



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**DÜŞME NEDENİYLE ACİLE BAŞVURAN 0-3 YAŞ GRUBU
ÇOCUKLARDA FİZİKSEL İSTİSMARIN İNCELENMESİ**

**DR. BAHADIR ÖZEN
UZMANLIK TEZİ**

**YRD. DOÇ. DR. CELAL BÜTÜN
TEZ DANIŞMANI**

**SİVAS
2013**

ONAY SAYFASI

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Adli Tıp Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Üye Prof. Dr. Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ

Üye Prof. Dr. Nesim KUĞU

Üye Yrd. Doç. Dr. Celal BÜTÜN

Bu tez,tarih vesayılı yönetim kurulu kararı ile belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Okay BULUT

Tıp Fakültesi Dekan Vekili

TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince eğitimime büyük katkı sağlayan, tez aşamasında engin bilgisini, tecrübelerini ve yardımını benden esirgemeyen çok kıymetli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Celal BÜTÜN ve Prof. Dr. Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ'a,

Asistanlık eğitimim sırasında rotasyonlarda bulunduğum bölümlerde bilgi ve emeğini benden esirgemeyen değerli hocalarıma,

Tezimin istatistiksel analizinde bana yardımcı olan Yrd. Doç. Dr Ziyet ÇINAR'a,

Aynı dönemde asistanlık yaptığım ve birlikte çalıştığım dostluklarını ve yardımlarını benden esirgemeyen sevgili asistan ve mesai arkadaşlarıma,

Bana eğitimim süresince ve tez aşamamda her konuda destek olan, huzurlu bir aile ortamı sunan eşime, desteklerini esirgemeyen sevgili annem ve babama,

Çok teşekkür ederim...

ÖZET

İnsanlık tarihi kadar eski olduğu bildirilen çocuk istismarı ve ihmali ancak son birkaç yüzyıl içinde toplumun dikkatini çekmiştir. Çocuk istismarı ve ihmali çocuğun büyüme ve gelişimini olumsuz yönde etkileyen her türlü davranış olarak tanımlanmıştır. İstimara maruz kalan çocukların acil servislere daha çok düşme ve ev kazaları nedeniyle getirildikleri görülmüştür.

Bu çalışmada düşme nedeniyle hastanemize başvuran olgularda çocuk istismarı ve ihmalinin araştırılması amaçlanmıştır. Geriye dönük olarak gerçekleştirilen bu çalışmada 01.01.2009 ile 01.06.2011 tarihleri arasında hastanemize düşme nedeniyle başvuran 324 olgunun hastane dosyaları ile acil hekimleri tarafından şüpheli olarak değerlendirilip adli yapılan 84 olgunun adli dosyaları incelenmiştir.

Bu çalışmada 324 olgunun % 42,0'si 0-1 yaş, % 32,4'ü 1-2 yaş ve % 25,6'sı 2-3 yaş grubunda bulundu. Olgularda 1-2 ve 2-3 yaşta daha fazla travmatik bulgu saptandı. Erkek/kız oranı 1,15 bulundu. Kız ve erkek cinsiyet arasında hastaneye başvuru nedeni, başvuru dönemi, düşme mesafesi yönünden anlamlı farklılık tespit edilmedi. Olguların daha çok yaz mevsiminde, gün içinde 12:00-18:00 ve 18:00-00:00 saatleri arasında, olaydan sonra 1-3 saat içerisinde, kanepes-yataktan düşme ve yüksekten düşme nedenleriyle, 100-150 cm ve 50-100 cm düşme mesafeleri belirtilerek başvurdukları görüldü. Kırık saptanan olguların % 23,2'sinin kanepes-yataktan düşme, % 21,4'ünün yürürken düştükleri belirtildi. Olguların % 24,7'sinin şüpheli görülerek adli yapıldığı görüldü. Adli dosyası incelenen olguların % 70,2'sinde baba, % 13,1'inde anne müşteki iken, % 71,4'ünde anne, % 7,1'inde baba şüpheli olduğu bulundu.

Sonuç olarak; ailelerin çocukları için gerekli önlemleri almaması, dikkatsizlik ve özensizlik nedeniyle çocukların yaralanmasına neden olması çocuk istismarı tiplerinden biri olan ihmal olarak değerlendirilmelidir. Yapılacak eğitimler ve alınacak önlemler ile yaralanmalarda önemli oranda azalma olacağı düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı, ihmal, ev kazası, düşme, adli tıp.

ABSTRACT

Child abuse and neglect, which is known to be as early as human history, has drawn society's attention only for the last few centuries. Child abuse and neglect is defined as any kind of behaviour that impacts child growth and development adversely. It is seen that children who are exposed to abuse, are mostly brought to the emergency services because of the tumbling and home accidents.

In this study, it is aimed to research the child abuse and neglect on the cases who have consulted to our hospital by the reason of tumbling. In this retrospectively implemented study, the hospital files of the 324 cases that were consulted to the our hospital by the reason of tumbling between the dates 01.01.2009 to 01.06.2011 and the forensic files of the 84 cases that were regarded as questionable by the emergency doctors and investigated by the forensic medicine, was examined.

In this study, it was found that from the 324 cases 42,0 % was 0-1 age group, 32,4 % was 1-2 age group and 25,6 % was 2-3 age group. In those cases it was determined that there was more traumatic finding between the ages 1-2 and 2-3. The boy/girl ratio was found 1,15. Between the boy and girl gender it wasn't determined a meaningful difference in terms of the reasons of the hospital consultation, consultation period and tumbling distance. It was seen that the cases consulted to the hospital mostly in summer, during the daytime between the hours 12.00-18.00 and 18.00-00.00 and 1-3 hours after the incident by the reason of the couch- bed tumbling and tumbling from a high place noting the tumbling distances as 100-150 cm and 50-100 cm. It was stated that from the break detected cases, 23,2 % was couch-bed tumbling and 21,4 % of them fell down while walking. 24,7 % of the cases was seen as questionable and investigated by the forensic medicine. It was found from the cases whose forensic files were examined that while on the 70,2 % father and 71,4 % mother was complainant, 71,4 % mother and 7,1 % father was suspect.

In conclusion; it should be regarded as neglect, a type of child abuse, children's suffering from injury because of their parents' not taking necessary precautions, inattention and laxity. It is thought that there will be an important decrease in the ratio of injuries with the practise of parent training and taking necessary precautions.

Key Words : Child abuse, neglect, home accident, tumbling, forensic medicine.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	vii
ŞEKİLLER.....	viii
TABLolar.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Çocuk İstismarının Tarihçesi.....	2
2.2. Çocuk İstismarının Epidemiyolojisi	3
2.3. Çocuk İstismarı Açısından Risk Faktörleri	3
2.3.1.Çocuğa Ait Risk Faktörleri.....	4
2.3.2. Ebeveyn İle İlişkili Risk Faktörleri.....	4
2.3.3. Toplum İle İlişkili Risk Faktörleri.....	4
2.4. Çocuk İstismarının Sınıflandırılması	4
2.4.1. Çocuğun Fiziksel İstismarı.....	4
2.4.2. Çocuğun Cinsel İstismarı.....	10
2.4.3. Çocuğun Duygusal İstismarı.....	11
2.4.4. Çocuk İhmali.....	11
2.5. Çocuk İstismarında Görüntüleme Yöntemleri.....	12
2.6. Çocuklarda Ev İçi Kazalar	13
2.7. Çocuk İstismarında Yasal Süreç.....	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	17
4. BULGULAR.....	19
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	62
KAYNAKLAR.....	65
ÖZGEÇMİŞ.....	72

SİMGELER VE KISALTMALAR

- AP** : Anterior Posterior
BT : Bilgisayarlı Tomografi
BTM : Basit Tıbbi Müdahale
BSC : Beyin ve Sinir Cerrahisi
CMY : Ceza Muhakemeleri Yasası
FM : Fizik Muayene
KBB : Kulak Burun Boğaz
MG : Manyetik Rezonans
ORT : Ortopedi
USG : Ultrasonografi
TCY : Türk Ceza Yasası
YT : Yaşamsal Tehlike

ŞEKİLLER

Şekil 1: Yaş dağılımı.....	19
Şekil 2: Yaş gruplarının hastaneye başvuru nedenine göre dağılımı.....	21
Şekil 3: Cinsiyet dağılımı.....	23
Şekil 4: Cinsiyetin hastaneye başvuru nedenine göre dağılımı.....	24
Şekil 5: Başvuru döneminin dağılımı.....	25
Şekil 6: Başvuru döneminin hastaneye başvuru nedenine dağılımı.....	26
Şekil 7: Başvuru saatinin dağılımı.....	27
Şekil 8: Hastaneye başvuru saatinin hastaneye başvuru nedenine göre dağılımı	29
Şekil 9: Başvuruda geçen süre dağılımı.....	30
Şekil 10: Hastane başvuru nedenine göre dağılımı.....	32
Şekil 11: Acil ön tanısının dağılımı	33
Şekil 12: Yapılan tetkiklerin dağılımı.....	35
Şekil 13: Acil fizik muayene bulgularının dağılımı.....	36
Şekil 14: Konsültasyon istenen bölümlerin dağılımı.....	38
Şekil 15: Uygulanan tedavi biçimi dağılımı	38
Şekil 16: Tedavi gördüğü servis dağılımı.....	39
Şekil 17: Düşme mesafesinin dağılımı.....	39
Şekil 18: Adli tıp açısından yaralanma durumunun dağılımı.....	40
Şekil 19: Kırık durumunun dağılımı	41
Şekil 20: Kırıgın hayat fonksiyonlarına etkisi.....	42
Şekil 21: Hastaneden ayrılışa göre dağılım.....	42
Şekil 22: Hastaneye kontrol başvuru durumu.....	43
Şekil 23: Benzer düşme nedeniyle başka başvuru dağılımı	43
Şekil 24: Adli olgu yapılma durumuna göre dağılımı.....	44
Şekil 25: Adli olgularda cinsiyet dağılımı.....	45
Şekil 26: Adli olgularda başvuru dönemine göre dağılımı.....	45
Şekil 27: Adli olgularda olay yerine göre dağılımı	47
Şekil 28: Adli olgularda olay mekanına göre dağılımı	47
Şekil 29: Adli olgularda olay türüne göre dağılımı	48
Şekil 30: Adli olgularda olay müşteki dağılımı	50
Şekil 31: Adli olgularda olay şüpheli dağılımı	50

TABLULAR

Tablo 1: Yaşın başvuruda geçen süreye göre dağılımı.....	20
Tablo 2: Yaşın acil fizik muayene bulgularına göre dağılımı.....	21
Tablo 3: Yaşın tahmini düşme mesafesine göre dağılımı.....	22
Tablo 4: Cinsiyetin mevsimlere göre dağılımı.....	23
Tablo 5: Cinsiyetin acil fizik muayene bulgularına göre dağılımı.....	24
Tablo 6: Cinsiyetin tahmini düşme mesafesine göre dağılımı.....	25
Tablo 7: Hastaneye başvuru saatinin başvuruda geçen süreye göre dağılımı.....	28
Tablo 8: Hastaneye başvuru saatinin adli tıp açısından yaralanma düzeyine göre dağılımı.....	29
Tablo 9: Başvuruda geçen sürenin tahmini düşme mesafesine göre dağılımı.....	31
Tablo 10: Acil ön tanısının acil fizik muayene bulgularına göre dağılımı.....	33
Tablo 11: Acil ön tanısının adli tıp açısından yaralanma düzeyine göre dağılımı	34
Tablo 12: Acil ön tanısının kırık açısından değerlendirilmesine göre dağılımı.....	35
Tablo 13: Acil fizik muayene bulgularının tedavi gördüğü servise göre dağılımı...	36
Tablo 14: Acil fizik muayene bulgularının tedavi tahmini düşme mesafesine göre dağılımı	37
Tablo 15: Adli olguların başvuru dönemine göre dağılımı.....	46
Tablo 16: Adli olgu olay türünün savcılık gerekçesine göre dağılımı.....	49

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Çocuk istismarının insanlık tarihi kadar eski olduğu söylenebilmesine karşın istismar kavramının konuşulmaya başlanması ve konu ile ilgili sistematik ve kapsamlı çalışmaların yapılması ancak son yüzyıl içinde görülmeye başlanmıştır (1,2). Günümüzde bu süreç, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19. maddesinde; "Sözleşmeye taraf devletler, çocuğun anne-babasının ya da onlardan yalnızca birinin yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkar muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar" şeklinde güvence altına alınmıştır (3).

Çocuk istismarı ve ihmali başlıca fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal olmak üzere dört gruba ayrılan ve tıbbi, hukuki boyutları olan önemli bir toplumsal sorundur. Türkiye'de özellikle son yıllarda artan çalışmalar olmakla birlikte istismar ve ihmalin görülme sıklığını ortaya koyabilecek net istatistiki veriler bulunmamaktadır.

Bu çalışmada Sivas ili ve çevresinden düşme öyküsüyle Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servise başvuran ve tedavisi yapılan 0-3 yaş çocuk grubundaki olgular ile şüpheli olarak değerlendirilip "adli" yapılan olguların demografik özelliklerinin belirlenmesi, çocuk istismarı ve ihmali yönünden değerlendirilmesi ve yaşanan hukuki sürecin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Çocuk istismarı bir yetişkin tarafından belli bir dönemde çocuğa o kültürde kabul edilmeyen bir davranışın uygulanmasıdır. Genel olarak çocuğun büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyen her türlü davranış olarak tanımlanmaktadır (2). Başka bir tanımda ise çocuk istismarı ve ihmali anne-baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur (4). Bununla birlikte çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan tıbbi, yasal ve toplumsal ciddi bir sorundur (1,2).

2. 1. Çocuk İstismarının Tarihçesi

İnsanlık tarihi kadar eski olduğu düşünülen çocuk istismarına insanların dikkati son yüzyıl içerisinde çekilebilmiştir. Çocuk istismarının konuşulmaya başlanması ve bu konuda çalışmaların yapılmasına son yüzyılda rastlanmıştır (1,2). 1860 yılında Tardieu, tıbbi literatürdeki ilk tanımlamayı yapmıştır. Uzun bir süre sonra Caffey'in 1946'da uzun kemik ya da kosta kırıkları ve subdural hematom ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulaması üzerine konu yeniden gündeme gelmiştir. Kempe 1962'de ilk kez hırpalanmış çocuk terimini kullanmıştır (5,6,7).

Tanımların fazla olması nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü ortak bir tanım yapmıştır. "Çocuk istismarı ve ihmali; çocuğun bir yetişkin, toplum veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar sonucunda sağlığının, fizik ve psikososyal gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesi olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda çocuğun istismar veya şiddet olarak algılamadığı veya yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışları da içine alır. Davranışın mutlak, çocuk tarafından algılanması veya yetişkin tarafından bilinçli olarak yapılması şart değildir" (1,2,8,9).

2. 2. Çocuk İstismarının Epidemiyolojisi

Çocuk istismar ve ihmali dünyadaki tüm toplumlarda görülebilen ve konu üzerine çalışmalar yapıldıkça görülme sıklığının daha fazla olduğu anlaşılan bir durumdur. Konu ile ilgili profesyonellerin duyarlılıkları ve bilgileri arttıkça, olgular için resmi bildirimler yapıldıkça ilgili rakamlar artmaktadır (10). Her yıl tüm dünyada milyonlarca çocuk fiziksel, cinsel ve duygusal şiddetin mağduru veya tanığı olmaktadır (11).

ABD Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi 2005 yılı raporlarına göre; 1460 çocuk ölümü çocuk istismarı ve ihmalden kaynaklanmaktadır. Aynı rapora göre en çok üç yaşından küçük çocukların istismara uğradığı bulunmuştur (10). Yine ABD’de 2006 yılında 905.000 çocuk kötü muamele mağduru olurken, 1.530 çocuğun istismar ve ihmal nedeniyle öldüğü bildirilmiştir (12). İsrail’de ilkökul öğrencileri ile yapılan anket çalışmasında; öğrencilerin % 22,2’sinin fiziksel, % 29,1’inin duygusal istismara uğradığı bildirilmiştir (13). İngiltere’de haftada dört çocuk, istismar ve ihmal nedeniyle ölmekte ve dört yaş altında her 1000 çocuktan biri fiziksel istismara uğramaktadır (14).

Türkiye’de konu ile ilgili çalışmalar yakın zamanı kapsamaktadır. Konu ile ilgili yapılan olgu sunumları bulunmaktadır. İstismar ile ilgili tüm yayınların % 0.76’sının Türkiye kaynaklı olduğu ve dünya sıralamasında 16. sırada yer aldığı bildirilmiştir (15). Ülkemizde yeterli sayısal verinin toplanmadığı görülmektedir.

İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı tarafından karara bağlanmış çocuk ölümlerinin istismar ve ihmal açısından incelendiği araştırmada (16), 2000-2002 yılları arasında 216 olgu tespit edilmiştir. Bunların sebepleri incelendiğinde 161 olgu ile (% 74,5) ihmal birinci sırada olup, daha sonra 30 olgu (% 13,9) ile fiziksel istismar geldiği belirtilmektedir.

2. 3. Çocuk İstismarı Açısından Risk Faktörleri

Çocuk istismarının nedeni multifaktöriyel olup bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Birçok araştırmacı anne-baba, çocuk ve çevre ile ilişkili risk faktörlerinin çocuk istismarının oluşumunda etkili olduğu görüşünde birleşmektedir. Çocuk istismarı için üç önemli faktör bildirilmiştir. Bu faktörler

“uygun anne-baba, uygun çocuk ve uygun zaman yani kriz” dönemidir. Dördüncü bir faktör olarak da ağır fiziksel cezalara kültürel tolerans önerilmiştir (1).

2. 3. 1. Çocuğa Ait Risk Faktörleri

Bazı çocukların çocuk istismarına daha yatkın olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda çocuklarda bulunan risk faktörleri; konjenital anomali, mental retardasyon, prematürite, kronik hastalık, düşük doğum ağırlığı, istenmeyen evlilik, evlilik dışı olan çocuk ve çocuğun beklenen cinsiyette olmaması şeklinde tanımlanmaktadır (1,4,10,17,18,19).

2. 3. 2. Ebeveyn ile İlişkili Risk Faktörleri

Bazı anne-babaların çocuk istismarını uygulamaya daha yatkın olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerde bulunan risk faktörleri; sosyoekonomik düzeyin düşük olması, düşük eğitim düzeyi, tek ebeveyn, üvey ebeveyn varlığı, çok eşli olma, parçalanmış aile, ataerkil/geleneksel ailede yaşama, sosyal izolasyon, 18 yaşından küçük olma, istenmeyen gebelik, çok çocuklu olma, ebeveynlik becerisinden yoksunluk, aile içi şiddet, cinsel sorunlar, madde kullanımı, ebeveynde fiziksel/ruhsal hastalık, işsizlik, çocuklukta istismara uğrama olarak tanımlanmıştır (1,4,10,17,18,19).

2. 3. 3. Toplum ile İlişkili Risk Faktörleri

Çocuğun içinde yaşadığı toplumda bulunan sosyal eşitsizlikler, yoksulluk, toplumda çocuğa değer verilmemesi, şiddete toleransın fazla olması, dayanın eğitim aracı olarak görülmesi, çocuk koruma için yasal yetersizlik ve savaş, afetler gibi olağan üstü durumlar istismar açısından risk faktörü oluşturmaktadır (17,18).

2. 4. Çocuk İstismarının Sınıflandırılması

Çocuk istismarı genel olarak fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak dört grupta sınıflandırılmaktadır.

2. 4. 1. Çocuğun Fiziksel İstismarı

Fiziksel istismar, duygusal istismar ile birlikte çocuk istismarının en sık görülen şekillerinden biridir. Yüksek gelirli ülkelerde fiziksel istismar oranı % 4-16 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (20). Kültürlerinde dayacı, disiplin yöntemi olarak kabullenmiş toplumlarda fiziksel istismar çok

daha sık görülmektedir (21). Kazalara bağlı yaralanmalar da çocuklarda çok sık görülmekle birlikte, yaşa uygun olmayan, kendi kendine olma olasılığı çok düşük olan yaralanmalarda istismardan şüphelenmek gerekmektedir (1).

Çocuğun fiziksel istismarı; Dünya Sağlık Örgütü'nce bir bakıcı tarafından fiili olarak zarar veya zarar için potansiyel eylem olarak tanımlanır (20). Fiziksel istismar en geniş anlamda “çocuğun kaza dışı yaralanması” şeklinde tanımlanmaktadır. “Fiziksel hasara neden olan kırıkların, yanıkların, kesiklerin ortaya çıkmasına yol açan istismar” olarak da tanımlanmaktadır. Çocuğun kaza haricinde yaralanması ve örselenmesi söz konusudur. En yaygın ve belirlenmesi en kolay istismar tipidir. Çocuğu dövme, en sık rastlanılan şeklidir. Bir tokattan çeşitli objelerin kullanımına uzanan cezalandırma yöntemlerini kapsamaktadır (2).

Fiziksel İstismardan Şüphelenilmesi Gereken Durumlar

Fiziksel istismarda olayın maskelenebilmesi ve saklanabilmesi için ebeveynler çocuğu, bir kaza hikayesi ile sağlık kuruluşuna getirirler. Burada özellikle evde yaşanmış bir kaza öyküsü mevcut olup, dışarıdan başka görgü tanıklarının gösterilme zorunluluğuna girilmemektedir. En sık olarak evde yüksekten düşme, sıcak bir şeyin üzerine düşmesi veya devrilmesi gibi hikayeler kullanılmaktadır (20,21).

Çocuklar genellikle önlerinde olan şeyleri merak ederler ve öne doğru hareket ederler. Kazaya bağlı yaralanmalar çoğunlukla vücudun ön kısmında oluşur. Alın, burun, çene, bilek, dirsekler ve deri ile kemiğin yakın temasta olduğu bölgeler yaralanır. El avuç içlerinde en çok kazaya bağlı yaralanma olabilirken avuç içleri ve aynı zamanda el sırtı en çok cezalandırma yöntemi için kullanılan bölgelerdir (21).

Kazaya bağlı yaralanmalar ile istismara bağlı olan yaralanmaları ayırmak çok önemlidir. Bu ayırmada yapılacak hatalar hem çocuk hem de aile için çok ağır sonuçlar doğurabilir. İstismara bağlı yaralanmalar tespit edilemeyip atlanırsa; çocuk, istismarcısına teslim edilecek ve istismar artarak devam edecektir. İstismar tanısındaki gecikmeler ek yaralanmalara hatta ölüme neden olacaktır (20). Ayrıca kazaya bağlı oluşmuş yaralanma tespit

edilemeyip, istismar olarak değerlendirilirse aile gereksiz yere suçlanacak ve yaşanan adli süreç nedeniyle çocuk ve aile travmatize olacaktır (1).

Başvuruda çocuğu tedaviye getirmede açıklanamayan bir gecikme, çelişkili öykü, fiziksel bulgularla uyumsuz öykü, tekrarlayan şüpheli yaralanmalar, hasardan çocuğu ya da başka birini sorumlu tutan ebeveyn, çocuğun hasarla ilgili ebeveyni suçlaması, anne ve/veya babada istismara uğrama öyküsü, anne ve/veya babanın çocuktaki hasar konusunda ilgisiz ya da aşırı kaygılı görünmesi, çocuğun hastane hastane gezdirilmesi fiziksel istismarı düşündürmelidir (14,22,23,24).

Fiziksel İstismar Muayene Bulguları

Fiziksel istismar acil bir klinik tabloyla karşımıza çıkabilir. İlk değerlendirme sırasında beyin hasarı, iç kanama, nörolojik ve hemodinamik durum açısından dikkat etmek gerekmektedir (20). En sık olarak deri, iskelet ve merkezi sinir sistemi bulguları ile ortaya çıkar. Çocukta ayrıntılı bir değerlendirme yapılmalı, gelişimsel, davranışsal, mental ve emosyonel durum araştırılmalıdır. Büyüme ve gelişimi yönünden mutlaka değerlendirilmelidir. Tüm iskelet sistemi kontrol edilmeli, hassasiyet olan bölgeler gizli travma açısından radyolojik olarak incelenmelidir. Tüm morluk ve yanıklar (yer-şekil-boyut-renk) not edilmeli ve lezyonun boyutunu değerlendirebilmek için bir ölçü skalasının görülebileceği fotoğrafları çekilmelidir (1).

Cilt Bulguları

Fiziksel istismarda cilt; ekimoz, sıyrık, kesi, ısırık izi, cetvel, kemer gibi bir cismin şekline benzeyen yaralar ile yanık ve hematom yönünden tam bir değerlendirme yapılmalıdır (1,20,21). Bacaklar ve kolların arkasında, karında, kulak arkasında, genital bölgede, kalçada ya da diğer yumuşak doku bölgelerinde görülen ekimozlar istismar şüphesi uyandırmalıdır (1,21).

Ağız ve Diş Yaralanmaları

İstismar nedeniyle ağız içinde oluşan yaralanmalar; ağız mukozasında, sert-yumuşak damakta, dilde, dudaklarda ve frenilumda yanıklar ya da laserasyonlar, dişlerde kırılma ve dökülmeler ile çene kemiğinde kırıklar şeklinde görülebilir. En sık yaralanan bölge dudaklardır (25). Ağız yaraları

sıklıkla çatal, kaşık gibi yemek araçları ile ya da biberonla zorla besleme sırasında oluşur (20,25).

Göz Bulguları

Göz yaralanmaları çocuk istismarında önemli bulgular vermektedir. Dayak yiyen bebeklerin % 70'inde vitröz kanama, lens dislokasyonu, retina yırtılması gibi göz lezyonları bulunmaktadır (21). Periorbital ekimoz, katarakt, lens subluksasyonu, subkonjonktival kanama, optik sinir hasarı, şaşılık, intraoküler retinal kanamalar istismar sonucu görülebilmektedir (17).

İskelet Sistemi Bulguları

Kırıklar yaygın olarak kemiklerin metafiz ve epifizlerinin çevresinde görülür. Ekstremitte kırıkları, genellikle çekme, bükme ve anormal açılma sonucunda dolaylı olarak ortaya çıkarken bazen de doğrudan travma sonucunda oluşabilirler. Metafiz ayrılması, küçük kopma kırıkları ve köşe kırıkları çekme, bükme gibi zorlamalar sonucunda oluşur. Kol ya da bacağın bükülerek şiddet uygulanması ise spiral kırıkları oluşturur. Herhangi bir nedenle oluşmuş bir kırık, tanı aldığı anda istismardan şüpheleniliyorsa mutlaka diğer kemikler taranmalıdır (26,27).

Çocuklarda özellikle 6 ay ile 6 yaş arasında görülen ve 2-3 yaşta zirve yapan “dadı dirseği” veya “çekilmiş dirsek” olarak bilenen eklem çıkıkları görülür. Olgular işitilebilen bir klik sesi ile birlikte ani kol çekilmesi öyküsüyle başvurdukları bildirilmiştir (28).

Kafatası Kırıkları

Ölümcül istismar olgularının yaklaşık yarısında kafatası kırıkları bulunmaktadır. Kafa travmalarında kafatasında kırık ve subdural kanamalar birlikte ise istismardan, özellikle sarsılmış bebek sendromundan şüphelenilmelidir (29).

İç Organ Yaralanmaları

İç organ hasarları en sık karın bölgesinde görülmektedir. Kafa travmalarından sonra ikinci ölüm nedenidir. Genellikle doğrudan darbe ile oluşurlar. En sık karaciğer yaralanması görülür. Travma ve hematom gelişimine en uygun lokalizasyon karının üst ortası ve göbek çevresidir (30).

Psikolojik ve Davranışsal Bulgular

Fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda sosyal işlevsellik alanında birçok eksiklik fark edilmektedir. Bu çocuklar yakın ilişki kurmakta güçlük çekip daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler kurabilmektedir (31). Saldırgan ve suça yönelik davranışlar, fiziksel istismar ve ihmalle en sık birliktelik gösteren sorunlardır (32). Fiziksel istismara uğramış kişilerde özkıyım düşünceleri ve özkıyım girişimlerine daha yüksek oranda rastlanılmaktadır (33).

Madde kötüye kullanımı, psikopatik kişilik bozuklukları, tehlikeli cinsel deneyimler gibi sağlığı tehdit eden davranışlar, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve kaygı bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar da fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda daha sık rastlanmaktadır (34). Fiziksel istismar olaylarında akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu sık görülen ruhsal sorunlardır (35).

Fiziksel İstismar Uygulama Şekilleri

Fiziksel istismara maruz kalan çocukların büyük çoğunluğu tıbbi yardım alamamaktadır. Tıbbi yardım için sağlık kuruluşlarına başvuran olguların ise yaralanma düzeyleri çok ciddi olup, genellikle hayati tehlikesi olan olgulardır (1,2).

Dövme

Fiziksel istismar en sık dövme şeklindedir (1). Vücutta kalça, genital bölge ve kulak arkalarında ekimoz tespit edilmesi istismar şüphesi açısından önemlidir (36). Dövme eylemi aletsiz (tokat, tekme, itip kakma, vb.) saldırı şeklinde olabileceği gibi aletli (kemer, kamçı, zincir, kalın ip ve herhangi bir ev aleti) saldırı şeklinde de olabilmektedir (21).

Yanıklar

Yanık ve haşlanmalar belirgin bir fiziksel istismar bulgusu olabileceği gibi ihmal bulgusu da olabilmektedir (1,21). Aileler yanıklarda genellikle diğer çocukları veya çocuğun kendisini sorumlu tutarlar. Fiziksel istismara bağlı yanıklarda tekrarlayan, farklı zamanlara ait yanık izleri görülür. Kaza ile oluşmuş yanıklarda aile ve çocuk için tek bir deneyim yeterlidir (21). Kaza şeklindeki yanıkların çoğu çocuğun merakı sonucu gelişir. Bu tip yanıklar

içerisinde sıcak sıvı bulunan bir kabın çocuk tarafından çekilmesiyle oluşabilmektedir. Ancak bakıcılar tarafından çocuğun üzerine ceza amaçlı olarak dökülme ihtimali akıldan çıkarılmamalıdır (20).

İstismar şüphesi sonucu meydana gelen yanıklar; genellikle bilateral üst ve alt ekstremitede eldiven-çorap tarzı yanıklar, izole genital bölge veya kalça yanıkları, sigara izmariti, demir çubuk gibi şekilli yanıklar, etrafında sıçrama izleri bulunmayan sıvı tarafından oluştuğu bildirilen yanıklar veya tekrarlayan yanıklar olduğu bildirilmiştir (37).

Zehirlenme

Çocukların zehirlenmesi herhangi bir ilaç ya da kimyasal madde ile olabilmektedir. Kaza ile ilaç veya kimyasal madde alan küçük çocuklar normalde az miktarda alabilmektedirler. Aşırı miktarda alınarak doz aşımı ve yaşamsal tehlike saptanan her olguda, çocuğun kişi veya kişilerce zehirlenmiş olabileceği akla getirilmeli ve istismar şüphesiyle yaklaşılmalıdır (1,38).

Çocuğa zorla tuz verilmesi ve susuz bırakılması hipernatremik dehidratasyona, aşırı su verilmesi, su intoksikasyonuna neden olabilmektedir. Olgular idrar ve dışkı inkontinansı, kusma, davranış bozuklukları, konvülziyonlar, solunum arresti ve koma ile getirilir, hiponatremi veya hipoksemi saptanabilir (1).

Sarsılmış/Sallanmış Bebek Sendromu

Fiziksel çocuk istismarının en ağır formudur. En sık iki yaşın altında görülmekle birlikte beş yaşa kadar olabileceği bildirilmektedir (1). Çocuklar genellikle uzun avutulmaz ağlamaların sonucunda sallanır ve sonrasında öfke ile bir yere fırlatılabilir. Fail genellikle çocuk bakma konusunda sabırsız ve tecrübesizdir. Failler sık olarak baba, erkek arkadaş ve bakıcılarıdır (29). Sarsılmış Bebek Sendromunda dıştan bakıldığında çoğu kez görünürde travmatik bulgu yoktur. Beyin kafatasının içinde ileri geri hareket eder ve kontüzyon, köprü venlerin yırtılması, subdural hematoma ve beyin kanamaları gelişebilir (1,29,39,40). Bazı olgularda posterior kosta kırıkları, metafiziyel uzun kemik kırıkları eşlik etmektedir (29,39).

Türkiye’de çok merkezli kaza dışı kafa travması sıklığını bildiren bir çalışmada (39); hastaneye subdural kanama, subaraknoid kanama, kafa kırığı,

koma, retinal kanama, bilinç değişikliği nedeniyle kabul edilen 36 ay altı çocuklar geriye dönük olarak incelenmiş olup, olguların % 48'i kaza, % 7'si olası istismar, % 22'si istismar olarak belirlenmiş ve % 23'ünde neden saptanamamıştır.

Munchausen by Proxy Sendromu (Polle Sendromu)

Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin (anne, baba, bakıcı vb.) bilinçli olarak çocuğunda gerçekte olmadığı halde bir hastalık üretmesi sonucu hastaymış gibi çocuğu hastane hastane gezdirmesi, uydurduğu hastalık nedeniyle çocuğun çeşitli tetkik ve tedavi yöntemleri ile ruhsal ve bedensel zarara uğraması olarak tanımlanmaktadır (1,41). Munchausen by Proxy sendromundan anne, baba gibi bir ebeveyn genellikle de anne tarafından çocukta bir hastalık uydurularak çocuğun tıbbi tanı ve tedavi almasından mutluluk duymakta veya haz almaktadır (41). Aileler çocuklarına karşı çok ilgili görünüp, çok derinden baktıklarını düşünmektedir (42).

Çocuktaki tıbbi problemler tedaviye yanıt vermez veya açıklanamayan, şaşırıcı ve dirençli olağan dışı bir gidiş izlenmektedir. Çocuklar gereksiz olarak birçok girişimsel tetkiklere, radyasyona, ameliyatlara ve ilaçla yanlış tedaviye maruz kalmaktadır (42,43,44). Bazı çocuklarda sonuçları önemsiz iken bazılarında sonuçları öldürücü olabilmektedir (43).

2. 4. 2. Çocuğun Cinsel İstismarı

Cinsel istismar; psikososyal gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük olan bir çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel uyarılma için kullanılmasıdır. Yani cinsel istismar, bir çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel doyum için kullanılmasıdır. Genital bölgeleri elleme, teşhircilik, röntgencilik ve pornografiden ırza geçmeye kadar geniş yelpazedeki tüm davranışları kapsamaktadır (2).

Cinsel istismar toplumda sık rastlanılmasına karşın çoğunlukla gizli kalmaktadır (14,45,46). Cinsel istismara maruz kalan olguların % 15'i bildirimde bulunmakta ve çoğunlukla sır olarak kaldığı belirtilmektedir (47). Cinsel istismara maruz kaldığı bildirilen 17 olgunun beşinde genital bölge muayenesinde travmatik bulgu olduğu bildirilmiştir (48). Çocukta cinsel

istismar için literatürde pek çok terim kullanıldığından 1991 yılında Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi tarafından; “Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki veya başka birinin çocuğu cinsel uyarımı için kullanması, çocuğun cinsel istismarı olarak kabul edilir. Cinsel istismar diğer bir çocuk tarafından eğer bu çocuğun diğeri üzerinde belirgin bir gücü veya kontrolü söz konusuysa veya bariz bir yaş farkı bulunuyorsa da cinsel istismar olarak kabul edilir” şeklinde tanımlanmıştır (49,50).

Cinsel istismar ile cinsel oyunlar birbirinden ayrılmalıdır. Aynı gelişimsel düzeydeki çocukların birbirlerinin genital organlarına bakması veya ellemesi, ilişki olmadıkça normal olarak kabul edilir. Bununla birlikte, altı yaşında bir çocuk üç yaşındaki bir çocukla oral-genital ilişkide bulunuyorsa bu normal dışı bir davranış şekli olarak tanımlanmıştır (1).

2. 4. 3. Çocuğun Duygusal İstismarı

Duygusal istismar; yetişkinler tarafından çocuğun kişiliğini zedeleyici, duygusal gelişimini engelleyici eylemler olarak tanımlanmıştır (46). Başka bir tanımda ise çocukların gereksinim duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak psikolojik hasara uğratılması durumudur (9). Bu davranışlar; yaş, statü, bilgi, konum gibi özellikleri ile çocuk veya gencin üzerinde etki sahibi olan kişi ya da kişiler tarafından uygulanmaktadır (2,9,51). Duygusal istismar fiziksel olmayan çok ağır cezaları, tehditleri ve sözel istismarı da içermektedir (23).

Yetişkinlerin bu tür davranışlarına maruz kalan çocuklarda; aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik geliştirme, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuzca ve saldırgan davranışlarda bulunma gibi durumlar ortaya çıkarabilmektedir (1,2,23). Duygusal istismarda, fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi somut fiziksel bulgular bulunmaktadır. Duygusal istismarın tek başına bulunabileceği gibi birçok olguda diğer istismar türleriyle birlikte bulunabilmektedir (1,2,9,51).

2. 4. 4. Çocuk İhmali

İhmal; çocuğa bakmakla yükümlü kişinin bu yükümlüğünü yerine getirmemesi, çocuğu fiziksel ya da duygusal olarak ihmal etmesidir. Beslenme, giyim, tıbbi gereksinimler, duygusal ihtiyaçlar veya optimal yaşam

koşulları için gerekli ilgiyi göstermeme olarak tanımlanmaktadır (2,23,52). İhmal fiziksel ve cinsel istismara göre çok daha soyut olduğu için tanısı zordur. Büyüme geriliği olan, psikososyal uyum güçlüğü çeken, eğitim ihtiyaçları karşılanmayan, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlandırılmayan çocukta ihmal akla gelmelidir. İstismar ve ihmali birbirinden ayıran en önemli nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olmasıdır (1,2).

2. 5. Çocuk İstismarında Görüntüleme Yöntemleri

İstismar varlığını araştırmada kırıkların tespiti çok önemli bir yer tutmaktadır. Çocuk istismarı kavramını yerleştirenler arasında radyolog John Caffey bulunmaktadır (53). Kemikteki gizli kalmış ve tespit edilmiş bulguların varlığını gösterebilmek için bazı radyolojik tarama yöntemleri gerekmektedir. Grafilerde elde edilen bulgular yasal süreçte kullanılacak önemli bir delildir.

Direkt grafiler

İstismardan şüphelenilen beş yaş altı çocuklarda tüm iskelet sistemi taraması gereklidir (1,20). Amerikan Radyoloji Koleji, 1997 yılında istismardan şüphelenilen olgular için iskelet taraması standartları geliştirmiş ve tarama amacıyla antero-posterior (AP) ve lateral kafatası, lateral servikal omur, AP ve lateral toraks, AP pelvis, lateral lomber omur, AP humerus, AP önkol, oblik el, AP femur, AP tibia, AP ayak grafileri şeklinde 19 görüntüyü önermiştir (1). Bir yaşından büyük çocuklarda iskelet taraması amacıyla sintigrafi de tercih edilebilir. Çocuk istismarından şüphelenilen durumlarda “babygram” veya “bodygram” denilen ve tüm iskeletin tek bir grafiyle görüntülediği filmler önerilmemektedir (1,20).

Beş yaşın üzerindeki çocuklarda sadece semptomatik olan bölgelerin grafileri yeterlidir. Kafatası kırığından şüphelenildiğinde aksiyal kraniyal bilgisayarlı tomografide (BT) kırık atlanabildiğinden AP ve lateral kafatası grafilerinin de çekilmesi gerekir (1).

Sintigrafi

Direkt grafilere yardımcı olarak sintigrafi önerilmektedir (1,20). Geleneksel yöntemlerle saptanamayan kırık travmadan sonra bir yıl içinde sintigrafik olarak saptanabilmektedir (54). Özellikle kafatası kırıklarının sintigrafi ile yapılan incelemelerde gizli kalabildiğide unutulmamalıdır (1,54).

Kranial Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Künt kafa travması olan 18 aydan küçük şüpheli çocuk istismarı olgularında istenmelidir (20). Kafa içi hasar şüphesi özellikle de retinal kanama varsa kranial BT, manyetik rezonans (MR) veya her ikisi birden endikedir. Kontrastsız kranial BT’de parankim içi, subaraknoid, subdural ve epidural kanamalar açısından yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir. Akut kanamanın değerlendirilmesinde BT daha üstündür (1,20,53).

Kranial Manyetik Rezonans (MR)

Tomografinin saptayamadığı küçük kanamalar ve parankim hasarını tespit edebilmektedir (20,53). Akut subaraknoid kanama ve subdural kanamayı tespit edemeyebileceğinden akut olgularda 5-7 gün ertelenmelidir (53). Kafa içi zedelenmelerinde subakut ve kronik zedelenmelerin tanısında en geçerli yöntemdir. Ayrıca subdural kanama yaşı hakkında daha fazla bilgi verebilmektedir (20).

Ultrasonografi (USG)

Hasta başında yapılabilme ve radyasyona maruz kalmaması gibi avantajları vardır. Özellikle batındaki yaralanmaları göstermede yardımcı olur (53).

2. 6. Çocuklarda Ev İçi Kazalar

Kazalar çocukların sağlığını ve gelişimini önemli derecede olumsuz etkilemekte, hastalık, sakatlık hatta ölüme neden olabilmektedir (55,56). Önlem alınıp önlenilecek bu kazalar ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu gibi ekonomik yükler de getirmektedir (57). Bir konutun içinde veya çevresinde oluşan kazalara ev kazaları denmektedir (55,56). Özellikle okul öncesi dönemde çocuklar ev kazaları ile daha çok karşı karşıya kalmaktadır. Yapılan bir çalışmada 0-6 yaş grubu çocukların % 38,4 oran ile evdeki diğer bireyler arasında en sık ev kazalarına maruz kalanlar olduğu bildirilmiştir (58). Başka bir çalışmada ise 0-6 yaş grubundaki çocuklarda ölümlerle sonuçlanan düşmelerin % 50-80’inin ev ortamında meydana geldiği bildirilmiştir (59). Evde gerçekleşen kazalar en sık 1-4 yaş arasında izlenmiş ve her iki cinsiyette aynı oranda, sık olarak yataktan ve kucaktan düşme olduğu, kızlarda 3 yaş civarı dadı dirseği izlendiği bildirilmiştir (60). 72 aydan küçük çocukların ev kazası nedeniyle acile başvurusunda çocuk istismarı yönünden araştırılan çalışmada

olguların %16,1'inin şüpheli fiziksel istismar olarak değerlendirildiği bildirilmiştir (61).

Çocuklar gelişimsel olarak kendilerini kaza ve yaralanmalardan koruyamadıklarından onlar için emniyetli ortamların oluşturulması, yaşam alanlarının güvenliğinin denetlenmesi erişkinlerin sorumluluğundadır (56). Çocukluk çağında yaşanan ev kazalarını engellemek, yaralanma ve sakatlıkları azaltmak için ailelere ve topluma ev kazalarına yönelik eğitimler verilmelidir. Evde alınan küçük tedbirler ile kazalar önemli ölçüde engellenmiş olacaktır (56,57,62).

2. 7. Çocuk İstismarında Yasal Süreç

a) Uluslararası Yasal Süreç

Çocuk Hakları Sözleşmesi, 20 Kasım 1989 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda oy birliği ile kabul edilmiştir. 28 Ocak 1990 tarihinde imzaya açılan sözleşme, 61 ülke tarafından kabul edilmiştir. 14 Şubat 1990 tarihinde Türkiye tarafından imzalanan ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda onaylanan sözleşme, 9 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır. Resmi Gazete'de 27 Ocak 1995 tarihinde yayımlanan Çocuk Hakları Sözleşmesi, 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüş ve uygulanmaya başlanmıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19, 34 ve 39'uncu maddelerinde çocuk istismarı ile ilgili maddeler bulunmaktadır (3).

Çocuk Hakları Sözleşmesi Madde 19

Bu sözleşmeye taraf devletler, çocuğun ana-babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmâl ya da ihmalkar muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar.

Koruyucu önlemler; çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi, soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli başkaca yöntemleri ve uygun olduğu takdirde adliyenin işe el koyması olduğu kadar durumun gereklerine göre çocuğa ve onun bakımını üstlenen kişilere gereken desteği sağlamak amacı ile sosyal programların düzenlenmesi için etkin usulleri de içermelidir (3).

Çocuk Hakları Sözleşmesi Madde 34

Çocuğu, her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu amaçla taraf devletler özellikle:

- a) Çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanmasını,
- b) Çocukların, fuhuş ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurularak sömürülmesini,
- c) Çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemedeki kullanılarak sömürülmesini önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemi alırlar (3).

Çocuk Hakları Sözleşmesi Madde 39

Taraf devletler, her türlü ihmal, sömürü ya da suistimal, işkence ya da her türlü zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan sağlığına yeniden kavuşması ve yeniden toplumla bütünleşebilmesini temin için uygun olan tüm önlemleri alırlar. Bu tür sağlığa kavuşturma ve toplumla bütünleştirme, çocuğun sağlığını, özgüvenini ve saygınlığını geliştirici bir ortamda gerçekleştirilir (3).

b) Ulusal Yasal Süreç

1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren Türk Ceza Yasası (TCY) ile birlikte eski yasaya göre çocuk hakları açısından daha olumlu bazı değişimlerin olduğunu söyleyebiliriz. Çocuklarda yaş değerlendirmesi TCY 31. maddesi kapsamında önem taşımaktadır. Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir. Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı halinde indirimli ceza uygulanmaktadır. Fiili işlediği sırada on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında indirimli ceza uygulanmaktadır (63).

Dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu anne, baba veya çocuğa bakmakla görevli kimsenin çocuğun yaralanmasına veya ölmesine neden olması bu konuda özel bir yasa maddesi olmamakla birlikte taksirle öldürme ve taksirle yaralanmadan dolayı TCY’de (85. ve 89. madde) suç sayılmaktadır. Ancak TCY 22. maddesinin 6. fıkrasına göre taksirle hareket sonucu, neden olunan netice özellikle failin kişisel ve ailevi durumu bakımından, artık bir cezanın hükmedilmesini gereksiz kılacak derecede mağdur olmasına yol açmışsa ceza verilmez. Bilinçli taksir halinde verilen ceza yarıdan altıda bire kadar indirilebilmektedir (63). Bununla birlikte taksirle yaralama ve öldürme suçlarında şikayet aranmaktadır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3. 1. Çalışma Yöntemi

Bu çalışmada Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servise düşme tanısıyla başvurusu olan 0-3 yaş grubundaki çocukların bilgileri değerlendirilmiştir. Değerlendirme yapılan olguların tıbbi dosya bilgilerinin yanı sıra Sivas Cumhuriyet Başsavcılığı'ndan yazılı izin alınarak, Sivas merkez ve ilçe adliyelerinde bulunan adli tahkikat dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Araştırma için Cumhuriyet Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 22.05.2012 tarih ve 2012-05/17 karar no ile izin alınmıştır.

3. 2. Çalışma Grubu ve Süresi

Çalışmaya Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil serviste 01.01.2009 ile 01.06.2011 tarihleri arasında 0-3 yaş grubunda otomasyon sisteminde düşme tanısı alan 438 olgu incelenmeye alınmıştır. Hastane arşivi tarama sırasında 37 olguya ulaşılamamıştır. Ayrıca tarama sırasında yanlış tanı kodu konan 77 olgu incelemiden çıkarılmıştır. Çalışmamız için 324 olgu değerlendirme kapsamına alınmıştır. Acil hekimleri tarafından şüpheli olarak değerlendirilen ve adli olgu yapıldığı otomasyon sistemi üzerinden tespit edilen 100 olgudan adliye arşiv taramalarında düşme nedeniyle 84 olgunun adli dosyaları veya karar metinlerine ulaşılmıştır.

3. 3. Çalışmada Kullanılan Parametreler

Yapılan literatür incelemesinde benzer çalışmalarda kullanılan standart ölçekler bulunamadığından, çalışmada hastane dosyaları incelenen olgular yaş, cinsiyet, başvuru dönemi, başvuru saati, hastaneye başvuru arasında geçen süre, hastaneye başvuru nedeni, acil ön tanı, yapılan tetkikler, acil fizik muayenede travmatik bulgu olup olmadığı, konsültasyon istenen bölümler, uygulanan tedavi biçimi, tedavi gördüğü servis, tahmini düşme mesafesi, adli tıp açısından yaralanma düzeyi, yaralanmada kemik kırığı olup olmadığı, kırığın hayat fonksiyonlarına etkisi,

hastaneden ayrılış şekli, hastaneye kontrol başvuru, benzer düşme nedeniyle başvuru ve adli olgu yapılma durumu yönünden değerlendirilmiştir. Ayrıca adli dosyaları incelenen olgular cinsiyet, başvuru dönemi, olay yeri, olay mekanı, olay türü, müşteki, şüpheli, savcılık gerekçeleri yönünden değerlendirilmiştir.

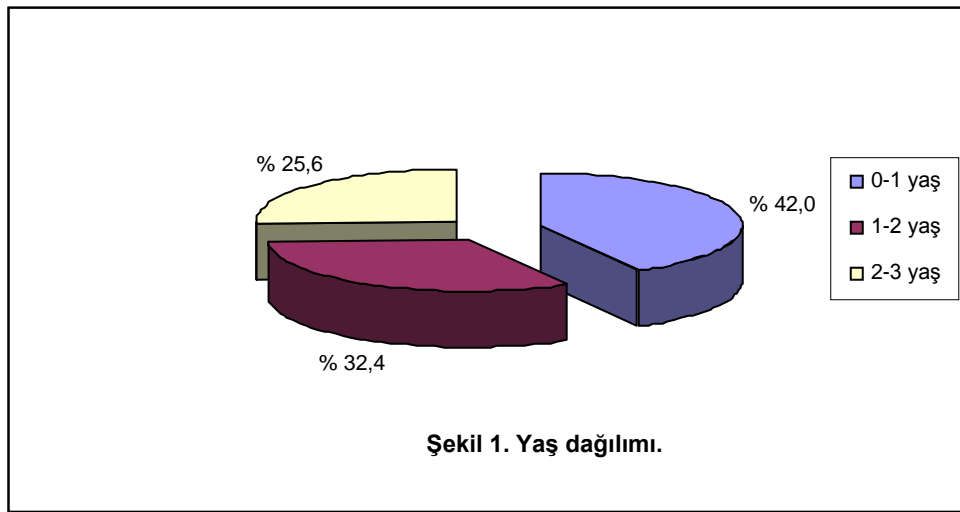
3. 4. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS (ver:14.0) programına yüklenerek verilerin karşılaştırılmasında çok gözlü düzenlerde Khi-kare testi kullanılmış ve yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4. 1. Yaş

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil servise başvuran 0-3 yaş grubundaki 324 olgunun yaşa göre dağılımı incelendiğinde; 0-1 yaş olgu grubunun % 42,0, 1-2 yaş olgu grubunun % 32,4 ve 2-3 yaş olgu grubunun % 25,6 olduğu görülmüştür (Şekil 1).



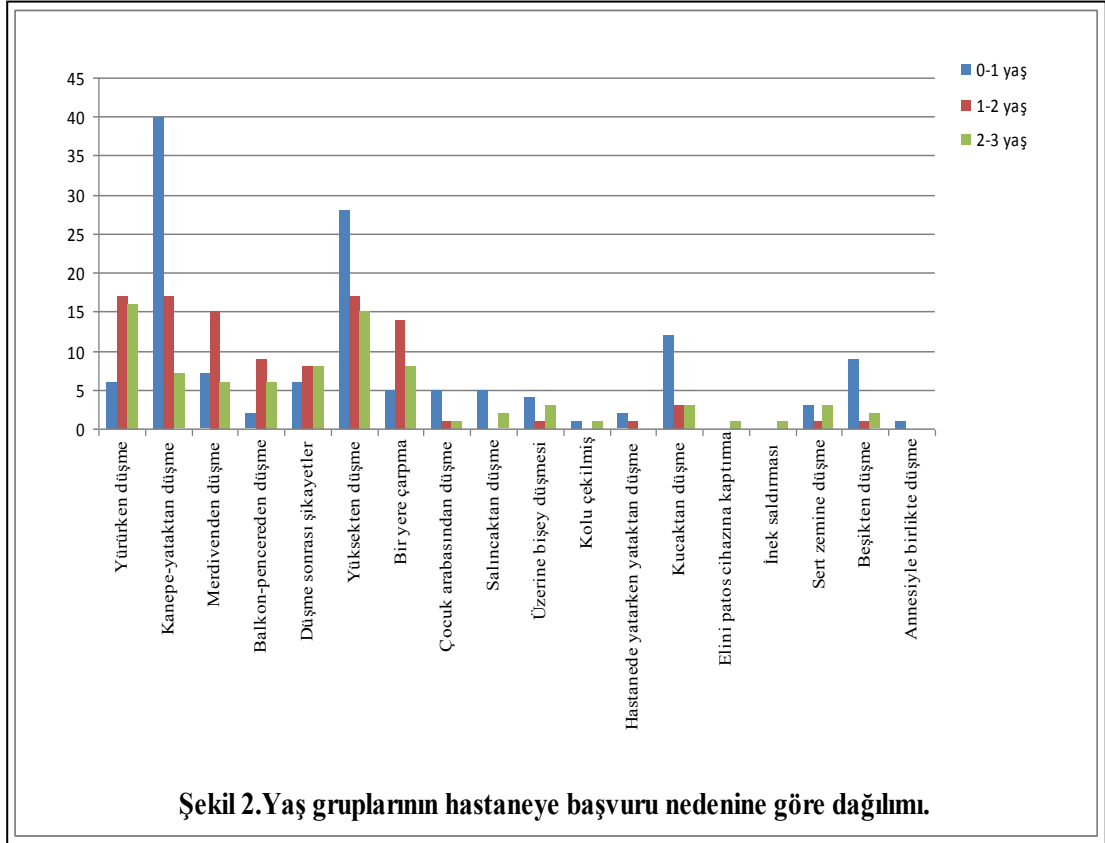
Yaş gruplarına göre başvuruda geçen süre dağılımı incelendiğinde farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). 0-1 yaş grubu % 27,3, 1-2 yaş grubu % 38,0 ve 2-3 yaş grubunda % 33,8 ile daha fazla olarak 1-3 saat arası başvuruda bulunulduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Yaşın başvuruda geçen süreye göre dağılımı.

Başvuruda geçen süre		YAŞ			TOPLAM
		0-1 yaş	1-2 yaş	2-3 yaş	
00-30 dk	Sayı	4	6	4	14
	%	2,9	5,7	4,8	4,3
30-60 dk	Sayı	20	8	9	37
	%	14,7	7,6	10,8	11,4
1-3 saat	Sayı	37	40	28	105
	%	27,3	38,0	33,8	32,4
3-5 saat	Sayı	12	10	11	33
	%	8,8	9,5	13,3	10,2
5-24 saat	Sayı	17	13	7	37
	%	12,5	12,4	8,4	11,4
24-48 saat	Sayı	4	3	2	9
	%	2,9	2,9	2,4	2,8
48-72 saat	Sayı	2	3	1	6
	%	1,5	2,9	1,2	1,9
72 saat ve üzeri	Sayı	5	1	3	9
	%	3,7	1,0	3,6	2,8
Belirtilmemiş	Sayı	35	21	18	74
	%	25,7	20,0	21,7	22,8
TOPLAM	Sayı	136	105	83	324
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$X^2= 11,62$ $p=0,769$ $p>0,05$ önemsiz

Yaş gruplarına göre hastaneye başvuru nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; 0-1 yaş grubunda % 29,4 (n=40) ile kanepede-yataktan düşme, % 20,6 (n=28) ile yüksekten düşmenin daha fazla olduğu görülmüştür. 1-2 yaş grubu çocuklarda yürürken düşme, kanepede-yataktan düşme ve yüksekten düşmenin % 16,2 (n=17) ile daha fazla olduğu görülmüştür. 2-3 yaş grubu çocuklarda % 19,3 (n=16) ile yürürken düşme ile, %18,1 (n=15) ile yüksekten düşmenin daha fazla başvuru nedeni olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, her yaş grubundaki çocuklarda, acile başvuru nedenleri olarak yüksekten düşme fazla olarak bulunmuştur (**Şekil 2**).



Yaş gruplarına göre acil fizik muayene bulgularının dağılımı incelendiğinde farklılık önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Görüldüğü gibi 1-2 yaş grubu çocuklarda % 64,8 ile, 2-3 yaş grubu çocuklarda % 78,3 ile daha fazla oranda travmatik bulgu saptanırken, 0-1 yaş grubu çocuklarda % 58,1 ile travmatik bulgu olmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Yaşın acil fizik muayene bulgularına göre dağılımı.

Acil FM		YAŞ			TOPLAM
		0-1 yaş	1-2 yaş	2-3 yaş	
Travmatik bulgu var	Sayı	56	68	65	189
	%	41,2	64,8	78,3	58,3
Travmatik bulgu yok	Sayı	79	37	18	134
	%	58,1	35,2	21,7	41,4
Değerlendirilememiş	Sayı	1	0	0	1
	%	0,7	0,0	0,0	0,3
TOPLAM	Sayı	136	105	83	324
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$X^2 = 32,59$ $p = 0,001$ $p < 0,05$ önemli

Yaş gruplarının konsültasyon istenen bölümlere göre dağılımı incelendiğinde; 0-1 yaş grubunda % 57,4'ünde herhangi bir konsültasyon istenmediği, % 28,7'sinde beyin ve sinir cerrahisi bölümü konsültasyonu istendiği görülmüştür. 1-2 yaş grubu çocuklarda % 43,8'ine herhangi bir konsültasyon istenmediği, % 26,7'sinde beyin ve sinir cerrahisi bölümü konsültasyonu istendiği görülmüştür. 2-3 yaş grubu çocuklarda % 32,5 ile herhangi bir konsültasyon istememe, % 24,1 ile ortopedi bölümü konsültasyonu isteme durumu daha fazla olduğu saptanmıştır.

Yaş gruplarına göre düşme mesafesi durumu incelendiğinde farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Görüldüğü gibi her yaş grubunda; düşme mesafesi belirtilmemiş olan grup, diğer gruplara göre farklılık göstermektedir. Her yaş grubunda, düşme mesafesi belirlenmemiş olan bireylerin oranları daha fazladır. **Tablo 3** incelendiğinde; 0-1 yaş grubundaki çocukların 50-100 cm (% 27,9) ve 100-150 cm (% 21,3) yüksekliklerden daha sıklıkla düştükleri saptanmıştır. 1-2 ve 2-3 yaş gruplarındaki çocukların daha fazla oranda 100-150 cm (% 16,2 ve % 16,9) yükseklikten düştükleri görülmüştür.

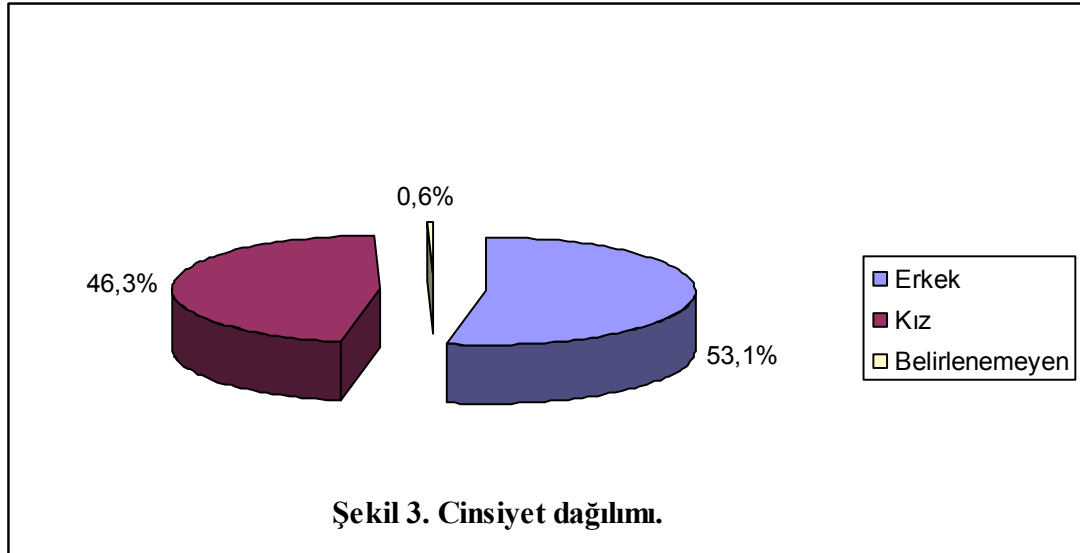
Tablo 3. Yaşın tahmini düşme mesafesine göre dağılımı.

Tahmini düşme mesafesi		YAŞ			TOPLAM
		0-1 yaş	1-2 yaş	2-3 yaş	
0-50 cm	Sayı	12	9	1	22
	%	8,8	8,6	1,2	6,8
50-100 cm	Sayı	38	8	5	51
	%	27,9	7,6	6,0	15,7
100-150 cm	Sayı	29	17	14	60
	%	21,3	16,2	16,9	18,5
150-300 m	Sayı	1	12	5	18
	%	0,7	11,4	6,0	5,6
300-400 cm	Sayı	0	2	3	5
	%	0,0	1,9	3,6	1,5
Belirtilmemiş	Sayı	56	56	52	164
	%	41,3	53,4	62,7	50,7
4 m üzeri	Sayı	0	1	3	4
	%	0,0	1,0	3,6	1,2
TOPLAM	Sayı	136	105	83	324
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$X^2= 55.59$ $p=0,001$ $p<0,05$ önemli

4. 2. Cinsiyet

İncelemesi yapılan 324 olgudan 172 olgu erkek cinsiyet grubu, 150 olgu kız cinsiyet grubunu oluştururken iki olgunun cinsiyeti belirlenememiştir (**Şekil 3**).



Cinsiyet durumunun mevsimlere göre dağılımı incelendiğinde farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Farklılık önemsiz bulunmasına rağmen; erkeklerin % 34,9'u, kızların % 42,0'sinde düşmelerin daha çok yaz mevsiminde olduğu saptanmıştır (**Tablo 4**).

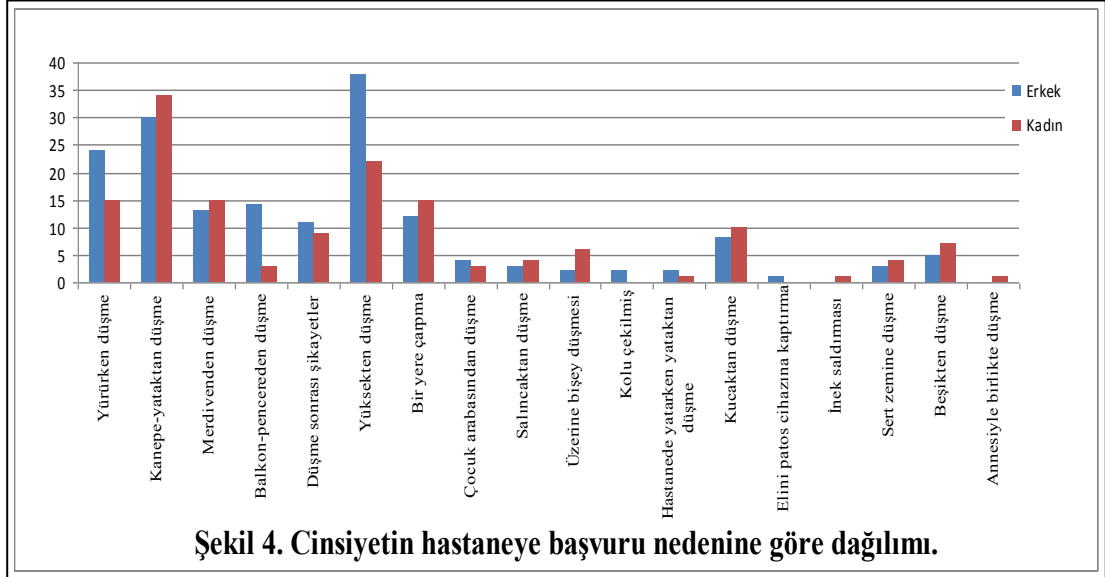
Tablo 4. Cinsiyetin mevsimlere göre dağılımı.

Mevsimler		CİNSİYET		TOPLAM
		Erkek	Kız	
Kış	Sayı	30	16	46
	%	17,4	10,7	14,3
İlkbahar	Sayı	36	36	72
	%	20,9	24,0	22,4
Yaz	Sayı	60	63	123
	%	34,9	42,0	38,1
Sonbahar	Sayı	46	35	81
	%	26,8	23,3	25,2
TOPLAM	Sayı	172	150	322
	%	100,0	100,0	100,0

$X^2=4.35$ $p=0.227$ $p>0.05$ önemsiz

Cinsiyet durumunun hastaneye başvuru nedenine göre dağılımı incelendiğinde; erkek cinsiyet grubunda % 22,1 (n=38) ile yüksekten düşme ve % 17,4 (n=30) ile kanepe-yataktan düşmenin daha fazla olduğu, kız cinsiyet grubunda

% 22,7 (n=34) ile kanepede-yataktan düşme ve % 14,7 (n=22) ile yüksekten düşmenin daha fazla oldukları görülmüştür (Şekil 4).



Cinsiyet durumunun acil fizik muayene bulgularına göre dağılımı incelendiğinde; farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Erkeklerin % 60,5'inde, kızların % 56,7'sinde travmatik bulgu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Cinsiyetin acil fizik muayene bulgularına göre dağılımı.

Acil fizik muayene bulguları	CİNSİYET		TOPLAM	
	Erkek	Kız		
Travmatik bulgu var	Sayı	104	85	189
	%	60,5	56,7	58,7
Travmatik bulgu yok	Sayı	67	65	132
	%	39,0	43,3	41,0
Değerlendirilememiş	Sayı	1	0	1
	%	0,5	0,0	0,3
TOPLAM	Sayı	172	150	322
	%	100,0	100,0	100,0

$X^2=1.44$ $p=0.486$ $p>0.05$ önemsiz

Cinsiyet durumunun tahmini düşme mesafesine göre dağılımı incelendiğinde farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Sonuç önemsiz bulunmasına rağmen; erkeklerin % 51,1'inde, kızların % 50,1'inde tahmini düşme mesafesi

belirtilmemiştir. Belirtilen düşme mesafeleri içerisinde erkeklerin % 18,6 ile, kızların % 18,0 ile 100-150 cm mesafelerden düştükleri görülmüştür (**Tablo 6**).

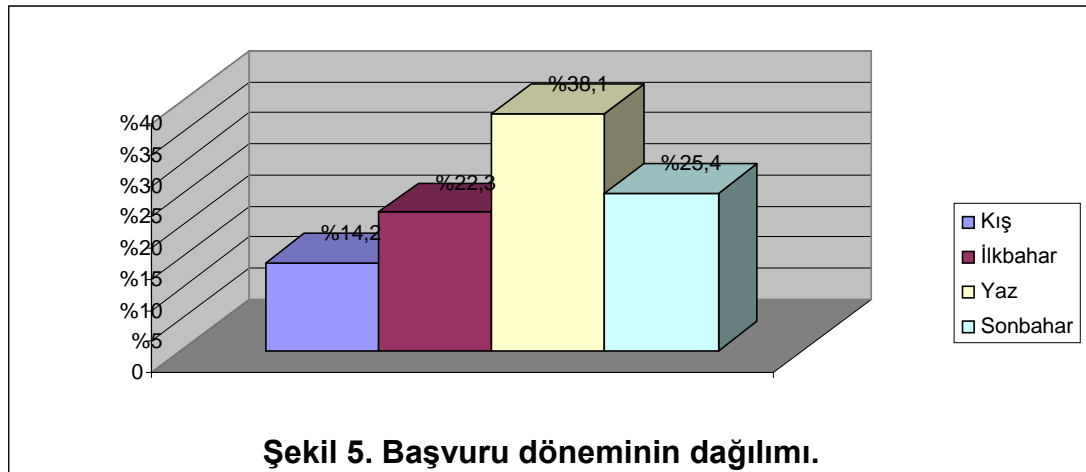
Tablo 6. Cinsiyetin tahmini düşme mesafesine göre dağılımı.

Tahmini düşme mesafesi		CİNSİYET		TOPLAM
		Erkek	Kız	
0-50 cm	Sayı	8	14	22
	%	4,7	9,3	6,8
50-100 cm	Sayı	25	26	51
	%	14,5	17,3	15,8
100-150 cm	Sayı	32	27	59
	%	18,6	18,0	18,3
150-300 cm	Sayı	13	5	18
	%	7,6	3,3	5,6
300-400 cm	Sayı	2	3	5
	%	1,2	2,0	1,6
Belirtilmemiş	Sayı	88	75	163
	%	51,1	50,1	50,7
4 m üzeri	Sayı	4	0	4
	%	2,3	0,0	1,2
TOPLAM	Sayı	172	150	322
	%	100,0	100,0	100,0

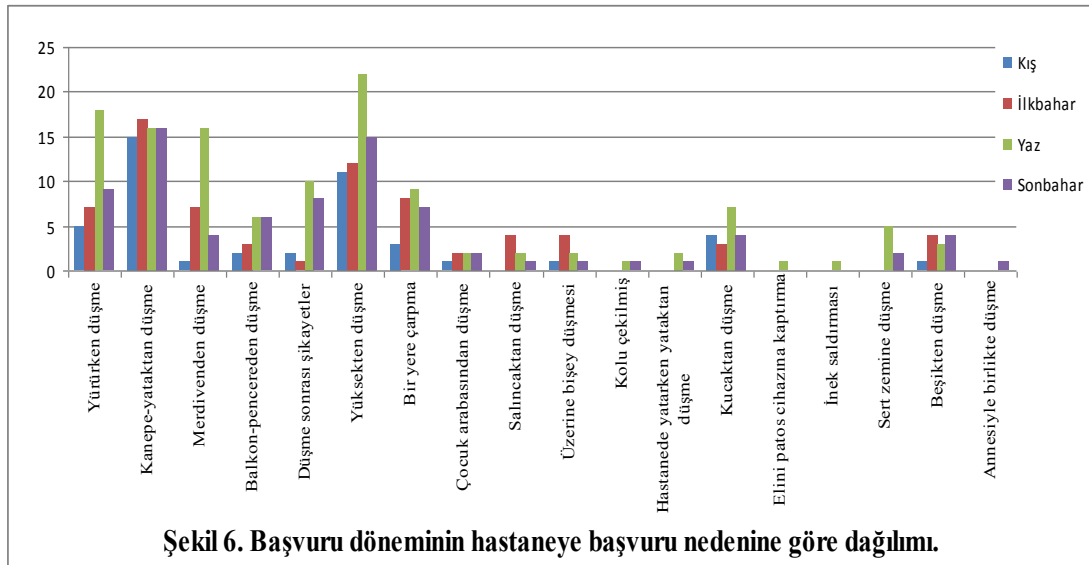
$X^2=9.41$ $p=0.152$ $p>0.05$ önemsiz

4. 3. Başvuru Dönemi

Başvuruda bulunulan mevsimlerin dağılımı incelendiğinde % 38,1 ile yaz, % 25,4 ile sonbahar, % 22,3 ile ilkbahar ve % 14,2 ile kış olduğu görülmüştür (**Şekil 5**).

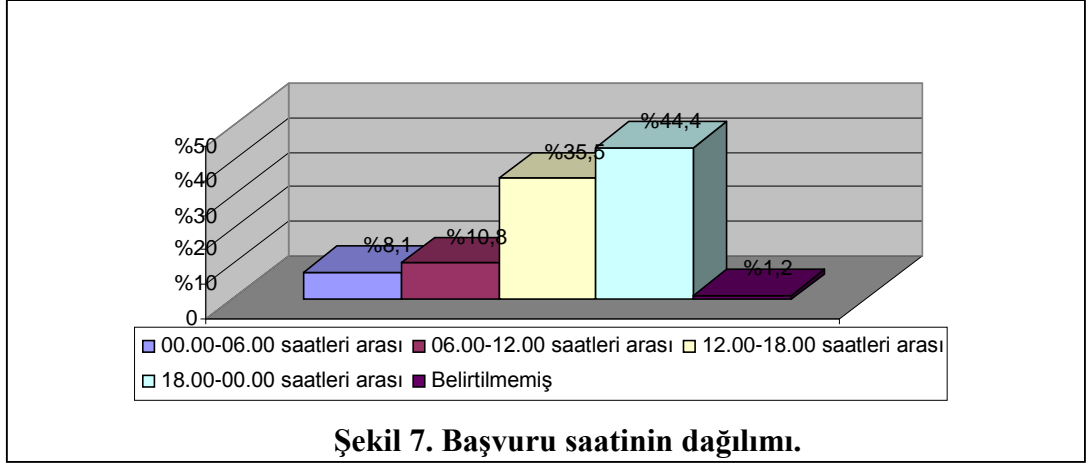


Hastaneye başvuru döneminin başvuru nedenine göre dağılımı incelendiğinde; kış döneminde % 32,6 (n=15) ile kanepе-yataktan düşme, % 23,9 (n=11) ile yüksekten düşme, % 10,9 (n=5) ile yürürken düşme ve % 8,7 (n=4) ile kucaktan düşmenin daha fazla olduğu görülmüştür. İlkbahar döneminde % 23,6 (n=17) ile kanepе-yataktan düşme, % 16,7 (n=12) ile yüksekten düşme, % 11,1 (n=8) ile bir yere çarpma, % 9,7 (n=7) ile yürürken ve merdivenden düşme nedenlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Yaz döneminde % 17,9 (n=22) ile yüksekten düşme, % 14,6 (n=18) ile yürürken düşme, % 13,0 (n=16) ile kanepе-yataktan ve merdivenden düşme nedenlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Sonbahar döneminde % 19,5 (n=16) ile kanepе-yataktan düşme, % 18,3 (n=15) ile yüksekten düşme, % 11,0 (n=9) ile yürürken düşme, % 9,8 (n=8) ile düşme sonrası oluşan şikayetler ile hastaneye daha fazla başvurdukları görülmüştür (Şekil 6).



4. 4. Başvuru Saati

Hastaneye başvuru saatinin dağılımı incelendiğinde; % 44,4 ile 18:00-00:00 saatleri, % 35,5 ile 12:00-18:00 saatleri, % 10,8 ile 06:00-12:00 saatlerinde başvuru olduğu görülürken, olguların % 1,2'sinin hastaneye başvuru saati belirtilmemiştir (Şekil 7).



Hastaneye başvuru saatinin başvuruda geçen süreye göre dağılımları incelendiğinde; 00:00-06:00 saatleri arası başvuranların % 26,9'unun 3-5 saat, % 23,1'inin 1-3 saat ve 5-24 saat içerisinde başvurdukları, 06:00-12:00 saatleri arası başvuranların % 31,4'ü 30-60 dakika, % 25,7'si 1-3 saat içerisinde, 12:00-18:00 saatleri arası başvuranların % 32,2'si 1-3 saat, % 10,4'ü 3-5 saat içerisinde başvurdukları, 18:00-00:00 saatleri arası başvuranların % 36,8'i 1-3 saat, % 11,8'inin 5-24 saat, % 11,1'inin 30-60 dakika içerisinde başvurdukları görülmektedir. Bununla beraber 00:00-06:00 saatleri arası başvuranların % 11,5'inde, 06:00-12:00 saatleri arası başvuranların % 28,6'sında, 12:00-18:00 saatleri arası başvuranların % 24,3'ünde ve 18:00-00:00 saatleri arası başvuranların % 20,8'inde, saati belirlenemeyen olguların % 75,0'inde başvuruda geçen süre belirtilmemiştir. Genel olarak tüm başvuru saatlerine göre bireylerin 1-3 saat içerisinde başvurdukları görülmektedir (**Tablo 7**).

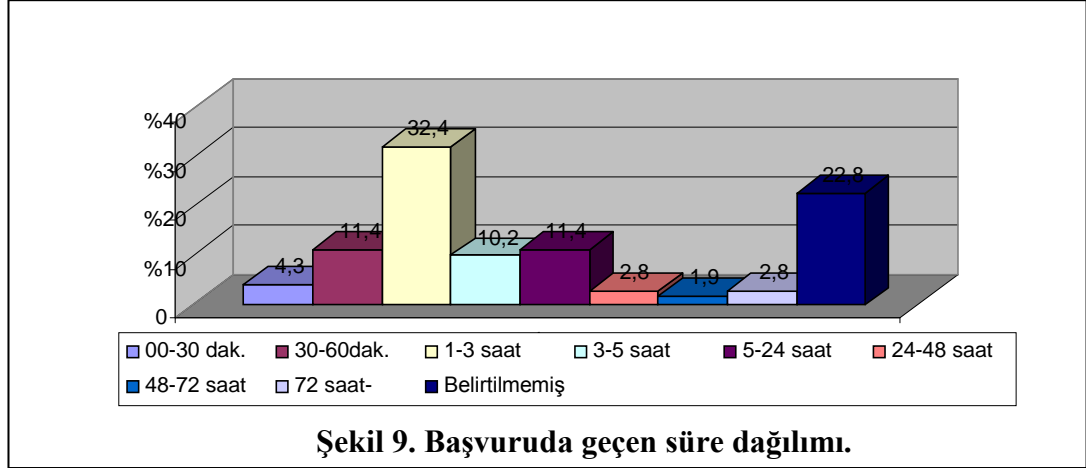
Tablo 7. Hastaneye başvuru saatinin başvuruda geçen süreye göre dağılımı.

Başvuruda geçen süre		BAŞVURU SAATİ					TOPLAM
		00-06 arası	06-12 arası	12-18 arası	18-00 arası	Belirtilmemiş	
00-30 dk	Sayı	1	0	7	6	0	14
	%	3,8	0,0	6,1	4,2	0,0	4,3
30-60 dk	Sayı	1	11	8	16	1	37
	%	3,8	31,4	7,0	11,1	25,0	11,4
1-3 saat	Sayı	6	9	37	53	0	105
	%	23,1	25,7	32,3	36,8	0,0	32,4
3-5 saat	Sayı	7	0	12	14	0	33
	%	26,9	0,0	10,4	9,7	0,0	10,2
5-24 saat	Sayı	6	3	11	17	0	37
	%	23,1	8,6	9,6	11,8	0,0	11,4
24-48 saat	Sayı	2	0	2	5	0	9
	%	7,7	0,0	1,7	3,5	0,0	2,8
48-72 saat	Sayı	0	1	5	0	0	6
	%	0,0	2,9	4,3	0,0	0,0	1,9
72 saat-	Sayı	0	1	5	3	0	9
	%	0,0	2,9	4,3	2,1	0,0	2,8
Belirtilmemiş	Sayı	3	10	28	30	3	74
	%	11,6	28,8	24,3	20,8	75,0	22,8
TOPLAM	Sayı	26	35	115	144	4	324
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Başvuru saatinin hastaneye başvuru nedenine göre dağılımının incelenmesinde; 00:00-06:00 saatleri arası başvuranların % 23,1'i (n=6) yürürken düşme ve kanep-yataktan düşme durumları oluştururken, % 11,5'ini (n=3) kucaktan düşme, bir yere çarpma durumları oluşturmaktadır. 06:00-12:00 saatleri arası başvuranların % 31,4'ü (n=11) yüksekten düşme, % 20,0'si (n=7) kanep-yataktan düşme, % 11,4'ü (n=4) balkon ve pencereden düşme oluşturmaktadır. 12:00-18:00 saatleri arası başvuranların % 20,0'si (n=23) yüksekten düşme, % 17,4'ü (n=20) kanep-yataktan düşme, % 12,2'si (n=14) merdivenden düşme durumları oluşturmaktadır. 18:00-00:00 saatleri arası başvuranların % 20,1'ini (n=29) kanep-yataktan düşme, % 16,0'sı (n=23) yüksekten düşme, % 13,9'unu (n=20) yürürken düşme, % 11,1'i (n=16) de bir yere çarpma durumları oluşturmaktadır. Genel olarak durum incelendiğinde başvuru saatine göre en büyük oranlar kanep-yataktan düşme olgularına aittir (**Şekil 8**).

4. 5. Başvuruda Geçen Süre

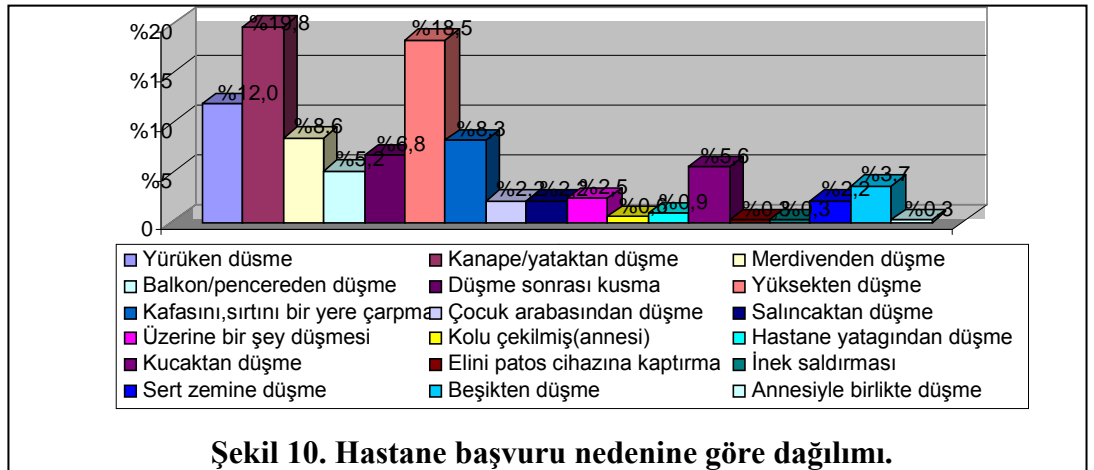
Hastaneye başvuruda geçen sürenin dağılımının incelenmesinde; % 32,4 ile 1-3 saat arası başvuru, % 11,4 ile 30-60 dakika arası ve 5-24 saat arası başvuru, % 10,2 ile 3-5 saat arası başvuru, % 4,3 ile 0-30 dakika arası başvuru, % 2,8 ile 24-48 saat arası ve 72 saat ve üzeri sürede başvuru,% 1,9 ile 48-72 saat arası başvuru yapılırken, olguların % 22,8'inde başvuru saati belirtilmemiştir (Şekil 9).



Başvuruda geçen süreye göre konsültasyon istenen bölümlere göre dağılımı incelendiğinde; 0-30 dakika arası sürede başvuran olguların % 64,3'üne, 30-60 dakika arası sürede başvuran olguların % 45,9'una, 1-3 saat arası sürede başvuran olguların % 37'sine, 3-5 saat arası sürede başvuran olguların % 48,5'sine, 5-24 saat arası sürede başvuran olguların % 51,4'üne, 72 saat ve üzeri sürede başvuran olguların % 50'sine ve başvuruda geçen süresi belirtilmemiş olguların % 58,1'ine herhangi bir konsültasyon istenmemiştir. 0-30 dakika arası sürede başvuran olguların % 12,4'ünde, 30-60 dakika arası sürede başvuran olguların % 16,2'sinde, 1-3 saat arası sürede başvuran olguların % 30,5'inde, 3-5 saat arası sürede başvuran olguların % 30,3'ünde, 5-24 saat arası sürede başvuran olguların % 24,3'ünde, 24-48 saat arası sürede başvuran olguların % 44,4'ünde, 48-72 saat arası sürede başvuran olguların % 33,3'ünde, 72 saat ve üzeri sürede başvuran olguların % 55,6'sında ve başvuruda geçen süre belirtilmemiş olguların % 14,9'unda beyin ve sinir cerrahisi bölümü konsültasyonu istenmiştir. 24-48 saat arası sürede başvuran olguların % 33,3'ünde, 72 saat ve üzeri sürede başvuran olguların % 22,2'sinde herhangi bir konsültasyon istenmezken, yine 72 saat ve üzeride başvuran olguların % 22,2'sinde ortopedi bölümü konsültasyonu istenmiştir.

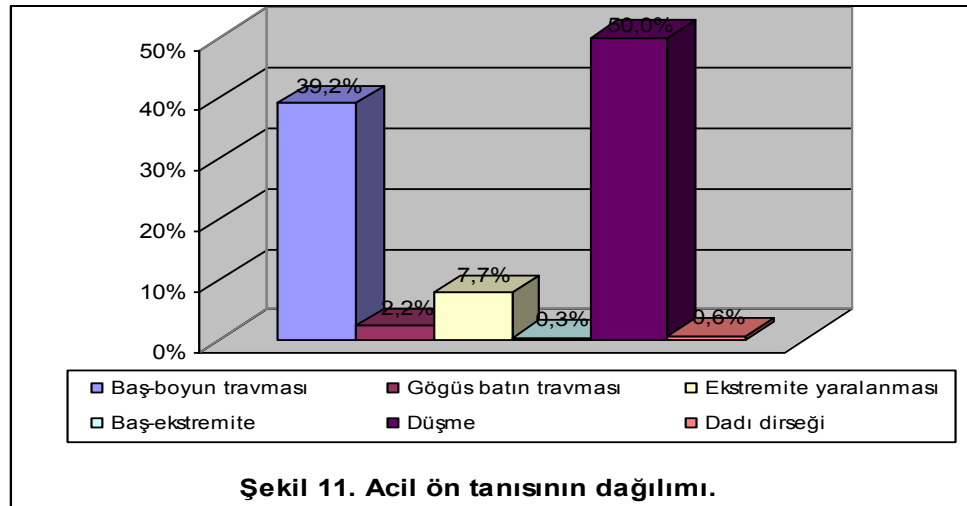
4. 6. Hastaneye Başvuru Nedeni

Olguların hastane başvuru nedenine göre dağılımının incelenmesinde; olguların 64'ünün (% 19,8) kanepede-yataktan düşme, 60'ının (% 18,5) yüksekten düşme, 39'unun (% 12,0) yürürken düşme, 28'inin (% 8,6) merdivenden düşme, 27'sinin (% 8,3) kafasını-sırtını bir yere çarpma, 22'sinin (% 6,8) düşme sonrası şikayetler, 18'inin (% 5,6) kucaktan düşme, 17'sinin (% 5,2) balkon-pencereden düşme, 12'sinin (% 3,7) beşikten düşme, 8'inde (% 2,5) üzerine bir şey düşmesi, 7'sinde (% 2,2) çocuk arabasından, salıncaktan düşme ve sert zemine düşme, 3'ünde (% 0,9) hastanede yataktan düşme, 2'sinde (% 0,6) kolu çekilme, 1'inde (% 0,3) elini patos cihazına kaptırma, inek saldırması ve annesiyle birlikte düşme nedenlerinin yer aldığı görüldü (Şekil 10).



4. 7. Acil Ön Tanı

Hastane otomasyon sitemine göre tanımlanmamış düşme tanısı alan 324 olgunun acil ön tanılarının dağılımı incelendiğinde; % 50,0 ile düşme ön tanısı olup yaralanma bölgesinin belirtilmediği, % 39,2 ile baş-boyun travması, % 7,7 ile ekstremitelere yaralanması, % 2,2 ile göğüs batın travması, % 0,6 ile dadi dirseği ve % 0,3 ile baş-ekstremitelere yaralanması ön tanıları konulmuştur (Şekil 11).



Acil ön tanısının acil fizik muayene bulgularına göre dağılımında; baş-boyun travması olan olguların % 71,4'ünde, göğüs-batın travması olan olguların % 57,1'inde, ekstremitte yaralanması olanların %88,0'inde, dadı dirseği ön tanısı olanların tamamında travmatik bulgu olduğu saptanırken; düşme ön tanısı olan olguların % 56,8'inde, göğüs-batın ön tanısı olan olguların % 42,9'unda, baş-boyun travması olan olguların % 28,3'ünde travmatik bulgu olmadığı görülmüştür (**Tablo 10**).

Tablo 10. Acil ön tanısının acil fizik muayene bulgularına göre dağılımı.

Acil FM	ACİL ÖN TANI						TOPLAM	
	Baş-boyun travması	Göğüs batın travması	Ekstremitte yaralanması	Baş-ekstremitte	Düşme	Dadı dirseği		
Bulgu var	Sayı	91	4	22	1	69	2	189
	%	71,7	57,1	88,0	100,0	42,6	100,0	58,3
Bulgu yok	Sayı	36	3	3	0	92	0	134
	%	28,3	42,9	12,0	0,0	56,8	0,0	41,4
Değerlendirilememiş	Sayı	0	0	0	0	1	0	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,3
TOPLAM	Sayı	127	7	25	1	162	2	324
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Acil ön tanısının adli tıp açısından yaralanma düzeyine göre dağılımı incelendiğinde; baş-boyun travması ön tanısı olanların % 81,9 ile basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde (BTM) olduğu, % 12,6 ile yaşamsal tehlikeye (YT) neden olduğu, göğüs-batın travması ön tanısı olanların % 57,1 ile basit tıbbi

müdahale ile giderilebilecek düzeyde olduğu, % 28,6 ile hayati tehlikeye neden olduğu, ekstremitte yaralanması ön tanısı olanların % 76,0 ile basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olmadığı, % 24,0 ile basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olduğu, düşme ön tanısı olanların % 82,7 ile basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olduğu, % 11,1 ile basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olmadığı, dadı dirseği ön tanısı olanların % 50,0 ile basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olduğu görülmüştür (**Tablo 11**).

Tablo 11. Acil ön tanısının adli tıp açısından yaralanma düzeyine göre dağılımı.

Adli tıp açısından yaralanma	ACİL ÖN TANI						TOPLAM	
	Baş-boyun travması	Göğüs batın travması	Ekstremitte yaralanması	Baş-ekstremitte	Düşme	Dadı dirseği		
BTM olduğu	Sayı	104	4	6	1	134	1	250
	%	81,9	57,1	24,0	100,0	82,7	50,0	77,2
BTM olmadığı	Sayı	5	1	19	0	18	1	44
	%	3,9	14,3	76,0	0,0	11,1	50,0	13,6
YT olduğu	Sayı	16	2	0	0	7	0	25
	%	12,6	28,6	0,0	0,0	4,3	0,0	7,7
Ayrıma gidilemediği	Sayı	2	0	0	0	3	0	5
	%	1,6	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	1,5
TOPLAM	Sayı	127	7	25	1	162	2	324
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

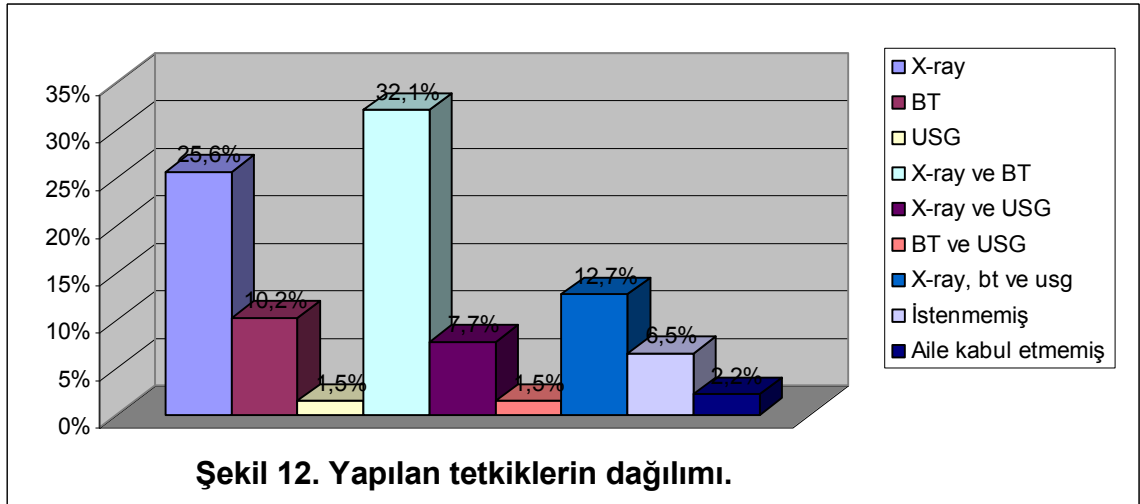
Acil ön tanısının kırık açısından değerlendirilmesine göre incelenmesinde; baş-boyun travması ön tanısı alanların % 88,2'sinde kırık-çıkık olmadığı, % 11,8'inde kırık olduğu, göğüs-batın travması ön tanısı alanlarda % 85,7'sinde kırık-çıkık olmadığı, % 14,3'ünde kırık olduğu, ekstremitte yaralanması ön tanısı alanların % 64,0'ünde kırık olduğu, % 28,0'inde kırık-çıkık olmadığı, düşme ön tanısı alanların % 84,6'sında ile kırık-çıkık olmadığı, % 14,8'inde kırık olduğu, dadı dirseği ön tanısı alanların % 50,0'sinde kırık-çıkık olmadığı ve dadı dirseği olduğu görülmüştür (**Tablo 12**).

Tablo 12. Acil ön tanısının kırık açısından değerlendirilmesine göre dağılımı.

Kırık açısından değerlendirme		ACİL ÖN TANI						TOPLAM
		Baş-boyun travması	Göğüs batın travması	Ekstremitte yaralanması	Baş-ekstremitte	Düşme	Dadı dirseği	
Kırık var	Sayı	15	1	16	0	24	0	56
	%	11,8	14,3	64,0	0,0	14,8	0,0	17,3
Kırık-çıkık yok	Sayı	112	6	7	1	137	1	264
	%	88,2	85,7	28,0	100,0	84,6	50,0	81,5
Dadı dirseği	Sayı	0	0	2	0	0	1	3
	%	0,0	0,0	8,0	0,0	0,0	50,0	0,9
Şüpheli kırık ayırım yapılmamış	Sayı	0	0	0	0	1	0	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,3
TOPLAM	Sayı	127	7	25	1	162	2	324
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4. 8. Yapılan Tetkikler

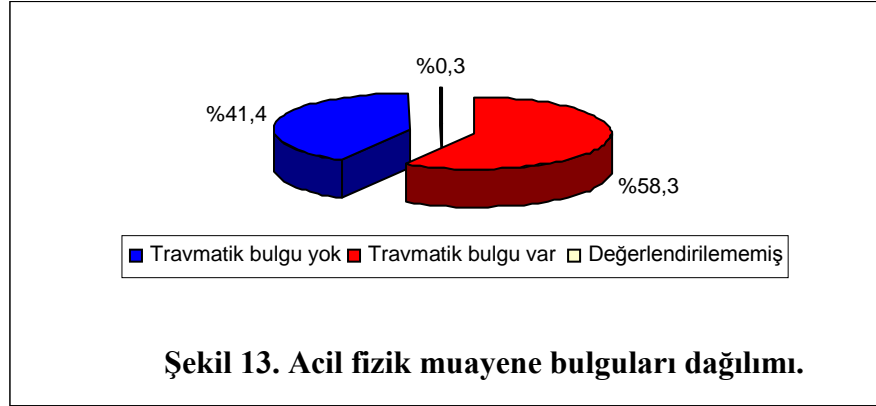
Hastanemize başvurusu olan 324 olgunun acilde istenen tetkiklerin dağılımı incelendiğinde; % 32,5 ile x-ray ve bilgisayarlı tomografi (BT), % 25,6 ile x-ray, % 12,7 ile x-ray, BT ve ultrasonografi (USG), % 10,2 ile BT, % 7,7 ile x-ray ve USG, % 6,5 ile herhangi bir tetkik istenmediği, % 2,2 ile istenen tetkikleri aile kabul etmediği, % 1,5 ile USG, USG ve BT istendiği saptanmıştır (**Şekil 12**).



4. 9. Acil Fizik Muayene Bulguları

Acil fizik muayene bulgularının dağılımı incelendiğinde 324 olgudan 189'unda (% 58,3) acilde travmatik bulgu saptanırken, 134'ünde (% 41,4) travmatik

bulgu saptanmamıştır. Ayrıca bir olgu (% 0,3) travmatik bulgu açısından değerlendirilememiştir (Şekil 13).



Acil fizik muayene bulgularına göre olguların tedavi gördüğü servise göre dağılımları incelendiğinde; hem travmatik bulgusu olan (% 82,6) hem de travmatik bulgusu olmayan (% 94,0) çocuklar acil poliklinik düzeyinde tedavi görmüştür. Ayrıca yine travmatik bulgusu olan çocukların beyin ve sinir cerrahisi (BSC) servisinde (% 9,5) ayaktan tedavi gördüğü saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Acil fizik muayene bulgularının tedavi gördüğü servise göre dağılımı.

Tedavi gördüğü servis		ACİL FM			TOPLAM
		Travmatik bulgu var	Travmatik bulgu yok	Değerlendirilememiş	
Acil gözlem	Sayı	3	0	0	3
	%	1,6	0,0	0,0	0,9
BSC	Sayı	18	2	0	20
	%	9,5	1,5	0,0	6,2
Ortopedi	Sayı	3	0	0	3
	%	1,6	0,0	0,0	0,9
Çocuk cer	Sayı	7	4	0	11
	%	3,7	3,0	0,0	3,4
Acil plk	Sayı	156	126	1	283
	%	82,6	94,0	100,0	87,4
Pediatri	Sayı	1	2	0	3
	%	0,5	1,5	0,0	0,9
Plastik cer	Sayı	1	0	0	1
	%	0,5	0,0	0,0	0,3
TOPLAM	Sayı	189	134	1	324
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Acil fizik muayene bulgularının tahmini düşme mesafesine göre dağılımı incelendiğinde; farklılık önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Travmatik bulgusu olan (%)

55,0) ve olmayan (% 44,8) olguların düşme mesafesi belirtilmemiştir. Bunun dışında travmatik bulgusu olan (% 15,9) ve travmatik bulgusu olmayan (% 22,4) çoğunlukla 100-150 cm mesafeden düştükleri belirtilmiştir (**Tablo 14**).

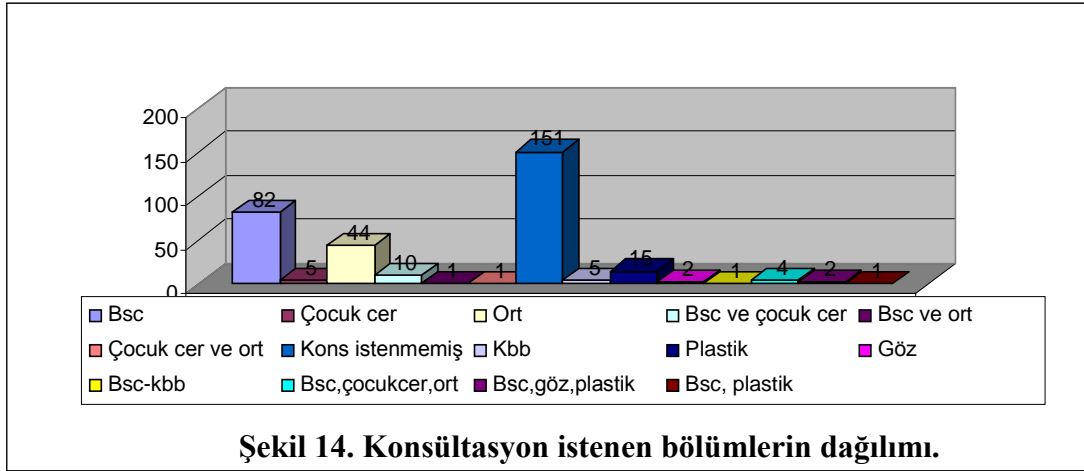
Tablo 14. Acil fizik muayene bulgularının tahmini düşme mesafesine göre dağılımı.

Tahmini düşme mesafesi		ACİL FM			TOPLAM
		Travmatik bulgu var	Travmatik bulgu yok	Değerlen dirilememiş	
0-50 cm	Sayı	12	9	1	22
	%	6,3	6,7	100,0	6,8
50-100 cm	Sayı	23	28	0	51
	%	12,2	20,9	0,0	15,7
100-150 cm	Sayı	30	30	0	60
	%	15,9	22,4	0,0	18,5
150-300 cm	Sayı	13	5	0	18
	%	6,9	3,7	0,0	5,6
300-400 cm	Sayı	5	0	0	5
	%	2,6	0,0	0,0	1,5
Belirtilmemiş	Sayı	104	60	0	164
	%	55,0	44,8	0,0	50,6
4 m üzeri	Sayı	2	2	0	4
	%	1,1	1,5	0,0	1,2
TOPLAM	Sayı	189	134	1	324
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=26,07$ $p=0.010$ $p<0.05$ önemli

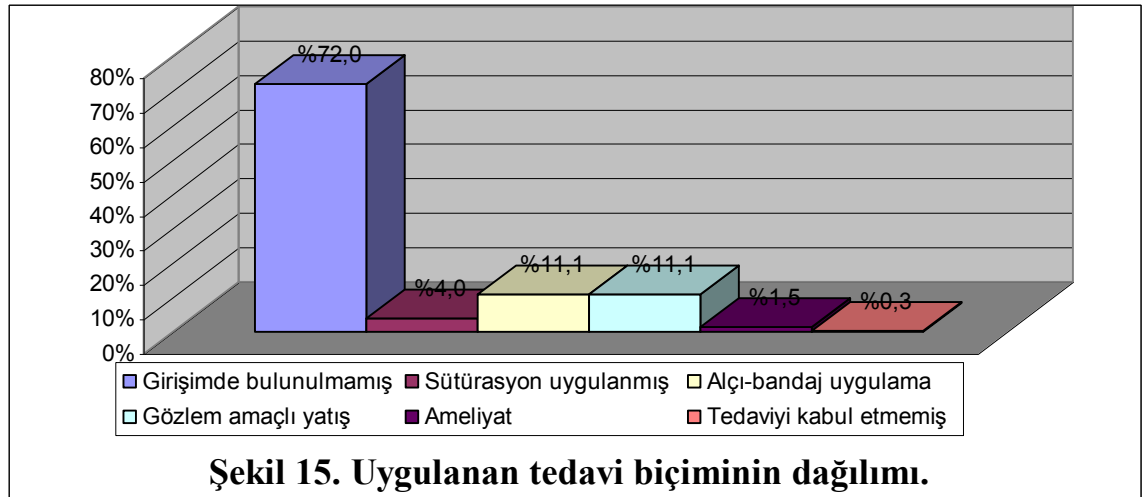
4. 10. Konsültasyon İstenen Bölümler

Konsültasyon istenen bölümlerin dağılımı incelendiğinde; hastaneye başvurusu olan 324 olgunun % 46,6'sında (n=151) herhangi bir bölümden konsültasyon istenmediği, % 25,3'ünde (n=82) beyin ve sinir cerrahisi bölümünden, % 13,6'sında (n=44) ortopedi bölümünden, % 4,6'sında (n=15) plastik cerrahi bölümünden, % 3,1'inde (n=10) beyin ve sinir cerrahisi ve çocuk cerrahisi bölümlerinden, % 1,5'unda (n=5) çocuk cerrahisi bölümünden, % 1,2'sinde (n=4) beyin sinir cerrahisi, çocuk cerrahisi ve ortopedi bölümlerinden, % 0,6'sında (n=2) beyin sinir cerrahisi, göz ve plastik cerrahisi bölümlerinden, % 0,3'ünde (n=1) beyin sinir cerrahisi, ortopedi ve çocuk cerrahisi, ortopedi bölümleri ile beyin sinir cerrahisi, kulak burun boğaz ve beyin sinir cerrahisi, plastik cerrahi bölümlerinden konsültasyonlar istendiği görülmüştür (**Şekil 14**).



4. 11. Uygulanan Tedavi Biçimi

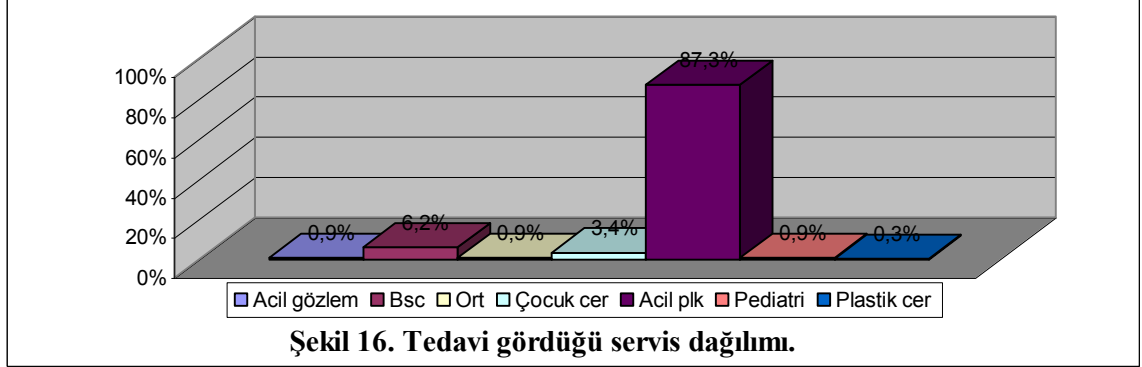
Hastanemize başvurusu olan 324 olguya uygulanan tedavi biçiminin dağılımının incelenmesinde; % 72,0'inde herhangi bir girişimde bulunulmadığı, % 11,1'inde gözlem amaçlı yatış ve alçı-bandaj tedavisi, % 4,0'ünde sütürasyon uygulandığı, % 1,5'inde ameliyat, tedavileri uygulanırken, % 0,3'ünün uygulanan tedaviyi kabul etmediği saptanmıştır (Şekil 15).



4. 12. Tedavi Gördüğü Servis

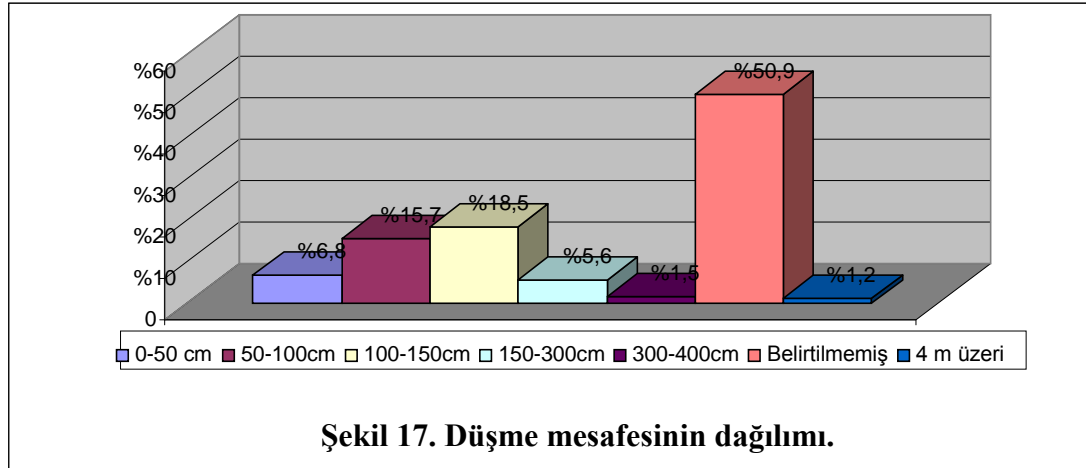
Hastanemize başvurusu olan 324 olgunun tedavi gördüğü servise göre dağılımın incelenmesinde; olguların % 87,3'ünün acil poliklinik düzeyinde, % 6,2'sinin beyin ve sinir cerrahisi servisinde, % 3,4'ünün çocuk cerrahisi servisinde,

% 0,9'unun acil gözlem ünitesi, ortopedi servisi, pediatri servisinde, % 0,3'ünün plastik cerrahi servisinde tedavi gördüğü saptanmıştır (Şekil 16).



4. 13. Tahmini Düşme Mesafesi

Hastanemize başvurusu olan 324 olgunun tahmini düşme mesafesine göre dağılımının incelenmesinde; olguların % 50,9'sının düşme mesafesi belirtilmezken, % 18,5'inin 100-150 cm arası mesafeden, % 15,7'sinin 50-100 cm arası mesafeden, % 6,8'inin 0-50 cm arası mesafeden, % 5,6'sının 150-300 cm arası mesafeden, % 1,5'inin 300-400 cm arası mesafeden ve % 1,2'sinin 4 m ve üzeri mesafeden düştükleri belirtilmiştir (Şekil 17).

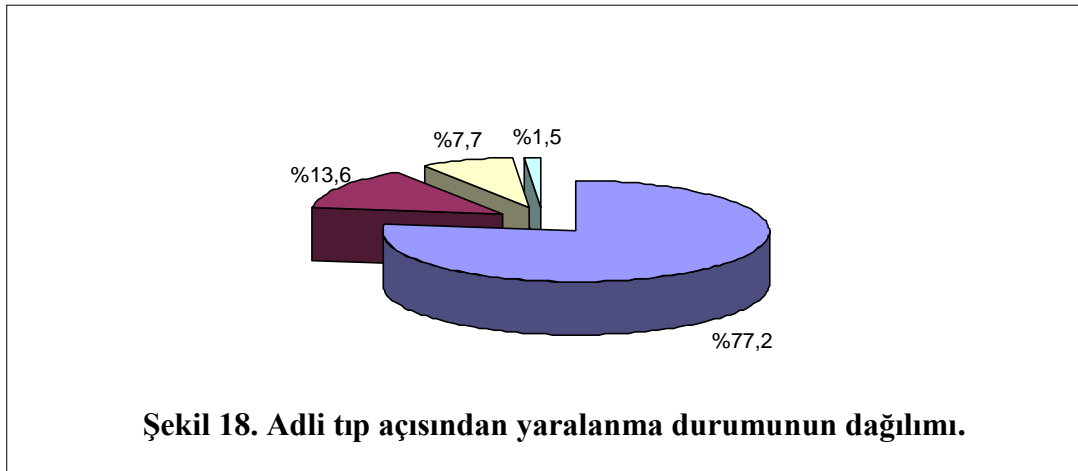


Tahmini düşme mesafesinin kırık açısından yaralanma durumuna göre dağılımının incelenmesinde; 0-50 cm arası düşme mesafesi belirtilen olguların % 86,4'ünde, 50-100 cm arası düşme mesafesi belirtilen olguların % 84,3'ünde, 100-150 cm arası düşme mesafesi belirtilen olguların % 88,3'ünde, 150-300 cm arası düşme mesafesi belirtilen olguların % 72,2'sinde, 300-400 cm arası düşme mesafesi

belirtilen olguların % 80,0'inde, düşme mesafesi belirtilmemiş olguların % 88,7'inde, 4 m ve üzeri düşme mesafesi belirtilmiş olguların % 75,0'inde kırık-çıkık olmadığı saptanırken, 0-50 cm arası düşme mesafesi belirtilen olguların % 13,6'ünde, 50-100 cm arası düşme mesafesi belirtilen olguların % 15,7'ünde, 100-150 cm arası düşme mesafesi belirtilen olguların % 11,7'sinde, 150-300 cm arası düşme mesafesi belirtilen olguların % 27,8'inde, 300-400 cm arası düşme mesafesi belirtilen olguların % 2,0'sinde, düşme mesafesi belirtilmemiş olguların % 18,9'unda, 4 m ve üzeri düşme mesafesi belirtilmiş olguların % 25,0'inde kırık olduğu belirtilmiştir.

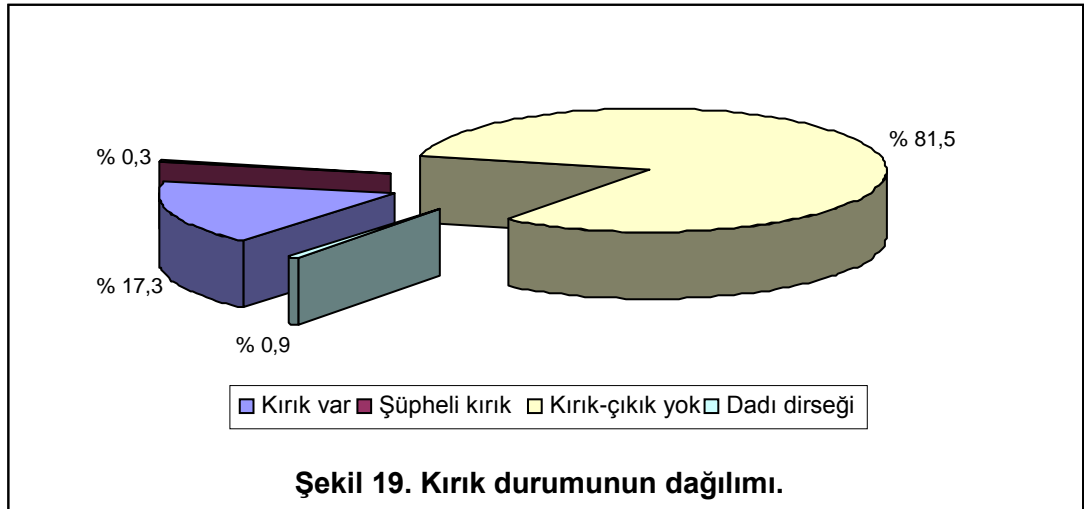
4. 14. Adli Tıp Açısından Yaralanma

Bu çalışmadaki 324 olgunun adli tıp açısından yaralanma durumuna göre dağılımının incelenmesinde; olguların % 77,2'sinin basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olduğu, % 13,6'sının basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olmadığı, % 7,7'sinin yaralanmanın yaşamsal tehlike oluşturacak düzeyde olduğu ve % 1,5'inin veri eksikliği nedeniyle adli tıp açısından değerlendirilemediği saptanmıştır (Şekil 18).



4. 15. Kırık Açısından Yaralanma

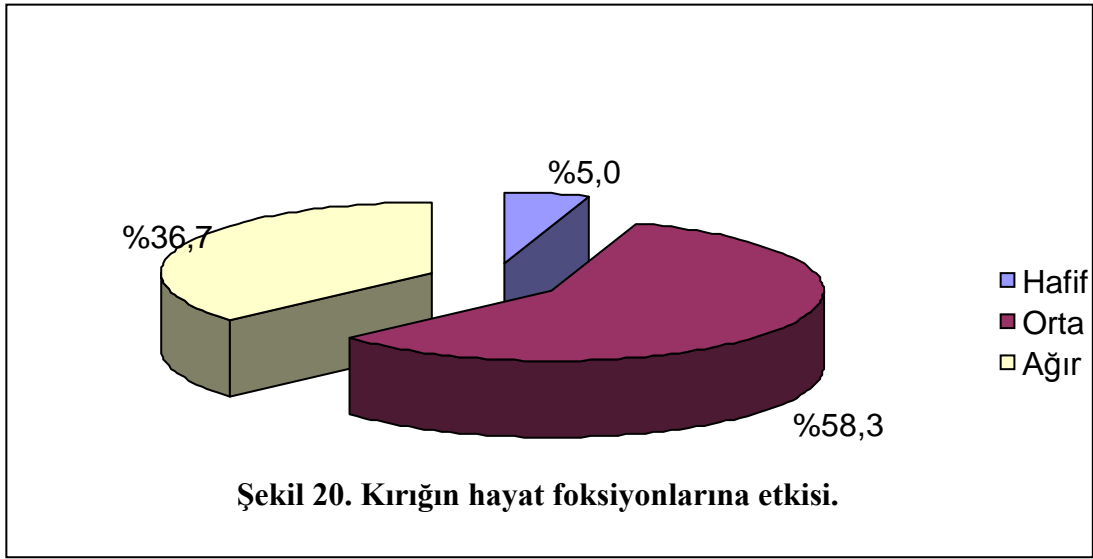
Hastanemize başvurusu olan 324 olgunun kırık, çıkık ve dadı dirseği açısından yaralanma durumunun incelendiğinde; olguların % 81,5'inde kırık ve çıkık olmadığı, % 17,3'ünde kırık olduğu, % 0,9'unda dadı dirseği olduğu, % 0,3'ünde şüpheli, kırık ayrımı yapılmadığı saptanmıştır (Şekil 19).



Kırık açısından yaralanma düzeyinin hastaneye başvuru nedenine göre dağılımı incelendiğinde; kırık olduğu saptanan olguların % 23,2'si kanepede-yataktan düşme, % 21,4'ü yürürken düşme, % 12,5'i merdivenden düşme, % 10,7'si balkon ve pencereden düşme, % 8,9'u yüksekten düşme nedenleriyle, kırık ve çıkık olmayan olguların % 20,8'i yüksekten düşme, % 19,3'ü kanepede-yataktan düşme, % 9,5'i yürürken düşme ve bir yere çarpma, % 8,3'ü düşme sonrası şikayetler, % 8,0'i merdivenden düşme nedenleriyle, dadı dirseği olan bireylerin % 66,7'si yürürken düşme nedeniyle hastaneye başvurmuşlardır.

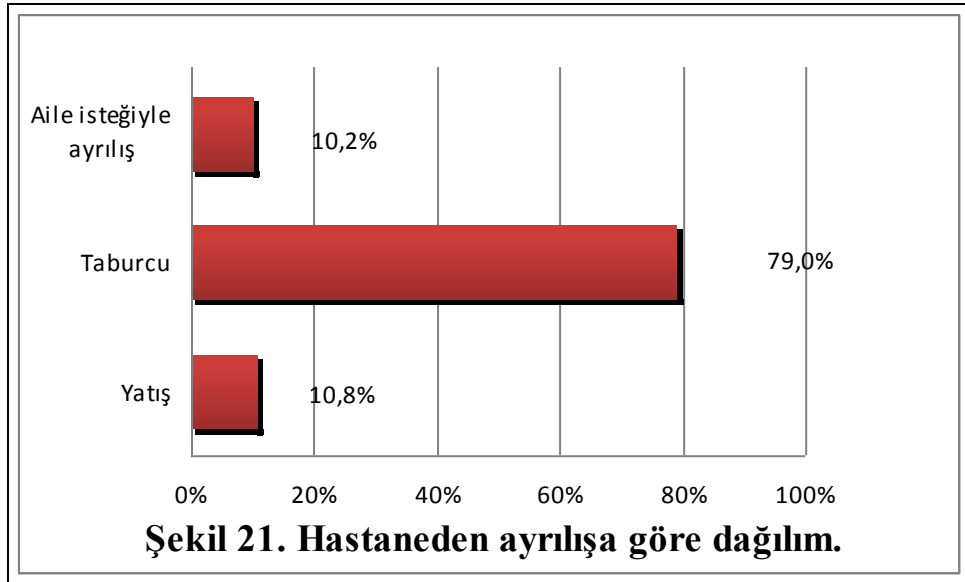
4. 16. Kırığın Hayat Fonksiyonlarına Etkisi

Hastanemize başvurusu olan 324 olgudan kırık veya çıkık olan 60 olgudaki kırığın hayat fonksiyonları üzerine etkisinin dağılımı incelendiğinde; kırık veya çıkık olan olguların % 58,3'ünde orta şiddette, % 36,7'sinde ağır şiddette, % 5,0'ında hafif şiddette oldukları saptanmıştır (Şekil 20).



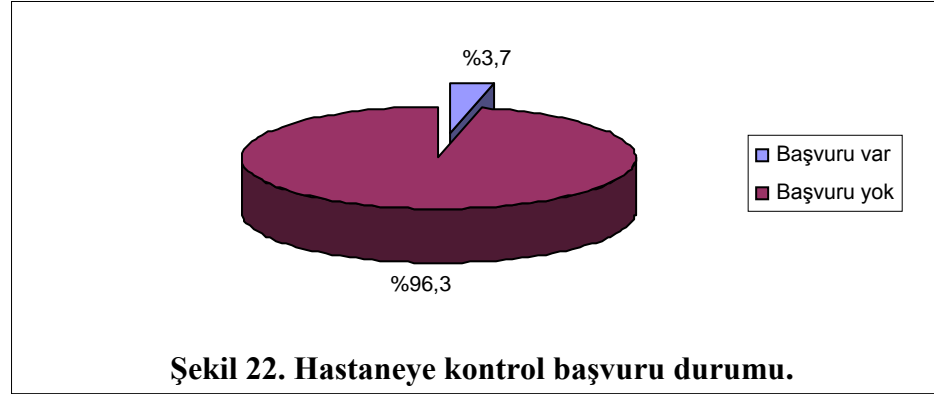
4. 17. Hastaneden Ayrılış

Hastanemize başvurusu olan 324 olgunun hastaneden ayrılışına göre dağılımının incelenmesinde; olguların hastaneden % 79,0'unun taburcu olarak, % 10,2'sinin aile isteğiyle ayrılışı yapılırken, % 10,8'inin yatışı yapılarak tedavisi devam etmiştir (Şekil 21).



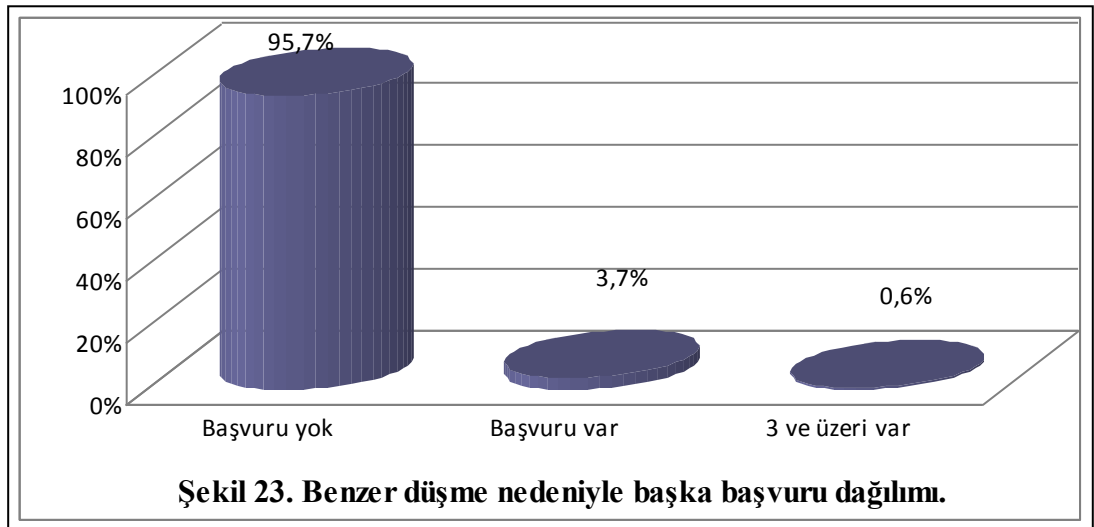
4. 18. Hastaneye Kontrol Başvuru

Hastanemize başvurusu olan 324 olgunun yaralanmadan sonra hastanemize kontrol başvuru durumuna göre dağılımının incelenmesinde; olguların % 96,3'ünün kontrol başvurusu olmazken, % 3,7'sinin kontrol başvuruda buldukları görülmüştür (Şekil 22).



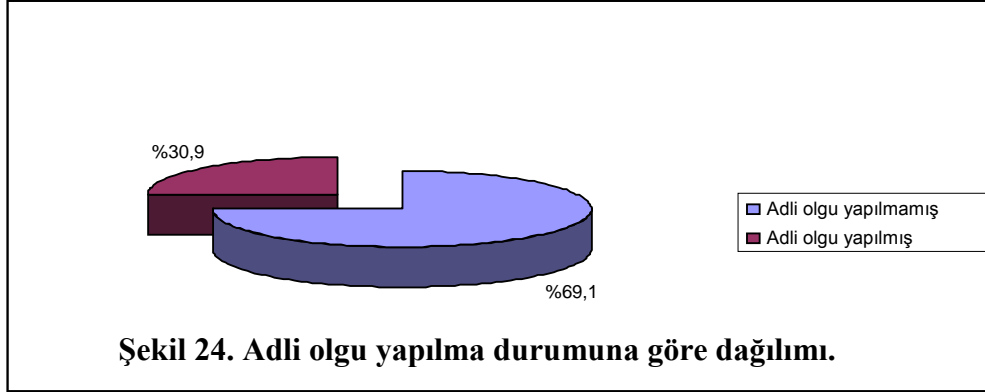
4. 19. Benzer Düşme Nedeniyle Başka Başvuru

Hastanemize başvurusu olan 324 olgunun benzer düşme nedeniyle başka başvuru durumu dağılımının incelenmesinde; olguların % 95,7'sinde başka benzer düşme nedeniyle başvuru bulunmazken, % 3,7'sinde benzer düşme nedeniyle başvuru olduğu, % 0,6'sında benzer düşme nedeniyle iki ve daha fazla başvuru olduğu görülmüştür (Şekil 23).



4. 20. Adli Olgu Yapılma Durumu

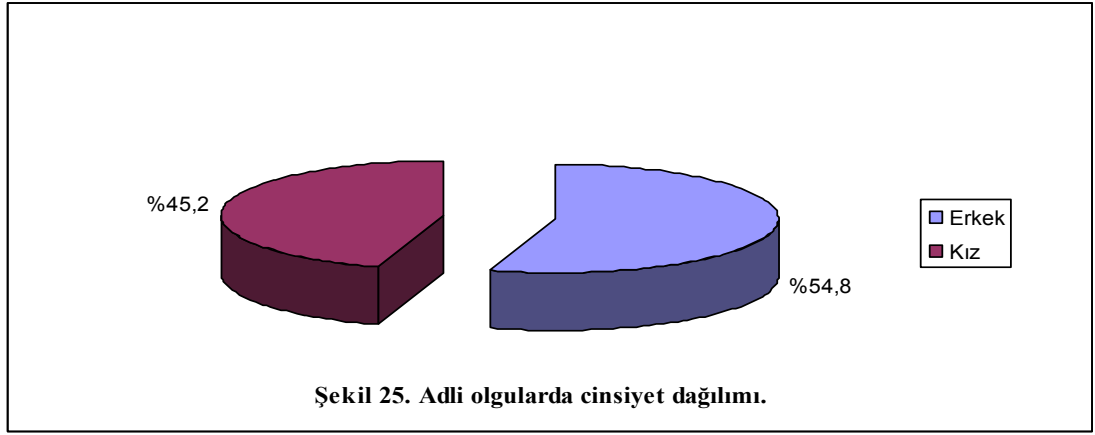
Hastanemize başvurusu olan 324 olgunun acilde adli olgu yapılma durumunun dağılımı incelendiğinde; olguların (n=100) % 30,9'unun adli olgu olarak değerlendirilmediği, (n=224) % 69,1'inin ise adli olgu olarak değerlendirildiği görülmüştür (Şekil 24).



Cumhuriyet Üniversitesi acil servise başvurup yaralanmaları acil servis hekimleri tarafından şüpheli olarak değerlendirilip adli yapılan olguların adliye arşivleri incelenmesi sonucunda 84 olguya ait adli dosyalara ulaşılmış olup bu dosyalar incelenmiştir. Bu dosyaların değerlendirilmesiyle elde edilen bulgular aşağıda sıralanmıştır.

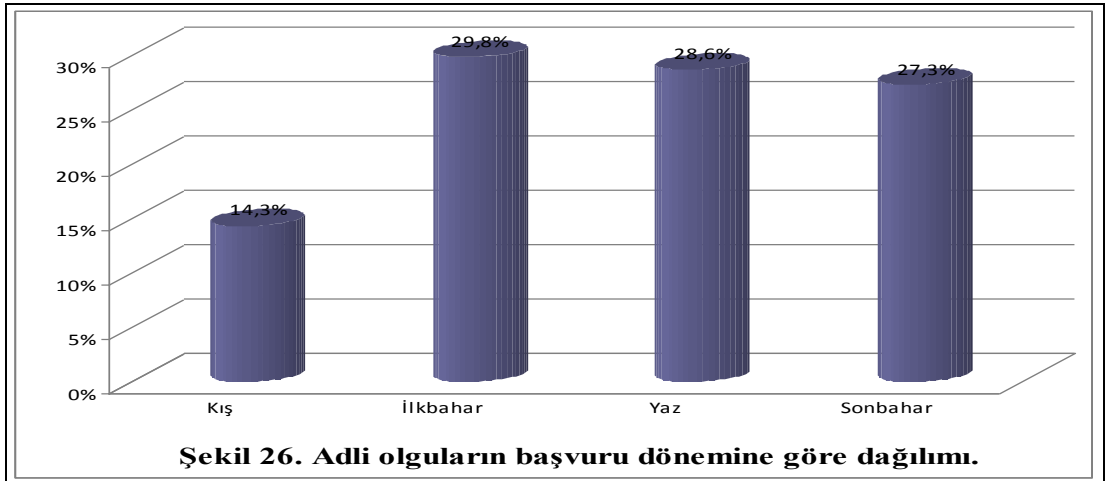
4. 21. Adli Olgularda Cinsiyet

Adli dosyası incelenen 84 olgunun cinsiyet dağılımının incelenmesinde; % 54,8 (n=46) ile erkek cinsiyet grubu, % 45,2 (n=38) ile kız cinsiyet grubu olduğu görülmüştür (Şekil 25).



4. 22. Adli Olgularda Başvuru Dönemi

Adli olguların başvuru dönemine göre dağılımı incelendiğinde; % 29,8 ile ilkbahar, % 28,6 ile yaz, % 27,3 ile sonbahar, % 14,3 ile kış mevsim dönemlerinde olduğu saptanmıştır (Şekil 26).



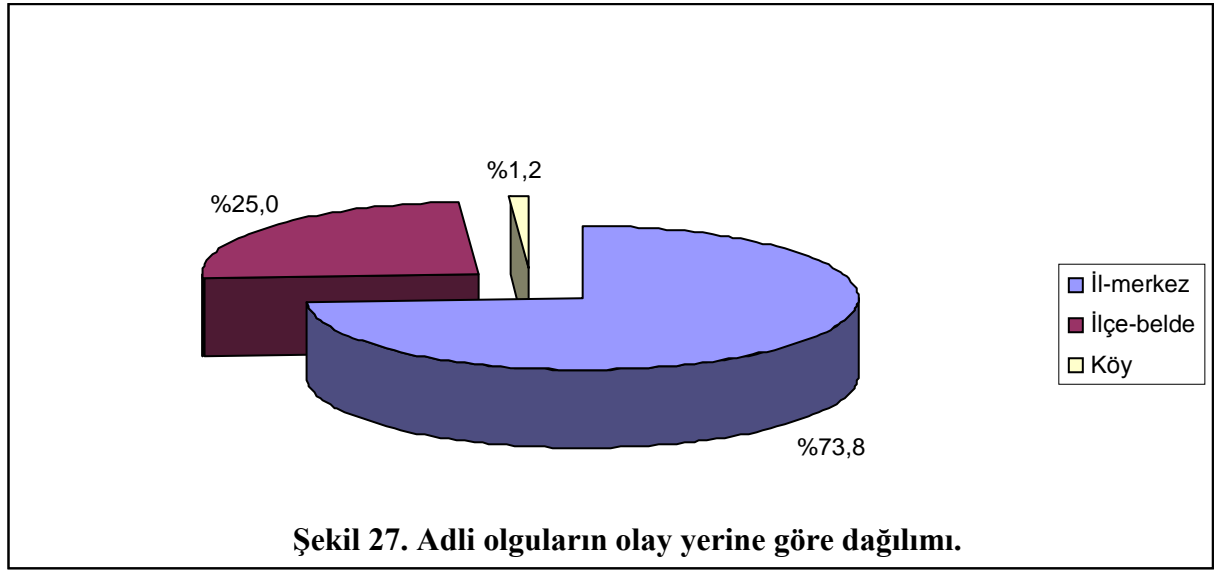
Adli olguların başvuru dönemine göre olay türü dağılımı incelendiğinde; kışın % 58,4'ü, ilkbaharda % 36,0'sı, yazın % 33,3'ü ve sonbaharda % 34,9'u düşme olduğu görülmüştür. Ayrıca kış mevsiminde % 16,7'si kanepeden düşme iken, ilkbaharda % 24,0'ü ve sonbaharda % 21,7'si merdivenden düşme ayrıca yazın % 20,8'i balkondan düşme sonucu oluşmuştur (**Tablo 15**).

Tablo 15. Adli olgularda olay türünün başvuru dönemine göre dağılımı.

OLAY TÜRÜ		MEVSİMLER				TOPLAM
		Kış	İlkbahar	Yaz	Sonbahar	
Ev içi kaza	S	0	2	2	0	4
	%	0,0	8,0	8,3	0,0	4,7
Düşme	S	7	9	8	8	32
	%	58,4	36,0	33,3	34,9	38,1
Balkondan düşme	S	0	2	5	4	11
	%	0,0	8,0	20,8	17,4	13,1
Merdivenden düşme	S	1	6	4	5	16
	%	8,3	24,0	16,7	21,7	19,0
Kanepeden düşme	S	2	4	1	4	11
	%	16,7	16,0	4,2	17,4	13,1
Pencereden düşme	S	1	0	0	0	1
	%	8,3	0,0	0,0	0,0	1,2
Kucaktan düşme	S	1	1	2	1	5
	%	8,3	4,0	8,3	4,3	6,0
Hastanedeki yataktan düşme	S	0	1	1	1	3
	%	0,0	4,0	4,2	4,3	3,6
Üzerine bir şey düşmesi	S	0	0	1	0	1
	%	0,0	0,0	4,2	0,0	1,2
TOPLAM	S	12	25	24	23	84
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

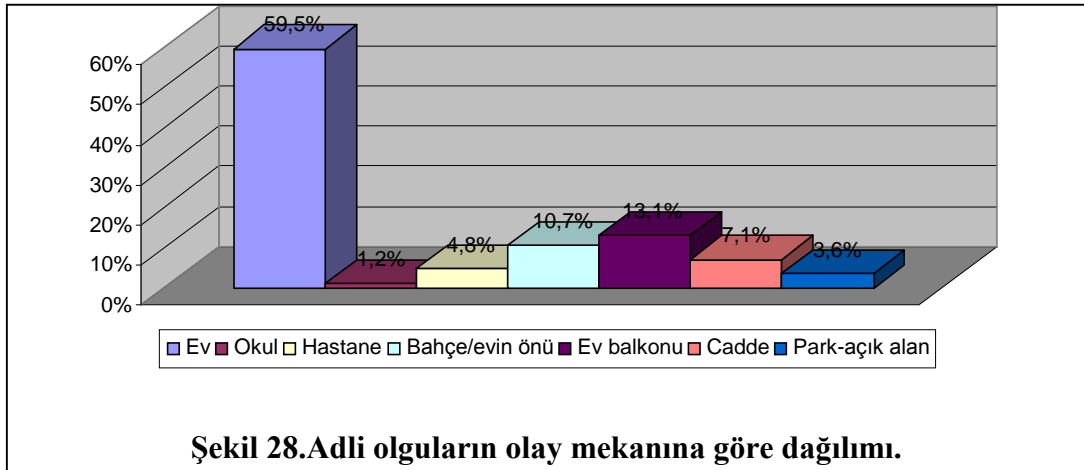
4. 23. Adli Olgularda Olay Yeri

Adli yapılan 84 olgunun olay yerine göre dağılımı incelendiğinde; olguların %73,8'inin il-merkezinden, %25,0'inin ilçe-beldeden, %1,2'sinin köyden başvurdukları görülmüştür (**Şekil 27**).



4. 24. Adli Olgularda Olay Mekanı

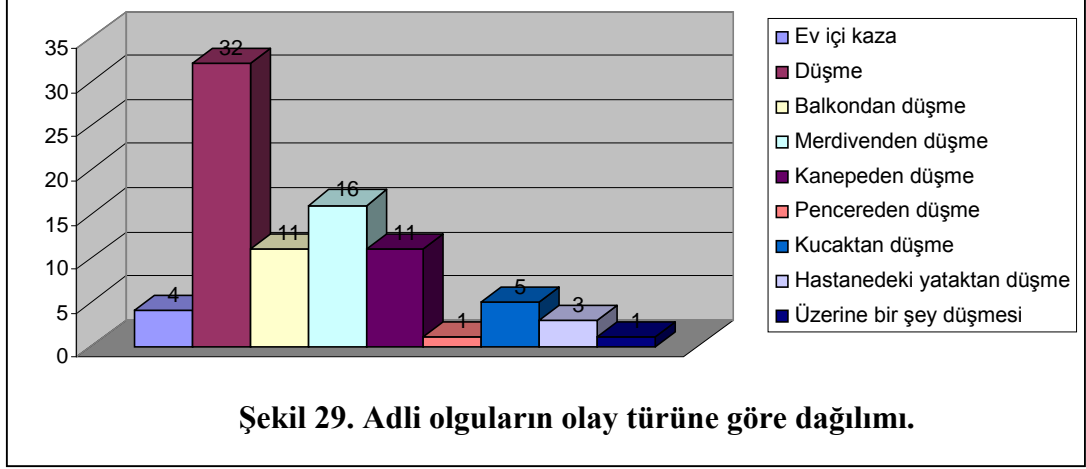
Adli yapılan 84 olgunun olay mekanına göre dağılımı incelendiğinde; olguların % 59,5'inde ev, % 13,1'inde evin balkonu, % 10,7'sinde bahçe/evin önü, % 7,1'inde cadde, % 4,8'inde hastane, % 3,6'sında park-açık alan, % 1,2'sinde okul olay mekanı olarak görülmüştür (Şekil 28).



4. 25. Adli Olgularda Olay Türü

Bu çalışmada 84 adli olguda olay türünün dağılımı incelendiğinde; olguların 32'sinde (% 38,1) düşme, 16'sında (% 19,1) merdivenden düşme, 11'inde (% 13,1) balkondan düşme, 11'inde (% 13,1) kanepeden düşme, 5'inde (% 5,9) kucaktan düşme, 4'ünde (% 4,8) ev içi kaza, 3'ünde (% 3,5) hastanedeki yataktan düşme,

1'inde (% 1,2) pencereden düşme ve üzerine bir şey düşmesi oluşturmaktadır (**Şekil 29**).



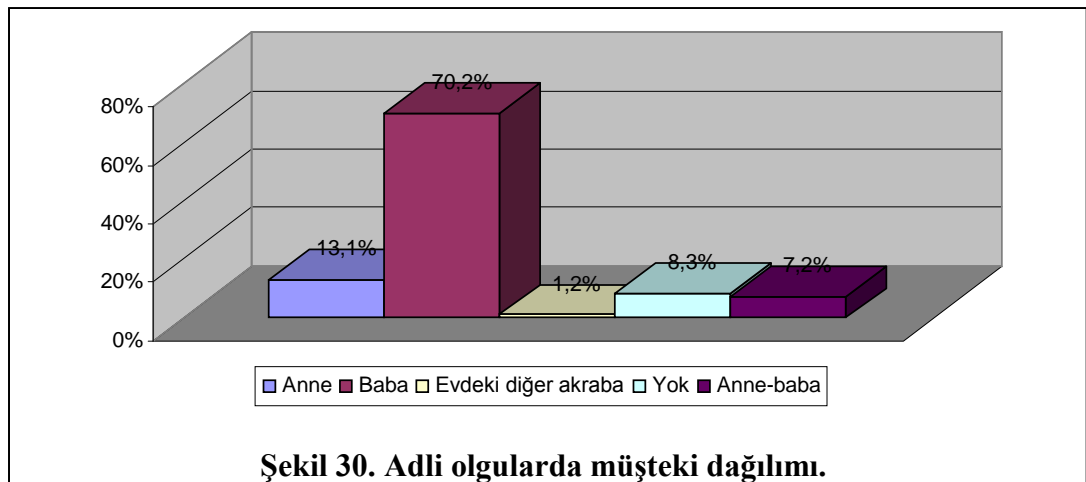
Adli olgularda olay türünün savcılık gerekçesine göre dağılımının incelenmesinde; ev içi kaza olgularının % 50,0'inde TCY 89 ve 22/6 ile TCY 89 maddeleri kapsamında değerlendirme yapılırken, düşme olgularının % 43,8'inde TCY 89 maddesi, % 21,9'unda TCY 89 ve 22/6 maddeleri kapsamında değerlendirildiği, balkondan düşme olguların % 54,5'i TCY 89 ve 22/6, % 18,2'si TCY 89 ve 73 maddeleri kapsamında değerlendirme yapıldığı, merdivenden düşme olgularının % 43,8'inde TCY 89 ve 22/6 maddeleri ve % 31,2'sinde kendi kusuru olup başka kusur ve şikayet olmadığı, kanepeden düşme olgularının % 27,3'ü TCY 89 ve 22/6 maddeleri ile CMY (Ceza Muhakemeleri Yasası) 172/1 ve 173 maddeleri, % 18,2'si TCY 89 ve 73 maddeleri ile kendi kusuru olup başka kusur ve şikayet olmadığı kapsamında değerlendirildiği, pencereden düşme olgularının tamamının (n=1) CMY 172/1 ve 173 maddeleri kapsamında değerlendirildiği, kucaktan düşme olgularının % 40,0'ında TCY 89 ve 22/6 maddeleri, hastanedeki yataktan düşme olgularının % 66,7'sinde suç unsuru bulunamadığı, üzerine bir şey düşen olguların tamamında (n=1) TCY 89 ve 73 maddeleri kapsamında değerlendirildiği görülmüştür (**Tablo 16**).

Tablo 16. Adli olgu olay türünün savcılık gerekçesine göre dağılımı.

OLAY TÜRÜ		SAVCILIK GEREKÇE							TOPLAM	
		CMY 172/1+173	Suç unsuru buluna mamış	Kendi kusuru, başka kusur, şikayet yok	TCY 89+22/6	TCY 89	TCY 89+73	TCY 73/4+ 22/6		TCY 31/1
Ev içi kaza	S	0	0	0	2	2	0	0	0	4
	%	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Düşme	S	2	4	3	7	14	1	0	1	32
	%	6,2	12,5	9,4	21,9	43,8	3,1	0,0	3,1	100,0
Balkondan düşme	S	1	0	1	6	1	2	0	0	11
	%	9,1	0,0	9,1	54,5	9,1	18,2	0,0	0,0	100,0
Merdivenden düşme	S	1	0	5	7	3	0	0	0	16
	%	6,2	0,0	31,2	43,8	18,8	0,0	0,0	0,0	100,0
Kanepeden düşme	S	3	0	2	3	1	2	0	0	11
	%	27,3	0,0	18,2	27,3	9,1	18,2	0,0	0,0	100,0
Pencereden düşme	S	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Kucaktan düşme	S	0	0	1	2	1	0	1	0	5
	%	0,0	0,0	20,0	40,0	20,0	0,0	20,0	0,0	100,0
Hastanedeki yataktan düşme	S	0	2	0	0	1	0	0	0	3
	%	0,0	66,7	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	100,0
Üzerine bir şey düşmesi	S	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
TOPLAM	S	8	6	12	27	23	6	1	1	84
	%	9,5	7,1	14,3	32,1	27,4	7,1	1,2	1,2	100,0

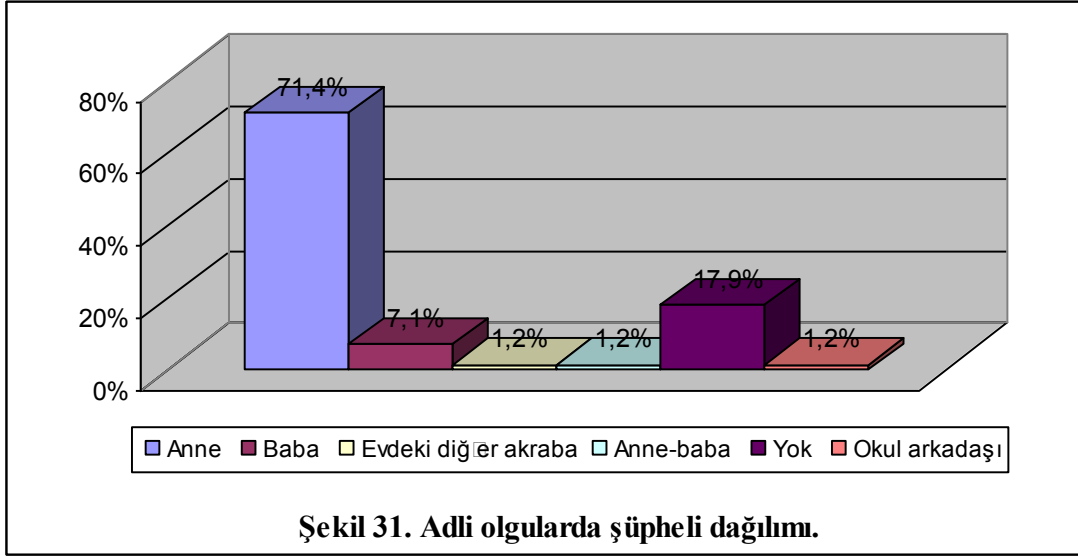
4. 26. Adli Olgularda Müşteki

Adli dosyası incelenen 84 olgunun % 70,2'sinde baba, % 13,1'inde anne, % 7,2'sinde anne ve baba, % 1,2'unda evdeki diğer akrabasının müşteki olduğu görülürken, % 8,3'ünde herhangi bir müşteki olmadığı saptanmıştır (**Şekil 30**).



4. 27. Adli Olgularda Şüpheli

Adli dosyası incelenen 84 olgunun % 71,4'sinde anne, % 7,1'inde baba, % 1,2'sinde anne-baba, evdeki diğer akraba ve okul arkadaşının şüpheli olduğu görülürken, % 17,9'inde herhangi bir şüpheli olmadığı saptanmıştır (Şekil 31).



5. TARTIŞMA

Çocukluk döneminde yaşanan değişik kazalar nedeniyle yaralanma ve hatta ölüm riski yüksektir. Çocukların gelişimsel olarak zayıf ve küçük olmaları, deneyimsizlikleri, meraklı olmaları gibi nedenler yüzünden yetişkinler için tehlikeli olmayan durumlar çocuklar için tehlikeli olabilmektedir (57). Kazaların çocuk sağlığı üzerine etkisi küçümsenemeyecek kadar fazladır. Kazalar çocuk sağlığı üzerine fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden etki ederek gelişiminde birçok aksamalara neden olmaktadır. Bu yüzden çocukluk çağı kazaları önemli bir toplum sağlığı sorunudur (59,64). Ayrıca bir çocuğun kafa travması ve kısa mesafeli düşme gibi şikâyetlerle başvurusu oluyorsa hekimin dikkatli olması gerekmektedir. Bununla birlikte hekimlerin çocuk istismarı yönünden değerlendirmeleri sırasında karşılaşılabilecekleri fizik muayene bulguları ile çocuğa ve aileye ait risk faktörlerini bilmeleri gerekmektedir. Fiziksel çocuk istismarı bulguları ile başvuran olguların büyük çoğunluğunda getirilme yakınmaları beşik, sandalye, kanep ve sedir gibi fazla yüksek olmayan ev mobilyasından düştüğü şeklindedir (65).

Çalışmamız Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servise 01.01.2009 ile 01.06.2011 tarihleri arasında başvuran ve otomasyon sistemi üzerinden düşme tanısı alan 324 olguyu kapsamaktadır. Ayrıca bu olgular içerisinde acile başvuru sırasında adli yapılan ve adli dosyası incelenen 84 olguyu da kapsamaktadır.

Bu çalışmadaki 324 olgunun % 42,0'si, 0-1 yaş, % 32,4'ü 1-2 yaş ve % 25,6'sı 2-3 yaş grubunda bulundu. Güzel ve arkadaşlarının düşme nedeniyle çocuk acile başvuran olguları incelediği çalışmasında; yaş grupları arasında % 39 ile en sık 0-2 yaş grubu çocukların olduğu bildirilmiştir (66). Olgularımızın acil serviste fizik muayeneleri sırasında 1-2 yaşta % 64,8 ile, 2-3 yaşta % 78,3 ile daha fazla oranda travmatik bulgu saptanırken, 0-1 yaşta % 58,1 ile travmatik bulgu olmadığı saptandı. Bu durumda aileleri tarafından 1-2 yaş ve 2-3 yaştaki çocukların daha çok yaralanma bulgusu ile acile başvurusu olurken, 0-1 yaşındaki çocukların daha çok herhangi bir yaralanma bulgusu olmadan da acile başvurma nedeni olduğu düşünüldü.

Bu çalışmada tüm yaş gruplarındaki olguların daha fazla 1-3 saat arası başvuruda bulunduğu tespit edildi. Tüm yaş gruplarının en fazla olarak aynı süre içerisinde aileleri tarafından hastaneye getirilmesinin aileleri tarafından yaşa göre toplumda ayırım yapılmadığının göstergesi olarak değerlendirildi.

Olgularımızın yaş gruplarına göre düşme nedenleri 0-1 yaşta % 29,4 (n=40) ile kanepede-yataktan düşme, % 20,6 (n=28) ile yüksekten düşme, 1-2 yaşta yürürken düşme, kanepede-yataktan düşme ve yüksekten düşme nedenlerinin % 16,2 (n=7) ile daha fazla olduğu görüldü. Oral ve arkadaşlarının 0-2 yaşta çocukların ev kazaları üzerindeki çalışmasında 0-9 aylık çocukların mobilyadan, 10-12 aylık çocukların merdivenlerden, 13-18 aylık çocukların koşarken veya yürürken düşme, 19-24 aylık çocukların oyun oynarken daha sık düştükleri bildirilmiştir (67). Çalışmamızda 0-1 yaşta grubun ev mobilyalarından düşme, 1-2 yaşta grubun yürüme ve koşma gibi davranışlar yanında yüksekten düşmelerin en fazla olarak başvuru nedeni olduğu saptandı.

Çalışmadaki olgulardan 0-1 yaş grubu çocuklarda % 57,4 ile, 1-2 yaş grubu çocuklarda % 43,8 ile, 2-3 yaş grubu çocuklarda % 32,5 ile acilde herhangi bir bölümden konsültasyon istenmediği görüldü. Ayrıca 0-1 yaşta % 28,7 ile, 1-2 yaşta % 26,7 ile beyin ve sinir cerrahisi bölümü konsültasyonu istenirken, 2-3 yaşta % 24,1 ile ortopedi bölümü konsültasyonunun daha fazla olduğu saptandı.

Bu çalışmada tüm yaş gruplarında düşme mesafesi belirtilmemiş olan bireylerin oranları daha fazla bulundu. Bununla birlikte düşme mesafesi belirtilen olgularda 0-1 yaşta daha çok 50-100 cm (% 27,9) ve 100-150 cm (% 21,3) yüksekliklerden düştükleri, 1-2 ve 2-3 yaşta daha çok 100-150 cm (% 16,2 ve % 16,9) yükseklikten düştükleri görüldü.

Çocuklarda özellikle üç yaş altı grupta yaralanma öyküsü alınırken çocuk istismarı göstergelerine dikkat edilmesi gerekmektedir. Çocuğun gelişimsel aşaması göz önünde bulundurularak, mevcut yaralanmalar istismar olasılığı açısından değerlendirilmelidir. Bir yaşından küçük çocuklarda femur kırığı olan olguların % 30'unda çocuk istismarı rapor edilmiştir (68).

Bu araştırmadaki 324 olguda erkek/kız oranı 1,15 bulundu. Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında acile düşme nedeniyle başvuran olgularda erkek/kız oranı 1,6 olduğu görülmüştür (66). Yine acile başvuran pediatrik travmalı olgularda

erkek/kız oranı 2,2 olduğu bildirilmiştir (69). Bu çalışmada erkeklerin daha fazla bulunması literatür ile uyumlu bulundu.

Bu çalışmada erkeklerin % 34,9'unda, kızların % 42,0'sinde düşmelerin daha çok yaz mevsiminde olduğu saptandı. Diğer mevsimlerin aksine çocukların yazın dışarıda daha fazla zaman harcamasının bu duruma yol açtığı düşünüldü.

Çalışmamızda erkeklerde ve kızlarda, yüksekten düşme ve kanepе-yataktan düşmenin daha fazla olduğu görüldü. Aynı şekilde bu çalışmadaki her iki cinsiyet grubunda düşme mesafesinin belirtilmemesi daha fazla (erkeklerde %51,2, kızlarda %50,0) bulundu. Düşme mesafeleri belirtilen olgular içerisinde erkeklerin % 18,6 ile, kızların % 18,0 ile 100-150 cm mesafeden düştükleri görüldü. Her iki cinsiyet grubundaki çocukların en fazla aynı mesafelerden düştükleri tespit edildi.

Bu çalışmada erkeklerin % 60,5'inde, kızların % 56,7'sinde acil fizik muayene bulgularında travmatik bulgu varlığı saptandı. Her iki cinsiyet grubunda benzer sonuçlar elde edildi. Bu durum; eskiden toplumda mevcut olan erkek çocuklarının daha değerli olduğu dönem yerine, her iki cinsiyetin eşit olduğu döneme doğru bir yönelme olarak değerlendirildi. Bu duruma küçük yaştaki erkek ve kız çocukların aynı ortamlarda bulunmaları, benzer şekillerde oyun oynamaları ve benzer yaralanmalara maruz kalmaları nedeniyle olduğu düşünüldü.

Değerlendirmeye aldığımız olguların başvuru dönemleri incelendiğinde % 38,1 ile en fazla yaz döneminde başvurdukları görüldü. Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında % 42 ile en fazla yaz döneminde başvurunun olduğu bildirilmiştir (66). Bu çalışmada yaz döneminde olguların daha fazla görülmesine bölgesel olarak diğer mevsim dönemlerinin daha soğuk ve serin seyretmesi, evde sıkılan çocukların yazın dışarı çıkması, oyun parklarının yetersizliği ve az sayıdaki oyun parklarında yeterli güvenlik tedbirlerinin alınmaması gibi nedenlerle daha çok yaz mevsiminde yaralanmaların olduğu şeklinde değerlendirildi.

Bu çalışmada değerlendirilen olguların başvuru nedenleri olarak kış (% 32,6), ilkbahar (% 23,6) ve sonbahar (% 19,5) mevsimlerinde daha çok kanepе-yataktan düşme, yazın (% 17,9) ise daha çok yüksekten düşme ile hastaneye başvurdukları görüldü. Bu durumun kış, ilkbahar ve sonbahar dönemlerinde çocukların daha çok evde vakit geçirmesinden, yazın ise daha çok ev dışı ortamlara sahip olmasından dolayı kaynaklandığı düşünüldü.

Bu çalışmada olguların başvuru saati olarak % 44,4 ile 18:00-00:00 saatleri arası, % 35,5 ile 12:00-18:00 saatleri arası olduğu görüldü. Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında olguların daha çok hastaneye % 49 ile 18:01-00:00 saatleri arası, % 32,3 ile 12:01-18:00 saatleri arasında başvurdukları bildirilmiştir (66). Atay ve arkadaşlarının çalışmasında ise olguların daha çok 16:00-20:00 ve 20:00-24:00 saatleri arasında acile başvurdukları belirtilmiştir (70). Olguların başvuru saatleri diğer çalışmalarla benzerlikler taşımaktadır.

Olgularımızın genel olarak gün içindeki başvurularında 1-3 saat içerisinde başvurdukları saptandı. Böylelikle; olgularda hastaneye başvuru saatinin başvuruda geçen süreyi etkilemediğine karar verildi (**Tablo 7**).

Bu araştırmada başvuru saatlerine göre yaralanma düzeylerinin incelenmesinde; 00:00-06:00 saatleri arası başvuran olguların % 73,1'inde, 06:00-12:00 saatleri arası başvuran olguların % 71,4'ünde, 12:00-18:00 saatleri arası başvuran olguların % 73,0'ünde, 18:00-00:00 saatleri arası başvuranların % 81,9'unda ve başvuru zamanı belirtilmemiş olguların % 100,0'ünde (n=4) yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olduğu görüldü.

Ayrıca 00:00-06:00 saatleri arası başvuranların % 3,8'inde, 06:00-12:00 saatleri arası başvuranların % 11,4'ünde, 12:00-18:00 saatleri arası başvuranların % 11,3'ünde ve 18:00-00:00 saatler arası başvuranların % 4,9'unda yaşamsal tehlike olduğu görüldü. Bu durum, olgularımızın gün içinde 06:00-18:00 saatleri arasındaki yaralanmalarında daha yüksek oranda yaşamsal tehlike olması, güncel hayattaki aktivite artışıyla ilgili olabileceğini düşündürdü.

Bu çalışmada olaydan sonraki başvuruda geçen süre değerlendirildiğinde; olguların % 32,4'ü 1-3 saat arasında, % 1,4'ü 30-60 dakika arasında ve 5-24 saat arasında, olguların % 55,2'sinin ilk 24 saat içerisinde başvuruda bulunduğu tespit edildi. Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında; olguların % 23'ü 0-30 dk'da, % 21'i 30-59 dk'da, % 19'u 1-2 saat içerisinde ve % 37'si iki saatten uzun bir sürede acil servise başvurdukları bildirilmiştir (66). Çalışmamızla da uyumlu olarak ilk saatlerde başvurunun önemli yer kapladığı görülmektedir.

Bu çalışmada başvuruda geçen sürenin tahmini düşme mesafesine göre dağılımında, olguların çoğunda tahmini düşme mesafesinin belirtilmediği görüldü. Bu durum düşme nedeniyle acile getirilen olguların düşme mesafesi yönünden

yeterince iyi değerlendirilmediğini ve bu değerlendirilmeme durumunun başvuruda geçen süreden bağımsız olduğunu düşündürdü. Ayrıca düşme mesafesi belirtilmiş olgularda tüm başvuruda geçen sürelerde benzer mesafelerden (50-100 cm ve 100-150 cm) daha çok düşme olduğu görüldü. Bu durum, ailenin çocukları acile getirme süreleri üzerinde düşme mesafesinin etkili olmadığını düşündürdü.

Bu çalışmadaki olguların hastaneye başvuru nedenleri incelendiğinde; 64'ünün (% 19,8) kanepede-yataktan düşme, 60'ının (% 18,5) yüksekten düşme, 39'unun (% 12) yürürken düşme, 28'inin (% 8,6) merdivenden düşme, 27'sinin (% 8,3) kafasını-sırtını bir yere çarpma nedenleri ile hastaneye başvurdukları görüldü. Oral ve arkadaşlarının çalışmasında; 782 olgudan 369'unun unutulmaz düşme yaşadıkları, olguların % 27'si ile en sık yürürken veya koşarken düşme, daha sonra mobilyadan düşme şeklinde belirtilmiştir (67). Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında; olguların % 35,4'ü beşik, yatak gibi ev eşyalarından, % 17,4'ü merdivenden, % 10,6'sı salıncak ve kaydıraktan, % 11,2'si pencere ve balkondan düşme nedeniyle başvurdukları belirtilmiştir (66). Wang ve arkadaşlarının çalışmasında en sık başvuru nedeni, % 21 ile pencereden düşme şeklinde bildirilmiştir (71). Gencer ve arkadaşlarının 72 aydan küçük çocukların ev kazaları nedeniyle acile başvurusunda çocuk istismarını araştırdığı çalışmasında 62 olgunun 22'sinin (% 35,5) düşme nedeniyle olduğu bildirilmiştir (61). Çalışmamızda çocukların diğer çalışmalarda olduğu gibi benzer düşme nedenleriyle başvurusu olduğu görülmüştür.

Bu çalışmadaki olgulara acil serviste % 50,0 (n=162) ile düşme, % 39,2 (n=127) ile baş-boyun travması, % 7,7 (n=25) ile ekstremitelere yaralanması, % 2,2 (n=7) ile göğüs-batın travması, % 0,6 (n=2) ile dadi dirseği, % 0,3 (n=1) ile baş-ekstremitelere yaralanması ön tanıları konulduğu görüldü. Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında olguların % 84,4'ünde kafa, % 72,7'sinde yumuşak doku, % 37,9'unda ekstremitelere ve % 16,8'inde birden fazla travma olduğu belirtilmiştir (66). Her ne kadar araştırmamızda olguların % 50,0'sinin yaralanma bölgeleri belirtilmese de mevcut yaralanma bölgeleri Güzel ve ark.'nın çalışmasıyla uyumlu bulundu.

Bu çalışmada baş-boyun travması olan olguların % 71,4'ünde, göğüs-batın travması olan olguların % 57,1'inde, ekstremitelere yaralanması olan olguların % 88'inde, dadi dirseği ön tanısı olan iki olguda travmatik bulgu saptandı. Ayrıca bu çalışmadaki baş-boyun travması ön tanısı olan olguların adli tıp açısından yaralanma

düzeylelerine baktığımızda % 81,9'unda basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olduğu, % 12,6'sında yaşamsal tehlikeye neden olduğu tespit edildi. Göğüs-batın travması ön tanısı olanların ise % 57,1'inde basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olduğu, % 28,6'sında yaşamsal tehlikeye neden olduğu görüldü. Diğer yandan ekstremitte yaralanması ön tanısı olanların % 76,0'ında basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olmadığı, düşme ön tanısı olanların % 82,7'sinde basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olduğu, % 11,1'inde basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olmadığı, dadı dirseği ön tanısı olanların % 50,0'sinde basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olduğu saptandı.

Bu çalışmadaki olguların kırık açısından değerlendirilmesinde; baş-boyun, göğüs-batın travması ve düşme ön tanıları olan olgularda daha çok kırık-çıkık olmadığı görüldü. Ayrıca ekstremitte yaralanması ön tanısı olanların % 64,0'ünde (n=16) kırık olduğu, dadı dirseği ön tanısı alan % 50,0'sinde (n=1) dadı dirseği olduğu saptandı.

Olgularımıza acilde istenen tetkiklerin dağılımında % 32,5 ile x-ray ve BT, % 25,6 ile x-ray, % 12,7 ile x-ray, BT ve USG, % 10,2 ile BT, % 7,7 ile x-ray ve USG, % 6,5 ile herhangi bir tetkik istenmediği saptandı. Wang ve arkadaşlarının 729 düşme olgusunu incelediği çalışmada % 44'ünde beyin BT istendiği ve istenen beyin BT'lerin % 54'ünde patolojik bulgu olduğu bildirilmiştir (71). Güzel ve arkadaşlarının 131 olgu üzerindeki çalışmasında; 530 x-ray, 62 BT, 52 USG tetkikleri istendiği ve toplam 644 tetkikten 64'ünde (yaklaşık % 10'unda) patolojik bulgu olduğu belirtilmiştir (66). Gencer ve arkadaşlarının çalışmasında radyolojik inceleme istenen olgularda istenen tetkiklerin % 37,1'inin gerekli olduğu, % 62,9'unun gerekli olmadığı bildirilmiştir (61).

Bu çalışmadaki olguların acil muayenesi sırasında fizik muayene bulgularında; 189 olguda acilde travmatik bulgu olduğu tespit edilirken, 134 olguda travmatik bulgu olmadığı, bir olgunun ise değerlendirilemediği görüldü. Bu çalışmada hem travmatik bulgusu olan (% 82,5) hem de travmatik bulgusu olmayan (% 94,0) çocukların acil poliklinik düzeyinde ayaktan tedavi gördüğü saptandı. Yataktan düşme nedeniyle beş yaş altı 246 olgunun incelendiği çalışmada, 86 olgunun 90'cmlik mesafeden düştüğü ve hiçbirisinde ciddi bir yaralanma olmadığı belirtilmiştir (65). Gencer ve arkadaşlarının çalışmasında; 62 olgunun % 61,3'ünde

fizik muayenede dikkate değer bir bulgu olurken, % 38,7'inde fizik muayenede dikkate değer bir bulgu olmadığı tespit edilmiştir (61). Ayrıca Koç ve arkadaşlarının çalışmasında fiziksel istismar tanısı alan çocukların 16'sında (% 72) fizik muayene bulguları normal iken altısında (% 28) ise fizik muayenede ekimoz olduğu belirtilmiştir (72). Bu durum, düşme sonrası yaralanma bulgusu olanlar kadar olmayanların da acile başvurularına yol açtığını düşündürdü.

Bu çalışmada acil fizik muayene bulgularının tahmini düşme mesafesine göre dağılımında; travmatik bulgusu olan (% 55,0) ve olmayan (% 44,8) bireylerin düşme mesafelerinin belirtilmediği görüldü. Ancak düşme mesafesi belirtilen olgulardan travmatik bulgusu olan (% 15,9) ve olmayanların (% 22,4) daha çok 100-150 cm mesafeden düştükleri belirtildiği tespit edildi. Üç yaş altı 150 cm yükseklikten düşen 106 çocuğun incelendiği çalışmada yaşamı tehdit eden hiçbir yaralanma olmadığı belirtilmiştir (65). Benzer bir şekilde Oral ve arkadaşlarının 0-2 yaş grubundaki çocukların ev kazaları nedeniyle incelendiği çalışmasında, 90 cm altında nörolojik bulgu bulunmadığı görülmüştür (67). Bizim çalışmamızda görülmemekle birlikte; Park ve ark. tarafından düşük seviyeden düşmenin intrakraniyal yaralanma açısından morbidite ve mortalite için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (73).

Bu çalışmada acilde, olguların % 46,6'sında herhangi bir bölümden konsültasyon istenmediği, % 25,3'ünde beyin ve sinir cerrahisi bölümünden, % 13,6'sında ortopedi bölümünden konsültasyon istendiği görüldü. Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında; acilde konsültasyon istenen bölümler arasında en sık beyin cerrahisi sonrasında ortopedi bölümlerinin geldiği belirtilmiştir (66). Gencer ve arkadaşlarının çalışmasında 62 olgudan % 58,1'inde konsültasyon gerekli görülürken, % 41,9'unda konsültasyon gerekli görülmemiştir (61). Bu çalışmalarda saptanan oranlarla bizim çalışmamızdaki değerler benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastanemize başvurusu sonrasında olguların % 71,8'ine herhangi bir girişimde bulunulmadığı görüldü. Ayrıca olguların % 11,1'inde gözlem amaçlı yatış ve alçı-bandaj tedavisi, % 4,0'ünde sütürasyon uygulandığı saptandı. Oral ve arkadaşlarının çalışmasında 782 olgunun 48'ine (% 6) medikal bakım istendiği, medikal bakım istenen 35 olguya (% 73) müdahale yapılmadığı bildirilmiştir (67). Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında olguların % 14,2'sine alçı-atel, % 11,8'ine dikiş uygulandığı ve % 1,2'sinin acil ameliyata alındığı belirtilmiştir

(66). Çalışmalarla müdahale yapılmasına gerek görülmemesi açısından yakın değerler bulunmasına karşın yapılan uygulamalar yönünden de benzerlikler görüldü.

Bu çalışmadaki 324 olgunun % 87,3'ünün (n=283) acil poliklinik düzeyinde ayaktan, % 6,2'sinin (n=20) beyin ve sinir cerrahisi servisinde, % 3,4'ünün (n=11) çocuk cerrahisi servisinde yatarak tedavi gördüğü saptandı. Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında % 69,6'sının ayaktan tedavi gördüğü ve en sık beyin ve sinir cerrahisi servisine yatış yapıldığı olduğu bildirilmiştir (66). Gencer ve arkadaşlarının çalışmasında olguların % 54,8'inin ayaktan tedavi olurken, % 32,3'ünün 24 saat üzerinde hastanede yatış yapıldığı belirtilmiştir (61).

Bu çalışmada olguların % 50,6'sının düşme mesafesi belirtilmezken, % 18,5'inin 100-150 cm arası mesafeden, % 15,7'sinin 50-100 cm arası mesafeden, % 6,8'inin 0-50 cm arası mesafeden, % 5,6'sının 150-300 cm arası mesafeden, % 1,5'inin 300-400 cm arası mesafeden ve % 1,2'sinin 4 m ve üzeri mesafeden düştükleri belirtildi. Şimşek ve arkadaşlarının çalışmasında kafa travmasıyla başvuran olguların (n=139) % 49,7'sinin yüksekten düşme olduğu, bu olguların 96'sının yüksekten düşme, 43'ünün basit düşme olduğu bildirilmiştir (74). Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında olguların ortalama düşme yüksekliğinin 135±95 cm olduğu, % 18,6'sının 0-50 cm, % 37,3'ünün 51-100 cm, % 18,6'sının 101-150 cm, % 13,1'inin 151-200 cm, % 3,7'sinin 201-250 cm ve % 8,7'sinin 250 cm üzerinden düştükleri görülmüştür (66). Oral ve arkadaşlarının çalışmasında; olguların % 11'inin 90-150 cm arasında, % 89'unun 90 cm altından düştükleri bildirilmiştir (67). Çalışmamızdaki olguların % 50,6'sında düşme mesafesi belirtilmese de düşme mesafesi belirtilen olgularımızın daha sıklıkla 100-150 cm ve 50-100 cm yükseklikten düştükleri bildirilmiştir.

Şimşek ve ark. yürürken veya sandalye-yatak gibi yüksekliği bir metreden az olan mesafeden düşen olguları basit düşme, yüksekliği bir metreden fazla mesafeden düşen olguları yüksekten düşme olarak değerlendirmiştir (74). Park ve arkadaşlarının çalışmasında 0-3 yaş grubundaki olguların % 61,5'inin düşük seviyeden (sandalye, yatak, kanepe, masa ve bir metrenin altı), % 38,5'inin ise yüksek seviyeden (balkon, pencere, merdiven ve bir metrenin üstü) düştükleri belirtilmiştir (73).

Bu araştırmadaki 0-50 cm arası düşme mesafesi belirtilen olguların % 13,6'sında, 50-100 cm arası düşme mesafesi belirtilen olguların % 15,7'sinde kırık

olduğu görüldü. Düşük mesafelerden düşme sonucu başvuran olgularda kırık olması istismar açısından şüpheli olarak değerlendirildi.

Bu çalışmadaki olguların adli tıp açısından yaraları değerlendirildiğinde % 77,2'sinin basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek düzeyde olduğu, % 7,7'sinin yaşamsal tehlike oluşturacak düzeyde olduğu saptandı.

Bu çalışmadaki olguların % 81,5'inde (n=264) kırık ve çıkık olmadığı, % 17,3'ünde (n=56) kırık olduğu, % 0,9'unda (n=3) dadı dirseği olduğu saptandı. Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında olguların 46'sında (% 28,6) kırık olduğu görülmüştür (66). Tiatz ve arkadaşlarının çalışmasında acile kırık nedeniyle başvuran olguların % 31'inde şüpheli fiziksel istismar olduğu rapor edilmiştir (75). Bizim çalışmamızda saptanan kırık ve çıkıkların bir kısmında şüpheli fiziksel istismar (dadı dirseği gibi) olabileceği düşünüldü.

Bu çalışmada kırık olduğu saptanan olguların % 23,2'si kanepede-yataktan düşme, % 21,4'ü yürürken düşme, % 12,5'i merdivenden düşme, % 10,7'si balkon ve pencereden düşme, % 8,9'u yüksekten düşme nedenleriyle hastaneye başvurdukları saptandı. Atay ve arkadaşlarının çalışmasında kırıkların en fazla sokak ortamında geçirilen kazalarda, sonra ev kazalarında gerçekleştiği ve durumda kırıkların oluş şekline göre en çok düşmenin etkili olduğu belirtilmiştir (70).

Ayrıca bu çalışmada kırık veya çıkık olan 60 olgunun % 58,3'ünde orta şiddette, % 36,7'sinde ağır şiddette, % 5,0'i de hafif şiddette hayat fonksiyonları üzerine etkisinin olduğu saptandı.

Bu araştırmadaki olguların % 79,0'unun ayaktan tedavi gördükten sonra taburcu olduğu, % 10,2'sinin aile isteğiyle ayrılışı yapıldığı ve olguların % 10,8'inin yatışı yapılarak tedavisi devam ettiği görüldü. Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında olguların % 69,6'sının ayaktan tedavi gördüğü, % 11,8'inin kendi isteğiyle ayrıldığı ve % 18,6'sının yatışı yapıldığı belirtilmiştir (66).

Bu araştırmadaki olguların % 96,3 ile kontrol başvuruları olmadığı görüldü. Ayrıca olguların % 3,6'sının benzer şekilde düşme nedeniyle hastanemize yeniden başvurmuş olduğu, % 0,6'sının düşme nedeniyle üç ve üzeri kez başvurmuş olduğu saptandı. Gencer ve arkadaşlarının çalışmasında ev kazası nedeniyle acile başvuran olguların % 24,2'sinde benzer düşme hikayesi olduğu bildirilmiştir (61).

TCY 280. maddesi gereği adli olgu yapılması gereken olaylar arasında bulunan düşmelerin bu çalışmada % 75,3'ünün adli olgu olarak değerlendirilmediği, % 24,7'sinin ise adli olgu olarak değerlendirildiği görüldü. Kafatası kırığı, beyin sarsıntısı ve yumuşak doku travması olan infantların sadece % 0,2'sinin rapor edildiği bildirilmiştir (67). Ayrıca başka bir çalışmada ev kazası nedeniyle acile başvurusu yapılan çocukların % 16,1'inde şüpheli fiziksel istismar bulguları olduğu bildirilmiştir (61). Çalışmamızdaki adli yapılmamış olgular içerisinde daha ayrıntılı fizik muayene bulguları, tetkikler ve diğer destekleyici bulgular bulunmadığı hatta çocuk istismarı ön tanısı düşünülmediği görülmekle birlikte fiziksel istismar bulgularının bulunması olasıdır.

Bu çalışmada adli dosyası incelenen 84 olgunun cinsiyet dağılımının incelenmesinde; % 54,8 ile erkek cinsiyet grubu, % 45,2 ile kız cinsiyet grubu olduğu görülmüştür. Bu araştırmada olguların kışın % 58,4'ü, ilkbaharda % 36,0'sı, yazın % 33,3'ü ve sonbaharda % 34,9'u düşme sonucu başvuruları olmuştur.

Bu araştırmadaki olguların olay mekanı olarak % 59,5'inde ev, % 13,1'inde evin balkonu, % 10,7'sinde bahçe/evin önü, % 7,1'inde cadde, % 4,8'inde hastane, % 3,6'sında park-açık alan, % 1,2'sinde okul olduğu görüldü. Yapılan bir araştırmada 0-6 yaş grubu çocuklarda ölümle sonuçlanan düşme olaylarının % 50-80'inin ev ortamında meydana geldiği bildirilmiştir (76). Başka bir çalışmada ise istismar sonucu ölen çocukların % 50,5'inin ev içinde herhangi bir yerde öldüğü belirtilmiştir (16). En büyük nedenin küçük yaş grubu çocuklar üzerinde çalışma yapmamız olması dolayısıyla, bizim çalışmamızda da yaralamalı olguların en çok ev ortamında olduğu görüldü.

Adli dosyası incelenen ev içi kaza olgularının % 50,0'sinde TCY 89 ve 22/6 ile TCY 89. maddeleri kapsamında değerlendirme yapılırken, düşme olgularının % 43,8'inde TCY 89. maddesi, % 21,9'unda TCY 89 ve 22/6 maddeleri kapsamında değerlendirildiği, balkondan düşme olgularının % 54,5'i TCY 89 ve 22/6, % 18,2'si TCY 89 ve 73 maddeleri kapsamında değerlendirme yapıldığı görülmüştür. Merdivenden düşme olgularının % 43,8'inde TCY 89 ve 22/6 maddeleri ve % 31,2'sinde kendi kusuru olup başka kusur ve şikayet olmadığı, kanepeden düşme olgularının % 27,3'ü TCY 89 ve 22/6 maddeleri ile CMY 172/1 ve 173 maddeleri, % 18,2'si TCY 89 ve 73 maddeleri ile kendi kusuru olup başka kusur ve şikayet

olmadığı kapsamında değerlendirildiği, pencereden düşme olgularının tamamının (n=1) CMY 172/1 ve 173 maddeleri kapsamında değerlendirildiği, kucaktan düşme olgularının % 40,0'ında TCY 89 ve 22/6 maddeleri, hastanedeki yataktan düşme olgularının % 66,7'sinde suç unsuru bulunmadığı, üzerine bir şey düşen olguların tamamında (n=1) TCY 89 ve 73 maddeleri kapsamında değerlendirildiği saptandı.

Bu çalışmada adli dosyası incelenen olguların % 70,2'sinde baba, % 13,1'inde anne, % 7,2'sinde anne-babanın müşteki olduğu görülürken, % 8,3'ünde herhangi bir müşteki olmadığı saptandı. Ayrıca olguların % 71,4'ünde anne, % 7,1'inde baba, % 1,2'sinde anne-babanın şüpheli olduğu görülürken, % 17,9'unda herhangi bir şüpheli olmadığı görülmüştür. Çocuklar kendilerini kazalardan koruyamadıklarından; çocuklar için emniyetli ortamların oluşturulması yetişkinlerin sorumluluğunda olup, bu sorumluluk çocukla birlikte daha çok vakit geçiren anne olarak belirtilmiştir (76).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çocuklar yapısal olarak meraklı, hareketli ve tehlikeleri fark edemeyen yapıya sahiptirler. Yetişkinler için risk taşımayan ortamlar onlar için riskli olup travmalara maruz kalabilmektedirler. Bu gibi nedenlerle çocuklar kendilerini kazalardan koruyamadıklarından; çocuklar için güvenli ortamların oluşturulması, koruyucu önlemlerin alınması ve yaşam alanlarının güvenliğinin kontrol edilmesi erişkinlerin sorumluluğundadır (76). Çocukluk çağındaki hastalık ve ölümlerin önemli kısmını önlenebilir kazalar oluşturmaktadır (57). Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı yaralanmalarında alınan basit önlemlerin bile ev kazalarına karşı etkili olduğu gösterilmiştir (77).

Ailelerin çocukları için gerekli önlemleri almaması, dikkatsizlik ve özensizlik nedeniyle çocukların kazalara maruz kalması çocuk istismarı tiplerinden biri olan ihmal olarak değerlendirilmelidir. İhmal, diğer istismar tiplerinden daha sık görülmesine karşın ölüm ve yaralanma ile sonuçlanmadıkça göz ardı edilmektedir. Dokgöz ve arkadaşlarının çalışmasında ağır ihmal sonucu gelişen solunum yetmezliği ile ölen olguda ihmalin önlenmesi ve erken tanısının önemi vurgulanmıştır (78). Fincancı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, oyun çağı ve okul öncesi dönemi çocuk ölümleri ev kazaları olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada kaza türleri dikkate alındığında, basit önlemlerle önlenebilecek türdeki kazaların büyük oranda ihmalden kaynaklandığı vurgulanmıştır (79). Saka'nın çalışmasında 0-1 yaş grubundaki çocukların büyük bir kısmının üzerine bırakılan yastık, örtü gibi havası azalmış sınırlı ortamlarda ağız ve burun kısımlarının kapalı kalması neticesinde öldüğü bildirilmiştir (16). Ebeveynlerin yaralanma ve ev kazalarına karşı önlemler almadığı durumlarda çocukların ağır travmalara maruz kaldığı, bu nedenle çocukların korunması için önlemler alması gerektiği görülmüştür.

Çocukluk çağında görülen ev kazalarına bağlı ölümler ve yaralanmaların azaltılması amacıyla öncelikle çocuklar için güvenli ortamların oluşturulması sağlanmalıdır. Bunun için başta anne, baba ve diğer bakıcılar olmak üzere toplumdaki bireylere ev kazaları, ev kazalarının sonuçları, alınabilecek önlemler

hakkında eğitimler verilmelidir. Toplumun tüm kesimlerinde ev kazalarına karşı duyarlılık oluşturulmalı ve bu durum halk sağlığı problemi olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca görsel ve sosyal medya aracılığıyla toplumda oluşturulan bu duyarlılığın bildiri, afiş ve kamu spotlarıyla sürekliliği sağlanmalıdır.

Çocuk istismarı ve ihmaline maruz kalan olguların yetişkinler tarafından düşme ve ev kazası gibi nedenlerle hastanelere başvurdukları, bazı olguların ise hastane hastane dolaştırıldıkları görülmüştür. Hastanelerde çalışan başta doktor ve hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali yönünden dikkatli olmaları ve şüphe ile yaklaşımları gerekmektedir. Toplumumuzda “Çocuk düşse kalka büyür”, “ısırarak ve döverek sevme” gibi bazı kültürel özellikler nedeniyle çocuk yaralanmaları doğal bir süreç gibi değerlendirilmektedir.

Ülkemizde sağlık çalışanlarının görevini yaptığı sırada bir suçun işlenmesi yönünde bir belirti ile karşılaşılmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen kişilere TCY 280. maddesine göre ceza öngörülmektedir. Bu nedenle hastanede yapılan değerlendirmeler sonrasında şüpheli yaralanma nedeniyle “adli” yapılan olguların bir bölümünde yanlış tanılar nedeniyle aile ve çocukların yaşanan adli süreçlerden dolayı yıprandıkları ve duygusal travmaya maruz kaldıkları görülmüştür. Bu yüzden mezuniyet öncesi ve sonrası meslek eğitimleri devam ettirilmeli, sağlık çalışanlarının bilgi düzeyi ve duyarlılığının artırılması amaçlanmalıdır.

Geriye dönük yapılan bu araştırmada; hastanelerde tanı-kayıt sisteminin yetersiz kullanıldığı, bulguların kaydının iyi yapılmadığı, bu konuda eksiklikler olduğu, bazı dosyaların kaybolduğu görüldü. Bu konudaki eksiklikler, tıbbi ve adli incelemeler sırasında çalışmamızda olduğu gibi sınırlı değerlendirme ve güçlüklerle yol açmaktadır. Bu nedenle hastanelerde ayrıntılı raporlama ve kayıt sistemi ile arşivleme çalışmaları güçlendirilmeli ve dosya kayıplarının önüne geçilmeye çalışılmalıdır.

Hastanelerde kurulacak çocuk koruma ve izlem merkezlerinde olguların tıbbi-hukuki ve sosyal değerlendirilmesi; acı çekerek ve defalarca öykü-muayene ile değil, tek merkezden sıkıntı yaşamadan gerçekleştirilmelidir. Bazı olgularda istismarın açık olarak teşhisi söz konusu olmadığı için çocuk yaş grubundaki olgularda travma ile karşılaşınca “**şüphe**” ile yaklaşmak gerekmektedir. Öyle ki; olayın orijini olarak kaza

veya istismar yönünden değerlendirilmesi, adli güçlerce yapılan incelemeler sonrasında yapılmalıdır.

Yapılan eğitimler sonrasında konu ile ilgili profesyonellerin duyarlılığının yoğunlaşması ve kurulan çocuk koruma merkezlerinin çoğalması toplumda konuya olan duyarlılığı artıracaktır (80).

Yasalarımızda çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili olarak özel maddeler bulunmamaktadır. Travmaya maruz kalan çocukların failleri taksirle ve kasten yaralama-ölüm ile ilgili maddelerce yargılanmaktadır. Yasalarımızda bulunan bu maddeler çocuk istismarı konusunda yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle yasa koyucu tarafından çocuk istismarının önlenmesi ve mağdurların tedavi edilip topluma kazandırılması için özel yasalar hazırlanmalıdır.

Yapılan incelemeler sonucunda; çocuk istismarı açısından risk taşıyan (madde kullanımı, işsiz ebeveyn, çocuk yaşta evlilik, istenmeyen gebelik gibi) aile ve çocuklar belirlenmelidir. Bu aile ve çocuklara yönelik eğitim ve sosyal destek programlar ile düzenli aralıklarla takipleri yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Kara B, Biçer U, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 47: 140-51, 2004.
- 2- Polat O. Tanım. İçinde: Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-Tanımlar-1. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 23-58s., 2007.
- 3- Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Erişim Tarihi: 20.03.13
<http://www.unicef.org/turkey/crc/cr23c.html>
- 4- Oral R, Can D, Kaplan S. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse and Neglect, 25:279-290, 2001.
- 5- Sicher P, Lewis O, Sargent J. Developing child abuse prevention, identification and treatment systems in eastern Europe. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39: 660-667, 2000.
- 6- Sink EL, Hayman JE, Matheny T, Georgopoulos G, Kleinman P. Child abuse the role of the orthopaedic surgeon in nonaccidental trauma. Clin Orthop Relat Res, 469: 790-797, 2011.
- 7- Christian CW, Bolck R. Abusive head trauma in infants and children. Pediatrics, 123:1409-1411, 2009.
- 8- World Report on Violence and Health. World Health Organization. Geneva, 2002.
- 9- Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4: 51-65, 2009.
- 10- Ballı Ö. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Başvuran Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 129 S., 2010.
- 11- Butchart A, Kahane T. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Toronto, 2006.
- 12- Pala B, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Child maltreatment: abuse and neglect. Dicle Medical Journal, 38: 121-127, 2011.

- 13- Benbenishty R, Zeira A, Astor RA, Khoury KM. Maltreatment of primary school students by educational staff in Israel. *Child Abuse and Neglect*, 26:1291-1309, 2002.
- 14- Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sted*, 15:153-157, 2006.
- 15- Yalçın SS. İstismara bağlı kafa travması: bilimsel yayınlarda yeri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 54: 227-230, 2011.
- 16- Saka E. Adli Tıp Kurumu Başkanlığınca Karara Bağlanmış Çocuk Ölümünün ÇİVİ Açısından İncelenmesi. *Uzmanlık Tezi*, İstanbul, 2004.
- 17- Çetin F. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008.
- 18- Kültür EÇ, Çetin FÇ, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 49: 256-262, 2007.
- 19- Yolcuoğlu Gİ. Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 21: 73-83, 2010.
- 20- Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. *Scandinavian Journal of Surgery*, 100: 264-272, 2011.
- 21- Polat O, Fiziksel İstismar. İçinde: Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-Tanımlar-1. Seçkin Yayıncılık, 59-91s., 2007.
- 22- Polat O, İnancı MA, Aksoy ME. *Adli Tıp Ders Kitabı*. Nobel Yayınevi, İstanbul, 315-339s., 1997.
- 23- Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse and Neglect*, 26:697-714, 2002.
- 24- Bütün C, Beyaztaş FY, Oral R, Güney C, Büyükkayhan D, Sato Y. Baba tarafından ikiz çocuk istismarı. *Türk Pediatri Arşivi*, 46: 346-50, 2011.
- 25- Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*, 116:1565-1568, 2005.
- 26- Fong CM, Cheung HM, Lau PY. Fractures associated with non-accidental injury: an orthopedic perspective in a local regional hospital. *Hong Kong Med J*, 11:445-451, 2005.

- 27- Kemp AM, Butler A, Morris S, Mann M, Kemp KW, Rolfe K, Sibert JR, Maguire S. Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse?. *Clinical Radiology*, 1:723-736, 2006.
- 28- Koval KJ, Zuckerman JD. Kırk ve Çıkıklar El Kitabı: Çocukluk Çağı Dirsek Kırıkları. Çeviri Editörü Uğur Şaylı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 531-3s., 2010.
- 29- Blumenthal I. Shaken baby syndrome. *Postgrad Med J*, 78:732-735, 2002.
- 30- Barnes PM, Norton CM, Dunstan FD, Kemp AM, Yates DW, Sibert JR. Abdominal injury due to child abuse. *Lancet*, 366:187-188, 2005.
- 31- Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 38:1214-1222, 1999.
- 32- Lewis DO. From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 31:383-391, 1992.
- 33- Livingston R. Sexually and physically abused children. *Jam Acad Child Adolescent Psychiatry*, 26:413-415, 1987.
- 34- Tackett KK. The health effects of child abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse and Neglect*, 26:715-729, 2002.
- 35- Emery RE, Laumann L. Child abuse. in: Rutter M, Taylor E, Eds. *Child and Adolescent Psychiatry*, Great Britain: Bath Pres, 325-329p., 2003.
- 36- Saperia J, Lakhanpaul M, Kemp A, et al. Guideline development group and technical team. When to suspect child maltreatment: summary of nice guidelines. *BMJ*, 339: 230–234, 2009.
- 37- Daria S, Sugar NF, Feldman KW, et al. Into hot water head first: distribution of intentional and unintentional immersion burns. *Pediatrics Emerg Care*, 20:302–310, 2004.
- 38- Yalçın N. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011.
- 39- Şahin F, Taşar MA. Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. *Türk Pediatri Arşivi*, 47: 152-8, 2012.
- 40- Baath J, Levin AV. Shaken baby syndrome. *University of Toronto Medical Journal*, 85: 5-6, 2007.

- 41- Polat O, Munchausen Sendromu. İçinde: Polat O, Dokgöz H. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-Tanımlar-1. Seçkin Yayıncılık, 275-290s., 2007.
- 42- Schreier H. Munchausen by proxy. Current Problems Pediatric Adolescent Health Care, 34: 126-143, 2004.
- 43- Stirling J and the Committee on Child Abuse and Neglect Beyond Munchausen Syndrome by proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. Pediatrics 119: 1026-1030, 2007.
- 44- Kılıç SC, Bütün C, Beyaztaş FY, Özen B, Şahin RT, Çağlar FF. Burun kanaması ile başvuran “munchausen by proxy” sendromu olgusu. Türk Pediatri Arşivi, 47: 228-9, 2012.
- 45- Öztop DB, Özcan ÖÖ. Cinsel istismar olgularının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. New Symposium Journal, 48: 270-6, 2010.
- 46- Yarar F, Yarış F. Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşım. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 15: 178-183, 2011.
- 47- İşeri E. Cinsel İstismar. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 470-477s., 2008.
- 48- Beyaztaş FY, Bütün C, Dokgoz H, Altun G, Yorulmaz C, Polat O. Childhood deaths from sexual abuse in Istanbul, Turkey: medicolegal assessment. Neurology, Psychiatry and Brain Research, 13: 121-4, 2006.
- 49- Polat O, Cinsel İstismar. İçinde: Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-Tanımlar-1. Anlara, Seçkin Yayıncılık, 93-158s., 2007.
- 50- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics, 87: 254-260, 1991.
- 51- Polat O, Duygusal İstismar. İçinde: Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-Tanımlar-1. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 229-248s., 2007.
- 52- Polat O, İhmal. İçinde: Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-Tanımlar-1., Seçkin Yayıncılık, 249-264s., 2007.
- 53- Sane SM, Kleinman PK, Cohen RA. Diagnostic imaging of child abuse. Pediatrics, 105: 1345-1348, 2000.

- 54-Kaya E. Çocuk istismarı ve ihmalinin saptanmasında nükleer tıp yöntemlerinin kullanımı. *Güncel Pediatri*, 8: 30-5, 2010.
- 55-Sever M, Saz EU, Koşargelir M. Bir üçüncü basamak hastane acil servisine başvuran adli nitelikli çocuk hastaların değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*,16:260-267, 2010.
- 56-Turan T, Dündar SA, Yorgancı M, Yıldırım Z. 0-6 Yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*,16:552-557, 2010.
- 57-Arslanköylü AE, Kömür M, Uysal S, Erdoğan S. Çocuk yoğun bakım birimi'nde önlenebilir kazalar nedeniyle izlenen hastalar. *Türk Pediatri Arşivi*, 47: 43-6, 2012.
- 58-Erkal S, Şafak Ş. Tuzluca yayır sağlık ocağı bölgesinde yaşayan ailelerde ev kazası görülme durumu ve konutların ev kazası riski açısından incelenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 13: 96-100, 2003.
- 59-Çınar ND. 0-6 Yaş grubu çocukların ev kazalarından korunmasında ailenin rolü. *Klinik Çocuk Forumu*, 4: 62-6, 2004.
- 60-Bahadır GB, Oral A, Güven A. Çocukluk çağı travmaları ve önlenmesinde koruyucu hekimliğin rolü. *TAF Prev Med Bull*, 10: 243-250, 2011.
- 61-Gencer O, Ozbek A, Bozabali R, Cangar S, Miral S. Suspected child abuse among victims of home accidents being admitted to the emergency department a prospective survey from Turkey. *Pediatric Emergency Care* 22: 794-803, 2006.
- 62-Balibey M, Polat S, Ertem İ, Beyazova U, Şahin F. Çocukluk çağında ev kazalarına yol açan etmenler. *Sted*, 20: 89-97, 2011.
- 63-Yılmaz Z. Anayasa TCY-CMY ve İnfaz Kanunu. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 107-245s., 2010.
- 64-Altundağ S, Öztürk MC. Ev kazaları nedeniyle hastaneye gelen 3-6 yaş grubu çocuklardaki kaza türleri ve bunu etkileyen etmenler. *Çocuk Forumu*, 5:60-64, 2004.
- 65-Yağmur F, Asil H, Canpolat M, Per H, Çoşkun A. Kısa mesafeli düşme ve sarsılmış bebek sendromu. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 30:766-71,2010.

- 66- Güzel A, Karahasanoğlu S, Küçükuşurluoğlu Y. Evaluation of the fall-related trauma cases applied to our pediatric emergency department. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 13:211-216, 2007.
- 67- Oral R, Floryanovich A, Goodman J, Türkmen M. Characteristics of household falls in children under 2 years of age. *The Turkish Journal Of Pediatrics*, 49: 379-384, 2007.
- 68- Sink E L, Hyman J E, Matheny T, Georgopoulos G, Kleinman P. Child abuse the role of the orthopaedic surgeon in nonaccidental trauma. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 469: 790–797, 2011.
- 69- Doğan Z. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalına Başvuran Pediatrik Travma Olgularının Retrospektif Olarak Analizi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sivas, 2008.
- 70- Atay T, Tomruk Ö, Çetin GN, Baydar ML, Şekçin H. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine başvuran çocuk kırıklarının epidemiyolojik değerlendirmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 9: 17-21 2008.
- 71- Wang MY, Kim KA, Griffith PM, Summers S, McComb JG, Levy ML, et al. Injuries from falls in the pediatric population: an analysis of 729 cases. *J Pediatric Surg*, 36:1528-34, 2001.
- 72- Koç F, Aksit S, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Çetin SK, ve ark. Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. *Türk Pediatri Arşivi*, 47: 119-24, 2012.
- 73- Park SE, Cho BM, Oh SM. Head injuries from falls in preschool children. *Yonsei Medical Journal*, 45: 229-232, 2004.
- 74- Şimşek O, Hiçdönmez T, Hamamcıoğlu MK, Kılınçer C, Parsak T, Tiryaki M, Kurt İ, Çobanoğlu S. Çocukluk çağı kafa travmaları: 280 olgunun retrospektif değerlendirmesi. *Turkish Journal Of Trauma & Emergency Surgery*, 310-317, 2005.
- 75- Taitz J, Moran K, O'Meara M. Long bone fractures in children under 3 years of age: is abuse being missed in emergency department presentations?. *J Paediatr Child Health*, 40:170–174, 2004.

- 76- Turan T, Dündar SA, Yorgancı M, Yıldırım Z. 0-6 Yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 16:552-557, 2010.
- 77- Altundağ S, Ozturk MC. The effects of home safety education on taking precautions and reducing the frequency of home accidents. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 13: 180-5, 2007.
- 78- Dokgöz H, Şam B, Ersoy G, Müsellim NT. Ölümle sonuçlanan ihmale uğramış çocuk olgusu. Sözlü Bildiri, 16-19 Mayıs 2002 Ulusal Adli Tıp Günleri-Antalya Sözlü Bildirisi, Yıllık Adli Tıp Toplantıları Kitabı, T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Yayınları-6, 118-121s., İstanbul, 2002.
- 79- Fincancı SK, Sözen Ş, Tüzün B, Arıcan N. Oyun çocukluğu ve okul öncesi dönemi ölümlerinde ev kazalarının değerlendirilmesi. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri, Poster Sunuları Kitabı, Dilek Ofset, 5-8s., İstanbul, 1995.
- 80- Ağırtan CA, Akar T, Akbas S, Akdur R, Aydın C, Aytar G ve ark. Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002-2006: Identifying the strongest link can make a difference!. *Child abuse and Neglect*. 33:247-255, 2009.

ÖZGEÇMİŞ

Bahadır Özen, 21.03.1984 yılında Sivas'ta doğdu. İlkokul eğitimini Sivas İnönü İlkokulu'nda, ortaokul eğitimini Fevzi Paşa Ortaokulu'nda, lise eğitimini 1998-2002 yılları arasında Sivas Selçuk Anadolu Lisesi'nde, 2002-2008 yılları arasında da Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimini tamamladı.

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Dalı'nda 2009 yılında uzmanlık eğitimine başladı. Halen Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

Evli ve orta düzey İngilizce bilmektedir.