

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN
ADOLESAN HASTALARIN
SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. YAVUZ TOKGÖZ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2006

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN
ADOLESAN HASTALARIN
SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. YAVUZ TOKGÖZ

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç. Durgül Özdemir

İÇİNDEKİLER

İçindekiler	I
Tablolar Dizini	III
Şekiller Dizini	III
Ekler Dizini	III
Özet	1
Summary	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Adolesan Dönem	7
2.1.1. Tanım	7
2.1.2. Adolesan dönem alt grupları ve psikolojik gelişim özellikleri	8
2.2. Adolesan dönemi hastalıklarının epidemiyolojisi	9
2.3. Acil serviste adolesan	10
2.3.1. İntihar ve intihar girişimi	11
2.3.2. Psikiyatrik aciller	13
2.3.3. Yaralanmalar	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırma türü	16
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.3. Ölçme, değerlendirme, istatistiksel analiz yöntemleri	16
3.4. Veri toplama	18
3.5. İstatistiksel Analiz	19
4. BULGULAR	20
4.1. Sosyodemografik bulgular	20
4.1.1. Yaş ve cinsiyet	20
4.1.2. Eğitim düzeyi	20
4.1.3. Sağlık güvencesi	20
4.1.4. Sosyokültürel durum	21
4.1.5. Ekonomik durum	21
4.2. Başvuru yakınmaları	21
4.3. Aciliyet durumları ve etkileyen etmenler	23

4.4. Taburculuk tanılarının yaşa ve cinsiyete göre dağılımı	24
4.4.1. Yaralanmalar	27
4.4.2. Enfeksiyonlar	30
4.4.3. Psikiyatrik aciller	30
4.5. Hastaneye yatış	31
4.6. Adli vaka durumu	33
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇLAR	39
7. KAYNAKLAR	42
8. EKLER	46

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. İlk değerlendirmede aciliyet durum tanımlaması ve örnekleri	15
Tablo 2. Sosyokültürel durum, anne-babanın eğitim seviyesi ve meslek skorlaması	16
Tablo 3. Yaş ve cinsiyet dağılımları	18
Tablo 4. Sağlık güvencesine göre hastaların dağılımı	18
Tablo 5. Sosyokültürel duruma göre hastaların dağılımı	19
Tablo 6. Başvuru yakınmalarının dağılımı	19
Tablo 7. Yaş gruplarına göre başvuru yakınmalarının sistematik dağılımı	20
Tablo 8. Cinsiyete göre başvuru yakınmalarının sistematik dağılımı	21
Tablo 9. Aciliyet durumunu ile ilişkili sosyodemograik faktörler	22
Tablo 10. Aciliyet durumlarına göre hastalık durumları	23
Tablo 11. Cinsiyete göre hastalık durumları	24
Tablo 12. Yaş gruplarına göre hastalık durumları	25
Tablo 13. Yaş gruplarına göre yaralanma mekanizmaları	26
Tablo 14. Cinsiyete göre yaralanma mekanizmaları	27
Tablo 15. Hastaneye yatış tanıları	30
ŞEKİLLER DİZİNİ	
Şekil 1. Yaralanma mekanizmaları	26
Şekil 2. Yaralanma tipleri	27
Şekil 3. Enfeksiyon tanıları	28
Şekil 4. Hasta sonuçları	29
Şekil 5. Yatırılan servis	29
EKLER DİZİNİ	
Ek 1. Veri toplama formu	41
Ek 2. Etik kurul onay formu	43

ÖZET

ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN ADOLESAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Yavuz Tokgöz

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

İnciraltı-İzmir

Tlf: 232 412 52 40

AMAÇ: Bir yıl içinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisine başvuran 11-17 yaş arası adolesan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi, aciliyet durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi.

YÖNTEM: Çalışmaya 2005 yılı içinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisine başvuran 11-17 yaş arası adolesan hastalar alındı. Hastaların sosyodemografik özellikleri, başvuru yakınmaları, aciliyet durumları, tanıları, klinik izlem ve tedavi bilgilerini içeren veri toplama formu düzenlenerek tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma yapıldı.

BULGULAR: Araştırma süresi boyunca çocuk acil servisine başvuran 5645 hastanın 958 (% 16.9)'i adolesan yaş grubunda idi. Hastaların % 54.1'i erkek, % 56.6'sı 11-14 yaş grubunda idi. Hastaların % 3.3'ünün çok acil, % 47.1'inin acil, % 49.6'sının acil olmayan nedenlerden dolayı başvurduğu saptandı. Her iki cinsiyet arasında aciliyet durumu açısından anlamlı fark saptanmazken, 15-17 yaş grubunda acil hastaların oranı daha yüksek bulundu. Okula devam eden, sağlık güvencesi Emekli Sandığı olan, mesai dışı saatlerde ve hafta sonu günlerinde acil olmayan başvuru oranının daha yüksek olduğu saptandı. Çok acil veya acil hastalarda en sık başvuru nedeni yaralanmalar (% 46.0); acil olmayanlarda ise enfeksiyonlardı (% 63.3). Yaralanma ile başvuran hastaların çoğunluğu erkek iken abdominal, genitoüriner ve psikiyatrik acillerin çoğunluğu kız hastalardı.

Hastaların % 30.5'i yaralanma ile başvurdu. En sık görülen yaralanma mekanizması düşmeydi. Vakalarının yaklaşık dörtte üçünde kas-iskelet sistemi travması görüldü. Tüm başvuruların % 4.2'si psikiyatrik nedenlere bağlıydı. Psikiyatrik acillerin çoğunluğu intihar girişimi (% 48.8) ve bu hastaların da % 85.0'inin kız ve tamamında aşırı dozda ilaç içilmesi olduğu saptandı. Hastaların % 5.2'si hastaneye yatırıldı. En sık hastaneye yatış

tanısı % 46.0 ile akut batın idi. Tüm hastaların % 5.9'unda adli vaka bildirim yapıldı. Adli bildirim nedenleri yaralanmalar (% 61.4), intihar girişimi (% 35.0) ve yasadışı madde kullanımı (% 3.6) idi. İki (% 0.2) hasta öldü. Ölüm nedenleri birinde elektrik çarpması, diğerinde ise motosiklet kazası ile oluşan ağır yaralanmalardı.

SONUÇ: Çalışmamızda adolesan acillerinin çoğunluğunu yaralanmalar ve abdominal acillerin oluşturduğu saptandı. Tüm adolesan acil servis başvurularının yaklaşık yarısı acil olmayan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda çözümlenebilecek sorunlardı. Bu veriler ülkemiz sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması açısından yol gösterici olabilir. Adolesanları sıklıkla acil servise gitmeye yönelten sağlık sorunlarının tanımlanması acil servislerde daha iyi ve etkili sağlık hizmeti sunulması açısından önemlidir. Ayrıca ilgili kuruluşların adolesan sağlığı ile ilişkili sağlık politikası konusunda önemli adımlar atmasını sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELELER: Adolesan, acil servis, aciliyet durumu, sosyodemografik özellikler

SUMMARY

EVALUATION OF THE SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS ADMITTED TO PEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT

Dr. Yavuz Tokgöz

Dokuz Eylül University, School of Medicine

Department of Pediatrics

İnciraltı-İzmir

Tlf: 232 412 52 40

OBJECTIVE: To evaluate the sociodemographic and clinical characteristics of adolescent patients, aged between 11 and 17 years, admitted to Dokuz Eylül University Hospital Pediatric Emergency Department during a year, to assess the state of emergency and the effecting factors on the state of emergency.

METHODS: Adolescent patients, aged between 11 and 17 years, admitted to Dokuz Eylül University Hospital Pediatric Emergency Department during 2005 were enrolled in the study. A descriptive and cross-sectional study was performed by using a data recording form including information of sociodemographic characteristics, presenting complaints, the state of emergency, diagnosis, clinical course, and treatment.

RESULTS: Out of the 5645 patients admitted to the pediatric emergency department during the study period, 958 (16.9 %) were in adolescent age group. The 54.1 % of patients were male and 56.6 % were adolescents aged between 11 and 14 years. The 49.6 % of the patients admitted with non-urgent reasons, while 3.3 % with urgent and 47.1 % with emergent reasons. No significant difference was assessed regarding the state of emergency between two genders, while the rate of emergency was significantly higher in the 15-17 age group when compared with the 11-14 age group. The rate of non-urgent patients were significantly higher than the urgent patients in the school-attending, with a health insurance Emekli Sandığı, out of work time and weekend admission groups. In urgent or emergent patients, the most common reason for admission were injuries (46.0 %); infections (63.3 %) in the non-urgent patients. The majority of the patients with injury were male, while the majority of the patients were female in the abdominal, genitourinary and psychiatric emergencies.

The 30.5 % of the patients admitted with injury. The most frequent injury mechanism was fall. Musculoskeletal trauma was noted in approximately three-fourths of the patients. Among all admissions, 4.2 % were due to psychiatric causes. The most frequent cause of psychiatric admission was suicide attempt, and 85.0 % of these patients were female and all ingested drug overdose. The 5.2 % of the admitted patients were hospitalized. The most frequent hospitalizing diagnosis was acute abdomen (46.0 %). The 5.9 % of the admitted patients were forensic case. The causes of forensic reports were injuries (61.4 %), suicide attempt (35.0 %), and illegal substance abuse (3.6 %). Two patients (0.2 %) passed away. The cause of death was electrical burn in one patient and major injuries due to motorcycle accident in the other.

CONCLUSION: In our study, the majority of adolescent emergencies were injuries and abdominal emergencies. Near half of the adolescents presented with non-urgent reasons. The majority of non-urgent admissions could easily be managed by primary health care providers. These data may guide in re-constructing our country's health care system. Defining the health problems which frequently leads adolescents to admit emergency department is important on the subject of giving better and more efficient health care in the emergency departments. Furthermore, this approach will make incorporating community resources develop important steps for adolescent health care politics.

KEY WORDS: Adolescent, emergency department, the state of emergency, sociodemographic characteristics

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Adolesan dönem, son hızlı büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemidir (1). Bu dönem çeşitli kaynaklarda farklı belirtilmekle birlikte 11-21 yaş arası en son kabul edilen yaş aralığıdır (2). Erken (11-14 yaş), orta (15-17 yaş), geç (18-21 yaş) dönem olmak üzere üç döneme ayrılır ve her bir dönem kendi içinde biyolojik, psikolojik ve sosyal konularda çarpıcı özelliklere sahiptir (2,3). Bu dönem kompleks gelişim basamakları nedeni ile kendine has problemler ile karşımıza çıkar. Bu döneminin başlıca sorunları fiziksel büyüme ve gelişme, cinsel gelişim ve psikososyal gelişim ile ilgili sorunlardır (1-10). Bu sorunlar sağlık bakımı hakkında özel konular, ihtiyaçlar ve yaklaşımlar gerektirmektedir (2,8). Yetersiz sağlık güvencesi, uygunsuz/yetersiz servis alanları ve gizlilik hakkındaki kaygıları adolesanların sağlık merkezine başvurularını etkileyen birçok engelden birkaçıdır (2). Yapılan çalışmalarda adolesanların sağlık birimlerinden yararlanışlarının büyük kısmını davranışsal-psikososyal sorunlar ve yaralanmaların oluşturduğu saptanmıştır (2,7-11). Travma, cinayet ve intihar adolesan ölümlerinin önde gelen nedenleridir (12). Gelişmiş ülkelerde istenmeyen gebelik, seksüel geçişli hastalıklar ve madde kullanımının kabul edilemez derecede yüksek olduğunu saptanmaktadır (6-8,12). Travma ve şiddet 15-19 yaş arasındaki adolesan ölümlerinin % 80'ini oluşturmaktadır (6).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda adolesanlarda intihar girişimlerinin, madde bağımlılığı ve seksüel geçişli hastalık oranının arttığı ve bu hastaların primer sağlık bakım yerlerinin acil servisler olduğu gözlenmektedir (9). Literatürde, adolesan hastalarının acil servise başvuru nedenlerini inceleyen sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmaktadır. Genel olarak, bu çalışmalarda acil servislere başvuran hasta sayısı, yaş, cinsiyet, etnik köken gibi sosyodemografik özellikler, sağlık sigortası, başvuru şikayeti ve tanı ile ilgili bilgiler değerlendirilmiştir (2,7-10). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, tüm adolesan yaş gruplarında vakaların yaklaşık yarısının acil olmayan nedenlerle başvurduğu bildirilmektedir (2). Sağlık sorunlarının çözülmesi açısından çocuk acil servislerin uygun olmamasına rağmen adolesan hasta başvuru oranlarının artması, adolesan acillerinin klinik özelliklerinin belirlenmesini önemli kılmaktadır (10). Adolesan acillerinde yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken ve sosyoekonomik durumun önemli faktörler olduğu düşünülmektedir (2,6-10). Ülkemizde adolesan acillerinin klinik özelliklerini inceleyen çalışmaya rastlanmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi (DEÜTF) Hastanesi Çocuk Acil Ünitesine başvuran adolesan hastaların klinik ve epidemiyolojik özelliklerini değerlendirmek, aciliyet durumu ve bunu etkileyen etmenleri incelemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Adolesan Dönem

4.1.1. Tanım

Ondokuzuncu yüzyılın sonlarına kadar çocuk gelişimi ile ilgili kaynaklarda yer almayan adolesan kavramı ilk kez 1904 yılında Stanley Hall tarafından kullanılmış ve bu dönemin insan gelişiminde ayrı bir evre olduğunu ortaya konmuştur (13,14). Latince “gelişen” anlamında kullanılan bu terim son hızlı fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemi şeklinde tanımlanmaktadır (1). Dünya sağlık örgütü tarafından 10-19 yaş grubu adolesan dönem olarak belirtildi bu dönemi kesin yaş ile ayırmak zordur (15). Amerikan ulusal sağlık bilimi merkezinin birimi olan sağlık bakımı birimi tarafından 1994 yılında oluşturulan ölçütlere göre adolesan dönem 11-21 yaş arası olarak belirtilmektedir (2). Bu dönem kendi içinde erken, orta ve geç olmak üzere üç döneme ayrılır ve her bir dönem kendi içinde biyolojik, psikolojik ve sosyal konularda çarpıcı özelliklere sahiptir (2,3,5).

Bu dönem hormonal etkiyle ortaya çıkar (16). Gonadların ve ikincil cinsiyet belirtilerinin gelişmesi, büyüme ve kemik olgunlaşmasında belirgin hızlanma, vücut oranlarında ve vücut yapısında değişiklik adolesan döneminin başlıca fizyolojik özelliklerini oluşturur (5,16).

Adolesan dönemin ilk klinik belirtileri sağlıklı kız çocuklarında genellikle 10, erkeklerde 12 yaşında ortaya çıkar (16). Biyolojik değişikliklerin tamamlanması 3-5 yıl sürer (4,5,16). Bu sürede gonadlar olgunlaşarak kızlarda menstrual siklus ve ovulasyon, erkeklerde de spermatogenez başlar ve üreme kapasitesi olmayan çocuk organizması, üretken bir bireye dönüşür (4,5,16). Cinsiyet hormonlarının salgılanmasının artması ile cinse özgü ikincil cinsiyet karakterleri belirir (5,16,17). Bu değişikliklerin yanısıra boy büyümesinde ve kemik olgunlaşmasında belirgin hızlanma, vücut ağırlığında, çeşitli organların ve vücut kısımlarının boyutlarında bir artma görülür (5,16,17). Vücut yapısı çocuktan erişkine değişir (17). Seksüel dimorfizm (vücut yapısında kız ve erkek farklılığı) belirginleşir (16). Adolesan döneminin sonunda bireyin büyüme ve gelişmesi büyük oranda tamamlanmış olur (4,5,16).

Adolesan dönem insanın tüm yaşamında kısa bir dönem olmakla birlikte sağlıklı fakat çok çalkantılı bir dönemdir (13). Genellikle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen adolesan dönemi, gerçekte fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin tamamlandığı bir dönemdir (5,13). Böylece, çocuk 3-5 yıl gibi oldukça kısa bir sürede bir erişkinin vücut ölçülerini, biyolojik gelişimini ve üreme potansiyelini kazanır

(4,16,17). Psikososyal gelişim ise daha uzun sürer ve yirmili yaşlara kadar uzayabilir (5,13). Hızlı fiziksel büyümeye kendini henüz alıştırmamışken, cinsel gelişimin başlaması ve psikososyal değişimler bu yaş grubundaki kişinin kendisi ve çevre ile olan iletişimini etkilemektedir (13). Adolesan zaman zaman bu kadar fazla olan değişikliklere uyum sağlayamamaktadır (13). İşte bu dönemde adolesan; fiziksel büyüme ve gelişme, cinsel gelişim ve psikososyal gelişim ile ilgili sorunlarla karşılaşmaktadır (1,5).

2.1.2. Adolesan dönem alt grupları ve psikolojik gelişim özellikleri

a) Erken adolesan dönemi: 11-14 yaş arası kapsar (2,5,13). Bu dönemin en önemli özelliği, ergenliğe başlangıç ile birlikte ortaya çıkan biyolojik değişikliklerin ortaya çıkardığı baskıya karşı gencin uyum ve baş etme çabalarıdır (3,5). Yapılan çalışmalar bu dönemde gençlerin en büyük uğraşlarının bedenleri olduğu ve çoğunun bedenlerine yönelik hoşnutsuzluklar ifade ettiklerini ortaya koymaktadır (13). Birden uzayan kollar ve bacaklar sakarlıklara yol açabilmekte, büyüyen göğüsler, yüzde çıkan aknelere gençte çeşitli kaygılara yol açmakta, bedenine istediği şekli vermek için aşırı diyetler yapabilmektedir (3,13). Fiziksel değişikliklere ek olarak bu dönemde ortaya çıkan diğer önemli değişiklikler cinsel kimliğin ortaya çıkması ve soyut kavramları düşünebilme yetisinin gelişmeye başlamasıdır (3,5,13). Karşı cinse yönelmeden çok aynı cinsiyetle olan arkadaşlıklar kurulmakta zaman zaman homoseksüel ilişkiler görülebilmektedir (3,13). Düşünme yetisindeki gelişmeler genci yaşamın anlamı gibi felsefi veya dini soyut düşüncelere itebilmekte ve bazen bu konularda aşırı yönelmeler gözlenebilmektedir (3,5,13).

b) Orta adolesan dönemi: 15-17 yaş dönemini kapsar (2,5,13). Bu dönem gerek olgunlaşmanın gerekse öğrenmenin etkisiyle, uyum becerilerinin daha iyi kullanıldığı bir dönemdir (14). Pubertal değişiklikler ve bilişsel gelişme tamamlanmıştır (3,13). Genç genelleme yapabilir, soyut düşünebilir ve deneyimleriyle birleştirebileceği iç görüş geliştirebilir (3,5,13). Bu dönemde baş edilecek önemli konulardan biri cinsel kimlik gelişimidir (5,13). Beden gelişiminin tamamlanmasıyla birlikte her iki cins de kendilerini kız ve erkek olarak tanımaya, tanımlamaya ve buna uygun sosyal davranışlar edinmeye başlarlar (13). Genç genetik ya da başka etkenler nedeniyle yaşının gelişimsel normlarına ulaşamamış olursa bedenine ilişkin olumsuz duygular ve algılar hissedebilir (3,5,13). Bu duygularla baş edilememesi anksiyete, depresyon gibi belirtilere neden olabileceği gibi bazı durumlarda cinsel sapmalara yol açabilir (3,5). Anne babadan ayrışma süreci bu dönemde görülür (13). Aileden ayrışma ve bağımsızlık kazanma çabaları bu dönemde gençler için arkadaş gruplarının çok önem kazanmasına neden olur (3,13). Arkadaş

grubunun normları ailenin değerlerinin üzerine çıkabilir (3,13). Aynı cinsten arkadaşlıklar sürmekle birlikte karşı cinse yönelme başlar (3,5,13). Kendi cinsel kimliklerini kazanmalarıyla birlikte karşı cinse ilgi duyma, tanımaya çalışma önem kazanır (3,5,13).

c) Geç adolesan dönemi: 18 yaşında başlar, teorik olarak 21 yaşına kadar sürdüğü belirtildiğinde kişisel farklılıklar gösterir (2,5,13). Bireyin erişkin psikolojik olgunluğunu kazanıp toplum içinde erişkin rollerini almaya hazır duruma gelmesiyle sona erer (3,5,13). Bu dönem bir anlamda, ergenliğin başından beri yaşanan duyguların, geliştirilen becerilerin, kurulan özdeşimlerin birleştirildiği dönemdir (3,13). Bu birleşme sonucunda ergenliğin en önemli gelişimsel özelliği olan kimlik duygusu oluşur (3,5,13). Ergenlik boyunca gözlenen, öğrenilen, deneyim kazanılan çeşitli değerler harmanlanarak kendisine uygun olacak doğru ve yanlışları saptar, kendisine, temelde içinde yetiştiği aile ve toplumdan kaynaklanan ama kendi deneyimleri ve özellikleriyle farklılaşmış yeni bir değerler sistemi edinir (13). Karmaşık soyut düşünce, kurallar ile ahlak arasındaki fark tanınabilir, ani isteklerin kontrolü artar, dinsel ve politik ideolojilerin reddi konusunda daha fazla gelişim gözlenir (3,5,13). Sosyal özerklik gelişir, kişisel ilişkiler, mesleki beceriler ve parasal bağımsızlık gelişir (13). Genç ergenliğin sonunda kimlik duygusu edinmiş, yakın ilişkiler kurabilme, kendine iş ve eş seçebilme gibi becerileri kazanmış ve toplum içinde erişkin rollerini üstlenecek sorumluluğa sahip olarak bir sonraki gelişim dönemine geçer (3,5,13).

2.2. Adolesan dönemi hastalıklarının epidemiyolojisi

Davranışsal ve psikososyal tehlikeler ile yaralanma adolesanların sağlık bakım servislerinden yararlanımının büyük bir kısmını oluşturmaktadır ve büyük oranda hastalık ve ölümden sorumludur (6).

Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalara göre genel olarak tüm çocukluk çağı ayaktan hasta başvurularının yaklaşık dörtte üçünün doktor ofislerinde, % 14'ünün ise acil servislerden gerçekleştiği belirtilmiştir (6). Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir araştırmada 11-21 yaş grubunda adolesanlar incelenmiş olup bu yaş grubunun tüm yaş grupları içinde acil servise başvuru oranı % 15.8 bulunmuştur (2). Acil servis başvuruları incelendiğinde erkek ve geç adolesanlar yüksek oranda yaralanma, tüm yaş gruplarında hastaların yarısının acil olmayan nedenlerle başvurduğu saptanmıştır (2,6). Rutin poliklinik başvurularında akne, farinks veya sinus enfeksiyonu en sık tanılardır (18).

Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda, adolesan sağlığını etkileyen başlıca etkenlerin: erken ve istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, psikososyal sorunlar, yaralanmalar ve madde alımı ve kötüye kullanımındır (6,12). Sigara ve marihuana

içimi, alkol alışkanlığı ve zevk verici ilaçlar gibi sağlığı bozan alışkanlıklar adolesanlarda ciddi problemlere neden olmaktadır (19).

Otomobil ve motosiklet kazaları adolesan hastalık ve ölümlerinin önde gelen nedenlerdendir (12). Alkol, ilaç -marihuana gibi- kullanımı ve şiddet adolesanlarda öldürücü kazaların çoğunluğundan sorumludur (12,19-21).

Erişkin dönemdeki bazı kronik hastalıkların adolesan dönemden köken aldığı bilinmektedir (6). Kalp hastalıkları, diabet ve sigara içimi ile ilgili solunumsal hastalıklar en yaygın olanlarıdır (6,22). Obezite erişkin dönem kardiyovasküler hastalıkların ana risk faktörüdür (23). Kronik hastalıklar için sık rastlanan diğer riskler sigara içimi, sedanter yaşam, içki bağımlılığı adolesanlarda sağlığı tehdit eden belirgin faktörlerdendir ve bunlar çoğunlukla düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkilidir (6,16,22).

2.3 Acil serviste adolesan

Acil servis bazen poliklinik ve muayenehane hizmetlerine ulaşma şansı olmayan aileler tarafından kullanılmaktadır ve bu sağlık birimlerde rutin sağlık hizmeti verilmesinin sonucu olarak karşılaşılan yüksek maliyet acil servislerin yalnızca gerekli kullanımı sağlanarak düşürülmeye çalışılmaktadır (10). Her ne kadar acil servislerin görevi yaralanma ve hastalıkların tedavisini yürütmek olsa da bazı adolesanlar bu sağlık birimlerini rutin sağlık hizmeti almak amacıyla kullanmaktadır (8,10). Bu yanlış kullanımla ilgili olduğu düşünülen faktörler sağlık güvencesinin bulunmaması, okul ile ilişkili sağlık hizmetlerine ulaşamaması ve adolesan yaşının ileri olmasıdır (2,8,10).

Adolesanlar genel anlamda sağlıklı bir toplum dilimi olmalarına rağmen madde kullanımı, umursamaz yaşam biçimi, korunmasız cinsel ilişki ve genel sağlık hizmetleriyle düşük uyum gösterme gibi risk içeren davranışlara daha yatkın olduklarından ciddi morbidite ve mortalite problemleriyle karşı karşıya kalabilmektedirler (8). Randevusuz sağlık hizmeti veren acil servisler adolesanların spontan sağlık ihtiyaçları ve psikososyal sıkıntılarına çözüm aramak için tercih ettikleri birimlerdir (2,8,10). Tıbbi sorunlar direkt çözümlere yatkınken psikososyal problemler acil servis çalışanlarının kaldıramayacağı düzeyde işbirliği, uzmanlık ve organizasyon gerektiren sorunlardır (2,8).

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada adolesanların % 5'i, bir başka deyişle 1.5 milyon adolesanın acil servisi standart sağlık hizmeti almak amacıyla kullandığı saptanmıştır (10). Çokdeğişkenli modellerde acil servis kullanımı ile ilgili faktörlerin erkek cinsiyet, etnik köken, maddi sıkıntılar ve varoşlarda yaşamak olduğu saptanmıştır (2,7-8,10). Risk içeren davranışlara daha yatkın olan, fiziksel ve/veya cinsel taciz öyküsü bulunan ve depresyon skorları daha yüksek olan adolesanların acil servis

kullanımının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (10). Acil servisi düzenli olarak kullandığını ifade eden adolesanların aynı zamanda diğer birinci basamak sağlık hizmetleri ve düzenli doktor ziyaretlerinden yoksun olduğu ve ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin alamamış olduğu saptanmıştır (2,10).

Adolesanların acil servis kullanımı ile ilgili en kapsamlı çalışma 1994 yılında Ziv ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada acil servise başvuran bütün adolesan olgular başvuru sayısı, sağlık sigortası, başvuru nedenleri, başvuruların aciliyetleri, teşhisler, yatış oranları değerlendirilmiştir. Sonuç olarak toplumun % 15.4'ünü oluşturan adolesanların acil servislerden yararlanma oranı % 15.8 bulunmuştur. Adolesan dönemde sağlık sigortası olmama oranının diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında belirgin olarak daha yüksek olduğu, acil servise en sık başvuru nedeninin tüm yaş gruplarında yaralanma olduğu, yatış oranlarının çocukluk dönemi ile karşılaştırıldığında benzer olduğu, acil servise başvuru nedenlerine bakıldığında olguların yaklaşık yarısının acil olmadığı rapor edilmiştir (2).

Yapılan çalışmalarda adolesanların birinci basamak sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmadığı gösterilmiştir (2,7-10). Bu nedenle adolesan dönemde görülen psikososyal problemlerin, potansiyel risk içeren davranışların ve sağlık problemlerinin acil servis başvurularından ziyade okul klinikleri ve düzenli doktor ziyaretleri ile daha sağlıklı olarak çözüme ulaştırılacağı aşikardır (2,7-10).

2.3.1 İntihar ve intihar girişimi

Adolesanlarda ve çocuklarda intihar nedeniyle ölüm sıklığının artması, psikiyatrik ve sosyal hastalıkların daha iyi tanımlanması nedeniyle, bu yaştaki intiharlarda risk etmenlerinin belirlenmesinin önemi artmaktadır (24). Adolesan öncesi dönemde ve adolesanlarda intihar davranış kavramı: İntihar düşüncesi (istemli olarak kendine zarar verme ya da ölüm düşünceleri), intihar girişimi (istemli olarak kendine zarar verme davranışı), intiharı (ölümü) içermektedir (25).

Amerika Birleşik Devletleri kaynaklı istatistiklere göre intihar davranışı 15-24 yaş grubunda ölüm sebepleri arasında 3. sırayı alırken, 5-14 yaş grubunda 6. sırada yer almaktadır (6,24,26). Yaklaşık olarak 2 milyon adolesan her yıl intihar girişimi nedeniyle acil servislere başvurmaktadır ve geçmiş yıllara göre intihar girişimi sıklığında %19 artış saptanmıştır (27).

Türkiye'de Devlet İstatistik Enstitüsünün (DİE) verilerine göre intihar oranı 5-14 yaş grubunda milyonda 3-3.5 olarak bildirilmiştir (24). 1990 yılı verileri, cinse göre değerlendirildiğinde intihar hızı 5-14 yaş grubu erkeklerde milyonda 4.1, kızlarda ise

milyonda 2.6 olarak hesaplanmaktadır (28). Bununla birlikte resmi intihar rakamlarının gerçek değerlerinden yaklaşık % 40-50 oranında daha az olduğu tahmin edilmektedir (24). Çünkü intihar davranışı ülkemizde dahil olmak üzere pek çok ülkede toplumsal ve dinsel açıdan onaylanmamakta ve aşağılayıcı bir eylem olarak değerlendirilmektedir (24,28). Bundan dolayı doğal nedenlere veya kazalara bağlanan ölümlerin bir kısmı intihar sonucu olabilir (24,28). Ülkemizde 15-24 yaş grubunda tamamlanmış intiharların diğer yaşlara göre belirgin olarak yüksek olduğu görülmektedir (24,25). İntihar girişimleriyle ilgili kesin veriler bulunmamakla beraber tamamlanmış intiharların 30-100 katı olduğu düşünülmektedir (24).

Toplumsal örneklerdeki intihar oranları psikiyatrik hastalar arasındaki oranlara göre anlamlı derecede daha düşüktür (29). Psikiyatrik tedavi öyküsü olan çocuk ve adolesanlardaki intihar davranışının toplumdaki çocuk ve adolesanlardan 9 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (24,29).

Çocuk ve adolesanlarda intihar amacı ile çok çeşitli öldürücü yöntemler planlanmakta ve uygulanmaktadır (29,30). En sık rastlanan intihar şekli ilaç alımı olmakla birlikte kız ve erkek adolesanlarda en sık ölüme yol açan intihar şekli ateşli silahlarla yapılan girişimlerdir (24,29,30).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kızların erkeklere oranla daha fazla intihar girişiminde buldukları saptanmıştır (24,31). Kızların erkeklere oranla daha az ölümcül yöntemlere başvurduğu, erkeklere oranla daha gizli yardım isteme yöntemlerini yeğlediği ve adolesan dönemi sonrası kızlarda duygulanım bozukluklarının daha yaygın olduğu gibi bir dizi neden bu yaygınlığı açıklamak için öne sürülmüştür (24,27,29).

Adolesanlardaki intihar davranışına katkıda bulunan 3 faktör olduğu varsayılmaktadır: mizaç, tetikleyici faktörler ve sosyal çevre. Psikolojik otopsi çalışmaları depresif bozukluk, önceki intihar girişimleri, antisosyal davranış, madde kötüye kullanımı, impulsif ya da obsesif kişilik özelliklerinin intihar davranışına yatkınlık yaratan en önemli sebepler olduğunu öne sürmektedirler (24,27). Erkeklerde alkol kötüye kullanımı ve davranım bozukluğu, kızlarda ise depresyon sık görülmektedir (24). Disiplin krizi yaratan ani bir olay, kız ya da erkek arkadaştan ayrılma gibi ani stresörler, aşırı öfke, umutsuzluk gibi ruhsal durum değişiklikleri de intihar davranışında tetikleyici faktörler olarak rol oynamaktadırlar (24,29-31).

İntihar girişimi veya intihar eden adolesanlar sıklıkla acil serviste tedavi edilmektedir (27). Acil serviste tedavinin amacı intihar eden adolesanın acil olarak ve hastanın uzun dönemde güvenliği sağlayacak şekilde tedavisinin başlanmasıdır (27,30).

Yüksek riskli hastanın kısa dönemde hastaneye yatırılması, psikiyatrik tedaviyi de içeren detoksifikasyonu, bireysel ve grup tedavisinin başlanması gerekmektedir (6,24,27). Uzun dönem güvenli bakımı sağlamak oldukça güçtür ve tedavi esnasında aile ve hastanın uyumuna bağlıdır (27). Adolesan ve ailesinin tedavinin tamamlanmasının gerekliliğinin farkında olması tedavinin en önemli basamağını teşkil etmektedir (24,27).

2.3.2 Psikiyatrik aciller

Bu dönemde ortaya çıkan ruh sağlığı sorunları arasında en sık görülen psikiyatrik bozuklukların, anksiyete bozuklukları ve depresyon olduğu belirtilmektedir (32,33). Adolesanlarda anksiyete yaygınlığının, % 0.6'dan % 7'ye kadar geniş bir aralık gösterdiği belirtilmektedir (33). Ancak çalışmalarda, sosyoekonomik durum, yaş ve cinsiyet farklılığına yönelik bilgiler çok sınırlıdır. Adolesanların ve genç erişkinlerin yaklaşık dörtte birinde bir major depresyon epizodu (% 15.3) ya da minör depresyon epizodu (% 9.9) geçirdiği belirtilmektedir (32).

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan çalışmalarda 1971 ile 1987 yılları arasında acil servise başvuran psikiyatrik acillerin oranı % 150 oranında artarken aynı dönemde tıbbi acillerin artış oranı % 53 artmıştır (34). Bu ve benzeri veriler eşliğinde çocuk ve adolesanlarda emosyonel ve davranışsal problemlerin artması sürpriz olmamakta ve bu vakalar acil psikiyatri servisinde değerlendirilmeye başlanmıştır (33,34).

Adolesanların psikiyatrik problemler nedeniyle acil servis kullanımı ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bir çalışmada çocuk acil servisine başvuran tüm çocuk hastaların % 5'i psikiyatrik problemler nedeniyle olmaktadır (34). Yapılan diğer bir çalışmada psikiyatrik acillerin büyük çoğunluğunun (% 63) kendine zarar veren olgulardan oluştuğu bildirilmiştir (35). Bu olguların % 49'unda psikiyatrik bozukluk saptanmazken; % 27 oranında depresyon bu olgularda en sık saptanan psikiyatrik bozukluk olduğu belirtilmiştir (35). Kendine zarar verme dışında başvuran olgularda % 15.6 oranında psikopatoloji saptanmazken en sık psikiyatrik tanı psikoz (% 22) olup azalan sırayla anksiyete bozuklukları, ilaç ve alkol kullanımı, depresyon vb diğer tanılardır (11,35).

2.3.3 Yaralanmalar

Adolesan döneminin ana önlenemez problemi sakatlıklara ve ölümlere yol açan yaralanmalardır (21,36-38). Son yıllarda diğer yaş gruplarında yaralanma sonucu ölüm oranı azalırken adolesanlarda bu oran artmaktadır (36,37). Daha ileri yaşlarla karşılaştırıldığında da adolesan dönemde ölümlerin büyük çoğunluğu yaralanmalar nedeniyle olmaktadır (21,36-38). Son 50 yılda enfeksiyonlara bağlı ölümlerde belirgin bir düşme sağlanmışken, kaza sonucu oluşan yaralanmanın yüksek oranlarda ölüme yol

açması, yaralanmaları birinci derecede toplumsal sağlık problemi haline getirmiştir (6,21,37). Yaralanma nedenleri kasıtlı yaralanmalar (cinayet, intihar, tecavüz, çocuk istismarı, şiddet vb) ve kaza sonucu oluşan yaralanmalar (trafik kazaları, boğulmalar, zehirlenmeler vb) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (21,37). Kaza ile oluşan yaralanma adolesanlarda daha sık gözlenmekte ve adolesan ölümlerinin % 49'undan sorumludur (21). On beş yaş altında pnömoniden sonra en sık hastaneye yatış nedeni yaralanmalardır (21,37). Hastaneye yatış en sık motorlu araç kazaları, düşmeler ve zehirlenmeler ile oluşmaktadır (37).

Deneyimsizlik, risk davranışı alma, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi davranışların yaralanmaların temelinde yer aldığı belirtilmekte birlikte, adolesan yaş grubunun yaralanmalara yol açan kazalara karışmalarına neden olan kişisel faktörleri konusunda oldukça sınırlı bilgiler bulunmaktadır (37).

Madde kötüye kullanımı yaralanma mekanizmaları içinde önemli bir yere sahiptir (38). Alkol ve ilaç kullanımı kişilerin yüksek riskli aktivitelerde bulunmasının inhibisyonunu azaltır, bilinçsel ve fiziksel becerileri azaltarak yaralanmadan korunmasını engeller (21,36). Alkol ve bağımlılık yapıcı maddelerin başlama yaşı çoğunlukla adolesan dönemde olur. Bir çalışmada adolesanların % 30'dan fazlasının alkol kullandığı, 10'da birinin kokain kullandığı, % 14.6'sının inhalan maddeler kullandığı bildirilmiştir (36). Diğer bir çalışmada adolesanların % 75'nin en az bir kez alkol aldığını ve bunların % 20'sinin haftada bir düzenli olarak kullandığı rapor edilmiştir (39). Birçok çalışmada bağımlılık yapıcı madde kullanımı ile travma arasında ilişki olduğunu gösterilmiştir (21,36-40). Alkol kullanımı adolesan yaralanmalarının hemen hemen tamamı ile yakından ilişkilidir; örneğin motorlu araç kazaları, sıradan yaralanmalar, düşmeler, bisiklet kazaları, boğulma ve şiddet gibi (36-40). Yapılan taramalarda acil servise yaralanma ile başvuran olguların yarısında alkol pozitif saptanmıştır (21,36). Adolesanların yaralanma nedenleri arasında araç kazaları önemli yer tutmaktadır (20,21,36). Madde kullanımı ile bu risk daha da artmaktadır (38,41). Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinin % 13'ünün alkollü bir şekilde araç kullandığı ve trafik kazası ile ölen adolesanların % 29'u alkol nedeniyle kaza yaptığı saptanmıştır (21).

Kişiler arası ve toplumsal şiddet, fiziksel kötüye kullanım ve aile içi şiddet yaş ve cinsiyete göre belirgin oranlarda yaralanma ve ölümlere yol açan nedenler arasındadır (6,42,43). Özellikle genç nüfusu etkileyen bu durum endüstrileşme ile doğru orantılı olarak genç ölümlerinden daha fazla sorumlu tutulmaktadır (6,43). Şiddet içeren davranışlar için pik yaş 18'dir ve sonraki yaşlarda giderek azalmaktadır (42,43). Adolesanların şiddete

maruz kalma ihtimali diğerk yaş grupları ile karşılaştırıldığında daha yüksek oranda olmaktadır (44).

Spor sektörünün ekonomik boyutlarının büyümesi ve başarıya güdümlü spora katılım daha çok sayıda çocuk ve genci sporcu olmaya yöneltmekte buna paralel olarak spor yaralanmalarının sıklığı giderek artmaktadır (45). İngiltere’de yapılan bir araştırmada 1983-1998 yılları arasında çocuk yaralanmalarında % 54 oranında artış olduğu bu durumun spora katılımının artmasına bağlı olduğu belirtilmiştir (46). Ülkemizde genç nüfusun spora katılımı ve ortaya çıkan yaralanmalarla ilgili yeterli istatistiksel veri olmamasına karşın bu oranın gittikçe arttığı düşünülmektedir (45). Her üç okul çocuğundan birinin tedavi gerektiren ciddi bir spor yaralanmasına maruz kalma olasılığı olduğunu bildirmiştir (45,47).

Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda, acil servise adolesanların % 29 ile % 39 oranında yaralanma nedeni ile başvurduğu saptanmıştır (2,8,37). Acil servise başvuran adolesanlarda en sık karşılaşılan yaralanma nedenleri: düşmeler, darp, motorlu araç kazaları ve spor yaralanmalarıdır. Diğer nedenler ise boğulmalar, ateşli silah yaralanmaları, bisiklet kazaları ve yanıklar şeklinde sıralanabilmektedir (21,37).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma türü

Bu araştırma 2005 yılı içinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisine başvuran 11-17 yaş arası adolesan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendiren, aciliyet durumu ve bunu etkileyen etmenleri inceleyen tanımlayıcı -kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmaya 2005 yılı içinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisine başvuran 11-17 yaş arası adolesan hastalar alınmıştır. Tüm başvuruların % 50'sinin acil olduğu kabul edilerek (gerçek oran bilinmediği için) bu değerden % 5 sapma ile % 95 güven aralığında en az 663 hasta seçilmesi planlandı. Örneğe ulaşmak için mevsimsel farklılıklar göz önüne alındı. Örnek büyüklüğü her mevsimde gelen hasta sayısı ile orantılı olarak dağıtıldı. Her mevsimden basit rasgele sayılar tablosu yardımı ile bir ay seçildi (nisan, temmuz, ekim, aralık). Seçilen ayların ilk gününden itibaren gelen adolesan olgular en az o aya düşen hedef sayı tamamlanıncaya kadar çalışma kapsamı içine alındı.

3.3. Ölçme, değerlendirme, istatistiksel analiz yöntemleri

Bu çalışmada, Çocuk Acil Servisine başvuran adolesan hastaların sosyodemografik özellikleri, klinik ve epidemiyolojik özellikleri ilgili veriler oluşturulan araştırma formu üzerine kayıt edildi (Ek 1).

Değişkenler ve değişkenlerin ölçü biçimleri:

- a) Bağımlı değişken: Aciliyet durumu
- Çok acil
 - Acil
 - Acil değil

Aciliyet durumu, ilk değerlendirmede yakınma, öykü ve fizik bulgu ve belirtilerine göre çok acil, acil ve acil değil olarak değerlendirildi (48). Bu değişken tanımlamaları ve örnekleri Tablo 1'de verilmektedir

Tablo 1. İlk değerlendirmede aciliyet durum tanımlaması ve örnekleri

	Tanımlama	Örnekler
Çok acil	Yaşamı tehdit eden hastalığı veya acil müdahale gerektiren yaralanması olan hastalar	Kardiak arrest, nöbet, şok ağır solunum sıkıntısı, akut batın, ciddi ağrı, diyabetik ketoasidoz...
Acil	Anlamlı sağlık sorunu olan fakat hayati tehlike veya sekele yol açmayacak hastalık/yaralanması olmayan hastalar	Minör kırık, laserasyon, kontüzyon.....
Acil değil	Stabil sağlık durumu olan veya poliklinik koşullarında değerlendirilebilecek hastalar	Boğaz ağrısı, kulak ağrısı, peteşiyal olmayan döküntü, konstipasyon, soğuk algınlığı, dikiş alınması, kontrol...

b) Bağımsız değişken:

1) Sosyodemografik özellikler:

- Yaş: Hastaların hem kronolojik yaşı kaydedildi, hemde erken yada orta adolesan dönemde bulunmasına göre grup 1 (11-14 yaş) ve grup 2 (15-17 yaş) şeklinde ayrıldı.
- Cinsiyet
- Sosyal güvence: Emekli sandığı, Bağ-kur, SSK, Yeşil kart, Ücretli, Diğer (özel sağlık güvencesi vb) şeklinde sınıflandı.
- Hastanın eğitim düzeyi: Okula gidiyor yada gitmiyor şeklinde sınıflandırıldı.
- Anne-baba eğitim düzeyi : Okur-yazar değil, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite mezunu şeklinde sınıflandırıldı.
- Anne-baba mesleği
- Ailede yaşayan birey sayısı
- Ailede çalışan birey sayısı

- Aylık ortalama gelir: DİE verilerine göre yoksulluk sınırının altında aylık kazancı olanlar ve yoksulluk sınırının üzerinde aylık geliri olanlar şeklinde sınıflandırıldı (49).

Sosyodemografik özelliklere yönelik veriler toplandıktan sonra sosyokültürel düzey değerlendirildi (50).

Tablo 2. Sosyokültürel durum, anne-babanın eğitim seviyesi ve meslek skorlaması

Eğitim seviyesi	Skor	Meslek	Skor
Yok	0	Yok, işsiz	0
İlkokul	1	İşçi	1
Ortaokul	2	Pazarlamacı, tezgahdar, teknisyen, esnaf (çalışan)	2
Lise	3	Memur, yönetici, esnaf (işveren)	3
Üniversite	4	Profesyonel, akademisyen, üst düzey yönetici,...	4
Anne ve baba skor toplamı:			
Skor toplamı	Sosyokültürel sınıf		
0-4	I	Düşük	
5-8	II	Orta	
9-12	III	Yüksek	
13-16	IV	Yüksek	

2) Gelen hastaların sağlık durumları ile ilgili değişkenler

- Yakınma
- Fizik bakı bulguları
- Tanı
- Acil servise başvuru ve çıkış saatleri
- Sonuç (taburcu, yatış, sevk, ölüm)
- Adli vaka mı?

3.4. Veri toplama

Oluşturulan çalışma formu ile veri toplandı. 42 sorunun bir kısmı yüz yüze, bir kısmı da dosyadan dolduruldu. Bu form araştırmacı ile birlikte 10 araştırma görevlisi tarafından dolduruldu. Bu araştırma görevlilerine de eğitim verilerek standardizasyon sağlandı.

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler “Statistical Package for Social Sciences for Windows 11.0” adlı standart programa kaydedildi. Ortalamaların karşılaştırılmasında t-testi, sayımla belirlenen değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Elde edilen verilerin $p < 0.05$ değerleri anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırmanın örneklemini için seçilen süre boyunca çocuk acil servisine başvuran toplam 5645 hastanın 958 (% 16.9)'i adolesan yaş grubunda idi.

4.1. Sosyodemografik bulgular

5.1.1. Yaş ve cinsiyet

Hastaların % 54.1 (n=518)'i erkek, % 45.9 (n=440)'u kız ve ortalama yaş 13.91±1.98 yıl idi. Hastaların % 56.6 (n=542)'sı 11-14 yaş, % 43.4'ü (n=416) 15-17 yaş grubunu oluşturmaktaydı. Yaş gruplarına göre cinsiyet farklılığı incelendiğinde 11-14 yaş grubundaki erkek hasta sayısı 15-17 yaş grubuna göre anlamlı derecede fazla idi (Tablo 3).

Tablo 3. Yaş ve cinsiyet dağılımları

Cinsiyet	11-14 yaş	15-17 yaş	p
	n (%)	n (%)	
Erkek	310 (57.2)	208 (50.0)	0.016
Kız	232 (42.8)	208 (50.0)	
Toplam	542 (100)	416 (100)	

4.1.2. Eğitim düzeyi

Hastaların % 51.9'unun ilköğretim, % 44.5'inin lise ve dengi okula gitmekte olduğu, % 1.9'unun okula hiç gitmediği veya okulu çeşitli nedenler ile terk ettiği, % 1.7'sinin ise özel eğitim almakta olduğu saptandı.

4.1.3. Sağlık güvencesi

Sağlık güvencesi dört başlık altında incelendi; Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK, ücretli ve Yeşil kart. Başvuran hastalarda en sık görülen sağlık güvencesi % 61.6 ile Emekli Sandığı iken, azalan sıklıkla ücretli, SSK, Bağ-Kur ve Yeşil kart şeklinde sıralanmaktaydı (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlık güvencesine göre hastaların dağılımı

Sağlık güvencesi	n	%
Emekli Sandığı	590	61.6
Ücretli	117	12.2
SSK	112	11.7
Bağ-Kur	100	10.4
Diğer (Yeşil Kart, özel sağlık sigortası)	39	4.1
Toplam	958	100

4.1.4. Sosyokültürel durum

Ebeveynlerin eğitim ve mesleki durumlarına göre hastaların % 51.7'sinin yüksek, % 40.8'inin orta ve % 7.5'inin düşük sosyokültürel sınıfta olduğu saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. Sosyokültürel duruma göre hastaların dağılımı

Sosyokültürel durum	n	%
Yüksek	495	51.7
Orta	391	40.8
Düşük	72	7.5
Toplam	958	100

4.2. Ekonomik durum

Acil servise başvuran hastaların ailelerinin ekonomik düzeyi incelendiğinde olguların % 69.2'sinin yoksulluk sınırının altında aylık gelire sahip olduğu saptandı. Aciliyet durumu ile ekonomik düzey arasında istatistiksel ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

4.2. Başvuru yakınmaları

Çalışmaya alınan hastalarda en sık başvuru yakınmaları yaralanmalar ve enfeksiyonlara ait bulgu ve belirtilerden oluşturmaktadırlar (Tablo 6).

Tablo 6. Başvuru yakınmalarının dağılımı

Yakınma	n	%
Yaralanma	293	30.6
Ateş	182	19.0
Karın ağrısı	171	17.8
Genel yakınmalar (halsizlik, iştahsızlık vb)	154	16.1
Kusma	91	9.5
Boğaz ağrısı	81	8.5
Öksürük	80	8.4
Baş ağrısı	67	7.0
Döküntü	41	4.3
Kulak ağrısı	40	4.2
İshal	39	4.1
Göğüs ağrısı	26	2.7
Nefes darlığı	23	2.4
İntihar	20	2.1
Nöbet	10	1.0

Yaş gruplarına göre başvuru yakınmaları incelendiğinde, her iki yaş grubunda en sık acil servis başvuru nedeni yaralanmalardı. Ateş ve ishal yakınmaları ile başvuran olguların büyük çoğunluğu 11-14 yaş grubunda iken, intihar ve göğüs ağrısı nedeni ile başvuranların büyük çoğunluğunu 15-17 yaş grubundaki olgular oluşturmaktaydı. Diğer başvuru nedenleri arasında yaş gruplarına göre istatistiksel fark saptandı (Tablo 7).

Tablo 7. Yaş gruplarına göre başvuru yakınmalarının sistematik dağılımı

Yakınmalar, n (%)	11-14 yaş	15-17 yaş	P
Yaralanma	173 (59.1)	120 (40.9)	0.170
Ateş	127 (69.8)	55 (30.2)	0.001
Karın ağrısı	92 (53.8)	79 (46.2)	0.235
Genel yakınmalar (halsizlik, iştahsızlık vb)	80 (51.9)	74 (48.1)	0.120
Kusma	57 (62.6)	34 (37.4)	0.132
Boğaz ağrısı	53 (65.4)	28 (34.6)	0.058
Öksürük	51 (63.8)	29 (36.2)	0.108
Baş ağrısı	41 (61.2)	26 (38.8)	0.250
Döküntü	19 (46.3)	22 (53.7)	0.117
Kulak ağrısı	26 (65.0)	14 (35.0)	0.175
İshal	28 (71.8)	11 (28.2)	0.035
Göğüs ağrısı	10 (38.5)	16 (61.5)	0.046
Nefes darlığı	14 (60.9)	9 (39.1)	0.421
İntihar	3 (15.0)	17 (85.0)	0.001
Nöbet	4 (40.0)	6 (60.0)	0.228

Acil servise başvuru nedenlerinin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, yaralanma ile başvuran hastaların çoğunluğu erkek iken (% 71.0, n=208); intihar (% 80.0, n=16), karın ağrısı (% 60.2, n=103), kusma (% 57.1, n=52) ile başvuranların çoğunluğu kız hastalardı. Diğer başvuru nedenleri arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 8).

Tablo 8. Cinsiyete göre başvuru yakınmalarının sistematik dağılımı

Yakınmalar, n (%)	Erkek	Kız	P
Yaralanma	208 (71.0)	85 (29.0)	0.001
Ateş	102 (56.0)	80 (44.0)	0.300
Karın ağrısı	68 (39.8)	103 (60.2)	0.001
Genel yakınmalar (halsizlik, iştahsızlık vb)	75 (48.7)	79 (51.3)	0.085
Kusma	39 (42.9)	52 (57.1)	0.016
Boğaz ağrısı	37 (45.7)	44 (54.3)	0.071
Öksürük	43 (53.7)	37 (46.3)	0.522
Baş ağrısı	33 (49.3)	34 (50.7)	0.244
Döküntü	20 (48.8)	21 (51.2)	0.296
Kulak ağrısı	19 (47.5)	21 (52.5)	0.245
İshal	16 (41.0)	23 (59.0)	0.066
Göğüs ağrısı	17 (65.4)	9 (34.6)	0.165
Nefes darlığı	10 (43.5)	13 (56.5)	0.206
İntihar	4 (20.0)	16 (80.0)	0.002
Nöbet	3 (30.0)	7 (70.0)	0.112

4.3. Aciliyet durumları ve etkileyen etmenler

Olguların acil servise başvuru anındaki aciliyet durumları değerlendirildiğinde: 483 (% 50.4) olgunun acil ve 475 (% 49.6) olgunun ise acil olmayan nedenlerden dolayı çocuk acil servise başvurduğu saptandı. Tablo 7’de demografik özellikler, eğitim, sağlık güvencesi, sosyokültürel düzey, ekonomik düzey ve başvuru zamanına göre aciliyet durum dağılımları gösterilmektedir. Cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmazken, 15-17 yaş grubunda acil hastaların oranı 11-14 yaş grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Okula devam eden, sağlık güvencesi Emekli Sandığı olan, mesai dışı saatlerde ve hafta sonu başvuran adolesanlarda acil olmayan hastaların oranı acil olanlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Aciliyet durumu ile ilişkili sosyodemografik faktörler

Sosyodemografik veriler, n (%)	Acil	Acil değil	p
Yaş			
11-14 yaş	249 (45.9)	293 (54.1)	0.001
15-17 yaş	234 (56.2)	182 (43.8)	
Cinsiyet			
Erkek	217 (49.3)	223 (50.7)	0.28
Kız	266 (51.4)	252 (48.6)	
Eğitim			
Okula gidiyor	463 (50.0)	463 (50.0)	0.02
Okula gitmiyor	20 (62.5)	12 (37.5)	
Sağlık güvencesi			
Emekli sandığı	288 (48.8)	302 (51.2)	0.03
Diğer	195 (58.2)	173 (41.8)	
Sosyokültürel düzey			
Yüksek/orta	463 (52.2)	424 (47.8)	0.48
Düşük	43 (60.5)	28 (39.5)	
Ekonomik düzey			
Yoksulluk sınırının üstünde	150 (50.8)	145 (49.2)	0.221
Yoksulluk sınırının altında	360 (54.3)	303 (45.7)	
Başvuru günü			
Hafta içi	343 (53.8)	294 (46.2)	0.002
Hafta sonu	140 (43.6)	181 (56.4)	
Başvuru saati/gün			
Mesai içi	200 (55.4)	161 (44.6)	0.011
Mesai dışı	283 (47.4)	314 (52.6)	

4.4. Taburculuk tanılarının yaşa ve cinsiyete göre dağılımı

Çok acil veya acil nedenlerle başvuran olgularda en sık rastlanan hastalık durumları sırasıyla: yaralanmalar, abdominal aciller, enfeksiyonlar, kardiyovasküler ve psikiyatrik nedenlerdi. Acil olmayan nedenlerle başvuran olguların yaklaşık üçte ikisi enfeksiyonlar idi (Tablo 10).

Tablo 10. Aciliyet durumlarına göre hastalık durumları

Tanılar, n (%)	Acil/çok acil	Acil değil	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)
Yaralanma	222 (76.0)* (46.0)	70 (24) (14.7)	292 (100) (30.5)
Enfeksiyon	43 (12.5) (8.9)	301 (87.5) (63.3)	344 (100) (35.9)
Gastrointestinal	74 (72.5) (15.3)	28 (27.5) (5.9)	102 (100) (10.6)
Dermatolojik	8 (21) (1.6)	30 (79) (6.3)	38 (100) (4.0)
Kardiyovasküler	38 (90.5) (7.9)	4 (9.5) (0.8)	42 (100) (4.4)
Psikiyatrik	36 (88) (7.5)	5 (12) (1.0)	41 (100) (4.2)
İmmunoloji-Romatoloji	3 (14.3) (0.6)	18 (85.7) (3.8)	21 (100) (2.2)
Nörolojik	18 (75) (3.7)	6 (25) (1.3)	24 (100) (2.5)
Genitoüriner	19 (76) (3.9)	6 (24) (1.3)	25 (100) (2.6)
Solunum	14 (73.7) (2.9)	5 (26.3) (1.0)	19 (100) (2)
Hematoloji-Onkoloji	5 (83.3) (1.0)	1 (16.7) (0.2)	6 (100) (0.6)
Endokrinoloji	3 (75) (0.6)	1 (25) (0.2)	4 (100) (0.4)
Toplam	483 (50.4) (100)	475 (49.6) (100)	958

* Satır yüzdesi

Erkeklerde en sık başvuru nedeni olan ilk üç hastalık grubu sırasıyla; yaralanmalar (% 40.2, n=208), enfeksiyonlar (% 33.8, n=175) ve gastrointestinal hastalıklar (% 7.7, n=40) iken kızlarda en sık karşılaşılan ilk üç tanı; enfeksiyonlar (% 38.4, n=169), yaralanmalar (% 19.0, n=84) ve gastrointestinal hastalıklardı (% 14.0, n=62) (Tablo 11).

Tablo 11. Cinsiyete göre hastalık durumları

Tanılar, n (%)	Erkek	Kız	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)
Yaralanma	208 (71.2)* (40.2)	84 (28.8) (19.0)	292 (100) (30.5)
Enfeksiyon	175 (50.9) (33.8)	169 (49.1) (38.4)	344 (100) (35.9)
Gastrointestinal	40 (39.2) (7.7)	62 (60.8) (14.0)	102 (100) (10.6)
Dermatolojik	18 (47.4) (3.5)	20 (52.6) (4.5)	38 (100) (4.0)
Kardiyovasküler	22 (52.4) (4.2)	20 (47.6) (4.5)	42 (100) (4.4)
Psikiyatrik	11 (26.8) (2.1)	30 (73.2) (6.8)	41 (100) (4.2)
İmmunoloji-Romatoloji	9 (42.9) (1.7)	12 (57.1) (2.7)	21(100) (2.2)
Nörolojik	12 (50) (2.3)	12 (50) (2.7)	24 (100) (2.5)
Genitoüriner	7 (28) (1.4)	18 (72) (4.0)	25 (100) (2.6)
Solunum	9 (47.4) (1.7)	10 (52.6) (2.8)	19 (100) (2.0)
Hematoloji-Onkoloji	5 (83.3.) (0.9)	1 (16.6) (0.2)	6 (100) (0.6)
Endokrinoloji	2 (50) (0.4)	2 (50) (0.4)	4 (100) (0.4)
Toplam	518 (54.1) (100)	440 (45.9) (100)	958

* Satır yüzdesi

Enfeksiyonlar her iki yaş grubunda en sık taburculuk tanısı idi. Azalan sıklıkla yaralanmalar ve gastrointestinal hastalıklar görülmekte idi (Tablo 12). Yaş grupları arasında yaralanma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, enfeksiyonlar 11-14 yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).

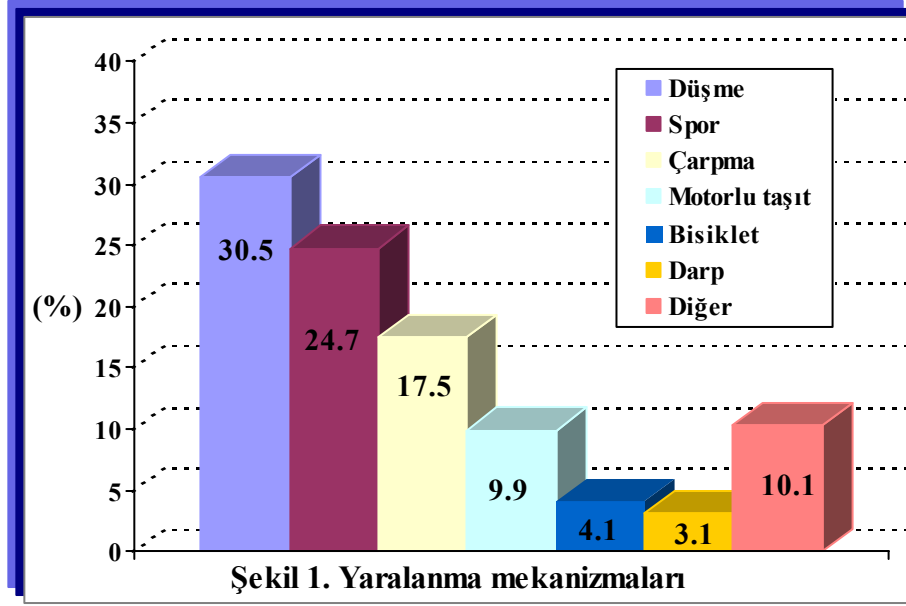
Tablo 12. Yaş gruplarına göre hastalık durumları

Tanılar, n (%)	11-14 yaş	15-17 yaş	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%).
Yaralanma	173 (59.2)* (31.9)	119 (40.8) (28.6)	292 (100) (30.5)
Enfeksiyon	221 (64.2) (40.8)	123 (35.8) (29.6)	344 (100) (35.9)
Gastrointestinal	50 (49.0) (9.2)	52 (51.0) (12.5)	102 (100) (10.6)
Dermatolojik	18 (47.4) (3.3)	20 (52.6) (4.8)	38 (100) (4.0)
Kardiyovasküler	19 (45.2) (3.5)	23 (54.8) (5.5)	42 (100) (4.4)
Psikiyatrik	7 (17.0) (1.3)	34 (83.0) (8.2)	41 (100) (4.2)
İmmunoloji-Romatoloji	11 (52.4) (2.0)	10 (47.6) (2.4)	21(100) (2.2)
Nörolojik	13 (54.2) (2.4)	11 (45.8) (2.6)	24 (100) (2.5)
Genitoüriner	13 (52.0) (2.4)	12 (48.0) (2.8)	25 (100) (2.6)
Solunum	9 (47.4) (1.7)	10 (52.6) (2.4)	19 (100) (2.0)
Hematoloji-Onkoloji	4 (66.6) (0.7)	2 (33.3) (0.4)	6 (100) (0.6)
Endokrinoloji	4 (100) (0.7)	0 (0.0) (0.0)	4 (100) (0.4)
Toplam	542 (56.6) (100)	416 (43.4) (100)	958

* Satır yüzdesi

4.4.1. Yaralanmalar

Acil servise başvuran 958 adolesan hastanın 292 (% 30.5)'si yaralanma nedeni ile başvurdu. Hastaların 208 (% 71.2)'i erkek, 84 (% 28.8)'ü kız idi. Sık görülen yaralanma mekanizmaları sırasıyla: düşme, spor yaralanmaları, çarpma, motorlu taşıt ve bisiklet kazaları idi (Şekil 1). Yaş grupları ve cinsiyete göre yaralanma mekanizmasının dağılımına bakıldığında, düşme nedeniyle olan yaralanmaların 11-14 yaş arası adolesanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sık görüldüğü, spor yaralanmaları, çarpma ve bisiklet yaralanması ile acil servise başvuran hastaların çoğunun erkek olduğu saptandı (Tablo 13 ve 14).



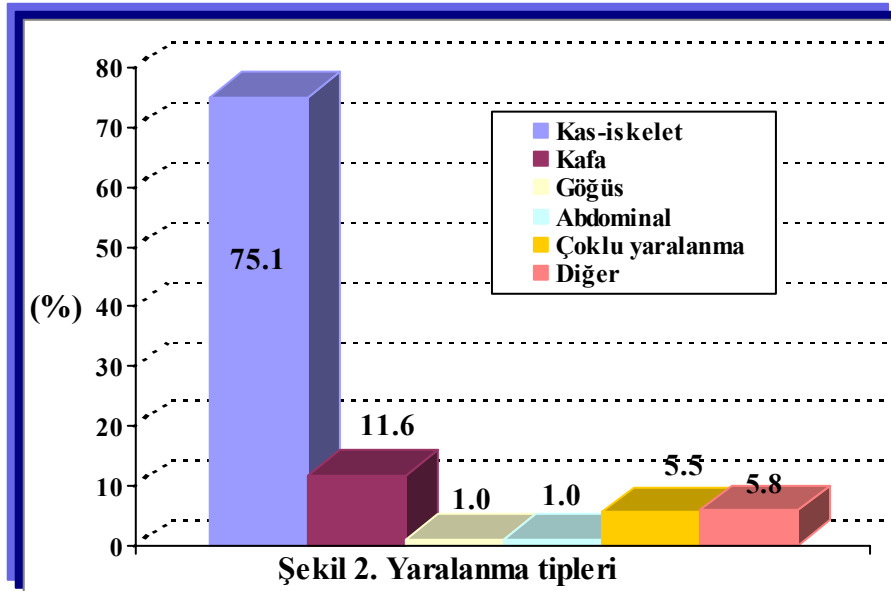
Tablo 13. Yaş gruplarına göre yaralanma mekanizmaları

Yaralanma mekanizmaları, n (%)	Toplam	11-14 yaş	15-17 yaş	p
Düşme	89 (30.5)	59 (66.3)	30 (33.7)	0.044
Spor	72 (24.7)	45 (62.5)	27 (37.5)	0.140
Çarpma	51 (17.5)	25 (49.0)	26 (51.0)	0.165
Motorlu taşıt	29 (9.9)	13 (44.8)	16 (55.2)	0.227
Bisiklet	12 (4.1)	8 (66.6)	4 (33.3)	0.343
Darp	9 (3.0)	4 (44.4)	5 (55.5)	0.230
Diğer	30 (10.3)	19 (63.3)	11 (36.6)	0.227
Toplam	292 (100)	173 (59.2)	119 (40.8)	

Tablo 14. Cinsiyete göre yaralanma mekanizmaları

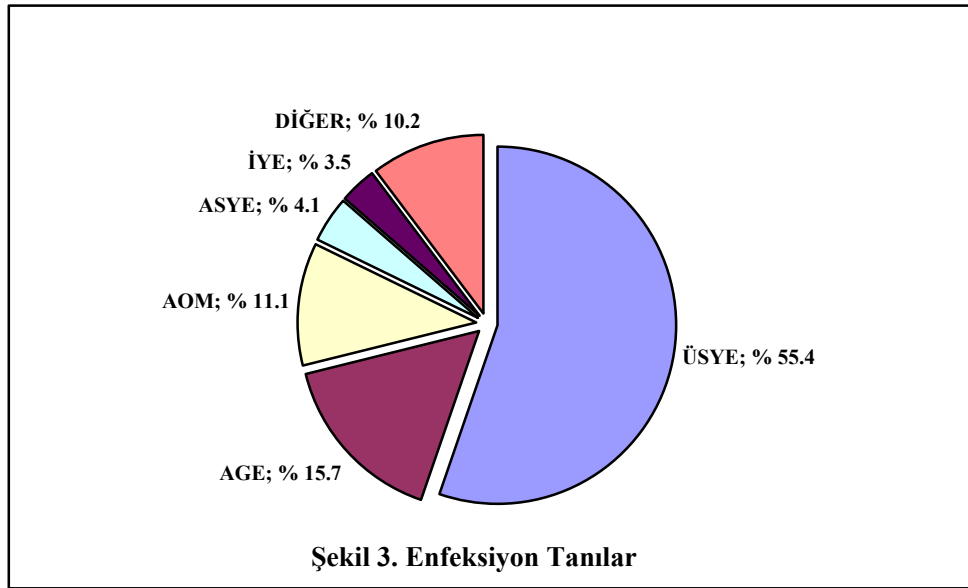
Yaralanma mekanizmaları, n (%)	Erkek	Kız	Toplam	p
Düşme	57 (64.0)	32 (36.0)	89 (30.5)	0.024
Spor	61 (84.8)	11 (15.2)	72 (24.7)	0.001
Çarpma	35 (68.6)	16 (31.4)	51 (17.5)	0.022
Motorlu taşıt	18 (62.0)	11 (38.0)	29 (9.9)	0.504
Bisiklet	10 (83.3)	2 (16.6)	12 (4.1)	0.036
Darp	7 (77.7)	2 (22.2)	9 (3.0)	0.056
Diğer	20 (66.6)	10 (33.3)	30 (10.3)	0.211
Toplam	208 (71.2)	84 (28.8)	292 (100)	

Hastalardaki yaralanma tipine bakıldığında: 220 (% 75.1) kas-iskelet sistemi, 34 (% 11.6) izole kafa, 3 (% 1.0) abdominal, 3 (% 1.0) göğüs, ve 16 (% 5.5) çoklu yaralanma olduğu saptandı (Şekil 2). Yaralanma ile başvuran 292 hastanın 9 (% 3.0)'una ileri yaşam desteği uygulandı. Bu hastaların 4 (% 44.4)'ü çoklu ağır travma, 3 (% 33.3)'ü ağır kafa travması, 1 (% 11.1)'i göğüs travması ve 1 (% 11.1)'i elektrik çarpmasına bağlı yaralanmaya sahipti.



4.4. 2. Enfeksiyonlar

Adolesanların acil serviste aldığı en sık tanı % 35.9 (n=344) ile enfeksiyonlardı ve 11-14 yaş grubunda anlamlı olarak daha sık gözlenmekte idi ($p<0.05$). Cinsiyete göre her iki grup arasında anlamlı fark izlenmedi ($p>0.05$). Acil olmayan nedenlerle başvuran hastaların % 63.3 (n=301)'ü enfeksiyon tanısı alan olgulardan oluşmakta idi. En sık enfeksiyon tanısı % 55.4 (n=190) ile üst solunum yolları enfeksiyonları (ÜSYE) idi. Diğer enfeksiyonlar ise sırasıyla: akut gastroenterit (AGE), akut otitis media (AOM), alt solunum yolu enfeksiyonları (ASYE), idrar yolu enfeksiyonları (İYE) ve diğer (konjuktivit, yumşak doku enfeksiyonları gibi) (Şekil 3). Tüm enfeksiyon tanıları 11-14 yaş grubunda daha sık gözlenirken, üst solunum yolları enfeksiyonları erkekler adolesanlarda, gastroenterit ve idrar yolu enfeksiyonu ise kız adolesanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek oranda saptandı.



4.4. 3. Psikiyatrik aciller

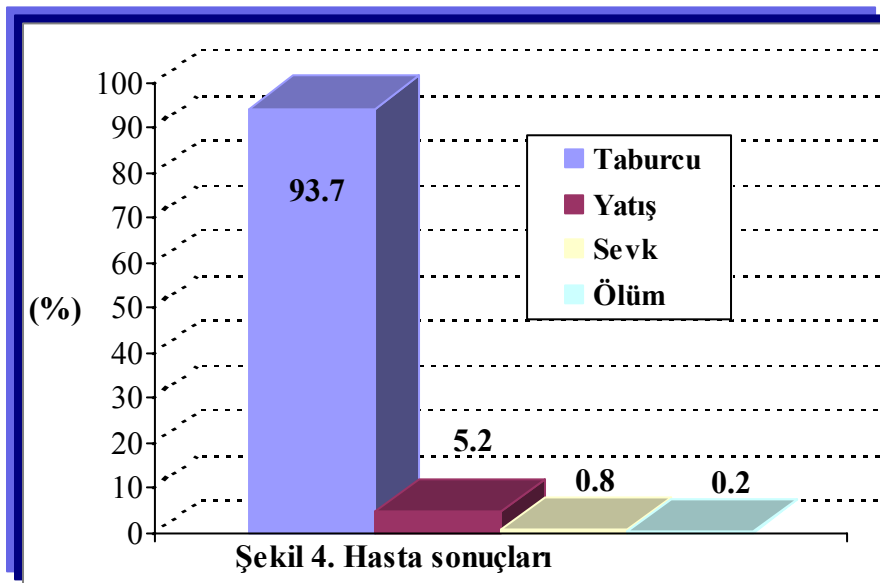
Çalışmaya alınan adolesanların % 4.2 (n=41)'si psikiyatrik nedenlerle acil servise başvurmuştu. Olguların % 73.2 (n=30)'si kız, % 85.0 (n=17)'i 15-17 yaş arası hastalardan oluşmakta idi. En sık psikiyatrik tanı % 48.8 (n=20) ile intihar girişimi idi. İntihar girişimlerinin mevsim ya da aylara göre anlamlı bir dağılımı saptanmadı ($p>0.05$). İntihar girişimi nedeniyle başvuran olguların % 85.0 (n=17)'inin kız ve olguların tamamında aşırı dozda ilaç içilmesi olduğu saptandı. En sık içilen ilaçlar analjezik (% 47.6, n=10) ve

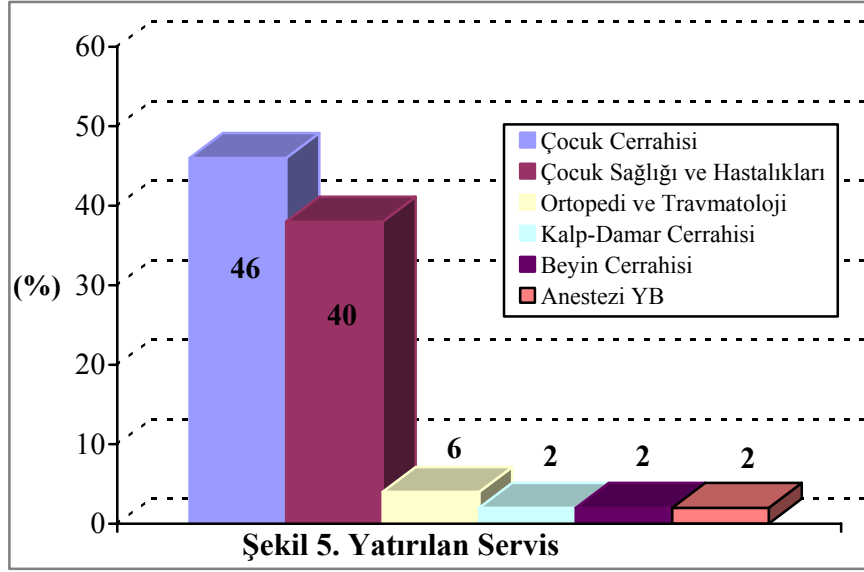
antidepresan (% 38.0, n=8) ilaçlardı. Olguların 11 (% 52.4)'inde tek bir, 6 (% 28.5)'sında 1-4 farklı, 4 (% 19.0)'ünde 5 ve daha fazla ilaç içimi saptandı.

Acil serviste psikiyatrik hastalık düşünülen ve Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine kontrole çağrılan olguların 13 (% 31.7)'ünün kontrole geldiği saptandı. Bu hastaların kayıtları incelendiğinde en sık konulan tanılar adolesan dönemi sorunları (% 38.5, n=5) ve majör depresyondur (% 38.5, n=5). Polikliniğe kontrole gelen 13 hastanın 8 (% 61.5)'i acil servise intihar nedeniyle başvuran olgulardan oluşmakta idi. Adolesan dönemi sorunu olan olguların hiçbirine ilaç tedavisi başlanmamış olup depresyon tanısı alan olguların hepsine antidepresan ilaç tedavisi başlandı.

4.5. Hastaneye yatış

Başvuran olguların 898 (% 93,7)'i acil servisten taburcu edildi, 50 (% 5.2)'si hastaneye yatırıldı. 8 (% 0.8) hastanın yatırılması planlandı ancak çeşitli nedenlerden dolayı başka bir hastaneye sevk edildi. Her iki yaş grubu arasında hastaneye yatırılma oranları arasında istatistiksel fark saptanmazken, kız olguların yatış oranı erkeklerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$). Çalışma boyunca 2 (% 0.2) hasta acil serviste öldü (Şekil 4). Ölen hastaların biri elektrik çarpması, diğeri ise motosiklet kazası ile ağır yaralanan olgular idi. Çocuk acil servisten en sık hasta yatışı Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları servislerine yapılmış olduğu saptandı (Şekil 5).





Hastaneye yatış tanılarına bakıldığında: % 46.0 (n=23) ile ilk sırada akut apandisit, batın içi abse, over patolojileri gibi akut batın nedenleri, ikinci sırada ise nörolojik hastalıklar (epilepsi, KİBAS) yer almakta idi (Tablo 15).

Tablo 15. Hastaneye yatış tanıları

Tanı	n	%
Akut Batın	23	46
Nörolojik Hastalıklar	6	12
Travma	4	8
Solunum sistemi hastalıkları	3	6
GIS hastalıkları	3	6
İntihar	4	8
Endokrinolojik hastalıklar	3	6
Hematolojik-Onkolojik hastalıklar	2	4
Nefrolojik hastalıklar	1	2
Kardiyovasküler hastalıklar	1	2
Toplam	50	100

4.6. Adli vaka durumu

Başvuran olguların % 5.9 (n=57)'u adli vaka idi. Adli olguların % 61.4 (n=35)'ünde yaralanma, % 35.0 (n=20)'inde intihar girişimi, % 3.6 (n=2)'sında ise yasadışı madde kullanımı söz konusu idi.

5. TARTIŞMA

Adolesan dönemi dramatik psikolojik ve fizyolojik değişimlerin yaşandığı özel bir süreçtir (2,5,13). Bu değişimler sağlık hizmetleri alanında kendine özgü gereksinim, endişe ve davranışları beraberinde getirmektedir (2). Yetersiz sağlık güvencesi, sağlık hizmeti memnuniyetsizliği ve kendine güven eksikliği adolesanların sağlık hizmetlerine ulaşmaları karşısında duran engellerin bazılarıdır (7-8,10). Bu durumlar pubertenin getirdiği hızlı fizyolojik ve psikolojik değişimlerle birleşince, adolesanların çocuk ve erişkinlerle kıyaslandığında sağlık hizmetlerine ulaşma ve kullanma konusunda farklı yollara başvurmalarına neden olabilirler (2).

Adolesanlar genel anlamda sağlıklı bir toplum dilimi olmalarına rağmen madde kullanımı, umursamaz yaşam biçimi, korunmasız cinsel ilişki ve genel sağlık hizmetleriyle düşük uyum gösterme gibi risk içeren davranışlara daha yatkın olduklarından ciddi hastalık sorunlarıyla karşı karşıya kalabilmektedirler (8). Randevusuz sağlık hizmeti veren acil servisler adolesanların sağlık ihtiyaçları ve psikososyal sıkıntılılarına çözüm aramak için tercih ettikleri birimlerdir (8,10). Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda adolesanlar birinci basamak sağlık birimlerinden ziyade acil servisleri tercih ettikleri ve bu başvuruların çoğunun aciliyet arzetmediği bildirilmektedir (2,10,51). Tüm adolesanların yaklaşık % 5'inin acil servisleri rutin sağlık hizmeti almak için kullandığı bildirilmektedir (10).

Çalışmamızda, çocuk acil servise başvuran tüm hastaların % 16.9'unu adolesanlar oluşturmaktaydı. Tüm adolesan hastaların % 54.1'i erkek ve % 45.9'u kız idi. Yaş gruplarına göre cinsiyet dağılımına bakıldığında, 11-14 yaş grubunda erkek hastalar anlamlı derecede fazla iken, 15-17 yaş grubunda eşit oranda idi. Daha önce yapılan çalışmalarda kız adolesanların daha yüksek oranda başvurduğu, yaş ilerledikçe acil servise başvuru oranının arttığı, 11-14 yaş adolesanların acil servisten en az yararlanan yaş grubu olduğu bildirilmektedir (2,7-10). Genel olarak, tüm çocuk acil servis hastalarının % 13-28'i adolesan yaş grubundadır (2,7-10). Ziv ve ark.(2) yaptığı çalışmada 11-21 yaş arası adolesanların % 49'u erkek, % 51'i kız hastalardan oluştuğu ve bu oranın geç adolesan dönemde kız hastalar lehine arttığı bildirmiştir. Zimmer ve ark.(9) yaptığı çalışmaya göre ise çocuk acil servisine başvuran tüm çocuk hastaların % 55'i erkeklerden oluşmaktayken, 14-18 yaş arası adolesanlarda kız hastaların başvuru sıklığının arttığı rapor edilmiştir.

Çalışma grubumuzdaki hastaların çoğunun sağlık güvencesi Emekli Sandığı (% 61.6) idi. Diğer sağlık güvence kurumları ise azalan sıklıkla SSK, Bağ-Kur ve Yeşik Kart idi. Türkiye'nin sağlık güvence dağılımına bakıldığında ise nüfusun % 52'sinin SSK

kurumu, % 21'nin Bağ-Kur ve % 19'nun ise Emekli Sandığınca karşılanmakta olduğu saptanmıştır (52). Çalışmamızdaki oranlar ile genel toplumun sağlık güvencesi arasındaki bu farklılığın temel nedeni SSK, Bağ-Kur, Yeşil Kart gibi sağlık güvencesine sahip hastaların hastanemizde ücretli konumunda olmasından kaynaklanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar adolesanların acil servisi rutin sağlık bakım merkezi olarak kullanmasının en önemli nedenlerinden biri olarak sağlık güvencesinin olmaması gösterilmektedir (2,7-10). Bizim alışmamızda hastaların % 12'sinde herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı saptandı. Fakat, hastanemizde Emekli Sandığı dışındaki diğer kurumların ücretli olduğu göz önünde tutulunca bu oran % 38'e ulaşmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada 11-21 yaş arası adolesanların % 26'sının sağlık güvencesinin olmadığı, bu oranın özellikle orta ve geç adolesan dönemde arttığı bildirilmiştir (2). Bütün bu sonuçlar sağlık güvence türünün acil başvuru üzerindeki etkisini gözönüne sermektedir.

Çalışmamızda, anne babalarının eğitim ve meslek durumlarına göre hastaların % 52'sinin yüksek sosyokültürel düzeyde iken, % 69'nun DİE'nin Ekim 2005 tarihinde açıkladığı yoksulluk düzeyinin altında toplam aile gelirine sahip olduğu saptandı (49). Bu çelişkili sonucun en muhtemel nedeni başvuran ailelerin eğitim düzeyinin yüksek olmasına rağmen alınan ücretin buna paralel olmamasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaklaşık yarısının (% 49.6) acil olmayan nedenlerle ocuk acil servisine başvurduğu saptandı. Adolesan acil servis başvurularını değerlendiren çalışmalarda bu oran % 21 ile % 93 arasında değişmektedir (2,7-9). Acil servislerin daha etkin eğitim ve hizmet vermesi açısından acil olmayan hasta başvurularının azaltılması önemlidir (10). Ancak, acil olmayan nedenler ile acil servislerin kullanılması zorunluluğunu etkileyen birçok sosyodemografik etmen bulunmaktadır. Koruyucu ve danışman hekimlik hizmeti alamama, ileri yaş, düşük sosyoekonomik durum ve sağlık güvencesinin olmaması gibi etmenlerin acil olmayan başvurular için risk faktörü olduğu bildirilmektedir (2,8,10). Çalışmamızda bu risk faktörlerini doğrulayan bulgulara rastlanmadı; 11-14 yaş arasında, erkek, sosyoekonomik düzeyi orta veya yüksek olan, okula devam eden, sağlık güvencesi emekli sandığı olan ve haftasonu ve mesai saatleri dışında başvuran hastalar içinde acil olmayanların sıklığı daha fazla bulundu. Bu durumun ülkeler arasındaki sosyokültürel, ekonomik ve sağlık politikası farklılıklarından kaynaklanabileceğini düşünülmektedir.

Tüm hasta grubumuzda yaralanma (% 30.6), ateş (% 19.0) ve karın ağrısı (% 17.8) en sık karşılaşılan yakınmalardı. Yaş grubu ve cinsiyete göre başvuru yakınmalarının

dağılımları değişkenlik göstermekteydi. Ateş ve ishal 11-14 yaş, intihar ve göğüs ağrısı ise 15-17 yaş grubunda anlamlı derecede daha fazla idi. Yaralanma ile başvuran hastaların çoğunluğu erkek iken intihar, karın ağrısı ve kusma ile başvuranların ise çoğunluğu kız hastalardı. Bu sonuçlar daha önce yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu ile uyumludur ve adolosan sağlık sorunlarının yaş, cinsiyet ve psikolojik gelişime göre farklı olabileceğini göstermektedir (2,7-9).

Çok acil/acil olarak değerlendirilen hastaların yaklaşık yarısı yaralanma, acil olmayan hastaların ise yaklaşık üçte ikisi enfeksiyon nedeni ile acil servise başvurmuştu. Enfeksiyon tanısı alan hastaların % 55.0'inde üst solunum yolu enfeksiyonu saptandı. Benzer çalışmalarda da enfeksiyon nedeni acile başvuran hastaların çoğunluğunun aciliyet arzemediği bildirilmiştir (2,7,8). Bu durum acil olmayan adolosan başvurularından kaynaklanan acil servis yoğunluğunun birinci basamak sağlık hizmetleriyle kolayca çözümlenebileceğini göstermektedir (2,7-10).

Çalışmamızda acil başvuruların % 46.0'sını yaralanmalar oluşturmaktaydı. Yaralanma ile başvuran hastaların çoğunluğu 15 yaştan küçük ve erkekti. En sık yaralanma mekanizması düşme ve spor yaralanmalarıydı. Hastaların dörtte üçünde ekstremiteler yaralanmaları saptandı. Bu bulgular yurtdışı kaynaklı epidemiyolojik çalışmalar ile paralellik göstermektedir (2). Çalışmamız süresince acil serviste iki hasta ölmüş olup, bunların biri elektrik çarpması, diğeri ise motosiklet kazası sonucu meydana gelmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda da belirtildiği gibi yaralanmalar adolosan döneminin ana önlenbilir sağlık sorunu olması yanında ciddi sakatlıklar ve ölümün en önemli nedenidir (21,37).

Tüm dünyada çocukluk çağında, tıbbi acillerle karşılaştırıldığında psikiyatrik acillerin artış hızının daha fazla oranda gerçekleştiği bildirilmektedir (34). Adolosan dönem psikososyal gelişim özellikleri ve risk taşıyan davranışların daha fazla görüldüğü yaş grubu olduğu için psikiyatrik problemler daha sık gözlenmektedir (13,53-54). Amerika Birleşik Devletlerinde 1995-1999 yılları arasında yapılan bir araştırmada çocukluk çağında psikiyatrik acillerin % 59 oranında arttığı saptanmıştır (54). Christodulu ve ark. (34) tarafından tüm çocuk acil servis başvurularının % 5'inin psikiyatrik sorunlardan kaynaklandığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda psikiyatrik nedenlerin görülme oranı tüm çocuk hastalar içindeki oranı ise % 0.7 iken, adolosan grubu içinde bu oran % 4.2 idi. Gelişmiş ülkelerde psikiyatrik acil görülme oranı daha da artmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde 18 yaş altında psikiyatrik nedenlerle acil servise başvuran olguların oranı % 1.6 iken adolosanlar bunların % 71'ini kapsamaktadır (54). Çalışmamızda psikiyatrik

nedenlerle başvuran olguların % 48.8'inde intihar girişimi ve bunların da % 85'inin 15-17 yaş grubundaki kız hastalar olduğu saptandı. Hastaların tamamında aşırı dozda ilaç içilmesi olup, en sık içilen ilaçlar ağrı kesiciler ve antidepresan ilaçlardı. Kullanılan ilaçların çoğunun ağrı kesici ve ateş düşürücülerin olması sık reçete edilmeleri ile açıklanabilirken, merkezi sinir sistemini etkileyen antidepresanların da azımsanmayacak oranda saptanması intihar girişiminde bulunan hastada veya ailesinde psikiyatrik rahatsızlığın sıklığını göstermektedir (55,56). İntihar girişiminde bulunan hastaların % 38.5'inde depresyon tanısı ile antidepresan ilaç tedavisi başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda intihar girişiminde bulunan adolesanların % 49 ile % 69 oranında depresyon tanısı aldıkları bildirilmiştir (27). İntihar girişimi nedeni ile başvuran hastalarımız arasında ölüme rastlanmadı. Adolesan intiharlarında ölüm oranı % 0-7.7 olarak bildirilmektedir (29,57). Ülkemizde yapılan araştırmalarda intiharların gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında adolesan ölümlerinin nadir bir nedeni olduğu belirtilmektedir (24,28). Bununla birlikte resmi intihar rakamlarının gerçek değerlerinden yaklaşık % 40-50 oranında daha az olduğu tahmin edilmektedir (24,25). Çünkü intihar davranışı ülkemizde dahil olmak üzere pek çok ülkede toplumsal ve dinsel açıdan onaylanmamakta ve aşağılayıcı bir eylem olarak değerlendirilmektedir (24).

Acil servise başvuran hastalarımızın % 5.2'si hastaneye yatırıldı. Yapılan araştırmalarda adolesan acillerinin % 3-8'nin hastaneye yatış ile sonuçlandığı, en sık yatış tanılarının ise enfeksiyon ve yaralanmalar olduğu bildirilmektedir (2,7-9). Bizim çalışmamızda hastaneye yatırılan olguların % 46.0'sında tanı akut batın idi; acil servise en sık başvuru nedenleri olan travma ve enfeksiyonların yatış tanıları içinde oldukça düşük bir orana sahip olması dikkat çekicidir ve tüm yatış tanılarının yaklaşık % 12.0'sini oluşturmaktadır.

Çocuk acil servisine başvuran hastaların % 5.9'u adli vaka idi. En sık adli bildirim yapılan olguların % 61.4'inde yaralanma, % 35.0'inde intihar girişimi, % 3.6'sında ise yasadışı madde kullanımı söz konusu idi. Her ne kadar adolesan dönemi yansıtmasa da ülkemizde yapılan bir çalışmada tüm yaşlarda başvuran adli olguların oranı % 27.4 saptanmış olup en sık yaralanmalar nedeniyle adli bildirim yapıldığı bildirilmiştir (58).

Çalışmamızda, gelişmiş ülkelerde adolesan hastalıkları ve ölümlerinden önemli ölçüde sorumlu tutulan madde kötüye kullanımı, şiddet, evlilik dışı cinsel ilişki gibi risk taşıyan davranışların yol açtığı yaralanmalar, cinayet, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve gebelik gibi durumların hemen hiç rastlanmaması dikkat çekicidir. Bu durum toplumumuzun ahlaki değerleri ve aile yapısı nedeniyle bu tür risk taşıyan davranışların nadir görülmesi ya da bu

tür yaralanma ve hastalık durumlarının toplumsal baskı nedeni ile gizlenmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Sonuç olarak, bu çalışmada adolesan acillerinin çoğunluğunu yaralanmalar ve abdominal acillerin oluşturduğu saptandı. Tüm adolesan acil servis başvurularının yaklaşık yarısı acil olmayan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda çözümlenebilecek sorunlardı. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında sosyodemografik ve bazı klinik özellikler açısından anlamlı farklılıkların olduğu gözlemlendi. Fakat, çalışmamızdan edinilen bu veriler tüm ülkemiz genelini yansıtmayabilir. Farklı sosyokültürel, ekonomik ve coğrafi bölgelere hizmet veren acil servisleri içeren geniş kapsamlı araştırmalara gereksinim vardır. Adolesanları sıklıkla acil servise gitmeye yönelten sağlık sorunlarının tanımlanması acil servislerde daha iyi ve etkili sağlık hizmeti sunulması açısından önemlidir. Ayrıca ilgili kuruluşların adolesan sağlığı ile ilişkili sağlık politikası konusunda önemli adımlar atmasını sağlayacaktır.

6. SONUÇLAR

1. Acil servise başvuran tüm çocukluk çağı hastalarının % 16.9'u adolesan yaş grubundan oluşmakta idi.
2. Hastaların % 54.1'i erkek, % 45.9'u kızlardan oluşmaktaydı.
3. Hastaların % 56.6'sı 11-14 yaş, % 43.4'ü 15-17 yaş grubunu oluşturmaktaydı. 11-14 yaş grubundaki erkek hasta sayısı 15-17 yaş grubuna göre anlamlı derecede fazla idi.
4. En sık görülen sağlık güvencesi % 61.6 ile Emekli Sandığı idi.
5. Ebeveynlerin eğitim ve mesleki durumlarına göre hastaların % 51.7'sinin yüksek, % 40.8'inin orta ve % 7.5'inin düşük sosyokültürel düzeyde olduğu saptandı.
6. Acil servise başvuran hastaların ailelerinin ekonomik düzeyi incelendiğinde olguların % 69.2'sinin yoksulluk sınırının altında aylık gelire sahip olduğu saptandı Aciliyet durumu ile ekonomik düzey arasında istatistiksel ilişki saptanmadı.
7. Çalışmaya alınan hastalarda en sık başvuru yakınmaları yaralanmalar ve enfeksiyonlara ait bulgu ve belirtilerden oluştuurmakta idi.
8. Her iki yaş grubunda en sık acil servis başvuru nedeni yaralanmalar idi.
9. Yaralanma ile başvuran hastaların çoğunluğu erkek iken (% 71.0, n=208); intihar (% 80, n=16), karın ağrısı (% 60.2, n=103), kusma (% 57.1, n=52) ile başvuranların çoğunluğu kız hastalardı. Diğer başvuru nedenleri arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.
10. Hastaların % 3.3'ünün çok acil, % 47.1'inin acil, % 49.6'sının acil olmayan nedenlerden dolayı başvurduğu saptandı.
11. Cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmazken, 15-17 yaş grubunda aciliyet dağılımları anlamlı derecede yüksek idi ($p<0.05$). Okula devam eden, sağlık güvencesi Emekli Sandığı olan, mesai dışı saatlerde ve hafta sonu başvuran adolesanlarda acil olmayan hastaların oranı acil olanlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).
12. Erkeklerde en sık başvuru nedeni olan ilk üç hastalık grubu sırasıyla; yaralanmalar (% 40.2, n=208), enfeksiyonlar (% 33.8, n=175) ve gastrointestinal hastalıklar (% 7.7, n=40) iken kızlarda en sık karşılaşılan ilk üç tanı; enfeksiyonlar (% 38.4, n=169), yaralanmalar (% 19.0, n=84) ve gastrointestinal hastalıklardı (% 14.0, n=62).
13. Yaş grupları arasında yaralanma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, enfeksiyonlar 11-14 yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

14. Acil servise başvuran 958 adolesan hastanın 292 (% 30.5)'sı yaralanma nedeni ile başvurdu. Hastaların 208 (% 71.2)'i erkek, 84 (% 28.8)'ü kız idi.
15. Sık görülen yaralanma mekanizmaları sırasıyla: düşme, spor yaralanmaları, çarpma, motorlu taşıt ve bisiklet kazaları idi.
16. Yaş grupları ve cinsiyete göre yaralanma mekanizmasının dağılımına bakıldığında, düşme nedeniyle olan yaralanmaların 11-14 yaş arası adolesanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sık görüldüğü, spor yaralanmaları, çarpma ve bisiklet yaralanması ile acil servise başvuran hastaların çoğunun erkek olduğu saptandı.
17. Hastalardaki yaralanma tipine bakıldığında: 220 (% 75.1) kas-iskelet sistemi, 34 (% 11.6) izole kafa, 3 (% 1.0) abdominal, 3 (% 1.0) göğüs, ve 16 (% 5.5) çoklu yaralanma olduğu saptandı.
18. Adolesanların acil serviste aldığı en sık tanı % 35.9 ile (n=344) enfeksiyonlar idi. 11-14 yaş grubunda anlamlı olarak daha sık gözlenmekte idi.
19. Acil olmayan nedenlerle başvuran hastaların % 63.3 (n=301)'ü enfeksiyon tanısı alan olgulardan oluşmakta idi. En sık enfeksiyon tanısı % 55.4 (n=190) ile üst solunum yolları enfeksiyonları (ÜSYE) idi.
20. Tüm enfeksiyon tanıları 11-14 yaş grubunda daha sık gözlenirken, üst solunum yolları enfeksiyonları erkekler adolesanlarda, gastroenterit ve idrar yolu enfeksiyonu kız adolesanlarda daha sık rastlandı.
21. Çalışmaya alınan adolesanların % 4.2 (n=41)'si psikiyatrik nedenlerle acil servise başvurmuştu. Hastaların % 73.2 (n=30)'si kız, % 85.0 (n=17)'i 15-17 yaş arası hastalardan oluşmakta idi. En sık psikiyatrik tanı % 48.8 (n=20) ile intihar girişimi idi.
22. İntihar girişimi nedeniyle başvuran olguların % 85.0 (n=17)'inin kız ve olguların tamamında aşırı dozda ilaç içilmesi olduğu saptandı. En sık içilen ilaçlar analjezik (% 47.6, n=10) ve antidepresan (% 38.0, n=8) ilaçlardı. Olguların 11 (% 52.4)'inde tek bir, 6 (% 28.5)'sında 1-4 farklı, 4 (% 19.0)'ünde 5 ve daha fazla ilaç içimi saptandı.
23. Başvuran olguların 898 (% 93,7)'i acil servisten taburcu edildi, 50 (% 5.2)'si hastaneye yatırıldı. 8 (% 0.8) hastanın yatırılması planlandı ancak çeşitli nedenlerden dolayı başka bir hastaneye sevk edildi. Kız olguların yatış oranı erkeklerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.
24. Hastaneye yatış tanılarına bakıldığında: % 46.0 (n=23) ile ilk sırada akut apandisit, batın içi abse, over patolojileri gibi akut batın nedenleri ve ikinci sırada ise nörolojik hastalıklar (epilepsi, KİBAS) yer almakta idi.

25. Başvuran olguların % 5.7 (n=55)'si adli vaka idi. Adli vaka bildirimini yapılan olguların % 61.4 (n=35)'ünde yaralanma, % 35.0 (n=20)'inde intihar girişimi, % 3. (n=2)'inda ise yasadışı madde kullanımı söz konusu idi.

KAYNAKLAR

1. Kınık E. Adolesan hastaya yaklaşım. *Katkı* 2000;21:713-719.
2. Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Emergency department utilization by adolescents in the United States. *Pediatrics* 1998;101:987-994.
3. Christie D, Viner R. ABC of adolescent, Adolescent development *BMJ* 2005;330:301-304.
4. Kınık E. Adolesan dönemde fiziksel büyüme ve gelişme. *Katkı* 2000;21:720-740.
5. Needleman RD. Adolescence. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th edition, Saunders Company, Philadelphia 2000: 52-57.
6. Jenkins RR. Special health problems during adolescence. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th edition, Saunders Company, Philadelphia 2000:553-587.
7. Melzer-Lange M, Lye PS. Adolescent health care in a pediatric emergency department. *Ann Emerg Med* 1996;27:633-637.
8. Grove DD, Lazebnik R, Petrack EM. Urban emergency department utilization by adolescents. *Clin Pediatr* 2000;39:479-83.
9. Zimmer KP, Walker A, Minkovitz CS. Epidemiology of pediatric emergency department use at an urban medical center. *Pediatr Emerg Care* 2005;21:84-89.
10. Wilson KM, Klein JD. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:361-365.
11. Van Amstel LL, Lafleur DL, Blake K. Raising our HEADSS: adolescent psychosocial documentation in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2004;11:648-655.
12. Irwin CE, Burg SJ, and Cart CU. America's Adolescents: Where Have We Been, Where Are We Going?. *J Adolesc Health* 2002;31:91-121.
13. Çuhadaroğlu F. Ergenlik döneminde psikolojik gelişimin özellikleri. *Katkı* 2000; 21;863-868.
14. Brown BB. Introduction. *J Research Adolesc* 2005;15:353-355.
15. Programming for adolescent health and development. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health. World health organization technical report series 1999;886:1-260.
16. Neyzi O, Darendeliler F, Bundak R. Ergenlik (Puberte) In: Neyzi O, Ertugrul T, Editors. *Pediatrici* 1.cilt 3. baskı, Nobel tıp kitabevleri 2002:109-119.

17. Alikashioglu A. Pubertenin endokrin yönü. *Katkı* 2000;21:741-746.
18. Freid VM, Makuc DM, Rooks RN. Ambulatory health care visits by children: principal diagnosis and place of visit. *Vital Health Stat* 13. 1998;137:1-23.
19. Greydanus DE, Patel DR. The adolescent and substance abuse: current concepts. *Dis Mon* 2005;51:392-431.
20. Hulse GK, Robertson SI, Tait RJ. Adolescent emergency department presentations with alcohol or other drug-related problems in Perth, Western Australia. *Addiction* 2001;96:1059-1067.
21. Loisselle JM. The Adolescent Trauma Patient. *Clin Ped Emerg Med* 2003;4:4-11.
22. Michaud PA, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. *Arch Dis Child* 2004;89:943-949.
23. Someshwar J, Someshwar S, Perkins KC. The obese adolescent. *Pediatr Ann* 2006;35:180-186.
24. Aktepe E, Kandil S, Topba M. Çocuk ve adolesanlerde intihar davranışı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005;4:88-97.
25. Atay IM, Kerimoğlu E. Ergenlerde intihar davranışı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2003;3:128-136.
26. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics* 2001;107:1133-1137.
27. Kennedy SP, Braff LJ, Suddath RL, Asarnow JR. Emergency department management of suicidal adolescents. *Ann Emerg Med* 2004;43:452-460.
28. Fidaner C, Fidaner H. Türkiye’de çocuk intiharları epidemiyolojisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992;4:255-260.
29. Kocabaş Ö, Kavaklı T, Ecevit Ç. Çocukluk Çağı intihar girişimleri. *Ege pediatri Bülteni* 2004;11:119-124.
30. Mcmanus BL, Kruesi JP, Dantes AE, Defazio CR. Child and adolescent suicide attempts: an opportunity for emergency departments to provide injury prevention education. *Am J Emerg Med* 1997;15:357-360.
31. Duman M, Özdemir D, Demir K, Akman N, Ünsal N. Çocuk acil servisine intihar girişimi ile başvuran olguların özellikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;18:236-240.

32. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve adolesan psikiyatri kliniğine başvuran adolesanlarda belirti ve tanı dağılımı. *Klinik Psikiyatri* 2004;7:103-110.
33. Fombonne E. Increased rates of psychosocial disorders in youth. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998;248:14-21.
34. Christodulu KV, Lichenstein R, Weist MD, Shafer ME. Psychiatric emergencies in children. *Ped Emerg Care* 2002;18:268-270.
35. Healy E, Saha S, Subotsky F, Fambonne E. Emergency presentations to an inner-city adolescent psychiatric service. *J Adolesc* 2002;25:397-404.
36. Maio RF, Shoope JT, Blow, FC, Copeland LA. Adolescent injury in the emergency Department: Opportunity for Alcohol Interventions?. *Ann Emerg Med* 2000;35:252-257.
37. Grossman DC. The history of injury control and the epidemiology of child and adolescent injuries. *Future Child* 2000;10:23-52.
38. Burke PJ, O'Sullivan J, Vaughan BL. Adolescent Substance Use. *Pediatr Emerg Care* 2005;21:770-776.
39. Sindelar HA, Barnett NP, Spirito A. Adolescent alcohol use and injury. *Minerva Pediatr* 2004;56:291-309.
40. Cheng TL, Schwartz D, Brenner RA, Wright JA. Adolescent assault injury: risk and protective factors and locations of contact for Intervention. *Pediatrics* 2003;112:931-938.
41. Colby SM, Barnett NP, Eaton CA, Spirito A. Potential biases in case detection of alcohol involvement among adolescents in an emergency department. *Ped Emerg Care* 2002;18:350-354.
42. Hennes HMA, Calhoun AD. Violence among children and adolescent. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:269-274.
43. Sieger K, McKinney C, Renk K. The effects and treatment of community violence in children and adolescents. *Trauma Violence Abuse* 2004;5:243-259.
44. Sheehan K. Intentional injury and violent prevention. *Clin Ped Emerg Med* 2003;4:12-20.
45. Ergen E. Çocukluk ve adolesanlık döneminde spor yaralanmalarının nedenleri. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2004;38:27-31
46. Jones SJ, Lyons RA, Sibert J, Evans R. Changes in sports injuries to children between 1983 and 1998: comparison of case series. *J Public Health Med* 2001;23:268-271.

47. Cheng TL, Fields CB, Brenner RA, Wright JL. Sports Injuries: An important cause of morbidity in urban youth. *Pediatrics* 2000;105:E32.
48. Schoolden G. Priority system for triage of patients being evaluated at Johns Hopkins Hospital Pediatric Department. Baltimore, MD: Johns Hopkins Hospital; 2001.
49. Devlet İstatistik entitüsü web sitesi. Erişim adresi: <http://www.die.gov.tr/konular/ekonomi-finans// Gelir Tüketim - İş Gücü / Gelir ve Tüketim Harcamaları İstatistikleri/ekim ayı hane halkı tüketim harcamaları>. Erişim Tarihi: 15 Aralık 2005.
50. Hollingshead A. Two factor index of social position. New Heaven, USA: Yale Univ. Press; 1957.
51. Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Utilization of Physician Offices by Adolescents in the United States. *Pediatrics* 1999;104:35-42.
52. Bozkurt S. Bir aylık dönemde acil servise başvuran yaşlı ve genç hastaların acil servis başvurularının karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Uzmanlık Tezi, İzmir 2005.
53. Vance JE, Bowen NK, Fernandez G, Thompson S. Risk and protective factors as predictors of outcome in adolescents with psychiatric disorder and aggression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:36-43.
54. Edelsohn GA, Gomez J. Psychiatric emergencies in adolescents. *Adolesc Med* 2006;17:183-204.
55. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:24-51.
56. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:386-405.
57. Yendur G, Serdaroglu G, Kavaklı T, Yavuz Ş. Çocukluk çağı intihar girişimleri. *Klinik Bilimler* 1998;6:882-886.
58. Türkmen N, Akgöz S, Çoltu A, Ergin N. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;31:25-29.

Ek.1
DEÜTF Çocuk Acil Servisine başvuran ergen hastaların klinik ve epidemiolojik özelliklerinin değerlendirilmesi

Hasta adı-soyadı:..... Dosya No:.....
Doğum tarihi:..... Adres:.....
Cinsiyeti:.....
Başvuru tarihi:.....
Başvuru saati:..... Telefon:.....

Sosyodemografik özellikler:

Hasta	Anne	Baba
Sosyal güvence: Emekli sandığı Bağ-kur SSK Ücretli Diğer..... Eğitim:	Yaşı:..... Eğitim durumu: Okur-yazar değil İlk öğretim Orta öğretim Lise Üniversite	Yaşı:..... Eğitim durumu: Okur-yazar değil İlk öğretim Orta öğretim Lise Üniversite
Kardeş sayısı: Birlikte yaşayan birey sayısı: Ailede çalışan birey sayısı: Ortalama aylık gelir:	Mesleği:.....	Mesleği:.....

Yakınma& öykü:.....
.....
.....

Ateş	Göğüs ağrısı	Öküsürük
Boğaz ağrısı	Boyun ağrısı	Nefes darlığı
Baş ağrısı	Bel ağrısı	Dökünütü
Kulak ağrısı	Kusma	İntihar girişimi
Karın ağrısı	İshal	Nöbet
		Yaralanma
		diğer.....

****Travma hastaları için:**

Travma mekanizması
Aynı zeminde düşme
Yüksekten düşme
Çarpma
Bisikletten düşme
Araç içi trafik kazası
Araç dışı trafik kazası
Spor kazası.....
Diğer.....

**** Zehirlenme hastaları için:**

Zehirlenme tipi:	Zehirlenme yolu:	Zehirlenme nedeni
Akut	Ağız	Kaza
Kronik	İnhalasyon	İntihar
Bilinmiyor	Deri	Yanlış kullanma
	Diğer.....	Kötü kullanma
	Diğer.....

Geçen süre:

Etken/ler		Miktar	
1.	Toksik	Non-toksik	Bilinmiyor
2.	Toksik	Non-toksik	Bilinmiyor
3.	Toksik	Non-toksik	Bilinmiyor
4.	Toksik	Non-toksik	Bilinmiyor

Fizik bakı:

TA:..... /.....mmHg

Ateş:.....

VA:.....kg

Nb:..... atım / dk

O2 sat: %.....

Boy:cm

SS:...../ dk

GKS:

Tanıya spesifik pozitif laboratuvar ve radyolojik bulgular

1.
2.
3.

TANI:**Acil serviste uygulanan tedavisel girişimler:**

1.
2.
3.

Sonuç:**Saat:**

Taburcu

Yatış/ klinik

Sevk/hastane/ klinik

Ölüm