



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN ADOLESAN DÖNEM ÇOCUKLARIN HASTALIK DAĞILIM PROFİLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Pınar MACANA

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ

AYDIN – 2019

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN
ADOLESAN DÖNEM ÇOCUKLARIN
HASTALIK DAĞILIM PROFİLLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Pınar MACANA

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ

AYDIN – 2019

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında ve uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ'a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimi süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım anabilim dalımızın değerli hocaları Prof. Dr. Okay BAŞAK, Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ ve Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL'e en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Hayatımın her alanında olduğu gibi tüm eğitim hayatım boyunca hep yanımda olan, fedakarlık gösteren ve bana her konuda destek olan değerli annem Fidan ATEŞ'e ve ablam Bahar ATEŞ'e teşekkür ederim.

Dr. Pınar MACANA

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLO DİZİNİ.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	iv
EKLER DİZİNİ	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Adolesan Dönem	3
2.1.1. Tanımı.....	3
2.1.2. Adolesan dönem evreleri ve bu evrelerdeki psikososyal gelişim basamakları.....	4
2.2. Adolesan hastaların acil servis başvuruları	5
2.2.1. Adolesan dönem hastalıklarının epidemiyolojisi	5
2.2.2. Acil servise başvuran adolesan olgulara genel bakış.....	6
2.2.3. Acil serviste triaj.....	6
2.3. Acil serviste hastaya genel yaklaşım	8
2.3.1. Birincil değerlendirme	8
2.3.2. İkincil değerlendirme.....	12
2.4. Çocuk acil hastalıklar	14
2.4.1. Çocuklarda solunum acilleri	14
2.4.2. Çocuklarda enfeksiyon acilleri	15
2.4.3. Üriner sistem enfeksiyonları.....	16
2.4.4. Toksikolojik aciller.....	17
2.4.5. Gastrointestinal aciller	19
2.4.6. Allerjik aciller.....	22
2.4.7. Nörolojik aciller.....	22
2.4.8. Çocuklarda travma acilleri.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Örneklemi	25
3.3. Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	25
3.4. Çalışma Dışı Bırakılma Kriterleri	25
3.5. Verilerin Toplanması.....	25
3.6. Verilerin Analizi	25
3.7. İzinler	25

4. BULGULAR	27
5. TARTIşMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
ÖZET	47
SUMMARY	49
KAYNAKLAR.....	51
EKLER	58



TABLO DİZİNİ

Tablo I. Çocukların yaşına göre vital bulgu ortalamaları (28)	13
Tablo II. Pediatrik hastalarda yaşa göre karın ağrısı nedenleri (46).....	20
Tablo III. Olguların en sık konulan ilk on tanısı	28
Tablo IV. Olguların tanı gruplarının dağılımı	29
Tablo V. Cinsiyete göre tanı gruplarının dağılımı.....	29
Tablo VI. Mevsimlere göre olgu sayıları.....	32
Tablo VII. Aylara göre olgu sayıları	33
Tablo VIII. Mevsimlere göre olguların tanı gruplarının dağılımı	34
Tablo IX. Olguların yaşadığı yere göre tanı gruplarının dağılımı.....	35
Tablo X. Olguların ilk on başvuru semptomu	35
Tablo XI. Olguların semptom gruplarının dağılımı.....	36
Tablo XII. Gastrointestinal sistem, kardiyak ve solunum sistemi semptomlarının dağılımı	37
Tablo XIII. Olguların semptom gruplarının cinsiyete göre dağılımı	38
Tablo XIV. Olguların semptom gruplarının mevsimlere göre dağılımı.....	35
Tablo XV. Olguların semptom gruplarının yaşadıkları yerlere göre dağılımı	36
Tablo XVI. Ağrı ile başvurma ve cinsiyet ilişkisi	37
Tablo XVII. Olgulara uygulanan tedaviler ve sonuçları	37
Tablo XVIII. Yatış verilen servislerin dağılımı.....	38
Tablo XIX. Olguların tetkik, konsültasyon, yatış ve sevk durumunun cinsiyet ile ilişkisi.....	38
Tablo XX. Tanı konmayan olgularda bazı demografik ve tıbbi özelliklerin tanı konmama ile ilişkisi	39

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
ABK	:Akut Bilinç Kaybı
ASYE	:Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu
BT	:Bilgisayarlı Tomografi
DM	:Diyabetes Mellitus
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalografi
EKG	:Elektrokardiyografi
EMG	:Elektromiyografi
FMF	: Familial Mediterranean Fever (Ailesel Akdeniz Ateşi)
GKS	:Glaskow Koma Skalası
GÖR	:Gastroösofagiyal Reflü
GİS	:Gastrointestinal Sistem
GÜR	:Genitöüriner Sistem
İBS	:İnflamatuvar Barsak Sendromu
İÖ	:İnterosseoz
İYE	:İdrar Yolu Enfeksiyonu
İV	:İntravenöz
KİBAS	:Kafa İçi Basınç Artışı Sendromu
LP	:Lomber Ponksiyon
NGS	:Nazogastrik Sonda
PİD	:Pelvik İnflamatuvar Disease (Hastalık)
RL	:Ringer Laktat
SF	:Serum Fizyolojik
SUT	:Sağlık Uygulama Tebliği
TBC	:Tüberkuloz
TK	:Trafik Kazaları
USG	:Ultrasonografi
ÜSYE	:Hastalıklar Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

EKLER DİZİNİ

EK-1 Olgu Rapor Formu	58
EK-2 Etik Kurul Onayı.....	59



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Adolesan dönem, fiziksel büyüme, cinsel ve psikososyal gelişmenin gerçekleştiği çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir (1). Dünya Sağlık Örgütü, 10-19 yaş arası dönemi “Adolesan Dönem”, 15-24 yaş arası dönemi “Gençlik Dönemi” olarak tanımlamaktadır ve 10-24 yaş arası insanlara “Genç İnsanlar” denilmektedir(2). Bu dönemde adolesanlar fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal, kültürel, ahlaki ve mesleki gelişimlerini kendilerine uygun tamamlamak zorundadırlar (3).

Pubertenin ortaya çıkışı ile başlayan ve erişkinliğe kadar devam eden bu geniş zaman diliminde bireyler karmaşık bir dönemden geçerler ve bu dönemde hastalar öncelikle fiziksel büyüme ve gelişme, cinsel ve psikososyal gelişim ile ilgili kendine özgü problemler ile karşımıza gelirler (4,5). Öte yandan büyüme ve değişim sürecinde olan adolesanlar, deneyim arayışı içindedirler ve sağlığı tehdit edecek risklerle karşılaşmaya da açıktırlar (6,7). Travma, cinayet ve intihar adolesan ölümlerinin en önde gelen sebeplerindendir (8). Her yıl 1.4 milyon adolesan trafik kazaları, şiddet, gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar, intihar, AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi sebeplerle hayatlarını kaybetmektedirler. En çok ölüm nedeni trafik kazalarıdır. İkinci sıklıkta ise intihar görülmektedir. Her yıl 100.000 adolesan intihar ederek hayatına son vermektedir (3).

Adolesanlarda intihar girişimlerinin, madde bağımlılığı ve cinsel yolla bulaşan hastalık oranlarının artmakta olduğu ve bu hastaların primer başvuru yerlerinin acil servisler olduğu gözlenmektedir (9). Adolesanlarda sağlık kurumlarına başvurma sıklığı diğer yaş gruplarına göre oldukça düşüktür. Eğer ciddi bir şikayeti olmazsa ergenler hekime başvurmazlar (1). Yetersiz sağlık güvencesi, uygunsuz servis alanları, yetersiz sağlık hizmetleri ve gizlilik konusundaki kaygıları adolesanların sağlık merkezine başvurularını etkileyen ve azaltan sebeplerden birkaçıdır (10,11). Bu nedenle adolesanların yaklaşık %50’si acil servise acil olmayan nedenlerle başvurmaktadır (12,13). Sağlık sorunlarının çözülmesi açısından çocuk acil servisleri uygun olmamasına rağmen adolesan hastaların acil servise başvuru oranlarının yüksek olması, adolesan acillerinin klinik özelliklerinin ve bu döneme özgü sorunların belirlenmesini önemli hale getirmektedir (5).

Bu çalışmanın amacı Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi ocuk Acil Servisine başvuran adolesan dönem ocuk hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini, hastalık dağılım profillerini değerlendirmek ve bunları etkileyen faktörleri belirlemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adolesan Dönem

2.1.1. Tanımı

Ondozununcu yüzyıla (yy) sonlarına kadar çocuk gelişinde adolesan tanımı kullanılmamış olup ilk olarak 1904 yılında Stanley Hall tarafından ortaya atılmıştır. Bu dönem sonunda insan gelişiminde ayrı bir evre olarak ortaya konmuştur (15,16). Latince “gelişen” anlamına gelen bu kelime çocukluk döneminin son hızlı gelişme ve erişkin hayata geçiş dönemi şeklinde tanımlanmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’e göre bu dönem 10-19 yaş aralığıyla sınırlandırılırsa da tam olarak bu dönemi kesin yaş sınırları ile sınırlamak doğru olmamaktadır. Amerikan Ulusal Sağlık Bilimi Merkezi’nin Sağlık Bakımı birimi tarafından 1994 yılında yapılan ölçütler sonucunda 11-21 yaş arası adolesan dönem olarak belirtilmiştir. Bu dönem üç bölümde incelenmekte olup; 11-14 yaş arası erken, 15-17 yaş orta ve 18-21 yaş geç dönem adolesan olarak sınıflandırılmıştır (2).

Bu dönemde hormonal etkiyle ortaya çıkan ikincil cinsiyet belirtilerinin ve gonadların gelişmesi, büyüme ve kemik gelişiminin belirgin hızlanması ve vücut orantılarında hızlı değişimlerin olduğu bu dönem adolesan dönemin başlıca fizyolojik özelliklerini oluşturmaktadır (17,18).

Adolesan dönem belirtileri cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kız çocuklarında genellikle 10 yaşında adolesan dönem belirtileri başlarken, erkek çocuklarda bu durum yaklaşık 12 yaşında ortaya çıkmaktadır (18). Biyolojik değişikliklerin tamamlanması yaklaşık olarak üç ile beş yıl arasında sürmektedir. Bu sürede gonadlar olgunlaşarak kızlarda menstrual siklus ve ovülasyon, erkeklerde ise spermatogenez başlar. Bu sebeple üretken olmayan çocuk, üretken bir bireye dönüşmüş olur (17,18). Cinsel hormonlardaki artış ile cinse özgü ikincil karakterler belirginleşir (18,19). Bu değişikliklere yanı sıra hem boy ve kemiklerdeki hızlı büyüme hem de çeşitli organların boyutunda hızlı bir artış meydana gelir. Vücut yapısı çocuktan erişkin haline dönmeye başlar. Seksüel dismorfizm belirginleşir ve adolesan dönem sonunda bireyin büyüme ve gelişmesi büyük oranda tamamlanır (17-19).

Adolesan dönem tüm insan yaşamının kısa bir bölümü olsa da oldukça çalkantılı, çocuktan erişkinliğe geçişin olduğu, bireylerin vücut ölçülerinde hızlı artışların olduğu ve

üreme potansiyeli kazandığı bir dönemdir. Bu durum yanında psikososyal gelişim daha uzun sürmektedir (18,19). Adolesan hızlı fiziksel büyümeye tam olarak alışmadan cinsel gelişimin ve psikososyal değişimlerin olması bu yaş grubunda kişinin çevresi ile iletişim kurmasını etkilemektedir. Bazende bu sürece uyum sağlayamamakta ve ortaya bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır (1,17).

2.1.2. Adolesan Dönem Evreleri ve Bu Evrelerdeki Psikososyal Gelişim Basamakları

Erken adolesan dönem

On bir ile on dört yaş arası dönemi kapsar (2-17). Bu evrede en önemli nokta, ergenlik ile birlikte ortaya çıkan değişikliklere karşı gencin uyum ve baş etme güdüsünü ortaya çıkarabilme başarısıdır (3,17). Bu konuda yapılan çalışmalarda bu dönem çocuk bireylerin en büyük uğraşlarının bedenleri ve bedenleri konusunda hoşnutsuzluklarını gidermek olduğu görülmüştür (15). Hızlı uzayan kol ve bacaklar çeşitli sakarlıklara yol açabilmekte, erkeklerde çıkan sakallar, kızlarda göğüslerin büyümesi ve yüzde çıkan sivilceler bu dönem bireylerinde ciddi uğraşlara neden olabilmektedir (3,15). Ayrıca adolesan dönemin bu evresinde cinsel kimliğin oluşması ve karşı cinse olan ilgi nedeniyle çeşitli sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Yine düşünme yetisinde olan gelişmeler sayesinde bu dönem çocuk bireylerde din içerikli ya da felsefi konularda aşırı yönelimler görülebilmektedir (3,15,17).

Orta adolesan dönem

On beş ile on yedi yaş arası dönemi kapsamaktadır. Bu dönemde olgunlaşma ve öğrenmenin sağladığı katkıyla uyum becerilerinin daha iyi kullanıldığı bir dönemdir. Pubertal gelişimin ve bilişsel gelişimin tamamlandığı evredir (3,15). Bu evrede önemli bir durum cinsel kimliğin gelişimidir. Bu evrede cinsel kimlik kazanmaya, cinsel kimliklerini benimsemeye ve hemcinsleri ile sosyal ilişki kurmaya başlamaktadır (15). Eğer bu dönemde adolesan birey yaşitlarının gelişimine ulaşamaz ise bedenine karşı olumsuz duygular ve algılara kapılabilmektedir. Bu duygularla baş edemezse anksiyete ve depresyon gibi durumların ortaya çıkabileceği, bazı durumlarda da cinsel sapmalara yol açabilmektedir (3,17). Yine anne ve babadan ayrışma süreci bu dönemde ortaya çıkmaktadır. Bu durum sonucunda çeşitli arkadaş grupları ayrışma sonrası hayatında çok önem kazanabilmektedir (3,15). Bu evrede arkadaşların ortaya koyduğu normlar ebeveyn normlarının üstüne çıkabilmektedir. Yine bu evrede karşı cinse büyük ilgi duyulur, onları tanımaya çalışma bu

evrede önemli bir etmen olabilmektedir (3,15,17).

Geç adolesan dönem

On sekiz yaşında başlar, teorikte 21 yaşına kadar sürdüğü söylene de kişiye göre farklılık gösterebilmektedir. Bu süreç sonunda çocuk birey erişkin rol almaya hazır hale gelir ve bu evre son bulur. Bu evrede, diğer adolesan dönem evrelerinde kazanılan özellikler pekiştirilir ve bu dönemin en önemli özelliği olan kimlik duygusu oluşur (3,15). Bu süreçte edindiği deneyimleri ve kendi yetiştiği aile ve toplum kaynaklarıyla harmanlayarak yeni bir değerler sistemi edinir. Sosyal özerklik, kişisel ilişkiler, mesleki beceriler ve parasal bağımsızlık gelişir (15). Geç dönem adolesan birey artık kimlik duygusu edinmiş, iş ve eş seçebilen, toplum içindeki erişkin rolünü üstlenecek sorumluluğa sahip olarak bir sonraki gelişim dönemine geçer (3,15,17).

2.2. Adolesan Hastaların Acil Servis Başvuruları

2.2.1. Adolesan Dönem Hastalıklarının Epidemiyolojisi

Adolesanlarda davranışsal ve psikososyal sorunlar ve yaralanmalarla sağlık bakım servislerinden yaralanmalarının büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Bu nedenler ayrıca adolesan dönemde en sık mortalite ve morbiditeden sorumludur (9-11).

Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda tüm çocukluk çağı ayaktan başvurularının %14'ünü acil başvuruları oluşturmaktadır (20). Yine Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de yapılan çalışmada 11-21 yaş grubunun tüm yaş grupları içinde acil servis başvurusunun %15.8'ini oluşturduğu tespit edilmiştir (2). Acil servis başvuruları incelendiğinde ise; erkek ve genç adolesanların yüksek oranda yaralanma ile başvurduğu, tüm yaş gruplarının hastaların yarısının ise acil olmayan durumlarla acil servise başvurduğu tespit edilmiştir (2,20).

Gelişmiş ülkelerde acil servise başvuran adolesan yaş grubu hastaların en sık başvuru nedenleri; erken ve istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, psikososyal sorunlar, madde alımları ve yaralanmalardır. Sigara, alkol, marihuana ve zevk verici kimyasal kullanımı gibi sağlığı bozucu alışkanlıklar adolesanlarda ciddi etkiler bırakmaktadır (21).

Trafik kazaları (TK) adolesan yaş grubunda en sık mortalite sebebidir (22). Bu kazalar incelendiğinde alkol, zevk verici ilaç ve marihuana kullanımı sıklıkla sorumlu tutulmaktadır

(21,22). Trafik kazaları dışında, kalp hastalıkları, diyabetes mellitüs (DM), sigara içimine bağlı solunumsal hastalıklar gibi kronik hastalıklar adolesan dönemden köken alabilmektedir (20,23).

2.2.2. Acil servise başvuran adolesan olgulara genel bakış

Acil servise başvurularının bir kısmı polikliniğe ve muayenehaneye ulaşma şansı olmayan sosyoekonomik düzeyi düşük aileler oluşturmaktadır. Bu şekilde acil sağlık hizmetini vermenin maliyet ve yoğunluğu artırması nedeniyle yalnızca gerekli kullanımı sağlanarak acil başvuruları düşürülmeye çalışılmaktadır. Buna rağmen acil servisin görev işleyişi acil vakalar olsada adolesanlar acil servisi rutin sağlık hizmeti, psikososyal sıkıntılara çözüm aramak ve spontan sağlık hizmetleri almak için kullanmaktadır (24). Bu yanlış uygulamanın en önemli nedenleri arasında, adolesanların sağlık güvencesinin olmaması ve okul ile ilişkili sağlık hizmetlerine ulaşılamaması gibi nedenlerdir (24,25). Tıbbi sorunlara direkt çözüm üretilebiliyorken, psikososyal sorunlara çözüm üretmek için gerekli işbirliği, uzmanlık ve organizasyon acil serviste sağlanamamaktadır (2,25). Yapılan araştırmalarda adolesanların birinci basamak sağlık kuruluşlarından yararlanmadığı gösterilmiştir. Bu dönemde görülen psikososyal problemlerin çözümünde acil servis başvuruları yerine okul klinikleri v düzenli hekim kontrollerinde daha sağlıklı bir çözüm oluşturulacağına inanılmaktadır (2,24,25).

2.2.3. Acil serviste triaj

Triaj, kelime anlamı ile ayıklama anlamına gelmektedir. Acil servis triajı ise hastaların aciliyet ciddiyetine göre sıraya sokmaktır. Çocuk hastalarda da erişkinlerde de triaj protokolleri acil servise başvuran hastaların ciddiyetine göre sıraya koymak demektir. Olguların ciddiyeti ise başvuru yakınmaları, subjektif semptomları, vital bulguları ve fizik muayeneye göre belirlenir (26). Bu protokollere bağlı olarak triaj sınıflandırması yapılsada bazen istisnai durumlar için profesyonel personel bu sınıflandırmayı değiştirebilmektedir. Bazı olgularda olan ağrı skalası, vital bulgular ve oksijen saturasyonu gibi parametreler triaj sınıflandırmasını bazen bir üst sıraya çıkarabilir bazen de bir alt sınıfa düşürebilmektedir. İdeal bir triajlamada ailelerde anksiyete ve bekleme süresi az, memnuniyet fazla olmalıdır (26).

Triaj yapacak kişinin her zaman bekleme salonuna ve triaj odasında bulunması gerekmekte ve olguların görsel değerlendirmesi ile ciddiyeti belirleyip bu durumu kayıt altına almalıdır. Aile ve olgular geçikmeler hakkında bilgilendirilmelidir.

a. Triaj Süreci

- Acil servise başvuran her olgunun sadece görsel bile olsa ilk 10 dk'da triajının yapılması gerekmektedir. Burada amaç, olgunun sağlık personeli tarafından mümkün olan en kısa sürede ön değerlendirmesinin yapılmış olmasıdır.
- Triaj düzei ve alınan ön bilgiler dosyasına not edilmelidir.
- Tüm olguların triaj düzeyi belirlendikten sonra triaj sınıflandırması çok acil ve acil olanlar hızlıca değerlendirilip hekime yönlendirilirken, triaj sınıflandırması az acil ve acil olmayan vakalar bekleme salonuna gönderilebilir.
- Hastaların öncelik durumları semptom ya da bulgularına göre veya tam değerlendirme sonrasında belirlenmelidir.

Triaj Sınıflandırması

1. Resüsitasyon: Hızlı ve agresif tedavi ve girişim gerektiren, kısa süre içinde genel durumu bozulacağı düşünülen ve hayati tehdit oluşturacak durumlardır. Kalp ve solunum durması, solunum yetersizliği, koma ve şok gibi hemodinamik bozukluk olan durumlar bu triaj sınıflandırması içinde sayılabilen patolojilerdir.

2. Çok acil: Hayati tehdit etme şüphesi olan, yine hızlı müdahale gerektiren durumlardır. Bu durumlarda da acil servise başvuru süresi sonrasındaki ilk 15 dk'da hekim tarafından değerlendirilmelidir. Bilinç bozukluğu orta-ciddi solunum güçlüğü, sıvı ve elektrolit bozukluğu olan genel durumu unstabil olabilecek hastalar bu grup içinde incelenmektedir.

3. Acil: Hayati tehdit etme olasılığı olan fakat bilinci açık, uyumlu ve dehidratasyon görülmeyen hastalar bu grupta sınıflandırılmaktadır. Bu olgular ilk 30 dk içinde hekim tarafından görülmelidir. Bu triaj sınıflandırması içinde yer alan durumlar şöyle sınıflandırılabilir; stridor, solunum sıkıntısı, beslenemeyen ya da avutulamayan çocuk,

solunum ve kalp hızı normalden daha az ya da fazla olan hastalar bu grupta sınıflandırılabilir.

4. Az acil: Bu olgularda hayati tehdit edici bir duruma ilerleme olasılığı düşük olan, tedavi sonucunda hastalığın ilerlemesinin önüne geçirileceği ve komplikasyonların önlenileceği patolojilerdir. Bu triaj sınıflandırması içine ishali olan, vital bulguları stabil, kusması olan ve dehidratasyonu olmayan 2 yaş üstü hastalar alınabilmektedir.

5. Acil olmayan: Akut ancak acil olmayan ya da kronik bir hastalığı komponenti olan, geciktiği takdirde hayati tehdit oluşturmayacak olgulardır. Vital bulguları stabil olan, uyanık, dehidratasyonu olmayan ve avutulabilir çocuk hastalar bu grupta sınıflandırılmaktadır (27).

2.3. Acil Serviste Hastaya Genel Yaklaşım

2.3.1. Birincil Değerlendirme

Hayati tehdit edici patolojiler ya da travma gibi durumlarla karşılaşıldığında hastanın ilk değerlendirmesini kapsar. Resüsitasyon ve stabilizasyon için bakım öncelikleri bu durumu kapsamaktadır. Birincil değerlendirme ilk 1 dk içinde yapılmalıdır. Bu basamakta hasta güvenlik çemberi içine alınmalıdır. Bu güvenlik çemberini aşağıdaki basamaklar oluşturmaktadır;

1. Airway / Hava yolu kontrolü
2. Breathing / Solunumun sağlanması
3. Circulation / Dolaşım kontrolü
4. Disability / Kısa nörolojik değerlendirme
5. Exposure / Isı kontrolü ve genel total değerlendirme basamakları güvenlik çemberini oluşturmaktadır.

Hava yolu açıklığı kontrolü

Hava yolu açıklığının belirlenmesi gerekmektedir. Hava yolu açık ve bilinç açıklığı olan hastaya güvenli ve rahat pozisyon verilmelidir. Maksillofasiyal yaralanması olan hastalarda hava yolu açıklığını tehdit ediyorsa airway konmalı eğer bu hava yolu açıklığının

devamlılığını koruyamıyorsa trekeal aspirasyon ve endotrekeal entübasyon düşünülmelidir. Stridor ve siyanoz gibi durumlar kontrol edilmelidir.

Hava yolu değerlendirmesinde aşağıdaki gibi basamak basamak yaklaşılabilmektedir;

- 1- Ağız ve boğaz temizlenmeli, üst hava yolu açıklığı sağlanmalı ve varsa tıkaçıcı etkenlere müdahale edilmelidir.
- 2- Gastrik içerik aspirasyonu açısından hasta koruma altına alınmalıdır.
- 3- Yeterli hava dolaşımı sağlandığına emin olunmalı, sağlanmadığı düşünülüyorsa gerekli işlemler yapılmalıdır.
- 4- Eğer bu yapılan işlemlere bağlı olarak hava yolu açıklığı sağlanamıyorsa; çene itme manevraları, entübasyon ya da ileri solunum yolu araçları kullanılmalıdır.

Bilinci açık çocuklarda hızlı hava yolu değerlendirmesi için, çocuğa adını ya da olayın öyküsünü sormak istenebilir. Bu soruya verilen cevap ile hem hava yolu hem de nörolojik durum hakkında bilgi vermektedir. GKS 8 ve altında olan, maksillofasial yaralanması olan ve aspirasyon riski olan ya da ciddi solunum sıkıntısı olan hasta derhal entübe edilmelidir (28).

Solunumun sağlanması

Hastanın solunumunun kontrolünde; hız, hava girişi, göğüste yükselme, solunum seslerinin dinlenmesi, wheezing, stridor, solunum işi, interkostal çekilme, cilt rengi, solunum eforu izlenerek değerlendirilmelidir. Birincil bakıda ilk basamak olan airway sağlandıktan sonra olgunun yeterli soluyup solumadığı kontrol edilmelidir. Simetrik göğüs hareketleri, interkostal ve subkostal çekilmeler ve penetran yaralanmalar yönünden hasta değerlendirilmelidir. Hastanın tansiyon pnömotorakstan, solunum merkezi baskılamaya kadar bütün etkenler bu değerlendirme basamağında düşünülmelidir. Tespit edilen nedene yönelik tedavi verilmesi planlanmalıdır. Eğer olguda yeterli solunum görülüyorsa 4 yolla soluma yapılmalıdır;

- 1- Ağızdan ağıza
- 2- Ambu maske ile
- 3- Entotrekeal entübasyonla ve
- 4- Krikotroidektomi / trekeostomi ile (iğne / cerrahi) yapılmalıdır (28).

Eğer tansiyon pnömotoraks şüphesi var ise 4. İnterkostal aralıktan kalın bir iğne ile (katater iğnesi ya da geniş branül iğnesi) ile iğne torokostomi sonrasında tüp torokostomi yapılmalıdır. Hastanın diğer nedenlerle pnömotoraks, hemotoraks ya da plevral efüzyon görülmesi halinde acil torasentez ya da tüp torokostomi uygulanması gerekebilmektedir (28).

Dolaşım kontrolü

Hastalar dolaşım yönünden kontrol edilirken; kalp hızı, tansiyon durumu (Alınabiliyor mu? Dolgun mu?), periferik nabızlar, kapiller dolum, sıcaklık, deri ve rengi kontrol edilmelidir. Hastada eğer şok bulguları tespit edilirse vasküler yol (İntravenöz (İV) ya da interosseoz (İÖ)) ile sıvı resüsitasyonuna başlanmalı, kardiyak monitör ve mesane sonda uygulaması yapılmalıdır (28).

Dolaşımın yeterliliği ise, nabız dolgunluğu, kapiller doluş zamanı ve kan basıncı ile değerlendirilebilir. Acil serviste olgularda hedeflenen dolaşım durumu doku perfüzyonunun sağlanmasıdır. Olgularda bilinç değişikliklerinin gözlemlenmesi hipovolemik şok bulguları içindedir. Bu nedenle bu hastalarda takipne, taşikardi ve nabız basıncı gibi kompensasyon mekanizmaları konusunda iyi bir gözlemci ve alert olunmalıdır (28).

Dolaşımın sağlanmasında ve desteklenmesinde aşağıdaki basamaklara gerek duyulabilmektedir;

- 1- Aktif kanama yönetimi,
- 2- İV kristalloid, kolloid ve kan verilmesi,
- 3- Ekstrakardiyak masaj
- 4- Defibrilasyon.

Olguların dolaşımları yok ya da düzensiz ise eğer birincil bakıda şok tedavisi gerekebilir. Dolaşımın sağlanması için yeterli sıvı intravenöz verilmelidir. Mümkünse 1 dk geçirilmemelidir. Eğer intravenöz yol bulunamazsa 8 yaş altındaki çocuklara intraosseöz (İO) yol, 8 yaş üstündeki çocuklara ise safen ven cut-down'u cerrahi olarak açılmalıdır. Eğer bu işlem yapılamıyor ise Seldinger yöntemi ile femoral kateterizasyon yapılmalıdır (28).

Kateterizasyon sonrası serum fizyolojik (SF) ya da ringer laktat (RL) 10-20 ml/kg, 10 dk bolus verilmelidir. Sonrasında olgunun hidrasyona cevabı değerlendirilir. Bu değerlendirme kalp tepe atımı, kan basıncı ve idrar çıkışı ile değerlendirilebilir. Eğer hala hastanın hipovolemi durumu devam ediyor ise olguya 20 ml/kg (toplamda 40 ml/kg) 1-2 saat hidrasyon yapılır. Hala verilen sıvı resüstasyonuna cevap yok ise eğer hastaya taze kan verilmesi planlanır. Şokta kan vermek için bir diğer endikasyon ise olgunun hemotokritinin %33'ün altına düşmesidir (28).

Hızlı Nörolojik Muayene

Bilinç durumu, anne-babayı tanıma, kas tonusu, pupil değerlendirmesi ve yanıtı, ağrıya yanıt, fontaneller ve ekstremitte hareketleri değerlendirmesi yapılmalıdır. Hızlı muayene yapılır. Elde edilen muayene bulguları kayıt altına alınmalıdır. Ardından daha ayrıntılı muayene yapılır. Uyku-uyanıklık durumu, kas tonusu, sesli ve ağrıya yanıt durumu değerlendirilip travma ve koma skorları hesaplanmalı ve kaydedilmelidir.

Bilinç düzeyi kötü ya da azalan hastalarda tekrar değerlendirilmeli, dolaşım ve solunum kontrolü tekrardan yapılmalıdır. Sorun olması halinde ventilasyon ve dolaşım devamı sağlanmalıdır. Eğer kafa içi basınç artışı sendromu (KİBAS) varlığı düşünülüyorsa hastanın başı yükseltilmeli, nöroşirurji birimi konsültasyonu istenmelidir (28).

Isı kontrolü ve genel değerlendirme (Exposure)

Baştan ayağı muayene basamağıdır. Bu muayene için hastanın tamamen soyulması gerekmektedir. Hastanın sırtı, boyun bölgesi dikkatlice değerlendirilmelidir. Rektal muayene yine bu muayene basamağının bir parçasıdır. Isı kontrolü ve koruması planlanmalı; ısıtıcı lamba, radyant ısıtıcı, elektrikli battaniye gibi ısı cihazları akla getirilmelidir. Isı ölçümü küçük çocuklarda rektal, büyük çocuklarda ağızdan yapılmalıdır. Bu sonuçlara göre hipotermi ve hipertermi belirlenmeli ve oluşmasından kaçınılmalıdır (28).

Baştan ayağa değerlendirmede gözden kaçabilecek bölgeler iyice kontrol edilmelidir. Gastrik distansiyonu olan olgularda aspirasyon riskine dikkat edilmeli, orogastrik tüp takılmalıdır. Yine bu olgularda mesane sonda uygulaması ile hastalarda idrar çıkışı takip edilmelidir (28).

Bu olgularda en son olarak kan ve idrar tetkikleri alınmalı; travma ve yanık ile başvuran hastalarda tetanoz toksoidi yapılması unutulmamalıdır.

2.3.2. İkincil Değerlendirme

Birincil değerlendirme hızlı ve aciliyet gerektiren durumlarda hızlı müdahale kısmı olarak yapılmaktadır. İkincil değerlendirmede ise ayrıntılı anamnez ve muayene yapılmalıdır. Kafa travması olan hastalarda timpanik membran ve skalp kontrolü, maksillofasiyal travması olan olgularda ağız, diş ve yüz kemikleri kontrolü yapılmalı ve krepitasyon varlığı tespit edilmelidir. Hastaların anamnezi alınırken son yediği yemek, allerji öyküsü, kronik hastalıkları ve geçmiş tedavileri hakkında bilgi toplanmalıdır. Bu sırada tespit edilen bulgular ile laboratuvar tetkikleri tekrardan kontrol edilmeli, eksik olan ya da ileri tetkik gerektiren durumlar not edilmelidir (28).

İdeal bir acil ünitesinde acil şartlarda gerekli olan laboratuvar tetkiklerinin yapılabilmesi ve hızlı sonuçlanması; röntgen, ultrasonografi (Usg) ve bilgisayarlı tomografi (BT) acil olgular için 24 saat hizmet veriyor olması gerekmektedir (28).

Aciliyet gerekliliği olan olgular gözleme alınmalı; gözlem süresinde aciliyet durumu ve yapılan tedavinin yeterliliği sürekli değerlendirilmelidir. Bu olgular monitörize edilmeli, yeterli ve seri izleme standart bakım rutinleri olmalıdır (28).

İhtiyaç halinde acil olgularda gerekli konsültasyonlar yapılmalı, konsültasyon yapılan hekim en geç 30 dk içinde olguyu değerlendirmiş olmalıdır.

Riskli Hastalar

Çocukluk yaş grubunda acil bakım ihtiyacı olan riskli olabilen gruplar vardır. Bunlar içinde;

- ✓ Yenidoğan,
- ✓ Mental retarde olgular
- ✓ Anatomik ve ya genetik hastalığı olan hastalar
- ✓ Kronik hastalığı olan hastalar
- ✓ İmmün sistemi baskılanmış hastalar
- ✓ Ağır hastalık gelişme ihtimali olan riskli ilaç kullanımı olan hastalar
- ✓ Düşük sosyoekonomik düzey ve kötü beslenen çocuklardır.

Çocuklarda yaşa göre vital bulgular

Nabız, solunum hızı, kan basıncı yaşa ve çocuğun içinde bulunduğu aktiviteye göre farklılık göstermektedir. Anksiyete, ağrı, ateş ve ağlama gibi aktiviteler bütün değerlerde artmaya sebep olabilmektedir. Bu sebeple çocuk değerlendirilirken bu durumlarda belirtilmelidir. Ateş küçük çocuklarda ve bilinci kapalı çocuklarda rektal olarak ölçülmeli, büyük çocuklarda ağızdan ölçülmelidir. Vücut ağırlığı ölçümünde pediatrik hastalarda bir vital bulgudur. Acil servislerde uygun skalalar ve büyüme kartlarına kolay ulaşılabilmelidir (28) (Tablo I).

Tablo I. Çocukların yaşına göre vital bulgu ortalamaları (28)

Yaş	Kalp hızı/dk.	Solunum hızı/dk.	Kan basıncı*	Ağırlık*
0-1 ay	180	60	60/40	3-4
2-12 ay	160	50	70/45	5-10
12-24 ay	140	40	75/50	10-12
2-6 yaş	120	30	85/55	13-25
6-12 yaş	110	20	90/60	26-40
+12 yaş	100	20	90/60	41-60

*Sistolik kan basıncı: $70 + [2 \times \text{yaş(yıl)}]$ ile hesap edilir.

**Ağırlık

12 ay ve altı Ağırlık(kg): $4 + \text{yaş(ay)}/2$

1-12 yaş arası Ağırlık(kg): $10 + [2 \times \text{yaş(yıl)}]$ ile hesap edilir.

2.4. Çocuk Acil Hastalıklar

ABD’de 2005 yılında yapılan bir araştırmada; acile başvuran yaklaşık 50 milyon olgunun %25’inin çocuk hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir. Bu olguların büyük bir oranı travma ile başvururken, bu durumu solunum yolu acilleri takip etmektedir. Travmalar sıklıkla büyük yaş çocuklarda görülürken, solunum yolu acilleri daha çok küçük yaş grubunda görüldüğü belirtilmiştir (29). Başka bir çalışmada ise çocuk acil servisi verileri incelendiğinde; en sık karşılaşılan hastalıklar üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) (%37.4), diğer enfeksiyon hastalıkları (%34.2), astım ve bronşiolit (%11.7) ve travma/yaralanma (%11.2) sırasıyla görülmektedir (30).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise, acil servise kızlarda en sık ÜSYE ve travma, erkeklerde en sık ÜSYE ve kesi başvuru sebebi olmuştur. En sık travma sebebi ise düşme, trafik kazası ve yanıktır (31).

2.4.1. Çocuklarda Solunum Acilleri

Solunum sistemi ile ilgili hastalıklardan kaynaklı ölümler çocuk hastalarda en başta gelen ölüm sebeplerinden biridir. Solunum sıkıntısı çocuk acillere başvurularının %10’unu, süt çocuklarının başvurularının ise %20’sini oluşturur. Hastaneye yatırılan çocuklarının %20’sinin, yoğun bakıma yatırılan hastaların %30’unun solunum sıkıntısı mevcut olduğu görülmüştür. On beş yaş altı çocuk hastalar %5’inin, süt çocuklarının ise %20’sinin ölüm sebebi solunum yolu patolojileri olmaktadır (32).

Solunum yolları patolojilerinde huzursuzluk, halsizlik, dispne, takipne, taşikardi ve bradikardi, bradiapne, terleme, burun kanadı solunum, baş ağrısı, bilinç bulanıklığı, pulmoner hipertansiyon, persistan wheezing, solunum seslerinin duyulmaması ve siyanoz olarak sayabiliriz (32,33).

Çocuk hastalarda solunum sorunlarında ilk bulgularından biri gürültülü solunumdur. Stridor, üst solunum yolunda olan parsiyal obstrüksiyona bağlı darlıktan geçen havanın türbülansı sonucu oluşan sestir. Wheezing ise, daha alt hava yollarında daralmadan geçen havanın türbülansı sonucu oluşan ısıklık benzeri sestir. Tanımlamalardan da anlaşıldığı gibi solunum selerinde oluşan patolojiler sonucu çıkan sesler patolojinin cinsi ve seviyesi hakkında bize bilgi vermektedir (32).

Solunum yolunda duyulan anormal seslerin hepsinin araştırılması gerekmektedir. Solunum sıkıntısının derecesi hastanın triajını belirlemektedir. Dispne (solunum zorluğu), apne (solunum durması), siyanoz (oksijen perfüzyon bozukluğu) ve retraksiyon (çekilme) gibi acil hava yolu müdahalesi gerektiren durumlarda öncelikli olarak solunum yolu güvence altına alınmalı, sonrasında tanıya yönelik muayene de müdahaleler gereklidir. Solunum sıkıntısı akut ve çok ciddi derece değilse, hava yolunun güvence alınması ayrıntılı anamnez ve fizik muayene sonrasına bırakılabilir (32).

Solunum yolu patolojilerinde ilk yapılması gereken şey solunum yolunu güvence almaktır. Çocuğun huzursuzluğu, apne varlığı ve siyanozun olması durumun aciliyetini göstermektedir. Bu şikayetler ani başlangıçlı ve öksürük ile birlikte ise yabancı cisim aspirasyonu ön planda düşünülmesi gereken patolojilerden biridir. Bu durumlarda hava yolu güvenliği ve ileri hava yolu yöntemleri hazırlıkları yapılmalıdır. Eğer çok acil solunum yolu sıkıntısı ön planda düşünülüyorsa, altta yatan sebebi aydınlatmak için ayrıntılı anamnez alınmalıdır. Doğum öyküsü sorgulanmalı, aspirasyon varlığı, forseps kullanılıp kullanılmadığı, sorgulanmalıdır.

Fizik muayene solunum sayısı, burun kanadı solunum varlığı, siyanoz varlığı ve çekilmeler (interkostal, substernal, subkostal) gözlenmeli; solunum sesleri dinlenerek tınısı ve solunumun hangi fazında olduğu anlaşılmalı çalışılmalıdır. Eşit havalanmayan akciğer varlığında yabancı cisim aspirasyonu akla gelmelidir. Burun muayenesinde yabancı cisim varlığı görülebilir. Oluşmuş sekresyonun yapısına göre üst solunum yolu enfeksiyonları hakkında fikir yürütülebilmektedir. Orofarenks muayenesinde, hipertrofik tonsiller, peritonsiller veya retrofarengeal apse, akut epiglottit (oturma pozisyonunda ajite, salyasını yutamadığı için ağızdan salyası akan, ateşli, iki-üç yaşlarında bir çocukta şüphelenilmeli ve ileri hava yolu ekipmanı olmadan muayene yapılmamalıdır.) hava yolu obstrüksiyonu yapacak patolojiler aydınlatılır (32).

2.4.2. Çocuklarda Enfeksiyon Acilleri

Ülkemizde, çocuk hastalıklarda enfeksiyon bulgularından önemli birkaç tanesi yüksek ateş, sağlık bakımı almalarını gerektiren, yoğun korku ve anksiyeteye neden olan bir durumdur. Özellikle çocuklarda görülen ateş, erişkin hastalardan daha fazla olması nedeniyle daha fazla korku oluşturmaktadır (33). Yapılan araştırmalarda yabancı ülke acil

servislerine getirilen çocuk hastaların %20-30'unda ateş tespit edilirken, bu oran ülkemizde %70-75'lere ulaşmaktadır (33,34).

Çocukluk çağındaki enfeksiyon olgularının büyük kısmı acil yaklaşım gerektirmektedir. Örneğin immün yetmezlik, infektif endokardit, kemik ve eklem enfeksiyonları acil müdahale gerekliliği olan akut enfeksiyonlardan birkaçıdır. Ancak akut enfeksiyon hastalıkları içinde en fazla acil sorunlara yol açan patolojiler sepsis ve bakteriyel menenjittir (35).

2.4.3. Üriner Sistem Enfeksiyonları

Çocukluk çağının önemli morbidite sebebi olan idrar yolu enfeksiyonu (İYE) ilk iki yaşta belirgin hastalığa neden olmaktadır. Geç ve uygunsuz tedavi, renal hasar ile sonuçlanabilmektedir. Çocukluk döneminde kızlarda %8, erkeklerde %2 oranında İYE görülmekte ve %30-40'ında bu durum iki yıl içinde tekrarlamaktadır (36).

İYE'de en sık izole edilen patojenler aerobik gram negatif basillerdir. Enterobakter ailesi içinde yer alan üyeler Escheichia, Klebsiella, Enterobacter, Citrobacter, Proteus, Providencia, Morgenella, Serratia, Salmonella suşlarıdır. Bu patojenler içinden Escherichia Coli neredeyse İYE'lerin %80-90'ından sorumludur. Bu suş bakteriüriden pyelonefrite kadar birçok kliniğe sebep olabilmektedir (38).

İYE belirti ve bulguları yaş grubuna göre değişse de, yenidoğan ve küçük yaştaki çocuklarda üriner sistem ile doğrudan ilişkili belirti ve bulgular nadirdir. Bu yaş gruplarında ise sıkça halsizlik, huzursuzluk, emmeme, kusma, kilo almama, uzamış sarılık ve ishal ile bulgu verebilmektedir. Bu nedenle geç ve spesifik bulgu vermesi nedeniyle bu yaş grubunda sıklıkla sepsis ile birlikte dir. Bu yaşlardaki olgularda bakteriyemi sıklıkla görüldüğü için bu olgularda idrar kültürü sepsislerin değerlendirmesinde çok önemli yere sahiptir. Anatomik bozukluk ya da predispozan faktör varlığı olan olgularda İYE açısından değerlendirme gereklidir. Okul çağı döneminde geçirilen İYE'lerde spesifik belirtilerin olması nedeniyle daha kolay tanı konulabilmektedir. Bu hastalarda ateşin varlığı enfeksiyonun ciddi olduğunu göstermektedir. Kız çocuklarında İYE yanında vulvit, vajinit, uretrit ve lokal perineal irritasyon gibi nedenlere bağlı olabileceği unutulmamalıdır. Adolesan dönem kız çocuklarında ateş seyrek tir. Ancak varlığı İYE'nin ciddiyetini düşündürmelidir.

Laboratuvar:

İdrar Tetkiki: İYE belirti ve bulguları olsun olmasın tanının kesinleşmesi için idrar mikroskopisi ve kültürü yapılması şarttır. Her alanda 5-6'dan fazla lökosit görülmesine pyüri denir. Ateş, dehidratasyon, balanit, vulvit, vajinit, viral enfeksiyonlar, polio aşısı, renal tüberkuloz (tbc) gibi durumlarda pyüri olur fakat bakteri görülmemişse buna steril pyüri denir. Tüm pyürilerin %30'unu oluşturur. Semptomatik İYE'lerde bile %50 pyüri olabilir. Her alanda 15-20 bakteri basilinın görülmesi durumuna ise anlamlı bakteriüri denir. Pyüri ile bakteriüri bilirkte görülmeyebilir. Pyüri olmadan bakteriüri tek başına olabilir. Rutin olarak bakılan idrar tetkikinde sıklıkla İYE düşündürsede sadece lökosit görülen olguların %70'inde güvenilir bir bulgudur (38).

İdrar Kültürü: En önemli ölçüttür. İdrar kültürünün bu yüzden alım şekli önemlidir. İdrar kontrolü gelişmemiş çocuklarda steril yapışkan torba ile, suprapubik aspirasyon veya üretral kateterizasyon ile alınır. İdrarını kontrol edebilen çocuklarda ise perine bölgesi ve genital bölge antiseptiklerle temizlendikten sonra steril koşullarda orta akım idrarı laboratuara gönderilir. İdrar kontrolü yapabilen çocuklarda erkeklerde prepisyum, kız çocuklarında labium major geri çekilerek steril kaba alınır. Kültür sonucu pozitif diyebilmek için 100.000 koloninin üstünde olması gerekmektedir. Tek bir kültürde tanı koyma oranı %80 iken, birbirini takip eden 2 kültür sonucunda tanı konma oranı %96'ı bulmaktadır. Asemptomatik hastalarda birbirini takip eden 3 kültürde üreme olmamasının tanısal değeri vardır. Predispozan faktör düşündüren hastalarda üriner görüntüleme düşünülmelidir. İYE geçiren her çocukta enfeksiyon tedavi edildikten sonra en azınan ultrasonografi yapılmalıdır (38).

2.4.4. Toksikolojik Aciller

Zehirlenmeler, tüm dünyada özellikle pediatrik yaş grubunda sık görülen önemli bir halk sağlığı problemidir. Zehirlenme tedavilerinde önemli gelişmeler olmasına rağmen, zehirlenmelerin en önemli tedavisi primer korumadır. Akut zehirlenmelerin nedenleri, şekli, alınan maddenin türü ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu nedenle, her ülkenin kendi zehirlenme profilini belirleyerek bu duruma yönelik önlemler almalıdır (39).

ABD'de "Amerikan Toxic Exposure Surveillance System"ın 1998 yılı verilerine bakıldığında ABD'de 2.2 milyon kişinin zehirlendiği; bunların 1.5 milyonunun çocuk hastalar olduğu belirtilmektedir (40).

Tüm zehirlenmelerin üçte ikisini pediatrik yaş grubu oluşturmaktadır. Zehirlenmeler akut ya da kronik olabilir. Akut zehirlenmelerde tablo saatler- günler içinde ortaya çıkabilmektedir (41).

Kronik zehirlenmeler daha çok çevresel koşullara bağlı olsada; akut zehirlenmeler %80-85 kaza sonucu, %10-15 bilinçli olarak meydana gelmektedir. Pediatrik grupta zehirlenmelerin büyük kısmı 5 yaş altında görülmektedir. Sıklıkla kaza sonucu bu olgularda zehirlenme olmaktadır. Pediatrik grupta 10 yaş üstü olgularda ise sıklıkla intihar amaçlı zehirlenmeler görülmektedir. Çoğunlukla kız çocuklarında ve %45'inde birden fazla ilaç alımıyla zehirlenme görülmektedir (42).

Zehirlenmeler nedeniyle getirilen bir hastada bir yandan acil tedavi uygulanırken bir yanda da iyice anamnez alınmalıdır. Anamnez kaza ile alımda, bilinçli yapılanlara göre daha kolay alınabilmektedir. Anamnez alınamıyorsa; akut başlangıç olması, yaşı 1-5 yaş arasında olması, eskiden zehirlenme geçmişinin olması, psikososyal yönden uygun çevre-aile içi geçimsizlik, multisistem tutulması, bilinç değişikliğinin olması ve bilmece gibi klinik tablonun olması zehirlenmeyi düşündürmelidir.

Zehirlenmelerde zehirlenilen maddenin cinsi, miktarı, alım saati, zehirlenme yolu, hastalık öyküsü, zehirlenme belirtileri, yapılmış olan sağlatımlar, daha önce zehirlenme olup olmadığı, zehirlenme nedeni ve birlikte zehirlenmiş olabilecek kişiler sorgulanmalıdır (43).

Zehirlenmelerde hasta güvenlik çemberine alınmalı vital bulgular kontrol edilmelidir. Cilt rengi, cilt, kusmuk ve nefes kokusu zehirlenme hakkında bilgi verebilir. Bazı zehirlenmelerde toksik semptom ve belirtiler bir arada görülürler. Bu toksidromlarla ilgili olarak acillerde ilgili tablolar bulundurulmalıdır. Besin zehirlenmelerinde en sık ortaya çıkan klinik kusma, ilaç zehirlenmelerinde kusma ve hidrokarbon zehirlenmelerinde ise en sık bulgu öksürüktür (42).

Zehirlenme ile gelen hastalardan idrar tahlili, kan sayımı, koagülasyon testleri, biyokimyasal incelemeler, EKG, EMG, EEG, radyolojik inceleme, serum, dışkı, mide sıvısı, idrar, saç, tırnak ve diğer organlarda toksik madde araştırılması yapılmalıdır (44).

2.4.5. Gastrointestinal Aciller

Acil başvurularında en sık rastlanan gastrointestinal semptomlar; bulantı-kusma, karın ağrısı ve kanamadır (45).

Karın ağrısı

Çocuk acile başvuru sebepleri içinde önemli bir kısmı karın ağrısı oluşturmaktadır. Karın ağrıları akut ya da kronik olabilmektedir. Karın ağrısı etyolojilerinde hastaların acil serviste gözlem altına alınması hatta internasyonu gerekebilmektedir. Karın ağrılarının etyolojik faktörleri içinde cerrahi ya da medikal patolojiler mevcuttur. Özellikle akut karın ağrısında patolojilerin cerrahi olup olmadığının erken evrede tespit edilmesi morbidite ve mortalitenin azaltılması için önemlidir. Çocuklarda karın ağrılarının nedenleri çoğunlukla cerrahi patolojiler olmayıp, genellikle intraabdominal olmayan organlara aittir (45).

Uyumlu çocuğun muayenesi yenidoğan ve iletişim kurulamayan çocuğun muayenesine göre daha kolaydır. Ancak hasta korkan ve ya davranışsal problemi olan çocuksa eğer muayenesi büyük beceri gerektirir. Muayene yapılırken telaşsız, sakin, yumuşak olmalı ve çocuğun yanına oturulmalıdır. Eğer çocuk çok fazla ağlıyorsa muayene çocuk sakinleştikten sonra tekrar yapılmalıdır. Eksik muayene ciddi tanı eksikliklerine neden olmaktadır. Karın ağrılarında ağrının başlangıcı, ağrının tipi, ağrının vasfı, ağrının süresi, eşlik eden şikayetler, ağrıyı artıran ya da rahatlatan şeyler ve diğer faktörler (ailesel genetik hast. vb) sorgulanmalı ve kaydedilmelidir (Tablo II) (46).

Tablo II. Pediatrik hastalarda yaşa göre karın ağrısı nedenleri (46)

Süt çocuğu (<1 yaş)	Okul öncesi (1-5 yaş)	Okul çağı (5-12 yaş)	Adolesan (12-21 yaş)
Sık Nedenler	Sık Nedenler	Sık Nedenler	Sık Nedenler
Kolik (< 4 ay) GÖR Akut gastroenterit Viral hastalıklar İYE Kabızlık	Akut gastroenetrir İYE Travma Pnömoni Viral hastalıklar Kabızlık	Akut gastroenterit Travmalar İYE Fonksiyonel Kabızlık Viral hastalıklar	Akut gastroenetrir Gastritis Kolitit GÖR Travmalar İYE Kabızlık İBS PİD Dismenore Gebelik
Nadir Nedenler	Nadir Nedenler	Nadir Nedenler	Nadir Nedenler
Travma İntusepsiyon İntestinal anomaliler Fıtıklar İnek sütü alerjisi Yabancı cisim Mekonyum ileus Zehirlenmeler Disakkaridaz eksiklikleri Malabsorbsiyon sendromları	Henoch-schönlein Zehirlenmeler Yabancı cisim FMF Diabetik ketoasidoz Porfiri Hepatitler İnflamatuvar barsak hastalıkları	Pnömoni İnflamatuvar barsak hastalıkları Peptik hastalıklar Kolesistit Pankreatit Kollajen vasküler hastalıklar Diabetik ketoasidoz Zehirlenmeler Böbrek taşları	Pnömoni Böbrek taşı, Hepatit Kolesistit Pankreatit Kollajen vasküler hastalıklar İnflamatuvar barsak hastalıkları Zehirlenmeler

Hasta güvenlik çemberine alınıp stabil hale getirildikten sonra doğru bir anamnez alınmalıdır. Muayene sabırlı bir şekilde tekniğine uygun olarak yapılmalı ve bu şekilde tanıya gidilmelidir. Gerekirse kan, idrar tahlili, dışkı ve görüntüleme tetkikleri yapılmalıdır. Yapılan bu tetkiklerde esas olan hastanın özellikleri, tedavi eden hekimin tecrübesi ve çalışılan kurumun özellikleridir. Bu durumlar göz önünde bulundurularak tetkikler yapılmalıdır (45).

Kusma

Reflü kusma, mide içeriğinin regürjitasyonu sonucu oluşur ve genellikle beslenme sonrasında oluşur. Refleks kusma ise beslenme ile ilgili olmayan ve kusma merkezinin uyarılması ile oluşan, kaburga ve üst karın kaslarının kasılması ile mide içeriğinin zorlu dışa atılması sonucudur. Bir çocuk kusma ile başvuruyorsa;

- ✓ Sıvı ve elektrolit bozuklukları dikkatlice incelenmelidir.
- ✓ Altta yatan etiyolojik faktör aydınlatılmalıdır.

- ✓ Nedeni belli olmayan kusmalarda ampirik tedavi yapılmalıdır.

Kusmada etiyolojik neden alınan anamnez ve yapılan fizik muayene sıklıkla ortaya konulmaktadır. Kusma ile birlikte karın ağrısının olması organik bir nedenin varlığını gösterebilmektedir. Gastroösefagial reflüde eforsuz kusma oluşur. Projektif kusma, üst gastrointestinal (Gis) obstrüksiyonları ve KİBAS'ta oluşur. Müköz kusma, sinüzit, allerji gibi durumları düşündürür. Safralı kusma, postampüller obstrüksiyonları, sıklık kusma sendromlarını düşündürür. Kanlı kusma ösefajiti, Mallory Weis hasarında, alerjide, kanama diatezi patolojilerini düşündürür. Sindirilmemiş yiyecekleri kusma, akalazya, gastroparaziye düşündürür. Berrak ve bol miktarda kusma, Zollinger Ellison sendromunda; fena kokulu kusmada H.pylori enf düşündürmektedir (47).

Kanama

Akut Gis kanamalarında gelişmeler gün geçtikçe artmakta, birçok tanı ve tedavi yöntemi gelişsede hala ailelerde ve hekimlerde paniklemeye neden olmaktadır. Aktif kanamada mortalite riski 2-3 kat artmaktadır. Akut Gis kanamasında bu semptomlar farkedilebilirken; kronik kanamalar, sık melana ya da hematokezya ile ve kronik anemi şikayetiyle başvuruda gözden kaçabilmektedir. Akut Gis kanaması ile gelen hastaların değerlendirmesi ilk olarak hastanın güvenlik çemberine alınması ile başlanmalıdır. Sonrasında (48);

- ✓ Çıkarılan ya da gösterilen materayalin kan olup olmadığının tespiti,
- ✓ Kanamanın alt mı üst mü Gis kaynaklı olduğu belirlenmelidir.
- ✓ Kanamaya sebep olacak patoloji ya da altta yatan bir hastalık öyküsü varlığının belirlenmesi yapılmalıdır.

Kırmızı renkte ya da kahve telvesi şeklinde kanamanın ağızdan gelmesi lezyonun Treitz ligamentinin üstünde olduğunu göstermektedir. Çocuklarda kanamaların %20'si üst Gis kanama kaynaklıdır. Sıklıkla bu hastalarda üst Gis kanama kendisini melena ya da hematemez ile göstermektedir. Melena genellikle ciddi kan kaybının olduğunu göstermektedir. Kanmada akut mu kronik mi olduğunu belirlemek önemli bir basamaktır. Akut bir kanama ile gelen hastada (48);

- ✓ En az 2 tane damar yolu açılmalı,
- ✓ Kardiyak ve respiratuar fonksiyonların korunması,
- ✓ Monitörizasyon,
- ✓ Vital bulguların tespiti,
- ✓ Kan ve görüntüleme tetkikleri,
- ✓ Nazogastrik sonda (NGS) ile mide lavajı, rektal lavman,
- ✓ Kanamaya neden olabilecek altta yatan hastalık nedeninin araştırılması,
- ✓ Stabil olan hastalarda endoskopi değerlendirmesi yapılmalıdır.

2.4.6. Allerjik Aciller

Besin, ilaç, kimyasal katkı maddeleri, böcek ve arı sokmaları gibi allerjiye neden olan durumlar bazen akut bazende kronik olarak hayatı tehdit edici reaksiyonlara sebep olabilmektedir. Bu durumlar jeneralize veya sistemik hipersensivite reaksiyonu ile anaflaksiye neden olabilmektedir. En sık olarak cilt, solunum, kardiyovasküler ve gastrointestinal sistemler tutulmaktadır. Çocuklarda solunum semptomları daha ön planda iken, erişkinlerde kardiyovasküler ve cilt semptomları daha ön planda görülmektedir. Anaflaksiye bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltmak için erken tanı ve tedavi çok önemlidir (49,50).

Besinler, anaflaksinin en sık nedenlerindendir. En sık anaflaksiye neden olan besinler içinde ise yer fıstığı, fındık, balık, deniz ürünleri ve bazı meyveler (kivi, muz, portakal)'dir. Anaflaksi doza bağlı olmamakla birlikte çok az miktarlarda bile reaksiyon oluşmaktadır. İlaçlar, besinlerden sonra en sık ikinci anaflaksi yapan nedendir. İlaçlar içinde en sık olarak antibiyotik ve non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar anaflaksi yapan ilaçlardır (51).

2.4.7. Nörolojik Aciller

Acil servise ve polikliniklere getirilen çocuk ve adolesanlarda en sık başvuru sebeplerinden biri de baş ağrısıdır. Adolesan dönemlerde daha sık olmak üzere tüm pediatrik yaş grubunda sıkça görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, 7 yaş çocukların %40'unda, 15 yaş çocukların ise %75'inde baş ağrısı olduğu bildirilmiştir. Uluslararası baş ağrısı komitesinin

baş ağrısı ile ilgili anamnez alınırken sorulması önerilen sorular şu şekilde verilmiştir;

- ✓ Ne kadar süredir ağrısı var?
- ✓ Baş ağrısının karakteri nedir? Tek tip karakter, çoklu tip?
- ✓ Ağrının neye benzediği ve yeri?
- ✓ Baş ağrısı ne sıklıkta oluyor? Ne kadar sürüyor?
- ✓ Ağrıyı azaltan ve artıran şeyler?
- ✓ Baş ağrısı günlük aktivitelerini bozuyor mu?
- ✓ Mide bulantısı, kusma, uyuşma, baş dönmesi gibi başka yakınmaları var mı?
- ✓ Ağrı sıklıkla hangi saatlerde oluyor?
- ✓ Ağrının başlangıcında aura var mı?
- ✓ Ağrı için ilaç alımı?
- ✓ Gece ağrı ile uyanıyor mu?
- ✓ Ailede başka baş ağrısı olan biri var mı?
- ✓ Baş ağrısı sırasında hiç tansiyon ölçümü oldumu?

Bu sorular ile ağrının özellikleri tanıya gitmede yardımcı olabilmektedir. Yeni başlayan ağrı, tek taraflı ve ızun süreli ağrı, önceki ağrı paterninin kötüleşmesi, gece ağrı ile uyanma, uyandığında ağrı olması ya da fokal nörolojik belirtiler, beyinde yer kaplayan lezyon açısından acilen incelenmelidir. Travma ve nörokutenöz hastalıklar açısından deri bulguları dikkatlice incelenmelidir. Beyin tümörü olan çocukların %98'inde bilinçte değişiklik, gözlerde anormal hareket, optik diskte ödem, motor ya da duyu kusuru, koordinasyon bozukluğu ve anormal deri tendon refleksleri gibi nörolojik bulgulara rastlanmıştır. Ayrıca kan basıncı kesinlikle yapılmalıdır (52).

Akut Bilinç Kaybı

Akut bilinç kaybı (ABK) olan çocukta iyi bir anamnez alınmalı, gerekli laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinin erken planlanması etyoloji ve tedavi için önem arz etmektedir (53). ABK ile acil servislere başvuran pediatrik yaş grubunda sık karşılaşılan klinik bir durumdur. Sıklıkla altta yatan önemli sorunlar içermektedir. ABK ile gelen çocuk hastalara iyi planlanmış bir yaklaşım, yaşamın devamı ve hasarsız geri döndürülmesi için önemli bir basamaktır (54).

AKB ile getirilen pediatrik hastada güvenlik çemberi oluşturulduktan sonra ayrıntılı muayene yapılmalıdır. Hastaların ailelerinden iyi bir anamnez alınması tanı ve tedavide önemli bir basamaktır. Travma, enfeksiyon, toksik durumlar, intrakraniyal patolojiler, metabolik bozukluklar, hipertansiyon, hipotermi ve güneş çarpması akla gelmelidir. Aileden alınan anamnez de bu durumların varlığı araştırılmalıdır. KİBAS açısından fontanel muayenesi yapılmalıdır. Nörolojik muayenede; ense sertliği (menenjit, intrakraniyal kanama veya travma), ağrıya yanıt, derin endon refleksleri, patolojik refleksler ve lateralizasyon bulguları araştırılmalıdır. Solunum dikkatli izlenmelidir (Cheyne-Stokes solunumu, hiperventilasyon, apneik veya ataksik solunum). Pupil hareketleri ve refleksleri incelenmelidir. Hastanın duruşu (deserebre, dekortike) hastalığı hakkında bilgi verebilmektedir (53).

ABK ile getirilen hastalarda tanı için laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri yapılmalı, tanı konulamayan hastalarda ya da gereklilik durumunda lomber ponksiyon (LP) akla getirilmelidir (53).

2.4.8. Çocuklarda Travma Acilleri

Çocuklarda tüm yaş gruplarında en sık ölüm nedeni travmalardır. ABD’de yılda 15-25 bin çocuk ölmektedir. Travmalar sıklıkla kazayla ortaya çıksada bazı travmalar bilinçli olarak yapılmaktadır. Pediatrik travmalarda trafik kazaları en önemli yeri almaktadır (55). Pediatrik travmaların %45’ini motorlu araç kazaları, %22’sini yüksekten düşmeler, %5’i ateşli silahla yaralanmalar, %5’i bıçaklanmalar ve %19’u sportif yaralanmalar sonucu olmaktadır.

Kasıtlı travmaların başında çocuk istismarları yer almaktadır. Çocuk istismarları ve ateşli silah yaralanmalarının günümüzde sıklığı artmaktadır (55).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Polikliniğine başvuran adolesan hastaların hastalık dağılım profillerini ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla tek merkezli ve retrospektif olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Polikliniğine 1 Ocak 2017 ile 31 Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran 3807 adolesan hasta araştırmanın evrenini oluşturuyordu. Bu evrenden sırasıyla her üç hastadan biri seçilerek 1269 hasta çalışmaya dahil edildi.

3.3. Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 1 Ocak 2017-31 Aralık 2017 tarihlerinde Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Polikliniğinde muayene olmak
- 10-17 yaş arası olmak.

3.4. Çalışma Dışı Bırakılma Kriterleri

MiaMed^R Hastane Bilgi Yönetim Sistemi yazılımında mükerrer girişi olan hastaların ilk girişi dışındaki girişleri çalışma dışı bırakıldı.

3.5. Verilerin Toplanması

1 Ocak 2017 ile 31 Aralık 2017 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Polikliniğine başvuran 1269 hastanın kayıtları MiaMed^R Hastane Bilgi Yönetim Sistemi yazılımından geriye yönelik tarandı. Çalışmaya alınan hastaların sistemde kayıt edilmiş olan başvuru şikayetleri, sosyodemografik özellikleri, yapılan tetkikler, tanıları, sevk, yatış, konsültasyon durumları ve uygulanan tedaviler olgu rapor formuna kaydedildi (EK-1).

3.6. Verilerin Analizi

Toplanan veriler SPSS 20.0 İstatistik Paket Programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı verilerin sunumunda sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirildi. Kategorik değişkenlerin grup oranlarının karşılaştırılmasında ki-kare testi, gözlerde beklenen değerler 5'in altında ise Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı. $P < 0,05$ olması istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildi.

3.7. İzinler

Çalışma için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan gerekli onay alındı (EK-2).

4. BULGULAR

Çalışmaya alınan 1269 olgunun %42,9'u (n=544) erkek, %57,1'i (n=725) kız idi ve olgulardan erkeklerin yaş ortalaması $12,96 \pm 2,25$ yıl (minimum 10 yıl, maksimum 17 yıl) , kızların ise $13,49 \pm 2,29$ yıl (minimum 10 yıl, maksimum 17 yıl) olarak tespit edildi. Kızların yaş ortalaması erkeklerden anlamlı olarak yüksekti ($t= 4,157$; $p=0.000$).

Hastaların tanıları incelendiğinde 119 farklı tanı konduğunu gördük. Sadece 12 olguya ikinci tanı konmuştu. En sık ilk on tanıya baktığımızda üst solunum yolu enfeksiyonu, akut tonsillit, üriner sistem enfeksiyonu, gastroenterit-kolit, akut sinüzit, akut apandisit, otitis media, ürtiker, epilepsi ve akut gastrit bulunmaktadır ve bu on tanı tüm tanıların %38,4'ünü oluşturmaktadır (Tablo III). Hastaların %31,1'ine herhangi bir tanı konmamıştı.

Tablo III. Olgulara en sık konulan ilk on tanı

Tanı*	n	%
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	106	8,4
Akut tonsillit	91	7,2
Üriner Sistem Enfeksiyonu	63	5,0
Gastroenterit-kolit	55	4,3
Akut sinüzit	50	3,9
Otitis media	27	2,1
Akut apandisit	27	2,1
Ürtiker	24	1,9
Epilepsi	23	1,8
Akut gastrit	22	1,7
Toplam	488	38,4

*birden fazla tanı

Bu tanıları sistemlere göre 28 grupta topladık. Üst solunum yolu enfeksiyonu, akut tonsillit, akut farenjit, akut sinüzit ve laringotrakeobronsit gibi solunum sistemi hastalıklarını ÜSYE grubu olarak adlandırdık. Üriner sistem enfeksiyonu, üriner sistem bozuklukları, dismenore, over kisti, testis torsiyonu gibi tanıları genitoüriner sistem hastalıkları (GÜS) ve gastroenterit-kolit, gastroözefageal reflü, akut gastrit, akut pankreatit, sarılık gibi tanıları da gastrointestinal sistem hastalıkları (GİS) olarak grupladık. En sık tanı grubu %21,2 oranı ile ÜSYE, ikinci sıklıkta %8,3 ile GÜS, üçüncü sıklıkta ise %7,5 ile GİS hastalıkları olduğunu tespit ettik. (Tablo IV).

Tablo IV. Olguların tanı gruplarının dağılımı

Tanı Grupları	n	%
ÜSYE	272	21,2
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	106	8,3
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	96	7,5
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	65	5,1
Dermatolojik Hastalıklar	36	2,8
ASYE	31	2,4
Nörolojik Sistem Hastalıkları	30	2,3
Akut Batın	29	2,3
Nefrolojik Patolojiler	26	2,0
Psikiyatrik Hastalıklar	21	1,6
Endokrin Sistem Hastalıkları	20	1,6
Gebelik	20	1,6
Hematolojik Hastalıklar	18	1,4
Kemik, Vertebra ve Yumuşak Doku Hastalıkları	17	1,3
Hayvan Teması	16	1,2
Orbital Patolojiler	15	1,2
İntihar	15	1,2
Zehirlenme	9	0,7
Neoplazmlar	7	0,5
Romatolojik ve İmmünolojik Patolojiler	7	0,5
Hipertansiyon	7	0,5
Kardiyak Patolojiler	5	0,4
Yabancı Cisim	4	0,3
Alkol Madde Kullanımı	3	0,2
Ağız ve Diş Hastalıkları	3	0,2
Kraniyal Patolojiler	2	0,2
Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar	2	0,2
Metabolik Bozukluklar	1	0,1
Tanı konmayanlar	398	31,1

Olguların tanı gruplarının cinsiyete göre dağılımında; her iki cinsiyet için de ÜSYE en sık konulan tanı olmuştur. Erkek hastalarda en sık ikinci sırada gastrointestinal sistem hastalıkları ve üçüncü sırada kulak burun boğaz hastalıkları yer alırken; kızlarda en sık ikinci tanı genitoüriner sistem hastalıkları ve üçüncü en sık tanının gastrointestinal sistem hastalıkları olduğu görülmüştür. Kızlarda genitoüriner sistem hastalıkları ve psikiyatrik

hastalık tanısı erkeklere göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. ASYE tanısı erkeklerde kızlara oranla anlamlı olarak daha sıktır. İntihar tanısı kızlarda belirgin olarak fazla olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildi. Diğer tanılarda cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo V).

Tablo V. Cinsiyete göre tanı gruplarının dağılımı

Tanı Grupları	Cinsiyet		p*
	Kız n (%)	Erkek n (%)	
ÜSYE	139 (19,0)	133 (24,2)	
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	87 (11,9)	19 (3,5)	<0,001
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	56 (7,7)	40 (7,3)	
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	36 (4,9)	29 (5,3)	
Dermatolojik Hastalıklar	13 (1,8)	23 (4,2)	0,010
ASYE	11 (1,5)	20 (3,6)	0,022
Nörolojik Sistem Hastalıkları	17 (2,3)	13 (2,4)	
Akut Batın	13 (1,8)	16 (2,9)	
Nefrolojik Patolojiler	14 (1,9)	12 (2,2)	
Psikiyatrik Hastalıklar	16 (2,2)	4 (0,7)	0,037
Endokrin Sistem Hastalıkları	10 (1,4)	10 (1,8)	
Gebelik	20 (2,7)	0 (0,0)	
Hematolojik Hastalıklar	11 (1,5)	7 (1,3)	
Kemik, Vertebra ve Yumuşak Doku Hastalıkları	6 (0,8)	11 (2,0)	
Hayvan Teması	6 (0,8)	10 (1,8)	
Orbital Patolojiler	8 (1,1)	7 (1,3)	
İntihar	12 (1,6)	3 (0,5)	
Zehirlenme	3 (0,4)	6 (1,1)	
Neoplazmlar	2 (0,3)	5 (0,9)	
Romatolojik ve İmmünolojik Patolojiler	4 (0,5)	3 (0,5)	
Hipertansiyon	4 (0,5)	3 (0,5)	
Kardiyak Patolojiler	2 (0,3)	3 (0,5)	
Yabancı Cisim	3 (0,4)	1 (0,2)	
Alkol Madde Kullanımı	1 (0,1)	2 (0,4)	
Ağız ve Diş Hastalıkları	2 (0,3)	1 (0,2)	
Kraniyal Patolojiler	1 (0,1)	1 (0,2)	
Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar	1 (0,1)	1 (0,2)	
Metabolik Bozukluklar	0 (0,0)	1 (0,2)	
Diğer	233 (31,8)	165 (30,1)	

*: Pearson Ki Kare testi

Toplam onbeş intihar olgusunun yaşlarına baktığımızda 13-16 yaşlarda olduklarını ve yedisinin 15, dördünün 14 yaşında olduğunu gördük.

Mevsimlere göre olgu sayıları incelendiğinde hastaların %28,1 oranı ile en çok kış aylarında başvurduğunu görmekteyiz (Tablo VI). Aylara göre olgu sayıları Tablo VII’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo VI. Mevsimlere göre olgu sayıları

Mevsimler	N	%
Kış	356	28,1
İlkbahar	283	22,3
Yaz	307	24,2
Sonbahar	323	25,5
Toplam	1269	100,0

Tablo VII. Aylara göre olgu sayıları

Aylar	N	%
Ocak	128	10,1
Şubat	94	7,4
Mart	98	7,7
Nisan	89	7,0
Mayıs	96	7,6
Haziran	104	8,2
Temmuz	95	7,5
Ağustos	108	8,5
Eylül	99	7,8
Ekim	116	9,1
Kasım	108	8,5
Aralık	134	10,6

Mevsimler ile hastalık tanıları arasındaki ilişkiye baktığımızda sadece ÜSYE tanılarının kış aylarında anlamlı olarak fazla olduğu saptandı. Diğer tanılarda mevsimlerle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo VIII).

Tablo VIII. Mevsimlere göre olguların tanı gruplarının dağılımı

Tanı Grupları	Mevsimler				p*
	Kış n (%)	İlkbahar n (%)	Yaz n (%)	Sonbahar n (%)	
ÜSYE	90 (25,2)	67 (23,1)	48 (15,5)	67 (20,7)	0,017
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	28 (7,8)	23 (7,9)	29 (9,4)	26 (8,0)	
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	22 (6,2)	24 (8,3)	22 (7,1)	28 (8,6)	
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	16 (4,5)	14 (4,8)	18 (5,8)	17 (5,2)	
Dermatolojik Hastalıklar	13 (3,6)	7 (2,4)	9 (2,9)	7 (2,2)	
ASYE	7 (2,0)	8 (2,8)	11 (3,5)	5 (1,5)	
Nörolojik Sistem Hastalıkları	9 (2,5)	11 (3,8)	4 (1,3)	6 (1,9)	
Akut Batın	6 (1,7)	10 (3,4)	6 (1,9)	7 (2,2)	
Nefrolojik Patolojiler	8 (2,2)	4 (1,4)	3 (1,0)	2 (0,6)	
Psikiyatri Hastalıklar	7 (2,0)	4 (1,4)	4 (1,3)	6 (1,9)	
Endokrin Sistem Hastalıkları	3 (0,8)	8 (2,8)	4 (1,3)	5 (1,5)	
Gebelik	2 (0,6)	6 (2,1)	8 (2,6)	4 (1,2)	
Hematolojik Hastalıklar	10 (2,8)	5 (1,7)	3 (1,0)	0 (0,0)	
Kemik, Vertebra ve Yumuşak Doku Hastalıkları	8 (2,2)	4 (1,4)	3 (1,0)	2 (0,6)	
Hayvan Teması	6 (1,7)	10 (3,4)	6 (1,9)	7 (2,2)	
Orbital Patolojiler	1 (0,3)	2 (0,7)	10 (3,2)	2 (0,6)	
İntihar	1 (0,3)	3 (1,0)	5 (1,6)	6 (1,9)	
Zehirlenme	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,6)	5 (1,5)	
Neoplazmlar	1 (0,3)	4 (1,4)	0 (0,0)	2 (0,6)	
Romatolojik ve İmmünolojik Patolojiler	2 (0,6)	3 (1,0)	1 (0,3)	1 (0,3)	
Hipertansiyon	2 (0,6)	1 (0,3)	1 (0,3)	3 (0,9)	
Kardiyak Patolojiler	0 (0,0)	1 (0,3)	3 (1,0)	1 (0,3)	
Yabancı Cisim	0 (0,0)	3 (1,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	
Alkol Madde Kullanımı	1 (0,3)	1 (0,3)	1 (0,3)	0 (0,0)	
Ağız ve Diş Hastalıkları	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,6)	
Kraniyal Patolojiler	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	1 (0,3)	
Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar	1 (0,3)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Metabolik Bozukluklar	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Diğer	117 (32,8)	73 (25,2)	101 (32,6)	107 (33,0)	
Toplam	357 (100,0)	290 (100,0)	310 (100,0)	324 (100,0)	

*: Pearson Ki Kare testi

Hastaların yaşadığı bölgeye göre dağılımında %61,1'inin şehir merkezinde olduğu, %34,4'ünün ilçede yaşadığı ve %2,0'nın kasaba ya da köyde yaşadığı, %2,6'sının adres bilgilerinin tespit edilmediği görüldü. Olguların yerleşim yerine göre hastalık dağılımları incelendiğinde il merkezinde yaşayanlarda ÜSYE tanısı anlamlı olarak yüksekti. Diğer tanılar ile yerleşim yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo IX).

Tablo IX. Olguların yaşadığı yere göre tanı gruplarının dağılımı

Tanı Grupları	Yaşadığı yer				p*
	İl Merkezi n (%)	İlçe n (%)	Kasaba/köy n (%)	Adres yok n (%)	
ÜSYE	205 (26,3)	59 (13,3)	3 (11,1)	5 (15,2)	0,002
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	65 (8,3)	34 (7,7)	1 (3,7)	6 (18,2)	
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	66 (8,5)	26 (5,9)	1 (3,7)	3 (9,1)	
Kulak Hastalıkları	47 (6,0)	13 (2,9)	2 (7,4)	3 (9,1)	
Dermatolojik Hastalıklar	23 (3,0)	10 (2,3)	0 (0,0)	3 (9,1)	
ASYE	17 (2,2)	14 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Nörolojik Sistem Hastalıkları	18 (2,3)	11 (2,5)	0 (0,0)	1 (3,0)	
Akut Batın	11 (1,4)	17 (3,8)	0 (0,0)	1 (3,0)	
Nefrolojik Patolojiler	16 (2,1)	9 (2,0)	1 (3,7)	0 (0,0)	
Psikiyatri Hastalıklar	10 (1,3)	11 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Endokrin Sistem Hastalıkları	9 (1,2)	9 (2,0)	2 (7,4)	0 (0,0)	
Gebelik	10 (1,3)	10 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Hematolojik Hastalıklar	3 (0,4)	12 (2,7)	2 (7,4)	1 (3,0)	
Kemik, Vertebra ve Yumuşak Doku Hastalıkları	6 (0,8)	9 (2,0)	2 (7,4)	0 (0,0)	
Hayvan Teması	6 (0,8)	9 (2,0)	1 (3,7)	0 (0,0)	
Orbital Patolojiler	6 (0,8)	6 (1,4)	1 (3,7)	0 (0,0)	
İntihar	8 (1,0)	7 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Zehirlenme	4 (0,5)	5 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Neoplazmlar	4 (0,5)	2 (0,5)	0 (0,0)	1 (3,0)	
Romatolojik ve İmmünolojik Patolojiler	2 (0,3)	5 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Hipertansiyon	3 (0,4)	3 (0,7)	1 (3,7)	0 (0,0)	
Kardiyak Patolojiler	2 (0,3)	3 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Yabancı Cisim	1 (0,1)	3 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Alkol Madde Kullanımı	3 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ağız ve Diş Hastalıkları	2 (0,3)	3 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Kraniyal Patolojiler	0 (0,0)	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar	2 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Metabolik Bozukluklar	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Diğer	230 (29,5)	151 (34,2)	10 (3,7)	7 (21,2)	
Toplam	779 (100,0)	442 (100,0)	27 (100,0)	33 (100,0)	

*:Pearson Ki Kare Testi

Olguların başvuru semptomları incelendiğinde toplamda 80 farklı semptom mevcuttu. 516 olgu en az iki farklı septom ile başvurmuştu. En sık görülen ilk on semptom sırasıyla karın ağrısı, bulantı/kusma, ateş, boğaz ağrısı, baş ağrısı, öksürük, ishal, göğüs ağrısı,vertigo ve kulak ağrısı olarak saptandı. Ayrıntılar Tablo X’da verilmiştir.

Tablo X. Olguların ilk on başvuru semptomu

Semptom*	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Karın ağrısı	205	16,2	114	8,9	319	25,1
Bulantı/kusma	106	8,4	87	6,8	193	15,2
Ateş	93	7,3	97	7,6	190	14,9
Boğaz ağrısı	73	5,8	66	5,1	139	10,9
Baş ağrısı	67	5,3	38	3,0	105	8,3
Öksürük	51	4,0	53	4,2	104	8,2
İshal	25	1,9	27	2,2	52	4,1
Göğüs ağrısı	28	2,2	22	1,7	50	3,9
Vertigo	34	2,7	15	1,2	49	3,9
Kulak ağrısı	24	1,9	10	0,8	34	2,7

*birden fazla semptom ile başvuru yapılmıştır

Analizleri yaparken başvuru semptomlarını sistemler temelinde 14 grupta topladık. Buna göre en sık olarak gastrointestinal sistem semptomları ile başvurdukları görüldü. İkinci en sık semptom grubu olarak solunum sistemi semptomları ve üçüncü sıklıkta ise nörolojik /psikiyatrik semptomlarla başvurdukları görüldü (Tablo XI).

Tablo XI. Olguların semptom gruplarının dağılımı

Semptom Grupları	n	(%)
Gastrointestinal Sistem Semptomları	593	33,2
Solunum Sistemi Semptomları	278	15,6
Nörolojik/Psikiyatrik Semptomlar	233	13,1
Ateş	190	10,6
KBB Semptomları	76	4,3
Kardiyak Semptomlar	76	4,3
Genitoüriner Sistem Semptomları	66	3,7
Dermatolojik Semptomlar	52	2,9
Eklem ağrıları	43	2,4
Halsizlik	39	2,2
Göz Hastalıkları Semptomları	26	1,5
Endokrin Hastalıkları Semptomları	15	0,8
İştahsızlık	9	0,5
Eklem ve Yumuşak Doku Hastalıkları Semptomları	8	0,4
Kilo kaybı	1	0,1
Ağız ve Diş Hastalıkları Semptomları	5	0,3
Diğer	75	4,2

Olguların en sık görülen ve önemli olduğunu düşündüğümüz semptom gruplarının hangi semptomları kapsadığına baktığımızda GİS semptomları içinde en sık karın ağrısı, solunum sisteminde boğaz ağrısı ve dolaşım sisteminde göğüs ağrısı semptomları bulunmaktaydı. Semptomların dağılımı Tablo XII’de verilmiştir.

Tablo XII. Gastrointestinal sistem, kardiyak ve solunum sistemi semptomlarının dağılımı

		n	(%)
GİS semptomları	Karın ağrısı	319	53,8
	Bulantı ve kusma	193	32,6
	İshal	52	8,8
	Mide ağrısı	12	2,0
	Gastro-özofagial reflü	8	1,3
	Konsipasyon	8	1,3
	Substernal yanma	1	0,1
Solunum Sistemi Semptomları	Boğaz ağrısı	139	50,0
	Öksürük	104	37,4
	Dispne	22	7,9
	Hırıltı (wheezing)	10	3,6
	Balgam	3	1,1
Kardiyak Semptomlar	Göğüs ağrısı	50	65,8
	Taşikardi	26	34,2

Kızlarda ve erkeklerde en sık görülen semptom gruplarını değerlendirdiğimizde, kızlarda en sık ilk üç semptom sırasıyla GİS, nörolojik/psikiyatrik semptomlar ve solunum sistemi semptomlarıydı. Erkeklerde ise en sık ilk üç semptom sırasıyla GİS, solunum sistemi ve ateş semptomuydu. Olguların semptom gruplarının cinsiyet ile ilişkisine baktığımızda GİS ve nörolojik-psikiyatrik semptomların kızlarda erkeklere göre anlamlı şekilde fazla görüldüğünü, dermatolojik semptomların ise erkeklerde anlamlı olarak fazla görüldüğünü bulduk (Tablo XIII).

Tablo XII. Olguların semptom gruplarının cinsiyete göre dağılımı

Semptom Grupları	Cinsiyet		p*
	Kız n (%)	Erkek n (%)	
GİS Semptomları	349 (34,8)	244 (31,2)	0,006
Solunum Sistem Semptomları	141 (14,1)	137 (17,5)	
Nörolojik/Psikiyatrik Semptomlar	148 (14,8)	85 (10,9)	0,047
Ateş	93 (9,3)	97 (12,4)	
KBB Semptomları	50 (5,0)	26 (3,3)	
Kardiyak Semptomlar	44 (4,4)	32 (4,1)	
GÜS Semptomları	45 (4,5)	21 (2,7)	
Dermatolojik Semptomlar	19 (1,9)	33 (4,2)	0,003
Ağrı	22 (2,2)	21 (2,7)	
Halsizlik	21 (2,1)	18 (2,3)	
Göz Hastalıkları Semptomları	12 (1,2)	14 (1,8)	
Endokrin Semptomları	9 (0,9)	6 (0,8)	
İştahsızlık	6 (0,6)	3 (0,4)	
Eklemler ve Yumuşak Doku Hast. Semptomları	3 (0,3)	5 (0,6)	
Kilo kaybı	0 (0,0)	1 (0,1)	
Ağız ve Diş Hastalıkları Semptomları	3 (0,3)	2 (0,3)	
Diğer	38 (3,8)	37 (4,7)	

*: Pearson Ki Kare Testi

Semptom gruplarının mevsimler ile ilişkisini değerlendirdiğimizde sadece KBB semptomlarının yaz ve sonbahar aylarında daha fazla olduğu ve istatistiksel anlamlı olduğunu saptadık (Tablo XIV).

Tablo XIV. Olguların semptom gruplarının mevsimlere göre dağılımı

Semptom Grupları	Mevsimler				p*
	Kış n (%)	İlkbahar n (%)	Yaz n (%)	Sonbahar n (%)	
GİS Semptomları	147 (29,1)	137 (33,3)	152 (35,8)	157 (35,4)	
Solunum Sistem Semptomları	87 (17,2)	76 (18,5)	52 (12,2)	63 (14,2)	
Nörolojik ve Psikiyatrik semptomlar	68 (13,5)	47 (11,4)	52 (12,2)	66 (14,9)	
Ateş	58 (11,5)	47 (11,4)	41 (9,6)	44 (9,9)	
KBB Semptomları	15 (3,0)	12 (2,9)	19 (4,5)	30 (6,8)	0,003
Kardiyak Semptomlar	34 (6,7)	16 (3,9)	10 (2,4)	16 (3,6)	
GÜS Semptomları	18 (3,6)	19 (4,6)	15 (3,5)	14 (3,2)	
Dermatolojik Semptomlar	16 (3,2)	9 (2,2)	14 (3,3)	13 (2,9)	
Ağrı	13 (2,6)	5 (1,2)	17 (4,0)	8 (1,8)	
Halsizlik	9 (1,8)	12 (2,9)	9 (2,1)	9 (2,0)	
Göz Hastalıkları Semptomları	7 (1,4)	2 (0,5)	15 (3,5)	2 (0,5)	
Endokrin Semptomları	3 (0,6)	7 (1,7)	2 (0,5)	3 (0,7)	
İştahsızlık	1 (0,2)	5 (1,2)	3 (0,7)	0 (0,0)	
Eklemler ve Yumuşak Doku Hast. Semptomları	2 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,5)	4 (0,9)	
Kilo Kaybı	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	
Ağız ve Diş Hastalıkları Semptomları	1 (0,2)	2 (0,5)	1 (0,2)	1 (0,2)	
Diğer	26 (5,1)	15 (3,6)	20 (4,7)	14 (3,2)	

*: Pearson Ki Kare Testi

Olguların semptom grupları ile yaşadıkları yer arasında ilişkiye baktığımızda sadece nörolojik/psikiyatrik semptomlar ile anlamlı ilişki bulduk. İl merkezinden gelenlerde diğer yerleşim yerlerine göre daha fazla nörolojik/psikiyatrik semptomlar görüldü. Diğer semptomlarla yerleşim yeri arasında anlamlı ilişki yoktu (Tablo XV).

Tablo XV. Olguların Semptom Gruplarının Yaşadıkları Yere Göre Dağılımı

Semptom Grupları	Yaşadığı yer				p*
	İl Merkezi n (%)	İlçe n (%)	Kasaba/köy n (%)	Adres yok n (%)	
GİS Semptomları	355 (32,0)	205 (34,5)	12 (34,3)	21 (45,7)	
Solunum Sistem Semptomları	205 (18,5)	65 (10,9)	5 (14,3)	3 (6,5)	
Nörolojik ve Psikiyatrik Semptomlar	126 (11,4)	98 (16,5)	0 (0,0)	9 (19,6)	0,013
Ateş	142 (12,8)	44 (7,4)	2 (5,7)	2 (4,3)	
KBB Semptomları	52 (4,7)	21 (3,5)	2 (5,7)	1 (2,2)	
Kardiyak Semptomlar	54 (4,9)	22 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
GÜS Semptomları	36 (3,2)	27 (4,5)	0 (0,0)	3 (6,5)	
Dermatolojik Semptomlar	29 (2,6)	18 (3,0)	0 (0,0)	5 (10,9)	
Ağrı	18 (1,6)	20 (3,4)	5 (14,3)	0 (0,0)	
Halsizlik	26 (2,3)	12 (2,0)	1 (2,9)	0 (0,0)	
Göz Hastalıkları Semptomları	9 (0,8)	12 (2,0)	3 (8,6)	2 (4,3)	
Endokrin Semptomları	7 (0,6)	6 (1,0)	2 (5,7)	0 (0,0)	
İştahsızlık	3 (0,3)	6 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Eklem ve Yumuşak Doku Hastalıkları Semptomları	4 (0,4)	4 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Kilo kaybı	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ağız ve Diş Hastalıkları Semptomları	3 (0,3)	2 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Diğer	40 (3,6)	32 (5,4)	3 (8,6)	0 (0,0)	

*: Pearson Ki Kare Testi

Olguların başvuru semptomlarını ağrı başlığında değerlendirdiğimizde farklı sistemlere ait 20 ayrı ağrı semptomu olduğunu gördük. Olguların %49,0'ı (n=622) herhangi bir ağrı ile başvurmuştu. Ağrı ile başvuranların %62,7'si kız, %37,3'ü erkekti. Kızların ağrı ile başvurma oranı erkeklere göre anlamlı olarak fazla idi (Tablo XVI).

Tablo XVI. Ağrı ile başvurma ve cinsiyet ilişkisi

		Toplam n	Cinsiyet		p*
			Kız n (%)	Erkek n (%)	
Ağrı	Var	622	390 (62,7)	232 (37,3)	0,000
	Yok	647	335 (51,8)	312 (4,2)	

*: Pearson Ki Kare Testi

Olgulara uygulanan tedavileri ve sonlanımlarını incelediğimizde; %48,3'üne medikal tedavi yapıldığı, %26'sına acilde müdahale edildiği ve %34,4'üne poliklinik kontrolü önerildiği görüldü. 12 olgu tedaviyi reddetti ve sadece 7 olgu başka bir merkeze sevk edildi. Olguların %14,9'una servislere yatış yapıldı. Olgulara uygulanan tedaviler ve sonlanımlarının cinsiyete göre dağılımları istatistiksel olarak incelenmiş olup anlamlı bir ilişki tespit edilmedi (Tablo XVII).

Tablo XVII. Olgulara uygulanan tedaviler ve sonlanımları

Tedavi Çeşitleri*	Cinsiyet		Toplam n (%)
	Kız n (%)	Erkek n (%)	
Medikal tedavi	337 (46,5)	276 (50,7)	613 (48,3)
Acilde müdahale edildi	189 (26,1)	140 (25,7)	329 (26,0)
Mevcut tedavisine devam önerilen	18 (2,5)	10 (1,8)	28 (2,2)
İlaçsız öneride bulunanlar	8 (1,1)	8 (1,5)	16 (1,3)
Poliklinik kontrolü önerilen	260 (35,8)	176 (32,4)	436 (34,4)
Servise yatış	115 (15,9)	74 (13,6)	189 (14,9)
Tedavi reddi	7 (1,0)	5 (0,9)	12 (0,9)
Başka hastaneye sevk	5 (0,7)	2 (0,4)	7 (0,6)

*: Birden fazla tedavi uygulanmıştır

Yatış yapılan olgular incelendiğinde %48,1'inin ilk başvuru semptomunun karın ağrısı olduğu görüldü. En fazla yatış verilen servisler sırasıyla %39,7 oranı ile çocuk cerrahi servisi; %15,3 ile genel pediatri servisi ve %7,4 ile çocuk endokrin servisiydi (Tablo XVIII).

Tablo XVII. Yatış verilen servislerin dağılımı

Yatış Verilen Servis	Kız n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)
Çocuk Cerrahi Servisi	45 (39,1)	30 (40,5)	75 (39,7)
Genel Pediatri Servisi	13 (11,3)	16 (21,6)	29 (15,3)
Çocuk Endokrin Servisi	9 (7,8)	5 (6,8)	14 (7,4)
Kadın Doğum Servisi	11 (9,6)	0 (0,0)	11 (5,8)
Çocuk Hematoloji Servisi	8 (7,0)	3 (4,1)	11 (5,8)
Çocuk Nöroloji Servisi	4 (3,5)	6 (8,1)	10 (5,3)
Çocuk Nefroloji Servisi	5 (4,3)	4 (5,4)	9 (4,8)
Çocuk Yoğun Bakımı	6 (5,2)	3 (4,1)	9 (4,8)
Çocuk Gastroenteroloji Servisi	5 (4,3)	3 (4,1)	8 (4,2)
Kulak Burun Boğaz Servisi	1 (0,9)	2 (2,7)	3 (1,6)
Çocuk Kardiyoloji Servisi	2 (1,7)	1 (1,4)	3 (1,6)
Çocuk Onkoloji Servisi	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (1,1)
Beyin Cerrahi Servisi	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (1,1)
Çocuk Allerji ve İmmünoloji Servisi	1 (0,9)	1 (1,4)	2 (1,1)
Genel Cerrahi Servisi	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (0,5)
Toplam	115 (100,0)	74 (100,0)	189 (100,0)

Olguların %59,2'sinden tetkik ve %14,1'inden konsültasyon istendi. Hastaların tetkik durumunun cinsiyete göre dağılımında kız hastalardan daha fazla tetkik istendiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Hastaların konsültasyon isteme durumu, sevk edilme durumunun ve servise yatışın cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo XIX).

Tablo XIX. Olguların tetkik, konsültasyon, yatış ve sevk durumunun cinsiyet ile ilişkisi

		Toplam n (%)	Cinsiyet		p*
			Kız n (%)	Erkek n (%)	
Tetkik isteme durumu	Var	752 (59,2)	450 (62,1)	302 (55,5)	0,011
	Yok	517 (40,8)	275 (37,9)	242 (44,5)	
Konsültasyon istemi	Var	179 (14,1)	111 (15,3)	68 (12,5)	0,166
	Yok	1090 (85,9)	614 (84,7)	476 (87,5)	
Sevk edilme durumu	Var	7 (0,6)	5 (0,7)	2 (0,4)	0,443
	Yok	1262 (99,4)	720 (99,3)	542 (99,6)	
Servis yatışı	Var	189 (14,9)	115 (15,7)	74 (13,6)	0,300
	Yok	1081 (85,1)	611 (84,3)	470 (86,4)	

*: Pearson Ki Kare Testi

Tanı konmayan 398 olgu (%31,4) vardı. Tanı konan ve konmayan olguları cinsiyet, ağrı semptomu ile başvurma, konsültasyon isteme ve servise yatış durumlarına göre değerlendirdiğimizde ağrı şikayeti ile gelenlerde tanı konma oranı anlamlı olarak daha azdı.

Tanı konmayan olgulardan daha fazla konsültasyon istenmiş ancak servislere daha az yatırılmıştır ve bu farklar anlamlıdır. Tanı konanlar ve konmayanlar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktu (Tablo XX).

Tablo XX. Tanı konmayan olgularda bazı demografik ve tıbbi özelliklerin tanı konmama ile ilişkisi

		Toplam n	Tanı Konulmayan n (%)	Tanı Konulan n (%)	p*
Cinsiyet	Kız	725	233 (32,1)	492 (67,9)	0,492
	Erkek	544	165 (30,3)	379 (69,7)	
Ağrı semptomu	Var	622	273 (43,9)	349 (56,1)	0,000
	Yok	647	125 (19,3)	522 (80,7)	
Konsültasyon istemi	Var	179	74 (41,3)	766 (70,3)	0,002
	Yok	1090	324 (29,7)	542 (99,6)	
Servis yatışı	Var	188	46 (24,5)	142 (75,5)	0,027
	Yok	1081	352 (32,6)	729 (67,4)	

*: Pearson Ki Kare Testi

Hastanemize başvuran çocuk travma hastalarının yetişkin acilde değerlendirilmesi nedeniyle verilerimizde travma hastası bulunmamaktadır. Çalışmaya alınan 1269 olguda ölüme rastlanmamıştır.

TARTIŞMA

Adolesan dönem fizyolojik ve psikolojik gelişim için önemli bir dönemdir (2,4,15). Bu gelişim sürecinde sağlık hizmetleri kendine özgü gereksinimleri, endişe ve davranışları beraberinde getirmektedir (2). Sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik, yetersiz sağlık güvencesinin olması ve kendisine güvenmede zorlanan adolesanların sağlık hizmetlerine başvurusunda önlerinde duran engellerden bazılarıdır (6,14,18). Bu durum pubertenin getirdiği hızlı gelişim süreci ile birleştiğinde, adolesanların sağlık hizmetlerine başvurmada farklı yolları kullanmalarına neden olmaktadır (2).

Adolesanların toplumun sağlıklı kısmını oluşturmalarına rağmen alkol-madde kullanımı, korumasız cinsel ilişki, denetimsiz yaşama şekilleri ve genel sağlık hizmetlerine uyum göstermemeleri nedeniyle ciddi sağlık sorunları yaşayabilmektedirler (18). Genel sağlık hizmetlerine uyumsuz olan adolesanların bu bağlamda acil servis başvurusunda bulunduğu sıkça görülmektedir (14,18). Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda adolesanların genel sağlık hizmetleri yerine acil servisi sıkça tercih ettikleri ve büyük bir kısmının aciliyet teşkil etmediği tespit edilmiştir (2,18, 56).

Çalışmamızda olguların %42,9'u erkek idi. Polat ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise %57,1'i erkekti (57). Derinöz ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise olgunların %54,6'sı erkekti (58). Chaya ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise erkek olguların daha fazla oranda olduğu belirtilmiştir (59). Çalışmamızda ise kız hastaların daha fazla olmasının çalışmamıza alınan hasta grubunun 10-17 yaşları kapsamından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ayrıca sağlık kuruluşunun bulunduğu bölgeye göre farklılık göstermiş olabilir.

Çalışmamızda olguların %34,4'üne poliklinik kontrol önerilirken, %14,9'u servise yatırıldı. Chaya ve ark.'nın yaptıkları çalışmada acile başvuran adolesanların %14,9'una yatış yapılmıştır (59). Pileggi ve ark.'nın yaptıkları çalışmada servis yatış oranı %15,4 (60); Keskin ve ark.'nın yaptıkları çalışmada %13 oranında servis yatışı olduğu görülmüştür (30). Çalışmamız literatürle benzer bulundu. Üniversite hastaneleri acil servislerine seçili hastaların başvurması ve yatış oranlarının yüksek olması beklenirken, ülkemizde ve diğer ülkelerde de adolesanların acil servisleri acil olmayan durumlar için poliklinik benzeri kullanmaları nedeniyle ciddi olgu sayısı az olmakta ve yatış oranları düşük kalmaktadır.

Çalışmamızda olguların aylara göre başvuruları incelendiğinde en fazla hasta başvurusunun Ekim, Aralık ve Ocak aylarında, en az hasta başvurusunun Nisan ayında olduğu görüldü. Talay'ın yaptığı çalışmada ise olguların en fazla Mart, Mayıs ve Ekim'de olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada çocuk acile en fazla başvurunun Aralık, Ocak ve Mart'ta olduğu belirtiliyor. Yine Yılmaz ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise çocuk acile en fazla başvurunun Nisan ayında olduğunu tespit etmişlerdir (62). Çalışmamız Ayvaz ve ark.'nın yaptıkları çalışma ile benzerlik gösterirken; Talay'ın, Yılmaz ve ark.'nın çalışmasıyla farklılık göstermektedir. Çalışmamızda kış aylarında olgu sayısının fazla olmasını hava koşullarının olumsuzluğuna, okul, kreş ve yurt gibi kapalı alanda toplu yaşanmasına, özellikle sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu bölgelerde ısınma sorunlarını olması ve ısınma için sağlıklı kömür kullanılmasına bağlayabiliriz.

Çocuk acillere çok çeşitli yakınmalar ile başvurular bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda da 80 farklı semptom ile başvuru yapıldığını saptadık. Çalışmamızda olguların ilk on başvuru semptomları arasında en sık karın ağrısı, bulantı-kusma, ateş, boğaz ağrısı ve baş ağrısı ve öksürük bulunmaktadır. Semptomları gruplandırıdığımız hali ile değerlendirdiğimizde ise olguların en sık gastrointestinal sistem semptomları, solunum sistemi semptomları ve nörolojik/psikiyatrik sistem semptomları ile geldiğini görmekteyiz. Özellikle ülkemizde ve dünyada en fazla başvuru sebebinin; ateş, öksürük ve burun akıntısı gibi semptomlarla seyreden ÜSYE'nin olduğu görülmektedir (62,63). Köksal ve ark.'nın yaptıkları geniş kapsamlı bir çalışmada çocuk acile en sık oranda ateş, öksürük, gastrointestinal sistem semptomları ve solunum anormallikleri ile başvurulduğu tespit edilmiştir (65). Çalışmamızda literatürden farklı en sık olarak gastrointesinal sistem semptomları ile başvurulmasını, bulantı ve kusmanın ICD kodu ile ayrı tanımlanması ve bizim de GİS semptomu olarak gruplamamızdan ve bölgesel farklılıklardan olabileceğini düşündük. Solunum sistemi semptomlarının sık görülmesi ise literatür ile uygunluk göstermektedir. Çalışmamızda 3. en sık semptom grubu olarak nörolojik-psikiyatrik hastalıkların görülmesinin sebebi de yine semptom grubu içine baş ağrısının alınması ve baş ağrısının en sık görülen beş semptomdan biri olmasından kaynaklandığı düşünüldü. Çalışmalarda karşımıza çıkan ve sık gördüğümüz bir semptom olan öksürük yine bizim çalışmamızda baş ağrısından sonra en sık görülen 6. semptom olarak yer almaktadır.

Çalışmamızda hastaların tanıları incelendiğinde 119 farklı tanı konduğunu gördük. Sadece 12 olguya ikinci tanı konmuştu. Hastaların %31,1'ine herhangi bir tanı konmamıştı. En sık ilk on tanı içinde üst solunum yolu enfeksiyonu, akut tonsillit, üriner sistem enfeksiyonu, gastroenterit-kolit, akut sinüzit, akut apandisit ve otitis media gibi tanılar yer almaktadır. Bu tanıları sistemlere göre 28 grupta topladık ve en sık tanı gruplarının sırasıyla ÜSYE, genitoüriner sistem hastalıkları ve gastrointestinal sistem hastalıkları olduğunu tespit ettik. Ülkemizde 2008'de yapılan bir çalışmada çocuk acil servisinde en fazla oranda tanı konulan hastalığın solunum yolu hastalıkları olduğu görüldü (64). İzmir'de yapılan bir başka çalışmada ise çocuk acile servisinde en sık tanı konulan hastalıkların ÜSYE, travma, gastroenterit ve üriner sistem enfeksiyonu olduğu görüldü (63). Trabzonda yapılan bir başka çalışmada ise çocuk acile başvuran hastalardaki en sık şikayetlerin üst solunum yolu enfeksiyonu, travma ve gastroenterit kaynaklı olduğunu belirtilmiştir (29). Çalışmamızın sonuçları literatürlerle benzerlik göstermekle birlikte çalışmalarda bakılan olgu sayıları, yaş aralığı nedeniyle farklılıklar da gözlenmektedir. Ayrıca Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk Acil Polikliniğinde travma vakası ile gelen hastalara bakılmaması travma hastalarının yetişkin acil tarafından değerlendiriliyor olması sık görülen tanılar kapsamında farklılık yaratabilmektedir.

Ülkemizde yapılan 5 merkezli çalışmada acile başvuru en sık 3 nedenin aylara göre başvuru sıklığı incelenmiş; ÜSYE tanısı en sık Ekim, Kasım, Aralık ve Ocak ayında, en az ise Haziran, Temmuz ve Ağustos aylarında; alt solunum yolu hastalıklarının ise en fazla Aralık ve Ocak ayında görüldüğü tespit edilmiştir (65). Literatürde benzer sonuca ulaşmış çalışmalar bulunmaktadır (29,64). Çalışmamızda en sık tanı olarak saptadığımız ÜSYE, genitoüriner sistem hastalıkları ve gastrointesinal sistem hastalıklarının mevsimlere göre dağılımı incelendiğinde; ÜSYE'nin en çok kış ayında görüldüğü en az ise yaz ayında görüldüğü bulunmuştur. Çalışmamızda ÜSYE için literatür ile benzer sonuçlar tespit edilmiştir. Çalışmamızda mevsimlere göre bakıldığında ÜSYE ve diğer tanılar için anlamlı bir farklılık saptanamamakla birlikte ÜSYE tanısını olgu sayısı olarak ilkbahar ve yaz mevsiminde daha çok görülmektedir. Bu durum yapılan diğer çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Fakat mevsimlere göre dağılımda olgu sayıları arasında çok büyük farklılıklar olmaması nedeniyle bu durum anlamlı bir istatistik ilişki ile desteklenmemektedir.

Çalışmamızda olguların %4,3'ü akut gastroenterit tanısı almıştı. Bu olguların mevsimlere göre dağılımları incelendiğinde en fazla oranın sonbaharda olduğu görülmektedir. Arslan ve ark.'nın yaptıkları çalışmada 2003 yılında çocuk acile başvuran olguların %6,22'sinin akut gastroenterit olduğu görülmüştür (71). Yine Rodriguez ve ark.'nın yaptıkları çok merkezli bir çalışmada olguların %1,7'sinin gastroenterit olduğu bildirilmiştir (72). Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise %14,5 oranında akut gastroenterit vakası başvurusunun olduğu ve bunun sıklıkla yaz aylarında olduğu belirtilmiştir (73). Çalışmamız Arslan ve ark.'nın yaptıkları çalışma ile benzerlik gösterirken diğer çalışmalarla farklılık göstermektedir. Bu durum o bölgelerdeki sosyoekonomik koşullar, hijyen ve su ile ilgili farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Dünyada çocukluk çağında acil servislere başvurulardaki artış ile karşılaştırıldığında psikiyatrik acillerdeki artışın çok daha fazla olduğu bildirilmiştir (66). Adolesanlarda psikososyal gelişimin ve risk taşıyan davranışların olması nedeniyle de psikiyatrik hastalıkların görülme olasılığı artmıştır (67,68). ABD'de 1992-99 yılları arasında çocukluk çağı hastalarda psikiyatrik sorunların %59 oranında arttığı belirtilmiştir. Yine Christodulu ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada tüm çocuk acil başvurularının %5 oranında psikiyatrik sorunlardan kaynaklandığını belirtilmiştir (66). Yine ABD'de yapılan bir çalışmada çocuk acilde olguların %1,6'sında psikiyatrik hastalık görülürken bu oran adolesanlarda %71'lere kadar ulaşmaktadır (68). Çalışmamızda psikiyatrik hastalıkların tüm tanılar içinde yeri %1,6 olarak bulundu. Bu oranın literatürle karşılaştırıldığında düşük bir oran olduğu görülmektedir. Bu durumun ülkemizde hasta yoğunluğundan dolayı acil servislerde psikiyatrik hastalık tanısı konulması ve takibinin yapılmasının zor olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda madde kullanımının %0,2, intaharın %1,2 ve gebeliğin %1,6 olduğu görüldü. Literatürle karşılaştırıldığında bu oranlar oldukça düşük çıkmaktadır. Gelişmiş ülkelerde adolesan hastalıkları ve ölümlerinden önemli bir ölçüde sorumlu tutulan alkol-madde kullanımı, intahar ve korumasız ilişki gibi nedenlerin çalışmamızda literatüre oranla düşük çıkmasının sebebi olarak toplumumuzun ahlaki ve aile yapısının bu tür davranışları sergilemede kısıtlayıcı olmasından kaynaklandığını düşündük.

Çalışmamızda zehirlenme oranı %0,7 olarak belirlendi. Akköse ve ark. yaptıkları bir çalışmada ülkemizde acile başvuran olguların %0,46-1,57'sinin zehirlenme olgusu olduğunu belirtmiştir (69). Yine Aji ve ark.'nın ülkemizde 38 sağlık kuruluşunun verilerine dayanarak

yaptıkları çalışmada zehirlenme olgularının tüm acil başvurularının %0,9'unu oluşturduğu görülmüştür (44). ner ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise acile getirilen ocuk zehirlenme olgularının acil başvuruları içinde yalnızca %1,6'lık kısmı oluşturduğu görülmüştür. Çalışmamızda elde edilen veriler literatürle benzerlik göstermektedir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamız 1269 hasta ile yapıldı; hastaların %57,1'i kız idi.
2. Hastaların acil servise en fazla Ekim, Kasım, Aralık ve Ocak ayında başvurdukları görüldü.
3. Hastaların %61,3'ünün şehir merkezinden , %34,8'inin ilçeden acil servise başvurdıkları görüldü.
4. Tanıların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde iki cinsiyette de en fazla konulan tanı ÜSYE idi.
5. Erkeklerde ikinci sıklıkta gastrointestinal sistem hastalıkları ve üçüncü sıklıkta kulak patolojileri tanısı konuldu
6. Kızlarda ikinci sıklıkta genitoüriner sistem hastalıkları ve üçüncü sıklıkta gastrointestinal sistem hastalıkları tanısı konuldu.
7. Çalışmada en sık ilk on tanı hastaların %38,4'ünü oluşturmaktadır. İlk on tanının hasta grubunun önemli kısmını oluşturması nedeniyle acil serviste bu tanıların dikkat edilmesini gerektirir.
8. Hastaların %31,1'ine herhangi bir tanı konmamıştı. Tanı konmayan olgulardan daha fazla konsültasyon istenmiş ancak servislere daha az yatırılmıştı. Tanı konanlar ve konmayanlar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktu. Ağrı şikayeti ile gelenlerde tanı konma oranı anlamlı olarak daha azdı.
9. Çocuk acil servise başvuran olguların %48,3'üne medikal tedavi verilmiş, %26'sına acil serviste müdahale edilmiş ve %14,9'u hastaneye yatırılarak tedavi edilmiştir.
10. Hastaların %59,2'sine tetkik yapılmış olup ancak yatış verilen hasta oranı sadece %14,9'dur. Bu durum ayaktan tedavi edilen hastaların çoğuna tetkik yapıldığını göstermektedir.
11. Toplam onbeş intihar olgusunun %80'i kız idi. Yaşlarına baktığımızda 13-16 yaşlarda olduklarını ve yedisinin 15, dördünün 14 yaşında olduğunu gördük.
12. Başvuru semptomları arasında karın ağrısı her iki cinsiyette de en sık görüldü. Yatış

verilen hastaların yaklaşık yarısında karın ağrısı ilk başvuru semptomuydu. En sık yatış verilen servis çocuk cerrahisi servisi idi. Karın ağrısı acil serviste atlanmaması ve detaylı değerlendirilmesi gereken önemli bir semptomdur.

13. Karın ağrısı dışında en sık görülen semptomlar olarak bulantı/kusma, ateş, boğaz ağrısı, baş ağrısı ve öksürük olduğu görülmüştür. Acil servis hekimleri bu semptomlara neden olan acil durumlar konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalıdır.

Genel olarak değerlendirildiğinde; acil servislerde sıklıkla acil vakalardan çok genel poliklinik hastalarının yoğunlukla değerlendirildiği dikkat çekmekteydi. Olguların acil servise kolay ulaşım sağlaması, ailelerin oluşan hastalık durumlarında çocuklarıyla ilgili çözümleri hızlı ve tatmin edici cevapları hızlı alma isteği nedeniyle acile uygun olmayan başvuruların yapıldığı görüldü.

Acil servislerin ciddi vakalar dışında normal poliklinik hastaları tarafından meşgul edilmesinin önlenmesi için birinci basamak sağlık hizmetleri ve diğer basamaklardaki çocuk polikliniklerinin yeterli hizmet vermesi sağlanmalıdır. Ayrıca ebeveynlere çocuklarda sık karşılaşılan sağlık sorunlarıyla ve izleyecekleri yol ile ilgili eğitimlerin verilmesi çocuk acil servislerinin daha uygun kullanılmasını sağlayacaktır.

ÖZET

“Çocuk acil servisine başvuran adolesan dönem çocukların hastalık dağılım profillerinin değerlendirilmesi”

Giriş ve Amaç: Adolesan dönem, hızlı büyümenin son evresi olup, cinsel ve psikososyal gelişim tamamlandığı ve çocukluktan erişkinliğe geçiş evresidir. Travma, cinayet, intihar sık karşılaşılan adolesan dönem mortalite nedenleri olmakla; gelişmekte olan ülkelerde istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, alkol ve madde kullanımının istenmeyen düzeyde olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmanın amacı çocuk acil servisine başvuran adolesan dönem çocukların hastalık dağılım profillerinin değerlendirilmesidir.

Materyal ve Method: Tek merkezli ve retrospektif olarak tasarlanan çalışmaya, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Polikliniğine 1 Ocak 2017 ile 31 Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran 3807 adolesan hastadan sırasıyla her üç hastadan biri seçilerek 1269 hasta dahil edildi. Veriler SPSS Paket Program 20.0 sürümü ile analiz edildi.

Bulgular: Olguların %57,1’inin kız, %43’ünün erkek olduğu, %61,1’inin şehir merkezinde yaşadığı ve kızlarda ve erkeklerde yaş ortalamasının, sırasıyla $13,5 \pm 2,29$ yıl ve $13 \pm 2,25$ yıl olduğu tespit edildi. Elde edilen bulgular tanımlar sistemlere göre gruplandırıldığında, en sık olarak, sırasıyla, üst solunum yolu enfeksiyonu, genitoüriner sistem hastalıkları ve gastrointestinal sistem hastalarının yer aldığı, üst solunum yolu enfeksiyonunun her iki cinsiyette de en sık konulan tanı olduğu ve en sık başvuru şikayetinin her iki cinsiyette de karın ağrısı olduğu bulundu. Başvuru semptomları sistemlere göre gruplandırıldığında, en sık olarak, sırasıyla, gastrointestinal sistem semptomları, solunum sistemi semptomları ve nörolojik/psikiyatrik sistem semptomları yer aldığı belirlendi. Olguların %49’unun ise herhangi bir ağrı şikayeti ile başvurduğu tespit edildi (**p=0,000**). Mevsimlere göre başvurular incelendiğinde en sık oranda kış döneminde başvuru olduğu (**p=0.008**), hastaların %48,3’üne medikal tedavi planlanırken, %26’sına acil serviste müdahale yapıldığı ve %14,9’una servis yatışı verildi belirlendi. Tetkik durumunun cinsiyete göre dağılımında, kız hastalardan daha fazla tetkik istendiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0,011**). Hastaların konsültasyon isteme durumu, sevk edilme durumunun ve servise yatışın cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (**p>0,05**). Tanı konulmayan 398 olgu (%31,4) tespit edildi. Tanı

konan ve konmayan olgular cinsiyet, ağrı semptomu ile başvurma, konsültasyon isteme ve servise yatış durumlarına göre değerlendirildiğinde ağrı sikayeti ile gelenlerde tanı konma oranının anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edildi ($p=0,000$). Tanı konmayan olgulardan daha fazla konsültasyon istendiği ($p=0,002$) ve servislere daha az yatırıldığı belirlendi ($p=0,027$). Tanı konanlar ve konmayanlar arasında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p=0,492$).

Sonuç: Sonuç olarak, yapılan bu güncel çalışmada, adolesan olguların çoğunluğunun üst solunum yolu enfeksiyonu ile en fazla kış aylarında başvurduğu ve kız çocuklarının daha fazla oranda başvurduğu tespit edildi. Genel olarak değerlendirildiğinde; acil servisin sıklıkla acil vakalardan çok genel poliklinik hastalarının başvurduğu belirlendi. Olguların acil servise ulaşımının kolay olması, oluşan sağlık sorunlarında ailelerin hızlı ve tatmin edici sonuç alma isteklerinin olması nedeniyle uygun olmayan başvurularının olduğu tespit edildi. Acil servislerin ciddi vakalar dışında normal poliklinik hastaları tarafından meşgul edilmesinin önlenmesi için birinci basamak sağlık hizmetleri ve diğer basamaklardaki çocuk polikliniklerinin yeterli hizmet vermesi sağlanmalıdır. Ayrıca ebeveynlere çocuklarda sık karşılaşılan sağlık sorunlarıyla ve izleyecekleri yol ile ilgili eğitimlerin verilmesi çocuk acil servislerinin daha uygun kullanılmasını sağlayacaktır.

SUMMARY

The Evaluation of Disease Distribution Profiles of Adolescents Admitted to Pediatric Emergency Department

Introduction and Objective: The adolescent period is the final stage of rapid growth that represents the completion of sexual and psychosocial development and the transition from childhood to adulthood. Trauma, murder and suicide are common causes of adolescent mortality and it is noted that rates of unintended pregnancy, sexually transmitted infections, alcohol and substance use have reached undesirable levels in developing countries. The aim of this study is to evaluate the disease distribution profiles of adolescents admitted to the department of pediatric emergency.

Material and Method: The sample of the single-center retrospective study consisted of 1,269 adolescent patients among 3807, selected one of three, who applied to Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Pediatric Emergency between 1 January 2017 and 31 December 2017. The data were analyzed using SPSS 20.0.

Results: It was determined that 57.1% of the cases were girls and 43% were boys, 61.1% lived in the urban center and the mean age of the girls and boys was 13.5 ± 2.29 and 13 ± 2.25 years, respectively. The findings were grouped according to the systems and it was found that upper respiratory tract infections, genitourinary tract infections and gastrointestinal infections were the most common diagnoses in both groups, respectively, and the most frequent complaint of admission was abdominal pain. When the symptoms were grouped according to the systems, the most frequent and common ones were determined as gastrointestinal tract symptoms, respiratory system symptoms and neurological/psychiatric system symptoms, respectively. It was determined that 49% of the cases admitted with an ordinary complaint of pain ($p=0,000$). It was also found that admissions were mostly made during the winter period ($p=0.008$) when they were examined according to the seasons, 48.3% of the patients were decided to receive medical treatment, 26% were treated at the emergency room and 14.9% were hospitalized. It was found in the distribution of the examination status by gender that female patients were requested more examinations and the difference was statistically significant ($p=0,011$). When the distribution of patients requesting consultation and their referral and hospitalization status by gender were examined, no statistically

significant relationship was found ($p>0.05$). 398 of undiagnosed cases (31.4%) were noted. When diagnosed and undiagnosed cases were evaluated according to gender, admissions due to pain, consultation request and hospitalization, it was determined that the rate of diagnosis was significantly lower in those who admitted due to pain complaints ($p=0.000$). It was noted that more consultation was requested from undiagnosed cases ($p=0.002$) and the rate of their hospitalization was lower ($p=0.027$). No significant difference was found between those diagnosed and not diagnosed according to their gender ($p=0.492$).

Conclusion: Consequently, it was found in this current study that the majority of adolescent cases mostly admitted with upper respiratory tract infections during the winter months and the admission rate was higher in girls. When it was generally evaluated, emergency department was found to be frequently admitted by general outpatient patients rather than emergency cases. It was determined that certain cases were not suitable due to the easy access to the emergency room and the desire of families to get quick and satisfactory results in health problems. Primary health care services and pediatric outpatient clinics in other steps should be provided adequate service in order to prevent emergency services from being engaged by regular outpatients other than serious cases. In addition, providing training for patients about frequent health problems in children and the way they should follow will prevent non-urgent emergency department usage.

KAYNAKLAR

1. Kınık E. Adolesan hastaya yaklaşım. Katkı 2000;21:713-9.
2. <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coing-of-age-adolescent-health>
3. Yılmaz T. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics:Ülkemizde ve Dünyada Adolesan Sağlığı, 2013;4(1):1-6.
4. Needlman RD. Adolescence .Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds.). Nelson Textbook of Pediatrics, 17th edition, Philadelphia: Saunders Company 2000; 52-7.
5. Jenkins RR. Special health problems during adolescence. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds.). Nelson Textbook of Pediatrics, 17th edition, Philadelphia: Saunders Company 2000; 553-87.
6. Melzer-Lange M, Lye PS. Adolescent health care in a pediatric emergency department. Ann Emerg Med 1996;27:633-7.
7. Van Amstel LL, Lafleur DL, Blake K . Raising our HEADSS: adolescent psychosocial documentation in the emergency department. Acad Emerg Med 2004;11:648-55.
8. Neyzi O, Darendeliler F, Bundak R. Ergenlik (Puberte) Pediatri. Neyzi O, Ertugrul T, editör. 1. Cilt, 3. basım. Nobel tıp kitabevleri 2002;109-19.
9. Freid VM, Makuc DM, Rooks RN. Ambulatory health care visits by children: principal diagnosis and place of visit. Vital Health Stat 1998;137:1-23.
10. Kınık E. Adolesan dönemde fiziksel büyüme ve gelişme. Katkı 2000;21:720-40.
11. Brown BB. Introduction. J Research Adolesc 2005;15:353-5.
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. Karaböcöoğlu M, Yılmaz HL, Duman M. Çocuk Acil Tıp Kitabı, Yılmaz HL, Editor. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012
14. Wilson KM, Klein JD. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. Arch Pediatr Adolesc Med 2000;154:361-5.

- 15.** Çuhadaroglu F. Ergenlik döneminde psikolojik gelişimin özellikleri. *Katkı* 2000; 21;863-8.
- 16.** Austin P. The Pediatric Patient: General Approach and Unique Concerns, In: Rosen P, Darkin R. Eds. *Emergency Medicine Concepts and Clinical Practise*: Mosby, 1998: 1076-87.
- 17.** Massin MM, Montesanti J, Gérard P, Lepage P. Spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Acta Clin Belg.* 2006 Jul-Aug;61(4):161-5.
- 18.** Grove DD, Lazebnik R, Petrack EM. Urban emergency department utilization by adolescents. *Clin Pediatr* 2000;39:479-83.
- 19.** Greydanus DE, Patel DR. The adolescent and substance abuse: current concepts. *Dis Mon* 2005;51:392-431.
- 20.** Goh AY, Chan TL, Abdel-Latiff ME. Paediatric utilization of a general emergency department in a developing country. *Acta Paediatr.* 2003 Aug;92(8):965-9.
- 21.** Michaud PA, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. *Arch Dis Child* 2004;89:943-949.
- 22.** Elshove-Bolk J, Mencl F, van Rijswijk BT et al. .Emergency department patient characteristics: Potential impact on emergency medicine residency programs in the Netherlands. *Eur J Emerg Med.* 2006 Dec;13(6):325-9.
- 23.** Zimmer KP, Walker A, Minkovitz CS. Epidemiology of pediatric emergency department use at an urban medical center. *Pediatr Emerg Care* 2005;21:84-89..
- 24.** Saz EU, Özen S, Karapınar B. Pediatrik Acil Servislerde Triyaj Protokolleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics.* 2009;18(4):289-96.
- 25.** Öztürk MA, Güneş T. Acil Hastanın Özellikleri ve Acil Hastaya Yaklaşım. *Pediatric Özel Dergisi*, 2004;(2):6.
- 26.** Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği- Türkiye'de Ve Dünya'da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri Mevcut Durum Ve Öneriler 2008;1:1-14.

- 27.** Chaya T. Merrill, M.P.H., Pamela L. Owens, Ph.D et al. Pediatric Emergency Department Visits in Community Hospitals from Selected States, 2005 Healthcare Cost And Utilization Project, May 2008- Statistical Brief #52.
- 28.** Frank DA, Nicole Roos N, Meyers A. Seasonal Variation in Weight-for-Age in a Pediatric Emergency Room. Public Health Reports. July/August 1996;3:7-21.
- 29.** Ayvaz A, Güngör N, Topbaş M ve ark. Trabzon Sürmene Devlet Hastanesi Acil Polikliniğine Başvuran Çocuk Hastaların Özellikleri C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 29 (4):156-62.
- 30.** Keskin S, Aji DY, Akalp F ve ark. Cerrahpaşa çocuk acil'94: Genel değerlendirme Türk Pediatri Arşivi 1995; 30: 90-94
- 31.** Soysal D, Karaböcüoğlu M. Çocuklarda Solunum Acilleri Pediatri Özel Dergisi 2004;2(6):3-8.
- 32.** Ünal ÖF. Solunum sıkıntısı olan çocuğun değerlendirilmesi. Hacettepe Tıp Dergisi 2005; 36:28-32
- 33.** Taştan Y. Ateşli çocuk ve sepsis. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Pediatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, 2001, 57-68.
- 34.** Kathleen A. Acetaminophen and Ibuprofen: fever control and over dose. Pediatric Nursing 1992, 18: 428.
- 35.** Ceyhan M. Çağında Acil Enfeksiyon Problemleri Pediatri Özel Dergisi. Yıl: 2004;2(6):41-65.
- 36.** Cebe A, Ayvaz A, Yıldız N, Çetinkaya S. Sivas İlinde Çocukluk Çağı İdrar Yolu Enfeksiyonlarında İdrar Kültür Sonuçları: İlk Tedavi Seçimi Nasıl Olmalıdır? Van Tıp Dergisi, 2008;15 (1):7-12.
- 37.** Çobanoğlu U, Can M. Çocuklarda Trakeobronşial Yabancı Cisim Aspirasyonları. Van Tıp Dergisi: 14 (4):96-101, 2007
- 38.** Parlak M. Akut Bakteriyel Menenjitler. I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri- Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar.

Sempozyum Dizisi No:61 Subat 2008:151-64.

- 39.** Andıran N, Sarıkayalar F. İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nde son altı yılda izlenen akut zehirlenmeler. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001; 4: 396-408.
- 40.** Litovitz TL, Klein-Schwartz W, Caravati EM, Youniss J, Crouch B, Lee S. 1998 annual report of the American Association of Poison Control Centers. Toxic Surveillance System. *Am J Emerg Med* 1999; 17:435-87.
- 41.** Kurtoğlu S, Öztürk MA, Atabek ME. Toksikolojik Aciller Ve Yaklaşım. *Pediatri Özel Dergisi* 2004;2(6):79-83.
- 42.** Aji DY. Çocukluk Çağında Zehirlenmeler ve Mantar Zehirlenmesi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri- Pediatrik Aciller Sempozyumu. 14-15 Haziran 2001:69-78.
- 43.** Beyazova U, Üstel L, Üstel İ. Çocukluk çağında zehirlenmeler. 1. baskı, Ankara: Mine Ofset. 1998.
- 44.** Aji DY, İlter Ö. Türkiye’de çocuk zehirlenmeleri. *Türk Ped Arşivi* 1998; 33(3):154-8.
- 45.** Tekgündüz SA, Şengül A, Biçer S ve ark. Çocuk Acil Servisine Akut Karın AğrısıYakınmasıyla Getirilen Olguların Analizi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2005;1(2):127-33.
- 46.** Salman T, Karaböcüoğlu M. Çocukluk Çağında Cerrahi Olmayan Akut Karın Ağrıları. <http://tpk.turkpediatri.org.tr/kongre2009/pdf/17.pdf> (en son ulaşım: 06.03.2019)
- 47.** Artan R. Kusan Çocuk. <http://tpk.turkpediatri.org.tr/kongre2009/pdf/28.pdf> (en son ulaşım: 06.03.2019)
- 48.** Çullu F. Çocuklarda Üst Gastrointestinal Sistem Kanamaları İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu 11-12 Ocak 2001:191-8.
- 49.** Tuncer A, Tahan F. Pediatrik Allerjide Aciller . *Pediatri Özel Dergisi* Yıl: 2004;2(6):141-58.
- 50.** Uysal Soyer Ö, Tuncer A. Anafilaksi. *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2007, 3(9):66-

74.

- 51.** Karaman Ö, Babayigit A, Ölmez D. Anafilaksi Nedenleri, Tanısı ve Tedavisi. Güncel Pediatri 2006;2:8-12
- 52.** Öner N, Güncan Ö, Emele Yolsal G. Adolesan ve Çocuklarda Baş Ağrıları. STED: 2003; 12(8): 300.
- 53.** Gümüş H, Kumandaş S. Pediatrik Nörolojik Aciller. Pediatri Özel Dergisi. 2004;2(6):91-105.
- 54.** Kabakuş N, Doğan Y. Akut Bilinç Kaybı Olan Çocuğa Yaklaşım. T Klin J Pediatr 2001;2(3):10
- 55.** Yurt RW. Triage, initial assessment, and early treatment of the pediatric trauma patient. Pediatr Clin North Am. 1992 Oct;39(5):1083–91.
- 56.** Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Utilization of Physician Offices by Adolescents in the United States. Pediatrics 1999;104:35-42.
- 57.** Polat S, Özazıcıoğlu N, G; Yazar F. Çocuk acil kliniğine başvuran 0-18 yaş grubu olguların incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(2):55-62.
- 58.** Derinöz O, Tunaoglu FS. Çocuk acil gözlem birimlerinin çocuk hastalar için kullanımı: bir üniversite hastanesinin izlenimleri. Türk Pediatri Arşivi. 2007;42 (2):61-4.
- 59.** Chaya MT, Owens PL, Stocks C. Pediatric Emergency Department Visits in Community Hospitals from Selected States, 2005.
- 60.** Pileggi C, Raffaele G, Angelillo IF. Paediatric utilization of an emergency department in Italy. Eur J Public Health 2006 Oct;16(5):565-9.
- 61.** Talay MT. Çocuk Acil Servisine Başvuran 10-19 Yaş Arası Çocukların Hastalık Dağılım Profillerinin Değerlendirilmesi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Anabilimdalı, Diyarbakır, 2013.
- 62.** Yılmaz AA, Köksal AO, Özdemir O, Yılmaz Ş, Yıldız D, Koçak M. et. al. Bir

Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniğine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2014; 9(1).

- 63.** Anıl M, Anıl AB, Köse E, Akbay S, Helvacı M. et.al. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. CAYD. 2014;1(2):65-71.
- 64.** Baser H. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne Başvuran Tüm Çocukların Hastalık Dağılım Profillerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2008.
- 65.** Köksal AO, Köksal T, Yüksel S. Beş Yıllık Hasta Kayıtlarının Değerlendirildiği Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Merkezi Verileri ve Kayıt Sisteminin Önemi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2015;1(2):105-15.
- 66.** Christodulu KV, Lichenstein R, Weist MD, Shafer ME. Psychiatric emergencies in children. Ped Emerg Care 2002;18:268-270.
- 67.** 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.
- 68.** 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.
- 69.** Akköse Ş, et al. Zehirlenme olgularının beş yıllık analizi. Acil Tıp Dergisi 2003;3(1):8-10.
- 70.** Öner N, et al. Trakya bölgesinde çocuklarda görülen zehirlenmeler. Türk Pediatri Arşivi 2004;39:25-30.
- 71.** Arslan MT, Çağlıyangil E, Özalkaya E, Egemen A. Çocuk Acil Polikliniğın Uygun Olmayan Başvurular. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2008;8(2):25-7.
- 72.** Rodriguez VA, Silverman ME, Cochrane DG, Eskin B, Ohman-Strickland P, Rothman J, Allegra JR. Biosurveillance of ED visits for gastroenteritis. American Journal of Emergency Medicine. 2007;25(5):535-9.

- 73.** Singhi S, Singhi S, Gupta G. Comparison of pediatric emergency patients in a tertiary care hospital vs a community hospital. *Indian Pediatrics*. 2004;41(1):67-72.
- 74.** Hoberman A, Wald ER. Urinary tract infections in young febrile children. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 1997;16(1):11-7.
- 75.** Bachur R, Harper M, Marvin B. Reliability of the urinalysis for predicting urinary tract infections in young febrile children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2001;155(1):60-5.



EKLER

EK-1: Olgu Rapor Formu

ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN ADOLESAN DÖNEM ÇOCUKLARIN HASTALIK DAĞILIM PROFİLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1-Adı soyadı:

2-Cinsiyet:

3-Yaş:

4-Başvuru tarihi:

5-Yaşadığı yer:

6-Tanı:

7-Yapılan tetkikler: Var Yok

8-Sevk: Var Yok

9-Servise yatış: Var Yok

10-Konsültasyon istemi: Var Yok

11-Tedavi:

RV

Yok

Cerrahi tedavi

EK-2: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/11/2018-E.67126



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Ayfer GEMALMAZ
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22.11.2018 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 18 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım

e-imzalıdır

Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK
Kurul Başkanı

KARAR 18

Protokol No : 2018/1517
Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ'ın "Çocuk acil servisine başvuran adolesan dönem çocukların hastalık dağılım profillerinin değerlendirilmesi" başlıklı klinik araştırmasının 08.11.2018 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştır. 21.11.2018 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Sonuçta, klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Evrakı Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/NN4RL11>

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüs Tıp Fakültesi Merkez Kampüs Kepez
Mevki 09010 Efeler/Aydın

Bilgi İçin: Necla Yıldız