



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Adli Tıp Anabilim Dalı**

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TURGUT ÖZAL TIP
MERKEZİ'NE 2018-2022 TARİHLERİ ARASINDA BAŞVURAN
18 YAŞ ALTI ADLİ OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Emre BOZ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mucahit ORUÇ**



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Adli Tıp Anabilim Dalı**

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TURGUT ÖZAL TIP
MERKEZİ'NE 2018-2022 TARİHLERİ ARASINDA BAŞVURAN
18 YAŞ ALTI ADLİ OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tıpta Uzmanlık Tezi

**Dr. Emre BOZ
ORCID ID: 0009-0005-2539-5875**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mucahit ORUÇ**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Adli Olgu ve Çocuk Tanımı	3
2.2. Çocuk Hakları	4
2.3. Adli Olgularda Hekimin Sorumlulukları ve Yasal Düzenlemeler	4
2.4. Türk Ceza Kanunu'nda Yaralanma ile İlgili Düzenlemeler	5
2.5. Çocuk Adli Olgularda Görülen Başvuru Şekilleri	5
2.5.1. Düşme	6
2.5.2. Trafik Kazaları	6
2.5.3. Yanık	7
2.5.4. İntoksikasyon (Zehirlenme)	10
2.5.5. Künt ve Penetran Alet Yaralanmaları	11
2.5.6. Darp	14
2.5.7. İntihar (Suicid)	14
2.5.8. İstismar	15
2.5.9. Elektrik Çarpması	17
2.5.10. Hayvan Saldırıları	17
2.5.11. Ateşli Silah Yaralanmaları	17
2.5.12. Suda Boğulma	19
2.5.13. Yabancı Cisim Aspirasyonu ve Yutma	20
2.6. Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	48
5.1. Çalışmamızın Sınırlılıkları	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
KAYNAKLAR	64

EKLER.....	78
EK-1. Kurum İzni.....	78
EK-2. Etik Kurul Onayı.....	79



TEŞEKKÜR

Hayatımın her anında yanımda olan, destek ve katkılarını esirgemeyen kıymetli annem, babam ve kardeşime,

Uzmanlık eğitimim döneminde; bilgi ve beceri edinmemde ilgi ve yardımlarını her zaman üzerimde hissettiğim ve tez çalışmamda bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocalarım Anabilim Dalı Başkanımız ve tez danışmanım Doç. Dr. Mucahit ORUÇ'a, Prof. Dr. Osman CELBİŞ'e,

Anabilim Dalında beraber çalıştığım arkadaşlarım Mehmet Efdal SAYDAN, Abdulkerim YAYLA, Ramazan ÖZALP, Berkay TERTEMİZ ve tez yazım sürecindeki yardımlarından ötürü Ceren PEKTEKİN'e,

Malatya Adli Tıp Grup Bakanlığında mesleki deneyimlerini bana aktardıkları için Anıl Çağrı KABAL, Yusuf TETİK, Savaş DERTSİZ, Hüseyin Mehmet ŞENGÜL, Salih GÜVEN, Vahap GÖÇÜK, Yetkin KOCA'ya,

Tez çalışmamdaki desteklerinden dolayı İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı araştırma görevlisi İpek BALIKÇIÇİÇEK'e, Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Emre BOZ

ÖZET

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi'ne 2018-2022 Tarihleri Arasında Başvuran 18 Yaş Altı Adli Olguların Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı; çocuklarda görülen adli olgu çeşitlerini, bu olayların meydana geliş şekillerini, ilerleme süreçlerini, bu adli olayların çocuklara etkilerini tespit etmek, ayrıca bu hususlarda alınabilecek önlemleri incelemektir.

Gereç ve Yöntem: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi'ne 01.01.2018-31.12.2022 tarihleri arasındaki 5 yıllık süreçte başvuran çocuk adli olgular çalışmaya alındı. Çalışmadaki olguların; yaş, cinsiyet, uyruk, yaş grubu, başvuru şekli, yaralanma bölgeleri, başvuru ayı, mevsimi, klinik sonuçlar, hastanede yattıkları bölüm, yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olup olmadığı, yaşamsal tehlikesi olup olmadığı ve kemik kırığı skorları verileri elde edildi. Veriler SPSS 26.00 programında analiz edildi.

Bulgular: Çalışmamızdaki 4404 vakanın %62,0'si (n=2732) erkek, %38,0'i (n=1672) kadındır. Vakaların yaş ortalaması $7,42 \pm 5,68$ olup yaş ortancası 6 idi. Olguların %36,26'sı (n=1597) 1-4 yaş grubundaydı. Olguların %25,75'i (n=1134) 2019 yılında başvurmuştur. Başvurular %12,0 (n=527) oran ile en çok temmuz ayında olmuştur. Olguların en sık başvuru nedeni %23,73 (n=1045) oranda olan düşme olup ikinci sırada %19,60 (n=863) oranla trafik kazaları yer almaktaydı. Olguların %87,2'si (n=3841) taburcu edilmiş, %10,9'u (n=481) tedaviyi reddetmiş, %1,5'i (n=67) ölmüş ve %0,3'ü (n=15) sevk edilmiştir.

Sonuç: Malatya'da son 5 yılda çocuklardaki adli vakaların en sık iki sebebi düşme ve trafik kazası olarak bulunmuş ve ülke geneline benzer bir sonuç elde edilmiştir. Bu olaylardaki risklerin azaltılması için yerel yönetim ve kurumlarla birlikte multidisipliner iş birliği yapılması gerekmektedir. Çocuklar, ebeveynler, ilgili teknik personeller ve sağlık çalışanlarına; çocukların yaşa bağlı anatomik, fizyolojik ve psikolojik özelliklerine uyarlanmış, karşılaşılabilecek travmatik riskleri azaltıcı eğitimler verilmelidir. Hekimler, ebeveyn veya çocuklardan alınan tıbbi öykülerle açıklanamayan durumlarda adli mercilere bildirimini yapmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adli vaka, çocuk, travma

ABSTRACT

Evaluation of Forensic Cases Under the Age of 18 Admitted to Inonu University Faculty of Medicine Turgut Ozal Medical Center Between 2018-2022

Aim: The aim of this study is to determine the types of forensic cases seen in children, the way these events occur, their progression processes, their effects on children, and to examine the precautions that can be taken in these matters.

Material and method: Pediatric forensic cases who admitted to Inonu University Faculty of Medicine Turgut Ozal Medical Center between 01.01.2018 and 31.12.2022 within 5-year period were included in the study. Data on the subjects in the study were obtained: age, gender, nationality, age group, type of application, injury sites, month of application, season, clinical results, hospitalization department, whether the injury was mild enough to be treated with simple medical intervention, whether it was life-threatening, and bone fracture scores. The data were analyzed in SPSS 26.00 program.

Results: Of the 4404 cases in our study, 62,0% (n=2732) were male and 38,0% (n=1672) were female. The mean age of the cases was $7,42 \pm 5,68$ years and the median age was 6,36. 26% (n=1597) of the cases were in the 1-4 age group. 25,75% (n=1134) of the cases admitted in 2019. Admissions were mostly made in July with a rate of 12,0% (n=527). The most common reason for admission was falls with a rate of 23,73% (n=1045), followed by traffic accidents with a rate of 19,60% (n=863). Of the cases, 87,2% (n=3841) were discharged, 10,9% (n=481) refused treatment, 1,5% (n=67) died and 0,3% (n=15) were referred.

Conclusion: In Malatya, the two most common causes of forensic cases in children in the last 5 years were found to be falls and traffic accidents, and a similar result was obtained for the rest of the country. Multidisciplinary cooperation with local governments and institutions is necessary to reduce the risks in these events. Children, parents, relevant technical personnel and healthcare professionals should be provided with training adapted to the anatomical, physiological and psychological characteristics of children depending on their age, and to reduce the traumatic risks that may be encountered. Physicians should notify legal authorities in cases that cannot be explained by medical histories taken from parents or children.

Keywords: Forensic case, child, trauma

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BTM	: Basit Tıbbi Müdahale
CO	: Karbonmonoksit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
n	: Gruptaki Olgu Sayısı
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YT	: Yaşamsal Tehlike

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. 2019-2023 Yılları Arasında Çocuk Yaş Gruplarına ve Kaza Sonrası Durumlarına Göre Trafik Kazası Verileri	7
Tablo 2.2. Yanık Derecelerinin Sınıflandırılması.....	9
Tablo 2.3. Çocuklarda Yanık Yüzey Alanının Hesaplanması	10
Tablo 2.4. Künt Travmalarda Meydana Gelen Lezyonlar.....	11
Tablo 2.5. Alet Cinsine Göre Penetran Yaralanmalar	13
Tablo 2.6. 2019-2023 Yılları Arasındaki 15 Yaş Altı ve 15-19 Yaş Grubu İntiharlar .	15
Tablo 2.7. Atış Mesafelerine Göre Ateşli Silah Yaralanmaları	18
Tablo 4.1. Yıllara Göre Adli Olgular	25
Tablo 4.2. Uyruğa Göre Adli Olgular.....	25
Tablo 4.3. Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Adli Olgular	26
Tablo 4.4. Aylara ve Mevsimlere Göre Adli Olgular	26
Tablo 4.5. Olay Yerine Göre Adli Olgular	27
Tablo 4.6. Olay Şekline Göre Adli Olgular	28
Tablo 4.7. Adli Olgulardaki Basit Tıbbi Müdahale ve Yaşamsal Tehlike Dağılımı	28
Tablo 4.8. Klinik Sonuçların Dağılımı	29
Tablo 4.9. Yaralanma Bölgelerinin Dağılımı	29
Tablo 4.10. Kemik Kırıklarının Lokalizasyonları	30
Tablo 4.11. Kemik Kırıklarının Vücut Fonksiyonlarına Etkisinin Dağılımı.....	31
Tablo 4.12. Adli Olguların Servis Yatış Dağılımları.....	31
Tablo 4.13. Yatış Verilen Olguların Servis Dağılımları.....	31
Tablo 4.14. Uyruğa Göre Adli Olgu Çeşitlerinin Dağılımı	33
Tablo 4.15. Yaş Gruplarına Göre Adli Olgu Çeşitlerinin Dağılımı	35
Tablo 4.16. Cinsiyete Göre Adli Başvuru Çeşitlerinin Dağılımı	36
Tablo 4.17. Yıllara Göre Adli Olgu Çeşitlerinin Dağılımı.....	38
Tablo 4.18. İntihar Metotlarının Dağılımı	39
Tablo 4.19. Cinsiyete Göre İntihar Metotlarının Dağılımı	39
Tablo 4.20. Çocuk İntihar Girişimlerinin Mevsim ve Aylara Dağılımı	40
Tablo 4.21. Zehirlenme Etkenlerinin Dağılımı	41
Tablo 4.22. Yaş Gruplarına Göre Zehirlenmelerin Dağılımı	41
Tablo 4.23. Yaş Gruplarına Göre Zehirlenme Etkenlerinin Dağılımı	42

Tablo 4.24. Cinsiyete Göre Zehirlenme Etkenlerinin Dağılımı	42
Tablo 4.25. Trafik Kazası Çeşitlerinin Dağılımı	43
Tablo 4.26. Yaş Gruplarına Göre Trafik Kazası Çeşitlerinin Dağılımı.....	43
Tablo 4.27. Trafik Kazalarındaki Yaralanma Bölgelerinin Dağılımı.....	44
Tablo 4.28. Trafik Kazalarında Oluşan Kemik Kırıklarının Dağılımı	44
Tablo 4.29. Trafik Kazası Çeşitlerinin Basit Tıbbi Müdahale ve Yaşamsal Tehlike Dağılımı.....	46
Tablo 4.30. İstismar Şeklinin Dağılımı	47
Tablo 4.31. Cinsel ve Fiziksel İstismarın Cinsiyetlere Dağılımı.....	47
Tablo 4.32. Cinsel ve Fiziksel İstismarın Yaş Gruplarına Dağılımı.....	47



1.GİRİŞ

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edilen Çocuk Haklarına Dair Genel Sözleşme gereğince 18 yaşını doldurmamış her birey çocuk kabul edilir (1). 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) ise çocuk; henüz 18 yaşını doldurmamış kişi olarak tanımlanmıştır (2).

Adli olgu niteliği taşıyan olaylar; ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanmaları, kesici, kesici-delici, delici, kesici-ezici ve ezici alet yaralanmaları, trafik kazaları, müessir fiiller (vücut dokunulmazlığı ihlali, darp-cebir, şiddet olguları), iş kazaları ve yüksekten düşmeler, zehirlenmeler (ilaç, insektisit, boğucu gazlar, gıda vb.), şüpheli ölümler, yanıklar, elektrik çarpmaları, mekanik asfiksi olguları, intihar girişimleri, işkence iddiaları, kuduz hayvan ısırığı, ihmal, istismar/saldırı olgularıdır (3).

Tedbirsizlik, ihmal ya da kasıt sonucu meydana gelen fiiller, bireyde, ailede, toplumda, ülkede ağır sosyokültürel ve sosyoekonomik sonuçlara neden olmaktadır (4). Hastalıklara bağlı ölümlerin azalmasının yanında mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden biri olan yaralanmalar ülke gelişmişlik düzeyinden bağımsız önemli bir halk sağlığı sorunudur (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre sadece 2021'de 5 milyondan fazla 0-5 yaş arası çocuk ölmüştür (6). Ölüm sayısı 5-9 yaş arasında 400.000'den fazladır (7). 10-19 yaş arası adölesan dönemde ise bu rakam 900.000'i aşmakta olup çoğunluğu tedavi edilebilir veya önlenabilir nedenlerden dolayı ölmüştür (8).

Çocukluk döneminde bireylerin biyolojik ve psikolojik gelişimini tamamlamadığı göz önünde bulundurulduğunda birçok tehlikeyle karşı karşıya oldukları bilinmektedir. Bu dönemde; kazalar, patolojik ölümler, çocuklara yönelik travmatik eylemler ve zehirlenmeler dikkati çekmektedir (9).

Kazalara bağlı ölümler, çocuk ve ergen sağlığı sorunlarında buz dağının görünen kısmıdır, ancak ölümlerin beraberinde pek çok yaralanma oluşmakta ve bu yaralanmaların çoğu tıbbi gereksinime neden olmaktadır. Ağır yaralanmalar, bireylerde engelliliğe neden olmakta ve sağlıklı yaşam süresini azaltmaktadır. Kazalar, sağlıklı yaşamı süresini azaltan nedenlerin başında gelmektedir (10). Gelişmiş ülkelerde çocukluk çağı travma kaynaklı ölümlerin nedenlerinden dördüncü sırada olan düşme vakaları

ülkümüzde de önemli bir sorundur (11). Gelişmiş ülkelerde çocukluk döneminde gerçekleşen ölümlerin %5,9'u düşmelere bağlıdır (12). Risk etmenleri saptandığında, trafik kazalarının öngörülebilir ve önlenabilir kazalar olduğu bilinmektedir. 2-14 yaş arasındaki ölümlerin önemli bir bölümünün trafik kazası kaynaklı olduğu ve en az yarısının çocuk araba koltukları ve emniyet kemeri gibi basit tedbirlerle önlenileceği bildirilmiştir (5, 13). İntihar, adölesan yaş grubunun en sık acile başvuru sebeplerinden birisidir. Adölesan yaş grubunda intihar görülme sıklığı %3-11 arasındadır (14). İntihar sıklığı bu yaş grubunda giderek artmaktadır ve tüm dünya popülasyonunda yıllık bir milyona yakın kişi intihar etmektedir (14). Çocuk yaş grubundaki zehirlenmeler de acil servise başvuruların önemli bir kısmını oluşturmaktadır (15). Acil servise başvurularda göz ardı edilmemesi gereken bir diğer adli vaka tipi olan istismar olgularında çocuğun duygusal yaşantısı ve kişiliği kısacası tüm yaşamı olumsuz yönde etkilenmektedir (16). Dört yaş altındaki çocuklarda yanıklar, erişkinlerde görülen yanıklara oranla daha ciddi sonuçlara neden olabilmektedirler. Yanıklar çocuk ve ailesi açısından sosyal, fiziksel ve emosyonel problemler yaratan bir durumlardan biridir (17). Çocuklardaki fiziksel travmaların ise büyük çoğunluğunu penetran ve künt travmaların oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda erişkinlere nazaran daha ciddi yaralanmalara neden olabileceği unutulmamalıdır (18, 19).

Bu çalışmadaki amaçlarımız; Turgut Özal Tıp Merkezi'ne 2018-2022 yılları arasında başvuran çocuk adli olgularını; özellik, cinsiyet, mevsim, ay, başvuru şekli, yaş grupları, olay yeri, klinik sonuçları ve nedenlerini hukuki ve tıbbi boyutuyla ele almak, literatüre bu hususlarda katkı sağlamaktır. Ayrıca çocuk adli olguların biyopsikososyal açıdan erişkinlerden farklılıklarını incelemek ve Malatya ilinden yola çıkarak tüm ülkedeki çocuk adli olgularına projeksiyon sağlayarak çocuklarda oluşan veya oluşabilecek fiziksel ve/veya ruhsal travmaların önüne geçilmesinde rol oynamak başlıca amacımızdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Adli Olgu ve Çocuk Tanımı

Ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanmaları, kesici, kesici-delici, delici, kesici-ezici ve ezici alet yaralanmaları, trafik kazaları, müessir fiiller (vücut dokunulmazlığı ihlali, darp-cebir, şiddet olguları), iş kazaları ve yüksekten düşmeler, zehirlenmeler (ilaç, insektisit, boğucu gazlar, gıda vb.), şüpheli ölümler, yanıklar, elektrik çarpmaları, mekanik asfiksi olguları, intihar girişimleri, işkence iddiaları, kuduz hayvan ısırığı, ihmal, istismar/saldırı vakaları adli olgu olarak nitelendirilir (3).

5237 sayılı TCK'da çocuk; henüz 18 yaşını doldurmamış kişi olarak tanımlanmıştır (2). Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edilen Çocuk Haklarına Dair Genel Sözleşme gereğince 18 yaşını doldurmamış her birey çocuk kabul edilir (1). Tıbbi kaynaklarda ise genellikle çocukluk veya çocuk; doğum ile yetişkinlik arasındaki süreçte hayatını devam ettiren insan olarak tanımlanmıştır (20).

Çocukluk dönemlerine göre incelendiğinde; süt çocukluğu (0-1 yaş) dönemindeki çocuklar sözlü iletişim kuramaz ve bulundukları ortamı ağızlarıyla araştırır. Süt çocuğu dönemindeki çocuklar kendini kazadan koruyabilecek gelişim düzeyine sahip olmadığından yetişkin yardımına ihtiyaç duyar (21). Oyun çocukluğu dönemindeki (1-4 yaş) çocuklar bağımsızlık hissi kazanmanın yanında çevreyi de keşfetmeye başlar (22). Bu dönemdeki çocuklar; öğrenme ve araştırma merakı, görme alanının ve seslerinin yerini belirleme gibi yeteneklerinin gelişmemiş olması nedeniyle fizyolojik nedenlerden kaynaklı kazalarla daha sık karşılaşmaktadır (23, 24). Bu dönemde; boğulma, zehirlenme, düşme, yanık gibi kazalar açısından risk altındadırlar (21). Ayrıca bu dönemde suyla haşlanma, zehirlenme, ateşle yanma ve düşme olguları daha sık görülmektedir (25, 26). Okul çocukluğu döneminde (5-9 yaş) çocuklarda hızlı bir fiziksel ve mental gelişim meydana gelir (22). Bu dönemdeki düşme ve zehirlenme gibi kazaların yanı sıra, boğulma ve ateşli silah yaralanmalarına neden olabilecek riskli davranışlarda bulunabilirler (27). Erken adölesan döneminde (10-14 yaş) kabul edilme ve akran etkisi önemlidir. Bu dönemde risk alma, ölümsüzlük ve yenilmezlik gibi düşüncelere bağlı yaralanma riski artmaktadır (22). DSÖ 10 yaşın altındaki dönemi çocukluk dönemi, 10-19 yaş grubundaki dönemi adölesan olarak değerlendirmiş olup; 10-14 yaş arası dönemi erken adölesan, 15-19 yaş arasındaki dönemi ise geç adölesan olarak tanımlamıştır (28, 29).

2.2. Çocuk Hakları

Çocuk hakları ile ilgili düzenlenen ilk kayıtlı belge “Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi”dir. Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi 5 maddeden oluşmakta olup I. Dünya Savaşı sonrasında çocukların özenli korunması ilkesiyle hazırlanmıştır. 20 Kasım 1959’da “Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi” imzalanmıştır. Ancak Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi ve Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi’nin yasal bir yaptırım gücü yoktur. 1963’te kabul edilen “Türk Çocuk Hakları Bildirisi”nde ebeveynlerin ve devletin sorumlulukları ele alınmıştır. Bu bildiride çocuk hakları ile ilgili yasal, idari ve uygulamaya ilişkin önlemler vurgulanmaktadır. 20 Kasım 1989’ta ülkemizde kabul edilen ve Birleşmiş Milletler tarafından düzenlenen “Çocuk Haklarına Dair Sözleşme” ise devletlere çocuk hakları hususunda sorumluluk yüklemesi nedeniyle önem arz etmektedir. Bu sözleşmenin 19. maddesi gereğince devlet; çocuğun ebeveynleri, yasal vasi ya da bakımı üstlenen bir kişi tarafından gerçekleştirilen bedensel veya zihinsel şiddet, saldırı, ihmal, suistimal veya muameleye karşı çocuğu korumalı, bu hususta toplumsal, idari, eğitsel ve yasal tüm önlemleri almalıdır. Bu önlemler; kötü muamele olaylarının belirlenmesi, önlenmesi, bildirilmesi, yetkili mercilere iletilmesi ve soruşturulması, tedavi ve izlenmesi için zaruri diğer yöntemlere ilişkin hususları içermelidir. Böylelikle zarar gören ve görmesi olası olan çocuğun her türlü fiziksel veya psikolojik olumsuzluktan korunması ve zarar görmüş ise tedavisi ve rehabilitasyonunun devlet tarafından güvence altına alınması sağlanmıştır (30).

2.3. Adli Olgularda Hekimin Sorumlulukları ve Yasal Düzenlemeler

TCK 278. maddesinde işlenmekte olan suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişinin, bir yıla kadar hapis ile cezalandırılacağı, işlenmiş olmasıyla birlikte, sebep olduğu sonuçların sınırlandırılması halen mümkün bulunan bir suçu yetkili makama bildirmeyenler yine bir yıla kadar hapis ile cezalandırılacağı ifade edilmiştir. Aynı maddenin 3. fıkrasında mağdur on beş yaşını bitirmemiş bir çocuksa, bedensel veya ruhsal bakımdan engelli ise ya da gebelik nedeniyle kendisini savunamayacak durumdaysa, verilecek cezanın yarı oranında artırılacağı belirtilmiştir. TCK 280. maddesinde ise görevini yaptığı sırada suçun işlendiği yönünde bir emareyle karşılaşmasına rağmen, bu durumu yetkili mercilere bildirmeyen veya geciken sağlık mesleği mensubunun bir yıla kadar hapis ile cezalandırılacağı belirtilmiştir. Aynı

maddenin 2. fıkrasında sağlık mesleği mensubu deyimi ile hekim, diş hekim, ebe, hemşire, eczacı ve sağlık hizmetinde rol alan diğer kişilerin belirtildiği ifade edilmiştir. Kanunun bağlayıcılığı bağlamında, TCK 4. maddesinde ceza kanunlarını bilmemenin mazeret sayılmayacağı ağıkça belirtilmiştir (2).

Adli olgular başvurulan sağlık merkezinde acil ve öncelikli olarak değerlendirilmelidir. Değerlendirme sonucu, yasal süreçte mağdur ve sanık açısından ciddi önem arz etmektedir (31). Adli makamlar, olgu hakkında bilgi edinmek amacıyla doktordan tıbbi bir rapor hazırlamasını isteyebilir ve düzenlenen rapor adli süreçte delil olarak kabul edilir (32, 33).

Hekim, tedavinin yanı sıra ortaya çıkabilecek hukuki sorunları da göz önünde bulundurmalı ve ayrıntılı bir muayene yapmalıdır. Muayenede; mukozalar, genital organlar, koltuk altı, sırt, avuç içi, ayak tabanı ve göz kapakları gibi gözden kaçabilme ihtimali olan bölgeler dikkatli incelenmelidir. Tespit edilen her lezyon ayrı ayrı ve anatomik pozisyonu, boyutu, şekli, sayısı, görünüşü, yabancı cisim varlığı, dağılımındaki değerşkenler, çevresi ve derinliği açısından incelenmelidir (34). Rapor düzenlenirken kullanılan terimlerin sağlık personeli olmayan kişiler tarafından da anlaşılabilir olması gerekir (35). Yara yerinin cilt üzerindeki uzunluğu, açık yara ise yara içine bakan cilt bölümleri, kapladığı alan (metrik sisteme göre) belirtilmelidir (32, 33).

2.4. Türk Ceza Kanunu'nda Yaralanma ile İlgili Düzenlemeler

TCK'da yaralanmalar vücut dokunulmazlığına karşı suçlar, işkence ve eziyet başlığında ele alınmış olup 87, 88, 89, 94, 95 ve 96. maddelerde işlenen suğa verilecek cezalar belirlenmiştir. Madde 86'da kasten yaralama, madde 87'de neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama, madde 88'de kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi, madde 89'da taksirle yaralama, madde 94'te işkence, madde 95'te neticesi sebebiyle ağırlaşmış işkence ve madde 96'da eziyet suçuna ilişkin hükümler yer almaktadır (2).

2.5. Çocuk Adli Olgularda Görülen Başvuru Şekilleri

Ülkemizde çocuk yaş grubunda en sık görülen adli olguların düşme ve trafik kazası olduğuna ilişkin çalışmalar mevcuttur (36, 37). 0-18 yaş arasında ölüm olgularının incelendiği çalışmalarda ölüm nedeninin en sık künt travmalar (trafik kazası, yüksekten düşme, künt cisim vurulması gibi) bağlı yaralanmalar, bunu izleyen nedenlerin ise

değişkenlik göstermekle birlikte doğal nedenler, asfiksiler, ateşli silah yaralanması, kesici delici alet yaralanması, karbonmonoksit (CO) zehirlenmesi, ilaç, insektisit veya kostik madde zehirlenmesi, yanık, elektrik çarpması, suda boğulma, elektrik çarpmasına bağlı olduğu görülmüştür (28, 38). Bu başlık altında çocuk yaş grubu adli olgulardaki başlıca başvuru çeşitlerini değerlendireceğiz.

2.5.1. Düşme

Çocuklar, gelişimsel özellikleri sebebiyle düşmelerle karşılaşma açısından riskli gruplardan biridir. Nöromotor, psikososyal, duyuşsal, fiziksel ve bilişsel açıdan gelişimlerinin devam etmesi nedeniyle motor sistemin iyi çalışmaması, görme alanının dar olması, denge sağlamadaki zorluk, reaksiyonlardaki yavaşlık, iki uyarıyı aynı anda algılayamamaları, sesleri lokalize etme yeteneklerinin yeterince gelişmemiş olması, araştırma ve öğrenme konularındaki merakları, devamlı hareket halinde olmaları, büyüklerini taklit etmek istemeleri çocukların kazalarla karşılaşmalarına neden olmakta ve düşme riskini artırmaktadır (39). Avrupa Birliği Yaralanma Veri Tabanına göre beş yaş altı çocuklarda, yaralanmaların %60'ından fazlası evde gerçekleşmektedir ve düşme olguları en sık görülen kaza türüdür (40). Hastalık yükü ve ölüm riski açısından düşmeler, yaşlılarda ve çocuklarda en sık görülen ev kazası türüdür (41).

2.5.2. Trafik Kazaları

Trafik kazaları ve buna bağlı ölümler, toplumun modernizasyonu ve araç hızlarının artmasına paralel olarak dünya genelinde sık görünür hale gelmiştir. Trafik kazaları elli yaş altı nüfusta temel ölüm nedenlerinden biri olmuştur (42). Trafik kazası neticesinde gerçekleşen yaralanmalar halk sağlığı açısından da önemli bir problem oluşturmaktadır. Trafik kazaları, özellikle çocukluk döneminde önlenabilir sağlık sorunlarının başında gelmektedir (43). 2-14 yaş arasındaki ölümlerin önemli bir kısmının trafik kazalarına bağlı olduğu, en az yarısının çocuk araba koltukları ve emniyet kemeri gibi basit tedbirlerle önlenileceği bildirilmiştir (13).

Ülkemizde çocuk yaş grubunda araç içi trafik kazalarının en sık görüldüğünü, bunu araç dışı trafik kazalarının izlediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (44, 45). Tablo 2.1'de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de 2019-2023 yılları arasındaki trafik kazalarından etkilenen çocukların sayısı, cinsiyetleri ve kaza sonrası

durumlarına göre listelenmiştir. (46).

Tablo 2.1. 2019-2023 Yılları Arasında Çocuk Yaş Gruplarına ve Kaza Sonrası Durumlarına Göre Trafik Kazası Verileri (46)

			2023 yılı	2022 yılı	2021 yılı	2020 yılı	2019 yılı
Cinsiyet	Durumu	Yaş	Sayı				
Erkek	Yaralı	0-9	13909	11593	10494	8492	13194
		10-14	11022	8762	8625	6278	8976
		15-17	16733	11790	12490	8211	10490
	Ölü	0-9	148	124	141	109	164
		10-14	110	92	103	78	100
		15-17	207	141	140	107	134
Kadın	Yaralı	0-9	9937	7888	7137	5899	9586
		10-14	6244	5141	4525	3260	5417
		15-17	4709	4135	3267	2629	3987
	Ölü	0-9	111	83	87	89	95
		10-14	53	35	47	30	51
		15-17	34	27	39	17	30

2.5.3. Yanık

Yanık; epidermis ve dermisin bir kısmının veya tamamının çeşitli seviyelerde hasarı ile sonuçlanan çoğunlukla ısı temasıyla oluşan yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir travma çeşididir (47). Yanıklar çeşitli etiyolojik mekanizmalardan kaynaklanan yaygın yaralanmalardandır. Görülme sıklığı ve oluşma şekli yaşa ve sosyoekonomik düzeye göre değişkenlik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde, bebekler ve küçük çocuklar özellikle savunmasız durumda olup, çoğunlukla banyo ve mutfakta gerçekleşen kazalar neticesinde sıcak su yanığıyla yaralanmaktadırlar. Düşük gelirli ülkelerde, elektrik güvenliği önlemlerinin daha az olması ve yemek pişirme koşulları nedeniyle görülme sıklığı ve ciddiyeti daha yüksek olma eğilimindedir (48).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl yarım milyondan fazla yanığa bağlı yaralanma meydana gelmektedir (49). Bu yaralanmalar genellikle ciddi olmamakla

birlikte yaklaşık 50.000 yanık hastasının bir yanık merkezine veya yanık hastanesine yatırılması ve tedavi edilmesi gerekmektedir (50).

Yanık olgularının yaklaşık %70'ini altı yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır. Çocuklardaki yanıkların çoğunluğundaki neden ev kazalarıdır. 6 ay-3 yaş grubunda, daha çok sıcak suyla haşlanma görülmekle birlikte, yaş arttıkça elektrik, kimyasal maddeler ve alevle yanma olgularının sıklığı artmaktadır (51).



Yanık yaraları genellikle 4 derece üzerinden sınıflandırılmaktadır. Yanıkların 4 derece üzerinden sınıflandırılması Tablo 2.2’de özetlenmiştir (52).

Tablo 2.2. Yanık Derecelerinin Sınıflandırılması (52)

Yanık Derecesi		Özellik
I. Derece		Birinci derece yanıklar yalnızca epidermisi içerir; güneş yanığı gibi eritemli, ağrılı ve kurudurlar. Bunlar çoğunlukla şiddetli ultraviyole maruziyetinin veya küçük termal yaralanmanın sonucudur. Birinci derece yanıklar genellikle 5 ila 10 gün içinde iyileşir.
II. Derece	Yüzeyel yanıklar	İkinci derece yanıklar epidermin tamamını ve altta yatan derminin bir kısmını içerir. Yüzeysel yanıklarda papiller derminin üst katmanları zarar görmüştür. Cilt üzerinde doku sıvısıyla dolu büller oluşur. Cilt ağrılı, nemli ve eritemlidir. Cilt dokunulduğunda ağrılıdır ve basmakla solmayan özellik gösterirler. Bu yanıklar iki hafta içinde iyileşir ve genellikle iz bırakmaz; ancak kalıcı skar dokusu ve pigment değişikliklerine neden olabilir.
	Derin yanıklar	Derin ikinci derece yanıklar derminin daha derin katmanlarını içerir. Beyaz görünürler ve basmakla solmazlar. Bu yanıklar üç haftadan kısa sürede iyileşmez. Ciltte, iyileşme süreci sonunda sıklıkla kalıcı skar ve kontraktürler oluşur.
III. Derece		Üçüncü derece yanıklar, altta yatan cilt altı yağ dokusu da dahil olmak üzere tüm cilt katmanlarını tahrip eder. Koyu kahverengi veya ten rengidirler ve dokunma duyusu kaybolmuştur. Dokunulduğunda kösele gibi bir his bırakırlar. Bu yaralar sıklıkla deri grefti gerektirir ve kontraktürlere neden olabilir.
IV. Derece		Dördüncü derece yanıklar tüm cilt katmanlarını tahrip eder ve kas, tendon veya kemiğe kadar uzanır.

Yanık yüzdesinin hesaplanmasında kullanılan özel tablolar vardır, ancak pratikte en fazla 9’lar kuralı kullanılmaktadır (53). Bebeklerde ve yeni yürümeye başlayan çocuk grubunda baş vücudun büyük bir bölümünü oluşturduğu için bacakların yüzey alanı daha azdır. Bu yüzden çocuklarda bu kural modifiye edilmiş olup çocuklarda yanık yüzey alanının hesaplanması Tablo 2.3’te gösterilmiştir (54).

Tablo 2.3. Çocuklarda Yanık Yüzey Alanının Hesaplanması (54)

Vücut Bölümü	<1 yaş için vücut yüzey alanı oranı (%)	1 yaş için vücut yüzey alanı oranı (%)	5 yaş için vücut yüzey alanı oranı (%)	10 yaş için vücut yüzey alanı oranı (%)	15 yaş için vücut yüzey alanı oranı (%)
Baş (ön ve arka dahil)	21	19	15	13	11
Gövde (ön ve arka dahil)	26	26	26	26	26
*Kol	4	4	4	4	4
*Ön kol	3	3	3	3	3
*El	3	3	3	3	3
Kalçalar	5	5	5	5	5
*Uyluk	5,5	6,5	8	9	9
*Bacak	5	5	5,5	6	6,5
*Ayak	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5

*Yüzey alanları tek ekstremitenin ön ve arka yüzleri dahil olacak şekilde verilmiştir.

2.5.4. İntoksikasyon (Zehirlenme)

İnsan vücut organizasyonu işleyişinde bozulmaya neden olan kimyasal ve biyolojik her türlü madde zehir olarak nitelendirilir. Bozulmanın sebebi vücuda alınan maddenin kendi yapısı olabileceği gibi, uygun doz kullanımı zararsız kabul edilen bir maddenin yüksek dozda kullanılması da olabilir (55, 56).

Zehirlenmeye neden olan etkenler ülke ve bölgelere göre değişkenlik gösterdiği için, bu etkenlere yönelik zehirlenme profillerinin

araştırılması ve o bölgeye yönelik tehdit unsurlarının tespiti gerekmektedir (57). Ülkemizde en sık intoksikasyon etkeninin ilaçlar olduğu, 1-5 yaş arasındaki çocuklarda çoğunlukla kaza sonucu intoksikasyon görülürken adölesan yaş grubunda intihar amaçlı ilaç alımına bağlı intoksikasyonların daha sık görüldüğü belirtilmiştir (58). Özellikle 5 yaş altı çocuklarda, temizlik malzemeleri zehirlenme etkenlerinde arasında ilk sıralarda yer almaktadır (59). İlaç alımı ve temizlik malzemelerinin yanı sıra besin, alkol, benzin ve türevleri, korozif madde, bitki, insektisit, CO, tarım ilaçları da diğer zehirlenme etkenlerindendir (58, 60, 61).

2.5.5. Künt ve Penetran Alet Yaralanmaları

Künt travma (ezici alet) ile oluşan yaralar adli tıp alanında en fazla rastlanan yaralardır. Künt travma vücut yüzeyinde yaralanmaya neden olabileceği gibi iç organ hasarı da oluşturabilir. Haricen görünebilir bir lezyon olmaması travma olmadığı anlamına gelmez. Künt travmalarda meydana gelen lezyonlar Tablo 2.4’te gösterilmiştir (62).

Tablo 2.4. Künt Travmalarda Meydana Gelen Lezyonlar (62)

Lezyon	Özellik
Künt cisim yarası	Dokularda meydana gelen gerilme ve ezilmeye bağlı cilt ve dokuların yırtılmasıyla oluşan yaradır. Dudakları parçalanmış ve yırtık görünümünde olup girintili çıkıntılıdır. Dudak çevresinde ekimoz, ezik, sıyrık gibi künt travmayla oluşan diğer unsurlar bulunabilir. Dudaklar arasında çoğunlukla kopmadan kalmış doku köprüleri, damar ve sinir bulunur.
Sıyrık	Künt cismin cilde sürtünmesi sonucu oluşan lezyondur. Sadece epidermis katmanının kalkması şeklinde olabileceği gibi tüm dermisi de içine alabilir. Derinliğine göre lezyondan dışarıya kan veya serum sızarak üzeri bir kabukla (krut) kapanır. Genellikle iyileştiklerinde herhangi bir iz bırakmayacak derinlikteki lezyonlardır.

Ekimoz (çürük, morluk)	Travma etkisiyle yırtılan arteriol ve venüllerden açığa çıkan kan, doku aralıklarına sızar. Sızma sadece doku aralıklarını doldurur, herhangi bir doku boşluğunu doldurmaz. Cildin hemen altında olduğu durumlarda cilt seviyesinde dışarıya doğru seviye farkı oluşmaz.
Hematom	Travmayla yırtılan damarlardan çıkan kan, doku boşluklarında birikir. Derin dokularda ise boşluğu doldurur. Saçlı deri benzeri yüzeysel bölgelerde oluşursa cilt yüzeyinden çıkıntı oluşturur.
Doku ezilmesi	Künt yaralar bazen ciltte herhangi bir yaralanma olmadan travmanın şiddetine bağlı olarak az veya çok miktarda doku ezilmeleri olabilir. Bu durum iç organlarda meydana geldiği zaman hayati tehlike doğuracak veya ölüme yol açacak ağırlıkta olabilir.
İskelet sistemindeki kırıklar	Künt travmalara bağlı olarak kemiklerde farklı şekillerde kırıklar oluşabilir.
İç organ, damar ve sinir yaralanmaları	Künt travma etkisiyle iç organlarda, damar ve sinirlerde çeşitli lezyonlar oluşabilir.

Penetran alet yaraları; deri bütünlüğünü bozarak vücut boşluğuna, dokular arasına girebilen aletlerin oluşturduğu yaralardır. Alet cinsine göre penetran yaralanmaların sınıflandırılması Tablo 2.5’te gösterilmiştir (63).

Tablo 2.5. Alet Cinsine Göre Penetran Yaralanmalar (63)

Alet cinsi	Yara Özelliği	Örnek
Kesici	Yaranın uzunluğu, derinliği ve eninden fazladır. Yüzeysel bir kuyrukla başlayıp gittikçe derinleşir ve yaranın orta bölümünden sonra yüzeyelleşir. Çizgi şeklinde bir kuyrukla sonlanır. Genellikle; girişteki kuyruk daha kısadır, çıkıştaki daha uzundur. Yara kenarlarının her iki açısı da dardır ve yara düzgündür. Etrafında ekimoz ve abrazyon bulunmaz.	Ustura, testere, cam parçası, teneke parçası vb.
Kesici-Ezici	Keskin yüzleri keserek, ağırlıkları ile ezerek yaralanmalara neden olur. Yara, kesici ve ezici (künt) alet yaralanması özelliklerini taşır. Yara dudakları düzgündür ve çevresinde ekimoz mevcuttur. Aletin keskin kenarıyla tek başına kesik nitelikte bir yara oluşabilir.	Balta, nacak, kılıç, keser, kürek, tahra, satır vb.
Delici	Alet sivri uçlarıyla ile cildin liflerini ayırarak doku içerisine girip derin doku ve organlarda hasar oluşturur. Giriş deliğinin çapı ve aletin çapı aynı boyuttadır. Yara derinliği boyundan fazladır. Genellikle yırtık şeklinde, alet köşeli ise yıldız benzeri yaralar oluşur.	Şiş, çivi, tornavida, tıg, firkete, ege çuvaldız vb.
Kesici-Delici	Alet sivri ucu ile cildi deler, keskin kenarı ile cildi keser. Her iki kenarı keskin olan bir alet ise yara eliptik şekilde olup her iki açısı da dardır ve yara dudakları düzgündür. Bir kenarı keskin, diğer kenarı künt bir alet ise yara su damlası şeklindedir ve aletin keskin olmayan kenarı geniş açılı kısmını, keskin kenarı da dar açılı kısmını oluşturur. Namlusunun uç kısmının her iki kenarı keskin olan ve gövdesinin bir kenarı keskin, bir kenarı ezici vasıfta olan aletlerde, iki kenarı da keskin olan aletler ile oluşan yaralara benzer yaralar oluşur.	Çakı, hançer, kama, sustalı çakı, bıçak, makas, kasatura vb.

Penetran yaralanmalar, pek çok ülkede yüksek morbidite ve mortalite nedenidir (61). Dünya geneline paralel olarak ülkemizde de çocukların delici-kesici alet ve silah kullanımı son yıllarda artmıştır. Sosyokültürel çatışmaların artışı, bu aletlere kolay ulaşabilmesi ve medyanın bu konulara teşvik edici bir biçimde yer vermesi nedeniyle çocuklarda penetran aletle yaralanma sayısı giderek artmaktadır (65).

Çocuklarda görülen travma tipleri değerlendirildiğinde travmaların çoğunluğunu künt ve penetran travmalar oluşturmaktadır (66, 67). Penetran travmalar, künt travmalara göre daha az görülmekle birlikte künt travmalardan daha sık ölüme neden olabilmektedir (68). Çocukların göğüs ve karın duvar kalınlığının yetişkinlerden az olması, iç organların daha ciddi yaralanma olasılığını artırmaktadır (67). Bu nedenle penetran travmalar, yetişkinlere nazaran daha nadir görülmekle birlikte daha ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir (67, 69).

2.5.6. Darp

Türk Dil Kurumu'na göre darp; vurma, çarpma, vuruş anlamına gelir (70). Darp, acile başvuran adli vaka kayıtlarında, travma vakaları içinde 2. sırada yer almaktadır. Genç yetişkinlerin aşırı özgüvenleri, risk algısının yeterince gelişmemiş olması, daha girişken ve saldırgan davranışları sebebiyle yaralanma riskleri diğer yaş gruplarına nazaran daha fazladır (71). Darp ile ilgili diğer bir başlık çocuk istismarı olup ayrı bir başlık altında ele alınacaktır.

2.5.7. İntihar (Suicid)

İntihar; bireyin toplumsal, kültürel, ruhsal ve ekonomik problemleri neticesinde istemli olarak kendi yaşamını sonlandırmasıdır (72). İntihar, adölesan yaş grubunun acil servislere sık başvuru nedenlerinden biridir. Adölesan yaş grubunda intiharın görülme oranı %3–11 arasında olup intihar sıklığı giderek artmaktadır. Her yıl bir milyona yakın kişi intihar nedeniyle ölmektedir (14). TÜİK verilerine göre; Türkiye'deki 2019-2023 yılları arasındaki 15 yaş altı, 15-19 yaş arası intihar sayıları ve cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 2.6'da verilmiştir (73).

Tablo 2.6. 2019-2023 Yılları Arasındaki 15 Yaş Altı ve 15-19 Yaş Grubu İntiharlar (73)

Yıl	Cinsiyet	Yaş grubu			
		<15		15-19	
		Sayı	(%)	Sayı	(%)
2023	Toplam	81	100	387	100
	Erkek	33	40,7	230	59,4
	Kadın	48	59,3	157	40,6
2022	Toplam	83	100	417	100
	Erkek	41	49,4	240	57,6
	Kadın	42	50,6	177	42,4
2021	Toplam	71	100	377	100
	Erkek	34	47,9	216	57,3
	Kadın	37	52,1	161	42,7
2020	Toplam	58	100	321	100
	Erkek	23	39,7	200	62,3
	Kadın	35	60,3	121	37,7
2019	Toplam	66	100	325	100
	Erkek	41	62,1	200	61,5
	Kadın	25	37,9	125	38,5

Adölesan yaş grubundaki intihar etyolojisinde; psikiyatrik hastalıklar, aile içi şiddet ve huzursuzluk, sosyal olaylar, daha önceki intihar girişimleri, aile yakınının kaybı, ebeveyn boşanması, madde kullanımı, fiziksel ve/veya cinsel istismar gibi sorunlar olduğu bildirilmiştir (74).

Ergenlerde ilaç alımı, ateşli silah, ası, kendini boğma, kesi, suda boğulma, yüksekten atlama gibi çeşitli intihar yöntemlerinden en sık yüksek doz ilaç alımı görülmektedir (75). Yapılan çalışmalarda kızlarda intihar girişiminin erkeklere kıyasla daha az ölümcül ve daha fazla olduğu bildirilmiştir (76).

2.5.8. İstismar

Çocuk istismarı ve ihmali; ebeveynler ya da bakıcı gibi bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kaideler ve profesyonel kişilerce uygunsuz veya hasar verici olarak

tanımlanan, çocuğun gelişimini kısıtlayan ya da engelleyen eylem ve eylemsizliklerin tamamıdır (77-79). Bu eylem veya eylemsizliklerin sonucunda çocuğun fiziksel, sosyal, ruhsal veya cinsel açıdan zarar görmesi, güvenlik veya sağlığının tehlikeye girmesi söz konusudur (78, 80).

Çocuk ihmali ise, başta ebeveynler olmak üzere, bakmakla yükümlü kimse ve diğer yetişkin bireylerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, sağlık, eğitim ve sevgi gibi temel ihtiyaçlarını ihmal etmeleri sonucu, çocuğun duygusal, ahlaki, sosyal ya da bedensel gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanır (81).

Çocuk istismarı; fiziksel, duygusal-psikososyal, cinsel istismar ve çocuk ihmali olarak dört başlık altında incelenmektedir (82).

Çocuğun ebeveynleri ya da bakımından sorumlu kişi tarafından fiziksel olarak sağlığına zarar verecek şekilde kaza dışı yaralanması, zarar görme potansiyeline sahip olması ve zarar görmesi fiziksel istismar olarak tanımlanır (77, 83, 84). Çocuğun öngörüsünü veya duygusal bütünlüğünü bozan her çeşit kronik eylem ya da eylemsizlik çocuğun duygusal-psikososyal istismarı olarak nitelendirilmektedir (85). Cinsel istismar, çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel doyum amacıyla kullanılmasıdır (77). Tecavüz, ensest, çocuk pornografisi, teşhircilik, cinselliği kışkırtan konuşmalar, cinsel organları okşama, oral seks, pornografik film seyrettirmeye kadar değişkenlik gösteren eylemler cinsel istismar çeşitleri içindedir (86, 87).

İzmir’de yapılan bir çalışmada 1996-1998 yıllarında 50 çocuk istismarı ve ihmali tespit edilmiştir. ABD’de fiziksel istismarın 5-20/1000 civarında olduğu bildirilmektedir. Yine ABD’de 18 yaş ve altı çocuklarda cinsel istismar yaygınlığı 1.3/1000 olarak saptanmış ve kız çocuklarında daha fazla istismara uğradığı bildirilmiştir (77, 81, 88, 89). Cinsel istismar sık rastlanan bir durum olmasına rağmen, çoğunlukla gizli kalmaktadır ve en fazla yüzde 5-10’u ortaya çıkmaktadır. Cinsel istismar eylemlerinin yüzde 90’ı da çocuğun tanıdıklarından biri tarafından gerçekleştirilmektedir. Araştırmalar cinsel tacizin en çok 3-5 yaşlar arasında görüldüğünü göstermektedir (90).

TCK’da çocuklara karşı cinsel saldırı, cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar başlığında madde 103 ve madde 104’te değerlendirilmiş olup 103. maddenin 1. fıkrasında basit cinsel istismar ile ilgili olarak; çocuğu cinsel yönden istismar eden kişinin 8 yıldan 15 yıla kadar hapisle cezalandırılacağı, cinsel istismar sarkıntılık düzeyindeyse 3 yıldan 8 yıla kadar hapisle cezalandırılacağı, aynı maddenin 2. fıkrasında nitelikli cinsel

istismara ilişkin vücuda organ veya sair bir cisim sokularak gerçekleştirilmesi halinde, suçu işleyenin 16 yıldan aşağı olmamak kaidesiyle hapis cezasına hükmolunacağı belirtilmiştir (2).

2.5.9. Elektrik Çarpması

Çocuk yaş grubunun acil başvuru nedenlerinden biri de elektrik çarpmasıdır. Elektrik çarpması, hafif cilt yanıklarından yaşamı tehdit eden durumlara kadar pek çok klinik duruma neden olabilir. Elektriğin yaygın olarak kullanılması ve kontrol altına alınması elektrik çarpmasına bağlı yaralanma sayısının artışına neden olmuştur (91).

ABD verilerine göre elektrik yaralanmaları yılda 1.000 ölümle sonuçlanmakta ve her yıl yaklaşık 3.000 kişi elektrik yaralanmasına maruz kalmaktadır. Tüm elektrik yaralanmalarının yaklaşık %20'sini çocuk yaş grubundakiler oluşturmaktadır (92).

Elektrik çarpması yaralanmaları, altı yaş altındaki çocuklarda priz ve elektrik kablolarına dokunmayla çarpılma şeklinde olurken, daha büyük çocuklarda elektrik direklerine veya ağaca tırmanma sonucu görülür (93-95).

2.5.10. Hayvan Saldırıları

Zehir, toksin ve patojen taşıyan hayvanların ısırıkları dünya çapında önemli bir hastalık ve ölüm nedenidir. DSÖ; dünya çapında her yıl 5 milyona yakın insanın yılanlar tarafından ısırıldığını, köpek ısırıklarının her yıl on milyonlarca yaralanmaya neden olduğunu ve çocukların en yüksek risk grubunda olduğunu bildirmiştir. Hayvan ısırığı yaralanmalarıyla ilgili pediatrik vakalar özellikle endişe vericidir; mağdurların yarısından fazlası çocuktur. Dünya genelinde ortak endişe kaynağı olan hayvanlar; yılanlar, köpekler, kediler, maymunlar, kemirgenler, yarasalar, böcekler, örümcekler, akrepler, denizanası, deniz kestaneleri ve vatozlardır (96).

2.5.11. Ateşli Silah Yaralanmaları

Ateşli silahlar; barutun yanmasıyla meydana gelen gaz basıncıyla mermi yatağındaki mermiyi ateşleyerek, namlu içinden hedefe gönderen silahlardır. Meydana gelen yaralanmalara ateşli silah yaralanması denilmektedir. Ateşli silahlar; hafif silahlar ve ağır silahlar olarak ikiye ayrılır. Hafif ateşli silahlar; uzun namlulu (av tüfekleri, savaş

tüfekleri), kısa namlulu (makineli tabancalar, yarı otomatik tabancalar, toplu tabancalar, otomatik tabancalar) olarak ikiye ayrılır. Ağır ateşli silahlar; tahrip gücü yüksek mermileri uzak mesafelere atabilen silahlardır. Atış mesafelerine göre ateşli silah yaralanmasının gruplandırılması Tablo 2.7’de gösterilmiştir (63).

Tablo 2.7. Atış Mesafelerine Göre Ateşli Silah Yaralanmaları (63)

Atış Türü	Mesafe	Yara Özelliği
Bitişik atış	0 cm	Namludan dışarı çıkan sıcak gazlar yumuşak dokularda boşluk oluşturur ve atış artıkları, alev, is yumuşak doku içerisinde oluşan boşluğa dolar. Oluşan çukura “Hoffman Maden Çukuru” denilir. Cildin üzerinde atış artıklarına ait iz yoktur, yalnızca hiperemi ve ekimoz görülebilir. Stampa izi, namlu ucunun basısıyla namlu ucunun izinin cilt üzerinde görülmesidir.
Bitişğe yakın atış	0-2 cm	Hoffman Maden Çukuruyla birlikte yara çevrelerinde atış artıklarına ait bulgular saptanır
Yakın atış	40-45 cm> Kısa namlulu silahlarda>0-2 cm 75-100 cm>Uzun namlulu silahlarda>0-2 cm	Yanmış ve yanmamış barut artıkları, alev ve is cilt üzerinde “tatuaj” denilen izi oluşturur. 15 cm≥ uzaklığından yapılan atışlarda aleve kaynaklı yanık görülme olasılığı azalır. Bu mesafeye kadar cilt üzerinde CO saptanabilir.
Uzak atış	Kısa namlulu silahlarda >40-45 cm Uzun namlulu silahlarda >75-100 cm	Ciltte atış artığı görülmez.

Çocuklar, oyun sırasındaki kazalar, sokak kavgaları, savaşlarda ateşli silahlar ve ilaç kullanma olaylarıyla yaralanabilir. Pek çok ülkede, ateşli silah ile yaralanan çocuk oranı her geçen gün yükseliş göstermektedir. Yaralanan çocuklar genelde olaya katılmayan masum kişilerdir (97-99).

Ateşli silahlara bağlı yaralanmalar, çocuk yaş grubunda ölüme ve ciddi sakatlıklara neden olan önemli bir sağlık problemidir (100).

ABD’de okul baskınları sonucu gerçekleşen toplu ölümler, ateşli silahlardan kaynaklı ölümlere olan dikkati ve ilgiyi yenilemekte ve bu olaylar çocuklarda ateşli silahlardan kaynaklı ölümlerin sadece küçük bir kısmını oluşturmaktadır (101). ABD’de çocuklardaki ateşli silah kaynaklı ölümlerin oranı, yüksek gelirli diğer ülkelerdeki ölüm oranından 14-36 kat daha fazladır (102, 103).

Kasıtsız yaralanmalar küçük yaştaki çocuklarda daha yaygınken, kasıtlı yaralanmalar (cinayet ve intihar dahil olmak üzere) ergenlerde daha yaygındır ve daha hızlı artmaktadır (104, 105). Ateşli silah yaralanmalarında ölüme yol açan hızlandırıcı koşullar yaş grubuna göre değişkenlik gösterir. Evdeki şiddete seyirci kalan küçük çocuklar çoğunlukla mağdurdur ve adölesanlar muhtemelen şiddete doğrudan karışmaktadır (106, 107).

2.5.12. Suda Boğulma

Boğulma immersiyon/submersiyon (suya batma/batırma) yoluyla hava yolunun su ve likitlere maruz kalması neticesinde ortaya çıkan respiratuvar bozukluktur (108). Sakat kalma, ölüm veya sağ kalımla sonuçlanabilir (109).

DSÖ’ye göre boğulma, dünya çapında kasıtsız yaralanmaya bağlı ölümlerin üçüncü önde gelen nedenidir ve yaralanmaya bağlı ölümlerin %7’sini oluşturur. Dünya çapında yılda yaklaşık 236.000 boğulmaya bağlı ölüm gerçekleşmektedir. Çocuklar, erkekler ve suya daha fazla erişimi olan bireyler en çok boğulma riski altında olan gruplardır. Boğulma oranları en yüksek 1-4 yaş arası çocuklarda görülmekte ve bunu 5-9 yaş arası çocuklar izlemektedir (110). Ülkemizde suda boğulmaya bağlı yıllık yaklaşık 1000 ölüm gerçekleşmekte ve bunların çoğunu çocuklar oluşturmaktadır. Boğulmaların çoğunluğu da kaza sonucu vuku bulmaktadır (111, 112).

2.5.13. Yabancı Cisim Aspirasyonu ve Yutma

Yabancı cisim aspirasyonu, nefes alma sırasında ağız ya da burun yoluyla alınan bir nesnenin trakeobronşial sisteme kaçmasıdır. Ani gelişen üst solunum yolu tıkanıklıklarının en sık nedeni yabancı cisim aspirasyonudur. Yabancı cisim aspirasyonu tüm yaş gruplarında görülebilecek, yaşamsal tehlike oluşturabilecek ve hatta ölümle sonuçlanabilecek bir klinik durumdur. Çocukluk döneminde, özellikle dört yaş altı grupta daha sık görülmektedir (113, 114). Çoğunlukla sebze ve meyve parçaları yanında, fındık ve fındık gibi küçük taneli yemişler de aspire edilebilir. Bunun aksine organik olmayan, toplu iğne, oyuncak parçaları, küpe, kalem kapakları ve nazarlık gibi nesneler de aspire edilebilir (115, 116). Çocuklarda aspirasyon riskinin daha fazla olmasının sebebi, bu yaş grubunda ağıza nesne koyma alışkanlığı, çiğnemeyi tam yapamaması ve ağız içindeki yiyecek varken ağlama veya koşarken eforla birlikte yabancı cismin solunum yollarına yönlenmesidir. Bunun yanında yutma ve ağız koordinasyonunun tam gelişmemiş olması da cismin solunum yoluna kaçmasını kolaylaştırmaktadır. 4 yaş altındaki çocuklarda aspirasyon görülme oranının %75-80'e kadar çıkabildiği, buna paralel olarak bu dönemdeki ölümlerin %7'sinin nedeninin yabancı cisim aspirasyonu olduğu bildirilmiştir (117-121).

Çocukluklarda gastrointestinal sisteme ağız yoluyla yabancı cisim alımı, her yaşta görülmekle birlikte, çevredeki cisimleri ağızlarına götürerek tanımaya çalışan 6 ay-5 yaş arasındaki çocuklarda daha sık görülür (122, 123). Yutulan cisimler toplumların beslenme alışkanlıkları ve geleneklerine göre değişmekte olup çocuklar en sık para, pil, oyuncak ve mıknaş gibi cisimleri yutmaktadır (124, 125). Yumuşak uçlu cisimler sorun yaratmazken, keskin kenarlı cisimler ciddi sorunlara neden olmaktadır (126). Yutulan cisimlerin %80'i sindirim kanalını geçerken, %20'si sindirim sisteminin anatomik geçiş bölgelerinde takılı kalmaktadır (127).

2.6. Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp

Açısından Değerlendirilmesi Rehberi

Yaralanmaların medikal ve legal değerlendirilmesi yapılırken yaralanmanın niteliği hususunda farklı yorumlar belirtilebileceği ve bunun çelişki oluşturulabileceği düşünüldüğünden TCK 86, 87 ve 89. maddelerinde geçen; yaralanmanın, basit tıbbi müdahale (BTM) ile giderilebileceği/giderilemeyeceği, yaşamsal (hayati) tehlikeye (YT)

neden olduğu/olmadığı, kemik kırığına neden olduğu/olmadığı, kırık oluştu ise kırığın kişinin hayat fonksiyonlarına etkisinin derecesi gibi niteliklerin nasıl değeriendirilmesi gerektiğı hususunda Adli Tıp Uzmanları Derneğı, Adli Tıp Derneğı ve Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nın ortak çalışmasıyla “TCK’da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değeriendirilmesi Rehberi” hazırlanmış ve adli raporlar standardize edilmeye çalışılmıştır. Rehber en son Haziran 2019’da revize edilip yayınlanmıştır (128).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

Tüm çalışmalar, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 12.12.2023 tarihli, 18 no'lu oturum sayılı, 2023/5288 karar sayılı izni ile yürütülmüştür. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi'ne 01.01.2018-31.12.2022 tarihleri arasındaki 5 yıllık süre içerisinde başvuran 18 yaş altındaki adli olgular çalışmaya dahil edildi.

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi'ne 01.01.2018-31.12.2022 tarihleri arasında başvuran doğum tarihi itibarıyla 18 yaş altında olan adli vaka sayısının 5001 olduğu görüldü. Veri toplama sırasında, hastane sisteminde kullanılan programın (ENLIL) gün hesaplaması farklılığı nedeniyle 225 vakanın (%0.05) 18 yaş ve üzerinde olduğunun görülmesi sebebiyle bu vakalar çalışmadan çıkarıldı. Kalan 4776 vakanın hastane sisteminde yapılan değerlendirilmelerinden sonra; bu vakaların hastaneden tanı almadan hastaneyi izinsiz terk etmesi, tetkik sonuçlarını beklememesi, sadece adli vaka olarak girişlerinin yapılmış olduğunun görülmesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda takip edilip hastane sistemi üzerinden erişim sağlanamaması sebebiyle 372 vaka (%0,08) çalışmadan çıkarıldı. Bu vakalar, başvuru şekilleri ve yaralanmaları hakkında eksik bilgi sahibi olunacağı veya bilgi sahibi olunamayacağından dolayı çalışmadan çıkarılmış olup çalışma için kabul edilen olgu sayısı 4404 olarak belirlendi.

Çalışmaya dâhil edilen çocuk olguların acil servis notları, konsültasyon metinleri, yapılan görüntülemeleri, epikriz notları, radyoloji raporları, laboratuvar sonuçları ve poliklinik kontrol muayene metinlerine ait kayıtlar İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi otomasyon sisteminden yararlanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada çocuk adli başvurular; yaşı, yaş grubu, cinsiyeti, uyrukları, başvuru nedenleri, yaralanma bölgeleri, başvuru yılı, ayı, mevsimi, olay yeri, olayın gerçekleştiği yerin kentsel-kırsal açıdan konumu, yaralanmanın hayati tehlikeye neden olup olmadığı, basit bir tıbbi müdahale ile giderilip giderilemeyeceği, kemik kırığına neden olup olmadığı, kemik kırığına neden olmuşsa kemik kırığının hayati fonksiyonlarına etkisinin TCK açısından hafif/orta/ağır skalasındaki konumu (TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi), kırık bölgeleri, yattığı servis ve klinik sonuçları açısından değerlendirildi.

Olay yerleri ev, okul, hastane, bakım merkezi, alışveriş merkezi, sokak-cadde, bakım merkezi, cezaevi, park, metruk bina ve iş yeri olarak belirlenmiş olup olay yeri hakkında bilgi edinilemeyen vakaların olay yeri bilinmeyen olarak değerlendirildi. Nüfus yoğunluğunun az olduğu yerleşim alanlarının görüldüğü, üretimin endüstriyel nitelikten çok hayvancılığa ve tarıma dayandığı beşeri ve coğrafi açıdan sınıflandırılmış yerler kırsal bölge olarak değerlendirilmiş olup nüfusunun çoğunun ticaret, hizmet ya da sanayi alanında çalışan, tarımsal etkinliklerin çok daha az görüldüğü yerleşim alanları kentsel bölge olarak değerlendirildi ve olay yerleri buna göre sınıflandırıldı.

Hastaneye başvuran çocuk adli vakaların uyrukları Turgut Özal Tıp Merkezi'nin hastane sisteminde kayıtlı olan T.C kimlik numarası, yabancı kimlik numarası veya pasaport numarasına göre belirlenmiştir. Uyruk sınıflandırması, Türkiye Cumhuriyeti (TC) vatandaşı ve yabancı uyruklu olarak iki grupta incelenmiştir.

Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi'nde, çocuk yanık olgularını Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, erişkin yanık olgularını Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı tedavi etmektedir. Acil servise gelen olguların bir kısmı Acil Tıp-Toksikoloji Servisi'nde takip edilmekte olup takip sonucu taburcu edilen olguların Toksikoloji Servisi yatışları servis yatışı kabul edilmemiştir. Birden çok servise yatışı yapılan olguların başvuru sonrası ilk yattığı servis dikkate değerlendirmeye alınmış, yatırıldıktan sonra başka servise devredilen vakaların ilgili başvurudaki servis devirleri değerlendirmeye alınmamıştır.

Hastaneye başvuranların yaşı; <1 (süt çocuğu dönemi), 1-4 (oyun çocuğu dönemi), 5-9 (okul çocuğu dönemi), 10-14 (erken adölesan), 15-17 (geç adölesan) şeklinde yaş gruplarına (çocuk gelişim dönemleri) ayrıldı.

Yaralanma bölgeleri baş-boyun, toraks, batin, pelvis, üst ekstremité, alt ekstremité, omurga ve genital bölge olarak belirlendi.

Trafik kazaları 4 gruba ayrıldı. Trafikte bulunma şekillerine göre; araç içi, araç dışı, motosiklet-bisiklet-motor-çapa-traktör ve tanımlanamayan olarak belirlendi.

İntihar olguları olay orijinine göre ateşli silah, ilaç, penetran alet, koroziv madde (alkali veya asit özellikte), pestisit (böcek ilacı), uyuşturucu-uyarıcı madde ve yüksekten atlama olarak belirlendi. Bu olgular; eylemin amacının intihar olması nedeniyle intihar başlığında değerlendirildi.

İntoksikasyon olguları ağır metal, alkol, besin, CO, doğalgaz, ilaç, korozif madde, mantar, pestisit, uçucu madde (yapıştırıcılar, benzin ve boya tinerleri) ve uyuşturucu madde olarak sınıflandırıldı.

İstismar olguları fiziksel istismar ve cinsel istismar olmak üzere 2 grupta incelendi.

Yaralanmanın basit bir tıbbi müdahaleyle giderilip giderilemeyeceği, hayati tehlikeye neden olup olmadığı, kemik kırığı skorlamasına ilişkin kriterler Haziran 2019'da güncellenen TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi kullanılarak belirlendi.

Çalışmada yer alan değişkenlerden nitel veriler sayı (yüzde) ile özetlendi. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Nicel verilerden normal dağılım göstermeyenler ortanca (minimum-maksimum) ile özetlenirken normal dağılım gösteren nicel veriler ortalama± standart sapma ile özetlendi. İstatistik analizlerde kategorik değişkenler Pearson ki-kare testi ve Fisher'ın ki-kare testi karşılaştırıldı. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Tüm analizlerde IBM SPSS Statistics 26.0 Windows (New York; ABD) programı kullanıldı.

4.BULGULAR

Tüm adli vaka girişlerinin yıllara göre sayı ve yüzdeleri Tablo 4.1’de verilmiştir. 2019 yılında diğer yıllardan daha fazla adli olgu başvurusu olmuştur.

Tablo 4.1. Yıllara Göre Adli Olgular

Yıl	n (%)
2022	797 (18,10)
2021	626 (14,21)
2020	716 (16,26)
2019	1134 (25,75)
2018	1131 (25,68)
Toplam	4404 (100,0)

Adli vakaların uyruklarına göre dağılımı Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Adli vaka başvurularında, 4098 vaka ile TC vatandaşlarının oranı (%93,1), 306 vaka ile yabancı uyrukluların oranının (%6,9) 13 katından daha fazladır.

Tablo 4.2. Uyruğa Göre Adli Olgular

Uyruk	n (%)
TC	4098 (93,1)
Yabancı Uyruk	306 (6,9)
Toplam	4404 (100,0)

Adli olguların cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.3’te verilmiştir. Erkeklerin oranı %62,0 (n=2738) iken kadınların oranı %38,0’dır (n=1672).

Adli vakaların yaş aralığı çocuk tanımı ile uyumlu olarak 0 ile 17 arasında değişmektedir. Çalışmamızdaki yaş ortalaması $7,42 \pm 5,68$ ’dir. Yaş ortancası 6’dır. Adli olguların yaş gruplarına göre dağılımı da Tablo 4.3’te verilmiştir. Adli olgu sayısının en fazla 1-4 (n=1597, %36,26) yaş grubunda, ikinci olarak ise 5-9 yaş grubunda (n=904, %20,53) olduğu görülmüştür (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Adli Olgular

		n (%)
Cinsiyet	Erkek	2732 (62,0)
	Kadın	1672 (38,0)
Yaş Grubu	<1	270 (6,13)
	1-4	1597 (36,26)
	5-9	904 (20,53)
	10-14	837 (19,01)
	15-17	796 (18,07)

Vakaların aylara göre dağılımına bakıldığında en fazla başvurunun temmuz (n=527, %12) ve haziran ayında (n=482, %10,9) olduğu görülmüştür (Tablo 4.4).

Başvuruların mevsimlere dağılımı incelendiğinde en fazla başvurunun aylarla uyumlu olarak yaz ayında olduğu, bunu sonbaharın izlendiği görülmüştür (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Aylara ve Mevsimlere Göre Adli Olgular

		n (%)
Mevsim	Kış	808 (18,3)
	İlkbahar	1001 (22,7)
	Yaz	1495 (33,9)
	Sonbahar	1100 (25,0)
Ay	Ocak	280 (6,4)
	Şubat	243 (5,5)
	Mart	301 (6,8)
	Nisan	346 (7,9)
	Mayıs	375 (8,5)
	Haziran	482 (10,9)
	Temmuz	527 (12,0)
	Ağustos	465 (10,6)
	Eylül	436 (9,9)
	Ekim	379 (8,6)
	Kasım	282 (6,4)
	Aralık	288 (6,5)

Olay yeri tespit edilebilen vakalar kendi içinde değerlendirildiğinde; olay yerinin en çok, sokak-cadde (n=177, %4,02) olduğu, olay yeri ev (n=153, %3,47) olan vakaların bunu izlediği görüldü (Tablo 4.5). Olay bölgesi bakımından vakaların çoğu hakkında bilgi edinilememiştir. Olay bölgesi hakkında bilgi edinilebilen vakaların en çok kentsel bölgelerden olduğu (n=214, %4,86), kırsal bölgelerden daha az başvuru (n=70, %1,59) olduğu görüldü (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Olay Yerine Göre Adli Olgular

		n (%)
Olay Yeri	Ev	153 (3,47)
	Okul	78 (1,77)
	Bakım Merkezi	1 (0,02)
	Hastane	3 (0,07)
	Sokak-Cadde	177 (4,02)
	Alışveriş Merkezi	4 (0,09)
	İş Yeri	21 (0,48)
	Bahçe-Tarla-Orman	57 (1,29)
	Metruk Bina	2 (0,05)
	Park	20 (0,45)
	Cezaevi	1 (0,02)
	Bilinmeyen	3887 (88,26)
Kentsel-Kırsal	Kentsel	214 (4,86)
	Kırsal	70 (1,59)
	Bilinmeyen	4120 (93,55)

Adli olguların başvuru nedenleri incelendiğinde; tüm yaş gruplarında en sık düşme (n=1045, %23,7) vakalarının görüldüğü, bunu trafik kazası (n=863, %19,6) vakalarının izlediği görüldü (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Olay Şekline Göre Adli Olgular

Olay Şekli	n (%)
Darp	182 (4,1)
Trafik Kazası	863 (19,60)
Düşme	1045 (23,73)
Ateşli Silah Yaralanması	27 (0,61)
Penetran Alet Yaralanması	322 (7,31)
Elektrik Çarpması	41 (0,93)
Yanık	684 (15,53)
İntihar	155 (3,52)
Zehirlenme	613 (13,92)
Hayvan Yaralamaları	40 (0,91)
Suda Boğulma	14 (0,32)
İstismar	60 (1,36)
Patlayıcı Madde Yaralanması	10 (0,23)
Göze Yabancı Cisim Kaçması	40 (0,91)
Yabancı Cisim Aspirasyonu-Yutma	92 (2,09)
Künt Travmatik Cisim Yaralanmaları	216 (4,90)

Tüm başvuru tipleri birlikte ele alındığında BTM ile giderilemeyecek ölçüde yaralanan vaka sayısının 2126 (%48,3), BTM ile giderilebilecek ölçüde yaralanan vaka sayısının 2210 (%50,2), YT'ye neden olan yaralanma sayısının 1202 (%27,3), YT'ye neden olmayan yaralanma sayısının 3143 (%71,4) olduğu görüldü (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Adli Olgulardaki Basit Tıbbi Müdahale ve Yaşamsal Tehlike Dağılımı

		n (%)
BTM*	Olduğu	2210 (50,2)
	Olmadığı	2126 (48,3)
	Değerlendirilemedi	68 (1,5)
YT**	Olduğu	1202 (27,3)
	Olmadığı	3143 (71,4)
	Değerlendirilemedi	59 (1,3)

*BTM: Basit Tıbbi Müdahale

**YT: Yaşamsal Tehlike

Klinik sonuçlar incelendiğinde 3841 vakanın (%87,2) taburcu edildiği, 481 (%10,9) vakanın tedaviyi reddettiği görüldü (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Klinik Sonuçların Dağılımı

Klinik Sonuç	n (%)
Taburcu	3841 (87,2)
Sevk	15 (0,3)
Ölüm	67 (1,5)
Tedavi Red	481 (10,9)

Tüm adli olgular ele alındığında, olguların en fazla baş-boyun (n=1645, %26,81), 2. sırada üst ekstremité (n=1383, %22,54), 3. sırada alt ekstremité (n=929, %15,14) bölgesinden yaralandığı görüldü (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Yaralanma Bölgelerinin Dağılımı

Yaralanma Bölgesi	n (%)
Baş-Boyun	1645 (26,81)
Toraks	800 (13,04)
Batın	717 (11,69)
Pelvis	270 (4,40)
Üst Ekstremité	1383 (22,54)
Alt Ekstremité	929 (15,14)
Omurga	155 (2,53)
Genital Bölge	236 (3,85)
Toplam	6135* (100,00)

Toplamın vaka sayısından fazla çıkmasının nedeni bazı vakalarda birden fazla yaralanma bölgesinin olmasıdır.

Kemik kırığına neden olan fiziksel travmatik adli olaylarda (n=894) kemik kırıkları ve oranları değerlendirildiğinde en fazla nörokranyum kemik kırıklarının görüldüğü (n=215, %19,91), bunu ön kol kemik kırıkları (n=126, %11,67), humerus kırıkları (n=121, %11,20) ve el kemiklerinin (n=119, %11,02) izlediği görüldü (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Kemik Kırıklarının Lokalizasyonları

Kırılan Kemik	n (%)
Ayak Kemikleri	42 (3,89)
Bacak	82 (7,59)
Çene Çıkığı	1 (0,09)
Dirsek Çıkığı	2 (0,19)
El Bileği Çıkığı	1 (0,09)
El Kemikleri	119 (11,02)
Femur	72 (6,67)
Humerus	121 (11,20)
Kalça Çıkığı	2 (0,19)
Klavikula	42 (3,89)
Kosta	22 (2,04)
Nörokranyum	215 (19,91)
Omuz Çıkığı	2 (0,19)
Ön Kol	126 (11,67)
Patella	3 (0,28)
Pelvis	43 (3,98)
Skapula	13 (1,20)
Sternum	3 (0,28)
Vertebra	54 (5,00)
Yüz Kemikleri	115 (10,65)
Toplam	1080* (100,00)

*Kemik kırığı gelişen fiziksel travmatik vaka sayısı toplamda 894'tür. Toplamın daha fazla çıkmasının nedeni bazı vakalarda birden fazla vücut bölgesinde kemik kırığı gelişmesidir.

Çalışmamızda kemik kırığı gelişen vakalar TCK'daki kemik kırıklarının vücut fonksiyonlarına etkisi açısından hafif-orta-ağır olarak sınıflandırıldığında tüm vakalar içinde en fazla orta (n=464, %10,54), 2. sırada ağır (n=353, %8,02) derecede kemik kırıklarının olduğu görüldü (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Kemik Kırıklarının Vücut Fonksiyonlarına Etkisinin Dağılımı

Kemik Kırığı Ağırlığı	n (%)
Hafif	77 (1,75)
Orta	464 (10,54)
Ağır	353 (8,02)

Vakaların 1864'ünün herhangi bir servise yatışı yapılmamış, kalan 2540 vaka hastanemiz servislerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırılmıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Adli Olguların Servis Yatış Dağılımları

	n (%)
Servis Yatışı Var	2540 (42,33)
Servis Yatışı Yok	1864 (57,67)
Toplam	4404 (100,00)

Servis yatışı yapılan 2540 vakanın yatış verilen servislere dağılımına bakıldığında, vakaların en çok Çocuk Cerrahisi Servisi'ne (n=1042, %41,02), 2. sırada Çocuk Yoğun Bakım Servisi'ne (n=531, %20,91), 3. sırada Ortopedi ve Travmatoloji Servisi'ne (n=392, %8,90) yatışının yapıldığı görüldü (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Yatış Verilen Olguların Servis Dağılımları

Yatış Verilen Servis	n (%)
Ortopedi ve Travmatoloji	392 (8,90)
Genel Cerrahi	5 (0,11)
Beyin Cerrahi	259 (5,88)
Kardiyovasküler Cerrahi	6 (0,24)
Plastik Cerrahi	153 (6,02)
Genel Pediatri	22 (0,87)
Çocuk Yoğun Bakım	531 (20,91)
Göğüs Cerrahi	12 (0,47)
Çocuk Ergen ve Ruh Sağlığı	1 (0,04)
Kulak-Burun Boğaz Hastalıkları	16 (0,63)
Nöroloji	3 (0,12)

Kadın Hastalıkları ve Doğum	11 (0,43)
Anestezi ve Reanimasyon	22 (0,87)
Göz Hastalıkları	64 (2,52)
Çocuk Cerrahisi	1042 (41,02)
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1 (0,04)
Toplam	2540 (100,00)

Tablo 4.14’de TC vatandaşı ve yabancı uyruklu olguların olay türüne göre 5 yıllık başvuru şekli dağılımı verilmiştir. TC vatandaşı olan ve olmayan olgular arasında başvuru şekli oranlarına göre istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). TC uyruklu çocuk adli olgularda en sık başvuru nedeninin düşme ($n=1003$, %24,48) olduğu, 2. sırada trafik kazalarının ($n=825$, %20,13) yer aldığı, 3. sırada yanık vakalarının ($n=551$, %13,45) olduğu görülmektedir. Yabancı uyruklu adli olgularda ise en sık başvuru nedeninin yanık ($n=133$, %43,46) olduğu, 2. sırada düşme olgularının ($n=42$, %13,73) olduğu, 3. sırada ise trafik kazası ($n=38$, %12,42) olgularının yer aldığı görülmektedir. TC vatandaşı ve yabancı uyruklu çocuk olgular arasında, 5 yıllık başvuru şekli oranlarına göre; yanık, darp, trafik kazası, düşme, intihar, suda boğulma ve yabancı cisim aspirasyonu-yutma olgularında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Başvuru şekli yanık olan adli olgularda; yabancı uyrukluların 5 yıllık oranı, TC vatandaşı olanların 5 yıllık oranından daha yüksek bulunmuştur. Anlamlı ilişki kurulabilen darp, trafik kazası, düşme, intihar, suda boğulma ve yabancı cisim aspirasyonu-yutma olgularında ise TC vatandaşlarının 5 yıllık yüzdeleri, yabancı uyruklulardan daha yüksektir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Uyruğa Göre Adli Olgu Çeşitlerinin Dağılımı

	Uyruk [n(%)]		p*	
	TC	Yabancı		
Başvuru Şekli	Darp	180 ^a (4,39)	2 ^b (0,65)	<0,001
	Trafik Kazası	825 ^a (20,13)	38 ^b (12,42)	
	Düşme	1003 ^a (24,48)	42 ^b (13,73)	
	Ateşli Silah Yaralanması	26 ^a (0,63)	1 ^a (0,33)	
	Penetran Alet Yaralanması	305 ^a (7,44)	17 ^a (5,56)	
	Elektrik çarpması	37 ^a (0,90)	4 ^a (1,31)	
	Yanık	551 ^a (13,45)	133 ^b (43,46)	
	İntihar	153 ^a (3,73)	2 ^b (0,65)	
	Zehirlenme	577 ^a (14,08)	36 ^a (11,76)	
	Hayvan Yaralamaları	40 ^a (0,98)		
	Suda Boğulma	11 ^a (0,27)	3 ^b (0,98)	
	İstismar	56 ^a (1,37)	4 ^a (1,31)	
	Patlayıcı Madde Yaralanması	8 ^a (0,20)	2 ^a (0,65)	
	Göze Yabancı Cisim Kaçması	40 ^a (0,98)		
	Yabancı Cisim Yutma-Aspirasyonu	91 ^a (2,22)	1 ^b (0,33)	
	Künt Travmatik Cisim Yaralanmaları	195 ^a (4,76)	21 ^a (6,86)	

Aynı harfi içeren kategoriler arasındaki oranlar, %5 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermemektedir;*: Pearson ki-kare testi

Tablo 4.15'te, başvuru şekillerinin yıllık oranları ile yaş grupları arasındaki istatistiksel anlamlı ilişki gösterilmiştir ($p<0.001$). 10-14 yaş grubu ve 15-17 yaş grubundaki, yıl içi darp olgu oranı ile diğer yaş gruplarındaki 5 yıllık darp oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. 1-4 yaş grubundan sonra gelen yaş gruplarında darp oranlarının arttığı gözlenmektedir (Tablo 4.15).

Trafik kazası olgularında, 1-4 yaş grubu ile 5-9, 10-14 ve 15-17 yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.001$). 1-4 yaş grubundan 5-9 yaş grubuna geçerken trafik kazası olgularında anlamlı bir artış gözlenmiştir. 5-9, 10-14 ve 15-17 yaş grupları arasında ise farklılık izlenmemiştir (Tablo 4.15).

Düşme olgularında, 15-17 yaş grubu ile diğer yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p<0.001$). Düşme olgularının diğer adli olgular içindeki oranı, 1-4 yaş grubundan sonraki 5-9 yaş grubunda artış göstermekteyken, 5-9 yaş grubundan sonraki 10-14 ve 15-17 yaş grubuna doğru azalma göstermektedir (Tablo 4.15).

Penetran alet yaralanmalarında, 15-17 yaş grubu ile <1, 1-4, 5-9 yaş gruplarının 5 yıllık penetran alet yaralanması oranı arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Penetran alet yaralanmalarının yaşla birlikte diğer adli olgular içerisindeki oranının arttığı görülmektedir (Tablo 4.15).

Yanık olgularında, 5-9 yaş grubunun 5 yıllık oranı ile diğer yaş gruplarının 5 yıllık yanık oranı arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Yanık olgularının 5 yıllık oranı, <1 yaş grubundan 1-4 yaş gruba doğru artış göstermekteyken, 1-4 yaş grubundan sonra gelen 5-9, 10-14, 15-17 yaş grubuna ilerledikçe azalmaktadır (Tablo 4.15)

İntihar olguları yalnızca 10-14 yaş grubunda ve 15-17 yaş grubunda görülmekte olup bu yaş gruplarındaki intihar olgularının 5 yıllık oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir (Tablo 4.15).

İntoksikasyon olgularının 1-4 yaş grubundaki 5 yıllık yanık oranı ile diğer yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. İntoksikasyon olgularının diğer adli olgular içindeki 5 yıllık oranı, <1 yaş altı grubundan sonraki 1-4 yaş grubunda artış göstermekte iken 1-4 yaş grubundan sonraki 5-9, 10-14 ve 15-17 yaş grubuna doğru azalma göstermektedir (Tablo 4.15).

İstismar olgularının <1 yaş grubunun oranı ile 1-4, 5-9 ve 10-14 yaş gruplarının oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir. Benzer şekilde 15-17 grubundaki istismar olgularının oranı ile 1-4, 5-9 ve 10-14 yaş gruplarındaki istismar olgularının oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (Tablo 4.15). Çalışmamızda istismar olgularının en fazla <1 yaş (%6,67) ve 15-17 yaş (%2,89) grubunda olduğu görülmüştür.

Künt travmatik cisim yaralanmalarının oranı <1 yaş altı gruptan 10-14 yaş grubuna ilerledikçe artma eğiminde olup 10-14 yaş grubundan sonraki 15-17 yaş grubunda azalma göstermektedir (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Yaş Gruplarına Göre Adli Olgu Çeşitlerinin Dağılımı

	Yaş Grupları [n(%)]					p*
	<1 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-17 yaş	
Başvuru şekli	Darp	1 ^{a,b} (0,37)	1 ^b (0,06)	21 ^a (2,32)	63 ^c (7,53)	96 ^d (12,06)
	Trafik Kazası	21 ^a (7,78)	179 ^a (11,20)	238 ^b (26,33)	217 ^b (25,93)	208 ^b (26,13)
	Düşme	84 ^{a,b} (31,11)	367 ^c (22,97)	294 ^b (32,52)	193 ^{a,c} (23,06)	107 ^d (13,44)
	Ateşli Silah Yaralanması		3 ^b (0,19)	5 ^b (0,55)	2 ^b (0,24)	17 ^a (2,14)
	Penetran Alet Yaralanması	3 ^a (1,11)	61 ^a (3,82)	63 ^b (6,97)	86 ^{b,c} (10,27)	109 ^c (13,69)
	Elektrik Çarpması	2 ^a (0,74)	12 ^a (0,75)	4 ^a (0,44)	14 ^a (1,67)	9 ^a (1,13)
	Yanık	82 ^a (30,37)	422 ^a (26,41)	101 ^b (11,17)	51 ^c (6,09)	28 ^c (3,52)
	İntihar				52 ^b (6,21)	103 ^c (12,94)
	Zehirlenme	33 ^a (12,22)	395 ^b (24,72)	84 ^{a,c} (9,29)	54 ^c (6,45)	47 ^c (5,90)
	Hayvan Yaralamaları	0 ^{a,b} (0,00)	9 ^b (0,56)	11 ^{a,b} (1,22)	16 ^a (1,91)	4 ^{a,b} (0,50)
	Suda Boğulma	1 ^a (0,37)	7 ^a (0,44)	2 ^a (0,22)	2 ^a (0,24)	2 ^a (0,25)
	İstismar	18 ^a (6,67)	10 ^b (0,63)	4 ^b (0,44)	5 ^b (0,60)	23 ^a (2,89)

<0,001

Patlayıcı Madde Yaralanması	2 ^a (0,13)	2 ^a (0,22)	5 ^a (0,60)	1 ^a (0,13)
Göze Yabancı Cisim Kaçması	2 ^a (0,74)	9 ^a (0,56)	11 ^a (1,22)	9 ^a (1,08)
Yabancı Cisim Yutma-Aspirasyonu	14 ^a (5,19)	49 ^a (3,07)	22 ^a (2,43)	5 ^b (0,60)
Künt Travmatik Cisim Yaralanmaları	9 ^{a,b,c} (3,33)	71 ^c (4,44)	42 ^{a,b,c} (4,65)	63 ^b (7,53)
				31 ^{a,c} (3,89)

Aynı harfi içeren kategoriler arasındaki oranlar, %5 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermemektedir;*: Pearson ki-kare testi

Çocuk adli başvuruların cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 4.16’da verilmiştir. Hemen hemen tüm adli başvuru tiplerinde erkek vaka oranı kadın vaka oranından fazlayken, intihar olgularında kadın vaka oranı erkek vaka oranından fazladır. Suda boğulma vakalarının oranı ise her iki cinsiyette de eşit bulunmuştur (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Cinsiyete Göre Adli Başvuru Çeşitlerinin Dağılımı

	Erkek n (%)	Kadın n (%)
Darp	150 (82,42)	32 (17,58)
Trafik Kazası	532 (61,65)	331 (38,35)
Düşme	638 (61,05)	407 (38,95)
Ateşli Silah Yaralanması	24 (88,89)	3 (11,11)
Penetran Alet Yaralanması	259 (80,43)	63 (19,57)
Elektrik Çarpması	36 (87,80)	5 (12,20)

Yanık	408 (59,65)	27 (40,35)
İntihar	37 (23,87)	118 (76,13)
Zehirlenme	362 (59,05)	251 (40,95)
Hayvan Yaralamaları	28 (70,00)	12 (30,00)
Suda Boğulma	7 (50,00)	7 (50,00)
İstismar	18 (30,00)	42 (70,00)
Patlayıcı Madde Yaralanması	8 (80,00)	2 (20,00)
Göze Yabancı Cisim Kaçması	27 (67,50)	13 (32,50)
Yabancı Cisim Aspirasyonu	56 (60,87)	36 (39,13)
Künt Travmatik Cisim Yaralanmaları	142 (65,74)	74 (34,26)

Tablo 4.17’de verilen oranlar, ilgili başvuru şeklinin o yıl içindeki tüm adli başvuru şekilleri içindeki oranını belirtmektedir. Tablo 4.17’de 2018-2022 yılları arasında çocuk adli olguların en fazla başvuru nedeninin düşme, ikinci sıradaki başvuru nedeninin trafik kazası olduğu görülmektedir ($p<0,001$). Darp olgularının 2018 ve 2019 yıllarındaki oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, 2018 yılı darp olgularının oranı ile 2021 ve 2022 yıllarındaki darp olgularının oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir. Yine aynı şekilde 2019 yılındaki darp olgularının oranı ile 2021 ve 2022 yıllarındaki darp olgularının oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (Tablo 4.17). Çalışmamızdaki darp olgularının en fazla 2022 (%7,65) ve 2021 (%5,59) yılında olduğu görülmektedir.

2019 yılı trafik kazası başvurularının oranı ile 2021 ve 2022 yılları trafik kazası başvurularının oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. 2020, 2021 ve 2022 yıllarındaki trafik kazası başvurularının oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.17). Trafik kazaları 2021 yılına kadar azalma gösterirken 2022 yılında tekrar artmıştır.

Düşme, intihar, zehirlenme ve ateşli silah yaralanması olgularının yıllık oranları bakımından yıllar arasında anlamlı bir istatistiksel farklılık olmadığı görülmektedir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Yıllara Göre Adli Olgu Çeşitlerinin Dağılımı

		Yıl [n(%)]				p*	
		2022	2021	2020	2019		2018
Başvuru şekli	Darp	61 ^a (7,65)	35 ^{a,b} (5,59)	21 ^{b,c} (2,93)	41 ^c (3,62)	24 ^c (2,12)	<0,001
	Trafik Kazası	177 ^a (22,21)	142 ^a (22,68)	127 ^{a,b} (17,74)	192 ^b (16,93)	225 ^{a,b} (19,89)	
	Düşme	188 ^a (23,59)	144 ^a (23,00)	167 ^a (23,32)	273 ^a (24,07)	273 ^a (24,14)	
	Ateşli Silah Yaralanması	4 ^a (0,50)	1 ^a (0,16)	5 ^a (0,70)	10 ^a (0,88)	7 ^a (0,62)	
	Penetran Alet Yaralanması	70 ^a (8,78)	56 ^a (8,95)	48 ^a (6,70)	79 ^a (6,97)	69 ^a (6,10)	
	Elektrik Çarpması	3 ^a (0,38)	5 ^a (0,80)	6 ^a (0,84)	11 ^a (0,97)	16 ^a (1,41)	
	Yanık	83 ^a (10,41)	94 ^{a,b} (15,02)	139 ^b (19,41)	188 ^b (16,58)	180 ^b (15,92)	
	İntihar	28 ^{a,b} (3,51)	12 ^b (1,92)	19 ^{a,b} (2,65)	41 ^{a,b} (3,62)	55 ^a (4,86)	
	Zehirlenme	95 ^a (11,92)	83 ^a (13,26)	109 ^a (15,22)	170 ^a (14,99)	156 ^a (13,79)	
	Hayvan Yaralamaları	7 ^a (0,88)	3 ^a (0,48)	13 ^a (1,82)	8 ^a (0,71)	9 ^a (0,80)	
	Suda Boğulma	3 ^a (0,38)	0 ^a (0,00)	4 ^a (0,56)	6 ^a (0,53)	1 ^a (0,09)	
	İstismar	15 ^a (1,88)	14 ^a (2,24)	6 ^a (0,84)	14 ^a (1,23)	11 ^a (0,97)	
	Patlayıcı Madde Yaralanması	1 ^a (0,13)	3 ^a (0,48)	1 ^a (0,14)	3 ^a (0,26)	2 ^a (0,18)	
	Göze Yabancı Cisim Kaçması	8 ^a (1,00)	4 ^a (0,64)	6 ^a (0,84)	7 ^a (0,62)	15 ^a (1,33)	
	Yabancı Cisim Yutma-Aspirasyonu	4 ^a (0,50)	3 ^a (0,48)	15 ^{a,b} (2,09)	31 ^b (2,73)	39 ^b (3,45)	
	Künt Travmatik Cisim Yaralanmaları	50 ^a (6,27)	27 ^a (4,31)	30 ^a (4,19)	60 ^a (5,29)	49 ^a (4,33)	

Aynı harfi içeren kategoriler arasındaki oranlar, %5 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermemektedir;*: Pearson ki-kare testi

İntihar olguları; intihar metotlarına göre sınıflandırıldığında en sık görülen metodun ilaç alımı (n=130, %83,87) olduğu, ikinci sırada ise yüksekten atlamanın (n=10, %6,45) olduğu görülmektedir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. İntihar Metotlarının Dağılımı

İntihar Metodu	n (%)
Ateşli Silah	2 (1,29)
İlaç	130 (83,87)
Penetran Alet	6 (3,87)
Korozif Madde	5 (3,23)
Pestisit (Tarım İlacı)	1 (0,65)
Uyuşturucu-Uyarıcı	1 (0,65)
Yüksekten Atlama	10 (6,45)
Toplam	155(100,00)

İntihar metotlarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; erkeklerde ve kadınlarda en sık ilaç ile, 2. sırada yüksekten atlama intihar girişiminin olduğu görülmektedir. İntihar girişiminde bulunan kadın olgu sayısının (n=118) erkeklerin (n=37) 3 katından daha fazla olduğu da dikkati çekmiştir (Tablo 4.19)

Tablo 4.19. Cinsiyete Göre İntihar Metotlarının Dağılımı

	n (%)			
	Erkek		Kadın	
Ateşli Silah	1	2,70	1	0,85
İlaç	29	78,38	101	85,59
Penetran Alet	2	5,41	4	3,39
Korozif Madde	1	2,70	4	3,39
Pestisit (Tarım İlacı)	1	2,70		
Uyuşturucu-Uyarıcı			1	0,85
Yüksekten Atlama	3	8,11	7	5,93
Toplam	37	100,00	118	100,00

İntihar olgularının aylara ve mevsimlere dağılımı Tablo 4.20’de verilmiştir. Çocuk intihar girişimlerinin en sık aralık (n=18, %11,61) ve ocak (n=17, %10,97) ayında olduğu, en az temmuz (n=8, %5,16) ve ekim (n=9, %5,81) ayında olduğu görülmektedir. İntihar olguları mevsimlere göre sıralandığında başvuruların en fazla kış (n=47, %30,32), en az sonbahar (n=31, %20) mevsiminde olduğu görülmüştür (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Çocuk İntihar Girişimlerinin Mevsim ve Aylara Dağılımı

Ay	n (%)
Ocak	17 (10,97)
Şubat	12 (7,74)
Mart	15 (9,68)
Nisan	13 (8,39)
Mayıs	12 (7,74)
Haziran	13 (8,39)
Temmuz	8 (5,16)
Ağustos	16 (10,32)
Eylül	11 (7,10)
Ekim	9 (5,81)
Kasım	11 (7,10)
Aralık	18 (11,61)
Toplam	155 (100,00)
Mevsim	n (%)
Kış	47 (30,32)
İlkbahar	40 (25,81)
Yaz	37 (23,87)
Sonbahar	31 (20,00)
Toplam	155 (100,00)

Zehirlenmeye bağlı başvurulardaki etkenler Tablo 4.21’de verilmiştir. Tüm zehirlenme etkenleri sıklıklarına göre sıralandığında en sık ilaç (n=209, %34,09), 2. sırada korozif madde (çamaşır suyu, tuz ruhu, yağ çözücü, lavabo açıcı, ahşap temizleyici, lavabo açıcı vb temizlik malzemeleri) (n=208, %33,93), 3. sırada CO (n=75, %12,23) kaynaklı zehirlenmelerin yer aldığı görülmektedir (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Zehirlenme Etkenlerinin Dağılımı

Zehirlenme Etkenleri	n (%)
Ağır Metal	10 (1,63)
Alkol	13 (2,12)
Besin	15 (2,45)
CO	75 (12,23)
Diğer	7 (1,14)
Doğalgaz	4 (0,65)
İlaç	209 (34,09)
Korozif Madde	208 (33,93)
Mantar	11 (1,79)
Pestisit	40 (6,53)
Uçucu Madde	16 (2,61)
Uyuşturucu Madde	5 (0,82)
Toplam	613 (100,00)

Zehirlenme nedeniyle başvuran çocuk olguların yaş grubu dağılımına bakıldığında; çalışmamızdaki zehirlenmelerin en sık 1-4 yaş grubunda (n=395, %64,44) olduğu, en az <1 yaş grubunda (n=33, %5,38) olduğu görülmüştür (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Yaş Gruplarına Göre Zehirlenmelerin Dağılımı

Yaş Grubu	n (%)
<1 Yaş	33 (5,38)
1-4 Yaş	395 (64,44)
5-9 Yaş	84 (13,70)
10-14 Yaş	54 (8,81)
15-17 Yaş	47 (7,67)
Toplam	613 (100,00)

Yaş gruplarına göre zehirlenme etkenlerinin dağılımı Tablo 4.23'te verilmiştir ($p<0,001$). <1 yaş grubunda en sık görülen zehirlenme etkeninin korozif madde olduğu, 1-4 ve 5-9 yaş grubunda en sık görülen zehirlenme etkeninin ilaç olduğu, 10-14 ve 15-17 yaş grubunda ise en sık görülen zehirlenme etkeninin CO olduğu görülmektedir (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Yaş Gruplarına Göre Zehirlenme Etkenlerinin Dağılımı

	Yaş Grubu [n(%)]					p*
	<1	1-4	5-9	10-14	15-17	
Ağır Metal	2 ^a (6,1)	7 ^{a,b} (1,8)		1 ^{a,b} (1,9)		<0,001
Alkol		5 ^a (1,3)		1 ^a (1,9)	7 ^b (14,9)	
Besin		2 ^b (0,5)	5 ^{a,c} (6,0)	6 ^c (11,1)	2 ^{a,c} (4,3)	
CO	5 ^a (15,2)	12 ^b (3,0)	21 ^{a,c} (25,0)	22 ^c (40,7)	15 ^{a,c} (31,9)	
Diğer		3 ^b (0,8)	1 ^{a,b} (1,2)	3 ^a (5,6)		
Doğalgaz		1 ^b (0,3)	1 ^{a,b} (1,2)	2 ^a (3,7)		
İlaç	5 ^{a,b} (15,2)	168 ^c (42,5)	25 ^b (29,8)	5 ^a (9,3)	6 ^a (12,8)	
Korozif Madde	17 ^a (51,5)	154 ^a (39,0)	21 ^b (25,0)	8 ^b (14,8)	8 ^b (17,0)	
Mantar		1 ^c (0,3)	7 ^b (8,3)	3 ^{a,b} (5,6)		
Pestisit	1 ^a (3,0)	30 ^a (7,6)	3 ^a (3,6)	2 ^a (3,7)	4 ^a (8,5)	
Uçucu Madde	3 ^a (9,1)	12 ^{a,b} (3,0)		1 ^{a,b} (1,9)		
Uyuşturucu Madde					5 ^a (10,6)	

Aynı harfi içeren kategoriler arasındaki oranlar, %5 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermemektedir;*: Pearson ki-kare testi

Zehirlenme etkenlerinin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 4.24’te verilmiştir. Erkeklerde en sık zehirlenme etkeninin korozif madde (n=127, %35,08), kadınlarda ise ilaç (n=99, %39,4) olduğu görülmüştür (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Cinsiyete Göre Zehirlenme Etkenlerinin Dağılımı

	n (%)			
	Erkek		Kadın	
Ağır metal	5	1,38	5	1,99
Alkol	11	3,04	2	0,80
Besin	9	2,49	6	2,39
CO	45	12,43	30	11,95
Diğer	2	0,55	5	1,99
Doğalgaz	3	0,83	1	0,40
İlaç	110	30,39	99	39,44

Korozif madde	127	35,08	81	32,27
Mantar	5	1,38	6	2,39
Pestisit	30	8,29	10	3,98
Uçucu madde	11	3,04	5	1,99
Uyuşturucu madde	4	1,10	1	0,40
Toplam	362	100,00	251	100,00

Trafik kazası çeşitlerinin dağılımına baktığımızda; tüm çocuk trafik kazası olgularında araç içi trafik kazası olguları oranının %57,29 (n=497) olduğu, araç dışı trafik kazası olguları oranının %27,69 (n=239) olduğu görülmüştür (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Trafik Kazası Çeşitlerinin Dağılımı

	n	%
Araç içi	497	57,59
Araç dışı	239	27,69
Motosiklet-bisiklet-motor-çapa-traktör	108	12,51
Tanımlanmamış	19	2,20
Toplam	863	100,00

Yaş grupları ve trafik kazası çeşitlerinin ilişkisi Tablo 4.26’da verilmiştir. 15-17 yaş grubundaki motosiklet-bisiklet-motor-çapa-traktör kazalarının diğer kaza çeşitlerine göre oranı ile diğer yaş gruplarındaki motosiklet-bisiklet-motor-çapa-traktör kazalarının diğer kaza çeşitlerine göre oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir. Çalışmamızda tüm yaş gruplarında araç içi trafik kazasının diğer trafik kazası çeşitlerine göre daha yüksek oranda olduğu görülmektedir (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Yaş Gruplarına Göre Trafik Kazası Çeşitlerinin Dağılımı

	n (%)					
	<1 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-17 yaş	p*
Araç içi	20 ^a (95,2)	113 ^b (63,1)	121 ^c (50,8)	127 ^{b,c} (58,5)	116 ^{b,c} (55,8)	<0,001
Araç dışı	1 ^a (4,8)	51 ^b (28,5)	92 ^c (38,7)	58 ^b (26,7)	37 ^a (17,8)	

Motosiklet- bisiklet-motor- çapa-traktör	12 ^a (6,7)	18 ^a (7,6)	27 ^a (12,4)	51 ^b (24,5)
Tanımlanmamış	3 ^a (1,7)	7 ^a (2,9)	5 ^a (2,3)	4 ^a (1,9)

Aynı harfi içeren kategoriler arasındaki oranlar, %5 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermemektedir;*: Pearson ki-kare testi

Trafik kazalarındaki yaralanma bölgeleri Tablo 4.27’de verilmiştir. Trafik kazalarında olguların en çok baş-boyun (n=440, %33,46), 2. sıklıkta alt ekstremit (n=246, %18,71), 3. sıklıkta ise üst ekstremit (n=191, %14,52) bölgesinden yaralandığı görülmektedir (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Trafik Kazalarındaki Yaralanma Bölgelerinin Dağılımı

Yaralanma Bölgeleri	n	%
Baş-Boyun	440	33,46
Toraks	168	12,78
Batın	145	11,03
Pelvis	59	4,49
Üst Ekstremit	191	14,52
Alt Ekstremit	246	18,71
Omurga	60	4,56
Genital bölge	6	0,46
Toplam	1315*	100,00

*Toplam trafik kazası vaka sayısı 863 olup toplamın vaka sayısından fazla olmasının nedeni bazı vakalarda birden fazla yaralanma bölgesinin olmasıdır.

Trafik kazalarında kırılan kemiklerin sayısı Tablo 4.28’de verilmiştir. En sık kırılan kemikler sırayla nörokranium kemikleri (n=71, %17,88), bacak kemikleri (n=49, %12,34) ve femurdur (n=46, %11,59) (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Trafik Kazalarında Oluşan Kemik Kırıklarının Dağılımı

Kırılan Kemik	n	%
Ayak Kemikleri	22	5,54
Bacak Kemikleri	49	12,34
El Bileği Çıkığı	1	0,25
El Kemikleri	13	3,27
Femur	46	11,59

Humerus	23	5,79
Kalça Çıkığı	1	0,25
Klavikula	26	6,55
Kosta	14	3,53
Nörokranium	71	17,88
Ön Kol	19	4,79
Patella	3	0,76
Pelvis	32	8,06
Skapula	10	2,52
Vertebra	23	5,79
Yüz Kemikleri	44	11,08
Toplam	397*	100,00

*Trafik kazası geçirip kemik kırığı oluşan vaka sayısı 285 olup toplamın vaka sayısından fazla olmasının nedeni bazı vakalarda birden fazla kemik kırığı meydana gelmesidir.

Oluş şekillerine göre trafik kazalarında çocuk olgularda meydana gelen yaralamanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olup olmadığı ve YT'ye neden olup olmadığının dağılımı Tablo 4.29'da verilmiştir ($p < 0,001$). BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanmaya neden olan araç içi trafik kazalarının oranı ile BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanmaya neden olan araç dışı trafik kazalarının oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür. Araç içi trafik kazaları olgularında; BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanmaya neden olan olguların oranı (%66,4), BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olmayan olguların oranından (%31,2) yüksektir. YT'ye neden olan araç içi trafik kazalarının oranı ile YT'ye neden olan araç dışı trafik kazalarının oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 4.29). YT'ye neden olan araç dışı trafik kazaları oranının, YT'ye neden olan araç içi trafik kazaları oranından istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.29. Trafik Kazası Çeşitlerinin Basit Tıbbi Müdahale ve Yaşamsal Tehlike Dağılımı

		Araç İçi	Araç Dışı	Motosiklet-Bisiklet-Motor-Çapa-Traktör	Tanımlanmamış	p*
BTM	Giderilebilecek Ölçüde Hafif Olduğu	330 ^a (66,4)	94 ^b (39,3)	46 ^b (42,6)	14 ^a (73,7)	<0,001
	Giderilebilecek Ölçüde Hafif Olmadığı	155 ^a (31,2)	143 ^b (59,8)	60 ^b (55,6)	4 ^a (21,1)	
	Değerlendirilemedi	12 ^a (2,4)	2 ^a (0,8)	2 ^a (1,9)	1 ^a (5,3)	
YT	Neden Olduğu	87 ^a (17,5)	80 ^b (33,5)	24 ^a (22,2)		<0,001
	Neden Olmadığı	398 ^a (80,1)	157 ^b (65,7)	83 ^a (76,9)	18 ^a (94,7)	
	Değerlendirilemedi	12 ^a (2,4)	2 ^a (0,8)	1 ^a (0,9)	1 ^a (5,3)	

Her sütunda aynı harfi içeren kategoriler arasındaki oranlar %5 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermemektedir;*: Pearson ki-kare testi

Çalışmamızda istismar çeşitlerinin dağılımı incelendiğinde cinsel istismarın fiziksel istismar olgularından daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. İstismar Şeklinin Dağılımı

İstismar şekli		Sayı	Yüzde (%)
	Cinsel	36	60,0
	Fiziksel	24	40,0

Cinsel ve fiziksel istismarın cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.32’de verilmiştir ($p<0,05$). Cinsel istismara uğrayan kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (Tablo 4.31). Çalışmamızdaki istismara uğrayan erkek olguların %61,1’inin ($n=11$) fiziksel istismara uğradığı, kadın olguların %69,0’ının ($n=29$) cinsel istismara uğradığı görülmektedir (Tablo 4.31).

Tablo 4.31. Cinsel ve Fiziksel İstismarın Cinsiyetlere Dağılımı

	Erkek	Kadın	p*
Cinsel İstismar	7 ^a (38.9)	29 ^b (69.0)	– <0,05
Fiziksel İstismar	11 ^a (61.1)	13 ^b (31.0)	

Her sütunda aynı harfi içeren kategoriler arasındaki oranlar %5 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermemektedir; *: Pearson ki-kare testi

Yaş grupları ve istismar olgularının dağılımına bakıldığında; çalışmamızda <1 yaş grubunda tüm istismar çeşitleri içerisinde fiziksel istismarın daha yüksek oranda olduğu, 15-17 yaş grubundaki cinsel istismar olgularında kadın/erkek oranının diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.32).

Tablo 4.32. Cinsel ve Fiziksel İstismarın Yaş Gruplarına Dağılımı

	Cinsel İstismar	Fiziksel İstismar
<1 yaş	2 (11.11)	16 (88.89)
1-4 yaş	7 (70.00)	3 (30.00)
5-9 yaş	3 (75.00)	1 (25.00)
10-14 yaş	4 (80.00)	1 (20.00)
15-17 yaş	20 (86.96)	3 (13.04)

5.TARTIŞMA

TÜİK verilerine göre 2023 yılı sonunda Türkiye nüfusu 85.372.377'dir. Bunun 22.206.034'ini çocuklar nüfusedir. Ülkemiz nüfusunun %26,0'sını çocuklar oluşturmaktadır. Çocuk nüfusun %51,3'ünü erkekler, %48,7'sini kadınlar oluşturmaktadır. 0-17 yaş grubunu oluşturan çocuk nüfusu 1970'te toplam nüfusun %48,5'ini oluşturmaktaydı. Bu oran 1990 yılında %41,8 idi. Çocuk nüfus oranının 2030 yılında %25,6 olacağı, 2040 yılında %23,3 olacağı ve 2080 yılında %19,0 olacağı öngörülmektedir. Ülkemizde toplam çocuk nüfusun %29,6'sı 5-9 yaş grubunda, %28,8'i 10-14 yaş grubunda ve %24,1'i 0-4 yaş grubunda yer almaktadır (129).

Ülkemizde yapılan çalışmalar, tüm adli başvuruların %18 ile %54,6'ya kadar değişen oranlarda, azımsanamayacak bir kısmını çocuk adli olguların oluşturduğunu göstermektedir (36, 37, 130-132). Çocuk bireylerin savunmasız ve bilinç gelişimini tamamlamamış oluşu, ebeveynlerin çocukları yeterince gözetip kollamaması, ebeveynlik görevlerini yerine getirmemesi, çocukların kendi başlarına büyüyebileceği düşüncesi, çocukları yaralanmalara ve adli olaylara açık hale getirmektedir. Adölesan dönemde fiziksel ve ruhsal değişimin getirdiği sorunlar ve bu dönemde çocukların bu sorunları çözememeleri adli olgu olma olasılıklarını artırmaktadır (131, 133).

Çalışmamızdaki çocuk adli olguların yaş ortalaması $7,42 \pm 5,68$ 'dir. Yaş ortancası 6'dır. Akça ve arkadaşlarının (2019) Ankara'da yapmış oldukları çalışmada çocuk adli olguların yaş ortalaması $91,9 \pm 75,9$ ay olarak bulunmuştur (134). Turla ve arkadaşlarının (2007) Samsun'da yapmış oldukları çalışmada çocuk adli olguların yaş ortalaması $8,54 \pm 5,85$ olarak bulunmuştur (4). Çınar ve arkadaşlarının (2010) Ankara'da yapmış oldukları çalışmada çocuk adli olguların yaş ortalaması $10,6 \pm 4,9$ 'dur (36). Özdemir ve arkadaşları (2016), İstanbul'da yaptıkları benzer bir çalışmada çocuk adli olguların yaş ortalamasını $8,77 \pm 4,99$ yaş olarak bulmuşlardır (130). Sever ve arkadaşları (2010), Şanlıurfa'da yaptıkları çalışmada çocuk adli olguların yaş ortalamasını $8,91 \pm 5,081$ yaş, ortancasını 8 olarak bulduklarını bildirmişlerdir (43). Korkmaz ve arkadaşları (2014), Bolu'da yaptıkları çalışmada çocuk adli olguların yaş ortalamasını $9,9 \pm 5,5$ yaş olarak bulmuşlardır (37). Çalışmamızdaki yaş ortalaması literatürdeki çalışmaların çoğunluğu ile benzerdir. TÜİK verilerine göre çocuk nüfusun büyük çoğunluğunu 0-4 yaş arası çocukların oluşturduğu ve Avrupa Birliği Yaralanma Veri Tabanına göre beş yaş altı çocuklarda, düşme olgularının en sık görülen kaza türü olduğu göz önünde

bulundurulduğunda çalışmamızdaki yaş ortalaması olması beklenen şekilde bulunmuştur (40, 129). Çalışma grubumuzdaki adli olguların çoğunluğunun düşme olması ve düşme olgularının en sık başvuru sebebi olması yanında, <1 yaş grubunda 2. sıklıkta, 1-4 yaş grubunda 1. sıklıkta düşme olgularının görülmesine bağlı olarak, yaş ortalamasının $7,42 \pm 5,68$ bulunmasının literatürle uyumlu olduğunu düşünmekteyiz.

Yaş grupları sınıflandırma metodolojisi yapılan diğer çalışmalarda değişkenlik göstermekle birlikte çalışmamızda kullanılan sınıflandırmada çocuk adli olgu sayısının en çok 1-4 yaş grubunda (%36,26) olduğu görülmüştür. Büken ve arkadaşlarının (2015) Ankara’da yapmış oldukları çalışmada yaş grubunun 0-6 yaş grubunda (%60,54) olduğu bulunmuştur (132). Korkmaz ve arkadaşları (2014), Bolu’da yapmış oldukları çalışmada olguların en çok 5-14 yaş aralığında (%47,3) olduğunu bildirmişlerdir (37). Sever ve arkadaşları (2010), Şanlıurfa’da yaptıkları çalışmada çocuk adli olguların en çok 5-9 yaş grubunda (%33,3) olduğunu bulmuştur (43). Yazar ve arkadaşları (2017), Konya’da yaptıkları çalışmada olguların en sık <5 yaş grubunda (%63,5) olduğunu bildirmişlerdir (135). Akça ve arkadaşları (2019), Ankara’da yapmış oldukları çalışmada çocuk adli olguların en sık 5 yaş altında (%53,7) olduğunu bulmuşlardır (135). Yaş ortalamasının çalışmamız ve literatürdeki bazı çalışmalarla farklılık göstermesinin nedeninin, diğer çalışmalardaki yaş sınıflaması metodolojisindeki farklılıkların yanı sıra, çalışmamızdaki düşme olgularının çokluğu ve düşme olgularının halihazırda ağırlıklı olarak 1-4 yaş grubunda görülmesi nedeniyle olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki çocuk tüm adli vaka başvuru şekilleri birlikte değerlendirildiğinde erkeklerin oranı %62,0 (n=2732) iken kadınların oranı ise %38,0’dır (n=1672). Turla ve arkadaşlarının (2007) Samsun’da yapmış oldukları benzer çalışmada erkeklerin oranı %56,7 olarak bulunmuştur (4). Özdemir ve arkadaşlarının (2016) İstanbul’da yapmış oldukları çalışmada erkeklerin oranının %61,9 olduğu, kadınların oranının %38,2 olduğu bildirilmiştir (130). Korkmaz ve arkadaşları (2014), Bolu’da yapmış oldukları çalışmada çocuk adli olguların %61’inin erkek olduğunu bildirmişlerdir (37). Sever ve arkadaşları (2010), Şanlıurfa’da yaptıkları çalışmada erkeklerinin oranının %66,3 olduğunu bulmuştur. Yazar ve arkadaşları (2017), Konya’da yaptıkları çalışmada çocuk adli olgularının %53,7’inin erkek olduğunu bildirmişlerdir (135). Yurtdışı ve ülkemizde yapılan çalışmalarda da erkeklerde kazayla yaralanma ve adli vaka başvuru sıklığının kadınlara nazaran daha fazla olduğu bildirilmektedir. Bu sebeple erkek cinsiyeti adli olgular açısından risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (36, 43, 132). Yapılan

Çalışmalarda erkek olguların daha fazla olmasının nedenini, erkek çocukların ataerkil büyüme ve ev dışında daha fazla zaman geçirmeleri olabilir (43). Çalışmamızdaki ocuk adli olgularda erkek cinsiyetin kadın cinsiyetten daha fazla adli başvuru yapması literatür ile uyumludur.

Çalışmamızdaki ocuk adli olguların en fazla temmuz ayında (%12,0) ve yaz mevsiminde (%33,9) başvurduğu görülmüştür. Turla ve arkadaşları (2007), Samsun’da yaptıkları çalışmada başvuruların en fazla yaz mevsiminde yapıldığını bildirmişlerdir (4). zdemir ve arkadaşlarının (2016) İstanbul’da yapmış oldukları çalışmada 160 olgunun en fazla temmuz ayında (ortalama 27 ocuk) ve yaz mevsiminde (%33,4) grldğun bildirmişlerdir (130). Sever ve arkadaşları (2010), şanlıurfa’da yaptıkları çalışmada başvuruların en fazla haziran ayında (%16,9) ve yaz mevsiminde (%36,6) olduğunu bulmuştur (43). ocuk adli olguların yaz mevsiminde ve yaz mevsimindeki aylarda daha fazla görülmesinin nedeni, yaz aylarında okulların tatile girmesi, sosyal yaşama katılımın artması ve buna bağlı olarak yaralanmalarla birlikte adli olguların artışına bağlanmıştır (4, 37). Çalışmamızdaki ocuk adli olgularının meydana geldiği mevsim ve aylar literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda ocuk adli başvuruların yıllara dağılımına baktığımızda en fazla başvurunun 2019 (%25,7) ve 2018 (%25,7) yılında olduğunu, en az başvurunun 2021 (%14,2) ve 2020 (%16,3) olduğunu görmekteyiz. şengül, 2023 yılında Trabzon’da yabancı uyruklu ocuk adli vakalar üzerinde yaptığı çalışmada adli vaka sayılarının 2020 ve 2021 yılında azaldığını bildirmiş ve bunun nedeninin pandemi dönemi olarak kabul edilen 2020-2021 yıllarında COVID-19 virüsü bulaşma endişesi ve sosyal kısıtlamalar nedeniyle hastanelere başvurularda azalması olduğu şeklinde yorumlamıştır (136). Tayvan ve ABD’de yapılan çalışmalar da bunu destekler niteliktedir (137, 138). Çalışmamızdaki 2021 ve 2020 yılları adli vaka sayısındaki düşüşün nedeninin pandemi etkisine bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaneye başvuru yapan ocuk vakaların %93,1’inin TC vatandaşı olduğu, yabancı uyrukluların oranının ise %6,9 olduğu görülmüştür. Adli olgu çeşitlerine baktığımızda yabancı uyruklu vatandaşların büyük çoğunluğunun (%43,6) yanık nedeniyle hastanemize getirildiği görülmektedir. Akelma ve arkadaşlarının (2019) Diyarbakır’da yabancı uyruklu ocuk yanıkları üzerine yaptığı çalışmada yanık nedeniyle başvuran hastaların %1,85’ini Suriyeli mültecilerin oluşturduğu bildirilmiştir (139). Çalışmamızda yabancı uyruklu adli vakalarda yanık başvuru şeklinin yüksek olmasının

nedeninin hastanemizde bulunan çocuk yanık ünitesi sebebiyle çevre illerdeki yanık vakalarının hastanemize sevk edilmesi olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda çoğunlukla olay yeri tespit edilememekle birlikte, olay yeri tespit edilebilen olgular incelendiğinde tüm olgular içinde olay yerinin en sık sokak-cadde (%4,02) ve ev (%3,47) olduğu, kentsel vakaların çoğunlukta olduğu görülmüştür. Büken ve arkadaşlarının (2015) Ankara’da yapmış oldukları çalışmada olay yeri tespit edilebilen vakaların en çok evde (%30,31) ve dış mekanda (%17,02) gerçekleştiği belirtilmiştir (132). Erdemli’nin (2021) Kayseri’de yaptığı çalışmada çocuk adli olguları olay yeri dağılımında ilk sırada sokak (%49,8), ikinci sırada ev (%41,4) olduğu görülmüştür (140). Şengül’ün 2023 yılında Trabzon’da yabancı uyruklu çocuk adli vakalar üzerinde yaptığı çalışmada olay yerinin ev dışı olduğu olguların oranının %53,5 ve ev içi olduğu olguların oranının %31,25 olduğu bildirilmiştir (136). TÜİK verilerine göre ülkemiz toplam yüzölçümünün %1,6’sını oluşturan kent olarak sınıflandırılan yerleşim alanlarında 31 Aralık 2022 tarihi itibarıyla 57.934.583 kişi yaşamaktadır. Tüm nüfus geneli düşünüldüğünde Türkiye nüfusunun %67,9’u kentsel yerleşim alanlarında ikamet etmektedir. Çocuk nüfusun %69,7’sinin yoğun kent olarak sınıflandırılan yerlerde, %15,3’ü orta yoğun kent olarak sınıflandırılan yerlerde yaşamaktadır (141). Çalışmamızda kentsel başvuruların fazla olmasının nedeninin, nüfus yoğunluğu ve şehir yaşamının getirdiği karmaşık sosyal hayat beraberinde gelen yaralanma ve kazaların artması olduğunu, olay yeri oranlarında ev ve sokak-caddenin oranlarının yüksek olmasının nedeninin, düşme ve trafik kazası olgularının en sık başvuru sebepleri olmasının yanında bu yaralanma şekillerinin çoğunlukla sırasıyla ev ve sokak-caddede gerçekleşmesi olduğunu düşünmekteyiz. Ancak kırsalda düşme gibi olayların ulaşım zorluğu ya da kültürel olarak basit bir olay olarak değerlendirilmesi sebebiyle kayıt tutulması açısından geride kalabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızdaki çocuk adli olguların başvuru şekillerine baktığımızda düşme olgularının (%23,73) ilk sırada olduğunu, trafik kazası olgularının (%19,60) ikinci sırada olduğunu, yanık olgularının (%15,53) üçüncü sırada olduğunu görmekteyiz. Kebila’nın (2022) Bursa’da yaptığı benzer bir çalışmada yüksekten düşme olgularının %33,4 ile birinci sırada olduğu, delici ve kesici alet yaralanması olgularının %16,3 ile ikinci sırada olduğu, ezilme olgularının %14,1 ile üçüncü sırada olduğu bulunmuştur (142). Bilgin ve arkadaşlarının (2004) Mersin’de yapmış oldukları çalışmada, düşme olguları %75,8 oranı ile en fazla görülen başvuru şekli olup ikinci sırada zehirlenme olguları %6,7 ikinci sırada

ve yanık olguları %5,3 ile üçüncü sırada yer almaktadır (143). Turla ve arkadaşlarının (2007) Samsun’da yapmış oldukları çalışmada en sık başvuru şekli zehirlenme (%36,9) olup ikinci sırada yüksekten düşme (%25,4) olguları, üçüncü sırada trafik kazası olgularının (%11,7) yer aldığı görülmüştür (4). Korkmaz ve arkadaşları (2014), Bolu’da yapmış oldukları çalışmada çocuk adli olgu başvurularında en sık sebebin trafik kazası (%50,4) ve düşme olguları (%18,3) olduğunu bildirmişlerdir (37). Mutto ve arkadaşları (2011), 13 yaş altındaki çocuk grubunun incelediği çalışmasında en sık başvuru sebeplerinin sırasıyla düşmeler (%27,3), trafik kazaları (%25,3) ve yanık (%17,9) olduğunu bildirilmiştir (145). Çalışmamızda 10 yaşından küçük çocuk çocuklarda düşme vakalarının diğer adli olgular içindeki oranı, 10 yaşından büyük çocuklardakine görece daha fazladır. En sık başvuru nedeni bölgeden bölgeye değişmekle birlikte çalışmamızda düşme olgularının ilk sırada olmasına, sağlık çalışanlarının bu konuda bilinçlenmesi ve çocukluk çağındaki düşme olgularını da adli vaka olarak değerlendirmelerinin neden olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca en sık 2 adli başvuru sebebi olarak bulduğumuz düşme ve trafik kazası, çalışmaların çoğunda sıralamaları değişse de genelde en sık 2 sebep arasında yer almaktadır. Bu bakımdan çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile uyumludur.

Çalışmamızdaki 10-14 yaş ve 15-17 yaş grubu darp vaka oranlarının diğer yaş gruplarındaki oranlara nazaran daha fazla olduğu bulunmuş, 5-9 yaş grubundan sonra darp vakaları oranlarının arttığı görülmüştür. Büken ve arkadaşlarının (2015) Ankara’da yapmış oldukları çalışmada darp olgularının 0-6 yaş grubunda oranının %0,5 olduğu, bu oranın 7-12 yaş grubunda %10,32 olduğu, 13-18 yaş grubunda %17,24 olduğu belirtilmiştir (132). Çınar ve arkadaşlarının (2010) Ankara’da yapmış oldukları çalışmada darp olgularının sayısının 10 yaştan sonra arttığı görülmektedir (36). Çalışmamızda ateşli silah ve penetran alet yaralanması olguları sıklığının da yaşla birlikte arttığı gözlenmiştir. Özdemir ve arkadaşları (2016), İstanbul’da yapmış oldukları çalışmada ateşli silah yaralanmalarının en sık (%93) 15 yaş üzerinde olduğunu bildirmiştir (130). Turla ve arkadaşları (2007), Samsun’da yaptıkları çalışmada ateşli silahla yaralanma olgularının yaşla arttığını bulmuşlardır (4). Çocuklarda ilerleyen yaşla birlikte darp, özellikle ergenlik döneminin getirdiği hormonal değişiklikler, dürtüsellik ve risk alma davranışlarının artmakta ve çocuklar akranlarıyla etkileşiminde bunların etkisinde kalmaktadır (71, 104, 105). Çalışma sonucumuz literatür ile uyumlu olup çocuklarda yaşla birlikte darp, ateşli silah ve penetran alet yaralanmaları olgularının artışına özellikle adölesan dönemdeki psikolojik ve fiziksel değişikliklerin neden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yanık ve yabancı cisim aspirasyonu-yutma başvurularının yaş ilerlemesiyle birlikte azaldığı görülmüştür. Çocuk yanık vakaları ile ilgili olarak; Aytaç ve arkadaşlarının (2004) Bursa’da yapmış oldukları çalışma, Tekin ve arkadaşlarının (2012) Diyarbakır’da yapmış oldukları çalışmada yanık vakalarının yaşla birlikte azaldığı görülmüştür (145, 146). Çocuk yabancı cisim aspirasyonu-yutma vakaları ile ilgili olarak; Dereci ve arkadaşlarının (2015) Isparta’da yapmış oldukları çalışmada, Güler ve arkadaşlarının (2021) Erzurum’da yapmış oldukları çalışmada, Çobanoğlu ve arkadaşları (2009) Van’da yaptıkları çalışmada, Kafadar ve arkadaşları (2019) Adıyaman’da yapmış oldukları çalışmada benzer sonuçlar elde etmiştir (147-150). Küçük yaş gruplarındaki çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu-yutma olguları daha sık görülmekte, çocuklar nesneleri ağızına alarak tanımaya çalışmakta, yutma ve ağız koordinasyonlarının tam gelişmemiş olması ve nefes alma sırasında nesneyi aspire etmekte veya yutmaktadırlar (117-121). Çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile uyumlu olup küçük yaş gruplarındaki çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu-yutmanın daha sık görülmesinin nedeninin erişkinler ile aralarındaki fiziksel ve davranışsal farklılıklar olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda adli vaka tiplerinin yıl içindeki oranları incelendiğinde trafik kazası olgularının 2019 yılındaki yüzdesi ile 2021 yılındaki yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu görülmektedir. Şengül’ün 2023 yılında Trabzon’da yabancı uyruklu çocuk adli vakalar üzerinde yaptığı çalışmada da benzer şekilde 2019 yılı trafik kazaları 2020 yılında azalmış ve 2021 yılında 2019 yılı ile aynı seviyeye gelmiş ve bunun nedeninin pandemiye neden olan SARS-COV-2 virüsü nedeniyle 2020 ve 2021 yıllarında uygulanan sosyal kısıtlamalar olduğunu belirtmiştir (136). Bu duruma 2020 yılından 2021 yılı ikinci yarısında kadar süren COVID-19 virüsü bulaşma endişesi ve sokağa çıkma yasağı gibi kısıtlamaların neden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, istismar hariç tüm adli olgu başvuru şekillerinde erkek vakalar çoğunlukta iken çocuk intihar olgularında kadınların çoğunlukta olduğu (%76,13), intihar olgularının 10-14 yaş grubu ve 15-17 yaş grubunda olduğu görülmüştür. İntihar metotları incelendiğinde en sık ilaçla (%83,87) intihar girişiminde bulunulduğu, kadın ve erkeklerde ilaçla intihar metodunun diğer metotlardan daha çok uygulandığı, intihar girişimlerinin en çok aralık (%11,61) ve ocak (%10,97) aylarında ve kış mevsiminde (%30,32) gerçekleştiği görüldü. Ünlü ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada; intihar girişiminde bulunan çocuk olguların %73,8’inin kadın olduğu, aşırı doz ilaç alımının (%83,6) en yaygın intihar girişimi olduğu, intihar girişimi açısından cinsiyetler arası fark

izlenmediği bildirilmiştir (151). Doğan ve arkadaşlarının (2018) Kayseri’de yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan çocuk olguların %84’ü kadın, %16’sı erkek ve en sık kullanılan intihar girişim yönteminin aşırı dozda ilaç alımı (%96) olduğu görülmüştür (152). Akın ve arkadaşlarının (2012) Elazığ’da 12-18 yaş aralığındaki intihar girişiminde ergenler üzerinde yaptığı çalışmada olguların %75’inin kadın, %25’inin erkek olduğu, iki adet yüksekten atlama vakası dışında diğer vakaların tamamının ilaçla intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (153). Aktepe ve arkadaşlarının (2006) Trabzon’da yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunan çocukların %89,7’si kadın, %10,3’ü erkek olup tüm vakaların %94,8’i yüksek doz ilaç olarak intihar girişiminde bulunmuş, en sık mayıs ayında (%13,8) ve yaz mevsiminde intihar girişiminde bulunulduğu belirtilmiştir (154). Toklucu ve arkadaşlarının (2012) İstanbul’da yaptığı çalışmada acil servise başvuran intihar olgularının %92,0’si kadın, %8,0’inin erkek olduğu, başvurularda anlamı bir mevsimsel farklılık izlenmediği, intihar olgularının tamamının ilaç alımı yoluyla olduğu bildirilmiştir (155). Çocuklarda intihar girişiminin nadir olmakla birlikte, ergenlikle birlikte sıklığı artmaktadır. Bu duruma, duygu-durum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi ruhsal problemlerin ergenlik döneminde artış göstermesinin neden olduğu düşünülmektedir (156). Çocuk intihar girişimi olgularında kadınların erkeklere göre daha fazla oranda olmasının nedeni, ergenlik döneminde erkeklerin daha dışa dönük olmalarının yanında bağımsız davranışlarının desteklenmesi ve kızların eve daha fazla kalmalarıyla bireyselleşmelerinin engellenmesi ve bunun kızlarda duygudurum bozukluğuna yol açması olabilir (157, 158). Adölesanların intihar girişiminde en sık ilaç alımı metodunu kullandığı, bunun nedeninin ilaçların kolay ulaşılabilirliği ve uygulanabilir olmasının payı olduğu, kullanılan ilaçların her evde bulunan ilaçlar olduğu, reçetesiz verilebilen ağrı kesiciler veya reçeteli kullanıma tabi olan trisiklik antidepressanların aşırı dozda alımının ölümle sonuçlanma riskinin fazla olduğu belirtilmektedir (151). Bazı çalışmalarda intihar olgularının çoğunlukla yaz mevsiminde gerçekleştiği belirtilmekle beraber mevsimsel ilişki saptanmayan çalışmalar da mevcuttur (154, 155). Çalışmamızda çocuk intihar girişimi olgularında cinsiyet dağılımı, kullanılan metot ve en sık kullanılan metodun cinsiyetlere dağılımı literatürle uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda intihar olgularının en sık kış mevsiminde görülmesinin nedeninin azalan sosyal etkileşim ve iklim koşullarının adölesanlar üzerindeki psikolojik etkileri olabileceğini ve bu konuda daha ayrıntılı çalışmalar yapılarak bu hususun aydınlatılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki çocuk zehirlenme olgularında, en sık zehirlenme etkenlerinin ilaç (%34,09) ve korozyif madde (%33,93) olduğu, zehirlenmelerin en fazla 1-4 yaş grubunda (%64,44) olduğu, 1-4 yaş grubundaki ilaçla zehirlenmenin tüm zehirlenme etkenlerine oranının diğer yaş gruplarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu, zehirlenme etkenlerinin cinsiyet dağılımlarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur. Sümer ve arkadaşları (2011), Kahramanmaraş'ta yapmış oldukları çalışmada zehirlenme nedeniyle başvuran çocuk olguların en fazla 7 ay-4 yaş grubunda (%73,8) olduğunu, bu yaş grubu içerisinde en sık iki yaşındaki çocuklarda (%26,6) zehirlenme görüldüğü, farmakolojik ajanlarla zehirlenen olguların %41,2 olduğunu, korozyif madde ile zehirlenen olguların %25,3 olduğunu, zehirlenme başvuran olguların %60,5'inin erkek, %39,5'inin kız olduğunu, 7 ay-4 yaş grubunda zehirlenme ile başvuran çocukların farmakolojik ajanlarla zehirlenme yüzdesinin diğer yaş gruplarından daha fazla olduğunu tespit etmiştir (159). Yorulmaz ve arkadaşları (2017), Konya'da yaptıkları benzer çalışmada zehirlenme şikayetiyle başvuran olguların en çok 0-60 ay yaş grubunda olduğunu, zehirlenme ile başvuran çocukların %56,5'inin erkek, %4,35'inin erkek olduğunu, en sık görülen zehirlenme etkeninin ilaç (%48,1) olduğunu, ikinci en sık görülen zehirlenme etkeninin alkali madde (%20,9) olduğunu bildirmişlerdir (160). Biçer ve arkadaşları, 2015 yılında yayınladıkları çalışmada acile başvuran çocuk zehirlenme olgularında en sık zehirlenme etkeninin ilaç (%55,5) olduğunu, zehirlenme görülen olguların çoğunluğunun 1-5 yaş grubunda olduğunu, zehirlenme olgularında erkek/kız oranının 1,008 olduğunu bildirmişlerdir (161). Güzel ve arkadaşları (2011), Ankara'da yapmış oldukları çalışmada acil servise getirilen çocuk zehirlenme olgularının çoğunluğunun 1-5 yaş grubunda (%55,8) olduğunu, kız/erkek oranının 1,06 olduğunu, zehirlenme etkenleri arasında en sık ilaçların (%43,4) olduğunu, 1-5 yaş grubundaki zehirlenme ile başvuran çocukların farmakolojik ajanlarla zehirlenme yüzdesinin diğer yaş gruplarından daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir (162). <5 yaş grubu çocukların hareketli, meraklı ve nesneleri ağızına götürerek tanımaya çalışmaları nedeniyle bu yaş grubunda zehirlenme oranı diğer yaş gruplarına nazaran yüksektir (163, 164). Ebeveynlerin bilinçsizce ve özensiz davranışları, ilaç ve diğer zehirli maddeleri çocukların ulaşabileceği yerlerde bırakmaları, çocukları takip etmemeleri bir diğer etkindir (161, 165). Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumlu olup çocuklarda intihar dışı intoksikasyon olgularının coğrafi, mevsimsel faktörler ve demografik özelliklere göre değişmekle birlikte en çok ilaç alımı neticesinde gerçekleştiği, zehirlenmelerin en çok <5 yaş altı çocuk yaş grubunda görüldüğü, çocuklarda en sık ihmal ve hata neticesinde tıbbi ilaç ve kimyevi temizlik

ürünleriyle zehirlenmenin gerçekleştiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, intihar dışındaki tüm adli olgu başvuru şekillerinde erkek vakalar çoğunlukta iken çocuk istismar olgularında da kadınların çoğunlukta olduğu (%70,0), cinsel istismar (%60,0) oranının fiziksel istismar oranından (%40) daha fazla olduğu, istismar şekli cinsel istismar olan kadın olguların oranının erkeklerden daha fazla olduğu, kadın/erkek oranının 1-17 yaş grubunda en yüksek olduğu görülmüştür. Koç ve arkadaşları (2011) İzmir’de yaptıkları çalışmada istismara uğrayan olguların %49,4’ünün cinsel istismara, %24,7’sinin fiziksel istismara uğradığını, istismara uğrayan kadın olguların oranının (%51,7) erkeklerden fazla olduğunu, cinsel istismara uğrayan kadın olguların oranının (%56,8) olguların oranının erkeklerden fazla olduğunu bildirmişlerdir (166). Çengel Kültür ve arkadaşlarının (2007) Ankara’da yaptıkları çalışma istismar olgularında kadınların oranının %61,1 olduğu, cinsel istismar oranının %77,8 olduğu, adölesan dönem ve okul çağı döneminde cinsel istismara uğrayan çocuk olguların çoğunluğunu kadın olguların oluşturduğu bulunmuştur (167). Şahin ve arkadaşlarının (2009) Ankara’da yapmış oldukları çalışmada istismar olgularının %57,4’inin kadın, %42,6’sının erkek olduğunu, cinsel istismara uğrayan olguların %70,4’ünün kadın olduğunu, 6-9, 10-15 ve >15 yaş grubunda cinsel istismara uğrayan olguların çoğunluğunun kadın olduğunu bildirmişlerdir (168). Aksüt’ün (2020) Malatya Çocuk İzlem Merkezi’nde yaptığı 2015-2019 yıllarını kapsayan çalışmasında cinsel istismar vakalarının her geçen yıl arttığı belirtilmiş, ailesel, sosyokültürel gerekçelerle resmi kayıtlara geçmeyen vakaların da olduğu, erkek çocuklarının da kızlar kadar istismar edildiği, ancak eril düşünceler nedeniyle mağduriyetlerini belirtmedikleri, mağdur erkek çocuklarının dosyalarında ihbar edenlerin çoğunlukla aile dışındaki kişiler olduğunu, bu nedenler erkek çocukların istismarına yönelik daha az veri toplandığını belirtmiştir (169). Çalışmamız sonucu literatür ile uyumlu bulunsada bu konuda yeterli çalışma olmadığını, erkek çocukların da istismara uğradığının göz ardı edilmemesi gerektiğini, erkeklerin eril düşüncelerle homoseksüel olarak anılmamak adına mağduriyetlerini belirtmediklerini, cinsel istismar uğrama oranının ilerleyen yaşla artmasının nedeninin çocuğun gelişimiyle birlikte, adölesan dönemde ortaya çıkan sekonder seks karakterlerinin failin dikkatini çekmesi olduğunu, bu konuda daha ayrıntılı çalışmalara gereksinim olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda trafik kazası olgularında en sık araç içi trafik kazalarının (%57,59), olduğu, bunu araç dışı trafik kazalarının (%27,69) izlediği, tüm yaş gruplarında araç içi

trafik kazası oranlarının diğer kaza çeşitlerine göre daha yüksek oranda olduğu, araç içi trafik kazalarının %66,4'ünde yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu, %17,5'inde YT'ye neden olduğu, araç dışı trafik kazalarının %59,8'inde yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı, %33,5'inde YT'ye neden olduğu görüldü. Trafik kazalarında en çok yaralanan bölgenin baş-boyun (%33,46) olduğu, en sık nörokranyum kemiklerinde (%17,88) kırık olduğu görülmüştür. Baskın Embleton ve arkadaşları (2016) yaptıkları benzer bir çalışmada araç içi trafik kazalarının oranının %54 olduğunu, araç dışı trafik kazalarının oranının %29,3 olduğunu, araç dışı trafik kazalarındaki ölüm oranının %2,3 olduğunu, araç içi trafik kazalarında ise %1,1 olduğunu bildirmişlerdir (45). Erdemli'nin (2021) Kayseri'de 2019 yılında acil servise başvuran çocuk adli olgularını incelediği çalışmada tüm adli olgular içinde araç içi trafik kazası olguları oranının %32,7 olduğu, araç dışı trafik kazası olguları oranının %14,1 olduğunu, 0-1 ve 2-5 yaş grubunda araç içi trafik kazası olgularının oranı araç içi trafik kazası oranlarından daha yüksek, 6-9, 10-13 ve 14-17 yaş grubunda araç dışı trafik kazası oranlarının araç içi trafik kazası oranlarından daha yüksek olduğunu bulmuştur (140). Eliaçık ve arkadaşlarının (2013) acil servise başvuran trafik kazası olgularını incelediği çalışmasında araç içi kazaların oranı %53, en sık yaralanan bölgenin baş-boyun (%42,3) olduğu, hayatını kaybeden olguların çoğunluğunun (%76,9) araç dışı trafik kazası geçirdiği belirtilmiştir (170). Kebila Jr (2022) acil servise künt ve penetran travma nedeniyle başvuran çocuk olgularını incelediği çalışmada araç dışı trafik kazası ile başvuran olguların oranının %6,7 olduğunu, araç içi trafik kazası olgularının oranının %5,0 olduğunu, mortalite/yoğun bakım ünitesine yatış oranlarında araç dışı trafik kazası olgularının oranının %26,1 olduğunu, araç içi trafik kazası olgularının oranlarının %11,8 olduğunu bildirmiştir (142). Sever ve arkadaşları (2010), Şanlıurfa'da yaptıkları çalışmada araç dışı trafik kazası olgularının (%20,2) araç içi trafik kazası olgularından (%9,7) daha yüksek olduğunu, izole lokal travmalarda en sık yaralanan bölgenin baş-boyun (%12,1) olduğunu bildirmiştir (43). Çocuklarda yetişkinlerden farklı olarak kafanın vücuda göre daha büyük olduğu da bilinmektedir (171). Özellikle araç içi trafik kazalarında kafanın öne doğru yaylanıp araçta bir cisme çarparak geri gitmesiyle (whiplash) boyundaki omurgalarda kırık veya çıkık gelişebilmektedir (172). Araç içi trafik kazalarında emniyet kemeri ve çocuk koltuğu gibi önlemler özellikle santral sinir sistemi hasarı ihtimalini azaltmaktadır (45). Çalışmamız sonuçları genel olarak literatürle uyumlu olup tüm yaş gruplarında araç içi trafik kazalarının yüksek olmasının nedeninin 2020-2021 pandemi dönemindeki sokağa çıkma yasağı gibi sosyal kısıtlamalar

neticesinde; araç dışı trafik kazası oranlarının sosyal yaşamın vazgeçilmez bir gereksinimi olarak ulaşım ihtiyacının bir sonucu olan araç içi trafik kazası oranlarına görece azalması olduğunu, araç içinde emniyet kemeri ve çocuk koltuğu gibi ekipmanların fiziksel hasarı azaltması, ancak araç dışında böyle bir durumun söz konusu olmaması sebebiyle araç dışı trafik kazalarında YT oranları ve mortalitenin daha yüksek olduğunu, yaralanma bölgesinin en fazla baş-boyun olmasının nedeninin; küçük yaş gruplarında baş-boyun bölgesinin erişkinlere nazaran daha fazla alan kaplaması ve çarpma etkisiyle ileri-geri salınım sonucu ilk etkilenen bölge olması olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki fiziksel travmatik yaralanması olan tüm olguların en sık baş-boyun (%26,81) bölgesinden yaralandığı, kemik kırığı gelişen olgularda yaralanma bölgesine paralel olarak en fazla nörokranyumda kemik kırığı (%19,91) olduğu görülmüştür. TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi'ne göre değerlendirildiğinde; tüm olguların %50,2'sinde meydana gelen yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu, %48,3'ünde yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı, %27,3'ünde YT'ye neden olduğu, %71,4'ünde YT'ye neden olmadığı görülmüştür. Kemik kırığı skorlaması yapıldığında; olguların %1,75'inde kemik kırıklarının hayat fonksiyonlarını hafif derecede etkilediği, olguların %10,54'ünde kemik kırıklarının hayat fonksiyonlarını orta derecede etkilediği, olguların %8,02'sinde kemik kırıklarının hayat fonksiyonlarını ağır derecede etkilediği görülmüştür. Olguların servis yatışları, sıklık sırasına göre Çocuk Cerrahisi Servisi'ne (%41,02), Çocuk Yoğun Bakım Servisi'ne (%20,91) ve Ortopedi ve Travmatoloji Servisi'ne (%8,90) olmuştur. Vakaların %87,2'si taburcu edilmiş, %1,5'u vefat etmiş ve %0,3'ü sevk edilmiştir. Sever ve arkadaşları (2010), Şanlıurfa'da çocuk adli başvurularını travmatik ve travmatik olmayan vakalar olarak iki gruba ayırarak inceledikleri çalışmada; travmatik grupta lokal travmaya uğrayanların en çok baş-boyun bölgesinden (%12,1) yaralandığını, yatış verilen vakaların %91'inin ilgili kliniklerden taburcu olduğunu, iki gruptaki toplam ölü-duhul olgu oranının %5,1 olduğunu, servis yatışlarının sıklık sırasıyla Yoğun Bakım Servisi (%10,3), Çocuk Hastalıkları Servisi (%9,9) ve Çocuk Cerrahi Servisi'ne (%8,6) olduğunu bildirmişlerdir (43). Ersoy ve arkadaşları (2020), Muğla'da adli rapor düzenlenen çocuk hastaları inceledikleri çalışmada; travma olgularının %65,9'unda meydana gelen yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğunu, %9'unda YT'ye neden olduğunu, %3,1'inin kemik

kırığı skorunun hafif, %11,4'ünün orta, %8,5'inin ağır olduğunu bildirmişlerdir (173). Korkmaz ve arkadaşları (2014), Bolu'da yapmış oldukları çalışmada acil servise başvuran çocuk adli olgu yaralanmalarında, tek başına baş ve yüz-boyun yaralanmalarının ilk sıralarda olduğunu, olguların %79,8'inin acil servisten taburcu edildiğini, %20,2'inin yatırılarak tedaviye alındığını bildirmişlerdir (37). Büken ve arkadaşlarının (2015) Ankara'da yapmış oldukları çalışmada çocuk adli olguların en çok baş-boyun (%31,42) bölgesinden yaralandığı, %80,57'sinde YT olmadığı, %6,92'inde YT olduğu belirtilmiştir (132). Çalışmamız sonucu en sık yaralanan bölge baş-boyun olarak bulunmuş olup literatürle uyumlu olduğunu görmekteyiz. Bunun nedeninin sonuçları çocukların vücut yüzey alanı dağılımının erişkinlerden farklı olmasına bağlı olarak başın çocuklarda erişkinlere nazaran vücuda göre daha büyük olması, bu nedenle düşme ve trafik kazası gibi yüksek enerjili fiziksel travmalarda ilk etkilenen bölge olduğunu düşünmekteyiz. En fazla yaralanan bölgenin baş-boyun olmasına bağlı olarak en fazla kemik kırığının da ilgili bölgede olacağını ve en sık nörokranyum kemik kırıklarının görülmesinin de bu durumla ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda en fazla yatışın Çocuk Cerrahi Servisi'ne olmasının nedeninin, üniversite hastanemizde Çocuk Yanık Ünitesi olması sebebiyle çevre illerden gelen yanık vakalarının da etkisiyle birinci sıraya yükselmesi olduğunu düşünmekteyiz. Ağır derecede kırık skoru olan, BTM ile giderilemeyecek ölçüde ve YT'ye neden olan yaralanmaların literatüre görece fazla olmasının nedeninin, ili içi ve dışı komplike, ileri tetkik ve tedavi gerektiren olguların üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanemize sevk edilmesi olduğunu düşünmekteyiz ve üçüncü basamak sağlık hizmeti vermenin de bir sonucu olarak sevk oranının düşük olduğunu görmekteyiz.

5.1. Çalışmamızın Sınırlılıkları

Hastane kayıt sistemi verilerindeki eksik veya yetersiz bilgi nedeniyle çalışmamızda oluş şekli tanımlanmamış trafik kazası çeşitlerinin olması, araç içi ve araç dışı trafik kazaları ayrımının yapılamamasına, düşme olgularında yükseklik veya düşme konumunun belirtilmemesi olguların düşme mesafelerinin sınıflandırılmamasına neden olmuştur. Söz konusu verilerin bilimsel araştırmalarda kullanılabilmesi için hekimlerin hastane kayıt sistemine eksiksiz veri girmesi, olguları detaylandırması son derece önemlidir.

Sevk edilen vakaların sevk edildikleri hastane kayıt sistemindeki verilerine

ulaşılamaması, ilgili vakaların klinik sonuçlarında sevk olarak değerlendirilmiş ve ölüm-taburculuk durumları hakkında bilgi edinilememesi çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir.

şehirdeki diğer hastanelere başvuran ocuk adli olguların çalışmaya dahil edilmemesi vakaların demografik özellikleri, yaralanma şekli ve bölgelerinde farklılıklara neden olabileceğinden çalışmanın kısıtlılığı olarak kabul edilmiştir.

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile ocuk, Ergen ve Ruh Sağlığı Hastalıklarına yapılan adli başvurular, ilgili bölümler dışındaki hastane personeli erişimine açık olmayıp intihar, istismar, uyurşturucu ve uyarıcı madde kullanımı olan vakaların çalışmadan çıkarılmasına neden olmuştur.

Cinsel istismar olgularında iç beden muayenesine ilişkin kayıtların hasta mahremiyeti gereğince hastane sistemine işlenmemesi nedeniyle cinsel istismar olgularının özellikleri değerlendirilememiş ve çalışmanın sınırlılığı olarak kabul edilmiştir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuklar, düşme, trafik kazası, zehirlenme, istismar ve ihmal, darp, ateşli silah yaralanmaları ve penetran alet yaralanmaları gibi biyopsikososyal açıdan etkilenebilecekleri birçok adli olayla karşılaşabilmektedir. Adli olayların bir kısmı çeşitli sebeplerle herhangi bir sağlık müessesine yansımamakta, yansıyanların bir kısmı da adli olgu olarak değerlendirilmemektedir. Çalışmamızda, 5 yıllık süreçte hastanemize başvuran çocuk adli olgular ayrıntılı bir şekilde incelenmiştir.

Yanık olguları dışındaki tüm adli başvuru çeşitlerinde TC vatandaşlarının oranı, yabancı uyruklulardan fazladır. TC vatandaşı çocuk adli olgularda en sık başvuru sebebi düşme iken, yabancı uyruklularda bunun yanık olduğu izlenmiştir. Adli vakalar değerlendirilirken toplumun demografik değişkenlerinin göz önünde bulundurulması ve alınacak önlemlerin planlanmasında buna dikkat edilmesi önem arz etmektedir.

Çocuk adli olguların en sık başvuru sebeplerinden biri olan düşme olguları en çok 1-4 ve 5-9 yaş grubunda görülmektedir. Düşme olgularında erkeklerin oranı kadınlardan fazladır. Düşme, çoğunlukla ev içinde meydana gelirken en fazla yaralanma görülen bölge de tüm çocukluk çağı yaralanmalarında olduğu gibi baş-boyundur. Bu nedenle ailelerin eğitimi ve ev içinde bu tür yaralanmaları önleyici güvenlik tedbirlerinin alınması düşme olguları sayısının azaltılmasında önem arz etmektedir. Travma geçiren olgulara olay yeri ve acil ünitelerinde, yerinde ve hızlı müdahalelerin hayat kurtarıcı olduğu, böylelikle travmalara sekonder oluşabilecek yaralanmaların azaltılabileceği unutulmamalıdır. Toplumun yaralanma ve kazalar konusunda eğitilmesi, sağlık çalışanlarının travma geçiren hastalara yaklaşım hususunda süreklilik gösterecek şekilde hizmet içi eğitim alması, acil servis, ilk yardım birimleri ve diğer sağlık kurumları arasında eşgüdüm sağlanması oldukça önemlidir. Düşme olgularının azaltılması yerel yönetimler, kurumlar, toplum ve sağlık çalışanlarının katıldığı multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir.

Yüksek enerjili travmalardan biri olan trafik kazaları erişkinlerde de sık görülen fiziksel travmatik yaralanmaların başında gelmektedir. Araç içi trafik kazaları diğer trafik kazası çeşitlerinden daha fazla görülmesine rağmen araç dışı trafik kazalarının daha fazla YT'ye neden olmuştur. Çocuk trafik kazası olgularında erkeklerin oranı kadınlardan fazladır. Tüm trafik kazası çeşitleri birlikte değerlendirildiğinde en sık yaralanan bölge

baş-boyun olup en fazla görülen kemik kırığı da nörokranyumdaki kemik kırıklarıdır. Araç dışı trafik kazalarını önlemeye yönelik olarak yaya geçidi işaretlendirmeleri, kasisler, geniş kavşaklar, ışıklandırma, üst ve alt geçitler gibi yayalara yönelik önlemlerin artırılması, sosyal medya ve basında bu hususlarda kamu spotu gibi bilgilendirici yayınlar yapılması gerekmektedir. Araç içi trafik kazalarını önlemeye yönelik, çocuk koltuğu ve emniyet kemeri kullanımını teşvik edici yayınlar yapılmalı ve trafik denetimleri artırılmalıdır. Trafik kazası olgularının azaltılması yerel yönetimler, kurumlar, toplum ve sağlık çalışanlarının katıldığı multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir.

Çocuk zehirlenme olguları en sık 1-4 yaş grubunda görülmektedir. Erkek zehirlenme olgularının sayısı kadınlardan daha fazladır. Tüm yaş grupları ele alındığında en sık zehirlenme etkeni ilaçtır. Erkeklerde korozif maddelere bağlı zehirlenme olguları daha sık iken kadınlarda ilaç zehirlenmeleri daha sıktır. Çocukluk çağı zehirlenmelerinin çoğu evde bulunan yetişkinlere ait ilaçların ve temizlik malzemelerinin çocuklar tarafından yutulması sonucu gerçekleşmektedir. Çocuklarda zehirlenmelerin önüne geçilmesi için ailelere evde bulunan ilaçlar, pestisitler ve temizlik malzemelerinin çocukların erişemeyeceği yerlerde saklanması konusunda bilgi verilmeli, diğer zehirlenme etkenlerine yönelik; bilinmeyen mantar türleri tüketilmemeli, uçucu maddelerin çocuklara satışının önüne geçilmesi adına denetimler yapılmalı, doğalgaz ve CO zehirlenmelerini engellemek için özellikle kış aylarında baca temizliği ve ısıtma sistemleri denetimlerinin yapılması gerekmektedir.

Ergenlik döneminde görülen sorunlardan biri de intihar girişimleridir. En sık kullanılan intihar metodu ilaç ile intihar girişimidir. İntihar girişiminde bulunan kadın sayısı erkeklerden daha fazladır. İntihar girişimleri hormonal ve fiziksel değişimlerin görüldüğü adölesan dönem çocuklarda görülmektedir. Adölesan dönem intiharlarına neden olan risk faktörlerine karşı okul ve aile iş birliğiyle stresle başa çıkma, öfke kontrolü, kişiler arası ilişkiler ve sorun çözmeye yönelik beceriler kazandırılmalıdır. Akademik başarısı ve okula ilgisi düşük olan ergenlerin ilgilerini arttıracak girişimlerde bulunulmalıdır. Ergenlerin özgüvenlerini arttırmak için yapılacak aktiviteler ve girişimler kendine zarar verme davranışının tekrarlama olasılığını azaltabilir. İletişimin ve olumlu ilişkilerin geliştirilmesinde yaşıt iletişiminin desteklenmesine yönelik danışmanlık yapılmalı ve eğitim verilmelidir.

Çocuk adli vakalarda ele alınması gereken önemli konulardan biri de istismar olgularıdır. Her yaşta ve tipte görülmekle birlikte cinsel istismar olgularının oranı daha

fazladır. Kk ya gruplarında çocuklar kendini ifade etmekte zorlanmakta, cinsiyet kavramı gelimediğinden mağduriyetlerinin farkında olmayabilmektedirler. Kültürümüzde cinsellikle ilgili konuların ayıp olarak nitelendirilmesi çocukların cinsel istismara uğradığını söylemesine engel olmaktadır. ocuk istismarının tespitinde doktorların farkındalığı, bu hususta motivasyonu ve bilgi birikimi önemlidir. ocuk istismarı ile mücadelede doktorlara, psikologlara, sosyal hizmet ve ocuk gelişim uzmanlarına büyük görevler düşmektedir. Sağlık alıanları, aileler ve toplum eğitilerek duyarlı ve bilinçli hale getirilmelidir. Sağlık alıanları, öğretmenler ve aileler çocuklarda istismar belirtisi gördüklerinde adli mercilere ihbarda bulunmalıdır. Okullarda, sağlık merkezlerinde çocuklara küçük yalardan balayarak cinsel eğitim verilmeli ve toplumsal duyarlılığın artmasına yönelik programlar düzenlenmelidir. İstismar olgularının azaltılması için tüm toplum bileşenlerinin i birliği içinde hareket etmesi, yaptırımların artırılması, denetimlerin sıklatırılması, farkındalığın artırılması gereklidir. Ayrıca toplum baskısı sebebiyle bu olguların kayıt dışı kalmasının önüne geçilmesi için çaba sarf edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. United Nations International Children's Emergency Fund. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. <https://www.unicef.org/turkiye/çocuk-haklarına-dair-sözleşme> 10 Şubat 2024.
2. Türk Ceza Kanunu, T.C. Resmî Gazete, sayı: 5237, 12 Ekim 2004.
3. Celbiş O, Oruç M, Çelebi A. Adli Olguya Yaklaşım ve Malpraktis. İçinde: Celbiş O, İşcan MY (editörler). Adli Bilimler: Kimlik, Yeniden Yapılandırma ve Ölüm, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016 :23-59.
4. Turla A, Aydın B. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesine Başvuran Adli Nitelikteki Çocuk 0-18 Yaş Olguların Değerlendirilmesi. The Bulletin of Legal Medicine 2007, 12(3): 106-11.
5. Baysal SU, Birinci A. Çocukluk çağında kazalar ve yaralanma kontrolü. Türkiye Klinikleri Pediatric Sciences-Special Topics 2006, 2(2): 64-78.
6. World Health Organization. Number of deaths among children under-five. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-under-five-deaths> 11 Şubat 2024.
7. World Health Organization. Number of deaths among children ages 5 to 9 years. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-deaths-among-children-ages-5-to-9-years> 11 Şubat 2024.
8. World Health Organization. Number of deaths among adolescents 10-19 years of age. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-deaths-among-adolescents-10-19-years-of-age> 13 Şubat 2024.
9. Çöloğlu AS, Çakalır C. Çocuk ölümleri. İçinde: Soysal Z, Çakalır C (editörler). Adli Tıp Cilt 1, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1999: 377-404.
10. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. The Lancet 1997; 349(9064): 1498-504.
11. Wang MY, Kim KA, Griffith PM, Summers S, McComb JG, Levy ML, et al. Injuries from falls in the pediatric population: an analysis of 729 cases. Journal of pediatric surgery 2001, 36(10): 1528-34.
12. Hall JR, Reyes HM, Horvat M, Meller JL, Stein R. The mortality of childhood falls. The Journal of trauma 1989, 29(9): 1273-5.

13. Boztaş G, Özcebe H. Trafik kaza yaralanmalarında ikincil korunma: Çocuk araba koltukları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005,14(4): 68–9.
14. Kerimoğlu E, Atay İM. Ergenlerde İntihar Davranışı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2003, 10(3): 128–36.
15. Watson WA, Litovitz TL, Klein-Schwartz W, Rodgers GC Jr, Youniss J, Reid N, Rouse WG, Rembert RS, Borys D. 2003 annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *The American journal of emergency medicine* 2004, 22(5): 335–404.
16. Tercan M. Çocuğun Ana Babası Tarafından Fiziksel İstismarı ve İhmali. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara; Ankara Üniversitesi, 1995.
17. Fukunishi K, Takahashi H, Kitagishi H, Matsushima T, Kanai T, Ohsawa H, Sakata I. Epidemiology of childhood burns in the critical care medical center of Kinki University Hospital in Osaka, Japan. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries* 2000, 26(5): 465–9.
18. Cotton, B. A., & Nance, M. L. Penetrating trauma in children. *Seminars in pediatric surgery* 2004, 13(2): 87–97.
19. Bhagvan, S., Ng, A., & Civil, I. Penetrating thoraco-abdominal injuries: the Auckland City Hospital experience. *ANZ journal of surgery* 2011, 81(9): 595–600.
20. Akarca M. Çocukların ceza hukukundaki yeri ve çocukların korunması. http://www.anayasa.gov.tr/files/insan_haklari_mahkemesi/sunumlar/ym_4/Akarca.pdf 15 Şubat 2024.
21. Yalaki Z, Taşar MA, Kara N, Dallar Y. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Olan Ailelerin Ev Kazaları Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2010, 9(3): 129-33.
22. Safe Kids Worldwide. Raising Safe Kids: One Stage at a Time. A study of child development and unintentional injury. <https://www.safekids.org/sites/default/files/documents/ResearchReports/Raising%20Safe%20Kids%20One%20Stage%20at%20a%20Time%20March%202009.pdf> 10 Mart 2024.
23. İnanç DÇ, Baysal SU, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk çağı yaralanmalarında hazırlayıcı nedenler Orijinal Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi* 2008, 43(3): 84-8.
24. İnce T, Yalçın SS, Yurdakök K. Çocukluk çağında ciddi kaza sıklığı ve risk faktörleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2014; 57(3): 173-82.

25. Pakiş I, Karapirli M, Yaycı N. Üzerine Kaza ile Cisim Düşmesine Bağlı Çocuk Ölümleri. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010, 2: 81-4.
26. Turan Y, Uysal C, Korkmaz M, Yılmaz T, Göçmez C, Özevren H, Gören S, Ceviz A. Kaza ile üzerine cisim düşmesine bağlı hastaneye başvuran hastaların değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi 2015, 42(1): 51-4.
27. Rivara FP. Developmental and behavioral issues in childhood injury prevention. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics 1995, 16(5): 362-70.
28. Demirci ř, Doğan KH, Erkol Z, Deniz İ. Konya'da 2001-2006 yılları arasında meydana gelen 0-18 yaş grubu ölümler. Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences 2007, 4(3): 121-6.
29. Meel B. Mortality of children in the transkei region of South Africa. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology 2003, 24(2): 141-7.
30. Kurt S. Çocuk Haklarına İlişkin Temel Uluslararası Belgeler ve Türkiye Uygulaması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2016, 16: 99-127.
31. Dragu M, Salem A, Marinescu M. Forensic assessment of blunt thoracic trauma- correlations between pattern of injuries and trauma dynamics. Romanian Journal of Legal Medicine 2009, 17(2): 122-6.
32. Allnutt SH, Chaplow D. General principles of forensic report writing. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2000, 34(6): 980-7.
33. Ackerman MJ. Forensic report writing. Journal of Clinical Psychology 2006, 62(1): 59-72.
34. Cook R, Evett IW, Jackson G, Jones, PJ, Lambert JA. (1998). A model for case assessment and interpretation. Science and Justice 1998, 38(3): 151-6.
35. Yavuz MF, Yavuz MS. Adli rapor standardizasyonu ve adli raporlarda görülen eksiklikler. Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences 2006, 2(50): 28-33.
36. Çınar O, Acar Y, Çevik E, Kılıç E, Bilgiç S, Ak M, Cömert B. Analysis of forensic cases in the 0-18 years age group that were presented to emergency department. Anatolian Journal of Clinical Investigation 2010, 4(3): 148-51.
37. Korkmaz T, Erkol Z, Kahramansoy N. Acil servise gelen pediatrik adli olguların değerlendirilmesi: Retrospektif bir çalışma. Haseki Tıp Bülteni 2014, 52(4): 271-7.
38. Cekin N, Hilal A, Gulmen MK ve Kar H, Aslan M, Özdemir MH. Medicolegal childhood deaths in Adana, Turkey. The Tohoku Journal of Experimental Medicine

2005, 206(1): 73-80.

39. İnanc D. Çocukluk Çağı Yaralanmalarda Davranışsal Belirleyiciler Neyi Gösteriyor? Klinik Çocuk Forumu Dergisi 2004, 4(2): 6-11.
40. Kisser R, Giustini M, Rogmans W, Turner S. Injuries in the European Union 2009-2018. https://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/Report%20Injuries%20in%20EU%202009-2018%20FINAL%20SEPT%2021_pdf.pdf 10 Nisan 2024.
41. Nazlıcan E, Demirhindi H, Karaömerlioğlu Ö, Akbaba M, Gökel Y. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Büyük Acil Servisine Başvuranlarda Ev Kazalarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008, 7(2): 137-40.
42. Sharma BR, Harish D, Sharma V, Vij K. Road-traffic accidents-a demographic and topographic analysis. Medicine, Science and the Law 2001, 41(3): 266-74.
43. Sever M, Saz EU, Koşargelir M. Bir üçüncü basamak hastane acil servisine başvuran adli nitelikli çocuk hastaların değerlendirilmesi. Ulus Travma ve Acil Cerrahi Dergisi 2010, 16(3): 260-7.
44. Serinken M, Özen M. Pediyatrik yaş grubunda trafik kazası sonucu oluşan yaralanmalar ve özellikleri. Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi 2011, 17(3): 243-7.
45. Baskın Embleton D, Ertoran İ, Önen N, Özkan A, Mersin H, Tekeli MC. Trafik Kazalarında Çocukluk Çağında Mortalite ve Morbiditenin Değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi 2016, 17(3): 4-88.
46. Türkiye İstatistik Kurumu. Çocuk İstatistikleri-Sağlık. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=209&locale=tr> 12 Nisan 2024.
47. Phom Tam N, Gibran Nicole S, Heimbach David M. Evaluation of the burn wound: management decisions. In: Herndon David N (eds). Total Burn Care, 3rded. Philadelphia, Elsevier, 2007:119-26
48. Sheridan RL. Burn care for children. Pediatrics in Review 2018, 39(6): 273-86.
49. Peden M, McGee K, Sharma G. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva, World Health Organization, 2002: 27-34.
50. Pruitt Jr BA, Wolf SE, Mason Jr AD. Epidemiological, demographic, and outcome characteristics of burn injury. In: Herndon DN ed. Total Burn Care. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2007: 14-32.
51. Uğur Baysal S. Yanıklardan korunma. İçinde: Yakıncı C, Yeşilada E (editörler). Koruyucu Sağlık Rehberi, 2. Baskı. Ankara: Türk Eczacıları Birliği Eczacılık

Akademisi, 2013: 183-8.

52. Lloyd, EC, Rodgers BC, Michener M, Williams MS. Outpatient burns: prevention and care, American family physician 2012, 85(1): 25–32.
53. Hilton, Genell MS, CRNP, CCRN. Thermal Burns: The ABCs are crucial, since the major threat is often inhalation injury. American Journal of Nursing 2001, 101(11): 32-4.
54. Milner SM, Mottar R, Smith CE. The Burn Wheel: An innovative method for calculating the need for fluid resuscitation in burned patients. AJN The American Journal of Nursing 2001, 101(11): 35-7.
55. Dökmeci İ, Dökmeci HA. Toksikoloji Zehirlenmelerde Tanı ve Tedavi. 5. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2009: 1-29.
56. Vural N. Toksikoloji. 1. Baskı. Ankara, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları, 2005: 1-20.
57. Özdemir R, Bayrakçı B. Zehirlenmeler ve Hacettepe Deneyimi. Katkı Pediatri Dergisi 2009, 31: 47-68.
58. Sahin S, Carman KB, Dinleyici EC. Acute poisoning in children; data of a pediatric emergency unit. Iranian journal of pediatrics 2011, 21(4): 479-84.
59. Mc Kenzie LB, Ahir N, Stolz U, Nelson NG. Household cleaning productrelated injuries treated in US emergency departments in 1990-2006. Pediatrics 2010, 126(3): 509-16.
60. Kırcı GS, Öztürk DU, Bölükbaşı HS. Evaluation of Intoxication Case Application to the Child Emergency Department Between 2016-2021. The Bulletin of Legal Medicine 2023, 28(1): 66-73.
61. Yürürdurmaz B, Ünüvar Göçeoğlu Ü, Kıymet ME, Balcı Y. Muğla İli Adli Tıp Polikliniğinde Rapor Düzenlenen Kaza Orijinli Zehirlenme Olgularının Değerlendirilmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi 2020, 7(2): 76-80.
62. Çetin G, Yaralar, İçinde: Adli Tıp Ders Kitabı. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2011: 255-81.
63. Erkol ZZ, Büken B. Yaralar. İçinde: Celbiş O, Işcan MY (editörler). Adli Bilimler: Kimlik, Yeniden Yapılandırma ve Ölüm, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016 :111-44.
64. Macpherson A, Schull M. Penetrating trauma in Ontario emergency departments: a population-based study. Canadian Journal of Emergency Medicine 2007, 9(1): 16-

20.

65. Melling L, Lansdale N, Mullassery D, Taylor-Robinson D, Jesudason EC. Penetrating assaults in children: often non-fatal near-miss events with opportunities for prevention in the UK. *Injury* 2012, 43(12): 2088–93.
66. Cotton BA, Nance ML. Penetrating trauma in children. *Seminars in pediatric surgery* 2004, 13(2): 87–97.
67. Sandler G, Leishman S, Branson H, Buchan C, Holland AJA. Body wall thickness in adults and children—Relevance to penetrating trauma. *Injury* 2010, 41(5): 506–9.
68. Ottochian M, Salim A, DuBose J, Teixeira PG, Chan LS, Margulies DR. Does age matter? The relationship between age and mortality in penetrating trauma. *Injury* 2009, 40(4): 354–7.
69. Bhagvan S, Ng A, Civil I: Penetrating thoracoabdominal injuries: the Auckland City Hospital experience. *ANZ Journal of Surgery* 2011, 81(9): 595-600.
70. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük. <https://sozluk.gov.tr/> 15 Mayıs 2024.
71. Keskinoglu P, İnan F. Analysis of Trauma Cases Admitted To A State Hospital Emergency Department. *Gazi Medical Journal* 2014, 25(1): 1-4.
72. Sayıl I. İntihar Davranışı ve Epidemiyolojisi. İçinde: Doğan O (editörler). *Psikiyatrik Epidemiyoloji*, İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları, 2002: 118-23.
73. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması ve Yaş Grubuna Göre İntiharlar. <https://www.tuik.gov.tr> 25 Mayıs 2024.
74. Dodig–Curković K, Curković M, Radić J, Degmecić D, Fileković P. Suicidal behavior and suicide among children and adolescents—risk factors and epidemiological characteristics. *Collegium antropologicum* 2010, 34(2): 771–7.
75. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Youth suicide attempts: a social and demographic profile. *Australian and New Zealand journal of psychiatry* 1998, 32(3): 349–57.
76. Boeninger DK, Masyn KE, Feldman BJ, Conger RD. Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2010, 40(5):451–64.
77. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Acta Medica* 2004, 35(2):82-6.
78. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, Miral S, Hanci H, Ersahin Y, Tepeli N, Bulguc A.G, Tiras B. Child abuse in Turkey: an experience in

- overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect* 2001; 25:279-90.
79. Bahar G, Savaş H A, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4(12): 51-64.
80. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006, 15: 153-7.
81. Kepenekçi YK. Hukuksal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001, 22(3): 262-76.
82. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002, 360(9339): 1083-8.
83. Kaplan S. Pyhysical abuse and neglect. In: Lewis M (eds). *Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*, 2nd ed. Baltimore, Db Williams & Wilkins, 1996: 1033-41.
84. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part 1: Physical and Emotional Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1999, 38(10): 1214-22.
85. Runyan D, Corrine W, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (eds). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002: 57-86.
86. Nurcombe B. Child sexual abuse I: psychopathology. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2000, 34(1):85-91.
87. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2004; 3: 76-80.
88. Arthur HG. Physical abuse of children. In: Wiener JM (eds). *Textbook of child & adolescent psychiatry*. 2nd ed. Washington, American Psychiatry Pres, 1997: 687-98.
89. Walrath C, Ybarra M, Holden EW, Liao Q, Santiago R, Leaf P. Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child abuse & neglect* 2003, 27(5): 509–524.
90. Jones ED, McCurdy K. The links between types of maltreatment and demographic characteristics of children. *Child abuse & neglect* 1992, 16(2); 201–15.
91. Koumbourlis A.C. Electrical injuries. *Critical care medicine* 2002, 30(11): 424-30.

92. Fontanarosa PB. Electrical shock and lightning strike. *Annals of emergency medicine* 1993, 22(2): 378–87.
93. Baker MD, Chiaviello C. Household electrical injuries in children. *Epidemiology and identification of avoidable hazards. American journal of diseases of children* 1989, 143(1): 59–62.
94. Rabban JT, Blair AJ, Rosen CL, Adler JN, Sheridan RL. Mechanism of pediatric electrical injury. New implications for product safety and injury prevention. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 1997, 151(7):696–700.
95. Jain S, Bandi V. Electrical and lightning injuries. *Critical care clinics* 1999, 15(2): 319-31.
96. World Health Organization. Animal bites. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/animal-bites> 2 Haziran 2024.
97. Stucky W, Loder RT. Extremity gunshot wounds in children. *Journal of Pediatric Orthopaedics* 1991, 11(1): 64–71.
98. Valentine J, Blocker S, Chang JHT. Gunshot Injuries in Children. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care* 1984, 24(11): 952–6.
99. Washington ER, Wayne AL, William AJR. Gunshot wounds to the extremities in children and adolescents. *Orthopedic Clinics of North America* 1995, 26 (1): 19–28.
100. Vatansever G, Yılmaz HL, Nalbant T, Kağan M, Almış H, Köker A, Çeleğin M, Tekşam Ö, Bozlu G, Havan M, Arslanköylü AE, Gülerüz O, Battal F, Özkaya PY, Yener N, Yıldızdaş D, Duran R, Tekin D, Ulukol B, Kendirli T. Clinical characteristics of firearm-related injuries in children in Turkey. *The Turkish journal of pediatrics* 2022, 64(6): 971-84.
101. DiMaggio C, Avraham J, Berry C, Bukur M, Feldman J, Klein M, Shah N, Tandon M, Frangos S. Changes in US mass shooting deaths associated with the 1994-2004 federal assault weapons ban: Analysis of open-source data. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 2019, 86(1): 11-9.
102. Newgard CD, Kuppermann N, Holmes JF, Haukoos, JS, Wetzel B, Hsia RY, Wang E, Bulger E, Staudenmayer K, Mann C, Barton E, Wintemute G. Gunshot injuries in children served by emergency services. *Pediatrics* 2013, 132(5): 862-70.
103. Sofer D. Gun violence and children. *AJN The American Journal of Nursing* 2017, 117(9): 14.
104. Goldstick JE, Cunningham RM, Carter PM. Current causes of death in children and

- adolescents in the United States. New England journal of medicine 2022, 386(20): 1955-6.
105. Cunningham RM, Walton MA, Carter PM. The major causes of death in children and adolescents in the United States. New England Journal of Medicine 2018, 379(25):2468-75.
 106. Fowler KA, Dahlberg LL, Haileyesus T, Gutierrez C, Bacon S. Childhood firearm injuries in the United States. Pediatrics 2017, 140(1): e20163486.
 107. Smith ER, Shapiro G, Sarani B. Fatal wounding pattern and causes of potentially preventable death following the pulse night club shooting event. Prehospital emergency care 2018, 22(6): 662-8.
 108. van Beeck EF, Branche CM, Szpilman D, Modell JH, Bierens JJ. A new definition of drowning: towards documentation and prevention of a global public health problem. Bulletin of the World Health Organization 2005, 83: 853-6.
 109. Gökırmak M, Avcı H, Kalkan S, Yildirim Z. An ARDS Case Due to Fresh Water Aspiration. Turkish Journal of Intensive Care Medicine 2006, 6(1): 52-7.
 110. World Health Organization. Drowning. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drowning> 9 Haziran 2024.
 111. Arslan MM, Cekin N, Hilal A, Kar H. Adana’da 1997- 2006 Yılları Arasında Meydana Gelen Suda Boğulma Olgularının İncelenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences 2008, 5(1): 13-8.
 112. Lakadamyalı H, Doğan T. Investigation of drowning cases in a tourism region of Turkey. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2008, 28(2): 143-8.
 113. Sultan TA, van As AB. Review of tracheobronchial foreign body aspiration in the South African paediatric age group. Journal of thoracic disease 2016, 8(12): 3787-96.
 114. İlçe Z. Çocuklarda Trakeobronşial Yabancı Cisim Aspirasyonu. Kocaeli Tıp Dergisi 2012, 2: 47-54.
 115. Meteroğlu F, Onat S, Birak A. İlginç yabancı cisim aspirasyonu olan üç olgu. Dicle Tıp Dergisi 2014, 41(3): 587-90.
 116. Çapan N, Alici İO. Trakeobronşial yabancı cisim aspirasyonu. Solunum Hastalıkları 2009, 20(1): 39-42.
 117. National Safety Council, Research and Statistics Department. Injury Facts 2008 Edition. Itasca, Ill: National Safety Council; 2008:8:14-5.
 118. Kaya A, Bilgin UE, Şenol E, Koçak A, Aktaş EÖ, Şen F. İzmir’de yapılan bebeklik

- dönemi adli otopsiler: 1999-2007. Ege Tıp Dergisi 2010, 49(3): 177-84.
119. İlhan H. Çocuklarda yabancı cisim aspirasyonları. Çocuk Cerrahisi Dergisi 2017, 31(1): 40-5.
120. Hasdıraz L, Biçer C, Bilgin M, Oğuzkaya F. Turban pin aspiration: non-asphyxiating tracheobronchial foreign body in young Islamic women. The Thoracic and cardiovascular surgeon 2006, 54(04): 273-5.
121. Soysal O, Kuzucu A, Ulutas H. Tracheobronchial foreign body aspiration: a continuing challenge. Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 2006, 135(2): 223-6.
122. Demirören K, Dülger AC, Ölmez Ş, Avcı V, Bilici S. Üst gastrointestinal sistem yabancı cisimleri olan çocuklarda fleksibl endoskopik işlem. Dicle Tıp Dergisi 2014, 41(1): 205-9.
123. Kaya F, Çiftçi İ, Seçkin AN. Çocuklarda yabancı cisim yutulmayı nadir bir yöntemle çıkartma. Selçuk Tıp Dergisi 2014, 30(2): 79-81.
124. Kay M, Wyllie R. Pediatric foreign bodies and their management. Current gastroenterology reports 2005, 7(3): 212-8.
125. Waltzman ML, Baskin M, Wypij D, Mooney D, Jones D, Fleisher G. A randomized clinical trial of the management of esophageal coins in children. Pediatrics 2005, 116(3): 614-9.
126. Wright CC, Closson FT. Updates in pediatric gastrointestinal foreign bodies. Pediatric Clinics of North America 2013, 60(5): 1221-39.
127. Gregori D, Scarinzi C, Morra B, Salemi L, Berchiolla P, Snidero S, Coradetti R, Passali D. Ingested foreign bodies causing complications and requiring hospitalization in European children: results from the ESFBI study. Pediatrics International 2010, 52(1): 26-32.
128. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu. Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi <https://www.atk.gov.tr/tckyaralama24-06-19.pdf> 20 Haziran 2024.
129. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Çocuk, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2023-53679> 20 Haziran 2024.
130. Özdemir AA, Elgörmüş Y, Çağ Y. Acil Servise Gelen Adli Nitelikli Çocuk Olguların Değerlendirilmesi. International Journal of Basic and Clinical Medicine. 2016, 4(1): 1-8.

131. Karakuş A, Zeren C, Karcıoğlu M, Tuzcu K, Çelikel A, Çalışkan K, Taşkın V, Arslan MM. Çocukluk Çağı Adli Olgularının Değerlendirilmesi ve Koruyucu Önlemler. Adli Tıp Dergisi 2013, 27 (2):100-6.
132. Büken E, Yaşar ZF. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi acil servisine başvuran adli nitelikteki çocuk olguların değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2015, 20(2): 93-8.
133. Özdeş T, Berber G, Kumral B. Kastamonu İlindeki 18 Yaş Altı Adli Olguların Değerlendirilmesi. International Journal of Basic and Clinical Medicine 2013, 1(3): 146-9.
134. Akça H, Oğlakçioğlu A, Güneri K. Çocuk Acil Servisine Başvuran Adli Vakaların Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi. Cerrahpaşa Medical Journal 2020, 43(3): 75–9.
135. Yazar A, Akın F, Türe E, Odabaş D. Çocuk Acil Kliniğine Başvuran Adli Vakaların Değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi. 2017, 44(4): 345–53.
136. Burak NB, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Erişkin ve Çocuk Acil Servislerine 2013-2022 Yılları Arasında Başvuran 18 Yaş ve Altı Yabancı Uyruklu Adli Vaka Olgularının Medikolegal Yönden Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi. Adli Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2023.
137. Ramos-Lacuey B, Herranz Aguirre M, Calderon Gallego C, Ilundain Lopez de Munain A, Gembero Esarte E, Moreno-Galarraga L. ECIEN-2020 study: the effect of COVID-19 on admissions for non-COVID-19 diseases. World Journal of Pediatrics 2021, 17: 85-91.
138. Sokoloff WC, Krief WI, Giusto KA, Mohaimin T, Murphy-Hockett C, Rocker J, Williamson KA. Pediatric emergency department utilization during the COVID-19 pandemic in New York City. The American journal of emergency medicine 2021, 45: 100-4.
139. Akelma H, Tarıkçı Kılıç E. Savaş, Yanık ve Çocuk: Suriye Savaşının Hastanemiz Yanık Ünitesine Yansımaları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2019, 28(5): 312-9.
140. Erdemli Ş. Acil Servise Başvuran Çocuk Adli Olguların İncelenmesi. Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2021.
141. Türkiye İstatistik Kurumu. Kent-Kır Nüfus İstatistikleri, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Kent-Kir-Nufus-Istatistikleri-2022-49755> 10 Temmuz 2024.
142. Kebila N.T. Acil Servise Başvuran 18 Yaş Altı Künt ve Penetran Travma

Hastalarının Retrospektif Analizi. Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2022.

143. Bilgin NG, Canbaz H, Mert E. Characteristics of forensic cases admitted to the emergency department of the Mersin University Hospital. Turkish Journal of Forensic Sciences 2004, 3(4): 37-44.
144. Mutto M, Lawoko S, Nansamba C, Ovuga E, Svanstrom L. Unintentional childhood injury patterns, odds, and outcomes in Kampala City: an analysis of surveillance data from the National Pediatric Emergency Unit. Journal of injury & violence research 2011, 3(1): 13-8.
145. Aytaç S, Özgenel GY, Akın S, Kahveci R, Özbek S. Güney Marmara Bölgesindeki Çocuklarda Yanık Epidemiyolojisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004, 30(3): 145-9.
146. Tekin R, Yolbaş İ, Selçuk CT, Güneş A, Özhasanekler A, Aldemir M. On beş yıllık çocuk yanık hastalarının değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi 2012, 18(6): 514-8.
147. Dereci S, Koca T, Serdaroglu F, Akçam M. Foreign body ingestion in children. Türk Pediatri Arsivi 2015, 50(4): 234-40.
148. Güler MK, İşlek A, Akgöl Gür ST. Yabancı Cisim Yutma Öyküsü veya Şüphesi Olan Çocukların Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi. Akdeniz Tıp Dergisi 2021, 7(2): 244-50.
149. Çobanoğlu U, Yalçinkaya İ. Trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonları. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi 2009, 15(5): 493-9.
150. Kafadar H, Kafadar S. Yabancı Cisim Aspirasyonu Olgularının İncelenmesi. Sakarya Tıp Dergisi 2019, 9(3): 479-84.
151. Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE. İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerin Değerlendirilmesi. Pamukkale Tıp Dergisi 2014, (3): 176-83.
152. Doğan M, Öztürk S, Esen F, Demirci E, Öztürk M.A. İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerin Değerlendirilmesi. Bozok Tıp Dergisi 2018, 8(3): 30-4.
153. Akın E, Berkem M. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikiyatrik Tanıların, Demografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 2012, 17(4): 228-32.
154. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E, İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerde Sosyodemografik ve Psikiyatrik Özelliklerin Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2006, 5(6): 444-54.

155. Toklucu MÖ, Akova S, Aydoğdu S, Yazar AS, Kul M. 2010-2012 Yılları Arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne Başvuran İntihar Girişimlerinin Demografik Özellikleri. Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi 2012, 4(3): 119-23.
156. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of child psychology and psychiatry 2006, 47:372-394.
157. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B. Adolesan intiharları ve kendilik imgesi. Türk Psikiyatri Dergisi 1993, 4: 29-38.
158. Yıldız AÖ, Uçar B. Eskişehir bölgesinde çocukluk çağı zehirlenmelerinin retrospektif değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003, 46: 103-13.
159. Sümer V, Güler E, Karanfil R, Dalkıran T, Gürsoy H, Davutoğlu M. Çocuk acil servisine başvuran zehirlenme olgularının geriye dönük olarak değerlendirilmesi. Türk Pediatri Arşivi 2011, 46(3): 234-40.
160. Yorulmaz A, Akbulut H, Yahya İ, Aktaş R, Emiroğlu HH, Peru H. Çocuk Acil Servisine Zehirlenme Nedeni ile Başvuran Olguların Geriye Dönük Olarak Değerlendirilmesi. Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi 2017, 4 :96-103.
161. Biçer S, Sezer S, Çetindağ F, Kesikminare M, Tombulca N, Aydoğan G, Aldemir H. Çocuk Acil Kliniği 2005 Yılı Akut Zehirlenme Olgularının Değerlendirilmesi. Marmara Medical Journal 2015, 20(1): 12-20.
162. Güzel IŞ, Kibar AE, Vidinlisan S. Çocuk acil servisine başvuran zehirlenme vakalarının demografik özelliklerinin incelenmesi. Genel Tıp Dergisi 2011, 21(3): 101-8.
163. Erkal S, Şafak Ş. An evaluation of the poisoning accidents encountered in children aged 0-6 years in Kırıkkale. The Turkish Journal of Pediatrics 2006, 48(4): 294-300.
164. Biçer S, Şengül A. Pediatrik yaş grubu zehirlenmelerinin tanı, tedavi ve takibinde çocuk acil servisinin etkinliği-2003 yılı vakalarının değerlendirilmesi. Toksikoloji Dergisi 2005, 3: 11-7.
165. Özcan T, Tosun A, İnan G, Yendur G, Özbek E, Can D, Önal H, Hastanemize başvuran zehirlenme olgularının değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002, 3(1): 5-8.
166. Koç F, Aksit S, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Çetin SK, Aslan A, Halıcıoğlu O, Erşahin Y, Turhan T, Çelik A, Şenol E, Kara S, Solak U. Çocuk istismarı ve

- ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. *Türk Pediatri Arşivi* 2012, 47(2): 119–24.
167. Çengel-Kültür E, Çuhadaroglu-Çetin F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *The Turkish journal of pediatrics* 2007, 49(3): 256–62.
168. Şahin F, Çepik-Kuruoğlu A, Demirel B, Akar T, Duyan-Çamurdan A, İşeri E, Demiroğulları B, Paslı F, Beyazova U, Oral R. Six-year experience of a hospital-based child protection team in Turkey. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2009, 51(4): 336–43.
169. Aksüt Y. Çocuk Cinsel İstismarının Sosyolojik Analizi (Malatya Çocuk İzlem Merkezi Uygulaması). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2020.
170. Eliaçık E, Kanık A, Kılıç TY, Karadaş U, Arıcı ZS, Metecan A, Oyman G, Rastgel H, Anıl M, Helvacı M, Bakiler AR. Bir eğitim araştırma hastanesi çocuk acil servisine başvuran trafik kazalarının değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi* 2013, 3(1): 20–3.
171. Orlowski, J. P. Cardiopulmonary Resuscitation in Children. *Pediatric Clinics of North America* 1980, 27(3): 495–512.
172. Saukko P, Knight B. Knight's Forensic Pathology, 4th ed. Florida, CRC press, 2016: 277–97.
173. Ersoy B, Balcı Y, Gök Y, Ünüvar Göçeoğlu Ü. Adli Tıp Polikliniğinde Adli Rapor Düzenlenen Çocuk Hastaların Değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi* 2020, 7(3): 116–23.

EKLER

EK-1. Kurum İzni



EK-2. Etik Kurul Onayı

