların ilk üç nedeninin düşmeler, bir nesneye çarpma ve trafik kazaları olduğu bildirilmiştir⁸³.

Çalışmamızda kadınlarda en sık travma nedeni düşme iken (%52,4), ikinci sırada darp olguları (%22,1) ve en az ise DAY (%0,2) saptandı. Çalışmamızda düşme (aynı seviyeden, ağaçtan, merdivenden, yüksekte vb.) nedenlerini tek grup olarak almamız, sosyoekonomik düzeye bağlı olarak kadınların ev temizliği, tarlalarda çalışmaları bu tipteki travmaya fazla maruz kalmalarına neden olmuş olabilir. Çalışmamızda keskin cisimle yaralanmaların ikinci sıklıkta görülmesinin nedeni olarak kesici delici aletlerin (bıçak vb.) çok kullanılmaları ve ulaşımının kolay olması olabilir. ASY olgularının oranının düşük olması ise kadına yönelik şiddette bu tür aletlerin tercih edilmediğini gösterebilir.

Başvuruların kadın travma olgularında %79,6'sından en az bir tetkik (laboratuvar, direk grafi, USG, BT, MRG) istenmiştir. Tetkik edilenlerde ise en çok direk grafi istendiği saptanmıştır. Acil hekimlerinin bir takım tetkikleri adli sorumluluklar açısından istemesine rağmen olguların yaklaşık %80'inde basit tıbbi müdahale yapılmış ve %76'sının taburcu edilmiş olması gereksiz tetkik oranının yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum kişilerin üzerindeki iş yükünü artırırken gereksiz ekonomik kayıplara neden olmaktadır.

Acil servise başvuran KT olgularının 93'üne (%19,5) gebelik testi bakılmış olup bu olgularında 22'sinde (%24) gebelik testi pozitif bulunmuştu. Çalışmamızda acil hekimleri tarafından gebelik testinin en çok (59) düşme ve (22) darp olgularında istendiğini saptadık. Çalışmamızda gebelik testi + olan olgularda en çok görülen travma türü düşme (%25,4) olarak saptandı. Bu durum gebeliğe bağlı fizyolojik değişiklikler sonucu kan şekeri ile birlikte tansiyon değerlerindeki değişikliklere ve bel bölgesinde ağırlık artışının yürürken denge kaybına neden olmasına bağlı daha kolay düşmelerine neden olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca gebelik pozitif olgulardaki darp oranının da %18,2 gibi yüksek oranda olması toplumda küçük yaşta yapılan evliliklerin ve istenmeyen, kaza ile olan veya evlilik dışı gebeliklerin insanlar üzerinde oluşturduğu toplumsal baskıya bağlı olduğu söylenebilir.

Tümer ve ark.'nın kesici-delici alet yaralanmaları ile ilgili çalışmasında %12,3'ü alkollüdür. Ceylan ve ark.'nın çalışmasında genel travmaya maruz kalmış kadınların %1.14'ünün alkol almış olduğu görülmüşken, Çekin ve arkadaşlarının keskin cisimle yaralanma olgularında yapmış oldukları çalışmada ise tüm kadın olguların kan alkol düzeyi negatif (-) saptanmıştır⁸⁴. Bursa'da keskin cisimle yaralanmayla ilgili yapılan bir çalışmada kadınların % 5,6'sında alkol saptanmıştır⁸¹. Kesici-delici alet ile cinayet olgularında Danimarkalı kadınların % 34'ünde, Norveç'li kadınların %46'sında alkol saptandığı bildirilmiştir⁸⁷. Tüm olgularımızın adli olmasına rağmen genel olarak hasta grubumuzda kan alkol düzeyi isteme oranımızın düşük olduğunu saptadık (%9,6). Bizim çalışmamızda ise düşme ve mekanik yaralanmalara maruz kalan hastalarda etanol düzeyi pozitiflik oranı %26,1 idi. Literatürdeki diğer çalışmalara göre bizim çalışmamızdaki oran daha yüksek olarak bulunmuştur. Bunu nedeni bizim çalışmamızda darp (13) ve düşme (24) olgularında daha çok, diğer olgularında az bir kısmında çalışılmış olmasına bağlı olabilir. Genel olarak etanol düzeyi çalışılan olgu sayısı da azdı bu tüm olgular adli olmasına rağmen alkol testi isteme oranımızın düşüklüğü ile açıklanabilir. Ancak çalışmamızda olguların tümüne etanol düzeyi bakılmamış olması çalışmamızın kısıtlılığıdır. Darp ve düşme olgularında kan alkol düzeyinin yüksek olması, insanların alkolü aldığı anda kendini daha rahat hissetmesi, özgüve-

ninin artması ve olumsuzlukları da unutturmasına ayrıca yaz aylarında, eğlence ve tatil dönemlerinde insanların alkolü daha çok tüketmesine bağlı olabilir.

Travmadan en çok etkilenen bölge Tümer ve ark.'nın yaptığı kesici-delici alet yaralanmalarıyla ilgili çalışmada üst ve alt ekstremiteler, Ceylan ve ark.'nın genel travma ile ilgili çalışmasında ise baş-boyun idi⁷⁵. Bizim çalışmamızda travma türlerine göre etkilenen bölgede değişiklik saptandı. Bunun nedeni çalışma evrenimizin düşme ve mekanik yaralanmalı kadın olgulardan oluşmasıdır. ASY ve düşmede en çok baş-boyun, darpta en çok yüz bölgesi, KCY da ise en çok yüz ve torakal bölgenin etkilendiği bulundu. Darp ve KCY daha çok elle ve konuşma mesafesinde yüze yakın mesafeden oluşu, düşmede kişilerin çeşitli yüksekliklerden düşmelerinde kontrolsüz olmaları ayrıca ASY, intihar veya cinayet olaylarında amaç ölüm olduğu için en fazla kafa bölgesinin hedef alınması neden olarak gösterilebilir.

Nasoorbitomoid yaralanma oranları en çok darp ve düşme olgularının da saptanmıştı.

Toraks travması olgularının çoğu yüksekten düşmelere bağlı olarak oluşmuştur. Bunun nedeni olarak bu düşmelerin daha yüksek enerjili travmalar olmasına bağlanabilir.

Olgu sayısının az olmasına rağmen kardiyak ve büyük damar yaralanmalarının daha çok KCY olgularında görülmesi ölüme sebebiyet verme düşüncesinden kaynaklı olarak direkt (kalbe) toraksın hedef olarak alınmasına bağlanabilir.

Yüksek enerjili yaralanmalarda karaciğer dalak laserasyonu ve retroperitoneal organ yaralanmaları düşülen yüksekliğe bağlı olarak görülebilmektedir. Bizim çalışmamızda düşülen yükseklik hakkında net bilgi olmaması çalışmamızın kısıtlılığıdır.

Ekstremiteler kırık ve çıkıklarının en çok düşme olgularında görülmesi, ekstremiteler sinir tendon ve damar yaralanmasının da en çok KCY ile meydana gelmesi aslında beklenen bir sonuçtur. Düşmelerde en çok ekstremiteler etkilenmekte ve buna bağlı olarak kırık çıkık oranları yüksek oranda görülmektedir. KCY'da daha derin dokulara ulaşılabildiğinden sinir tendon, damar yaralanmaları daha fazla görülebilmektedir.

Yumuşak doku travması en sık konulan tanı olarak bulundu. Çalışmamızda travma nedeni olarak düşme ve darp sıklığının fazla bulunması yumuşak dokularda travma oranının yüksekliğini açıklayabilir.

Cilt cilt altı kas kesisi en çok ekstremitelerde görülmektedir. Ekstremitelerin keskin cisimlerle yaralanmalarda, düşmelerde travmaya açık yerler oluşu sıklık nedenini açıklayabilir.

Çırak ve ark.'nın genel travma olgularıyla ilgili çalışmasında hastalara en fazla konsültasyon istenilen bölüm Nöroşirürji, ikinci olarak Ortopedi ve Travmatoloji bölümüdür⁸³. Bizim çalışmamızda konsültasyon isteme oranımız %62,9 iken en sık Ortopedi ve Travmatoloji bölümünden (%39,5), ikinci olaraksa Nöroşirürji bölümünden konsültasyon istenmiştir (%31,8). Çalışmamızda travmadan etkilenen bölgelerin en çok baş-boyun ve ekstremiteler olmasına bağlı olarak en çok bu iki bölümden konsültasyon isteminde bulunmuştur. Ayrıca konsültasyon oranının yüksekliği olguların tümünün adli olması ile açıklanabilir.

Konsültasyonun en çok düşme olgularında istendiği görülmüştür. Acil servise başvuruların oranlarına bakıldığında en çok düşme olgularının olması ve yüksekten düşmelerde birçok sistemi ilgilendiren yaralanmaların oluşuyla açıklanabilir.

Fraktürlerin derecelendirilmesi adli değerlendirme açısından önem taşımaktadır. Güven ve ark.'nın adli olguların değerlendirilmesi ile ilgili çalışmasında kemik kırığı olan 257 (%19,8) olgunun %49'unda hayati fonksiyonları etkileme derecesi ağır olarak saptanmıştır⁸⁸. Bizim çalışmamızda kırığın hayati fonksiyonlara etkisi %47,5'inde ağır olarak tespit edilmiştir. Kemik kırığı olan olguların yaklaşık yarısının ağır derecede hayat fonksiyonlarını etkilemesi travmanın şiddetli olduğunu göstermektedir. Bu durumda vakaları değerlendirirken hastanın hayat kalitesini etkileyecek durumların doğru ve eksiksiz olarak belirtilmesi ve kayıt altına alınması adli açıdan çok önemli bir durumdur.

Olguların yaklaşık olarak %79,8'ine basit tıbbi müdahalede bulunulmuş olup %76'sı taburcu edilip poliklinik kontrol önerilmiştir. Basit tıbbi müdahale en çok keskin cisimle yaralanmalarda uygulanmıştır. Bunun nedeni olarak ta KCY'nin daha çok ev tipi kazalarla meydana gelen küçük lezyonlar meydana getirmesine bağlı olarak düşünülebilir.

Cerrahi gerekliliğın olduğu olgular ise eşit oranda düşme ve keskin cisimle yaralanmalarda görülmüştür. Yüksekten düşmelere bağı yüksek enerjili travmalara ve kıyma makinasına elini kaptıran çoğunlukla dikkatsizliğe bağı oluşan keskin cisimle yaralanmaların cerrahiye gittiğini görmekteyiz.

Hayati tehlike; sıklık sırasına göre ASY, KCY ve düşmelerde görülmektedir. ASY'da yüksek enerjili ve kafa travması oranının yüksekliği, KCY'de ise; toraks bölgesinde kalp ve büyük damar yaralanmalarının oluşu hayati tehlike nedeni olarak gösterilebilir. Düşmelerde ise düşülen yükseklik, olayın şiddeti, etkilenen organa göre hayati tehlike değişkenlik gösterebilir.

Bizim çalışmamızda keskin cisimle yaralanmaya (115) bağı olgu sayısı, darp (105) sayısından fazla bulundu. Bu darp olgularının acil servise başvurmasının bir sebebi olarak düşünöldü.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 raporuna göre, dünya genelinde toplum içinde yapılan 48 araştırmada kadınların %10-69'unun eşleri veya partnerleri tarafından hayatlarında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır⁸⁷. ABD'de acil servislere başvuran kadınların %11-30'unun eş ya da partneri tarafından yaralandığı bildirilmiştir⁸⁸. Türkiye'de kadına yönelik şiddetin araştırılmasına yönelik çalışmaların geçmişi kısadır ve sayıları oldukça sınırlıdır. Bu konudaki ilk çalışma bir kamuoyu şirketi olan PİAR tarafından 1988'de yapılmış ve kadına yönelik şiddet sıklığı %75 olarak bulunmuştur¹¹. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun 1995 yılında yaptığı alan araştırmalarında kadınların %34'ünün aile içinde fiziksel şiddete, %53'ünün psikolojik şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir⁸⁹. Türkiye genelinde 56 ilden 1800 evli kadınla yapılmış Kadına Yönelik Şiddet isimli çalışmada; eşinden en az bir kez fiziksel şiddet gören kadınların oranı %35 saptanmıştır⁹⁰.

İngiltere'de 65 yaş üstü yaşlıların %5'inden fazlasının ailesinden birisi ya da yakın akrabası tarafından sözel, %2'sinin fiziksel, %2'sinin de ekonomik olarak kötü muamele gördüğü saptanmıştır⁹¹. Hıdıroğlu ve ark.'nın İstanbul'da yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan kadınların %40,4'ü eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir⁷⁹. Tokdemir ve ark.'nın yaptığı çalışmada, eşi tarafından fiziksel şiddete uğramış kadın

ların %66'sının 25-45 yaş grubunda olduğu saptanmıştır^{33, 80}. Bizim çalışmamızda darp oranı %23,9 idi. Bu olguların %10,5'i eşi tarafından darp edilmiş olup, %72,4 olgu şiddeti uygulayanı söylemek istememiştir. Toplumsal bakış açısı, çaresizlik ve kabullenme duygularından dolayı kadınlar yaşadıklarını paylaşmaktan korkup çekinmeleri neden olabilir.

Dünyanın dört bir tarafında olduğu gibi, Türkiyede'de kadınların insan haklarının ihlali yoğundur. Farklı kaynaklarda, kadına yönelik aile içi şiddetin Türkiye'deki sıklığının %25-30 arasında değiştiği vurgulanmaktadır. TÜBİTAK tarafından 2007'de yaptırılan Türkiye'yi temsil eden bir çalışmada, hayatı boyunca eşinden en az birkez fiziksel şiddete maruz kalan kadınların payı Türkiye genelinde %35, Doğu örneğinde %40 olarak saptanmıştır⁹². T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun aile içi şiddetle ilgili olarak yaptığı bir çalışmada her 100 ailenin 34'ünde kadına yönelik fiziksel şiddet ve %53'ünde de sözel şiddetin var olduğu ortaya konulmuştur⁹³. Yine Aile Araştırma kurumunun 1997 tarihli çalışmasında bütün ülke genelindeki 2578 hanede kadına yönelik fiziksel şiddet sıklığı %16,5, sözel şiddet sıklığı %12,3 olarak bulunmuştur⁹³.

Darp olgularının büyük bir kısmında yüz ve baş-boyun bölgesinde yaralanma görülmüştür. Bunlarda nasoorbitoetmoidal yaralanma sıklığı çok yüksektir. Darp olgularında şiddeti uygulayanların daha çok yumruk ve/veya sopa gibi aletlerle baş ve yüz kısmına daha çok fiziksel şiddet uyguladığını göstermektedir.

Serinken ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan darp olgularının üçte birinde (%33), şiddeti uygulayan kişilerin eşler olduğu belirlendi. Fiziksel şiddet olgularının 25-45 yaş grubunda daha çok olduğu saptanmıştır. Kadına fiziksel şiddet uygulayan kişilerin çoğunlukla, bilinmeyen, tanınmayan yabancılardan çok kadının bildiği, tanıdığı, güvendiği erkekler olduğu bildirilmiştir⁸⁰. Ülkemizde kadına yönelik şiddet eylemlerinin sıklıkla aile içinde gerçekleştiği ve şiddet eylemini gerçekleştiren kişinin de çoğu zaman eş olduğu bilinmektedir^{94, 95}. Çalışmamızda darp olguları 35 yaş altı kadınlarda daha çok görülmektedir. Bizim çalışmamızda darp olgularında şiddet uygulayanın %10,5'i eş, %9,5'nin akraba olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni olarak ekonomik özgürlükleri olmayan kadınların küçük yaşta evlendirilmeleri ve ailenin sonrasında yaşadığı ekonomik sıkıntılara bağlı olarak

görülmesine bağlayabiliriz. Kadınlara yönelik şiddet olayları pek çok ülkede her ırk, sınıf, etnik ve kültürel grupta ortaya çıkabilmektedir. Ülkemizde halen eşi tarafından uygulanan şiddetin bir dereceye kadar doğal sayılması ve ataerkil aile yapısının bir sonucu olarak görülmesi sorunun temel nedenlerindedir.

Ülkemizde kadına yönelik şiddet ile ilgili maalesef az sayıda bilimsel çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların çoğu anket şeklinde yapılmış olup, yaralanma tipi ve şekli gibi konular hakkında bilgiler içermemektedir^{7, 96, 97}. Ancak şiddetin ve şiddeti uygulayanın gizlenmesi, toplumsal bir baskı, bakış açısı, ölüm korkusu ve ekonomik bağımlılıktan ve güvensizlik duygusundan kaynaklandığı ifade edilebilir. Aslında toplumumuzda darp olgularının oranının daha fazla olduğu düşünülmektedir. Toplumumuzda özellikle aile içi şiddet kadınlar tarafından büyük oranda gizlenmektedir. Bu nedenle acil servislere başvuran olgular toplumumuzda buzdağının görünen kısmını oluşturmaktadır.

Serinken ve ark.'nın yaptıkları çalışmada şiddetin sıklıkla baş (%28) ve üst ekstremiteler (%22,5) bölgesine uygulandığı saptanmışken, bizim çalışmamızda baş-boyun ve yüz bölgesine uygulanmıştır. Şiddetin daha çok elle yüze tokat veya yumruk atma şeklinde uygulandığını düşünürsek bu bölgelerin etkilenmesi beklenen bir sonuçtur.

Kesici-delici alet yaralanmalarında en çok bıçak, keskin cisimle yaralanmalarda ise daha çok cam kullanılması, bıçağın evde kolay ulaşılır olması ve dikkatsizlik nedeni ile küçük ev tipi kazalarında çok sık yaşanmasına bağlı olarak gerçekleşmektedir. Kesici-ezici alet yaralanmaları ise ev tipi salça yapımının Mersin ilinde yaygın olmasına bağlı olarak, en çok kıyma makinaları ile gerçekleşmektedir.

Serinken ve ark.'nın yaptıkları çalışmada olguların %25,8'inde kesici-delici tip yaralanma ve bu olgular içerisinde %7,7 aynı zamanda künt travmada mevcuttu. Kesici-delici tip yaralanması olan olguların %34'ünde bıçaklanma olayı olduğu saptandı. Bizim çalışmamızda %24,2'sinde KCY görülürken ayrıca darp edilen 2 olguda bıçak, 1 olguda ise cam kullanılmıştır.

Genç ve yaşlı (altmış beş yaş ve üzeri) hastalardaki olay türü karşılaştırıldığında, Pekdemir ve ark.'nın çalışmasında yaşlı hastalarda düşme (%70,6) en sık görülürken, genç hastalarda ise (%39,2) oranında görülmektedir⁷³. Düşme; genç ve yaşlı (altmış beş yaş ve üzeri) hastalardaki olay türü karşılaştırıldığında en sık saptanan travma türü olarak bulundu. Yaşlılardaki fizyolojik değişikliklere bağlı denge sistemindeki bozulmalar, beraberindeki hastalıklar, genç kesimin çalışma koşullarına bağlı geçirdiği kazalar neden olarak gösterilebilir.

Çalışmamızda düşme şekli olarak en sık aynı seviyeden ve kaza ile düşmeler görülmektedir. Bunun nedeni olarak kadınların ev içi temizlik işlerinde veya tarlalarda ve diğer işlerde çalışmalarına bağlı dikkatsizliğe bağlı olarak görülebilir. Düşme vakalarında daha çok üst ekstremitte kırıkları gözlenmiştir. Kişilerin düşerken kafa travmasına maruz kalmamak için kollarını bir kalkan gibi kullanmaları neden olmuş olabilir.

Yağmur ve ark.'nın Güney Doğu Anadolu Bölgesinde düşme ile ilgili yaptıkları çalışmada, en sık yaralanan bölge baş-boyundur⁹⁸. Bunun nedeni olarak bu bölgede yazları sıcak nedeniyle damlarda uyunması sonrasında yüksekte düşmelere bağlı görülebilir. Groningen Üniversitesi Hastanesi Acil Servis'ine 1990 ile 1997 yılları arasında düşme sebebiyle başvuran 19593 hastanın incelendiği çalışmada, yaralanmaların %30'u alt ekstremitte, %30'u üst ekstremitelerde görülmüştür. Kadınlar ve 50 yaş üstündeki kişilerde erkeklere göre daha fazla düşme gözlenmiştir⁹⁹.

Literatürdeki diğer çalışmalarda en çok poliklinik kontrol önerilmiştir⁸². Bizim çalışmamızda %76 olguda ayaktan tedavi uygulanmış, poliklinik kontrol önerilerek taburcu edilmiştir. Yaralanmaların çoğu basit tıbbi müdahale ile giderilebilir ölçüde olduğundan beklenen bir sonuçtur.

Ceylan ve ark.'nın yaptıkları çalışmada acil servise başvuran olguların diğer servislere yatış düzeyi %14,5, acil serviste ölenlerin oranı %0,8 olarak saptanmış, Pekdemir ve ark.'nın çalışmasında ise kadınların %32,1'inin servise yatışı gerekirken, toplam ölüm oranı %1,2, acil serviste ölenlerin oranı %0,4'tür, Bizim çalışmamızda olguların %19,2'sine yatış yapılırken, acil serviste ölenlerin oranı %0,8'tür. Yatış oranı diğer çalışmalara benzer iken, ölüm oranlarının literatürle aynı olduğu görülmektedir. Travmaların şekline, yaralanma yerlerine göre yatış ve ölüm oranları değişkenlik göstermektedir. Burada hastanın bir bütün olarak detaylı değerlendirilmesi, gerekli ve uygun tetkik tedavi yaklaşımlarında bulunulması önem arz etmektedir.

Acil serviste en fazla travma hastası değerlendiren iki bölüm mevcut olup, bunlar Ortopedi ve Travmatoloji ve Nöroşirürji klinikleridir. En çok yatış yapılan bölüm literatürdeki çalışmalarda Ortopedi ve Travmatoloji anabilim dalıdır^{80, 83}. Bizim çalışmamızda da en çok yatış Ortopedi ve Travmatoloji bölümüne yapılmıştır.

Köksal ve ark.'nın yaptığı beş yıllık bir çalışmada toplam başvuran travma olgusu içerisinde %1,3'ünü delici-kesici alet yaralanması oluşturmaktadır. Bunların %5,6'sı kadındır ve ortalama yaşları 30'dur. En fazla yaralanan lezyon bölgesi %35,2 karın bölgesidir.

Tümer ve ark.'nın yaptıkları çalışmada bıçak ile yaralanmalar genç nüfusta fazla görülmektedir⁷⁸. Bizim çalışmamızda acil servisimize başvuran olguların %4'ü kesici-delici alet yaralanması iken ortalama yaşları 35'dir. Bizim çalışmamızda da kadınlarda en çok bıçak, cam ve kıyma makinası ile yaralanma olduğu tespit edilmiştir. Büyük oranda kullanılan cismin bilinmemesi kişilerin olayı gizlemeyi tercih etmelerine ve aynı zamanda elde edilen kayıtlardaki veri eksikliğine bağlı olduğu düşünülmektedir. Kayıtlardaki eksiklikler çalışmamızın kısıtlılığıdır. Kesici-ezici alet yaralanmalarının ise %52,9 olguda kıyma makinası ile gerçekleşmiş olması yöremizin tarımsal açıdan verimli ve gelişmiş olması ve ev tipi salçaların akdeniz mutfağının olmazsa olmazları arasında olmasına bağlı salça çekme makinalarının dikkatsiz kullanımına bağlı olarak görülmektedir. Kesici delici aletler kanunda tarif edilen bazı özelliklere sahip olanlar dışında, her zaman kolaylıkla bulunup taşınabilen aletlerdir. Çok çeşitleri bulunan bu aletler yaralama veya öldürme olaylarında sıklıkla kullanılmaktadır.

Yörük ve ark.'nın yaptıkları kapsamlı bir araştırmada; yüksekten düşmeye bağlı pnömotoraks %22, hemotoraks %19,2, hemopnomotoraks %16,7 oranında saptanmıştır. Bizim çalışmamızda, pnömotoraks %1,6, hemotoraks %1,6 oranındadır. Bizim çalışmamızın sadece kadın olguları içermesinden dolayı literatürle uyumsuz bir şekilde düşük olarak bulunmuştur.

Ortalama yatış sürelerine baktığımızda, en uzun süre anestezi ve reanimasyon bölümünde olmasının nedeni, yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların genel durumlarının kötü olmasına bağlı olarak tedavilerinin uzun sürmesine bağlı olabileceği düşünülebilir. Kadın doğum bölümü ise genellikle gebe travma hastalarını takip amaçlı yatırmakta 24 saat gözlem sonrasında taburcu etmektedir.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda, 01.01.2009-31.12.2011 tarihleri arasında 36 aylık dönemde düşme ve mekanik yaralanma nedeniyle Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis bölümüne başvuran 475 kadın olgunun kayıtları incelenerek elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

Çalışmamız, düşme ve mekanik yaralanma nedeniyle acil servise başvuran kadınlarda, mevcut yaralanmaların tıbbi boyutlarını ortaya koymak ve ayrıca kadına yönelik şiddeti ve sonuçlarını göstermek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmamızda olguların bazı demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguları değerlendirilmiştir.

Düşme ve mekanik yaralanmalara maruz kalan olguların çoğunun genç yaş grubunda olduğu ve olguların sıklıkla yaz aylarında ve akşam saatlerinde acil servise başvurduğu saptanmıştır. En sık görülen olay niteliği düşmeydi. Mekanik yaralanmalar içinde birinci sıklıkta darp, ikinci sıklıkta kesici alet yaralanmaları gözlemlendi. ASY nedeniyle getirilen olgu sayısının oldukça az olduğu gözlemlendi. Yaralanmalarda en çok etkilenen anatomik bölge baş-boyun ve yüz bölgesiydi.

Hastaların çoğunda en az bir tetkik istendiği ve direk grafinin en çok istenilen tetkik olduğu saptandı. Genel olarak gebelik testi isteme oranımız düşük olmasına rağmen, düşme ve darp nedeniyle acil servise getirilen olgularda gebelik testi isteme oranımızın daha yüksek olduğu saptandı. Gebelik testi pozitif olgularda en sık görülen olay niteliği düşme iken darp oranının da yüksek olduğu gözlenmiştir.

Verilerine ulaşılamayan olgular çıkarıldığında düşme şeklinin en çok aynı seviyeden düşme ve düşme nedenininse en çok kazayla olduğu saptanmıştır. Keskin cisimle yaralanmaların en sık cam ve bıçakla olduğu saptandı. Konsültasyon isteme oranımız yüksekti. Ortopedi ve travmatoloji ile beyin cerrahi bölümleri en sık konsültasyon istenen anabilim dallarıydı. En çok cerrahi gereklilik keskin cisimle yaralanmalarda saptandı. Adli açıdan değerlendirmede önemli olan kırığın hayati fonksiyonlara etkisi sıklıkla ağır olarak saptandı.

Darp edilenlerin 35 yaş altında olması genç yaş grubundaki kadınlarda şiddet oranın daha yüksek olduğunu göstermektedir. Şiddeti uygulayanın en çok eşler olduğu, kadınlar tarafından çok büyük bir kısmının da kimliğinin gizlendiği saptandı. Darp olgularının muayenelerinde en sık travmaya maruz kalan vücut bölgelerinin baş-boyun ve yüz bölgesi olduğu tespit edilmiştir.

Olguların çoğundaki yaralanmaların yumuşak doku travması olduğu, basit tıbbi müdahale ile tedavi edildiği, hayati tehlikeye maruz bırakmadığı ve cerrahi müdahale gerektirmediği, çoğunun taburcu edildiği, yatış ve ölüm oranının düşük olduğu ve ölen olguların da düşme nedeniyle acil servise getirildiği saptandı.

Bu konuda ileriye yönelik yapılacak daha kapsamlı çalışmaların konunun daha iyi anlaşılmasını sağlayacağı, koruyucu önlemlerin alınmasında ve şiddet oranının azaltılmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Akman H, Doruk N. Çukurova Üniversitesi Anesteziyoloji A.D. Travma Available at: Accesced 05.09.2005
2. Regel G, Lobbenhoffer P, Grotz M et al. Treatment result of patients with multiple traumas: an analaysis of 3406 cases treated between 1972 and 1991 at a German Level I Trauma Center. J Trauma 1995; 38: 70-78
3. Yağmur Y, Kiraz M, Kara IH. Looking at trauma and deaths: Diyarbakır city in Turkey. İnjury. 1999; 30: 111-114
4. Hoyt DB, Potenza BM, Cryer HG, Larmon B, Davis JW, Chesnut RM et al. Trauma. In: Greenfield LJ, Mullholland MW, Oldham KT, Zelenock GB, Lilimoe KD (eds). Surgery scientific principles and practise. 2nd.edn. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.pp. 267–421.
5. Feliciano DV. Patterns of injury. In: Feliciano DV, Moore E, Mattox KL (eds). Trauma. Stamford: Connecticut; 1996. pp. 85-105.
6. Culliford AT. Penetrating cardiac injuries. In: Hood RM, Boyd AD, Culliford AT (eds). Thoracic Trauma. Philadelphia: WB Saunders Company; 1989. pp. 178–210.
7. Vahip I, Doğanavşargil Ö. (2006). Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız, Adli Psikiyatri Dergisi, 17(2), 107-114.
8. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet. Ankara: Aile Araştırma Kurumu Yayınları; 1997.
9. Ergöner AT, Özdemir MH, Salaçin S. The Role of Emergency Departments in Recognition of Domestic Violence Against The Womens: A Case Report. Tr J Emerg Med. 2002; 2(2):
10. Erbek E, Eradamlar N, Beştepe E, Akar H, Alpkan L. Kadına yönelik fiziksel ve cinsel şiddet; üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2004;17(4):196-204.

11. Subaşı N, Akın A. Kadına yönelik şiddet; nedenleri ve sonuçları. Akın A (Editör). Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. s.231-47.
12. WHO Department of gender, women and health, family and community health. Addressing violence against women and achieving the millennium goals. Geneva: World Health Organization; 2005.
13. Taviloğlu K. Travmaya Genel Yaklaşım. In: Kalaycı G, Acarlı K, Demirkol K, Ertekin C, Mercan S, Özmen V, Sökücü N. Genel Cerrahi. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd; 2002. s. 297–312.
14. Hoyt DB, Potenza BM, Cryer HG, Larmon B, Davis JW, Chesnut RM et al. Trauma. In: Greenfield LJ, Mullholland MW, Oldham KT, Zelenock GB, Lilimoe KD(eds). Surgery scientific principle sandpractise. 2nd.edn. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.pp. 267–421.
15. Burch JM, Franciosa RJ, Moore EE. Trauma. In: Schwartz SI (ed). Principles of surgery. 7t.h.edn. Singapore: McGraw-Hilledn; 1999. pp.155-222.
16. . Kraus JF, Peek C, McArthur DL, Williams A. Theeffects of the 1992California motorcyclehelmetuselaw on motorcycle crash fatalitiesand injuries. JAMA.1994; 272: 1506–11.
17. Gürpınar SS, Gündüz M, Özorun YL. Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı Otopsilerinin Retrospektif Değerlendirilmesi 7. Ulusal Adli Tıp Günleri, Antalya, Poster Sunuları Kitabı. 1993; 143–6.
18. Gök Ş. Adli Tıp, 6. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul 1991, ss 197-23
19. Çoltu A.D. Adli otopsisı yapılmış 141 ateşli silah yaralanmasına bağlı ölüm olgusunun retrospektif incelenmesi, Adli Tıp Dergisi 1992; 9: 49-51
20. Polat O. Çocuk ve Şiddet. Der Yayınları, İstanbul, 2001:1-31.
21. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

22. Wang S, An L, Cochran SD. Women's health. Detels R, McEven J, Beaglehole R, Taraka H (Eds). Oxford textbook of public health. London: Oxford University Pres; 2002. p.90-2.
23. Meit SS, Fitzpatrick KM, Selby JB. Domestic violence: intimate partner violence. Rakel RE (Ed). Textbook of family medicine 7 thed. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2007. p.47-67.
24. Horvath T. Violence screening and primary care. In: Singlet on JK, Sandowski SA, Hernandez C, Horvath TV, Digregorio RV , Holzemer SP (Eds). Primary Care 1sted. New York: Lipincott Williams & Wilkins Publishers; 1999. p.45-9.
25. Kaya Halat ve İş Emniyet Ekipmanları San. Ve Tic. AŞ. Yüksekte çalışma ve düşme, yüksekten düşmeye karşı önlemler, düşme durdurma sistemleri. Nisan 2005.
26. Taviloğlu K. Aydın A. Çuhalı BD. Demiralp T. Güloğlu R. Ertekin C. Olgularımızın birinci derece travma merkezine sevk edilme kriterlerine uygunluğunun değerlendirilmesi. Ulusal Travma Dergisi 2001;7(3):146-150.
27. Arslanalp M., Kaya K., Kaya Ö.; Yüksekte Çalışma Ve Düşme; Nisan 2005: (1-6)
28. Arıboğan A. ve Birbiçer H.; Ç.Ü.T.F. Anesteziyoloji Anabilim Dalı Reanimasyon Ders Notları .
29. Campbell J.E., BTLIS; Basic Prehospital Trauma Care; Prentice-Hall Inc., 1988, 23-42.
30. Polat O, İnanıcı M.A, Aksoy M.E. (1997) Adli Tıp Ders Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 98, 220.
31. Emergency Medical Technician: Basic Refresher Curriculum, 2006. pp. 57-60.
32. Adli Tıp Uzmanları Derneği (1999) Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara, s. 83 - 85.

33. Soysal Z, Çakalır C. (1999) Adli Tıp, 1.baskı, I. Cilt, III. Cilt, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, s. 475, 1573 -1578.
34. Aykaç, M. (1993) Adli Tıp, 2.baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.4.
35. Yavuz MF, Baştürk P, Yavuz MS, Yorulmaz C. (2002) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi, Adli Bilimler Dergisi, 1(2): 21-26.
36. Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME: Adli Tıp Ders Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul(1997) s: 102-105, 108-110, 114, 144, 175-182, 193-199, 340-360.
37. Adli Tıp Uzmanları Derneği (1999) Birinci Basamak İçin Adli El Kitabı, 1. Baskı, s:15,80-94,119-121,131-136,157, Polat Matbaası, Ankara.
38. Adli Tıp Uzmanları Derneği, Adli Tıp Ders Notları,1998,s:58-67.
39. Koç S. Atipik Ateşli Silah Yaraları, II. Adli Bilimler Sempozyumu: Balistik, İzmir, s: 28-29.(1997)
40. Yılmaz A. Ateşli Silahlarla Oluşan Yaralarda Giriş-Çıkış Deliklerinin Özellikleri ve Atış Mesafesinin Saptanması, II. Adli Bilimler Sempozyumu: Balistik, İzmir, s: 20-27.(1997).
41. Albek E, Yorulmaz C, Özaslan A, Koç S, Aşir G, Çetin G. (1995) İntihar Orijini Açısından Ateşli Silah Yaralanmalarına Bağlı Ölümler, 8. Ulusal Adli Tıp Günleri, 16-20 Ekim Antalya, Poster Sunuları, s: 208-281, Dilek Ofset, Antalya.
42. Polat O, Adli Tıp Ders Kitabı, Der Yayınları, İstanbul, 2001, s.71, 114, 139, 152-153,260, 270, 288, 294-295, 300-303, 309-310, 443-444, 473.
43. Sarıkardaşoğlu İ.(1990) Adli Tıpta Ana Konular ve Örneklerle Rapor Yazma Tekniği, s;35-36, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 369, Eskişehir.
44. Buckman RF, Buckman PD: The Surgical Clinics Of North America, Philadelphia, 1991, 71: 331-344.
45. Gök Ş, Kulusayın Ö, Özkartal E, Sosyal Z:Yüksekten Düşme ve Elektrik Çarpması Şeklinde Ortaya Çıkan İş Kazalarındaki Ölümelerde Adli Tıpla İlgili Sorunların, Otopsi Bulgularının İncelenmesi ve Bu Tür İş Kazalarının Sosyal Etkilerinin Analizi, 1.Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi, İstanbul, 1978'de, 387-399.

46. Polat O. Ev Kazaları. Sendrom Derg., 10: 39-40, 1991.
47. Öztürk H, Sevil Ü. Gebelikte Şiddet. Sivil Toplum Dergisi 15,1. 2005
48. Polat O. Cinsiyete Dayalı Şiddet Olgularına Sağlık Personelinin Yaklaşımı. İstanbul. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. 2005
49. Polat O.(2004). Klinik Adli Tıp, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
50. Hilal A, Çekin N. Şiddet. Erişim Tarihi:04.01.2008.
<Hilal A, Çekin N. Şiddet:http://lokman.cu.edu.tr/AdliTip/index_files/page1814.htm,
51. Polat O.(2000). Adli Tıp, 1. Basım, Der Yayınevi, İstanbul.
52. Wang S, An L, Cochran SD. Women's Health. Detels R, McEven J, Beaglehole R, Taraka H (Eds). Oxford Textbook of Public Health. London: Oxford University Pres; 2002. p.90-2.
53. Meit SS, Fitzpatrick KM, Selby JB. Domestic Violence: İntimate Partner Violence. Rakel RE (Ed). Textbook of Family Medicine 7thed. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2007. p.47-67.
54. Bilgel N, Orhan H. Aile içi şiddet. Bilgel N (Editör). Aile hekimliği. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi; 2006. s.643-55.
55. Subaşı N, Akın A. Kadına yönelik şiddet; nedenleri ve sonuçları. Akın A (Editör). Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. s. 231-47.
56. Aşıröz M. (2006) Acil servislere başvuran çocuk ve kadın istismarı olgularına hekimlerin yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J. Surg MedSci 2 (50):39-48
57. Kadına Yönelik Şiddet Sayacı-İstatistik Bilgiler. Erişim tarihi: 23.12.2007.
<2000 yılında yayınlanan taramalar, Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik, WWHR Yayınları: İstanbul, 2000)(<http://www.amnesty.org.tr/yeni/index>).
58. (<http://www.egm.gov.tr>, Erişim tarihi: 28.12.2007).
59. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. (2004) Çocuk İstismarı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,47:(2), 140-151.

60. Milli Eğitim Bakanlığı Sivil Savunma Genel Sekreterliği, 'Okulda Şiddet Semineri' Erzurum,2007. Erişim Tarihi: 04.01.2008
<<http://www.egitim.aku.edu.tr/metod01.htm>, <http://zonguldak.meb.gov.tr/geçici/sivsavsiddet.pps>
61. Yıldız T, (2003) Acil Hemşirelerinin Şiddete Uğramış Kadınları Tanılamada Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
62. Yavuz FM. (1996). Cinsel Saldırı Olgularının Değerlendirilmesin de Yeni Bir Yaklaşım. Adli Tıp Dergisi, 12: 155-160
63. Tck 280. Türk Ceza Kanunu, Kanun No: 5237: <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> (son erişim tarihi 05/12/2011)
64. Polat O. Cinsiyete Dayalı Şiddet Olgularına Sağlık Personelinin Yaklaşımı. İstanbul. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. 2005
65. Little M, Shah R, Vermeulen MJ, Gorman A, Dzendoletas D, Ray J.G: Adverse Prenatal Outcomes Associated With Homelessness and Substance Use İn Pregnancy. CMAJ. 173(6). 2005
66. Harriet L, Mac Millan MD, Physical Abuse During Pregnancy: A Significant Threatto Maternal and Child Health. JAMC 6;160(7),1022-1023, 1999
67. Camphell J.C.:Abuse During Pregnancy: A Quintessential Threatto Maternal and Child Health – So When Do We Start to Act? , JAMC, 164 (11),1578-1579. 2001
68. Woo J, Fine P, Goetzl L Abortion Disclosure and the Association With Domestic Violence. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vol 105; 6, 1329-1334. 2005
69. Hillard PJ. Physical abuse in pregnancy. ObstetGynecol; 66,185. 1985

70. Öztürk Y. Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları. Erişim Tarihi: 18.04.2007.
http://tip.erciyes.edu.tr/Ders_Notlari/Dahili_Tip/Halk_Sagligi/Yusuf_Ozturk/KadınaYönelik_Şiddet.doc
71. Yeni Türk Ceza Kanununda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi ve Adli Rapor Tanzimi İçin Rehber. 2005
72. Pekdemir M, Cete Y, Eray O, Atilla R, Çevik AA, Topuzoglu A. Determination of the epidemiological characteristics of the trauma patients. *Ulusal Travma Dergisi* 2000, 6: 250-254.
73. Gül M. Epidemiologic al analysis of trauma cases applying to emergency department, *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003, 19: 33-36.
74. Akoglu H, Denizbaşı A, Ünlüer E, Güneysel Ö, Onur Ö. Marmara Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Travma Hastalarının Demografik Özellikleri. *Marmara Medical Journal* 2005; 18(3);113-122
75. Ceylan S, Açıkel CH, Dünderöz R, Yaşar M, Güleç M, Özışık T. Determining the prevalence and trauma features of the patients which applied to the emergency service of a training hospital because of trauma. *Türkiye Klinik Tıp Bilimleri* 2002, 22: 156-161
76. Türkçüer İ, Gözlükaya A, Serinken M, Özen M, Aydın B. Adli Olguların Acil Servise Başvuru Zamanları. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2010;2:89-92
77. Tümer A.R, Kocer B, Han S, Dural K. A. Retrospective Evaluation of Patients Injured with Incisive and Perforating Instruments Applying to Ankara. *Sted Dergisi* 15 (7): 130-133, 2006
78. Turla A, Aydın B, Sataloğlu N. Acil serviste düzenlenen adli raporlardaki hata ve eksiklikler. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Derg*, 2009;15: 180-4.
79. Salman C, Tezeren G, Öztemur Z, Bulut O. The Assessment of Multiple Trauma Patients in Emergency Unit. *C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi* 28 (3): 84-88, 2006

80. Muslu L, Erdem M. Eşi tarafından fiziksel şiddet gören ve görmeyen kadınların benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* 2002; 4: 31-38.
81. Türkmen N, Fedakar R, Çetin V, Durak D. Kesici-Delici Alet Yaralanmalarına Bağlı Ölüm Olgularında Alkolün Rolü. *Adli Tıp Bülteni*, 2002;7(2):45-50.
82. Çırak B, Güven M.B, Işık S, Kıymaz N, Demir Ö. An Epidemologic Study An Patients Admitted To Emergency Service. *Turkish Journal Of Trauma&Emergency Surgery* 5 (3): 157-159
83. Burt CW, Fingerhut LA. Injury Visits to Hospital Emergency Departments: United States, 1992-95. *Vital Health Stat* 13 1998 Jan; (131):1-76
84. Çekin N, Akçan R, Hilal A, Karanfil R. 1999-2003 Yılları Arasında, Adana'da Otopsi Yapılan Kesici Delici Alet Yaralanmalarının Retrospektif Olarak İncelenmesi. VI. Adli Bilimler Kongresi, İstanbul, 2004.
85. Rogde S, Hougen HP, Poulsen K. Homicide by Sharp Force in Two Scandinavian Capitals. *Forensic Sci Int* 2000 Mar 27;109(2):135-45.
86. Güven F M K, Bütün C, Beyaztaş F Y, Eren Ş H, Korkmaz İ. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2009; 10(3): 23-28
87. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
88. Grisso JA, Schwarz DF, Hirschinger N, Sammel M, Brensinger C, Santanna J, et al. Violent injuries among women in an urban area. *N Engl J Med* 1999;341:1899-905.
89. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları. Ankara: Aile Araştırma Kurumu Yayınları; 1995.
90. Altınay A, Arat Y. Kadına Yönelik Şiddet. [serial online]. 2007.
<http://www.kadinmagazin.com/yasam/Turkiyede-Kadina-Yonelik-siddet-Raporu/1035/>

91. Wolf RS, Li D. Factors affecting the rate of elder abuse reporting to a state protective services program. *Gerontologist* 1999;39: 222-8.
92. Altınay A. ve Arat Y. (2007). Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. TÜBİTAK tarafından desteklenen projenin raporu.
93. Subaşı N, Akın A. Kadına yönelik şiddet; nedenleri ve sonuçları. Akın A (Editör). Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. s. 231-47.
94. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization; 2002.
95. Hıdıroğlu S, Topuzoğlu A, Ay P ve ark. Kadın ve Çocuklara Karşı Fiziksel Şiddeti Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Yeni Sempozyum Dergisi* 2006; 44: 4.
96. Güler N, Tel H, Tuncay FÖ. Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;27: 51-6.
97. Ayrancı Ü, Günay Y, Ünlüoğlu İ. Hamilelikte Aile İçi Eş Şiddeti: Birinci Basamak Sağlık Kurumuna Başvuran Kadınlar Arasında Bir Araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3: 75-87.
98. Yağmur Y, Güloğlu C, Aldemir M, Orak M. Falls from flat-roofed houses: a surgical experience of 1643 patients. *Injury*. 2004, 35(4):425-8.
99. Kingma J, Ten Duis HJ. Severity of injuries due to accidental fall across the life span: a retrospective hospital-based study. *Percept Mot Skills*. 2000, 90(1):62-72.

8. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TÜBİTAK	:Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
KYT	:Kadına Yönelik Travma
KT	:Kadın Travma
USG	:Ultrasonografi
BT	:Bilgisayarlı Tomografi
MRG	:Magnetik Rezonans Görüntüleme
KYŞ	:Kadına Yönelik Şiddet
ASY	:Ateşli Silah Yaralanması
DİE	:Devlet İstatistik Enstitüsü
CYHB	:Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
KCY	:Keskin Cisimle Yaralanma
KDAY	:Kesici-Delici Alet Yaralanması
KAY	:Kesici Alet Yaralanması
DAY	:Delici Alet Yaralanması
KEAY	:Kesici-Ezici Alet Yaralanması
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
SAK	:Subaraknoid Kanama

7. TABLOLAR DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 1. Fiziksel travmanın oluş mekanizmalarına göre sınıflandırılması	15
Tablo 2. Olay niteliğinin dağılımı ve yaş ortalamaları	34
Tablo 3. Tetkiklerin dağılımı	38
Tablo 4. Olay niteliklerinde son tanılara göre travma tipleri	40
Tablo 5. Konsültasyon istenen klinikler	41
Tablo 6. Olay niteliğine göre konsültasyonların dağılımı	42
Tablo 7. Darp edenin kimliği	43
Tablo 8. Olay niteliğine göre kullanılan aletin tipi	44
Tablo 9. Düşme nedeninin dağılımı	46
Tablo 10. Olay niteliğine göre yüz travma tipleri	47
Tablo 11. Olay niteliklerine göre basit tıbbi müdahalenin dağılımları	50
Tablo 12. Olay niteliğine göre- cerrahi gerekliliğin dağılımı	51
Tablo 13. Olay niteliklerine göre hayati tehlikenin dağılımı	52
Tablo 14. Düşme şeklinin hayati tehlikeye göre dağılımı	54
Tablo 15. Olguların yatış yapılan kliniklere göre dağılımı	55
Tablo 16. Kliniklere göre ortalama yatış süreleri	55
Tablo 17. Olguların sonuçlara göre dağılımı	56

9. GRAFİKLER DİZİNİ

Grafikler	Sayfa No
Grafik 1. Olguların aylara göre dağılımı	35
Grafik 2. Olguların mevsimlere göre dağılımı	36
Grafik 3. Olguların başvuru saatlerine göre dağılımı	37
Grafik 4. Gebelik testi çalışılan olguların sonuçları	39
Grafik 5. Düşmenin oluş şekli	45
Grafik 6. Hayati tehlikenin olay niteliğine göre dağılımı	53

**DÜŞME VE MEKANİK YARALANMALAR NEDENİYLE ACİL
SERVİSE BAŞVURAN KADIN OLGULARIN GERİYE YÖNELİK
ARAŞTIRMA FORMU**

Hasta Adı-Soyadı: Protokol no: Yaş: Tarih ve Saat:	Olay Niteliği <input type="checkbox"/> Kesici-delici alet yaralanması <input type="checkbox"/> Kesici alet yaralanmaları <input type="checkbox"/> Delici alet yaralanmaları <input type="checkbox"/> Kesici Ezici alet yaralanmaları <input type="checkbox"/> Darp <input type="checkbox"/> Ateşli Silah yaralanması <input type="checkbox"/> Düşme	
Tanımlanan Lezyon Bölgesi <input type="checkbox"/> Baş-boyun <input type="checkbox"/> Yüz <input type="checkbox"/> Göğüs <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Pelvik <input type="checkbox"/> Üst ekstremité <input type="checkbox"/> Alt ekstremité	Yapılan Tetkikler <input type="checkbox"/> Laboratuvar (CBC, biyokimya) <input type="checkbox"/> Etanol <input type="checkbox"/> Direk grafi <input type="checkbox"/> Bhcg <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> Tomografi <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Diğer....	
İstenen Konsültasyonlar: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cerrahi Girişim Gerekliliği: <input type="checkbox"/> var <input type="checkbox"/> yok	
ADLI DEĞERLENDİRME		
Hayati Tehlike: <input type="checkbox"/> var <input type="checkbox"/> yok	Basit Tıbbi Müdahale: <input type="checkbox"/> var <input type="checkbox"/> yok	Kırığın Hayat Fonksiyonlarına Etkisi: <input type="checkbox"/> Hafif (1) <input type="checkbox"/> Orta (2-3) <input type="checkbox"/> Ağır (4-5-6)
Sonuç: <input type="checkbox"/> Ölüm <input type="checkbox"/> Yatış(yattığı bölüm ve yatış süresi)..... <input type="checkbox"/> Taburcu <input type="checkbox"/> Sevk(sevk olduğu kurumu belirtiniz).....	Düşme Şekli: <input type="checkbox"/> yüksekte düşme <input type="checkbox"/> merdivenden düşme <input type="checkbox"/> aynı seviyeden düşme <input type="checkbox"/> diğer	Düşme Nedeni: <input type="checkbox"/> kazayla <input type="checkbox"/> suidid <input type="checkbox"/> nöbet geçirerek <input type="checkbox"/> diğer
Kullanılan Aletin Niteliği: <input type="checkbox"/>	Darp Edenin Kimliği <input type="checkbox"/> Eşi <input type="checkbox"/> Akraba <input type="checkbox"/> Oğlu <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Kızı	

Son Tanılar:

- Kafa travması
- Kafatası kırıkları
- İntraserebral hemoraji
- SAK
- Subdural hematom
- Epidural hematom
- Yüz travması
- Naso-orbito-etmoidal fraktür
- Mandibula fraktürü
- Diğer maksillofasial yaralanmalar
- Göğüs travması
- Hemotoraks
- Pnömotoraks
- Akciğer kontüzyonu
- Diğer parankim yaralanmaları
- Kalp ve büyük damar yaralanması
- Karın travması
- İntraperitoneal yaralanma
- Retroperitoneal yaralanma
- Kot-skapula-sternal-klavikula kırıkları
- Servikal-torakolomber omurga yaralanması
- Pelvik travma
- Pelvis kırıkları
- İntrapelvik yaralanma
- Ekstremitte travması
- Üst ekstremitte kırık ve çıkıkları
- Alt ekstremitte kırık ve çıkıkları
- Ekstremitte tendon-sinir-damar yaralanması
- Cilt cilt altı kas kesisi
- Yumuşak doku travması