

T.C.  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ACİL SERVİSTE TRAVMA İLE İZLENEN ÇOCUK  
HASTALARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Banu BENDÇİ

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL

İSTANBUL, 2018



**T.C.  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ACİL SERVİSTE TRAVMA İLE İZLENEN ÇOCUK  
HASTALARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Banu BENDÇİ**

**152038133**

**Tez Danışmanı**

**Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL**

**İSTANBUL, 2018**



T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
**Y Ü K S E K L İ S A N S**  
**TEZONAYI**

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Banu BENDÇİ Öğrenci No : 152038133  
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 06.02.2018  
Danışman : Yrd.Doç.Dr.Gülzade UYSAL Tez Savunma Saati :11.00

Tez Konusu : Acil Serviste Travma ile İzlenen Çocuk Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi

**TEZ SAVUNMA SINAVI**, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd.Doç.Dr. Gülzade Uysal	KABUL	
Yrd. Doç. Dr. K. Derya Beydağ	KABUL	
Yrd.Doç.Dr. Ayşe Karakoç (Marmara Ün.)	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd.Doç.Dr. Özlem Yazıcı		

## ÖZET

Bu araştırma, acil serviste travma ile izlenen çocuk hastaların değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler Ocak 2014-Ocak 2017 tarihleri arasında acil serviste travma nedeniyle izlenen 0-72 ay grubu 1237 çocuğun acil servis kayıt defteri, hekim-hemşire izlem formlarının araştırmacı tarafından hazırlanan “Veri Toplama Formu” kullanılarak retrospektif olarak incelenmesiyle toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen çocukların %57,2’si erkek, %35,7’si 0-12 ay grubunda olduğu belirlenmiştir. Çocuk hastaların %48,7’si kendi mesafesinden düşme, %13,6’sı çarpma, %13,4’ü yüksekten düşme nedeni ile acile başvurmuştur. Çocukların %67,4’ünün baş boyun yaralanması, %28,9’unun ekstremitte yaralanması ile acile getirildikleri saptanmıştır. Çocukların cinsiyeti ile; acile başvurduğu mevsim, başvurma sıklığı, acilde kalma süresi ve tedavi sonrası durum arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Çocukların başvuru nedenleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişki incelendiğinde; kız çocukların daha çok kolunu çekerek travma; erkek çocukların ise yabancı cisim yutma, baş boyun, ekstremitte ve toraks yaralanması yaşadıkları belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Diğer başvuru nedenleri ile cinsiyet değişkeni arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ). Çocukların yaş grupları ile diğer değişkenler karşılaştırıldığında; 0-12 ay grubunun diğer yaş gruplarına göre daha uzun süre acilde kaldığı; 0-12 ay grubunun en sık yüksekten düşme; 13-36 ay grubunun kolunu çekme ve göze kulağa buruna yabancı cisim kaçması; 37-72 ay grubu çocukların daha sık çarpma, sıkışma ve burkulma nedeniyle acile başvurdukları belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Çocukların tedavi sonrası taburculuk, sevk ya da yatışları ile yaş grupları arasında bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ). Çocukların yaş gruplarına göre yaralanma bölgelerine bakıldığında; baş boyun yaralanmasının 0-12 ay grubunda en yüksek olduğu, yaş arttıkça ise ekstremitte yaralanmalarının arttığı, toraks yaralanmalarında ise 0-12 ay grubu ve 37-72 ay gruplarında daha sık görüldüğü dikkati çekmektedir ( $p<0,05$ ).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 0-72 yaş grubunda karşılaşılan bu travmaların, ailenin çocuğun gelişim özelliklerini göz önünde bulundurarak alacağı bazı önlemler ile engellenebileceği düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, Travma, Çocuk acil.

## ABSTRACT

### RETROSPECTIVE SURVEY OF PEDIATRIC PATIENTS WHO HAVE BEEN EXAMINED IN THE EMERGENCY SERVICE BECAUSE OF TRAUMA

The purpose of this research is to evaluate the children patients who admitted to Emergency Room (ER) because of trauma. The data collected by using ER registration book, patient follow up forms of 1237 pediatric trauma patients ages of 0-6, between January 2014-January 2017. The data collected has been transferred retrospectively to “data collecting form” which was prepared by the researcher. Collected data analysed by using SPSS 21.0.

57.2% of patients were male and 35.7% of patients were 0-12 months old. It is stated that admission reasons of patients were 48.7% falling down, 13.6% hitting, 13.4% falling off from high distance. Also, it is indicated that injuries of the patients admitted to ER are 67.4% head and neck injury and 28.9% extremity trauma. It is understood that there is no relation between the patients gender and season of admission, frequency of admission, observation time in ER or medical decisions ( $p > 0.05$ ). It is stated that girls experienced trauma caused by pulling off their arms by someone and boys swallowing foreign bodies, head and neck trauma, extremity and thorax injuries ( $p < 0.05$ ). There is no reasonable connection between other admission reasons and gender ( $p > 0.05$ ). When the ages of patients and the other variables compared it has been seen; 0-12 months group stayed in ER more than other age groups; falling down from height is mostly seen in 0-12 months group; pulling of arm and foreign bodies in eye, ears and nose are mostly seen in 13-36 months group; hitting, squeezing, distortion of extremities are seen mostly in the group of 37-72 months ( $p < 0.05$ ). There is no relation between age groups and discharge from ER after treatment, transfer of patient or hospitalization. It was found that children in the age groups 0-12 months had a lot more head and neck injuries than older children while thoracic injuries were more frequent in 0-12 months and 37-72 months.

The result of this research is that the traumas of 0-6 age child can be prevented by taking some precautions of families by considering of children's developmental features.

**Key Words;** Children, Trauma, Pediatric emergency

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca bana yol gösteren, her türlü bilimsel katkıyı, manevi desteği ve sonsuz anlayışı gösteren değerli tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL'a;

Her zaman yanımda olan, desteklerini esirgemeyen aileme;

Kıymetli zamanlarını ayırdıkları ve araştırmam süresince katkılarını esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Banu BENDÇİ

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Banu BENDÇİ





# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAYI.....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ .....	iv
BEYAN .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLO LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ .....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Çocukluk Dönemi Travmaları.....	3
2.2. Bebek ve Çocukların Bazı Anatomik ve Fizyolojik Farklılıkları .....	3
2.2.1. Vücut –Isı Dengesi .....	4
2.2.2. Santral Sinir sistemi.....	4
2.2.3. Solunum Sistemi.....	4
2.2.4. Sıvı-Elektrolit Düzeni .....	5
2.2.5. Kas İskelet sistemi.....	5
2.3. Travmalar .....	5
2.4. Travma Tipleri .....	6
2.4.1. Düşmeler .....	6
2.4.2. Kafa Travmaları .....	6
2.4.3. Ekstremitte Travmaları.....	7
2.4.4. Burkulmalar .....	7
2.4.5. Dirsek Eklemi Çıkığı .....	7

2.4.6.	Açık Kapalı Kırıklar.....	7
2.4.7.	Zehirlenmeler .....	8
2.4.8.	Yanıklar .....	8
2.4.9.	Hava Yolu Tıkanıklığı/ GİS-Kulak-Burun Yabancı Cisim Kaçması... 9	
2.4.10.	Delici Kesici Cisim ile Yaralanma .....	10
2.5.	Çocuk Acil Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları.....	11
3.	GEREÇ VE YÖNTEM .....	12
3.1.	Araştırmanın tipi.....	12
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	12
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	12
3.4.	Veri Toplama Araçları .....	12
3.5.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	12
3.6.	Araştırmanın Etik Yönü.....	13
3.7.	Araştırmanın Sınırlılıkları .....	13
4.	BULGULAR .....	14
5.	TARTIŞMA.....	34
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER .....	41
	KAYNAKLAR .....	43
	EKLER .....	50
	VERİ TOPLAMA FORMU .....	52
	ÖZGEÇMİŞ .....	55

## TABLO LİSTESİ

Sayfa no:

<b>Tablo 1. Çocukların tanıtıcı özellikleri.....</b>	<b>14</b>
<b>Tablo 2. Acil servis başvuruya ilişkin bilgiler .....</b>	<b>16</b>
<b>Tablo 3. Acil servise başvuru sıklığı ve nedenine ilişkin bilgiler.....</b>	<b>17</b>
<b>Tablo 4. Acil servise kabul edilen çocukların yaralanma bölgesine ilişkin bilgiler.....</b>	<b>18</b>
<b>Tablo 5. Acilde izlenen çocuklara fizik muayene dışında uygulanan ek girişimler.....</b>	<b>19</b>
<b>Tablo 6. Acil serviste izlenen çocukların tedavi sonrası durumları.....</b>	<b>20</b>
<b>Tablo 7. Çocukların cinsiyetleri ile başvuruya ilişkin bazı değişkenlerin karşılaştırılması.....</b>	<b>21</b>
<b>Tablo 8. Çocukların cinsiyetleri ile başvuru nedenlerinin karşılaştırılması.....</b>	<b>23</b>
<b>Tablo 9. Çocukların cinsiyetleri ile yaralanma bölgelerinin karşılaştırılması. ...</b>	<b>25</b>
<b>Tablo 10. Çocukların yaş grupları ile acile başvuruya ilişkin bazı değişkenlerin karşılaştırılması.....</b>	<b>27</b>
<b>Tablo 11.çocukların yaş grupları ile başvuru nedenlerine ilişkin bazı değişkenlerle karşılaştırılması.....</b>	<b>29</b>
<b>Tablo 12. Çocukların yaş grupları ile yaralanma bölgelerinin karşılaştırılması..</b>	<b>32</b>

## **KISALTMALAR DİZİNİ**

**ABC** : Airway Breathing Circulation

**ADTK** : Araç Dışı Trafik Kazası

**AİTK**: Araç Dışı Trafik Kazası

**CDC** : Centers for Disease Control and Prevention

**GİS** : Gastro İntestinal Sistem

**UNICEF**: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

**WHO**: Dünya Sağlık Örgütü



## 1. GİRİŞ

Travma mekanik bir etki ile oluşan organ ya da bir dokunun herhangi bir şekilde bozulmasına neden olan yara olarak tanımlanmaktadır (1-5). Travma açısından her birey risk altında olmasına karşın çocukların fiziksel gelişimleri nedeni ile yetişkinlere nazaran daha fazla risk taşıdıkları aşikârdır (2,6).

Çocuk hastaların travma maruziyetinde, ihmal ve istismar değerlendirilmesi gereken önemli bir sorundur. İhmal pasif bir olayken, istismar aktif bir durumdur. Bu sebeple istismar açısından tanı koymak ihmalden daha kolaydır. İhmal karşımıza tıbbi, fiziksel, duygusal ve eğitimsel olarak çıkabilir. Özellikle büyüme gelişme geriliği tanısı olan çocukların değerlendirilmesinde, kazalara bağlı lezyonlarda sıklıkla fiziksel ihmal söz konusu olabilir (7). Dünyada çocuk istismarı sıklığı % 1-10 iken, ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar çok yeterli olmamakla birlikte, % 10-53 arasında görülmektedir. Bu konu gelişmiş ülkelerde yıllardır değerlendirilmesine karşın ülkemizde ancak son yıllarda ön plana çıkmıştır (8, 9).

Çocuğun bir yaşına gelmesi ile artış gösteren keşfetme merakı, artan travmaları da yanında getirmektedir (6). Beş yaş altı ölüm sebeplerine bakıldığında travmaların ilk beşin arasında yer alması çocuk travmalarının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır (1,4,10-12). Okul öncesi döneme kadar olan çocuklar özellikle ev kazaları yönünden daha yüksek risk taşımaktadır (1). Çocukların görme alanının, seslerle yer tayininin ve özellikle 3 yaş altı dönemde özdenetim yeteneklerinin yetersizlikleri nedeni ile travma yatkınlıkları artmaktadır (6). Travma sonucunda çocuk ve ailede meydana gelen fiziksel ve psikolojik etkilerin yanında, ülke ekonomisine de getireceği yük göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir (13,14).

Çocuk sağlığının korunması ve sürdürülebilirliği için çocuk güvenliğinin sağlanması önemli bir halk sağlığı sorunu olup ülkenin gelişmişlik göstergeleri arasında ön sıralardadır (4). Özellikle de çocuk hastalarda bu olaya neden olan iç ve dış faktörlerin belirlenmesi, değiştirilebilir yanlarının ortaya konması alınabilecek önlemler açısından yol gösterici olacaktır (13).

Araştırma bölgesini acil servis olarak belirlemek akılcıdır. Çünkü acil servisler travma hastalarının hastaneye giriş kapısıdır. Acil servislerde çocuğu karşılayan ve ilk

değerlendiren acil servis hemşiresinin rol ve sorumlulukları yerine getirebilmesi çocuk hastanın sağlığını sürdürebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Çocuk hemşireliği, hemşirenin temelde var olan hemşirelik rollerini çocuk ve aileyi merkezine alarak sürdürebilmesini, çocuğun tüm gelişim evrelerini kapsayarak bütüncül bir bakım vermeyi gerektirir. Bu kapsamda hemşire çocuğun gelişim süreçlerini, çocukların olaylara vereceği fiziksel ve psikolojik yanıtlarını analiz edebilmelidir (15-17).

Bu araştırma, Anadolu Sağlık Merkezi hastanesi acil servisinde yapılmış olup; acil servise başvuran 0-6 yaş çocuk travmalarının retrospektif değerlendirmesi ile travmaların cinsi, sıklığı ve fiziksel etkileri incelenmiştir.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1.Çocukluk Dönemi Travmaları**

Dünya’da meydana gelen çocuk travmaları, önemli mortalite ve morbidite oranlarına sahiptir (18). Travmalar çocuk ölümlerinin neredeyse yarısının sebebi olarak gösterilmektedir. Yapılan çalışmalarda, travmanın sebep olduğu her bir çocuk ölümüne karşılık, travma nedeni ile 12 çocukta kalıcı sakatlık durumu ile karşılaşmaktadır (1). Özellikle 0-6 yaş çocukların karşılaştığı travmaların önlenmesi, günümüzde hala toplum için öncelikli öneme sahip bir sorundur. Çoğunluğu önlenemez nitelikte olan, çocukların maruz kaldığı travmaların çoğunluğu önlenemez niteliktedir. Aile ve çocukların düzenli eğitimi ile ve çocuklara oluşturulacak güvenli yaşam alanları ile travmalar önlenemez ve azaltılabilir (18, 19).

Travma hastalarının çoğunluğu acil servis ünitelerine başvurmaktadır. Travma hastalarını kapsayan tüm süreçler diğer hasta gruplarına göre farklılık gösterir ancak çocuk travmalarında bakımı sağlayacak ekibin bu konuda özel eğitilmiş ve en küçük ayrıntıyı kaçırmayacak dikkatte olması çok önemlidir. Bilinen ilk çocuk travma merkezi Peter Kottmeier tarafından 1962 yılında Brooklynde kurulmuştur (20). Ülkemizde ise çocuk travma hastaları çoğunlukla yetişkin acil ünitelerinde değerlendirilip tedavi edilmektedir.

Çocuk hastalar travmalara yetişkinlerden daha farklı yanıt verirler (21). Travmalı çocuk hastaların yönetiminde izlenen yollar erişkin hastalar ile benzerlik gösterse de çocuk hastaların anatomik ve fizyolojik özelliklerindeki farklılıklar, izlenen bu yolda değişikliklere sebep olacaktır (22).

### **2.2.Bebek ve Çocukların Bazı Anatomik ve Fizyolojik Farklılıkları**

Bebekler ve çocuklar yetişkinlerin minyatürü değildir. Büyümelelerinin her evresinde farklı özellikler gösterirler. Yetişkinlere göre farklı vücut oranlarına sahiptirler (16, 23). Yenidoğanda görülen çıkıntılı göğüs kafesi ve şişkin görüntülü karnın en önemli nedeni karaciğerin vücut toplam hacminde önemli bir yer tutmasıdır. Çocuklarda karaciğerin vücuda oranı yetişkinin iki katıdır. Cilt altı yağ dokusunun da zayıf olduğu bu dönem dalak ve karaciğerin travmalardan etkilenme riskini artırır (9,16).

Yenidoğanda larenksin erişkine göre yüksekte yer alması aspirasyon riskini azaltırken, trakeanın küçük ve dar olması yabancı cisim nedenli obstrüksiyon riskini arttırır. Göğüs kafesinde puberte dönemine kadar görülen kartilaj oranının yüksek olmasının neden olduğu esneklik, meydana gelebilecek travmalarda solid organ yaralanmalarını beraberinde getirir (16,24).

### **2.2.1. Vücut –Isı Dengesi**

Çocuklarda vücut yüzey alanları ağırlıklarına oranla daha büyüktür, bu da hipotermi açısından risk taşımalarına sebep olur (16).

### **2.2.2. Santral Sinir sistemi**

Doğumda vücut oranı oldukça büyük olan beyin dokusu vücut ağırlığının %10'unu oluşturur; yetişkinlerde ise bu oran %2,5'tir. Yenidoğan beyin ve omuriliğindeki nöron sayısı erişkin dönemdekine eşittir ancak, sinir sisteminin gelişimi aylara göre değişiklik gösterir. Bu sebeple çocuklarda sinir sistemi üzerine gelebilecek herhangi bir zarar yaşla ve gelişimle birlikte farklılık gösterecektir. Yenidoğanda sinirler, nefes alma, emme ve yutma gibi refleks hareketleri kontrol eder. Bu önemli fonksiyonlar dışında, motor fonksiyonların kontrolü yenidoğanlarda son derece zayıftır ve uzuvların hareketleri rastgele hareketler şeklindedir (16, 23).

Çocuklarda başın vücuda oranı yetişkinlere nazaran çok büyüktür. Ağırlık merkezinin değişmesine sebep olan bu durum kafa travması sıklığını açıklayan nedenlerdendir (24) . Çocuk hastaların muayenesinde bilinmesi gereken diğer bir fark ta fontanelerin kapanma durumlarıdır. Ön fontanel 16-18. Aylar arasında kapanması beklenirken 24 aya kadar uzaması normal kabul edilebilir. Arka fontanel ortalama 2-3. ayda kapanır (16, 25, 26).

### **2.2.3. Solunum Sistemi**

Çocuklarda havayolu açıklığına göre ağız içi organların daha büyük olması larenksin görünmesini zorlaştıran bir durumdur. Yetişkinden farklı olarak diyafram 4-5 yaşa kadar esas solunum kasıdır. Distress durumlarında karbondioksit atılımının yetersizliği nedeni ile çocuklar metabolik asidoz yönünden daha risklidir (16,25,27).



#### **2.2.4. Sıvı-Elektrolit Düzeni**

Doğumda, böbrekler erişkin dönemdeki nefron sayısına sahiptir, ancak fonksiyonel yönden zayıftır. Böbrekler, lobüllü bir görünümde ve daha ince bir korteks tabakasına sahiptir. Ortalama bir yaşa kadar böbrekler idrarı etkin olarak konsantre edemez, elektrolitlerin emilimleri ve atılımı üzerinde iyi bir kontrol sağlayamazlar. Bu nedenle sıvı- elektrolit dengesi çok kolay bozulabilir. Geç çocukluk dönemine kadar vücuttaki su miktarı erişkinlerden daha fazladır. Vücut sıvısının çoğu, hücre dışı alandadır. Günlük sıvı değişim hızı daha fazladır. Çocuk hastaların sıvı hidrasyonu sağlanırken bu durumlar göz önünde bulundurulmalı, şok tablosu açısından hasta takip edilmelidir (16, 25, 27).

#### **2.2.5. Kas İskelet sistemi**

Bebeklik döneminde kaslarda kuvvet ve koordinasyon yoktur. Yetişkinlerde kas ağırlığının % 40'ı iken bebeklerde % 25' dir. Düşme ve yaralanma riskleri fazladır (16,26). Çocuk hemşiresi, acil servise gelen hastayı karşılarırken hastanın bu farklılıklarını göz önünde bulundurarak hızlı bir tanılama yapmalı, Travmaya maruz kalmış çocuk hastaya özgü ihtiyaçları belirlenmeli ve bakım geliştirilmelidir.

### **2.3.Travmalar**

Travma sözcüğü ilk eski Yunancada yara anlamında tanımlanmıştır. Travma, vücuda dışarıdan etki eden bir kinetik enerjinin dokulara aktarılması ile oluşan, dokunun yapısında geçici veya kalıcı hasara sebep olan durumdur. Travma sebeplerinin ve oluş mekanizmalarının değişmesi ve vücudun gelişim süreçlerinin yaşlara göre gösterdiği farklılıklar nedeni ile ortaya çıkan hasar değişiklikler göstermektedir (28).

Travmalar 1-44 yaş arası ölümlerin ilk sebebi olarak gösterilirken, tüm yaş gruplarına bakıldığında kardiyovasküler hastalık ve kanserlerden sonra 3. sırada ölüm sebebi olarak gösterilmektedir (28, 29).

Çocuklarda durum incelendiğinde gelişmiş ülkelerde önde gelen ölüm sebebi olarak travmalar gösterilmektedir (30). Günümüz verilerinde Dünya'da her yıl ortalama 47000 çocuğun düşme nedeni ile hastaneye yattığından, 45000 çocuğun zehirlenme nedeni ile öldüğünden, 10 milyondan daha fazla çocuğun ölümle sonuçlanmayan trafik kazası geçirdiğinden bahsedilmektedir. Ülkemizdeki verilere bakıldığında ise TÜİK'in

son verilerine göre 120000 den daha fazla çocuk ev kazasından kaynaklı acil servislere başvurmakta; 1-4 yaş arası çocuk ölüm nedenlerinin %44'ünü kazalar oluşturmaktadır (12, 16).

Literatürde çalışmalar yetersiz olduğundan net bir bilgi olmamakla birlikte; özellikle trafik kazaları, suda boğulmalar ve yanıklar pediatride en sık kaza nedenleri olarak bildirilmektedir (14). Çocuk travmaları, hastane öncesi bakım, acil ve hastane süreci ve sonrasında uzun vadeli rehabilitasyonları içine kapsayan büyük bir halk sağlığı sorunudur (31).

## **2.4.Travma Tipleri**

### **2.4.1. Düşmeler**

Çocukluk döneminde düşme çoğunlukla önlenemez travmalar olarak kabul edilmektedir. Düşmeler temelde yüksekten ve kendi mesafesinden düşme olarak sınıflandırılır. Düşmelerde çocuğun yaşı, düşme biçimi, düştüğü yüksekliğin ölçü farkı, düştüğü zeminin yapısı gibi değişkenlerle ilişkili olarak mortalite ve morbidite sıklığı farklılıklar göstermektedir (30,32). Gelişmiş ülkelerde acil servislere düşme ile başvurular travma nedenli başvuruların %25-34 arasında değişirken ülkemizde bu oranın %45'e çıktığı görülmektedir (33). CDC (Centers for Disease Control and Prevention) verilerine göre 0-18 yaş düşmeye bağlı ölümler tüm çocuk ölümlerinin %2'sini kapsamaktadır (34).

### **2.4.2. Kafa Travmaları**

Kafa travması, skalp, kafatası veya beyinin dışarıdan gelen herhangi bir enerji nedeni ile hasar görmesidir. Kafa travmaları künt veya penetran yaralanmalar olarak karşımıza çıkabilir (35). Çocuk travma hastalarının en sık başvuru nedeni olarak kafa travmaları gösterilebilir. Kafa travması sıklığı ve meydana gelişi ile ilgili ülkemizde yapılan yeterli çalışma yoktur ancak diğer ülkelerde yapılan çalışmalar çocuklardaki kafa travmalarının en sık nedeninin düşme olduğunu gösterir (36). Çocuklarda kafa travmasının etkileri beyin gelişiminin hangi evresinde meydana geldiğine bağlıdır (37).

Yapılan çalışmalar Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa ülkelerinde kafa travması sıklığını binde 2-3 arasında gösterirken, ülkemizde net rakam yoktur. Ancak ülkemizde yapılan çalışmalara göre çocuk ve genç erişkinlerin kafa travması sıklığının

tüm yaş gruplarından daha sık olduğu görülmüştür. Sık olmasının yanında tek yüz güldürücü yanı çocuk kafa travmalarında prognozun yetişkinlere göre daha iyi olmasıdır (37, 38).

### **2.4.3. Ekstremitte Travmaları**

Çocuk hastalarda sık görülen ekstremitte yaralanmaları incelendiğinde; üst ekstremitte travmaları oranı küçük yaşlarda daha yüksektir. Pediatrik hastaların immatür kas ve kemik yapıları travmalar sonrası yaralanmaların bir diğer sebebidir (39). Yapılan araştırmalar erkek çocuklarda ekstremitte travma sıklığının daha çok olduğunu gösterir. Ancak kız çocuklarda çekme ile yaralanmalar daha sıkken, erkek çocuklarda kontüzyonlar daha sık görülür (40). Ekstremitte yaralanmalarında doğru tedavi hastanın ağrı kontrolünü, var olanın dışında sinir ve damar yaralanması eklenmesinin önüne geçmeyi, hastanın rehabilitasyon sürecinin de sekel kalmaksızın geçirilmesini içerir (41).

### **2.4.4. Burkulmalar**

Alt ekstremitte travmalarında en sık rastlanan ayak-ayak bileğini etkileyen bir travma çeşididir. Burkulmalar sonrası çoğunlukla bağ ve kas dokusu etkilenirken, kemik, kırık ve sinirlerde de hasar görülmesi olasıdır. Travmaya uğramış hastalara yapılacak en hızlı ve ilk müdahale elevasyon, soğuk kompres ve eklem sabitlemesini içerir (41).

### **2.4.5. Dirsek Eklemi Çıkığı**

Dirsek çıkığı, çocuklarda üst ekstremitte çıkıklarında ilk sıradadır. Daha çok kolu çekme hareketi ve kolun rotasyonu ile ortaya çıkar. Pratikte Dadı Çıkığı (Pulled Elbow) olarak adlandırılır. Dirsek çıkığında acil tedavi eklem kapalı redüksiyonunun sağlanmasıdır. Tedavi sonrası eklem 7-10 gün süreli korunması önemlidir (42).

### **2.4.6. Açık Kapalı Kırıklar**

Pediatrik kırıklar yetişkinlerdeki kırıklara göre yapısal farklılıklar gösterir. İyileşme süreci yetişkine nazaran daha yüz güldürücüdür ancak epifize olan yakınlığın artması ve epifizin etkilenmesine göre de farklılık göstermektedir (43).

Kapalı kırıklar deri bütünlüğü bozulmaksızın ortaya çıkan kemik kırıklarıken açık kırıklar deri ve deri altı dokunun da hasar görmesi ile birlikte seyreder ve kırığın kendisi ya da sebep olduğu hematoma dış ortamla temasının olduğu kırıklardır. Açık kırıklarda kapalı kırıklardan farklı olarak kontaminasyon olasılığı, enfeksiyon riski daha yüksektir, iyileşme süreci daha uzun olabilir (44).

#### **2.4.7. Zehirlenmeler**

Zehir terimi 1230 yılında literatüre girmiştir. Bunu takip eden sürede toksikoloji bilimi ortaya çıkar. Çocuklarda zehirlenmelerden bahsederken etken, çevre ve maddenin kendisinin bir arada olması ile oluşan; anlık olarak ortaya çıkan, sonucunda mortalite ve morbiditeden bahsedilebilen hastalık durumu olarak tanımlanabilir (45). 5 yaşa kadar olan çocuk zehirlenmeleri daha çok kaza sonucu ortaya çıkmaktadır. WHO/UNICEF raporlarına göre Dünya üzerinde 20 yaş altı ölümlerin %13'ünü kaza ile zehirlenmeler oluşturur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuk zehirlenmeleri diğer çocuk hastalıklarına oranı %0,6 ile % 2,8 arasında değişkenlik göstermekte olup günümüze yaklaştıkça azalmaktadır (10, 46).

Zehirlenme ile acile başvuran hastanın tablosu en basit belirtiden ölümcül seyirli bir duruma uzanabilmesi, zehirlenmeleri daha da önemli hale getirmektedir. Toksin madde ile karşılaşma sonrası ortaya çıkan etkiler, belirtiler ve durumun seyri benzerlik gösterebilir ancak her zehirlenme vakası kendine has bir durum olarak kendi çerçevesinde değerlendirilmelidir (45).

#### **2.4.8. Yanıklar**

Yanık; en sık ısı, çeşitlik kimyasallar, radyoaktif ışınların dokularda oluşturduğu hasar durumu olarak tanımlanabilir (47, 48). Yanık ile acile başvuran hastalarda ilk yapılacak olan diğer travma hastalarında olduğu gibi ABC'nin sağlanmasıdır. Sonrasında yanığa özgü spesifik tedavi yapılmalı ve rehabilitasyon süreci planlanmalıdır (49, 50).

Yanık tedavisinde en iyi sonucu alabilmek için en uygun tedavinin zamanında yapılmış olması gerekir (51). Yanıklar çok basit yaralanmalardan ölüm ile sonuçlanabilen ciddi yaralanmalara kadar geniş bir yelpazeye sahiptir. Yanık hastaları gerek tedavi gerekse sonrasında göreceği rehabilitasyon süreci gereği maliyet açısından

da ülke ekonomisinde önemli bir yere sahiptir (47, 48). Hastanın değerlendirilmesi sırasında yanığın hangi bölgeyi etkilediği, derinliği ve yüzey olarak ölçüsü kontrol edilir (52).

Birinci derece yanıklar; epidermis sağlamdır, cilt rengi kırmızı görünümündedir, büllöz yapı gözlemlenmez, etkilenen bölge ağrılıdır. Tedavi sürecinde hastanın ağrısının kesilmesi, etkilenen bölgenin nemlendirilmesi ve bölgenin güneşten korunması önemlidir. İyileşme 3-4 gün içinde gözlemlenir ve skar dokusu bırakmazlar (52-54). İkinci derece yanıklar ise kendi içinde iki sınıfta değerlendirilir. Yüzeysel ikinci derece yanıklarda epiderminin tamamı etkilenmiş dermişin üst kısmı etkilenebilir. Yanık kırmızı pembe renkli görünür kapiller dolumu mevcuttur. Sinir hasarı olmayıp, hastalar şiddetli ağrı hisseder (52, 55). Derin ikinci derece yanıklarda epidermis tamamı, derminin ise derin dokularına kadar etkilenmiştir. Hastalar çok ağrı duymazlar. Bu yanıklar sonrası bölgede ciddi iz kalabilir (54, 55). Üçüncü derece yanıklarda tam kat yanıklar olarak adlandırılır. Epidermis, dermis ve cilt altı dokular etkilenir. Hasta ağrı duymaz. Dördüncü derece yanıklarda fasya, kaslar hatta bazen kemikler etkilenebilir. Üçüncü derece ve 4. Derece yanık tedavisinde cerrahi tedavi gerekebilir (52, 55).

#### **2.4.9. Hava Yolu Tıkanıklığı/ GİS-Kulak-Burun Yabancı Cisim Kaçması**

Yabancı cisim vücutta olmaması gereken madde olarak tanımlanabilir. Her yaş grubunda vücuda farklı yollar ile alınmış yabancı cisimlerden bahsedilebilir. Yabancı cisimler her hastada riskli komplikasyonlara sebep olabilir ancak çocuk hastalar mortalite ve morbidite açısından daha büyük risk taşımaktadır (56).

Hava yolundaki yabancı cisimler 6 ay ile 3 yaş arasında ve erkek çocuklarda daha sık görülmektedir (57). Yapılan çalışmalarda yabancı cisim aspirasyonunda 3 yaşa kadar görülme sıklığı %60-90 gibi geniş bir oran belirlenmiştir (56). Yabancı cisim aspirasyonu sonrası erken belirtiler; ani başlayan öksürük, solunum sıkıntısı, hırıltı, siyanoz, konuşamama hatta ölüm ile sonuçlanabilir. Geç başvuru şikayetlerine bakıldığında ise hırıltı, öksürük, sık ve tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, bronşektazi görülebilir. Hastanın değerlendirmesinde öykü alma çok önemlidir. Ani başlayan öksürüklerde aspirasyon akla gelmesi gereken ilk sebeplerdendir (57-60).

Tanımlama sürecindeki gecikmeler işlem yapılmasını da geciktireceği için hastada gelişecek komplikasyonlar artmaktadır. Komplikasyonlara bakıldığında sekonder

enfeksiyon, aspire edilen maddenin akciğerde büyümesi ile sonradan gelişen tam tıkanıklık, iritasyon, abse oluşumu, atelektazi, amfizem, mediastenal shift görülebilir. Uzamış süreçte hastanın kan gazı bozulabilir. Tedavi sürecinde sıklıkla rijit bronkoskopi ve gereğinde cerrahi işleme başvurulur (58, 59, 61).

Yabancı cisim yutma ile başvurular incelendiğinde ise hastalar 5 yaş altı dönemde sıklık gösterir. En sık dönem ise oral dönemdeki çocuklardır (62, 63). Tüm travmalara oranla görülme sıklığına ilişkin bir veriye ulaşılamamıştır. Ağız yolu ile vücuda giren yabancı cisimler görüntüleme yöntemi ile teşhis edildikten sonra cisim lokasyonuna göre hastaya girişim planı yapılır. Özefagusta bulunan cisimler endoskopik yöntem ile çıkartılır, mideye ulaşmış cisimlerin özelliğide gözetilerek spontan çıkışı için hasta takibe alınabilir. Hastanın bu süreçte gelişebilecek komplikasyonlar yönünden takip edilmesi önemlidir (63, 64).

Burun ve kulakta yabancı cisimler, acile ve kulak burun boğaz uzmanlarına sık başvuru sebepleridir. Pediatrie 0-5 yaş arasında daha sık görülür. Kulakta yabancı cisimler kaşıntı, kulak akıntısı, işitme kaybı, kulak çınlaması, kulak ağrısı gibi geç dönem belirtileri ile gelebileceği gibi akut dönemde kanama ile de gelebilir. Çıkarmaya çalışma esnasında hasta veya yakını tarafından kulak zarı zedelenebilir. Burundaki yabancı cisimler ise derin nefes alma ile aspirasyon açısından risk taşır (65, 66, 67).

#### **2.4.10. Delici Kesici Cisim ile Yaralanma**

Herhangi delici bir cisim ile deri bütünlüğünün kesilme, çizilme veya kopma şeklinde meydana gelebilen yaralanmalardan söz edilebilir. Pansuman gerektirebilecek kadar basit müdahaleler ile tedavi edilebilirken, ciddi damar ve sinir kesileri meydana gelebilir; sonuç olarak ameliyat ile tedavi gerektirebilir. Kalıcı hasara sebep olabilirler. Motor gelişimi henüz yetersiz olduğu dönemde kesici cisimler ile gözetimsiz bırakılan çocuklar her zaman risk altındadır (32). Çocukluk döneminde delici-kesici yaralanmalarının en sık bıçak ve kırık cam parçaları ile gerçekleştiği görülmektedir (68).

Yara tedavisinde amaç yara dudaklarının yaklaştırılması ve enfeksiyonlar önlenerek yaranın en iyi şekilde iyileşmesinin sağlanmasıdır. Yara bakımında aşamalar derinin temizlenmesi ve yaranın hazırlanması, anestezi, yara kapama yöntemleri olarak

sayılabilir. Yaranın primer kapatılmasında ise sütür, stabler, yapışkan bantlar, doku yapıştırıcılar yer almaktadır (69).

## **2.5. Çocuk Acil Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları**

Acil hemşiresi, hemşireliğin getirdiği görev ve yetkileri doğrultusunda, durumu stabil olmayan, akut bir sorun ile karşı karşıya olan bireyi tanılamak, tedavi sürecinde yetkilerini yerine getirmek, hasta için gerekli bakımı ve hastanın taburculuk eğitimlerinin planlanmasından sorumludur (15).

Acil servise travma sebebi ile başvuran ocuk hastanın değerlendirilmesinde acil hemşiresinin; çocuğun ve ailenin sürece dahil edilmesi, çocuğun haklarının ihlalinden Őphelenildiđinde ocuk haklarının korunması ve sürdürülebilirliğini sağlamak gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirenin, ocuğun acile girişiyle birlikte iyi bir öykü alması, çocuğun fizik muayenesi ve ailenin yaklaşımını değerlendirmesi, tedavi ve bakım sürecinde çocuğun ve ailenin katılımını sağlayıp rehabilitasyon sürecinde de desteklemesi, gerekli destek sistemlerine ulaşım konusunda yönlendirmesi önemlidir (15, 70).

Çocuklarda travmaların önlenmesinde ise hemşirenin temel rolü eğitimidir. Ebveyn, bakıcı, ğretmen gibi çocuğun bakımından sorumlu kişilerin eğitimi koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilebilir (16,17). Çocukların gelişim özellikleri göz önünde bulundurularak alınacak önlemler, geliştirilecek uygun yaşam alanları ile travmaların önlenebileceği bilinmelidir (32). Acil hemşiresi ailenin acile gelmesini fırsata dönüştürmeli, ailenin travmalara karşi alınacak önlemler konusunda bilgilendirmeli ve bu kapsamda ilgili birimlere yönlendirmelidir (16).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın tipi**

Araştırma acil serviste travma ile izlenen çocuk hastaların değerlendirilmesi amacıyla retrospektif bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Temmuz 2017-Kasım 2017 tarihleri arasında Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi acil servis kayıtları taranarak yapılmıştır. Hastane acil servisi 16 yataklı olup; bir triaj odası, iki travma odası, bir alçı odası, bir kadın doğum odası, beş muayene odası, beş gözlem odası bulunmaktadır. Acil servis bünyesinde dört acil hekimi, on iki hemşire, altı hasta danışmanı, üç yardımcı sağlık personeli, üç temizlik personeli vardiyalı olarak hizmet vermektedir. Hastane acil servisine başvuran hastalar sağlık bakanlığının belirlediği triaj sınıflandırmasına (Ek-1) göre değerlendirilmektedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmada Ocak 2014-Ocak 2017 acil servise travma şikayeti ile başvuran 0-6 yaş grubundaki olguların retrospektif olarak taranmıştır. Bu tarihler arasında travma şikayeti ile izlenmiş 0-6 yaş 3685 hastanın acil girişi dosyaları incelenmiş olup, tarama kriterlerine uyan 1237 veri örnekleme oluşturmuştur. 7-18 yaş grubu çocuklar, travma dışı başvurular ve eksik dosyalar araştırma dışı bırakılmıştır.

#### **3.4.Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan “Veri Toplama Formu” (Ek-2) kullanılarak toplanmıştır. Form hastaların tanıtıcı özelliklerini ve başvuruya ilişkin travmaların cinsi, sıklığı ve fiziksel etkilerini içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.5.Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilere ilişkin frekans ve yüzdesel dağılımlar verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş, lineer regresyon ile incelenmiştir. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup,  $p < 0,05$  olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu,  $p > 0,05$  olması durumunda anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.



### **3.6. Araştırmanın Etik Yönu**

Araştırmaya başlamadan önce Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi etik kurulundan (Kurul No:17/56) izin alınmıştır (Ek-3).

### **3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmaya 0-6 yaş grubu dışında kalan çocuk hastalar dahil edilmemiştir. Hasta notlarının tam girilmemiş olması da araştırmanın diğer sınırlılığıdır.



#### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya dahil edilmiş çocukların tanıtıcı özelliklerinin, başvuruya ilişkin travmaların cinsinin, sıklığının, fiziksel etkilerinin ve diğer değişkenler ile karşılaştırılması sonucu elde edilmiş verilerin analizine yer verilmiştir.

**Tablo 1. Çocukların Tanıtıcı Özellikleri (n=1237)**

Tanıtıcı özellikler	Sayı (n)	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	708	57,2
Kız	529	42,8
<b>Yaş</b>		
0-12 ay	441	35,7
13-36 ay	359	29,0
37-72 ay	437	35,3
<b>Kronik hastalık durumu</b>		
Var	46	3,7
Yok	1191	96,3
<b>Gelişimsel engel durumu</b>		
Var	4	0,3
Yok	1233	99,7
<b>Aile iş birliği</b>		
Tedaviyi kabul etti	1170	94,6
Tedaviyi reddetti	67	5,4

Çocuk acil serviste izlenen çocuklara ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 1’de yer almaktadır. Çocukların %57,2’si erkek, %42,8’i kızdır. Çocukların yaş grupları incelendiğinde; %35,7’si 0-12 ay arasında, %29’u 13-36 ay grubunda ve %35,3’ünün 37-72 ay grubunda olduğu belirlendi.

Çocukların kronik hastalık durumu incelendiğine; %3,7’sinin (n=46) kronik bir hastalığı olduğu, çoğunluğunun (%96,3) ise kronik hastalığı olmadığı saptanmıştır. Gelişimsel bir engel varlığı olup olmadığı incelendiğinde; çocukların tamamına yakınının (n=1233) gelişimsel bir engeli olmadığı, %0,3’ünün (n=4) ise gelişimsel bir engeli olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Acil servise gelen çocukların ebeveynlerinin tanı ve tedaviye ilişkin iş birliği durumlarına bakıldığında; ebeveynlerin %94,6'sının tedaviyi kabul ettiği, %5,4'ünün (n=67) ise tedaviyi reddettiği saptanmıştır (Tablo 1).



**Tablo 2. Acil Servise Başvuruya İlişkin Bilgiler (n=1237)**

	Sayı (n)	%
<b>Mevsim</b>		
Sonbahar	285	23,0
Kış	251	20,3
İlkbahar	320	25,9
Yaz	381	30,8
<b>Triyaj</b>		
Kırmızı 1 alan	1	0,1
Kırmızı 2 alan	4	0,3
Sarı 1 alan	172	13,9
Sarı 2 alan	953	77,0
Yeşil alan	107	8,6
<b>Acilde kalma süresi/dakika</b>		
2- 10 dakika	146	11,8
11-30 dakika	497	40,2
31-60 dakika	280	22,6
60 dakika ve üzeri	314	25,4

Acil servise başvuruya ilişkin bazı özellikler Tablo 2’de incelenmiştir. Başvuruların %23’ü sonbahar, %20,3’ü kış, %25,9’u ilkbahar, %30,8’i de yaz mevsiminde olduğu belirlenmiştir.

Acile girişi yapılan çocukların triyajları incelendiğinde; %0,1’inin kırmızı 1 alanda, %0,3’ünün kırmızı 2 alanda, %13,9’unun sarı 1 alanda, %77’sinin sarı 2 alanda, %8,6’sının da yeşil alanda takip edildiği saptanmıştır (Tablo 2).

Çocukların acil serviste kalma sürelerine bakıldığında; %11,8’inin 2-10 dakika, %40,2’sinin 11-30 dakika, %22,6’sının 31-60 dakika ve %25,4’ünün 60 dakika ve daha uzun süre acil serviste kaldığı belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 3. Acil Servise Başvuru Sıklığı Ve Nedenine İlişkin Bilgiler (n=1237)**

	Sayı (n)	%
<b>Başvuru sıklığı</b>		
İlk kez	1044	84,4
İkinci kez	147	11,9
Üçüncü kez	29	2,3
Dört ve daha fazla	17	1,4
<b>Başvuru nedeni</b>		
Kendi mesafesinden düşme	602	48,8
Çarpma	168	13,6
Yüksekten düşme	166	13,4
Yanık	61	5
Kolunu çekme ile travma	60	4,8
Sıkışma	45	3,6
Üzerine cisim düşmesi ile yaralanma	23	1,8
Merdivenden yuvarlanma	20	1,6
Delici cisim ile yaralanma	19	1,5
Burkulma	18	1,4
Göze, buruna, kulağa yabancı cisim kaçması	18	1,4
Yabancı cisim yutma	16	1,3
Zehirlenme	10	0,8
Diğer**	11	1
<b>Yanık derecesi (n=61)</b>		
1.derece	17	27,9
2.derece	43	70,5
3.derece	1	1,6

\*Birden çok yanıt verilmiştir. \*\*ADTK, AİTK, Saç çekme ile travma

Çocukların acil servise başvuru sıklık ve nedenleri Tablo 3’de incelenmiştir. Acile başvuru sıklıkları incelendiğinde; %84,4’ünün ilk kez, %11,9’unun ikinci kez, %2,3’ünün üçüncü kez ve %1,4’ünün dört ve daha fazla acil servise başvurdukları belirlenmiştir.

Çocukların acile başvuru nedenleri incelendiğinde; %48,9’unun kendi mesafesinden düşme nedeniyle, %13,6’sının çarpma nedeniyle, %13,4’ünün yüksekten düşme nedeniyle, %5’inin yanık nedeniyle, %4,8’inin kolunu çekme ile travma nedeniyle, %3,6’sının sıkışma nedeniyle, %1,8’inin üzerine cisim düşmesi ile yaralanma nedeniyle, %1,6’sının merdivenden yuvarlanma nedeniyle, %1,5’inin delici cisim ile yaralanması nedeniyle, %1,4’ünün burkulma nedeniyle, yine %1,4’ünün göze, buruna, kulağa yabancı cisim kaçması nedeniyle, %1,3’ünün yabancı cisim yutma

nedeniyle, %0,8'inin zehirlenme, %1'inin diğer (ADTK, AİTK, Saç çekme ile travma ) sebepler nedeniyle acile geldikleri saptanmıştır (Tablo 3).

Yanık nedeniyle acile başvuran çocukların (n=61); %27,9'unun 1.derece yanık, %70,5'inin 2.derece yanık ve %1,6'sının (n=1) da 3. Derece yanık olduğu bildirilmiştir (Tablo 3).

**Tablo 4. Acil Servise Kabul Edilen Çocukların Yaralanma Bölgesine İlişkin Bilgiler (n=1257)**

Yaralanma bölgesi*	Sayı (n)	%
Baş-boyun yaralanması	834	67,4
Ekstremitte yaralanması	358	28,9
Toraks yaralanması	32	2,6
Batın yaralanması	19	1,5
Diğer**	12	1,0

\*Birden çok yanıt verilmiştir. \*\*Sırt yaralanmaları, GİS yaralanmaları, genital sistem yaralanmaları

Acil servis kabul edilen çocukların yaralanma özellikleri Tablo 4'de verilmiştir. Yaralanma nedeniyle %67,4'ünün baş boyun yaralanması, %28,9'unun ekstremitte yaralanması, %2,6'sının toraks yaralanması, %1,5'inin batın yaralanması ve %1'inin de diğer yaralanmalar (Sırt yaralanmaları, GİS yaralanmaları, genital sistem yaralanmaları) nedeniyle acile getirildikleri saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 5. Acilde İzlenen Çocuklara Fizik Muayene Dışında Uygulanan Ek Girişimler (n=1207)**

Fizik Muayene dışında ek girişim	Sayı (n)	%
Tetkik	436	36,1
Konsültasyon	172	14,3
Strip	125	10,4
Doku yapıştırıcı	112	9,3
Sutur	89	7,4
Alçı/atel	86	7,1
Pansuman	85	7,0
Kapalı redüksiyon	33	2,7
Stapler	32	2,6
Operasyon	14	1,2
Diğer*	23	1,9

*\*Birden çok girişim bildirilmiştir\*\*mide lavajı, aktif kömür içirilmesi, bandaj uygulama, flaster tespiti, kol askısı.*

Acilde izlenen çocuklara fizik muayene dışında uygulanan ek girişimler incelendiğinde; %36,1'ine tetkik istendiği, %14,3'üne konsültasyon istendiği, %10,4'üne strip uygulandığı, %9,3'üne doku yapıştırma yapıldığı, %7,4'üne sutur atıldığı, %7,1'ine alçı ya da atel uygulandığı, %7'sine pansuman yapıldığı, %2,7'sine kapalı redüksiyon uygulandığı, %2,6'sına stapler yapıldığı, %1,2'sinin operasyona alındığı ve %1,9'una da diğer ek girişimler (mide lavajı, aktif kömür içirilmesi, bandaj uygulama, flaster tespiti, kol askısı) uygulandığı belirlenmiştir.

**Tablo 6. Acil Serviste İzlenen Çocukların Tedavi Sonrası Durumları (n=1237)**

<b>Tedavi sonrası durum</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
Taburcu	1201	97,1
Sevk	19	1,5
Yatış	17	1,4

Acil serviste izlenen çocukların tedavi sonrası durumları Tablo 6'da incelenmiştir. Çocukların tamamına yakınının (%97,1) taburcu olduğu, %1,5'inin başka bir kuruma sevk edildiği ve %1,4'ünün ise hastaneye yatışı yapıldığı belirlenmiştir.





**Tablo 7. Çocukların Cinsiyetleri İle Başvuruya İlişkin Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması (n=1237)**

	Erkek		Kız		Test/p
	n	%	n	%	
<b>Mevsim</b>					
Sonbahar	168	23,7	117	22,1	
Kış	149	21,0	102	19,3	3,116
İlkbahar	187	26,4	133	25,1	0,374
Yaz	204	28,8	177	33,5	
<b>Başvuru sıklığı</b>					
İlk kez	601	84,9	443	83,7	
İkinci kez	79	11,2	68	12,9	1,190
Üçüncü kez	17	2,4	12	2,3	0,755
Dört ve daha fazla	11	1,6	6	1,1	
<b>Acilde kalma/dakika</b>					
2- 10 dakika	81	11,4	65	12,3	
11-30 dakika	91	41,1	206	38,9	0,655
31-60 dakika	159	22,5	121	22,9	0,884
61 dakika ve üzeri	177	25,0	137	25,9	
<b>Tedavi sonrası durum</b>					
Taburcu	687	97,0	514	97,2	0,399
Sevk	12	1,7	7	1,3	0,819
Yatış	9	1,3	8	1,5	

\*Pearson ki kare testi

Çocukların cinsiyetleri ile başvuruya ilişkin bazı değişkenler Tablo 7’de karşılaştırılmıştır. Çocukların kız ya da erkek olması ile; acile başvurduğu mevsim, başvurma sıklığı, acilde kalma süresi ve tedavi sonrası durum arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8. Çocukların Cinsiyetleri İle Başvuru Nedenlerinin Karşılaştırılması (n=1237)**

Başvuru nedeni	Erkek		Kız		Test	p
	n	%	n	%		
Kendi mesafesinden düşme	350	58,1	252	41,9	-	0,285
Çarpma	103	61,3	65	38,7	-	0,160
Yüksekten düşme	95	57,2	71	42,8	-	0,507
Yanık	36	59,0	25	41,0	-	0,440
Kolunu çekme ile travma	27	45,0	33	55,0	-	0,034*
Sıkışma	29	64,4	16	35,6	-	0,201
Üzerine cisim düşmesi ile yaralanma	11	47,8	12	52,2	-	0,238
Merdivenden yuvarlanma	9	45,0	11	55,0	-	0,187
Delici cisim ile yaralanma	10	52,6	9	47,4	-	0,427
Burkulma	8	44,4	10	55,6	-	0,193
Göze, buruna, kulağa yabancı cisim kaçması	8	44,4	10	55,6	-	0,193
Yabancı cisim yutma	13	81,3	3	18,8	-	0,041*
**Diğer	10	47,62	11	52,38	-	-

\* Pearson ki kare (Fisher exact) \*\*Diğer: Zehirlenme,ADTK,AİTK,Saç çekme ile Travma

Çocukların cinsiyetleri ile acile başvuru nedenleri Tablo 8’de karşılaştırılmıştır. Araştırmaya katılanların cinsiyetleri kendi mesafesinden düşerek acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; Kendi mesafesinden düşerek acile başvuranların %58,1’inin erkek, %41,9’unun kız olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile kendi mesafesinden düşme maddesi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Çocukların cinsiyetleri çarpma suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; çarpma nedeniyle acile başvuranların %61,3’ünün erkek, %38,7’sinin kız olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile çarpma karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Araştırmaya katılan çocukların cinsiyetleri yüksekten düşme suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; yüksekten düşme nedeniyle acile başvuranların %57,2’sinin erkek, %42,8’inin kız olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile yüksekten düşme

karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Araştırmaya katılan çocukların cinsiyetleri yanık suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; yanık nedeniyle acile başvuranların %59'unun erkek, %41'inin kız olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile yanık karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Araştırmaya dahil olan çocukların cinsiyetleri kolunu çekerek travma suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; kolunu çekerek travma nedeniyle acile başvuranların %45'inin erkek, %55'inin kız olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile kolunu çekerek travma karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ( $p<0,05$ ) (Tablo 8).

Çocukların cinsiyetleri sıkışma suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; sıkışma nedeniyle acile başvuranların %64,4'ünün erkek, %35,6'sının kız olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ile sıkışma maddesi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Araştırmaya katılan çocuklardan üzerine cisim düşerek yaralanma nedeniyle acile başvuranların %47,8'inin erkek, %52,2'sinin kız olduğu saptanmıştır. Cinsiyet ile üzerine cisim düşerek yaralanma maddesi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Çocukların cinsiyetleri merdivenden yuvarlanmak suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; merdivenden yuvarlanarak yaralanma nedeniyle acile başvuranların %45'inin erkek, %55'inin kız olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile merdivenden yuvarlanarak yaralanma karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Araştırmaya katılan çocuklardan delici cisim ile yaralanma nedeniyle acile başvuranların %52,6'sının erkek, %47,4'ünün kız olduğu saptanmıştır. Cinsiyet ile delici cisimle yaralanma karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Araştırmaya dahil edilen çocukların cinsiyetleri burkulma suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; burkulma nedeniyle acile başvuranların

%44,4'ünün erkek, %55,6'sının kız olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile burkulma maddesi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Çocukların cinsiyetleri göze, buruna, kulağa yabancı cisim kaçması suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; göze, buruna, kulağa yabancı cisim kaçması nedeniyle acile başvuranların %44,4'ünün erkek, %55,6'sının kız olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile göze, buruna, kulağa yabancı cisim kaçması maddesi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Araştırmaya dahil edilen çocukların cinsiyetleri yabancı cisim yutma suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; yabancı cisim yutma nedeniyle acile başvuranların %44,4'ünün erkek, %55,6'sının kız olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile yabancı cisim yutma maddesi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ( $p<0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 9. Çocukların Cinsiyetleri İle Yaralanma Bölgelerinin Karşılaştırılması (n=1237)**

Yaralanma bölgesi	n	%	test/p
<b>Baş-boyun yaralanması</b>			
Erkek	497	59,2	4,173
Kız	340	40,8	<b>0,024*</b>
<b>Toplam</b>	837	100	
<b>Ekstremitte yaralanması</b>			
Erkek	186	52,0	5,738
Kız	172	48,0	<b>0,010*</b>
<b>Toplam</b>	358	100	
<b>Toraks yaralanması</b>			
Erkek	22	68,8	1,779
Kız	10	31,2	0,124
<b>Toplam</b>	32	100	
<b>Batın yaralanması</b>			
Erkek	12	63,2	0,277
Kız	7	36,8	0,389
<b>Toplam</b>	19	100	

\*Pearson ki kare testi,  $p<0,05$

Çocukların cinsiyetleri ile yaralanma bölgelerinin Tablo 9’da karşılaştırılmıştır. Baş boyun yaralanması ile çocukların cinsiyetleri karşılaştırıldığında; erkek çocukların %59,2’si, kız çocukların %40,8’inin baş boyun yaralanması ile acile geldikleri belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup erkek çocukların kızlara göre daha fazla baş boyun yaralanması ile başvurdukları görülmektedir ( $p<0,05$ ).

Cinsiyetlerine göre ekstremitte yaralanmaları karşılaştırıldığında; erkek çocukların %52’si, kız çocukları ise %48’i ekstremitte yaralanması ile izlenmiştir. Erkek çocukların kız çocuklara göre daha fazla ekstremitte yaralanması deneyimlediği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 9).

Cinsiyetlerine göre toraks yaralanmaları incelendiğinde; erkek çocukların %68,8’i, kız çocuklarının ise %31,2’si toraks yaralanması ile başvurmuştur. Erkek

çocukların toraks yaralanması daha fazla olmakla birlikte istatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 9).

Batın yaralanmalarına çocukların cinsiyetlerine göre bakıldığında; erkek çocukların %63,2'si, kız çocukların da %36,8'inin batın yarası ile izlendiği belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).



**Tablo 10. Çocukların Yaş Grupları İle Acile Başvuruya İlişkin Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması (n=1237)**

	0-12 ay		13-36 ay		37-72 ay		Test/p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Mevsim</b>							
Sonbahar	110	24,9	88	24,5	87	19,9	10,353 0,111
Kış	99	22,4	71	19,8	81	18,5	
İlkbahar	116	26,3	87	24,2	117	26,8	
Yaz	116		113	31,5	152	34,8	
<b>Başvuru sıklığı</b>							
İlk kez	394	89,3	279	77,7	371	84,9	36,120 <b>0,000*</b>
İkinci kez	44	10,0	53	14,8	50	11,4	
Üçüncü kez	3	0,7	19	5,3	7	1,6	
Dört ve fazla	-	-	8	2,2	9	2,1	
<b>Acilde kalma/dakika</b>							
2- 10 dakika	64	14,5	34	9,5	48	11,0	50,776 <b>0,000*</b>
11-30 dakika	145	32,9	169	47,1	183	41,9	
31-60 dakika	78	17,7	79	22,0	123	28,1	
61dakika ve üzeri	154	34,9	77	21,4	83	19,0	
<b>Tedavi sonrası durum</b>							
Taburcu	425	96,6	345	96,1	430	98,4	8,898
Sevk	11	2,5	6	1,7	2	0,5	0,064
Yatış	4	0,9	8	2,2	5	1,1	
<b>Toplam</b>	441	100	359	100	437	100	

\*Pearson ki kare testi

Çocukların yaş grupları ile acile başvuru yapılan mevsim karşılaştırıldığında; yaş grupları ile acile başvuru yapılan mevsimler arasında istatistiksel olarak fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Çocuk yaş grupları ile acile başvuruya ilişkin bazı değişkenler Tablo 10'da incelenmiştir. 0-12 ay grubunun ilk başvurusunun diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Dört ve daha fazla acil başvurusu olan gruba bakıldığında 0-12 ay grubunda hiç olmadığı, 13-36 ay grubunda 8 çocuk, 37-72 ay grubunda da 9 çocuk

olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 10).

Çocukların yaş grupları ile acilde kalma sürelerine bakıldığında; 0-12 ay grubunun 13-36 ay ve 37-72 ay grubuna göre daha uzun süre acilde kaldığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 10).

Çocukların yaş grupları ile tedavi sonrası durumlarına bakıldığında yaş grupları ile taburcu olma, sevk edilme ve yatış sıklıkları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).





**Tablo 11. Çocukların Yaş Grupları İle Başvuru Nedenlerine İlişkin Bazı Değişkenlerle Karşılaştırılması (n=1237)**

Başvuru nedeni	0-12 ay		13-36 ay		37-72 ay		Test	p
	n	%	n	%	n	%		
Kendi mesafesinden düşme	203	33,7	177	29,4	222	36,9	2,081	0,353
Çarpma	51	30,4	42	25,0	75	44,6	6,823	<b>0,033*</b>
Yüksekten düşme	89	53,6	36	21,7	41	24,7	26,194	<b>0,000*</b>
Yanık	39	63,9	12	19,7	10	16,4	22,842	<b>0,000*</b>
Kolunu çekme ile travma	12	20,0	34	56,7	14	23,3	23,506	<b>0,000*</b>
Sıkışma	9	20,0	13	28,9	23	51,1	6,502	<b>0,039*</b>
Üzerine cisim düşmesi ile yaralanma	11	47,8	5	21,7	7	30,4	1,562	0,458
Merdivenden yuvarlanma	10	50,0	4	20,0	6	30,0	1,908	0,385
Delici cisim ile yaralanma	3	15,8	7	36,8	9	47,4	3,334	0,189
Burkulma	1	5,6	4	22,2	13	72,2	11,970	<b>0,003*</b>
Göze, buruna, kulağa yabancı cisim kaçması	1	5,6	9	50,0	8	44,4	7,840	<b>0,020*</b>
Yabancı cisim yutma	6	37,5	8	50,0	2	12,5	4,865	0,088
**Diğer Zehirlenme	5	23,8	8	38,0	8	38,0	-	-

\* Pearson ki kare testi (df=2)  $p < 0,05$  (\*\*Diğer: ADTK, AİTK, Zehirlenme, Saç Çekme ile Travma)

Araştırmaya dahil edilen çocukların yaş grupları ile acile başvuru nedenlerine ilişkin değişkenler Tablo 11’de karşılaştırılmıştır. Araştırmaya katılanların yaş grupları kendi mesafesinden düşerek acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; Kendi mesafesinden düşerek acile başvurusu yapılan çocukların %33,7’inin 0-12 ay, %29,4’ünün 13-37 ay, %36,9’unun ise 37-72 ay arasında olduğu saptanmıştır. Yaş grupları ile kendi mesafesinden düşme maddesi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ).

Çocukların yaş grupları çarpma suretiyle acile başvurma nedeni karşılaştırıldığında; çarpma nedeniyle acile başvurusu yapılan çocukların %30,4’ünün 0-12 ay, %25’inin 13-36 ay, %44,6’sının ise 37-72 ay arasında olduğu belirlenmiştir. Yaş grupları ile çarpma karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan çocukların yaş grupları yüksekten düşme suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; yüksekten düşme nedeniyle acile başvurusu yapılan çocukların %53,6'sının 0-12 ay, %21,7'sinin 13-36 ay, %24,7'sinin ise 37-72 ay arasında olduğu saptanmıştır. Yaş grupları ile yüksekten düşme karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan çocukların yaş grupları yanık suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; yanık nedeniyle acile başvurusu yapılan çocukların %63,9'unun 0-12 ay, %19,7'sinin 13-36 ay, %16,4'ünün ise 37-72 ay arasında olduğu saptanmıştır. Yaş grupları ile yanık karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 11).

Araştırmaya dahil olan çocukların yaş grupları kolunu çekerek travma suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; kolunu çekerek travma suretiyle acile başvurusu yapılan çocukların %20'sinin 0-12 ay, %56,7'sinin 13-36 ay, %23,3'ünün ise 37-72 ay arasında olduğu saptanmıştır. Yaş grupları ile kolunu çekerek travma karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ( $p<0,05$ ) (Tablo 11).

Çocukların yaş grupları sıkışma suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; sıkışma nedeniyle acile başvurusu yapılan çocukların %20'sinin 0-12 ay, %28,9'unun 13-36 ay, %51,1'inin ise 37-72 ay arasında olduğu belirlenmiştir. Yaş grupları ile sıkışma maddesi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan çocuklardan üzerine cisim düşerek yaralanma nedeniyle acile başvurusu yapılan çocukların %47,8'inin 0-12 ay, %21,7'sinin 13-36 ay, %30,4'ünün ise 37-72 ay arasında olduğu saptanmıştır. Yaş grupları ile üzerine cisim düşerek yaralanma maddesi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

Çocukların yaş grupları merdivenden yuvarlanmak suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; merdivenden yuvarlanarak acile başvurusu yapılan çocukların (%50) yarısının 0-12 ay, %20'sinin 13-36 ay, %30'unun ise 37-72 ay arasında olduğu bulunmuştur. Yaş grupları ile merdivenden yuvarlanarak yaralanma

karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan çocuklardan delici cisim ile yaralanma nedeniyle acile başvurusu yapılan çocukların %15,8'inin 0-12 ay, %36,8'inin 13-37 ay, %47,4'ünün ise 37-72 ay arasında olduğu saptanmıştır. Yaş grupları ile delici cisimle yaralanma karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Araştırmaya dahil edilen çocukların yaş grupları burkulma suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; burkulma nedeniyle acile başvurusu yapılan çocukların %5,6'sının 0-12 ay, %22,2'sinin 13-36 ay, %72,2'sinin ise 37-72 ay arasında olduğu bulunmuştur. Yaş grupları ile burkulma maddesi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ) (Tablo 11).

Çocukların yaş grupları, göze, buruna, kulağa yabancı cisim kaçması suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; göze, buruna, kulağa yabancı cisim kaçması nedeniyle acile başvurusu yapılan çocukların %5,6'sının 0-12 ay, yarısının (%50) 13-36 ay, %44,4'ünün ise 37-72 ay arasında olduğu saptanmıştır. Yaş grupları ile göze, buruna, kulağa yabancı cisim kaçması maddesi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 11).

Araştırmaya dahil edilen çocukların yaş grupları yabancı cisim yutma suretiyle acile başvurma nedeni ile karşılaştırıldığında; yabancı cisim yutma nedeniyle acile başvurusu yapılan çocukların %37,5'sinin 0-12 ay, yarısının (%50) 13-36 ay, %12,5'inin ise 37-72 ay arasında olduğu saptanmıştır. Yaş grupları ile yabancı cisim yutma maddesi karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 12. Çocukların Yaş Grupları İle Yaralanma Bölgelerinin Karşılaştırılması (n=1237)**

<b>Yaralanma bölgesi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Test/p</b>
<b>Baş-boyun yaralanması</b>			
0-12 ay	336	40,3	25,258
13-36 ay	232	27,8	<b>0,000*</b>
37-72 ay	266	31,9	
<b>Toplam</b>	<b>834</b>	<b>100</b>	
<b>Ekstremitte yaralanması</b>			
0-12 ay	91	25,4	24,349
13-36 ay	113	31,6	<b>0,000*</b>
37-72 ay	154	43,0	
<b>Toplam</b>	<b>358</b>	<b>100</b>	
<b>Toraks yaralanması</b>			
0-12 ay	13	40,6	6,599
13-36 ay	3	9,4	<b>0,037*</b>
37-72 ay	16	50,0	
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
<b>Batın yaralanması</b>			
0-12 ay	7	36,8	3,918
13-36 ay	2	10,5	0,141
37-72 ay	10	52,6	
<b>Toplam</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	

\*Pearson ki kare testi

Acilde izlenen çocukların yaş grupları ile yaralanma bölgeleri Tablo 12’de karşılaştırılmıştır. Baş boyun yaralanması olan çocuklar incelendiğinde; %40,3’ünün 0-12 ay grubunda, %27,8’inin 13-36 ay ve %31,9’unun 37-72 ay grubunda olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ( $p<0,05$ ) olup 0-12 ay grubunda baş-boyun yaralanmalarının daha fazla görüldüğü dikkati çekmektedir.

Çocukların yaş grupları ile ekstremitte yaralanma sıklıkları karşılaştırıldığında; yaş arttıkça ekstremitte yaralanmalarının arttığı görülmektedir. 37-72 ay grubundaki

çocukların %43'ünün ekstremitte yaralanması nedeniyle acilde izlendiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 12).

Çocukların yaş grupları ile toraks yaralanma sıklıkları karşılaştırıldığında; %40,6'sının 0-12 ay grubunda, yalnızca %9,4'ünün 13-36 ay grubunda, ve yarısının ( $n=16$ ) 37-72 ay grubunda olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 12).

Çocukların yaş grupları ile batin yaralanma sıklıkları karşılaştırıldığında; 37-72 ay grubundaki çocuklarda daha sık görülmekle birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).



## 5. TARTIŞMA

Travma, olaylara vücudun verdiği tepkiler bütünü olarak tanımlanabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yüksek riskli olan çocuklar için travma önemli mortalite ve morbidite sebeplerinden biri olarak gösterilmektedir (5). Diğer ülkelerin verilerine göre 0-18 yaş çocuk travmaları, bu yaş grubunda görülen ölümlerin %65'inin nedeni olarak gösterilirken ülkemizde bu konuya ilişkin net bir veri olmamakla birlikte; 2005 yılı verilerine göre 0-18 yaş aralığında ölümlerin %14'ü kazalara bağlıdır (14,20). Toplum genellenemeyen sonuçlar doğrultusunda, travmaların yüksek ve değişken oranlarda görülmesinin nedeni bu konunun gelişmiş ülkeler kadar önemsenip koruyucu önlemlere yer verilmesindeki yetersizlikler gösterilebilir.

Bu araştırmada çocukların büyük çoğunluğunu erkek çocuklar, %35,7'si 0-12 ay grubunda olduğu belirlenmiştir. Çocukların kronik hastalık durumu incelendiğine %3,7'sinin kronik bir hastalığı olduğu, çocukların tamamına yakınının gelişimsel bir engeli olmadığı görülmektedir. Acil serviste izlenen çocukların ebeveynlerinin tamamına yakını tedaviyi kabul etmiştir ancak %5,4'ünün ise tedaviyi reddettiği saptanmıştır (Tablo 1).

Literatür taramasında Gürses ve arkadaşları (2002)'nin yaptığı çocuk düşmeler ile ilgili bir çalışmada cinsiyetler arası anlamlı fark bulunmamıştır (1). Güzel ve arkadaşları (2007)'nin yaptığı düşmeler ile ilgili bir çalışmada incelenen hastaların %62,1'i erkek, %37,9'u kızdır (33). Doğan ve arkadaşları (2011)'nin yaptığı çocuk travmaları ile ilgili bir çalışmada da evrenin %69'u erkek, %31'i kızdır (71). Benzer bir çalışmada yaralanmalar 2-7 yaş aralığında artış göstermektedir (72). Ailelerin iş birliği yönünden çalışmalar incelendiğinde Doğan ve arkadaşları (2007)'nin yaptığı çalışmada acile başvuran ve tedavi planlanan hastaların %11,8'i kendi istekleri ile acilden ayrılmıştır (71).

Araştırmamıza bakıldığında cinsiyetler arası fark az olmasına karşın erkek çocuklarının travma maruziyetinin daha fazla olması diğer çalışmalarla benzerlik göstermiştir. Travma yaş ilişkisinde ise 0-12 ay ile 36-72 ay aralığında yaralanma sıklığı artmaktadır. Kazaları engellemek için alınan önlemler ve kazaların oluş mekanizmasının incelenmesi ile bu yaş grubunda kazaların yoğunluğunun sebebi netleştirilebilir. Birçoğu ailesi tarafından hastaneye getirilen çocuklarda, ailelerin

%5,4'ünün planlanan tedaviyi reddetmiş olması da incelenmesi gereken ayrı bir konudur.

Araştırmaya süresince servise başvurularının yaz mevsiminde pik yaptığı ve kış aylarında en düşük olduğu belirlenmiştir. Acile girişi yapılan çocukların triyajları incelendiğinde büyük oranda %77'sinin sarı 2 alanda kabul edildiği bulunmuştur (Tablo 2).

Doğan ve arkadaşları (2011)'nin yaptığı çalışmada travmaların mevsimsel ilişkisi incelendiğinde, Mayıs-Ekim ayları arasında diğer aylara göre artış olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda triajla ilgili verilere rastlanmamıştır (71).

Araştırmamızda mevsimlere göre başvuruların oranları diğer çalışmalar ile diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Çocukların bu dönemde kaza sıklığının artması yaz tatilleri nedeni ile kreşlerin kapalı olmasından, yaz dönemi günlerin uzun olması ile uzayan oyun saatlerinden ve yetişkinlerin daha çok ev dışı geçirdikleri zamanın artması ile çocuklar üzerinde koruyucu önlemlerin azalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya dahil edilen çocuk hastaların acile başvuru sıklıkları incelendiğinde %84,4'ü gibi büyük bir çoğunluğunun ilk kez acil servise başvurdukları belirlenmiştir. Çocukların acile başvuru nedenleri incelendiğinde ilk 5 sebep sırası ile; kendi mesafesinden düşme, çarpma, yüksekte düşme, yanık, kolunu çekme ile travma nedeni ile başvurduğu görülmektedir. Yanık nedeniyle acile başvuran çocukların (n=61); %27,9'unun 1.derece yanık, %70,5'inin 2.derece yanık ve %1,6'sının (n=1) da 3. derece yanık olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Araştırmada verilerin tarandığı süre boyunca (3 yıl) çocukların %15,6'sı birden fazla kez acile başvuru yapmıştır.

Çocuklarda travmalara ilişkin literatür taramasında Kurt ve AYTEKİN (2015)'in yaptığı bir çalışmada, çocuklarda en sık görülen ev kazasının düşmeler olduğu bildirilmiştir (73). Benzer çalışmalar gözden geçirildiğinde Karatepe (2013)'nin yaptığı çalışmada en sık travma sebebi düşmeler olarak gösterilmiş ve bunu kesici-delici yaralanmalar, yanıklar ve çarpma yaralanmaları izlediği görülürken; Berberoğlu (2014)'nin yaptığı çalışmada da travmaların sıralaması en sık kendi mesafesinden düşme ardından çarpma yaralanmaları ve son olarak yüksekte düşme olarak gösterilmiştir (72, 74).

Bu araştırmanın sonuçlarında da en sık karşılaşılan travma kendi mesafesinden düşme (%48,9) olduğu görülmüştür. Bu durum araştırmaya dahil edilen 0-6 yaş grubunun kas yapısının immatür ve motor fonksiyonlarının gelişme evresinde olması ile açıklanabilir. Çocukların ebevenylerin kucağında yemek masalarına alınması, çocuk oyun alanlarında sıcak içecek bulundurulması çocuklarda ki yanık maruziyeti riskini arttırmaktadır. Kendi koruyucu önlemini alamayacak bu yaş grubunun yanık nedenli başvuruların ilk beş sırada yer alması ve büyük çoğunluğun 2. Derece yanıkların oluşturulması ailelerin ihmalini düşündürmektedir.

Yapılan araştırmada yaralanma nedeniyle acil servise başvurular sıklık sırası ile ilk sırada baş ve boyun yaralanması (%67,4), ekstremitte yaralanması, toraks yaralanması ve batin yaralanması olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Yaralanma bölgeleri karşılaştırıldığında, Doğan ve arkadaşları (2011)'nin çalışmasında kafa travması %42 gibi bir oran ile ilk sırada yer alırken bunu ekstremitte travmaları izlemektedir (71). Güzel ve arkadaşları (2007)'nin çalışmasında da %84,4 oranında kafa travmaları en sık yaralanmalardır ve bunu %72,7 oranında yumuşak doku travmaları ile %37,9 oranında ekstremitte travmaları takip eder (33).

Araştırmamızda da yaralanma bölgeleri açısından diğer çalışmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiş olup kafa travmaları ilk sıradadır ve bunu ekstremitte travmaları takip eder. Araştırma sonuçlarının bu yönde olma sebebi ise vücut oranları gereği ağırlık merkezlerinin farklı olması, nörolojik sistemlerinin yeterli gelişmişliğe ulaşmaması ile koordinasyonun yeterli düzeyde sağlanamaması olabilir.

Acilde izlenen çocuklara fizik muayene dışında uygulanan ek girişimler incelendiğinde; tetkik isteğinin sık olduğu, çocukların yarısına yakınının çeşitli (strip uygulama, doku yapıştırıcı, sutur, alçı ya da atel, pansuman, kapalı redüksiyon, stapler, mide lavajı, aktif kömür içirilmesi, bandaj uygulama, flaster tespiti, kol askısı) girişimler uygulandığı ve %1,2'sinin operasyona alındığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Travma sonucunda yapılan tetkik sıklığı göz ardı edilemeyecek kadar fazladır. Bu tetkikler incelendiğinde radyolojik görüntüleme yöntemlerine sık rastlanmaktadır. Ülke ekonomisi açısından tetkiklerin getirdiği maliyetin öneminin yanı sıra, gelişim sürecinde olan çocukların radyasyon maruziyeti daha önemli bir konudur. Bu durumun



çocuklara getirdiği psikolojik etki de çocuk sağlığını etkileyebilen ayrı bir travma oluşturabilir.

Araştırma sonuçlarına göre çocuk hastaların tamamına yakınının taburcu olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Literatür incelendiğinde; Berberoğlu (2014)'nin yaptığı benzer bir çalışmada acilde izlenen çocukların %93'ü taburcu olurken, %7'sinin ise yatışı yapılmıştır (72). Araştırma sonuçları ile paralellik gösteren bu sonuçla birlikte çocuk hastaların çoğunlukla basit travma sıklıklarının daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda; çocukların cinsiyeti ile acile başvurduğu mevsim, başvurma sıklığı, acilde kalma süresi ve tedavi sonrası durumu arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 7). Araştırmanın daha geniş yaş gruplarında yapılması cinsiyet faktörü ile bu değişkenlerde fark olabilir.

Araştırmada kendi mesafesinden düşme, çarpma, yüksekte düşme, delici cisim ile yaralanma, yanık, sıkışma nedeni ile acile başvuran hastaların çoğunluğunun erkek olduğu belirlenmiştir. Burkulma, göze/ buruna/ kulağa yabancı cisim kaçması, merdivenden yuvarlanarak yaralanma, üzerine cisim düşerek yaralanma nedeni ile başvuranların ise çoğunluğunun kız olduğu bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Araştırmaya dahil olan çocukların cinsiyetleri ile başvuru sebeplerinden kolunu çekerek travma ve yabancı cisim yutma nedeni acile başvuruların kız çocuklarında daha fazla olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 8).

Benzer çalışmalar incelendiğinde Polat ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmalarda yumuşak doku travmaları erkek çocuklarda daha sık bulunmuş, zehirlenmeler, yanıklar ve yabancı cisim aspirasyonları ise kız çocuklarında sıklık göstermiştir (6). Güzel ve arkadaşlarının (2007) düşmeler ile yaptığı bir çalışmada erkek çocukların düşmelere daha fazla maruz kaldığı bulunmuştur (33). İnce ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada ise cinsiyetler ile kaza tipleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ancak kız çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu, zehirlenmeler ve kesilerin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (46).

Araştırma verileri ve diğer çalışma sonuçları gözden geçirildiğinde cinsiyetlere göre farklılık gösteren travma çeşitleri çocukların cinsiyete özgü oyun davranışları ile ilişkili olabilir. Erkek çocukların kabullenilmiş hareketliliği ile kendi kararları

doğrultusunda aktivitelerine izin verilmiş olması, fizik aktivitelerde daha fazla desteklenmeleri; buna karşın kız çocukların daha korumacı bir tutum ile büyütülmesi ve bazı aktivitelerin yapılmasının engellenmesi travma risklerini azaltmaktadır.

Araştırmada baş boyun yaralanmaları ve ekstremitte yaralanmaları erkek çocuklarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bölge yaralanmalarında cinsiyetler arası anlamlı fark yoktur (Tablo 9).

Karatepe (2013)'nin çalışmasında olduğu gibi yaralanma bölgesi ile cinsiyet arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Erkek çocuklarında baş-boyun ve ekstremitteyi etkileyen yaralanmalar daha fazladır (74). Güzel ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada da erkek çocuklarda kafa travması ve ekstremitte yaralanmalarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (33). Araştırma sonuçları ile benzerlik gösteren bu durum baş boyun ve ekstremitte travmalarının yüksek olmasının erkek çocuklarının daha hareketli olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada çocukların yaş grupları ile acile başvuru olan mevsimler karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 10). 0-12 ay grubunun ilk başvurusunun diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Dört ve daha fazla acil başvurusu olan gruba bakıldığında 0-12 ay grubunda hiç olmadığı ve bu yaş grubunun acilde takip süresi en uzun hasta grubu olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 10).

İnce ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada kaza sıklığının yaş ile doğru orantılı artış gösterdiği bulunmuştur (75). Yaş ile mevsim veya takip süresine ilişkin bir veriye rastlanmamıştır. Acile talip süresinin en uzun olduğu yaşı 12ay ve altı olan dönem olma sebebi olarak; çocuğun yaşı küçüldükçe, görülebilecek komplikasyonlar için çocuğun verebileceği tepkilerin henüz yetersiz olması ve kendisini ifade edememesi, 12 ay ve altı çocukların acil serviste daha uzun süre gözlem altında tutulmak istenmesi ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılanların yaş grupları ile kendi mesafesinden düşme, üzerine cisim düşerek yaralanma, merdivenden yuvarlanma, delici cisim ile yaralanma, yabancı cisim yutma/yabancı cisim aspirasyonu nedenleri ile acile başvuruları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Öte yandan yaş grupları ile çarpma, yüksekten düşme, yanık,

burkulma, kolu çekme, sıkışma, göze, buruna, kulağa yabancı cisim kaçması nedenli başvurular karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 11).

Literatür taramasında Güzel ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada düşmelerin 0-2 yaş aralığında artış gösterdiği bulunurken; araştırmamızda kendi mesafesinden düşme ile yaş grubu arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (33). Buna karşılık araştırmamızda 0-12 ay ile 37-72 ay aralığında kendi mesafesinden düşme sıklığının arttığı görülmüştür. Yüksekten düşme ile yaş grubu karşılaştırması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup yaş küçüldükçe yüksekten düşme oranı artmıştır. Yaşın küçülmesi ile artış gösteren yüksekten düşme durumları incelendiğinde, birçok hasta yatak ve beşikten düşmüş olup yeterli önlemlerin alınmadığı, çocukların düşme riski gözatılmeksizin yalnız bırakıldığı düşünülebilir.

İnce ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte küçük yaş gruplarında yanık vakalarının daha sık olduğu bildirilmiştir (75). Sıcak sıvı ya da cisimlere henüz aktif yürüyemeyen ve erişimleri zayıf olan bu grubun ulaşmış olması çocuğun bu maddelere karşı korunmamış, önlem alınmamış olmasını düşündürebilir. Bu nedenle ebeveyn eğitiminin önemi bir kez daha karşımıza çıkmaktadır.

Polat ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmış bir çalışmada yabancı cisim aspirasyonlarının 0-4 yaş aralığında fazla olduğu bulunmuştur (6). Tiryaki ve arkadaşlarının (2009) 3 ay ile 16 yaş arasında çocuk hastalar ile yaptığı bir çalışmada ağız yolu ile GİS'e alınan yabancı cisimler sonucu travma görülme yaşları karşılaştırıldığında olguların, %77'sinin 2-5 yaş arasında olduğu görülmüştür (76).

Araştırmada 0-12 aylık olan bebeklerin yarısına yakınının baş boyun yaralanması ile acile geldikleri belirlenmiş olup diğer yaş grupları ile arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 12). Kafa travmasının çocuklarda daha sık görülme nedeni olarak baş/vücut oranının yetişkine göre çok fazla olması gösterilebilir (24). Fakat özellikle kafa travması ile getirilen 1 yaş altı çocuklarda bu travmanın, çocuk istismarı nedeni ile ortaya çıkmış olabileceği de göz ardı edilemeyecek bir gerçektir (8).

Araştırma sonuçları incelendiğinde çocukların yaşları arttıkça ekstremitelere yaralanmalarının da daha sık görüldüğü belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Çocukların etrafa olan ilgilerinin artması, bağımsız aktivitelerinin artması ile artış gösteren bu travmalar

gelişim süreci ile uyumludur. Çocukların yaş grupları ile toraks yaralanma sıklıkları karşılaştırıldığında; %40,6'sının 0-12 ay grubunda, yalnızca %9,4'ünün 13-36 ay grubunda, ve yarısının 37-72 ay grubunda olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Çocukların yaş grupları ile batın yaralanma sıklıkları karşılaştırıldığında; 37-72 ay grubundaki çocuklarda daha sık görülmekle birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Özel bir hastanede acil servise başvuran 0-6 yaş çocuk travmalarının retrospektif değerlendirmesi ile travmaların cinsi, sıklığı çocuktaki fiziksel etkileri, bu etkilerin çocuğun gelişimsel engel ve kronik hastalıkları ile ilişkisi incelenerek yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- Çocukların çoğunluğunu %57,2'sinin erkek olduğu, %35,7'sinin 0-12 ay arasında olduğu belirlenmiştir. Ailenin tedaviye katılımına bakıldığında ailelerin %5,4'ü tedaviyi reddedip hastaneden kendi isteği ile ayrıldığı saptandı.
- Travma ile acile başvuruların yaz aylarında %30,8 oranında olduğu belirlendi. Başvuruların %77'sinin Sarı-2 triaj olduğu belirlendi.
- Başvuru nedenlerinin %48,9'unu kendi mesafesinden düştüğü, %15,6'sının 1'den fazla kez travma nedeni ile acile başvurduğu belirlendi.
- Çocukların %67,4'ü baş-boyun yaralanması ile başvurduğu saptandı.
- Travmaya maruz kalan hastaların %36,1'ine tetkik yapılmış olup, %1,2'sine operasyon uygulanmıştır.
- Hastaların %97,1'i gibi büyük bir kısmı muayene ve gerekli müdahaleler sonrası acilden taburcu edilmiştir.
- Çocukların cinsiyetleri ile başvuru mevsim ve başvuru sıklığı gibi değişkenler arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ).
- Baş-boyun yaralanmalarının %59,2'sini ve ekstremitte travmalarının %52'sini erkek çocuklar oluşturmaktadır ( $p<0,05$ ).
- Travma nedeni ile ilk kez acile başvuruların %89,3'unun 0-12 ay aralığında olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).
- Araştırma sonuçlarında yüksekte düşme ile başvuruların %53,6'sının ve yanıkların %63,9'unun 0-12 ay arasında olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

- 0-12 ay aralığında acile başvuran hastaların baş-boyun yaralanması sıklığının diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu, ekstremitre travmaları ise yaş arttıkça arttığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

***Araştırmada elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;***

- Okul öncesi önlenabilir nitelikteki bu travmaların engellenmesi için, çocuğun gelişim özellikleri göz önünde bulundurularak önlemler alınması,
- Travma sebebi ile acile başvurmuş çocuğun istismara uğramış olabileceği her zaman düşünülmesi ve çocuğun bu yönden de değerlendirilmesi,
- Travma ile başvuran hastanın adli olgularının göz önünde bulundurulması, sosyal hizmetlere bildirimleri ve bu bildirimlerin etkinliklerinin değerlendirilmesi,
- Bazı ülkelerde çocukların karşılaşılabileceği kazalar ve alınabilecek önlemler ile ilgili aileleri bilinçlendirmek için web siteleri oluşturulmuştur (<https://www.cdc.gov/safekild/>,<https://www.cpsc.gov/>), ülkemizde de zehirlenme vakalarına özel olarak kurulmuş zehir danışma merkezi mevcuttur. Travma sayısını azaltılabilmesi, en azından travmalara erken müdahale sağlanabilmesi için benzer destek sistemlerinin oluşturulması ve artırılması,
- Travma nedeni ile başvuran çocukların ailelerine yönelik nitel çalışmaların planlanması,
- Benzer çalışmaların daha anlamlı ve topluma genellenebilir sonuçlar elde etmek için daha büyük evrende prospektif olarak yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Gürses D, Sarıoğlu A, Başkan M, Herek Ö, Kılıç İ. “Travma Nedeni İle Acil Servise Başvuran Hastaların Epidemiyolojik Değerlendirilmesi”, *Ulusal Travma Dergisi*, 2002, 8, 156-159.
2. Akoğlu H, Denizbaşı A, Ünlüer E, Güneysel Ö, Onur Ö. “Marmara Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Travma Hastalarının Demografik Özellikleri”, *Marmara Medical Journal*, 2005, 18(3): 113-122.
3. Ceylan D, Yıldız C, Kızılcay G, Gündüz Y. “Çocukluk Çağı Kafa Travmaları: 357 Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi”, *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 2013, 23(3): 255-260.
4. Altuntaş M, Kaya M, Demir Ş, Oyman G, Metecan A, Rastgel H, Öngel K. “0-14 Yaş Arası Çocuklarda Önlenebilir Nitelikteki Kazaların Belirlenmesi ve İlişkili Tedbirlerin Alınması”, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2016, 29: 28-33.
5. Gilles MPS, Carlson J. “Prevalance And İmpanst of Trauma In a Diverse Had Start Sample”, *Dialog*, 2015, 18(1): 74-91.
6. Polat S, Tüfekçi F, Özyazıcıoğlu N, Yazar F. “Çocuk Acil Kliniğine Başvuran 0-18 Yaş Grubu Olguların İncelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8(2): 55-62.
7. Kara B, Biçer Ü, Gökalp S. “Çocuk İstismarı”, *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi*, 2004, 47: 140-151.
8. Yağmur F, Asil H, Canpolat M, Per H, Coşkun A. “Kısa Mesafeli Düşme ve Sarsılmış Bebek Sendromu”, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2010, 30(2): 766-771.
9. Anıl M, Saz E. x“Acil Serviste Çocuk Travma Hastasına Yaklaşım” Çocuk Sağlığı Ve Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Kılavuzları, 2014: 39-54, <http://millipediatri.org.tr/Uploads/EditorImages/files/kilavuz-1.pdf>, Erişim Tarihi:18.12.2017.
10. Genç G, Saraç A, Ertan Ü. “Çocuk Hastanesine Başvuran Zehirlenme Olgularının Değerlendirilmesi”, *Nobelmedicus*, 2007, 3(1): 18-22.
11. Melek M, Çobanoğlu U, Bilici S, Ceylan A, Beğler B, Epçaçan S. “Çocukluk Çağı Travmalarına Genel Yaklaşım”, *Van Tıp Dergisi* 2013, 20(4): 266-273.

12. TÜİK\_ Türkiye İstatistik Kurumu, 2010. “İstatistik Göstergeler 1923-2009”, [http://www.tuik.gov.tr/yillik/Ist\\_gostergeler.pdf](http://www.tuik.gov.tr/yillik/Ist_gostergeler.pdf), Erişim tarihi: 13.05.2017.
13. Yıldız S. “Acile Başvuran Çocuk ve Aileye Psikososyal Yaklaşım” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9(3): 69-77.
14. Pakiş I, Karapirli M, Yayıcı N. “Üzerine Kaza İle Cisim Düşmesi Sonucu Çocuk Ölümleri”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 1(2),81-84.
15. Yüzer S, Alıcı D, Yiğit R. “Pediatri Hemşirelerinin Roller ve Fonksiyonları Ölçeğinin Uygulanmasının Geliştirilmesi: Güvenilirliği ve Geçerliliği”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11(4): 19-29.
16. Kılıçarslan Törüner E, Büyükgönceç L. “Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları”. Amasya: Göktuğ Yayıncılık, 2015.
17. Çavuşoğlu H. “Çocuk Sağlığı Hemşireliği”. Ankara: Sistem Ofset Basımevi, 2011.
18. Kemp A, Sibert J. “Childhood Accidents: Epidemiology, Trends and Prevention”, *J Accid Emerg Med*, 1997, 14: 316-320.
19. Sever M, Saz E, “Bir Üçüncü Basamak Hastane Acil Servisine Başvuran Adli Nitelikli Çocuk Hastaların Değerlendirilmesi”, *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 2010, 16(3): 260-267.
20. Daley B.J. ‘Considerations in Pediatric Trauma’, Edited; Gabriel J., *Medscape*, 2015.
21. Akgül A, Eliçora A. “Çocukluk Çağında Toraks Travması”, *Türk Toraks Dergisi*, 2012: 104-108.
22. Karaböcüoğlu M, Uzel N, Yılmaz L. “Çocuk Acil Tıp Kitabı”. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2004.
23. Bahadır G, Oral A, Güven A. “Çocukluk Çağı Travmaları ve Önlenmesinde Koruyucu Hekimliğin Rolü”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011, 10(2): 243-250.
24. Tekgüç M. *Riskli Travma Nedeniyle Çocuk Acil Servisine Başvuran Hastaların Klinik, Laboratuvar ve Görüntüleme Bulgularının Değerlendirilmesi(Tez)*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi; 2014.



25. Ünal V, Öken Ö, Gülçek M, Yıldırım A, Uçaner A. “Çocuklarda Çoklu Yaralanma”, *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Dergisi*, 2008, 7(3-4): 112-115.
26. Kiesler J, Ricer E. “The Abnormal Fontanel”, *American Family Physician*, 2003, 67(12): 2547-2552.
27. Ceran S, Öncel M. “Çocuklarda Toraks Travması”, *Selçuk Pediatri Dergisi*, 2013, 1(2): 104-107.
28. Tintinalli JE. Tintinalli’s Emergency Medicine. 8th. Edition. 2013: 1671-1676.
29. Milli Eğitim Bakanlığı, *Acil Sağlık Hizmetleri Travmalar 1*, Ankara, Erişim Tarihi: 28.12.2017.
30. Kılıç S, Taşkınlar H, Bahadır G, İşbir C, Naycı A. “Çocuk Hastalarda Yüksekten Düşme Sonucu Oluşan Travmaların Değerlendirilmesi”, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; 3(9): 131-137.
31. American Academy of Pediatrics and Pediatric Orthopaedic Society of North America “Management of Pediatric trauma”, *Pediatrics*, 2008, 121(4): 849-854.
32. Topgül F. *Kurum Bakımı Altındaki Çocukların Yaşam Alanlarının Ev Kazaları, Mobilya ve Donatı Elemanları İlişkisi Açısından Değerlendirilmesi: Ankara Çocuk Evleri Örneği*, (Tez), Hacettepe Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2017.
33. Güzel A, Karasalihoğlu S, Küçükuşurluğlu Y. “Çocuk acil ünitemize düşme nedeniyle başvuran travma olgularının değerlendirilmesi”, *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 2007, 13(3): 211-216.
34. CDC Childhood Injury Report: Patterns of Unintentional Injuries Among 0-19 Years Old in the United States, 2000-2006. <https://www.cdc.gov/safecild/pdf/cdc-childhoodinjury.pdf>, Erişim tarihi: 16.01.2018.
35. Pushkarna M, Bhatone B, Sudambrekar C. “Head Injuries”, *Medical Journal Armed Forces India*, 2010, 66: 321-324.
36. Dur Ş, Balcı S. “Kafa Travması Geçiren Pediatrik Hastalarda Hemşirelik Yaklaşımı”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2013,17(2): 82-88.

37. Şahin S, Doğan Ş, Aksoy K. “Çocukluk Çağı Kafa Travmaları”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 28(2): 45-51.
38. Sencer A, İmer M. “Günümüzde Kafa Travmasına Genel Bir Bakış”, *Türkiye Klinikleri J Surgery*, 2004; 9(3), 188-195.
39. Ercan S, Çetin C. “Kas-İskelet Sistemi Yaralanmaları: Alt Ekstremitte Akut Yaralanmaları, *Turkiye Klinikleri J Sports Med-Special Topics*”, 2015,1(3): 82-88.
40. Ergen E. “Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Spor Yaralanmalarının Nedenleri, Epidemiyolojisi, Risk Faktörleri”, *Acta Orthop Traumatol Turc Suppl*, 2004, 38(1): 27-31.
41. Küçüköğlü S, Arıkan D, Cürcani M. “Kırık, Çıkık ve Burkulma Durumlarında Çocuklara Yapılan İlk Yardım Uygulamalarının Özelliklerinin Belirlenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12(4): 74-83.
42. Durakbaşa M. “Basit Dirsek Çıkıkları”, *Türk Ortopedi Ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 2014, 12: 43-50.
43. Paksoy A, Köse A. “Pediatrik Kırık ve Çıkıklar”, Ankara: Derman Tıbbi Yayıncılık, 2015.
44. Demirörs H, Gönen E, Ateş Y. “Kırıklara Eşlik Eden Yumuşak Doku Yaralanmalarında Değerlendirme ve Tedavi”, *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 2004, 3(3-4).
45. Güzel A, Tekşam Ö. “Zehirlenme Olgularına Genel Yaklaşım”, *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Kılavuzları*, 2014, 55-67, <http://millipediatri.org.tr/Uploads/EditorImages/files/kilavuz-1.pdf>, Erişim Tarihi: 18.12.2017.
46. WHO, Children and Poisoning, World Report on Child Injury Prevention, 2008.
47. Güldoğan C. *Toplam Yanık Yüzey Alanı Yüzde Otuz ve Üzerinde Olan Majör Travmalı Hastalarda Mortaliteyi Etkileyen Faktörlerin Retrospektif Analizi (Tez)*, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi; 2014.

48. WHO, Burns, 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>, Erişim tarihi: 1.1.2018.
49. Yastı A, Şenel E, Saydam M, Özok G, Çoruh A, Yorgancı K. “Guideline and treatment algorithm for burn injuries”, *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 2015, 21(2): 79-89.
50. Toon M, Moybauer D, Arceneaux L, Fraser J, Meyer W, Runge A, Maybauer M. “Children With Burn Injuries-Assessment of Trauma, Neglect, Violence and Abuse”, *J Inj Violence Res*, 2011, 3(2): 98-110.
51. Alharbi Z, Piatkowski A, Dembinski R, Reckort S, Grieb G, Kauczok J, Pallua N. “Treatment of burns in the first 24 hours: simple and practical guide by answering 10 questions in a step-by-step form”, *World Journal of Emergency Surgery*, 2012, 7(13).
52. Özkaya N, Alğan S, Akkaya H. “Yanıklı Hastanın Değerlendirilmedi ve Tedavi Yaklaşımının Belirlenmesi”, *Ankara Medical Journal*, 2014, 14(4): 170-175.
53. Connolly S. “Clinical Practice Guidelines: Burn Patient Management”, ACI Statewide Burn Injury Service, 2014, Erişim Tarihi: 18.12/2017.
54. Sağlık Bakanlığı, *Yanık Yaralanmaları Tedavi Algoritması*, 2012, Erişim tarihi: 20.12/2017.
55. Burn Clinical Practice Guideline, *Texas EMS Trauma & Acute Care Foundation Trauma Division*, Edited; Eastridge B, Putz B, 2016, Erişim tarihi: 20.12.2017.
56. Özsoylu S, Akyıldız B, Dursun A. “Yabancı Cisim Aspirasyonu: 6 Aylık Deneyimlerimiz”, *Bozok Tıp Dergisi*, 2017,7(3): 43-6.
57. Liman T, Eliçora A, Topçu S. “Yabancı Cisim Aspirasyonları ve Özofagus Yabancı Cisimleri”, <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/1772012111551-94103.pdf> 2012: 96-103, Erişim tarihi: 24.12/2017.
58. İlhan H. “Çocuklarda Yabancı Cisim Aspirasyonları”, *Çocuk Cerrahisi Dergisi*, 2017, 31: 40-45.
59. İlçe Z. “Çocuklarda Trakeobronşial Yabancı Cisim Aspirasyonu”, *Kocaeli Tıp Dergisi*, 2012, 2: 47-54.

60. Rotta A, Wiryawan B. "Respiratory Emergencies in Children", *Respiratory Care*, 2003, 48(3): 248-260.
61. Erginel B, Haspulat M, Soysal F, Özbey H, Keskin E, Karlı G, Çelik A, Salman T. "Çocuklarda Yabancı Cisim Aspirasyonu: Tedavi Amaçlı Rijid Bronkoskopi Sonuçlarımız", *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2016, 79(3): 113-116.
62. Çobanoğlu U, Yalçınkaya İ. "Özefagus Yabancı Cisimleri: 175 Olgunun Analizi", *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2008,16(4): 244-249.
63. Demirören K, Dülger A, Ölmez Ş, Avcı V, Bilici, Melek M, Pulat H. "Üst Gastrointestinal Sistem Yabancı Cisimleri Olan Çocuklarda Fleksibl Endoskopik İşlem", *Dicle Tıp Dergisi*, 2014, 41(1): 205-209.
64. Dereci S, Koca T, Serdaroğlu F, Akçam M. "Çocukluk Çağında Yabancı Cisim Yutulması", *Türk Pediatri Arşivi*, 2015, 50: 234-240.
65. İlhan E, Memiş M, Ulucanlı S, Karadeniz D, Yaman H, Güçlü E. "Dış Kulak Yolu Yabancı Cisimli 117 Hastanın Tanı Ve Tedavisi", *KBB-Forum*,2014,13(2): 31-34.
66. Kılıç K, Sakat M. "Nazal Kavitede Yabancı Cisim: 1 yıllık Sonuçlarımız", *Medicine Science*, 2015,4(1): 2065-2072.
67. Sağlam Ö, Saat B, Dursun E, Çetin B, Uğur K, Şahan M, Güneş M, Taşcan İ. "Her İki Dış Kulak Yolunda Unutulmuş Kulak Çöpü Pamukları", *Cukurova Medical Journal*, 2014,39(2): 373-376.
68. Altun S, Çetinbaş A, Okur İ, Bal A, Altun A. "Çocuklarda Zıpkın ve Tornavida ile Meydana Gelen Penetran Yüz Yaralanmaları", *Turkish Journal of Plastic Surgery*, 2016, 24(3): 160-162.
69. Erdur B, Serinken M, Kabay B, Tomruk Ö, Ayrık C, Türkçüer İ. "Acil Serviste Travmatik Yara Bakımı", *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2006: 20-27.
70. Özakar Akça S, Gözen D. "Çocuk Hemşirelerinin Savunucu Rolü", *F.N. Hemşirelik Dergisi*, 2013, 21(3): 213-218.

71. Doğan Z, Güven F, Cankorkmaz L, Korkmaz İ, Coşkun A, Döleş K. “Üniversite Hastanemiz Acil Servisine Travma Nedeniyle Başvuran Çocuk Olguların Değerlendirilmesi”, *Türk Pediatri Arşivi*, 2011, 46: 164-167.
72. Berberoğlu M. “Okul Öncesi (0-6 Yaş) Çocuk Travmalarının Tanımlanması Araştırılması” (Tez), Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2014.
73. Kurt F, Aytekin A. “0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazaları”, *HSP*, 2015, 2(1): 22-32.
74. Karatepe T, Akış N. “0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Sıklığı ve İlişkili Faktörler”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013, 39(3): 165-168.
75. İnce T, Yalçın S, Yurdakök K. “Çocukluk Çağında Ciddi Kaza Sıklığı Ve Risk Faktörleri”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2014, 57: 173-182.
76. Tiryaki T, Akbıyık F, Şenel E, Mambet E, Livanelioğlu Z, Atayurt H. “Çocukluk Çağında Yabancı Cisim Yutulması”, *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2010, 4(2): 94-99.

RENK KODLAMASI VE TRİYAJ UYGULAMASI		
RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK DURUMLAR
Yeşil	Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı</li> <li>* Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü</li> <li>* Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti</li> <li>* Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler</li> <li>* Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar</li> </ul>
Sarı	<p><b>Kategori 1:</b> Hayati tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Diastolik&gt;110 mmHg, Sistolik&gt;180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği</li> <li>* Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı</li> <li>* Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı</li> <li>* Nöbet geçirme öyküsü (uyanık)</li> <li>* Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta</li> <li>* İnatçı kusma</li> <li>* Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta</li> <li>* Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı</li> <li>* 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta</li> <li>* Şiddetli karın ağrısı olan hasta</li> <li>* Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması</li> <li>* Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk</li> <li>* Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta</li> </ul>
	<p><b>Kategori 2:</b> Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Basit kanamalar</li> <li>* Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları</li> <li>* Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu</li> <li>* Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları</li> <li>* Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller</li> <li>* Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim</li> <li>* Minör ekstremitte travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular</li> <li>* Şiddetli olmayan karın ağrısı</li> <li>* Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar</li> </ul>

Kırmızı	<p><b>Kategori 1:</b> Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Kardiyak arrest</li> <li>* Solunumsal arrest</li> <li>* Havayolu tıkanıklığı riski</li> <li>* Major çoklu travma</li> <li>* Solunum sayısı &lt; 10/dakika</li> <li>* Sistolik Kan Basıncı&lt;80 (yetişkin) veya genel durumu bozuk çocuk veya infantlar</li> <li>* Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtız olan hastalar</li> <li>* Devam eden veya uzamış nöbet</li> </ul>
	<p><b>Kategori 2:</b> Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtız veya hipoventilasyonda olması</li> <li>* Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı</li> <li>* Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı veya bakılabiliyor ise pulseoksimetri değerinin&lt;%90'nın altında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar</li> <li>* Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski</li> <li>* Dolaşım bozukluğu</li> <li>-Nemli, soğuk deri, perfüzyon bozukluğu</li> <li>-Kalp hızı&lt;50 veya &gt;150 olması</li> <li>-Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon</li> <li>* Akut hemiparazi/disfazi</li> <li>* Letarji ile birlikte ateş (her yaş)</li> <li>* İrrigasyon gerektiren asit/alkali ile göz teması</li> <li>* Major fraktür veya ampütasyon gibi ciddi lokalize travma</li> <li>* Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı <ul style="list-style-type: none"> <li>-Önemli sedatif veya diğer toksik maddelerin oral alımı</li> </ul> </li> <li>* Davranışsal/Psikiyatrik <ul style="list-style-type: none"> <li>-Şiddet içeren agresif davranışlar</li> <li>-Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar</li> </ul> </li> </ul>

**VERİ TOPLAMA FORMU**

1. *Cinsiyet* Erkek ( ) Kız ( )

2. *Yaş* .....

3. *Yıl içerisinde acile başvurma zamanı?*

( ) Sonbahar

( ) Kış

( ) İlk Bahar

( ) Yaz

4. *Acile başvuru nedeni?*

( ) Kendi mesafesinden düşme

( ) Yüksekten düşme

( ) Merdivenden yuvarlanma

( ) Hava yolunda yabancı cisim varlığı

( ) Yanık .....(derecesi)

( ) Delici cisim ile yaralanma

( ) Üzerine cisim düşmesi ile yaralanma

( ) Göze, buruna, kulağa yabancı cisim kaçması

( ) Zehirlenme

( ) Burkulma

( ) Kolunu çekme ile travma

( ) Çarpma

( ) Diğer .....

5. *Acile başvurduğundaki triajı? .....*

6. *Yaralanmanın bölgesel durumu?*

( ) Baş-boyun yaralanması

( ) Uzun yaralanması

( ) Toraks yaralanması

( ) Batın yaralanması

( ) Diğer



7. **Hastanın acilde kalış süresi?.....**

8. **Hastaya muayene dışında ek girişim varlığı?**

( ) Konsültasyon

( ) Tetkik

( ) Operasyon

( ) Diğer ....

9. **Hastanın tedavisinin sonucu?**

( ) Taburcu

( ) Sevk

( ) Yatış

( ) Exitus

10. **Acile travma nedeni ile başvurma sıklığı?**

( ) İlk kez

( ) İkinci kez

( ) Üçüncü kez

( ) Dört ve daha fazla .....

11. **Çocuğun kronik bir hastalığı var mı?**

( ) Evet ise .....

( ) Hayır

12. **Çocuğun gelişimsel bir engeli var mı?**

( ) Evet ise .....

( ) Hayır

13. **Çocuğun bakım ve tedavisi sürecinde ailenin iş birliği durumu?**

( ) Bakım ve tedavi sürecini onayladı.

( ) Bakım ve tedaviyi reddetti.

**ANADOLU™**  
 Sağlık Hizmetleri  
 06550 ÇEKİRGEZİSİZİPARKI

Anadolu Sağlık Hizmetleri A.Ş. Genel Müdürlüğü  
 Kurum Başkanlığı / Genel Müdürlük / Genel Sekreterlik  
 Nispetiye Mahallesi / Beşiktaş / İstanbul  
 Telefon: 0212 333 3333  
 Faks: 0212 333 3333  
 E-posta: bilgi@anadolusaglik.com.tr

**T.C.**  
**ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ**  
**ETİK KURULU**

**Sayı : ASM-EK-17/56**  
**Konu : Çalışma İzni Hk.**

**07.06.2017**

**İLGİLİ MAKAMA,**

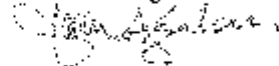
Yürütmeçüğüne Başu BENDİÇİ'nin yaptığı "Acil Serviste Fiziksel Travma ile İzlenen Çocukların Retrospektif Değerlendirilmesi" konulu çalışma Etik Kurulumuz tarafından değerlendirilmiştir.

Çalışmanın Özel Anadolu Sağlık Merkezi hastanesinde yürütülmesinde bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.  
 ASM Hastane Etik Kurulu

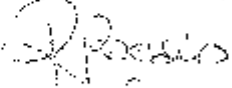
**Başkan**

Prof. Dr. Fatih Ağalar



**Üyeler**

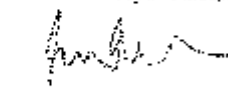
Uzm. Dr. Resmiye Başkçı



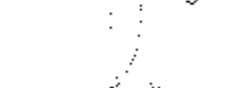
Prof. Dr. Ayşe. Yücel



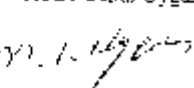
Prof. Dr. İlseyin Baloğlu



Prof. Dr. Saah Türkoğlu



Prof. Dr. Cemil Uygu





Özel Anadolu Sağlık Hizmetleri A.Ş.  
 Genel Müdürlük / Etik Kurulunun  
 Başkanlığına

07.06.2017 tarihinde  
 0212 333 3333 numaralı  
 telefonla ulaşıldı.

**44 45 276**  
 Ankara Sağlık İl Müdürlüğü

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Banu	<b>Soyadı</b>	Bendçi
<b>Doğum yeri</b>	Edirne	<b>Doğum Tarihi</b>	08/11/1986
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>Telefon No:</b>	5444890186
<b>E-mail</b>	banu__kara@hotmail.com		

### Eğitim düzeyi

	<b>Mezun olduğu kurum</b>	<b>Mezuniyet yılı</b>
<b>Lisans</b>	Trakya Üniversitesi Tekirdağ Sağlık Yüksek Okulu	2008
<b>Lise</b>	Babaeski Anadolu Lisesi	2004

### İş deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre</b>
Acil Servis Hemşiresi	Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Johns Hopkins	2009-...
Pediyatri Hemşiresi	Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Johns Hopkins	2008-2009