

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

**ANNE- BABALARIN, OKUL ÖNCESİ DÖNEM
ÇOCUKLARINI GÖZETİM (SÜPERVİZYON)
DAVRANIŞLARININ ANKET YÖNTEMİ İLE
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Sevçan HATIPOĞLU

UZMANLIK TEZİ

İZMİR- 2020

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

**ANNE- BABALARIN, OKUL ÖNCESİ DÖNEM
ÇOCUKLARINI GÖZETİM (SÜPERVİZYON)
DAVRANIŞLARININ ANKET YÖNTEMİ İLE
ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sevcan HATİPOĞLU

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Serpil UĞUR BAYSAL

İZMİR- 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandığım, desteklerini gördüğüm, başta Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Murat Duman ve asla yeri dolmayacak olan Prof. Dr. Tolga Köroğlu olmak üzere tüm değerli öğretim üyelerine;

Desteğini her zaman hissettiğim, araştırmamın her aşamasında bana yol gösteren, Sosyal Pediatri Bilim Dalı öğretim üyesi, saygıdeğer tez danışmanım Prof. Dr. Serpil Uğur Baysal'a;

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, tezimin hazırlanma süresince de yanımda olan sevgili tıpta uzmanlık öğrencisi ve uzman arkadaşlarıma;

Başta Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği çalışanları olmak üzere birlikte keyifle çalıştığım Anabilim Dalımız'ın tüm çalışanlarına, Dokuz Eylül Üniversitesi kreş ve anaokullarının çalışanlarına;

Araştırmaya katılan çocuklara ve anne- babalara,

Tüm eğitim hayatım süresince beni destekleyen ve bütün zorlukların üstesinden gelmemi sağlayan canım Ailem'e;

Desteği ve sevgisi ile her zaman yanımda olan sevgili eşim Ayhan Hatipoğlu'na
Sonsuz teşekkürlerimle...

Dr. Sevcan HATİPOĞLU

Ekim 2020, İzmir

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii

1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tanımlar	4
2.1.1. Kaza/ Yaralanma	4
2.2. Epidemiyoloji	4
2.2.1. Dünyada Kaza/ Yaralanmaların Durumu	4
2.2.2. Türkiye’de Kaza/ Yaralanmaların Durumu	6
2.2.3. Çocukluk Çağı Kaza/ Yaralanmalarında Risk Etkenleri	7
2.2.3.1. Çocukluk Çağı Kazalarında Bireysel Özellikler	8
2.2.3.1.1. Çocuğun Yaşı	8
2.2.3.1.2. Çocuğun Cinsiyeti	9
2.2.3.1.3. Anne- Babanın Eğitim Düzeyi	9
2.2.3.1.4. Sosyoekonomik Durum	10
2.2.3.1.5. Ailelerin Risk Algıları ve Çocuklarını Gözetimleri	10
2.2.3.1.6. Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire(PSAPQ)	12
2.2.3.2. Çocukluk Çağı Kazalarında Çevresel Özellikler.....	12
2.3. Kaza/ Yaralanma Çeşitleri.....	13
2.3.1. Düşmeler.....	13
2.3.2. Yanıklar	14
2.3.2.1. Yanığın Derinliği.....	15
2.3.2.2. Yanığın Genişliği.....	16
2.3.2.3. Yanık Çeşitleri.....	18

2.3.2.3.1. Sıcak Yüzeylerle Temas Sonucu Oluşan Yanık	18
2.3.2.3.2. Kimyasal Yanık	18
2.3.2.3.3. Elektrik Yanığı	19
2.3.2.3.4. İnhalasyon Yanığı.....	19
2.3.3. Boğulma	19
2.3.4. Yabancı Cisim Aspirasyonu	20
2.3.5. Zehirlenmeler.....	21
2.3.6. Trafik Kazaları.....	22
2.3.6.1. Trafik Kazaları İçin Risk Etkenleri	23
2.4 Kaza/ Yaralanmaların Önlenmesi ve Kontrolü	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.6. Veri Toplama Araçları.....	30
3.6.1. Anne- Babaların ve Çocukların Sosyodemografik Özelliklerini Tanımlayıcı Form.....	30
3.6.2 Ailelerin Gözetim (Süpervizyon) Özellikleri Profili Ölçeği	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.8. Araştırmanın Etik boyutu	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
7. KAYNAKLAR.....	60
8. EKLER	70

EK 1. Etik Kurul Karar Formu	70
EK 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu	72
EK 3. Sosyodemografik Bilgi Formu	74
EK 4. Anne- Babaların Gözetimsel Davranış Profili Ölçeği, ABGDPÖ (PSAPQ-Turkish)	76
9. DR. SEVCAN HATİPOĞLU’NUN ÖZGEÇMİŞİ	78



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 2.1.	Yaş gruplarına göre çocuk ölümlerinin önde gelen beş nedeni, Amerika Birleşik Devletleri, 2009.....	5
Tablo 2.2.	Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuklarda yaralanmalardan kaynaklı ölümler, 2015.....	6
Tablo 2.3.	Yaş gruplarına göre 0-19 yaş arasındaki çocuklarda düşme nedeniyle istenmeyen ölüm oranları, Amerika Birleşik Devletleri 2000- 2005.....	14
Tablo 2.4.	Küresel yanık yükü	15
Tablo 2.5.	Yanık yaralarının genel özellikleri	16
Tablo 2.6.	Dokuzlar kuralı	16
Tablo 2.7.	Lund-Browder yöntemine göre pediatrik yaş grubundaki yanık yüzey alanı oranları (%).....	17
Tablo 2.8.	Ciddi yanık oluşumu için gereken zaman ve su sıcaklığı	18
Tablo 2.9.	Bölge ve yaş gruplarına göre önde gelen 10 ölüm nedeni arasında boğulmanın yeri.....	20
Tablo 2.10.	Karayolunda yaralanmalar, WHO- Küresel Yol Güvenliği Raporu, 2018.....	23
Tablo 2.11.	Çocukluk çağı yaralanmalarında kanıta dayalı önleme girişimleri	26
Tablo 2.12.	Yaralanmaların ve zehirlenmelerin önlenmesi için önerilen yaşa göre güvenlik danışmanlığı yapılacak durumlar (Güvenlik Danışmanlığı Takvimi)	27
Tablo 2.13.	Motorlu taşıt kazalarını önlemede Haddon Matriksi'nin uygulanması	28
Tablo 2.14.	Bisiklet yaralanmalarını önlemede Haddon Matriksi'nin uygulanması.....	28
Tablo 3.1.	ABGDPÖ'nün Cronbach's alpha değerleri.....	31
Tablo 4.1.	Annelere ve babalara ait demografik özellikler	33
Tablo 4.2.	Annelere ve babalara ait demografik ve sosyoekonomik özellikler	34
Tablo 4.3.	Çocuklara ait demografik özellikler	35
Tablo 4.4.	Çocukların geçirdikleri kaza tiplerinin dağılımı.....	35
Tablo 4.5.	Annelerin ve babaların tanımlayıcı özelliklerine göre çocukların önceki kaza/ yaralanmalarının dağılımı.....	36

Tablo 4.6. Annelerin ve babaların tanımlayıcı özelliklerine göre çocukların önceki kaza/ yaralanmalarının dağılımı.....	37
Tablo 4.7. Kaza/ Yaralanma geçiren çocukların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları.....	38
Tablo 4.8. Anne- Babaların ABGDPÖ alt ölçek puan ortalamaları.....	38
Tablo 4.9. ABGDPÖ alt ölçekleri arasındaki ilişkiler.....	39
Tablo 4.10. Anne- babaların tanımlayıcı özelliklerine göre ABGDPÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.11. Risk Toleransı ve Kadercilik alt ölçekleri ile anne yaş ortalamalarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.12. Koruyuculuk, Gözetim Gereksinimleri ve Kadercilik alt ölçekleri ile anne öğrenim durumu gruplarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.13. Koruyuculuk, Gözetim Gereksinimleri ve Kadercilik alt ölçekleri ile baba öğrenim durumu gruplarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.14. Anne- babaların tanımlayıcı özelliklerine göre ABGDPÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.15. Kadercilik alt ölçeği ile anne- babaların maddi durum değerlendirmesinin karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.16. Çocuğun Sağlığını Kaderin Kontrol Ettiği İnancı alt ölçeği ile en uzun süre yaşanan yer gruplarının karşılaştırılması	48
Tablo 4.17. Çocukların tanıtıcı özelliklerine göre ABGDPÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	50
Tablo 4.18. Koruyuculuk alt ölçeği ile çocuk yaş gruplarının karşılaştırılması.....	51

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 4.1. ABGDPÖ alt ölçeklerinin anne yaş grupları arasında karşılaştırılması.....	41
Şekil 4.2. ABGDPÖ alt ölçeklerinin anne öğrenim durumu grupları arasında karşılaştırılması.....	42
Şekil 4.3. ABGDPÖ alt ölçeklerinin baba öğrenim durumu grupları arasında karşılaştırılması.....	43
Şekil 4.4. ABGDPÖ alt ölçeklerinin anne yaş grupları arasında karşılaştırılması.....	47
Şekil 4.5. ABGDPÖ alt ölçeklerinin en uzun süre yaşanan yer grupları arasında karşılaştırılması.....	48
Şekil 4.6. ABGDPÖ alt ölçeklerinin çocuğun yaş grupları arasında karşılaştırılması.....	51

KISALTMALAR

- ABD:..... Amerika Birleşik Devletleri
- DALYs %:..... Engelliğe, erken ölüme bağlı olarak, yaşam yıllarından kayıp yüzdesi (Disability Adjusted Life Years %); Hastalık Yüğü
- DSÖ:..... Dünya Sağlık Örgütü
- FGA: Framingham Güvenlik Araştırması(Framingham Safety Survey, FSS)
- CDC:..... Center for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
- PSAPQ:..... Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire
- ABGDPÖ:..... Anne- Babaların Gözetimsel Davranış Profili Ölçeğı
- AAP:..... American Academy of Pediatrics
- WISQARS: Web-Based Injury Statistics Query and Reporting System (Web Tabanlı Yaralanma İstatistikleri Sorgulama ve Raporlama Sistemi)
- WHO:..... World Health Organization

ANNE- BABALARIN, OKUL ÖNCESİ DÖNEM ÇOCUKLARINI GÖZETİM (SÜPERVİZYON) DAVRANIŞLARININ ANKET YÖNTEMİ İLE ARAŞTIRILMASI

Sevcan HATİPOĞLU, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

Gerekçe ve Amaç

Çocukluk çağı yaralanmalarına yol açan etkenlerin başlıcaları, anne- babanın risk algısı, güvenlik konusunda bilgi ve tutumu ile çocuk bakımının nitelikleridir. Ancak, çocuğa bakım veren bireyin gözetim niteliklerini ölçmek güçtür.

Bu araştırmanın amacı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı(AD) Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'ne ve Genel Pediatri Polikliniği'ne başvuran, Üniversitemiz'e bağlı kreş ve anaokullarına devam eden 2- 5 yaş grubunda yer alan çocukların anne- babalarının çocuklarını gözetim (süpervizyon) niteliklerini, Türkçe'ye uyarladığımız özgün bir anketi kullanılarak belirlemek, bu nitelikler ve ailenin sosyodemografik özellikleri ile çocukların kazaya uğramaları arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel yöntemle yürütülen araştırmada veri, ailelerin demografik ve sosyoekonomik özellikleri ile ilgili Soru Formu ile ve **Anne- Babaların Gözetimsel Davranış Profili Ölçeği**'nden oluşan anket formu ile toplandı. Kanadalı araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan **'The Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire'** anketinin geçerlilik ve güvenilirliği test edilerek Türkçe'ye uyarlandı. Anketin geçerlilik- güvenilirlik çalışması, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile işbirliği kurularak yapıldı. Ölçek, 5'li likert türünde olup 29 maddeden oluşmaktadır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, median, minimum ve maksimum değerler verilmiştir. Bağımlı değişkeni etkileyen faktörler, çapraz tablolar Ki-kare yöntemi ile karşılaştırılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk Normallik Testi ile bakılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için bağımsız grup karşılaştırmalarında Mann- Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. Alt ölçekler arasında ilişkiyi değerlendirmek için Pearson'ın Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Anlamalı bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken (kaza/ yaralanma) üzerine olan etkilerini incelemek için İkili Lojistik Regresyon Modeli, alt ölçek ortalamaları ile sürekli bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Çoklu Doğrusal Regresyon Modeli uygulandı.

Bulgular

Çalışmamıza toplam 240 anne- baba katıldı. Çocukların önceki kaza geçirme oranının %22,5, kaza sonrası tedavi ihtiyacının %11,7, hastaneye yatırılma oranının ise %2,5 olduğu saptandı. En sık geçirilen kaza, %16,7 ile düşme, sırasıyla %4,6 ile yanık ve %1,7 ile yabancı cisim/besin ile tıkanma idi. Çocukların, %45,8'i 4-5 yaş aralığındaydı. Erkek çocuklar, %51,3 oranında olup çocukların %52,9'u ailenin ilk çocuğuydu.

Araştırmamızda, anne ve baba yaşı arttıkça çocukların kaza geçirme sıklığının azaldığı saptandı. Anne yaşı arttıkça risk toleransı puan ortalamasının arttığı görüldü; yaşı 40'ın üstünde olan annelerin risk toleransı puan ortalaması en yüksek bulundu. Çocuğun sağlığın kaderin kontrol ettiği inancı puan ortalamasının en yüksek olduğu yaş grubu 25- 29 yaş aralığı idi. Çalışmayan annelerin gözetim gereksinimleri ve çocuğun sağlığın kaderin kontrol ettiği inancı alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sosyoekonomik durumunu, geliri giderinden az olarak tanımlayan ve en uzun süre kasaba ya da köyde yaşayan grubun, çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği alt ölçeğinde puan ortalaması en yüksekti. Yaşı 18- 24 yıl aralığında olan bir annenin, 40 yaşın üstündeki bir anneye göre çocuğunun kaza geçirmiş olma ihtimali 23,603 kat daha fazla bulundu. Annenin öğrenimi değişkeni; koruyuculuk, gözetim gereksinimleri, risk toleransı alt ölçeğini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde öngörmekteydi.

Sonuç

Bu araştırmayı yürütürken, önce, anne- babaların gözetim niteliklerini ölçen anketin Türkçe Versiyonunu oluşturduk. Anne- babaların çocuklarını gözetim niteliklerinin, anne- baba- çocuğa ait pek çok tanımlayıcı özellik ile değiştiğini saptadık. Ölçeğin dört alt grubuna ait puanların; anne yaşı, anne ve babanın öğrenim düzeyi, annenin çalışma durumu, sosyoekonomik durum, yaşanan yerleşim birimi ve düzenli ilaç kullanımını gerektirecek bir hastalıklarının olup olmaması ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini belirledik. Anne yaşının ve annenin öğrenim düzeyinin, gözetimsel nitelikleri ve çocukta kaza/ yaralanma olasılığını öngörmeye güçlü belirleyiciler olduğu sonucuna vardık.

Anahtar Sözcükler: ABGDPO, anne- baba, gözetim nitelikleri, 2- 5 yaş, kaza, okul öncesi, PSAPQ, süpervizyon, yaralanma

SURVEYING PARENTS' SUPERVISION BEHAVIORS OF THEIR PRESCHOOL CHILDREN BY QUESTIONNAIRE METHOD, PSAPQ-TURKISH

Sevcan HATİPOĞLU, Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics

ABSTRACT

Aim

Parents' perception of risk, knowledge of safety, and childcare qualifications are the main factors in handling childhood injuries. However, it is difficult to measure the supervision qualities of an individual caring for a child.

The aim of this study was to study the children of abbreviated parents of 2-5 years old who applied to the Child Health Monitoring Polyclinic and General Pediatrics Outpatient Clinic of Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics. The aim was to investigate the relationship between the characteristics of supervision, an original questionnaire that we adapted to Turkish, and the sociodemographic characteristics of the family and the accident.

Material and Methods

In the study conducted with a cross-sectional method, the data were collected with a Question Form about the demographic and socioeconomic characteristics of the families and a questionnaire consisting of the Surveillance Behavior Profile Scale of the Parents. The "The Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire" questionnaire, developed by Canadian researchers, was tested and adapted to Turkish. The validity-reliability study of the questionnaire was conducted in cooperation with Pamukkale University Faculty of Medicine Department of Public Health. The scale is a 5-point Likert type and consists of 29 items. Percentage values, arithmetic mean, standard deviation, median, minimum and maximum values are given as descriptive statistics of the data. The factors affecting the dependent variable were compared using the cross-tables Chi-square method. Whether the data showed normal distribution was checked with the Shapiro-Wilk Normality Test. Since the data did not show a normal distribution, Mann-Whitney U Test and Kruskal-Wallis Test were used for independent group comparisons. Pearson's Correlation Analysis was conducted to evaluate the relationship between subscales. The Binary Logistic Regression Model was used to

examine the effects of significant independent variables on the dependent variable (accident / injury), and the Multiple Linear Regression Model was used to examine the relationship between subscale averages and continuous independent variables.

Results

A total of 240 mothers and fathers participated in our study. It was found that the rate of previous accidents was 22.5%, the need for treatment after the accident was 11.7%, and the rate of hospitalization was 2.5%. The most common accidents were falling with 16.7%, burns with 4.6% and occlusion with foreign body / food with 1.7%, respectively. 45.8% of the children were between the ages of 4-5. Boys were 51.3% and 52.9% of the children were the first child of the family.

In our study, it was found that as the age of the mother and father increased, the frequency of accidents in children decreased. It was seen that as the maternal age increased, the mean risk tolerance score increased; Risk tolerance score average of mothers over 40 years old was found to be the highest. The age group with the highest average score for the belief that health controls destiny was between the ages of 25-29. The mean subscale scores of the mothers who did not work and the child's belief that their health is controlled by fate were higher, and this difference was statistically significant. The group that defined socioeconomic status as income less than expenses and lived in a town or village for the longest time had the highest mean score in the subscale, where fate controls the health of the child. A mother whose age is between 18 and 24 years was found to be 23,603 times more likely to have an accident than a mother over 40. Mother's learning variable; were predicting protection, surveillance requirements, and risk tolerance subscale in a statistically significant way.

Conclusion

While conducting this research, we first created the Turkish version of the questionnaire measuring the supervisory qualities of the parents. We found that parents' qualifications to supervise their children changed with many descriptive characteristics of the mother-father-child. The scores of the four subgroups of the scale; We determined that there was a statistically significant difference between the mother's age, the education level of the mother and father, the working status of the mother, the socioeconomic status, the place of residence, and the presence or absence of a disease requiring regular medication use. We concluded that

the maternal age and education level of the mother are strong predictors of the supervisory qualities and the probability of accident / injury in the child.

Key Words: Accident, 2-5 years old, injury, parents, preschool, PSAPQ, supervision attributes



1. GİRİŞ VE AMAC

Çocukluk çağı yaralanmaları küresel bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl, binlerce çocuk yaralanmalara bağlı olarak ölmekte ve milyonlarcası ölümcül olmayan yaralanmalar nedeniyle değişik derecelerde etkilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre kaza; bireyin iradesi dışında ortaya çıkan, dışarıdan bir enerjinin yol açtığı, canlının yaralanmasına, ölümüne, mal kaybına yol açabilen bir olaydır. Beklenmeyen, ani gelişen ve zarar veren bir dış kuvvetin karşısında bireyin dikkatinin azalması ile meydana gelir [1].

Gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde, kazalar/yaralanmalar çocuklarda ölüme yol açan nedenler arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerde kaza/yaralanmalar bir yaş altı çocuklarda ölüme yol açan nedenler arasında beşinci sırada, bir yaşın üzerinde ilk sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ile UNICEF'in 2008 yılında yayımlanan Birleşik Raporu'na göre, kazalar/ yaralanmalar, dünyada çocuk ölüm nedenleri arasında dokuz yaşından sonra ilk sıradadır. Her gün, yaklaşık 2500 çocuk, kazalara/yaralanmalara bağlı olarak yaşamını yitirmektedir [2].

Kazalar/yaralanmalar, oluş yerlerine göre; ev kazaları (zehirlenmeler, yanıklar, düşmeler, kesiler, elektrik kazaları, vb), iş kazaları (iş yerinde ya da işin yürütüm koşulları nedeniyle oluşan bütün kazalar), endüstriyel kazalar (patlamalar, yangınlar, zehirlenmeler, radyasyon, vd.), okul kazaları (suda boğulma, düşme, vd.) olarak adlandırılırlar. Ev kazaları, evin yakın çevresinde ya da içinde meydana gelen kazalardır. Ülkemizde son beş yılda, ev kazası nedeniyle 120 bin çocuğun hastanelerde sağlık bakımı alması gerektiği, bu çocuklardan 2000'inin hayatını kaybettiği belirtilmektedir. Ev kazaları görülme oranı ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte Lefkoşa'da 2012 yılında yapılan bir çalışmada %18-25 arasında tespit edilmiştir [3]. 2018 yılı verisi, 1,2 milyon trafik kazası olduğunu göstermektedir. Bunların %15'inde ölüm ya da yaralanma vardır. Trafikte ölenlerin yaklaşık dörtte birini çocuklar oluşturmaktadır [4].

Çocuğun kaza/ yaralanma riski; yaş, cinsiyet, sağlık durumu; ailesinin ekonomik durumu, anne- babanın eğitim düzeyi, mesleği, madde ya da alkol kullanımı gibi durumlar ile ilişkilidir [5,6]. Çocukluk yaş grubunda gelişimsel özellikleri nedeni ile, özellikle 1-3 yaş grubunda kaza riski artmıştır. Bu yaş grubunda, çocukların otonom özelliklerini tam olarak kazanamamaları, sese ve uyaranlara ilgi, çevreyi tanıma çabaları bu durumda etkindir. Başta anne- babalar olmak üzere, çocuk bakımından sorumlu bireylerin kaza ile ilgili tutumları, kazalardan korunabilme farkındalıkları, çocukları korumada önemlidir.

Ülkemizde, kazaların, yaralanmaların bildirimi zorunlu değildir; adli olgular ve ciddi trafik yaralanmaları dışında kayıtları ve izlemi yapılamamaktadır. Kazaların yaygınlığını belirleyen, kazalardan korunma bilincini ölçen, risk etkenlerini tanımlayan çalışmalar pek azdır. Yaralanmaları önlemenin en iyi yolu kazalarla ilgili riskleri belirleyen çalışmalar yaparak çevre ve aileye ilişkin etkenlerin zararlarını giderici eğitim yöntemleri geliştirmek, güvenli çevre düzenlemesini sağlamaya katkıda bulunmaktır.

Kazalar öngörülebilir; alınacak önlemler ve bireylere verilecek eğitim ile kontrol edilebilir. Kazaların önlenmesi ve yaralanma kontrolündeki en önemli engel, kaza/yaralanmanın şans eseri olduğu ve önlenemeyeceği düşüncesidir. Bu nedenle, ailelerin kaza ile ilgili tutumları hakkında daha ayrıntılı bilgi sahibi olmamız gerekmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, çocukların fiziksel ve psikolojik gelişimine katkısının yüksek olduğunu bildikleri halde ailelerin riskli kabul ettikleri bazı oyunları çocukların oynamasına izin vermedikleri görülmüştür [7].

Günümüzde yaralanmalar, çocuk yaş grubundaki önemli mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmekte olup okul öncesi dönemdeki çocukların yaralanmalarında anne ve babalarının kaza/yaralanma risk algısının yaralanmayı belirlemede önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Denetimin ölçülmesindeki yöntemsel zorluklar nedeniyle küçük çocuklara (0-3 yaş) bakım veren bireylerin gözetimsel davranış özelliklerinin yaralanma riskleriyle ilişkisinin kanıtlanması güçtür [8]. Bugüne kadar, denetlemede kullanılan yöntemler arasında doğal gözlemler, gözetim hakkındaki öz raporlar ve bakıcıların günlük kayıtlarla sürekli denetiminin izlendiği katılımcı olay izlem yöntemleri yer almıştır [9,10]. Bu yöntemler, küçük çocuklarda yetersiz denetlemenin, yaralanma riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu kanıtlamıştır. Ancak, son derece zaman alıcı ve kaynak gerektiren yöntemlerdir; çocukluk çağı yaralanmalarına ilişkin araştırmalarda geniş çaplı uygulama için pratik değildir. Bu nedenle, Kanadalı araştırmacılar Morrongiello ve Corbett, küçük çocukların gözlem ve korunma gereksinimleri ile ilgili anne- baba davranışını sorgulayan bir anket geliştirmişlerdir [11,12]. Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire (PSAPQ), önceki ölçekler ile karşılaştırıldığında olayları denetleme göstergesinin ve çocukların yaralanma öykülerinin, alınan puanlar ile uyumlu olduğu bulunmuştur. PSAPQ' nun mevcut değerlendirmesi ile, güvenilirliği (test-tekrar test güvenilirliği, iç tutarlılık) ortaya çıkmış ve dört etkenin (koruyuculuk, gözetim gereksinimleri, risk toleransı, çocuklarının sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı) geçerliliği ortaya konmuştur. Bu nedenle, PSAPQ'nın güçlü psikometrik özelliklere sahip olduğu

kanıtlanmıştır; bu da PSAPQ'yu denetleme ile küçük çocukların istemsiz yaralanma riskleri arasındaki bağlantıları incelemek isteyen araştırmacılar için benzersiz ve yararlı bir ölçüm haline getirmiştir.

Araştırmamızın iki amacı vardı:

1) Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire (PSAPQ) Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlamak;

2) Anne- babaların gözetimsel davranış profili ölçeği (ABGDPÖ)'ni kullanarak anne-babaların 2-5 yaş grubu çocuklarını gözetim niteliklerini ölçmek; ailelerin gözetimsel nitelikleri ve demografik özellikleri ile çocuklarının istem dışı yaralanmaları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlar

2.1.1. Kaza/Yaralanma

Kaza/ yaralanma, bireyin istemi dışında, ani ortaya çıkan, bedensel, duygusal hasara, insanların, hayvanların ölümüne ya da engelli yaşam sürmelerine, mal kaybına yol açabilen, önlenabilir bir sağlık sorunudur [7]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kazayı ‘insan iradesi dışında ani ortaya çıkan bedensel, ruhsal hasara yol açan beklenmeyen bir olay’ olarak tanımlar. Türk Dil Kurumu’na göre kaza; ‘İstem dışı ya da umulmayan bir olay dolayısıyla bir kimsenin, bir nesnenin ya da bir aracın zarara uğraması’ olarak tanımlanmaktadır. Yaralanma, “insan vücudunun akut olarak enerji ile karşılaşma ya da yaşamsal unsurlardan uzaklaştırılması nedeniyle ortaya çıkan durumdur”

“Kaza” sözcüğü, önceden tahmin edilemeyen, kader sonucu oluşan, beklenmeyen bir olayı, istemsiz yaralanmaları tanımlamak için kullanılmaktadır [10]. Oysaki kazalar belirlenebilen risk etkenleri ile öngörülebilir ve önlenabilir [13, 14]. Kazaların rastgele, şans eseri olup öngörülemeyeceği ya da önlenemeyeceği düşüncesi, kazalardan korunma konusundaki ilk sıradaki ve en büyük engeli oluşturmaktadır.

Kaza ve yaralanma kelimeleri birbirlerinin yerine kullanılabilmektedir [15]. Kaza sözcüğünde ön planda olan kişi iken yaralanmada ise özellikle, oluşan hasar ve hasarın oluşum mekanizması üzerinde durulmaktadır. Yaralanmalar “istemli-kasıtlı (intentional)” ve “istemsiz-kasıtlı olmayan (unintentional)” şeklinde ikiye ayrılmaktadır. İstemsiz yaralanmaların başlıcaları motorlu taşıt kazaları, düşme, zehirlenme, yanık, boğulma, yabancı cisim aspirasyonu ve tıkanma, ateşli silahlar ile yaralanma ve spor kazalarıdır. Çocuk istismarı, öz kıyım (intihar), bireyler arası şiddet ve adam öldürme ise istemli-kasıtlı yaralanmalara örnek olarak verilebilir.

2.2. Epidemiyoloji

2.2.1. Dünyada Kaza/Yaralanmaların Durumu

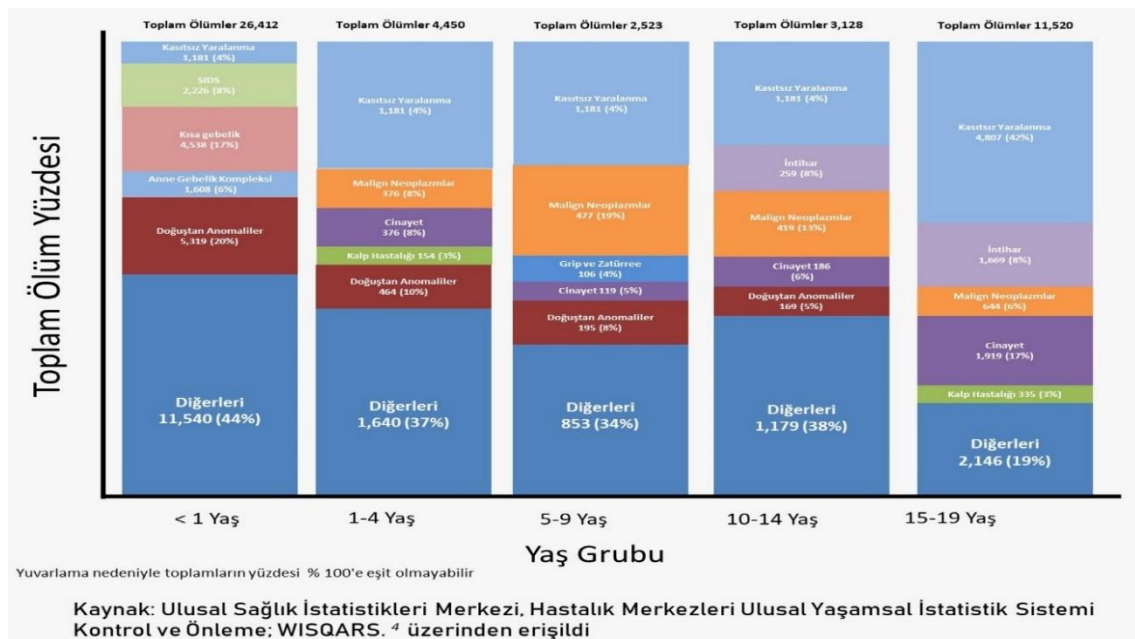
Dünya Sağlık Örgütü ‘DSÖ’ ile UNICEF, 2008 yılında, çocukluk çağı yaralanmalarını konu alan ‘Dünya Raporu’ yayımlamıştır. DSÖ/ UNICEF Birleşik Raporu’na göre dünyada her gün, 2000’den fazla çocuk ve genç, önlenabilir yaralanmalar nedeniyle hayatını

kaybetmektedir. Yaralanmalar, dokuz yaşından büyük çocuklarda ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Bu rapor, kanıta dayalı önleme girişimlerini teşvik ederek çocukların güvenliğini korumak ve çok sektörlü yatırımları sürdürmek için bir uyarı niteliğindedir.

Bir yaşından büyük çocuklar, adolesanlar ve genç yetişkinlerde istemsiz kazalar engelli olma ve ölümün ana nedenini oluşturmaktadır [16, 17]. 2017 yılında, 6 milyondan fazla çocuk ve 19 yaşından küçük genç yetişkinler, bir hastanenin acil servisini ziyaret edecek kadar ciddi şekilde yaralandı. Herhangi bir tıbbi yardım gereksinimi olan yaralanma ile ilgili bir çalışmada, 96.359 Kanadalı çocuk (0 ila 10 yaş arasında) incelenmiş, yaralanmaların tiplerinin yüzeysel yaralanmalar, kontüzyonlar, çoklu kırıklar ve artan kafa içi basınca kadar değişmekte olduğu saptanmış [17].

1-19 yaş arası çocuklarda, istemsiz yaralanmalar önde gelen ölüm nedenlerindendir (Tablo 2.1). Gelişmiş ülkelerde 1-14 yaş grubu çocuk ölümlerinin %40'ı yaralanmalar sonucu meydana gelmektedir [7]. İsveç, İngiltere, İtalya ve Hollanda, 1-14 yaş arası çocuklar arasında en düşük çocuk yaralanma ölüm oranına sahiptir. Buna karşılık, Amerika Birleşik Devletleri ve Portekiz en yüksek oranlardan bazılarını sahiptir [18]. Finlandiya'da 2014 yılında ev ve boş zaman aktivitelerindeki kaza yaralanmalarını önlemek için yayınlanan raporda ise kazaların tüm ölüm nedenleri arasında 4.sırada olduğu ölümlerin %90'dan fazlasının kazalar nedeniyle yaşandığı %70'den fazla da yaralanmaya neden olduğu belirtilmiş [19].

Tablo 2.1. Yaş gruplarına göre çocuk ölümlerinin önde gelen beş nedeni, Amerika Birleşik Devletleri, 2009



Kazalara bağlı ölümler 1-19 yaş grubunda daha siktir ve başlıca nedeni motorlu taşıt kazalarıdır. CDC'den elde edilen verilere göre, 19 yaş ve altı çocuklarda istemsiz yaralanmanın yaşam boyu tıbbi maliyeti (tedavi ve rehabilitasyon) 77 milyon doların üzerindedir [18].

Tablo 2.2. Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuklarda yaralanmalardan kaynaklı ölümler, 2015

TABLO 2.2	Amerika Birleşik Devletleri'nde Yaralanmalardan Kaynaklı Ölümler, 2015 *[N(100.000 Oran Başına)]					
LÜM SEBEBİ	<1 yıl	1-4 yıl	5-9 yıl	10-14 yıl	15-19 yıl	0-19 yıl
TÜM NEDENLER	23,161 (583.4)	4045 (25.3)	2490 (12.2)	3013 (14.6)	10,812 (51.2)	43,521 (53.0)
TÜM YARALANIMLAR	1616 (40.70)	1660 (10.40)	960 (4.70)	1468 (7.12)	8148 (39.03)	13,952 (16.99)
Tüm Kasıtsız	1219 (30.70)	1261 (7.90)	787 (3.85)	847 (4.11)	4152 (19.65)	8266 (10.07)
Motorlu Taşıt Yolcuları	26 (0.65)	80 (0.50)	111 (0.54)	144 (0.70)	748 (3.54)	1109 (1.35)
Yaya	12 (0.30)	175 (1.10)	98 (0.48)	117 (0.57)	329 (1.56)	731 (0.89)
Suda Boğulma	38 (0.96)	425 (2.66)	147 (0.72)	103 (0.50)	253 (1.20)	966 (1.18)
Ateş ve Yanık	13 (0.33)	107 (0.67)	78 (0.38)	52 (0.25)	35 (0.17)	285 (0.35)
Zehirlenme	9 (0.23)	34 (0.21)	13 (0.06)	28 (0.14)	771 (3.65)	855 (1.04)
Bisiklet	0 (0.00)	6 (0.04)	15 (0.07)	38 (0.18)	45 (0.21)	104 (0.13)
Silah	1 (0.03)	34 (0.21)	16 (0.08)	23 (0.11)	53 (0.25)	127 (0.15)
Düşme	7 (0.16)	19 (0.12)	5 (0.02)	14 (0.07)	66 (0.31)	111 (0.14)
Boğulma	1023 (25.77)	118 (0.74)	35 (0.17)	39 (0.19)	43 (0.20)	1258 (1.53)
Tüm Kasıtlı	276 (6.95)	339 (2.12)	146 (0.71)	585 (2.84)	3959 (18.74)	5305 (6.46)
İntihar	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (0.03)	436 (2.11)	2117 (10.02)	2560 (3.12)
Silah ile İntihar	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	160 (0.78)	942 (4.46)	1102 (1.34)
Cinayet	276 (6.95)	339 (2.12)	139 (0.68)	147 (0.71)	1816 (8.59)	2717 (3.13)
Silah ile Cinayet	11 (0.28)	64 (0.40)	68 (0.33)	95 (0.46)	1611 (7.62)	1849 (2.25)
Belirsiz	121 (3.05)	60 (0.38)	27 (0.13)	36 (0.17)	137 (0.65)	381 (0.46)

*Yaralanma verisi CDC'den alınmıştır. WISQARS (Web Tabanlı Yaralanma İstatistikleri Sorgulama ve Raporlama Sistemi) <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>

2.2.2. Türkiye'de Kaza/Yaralanmaların Durumu

Düşme, trafik kazaları, yanıklar ilk üç sırada görülen yaralanma nedenleridir. Erkeklerde ve beş yaşından büyüklerde trafik kazaları en siktir. Kız çocuklarda yaralanma en çok düşme sonucunda oluşmakta, bunu yanıklar ve trafik kazaları izlemektedir. Düşme ve yanıklar en sık 13-60 aylar arasındadır; trafik kazasına uğrayan çocukların çoğu 60 aydan büyüktür. Ülkemizde 15-24 yaş grubu ölüm nedenleri arasında istemsiz yaralanmalar- trafik kazaları- ilk, bireylerarası şiddete bağlı ölüm ikinci, özkiyım üçüncü sıradadır. Bu veriler gelişmiş ülkelerdekilere benzerdir [4].

2018 yılında yayınlanan TÜİK verilerine göre Türkiye'de 0-14 yaş grubunda 166.604 ölüm gerçekleşmiş olup bunlardan %8,6 'sı dışsal yaralanmalar ve zehirlenmelere bağlı olduğu belirtilmiştir. TÜİK verilerine göre 2018 yılında 0-14 yaş aralığında 19639 ölümün 1357'si dışsal yaralanmalar ve zehirlenmeler nedeniyle oluşmuştur [20].

Çocukluk yaş grubu açısından bakıldığında en sık yaralanma 2 ile 5 yaş arasında görülmektedir. 60 aydan büyük çocuklarda trafik kazaları daha sık görülmekte iken düşme ve yanıklar 13-60 ay aralığında daha sık görülmektedir [20].

Türkiye’de ev kazalarıyla ilgili net veriler olmamakla birlikte yapılan bazı araştırmalarda, tüm kazaların %18-25’ini ev kazaları oluşturmaktadır [21]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada 0-6 yaş grubundaki çocukların %52,4’ünün 1 yılda en az 1 kez ev kazası yaşadığı belirtilmiştir [22].

Kurt ve Aşırdizer’in 2017 yılında yayınladığı, Van ilinde yaptığı 5 yıllık zaman dilimi içerisinde 5 yaş altındaki çocukların, kazalara bağlı olarak meydana gelen 151 ölüm vakalarında otopside saptanan bulgular değerlendirilmiş olup kazaların %29,8’inin (n=45) ev içi kazalar, büyük çoğunluğunun ise ev dışı kazalar (%70,2; n=106) sonucu meydana geldiği tespit edilmiş [23]. Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada, çocuk acil servisine yapılan başvuruların %0,66 ev kazası nedeniyle olduğu saptanmış [23].

2.2.3. Çocukluk Çağı Kaza/Yaralanmalarında Risk Etkenleri

Çocukluk çağı yaralanmalarını etkileyen kaza risklerinin başlıca belirleyicisi bakım veren kişinin başta annelerin kazalardan korunma ile ilgili tutumlarıdır.

Ülkemizdeki çalışmalar ailelerin kazalardan korunma bilgisi yetersiz, çocukların kaza geçirme riski yüksek bulunmuştur. Yaralanma riski kırsal ve yarı kentsel alanlarda, eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu geniş ailelerde artmaktadır. Anne baba yaşının küçük olması, ilk çocuk olmak, diğer risklerdir.

Çocukların daha çok kaza/yaralanmaya maruz kalmaları yaşları, bilişsel ve davranışsal gelişim düzeyleri ile ilişkilidir.

- Bebekler anneye ya da bakım verene bağımlı olduklarından düşme, yabancı cisim aspirasyonu ya da boğulma, yanık görülme oranı artmıştır.

- Küçük çocuklar çevreye karşı ilgilerinin arttığı dönemde hareketlenmeye de başladıkları için düşme, yanık ve zehirlenme, suda boğulma açısından riskli hale gelmektedirler.

- Okul çağında hareket becerileri belirgin olarak artar; ancak, tehlikeyi tanıyamazlar, karar verme yetileri gelişmemiştir. Bu nedenle motorlu taşıt ve bisiklet kazalarına, yaya kazalarına, spor kazalarına rastlanır.

- Ergenlik döneminde ise bağımsızlık duygusu ön plandadır düşünmeden hareket ederler, arkadaş çevresinden etkilenirler. Bu dönemde ise motorlu taşıt kazaları, spor kazaları ve özkıyım girişimlerinde artış saptanır.

Her dönemde çocuk istismarı mutlaka akılda tutulmalıdır.

2.2.3.1. Çocukluk Çağı Kazalarında Bireysel Özellikler

2.2.3.1.1. Çocuğun Yaşı

Çocuğun yaşı ile yaralanma riski ve çeşidi arasında bir ilişki mevcuttur. Çocukların psikomotor gelişimi yaşa göre değişimler gösterdikçe geçirdikleri yaralanma çeşitleri de değişim göstermektedir.

0-12 ay dönemi motor gelişimin en hızlı olduğu dönemlerden biridir. Bebekler bu dönemde dönme, oturma, emekleme, yürüme ve tırmanma yeteneği kazanırlar, ancak sözlü iletişim yeteneklerini kazanamazlar. Bu özellikler süt çocuklarını pek çok yaralanmaya karşı riskli yapar.

Bu yaş grubunda en sık görülen yaralanma türü düşmedir. Süt çocukluğu döneminde boğulma, motorlu taşıt kazaları, boğulma ve yanıklardan kaynaklanan ölümcül yaralanmalara maruz kalma olasılığı daha yüksektir. Hong ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada istemsiz yaralanma ölüm oranı 1 yaşından küçük çocuklarda en yüksek ve en sık boğulmalara bağlı saptanmış [24].

Yeni yürümeye başlayan çocuklar ve okul öncesi çocuklarda ise bağımsızlık duygusunu meraklılık ön plana çıkar, çevreye duyulan ilgi belirginleşmiştir. Çevreye karşı olan belirgin ilgi ve hareketliliğin artması yaralanma riskini artırır. Bu dönemde motorlu taşıt çarpışmaları (hem yolcu hem de yaya), boğulma, yangın ve yanıklar, düşme ve zehirlenmelerden ölme olasılığı daha yüksektir.

Okul çağındaki çocuklar ise fiziksel ve zihinsel alanlarda hızlı gelişim göstermekle birlikte çevredeki tehlikelerinin farkına varamamaları nedeni ile daha çok yaralanmaktadır. Bu dönemde ise bazı motorlu taşıt yolcu yaralanmaları, yaya yaralanmaları, bisiklet yaralanmaları, boğulma ve kasıtsız ateşli silah yaralanmalarına maruz kalma olasılığı daha yüksektir.

Ergenlik dönemi ise gelişimin tamamlanması ve dürtülerin kontrolündeki zayıflık nedeni ile özellikle motorlu taşıt yaralanmalarında artışa neden olur. Arkadaş çevrelerinden fazlaca etkilendikleri kendilerini kanıtlama istekleri düşünmeden hareket etmelerine neden

olur. Çocukluk ve ergenlik döneminde yaş arttıkça öz kırım girişiminin sıklığı artmaktadır. Bu nedenle araştırmacılar ergenliğin başlı başına öz kırıma eğilim yaratan dönem olduğunu belirtmişlerdir [25].

Ergenlerin motorlu taşıt yaralanmaları, zehirlenmeler, boğulmalar, ateşli silah yaralanmaları, düşmeler, yanıklar ve kasıtlı yaralanmalara maruz kalma olasılığı daha yüksektir [17, 26].

2.2.3.1.2. Çocuğun Cinsiyeti

Yaralanmalarda cinsiyet ayrımı açısından bakıldığında erkek çocukların daha fazla yaralandığını ve yaşla artmakla birlikte bu oranın arttığını görmekteyiz.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 15 yaşın altında erkekler, kızlara oranla %24 oranında daha fazla ölümcül yaralanmalarla karşılaşır.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin 2008 yılında yayınladığı çocukluk çağı yaralanma raporuna göre erkekler için ölüm oranı, kızların ölüm oranının neredeyse iki katı ve erkekler tüm çocukluk yaş gruplarındaki kızlara göre daha yüksek yaralanmalara bağlı ölüm oranına sahip bulunmuş. 1 ila 19 yaş arası çocuklar için ölümcül olmayan yaralanma oranları erkekler arasında kadınlara göre daha yüksek, 1 yıldan küçük olanlar için yaklaşık olarak aynı saptanmış [27].

Çocuklar arasında evde oluşan yangınlarda ise kız çocuklarında ölüm oranının daha yüksek olduğu saptanmış [28].

2.2.3.1.3. Anne-Babanın Eğitim Düzeyi

Ailenin eğitim seviyesi, daha önceki bazı çalışmalarda da gösterilmiş olup ailenin yaralanmaları tanıma kapasitesi ile doğru orantılıdır [27]. İnce ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ebeveynlerin eğitim durumu ebeveynlerin yaralanmaları önleme tedbirlerine uyması ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuş [29]. İlkokul düzeyinde eğitim almış anneleri olan çocukların üniversite mezunu anneleri olan çocuklara göre 1.5 kat daha fazla yaralanma riski taşıdığı tespit edilmiştir [30]. Başka bir çalışmada ebeveyn eğitiminin (12 yıl veya daha az eğitim) ve ailedeki kişi sayısının (bekar anne), çocukluk çağında kasıtsız yaralanma mortalitesi ile ilişkili bulunmuştur [31]. Diğer bir araştırmada anne eğitim düzeyi ile genç kızlarda kasıtsız çocukluk yaralanmaları için bir risk faktörü olduğu tespit edilmiş [32].

Erkal ve Şafak tarafından Tuzlu Çayır Sağlık Ocağı bölgesinde yapılan araştırmada annenin eğitimi durumu ilkokul ve altında ise ev kazası görülme oranı %55.1 olup annelerin eğitim seviyeleri yükseldikçe ev kazası görülme oranları gerilemiştir [33] .

2.2.3.1.4. Sosyoekonomik Durum

Sosyoekonomik farklılıklar ile çocuklarda istemsiz yaralanmalar arasındaki ilişki birçok farklı çalışmada gösterilmiştir. Kanada'da 0-19 yaş arası çocuklarda yaralanma morbiditesi üzerine yapılan araştırmalar yoksulluk ve yaralanma arasında tutarlı bir ilişki bulmuştur [34]. Avustralya'da yapılan bir başka çalışmada, en dezavantajlı gruba mensup 0-14 yaş arası çocukların en az dezavantajlı gruptaki çocuklardan hastaneye yatma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur [35]. İngiltere'de yapılan bir araştırmada, en yoksun bölgelerden 16 yaşın altındaki çocukların, en az yoksun bölgelerdeki çocuklara kıyasla, çeşitli trafik kazaları nedeniyle hastaneye yatış riskinin üç ila beş kat daha fazla olduğu bulunmuştur [36].

Hiç çalışmamış veya uzun süreli işsiz kalmış ebeveynlerin çocuklarındaki ölüm oranı en yüksek sosyal gruptaki çocuklara göre oranı 13 kat daha fazla saptanmış [33].

2.2.3.1.5. Ailelerin Risk Algıları ve Çocuklarını Gözetimleri

Kasıtsız yaralanmaları önlemek için gösterilen çabaların çoğu çevre güvenliğinin iyileştirilmesi konusundadır. Kasıtsız yaralanmaları önlemek için çevre düzenlemelerinin bakım verenler tarafından uygun şekilde yapılması gerekir. Böylece ebeveynlerin güvenliği uygulama kapasitelerinin geliştirilmesi önemlidir.

Yapılan araştırmalarda, gelişimsel açıdan hassas ebeveynlik uygulamalarının (örneğin, iddialı disiplin, gerçekçi beklentiler belirleme ve güvenli bir ortam) çocuğun gelişiminde olumlu katkı sağlayacağı gösterilmiş [37, 38]. Daha az hassas olan ebeveynler genellikle olumsuz deneyimlerle baş etme becerilerinden yoksundur [39].

Yetersiz denetimin, çocukluk çağı yaralanmalarını anlamada önemli bir etken olabileceğine dair görüşler ortaya çıkmıştır. Gerçekten, Alaska ve Louisiana'da 0-6 yaş arası çocuklar arasında yaralanma ve ölümlerin özelliklerini inceleyen bir çalışma, yetersiz denetimin ölümlere yol açan, özellikle ölümlerin %43'ünü oluşturan, ölümle sonuçlanan en yaygın önlenabilir etken olduğu sonucuna varmıştır [40]. Ülkemizde yapılan, ankete dayalı az sayıda davranışsal çalışmada ve Framingham Güvenlik Araştırması Yöntemi ile anne-babaların risk algıları yetersiz, çocukların kaza/yaralanma riskleri yüksek bulunmuştur.

Okul öncesi dönem çocuklarını etkileyen kaza risklerinin başlıca belirleyicisi çocuk bakımından sorumlu bireylerin, özellikle annelerin kazalardan korunma bilincidir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, ailelerin riskli kabul ettikleri bazı oyunların çocukların fiziksel ve psikolojik gelişimlerine katkısının yüksek olduğu, ancak, aileler bunun farkında olsalar da çocuklarına bu oyunlar için izin vermedikleri görülmüştür [41]. Ailelerin, çocukların gelişimleri için riskli oyunları da oynamaları gerektiğinin bilincinde olmaları ile birlikte zarar görecekları ile ilişkili korkuları onları karar verme aşamasında zor durumda bırakmaktadır.

İhmalden kaynaklanan yaralanmalar genelde kasıtsız ve bakım veren kişinin gözetimindeki eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Ancak, istemsiz yaralanma ile denetleyici ihmali arasındaki ilişki iyi tanımlanmamıştır. Denetleyici ihmali, çocukları travmatik yaralanma riski altına sokabilir. Yeterli denetimin olmaması veya bir çocuğun gözetimsiz bırakılması diğer risk faktörleriyle (ör. yetersiz konut, güvenli olmayan fiziksel koşullar, bakıcının travma öyküsü, aile kompozisyonu, ekonomik zorluk, madde bağımlılığı ve bakıcının polisle ilgisi, yasal sistem) etkileşime girebilir ve ciddi yaralanmalara veya ölümlere neden olabilir [42-44].

Yapılan bir çalışmada tek bir kurumda tesadüfi olmayan travmadan şüphe edilen bir grup hastada yaralanmanın beş ana denetim ihmal nedeni olarak;

- 1) bakım verenin aralıklı denetimi;
- 2) yetersiz veli bakımı;
- 3) çocuk ekipmanlarında güvenlik gereksinimlerine uymama (örn. çocuk koltuğu);
- 4) çocuğu güvenli bir çevreye sahip yapmada yetersiz uyum;
- 5) bir çocuğun kaba kullanımı olarak saptanmış [45].

Bu nedenle Kanadalı araştırmacılar Morrongiello ve Corbett, anne-babaların küçük çocukların gözlem ve korunma gereksinimleri ile ilgili anne-baba davranışını sorgulayan bir anket geliştirmişlerdir. Önceki testler ile PSAPQ karşılaştırıldığında gerçeği denetleme indeksleri ve çocukların yaralanma öykülerinin puanları ile uyumlu bulunmuştur. PSAPQ'nun mevcut değerlendirmesi ile, güvenilirliği (test-tekrar test güvenilirliği, iç tutarlılık) ortaya çıkmış ve dört etkenin (koruyuculuk, gözetim gereksinimleri, risk toleransı, çocuklarının sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı) geçerliliği ortaya konmuştur. Bu nedenle, PSAPQ'nın güçlü psikometrik özelliklere sahip olduğu kanıtlanmıştır; bu da onu denetleme ile küçük çocukların istemsiz yaralanma riskleri arasındaki bağlantıları incelemek isteyen araştırmacılar için benzersiz ve yararlı bir ölçüm haline getirmiştir.

2.2.3.1.6. PSAPQ, (Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire)

Kazalar/ yaralanmalar, sık görülen ve erken ölümlere ve engelliliğe yol açabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çocukluk çağındaki ölümlerin en sık nedeni dışsal yaralanmalardır. Çocuk yaralanmalarının çoğu onları gözetleyen birinin bakımı sırasında meydana gelmektedir. Türkiye’de anne-babaların gözetimsel davranışlarını ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir bir araç bulunmamaktadır. Kanadalı araştırmacılar Morrongiello ve Corbett, küçük çocukların gözlem ve korunma gereksinimleri ile ilgili anne-baba davranışını sorgulayan bir anket geliştirmişlerdi. Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire (PSAPQ)'nın mevcut değerlendirmesi ile güvenilirliği (test-tekrar test güvenilirliği, iç tutarlılık) ortaya çıkmış ve dört etkenin (koruyuculuk, gözetim gereksinimleri, risk toleransı, çocuklarının sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı) geçerliliği ortaya konmuştur. PSAPQ'nın güçlü psikometrik özelliklere sahip olduğu kanıtlanmıştır; bu da onu denetleme ile küçük çocukların istemsiz yaralanma riskleri arasındaki bağlantıları incelemek isteyen araştırmacılar için benzersiz ve yararlı bir ölçüm haline getirmiştir. Bu nedenle Pamukkale Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ahmet Ergin ve ekibi tarafından, ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması için bir çalışma yapıldı. Bu çalışma sonucunda Anne-babaların gözetimsel davranış profili ölçeği (ABGDPÖ) geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak bulunmuştur.

2.2.3.2. Çocukluk Çağı Kazalarında Çevresel Özellikler

Kazalarla ilgili yapılan çalışmalarda yaralanmaların ilkbahar ve yaz aylarında artış gösterdiği saptanmış [15]. Kurt ve Aşırdizer’in 2017 yılında yayınladığı çalışmada kazalara bağlı 5 yaş altı çocuk ölüm olgularının mevsimlere göre dağılımı incelendiğinde, en fazla ölümün yaz aylarında (%47,7) yoğunlaştığı, bunu ilkbahar (%26,5) ve sonbahar (%21,2) mevsimindeki ölümlerin izlediği, en az ölümün ise kış aylarında meydana geldiği (%4,6) tespit edildi.

Ev ortamının güvenliği, çocuk yaralanmaların meydana gelmesiyle yakından ilişkilidir ve konutlarda güvenlik önlemlerinin alınması, çocuklarda yaralanmaların meydana gelmesi ile ilgilidir [32].

Çocuklarda kasıtsız yaralanmaların tek başına meydana gelmediği açıktır, çocukların ve ailelerinin yaptıkları seçimler; çevrelerinin kalitesi ve tasarımı; toplumları tarafından benimsenen ve uygulanan kurallar; kullandıkları ürünler bu yaralanmalarda etkindir [46].

Yapılan bir çalışmada, günümüzde artan trafik hacmi ile yayaların yaralanma riskindeki artış arasında güçlü bir ilişki gösterilmiştir [47].

Çocukluk çağı yaralanma riski, çocuğun yakın çevresi (ör. ev) daha geniş ortamdaki faktörlere göre (örneğin, mahalle) daha fazla yaralanma riski ile ilişkilendirilmiştir [48].

Morrongiello ve arkadaşları tarafından yapılan annelerin çocuklarda yaralanmayı önlemek için ev güvenliği uygulamalarının belirleyicilerini araştıran bir çalışmada; erkek çocuklar genellikle oyun odası şeklinde tasarlanmış yerlerde, kız çocuklar ise daha çok evin oyun oynamak için kullanılan alanlardan farklı yerlerde kaza geçirmişlerdir [49]. Çalışkan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kaza geçiren çocukların çoğunluğunun kazayı salonda geçirdiği bulunmuştur [50].

2.3. Kaza/Yaralanma Çeşitleri

2.3.1. Düşmeler

Çocuklar arasında bir acil servise en önemli başvuru nedeni düşmelerdir. Her yıl yaklaşık 47.000 çocuk ve genç düşmekten ölmektedir, bu yaklaşık günde 129 çocuk ölümüne denk gelmektedir. Ama bu buzdağının sadece görünen kısmı olup her düşme için yaklaşık okula gidemeyen ya da çalışamayan 690 çocuk vardır. Acil servise başvurularının ve uzun vadede sakatlığın en önde gelen nedeni ise ölümcül olmayan düşmelerdir [51].

Bebekler ve yeni yürümeye başlayan çocuklar hareketlilikleri hızlı artar, sık sık hareketlenir ve düşerler. Merdivenlere erişimleri varsa, düşmeler ölümcül olabilir. Bilişsel olarak, bebekler ve küçük çocuklar henüz birçok yönü takip edemez ve bu yüzden bakıcılar yaralanmalardan kaçınmak için sadece sözlü komutlara veya talimatlara güvenemezler. İlerleyen yaşlarda beceri olarak bağımsızlık artışı, tehlikelere maruz kalma ve düşme riskini artırır.

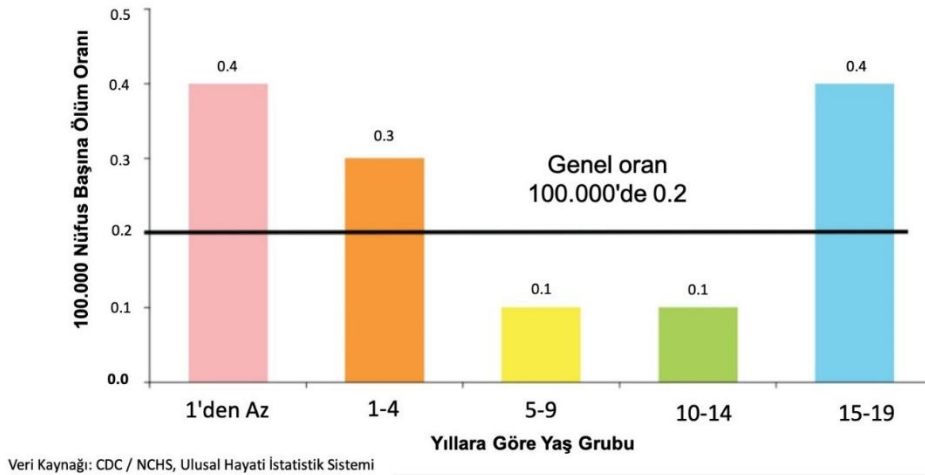
Ülkemizde yapılan çalışmalarda düşmenin en sık kaza/yaralanma tipi olduğu saptanmış [3, 21, 52]. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD)'de yılda 2.9 milyon çocuk düşme nedeniyle oluşan yaralanmalara bağlı acil servislere başvurmakta ve bakıldığında bu çocukların yaşlarının beş yaşından küçük olduğu tespit edilmiştir [53].

Yapılan çalışmalarda düşmenin büyük çoğunlukla ev ortamında gerçekleştiği saptanmıştır. Süt çocukluğu döneminde yatak, beşik, ana kucağı, yürüteç ve merdivenlerden düşme, daha büyük çocuklarda düşme salıncak, kaydırak gibi park alanlarında, çatı ve balkonlardan olur. Güvenlik önlemleri alınmamış çatılardan uyuma ya da oyun nedeniyle

bulundukları sırada çocuklarda düşme sonucu yaralanma ülkemizde halen sık görülmektedir [54].

Düşmelerde alınacak güvenlik önlemleri, yetişkinlerin tutumu ve bu konuda bilgilendirilmeleri büyük önem arz etmektedir.

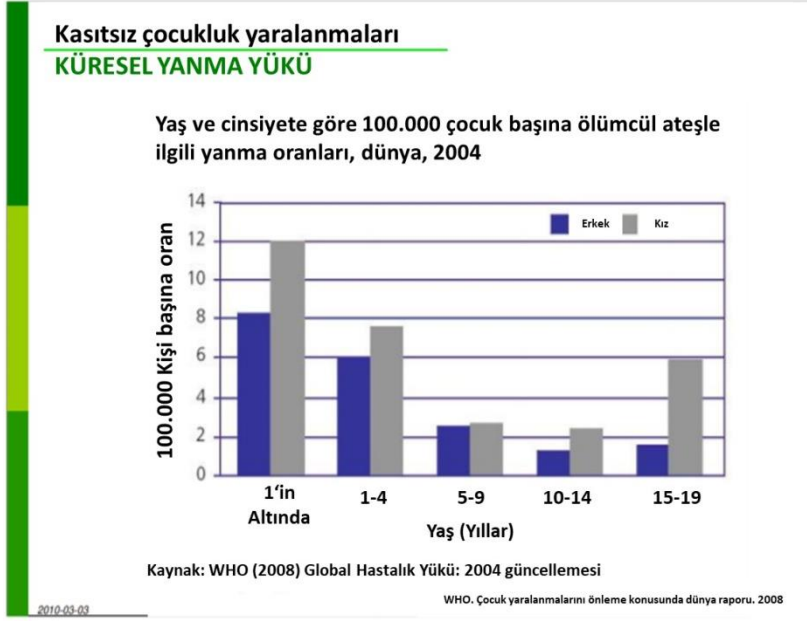
Tablo 2.3. Yaş gruplarına göre 0-19 yaş arasındaki çocuklarda düşme nedeniyle istenmeyen ölüm oranları, Amerika Birleşik Devletleri 2000-2005



2.3.2. Yanıklar

Uluslararası Yanık Yaralanmaları Derneği'ne göre, farklı katmanların bazıları veya derideki hücrelerin tümü sıcak bir sıvı (haşlanma), sıcak bir katı (temas yanıkları) veya bir alev (alev yanıkları) tarafından yok edilirse yanık oluşur. Ultraviyole radyasyon, radyoaktivite, elektrik veya kimyasalların yanı sıra dumanın solunmasından kaynaklanan hasar da yanık olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.4. Küresel yanık yükü



Yanığın şiddetini belirlemede yanığın genişliği, yanığın derinliği ve yanan vücut bölgesi değerlendirilir.

2.3.2.1. Yanığın Derinliği

Yanıklar, pratik uygulamada yüzeysel ve derin dermal yanıklar olarak ayrılır.

Yüzeysel yanıklarda dermis kaybı yoktur veya çok azdır. Birinci derece ve yüzeysel ikinci derece olan bu yanıklar sıklıkla 3 hafta içinde sekelsiz olarak iyileşirler. Derin dermal yanıklarda dermis kısmen veya tamamen etkilenmiştir. Dermis hasarı ve derin dokuların tutulumuna göre derin ikinci derece, üçüncü ve dördüncü derece yanıklar olarak sınıflanır. Bunlar sıklıkla 3 haftadan uzun sürede iyileşecek yanıklardır ve yine sıklıkla cerrahi girişim gerektirirler.

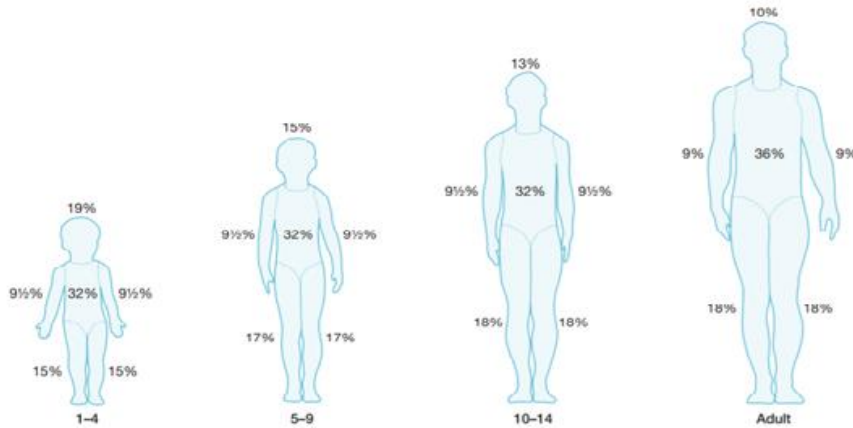
Tablo 2.5. Yanık yaralarının genel özellikleri

TABLO. Yanık Yaralarının Genel Özellikleri		
YANIK TÜRÜ	FİZİKSEL ÖZELLİKLER	KONU MALZEMELERİ
❖ Birinci derece	❖ Kırmızı ❖ Kuru ❖ Epidermal soyulma ve kabarcık yok ❖ Basınç uygulandığında beyazlaşma ❖ Duyu korunmuş	❖ Ağrılı
❖ İkinci derece (kısmi kalınlıkta)	❖ Epidermal lekelenme veya kabarcıklar ❖ Pembe - soluk pembe ❖ Nemli ❖ Duyu korunmuş ❖ Basıncı beyazlar	❖ Ağrılı
❖ Üçüncü derece (tam kalınlıkta)	❖ Beyaz / benekli / kömürleşmiş ❖ Kuru ❖ Sert ve kösele gibi ❖ Duyusuz ❖ Beyazlaşma yok	❖ Nispeten ağrısız

2.3.2.2. Yanığın Genişliği

Yanık nedeni ile etkilenen vücut alanını hesaplamak için en sık kullanılan yöntem “Dokuzlar Kuralı” dır. Baş-boyun bölgesi %9, her bir kol ve el %9, her bir bacak ve ayak %18, gövde %18, karın %18, sırt %18 olarak kabul edilir. Bu kural erişkinler ve 10 yaşından büyük çocuklar için kullanılır. Daha küçük çocuklar için Lund ve Browder tablosu kullanılır (Tablo 2.7).

Tablo 2.6. Dokuzlar kuralı



Tablo 2.7. Lund-Browder yöntemine göre pediatrik yaş grubundaki yanık yüzey alanı oranları (%)

Bölge	0-1 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15 yaş
Baş	19	17	13	11	9
Boyun	2	2	2	2	2
Gövde ön	13	13	13	13	13
Gövde arka	13	13	13	13	13
Sağ kalça	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Sol kalça	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Genital	1	1	1	1	1
Sağ kol	4	4	4	4	4
Sol kol	4	4	4	4	4
Sağ ön kol	3	3	3	3	3
Sol ön kol	3	3	3	3	3
Sağ el	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Sol el	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Sağ uyluk	5.5	6.5	8	8.5	9
Sol uyluk	5.5	6.5	8	8.5	9
Sağ bacak	5	5	5.5	6	6.5
Sol bacak	5	5	5.5	6	6.5
Sağ ayak	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
Sol ayak	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5

Her yıl yaklaşık 96,000 çocuk yanıklar sebebiyle ölmektedir. Yanıklara bağlı ölümler, kaza sonucu ölümler arasında üçüncü sıklıkta görülmektedir. Yanıklar beş yaş altı çocuklarda kaza sonucu ölümlerin %20'sini oluşturmaktadır.

Çeşitli yaş gruplarındaki yanık insidansı bimodal bir dağılıma sahiptir, 0-4 yaş arası çocuklarla yanık kazalarının yaklaşık yarısını oluşturur ve ergen yaş grubunda aktivite ve işle ilgili yaralanmalar nedeniyle sayıda tekrar artış saptanır [55]. Sıcak sıvılardan kaynaklanan haşlanmalar, yaşamın ilk üç yılında alevden kaynaklananlara göre beş kat daha sık görülmekte ve en yaygın olanıdır [56]. Haşlanmalar yine hastaneye yatışların %25'inden sorumludur. Gelişmiş ülkelerde, haşlanmalar ve temas yanıkları en yaygın mekanizmalar iken, gelişmekte olan ülkelerde pişirme nedeni ile oluşan yangınlar nedeni ile oluşan yanıklar ön plana çıkmaktadır [57].

Çocuk istismarı vakaları, çocukların doğası gereği ve yanıkların önemli bir tezahürüdür [58]. Bu yaralanmalar, tüm istismar vakalarının yaklaşık %6-20'sini oluşturur ve ciddi yanıklar, fiziksel istismara maruz kalan tüm çocukların yaklaşık %10'unda rapor edilir [59].

2.3.2.3. Yanık Çeşitleri

2.3.2.3.1. Sıcak Yüzeylerle Temas Sonucu Oluşan Yanık

6 yaşından küçük çocuklar daha büyük çocuklara ve yetişkinlere göre daha ince bir cilde sahiptir ve bu nedenle maruz kalma süresi kısa olsa bile yanık sonucu yaralanma riski daha yüksektir. Daha önce tartışıldığı gibi, haşlanmalar çocuklukta en sık görülen termal yaralanmadır (%80) ve bir çocuğun bir yetişkine kıyasla bir haşlanma sürmesinin sadece dörtte biri sürede olduğu tahmin edilmektedir [58].

Tablo 2.8. Ciddi yanık oluşumu için gereken zaman ve su sıcaklığı

ÇOCUKLARIN CİLDİ DAHA SAVUNMASIZ		
	Ciddi yanık oluşumu için gereken zaman	
Su Sıcaklığı	YETİŞKİN	ÇOCUK
120°F (49°C)	> 5 dakika	Yaklaşık 3 dakika
125°F (52°C)	1,5 - 2 dakika	Yaklaşık 45-60 saniye
130°F (54°C)	Yaklaşık 30 saniye	Yaklaşık 15 saniye
135°F (57°C)	Yaklaşık 10 saniye	Yaklaşık 5 saniye
140°F (60°C)	> 5 saniye	Yaklaşık 2,5 saniye

Su sıcaklığını düşürerek yanık yanma riskini en aza indirirsiniz ... ama ortadan kaldırmazsınız!

2.3.2.3.2. Kimyasal Yanık

Evdeki ürünlerinin merak nedeniyle tadılması, çocuk popülasyonunda yaygın bir durumdur, ancak kimyasal yanıklar sadece %1'lik bir morbidite ve mortaliteye sahiptir. 25.000'den fazla farklı kimyasal, doğası büyük ölçüde asit veya alkali olarak sınıflandırılabilir yaralanmalara neden olabilir.

Asit yanıklarında koagülasyon nekrozu görülür. Yaygın asidik ev maddeleri arasında drenaj temizleyicileri (sülfürik ve hidroklorik asit) ve araba aküleri (sülfürik asit) bulunur. Artan asitlikteki veya daha büyük miktarda ürünlerin yutulması, mide yaralanmalarına ve pilor stenozuna yol açacaktır. Buna karşılık, alkali ürünler, daha derin penetrasyonu kolaylaştıran ve daha belirgin bir yanmaya neden olan likefaksiyon nekrozuna neden olur. Sık karşılaşılan ürünler, kül suyu (sodyum hidroksit) ve fırın ve drenaj temizleyicileridir (sodyum

ve potasyum hidroksit). Yine, perforasyon olasılığının artması ve daha yaygın olarak özofagus darlıkları ile önemli gastrointestinal hasar görülmesi mümkündür [60].

2.3.2.3.3. Elektrik Yanığı

Çocuklarda elektrik yanığı yaralanmasının en yaygın etiyolojisi yetişkinlerden farklıdır ve genellikle evde oluşur, bir çalışmada büyük yanık merkezlerine yapılan tüm başvuruların %3-9'unu oluşturduğu tespit edilmiştir [61].

Elektrik yanığı yaralanması, özellikle küçük çocuklar tarafından elektrik kablolarının ısırılabilceği ev ile ilişkili düşük voltaj (1000V'den az) ve yüksek voltaj (1000V'dan fazla) olmak üzere iki gruptan birinde sınıflandırılır.

Elektrik yaralanmaları diğer yanık türlerinden farklıdır, çünkü büyük hasarlar gizlenebilir ve görünür nekroz alanları tahrip edilen dokunun sadece küçük bir kısmını temsil eder[61].

Neyse ki küçük çocuklar nadiren yüksek voltajlı elektriğe maruz kalırlar ve genellikle derinliği ve kapsamı sınırlı olan ev akımından kaynaklanan yanıklara maruz kalırlar. Doku hasarı olmayan nöral ve kas uyarımından çoklu doku tiplerini içeren karmaşık derin travmaya kadar çok çeşitli fizyolojik tepkiler üretilebilir. Çocuklar genel olarak daha düşük yağ bileşenine ve eşdeğer hasarlı yetişkinlere kıyasla derin doku hasarı riskini etkileyen farklı yüzey alanı / hacim oranına sahiptir [62].

2.3.2.3.4. İnhalasyon Yanığı

Sıcaklığı yüksek gazların solunması sonucu hava yollarında ve akciğerde oluşan termal ve kimyasal yaralanmadır. İnhalasyon yanığı yaralanması, bazı çalışmacılar tarafından yanık mağdurlarında ölümün tek en önemli belirleyicisi olarak gösterilmektedir ve dokuz yaşından küçük çocuklarda ev yangınlarına maruz kalan çocukların%50'sinde görülür [63].

2.3.3. Boğulma

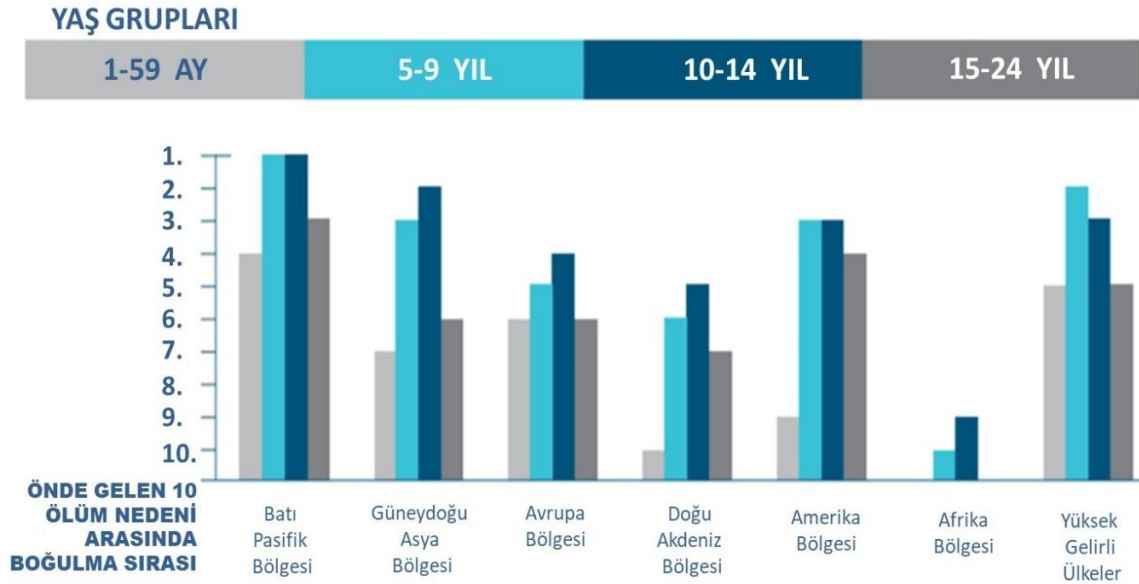
Boğulma, sıvı ya da katı yabancı bir maddenin hava yolunda tam tıkanma oluşturarak solunum yetersizliğine yol açması olarak tanımlanır

Suda boğulma, suya daldırma / sıvıya daldırma nedeniyle solunum bozukluğu yaşama sürecidir. Solunum hasarını, hiperkapni, hipoksemi ve uzun süreli solunum veya kardiyorespiratuar durmaya yol açan nefes tutma ve istemsiz laringospazm izler. Her yıl

372.000 kişi suda boğulma nedeniyle ölmektedir ve bunların %50'si 25 yaş altındadır. Tüm dünyada ilk 24 yaş bandında en sık görülen 10 ölüm nedeninden biridir [64]. Dünyada 0-17 yaş grubu çocuklarda yaralanmalar nedeniyle olan ölümlerin %16,8'i boğulmalara bağlıdır.

Küresel olarak, boğulma halen dünya çapında 1-4 yaş arası çocuklar arasında önde gelen ölüm nedenidir. Küresel boğulmaların %91'i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Türkiye' de son on yıllık verilere göre her yıl ortalama 1000 kişi suda boğulma sonucu ölmektedir.

Tablo 2.9. Bölge ve yaş gruplarına göre önde gelen 10 ölüm nedeni arasında boğulma sırası



2.3.4. Yabancı Cisim Aspirasyonu

Yabancı cisim aspirasyonu çocuğun ağzına koyduğu yahut bir başkası tarafından ağzına verilen yabancı maddenin ya da cismin hava yollarına kaçıp, hava yollarında tıkanma ve hipoksiye neden olarak, obstrüksiyon derecesine göre belirti ve bulgu gösteren bir tablodur [65].

Yabancı cisim aspirasyonu ciddi komplikasyonlara sebep olabilen bir durumdur. Özellikle 1-3 yaş arası çocuklarda yabancı cisim aspirasyonlarının ölümcül kazalar arasında %7 oranında olduğu ifade edilmektedir [66].

ABD'de 15 yaşın altındaki yaklaşık 600 çocuğun yabancı cisim aspirasyonu nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir [67]. Aslında, gıdaları aspire etmek hem çocukları

hem de yetişkinleri tehdit etmektedir ABD'de yılda 2500 ile 3900 arasında ölüme sebep olmaktadır. Aspirasyon ile ilişkili ana semptomlar boğulma, öksürük, stupor, aşırı balgam üretimi, siyanoz veya nefes almada zorluktur. Bu semptomlar aspirasyondan hemen sonra gelişir. Olay zamanında fark edilirse, çocuk açık bronkoskopi için hastaneye kaldırılır. Olay fark edilmezse ve herhangi bir belirleyici klinik veya laboratuvar bulgusu yoksa, hasta bronşit, bronşiyal astımla gibi tedavi edilebilir, pulmonit gibi gecikmiş tanı nedeniyle yaşamı için tehdit eden sonuçlar doğurabilir [68].

Aspire edilen nesnelerin çoğunluğu organik yapıdadır, özellikle gıdalardır. Fıstık, farklı yazarlar tarafından en sık neden olarak gösterilir, ancak bazıları en sık neden olarak kavun ve ayçiçeği tohumlarından işaret eder. Bu çeşitlilik kültürel, bölgesel ve beslenme alışkanlığı farklılıklarıyla açıklanabilir. Aspirasyonun 2 ila 3 yaş arasındaki yüksek insidansı, molar diş gelişiminin olmaması ile ilgilidir. Bu yetersiz bir çiğneme süreciyle sonuçlanır, bu nedenle bu yaş grubuna herhangi bir tür yiyecek tohumu verilmesinden kaçınılmalıdır. Küçük çocukların küçük plastik veya metal nesnelerle oynamalarına izin verilmemesi de önemlidir. Ancak şaşırtıcı bir şekilde, plastik oyuncaklar gelişmekte olan ülkelere gelen serilerde yabancı cisim aspirasyonunun sık görülen bir nedeni değildir [69-71].

2.3.5. Zehirlenmeler

Zehirlenme, bir maddeyi dışardan ağız, solunum, aspirasyon veya enjeksiyon yolu ile alınması sonucu organizmada hasarlanma meydana gelmesidir. Akut veya uzun süreli maruziyete bağlı meydana gelebilir.

Çocukluk çağı zehirlenmesi önlenemez önemli bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl ulusal zehir kontrol merkezlerine (PCC) bildirilen 2 milyondan fazla zehirlenme maruziyetinin yarısından fazlası 6 yaşın altındaki çocuklarda görülür. Binlerce çocuk acil servislerde her yıl öncelikli olarak ev ürünleri, ilaçlar veya pestisit alımları nedeniyle değerlendirilmektedir [1]. Çocukluk çağı zehirlenmelerinin %90'ından fazlası, olayların çoğunu oluşturan istemsiz zehirlenme evde meydana gelir. Sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde, her yıl 1 milyondan fazla 5 yaşından küçük çocuk toksik alım şüphesi nedeniyle değerlendirilmektedir [72]. Çocuk zehirlenmelerinin diğer yaygın nedenleri intihar girişimleri ve haz veren maddelere bağlı zehirlenmelerdir.

6 yaşın altındaki çocuklarda toksik madde alımı ile ilgili daha önce yapılan 1943 çocuğun alındığı bir çalışmada, %30'unun daha önce bir zehir maruziyeti bildirdiği

bulunmuştur [73]. Bu verilerden, zehirlenme maruziyetinden sonra tıbbi değerlendirme için başvuran çocukların yüksek risk altında olan bir grup olduğu tahmin edilebilir

Çocuklarda görülen akut zehirlenmelerde dünyanın farklı ülkeleri ve bölgeleri arasında önemli epidemiyolojik farklılıklar vardır. Pestisitlerin Güney Amerika ve Doğu Akdeniz'de ön planda olduğu, bazı Avrupa bölgelerinde ev ürünlerinde artış, Kuzey Amerika'daki ise intihar girişimi olarak zehirlenmedeki yüksek oran Batı Pasifik bölgelerinde zehir kontrol merkezlerinin az kullanılması dikkat çekmiştir ve önleyici tedbirler alınırken bu bilgiler göz önünde tutulmalıdır [74].

Zehirlenmede klinik gidiş maddeye temas süresi ile orantılıdır, bu sürede alınan maddenin emilimini azaltmak, antidotu varsa etkisini nötralize etmek ve organ hasarını önlemek için koruyucu tedavi yöntemleri kullanılması gerekebilir. Bu nedenle olayın hızlı fark edilmesi ve sağlık kuruluşuna hızlı başvuru ve tedavinin erken başlatılması prognozu belirler.

Çocuk yaş grubunda kaza ile koroziv madde alımı çok sık karşılaştığımız durumdur. Daha büyük yaşlarda intihar amacı alım da görülebilir. Koroziv maddeler ağız, farenks, özefagus midede yanıklara neden olabilir. Yine şiddetli olgularda perforasyon ve buna bağlı cilt altı amfizemi gelişebilir. Fizik muayenede hipersalivasyon ve orofarenks de hiperemi ile de sık karşılaşılmaktadır. Bu durumlarda erken dönemde özefagoskopi ile değerlendirme gereklidir. Alınan maddenin özellikleri araştırılmalıdır ancak günümüzde ambalajsız çok sayıda ev temizlik ürünleri satılmakta ve kullanılmakta olup çocuklarda kaza amaçlı alımı sık görülmektedir. Bu hastalıkların iyileşme sürecinde darlık ve kanser gelişimi yine aklıda tutulmalıdır.

2.3.6. Trafik Kazaları

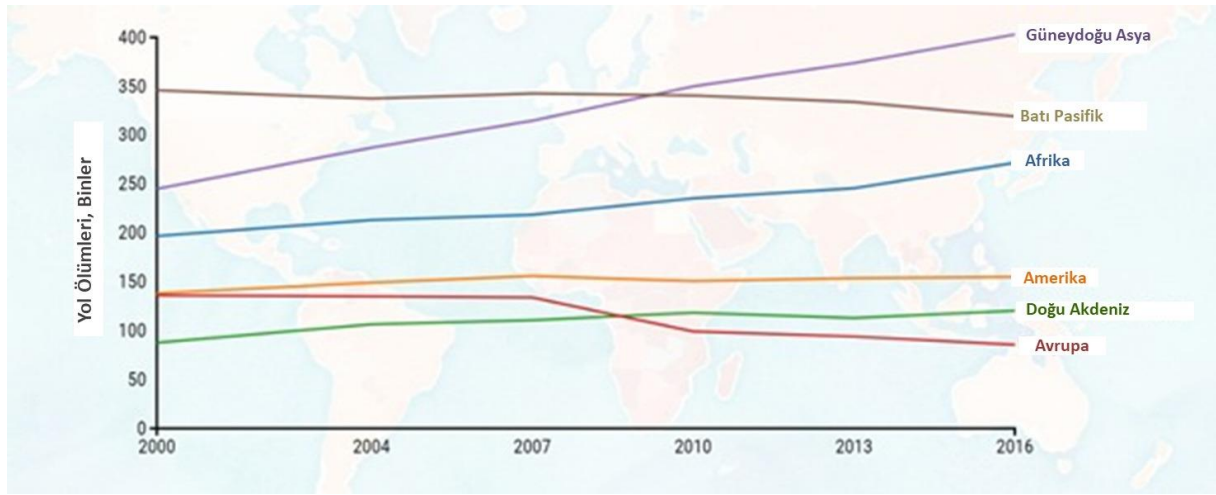
Trafik kazaları çocuklarda önde gelen ölüm ve sakatlık nedeni olmaya devam etmektedir. Kazalara bağlı travmanın gelişmiş ülkelerde çocukluk çağı yaralanmalarının önemli bir nedeni olduğu bildirilmiştir [75]. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 1.5 milyondan fazla çocukluk travması vakası meydana gelmektedir ve bu da her yıl yaklaşık 600.000 hastaneye yatış ve 15.000-20.000 çocuk ölümüyle sonuçlanmaktadır [76].

Trafik kazaları nedeniyle her yıl yaklaşık 1,35 milyon kişi ölmekte ve trafik kazaları çoğu ülkenin ekonomisine ciddi hasar vermektedir. Dünyada yollardaki ölümlerin %93'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelse de bu ülkeler dünyadaki araçların yaklaşık

%60'ına sahip durumdadır. Karayolu trafik kazası ölüm oranları Afrika bölgesinde en yüksektir.

Karayolu trafik yaralanmaları, 5-29 yaş arası çocuklar ve genç yetişkinler için önde gelen ölüm nedenidir. Genç yaşlardan itibaren, erkeklerin trafik kazalarına karışması kadınlardan daha olasıdır. Tüm karayolu trafik ölümlerinin yaklaşık dörtte üçü (%73), 25 yaşın altındaki genç erkekler arasında görülür, bu oran genç kadınların trafik kazasında ölme olasılığından neredeyse 3 kat daha fazladır [77].

Tablo 2.10. Karayolunda yaralanmalar, WHO küresel durum raporu yol güvenliği, 2018



2.3.6.1. Trafik Kazaları İçin Risk Etkenleri

- Aşırı hız
- Alkol ve psikoaktif ilaç etkisi altında araç kullanımı
- Kask, emniyet kemeri ve çocuk koltuklarının kullanılmayışı
- Dikkat dağınık şekilde sürüş (örneğin cep telefonu kullanımı)
- Güvenli olmayan yol alt yapısı
- Güvenli olmayan araçlar
- Kaza sonrası uygunsuz bakım
- Trafik yasaları ile ilgili yetersiz düzenlemeler

2017 yılında DSÖ, Save LIVES'i karayolu trafik ölümlerini ve yaralanmalarını önemli ölçüde azaltabilecek kanıta dayalı önlemleri sentezleyen bir yol güvenliği teknik paketi yayınladı.

Save LIVES: Speed management, Leadership, Infrastructure design and improvement, Vehicle safety standards, Enforcement of traffic laws and post-crash Survival.

Singapur’da yapılan bir çalışmada çocukların ağır trafik kazalarına en çok yaya olarak dahil oldukları yine büyük oranda motosiklet yolcusu olarak kaza geçirdikleri öğrenilmiş [78].

Çocukların motorlu taşıt ile olan seyahatlerinde yaşlarına uygun araba koltuğu ve emniyet kemeri kullanması, 12 yaşına kadar arka koltukta seyahat etmeleri gerekmektedir. ABD’de yapılan bir çalışmada 10 yaşın altında trafik kazası sonucunda ölen çocukların %34’ünün yolculuk sırasında taşıtın ön koltuğunda oturduğu saptanmıştır [79]. Çocuk koltuklarının kullanımı ölümlerde %60 azalmaya neden olmaktadır. 33 ülkede çocuk koltuğu kullanımı ile ilgili yasa kabul edilmiştir.

İki ve üç tekerlekli motorlu taşıt kullanıcıları için kafa yaralanmaları önde gelen ölüm ve majör travma nedenidir. Doğru kask kullanımı ölümcül yaralanma riskinde %42 oranında azalmaya ve kafa travması riskinde %69 azalmaya neden olmaktadır.

2.4 Kaza/Yaralanmaların Önlenmesi ve Kontrolü

Kazalar/yaralanmalar, çocuklarda önlenebilir sağlık sorunlarının, mortalite ve engelliliğin başlıca nedenlerindendir [80, 81]. Anne-babanın, çocuk bakımından ve sağlığından sorumlu bireylerin eğitim düzeyleri, risk algıları ve önleme konusunda farkındalıkları yaralanma risklerini belirleyen başlıca etkenlerdir [82].

Yaralanma kontrolünde birincil, ikincil ve üçüncül koruma ile zararın azaltılması hedeflenmiştir. Yaralanmaları önlemenin en iyi yolu kaza ve yaralanmalarla ilgili risk etkenleri ile ilgili araştırmalar yaparak bakım verenin ve ailenin bilgi düzeyini ve tutumunu ölçmek, dış çevrenin düzenlenmesini sağlamak ve anne baba ve bakım veren kişilere danışmanlık yapmaktır.

Yaralanma kontrolü stratejileri birincil, ikincil, üçüncül strateji olarak sınıflandırılabilir.

- **Birincil önleme:** Kaza/ yaralanma riskini azaltmayı veya ortadan kaldırmayı amaçlar. Merdiven güvenlik kapısı, priz koruyucu kapak bunlara örnek verilebilir.
- **İkincil önleme:** Etken ile karşılaşıldığında yaralanmayı azaltmayı ya da ortadan kaldırmayı amaçlar. Trafikte emniyet kemeri ya da bisiklet sürerken koruyucu başlık kullanılması gibi.

- **Üçüncül önleme:** Meydana gelen yaralanmanın ciddiyetini azaltmayı amaçlar. Örnek olarak acil tıbbi müdahalenin uygulanması gibi.

Yaralanma kontrolü stratejileri aktif ve pasif stratejiler olarak da sınıflandırılabilir.

- **Aktif önlemler:** Yaralanan birey ile etkileşimi hedefler. Emniyet kemerinin kullanımı buna örnek olarak verilebilir.
- **Pasif önlemler:** Ürün tasarımında değişiklikleri, çevresel ve yasal değişiklikleri kapsar. Bu girişimler, insan davranışından bağımsız olduğu için aktif girişimlerden daha etkindir.

Haddon Matrisi: Günümüzde, trafik kazalarına yol açan risk etkenlerinin anlaşılması, kazaların kontrol edilebilmesine yönelik başarılı programlar geliştirilmiştir. Tıbbi epidemiyolog Haddon, yaralanmaları önlemek için stratejiler geliştirmiş. Haddon Matrix üç etkeni (konakçı, etken, çevre) yaralanmayı oluşturan olgunun üç evresi (olgu öncesi, olgu, olgu sonrası) ile ilişkilendirir. Konakçı, etken ve çevre, yaralanmayı oluşturan zaman sürecinde etkileşim gösteren elementler olarak gözden geçirilir. Haddon yaralanmaları önlemek ya da ağırlığını azaltmak için 10 önlem geliştirmiştir. Bu genel ilkeler şunlardır:

- Tehlikenin yaratılmasını önlemek (zehirli madde, küçük parçaları olan oyuncaklar, ateşli silahların üretimini durdurmak, evde bulundurmamak; tehlikeli sporlarda yer almamak),
- Tehlikenin miktarını azaltmak (ilaçları daha küçük ve ölümcül olmayan dozlarda paketlemek, hız limitlerini azaltmak),
- Tehlikenin ortaya çıkmasını önlemek (ilaç kutularında çocukların açamayacağı kapakların, tuvalet kilitlerinin, dolaplar ve çekmeceler üzerinde güvenlik mandallarının kullanımı),
- Tehlikenin ortaya çıkma hızını ve mekânda dağılımını değiştirmek (araçlarda hava yastıklarının gerekliliği, çocuk güvenlik koltukları ve koltuk kemerleri kullanmak, zehirlere kötü tat vermek),
- Bireyleri mekân ve zaman açısından tehlikeden ayırmak (yayalar için yaya yolları, bisiklet kullananlar için bisiklet yolları ve taşıtlardan ayrı düzenleme alanları yapmak),
- Araç, gereç engelleri ile bireyleri tehlikeden ayırmak (bisiklet başlıkları ve koşucular için koruyucu araçlar kullanmak; yüzme havuzları çevresine kafesler yerleştirmek, pencerelere parmaklık yapmak),

- Tehlikenin temel niteliklerini değiştirmek (karyolaların altına yumuşak yaygı yerleştirmek, ateşli silahların güvenlik kilitleri olması),
- Tehlikenin oluşturacağı hasara karşı dayanıklılığı artırmak (koşucuları eğitmek, kondisyon kazandırmak, yapıları depreme dayanıklı inşa etmek, ateşe dayanıklı pijama/gecelik kullanmak),
- Henüz başlamış olan hasarı sınırlamak (ipeka şurubu ya da yangın söndürücü kullanmak; yaşam desteğine başlamak),
- 10. yaralanan bireyi stabilize etmek, tedavi etmek, rehabilite etmek (pediatrik travma merkezleri, fiziksel rehabilitasyon programları geliştirmek).

Yaralanmaya yol açan, birey, araç ve çevre ile ilgili risk etkenlerinin analiz edilebildiği Haddon Matrisi, motorlu taşıtların, bisikletin araç olarak yer aldığı kazalarda, yanık olgularında olduğu gibi günümüzde, terörden korunmada ve etkilerini azaltmada üç boyutlu olarak da kullanılmaktadır [83-86].

Tablo 2.11. Çocukluk çağı yaralanmalarında kanıta dayalı önleme girişimleri

Yaralanma Nedeni	Yüksek Risk Grupları	Önleme Yöntemleri	Kanıt Derecesi
Bisiklet kazaları	Okul çağı çocukları	Baş yaralanması riskini azaltmak için kask kullanımı Kask kullanımı artıran eğitim programları	B B
Suda Boğulma	Küçük çocuklar Okul çağı çocukları	Evden havuza doğrudan ulaşımın izin vermemek, havuzun her tarafını kapatan güvenlik bariyerleri (Bariyerler üzerine tırmanılmayacak şekilde tasarlanmalı ve kapıları otomatik kapanabilmelidir.) Su içerisinde yüzmeyi kolaylaştıran cisimler bulundurulması	A C
Düşmeler	Süt çocukları Küçük çocuklar	Yürüteç kullanımından kaçınmak Merdivenlerde güvenlik kapısı kullanımı Pencere önlerine engel ve korkuluk koymak Anne- babalara güvenlik danışmanlığı	B C A B
Yangın ve Yanıklar	Okul çağı çocukları Küçük çocuklar	Uygun yerleştirilmiş ve çalışan duman alarmı Duman alarmı kullanımının artırılması Evdeki su sıcaklığının 50 °C'den yüksek olmaması	A B A
Araba Kazaları	Her yaş grubunda çocuk	Çocukların yaşına uygun araba koltuklarının doğru bir şekilde kullanımı Güvenlik danışmanlığı	A C
Zehirlenme	Küçük çocuklar	Çocukların açamayacakları paketlenme ve kapak sistemleri	A
Solunum Yolu Tıkanması	Süt çocukları	Hamilelik boyunca sigara içmeme Yenidoğanın güvenli uyuması için öneriler (beşik, karyola güvenliği) Sırt üstü uyutma Güvenlik standartlarına uygun sertlikteki çocuk yataklarının kullanılması Tehlikeli oyuncakların, yumuşak yorgan ve yatak takımının, diğer yumuşak cisimlerin beşikten uzak tutulması Başın örtülü tutulmaması Diğer çocuklarla ve yetişkinlerle aynı yatakta yatılmaması Uyku esnasında emziğin çıkarılması Uyku esnasında fazla ısınmasının önlenmesi	B B B B B B C C

A: Hasta odaklı, değeri yüksek, sürekli kanıt; B: Sınırlı nitelikte, değişken kanıt; C: Ortak görüş, hastalık odaklı kanıt, yaygın uygulama, uzman görüşü ve/ ya olgu serisi

Sağlık bakımı verilen kurumlarda yaralanma kontrolü ile ilgili danışmanlık, korunmayı sağlayan en önemli etkidir ancak, hekimlerin çocuk güvenliği konusunda danışmanlık için oldukça az zaman ayırdıkları görülmektedir. Bunun nedenleri arasında, tıp ve pediatri eğitiminde koruyucu tıbbı yeterince yer ayrılması ya da rehberliğin yararını gösteren yeterli kanıtın azlığıdır. Bununla birlikte son yıllarda yapılan çalışmalar, çocuk hekimlerinin verdiği danışmanlığın, özellikle diğer önleme yöntemleri ile birlikte yapıldığında önemli fark yarattığını ileri sürmektedir[84, 85, 87].

Etkin danışmanlık zaman almamaktadır. Yapılan çalışmalarda bireysel danışmanlık için yaklaşık 3- 4 dakikanın yeterli olduğu gösterilmiştir.

Tablo 2.13’de yaşa göre uygulanması önerilen güvenlik danışmanlığı programı görülmektedir [87–89].

Tablo 2.12. Yaralanmaların ve zehirlenmelerin önlenmesi için önerilen yaşa göre güvenlik danışmanlığı yapılacak durumlar (Güvenlik Danışmanlığı Takvimi)

Yaş	Başlama	Güçlendirme
Prenatal/Yenidoğan	Sütçocuğu güvenlik koltuğu, karyola güvenliği, duman alarmı	
2 gün- 4 hafta	Düşme	Araç güvenlik koltuğu
2 ay	Yanık, sıcak sıvılar	Araç koltuğu, düşme
4 ay	Tıkanma, boğulma	Araç koltuğu, düşme, yanık
6 ay	Zehirlenme, yanık, sıcak yüzeyler	Düşme, yanık, tıkanma
9 ay	Su / havuz güvenliği Küçük çocuk araç koltuğu	Zehirlenme, düşme, yanık
1 yaş	Ateşli silahların tehlikesi, Araç içi-yaya güvenliği	Su/havuz güvenliği, düşme, yanık
15 ay	-	Araç içi, yaya, zehirlenme, düşme, yanık
18 ay	Araç içi- yaya güvenliği	Zehirlenme, düşme, yanık, ateşli silahlar
2 yaş	Düşme, oyuncak, üç tekerlekli bisiklet	Araç içi, su/havuz, yanık, ateşli silah
3 yaş	-	Araç içi, yaya, düşme, yanık, ateşli silahlar
4 yaş	Araç koltuğu, destek koltuğu/ kemer	Yaya güvenliği, düşme, oyuncak, ateşli silah
5 yaş	Su/havuz, bisikleti	Yaya, araç içi
6 yaş	Yangın	Bisiklet, yaya, araç içi
8 yaş	Spor güvenliği	Bisiklet, araç içi
10 yaş	Ateşli silahların tehlikeleri	Spor, bisiklet, araç içi

*AAP: American Academy of Pediatrics.

Tablo 2.13 ve 2.14’te Haddon Matriksi’nin motorlu taşıt kazalarını ve bisiklet yaralanmalarını önlemedeki uygulanması mevcuttur.

Tablo 2.13. Motorlu taşıt kazalarını önlemede Haddon Matriksi'nin uygulanması

Evre	Etkenler		
	Konakçı (insan)	Etken (taşıt)	Çevre (yol)
Olay öncesi	Sürücünün görüşü Alkol tüketimi	Frenler Lastikler Hız	Hız sınırı Yol eğimi Yol işaretleri
Olay anı	Güvenlik kemerinin kullanımı	Araç boyutu	Orta bariyerler Güvenlik kemerine ilişkin yasa
Olay sonrası	Osteoporoz Yaş Fiziksel durum	Yakıt sistemi	Acil tıp personelinin eğitimi

Tablo 2.14. Bisiklet yaralanmalarını önlemede Haddon Matriksi'nin uygulanması

Evre	Etkenler			
	Sürücü	Bisiklet	Fizik Çevre	Sosyokültürel Çevre
Olay öncesi	Görünür giysi Eğitim, denetim Tehlikelerden kaçınma Yol planı	Araç uygunluğu, kontrolü, fark edilebilirliği	Yol durumu, trafik akışı Bisiklet yolları	Farkındalık Tutum, beceri, yasalar
Olay anı	Kask kullanımı	Bisiklet tasarımı	Güvenli bisiklet yolu	Trafik akış hızı
Olay sonrası	Görünebilirlik İlk yardım Hatalardan ders almak	Görünebilirlik Hasarın tamiri	Stabilizasyon için güvenli alan Bildirim olanağı	İlk yardım eğitimi Acil yardım Travma bakımı

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, kesitsel çalışma olarak planlandı. İki yaşından küçük, beş yaşından büyük çocuklar ve araştırmaya katılmayı reddeden ailelerin çocukları çalışmaya dahil edilmedi.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'ne ve Genel Pediatri Polikliniği'ne başvuran, Üniversitemiz'e bağlı kreş ve anaokullarına devam eden 2-5 yaş grubu çocuklar çalışma grubunu oluşturdu. Çalışma Haziran- Ağustos 2019 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Anne- babaların gözetimsel tutumlarını, çocuklarının kaza/yaralanma riski üzerine etkisini araştırdığımız çalışmamızda Tip 1 hatanın %5, gücün %80, uygun anne- baba tutumunun toplumumuzda %50 düzeyinde olduğu, uygun olmayan anne- baba tutumu sonucunda uygun olanlara göre çocuklarda kaza/yaralanma riskinin dört kat fazla olduğu kabul edilerek OpenEpi programı aracılığıyla minimum örneklem büyüklüğü 204 olarak hesaplandı.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Kaza/yaralanma, hayatı boyunca bir kez kaza/yaralanma geçirmiş olma durumu; kazaların toplam sayısı ve geçirilen kazaların derecesi

Bağımsız değişkenler:

- Anne- babaların sosyodemografik özellikleri
- Anne- babaların gözetimsel tutumları (Dört alt grupta ele alınacak)
 1. Uygun gözetimsel tutumlar:
 - (a) Koruyuculuk
 - (b) Gözetim gereksinimi
 2. Uygun olmayan gözetimsel tutumlar:
 - (a) Risk toleransı
 - (b) Çocukların sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

İki yaşından küçük ve beş yaşından büyük çocuklar ve araştırmaya katılmayı reddeden ailelerin çocukları çalışmaya dahil edilmedi.

3.6. Veri Toplama Araçları

Anket soruları iki bölümden oluşturuldu. İlk bölümde aile ve çocuk ile ilgili demografik özellikler, ikinci bölümde ise veri toplama aracı olarak Dr. Barbara Morrengiello tarafından geliştirilen Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire (PSAPQ)'in Türkçe versiyonu kullanıldı.

3.6.1. Anne- Babaların ve Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerini Tanımlayıcı Form

Formda, aile ve çocuk ile ilgili demografik özellikler (anne- babanın yaşları, eğitim durumları, süregelen hastalıklarının var olup olmadığı, sosyoekonomik durum, çocuğun daha önce kaza/ yaralanma geçirip geçirmediği, kaza/yaralanma tipi ve daha önce kazalardan/ yaralanmalardan korunma ile ilgili bilgi alıp almadıkları) sorgulandı. Form 20 sorudan oluştu.

3.6.2 Ailelerin Gözetim (Süpervizyon) Özellikleri Profili Ölçeği

Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire (PSAPQ)'in Türkçe versiyonu kullanıldı. Anketin Türkçe' ye uyarlanması için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Pamukkale Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ahmet Ergin ve ekibi tarafından yapıldı [90].

Morrengiello ve Corbett tarafından geliştirilmiş olan, Anne-babaların Gözetimsel Davranış Özellikleri Profili Anketi 29 maddeden oluşan, 5' li likert türünde bir ölçektir. Kesme noktası bulunmayan ölçekten alınan yüksek puanlar gözetimsel davranışın yüksek olduğunu göstermektedir. Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır; güvenilirlik ise iç tutarlılık katsayıları ile sınanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS ve LISREL programlarında yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi' ne göre uyum indeksi değerleri SRMR = 0,097; GFI = 0,80; RMSEA = 0,089; CFI = 0,88; NNFI = 0,87 olarak saptanmıştır. Uyum indeksleri orta düzeyde olup dört faktörlü yapıyı doğrulamaktadır. Güvenilirlik için

hesaplanan iç tutarlılık katsayılarının tüm ölçek için 0,75 olduğu ve alt ölçekler için 0,57 ile 0,79 arasında değişim gösterdiği bulunmuştur [90].

Çalışmada Likert tipi:

1. Her zaman, 2. Çoğu zaman, 3. Bazen, 4. Nadiren, 5. Hiçbir zaman.

Her bir maddeye 1 ve 5 arasında puanlar verilmiştir. Olumsuz ifade içeren maddeler 13 ve 17' inci maddelerdir. 13 ve 17. Soruların değerlendirilmesi ters kod kullanılarak yapılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, median, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Bağımlı değişkeni etkileyen faktörler, çapraz tablolar Ki-kare yöntemi ile karşılaştırılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro- Wilk Normallik Testi ile bakılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann- Whitney U Testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. İki den fazla bağımsız grup karşılaştırmasında anlamlı çıkan sonuçlar arasından ikili karşılaştırma için Mann- Whitney U Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach's alpha değeri:0,74 olarak hesaplanmıştır. ABGDPÖ alt ölçek cronbach's alpha değerleri Tablo 3.1'de gösterilmiştir. Alt ölçekler arasında ilişkiyi değerlendirmek için Pearson'ın Korelasyon Analizi yapılmıştır. Anlamlı bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken (kaza geçirme durumu) üzerine olan etkilerini incelemek için ikili lojistik regresyon modeli, alt ölçek ortalamaları ile sürekli bağımsız değişkenler arası ilişkiyi incelemek için çoklu doğrusal regresyon modeli uygulanmıştır.

Tablo 3.1. ABGDPÖ ölçek Cronbach's alpha değerleri

	Cronbach's alpha
AGÖPA ölçeği	0,74
Koruyuculuk	0,77
Gözetim gereksinimleri	0,68
Risk toleransı	0,46*
Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı	0,63

*Risk toleransı alt ölçeğinde ikinci ölçek sorusu silinirse cronbach's alpha değeri 0,46'dan 0,68'e yükselmektedir.

3.8. Araştırmanın Etik boyutu

Araştırmamız, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar (GÖA) Yerel Etik Kurulu tarafından 22.05.2019 tarihinde onaylandı (Karar No:2019/13-17). (Ek 1).

Çalışmaya katılmayı kabul eden ailelerden gönüllü onam yazılı olarak alındı (Ek 2).



4. BULGULAR

Çalışmamıza toplam 240 anne- baba katıldı; anne-babalar ve çocuklar ile ilgili tanımlayıcı özellikler aşağıdaki tablolarda sırasıyla gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Annelere ve babalara ait demografik özellikler

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%	Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Annenlerin yaş grupları			Babaların yaş grupları		
18-24	9	3,8	18-24	6	2,5
25-29	42	17,5	25-29	13	5,4
30-34	72	30	30-34	64	26,7
35-39	81	33,8	35-39	78	32,5
40 yaş ve üzeri	39	15	40 yaş ve üzeri	79	32,9
Annelerin öğrenim durumları			Babaların öğrenim durumları		
İlkokul	42	17,5	İlkokul	42	17,5
Ortaokul	38	15,8	Ortaokul	38	15,8
mezunu	67	27,9	Lise	66	27,5
Lise	93	38,8	Üniversite	94	39,2
Üniversite/ Yüksek lisans/Doktora			/Yüksek lisans/Doktora		
Annelerin çalışma durumları			Babaların çalışma durumları		
İşçi	53	22,1	İşçi	126	52,5
Memur	58	24,2	Memur	52	21,7
Emekli	9	3,8	Esnaf	28	11,7
Ev hanımı/ Çalışmıyor	111	46,3	Emekli/Çiftçi	5	2,1
Diğer	9	3,8	Çalışmıyor	8	3,3
			Diğer	21	8,8
Devamlı ilaç kullanmasını gerektirecek hastalık			Devamlı ilaç kullanmasını gerektirecek hastalık		
Var	20	8,3	Var	22	9,2
Yok	220	91,7	Yok	218	90,8

Tablo 4.1’de annelerin tanıtıcı özelliklerine ait bilgiler bulunmaktadır. Buna göre annelerin; %33,8’inin 35-39 arası yaş grubu olduğu, %38,8’inin üniversite mezunu olduğu, %46,3’ünün ev hanımı olduğu ya da çalışmadığı, %8,3’ünün devamlı ilaç kullanmasını gerektirecek bir hastalığa sahip olduğu görüldü. Babaların tanıtıcı özelliklerine ait bilgiler bulunmaktadır. Buna göre babaların; %32,9’unun 40 yaş üzerinde olduğu, %39,2’sinin üniversite mezunu olduğu, %52,5’inin gelir getiren bir işte çalıştığı, %9,2’sinin devamlı ilaç kullanmasını gerektirecek bir hastalığa sahip olduğu görüldü.

Tablo 4.2. Anne-babalara ait demografik ve sosyoekonomik özellikler

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Anne-Babanın Maddi Durum Değerlendirmesi		
Gelirim giderimden az	50	20,8
Gelir ve giderim eşit	153	63,8
Gelirim giderimden fazla	37	15,4
En uzun süre yaşanan yerleşim birimi		
İl merkezi	143	59,6
İlçe merkezi	76	31,7
Kasaba/köy	21	8,8
Sahip olunan çocuk sayısı		
1 çocuk	86	35,8
2 çocuk	122	50,8
3 çocuk	25	10,4
4 çocuk ve üzeri	7	2,9
Çocuğunuzu kaza/yaralanmalardan korunmaya yönelik herhangi bir kaynaktan bilgi aldınız mı?		
Evet	110	45,8
Hayır	130	54,2
Bilgi aldığınız kaynak/kaynaklar		
Kreş/öğretmen	41	17,1
Kitap/dergi/gazete	49	20,4
İnternet/TV/Radyo	66	27,5
Aile yakınları	53	22,1
Çocuğunuz daha önce kaza geçirdi mi?		
Evet	54	22,5
Hayır	186	77,5
Kaza sonrası tedavi ihtiyacı oldu mu?		
Evet	28	11,7
Hayır	212	88,3
Kaza sonrası hastaneye yatırıldı mı?		
Evet	6	2,5
Hayır	234	97,5

Tablo 4.2’de anne-babalara ait tanımlayıcı özellikler, kaza geçirme, tedavi ihtiyacı ve hastaneye yatırılma durumu ile ilgili özellikler bulunmaktadır. Buna göre anne-babaların; %63,8’inin geliri giderine eşit olarak değerlendirdiği, %50,8’ inin iki çocuğa sahip olduğu görüldü.

Çalışmaya katılan çocukların kaza geçirme oranının %22,5, kaza sonrası tedavi ihtiyacının %11,7, hastaneye yatırılma oranının ise %2,5 olduğu saptandı. Anne-babaların %45,8’ inin kaza/yaralanmalardan korunmaya yönelik herhangi bir kaynaktan bilgi aldığı, %27,5 internet/TV/radyo, %22,1 aile yakınları, %20,4 kitap/dergi/gazete, %17,1 kreş/öğretmen aracılığı ile bilgi aldığı öğrenildi.

Tablo 4.3. Çocuklara ait demografik özellikler

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
2-3	92	38,3
3-4	38	15,8
4-5	110	45,8
Cinsiyet		
Kız	117	48,8
Erkek	123	51,3
Ailenin kaçınıcı çocuğu		
1.çocuk	127	52,9
2.çocuk	88	36,7
3.çocuk	19	7,9
4.çocuk ve üzeri	6	2,5

Tablo 4.4’ de çocukların tanıtıcı özellikleri verilmektedir. Buna göre çocukların; %45,8’inin 4-5 yaş aralığında olduğu, %51,3’ ünün erkek olduğu, %52.9’unun ailenin ilk çocuğu olduğu saptandı.

Tablo 4.4. Çocukların geçirdikleri kaza tiplerine göre dağılımı



Çocukların geçirmiş oldukları kazalarının tipleri incelenmiştir. En sık geçirilen kazanın %16,7 ile düşme, sırasıyla %4,6 ile yanık ve %1,7 ile besin/cisim ile tıkanma izlenmektedir. En az geçirilen kazanın ise araç dışı trafik kazası olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Annelerin ve babaların tanıtıcı özelliklerine göre kaza/yaralanma geçirme durumlarının dağılımı

Tanımlayıcı özellikler	Kaza/yaralanma geçiren		Kaza/yaralanma geçirmeyen		Toplam	İstatistiksel analiz
	N	%	N	%		
Anne yaşı						
18-24	7	77,8	2	22,2	9	p=0,02 (x²=16,870)
25-29	8	9,5	34	32,6	42	
30-34	16	22,2	56	77,8	72	
35-39	17	21	64	79	81	
>40	6	16,7	30	83,3	36	
Baba yaşı						
18-24	5	83,3	1	16,7	6	p=0,03 (x²=15,681)
25-29	1	7,7	12	92,3	13	
30-34	17	26,6	47	73,4	64	
35-39	15	19,2	63	80,8	78	
>40	16	17,8	63	61,2	79	
Annenin öğrenim durumu						
İlkokul	7	16,7	35	83,3	42	p=0,267 (x²=3,950)
Ortaokul	8	21,1	30	78,9	38	
Lise	12	17,9	55	82,1	67	
Üniversite/Yüksek lisans/Doktora	27	20,9	66	72,1	93	
Babanın öğrenim durumu						
İlkokul	7	16,7	35	83,3	42	p=0,420 (x² =2,820)
Ortaokul	6	15,8	32	84,2	38	
Lise	16	24,2	50	75,8	66	
Üniversite/Yüksek lisans/Doktora	25	26,6	69	73,4	94	
Annenin devamlı ilaç kullanması gerektirecek rahatsızlığı var mı?						
Evet	6	30	14	70	20	p=0,402 (x²=0,704)
Hayır	48	21,3	172	78,2	220	
Babanın devamlı ilaç kullanması gerektirecek rahatsızlığı var mı?						
Evet	4	18,2	18	81,8	22	p=0,611 (x² =0,259)
Hayır	50	22,9	168	77,1	218	

Araştırmamızda anne yaşı arttıkça çocukların kaza geçirme sıklığının azaldığı saptandı, ki kare analizi sonucunda anne yaşı ile kaza geçirme durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($\chi^2=16,870$ $p=0,02$). Kaza geçirme oranının en yüksek 18-24 yaş grubundaki annelerin çocuklarında (%77,8) olduğu görüldü. Baba yaşı ile kaza geçirme oranları arasında da annelerde olduğu gibi baba yaşı arttıkça kaza geçirme oranının azaldığı ve kaza geçirme ile baba yaşı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($\chi^2=15,681$, $p=0,03$).

Annelerin öğrenim düzeyi ile çocukların kaza geçirme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış ($\chi^2=3,950$, $p=0,267$), kaza geçirme oranının, anneleri ilkököl mezunu olan çocuklarda en düşük (%16,7), anneleri lise mezunu olan çocuklar arasında en yüksek (%21) olduğu saptandı. Babalarda öğrenim düzeyi arttıkça çocukların kaza geçirme oranları arttı, en yüksek oran, üniversite/yükseklisans/doktora düzeyinde saptandı, ancak iki değişken arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($\chi^2=2,820$, $p=0,420$).

Anne ya da babanın ilaç kullanımı ile çocukların kaza geçirme oranları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($\chi^2=0,704$, $p=0,402$), ($\chi^2=0,259$, $p=0,611$).

Tablo 4.6. Anne-babaların tanımlayıcı özelliklerine göre Kaza/Yaralanma geçirme durumunun dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Kaza/yaralanma geçiren		Kaza/yaralanma geçirmeyen		Toplam	İstatiksel analiz
	N	%	N	%		
Anne-Babanın Maddi Durum Değerlendirmesi						
Gelirim giderimden az	14	28	36	72	50	p=0,273 (x²=2,593)
Gelir ve giderim eşit	35	22,9	118	77,1	153	
Gelirim giderimden fazla	5	13,5	32	86,5	37	
En uzun süre yaşanan yerleşim birimi						
İl merkezi	33	23,1	110	76,9	143	p=0,918 (x²=0,172)
İlçe merkezi	17	17,1	59	58,9	76	
Kasaba/köy	4	19	17	16,3	21	

Anne-babanın maddi durum algısına bakıldığında geliri giderinden az olarak değerlendiren ailelerde çocukların daha fazla kaza yaralanma geçirdiği görüldü ancak anne-babanın maddi durum değerlendirmesi ile kaza geçirme durumuna arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($\chi^2=2,593$, $p=0,273$).

Hayatı boyunca en uzun süre il merkezinde yaşayan ailelerde ilçe, kasaba ve köy ile kıyaslandığında çocukların daha fazla yaralandığı saptandı. En uzun yaşanan yer ile kaza geçirme durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($\chi^2=0,172$, $p=0,918$).

Tablo 4.7. Kaza/Yaralanma geçiren çocukların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanımlayıcı özellikler	Kaza/yaralanma geçiren		Kaza/yaralanma geçirmeyen		Toplam	İstatistiksel analiz
	N	%	N	%	N	
Çocuk sayısı						
1 Çocuk	19	22,1	67	77,9	86	p=0,827 (x ² =0,379)
2 Çocuk	29	23,8	93	76,2	122	
3 Çocuk ve üzeri	6	18,8	26	81,3	32	
Ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu						
İlk çocuk	26	20,5	101	79,5	127	p=0,720 (x ² =0,647)
2. çocuk	22	25	66	75	88	
3.çocuk ve üzeri	6	19	24	76	31	
Cinsiyet						
Kız	25	26,3	92	90,7	117	p=0,682 (x ² =0,168)
Erkek	29	23,6	94	76,4	123	

Ailenin sahip olduğu çocuk sayısına bakıldığında iki çocuk sahibi olan ailelerde çocukların daha fazla kaza geçirdikleri ancak kaza geçirme durumu ile sahip olunan çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($\chi^2=0,379$, $p=0,827$).

Çocuğun doğum sıralamasına göre kaza geçirme durumu değerlendirildiğinde ilk doğan çocuğun daha fazla (%20,5), dört çocuk ve üzeri sırasında doğanların daha az (%19) kaza geçirdikleri saptandı, ancak kaza geçirme durumu ile doğum sıralaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($\chi^2=0,647$, $p=0,720$).

Araştırmamızda kaza/yaralanma geçiren çocukların sıklıkla kız çocukları olduğu (%26,3), ancak kız ve erkek çocuklar arasında kaza/yaralanma geçirme sıklığı açısından anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($\chi^2=0,168$, $p=0,682$).

Tablo 4.8. Anne-Babaların ABGDPÖ alt ölçek puan ortalamaları

Alt ölçekler	Ort+SS	Ortanca	Min.-Max.	1.-3. Çeyreklik
Koruyuculuk	37 ± 4,87	39	22-45	35-41
Gözetim gereksinimleri	34 ± 4,85	34	23-45	31-38
Risk toleransı	30,6 ± 5,42	31	17-78	27-34
Çocukların sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı	7,2 ± 2,97	7	3-15	5-9

Anne-babaların “koruyuculuk” alt ölçeği puan ortalaması $37 \pm 4,87$, “gözetim gereksinimleri” alt ölçeği puan ortalaması $34 \pm 4,85$, “risk toleransı” alt ölçek puan ortalaması $30,6 \pm 5,42$, “çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı” alt ölçek puan ortalaması ise $7,2 \pm 2,97$ olarak bulundu.

Tablo 4.9. ABGDPÖ alt ölçekleri arasındaki ilişkiler

	Alt ölçekler	1	2	3	4
1	Koruyuculuk	1.0			
2	Gözetim Gereksinimleri	0,681**	1.0		
3	Risk toleransı	-0,038	-0,214**	1.0	
4	Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı	0,155*	0,198**	0,060	1.0

*p<0.005, ** p<0.01

Tablo 4.11’de ABGDPÖ alt ölçeklerinden elde edilen ölçümler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendiğinde; gözetim gereksinimleri ile koruyuculuk arasında orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görüldü ($r= 0.681$; $p<0.01$). Bu sonuç anne-babaların koruyuculuk puan ortalaması arttıkça, gözetim gereksinimlerine ait puan ortalamasının arttığını göstermekteydi.

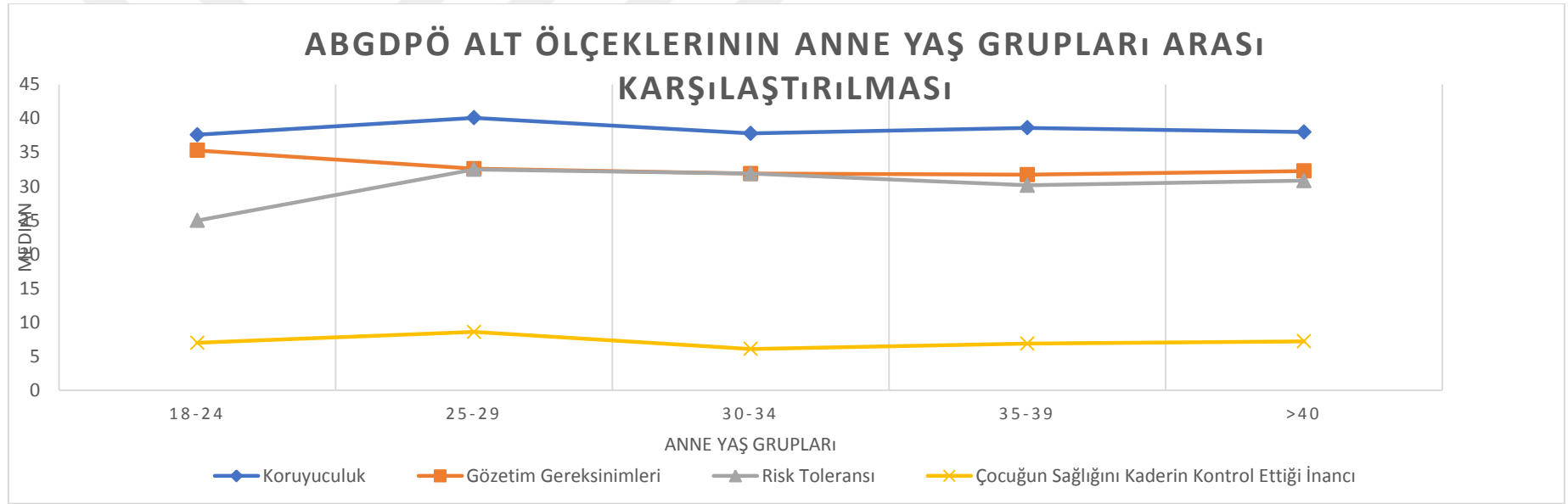
Risk toleransı ile koruyuculuk arasında ($r=-0,038$) anlamlı ilişki saptanmadı. Risk toleransı ile gözetim gereksinimleri arasında düşük düzeyde, negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görüldü ($r=-0,214$, $p=0,01$). Anne-babaların risk toleransı puan ortalaması arttıkça gözetim gereksinimleri puan ortalamasının düştüğü yani, anne-babaların risk toleransı ne kadar fazla olursa, gözetim gereksinimlerinin o kadar az olduğu görüldü.

Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı ile koruyuculuk arasında anlamlı düzeyde istatistiksel ilişki saptandı ($r=0,155$, $p=0,016$). Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı ve gözetim gereksinimleri arasında yüksek düzeyde anlamlı istatistiksel ilişki saptandı ($r=0,198$, $p=0,02$).

Tablo 4.10. Anne-babaların tanımlayıcı özelliklerine göre ABGDPÖ alt ölçek puan karşılaştırılması

	Koruyuculuk		Gözetim Gereksinimleri		Risk Toleransı		Çocukların sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı	
Özellikler	Ort±SS	Test*	Ort±SS	Test*	Ort±SS	Test*	Ort±SS	Test*
Anne yaşı								
18-24	38,11±4,07	KW=6,204 p=0,184	34,88±3,17	KW=7,241 p=0,124	25,55±4,39	KW=12,126 p=0,016	7,33±2,5	KW=6,204 p=0,014
25-29	39,57±3,69		32,76±4,61		31,30±4,05		8,61±3,2	
30-34	37,13±5,06		31,62±4,3		30,83±4,32		3,20±6,44	
35-39	37,45±5,46		31,49±4,82		30,25±4,22		7,19±3,08	
>40	38,30±4,09		32,33±4,8		31,80±9,46		7,13±2,81	
Baba yaşı								
18-24	37,66±3,5	KW=7,247 p=0,123	34,5±3,14	KW=6,637 p=0,158	26±5,76	KW=5,174 p=0,270	6,83±2,65	KW=3,80 p=0,434
25-29	41,07±3,98		34,38±4,17		34,07±13,9		8,07±2,43	
30-34	37,57±4,90		31,78±4,5		30,92±4,42		7,37±3,12	
35-39	37,93±4,95		32,94±4,76		30,47±4,38		7,24±3,07	
>40	37,56±4,88		31,67±4,6		30,45±4,44		6,83±2,84	
Annenin öğrenim durumu								
İlkokul	39,47±4,56	KW=19,223 p=0,000	33,28±4,51	KW=15,920 p=0,001	29,83±5,0	KW=5,843 p=0,120	8,3±3,14	KW=14,313 p=0,002
Ortaokul	39,43±3,21		33,71±4,03		30±9,28		7,73±2,91	
Lise	38,37±4,58		31,83±4,34		31±4,27		7,35±2,81	
Üniversite/Yüksek lisans/Doktora	36,19±5,26		30,86±4,75		31,08±4,09		6,4±2,84	
Babanın öğrenim durumu								
İlkokul	38,90±4,57	KW=16,562 p=0,001	32,38±4,5	KW=15,001 p=0,02	30,54±8,7	KW=3,231 p=0,357	8,02±3,04	KW=18,305 p=0,000
Ortaokul	39,31±3,67		33,39±4,14		30,21±6,60		8,31±2,74	
Lise	38,78±4,5		32,68±5,07		31,16±4,61		7,42±3,13	
Üniversite/Yüksek lisans/Doktora	36,22±5,24		30,8±4,25		30,56±4,30		6,26±2,64	
Annenin çalışma durumu								
Evet	37,39±4,79	U=6094 p=0,06	31,46±4,4	U=5817 p=0,012	30,93±6,27	U=6817 p=0,523	6,83±2,86	U=5989 p=0,028
Hayır	38,45±4,91		32,63±4,77		30,36±4,40		7,65±3,04	
Babanın çalışma durumu								
Evet	37,9±4,89	U=817 p=0,579	31,99±4,62	U=829 p=0,607	30,59±5,42	U=721 p=0,284	7,15±2,95	U=658 p=0,161
Hayır	37,37±4,5		32,37±4,40		32,75±5,23		8,87±3,31	

**Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

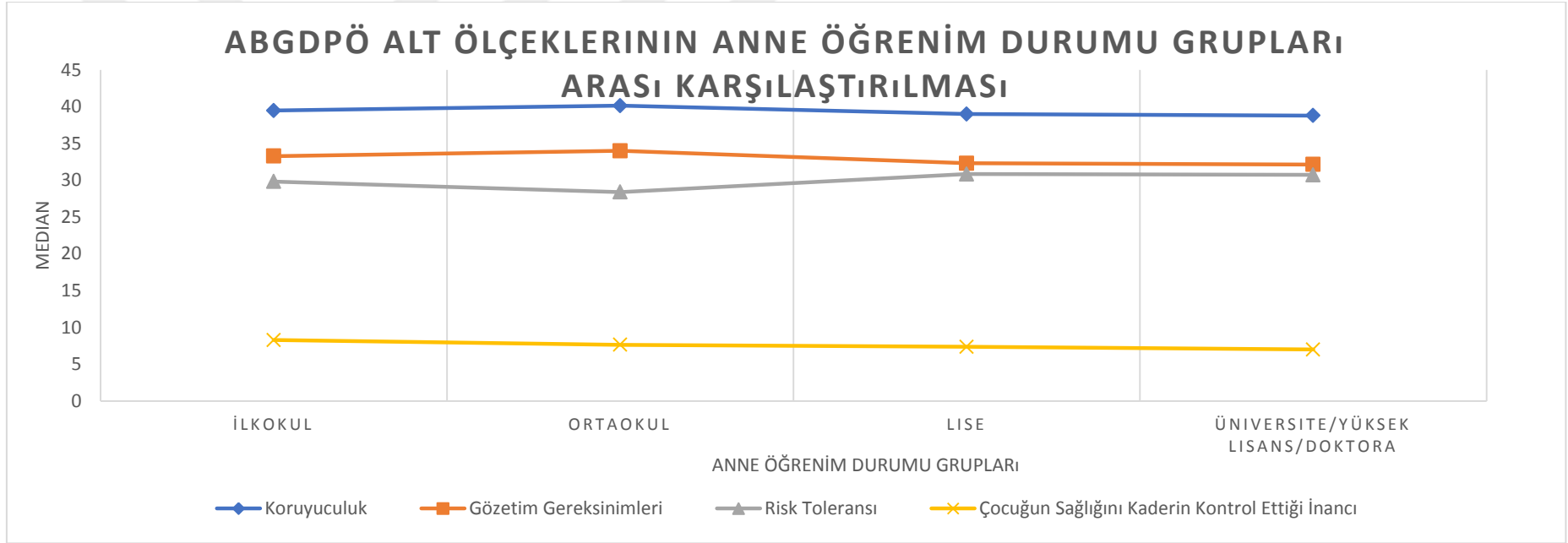


Şekil 4.1. ABGDPÖ alt ölçeklerinin anne yaş grupları arası karşılaştırılması

Tablo 4.11. Risk toleransı ve kadercilik alt ölçekleri ile anne yaş ortalamalarının karşılaştırılması

Alt Ölçek	I (18-24) Ort±SS	II (25-29) Ort±SS	III (30-34) Ort±SS	IV (35-39) Ort±SS	V (>40) Ort±SS	I vs II	I vs III	I vs IV	I vs V	II vs III	II vs IV	II vs V	III vs IV	III vs V	IV vs V
Risk toleransı	25,55±4,39	31,30±4,05	30,83±4,32	30,25±4,22	31,80±9,46	0,002	0,002	0,003	0,008	0,604	0,113	0,740	0,313	0,984	0,484
Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı	7,33±2,5	8,61±3,2	3,20±6,44	7,19±3,08	7,13±2,81	0,237	0,321	0,776	0,786	0,000	0,020	0,045	0,168	0,226	0,943

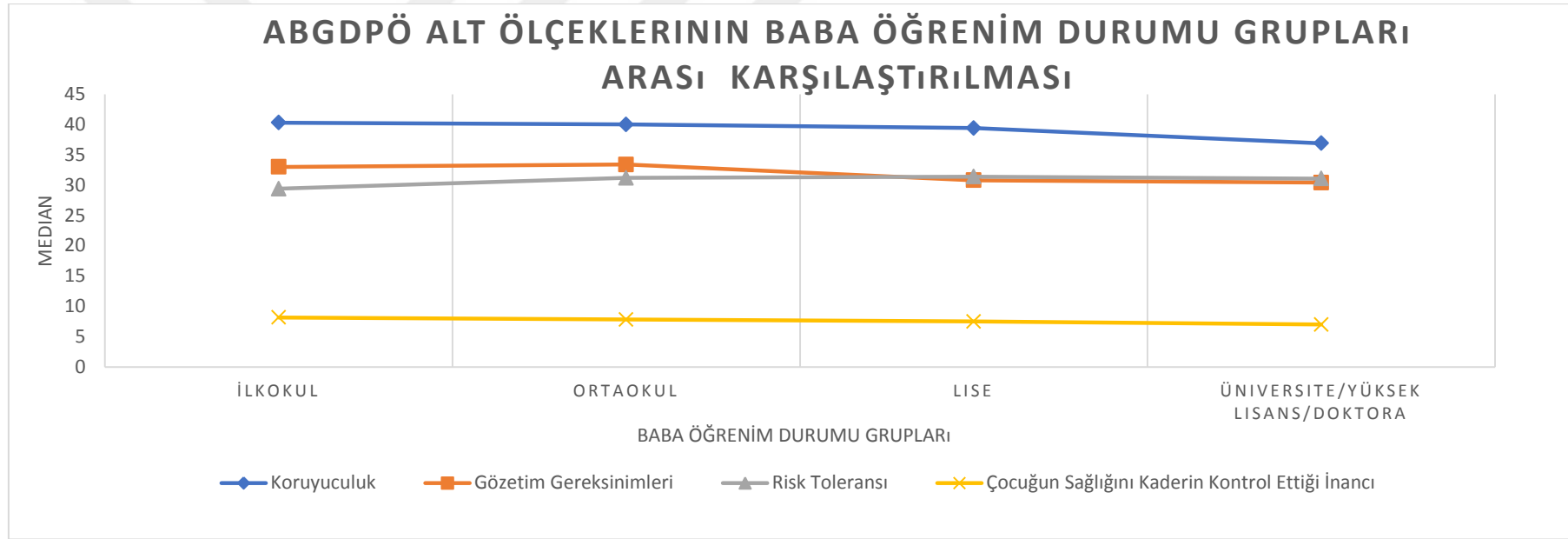
* İkili karşılaştırmada Mann- Whitney U testi kullanılmıştır p <0,05



Şekil 4.2. ABGDPÖ alt ölçeklerinin anne öğrenim durumu grupları arası karşılaştırılması

Tablo 4.12. Koruyuculuk, gözetim gereksinimleri ve kadercilik alt ölçekleri ile anne öğrenim durumu grupları arası karşılaştırılması

Alt Ölçek	I (İlkokul) Ort±SS	II (Ortaokul) Ort±SS	III (Lise) Ort±SS	IV (Üniversite/Yüksek Lisans/Doktora) Ort±SS	I vs II	I vs III	I vs IV	II vs III	II vs IV	III vs IV
Koruyuculuk	39,47±4,56	39,43±3,21	38,37±4,58	36,19±5,26	0,406	0,172	0,000	0,385	0,01	0,11
Gözetim Gereksinimleri	33,28±4,51	33,71±4,03	31,83±4,34	30,86±4,75	0,688	0,129	0,003	0,051	0,001	0,062
Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı	8,3±3,14	7,73±2,91	7,35±2,81	6,4±2,84	0,422	0,125	0,001	0,617	0,012	0,025



Şekil 4.3. ABGDPÖ alt ölçeklerinin baba öğrenim durumu grupları arası karşılaştırılması

Tablo 4.13. Koruyuculuk, gözetim gereksinimleri ve kadercilik alt ölçekleri ile baba öğrenim durumu grupları arası karşılaştırılması

Alt Ölçek	I (İlkokul) Ort±SS	II (Ortaokul) Ort±SS	III (Lise) Ort±SS	IV (Üniversite/Yüksek Lisans/Doktora) Ort±SS	I vs II	I vs III	I vs IV	II vs III	II vs IV	III vs IV
Koruyuculuk	38,90±4,57	39,31±3,67	38,78±4,5	36,22±5,24	0,902	0,985	0,004	0,737	0,002	0,002
Gözetim Gereksinimleri	32,38±4,5	33,39±4,14	32,68±5,07	30,8±4,25	0,397	0,585	0,026	0,657	0,001	0,003
Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı	8,02±3,04	8,31±2,74	7,42±3,13	6,26±2,64	0,691	0,311	0,02	0,161	0,000	0,021

* İkili karşılaştırmada Mann-Whitney U testi kullanılmıştır $p < 0,05$

Tablo 4.10' da anne-babaların tanımlayıcı özelliklerine göre ABGDPO alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması verildi. Anne yaşı değişkenine ait grupların alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, risk toleransı (KW=12,126, p=0,016) ve çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı (KW=6,204, p=0,014) alt ölçek puanları ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşma görüldü. Buna göre; 40 yaş üstü annelerin risk toleransı puan ortalamasının en yüksek olduğu (31,80±9,46) saptandı. Anlamlı çıkan gruplar arası ikili farklılaşmalarda Mann-Whitney U testi yapıldı. 18-24 yaş grubu ile diğer yaş grupları arasında, her ikili karşılaştırmada 18-24 yaş grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Anne yaşı arttıkça risk toleransı puan ortalamasının arttığı görüldü. Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı puan ortalamasının en yüksek 25-29 yaş grubunda olduğu (8,61±3,2) görüldü.

Annenin öğrenim durumu değişkenine ait grupların alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; koruyuculuk (KW=19,223, p=0,000), gözetim gereksinimleri (KW=15,920, p=0,001) ve çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı (KW=14,313, p=0,002) puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı. Koruyuculuk, gözetim gereksinimleri ve çocuğun sağlığını kontrol ettiği inancı alt gruplarında yapılan Mann-Whitney U testinde ilkökul ile üniversite/yüksek lisans/doktora grubu arasında ilkökul mezunu lehine, ortaokul (p=0,000, MD=3,282) ile üniversite/yüksek lisans/doktora grubu arasında ortaokul lehine anlamlı fark bulundu. Eğitim düzeyi arttıkça, gözetim gereksiniminin artması, koruyuculuğun ve kader inancının azalması beklenir. Ancak çalışmamızda beklenenin aksine eğitim düzeyi arttıkça gözetim gereksinimin de azaldığı saptandı.

Babanın öğrenim durumu değişkenine ait grupların alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; koruyuculuk (KW=16,562, p=0,001), gözetim gereksinimleri (KW=15,001, p=0,02) ve çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı (KW=18,305, p=0,000) puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulundu. Anlamlı çıkan alt gruplar arasında yapılan Mann-Whitney testinde koruyuculuk, gözetim gereksinimleri, çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı alt gruplarında ilkökul, üniversite/yüksek lisans/doktora grubu arasında ilkökul mezunu lehine, ortaokul üniversite/yüksek lisans/doktora grubu arasında ortaokul mezunu lehine, lise (p=0,007, MD=2,564) üniversite/yüksek lisans/doktora grubu arasında lise mezunu lehine anlamlı fark bulundu.

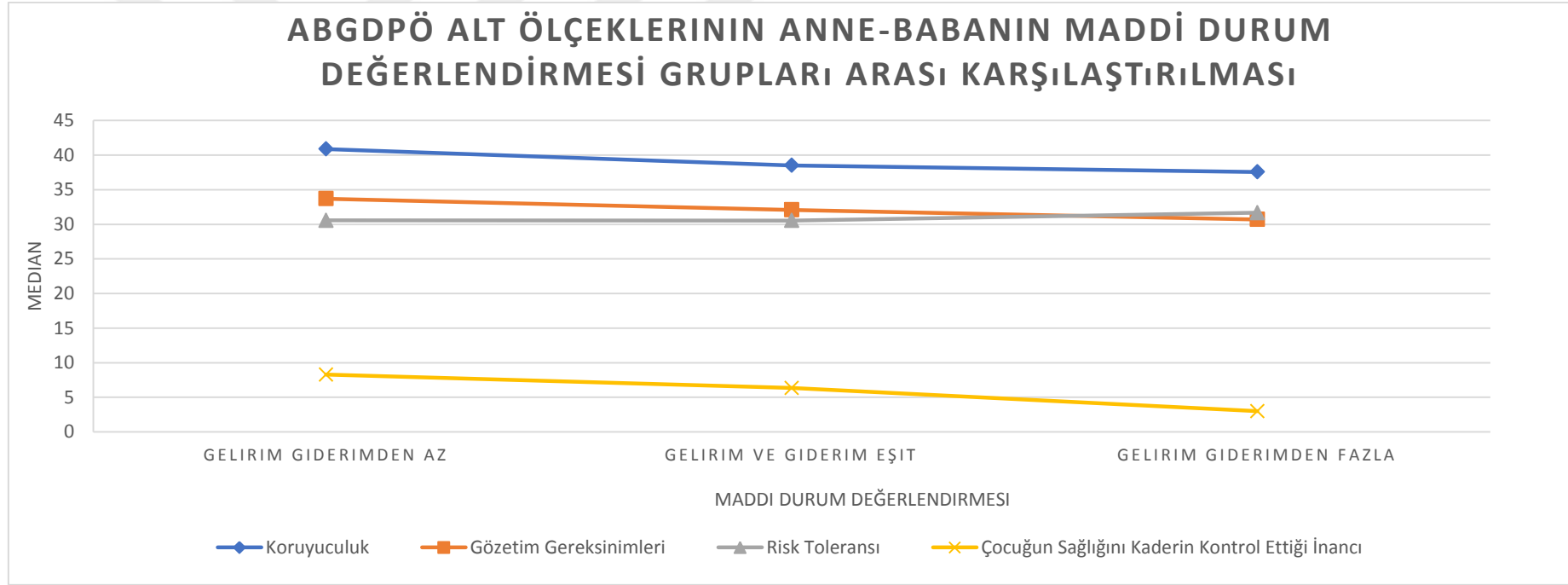
Annenin çalışma durumu ile gözetim gereksinimleri ($U=5817$, $p=0,012$) ve çocuğun sağığın kaderin kontrol ettiğı inancı ($U=5989$, $P=0,028$) arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Çalışmayan annelerin her iki alt grupta puan ortalaması daha yüksek ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı.



Tablo 4.14. Anne-babaların tanıtıcı özelliklerine göre ABGDPÖ alt ölçek puan karşılaştırılması

	Koruyuculuk		Gözetim Gereksinimleri		Risk Toleransı		Çocukların sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı	
Özellikler	Ort±SS	Test*	Ort±SS	Test*	Ort±SS	Test*	Ort±SS	Test*
Anne-Babanın Maddi Durum Değerlendirmesi								
Gelirim giderimden az	39,32±4,64	KW=7,313	32,92±4,2	KW=3,201	31,42±7,99	KW=0,135	8,38±3,03	KW=10,98
Gelir ve giderim eşit	37,65±4,76	p=0,026	31,87±4,70	p=0,202	30,40±4,61	p=0,935	6,77±2,86	p=0,04
Gelirim giderimden fazla	36,89±5,3		31,32±4,65		30,75±4,15		7,45±2,94	
En uzun süre yaşanan yerleşim birimi								
İl merkezi	37,75±4,80	KW=4,782	31,97±4,28	KW=3,705	31,27±5,84	KW=4,657	7,33±2,80	KW=10,792
İlçe merkezi	37,58±4,95	p=0,092	31,71±5,15	p=0,157	29,71±4,78	p=0,097	6,56±3,17	p=0,005
Kasaba/köy	39,80±4,76		33,33±4,61		30±4,11		8,76±2,79	
Kaza/yaralanmalardan korunmaya yönelik herhangi bir kaynaktan bilgi aldınız mı?								
Evet	37,77±5,04	U=6996	32,54±4,67	U=6318	30,73±4,47	U=6792	7,5±2,99	U=6835
Hayır	37,96±4,74	p=0,867	31,63±4,52	p=0,120	30,61±6,12	p=0,503	6,97±2,93	p=0,538
Annenin devamlı ilaç kullanımı								
Evet	37±4,79	U=1927,5	31±4,34	U=1901	28,7±5,32	U=1660	6,8±2,83	U=1917
Hayır	37,96±4,88	p=0,374	32,1±4,62	p=0,313	30,85±5,40	p=0,069	7,25±2,98	p=0,319
Babanın devamlı ilaç kullanımı								
Evet	35,68±5,43	U=1732	29,63±5,19	U=1686	31,72±4,72	U=2053	6,27±2,65	U=2388
Hayır	38,10±4,76	p=0,034	32,24±4,48	p=0,021	30,56±5,48	p=0,265	7,31±2,99	p=0,974

**Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

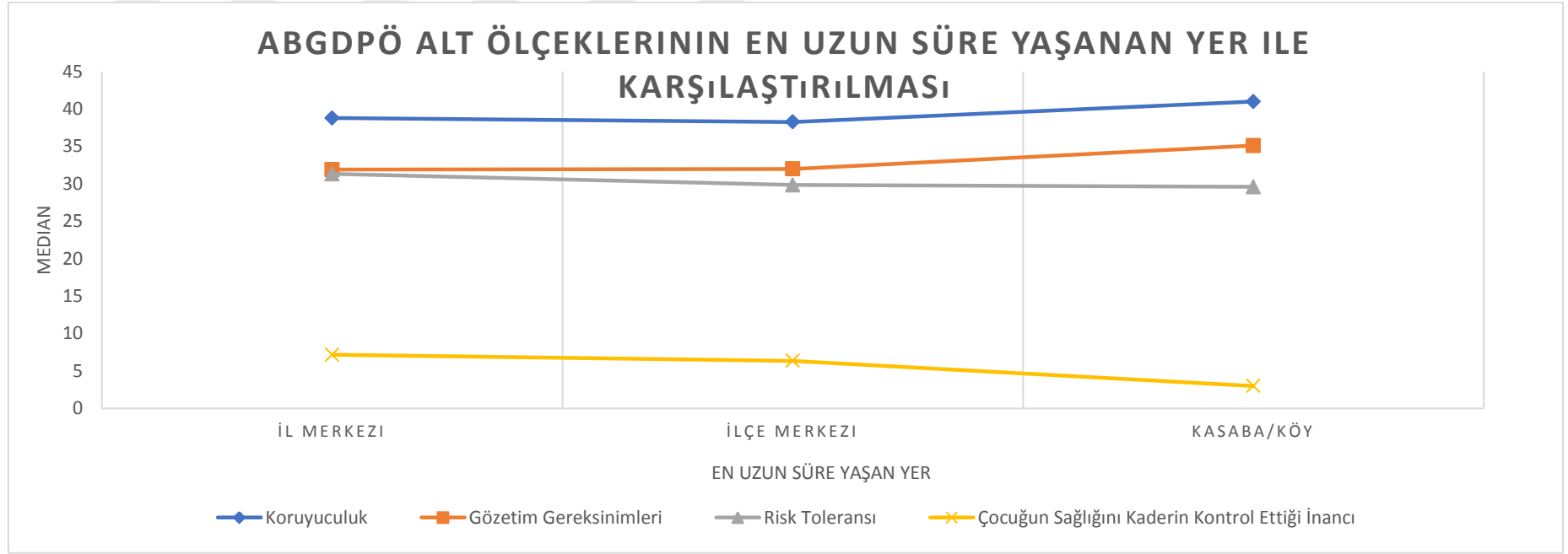


Şekil 4.4. ABGDPÖ alt ölçeklerinin anne yaş grupları arası karşılaştırılması

Tablo 4.15. Kadercilik alt ölçeği ile anne-babanın maddi durum değerlendirmesinin karşılaştırılması

Alt Ölçek	I (Gelirim giderimden az) (Ort+SS)	II (Gelirim giderime eşit) (Ort+SS)	III (Gelirim giderimden fazla) (Ort+SS)	I vs II	I vs III	II vs III
Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı	8,38±3,03	6,77±2,86	7,45±2,94	0,001	0,157	0,192

* İkili karşılaştırmada Mann-Whitney U testi kullanılmıştır p < 0,05



Şekil 4.5. ABGDPÖ alt ölçeklerinin en uzun süre yaşanan yer grupları arası karşılaştırılması

Tablo 4.16. Çocuğun Sağlığını Kaderin Kontrol Ettiği İnancı Alt Ölçeği ile En Uzun Süre Yaşanan Yer Grupları Arası Karşılaştırılması

Alt Ölçek	I (İl merkezi) (Ort+SS)	II (İlçe merkezi) (Ort+SS)	III (Kasaba/köy) (Ort+SS)	I vs II	I vs III	II vs III
Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı	7,33±2,80	6,56±3,17	8,76±2,79	0,032	0,030	0,004

* İkili karşılaştırmada Mann- Whitney U testi kullanılmıştır p <0,05

Tablo 4.9’da anne-babanın maddi durum değerlendirmesi değişkenine ait grupların alt ölçek puanları karşılaştırıldığında çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı alt ölçeğinde en az iki grup arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($KW=10,98$, $p=0,04$). Geliri giderinden az olan grubun puan ortalaması en yüksek ($8,38\pm3,03$), gelirini giderine göre az olan grup ile eşit olan grup arasında geliri giderinden az olan grup lehine anlamlı fark bulundu. Anne-babanın gelir düzeyinin azaldıkça daha kaderci inanca sahip olduğu görüldü.

En uzun süre yaşanan yerleşim birimi değişkenine ait grupların alt ölçek puanları karşılaştırıldığında çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı alt ölçek puanları bakımından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu saptandı ($KW=10,792$, $p=0,005$). En uzun süre kasaba ya da köyde yaşayanların alt ölçek puan ortalaması ($8,76\pm2,79$) en yüksek saptandı. Kasaba ya da köyde yaşayan grup ile ilçe ve il merkezinde yaşayan gruplar arasında kasaba ya da köyde yaşayanlar lehine anlamlı fark saptandı. Kasaba/köyde yaşayan ailelerde merkezde yaşayanlara göre kaderci inanışın daha fazla olduğu görüldü.

Bilgi alınan kaynak ile alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

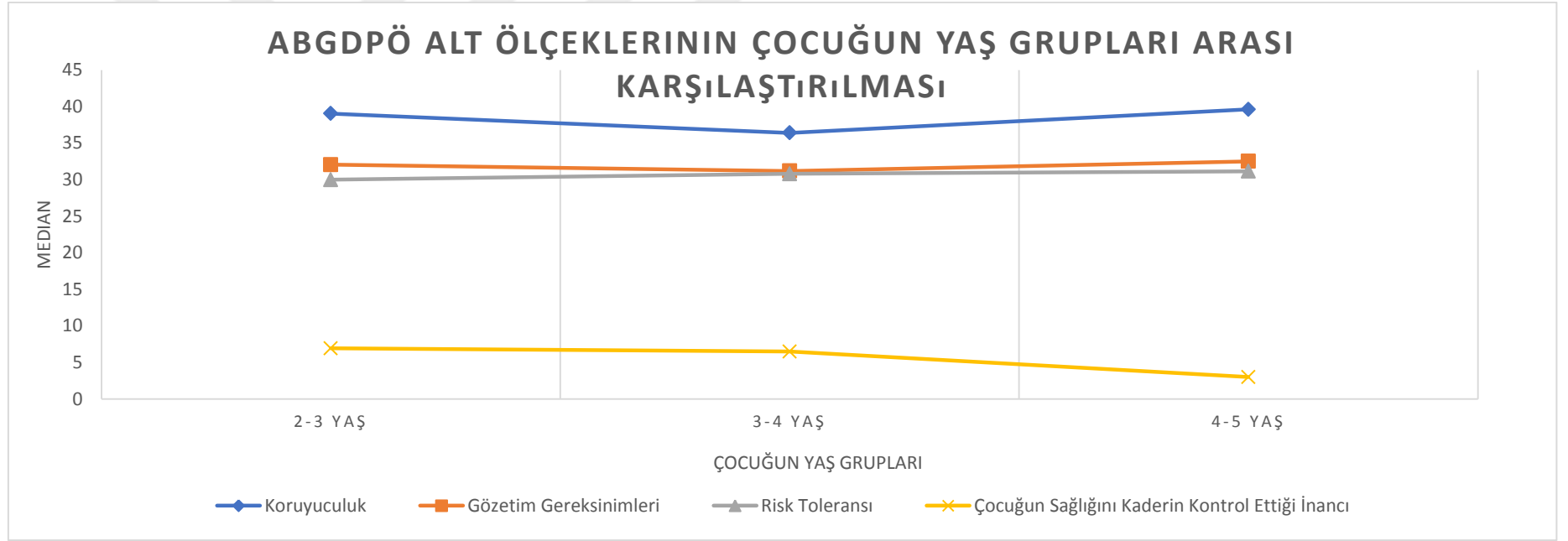
Annenin düzenli ilaç kullanmasını gerektirecek hastalığı olup olmaması ile alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmazken babanın düzenli ilaç kullanmasını gerektirecek hastalığının olması ile koruyuculuk ($U=1732$, $P=0,034$) ve gözetim gereksinimleri ($U=1686$, $P=0,021$) arasında anlamlı fark bulundu. Devamlı ilaç kullanmayan babaların koruyuculuk ve gözetim gereksinimleri alt ölçek puanlarının ilaç kullananlara göre daha yüksek olduğu ve farklılaşmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Tablo 4.17. Çocukların tanıtıcı özelliklerine göre ABGDPÖ alt ölçek puan ortalaması karşılaştırılması

	Koruyuculuk		Gözetim Gereksinimleri		Risk Toleransı		Çocukların sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı	
Özellikler	Ort±SS	Test*	Ort±SS	Test*	Ort±SS	Test*	Ort±SS	Test*
Çocuk sayısı								
1 Çocuk	37,61±4,93	KW=1,01	32,10±4,27	KW=0,972	30,97±6,85	KW=0,602	7,18±2,96	KW=0,138
2 Çocuk	38,14±4,83	p=0,604	31,71±4,69	p=0,615	30,60±4,39	p=0,740	7,27±3,02	p=0,933
3 Çocuk ve üzeri	37,59±4,95		32,87±5,12		30,09±4,67		7,06±2,86	
Ailenin kaçınıcı çocuğu								
İlk çocuk	37,76±4,93	KW=2,201	31,77±4,57	KW=0,858	31,25±6,13	KW=4,676	7,21±2,92	KW=0,034
2. çocuk	38,29±4,80	p=0,333	32,06±4,57	p=0,651	30,22±4,37	p=0,097	7,27±3,13	p=0,983
3.çocuk ve üzeri	37,04±4,81		33±4,94		29,2±4,63		7,04±2,7	
Cinsiyet								
Kız	38,07±4,8	U=6786	32±4,34	U=6875	30,7±4,37	U=7138	7,09±2,99	U=6852
Erkek	37,69±4,9	p=0,511	32±4,86	p=0,551	30,61±6,27	p=0,915	7,33±2,95	p=0,521
Çocuğun yaşı								
2-3 yaş	37,96±5	KW=8,312	32,27±4,63	KW=3,752	30,29±6,70	KW=2,724	7,03±2,81	KW=0,767
3-4 yaş	35,65±5,36	p=0,016	30,39±4,56	p=0,153	30,68±5,08	p=0,256	7,13±3,10	p=0,682
4-5 yaş	38,58±4,36		32,34±4,51		30,98±4,23		7,40±3,06	

**Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

Tablo 4.17’de çocuğa ait özellikler ABGDPÖ alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldı. Çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu, sahip olunan çocuk sayısı ve çocuğun cinsiyeti ile alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmazken çocukların yaş grupları ile koruyuculuk alt ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktaydı (KW=8,312, P=0,016). Alt gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda 2-3 yaş grubu, 3-4 yaş grubuna göre, 3-4 yaş grubu da 4-5 yaş grubuna göre koruyuculuk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.



Şekil 4.6. ABGDPÖ alt ölçeklerinin çocuğun yaş grupları arası karşılaştırılması

Tablo 4.18. Koruyuculuk alt ölçeği ile çocuğun yaş grupları arası karşılaştırılması

Alt Ölçek	I	II	III	I vs II	I vs III	II vs III
Koruyuculuk	37,96±5	35,65±5,36	38,58±4,36	0,024	0,524	0,004

* İkili karşılaştırmada Mann- Whitney U testi kullanılmıştır p <0,05

Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Anne ve baba yaşı değişkeni ve gözetim ölçeğine ait alt ölçek skorlarının katılımcının daha önce kaza geçirmiş olup olmama durumuna etkisini tahmin etmek için lojistik regresyon analizi uygulandı. Lojistik regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır, $\chi^2(9)= 29,601$, $p<0,005$. Model daha önce kaza geçirip geçirmemiş olma değişkeninde varyansın %18'ini açıklamaktadır (Nagalkerke R^2) ve sınıflandırma tablosuna göre vakaların yaklaşık olarak %80'ini doğru açıkladığı görülmektedir. Anne yaşı 18-24 aralığında olan bir annenin 40 yaş üstü bir anne göre kaza geçirmiş olma ihtimali 23,603 kat daha fazladır (Odds oranı=23,603) (GA=1,118- 498,507).

Alt ölçeklerin regresyon modelinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur. Koruyuculuk alt ölçeğindeki artış kaza geçirmiş olma ihtimalini düşürmektedir. Gözetim alt ölçeğindeki artış kaza geçirmiş olma ihtimalini artırmaktadır. Risk toleransı alt ölçeğindeki artış kaza geçirmiş olma ihtimalini düşürmektedir. Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı alt ölçeğindeki artış kaza geçirmiş olma ihtimalini artırmaktadır.

Çoklu Doğrusal Regresyon Sonuçları

ABGDPÖ ölçeğine ait alt ölçeklerin hangi bağımsız değişkenler tarafından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıklandığını analiz edebilmek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapıldı. Varsayımların yerine getirilip getirilmediğini değerlendirmek için standartlaştırılmış artık değerlerin normal p-p plot ve dağılım grafiği sonuçları kontrol edildi.

Koruyuculuk alt ölçeğinin tahmin edilen değişken olduğu modele göre bağımsız değişkenler varyansın %8'sini tahmin etmektedir ($F(5,233)=5,114$) ($p<0.001$) ($R^2=,099$). Anne eğitimi, baba eğitimi, anne yaşı, baba yaşı ve çocuğun yaşı bağımsız değişkenlerinin koruyuculuk alt ölçeğinin anlamlı bir şekilde tahmin edip edemediği test edildi. Annenin yaşı, babanın yaşı, çocuğun yaşı ve babanın eğitim durumu değişkenlerinin koruyuculuk alt ölçeğini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde tahmin etmediği bulundu ($p>0.05$). Annenin eğitimi değişkeninin koruyuculuk alt ölçeğini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde tahmin ettiği bulundu ($p<0,05$). Bağımsız değişkenlerdeki her bir birim artış için sonuç değişkenindeki skor artışı değerleri sırasıyla -0,221 (Anne eğitimi), -0,073 (Baba eğitim), 0,012 (Çocuk yaşı), 0,046 (Anne yaşı) ve -0,184 (Baba yaşı) şeklinde saptandı.

Gözetim özellikleri alt ölçeğinin tahmin edilen değişken olduğu modele göre bağımsız değişkenler varyansın %5'sini tahmin etmekteydi ($F(5,234)=3,614$) ($p<0.001$) ($R^2=,072$). Anne eğitimi, baba eğitimi, anne yaşı, baba yaşı ve çocuğun yaşı bağımsız değişkenlerinin

gözetim özellikleri alt ölçeğinin anlamlı bir şekilde tahmin edip edemediği test edildi. Annenin yaşı, babanın yaşı, çocuğun yaşı ve babanın eğitim durumu değişkenlerinin koruyuculuk alt ölçeğini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde tahmin etmediği bulundu ($p>0.05$). Annenin eğitimi değişkeninin gözetim özellikleri alt ölçeğini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde tahmin ettiği bulundu ($p<0,05$). Bağımsız değişkenlerdeki her bir birim artış için sonuç değişkenindeki skor artışı değerleri sırasıyla -0,256 (Anne eğitimi), -0,001 (Baba eğitim), -0,008 (Çocuk yaşı), -0,003 (Anne yaşı) ve -0,132 (Baba yaşı) şeklinde saptandı.

Risk toleransı alt ölçeğinin tahmin edilen değişken olduğu modele göre bağımsız değişkenler varyansın %3'ünü tahmin etmekteydi ($F(5,234) = 2,390$) ($p<0.05$) ($R^2=,049$). Anne eğitimi, baba eğitimi, anne yaşı, baba yaşı ve çocuğun yaşı bağımsız değişkenlerinin risk toleransı alt ölçeğinin anlamlı bir şekilde tahmin edip edemediği test edildi. Annenin yaşı, babanın yaşı ve babanın eğitim durumu değişkenlerinin koruyuculuk alt ölçeğini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde tahmin etmediği bulundu ($p>0.05$). Annenin eğitimi ve çocuğun yaşı değişkenlerinin risk toleransı alt ölçeğini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde tahmin ettiği bulundu ($p<0,05$). Bağımsız değişkenlerdeki her bir birim artış için sonuç değişkenindeki skor artışı değerleri sırasıyla 0,197 (Anne eğitimi), -0,043 (Baba eğitim), 0,144 (Çocuk yaşı), 0,048 (Anne yaşı) ve -0,016 (Baba yaşı) şeklinde saptandı.

Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı alt ölçeğinin tahmin edilen değişken olduğu modele göre bağımsız değişkenler varyansın %7'sini tahmin etmektedir ($F(5,234)=4,724$) ($p<0.05$) ($R^2=,092$). Anne eğitimi, baba eğitimi, anne yaşı, baba yaşı ve çocuğun yaşı bağımsız değişkenlerinin çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı alt ölçeğinin anlamlı bir şekilde tahmin edip edemediği test edildi. Annenin yaşı, babanın yaşı, annenin eğitimi, babanın eğitim ve çocuğun yaşı değişkenlerinin çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı alt ölçeğini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde tahmin etmediği bulundu ($p>0.05$). Bağımsız değişkenlerdeki her bir birim artış için sonuç değişkenindeki skor artışı değerleri sırasıyla -0,125 (Anne eğitimi), -0,134 (Baba eğitim), 0,064 (Çocuk yaşı), -0,013 (Anne yaşı) ve -0,134 (Baba yaşı) şeklinde saptandı.

5. TARTIşMA

Çalışmamızda, öncelikli olarak tanımlayıcı veriler ile kaza geçirme durumu ve anne-babaların, çocukların özellikleri ile kaza geçirme durumu arasındaki ilişki incelendi.

Çalışmamıza katılan 2-5 yaş arası çocuklarda kaza geçirme oranının %22,5, kaza sonrası tedavi ihtiyacının %11,7, hastaneye yatırılma oranının ise %2,5 olduğu saptandı. Ülkemizde kaza geçirme oranı Erkal ve Şafak'ın çalışmasında %38,4 [91], Yalaki ve arkadaşlarının çalışmasında ise %49,6 olarak bildirilmiştir [92]. İtalya'da 2016 yılında yapılan bir çalışmada, 18 ay altı çocuklarda en az bir kez istemsiz kaza/yaralanma oranı %63,3 saptanmış [93] ve benzer olarak Japonya'da geniş bir örnekleme yapılan 18 ay altı çocuklarda bu oran %68 saptanmış [93]. Çinli çocuklarla ilgili bir anket çalışmasında 6 yaşından küçük çocuklarda ölümcül olmayan bir kaza/yaralanma oranı %12,9 [94] ve 1-4 yaş arası Nepalli çocuklarda %3 olarak belirlenmiş [95]. Yunanistan'da 0-6 yaş arası çocukların %23'ü geçmişte bir yaralanma yaşamış [96]. Peru'da 1-4 yaş arası çocuklarda %26 ciddi yaralanma oranı bildirmiş [97]. Farklı ülkelerde yaralanma oranlarının değişkenliğini birkaç faktör açıklayabilir. Bunlar veri toplama yöntemlerindeki olası farklılıklar ve sosyodemografik açıdan nüfus örneklerinde (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir), kültürel (sağlık sistemi) ve yaşam tarzı (sağlık hizmeti arama davranışı) özelliklerindeki farklılıklar olabilir.

Çalışmamızda en sık geçirilen kazanın %16,7 ile düşme, sırasıyla %4,6 ile yanık ve %1,7 ile besin/cisim ile tıkanma izlemekteydi. Düşme oranının yapılan farklı çalışmalarda %1 ile %61 arasında değiştiğini görmekteyiz [92, 95]. Ancak yapılan pek çok çalışma incelendiğinde düşmenin en çok istemsiz kaza/yaralanma nedeni olduğunu görmekteyiz bu yaş grubunda denge kabiliyetlerinin yetersiz olması ve bağımsız hareket etme isteklerinin fazla olması buna neden olabilir. Ancak ailelerin aldığı önlemler ve ev ortamının buna göre düzenlenmesi ile ilgili verilecek güvenlik önlemleri bu oranı düşürmeye yardımcı olabilir.

Araştırmamızda anne yaşı arttıkça çocukların kaza geçirme sıklığının azaldığı saptanmış, ki kare analizi sonucunda anne yaşı ile kaza geçirme durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Kaza geçirme oranı en yüksek olarak 18-24 yaş grubundaki annelerin çocuklarında (%77,8) olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Yalaki ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan anne yaşı küçüldüğünde kaza sıklığının arttığı saptanmıştır [92]. Evde yaşayan bireylerin yaşının büyük olduğu durumlarda evdeki tehlikeli durumları belirlemede daha tecrübeli oldukları görülmüştür [98]. Daha önce yapılan ailenin tutumu ile çocuğun kaza geçirme durumu arasındaki bir çalışmada yaşı daha genç olan annelerin temizleyici maddeler ve ilaçları saklama konusunda yaşı büyük olan annelere göre

daha özensiz olduğu gösterilmiştir [99]. Ancak bunun tersi olarak anne yaşı arttıkça kaza sıklığı artan çalışmalar da bulunmaktadır [96] yapılan iki farklı çalışmada ise anne yaşı ile kaza geçirme durumu arasında bağlantı bulunamamıştır [100, 101]. Daha genç annelerin daha tecrübesiz olmaları ve evde aldıkları güvenlik önlemlerinin yetersiz olması bu durumu açıklayabilir.

Annelerin ve babaların öğrenim düzeyi ile çocukların kaza geçirme durumu arasında anlamlı bir ilişki çalışmamızda bulunmamakla birlikte literatürde eğitim seviyesi yükseldikçe çocuklarda yaralanmanın azaldığı ile ilgili yayınlar mevcuttur [102].

Araştırmamızda kaza/yaralanma geçiren çocukların sıklıkla kız çocukları olduğu (%26,3), ancak kız ve erkek çocuklar arasında kaza/yaralanma geçirme sıklığı açısından anlamlı bir fark olmadığı saptandı. ABD’de yapılan bir çalışmada ise erkek çocukların anlamlı olarak daha fazla oranda kaza/yaralanma geçirdiklerini göstermektedir [103]. İnanç ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada yaralanmaların erkeklerde kızlara göre 2,2 kat fazla ve istatistiksel olarak anlamlı saptamışlardır [104]. Ayrıca ailelerin kız çocuklarına erkeklere göre daha koruyucu davrandıklarını belirtmişler bu da erkek çocuklarının neden çok yaralandığını açıklayabilir [105].

Çalışmamızda ABGDPÖ alt ölçeklerinin kendi arasındaki korelasyon analizini incelediğimizde ise gözetim gereksinimleri ile koruyuculuk arasında orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görüldü. Risk toleransı ile gözetim gereksinimleri arasında, negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görüldü. Anne-babaların risk toleransı puan ortalaması arttıkça gözetim gereksinimleri puan ortalamasının düştüğü yani, anne-babaların risk toleransı ne kadar fazla olursa, gözetim gereksinimlerinin o kadar az olduğu saptandı. Azar ve arkadaşlarının 2016 yılında ABD’de yaptıkları çalışmada PSAPQ kullanılmış ve çalışma sonucunda risk toleransı ve kader inancının puan ortalamalarının yüksek olduğu durumlarda yaralanmayı önlemede yetersiz, koruyuculuk ve gözetim gereksinimi puanlarının yüksek olduğu durumlarda ise yaralanmayı önlemede yeterli olduğu gösterilmiş [106].

ABGDPÖ alt ölçek puanları ile anne ve babanın sosyodemografik özelliklerine göre elde ettiğimiz başlıca sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

Yaşı 40’ın üstünde olan annelerin risk toleransı puan ortalamasının en yüksek olduğu görüldü. Anne yaşı arttıkça risk toleransı puan ortalamasının arttığı görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda, anne yaşı ile kaza/yaralanma oranları arasında ilişki bulunamamış olsa da yapılan bazı çalışmalarda ise anne-baba yaşı arttıkça ev kazası riskinin arttığı belirtilmiştir.

Anne yaşı arttıkça tecrübe ve deneyimin arttığını bilmekteyiz bu nedenle anneler daha riskli davranışlara izin veriyor olabilirler.

Çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı puan ortalamasının en yüksek 25-29 yaş grubunda olduğu görüldü. 25-29 ile 30-34 yaş grubu ortalaması arasında 25-29 yaş grubu lehine yine 25-29 yaş grubu ile 40 yaş üstü arasında da 25-29 yaş grubu lehine anlamlı fark bulundu. Yapılan pek çok çalışma ailelerin istemsiz yaralanmalar konusunda kadere inandıklarını göstermektedir. UNİCEF'in 2006-2008 yılları arası Bangladeş'te çocuklarda kaza/yaralanmaları önleme programında araştırmalarda katılımcıların %56'sı yaralanmanın önlenabilir olduğuna, %36'sı yaralanmanın hem önlenabilir hem de kişinin kaderi tarafından kontrol edilebilir olduğuna ve %8'i sadece kaderinin yaralanmadan sorumlu olduğuna inandığını belirtmiş [105]. Yeniyapı'nın yaptığı annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanımlama ölçeği ve ebeveyn sağlık inanç ölçeğinin kullanıldığı çalışmada annelerin şans faktörleri puan ortalaması arttıkça ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerine ait puan ortalaması azalmaktadır [107]. Annelerin daha genç yaş grubunda daha çok kadere inandığı çalışmamızda saptanmış olup bu da benzer şekilde Yıldırım ve ark.'ın 1-4 yaş arası çocuklarda yaptığı çalışmada annelerin çoğunluğunun 21-30 yaş arasında olması ve çalışmada ev kazası sıklığının yüksek bulunması ile ilişkili olabilir.

Annenin öğrenim durumu değişkenine ait grupların alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; koruyuculuk, gözetim gereksinimleri ve çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktaydı. Annenin öğrenimi ilköğretim ve ortaokul olanların üniversite/yüksek lisans/doktora olanlara göre koruyuculuk, gözetim gereksinimleri ve çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı alt ölçek puan ortalamalarında arttığını görmekteyiz. Koruyuculuk ve gözetim gereksinimleri puan ortalamaları yüksek olan annelerin eğitim düzeylerinin daha düşük olmasını annelerin çocuklarıyla daha fazla vakit geçirmesiyle daha yüksek olanların ise iş hayatında daha aktif rol alıp çocuklarına daha az zaman ayırabilmeleri ile ilişkili olabilir. Yine kadere inanışın eğitim seviyesi arttıkça düştüğünü varsayabiliriz. Babanın öğrenim durumu değişkenine ait grupların alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; koruyuculuk, gözetim gereksinimleri ve çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. 2009 yılında ABD'de yapılan 2-5 yaş arası çocuğu olan birinci derece bakım verenlerin katıldığı bir çalışmada süpervizyon özelliklerini değerlendirmek için PSAPQ kullanılmış. Bu çalışma sonucunda süpervizyon ile ilişkili bakıcı denetim puanları çocuğun cinsiyeti, bakıcının eğitim durumu ile önemli ölçüde farklılık göstermemiş ancak

çocuk ve bakıcı yaşı ile ilişkili saptanmış. Yine bu çalışma sonucunda bakım veren baba olduğu demografik özellikler ile ilgili anlamlı bir ilişki saptanmamış [108]. Tsoumakas ve ark.'ı eğitim düzeyi yüksek olan anneler ve eğitim düzeyi düşük olan babaların çocuklarında ev kazaları sıklığının arttığını bildirmişlerdir [96]. Annenin eğitim düzeyi arttıkça iş hayatında daha aktif rol alması ve çocuklarıyla daha az vakit geçirmeleri olarak gösterilebilir. Babaların ise eğitim düzeyi düştükçe hem bu konuda eğitim seviyelerinin yetersiz olması gerekse iş hayatında daha az aktif olmaları ve bunun ev içi ortama yansımaları açıklanabilir.

Annenin çalışma durumu değişkeni gruplarının gözetim gereksinimleri ve çocuğun sağlığın kaderin kontrol ettiği inancı alt ölçek skorları farklılaşmaktaydı. Çalışmayan annelerin her iki alt ölçek puan ortalaması daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Babanın çalışma durumu ile ilgili olarak alt ölçek puanları ile anlamlı bir ilişki bulunamadı. Ancak babaların istemsiz yaralanmalardaki rolünü araştırmak için bir çalışma yapılmış ve yaralanmanın en güçlü öngörücüsü olarak babaların işyerinden aile hayatına kazandırdıkları saptanmıştır; babaların yüksek kaliteli bir iş deneyiminin tipik olarak evlerinde mutluluğa uzandığını öne sürmüşler [109].

Anne-babanın maddi durum değerlendirmesi değişkenine ait grupların alt ölçek puanları karşılaştırıldığında çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı alt ölçeğinde en az iki grup arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Geliri giderinden az olan grubun puan ortalaması en yüksek saptandı. Sosyoekonomik olarak daha düşük seviyesi olan ailelerde kadercilik inancının fazla olduğunu görmekteyiz bu da aileleri yaralanmalar konusunda önlem alma becerilerinin yetersiz olduğunu gösterebilir. Yapılan pek çok çalışmada daha düşük sosyoekonomik durumun kaza geçirme oranını arttırdığı saptanmış. Tural Büyük' ün geliri giderden az olan annelerin daha az güvenlik önlemi aldığı belirtilmiştir [101].

En uzun süre yaşanan yerleşim birimi değişkenine ait grupların alt ölçek puanları karşılaştırıldığında çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı alt ölçek puanları bakımından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu saptandı. En uzun süre kasaba ya da köyde yaşayanların alt ölçek puan ortalaması en yüksek saptandı. Çocukluk çağı kazaları kırsal, yarı-kentsel yerleşim bölgelerinde, gecekonduya yaşayanlarda daha sık olduğu gösterilmiştir [10, 110]. Balibey ve ark.'nın çalışmasında, erkek çocuklarının kaza geçirme hızı kırsal yaşam alanında daha yüksek ve anlamlı bulunurken, kentsel ve yarı kentsel alanda cinsiyet farkı anlamlı bulunmamıştır .

Annenin düzenli ilaç kullanmasını gerektirecek hastalığı olup olmaması ile alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmazken babanın düzenli ilaç kullanmasını

gerektirecek hastalığının olması ile koruyuculuk ve gözetim gereksinimleri arasında anlamlı fark bulundu. Devamlı ilaç kullanmayan babaların koruyuculuk ve gözetim gereksinimleri alt ölçek puanlarının ilaç kullananlara göre daha yüksek olduğu ve farklılaşmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bunu kronik rahatsızlığı olan babaların çocuk bakımında daha az aktif rol alması ile ilişkilendirebiliriz. Babalar için böyle bir çalışma olmasa da anneler için Yeniyapı'nın 2018 yılında yaptığı çalışmada tanı konulmuş kronik hastalığı olmayan annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik aldıkları güvenlik önlemlerinin fazla olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuş [107].

Çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu, sahip olunan çocuk sayısı ve çocuğun cinsiyeti değişkenlerinin grupları arasında alt ölçek skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken çocuğun yaşı değişkeni grubu ile koruyuculuk alt ölçeği puan ortalaması ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktaydı. Alt gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda 2-3 yaş grubu, 3-4 yaş grubuna göre, 3-4 yaş grubu da 4-5 yaş grubuna göre koruyuculuk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Annelerin çocuğun yaşı küçüldükçe daha koruyucu davrandığı görmekteyiz bunu bu yaş grubunda yaralanmayı daha çok görmeleri ve bakım konusunda daha hassas davranmaları ile ilişkilendirebiliriz. Çalışmamıza benzer şekilde Yeniyapı'nın yaptığı çalışmada çocuğun yaşı arttıkça annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik güvenlik önlemlerinin azaldığı görülmüştür [107].

Anne yaşı ve baba yaşı ile gözetim ölçeğine ait alt ölçek skorlarının katılımcının daha önce kaza geçirmiş olup olmama durumuna etkisini tahmin etmek için lojistik regresyon analizi uygulandı ve anne yaşı 18-24 aralığında olan bir çocuğun 40 yaş üstü annesi olana göre kaza geçirmiş olma ihtimali 23,603 kat daha fazla saptandı.

ABGDPO ölçeğine ait alt ölçeklerin hangi bağımsız değişkenler tarafından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıklandığını analiz edebilmek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapıldı. Annenin eğitimi değişkeninin koruyuculuk, gözetim özellikleri, risk toleransı alt ölçeğini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde tahmin ettiği bulunmuştur ($p<0,05$). Anne eğitimi değişkenindeki her bir birim artış için modeldeki sonuç değişkeninde koruyuculuk alt ölçeğinde -0,221 birim azalma, gözetim gereksinimlerinde -0,256 birim azalma, risk toleransında ise 0,197 birim artış olduğu sonucu görülmektedir. Bu sonuca göre her bir yeni katılımcıda anne eğitim seviyesindeki artışın daha az koruyuculuğa, daha az gözeticiliğe ve daha yüksek risk toleransına işaret ettiğini söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonucunda, 2-5 yaş grubunda çocuğu olan anne-babaların tanımlayıcı özellikleri, gözetim özellikleri ve bunlar arasında ilişki ile ilgili sonuçlar elde etmiş olduk. Çalışmamıza katılan çocukların %22,5 oranında kaza/yaralanma geçirdiği, bunların yarısının da tedavi ihtiyacı olduğunu saptadık. Çocukların geçirmiş oldukları kazalarının tipleri incelendiğinde ise en sık geçirilen kazanın düşme ve yanık olduğunu belirledik. Çocuklarda düşme ve yanıklar ön sırada yaralanma nedeni olup bu konuda önleyici çalışmalar yapılması gerekmektedir. Anne-babaların yarıya yakınının kaza/yaralanmalardan korunmaya yönelik herhangi bir kaynaktan bilgi aldığı, %27,5 internet/TV/radyo, %22,1 aile yakınları, %20,4 kitap/dergi/gazete, %17,1 kreş/öğretmen aracılığı ile bilgi aldığı öğrenildi. Günümüzde en çok bilgi alınan kaynak internet/tv/radyo olarak belirtildi; güvenlik önlemleri ve kaza/yaralanmalar hakkında bilgilendirmeleri internet kullanarak aile ve çocuklara ulaştırmamız daha kolay olabilir.

Araştırmamızda, anne ve baba yaşı arttıkça çocukların kaza/ yaralanma geçirme sıklığının azaldığı saptandı; anne yaşı ile yaralanmayı etkileyen değişkenlerin arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Kaza/ yaralanma oranı 18-24 yaş grubundaki annelerin çocuklarında en yüksekti (%77,8). Tüm ailelere kaza/yaralanmalar konusunda eğitim verilmesi önemli olsa daha küçük yaştaki anne-babalara poliklinik vizitlerinde özellikle bu konuda eğitim verilmesine dikkat edilebilir.

Anne yaşı küçük, çalışmayan ve eğitim düzeyi düşük annelerin çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır; bu da kaza geçirme oranında artışı açıklayabilmekte yine kazaların önlenabilir olduğuyla ilgili çalışmaların devamını gerektirmektedir.

Anne-babanın yaşadığı yerleşim birimi kasaba/köy olanların ve gelirini giderinden az olarak değerlendiren grubun çocuğun sağlığını kaderin kontrol ettiği inancı puan ortalamaları belirgin şekilde yüksek saptandı. Yapılan çalışmalar da bu gruplarda kaza/yaralanma oranının yüksek olduğunu göstermekteydi. Kaza/yaralanmaların önlenabilir olduğuyla ilgili koruyucu güvenlik önlemleri konusunda bilgilendirmenin toplumumuzdaki önemini yeniden vurgulamalıyız.

Anketin daha geniş popülasyonda, farklı yaş gruplarında uygulanması, kaza/yaralanmalar ile ilgili aile tutumları ile ilgili daha ayrıntılı bilgi sahibi olmamızı sağlayacaktır. Poliklinik izleminde kaza/yaralanmaların önlenabilir olduğuyla ilgili bilgi verilmesi bir halk sağlığı sorunu olan çocuk yaş grubunda kaza/yaralanmaları azaltma ve önlemede önemli katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

- [1] “WHO | World report on child injury prevention,” *WHO*, 2015.
- [2] Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. “European report on child injury prevention,” *World Heal. Organ.*, 2008.
- [3] Alasya E. “1- 6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazası Görülme Sıklığı,” 2012.
- [4] Uğur Baysal S. “Çocukluk Çağında Yaralanmaların Kontrolü,” in *Temel Pediatri*, Temel Pedi., E. Hasanoğlu, A. Bideci, R. Düşünsel, and K. Boduroğlu, Eds. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2020, pp. 206–210.
- [5] Runyan CW. *et al.*, “Unintentional injuries in the home in the United States: Part I: Mortality,” *Am. J. Prev. Med.*, vol. 28, no. 1, pp. 73–79, Jan. 2005, doi: 10.1016/j.amepre.2004.09.010.
- [6] Kendrick D. *et al.*, “Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention,” *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2012, no. 9, Sep. 2012, doi: 10.1002/14651858.CD005014.pub3.
- [7] Öz ŞS, Baysal SU, Gökçay G. “Determination of injury risks in 0 to 5 years of age group children by a safety checklist,” *Türkiye Klin. Pediatr.*, vol. 26, no. 2, pp. 50–59, 2017, doi: 10.5336/pediatr.2017-55337.
- [8] Morrongiello BA, Hogg K. “Mothers’ Reactions to Children Misbehaving in Ways that Can Lead to Injury: Implications for Gender Differences in Children’s Risk Taking and Injuries,” *Sex Roles*, vol. 50, no. 1–2, pp. 103–118, Jan. 2004, doi: 10.1023/B:SERS.0000011076.43831.a6.
- [9] Morrongiello BA, Ondejko L, Littlejohn A. “Understanding toddlers’ in-home injuries: I. Context, correlates, and determinants,” *J. Pediatr. Psychol.*, vol. 29, no. 6, pp. 415–431, Sep. 2004, doi: 10.1093/jpepsy/jsh046.
- [10] Uğur Baysal S, Birinci A. “Çocukluk Çağında Kazalar ve Yaralanma Kontrolü,” *Türkiye Klin. J Pediatr Sci*, vol. 16, no. 2, pp. 64–78, 2006.
- [11] Morrongiello B.A., House, K. Measuring parent attributes and supervision behaviors relevant to child-injury risk: Examining the usefulness of questionnaire measures. *Injury Prevention*, 10, 114-118, 2004.
- [12] Morrongiello B.A., Corbett, M. The Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire (PSAPQ): A measure of supervision that is relevant for understanding children's risk of unintentional injury. *Injury Prevention*, 12, 19-23, 2005.

- [13] Johnston, BD, Grossman DC, Connell FA, Koepsell TD. "High-risk periods for childhood injury among siblings," *Pediatrics*, vol. 105, no. 3, pp. 562–568, Mar. 2000, doi: 10.1542/peds.105.3.562.
- [14] Moody-Williams JD. *et al.*, "Injury prevention and emergency medical services for children in a managed care environment.," *Ann. Emerg. Med.*, vol. 35, no. 3, pp. 245–51, Mar. 2000, doi: 10.1016/s0196-0644(00)70075-8.
- [15] Berkowitz CD. *Berkowitz's Pediatrics: a Primary Care Approach*. American Academy of Pediatrics, 2011.
- [16] "STED." [Online]. Available: <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/2.html>. [Accessed: 19-Feb-2020].
- [17] Gilchrist J, Ballesteros MF, Parker EM. "Vital signs: Unintentional injury deaths among persons aged 0-19 years - United States, 2000-2009," Apr. 2012.
- [18] Frieden TR, Degutis LC, Baldwin GT. "Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. National Action Plan for Child Injury Prevention.," Atlanta, CDC, NCIPC, 2012.
- [19] *Target Programme for the PREVENTION OF HOME AND LEISURE ACCIDENT INJURIES 2014-2020*. Helsinki, Finland: Ministry of Social Affairs and Health, 2014.
- [20] "Ölüm Nedeni İstatistikleri." [Online]. Available: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083. [Accessed: 20-Feb-2020].
- [21] Turan T. *et al.*, "0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi The prevention of home accidents among children aged 0-6 years," 2010.
- [22] Kurt Fy, Aytekin A. "0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazaları," *Sağlık Bilim. ve Meslekleri Derg.*, vol. 2, no. 1, p. 22, Jan. 2015, doi: 10.17681/hsp.26873.
- [23] Demir, U, Aşırdizer M, Etli Y, Kartal E, Gümüş O, Hekimoğlu Y. "Analysis of accidental deaths of children under five years of age," *Turkish J. Forensic Med.*, vol. 31, no. 1, pp. 17–25, 2017, doi: 10.5505/adlitip.2017.83792.
- [24] Hong, J, Lee B, Ha E.H, Park H. "Parental socioeconomic status and unintentional injury deaths in early childhood: Consideration of injury mechanisms, age at death, and gender," *Accid. Anal. Prev.*, vol. 42, no. 1, pp. 313–319, Jan. 2010, doi: 10.1016/j.aap.2009.08.010.
- [25] Akin E, Berkem M. "Klinik Araştırma İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikiyatrik Tanıların, Demografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi," 2012.

- [26] Cunningham RM, Walton MA, Carter PM. "The Major Causes of Death in Children and Adolescents in the United States.," *N. Engl. J. Med.*, vol. 379, no. 25, pp. 2468–2475, Dec. 2018, doi: 10.1056/NEJMSr1804754.
- [27] Borse NN. *et al.*, "CDC Childhood Injury Report: Patterns of Unintentional Injuries among 0-19 Year Olds in the United States, 2000-2006," 2008.
- [28] Soori H, Khodakarim S. "Child unintentional injury prevention in Eastern Mediterranean Region," *Int. J. Crit. Illn. Inj. Sci.*, vol. 6, no. 1, pp. 33–39, Jan. 2016, doi: 10.4103/2229-5151.177366.
- [29] İnce T, Yalçın S, Yurdakök K. "Parents' attitudes and adherence to unintentional injury prevention measures in Ankara, Turkey," *Balkan Med. J.*, vol. 34, no. 4, pp. 335–342, Aug. 2017, doi: 10.4274/balkanmedj.2016.1776.
- [30] Laursen B, Nielsen JW. "Influence of sociodemographic factors on the risk of unintentional childhood home injuries.," *Eur. J. Public Health*, vol. 18, no. 4, pp. 366–70, Aug. 2008, doi: 10.1093/eurpub/ckn034.
- [31] Hussey JM. "The effects of race, socioeconomic status, and household structure on injury mortality in children and young adults.," *Matern. Child Health J.*, vol. 1, no. 4, pp. 217–227, 1997, doi: 10.1023/A:1022318610868.
- [32] Ruiz-Casares M. "Unintentional Childhood Injuries in Sub-Saharan Africa: An Overview of Risk and Protective Factors," *J. Health Care Poor Underserved*, vol. 20, no. 4A, pp. 51–67, 2009, doi: 10.1353/hpu.0.0226.
- [33] Edwards P, Green J, Roberts I, Lutchmun S. "Deaths from injury in children and employment status in family: analysis of trends in class specific death rates," doi: 10.1136/bmj.38875.757488.4F.
- [34] Faelker T, Pickett W, Brison RJ. "Socioeconomic differences in childhood injury: A population based epidemiologic study in Ontario, Canada," *Inj. Prev.*, vol. 6, no. 3, pp. 203–208, Sep. 2000, doi: 10.1136/ip.6.3.203.
- [35] Poulos R, Hayen A, Finch C, Zwi A. "Area socioeconomic status and childhood injury morbidity in New South Wales, Australia," *Inj. Prev.*, vol. 13, no. 5, pp. 322–327, Oct. 2007, doi: 10.1136/ip.2007.015693.
- [36] Clarke K, Cooper P, Creswell C. "The Parental Overprotection Scale: Associations with child and parental anxiety," *J. Affect. Disord.*, vol. 151, no. 2, pp. 618–624, Nov. 2013, doi: 10.1016/j.jad.2013.07.007.

- [37] Van Der Voort A, Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ. "Sensitive parenting is the foundation for secure attachment relationships and positive social-emotional development of children," *J. Child. Serv.*, vol. 9, no. 2, pp. 165–176, Jun. 2014, doi: 10.1108/JCS-12-2013-0038.
- [38] Sulik MJ, Blair C, Mills-Koonce R, Berry D, Greenberg M. "Early Parenting and the Development of Externalizing Behavior Problems: Longitudinal Mediation Through Children's Executive Function," *Child Dev.*, vol. 86, no. 5, pp. 1588–1603, Sep. 2015, doi: 10.1111/cdev.12386.
- [39] "Handbook of parenting: Social conditions and applied parenting, Vol. 4, 2nd ed. - PsycNET." [Online]. Available: <https://psycnet.apa.org/record/2002-02522-000>. [Accessed: 12-Apr-2020].
- [40] Çelik Inanç D, Uğur Baysal S, Çetin Z, Çoşkun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. "Injury control in childhood: Family's attitude and safety counseling," *Turkish Arch. Pediatr.*, vol. 43, no. 4, pp. 127–134.
- [41] Little H. "Relationship between parents' beliefs and their responses to children's risk-taking behaviour during outdoor play," *J. Early Child. Res.*, vol. 8, no. 3, pp. 315–330, Oct. 2010, doi: 10.1177/1476718X10368587.
- [42] Jonson-Reid M, Drake B, Zhou P. "Neglect subtypes, race, and poverty: individual, family, and service characteristics.," *Child Maltreat.*, vol. 18, no. 1, pp. 30–41, Feb. 2013, doi: 10.1177/1077559512462452.
- [43] Parkinson G.W, Adams RC, Emerling FG. "Maternal domestic violence screening in an office-based pediatric practice.," *Pediatrics*, vol. 108, no. 3, pp. e43–e43, Sep. 2001, doi: 10.1542/peds.108.3.e43.
- [44] Evans S.E, Davies C, DiLillo D. "Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes," *Aggression and Violent Behavior*, vol. 13, no. 2. Pergamon, pp. 131–140, 01-Mar-2008, doi: 10.1016/j.avb.2008.02.005.
- [45] Notrica DM. *et al.*, "Inflicted versus unintentional injury: towards improved detection and surveillance of supervisory neglect," *J. Pediatr. Surg.*, vol. 55, no. 2, pp. 341–345, Feb. 2020, doi: 10.1016/j.jpedsurg.2019.10.010.
- [46] Sleet DA. "The global challenge of child injury prevention," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 15, no. 9, Sep. 2018, doi: 10.3390/ijerph15091921.

- [47] Roberts I, Norton R, Dunn R, Hassall I. “Effect of environmental factors on risk of injury of child pedestrians by motor vehicles: a case-control study.”
- [48] Mytton J, Towner E, Gray S, Emond A, Pollock J. “Environmental risk factors for injuries in UK primary school aged children,” *Inj. Prev.*, vol. 16, no. Supplement 1, pp. A131–A131, Sep. 2010, doi: 10.1136/ip.2010.029215.469.
- [49] Morrongiello BA, Kiriakou S. “Mothers’ Home-Safety Practices for Preventing Six Types of Childhood Injuries: What Do They Do, and Why?,” *J. Pediatr. Psychol.*, vol. 29, no. 4, pp. 285–297, Jun. 2004, doi: 10.1093/jpepsy/jsh030.
- [50] Ev Ç, Riski K, Selvi Çalışkan B, Balci S. “Resim Yöntemi ile Ev Kazaları Risklerinin ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi.”
- [51] Peden M. *et al.*, *World report on child injury prevention*. 2008.
- [52] Ince T, Yalçın S.S, Yurdakök K. “Çocukluk Çağında Ciddi Kaza Sıklığı Ve Risk Faktörleri,” *Çocuk Sağlığı ve Hast. Derg.*, vol. 57, no. 3, pp. 173–182, 2014.
- [53] “Düşmelerin Önlenmesi | Article | Türkiye Klinikleri.” [Online]. Available: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-dusmelerin-onlenmesi-72702.html>. [Accessed: 25-Feb-2020].
- [54] Yagmur Y, Güloğlu C, Aldemir M, Orak M. “Falls from flat-roofed houses: A surgical experience of 1643 patients,” *Injury*, vol. 35, no. 4, pp. 425–428, Apr. 2004, doi: 10.1016/S0020-1383(03)00198-0.
- [55] Hansbrough JF, Hansbrough W. “Pediatric burns,” *Pediatr. Rev.*, vol. 20, no. 4, 1999, doi: 10.1542/pir.20-4-117.
- [56] Agran PF, Anderson C, Winn D, Trent R, Walton-Haynes L, Thayer S. “Rates of pediatric injuries by 3-month intervals for children 0 to 3 years of age,” *Pediatrics*, vol. 111, no. 6 Pt 1, pp. e683–e692, Jun. 2003, doi: 10.1542/peds.111.6.e683.
- [57] Ytterstad B, Smith GS, Coggan CA. “Harstad injury prevention study: Prevention of burns in young children by community based intervention,” *Inj. Prev.*, vol. 4, no. 3, pp. 176–180, Sep. 1998, doi: 10.1136/ip.4.3.176.
- [58] Maguire S, Moynihan S, Mann M, Potokar T, Kemp AM. “A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children,” *Burns*, vol. 34, no. 8, pp. 1072–1081, 2008, doi: 10.1016/j.burns.2008.02.011.
- [59] Peck MD, Priolo-Kapel D. “Child Abuse by Burning: A Review of the Literature and an Algorithm for Medical Investigations,” *J. Trauma*, vol. 53, no. 5, pp. 1013–1022, 2002, doi: 10.1097/00005373-200211000-00036.

- [60] Reed JL, Pomerantz WJ. "Emergency Management of Pediatric Burns," *Pediatr. Emerg. Care*, vol. 21, no. 2, pp. 118–129, Feb. 2005, doi: 10.1097/01.pec.0000159058.95424.0d.
- [61] Çelik A, Ergün O, Özok G. "Pediatric electrical injuries: A review of 38 consecutive patients," *J. Pediatr. Surg.*, vol. 39, no. 8, pp. 1233–1237, Aug. 2004, doi: 10.1016/j.jpedsurg.2004.04.004.
- [62] Tomkins KL, Holland AJA. "Electrical burn injuries in children," *J. Paediatr. Child Health*, vol. 44, no. 12, pp. 727–730, Dec. 2008, doi: 10.1111/j.1440-1754.2008.01414.x.
- [63] Nunez Lopez O, Norbury WB, Herndon DN, Lee JO. "Special considerations of age: The pediatric burned patient," in *Total Burn Care: Fifth Edition*, Elsevier Inc., 2018, pp. 372-380.e2.
- [64] WHO', "Global report on drowning: preventing a leading killer," Spain, 2014.
- [65] Üstoğlu A, Zülfikar B, Tekant GT, Özcan R. "Characteristics of children 0-6 aged and families showing foreign body aspiration," *Cocuk Cerrahisi Derg.*, vol. 32, no. 3, pp. 93–106, 2018, doi: 10.5222/JTAPS.2018.093.
- [66] Spady DW, Saunders DL, Schopflocher DP, Svenson LW. "Patterns of injury in children: a population-based approach.," *Pediatrics*, vol. 113, no. 3 Pt 1, pp. 522–9, Mar. 2004, doi: 10.1542/peds.113.3.522.
- [67] Brown TCK, Clark CM. "Inhaled foreign bodies in children," *Med. J. Aust.*, vol. 2, no. 7, pp. 322–326, Oct. 1983, doi: 10.5694/j.1326-5377.1983.tb122489.x.
- [68] Kiyan G, Gocmen B, Tugtepe H, Karakoc F, Dagli E, Dagli TE. "Foreign body aspiration in children: The value of diagnostic criteria," *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, vol. 73, no. 7, pp. 963–967, Jul. 2009, doi: 10.1016/j.ijporl.2009.03.021.
- [69] Skoulakis CE. *et al.*, "Bronchoscopy for foreign body removal in children. A review and analysis of 210 cases.," *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, vol. 53, no. 2, pp. 143–8, Jun. 2000, doi: 10.1016/s0165-5876(00)00324-4.
- [70] Oğuz F, Citak A, Ünüvar E, Sidal M. "Airway foreign bodies in childhood.," *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, vol. 52, no. 1, pp. 11–6, Jan. 2000, doi: 10.1016/s0165-5876(99)00283-9.

- [71] Brkić F, Delibegović-Dedić S, Hajdarović D. “Bronchoscopic removal of foreign bodies from children in Bosnia and Herzegovina: experience with 230 patients.,” *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, vol. 60, no. 3, pp. 193–6, Sep. 2001, doi: 10.1016/s0165-5876(01)00531-6.
- [72] Litovitz TL. *et al.*, “2000 Annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System,” *Am. J. Emerg. Med.*, vol. 19, no. 5, pp. 337–395, 2001, doi: 10.1053/ajem.2001.25272.
- [73] Brors O. “Gastrointestinal Mucosal Lesions,” *Med. Toxicol.*, vol. 2, no. 2, pp. 105–111, Apr. 1987, doi: 10.1007/bf03260009.
- [74] Mintegi S. *et al.*, “International Epidemiological Differences in Acute Poisonings in Pediatric Emergency Departments,” *Pediatr. Emerg. Care*, vol. 35, no. 1, pp. 50–57, 2019, doi: 10.1097/PEC.0000000000001031.
- [75] Kevill K, Wong AM, Goldman HS, Gershel JC. “Is a complete trauma series indicated for all pediatric trauma victims?,” *Pediatr. Emerg. Care*, vol. 18, no. 2, pp. 75–77, Apr. 2002, doi: 10.1097/00006565-200204000-00003.
- [76] Guyer B, Freedman MA, Strobino DM, Sondik EJ. “Annual Summary of Vital Statistics: Trends in the health of Americans during the 28th century,” *Pediatrics*, vol. 106, no. 6, pp. 1307–1317, 2000, doi: 10.1542/peds.106.6.1307.
- [77] “Road traffic injuries.” [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>. [Accessed: 10-Mar-2020].
- [78] Lee YY, Fang E, Weng Y, Ganapathy S. “Road traffic accidents in children: The ‘what’, ‘how’ and ‘why,’” *Singapore Med. J.*, vol. 59, no. 4, pp. 210–216, Apr. 2018, doi: 10.11622/smedj.2017114.
- [79] Bull MJ, Sheese J. “Update for the pediatrician on child passenger safety: Five principles for safer travel,” *Pediatrics*, vol. 106, no. 5 I. American Academy of Pediatrics, pp. 1113–1116, 01-Nov-2000, doi: 10.1542/peds.106.5.1113.
- [80] Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J. *et al.*, “World Report on Child Injury Prevention - PubMed - NCBI,” World Health Organization, unicef, 2008.
- [81] Hughes G. “Children’s injuries: a global problem,” doi: 10.1136/emj.2009.071944.
- [82] Çelik Inanç D, Uğur Baysal S, Çetin Z, Çoşkun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. “Çocukluk çağında yaralanma kontrolü: Ailenin davranışı ve güvenlik danışmanlığı,” *Türk Pediatr. Arşivi*, vol. 43, no. 4, pp. 127–134.

- [83] Uğur Baysal S. “Yaralanmaların Önlenmesi ve Kontrolü: Kanıta Dayalı Girişimler | Makale | Türkiye Klinikleri,” *Türkiye Klin. Pediatr.*, vol. 11, pp. 13–21, 2015.
- [84] Uğur Baysal S. “Çocuk Güvenliği,” in *Türkiye Milli Pediatri Derneği Temel Pediatri*, E. Hasanoğlu, R. Düşünsel, and A. Bideci, Eds. Ankara, 2010, pp. 176–179.
- [85] Uğur Baysal S. “Trafikte Çocuk Güvenliği,” in *Karayolu Trafik Güvenliği*, Ankara: Polis Akademisi Yayınları, 2012, pp. 652–670.
- [86] Sevim E, Uğur Baysal S. “Çocuklarda Yanık Yaralanmaları ve Önleme,” *Türkiye Klin. J Pediatr Sci*, vol. 11, no. 4, pp. 38–44, 2015.
- [87] “Policy Statements.” [Online]. Available: <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Mental-Health/Pages/AAP-Policy-Statements.aspx>. [Accessed: 12-Apr-2020].
- [88] “Council on Injury Violence Poison Prevention (COIVPP).” [Online]. Available: <https://services.aap.org/en/community/aap-councils/Injury-Violence-Poison-Prevention/>. [Accessed: 12-Apr-2020].
- [89] “Home | Pediatric Care Online | AAP Point-of-Care-Solutions.” [Online]. Available: <https://pediatriccare.solutions.aap.org/>. [Accessed: 12-Apr-2020].
- [90] Özdemir C, Ergin A, Uğur Baysal S, Oğuz C, Yılmaz BB. “Anne Babaların Gözetimsel Davranış Profili Ölçeği’nin Türkçeye Uyarlanması. Validation of the Turkish Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire.” *Turk Pediatri Ars* 2020;55(3):277-83. doi: 10.14744/TurkPediatriArs.2019.80148.
- [91] Erkal S. H. Üniversitesi, E. E. Yüksekokulu, and E. E. Bölümü, “Ev Kazalarının Nedenleri Ve Korunma Yolları Home Accidents: Causes and Some Protective Measures,” vol. 26, no. 121, pp. 58–61, 2001.
- [92] Yalaki Z. “Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Olan Ailelerin Ev Kazaları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi,” *Akad. Acil Tıp Derg.*, no. 6, pp. 129–133, 2010, doi: 10.4170/jaem.2010.95866.
- [93] Santagati G, Vezzosi L, Angelillo IF. “Unintentional Injuries in Children Up to Six Years of Age and Related Parental Knowledge, Attitudes, and Behaviors in Italy THE JOURNAL OF PEDIATRICS • www.jpeds.com,” 2016, doi: 10.1016/j.jpeds.
- [94] Xu T, Gong L, Wang H, Zhang R, Wang X, Kaime-Atterhöf W. “Epidemiology of unintentional injuries among children under six years old in floating and residential population in four communities in Beijing: A comparative study,” *Matern. Child Health J.*, vol. 18, no. 4, pp. 911–919, Jun. 2014, doi: 10.1007/s10995-013-1318-6.

- [95] Pant P, Towner E, Ellis M, Manandhar D, Pilkington P, Mytton J. "Epidemiology of Unintentional Child Injuries in the Makwanpur District of Nepal: A Household Survey," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 12, no. 12, pp. 15118–15128, Nov. 2015, doi: 10.3390/ijerph121214967.
- [96] Tsoumakas K, Dousis E, Mavridi F, Gremou A, Matziou V. "Parent's adherence to children's home-accident preventive measures," *Int. Nurs. Rev.*, vol. 56, no. 3, pp. 369–374, 2009, doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00720.x.
- [97] Donroe J, Gilman RH, Brugge D, Mwamburi M, Moore DAJ. "Falls, poisonings, burns, and road traffic injuries in urban peruvian children and adolescents: A community based study," *Inj. Prev.*, vol. 15, no. 6, pp. 390–396, Dec. 2009, doi: 10.1136/ip.2008.019893.
- [98] Mayes S, Roberts MC, Stough CO. "Risk for household safety hazards: Socioeconomic and sociodemographic factors," *J. Safety Res.*, vol. 51, pp. 87–92, 2014, doi: 10.1016/j.jsr.2014.09.002.
- [99] Jaques ML, Weaver TL, Weaver NL, Willoughby L. "The association between pediatric injury risks and parenting behaviours," *Child. Care. Health Dev.*, vol. 44, no. 2, pp. 297–303, 2018, doi: 10.1111/cch.12528.
- [100] Şekerci E, İnal S. "Hastanede Yatan 0-6 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Ev Kazaları Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi," *Sağlık Bilim. ve Meslekleri Derg.*, vol. 3, no. 3, p. 160, 2016, doi: 10.17681/hsp.57511.
- [101] Aslan Aydoğdu Z, Ateş E, Set T. "Assessment of mothers' measures against home accidents for 0-6-year-old children," *Türk Pediatr. Ars.*, vol. 54, no. 3, pp. 149–156, 2019, doi: 10.14744/TurkPediatriArs.2019.64614.
- [102] Guilfoyle SM, Karazsia BT, Langkamp DL, Wildman BG. "Supervision to prevent childhood unintentional injury: Developmental knowledge and self-efficacy count," *J. Child Heal. Care*, vol. 16, no. 2, pp. 141–152, doi: 10.1177/1367493511423855.
- [103] Runyan CW. *et al.*, "Unintentional injuries in the home in the United States: Part I: Mortality," *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, no. 1. Elsevier Inc., pp. 73–79, 01-Jan-2005, doi: 10.1016/j.amepre.2004.09.010.
- [104] İnanç DÇ, Baysal SU, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. "Çocukluk çağı yaralanmalarında hazırlayıcı nedenler Orijinal Araştırma," *Türk Pediatr. Arşivi*, vol. 43, no. 3, pp. 84–8, 2008, doi: 10.4274/tpa.v43i3.5000002240.

- [105] Morrongiello BA, Walpole B, McArthur BA. "Brief report: Young childrens risk of unintentional injury: A comparison of mothers' and fathers' supervision beliefs and reported practices," *J. Pediatr. Psychol.*, vol. 34, no. 10, pp. 1063–1068, 2009, doi: 10.1093/jpepsy/jsp011.
- [106] Azar ST, Miller EA, Stevenson MT, Johnson DR. "Social Cognition, Child Neglect, and Child Injury Risk: The Contribution of Maternal Social Information Processing to Maladaptive Injury Prevention Beliefs Within a High-Risk Sample," doi: 10.1093/jpepsy/jsw067.
- [107] Yeniyapı A. "Anaokulu Çocuklarının Annelerinin Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemleri İle Sağlık İnancı Arasındaki İlişki," Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2018.
- [108] Wildman B, Grau J. "Unintentional Injury Prevention : The Moderating Role of by," 2009.
- [109] Schwebel DC, Brezausek CM. "The Role of Fathers in Toddlers' Unintentional Injury Risk," doi: 10.1093/jpepsy/jsh003.
- [110] Özmen D, Ergin D, Şen N, Çakmakçı Çetinkaya A. "0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanılanması," *Sos. Polit. Çalışmaları Derg.*, vol. 12, no. 12, pp. 3–10, 2007, doi: 10.21560/spcd.62817.

8. EKLER

EK 1: ETİK KURUL KARAR FORMU

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ				
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI				
Sayın Prof.Dr. Serpil Uğur Baysal				
Araştırmaya ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.				
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.				
ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ			
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR			
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58			
E-POSTA	0 232 412 22 43			
	etikkurul@deu.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4788-GOA		
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐		
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Anne-Babaların Gözetimsel (Süpervizyon) Tutumlarının Okul Öncesi Dönem Çocukların Kaza Sıklığı Üzerine Olan Etkisinin Anket Yöntemi ile Araştırılması		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Serpil Uğur Baysal Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/13-17	Tarih:22.05.2019
Prof.Dr. Serpil Uğur Baysal 'ın sorumlusu olduğu "Anne-Babaların Gözetimsel (Süpervizyon) Tutumlarının Okul Öncesi Dönem Çocukların Kaza Sıklığı Üzerine Olan Etkisinin Anket Yöntemi ile Araştırılması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER (Başkan Yardımcısı)	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐ H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	

EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmayı destekleyen kurum:

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Araştırmanın adı:

Anne-babaların gözetimsel (süpervizyon) tutumlarının okul öncesi dönem çocukların kaza sıklığı üzerine olan etkisinin anket yöntemi ile araştırılması

Araştırmacının Adı:

Dr. Sevcan İmam

E-mail adresi: sevcanimam@gmail.com

Telefon: 0232 412 6001 Cep tel:05358611452

Sayın Anneler ve Babalar,

Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 'Anne-babaların gözetimsel (süpervizyon) tutumlarının okul öncesi dönem çocukların kaza sıklığı üzerine olan etkisinin anket yöntemi ile araştırılması ' başlıklı bir araştırma projesi yürütmekteyiz. Bu projenin amacı, küçük çocuklarınızın anne-babalarının gözetim (süpervizyon) özellikleri ile çocukluk çağı istemsiz yaralanmaları arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Bu amaçla, Çocuk Hastanemiz'de Çocuk Sağlığı İzlem, Genel Çocuk polikliniklerine başvuran ve Üniversitemize bağlı kreş ve anaokullarında eğitim gören 2-5 yaş grubu çocukları kapsayan bir çalışma yürütüyoruz.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizlere çocuğunuzla ilgili gözetim ve korunma gereksinimleri ile ilgili tutumlarınızı ölçen 29 sorudan oluşan bir anket verilecektir.

Bu araştırma, bilimsel bir amaçla yapılmaktadır ve katılımcı bilgilerinin gizliliği esas tutulmaktadır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Katıldığınız takdirde herhangi bir ceza ya da hak kaybı olmaksızın çalışmanın herhangi bir aşamasında herhangi bir neden göstermeden onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz.

Araştırma projesi hakkında ek bilgi almak istediğiniz takdirde lütfen Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serpil Uğur Baysal ya da Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Sevcan İmam ile temasa geçiniz

(Telefon: 0232 412 6001, 0535 861 1452)

Bu araştırma projesine katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen bu formu imzalayınız.

Ben, (katılımcının adı), yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı- Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Araştırmacının Adı- Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK 3: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı; bu araştırma Anne ve Babaların Okul Öncesi Dönem Çocuklarını Gözetim Özellikleri ve İlişkili Faktörler'in belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Lütfen tüm soruları içtenlikle cevaplamaya çalışınız. Katkınız için teşekkürler.

Prof. Dr. Serpil Uğur Baysal
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Sosyal Pediatri Bilim Dalı

1. Çocuğunuzun

CİNSİYETİ:

a) Kız

b) Erkek

YAŞI:

2. Çocuk ile olan yakınlığınız nedir?

a) Annesiyim

b) Babasıyım

c) Diğer (Belirtiniz)

3. Hayatınız boyunca en uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi aşağıdakilerden hangisidir?

a) İl merkezi

b) İlçe merkezi

c) Kasaba

d) Köy

4. Size göre maddi durumunuzu değerlendiriniz.

a) Gelirim giderimden az

b) Gelir ve giderim eşit

c) Gelirim giderimden fazla

5. Kaç çocuğunuz var? Belirtiniz.....

6. Ailenin kaçınıcı çocuğu? Belirtiniz.....

7.-14. Soruları çocuğunuzun hem annesi hem de babası için cevaplayınız.

7. Annesinin yaşını belirtiniz	8. Babasının yaşını belirtiniz
9. Annesinin işi nedir? a) İşçi b) Memur c) Esnaf d) Çiftçi e) Emekli f) Ev Hanımı/Çalışmıyor g) Diğer (Belirtiniz)	10. Babasının işi nedir? a) İşçi b) Memur c) Esnaf d) Çiftçi e) Emekli f) Çalışmıyor g) Diğer (Belirtiniz)

**EK-4: ANNE-BABALARIN GÖZETİMSSEL DAVRANIŞ PROFİLİ ÖLÇEĞİ
(ABGDPÖ)**

Anne- babaların, çocuklarının büyüme ve bağımsızlık kazanma gereksinimleri ile güvenliğini sağlayabilmeleri için gözetimi dengelemeleri gerekmektedir. Anne- babaların, küçük çocuklarının gözetim ve koruma gereksinimlerine yönelik tutumları hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi okuyun; sizin için doğru olduğunu düşündüğünüz bir yanıt seçin. Kesin doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Yalnızca hangi yanıtın sizin için doğru olduğunu bilmek istiyoruz. Herhangi bir sorunuz varsa görüşmeciye sorabilirsiniz.

Bu soruları yanıtlarken bugün sizinle birlikte yanınızda bulunan okul öncesi dönemdeki çocuğunuzu değerlendirmenizi bekliyoruz.

- 1-Hiçbir zaman
- 2-Pek az
- 3-Zamanın yarısında
- 4-Çoğunlukla
- 5-Her zaman

		Hiçbir Zaman	Pek Az	Zamanın Yarısında	Çoğunlukla	Her Zaman
1	Çocuğumu tehlikeli olabilecek her şeyden uzak tutarım.					
2	Hatalarından ders çıkarmasına izin veririm.					
3	Çocuğumun zarar görüp görmeyeceği büyük ölçüde kadere bağlıdır.					
4	Çocuğuma bir şeyler yaparken göz kulak olurum.					
5	Çocuğuma çabucak ulaşabilmek için ona yeterince yakın dururum.					
6	Yaptığı şeyle çok eğleniyorsa küçük aksilikler yaşamasına izin veririm.					
7	Çocuğuma karşı çok korumacı hissediyorum.					
8	Çocuğumu yakından gözlemlerim.					
9	Girişimde bulunmadan önce kendi kendine bir şeyler yapıp yapamayacağını görmek için beklerim.					
10	Onu, tehlikeli olabilecek şeylerle ilgili uyarırım.					
11	Çocuğum yaralanırsa bunu kötü şans olarak değerlendiririm.					
12	Çocuğumun nerede olduğundan ve neler yaptığından emin olurum.					
13	Sürekli gözetmen olmadan oynayabileceği konusunda çocuğuma güvenirim.					
14	Çocuğumun bir şeyler yaparken bazı riskler almasına izin veririm.					

15	Çocuğuma her zaman bir kol mesafesi kadar yakın olmaya çalışırım.					
16	Çocuğum bir şeyleri tek başına yapmadan önce, çocuğumla o işle ilgili bir şeyler denerim.					
17	Tek başına güvenle oynayabileceği hususunda çocuğuma güvенеbileceğimi kendime söylerim.					
18	Çocuğumun dibinden ayrılmam.					
19	Çocuğuma bir şeyler olabileceğinden korkarım.					
20	Araç-gereçlerle oynamaya başladığında çocuğumu gözümün önünden ayırmam.					
21	Kendi başına karar vermesine izin veririm.					
22	Güçlü bir sorumluluk duygusu hissediyorum.					
23	Eğer eğleniyorsa oyun oynarken risk alması için ona cesaret veririm.					
24	Meydana gelebilecek tüm tehlikeli şeyleri düşünürüm.					
25	Kendisi için bir şeyler yapmasına izin veririm.					
26	Ne yaptığını tam olarak bilirim.					
27	Yeni şeyler denemesi için ona cesaret veririm.					
28	Yaralanıp yaralanmayacağını belirlemede iyi şans büyük rol oynar.					
29	Çocuğumu sert oyunlar oynamaktan ya da incinebileceği şeyleri yapmaktan korurum.					

9. ÖZGEÇMİŞ

Ad: Sevcan

Soyad: Hatipoğlu

Doğum tarihi: 12.11.1989

Doğum yeri: Krumovgrad/ BULGARİSTAN

Görev yeri: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

E- posta adresi: sevcanimam@gmail.com

Yabancı dil: İngilizce, B2

A. EĞİTİM:

1. Tıp Doktorluğu, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi (2009-2015)
2. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlığı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi(2016-halen)

B. İŞ DENEYİMİ

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Tıpta Uzmanlık Öğrencisi (2016- halen)

C. ALDIĞI KURSLAR:

1. “Neonatal Resüsitasyon Programı”,
2. Pediatric Advanced Life Support (PALS) Course, Mart 2018
3. Çocuklarda İleri Yaşam Desteği (ÇİYAD) Kursu, Şubat 2017
4. TURKMSIC Yurt Dışı Staj Değişim Programı, Department of Obstetrics and Gynecology, Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria (Ağustos 2013)

D. BİLDİRİ/SUNUM:

1. Oğuz C, Kılıç BB, Özdemir C, Ergin A, Uğur Baysal S, İmam S. Denizli İl Merkezi’nde yaşayan anne- babaların gözetimsel davranış profili ve ilişkili faktörler. 21. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşireliği Günleri, 26- 29 Şubat 2020, İzmir.
https://www.pediatrigunleri.com/gorseller/files/21_Pediatri-Bildiri-Kitab%C4%B1.pdf
2. Do the gender and age of children effect the in vitro growth rate of uropathogenic escherichia coli in urine?

Başlangıç-bitiş tarihleri: 03/10/2018- 06/10/2018

Toplantı adı: The 51 st ESPN Annual Meeting

Uluslararası/ulusal: Uluslararası

Bildiri tipi:Poster Bildiri

Hakemli organizasyon: Evet

Dil: İngilizce

Yer: Antalya (merkez)

Yazarlar: Soylu A, Karaman M, Torun Bayram M, Küçükali B, İmam S, Kavukçu S

3. Comparison of the antiproteinuric effect of acei and acei plus arb in children with proteinuric glomerular disease

Başlangıç-bitiş tarihleri: 03/10/2018- 06/10/2018

Toplantı adı: The 51 th ESPN annual meeting

Uluslararası/ulusal: Uluslararası

Bildiri tipi:Poster Bildiri

Hakemli organizasyon: Evet

Dil: İngilizce

Yer: Antalya (merkez)

Yazarlar: Torun Bayram M, İmam S, Soylu A, Kavukçu S

E. ÇALIŞTAY/ SEMPOZYUM/ KONGRE

1) 20. Pediatri Günleri. DEÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. 6- 9 Mart 2019, İzmir.

2) 3. Ulusal Aşı Çalıştayı. 16-18 Mart 2018, Ankara.

3) 19. Pediatri Günleri. DEÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. 7- 9 Mart 2018, İzmir.

4) Ulusal Sosyal Pediatri Sempozyumu. 12- 14 Ekim 2017, İzmir.

5) 9. Ulusal Tıp Öğrenci Kongresi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilim Kulübü, 2-4 Mayıs 2014, Manisa.

6) 8. Ulusal Tıp Öğrenci Kongresi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilim Kulübü, 3-5 Mayıs 2013, Manisa.

7) 6. Ulusal Tıp Öğrenci Kongresi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilim Kulübü, 6-8 Mayıs 2011, Manisa.