

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PEDIATRİ KLİNİĞİNDE
YATAN 0-6 YAŞ GURUBU ÇOCUKLARIN EV KAZASI GÖRÜLME
SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Rüveyda ŞEKER

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Edibe PİRİNÇCİ

ELAZIĞ-2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez yazım süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile bana rehberlik eden ve bana ayırdığı vakit ve gösterdiği sabır için minnettar olduğum çok kıymetli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Edibe PİRİNÇCİ'ye, uzmanlık eğitimi aldığım süre boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli Anabilim Dalı öğretim üyelerimiz; Sayın A. Ferdane OĞUZÖNCÜL'e, Sayın Dr. Öğr. Üyesi İrem BULUT'a, emekli öğretim üyelerimiz Sayın Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ'ye, Sayın Prof. Dr. Yasemin AÇIK'a ve rahmetli Öğretim Üyemiz Sayın Dr. Öğr. Üyesi A. Tevfik OZAN'a

Asistanlık süresince birlikte çalışmaktan keyif aldığım araştırma görevlisi arkadaşlarıma

Bu süreçte tüm zorlukları benimle birlikte göğüsleyen, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olduğunu bildiğim değerli eşim Ali Sami ŞEKER, oğlum Eymen ve Emir Salih ŞEKER'E

Son olarak; hayatım boyunca maddi ve manevi olarak hep yanımda olan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Ev kazalarından yaşlılar, özürlüler ve en çok da çocuklar etkilenmektedir. Bu çalışmada Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Kliniğinde yatan 0-6 Yaş gurubu çocukların ev kazası görülme sıklığının ne boyutta olduğunu, kazayı etkileyen faktörleri, en çok görülen kaza türlerini, 0-6 yaş çocuklarda Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeğinden aldıkları puan ile çocukların kaza geçirme durumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipte olan bu çalışma Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Kliniğinde Ocak-Haziran 2021 tarihleri arasında yatan 0-6 yaş çocukların annelerinde yapılmıştır. Veriler, sosyodemografik özellikler, çocukların geçirdiği kazaların özelliklerini içeren sorular ve 0-6 yaş çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Elde edilen veriler, Ki-kare, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testleri kullanılarak değerlendirilmiş, $p<0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için etik onay ve idari izinler yazılı olarak alınmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin hastanede yatan çocuklarının yaş ortalaması $3,24\pm 2,05$ yıl olup, %50,9'u kızdır. Hastanede yatan çocukların kaza geçirme oranı %43,2 iken annelerin 0-6 yaşındaki tüm çocukları sorgulandığında kaza geçirme oranı %31,7 olarak bulunmuştur. Kaza geçiren tüm çocukların %52,9'u erkek olup, çocuklar en sık % 30,0 oranında üç yaşındayken kaza geçirdiği tespit edilmiştir. Çocukların en sık düşme (%47,7) ve yanık (%18,7) kazalarını, en çok oturma odası/salon (%30,4) ve mutfakta (%28,0) geçirdiği tespit edilmiştir. Kaza geçiren çocukların %50,2'sine evde müdahale edilmiş ve %65,9'u tamamen iyileşmiştir. Kaza sonrası en çok baş-boyun (%33,8) bölgesi etkilenmiştir. Anne ve babanın eğitim seviyesi azaldıkça, ekonomik durum algısı kötüleştikçe ve babanın sağlık sorunu varlığında, çocukların kaza geçirme durumları artmıştır ($p<0,05$). Ayrıca müstakil/bahçeli evde yaşayan ve soba ile ısınan ailelerde çocukların daha fazla kaza geçirdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Araştırma grubunda bulunan annelerin "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama

Ölçeği” nden aldıkları puan ortalaması $70,36 \pm 13,732$ (min:40, max:111) olarak bulunmuştur. Anne eğitim durumu arttıkça, anne gelir getiren bir işte çalışmıyorsa, anne boşanmış veya eşi ölmüş ise, ekonomik durumunu iyi olarak algılıyorsa, ev tipi olarak apartmanda yaşayan ailelerde annelerin ölçekten aldıkları puanlar anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sonuç olarak, 0-6 yaş çocukların yaklaşık olarak üçte birinin ev kazası geçirdiği tespit edilmiş olup, çocukların bakımından primer sorumlu anneler başta olmak üzere, çocuğa bakım veren diğer kişilerin ve ailenin yaşadığı yerin, ev özelliklerinin çocuğun kaza geçirme durumunu etkilediği görülmüştür. Çocuğun bakımında etkin rol oynayan anneler başta olmak üzere çocuğa bakım veren tüm kişilere eğitim vererek çocuk kazaları konusunda farkındalık oluşturulması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ev kazası, yaralanma, 0-6 yaş çocuk, anne

ABSTRACT

EVALUATION OF THE FREQUENCY OF HOME ACCIDENTS OF CHILDREN AGED 0-6 IN A UNIVERSITY HOSPITAL PEDIATRIC CLINIC

The elderly, the disabled and especially children are affected by home accidents. In this study, the extent of home accident incidence in 0-6 year old children hospitalized in Firat University Faculty of Medicine Pediatrics Clinic, the factors affecting the accident, the most common types of accidents, the scores of 0-6 year old children from the Mothers' Safety Precautions for Home Accidents Diagnosis Scale and the children's scores. This study was conducted to examine the relationship between accident occurrences.

This cross-sectional study was conducted in the mothers of 0-6 years old children hospitalized in the Pediatrics Clinic of Firat University Faculty of Medicine between January-June 2021. The data were collected by face-to-face interview method using the sociodemographic characteristics, questions about the characteristics of the children's accidents, and the Scale for Diagnosing the Mother's Safety Precautions for Home Accidents in children aged 0-6 years. The data obtained were evaluated using Chi-square, Mann Whitney U, Kruskal Wallis tests, and $p < 0.05$ level was considered statistically significant. Ethical approval and administrative permissions were obtained in writing to conduct the study.

The mean age of the hospitalized children of the mothers participating in the study was 3.24 ± 2.05 years, and 50.9% of them were girls. While the accident rate of hospitalized children was 43.2%, when all 0-6 years old children of mothers were questioned, the accident rate was found to be 31.7%. 52.9% of all children who had an accident were boys, and it was determined that 30.0% of the children had an accident when they were three years old. It was determined that the children had the most frequent fall (47.7%) and burn (18.7%) accidents, the most in the living room/hall (30.4%) and the kitchen (28.0%). 50.2% of the children who had an accident were treated at home and 65.9% fully recovered. After the accident, the head-neck region (33.8%) was most affected. As the education level of the parents

decreased, the perception of the economic situation worsened, and the father's health problem increased, the incidence of children having an accident increased ($p<0.05$). In addition, it was determined that children had more accidents in families living in a detached house with a garden and heating with a stove ($p<0.05$). The mean score of the mothers in the study group from the "Scale for Diagnosing the Safety Measures of Mothers for Home Accidents in Children aged 0-6 years" was 70.36 ± 13.732 (min:40, max:111). As the education level of the mother increased, if the mother did not work in an income-generating job, if the mother was divorced or her spouse died, and if she perceived her economic situation as good, the scores of the mothers from the scale were found to be significantly higher in families living in an apartment as a house type ($p<0.05$).

As a result, it has been determined that approximately one third of 0-6 year old children have had a home accident, and it has been observed that the mother primarily responsible for the care of the children, the other people who care for the child, the place where the family lives, the home characteristics affect the child's accident status. It is important to raise awareness about child accidents by educating all people who care for the child, especially mothers who play an active role in the care of the child.

Keywords: Home accident, injury, 0-6 year old child, mother

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TABLO LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Çocuklarda Ev Kazaları	1
1.1.1. Kaza	1
1.1.2. Yaralanma	1
1.2. Kazaların Sınıflandırılması	2
1.2.1. Trafik kazası	2
1.2.2. İş kazası	2
1.2.3. Okul kazası	3
1.2.4. Ev kazası	3
1.2.5. Çocuklarda Ev Kazası	3
1.2.6. Kazalar ve ev kazaları görülme sıklıkları	4
1.2.7. Ev Kazalarının Tarihçesi	5
1.2.8. Ev Kazalarının Epidemiyolojik Özellikleri	6
1.3. Bireysel Risk Faktörleri	7
1.3.1. Yaş	7
1.3.2. Cinsiyet	8
1.4. Çocuğun Fiziksel ve Psikolojik Özellikleri	9
1.5. Sosyoekonomik Durum	9
1.6. Aile Kaynaklı Risk Faktörleri	10
1.7. Konuta Ait Risk Faktörleri	11
1.8. Çocuklarda Sık Karşılaşılan Ev Kazaları	13

1.8.1. Düşme	13
1.8.2. Yanıklar	14
1.8.3. Boğulmalar ve yabancı cisim aspirasyonu	16
1.8.4. Zehirlenmeler	17
1.8.5. Kesici-Delici Alet Yaralanması	19
1.8.6. Elektrik Çarpması	19
1.8.7. Ev Kazalarının Önlenmesi	20
1.8.8. Düşmelerin Önlenmesi	20
1.8.9. Yanıkların Önlenmesi	21
1.8.10. Boğulmaların Önlenmesi	22
1.8.11. Zehirlenmelerin Önlenmesi	23
2. GEREÇ VE YÖNTEM	25
2.1. Araştırma Tipi	25
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
2.3. Veri toplama araçları	25
2.4. Verilerin Toplanması	26
2.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz	26
3. BULGULAR	27
4. TARTIŞMA	48
5. KAYNAKLAR	66
6. EK	82
7. ÖZGEÇMİŞ	89

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Araştırma Gurubundaki Ebeveynlerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	27
Tablo 2.	Araştırma Gurubundaki Çocukların Ailelerine Ait Özelliklere Göre Dağılımları	28
Tablo 3.	Araştırma gurubundaki çocukların ebeveynlerine ait hastalık durumlarının dağılımı	29
Tablo 4.	Araştırma Gurubuna Ktılan Hastanedeki Çocukların Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo 5.	Araştırma kapsamındaki annelerin çocuklarının ev kazası geçirme durumlarının dağılımı	31
Tablo 6.	Araştırma gurubundaki annelerin 0-6 yaş tüm çocuklarının kaza geçirme durumlarının dağılımı	31
Tablo 7.	Ev kazası geçiren çocukların geçirdikleri kaza türlerinin dağılımı	32
Tablo 8.	Çocuğu ev kazası geçiren annelerin çocuklarının bazı özelliklerinin dağılımı	33
Tablo 9.	Araştırmaya katılan çocukların ev ortamı ile ilgili özelliklerin dağılımı	34
Tablo 10.	Araştırmaya katılan çocukların odalarına ait özelliklerin dağılımı	35
Tablo 11.	Araştırmaya katılan annelerin ev kazaları ve ilk yardım konusunda bilgi durumlarının dağılımı	36
Tablo 12.	Araştırmaya katılan annelerin kaza anında arayacakları numaraları bilme durumunun dağılımı	36
Tablo 13.	Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre çocukların kaza geçirme durumu	37
Tablo 14.	Ailelerin bazı özelliklerine göre çocukların kaza geçirme durumları	38
Tablo 15.	Çocukların yaşadıkları ev ortamına göre kaza geçirme durumları	39
Tablo 16.	Annelerin ev kazası ve ilk yardım hakkında bilgilerine göre kaza geçirme durumlarının dağılımı	40
Tablo 17.	Annelerin acil önemli telefonları bilmeye göre kaza geçirme durumlarının dağılımı	41

Tablo 18. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldıkları puanların çocukların kaza geçirme durumuyla karşılaştırılması	42
Tablo 19. Annelerin demografik özelliklerine göre ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı	43
Tablo 20. Anne ve çocuğun bazı özelliklerine göre ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı	44
Tablo 21. Araştırmaya katılanların ev ve aile özelliklerine göre annelerin Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanlarının İncelenmesi	45
Tablo 22. Araştırmaya katılanların ev kazası ve ilk yardım konusunda bilgilerine göre annelerin Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanlarının İncelenmesi	46

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ICD	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UZDM	: Ulusal Zehir Danışma Merkezi



1. GİRİŞ

1.1. Çocuklarda Ev Kazaları

1.1.1. Kaza

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kaza, 'insan farkındalığı dışında birdenbire ortaya çıkıp, bedensel veya ruhsal travmalara neden olabilen beklenmedik olaylar' olarak tarif edilir (1). Bir diğer ifadeyle önceden alınacak birtakım önlemlerle ortadan kalkacak ve kötü sonuca ulaşılmayacak davranışlar ve ihmaller zincirinin son basamağıdır (2). Kazalar farklı yerlerde ve zamanlarda, birçok nedene bağlı olarak oluşabilir. DSÖ'nün 'Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması' na göre kaza ve yaralanmalar ICD-10 kodu ile gruplandırılır. Buna göre kazalar; trafik kazaları, iş kazaları, endüstriyel kazalar, spor kazaları, okul kazaları ve ev kazaları olarak sınıflandırılır (2, 3). Kaza sonucunda kasıtsız yaralanmalar meydana gelebilmektedir.

1.1.2. Yaralanma

Yaralanma; kişinin eşik değerinin üzerinde bir enerjiye maruz kalması sonucu organizmanın mekanik ve biyokimyasal hasarına yol açabilen, hatta insan ve diğer canlıların ölümüne veya bağımlı yaşamasına sebep olabilen bir durumdur (4). Yaralanmaları sınıflandırmak için kapsamlı ve tek bir yöntem olmamasına rağmen yaralanmalar temelde ' kasıtlı' ve 'kasıtsız' olmak üzere ikiye ayrılır. Kasıtlı yaralanmalar şiddeti de içine alan kendine zarar verme durumu iken, kasıtsız yaralanmalar kazaları içermektedir (5). Kazalardan kasıt ise zehirlenme, düşme, yanma, yabancı cisim aspirasyonu, kesikler gibi durumlardır (6). Kasıtsız yaralanmaların en bilinen özelliği ise birdenbire ortaya çıkmalarıdır. Her kaza yaralanma ile sonuçlanmamaktadır. Bunun yanında kaza ve yaralanma sonucu çok sayıda kişi tedavi altına alınabilmekte, hatta ölümler meydana gelebilmektedir (7).

1.2. Kazaların Sınıflandırılması

1.2.1. Trafik kazası

Kara yollarında, motorlu veya motorsuz araçlar ile gelişen, daha çok 5-24 yaş arası yaya, yolcu ve sürücüyü veya hayvanları etkileyen kazalardır (8). Yaşam biçimindeki değişiklikler, ekonomik sistemlerin dönüşümü, otomotiv endüstrisindeki gelişmeler, tarımın makineleşmesi, bir yerden başka bir yere hareket etme, dinlenme eksikliği, karayolu güvenliği kurallarına uyulmaması, karayolu altyapısının kalitesiz olması ve araçların kötü teknik durumu trafik kazaları sebebiyle yaralanmaların artmasına neden olmaktadır. Trafik kazalarından kaynaklanan hasarlar, kanser ve doğum kusurlarından daha sık olarak çocuklar arasında önde gelen ölüm nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü raporu “Gençlik ve yol güvenliği”, 10 ila 24 yaş arasındaki kişilerde trafik kazalarının önde gelen ölüm nedeni olduğunu açıkça kanıtlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her yıl 25 yaşın altında yaklaşık 400.000 kişi trafik kazalarında ölmekte ve milyonlarca kişi çeşitli yaralanmalara maruz kalmaktadır (9, 10). Yapılan bir çalışmada 6-12 yaş arası çocukların trafik kazasına maruz kalma olasılığı küçük çocuklardan iki kat daha fazladır (11). Erken okul döneminde çocukların okula yürüyerek gitmesinden kaynaklı yaya kazaları, çocuklarda en çok görülen trafik kazası türüdür (9).

1.2.2. İş kazası

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, 10-16 yaşlarındaki okul çocuklarının önemli bir bölümünün okul döneminde ev dışında çalıştığını göstermektedir (12). Çalışan çocukların sağlık ve güvenlik açısından özel bir risk kategorisi olduğu açıkça görülmektedir (13). Çocukların fiziksel özellikleri, çalışma ortamı ve duygusal gelişimi istenilen standartlarda olmadığı için kaza ve yaralanmalar artmaktadır (14). Çocuk işçiliği ve sağlığı konusundaki uluslararası araştırmalar, esas olarak gelişmekte olan ülkelere odaklanmıştır. Bununla birlikte, ABD'de yapılan çalışmalar, küçüklerdeki mesleki yaralanmaların endüstriyel ülkelerde de önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmesi gerektiğini göstermektedir (15, 16). Çocukların iş yerlerindeki kazalara dair veriler çok az olduğu görülmektedir. Birleşik Krallık'ta çalıştığı tahmin edilen çok sayıda çocuk olmasına rağmen işverenler tarafından bildirilmiş çok az veri bulunmaktadır (17). İngiltere'de çocuk

işçiler arasında bazı raporlara göre görünenden çok daha yüksek bir kaza oranının olduğunu gösterilmiştir (16).

1.2.3. Okul kazası

Çocuklar ve ergenler zamanlarının %50'sini okulda geçirirler. Okul zamanında ise birçok kazaya maruz kalabilirler. Bu kazaların %40'ı okulda spor yaparken gerçekleşmektedir (18). Ayrıca teneffüste, çocukların oyun oynama zamanında da kazalar olmaktadır. Kazalar en sık okul bahçesinde spor salonunda, koridor ve merdivenlerde meydana gelmektedir (19). Okul kazaları sosyal ve ekonomik bir sorundur, çünkü örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde okul kazalarıyla ilgili yıllık kayıpların binlerce milyon dolar olduğu tahmin edilmektedir (19).

1.2.4. Ev kazası

Ev kazası; bir konutun içinde veya etrafında meydana gelen kaza olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre konutun içi, avlu, bahçe, garaj gibi alanları içermektedir (20). Kasıtsız ev kazaları; düşme, yanık, yabancı cisim aspirasyonu, zehirlenme gibi durumları içermektedir (21). Bu kazalar ölüm veya sakatlanma ile sonuçlanıp, yüksek hastalık yükü oluşturabilmesi sebebi ile önemli bir halk sağlığı sorunudur (22). Bunun yanında çoğu ev kazası müdahale gerektirecek kadar büyük olmadığı için önemsizdir. Fakat küçük kazalar, ciddi yaralanmaların öncüsüdür. Bu sebeple ev ortamında kazaya neden olabilecek her türlü risk faktörünü ortadan kaldırmak kazaların azaltılması için önemlidir (23).

1.2.5. Çocuklarda Ev Kazası

Ev kazalarından yaşlılar, özürlüler, kadınlar ve en çok da çocuklar etkilenmektedir. Birçok kişi evi güvenli yer olarak görse de altı yaşından küçük çocuklarda kazalardan kaynaklanan yaralanmaların yarısından fazlası ev ortamında gerçekleşmektedir (24, 25). Çocuklar; yetişkinlerden farklı fiziksel, anatomik ve fizyolojik gelişim evrelerine sahip oldukları için daha fazla kazaya maruz kalmaktadırlar (26). Tehlikelerin farkında olmayıp, çevresel risklere açık olan çocuklar meraklı ve hareketli olmalarından dolayı ev kazası yönünden yüksek riske sahiptirler (27). Düşük ve orta gelirli ülkelerde her yıl yaklaşık 875.000 çocuk yaralanmalardan ölmektedir ve bu oran çocuklar arasındaki tüm ölümlerin %40'ını

oluşturmaktadır (28). Çocuklar; bebeklik dönemi olarak da bilinen ilk bir yılında çevreye karşı ilgisiz değillerdir. Bu dönemde büyümeyle doğru orantılı olarak hareketleri artar, çevreyi tanımaya, dönme ve yuvarlanmaya başlarlar (29). Bir-üç yaş gurubunda ise etrafında yaşanan olayları anlama ve keşfetme istekleri artar ama ince ve kaba motor faaliyetleri zayıf, görme alanları dardır. Deneyimlerinin de az olması sebebiyle bu yaş gurubunda ev kazası riski daha da artmaktadır (30, 31). Üç- beş yaş arası ise ‘okul öncesi’ dönemdir. Bu yaş gurubunda çocuklar sosyal birey olamaya başlar ve arkadaş edinirler. Önceki dönemlere göre daha özgür ve bağımsız olmaları, oyun ortamlarında bulunmaları, fiziksel olarak da daha güçlü olmalarından dolayı bu dönem de kazalar için risk faktörlerine olanak sağlamaktadır (32).

Çocukların gelişimsel dönem farklılıklarının yanında sosyal sınıf, aile yapısı, aile eğitimi, yaşadığı çevre gibi faktörlerin de kaza oranlarını etkilediği bilinmektedir.

1.2.6. Kazalar ve ev kazaları görülme sıklıkları

Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2008 yılında yayınlanan ölüm raporuna göre 5 yaş altı çocuklarda kazalar, ‘bütün diğer hastalıklar ve kazalar’ başlığı altında yer almaktadır ve bu durum 5 yaş altı çocukların ölüm nedenlerinin %34,2 sini oluşturmaktadır (33). TÜİK’in 2019 yılında yayınladığı ölüm istatistiklerinde çocuk ölümlerini ‘dışsal yaralanma ve zehirlenme’ olarak kategorize etmiştir. Söz konusu nedenle hayatını kaybeden çocukların oranı %35,5 ile diğer tüm ölüm nedenleri arasında birinci sıradadır (34). Tüm çocukluk dönemi kazalarının %18-25’ini ise ev kazaların oluşturduğu görülmektedir. 2006 yılında sağlık bakanlığının yayınladığı raporda 5 yıl içerisinde 120.000 çocuk ev kazası sebebiyle acile başvurmuştur. Bu çocukların da 2000’i hayatını kaybetmiştir (27, 33). Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)’ne üye ülkelerde her gün 2000 civarı çocuk kazalar sebebiyle ölmektedir. Bunun yanında 4 milyon çocuk hastaneye yatırılmakta ve 5000 çocuğa acil tedavi uygulanmaktadır. Bunlar buz dağının görünen kısmı olmakla birlikte çok sayıda çocuk kazaların psikolojik, fiziksel ve sosyal etkisine maruz kalmaktadır (35).

Ülkemizde kazaların görülme sıklığı ve kazaları etkileyen faktörleri inceleyen birçok çalışma vardır. Okul öncesi yaştaki çocukların evde daha fazla

vakit geçirmeleri ve kazalara daha yatkın olmaları nedeniyle çoğu çalışma bu yaş gurubunu kapsamaktadır. Bir sağlık kuruluşuna kaza sebebiyle başvuranlardan elde edilmiş bir araştırmada hastane aciline başvuran hastaların %28,3 'ü kazaya ev veya ev çevresinde maruz kalmıştır ve kazazedelerin çoğunluğunu 6 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır (36). Demirköse'nin (37) bir üniversite hastanesi pediatri polikliniğine başvuran, 0-6 yaş çocuğu olan 487 anne üzerinde yaptığı çalışmada çocukların kaza geçirme oranı %30,1 olarak bulunmuştur. Aynı şekilde Şekerci ve ark.'nın (38) bir üniversite hastanesi çocuk kliniğinde 0-6 yaş çocuğu olan 235 anne üzerinde yaptığı araştırmada ev kazalarının sıklığı % 30,2 çıkmıştır. Çalışmaların bir kısmı da sahada yapılmıştır. Bu tarzda planlanmış bir çalışmada bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 0-3 yaş en az bir çocuğu olan anneler sorgulandığında ev kazası geçirme oranı %57,3 olarak tespit edilmiştir (33). Ayrıca ev kazaları nedeniyle ölümleri belirlemek için 1996-2000 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nin raporları incelenmiş, ev kazasına bağlı ölümler 18 yaş altı çocuklarda %34,0 olarak bulunmuştur (39).

Dünya genelinde 2001 yılında tüm ölümlerin %6,0 'ı yaklaşık 3,5 milyon kişi kasıtsız yaralanma sebebiyle hayatını kaybetmiştir. Ayrıca yaralanma kaynaklı ölümlerin % 66'sı kasıtsız yaralanmaları içermektedir (40). ABD'de kasıtsız yaralanmalar önde gelen ölüm nedenlerindendir. 1992-1999'a kadar yaralanma ölümleri tüm ölümlerin yaklaşık %4,0'ını temsil etmekte ve bunların yaklaşık üçte ikisi kasıtsız olarak sınıflandırılmaktadır (41). Avrupa'da altı ülkede yapılan analizlerde elde edilen raporlara göre çocukluk çağı ev kazalarının oranı %4,4 olarak bulunmuştur (42). İskandinav ülkelerinde çocuklarda tüm kazaların %28'ni ev kazaları oluşturmakta, Güney Kore'de ise çocukların %49'nun evde en az bir kere kaza geçirdiği bildirilmiştir (43, 44).

1.2.7. Ev Kazalarının Tarihçesi

Dünya'da ev kazası terimi kullanımı çok eskilere dayanmaktadır. Çünkü kazalar/yaralanmalar uzun yıllardır en önemli sağlık problemlerindendir ve sıklığı da her geçen gün artmaktadır. Bu sebeple birçok ülke kaza ve yaralanmaları gündeme getirmiş ve yaralanma ve kazaları önlemeye yönelik programlar oluşturmuşlardır.

Amerika’da 1936 yılında sağlık hizmeti verenler tarafından, çocukları ev kazalarından korumak adına aileler ile iletişime geçilmesi gerekliliği gündeme gelmiştir. 1948 yılında "Pediatrics" dergisinin editörü Wheatley: kazaları da hastalıklar gibi araştırmalı ve kaza nedenlerine yönelik daha ciddi yaklaşımlar oluşturulmalı demiştir. Ayrıca 1954 yılında Shaffer ve ark. kazalardan korunmaya yönelik etkili bir denetim listesi hazırlamıştır. 1970 yılında ise Framingham Union Hastanesi’nde bir klinik çalışma başlatılmış, kazalardan korunmak için gerekli uygulamaları belirlemek amaçlanmıştır (45).

Yaralanmalar Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 9. Revizyonundan sonra 1979-1999 yılları arasında ICD-9 kodu ile, 2000-2002 yılları arasında da yeni düzenlemelerden sonra ICD-10 kodu ile sınıflandırılıp, kullanılmıştır (46).

ABD’de halk sağlığı çalışanları bir araya gelerek Kazalardan Korunma Programı (The Injury Prevention Program - TIPP) uygulamaya başlamışlardır. Bu program çocukluk kazalarına yeni bir bakış açısı getirmiştir. TIPP, 1983 yılında Amerikan Pediatri Akademisi’nin (AAP) Kaza ve Zehirlenmelerden Korunma Komitesi tarafından geliştirilmiştir. Bu program ilk oluşturulduğunda 0-4 yaş çocukları kapsamaktaydı. Daha sonra program yeniden düzenlenerek 1988 yılında 5-12 yaş gurubu çocuklar da dahil edilmiş, 1994 yılında tekrar gözden geçirilerek yenidoğan döneminden 12 yaşa kadar sık grlen çocukluk ağı kaza ve yaralanmaları hakkında ailelerin bilgilendirilmesi amaçlanmıştır. Buna ilaveten 1994 yılında İngiltere’de ‘Okullar İçin Yaralanmaları Azaltmaya Yönelik Program’ (The Injury Minimization Programme for Schools-IMPS) müfredata eklenmiştir (47).

1.2.8. Ev Kazalarının Epidemiyolojik zellikleri

Çocukluk döneminde kaza ve yaralanma riski çocukların gelişim düzeyi ve yaşlarıyla ilişkilidir. Çocuklar zamanla tehlikelere ulaşmak için gereken motor yeteneğe sahip olurlar ama bu hızla bilişsel yetenekleri gelişmez (48). Bu durum da çocukların kazalara yatkınlığını artırmaktadır. Yaralanmaların paterni, etiyolojisi ve sonuçları popülasyonlar arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Epidemiyolojik analiz belirli ortamlarda yaralanma türlerini ve en fazla risk altındaki çocukları belirleyen faktörleri tanımlamaktadır. Çocukların ev kazasına

karşı risk durumları, çocuktan kaynaklanan bireysel, ebeveynden kaynaklanan ve çevreden kaynaklanan olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır (7).

1.3. Bireysel Risk Faktörleri

1.3.1. Yaş

Yaralanmalar, çocuk ölümü ve sakatlığının önemli bir nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (24). Yapılan araştırmalarda kaza, özellikle ev kazası riski yaşamın tüm dönemlerine göre çocukluk döneminde daha fazla tespit edilmiştir(3). Erken bebeklik döneminde çocukların hareket kabiliyeti sınırlıdır ve daha çok bir büyük gözetimindedirler. Çocuklar büyüdükçe, merakları ve çevreyi keşfetme davranışları, tehlikeleri anlama veya tehlikelere karşı koyma yetileri ile aynı oranda gelişmez (49).

Bu nedenle ev kazaları süt çocukluğu döneminden sonra artmaya başlar ve kaza nedenli % 4 olan ölüm oranı çocuk büyüdükçe ölümlerin yaklaşık %45'inden sorumlu olur (50).

Çocuklar yaklaşık 3 aylıkken kıvrılmaya ve yuvarlanmaya, 6 aylıkken oturmaya ve 9 ay civarı emeklemeye başlar. Nesnelere ulaşır, eline alır ve ağzına götürür. 18 aylık olduklarında hareketlidirler ve çevrelerini keşfetmeye başlarlar. Bu nedenle çocuk gelişimi ve davranışı, belirli yaralanmalarla yüksek oranda ilişkilidir (7). Çocuğun sahip olduğu yaş gurubu farklılaştıkça maruz kalacağı kazalar da değişmektedir. Yaşamın ilk yıllarında ölümcül kazalar büyük oranda aspirasyona bağlı boğulmalar sonucu gerçekleşmektedir. 1-4 yaş arasında ise yanık ve suda boğulma kaynaklı kaza nedenleri sebebiyle ölüm oranı zirveye ulaşmaktadır. Ayrıca 1-19 yaş arası motorlu taşıtlarla yapılan trafik kaza nedenli ölümler de ölüm nedenleri arasında en üst seviyededir. Kasıtsız zehirlenmeler ise 15 yaşından sonra pik seviyeye ulaşmaktadır (50).

Peden ve ark. (7) bir yaşındaki çocuklarda yaralanma ve ilişkilerini incelemiş, yürüme başlangıcı olan 12-18 aylık dönem hareketin artması sebebiyle yaralanma için risk faktörü olarak görülmüştür. Dört yaş altı çocukların aspirasyona daha fazla maruz kalması arka azı dişlerin gelişmemiş olması sebebiyle yeterli çiğneyememe ve yutma reflex koordinasyonunun zayıf olmasından kaynaklanmaktadır (51). Bebeklerin cildi erişkinlerinkinden farklı, daha hızlı ve

daha düşük sıcaklıklarda yanar ve yaralanma daha derindir (52). Çocukların vücut yüzey alanının hacme oranının daha büyük olması, yalnızca yanık boyutunun bir yetişkinden daha büyük olacağı değil, aynı zamanda yanık nedeniyle daha fazla sıvı kaybı olacağı anlamına gelir (53). Küçük çocuklarda katı gıdaları ağıza alma eğiliminden dolayı zehirlenme artmaktadır. Ayrıca zehirli maddeler, çocuğun bedenlen küçük olmasından dolayı yetişkinlere göre daha toksik olabilmektedir (7).

1.3.2. Cinsiyet

Çocuklarda ev kazası konusunda yapılmış çalışmalara bakıldığında cinsiyetin kazaya maruz kalmada belirleyici bir faktör olduğu görülmektedir (54). Erkekler kızlara oranla daha fazla ve daha ciddi yaralanmaya eğilimlidirler (49). Erkek ve kız çocuklarının kalıtsal farklılıkları kaza için erkekleri daha yatkın hale getirmektedir. Yaralanma oranındaki cinsiyet farklılıkları daha yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkmaya başlar (55). Gelişmiş ülkelerden elde edilen bulgular, doğumdan itibaren tüm yaralanma türleri için erkeklerin kadınlardan daha yüksek oranda yaralanmaya sahip olduğunu göstermesine rağmen düşük ve orta gelirli ülkelerde fark daha azdır. Buna rağmen 20 yaş altı erkeklerde kadınlara göre yaklaşık üç kat daha fazla yaralanma görülmektedir (7, 56).

Yaralanmadaki farklılıklar bazı nedenlere bağlanmıştır ve araştırılmıştır. Bir çalışmada cinsiyet farklılığının sebebi riske maruz kalma farklılığıyla açıklanamamış, yaralanma farklılıkları, kız ve erkeğin davranış farklılıklarının ortaya çıktığı yaşla beraber belirgin hale gelmiştir (7). Erkek çocukları kalıtsal olarak getirdikleri kişisel özellikleri sebebiyle daha aktif, meraklı, disiplinsiz, dikkatsizdirler. Ayrıca çevrenin kız ve erkeklere yüklediği roller de kaza oluşumunu etkilemektedir (57). Örneğin erkekler kızlardan daha farklı sosyalleşirler ve çevreyi keşfederken daha az kısıtlanırlar (7).

Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda erkek çocukların kızlara göre daha fazla kaza geçirdiği görülmüştür. Örneğin Karetepe ve ark.'nın (58) yaptığı çalışmada erkeklerin %25,67'sinin, kızların ise %13,80'inin ev kazası geçirdiği bulunmuştur. Düzce Tıp Fakültesi Pediatri Polikliniğine başvuran ve 0-6 yaş çocuğu olan 117 anne üzerinde yapılan çalışmada da kaza geçiren çocukların % 86,7'sinin erkek olduğu belirlenmiştir (59). Bir başka çalışmada, Özmen ve ark.

(60) da erkek çocuklarının kız çocuklarından daha fazla kaza geçirdiğini bulmuşlardır.

1.4. Çocuğun Fiziksel ve Psikolojik Özellikleri

Çocukların bazı fiziksel ve psikolojik durumları, kaza geçirme ihtimallerini artırmaktadır (61). Çocukların aşırı heyecan, korku, dalgınlık, kısa boy, dikkat dağınıklığı, aşırı merak gibi özellikleri veya görme ve işitme duyularının tam olarak gelişmemiş olması kaza ihtimalini artırmaktadır. Akıllı, zeki, uyanık, hareketli ve meraklı çocuklar daha az hareketli çocuklara göre daha çok kaza ile karşılaşmaktadır (62). Ayrıca gün içindeki açlık, uykusuzluk, yorgunluk, susuzluk, stres, üzüntü, dalgınlık gibi durumlarda kaza riskini artırmaktadır(57). Kronik hastalığı olanlar veya herhangi bir engellilik durumu olan çocukların da kaza riski diğer çocuklara göre fazladır (54). Tsoumakas ve ark.'nın (63) yaptığı çalışmada kronik hastalığı bulunan çocukların ev kazası geçirme sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

1.5. Sosyoekonomik Durum

Ailelerin sosyoekonomik düzeyleri, çocuk yaralanmalarını etkileyen nedenlerden biridir. Çocukluk çağı yaralanma yükünün çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde bulunmakta ve yoksul çocuklar orantısız şekilde etkilenmektedir (64). Gelişmiş ülkelerde kaza nedenli ölüm oranları 1970-1995 yılları arasında yaklaşık %50 oranında azalırken, az gelişmiş ülkelerde tam tersi bir eğilim söz konusudur (65). Bunun en büyük nedeni de gelişmiş ülkelerde kazaları önleme programlarının uygulanıyor olmasıdır (66). Sosyoekonomik düzey toplumun su, konut, altyapı, eğitim düzeyi, sağlık gibi durumlarıyla ilişkilidir. Bu farklılıklar ve eşitsizlikler sebebiyle herkes sağlıklı ve güvenli bir konutta yaşayamamakta, sosyal güvencenin bulunmaması ihtimali sebebiyle eşit şartlarda sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır. Bütün bunların yanında kişiler kazaların nedenlerini bilseler dahi, konut koşulları, fiziki çevre şartlarında bir değişiklik yapamamaktadır (67).

Ayrıca bazı çocuklar ortalamanın üzerinde yaralanma oranına sahiptir. Bu durum çocukların mülteci ya da evsiz olmaları gibi özel koşulları ve çevreleriyle ilişkilendirilebilir. Aynı zamanda belirgin şekilde daha yüksek yaralanma

oranlarına sahip guruplar yurttaşlarından daha fazla yoksulluk yaşama ihtimali olan yerli nüfusun olduğu görölmektedir (7).

Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre sosyoekonomik faktörler farklı yönlerden çocuklarda kazalara neden olmaktadır. Örneğin gelir düzeyi düşük olan ailelerde yaşam koşullarından dolayı düşme, boğulma, zehirlenme, elektrik çarpması sık görülürken, gelir düzeyi yüksek ailelerde spor yaralanmaları sık görölmektedir (68, 69). Yapılan bir çalışmada kırsal bölgede yaşayan çocukların, kentsel bölgede yaşayanlara göre daha fazla kazaya maruz kaldığı bulunmuş, evde yaşayan kişi sayısının fazla oluşu, kırsal alandaki evlerin kenttekilere nispeten daha eski oluşu, alt yapının yetersizliği, eğitim düzeyinin düşüklüğü neden olarak gösterilmiştir (70). Gündüz ve ark.'nın (33) Türkiye'nin doğusunda yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi yüksek annelerin, çocuklarda ev kazası konusunda daha bilinçli oldukları görölmüş, kazalar için hazırlayıcı faktörleri ve çocuklarının gelişim düzeyini daha yakından takip ettikleri belirlenmiştir.

1.6. Aile Kaynaklı Risk Faktörleri

Ebeveynlerin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma ve sağlık düzeyi gibi sosyo-demografik özellikleri ile çocuklarda ev kazasına maruz kalma olasılıkları arasında bağlantı olduğu görölmektedir. Özellikle verilen toplumsal rol gereği çocukların bakımından primer sorumlu olan annelerin özellikleri kaza açısından belirleyici rol oynamaktadır (54). Çocukluk çağı kazalarında anne yaşı küçüldükçe, annenin deneyimsiz olmasından dolayı çocuk sağlığının daha çok risk altında olduğu bilinmektedir (71). Bunun yanında genç yaştaki annelerin, çocuklarının ilk veya ikinci olmasından dolayı daha fazla ilgi ve motivasyona sahip oldukları, bunun da kazaları azaltabileceğini savunan görüşler de vardır (72).

Eğitim seviyesi, annelerin çocukluk kazalarını önlemede doğru bilgi ve uygulamalarının bir belirleyicisi olarak görölmektedir. Annenin eğitim düzeyi düştükçe çocukların kaza geçirme ihtimalleri artmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan babaların da çocuklarını ev kazalarından koruma açısından eşlerini etkilediği ve yardımcı olduğu görölmektedir (71). Ebeveynlerin eğitim seviyeleri yükseldikçe çocuklarının sağlık durumu hakkında daha duyarlı oldukları, çocuklarının kazaya yatkınlığını veya kazaya neden olabilecek çevresel etmenleri daha iyi

değerlendirdikleri ve bunun sonucu olarak gerekli önlemleri alma konusunda daha etkili oldukları görülmektedir (73).

Annelerin çalışıyor olması çocukların bakımı için başka birinden destek almayı gerektirmektedir. Yapılan bir çalışmada çalışan annelerin çocuklarının çalışmayanlarınkine göre kaza oranı daha fazladır (58). Çiçekler ve ark.'nın (74) yaptığı çalışmada da esnaf ve ev hanımlarının çocuklarını ev kazalarından korumak için daha fazla önlem aldıkları görülmüştür. Ebeveynlerin hastalık durumları çocukların bakımını etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada sağlık durumu iyi olan annelerin çocukları daha az kazaya maruz kalmışlardır (75).

Aile yapısı ve bireylerin birbiri ile ilişkisi çocukların fiziksel ve ruhsal iyilik hali için belirleyici olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda geniş ailede yaşayan çocukların çekirdek ailede yaşayanlara göre daha fazla kazaya maruz kaldığı belirtilmiştir (71, 76). Çocuk sayısı ve birey sayısı arttıkça çocuklar üzerindeki ilgi azalmakta, aile içi ilişkilerden kaynaklı stres artmakta, bunlara bağlı olarak kazalarda da artış olabilmektedir (77).

1.7. Konuta Ait Risk Faktörleri

Çocuklar için en güvenilir ortam olarak kabul edilen ve 0-6 yaş çocukların en fazla vakit geçirdiği ev ortamı çocuk kazalarının çoğunluğun gerçekleştiği yer olarak görülmektedir (73). Konutun içinde bulunan eşyalar, mimari yapısı, yapılırken kullanılan malzemeler ve konutun çevresi ev kazalarının oluşumunda rol oynamaktadır (78). Konutun içinde veya dışında çok sayıda tehlike bulunmakta, bu tehlikelerden en fazla küçük çocuklar, yaşlılar, engelliler ve kadınlar etkilenmektedir. Çocuklar için ev ortamında kaza yapma olasılığını artıran bazı özellikler aşağıda belirtilmektedir (67, 79).

- Evin çevresinde çukur, çukurların içinde su olması, tarım ilaçlarının çocukların erişebileceği mesafede bulunması, konut dışında aydınlatmanın olmaması
- Kapının doğrudan merdivenlere açılması, basamak yüzeylerinin pürüzlü, çatlak ve kırık olması, basamakların eşit yükseklikte olmayıp, merdiven aydınlatmasının yetersizliği, merdiven trabzanlarının standartlar dışında yapılandırılması

- Doğalgaz kullanılan konutlarda tesisatın bilirkişiler tarafından döşenmemesi, yıllık bakımlarının yapılmaması, kömür sobalarının sabit ve güvenli bir alana kurulmaması, gece yatarken sobaya kömür atılması, soba üzerinde tencere çaydanlık gibi eşyaların bulunup bunlarla yemek ve çay pişirilmesi, elektrikli ısıtıcıların devrilme durumuna karşı emniyetsiz olması,
- Zeminin düz olmayıp, yerde ayağa takılabilecek eşyaların bulunması, kapı eşiğinin olması ve halı kenarlarının ayağa takılacak kadar kalkmış olması, yerde nohut, leblebi gibi yiyeceklerin bulunması
- Balkon korkuluğunun olmaması, olduğu durumlarda yüksekliğinin yeterli olmaması, balkonda çocukların çıkabileceği yüksekliklerin bulunması,
- Banyo zemininin kaygan olması, temizlik maddelerinin çocukların ulaşabileceği seviyede olması, içi dolu kovaların bulunup, klozet kapağının kapalı tutulmaması, tutunacak yerlerin olmaması, kesici-delici aletlerin ortada bırakılması,
- Kapı ve pencerenin sağlam olamaması, emniyet kilidinin bulunmaması, pencere kenarlarında çocukların tırmanacağı yerlerin olup pencerelerin sonuna kadar açılıyor olması, pencerede parmaklık bulunmaması
- Çocuk yatak kenarlıklarının olmaması, bir yaşından küçük çocukların sırt üstü yatırılması, çocukların ulaşabileceği yerlerde elektrik prizlerinin olması, mobilyaların sivri olması
- Çocukların mutfakta yalnız kalması, ocak üzerindeki tencere saplarının ocağın dışına dönük olması, çocukların ocağa ulaşmasını sağlayan yüksekliklerin olması, yanıcı aletlerin ortada bırakılması, televizyonun, dolapların sabit olmaması, dolap köşelerinin sivri olması, prizlerin çocukların ulaşabileceği mesafede olup kapaklı olmaması, ütünün açık şekilde çocukların ulaşabileceği yerlere konması.

1.8. Çocuklarda Sık Karşılaşılan Ev Kazaları

1.8.1. Düşme

Ulusal Çocuk Sağlığı ve İnsan Gelişimi Enstitüsü tarafından bir araya getirilen uzmanlar düşmeyi “yerçekimi kuvvetiyle aniden aşağı inmek; yuvarlanmak, devrilmek ve zorla dengesini kaybetmek” olarak tanımlamaktadırlar (7). Düşmek, her çocuğun normal gelişiminin bir parçası olmasının yanında, ev kazası ve yaralanmalarının önde gelen nedenlerinden biridir (7, 80). Düşmelerin çoğu çocukların vücudunda birkaç kesik ve morluğa sebep olacak kadar küçük ve önemsizdir. Bununla birlikte bazı düşmeler ise kalıcı sakatlık ve ölümlerle sonuçlanabilmektedir (7). DSÖ verilerine göre her yıl 47.000 çocuk düşmeler sebebiyle ölmekte, yüzlerce çocuk da farklı seviyelerde yaralanmaktadır (69). Çoğu ülkede düşmeler, acil servislerde görülen en yaygın çocukluk çağı yaralanma türü olup, bunun yüksek sosyal ve ekonomik sonuçlara neden olduğu belirlenmiştir (81). Düşmeyi etkileyen birçok faktör vardır. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, fiziksel gelişimi, düşmeden önceki aktivitesi, düştüğü yer, düşüşün meydana geldiği yükseklik, düştüğü yerin yüzeyi gibi faktörler, düşmeye bağlı yaralanmaların büyüklüğünü belirleyen özelliklerdir (7). Düşme özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli olmasına rağmen yüksek gelirli ülkelerde de hala önemli ölüm nedenlerinden biridir. ABD ‘ de çocuklukta travma kaynaklı ölümlerin büyük çoğunluğunu düşmeler oluşturmaktadır (82).

Orta ve yüksek gelirli ülkelerden elde edilen verilere göre çocuklarda ölümcül düşmelerin büyük kısmı yüksekte düşme sebebiyle oluşmaktadır (69). Mobilyadan düşme ve merdivenden düşme sonucu oluşan yaralanmalar yüksekte düşmenin iki önemli nedenidir. Yapılan bir çalışmada mobilyadan düşme nedeniyle hastaneye kaldırılan çocukların, merdivenlerden düşmelere göre 1.8 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Çünkü çocuklar 6 aylıktan itibaren mobilyalardan düşmeye başlamaktadır (83).

Düşmeler özellikle travmatik beyin hasarının önemli nedenlerinden biridir (7). Kanada’da yapılan bir araştırmada, düşme sonrası acil servise başvuran bir yaşından küçük bebeklerin %36’sının ciddi kafa travmasına sahip olduğu, acil servise götürülen kafa travmalarının ise % 90’ından düşmelerin sorumlu olduğu

tanımlanmıştır (82). Çocuklar büyüdükçe düşerken kafalarını korumaya meyilleri artar ve düşme sonucu extremitte kırıkları görülmeye başlar (84). Düşmeler, uzun vadede kalıcı sakatlığın en önemli nedenlerinden biridir. Ayrıca bu durum erkeklerde kızlardan daha fazladır (85).

Çocuklukta düşme şekilleri yaş grupları arasında farklılık göstermektedir. Bir yaş altı çocukların mobilya veya bakım veren kişinin kucağından düşme olasılığı yüksektir. Bir ila üç yaş arası çocukların merdiven veya basamaklardan, bebek yürüteçlerinden, mobilyalardan ve oyun ekipmanlarından, daha büyük çocukların ise oyun ekipmanlarından düşme ihtimali yüksektir (7).

Çocuklar ve gençler arasında düşmeye bağlı yaralanmalarda hatta çoğu yaralanma türünde erkeklerin sayısı kadınlardan fazladır (86, 87). Bazı araştırmalar, çocuklarda yaralanma eğilimini dürtüsellik, hiperaktivite, saldırganlık ve kızlardan daha yaygın olarak erkeklere has kişilik özelliklerine bağlar (86, 88). Ayrıca çocuğun sosyoekonomik düzeyi ile düşme arasında da güçlü bir ilişki vardır (89). Aşırı kalabalık evler, tehlikeli ortamlar, tek ebeveynlik, işsizlik, nispeten genç ve eğitimsiz anne, bakım veren kişinin ruh sağlığı bozukluğu ve sağlık hizmetlerine erişim eksikliği, sosyal sınıf ile düşme arasındaki ilişkinin nedenlerindendir (7).

1.8.2. Yanıklar

Yanık, termal travmanın neden olduğu deri veya diğer organik doku yaralanması olarak tanımlanır. Derideki veya diğer dokulardaki hücrelerin bir kısmı veya tamamı sıcak cisimler tarafından yok edildiğinde veya radyasyon, radyoaktivite, elektrik, sürtünme veya kimyasallarla temas halinde cilt veya dokunun hasarlanması sonucu yanıklar meydana gelmektedir (90). Yanıklar sebebiyle en fazla deri etkilenmektedir. Derinin yapısı yanık yarasıyla derin ve yaygın olarak zedelenirse vücudu koruyan bariyer bozulmuş olmakta, bu durumda vücut enfeksiyonlara karşı savunmasız kalıp, vücudun sıvı kaybına engel olunamamaktadır. Sıvı kaybı da beraberinde ısı regülasyonunda dengesizlik meydana getirmektedir (91).

Çocuklar meraklı yapılarının gereği, hareket ettikleri anda çevrelerini keşfetmeye ve yeni eşyalara dokunmaya başlarlar. Bu durum hayatta kalabilmeleri için gerekli davranışların kazanılmasının yanı sıra ciddi yaralanmalara neden olacak cisimlere de temas ederler. Bunun sonucu olarak 1-9 yaş arası çocuklar için yanıklar

önemli bir ölüm nedenidir. Dünyadaki tüm insanlar arasında, bebekler yanıklardan ölüm açısından en fazla riske sahiptir (7). Dört yaşın altındaki çocuklarda motor gelişim ile entelektüel ve bilişsel gelişim uyuşmamakta ve yaralanmalar daha kolay olabilmektedir (92). Hareketlenmeye başlayan çocuk kendisi için tehlikeli nesnelere ulaşmakta, bunun sonucu olarak ısıtıcılara ve sıcak borulara dokunmaktadır. Böylece çocuklarda avuç içinde yanık meydana gelebilmektedir. Bir çocuğun derisi erişkine göre daha ince ve geri çekme refleksi daha yavaş olduğundan bu tür temas yanıkları derin ve yaygın olabilmektedir. Bu yüzden çocuklarda yanık tedavisi dikkatli yapılmalıdır (93). Altı yaşın altındaki çocuklarda en fazla haşlanma yanıkları görülmektedir. Tipik haşlanma yanıkları çocuğun sıcak olan sıvı maddeyi yüzüne, ekstremitelerine veya gövdesine döktüğü zaman meydana gelmektedir (7).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kızlar arasında erkeklere göre daha sık meydana gelen tek ölümcül yaralanma türüdür (69). Ayrıca yoksulluk ile yanıklardan kaynaklanan morbidite ve mortalite yakından ilişkilidir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde yanık insidansı, yüksek gelirli ülkelere göre ciddi anlamda fazladır. İsveç’ te yapılan bir çalışmada en yoksul guruptaki çocukların yanık nedeniyle hastaneye yatırılma riski, en zengin guruptaki çocuklara göre 2.3 kat fazla bulunmuştur (94).

Çocukluk çağı yaralanmalarının çoğu önemsizdir ve ayakta tedavi edilmektedir. Hastane başvurusundan sonra %93 oranında taburcu olmaktadır. Küçük yanıklar, yanıklar avuç içi veya ayak tabanında olmadığı sürece uzman değerlendirmesine ihtiyaç duymamaktadır. Bununla birlikte, küçük yanıkları olan çocuklar bile olumsuz fiziksel ve psikolojik sekeller sergileyebilmektedir (95). Hastaneye yatma, uzun süreli rehabilitasyon ihtiyacı, okul ve eğitim günlerini kaybetme, gelecekte olası işsizlik, sosyal reddedilme ve diğer psikososyal sorunlarla ilişkili çocukların ailelerine de maliyetler çıkabilmektedir (96, 97).

Yanık vakaları ev işlerinin yoğun olarak yapıldığı sabahın geç saatlerinde ve akşam yemeğinin yapıldığı zamanlarda daha fazla görülmektedir (98). Ayrıca yılın mevsimine göre de değişiklik göstermekte, kışların soğuk olduğu yerlerde ısıtıcıların kullanımına bağlı yanık olayları artmaktadır (7).

Amerika’da yanık veya haşlanma ile hastaneye başvuran çocukların yaklaşık %70’i beş yaşından küçüktür. Sıcak ev eşyalarından ve sıvılardan kaçınmak için bilişsel farkındalık veya motor beceriler olmadan çevrelerini keşfederken kasıtsız yanıklar yaşarlar ve bu tür olayları önlemek için güvenli bir ortamda sürekli gözetim gerektirirler. Yanık geçiren çocukların bir kısmı fiziksel olarak istismar edilmiş veya ihmal edilmiştir ve tahminen %3-24’ü istismar şüphesiyle çocuk koruma servislerine sevk edilmektedir. Ek olarak, herhangi bir nedenle yanık yaşayan üç yaşından küçük çocukların, altı yaşına kadar gelecekte çocuk istismarına veya ihmaline maruz kalma olasılıkları, vaka eşleştirilmiş kontrol popülasyonuna göre yedi kat daha fazladır (99).

1.8.3. Boğulmalar ve yabancı cisim aspirasyonu

Çocuğun solunum yoluna yabancı bir cisim kaçması, çocuğa yiyebileceğinin dışında bir yiyecek verilmesine bağlı solunum yolunun tıkanması veya sıvı içine batma ya da dalma sonucu yaşanan solunum bozukluğu sürecine boğulma denmektedir (100, 101). Boğulma, mortalite ve sakatlığın ciddi nedenlerinden biridir. Dünya çapında her yıl boğulma nedeniyle bildirilen yaklaşık 372.000 ölümle, çocuk ölümlerinin önde gelen nedenidir (102). Ölümle sonuçlanmayan boğulma ise, bilişsel zorluklara, hipoksik-iskemik beyin hasarına, kardiyak anormalliklere ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde yetişkin solunum yolu hastalıklarına yol açabilmektedir (104).

Boğulma, ölüm oranları açısından dünyanın her yerinde erkek çocuklarında daha fazla görülmektedir. 20 yaş altı çocuklarda erkeklerin ölüm oranı kızlarıninkinin iki katı bulunmuştur (7). Ev ortamı boğulma açısından risk faktörleri içermektedir. Bunlar kuyu, sarnıç, fosseptik çukur, dekoratif gölet, havuz, tuvalet gibi mekanlar ya da kova, küvet gibi eşyalardır (104). Boğulma yeri yaşla ilişkili olup, Amerika Birleşik Devletleri’nde bebekler en sık banyo ve kovalarda, 1-4 yaş arası çocuklar yüzme havuzlarında, 5 yaş üstü çocuklar ise havuz, nehir ve göllerde boğulmaktadır (105, 106). 2005-2014 yılları arasında görülen ölümcül boğulmaların % 88’i küvet, % 6’sı kovada gerçekleşmiştir (104). Ayrıca bir yaş altı çocuklarda yorgan, yastık, cebinlik gibi eşyalar veya çocuk ve çocuğun yanında yatan kişinin yatış pozisyonundaki yanlışlardan kaynaklanan boğulmalar görülebilmektedir (61).

Yabancı cisim aspirasyonu 1 yaş altı çocuklarda en önemli ölüm sebeplerinden biridir (107). Yabancı cisimlerin geneli kendiliğinden vücuttan atılabilirken, bir kısmına cerrahi müdahale gerekir (108). Bunun yanında özellikle 1-3 yaş arası çocuklarda yabancı cisim aspirasyonları kazalar arasında %7 oranında ölümlere neden olabilmektedir (109).

Yabancı cisim aspirasyonu, ağız ya da burun boşluğunda bulunan maddenin nefes alma esnasında solunum sistemine kaçması olarak tanımlanır. Çocuklarda aspirasyonun fazla olmasının birçok nedeni vardır. Erişkin gözetimi dışında çocuklara fındık, fıstık, leblebi gibi kolayca aspire edebileceği yiyeceklerin verilmesi, küçük parçalı oyuncakların tercih edilmesi, çocukların oyun ve yemekte gülmesi ve yutma ve havayolu temizleme refleksinin tam anlamıyla gelişmemiş olması bu nedenlerden bazılarıdır (54). Teşhis edilmemiş ve çıkarılmamış cisim, ani öksürük ve boğulma ile karakterize çocuklarda asfiksi, pnömoni, ateletazi veya bronşektazi gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir (110). Bunun yanında solunum yoluna gitmeyip, gastrointestinal sistemde kalan cisimler eğer eritilememişse kanamaya, perforasyona, tıkanıklığa ve enterik fistüllere neden olabilmektedir (111).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda ortalama 8000 boğulma olayı meydana gelmekte, bunun da % 40'ını 4 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır. Bunun yanında her yıl ortalama 2000 çocuğun yabancı cisim aspirasyonu nedeniyle öldüğü, bunların da % 60'ının 4 yaş altı olduğu bulunmuştur. Boğulmalar düşük sosyoekonomik düzeye sahip ülkelerde daha fazla görülmektedir (112).

1.8.4. Zehirlenmeler

Zehirlenme, hücresel hasara veya ölüme yol açan dışardan bir maddeye maruz kalma durumundaki yaralanmayı ifade etmektedir. Zehirler solunabilir, yutulabilir, enjekte edilebilir veya emilebilir. Ev ve çevresi, kasıtsız zehirlenme olayları için tehlike arz etmektedir. Binlerce çocuk, yanlışlıkla bir tür ev ürünü, temizlik maddesi, ilaç veya böcek ilacı içerek zehirlenme nedeniyle acil servislere başvurmaktadır (7).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000-2008 yılları arasında evde oluşan yaralanma kaynaklı ölümlerin ilk sırasında zehirlenmelerin olduğu görülmektedir (104). Amerikan Zehir Kontrol Merkezi Birliği'nin verilerine göre her 14,6

saniyede bir zehirlenme olayı bildirilmekte ve bunların % 78'i kasıtsız zehirlenme olup, bunların yaklaşık yarısını çocuklar oluşturmaktadır (113).

Çocuğun davranışını, boyutunu ve fizyolojisini belirlediği ve dolayısıyla maruz kalma türlerini ve sonucu etkilediği için yaş, zehirlenme ile güçlü bir ilişkiye sahiptir (114). Bebekler ve çocukların yerle teması ve merak duygularından dolayı nesneleri ağıza sokma eğilimleri daha fazla olduğu için zehirlere maruz kalma riski artmaktadır (115). Ayrıca küçük çocuklarda zehirlenme riski boyutları ve fizyolojik özelliklerinden dolayı şiddetlidir. Çoğu maddenin toksitesi vücut kütlesine göre doz arttıkça artar. Erkeklerin kızlardan sürekli olarak daha yüksek zehirlenme riski altında olduğu görülmektedir (7).

Sosyoekonomik statü, yalnızca ülkeler arasında değil, aynı zamanda ülkeler içinde de zehirlenmeden kaynaklanan yaralanma ve ölümlerle güçlü bir şekilde ilişkilidir (116). Birleşik Krallık'ta yapılan araştırmalar, yoksul geçmişe sahip çocuklar arasında zehirlenmeden ölme riskinin, varlıklı bölgelerdeki çocuklar için riskten daha fazla olduğunu göstermektedir (117). Maddelerin özellikleri de zehirlenme açısından önemlidir. Sıvı maddelerle yaralanma oranı katı maddelerle yaralanma oranından daha fazladır (114). Araştırmalar, katılardan ziyade sıvıların, koyu renklilerden ziyade berrak sıvıların ve büyük katılardan ziyade küçük katıların küçük çocuklara daha çekici geldiğini ve bu nedenle onlar tarafından yutulma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (7). Ayrıca bir maddenin yutulması için en belirgin risk faktörü, çocuğun ulaşabileceği ev ortamında bulunmasıdır. İlaçların ve deterjanların etiketlenmemiş veya yanlış etiketlenmiş kaplarda, çocukların açabileceği kapaklarla kapatılması da zehirlenme için risk faktörüdür (81).

Zehirlenme durumunda hızlı ve uygun triyaj, tanı ve tedavi hayati önem taşır (7). Türkiye' de yapılmış araştırmalara göre acil servise başvurmuş akut zehirlenmeler tüm vakaların %0,3-%5'ini oluşturmaktadır. Zehir danışma merkezlerine ve acil servislere başvurulara bakıldığında akut zehirlenmelerin çoğu ilaçlarla olmaktadır. Bölgesel değişiklikler olmakla birlikte tarım ilaçları, temizlik ürünleri ve karbonmonoksit zehirlenmeleri ilaçlarla zehirlenmelerden sonra gelmektedir (118).

1.8.5. Kesici-Delici Alet Yaralanması

Bıçak, jilet, makas gibi keskin kenarlı araçlar ile kesici yaralanmalar, sivri uçlu araçların batması ile de delici yaralanmalar oluşmaktadır (57). Kesici-delici alet yaralanması ile penetran yaralanmalar oluşur. Künt yaralanmalar çarpma, düşme, ezilme sonucu oluşabileceği gibi evde bulunan TV, dolap gibi eşyaların çocuğun üzerine devrilmesi sonucu da oluşabilmektedir (54). Çocuklardaki yaralanmaların çoğu künt travmaya bağlıdır, buna karşın penetran travma insidansı nispeten düşüktür. Bununla birlikte, künt yaralanmalara kıyasla penetran yaralanmalardan kaynaklanan ölüm riski tüm yaşlarda daha yüksektir. Penetran travma insidansı son zamanlarda hem tüm yaş grupları arasında hem de çocuklar arasında artmaktadır. Çocuklarda penetran yaralanmalar erişkinlere göre daha yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Daha ince vücut duvarları ve daha küçük boyutları nedeniyle, çocukların iç yapıları ciddi yaralanmalara karşı daha hassastır (119). Bunun yanında çocuklardaki kan kayıplarının düşük miktarları hipovolemi ve şok için yüksek risk taşımaktadır (54). Derinin koruma özelliği bozulacağından dolayı enfeksiyonlara yatkınlık da artmaktadır. Bu yaralanmaların ortak özelliği ağrı, kanama ve yara yerlerinin ayrılmasıdır (120).

1.8.6. Elektrik Çarpması

Elektriğin yaygın olarak yaşamın her alanında kullanılmaya başlaması elektrik çarpmasına bağlı yaralanmaların oluşmasına neden olmaktadır (121). Amerika Birleşik Devleti'ndeki verilere göre yılda ortalama 1000 kişi elektrik çarpması sonucu hayatını kaybetmektedir ve bunların %10'u çocuktur (122). Elektrik çarpmaları, iki nokta arasındaki elektriksel gerimin vücuda temas etmesi sonucu oluşan kaza türleridir. Çocukların elektrik kablolarını ısırmaları, prizlere metal cisim sokmaları veya elektrik kaçağının bulunması durumunda da elektrik çarpmaları görülebilmektedir (123).

Elektrik çarpmasına bağlı yaralanmalar geniş bir kliniğe sahiptir. Ev kazaları sebebiyle oluşanlar basit yaralanmalara neden olabilirken, yüksek voltajla oluşan yaralanmalarda çoklu organ yetmezliği hatta ölüm bile gerçekleşebilmektedir (121).

1.8.7. Ev Kazalarının Önlenmesi

Pek çok nedeni ve aralarındaki yakın ilişkileriyle kasıtsız yaralanmalar önlenemekte olup bunun için çok çeşitli önleme yaklaşımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Çeşitli önleme stratejileri belirlenmektedir. Genel olarak; yeni yaraların önlenmesi, yaraların şiddetinin azaltılması, bir yaralanmadan sonra sakatlığın sıklığının ve şiddetinin azaltılması amaçlanmaktadır (7).

Diğer birçok sağlık sorununda olduğu gibi, yaralanmalarda tek nedene bağlı olmayıp, bunun yerine çeşitli nedenleri kullanan modellere başvurulmaktadır. Bu nedenle, halk sağlığı modeli dört mantıksal adımı izleyerek konuya sistematik ve koordineli bir şekilde yaklaşmaktadır. Kaza ve yaralanmaların önlemek için oluşturulan halk sağlığı adımları şunlardır:

- Tarama: Sorun nedir?
- Risk Faktörlerinin Tanımlanması: Sorunun nedenleri nelerdir?
- Müdahalelerin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi: Sorunu ne önlüyor?
- Uygulama: Müdahaleler nasıl yapılır?

Halk sağlığı perspektifi ayrıca çocuk yaralanmaları konusuna bütüncül bir yaklaşıma izin verir. Böyle bir yaklaşım, ortaklar olarak, yaralanmaların önlenmesine dahil olan çeşitli ulusal ve yerel kurum ve kuruluşları bir araya getirebilir ve eylemleri tek bir çatı altında koordine edebilir (124).

1.8.8. Düşmelerin Önlenmesi

Çocuklarda düşmeye bağlı yaralanmaların önlenmesi, büyük miktarda morbidite, sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetleri ve özellikle kafa yaralanmalarından kaynaklanan önemli ölüm riski göz önüne alındığında, dünya çapında büyük önem taşımaktadır (125).

Güvenli olmayan ürünleri belirlemek, değiştirmek veya modifiye etmek, birçok yüksek gelirli ülkede düşmelerden kaynaklanan yaralanmaları önlemek için önde gelen bir strateji oluşturmaktadır. Çocuk odası mobilyalarının, oyun ekipmanlarının, spor ve eğlence ekipmanlarının ve alışveriş arabaları ve tekerlekli sandalyeler gibi diğer öğelerin kaldırılması veya yeniden tasarlanmasıyla çocuklukta düşme yaralanmalarının insidansında büyük azalmalar sağlanmıştır (125, 126).

Çevreyi daha “çocuk dostu” hale getirmek için değiştirmek, her yaştan insana fayda sağlayan pasif bir müdahale yaklaşımı olup, oyun alanlarının tasarımında ve bakımında yapılan büyük değişiklikler, birçok yüksek gelirli ülkede oyun alanı yaralanmalarının sayısını önemli ölçüde azaltmaktadır (125).

Çocukların düşmesini önlemek için alınması gereken bir takım önlemler mevcuttur (7, 127, 128).

- Banyo zeminleri ıslak bırakılmamalı, çocuklar bir erişkin gözetiminde banyoda bulunmalıdır.
- Pencere korkulukları, çatı korkulukları ve merdiven kapılarının olmasına özen gösterilmelidir.
- Çocuklar güvenli oyun alanlarına yönlendirilmelidir.
- Evdeki ve merdivenlerdeki aydınlatma çocuklar için yeterli olup, merdiven trabzanları sağlam olmalıdır.
- Yeni yürüyen çocukların yürürken kaymasını engelleyecek şekilde çoraplar giydirilmeli, yere ayaklarına takılıp düşmelerine neden olacak malzemeler bırakılmamalıdır.
- Mobilyalar sabit ve pencere kenarlarından uzak olmalı, mobilyalar çocuğa uygun yapı ve tasarımda olmalıdır.
- Çocuklar koruma kenarlı yataklarda yatırılmalı, bu korumaların çocuğun düşmesini engelleyici standartlarda olması sağlanmalıdır.
- Çocuklar yaşlarına uygun giydirilmeli, mama sandalyesi veya diğer sandalyelerde emniyet kilidi bağlanmalıdır.

1.8.9. Yanıkların Önlenmesi

Birçok düşük ve orta gelirli ülkede, aydınlatma ve ısıtma için lambalar ve sobalar fosil yakıtlar kullanır. Bu lambalar ve sobalar genellikle çocukluk çağı yanıklarıyla bağlantılıdır (129). Müdahalelerin etkinliğine ilişkin kanıtlar en belirgin şekilde ölüm riskini %70'in üzerinde azalttığı tespit edilen duman dedektörlerinde mevcuttur (130). Ayrıca yangın geciktirici malzeme kullanımı ile yanık sayısı belirgin düzeyde azalabilmektedir (131).

Çocuklarda Yanık yaralanmalarını azaltmak için yapılması gereken öneriler mevcuttur (7, 132-134).

- Çocukların ocak ve fırınların düğmelerini açmasını engelleyecek şekilde engeller konulmalı, ocak üzerindeki tencerelere ulaşmaması için sapları arkaya dönük olmalı ve soba üzerinde devamlı çay ve yemek bulundurulmamalıdır.
- Kibrit ve çakmaklar çocukların erişemeyeceği mesafede tutulmalı, ateşle oynamalarına asla izin verilmemelidir.
- Etrafta sıcak çay, kahve gibi içecekler bırakılmamalıdır.
- Her sene baca temizliği yapılmalı, doğalgaz, tüp kaçaklarına karşı tedbirli olunmalıdır.
- Musluktan akan suyun sıcaklığı standartlar ölçüsünde olmalı, çocuklara verilen yiyecek ve içeceklerin sıcaklığı kontrol edilmelidir.
- İş biten elektrikli ev aletleri prizden çıkarılmalı, ütü sıcak haliyle ortada bırakılmamalıdır.
- Isıtıcı ve ocakların önlerine çocukların geçmesinin engelleyecek bariyerler konulmalıdır.
- Elektrik prizlerinde güvenlik kapakları bulundurulmalıdır.
- Bu ve buna benzer birçok önleme ek olarak uygun ilk yardım ve acil ekipmanlarının bulunması gerekmektedir.

1.8.10. Boğulmaların Önlenmesi

Mümkün olduğu sürece bir tehlikeyi ortadan kaldırmak en etkili önleme yöntemidir. Çünkü engellere ve diğer koruyucu ekipmanlara gerek kalmamaktadır (135). Ama bu mümkün değilse diğer bir pasif müdahale, çocuk ve tehlike arasına etkili bir bariyer koymaktır (136).

Boğulmanın dünya çapında kasıtsız yaralanma ölümlerinin ikinci önde gelen nedeni ve bazı ülkelerde çocuk ölümlerinin (hastalıklar dahil) önde gelen tek nedeni olduğu düşünüldüğünde, uygulanabilir önleyici tedbirler son derece değerlidir (7).

- Banyoda çocukların yalnız kalmamasına dikkat edilmeli, su dolu kovalar ve havuz, kuyu gibi yerlerin çocukların ulaşamayacağı şekilde dizayn edilmelidir.

- Bebekler ve çocukların uyurken yastık kullanmamasına dikkat edilmeli, yatış pozisyonu da boğulmayı engelleyecek şekilde yan tarafa doğru olmalıdır.
- Çocuğun ağzına götürebileceği ve yutabileceği küçük oyuncaklar ve leblebi, nohut gibi yiyecekler ulaşabileceği mesafede olmamalıdır.
- Çocuklar ağzında yemek varken konuşmaması ve gülmemesi konusunda uyarılmalıdır.
- Plastik torba ve örtüler çocuklardan uzakta muhafaza edilmelidir.
- Çocuklara tavuk ve balık yedirirken kemik ve kılçıktan tamamen temizlenmiş olmasına dikkat edilmelidir.
- Emzik emen çocuklarda emzik ve nazar boncuğu gibi eşyalar çocuğun yakasına asılmamalıdır (132, 137, 138).

1.8.11. Zehirlenmelerin Önlenmesi

Zehirli bir maddenin etkili bir şekilde uzaklaştırılması her zaman mümkün olmayabilir. Alternatif bir yaklaşım, kusurlu ajanın toksisite seviyesini düşürmek veya onu bir şekilde nötralize etmektir. Bunu yapmanın bir yolu, aktif bileşenin konsantrasyonunu azaltmaktır. Çocuklara dayanıklı ambalaj, çocukların istemeden zehirlenmesini önlemede en iyi belgelenmiş başarılarından biridir (139). Zehirlenmenin erken ve doğru teşhisi ve yönetimi morbidite ve mortalite riskini azaltmaktadır. Bunun için de Zehir Danışma Merkezlerinin varlığı herkes tarafından bilinmelidir. Zehir kontrol merkezleri, bireylere ve sağlık kurumlarına tavsiyelerde bulunurlar. Uygun olduğunda ilk yardımı yönlendirirler ve daha ciddi zehirlenmeleri bir sağlık kuruluşuna yönlendirirler. Zehir kontrol merkezleri, zehirlenme vakalarında daha az ciddi sonuçlardan sorumludur. Ayrıca daha pahalı sağlık hizmetleriyle gereksiz temasları da ortadan kaldırır (140).

İlaçlar, temizlik maddeleri, parfüm, krem gibi çocuklar için zehirli olabilecek maddeler çocukların erişemeyeceği mesafeye konulmalıdır (7, 71, 128).

- Zehirli maddeler kendi kutusunda saklanmalı ve çocuğa bu durum anlatılmalıdır.
- Banyoda şofben bulunmamalı, baca sistemi dışarıya açılır şekilde tasarlanmalı ve çocuklar gaz veya kömür sobası bulunan odada uyumaya bırakılmamalıdır

- Çocukların oynadığı oyuncakların boyasına dikkat edilmeli, yemek için kültür mantarları tercih edilmelidir.
- Evdeki havalandırma düzeneği yeterli olmalıdır
- Dışarda bozulabilecek yiyecekler dolapta saklanmalı, ayrıca yiyecekler bittikten sonra onların kaplarına zehirli maddeler konulmamalıdır.
- Gıda maddesi alırken son kullanma tarihine dikkat edilmelidir.
- Çocuklar için kullanılan ilaçlar doktorun tavsiye ettiği miktarda kullanılmalıdır.
- Evde toksik olabilecek bitkiler yetiştirilmemelidir.
- Kesiklerin Önlenmesi
- Kapı ve pencere camları, çocukların yemek yedikleri tabaklar kırılmayacak maddeden yapılmalıdır
- Çocukların elinde bardak, şişe gibi cam eşyalar verilmemeli, bıçak, jilet, çatal gibi kesici delici aletler çocukların ulaşamayacağı şekilde muhafaza edilmelidir.
- Evdeki mobilya kenarlarının ve köşelerinin sivri olmamasına özen gösterilmelidir.
- Çocuk oyuncaklarının plastikten olmasına dikkat edilmeli, çocukların elinde sivri bir madde varken koşmamasına dikkat edilmelidir.
- Ateşli silahlar hiçbir şekilde çocuklara gösterilmemeli, ayrıca çocukların ulaşamayacağı kilitli bir dolapta saklanmalıdır.
- Elektrik Çarpmalarının Önlenmesi
- Evdeki tüm prizlerde koruyucu plastik kapaklar bulunmalıdır
- Elektrik kabloları ayak altında bulunmamalı, aşınmış kablolar derhal değiştirilmelidir.
- Elektrikli ev eşyaları çocuklardan uzak tutulmalı, bu eşyaların suyla teması önlenmelidir.
- Tüm evlerde mutlaka kaçak akım rölesi bulundurulmalıdır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırma Tipi

Bu araştırma Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri Kliniğinde Yatan 0-6 Yaş Gurubu Çocukların Ev Kazası Görülme Sıklığını, kazayı etkileyen faktörleri, en çok görülen kaza türlerini incelemek amacıyla yapılan kesitsel tipte bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın veri toplama aşaması Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri Kliniğinde Ocak-Haziran 2021 tarihlerinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kesitsel tipte olan bu çalışmanın evrenini; Elazığ ili Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi pediatri kliniğinde yatan 0-6 yaş gurubu çocukların anneleri oluşturmuştur. Bu çalışmada pediatri kliniğine bir sene boyunca yatan 14.470 0-6 yaş gurubu çocuğun anneleri, araştırma evrenini oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü ise $n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$ formülü kullanılarak hesaplanmış ve 527 olarak bulunmuştur. Anketlerin yapıldığı süre boyunca klinikte çocuğu yatan tüm annelere ulaşılmaya çalışılmış ve 530 anneye ulaşılmıştır.

2.3. Veri toplama araçları

Veriler araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatürler değerlendirilerek hazırlanan bir anket formu ile gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra uygulanmıştır. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde annelerin sosyo demografik özellikleri, çocuğun yaş, hastalık, kaza geçirme durumu ve ailenin yaşadığı evin fiziksel özellikleri sorgulanmıştır.

İkinci bölümde ise “0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerine ilişkin tutumlarını tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Çınar ve Görak tarafından 2003 yılında yapılmıştır. Ölçek 34 olumlu ifade 6

olumsuz ifade olmak üzere toplam 40 ifadeden oluşmaktadır. Beşli likert tipte olan bu ölçekte; her bir madde 1- 5 arasında puanlanmaktadır. Olumlu ifade içeren maddelerde “Her zaman” cevabı 5 puan, “Çoğu zaman” 4 puan, “Bazen” 3 puan, “Nadiren” 2 puan, “Hiçbir zaman” 1 puan almaktadır. Olumsuz ifade içeren 6, 9, 23, 26, 30 ve 40’ıncı maddelerde puanlama tersine olmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan en az 40 en fazla 200’dür. En yüksek puana ulaşılması annelerin çocuğunu ev kazalarından korumaya yönelik önlemleri en üst düzeyde aldığını gösterir. Çınar ve Görak (2003) çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0,82 olarak bildirmiştir (141).

2.4. Verilerin Toplanması

Anketin uygulanması araştırma kapsamına alınan hastalarla yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır. Araştırmanın anket çalışması Etik Kurul onayı ve gerekli izinler alındıktan sonra yapılmaya başlanmış ve araştırma verileri Ocak-Haziran 2021 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Anket gönüllü olan kişilere uygulanmıştır.

2.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz

Araştırma sonucunda elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22 istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel değişkenlerin özelliklerine göre yüzde, ortalama $\pm$ standart sapma (Ort $\pm$ SS) veya ortanca ve çeyreklikler (ortanca, 25.-75. yüzdeler) olarak verilmiştir. Grupların normalite testleri için Kolmogorov-Smirnov testi yapılmış olup, nicel verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları yerine getirilemediği için istatistiksel değerlendirmelerde Mann - Whitney U, Kruskal – Wallis H testleri yapılmıştır. Ayrıca kategorik değişkenler için Ki-kare testi kullanılmış olup, $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Tablo 1. Araştırma Gurubundaki Ebeveynlerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellik (n=530)	Sayı	%
Anne Yaşı		
24 yaş ve altı	114	21,5
25-34 yaş	308	58,1
35 yaş ve üzeri	108	20,4
Anne Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	123	23,2
Ortaokul	199	37,5
Lise	107	20,2
Üniversite	101	19,1
Anne Çalışma Durumu		
Çalışıyor	127	24,0
Çalışmıyor	403	76,0
Anne Mesleği (n=127)		
Memur	84	66,1
İşçi	38	29,9
Diğer meslekler*	5	4,0
Anne Medeni Durum		
Evli	504	95,1
Bekar/Boşanmış/Dul	26	4,9
Baba Yaşı		
29 yaş ve altı	148	27,9
30-34 yaş	169	31,9
35 yaş ve üzeri	213	40,2
Baba eğitim durumu		
İlkokul ve altı	89	16,8
Ortaokul	137	25,8
Lise	153	28,9
Üniversite	151	28,5
Baba Çalışma Durumu		
Çalışıyor	495	93,4
Çalışmıyor	35	6,6
Baba Mesleği (n=495)		
Memur	165	33,3
İşçi	83	16,7
Esnaf	103	20,8
Çiftçi	20	4,1
Serbest Meslek**	124	25,1

*Kendine ait dükkânı olanlar

**Düzenli bir işi olmayıp, aylık veya yıllık işe girip çalışanlar

Çalışmaya Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yatan, 0-6 yaş çocuğu olan 530 anne dahil edildi. Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması $29,42 \pm 5,91$ (min:17, max:48) , babaların yaş ortalaması $33,64 \pm 6,27$ (min:20, max:57) yıl olarak bulunmuş olup annelerin %95,1'inin (n=504) hala devam eden bir evliliği bulunmakta, %4,9'unun (n=26) ise bekar, boşanmış veya eşi vefat etmiş olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 2. Araştırma Gurubundaki Çocukların Ailelerine Ait Özelliklerin Dağılımı

Özellik (n=530)	Sayı (n)	(%)
Aile Tipi		
Geniş Aile	59	11,1
Çekirdek Aile	460	86,8
Parçalanmış Aile	11	2,1
Çocuk Sayısı		
1 çocuk	169	31,9
2 çocuk	182	34,3
3 çocuk	112	21,1
4 çocuk	52	9,8
5 çocuk ve üzeri	15	2,8
Ekonomik durum Algısı		
Çok iyi/ İyi	134	25,3
Orta	317	59,8
Kötü/ Çok Kötü	79	14,9
Çocuklarınızın bakımından primer sorumlu kişi		
Anne-Baba	454	85,7
Bakıcı	42	7,9
Akraba	34	6,4

Araştırma kapsamındaki çocukların %86,8'i (n=460) çekirdek ailesi ile birlikte yaşarken, %11,1'inin (n=59) aile içinde anne, baba ve çocuk dışında bir bireyle yaşadığı tespit edilmiştir. Çocukların %2,1'i (n=11) ise sadece tek ebeveynle yaşamaktadır. Çalışmaya katılan annelerin çocuk sayılarının ortalaması $2,16 \pm 1,06$ (min:1-max:5) olarak bulunmuştur. Araştırma dahilindeki çocukların ailelerine ait bazı özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Araştırma gurubundaki çocukların ebeveynlerine ait hastalık durumlarının dağılımı

Özellik	Sayı	%
Anne Sağlık Sorunu		
Var	55	10,4
Yok	475	89,6
Anne Hastalık Türü (n=55)		
Kronik/metabolik hastalık	43	78,2
Cerrahi işlem	5	9,1
Diğer *	7	12,7
Baba Sağlık Sorunu		
Var	69	13,0
Yok	461	87,0
Baba Hastalık Türü (n=69)		
Kronik/metabolik hastalık	45	65,2
Cerrahi işlem	14	20,3
Psikiyatrik/nörolojik hastalık	10	14,5

*solunum sistemi hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları

Annelerin %89,6'sının,(n=475) babaların ise %87'sinin (461) herhangi bir sağlık problemi bulunmamaktadır. Sağlık problemi olan annelerin %78,2'sinin (n=43) kronik/ metabolik hastalığı, %9,1'inin (n=5) cerrahi operasyon geçmişi, babaların ise %65,2'sinin (n=45) kronik/matabolik, %20,3'ünün (n=14) cerrahi operasyon geçmişi bulunmaktadır.

Tablo 4. Araştırma Gurubuna Katılan Hastanedeki Çocukların Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	(%)
Hastanede yatan çocuğun yaşı		
0	81	15,3
1	44	8,3
2	78	14,7
3	66	12,5
4	83	15,7
5	82	15,5
6	96	18,1
Hastanede Yatan Çocuğun cinsiyeti		
Kız	270	50,9
Erkek	260	49,1
Hastanede yatan çocuğun hastalık türü		
Enfeksiyöz hastalıklar	136	25,7
Kronik/metabolik hastalık	126	23,8
Gelişim ve beslenme bozukluğu	93	17,6
Nörolojik hastalık	80	15,1
Solunum yolu hast/alerji	54	10,2
Kan hastalıkları	40	7,6
Hastanedeki çocuğun ev kazası geçirme durumu		
Evet	229	43,2
Hayır	301	56,8

Araştırma kapsamındaki annelerin hastanede yatan çocuklarının yaş ortalamaları $3,24 \pm 2,05$ (min:0 max:6) olarak bulunmuş, %50,9'unun (n=270) kız olduğu tespit edilmiştir. Çocuklardan %25,3'ü (n=134) enfeksiyöz sebeplerle, %23,4'ü (n=124) kronik/matebolik, %17,2'si (n=91) gelişim ve beslenme bozukluğu, %14,7'si (n=78) nörolojik, %9,8'i (n=52) solunum yolu hastalıkları sebebiyle hastanede yatmaktadır. Hastanedeki çocukların ev kazası geçirme

durumuna ilişkin bulgular incelendiğinde; bugüne kadar çocukların % 43,2'sinin (n=229) herhangi bir ev kazası geçirdiği saptanmıştır.

Tablo 5. Araştırma kapsamındaki annelerin çocuklarının ev kazası geçirme durumlarının dağılımı

Çocukların Ev Kazası Geçirme durumu	Sayı	%
Evet	293	55,3
Hayır	237	44,7

Çocuğu ev kazası geçiren annelerin oranı Tablo 4 'te gösterilmiştir.

Tablo 6. Araştırma gurubundaki annelerin 0-6 yaş tüm çocuklarının kaza geçirme durumlarının dağılımı

Kaza geçirme durumu	Sayı	(%)
Kaza geçiren çocuk	310	31,7
Kaza geçirmeyen çocuk	668	68,3
Kaza geçiren çocuğun cinsiyeti		
Erkek	164	52,9
Kız	146	47,1
Kaza geçiren çocuğun kaza geçirdiği yaş*		
0	11	3,5
1	39	12,6
2	76	24,5
3	93	30,0
4	69	22,3
5	16	5,2
6	6	1,9

*Çocukların en son geçirdiği kazanın yaşı sorgulanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin kaza geçiren çocuklarının özelliklerinin dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 7. Ev kazası geçiren çocukların geçirdikleri kaza türlerinin dağılımı

Özellik (n=310)	Sayı	%
Kaza geçiren çocuğun kaza türü*		
Düşme	148	47,7
Yanık	58	18,7
Kesi yarası	28	9,0
Kapıya parmak sıkışması	26	8,4
Künt travma	22	7,1
Aspirasyon	16	5,2
Zehirlenme	12	3,9

*Çocukların geçirdikleri en son kaza sorgulanmıştır.

Çocukların geçirdikleri ev kazası türleri incelendiğinde %47,7 (n=148) oranında düşme, ikinci sıklıkta % 18,7 (n=58) oranında yanık vakaları görülmektedir. Ev kazası geçiren çocukların kaza türleri tablo 7’de görülmektedir.

Tablo 8. Çocuğu ev kazası geçiren annelerin çocuklarının bazı özelliklerinin dağılımı

Özellik (n=293)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kaza anında çocuğun yanında bulunan kişi		
Anne	85	29,0
Yalnız	65	22,2
Büyükanne/büyükbaba	54	18,4
Baba	43	14,7
Diğer (abla, abi, hala ,teyze, komşı)	46	15,7
Kaza evin hangi bölümünde gerçekleşti		
Oturma odası/salon	89	30,4
Mutfak	82	28,0
Yatak odası	61	20,8
Banyo	32	10,9
Diğer	29	9,9
Kaza sonrası sağlık kuruluşuna gitme durumu		
Evet	149	50,9
Hayır	144	49,1
Kaza sonucu		
Tamamen iyileşti	193	65,9
Hafif yaralanma meydana geldi	83	28,3
Geçici sakatlık meydana geldi	17	5,8
Kaza sonrası tedavi		
Evde müdahale edildi	144	49,1
Hastanede ayakta tedavi edildi	108	36,8
Hastanede yatarak tedavi edildi	41	14,1
Kaza sonrası etkilenen bölge		
Baş-boyun	99	33,8
Gövde	89	30,4
Kollar	61	20,8
Bacaklar	30	10,2
Birden fazla bölge	14	4,8
Kaza sonrası önlem		
Evet	222	75,8
Hayır	71	24,2

*annenin kaza geçiren en son çocuğuna göre cevıplaması istenmiştir.

Ev kazası geçiren çocukların %29,0'nın (n=85) kaza anında yanında annesinin olduğu görülmektedir. İkinci sırada ise %22,2 (n=65) ile çocukların yalnızken kaza geçirdiği bulunmuştur. Çocuklar %30,4 (n=89) ile en fazla oturma odasında kaza geçirmiş, %50,9'u (n=149) kaza sonrası herhangi bir sağlık kuruluşuna götürülmüştür. Çocukların kaza sonrası tedavi yaklaşımına bakacak olursak %49,1'ine (n=144) evde müdahale edilmiş, %36,8'i (n=108) hastanede ayakta tedavi edilmiş, %14,1'i (n=41) ise hastanede yatarak tedavi edilmiştir. Tedavi sonucu çocukların %65,9'u (n=193) tamamen iyileşmiş, %28,3'ünde (n=83) hafif yaralanma meydana gelmiş, % 5,8'inde (n=17) ise kalıcı sakatlık meydana gelmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Araştırmaya katılan çocukların ev ortamı ile ilgili özelliklerin dağılımı

Yaşadığı yer	Sayı	%
İl	283	53,4
İlçe	199	37,5
Köy	48	9,1
Ev tipi		
Apartman dairesi	346	65,3
Müstakil/bahçeli ev	176	33,2
Diğer	8	1,5
Evde ısınma türü		
Kalorifer	371	70,0
Soba	151	28,5
Elektrik ısıtıcısı	8	1,5
Evinizde ilk yardım çantası		
Var	97	18,3
Yok	433	81,7

Araştırmaya katılan çocukların %53,4'ünün (n=283) ilde, %37,5'inin (n=199) ilçede, %9,1'inin (n=48) ise köyde yaşadığı bulunmuştur. Çocukların %65,3'ü (n=346) apartman dairesinde, %33,2'si (n=176) müstakil/bahçeli evde yaşamaktadır. Evlerin ise %70,0'ı (n=371) kalorifer ile, %28,5'i (n=151) soba ve %1,5'i (n=8) elektrikli ısıtıcı ile ısınmaktadır. Ayrıca evlerin %81,7'sinde (n=433) ilk yardım çantası bulunmamaktadır (Tablo 9).

Tablo 10. Araştırmaya katılan çocukların odalarına ait özelliklerin dağılımı

Özellik	Sayı	%
Çocuklarınıza ait oda		
Var	387	73,0
Yok	143	27,0
Çocuğunuzun uyuma ortamı		
Kendi odasında kardeşi ile	216	40,8
Ebeveyn odasında ayrı yatakta	179	33,8
Kendi odasında tek başına	76	14,3
Ebeveyn odasında onlarla birlikte	59	11,1
Çocuğun odasında elektrikli ısıtıcı		
Var	95	17,9
Yok	435	82,1

Araştırma kapsamındaki çocukların %73,0'ının (n=387) kendine ait odasının olduğu bulunmuştur. Çocukların %40,8'i (n=216) kendi odasında kardeşi ile, %33,8'i (n=179) ebeveyn odasında ayrı yatakta, %14,3'ü (n=76) kendi odasında tek başına, %11,1'i (n=59) ise ebeveyn odasında onlarla birlikte yatmaktadır. Ayrıca çocukların % 17,9'unun (n=95) odasında elektrikli ısıtıcı bulunmaktadır (Tablo 10).

Tablo 11. Araştırmaya katılan annelerin ev kazaları ve ilk yardım konusunda bilgi durumlarının dağılımı

Özellik	Sayı	(%)
Daha önce ev kazalarına yönelik eğitim alma durumu		
Evet	30	5,7
Hayır	500	94,3
Ev kazaları konusunda bilgi almayı isteme		
Evet	448	84,5
Hayır	82	15,5
Daha önce ilk yardım konusunda eğitim alma durumu		
Evet	89	16,8
Hayır	441	83,2
İlk yardım konusunda bilginiyi yeterli bulma durumu		
Evet	68	12,8
Hayır	462	87,2
İlk yardım konusunda bilgi almak isteme		
Evet	448	84,5
Hayır	82	15,5

Araştırmaya dahil edilen annelerin ev kazası ve ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri tablo 11’de gösterilmektedir.

Tablo 12. Araştırmaya katılan annelerin kaza anında arayacakları numaraları bilme durumunun dağılımı

Telefon Numaralarını Bilme	Sayı (n)	Yüzde (%)
İtfaiye numarası		
Doğru	374	70,6
Yanlış	29	5,5
Bilmiyor	127	24,0
Ambulans numarası		
Doğru	495	93,4
Yanlış	6	1,1
Bilmiyor	29	5,5
Ulusal zehir danışma merkez numarası		
Doğru	18	3,4
Yanlış	13	2,5
Bilmiyor	499	94,2

Annelerin kaza sonrası aramaları gereken numaraları bilme durumları tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 13. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre çocukların kaza geçirime durumu

Sosyo-demografik özellikler	Ev Kazası Geçiren		Ev Kazası Geçirmeyen		Toplam		İstatistiksel Analiz*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Anne Yaşı							
24 yaş ve altı	57	50,0	57	50,0	114	100,0	p=0,518 $\chi^2 = 1,31$
25-34 yaş arası	172	55,8	136	44,2	308	100,0	
35 yaş ve üzeri	61	56,5	47	43,5	108	100,0	
Baba Yaşı							
29 yaş altı	75	50,7	73	49,3	148	100,0	p=0,508 $\chi^2=1,354$
30-34 yaş	95	56,2	74	43,8	169	100,0	
35 yaş ve üzeri	120	56,3	93	43,7	213	100,0	
Anne eğitim durumu							
İlkokul ve altı	76	61,8	47	38,2	123	100,0	p=0,002 $\chi^2=14,399$
Ortaokul	117	58,8	82	41,2	199	100,0	
Lise	58	54,2	49	45,8	107	100,0	
Üniversite	39	38,6	62	61,4	101	100,0	
Baba eğitim durumu							
İlkokul ve altı	53	59,6	36	40,4	89	100,0	p=0,006 $\chi^2=12,392$
Ortaokul	85	62,0	52	38,0	137	100,0	
Lise	87	56,9	66	43,1	153	100,0	
Üniversite	65	43,0	86	57,0	151	100,0	
Anne çalışma durumu							
Çalışıyor	58	45,7	69	54,3	127	100,0	p=0,019 $\chi^2=5,518$
Çalışmıyor	232	57,6	171	42,4	403	100,0	
Anne mesleği (n=127)							
Memur	31	36,9	53	63,1	84	100,0	p=0,004 $\chi^2=10,418$
İşçi	22	57,9	16	42,1	38	100,0	
Diğer (kendine ait dükkanı olanlar)	5	100,0	0	0,0	5	100,0	
Baba çalışma durumu							
Çalışıyor	264	53,3	231	46,7	495	100,0	p=0,016 $\chi^2=5,792$
Çalışmıyor	26	74,3	9	25,7	35	100,0	

*Ki kare testi kullanılmıştır

Ailelerin sosyo demografik özellikleri ile çocukların ev kazası geçirime durumları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Ailelerin bazı özelliklerine göre çocukların kaza geçirme durumları

Özellikler	Ev Kazası Geçiren		Ev Kazası Geçirmeyen		Toplam		İstatistiksel Analiz*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Aile tipi							
Geniş aile	37	62,7	22	37,3	59	100,0	P=0,071
Çekirdek aile	244	53,0	216	47,0	460	100,0	$\chi^2=5,303$
Parçalanmış aile	9	81,8	2	18,2	11	100,0	
Çocuk sayısı							
1 çocuk	81	47,9	88	52,1	169	100,0	P=0,158
2 çocuk	102	56,0	80	44,0	182	100,0	$\chi^2=6,613$
3 çocuk	64	57,1	48	42,9	112	100,0	
4 çocuk	32	61,5	20	38,5	52	100,0	
5 çocuk ve üzeri	11	73,3	4	26,7	15	100,0	
Ekonomik durum algısı							
Çok iyi/iyi	62	46,3	72	53,7	134	100,0	P=0,001 $\chi^2=15,162$
Orta	170	53,6	147	46,4	317	100,0	
Kötü/çok kötü	58	73,4	21	26,6	79	100,0	
Anne sağlık sorunu							
Var	32	58,2	23	41,8	55	100,0	P=0,586
Yok	258	54,3	217	45,7	475	100,0	$\chi^2=0,297$
Baba sağlık sorunu							
Var	45	67,2	22	32,8	67	100,0	P=0,029 $\chi^2=4,796$
Yok	245	52,9	218	47,1	463	100,0	
Çocuğun bakımından primer sorumlu kişi							
Anne-baba	251	55,3	203	44,7	454	100,0	P=0,210
Bakıcı	18	42,9	24	57,1	42	100,0	$\chi^2=3,125$
Akraba	21	61,8	13	38,2	34	100,0	

*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 14'te görüldüğü gibi aile tipi, çocuk sayısı, anne sağlık sorunu, çocuğun bakımından primer sorumlu kişi ile çocuğun kaza geçirme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ailelerin özellikleri ve ebeveynlerin sağlık problemlerine göre çocukların kaza geçirme durumları tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 15. Çocukların yaşadıkları ev ortamına göre kaza geçirme durumları

Özellikler	Ev Kazası Geçiren		Ev Kazası Geçirmeyen		Toplam		İstatistiksel Analiz**
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaşadıkları Yer							
İl							
İlçe	138	48,8	145	51,2	283	100,0	p=0,013 $\chi^2=8,710$
Köy	122	61,3	77	38,7	199	100,0	
	30	62,5	18	37,5	48	100,0	
Çocuğun uyuma ortamı							
Ebeveyn odasında onlarla birlikte	35	59,3	24	40,7	59	100,0	p=0,246 $\chi^2=4,116$
Ebeveyn odasında ayrı yatakta	87	48,6	92	51,4	179	100,0	
Kendi odasında tek	44	57,9	32	42,1	76	100,0	
Kendi odasında kardeşleri ile	124	57,4	92	42,6	216	100,0	
Ev tipi							
Apartman	173	50,0	173	50,0	346	100,0	p=0,004 $\chi^2=10,880$
Müstakil/bahçeli	110	62,5	66	37,5	176	100,0	
Diğer *	7	87,5	1	17,5	8	100,0	
Evde ısınma türü							
Kalorifer	188	50,7	183	49,3	371	100,0	P=0,005 $\chi^2=10,381$
Soba	99	65,6	52	34,4	151	100,0	
Elektrikli ısıtıcı	3	37,5	5	62,5	8	100,0	
Çocuğun odasında elektrikli ısıtıcı							
Var	67	70,5	28	29,5	95	100,0	p=0,001 $\chi^2=11,276$
Yok	223	51,3	212	48,7	435	100,0	
Evde ilk yardım çantası							
Var	51	52,6	46	47,4	97	100,0	p= 0,640 $\chi^2=0,219$
Yok	239	55,2	194	44,8	433	100,0	

*Deprem sonrası konteynirlarda yaşayanlar

**Ki-kare testi kullanılmıştır.

Çocukların yaşadıkları ev ortamının özelliklerine bakarsak yaşadıkları yer olarak köyde yaşayanlar il ve ilçede yaşayanlara, ev tipi olarak deprem sonrası

konteynırlarda yaşıyanlar apartman ve müstakıl/bahçeli evde yaşıyanlara, ısıınma türü olarak soba ile ısıınanlar kalorifer ve elektrikli ısıtıcı ile ısıınanlara, çocuğunun odasında elektrikli ısıtıcı olanların, elektrikli ısıtıcı olmayanlara göre çocukların kaza geçirme sıklığı artmıştır ($p<0,05$).

Tablo 16. Annelerin ev kazası ve ilk yardım hakkında bilgilerine göre kaza geçirme durumlarının dağılımı

Özellikler	Ev Kazası Geçiren		Ev Kazası Geçirmeyen		Toplam		İstatistiksel Analiz*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Daha önce ev kazalarına yönelik eğitim alma durumu							
Evet	16	53,3	14	46,7	30	100,0	$p=0,875$
Hayır	274	54,8	226	45,2	500	100,0	$\chi^2=0,025$
Daha önce ilk yardım konusunda eğitim alma durumu							
Evet	41	46,1	48	53,9	89	100,0	$p=0,072$
Hayır	249	56,5	192	43,5	441	100,0	$\chi^2=3,230$
İlk yardım konusunda bilgi yeterli bulma durumu							
Evet	30	44,1	38	55,9	68	100,0	$p=0,090$
Hayır	260	56,3	202	43,7	462	100,0	$\chi^2=3,537$
Ev kazaları konusunda bilgi almak isteme durumu							
Evet	30	44,1	38	55,9	68	100,0	$p=0,060$
Hayır	260	56,3	202	43,7	462	100,0	$\chi^2=0,265$
İlk yardım konusunda bilgi almak isteme durumu							
Evet	30	44,1	38	5,9	68	100,0	$p=0,060$
Hayır	260	56,3	202	43,7	462	100,0	$\chi^2=0,265$

*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Daha önce ev kazalarına yönelik bilgi almış olmak, daha önce ilk yardım konusunda bilgi almış olmak, ilk yardım ve ev kazaları konusunda bilgi yeterliliği ve ilk yardım ve ev kazaları konusunda bilgi almak istemi ile çocukların ev kazası arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p<0,05$)(Tablo 16).

Tablo 17. Annelerin acil önemli telefonları bilmeye göre kaza geçirme durumlarının dağılımı

Özellikler	Ev Kazası Geçiren		Ev Kazası Geçirmeyen		Toplam		İstatistiksel Analiz
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İtfaiye numarası							
Doğru	201	53,7	173	46,3	374	100,0	P=0,765
Yanlış	16	55,2	13	44,8	29	100,0	$\chi^2=0,765$
Bilmiyor	73	57,5	54	42,5	127	100,0	
Ambulans numarası							
Doğru	264	53,3	231	46,7	495	100,0	P=0,033
Yanlış	5	83,3	1	16,7	6	100,0	$\chi^2=6,031$
Bilmiyor	21	72,4	8	27,6	29	100,0	
Ulusal zehir danışma merkezi							
Doğru	10	55,6	8	44,4	18	100,0	P=0,995
Yanlış	7	53,8	6	46,2	13	100,0	$\chi^2=0,009$
Bilmiyor	273	54,7	226	45,3	499	100,0	

*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki annelerin itfaiye, ambulans ve zehir danışma hattının numarasını bilmeleri ve çocukların ev kazası geçirme durumları arasındaki ilişki Tablo 17 ‘de gösterilmektedir.

Araştırma kapsamındaki annelerden ambulansın numarasını doğru bilenlerin %53,3’ü, yanlış bilenlerin %83,3’ü ve hiç bilmeyenlerin %72,4’ünün çocuklarının ev kazası geçirdiği görülmektedir ve bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) İtfaiye ve ulusal zehir danışma merkezinin numarasının doğru bilinmesi ile çocukların kaza geçirmesi arasında ise bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldıkları puanların çocukların kaza geçirme durumuyla karşılaştırılması

Özellik	Ölçek puan Ort±SS Ortanca (%25-%75)	İstatistiksel analiz*
Çocuklarınız ev kazası geçirdi mi		p=0,003
Evet	68±13,0 67,0 (60,0-76,0)	
Hayır	72±14,0 70,0 (62,0-83,0)	

*:Kuruskal Wallis, Mann Whitney U testleri kullanılmıştır

Araştırma grubunda bulunan annelerin “0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği” nden aldıkları puan ortalaması 70,36±13,732 (min:40, max:111) olarak bulunmuş, ölçek puan ortancası ile çocukların kaza geçirmesi arasındaki ilişki Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 19. Annelerin demografik özelliklerine göre ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı

Demografik Özellikler	Ölçek puan Ort±SS Ortanca (%25-%75)	İstatistiksel analiz *
Anne yaşı		p=0,804
24 yaş altı	71,0±13,0 69,0 (61,0-80,0)	
25-34 yaş arası	70,0±14,0 69,0 (60,0-80,0)	
35 yaş üzeri	70,0±15,0 67,0 (60,0-80,0)	
Anne eğitim durumu		p= 0,002
İlkokul ve altı	65,0±15,0 65,0 (54,0-75,0)	
Ortaokul	68,0±12,0 67,0 (60,0-76,0)	
Lise	72,0±13,0 70,0 (62,0-81,0)	
Üniversite	74,0±15,0 71,0 (63,0-85,0)	
Anne çalışma durumu		p=0,002
Çalışıyor	67,0±15,0 66,0 (55,0-78,0)	
Çalışmıyor	71,0±13,0 69,0 (62,0-81,0)	
Anne mesleği		p=0,285
Memur	66,0±15,0 65,0 (54,0-76,0)	
İşçi	70,0±14,0 68,0 (58,0-79,0)	
Diğer meslekler (kendine ait dükkanı olanlar)	64,0±12,0 66,0 (60,0-69,0)	
Medeni durumu		p=0,003
Evli	70,0±14,0 68,0 (60,0-79,0)	
Bekar/boşanmış/dul	78,0±13,0 77,0 (67,0-90,0)	
Ekonomik durum algısı		p<0.001
Çok iyi/iyi	79,0±16,0 76,0 (94,0-66,0)	
Orta	70,0±12,0 69,0 (61,0-78,0)	
Kötü/çok kötü	66,0±14,0 65,0 (56,0-76,0)	

*Kuruskal Wallis, Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldıkları puanların ortancaları, anne yaşı, anne mesleği ile anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20. Anne ve çocuğun bazı özelliklerine göre ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı

Demografik Özellikler	Ölçek puan Ort±SS Ortanca (%25-%75)	İstatistiksel analiz *
Anne sağlık sorunu		$p=0,318$
Var	72,0±15,0 70,0 (61,0-84,0)	
Yok	70,0±14,0 68,0 (60,0-79,0)	
Çocuğun bakımından primer sorumlu kişi		$p=0,121$
Anne-baba	71,0±14,0 69,0 (61,0-80,0)	
Bakıcı	67,0±14,0 65,0 (58,0-78,0)	
Akraba	68,0±12,0 67,0 (59,0-73,0)	

*Kruskal Wallis, Mann Whitney U testleri kullanılmıştır

Araştırmaya katılan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldıkları puanların ortancaları, anne sağlık sorunu ve çocuğun bakımından primer sorumlu kişi ile anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Araştırmaya katılanların ev ve aile özelliklerine göre annelerin Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Özellik	Ölçek puan Ort±SS Ortanca (%25-%75)	İstatistiksel analiz*
Ev tipi		p<0.001
Apartman dairesi	83,0±19,0 89,0 (59,0-77,0)	
Müstakil/bahçeli ev	74,0±14,0 71,0 (64,0-85,0)	
Diğer (konteynır evler)	68,0±13,0 67,0 (59,0-77,0)	
Yaşadığı Yer		p<0.001
İl	76±17,0 72,0 (65,0-3,0)	
İlçe	74,0±14,0 72,0 (63,0-85,0)	
Köy	67,0±12,0 66,0 (58,0-74,0)	
Çocuklara ait oda		p<0.001
Var	68,0±13,0 67,0 (60,0-77,0)	
Yok	76 ± 15,0 72,0 (64,0-87,0)	
Çocuğunuzun uyuma ortamı		p=0,027
Ebeveyn odasında onlarla	68,0±15,0 65,0 (58,0-74,0)	
Ebeveyn odasında ayrı	72,0±14,0 70,0 (62,0-84,0)	
Kendi odasında tek	68,0±13,0 66,0 (59,0-75,0)	
Kendi odasında kardeşiyle	70,0±13,0 70,0 (61,0-80,0)	
Aile tipi		p=0,206
Geniş aile	73,0±15,0 71,0 (62,0-82,0)	
Çekirdek aile	70,0±14,0 68,0 (60,0-79,0)	
Parçalanmış aile	74,0±14,0 74,0 (60,0-84,0)	

* Kuruskal Wallis, Mann Whitney U testleri kullanılmıştır

Araştırmaya katılanların ev özellikleri ile ölçekten aldıkları puan ortancalarının karşılaştırıldığı tabloya bakıldığında ailenin yaşadığı yer, ev tipi, çocuklara ait oda varlığı ve çocukların uyuma ortamı ile annelerin ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Aksine aile tipi ile ölçek puanı arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22. Araştırmaya katılanların ev kazası ve ilk yardım konusunda bilgilerine göre annelerin Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Özellik	Ölçek puan Ort±SS Ortanca (%25-%75)	İstatistiksel analiz*
Daha önce ev kazalarına yönelik bilgi alma durumu		p<0,001
Evet	71,0±13,0 69,0 (61,0-80,0)	
Hayır	59,0±15,0 59,0 (46,0-64,0)	
Ev kazaları konusunda bilgi alma durumu		p=0,326
Evet	71,0±14,0 69,0 (61,0-80,0)	
Hayır	69,0±15,0 67,0 (58,0-80,0)	
Daha önce ilk yardım konusunda eğitim alma durumu		p<0,001
Evet	72,0±13,0 69,0 (62,0-81,0)	
Hayır	63,0±14,0 62,0 (54,0-69,0)	
İlk yardım konusunda bilginizi yeterli bulma durumu		p<0,001
Evet	71,0±13,0 69,0 (62,0-81,0)	
Hayır	63,0±14,0 61,0 (54,0-68,0)	
İlk yardım konusunda bilgi almak durumu		p=0,059
Evet	71,0±14,0 69,0 (61,0-80,0)	
Hayır	68,0±14,0 66,0 (58,0-78,0)	

*Kruskal Wallis, Mann Whitney U testleri kullanılmıştır

Araştırmaya katılanların ev kazası ve ilk yardım konusunda bilgilerine göre annelerin Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanlarının incelenmesi Tablo 22’de gösterilmiştir.



4. TARTIŞMA

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri Kliniğinde Yatan 0-6 Yaş Gurubu Çocukların ve diğer kardeşlerinin Ev Kazası Görülme Sıklığını, kazayı etkileyen risk faktörlerini, en çok görülen kaza türlerini incelemek amacıyla yapılan bu araştırma, 2021 Ocak-Haziran döneminde klinikte yatan 530 çocuğun annesinin katılımıyla gerçekleştirilmiş olup, veriler bilimsel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki annelerin yaş ortalaması $29,42 \pm 5,91$ olup, %58,1'ini 25-34 yaş arası anneler oluşturmaktadır (Tablo 1). Aslan'ın (142) Adıyaman İl Merkezi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesine başvuran anneler üzerinde yaptığı çalışmada anne yaş ortalaması 28.82 ± 5.70 olarak saptanmış, 25-34 yaş arası anneler tüm annelerin %54,4'ünü oluşturmaktadır. Özmen ve ark.'nın (60) yaptığı çalışmada da annelerin % 54,0'ı 24-30 yaş arasında bulunmaktadır. Yapılan benzer çalışmalarda yaş ortalaması ve belli yaş aralıklarının oranı birbirine yakın bulunmuştur.

Araştırmaya katılan annelerin büyük çoğunluğu 25-34 yaş arasında olduğu, babaların ise en yüksek oranda 35 yaş ve üzeri grupta olduğu tespit edilmiştir. Annelerin eğitim durumu incelendiğinde en yüksek oranda (%37,5) ortaokul mezunu iken, babaların ilk sırada (%28,9) lise, ikinci olarak (%28,52) üniversiteden mezun olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Demirköse'nin (37) yaptığı tez çalışmasında annelerin %80'den fazlası lise ve üzeri, babaların ise aynı şekilde %85'ten fazla lise ve üzeri okul mezunu olduğu bulunmuştur. Gündüz ve ark.'nın (33) doğu bölgesinde il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezinde yaptıkları çalışmada annelerin %50,3'ü, babaların % 55'i lisans ve üzerinden mezun olduğu tespit edilmiştir. Doğu Anadolu'ya doğru gidildikçe nüfusun eğitim düzeyi azalmaktadır. Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde okuma yazma bilmeyenlerin oranı % 20'nin üzerine çıkmaktadır. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise nüfusun yaklaşık üçte biri okuma yazma bilmemektedir (143). Bu çalışmada anne ve babaların eğitim düzeyinin düşük olmasının sebebi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi konum itibari ile Elazığ ve çevre illerden eğitim düzeyi düşük insanların tedavi amacıyla yatışı daha fazla kabul ediyor olmasından kaynaklanabilmektedir.

Annelerin %76,0'ı herhangi bir işte çalışmazken, babaların %93,4 'ü gelir getirici bir işte çalışmaktadır. Çalışan annelerden ise %66,1'i memur, %29,9'u işçi ve %4,0'ı diğer mesleklerde çalışmaktadır. Babaların ise %31,1',inin memur olduğu görülmektedir (Tablo 1). Karatepe ve Akışın (58) Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde yapılan çalışmada annelerin %85,8'i çalışmamaktadır. Büyük ve ark.'nın (144) yaptığı çalışmada da annelerin %70'i ev hanımıdır. Bu bulgular çalışmamızla benzer özellikler göstermektedir.

Çalışmamızda çocukların büyük çoğunluğunun (%86,8) çekirdek ailesi ile birlikte yaşadığı bulunmuştur (Tablo 2). Önal'ın (55) Kayseri İl Merkezinde yaptığı araştırmada çocukların % 85,7'sinin çekirdek ailesi ile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. Gündüz ve arkadaşlarının (33) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza paralel olarak çocukların %91,4'ünün çekirdek ailesi ile birlikte yaşadığı bulunmuştur.

Çalışmamızda annelerin en fazla oranda (%34,3) iki çocuğunun olduğu görülmektedir (Tablo 2). Akça ve ark.'nın (145) Çorum İlinde yaptıkları çalışmada da annelerin %49'unun iki çocuğunun olduğu bulunmuştur. Wei ve ark.'nın (146) yaptığı çalışmada da benzer şekilde ebeveynlerin en fazla iki çocuğunun olduğu tespit edilmiştir. Bu benzerlik durumu annelerin yaş ortalamalarının benzer aralıkta olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan annelerin ekonomik durumlarını algılamasına verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; %59,8'inin (n=317) ekonomik durumunu orta, %25,3'ü (n=134) çok iyi/iyi, %14,9'u (n=79) ise kötü/çok kötü olarak belirttiği görülmektedir (Tablo 2). Gündüz ve arkadaşlarının (33) yaptığı çalışmada ailenin % 55,7'sinin gelirinin giderine denk olduğu bulunmuş ve bu durum bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda 0-6 yaş çocukları ev kazası geçiren annelerin oranı % 55,3 olarak bulunmuştur (Tablo 5). Aydoğdu ve arkadaşlarının (147) Trabzon il merkezinde yaptıkları çalışmada bu oran %42,6 olarak tespit edilmiştir. Wei ve ark.'nın (146) Tayvanda yaptıkları çalışmada katılımcıların %39,1'i çocuklarının evde kasıtsız kazalar yaşadığını bildirmiştir.

Çocukların ev kazalarına yönelik yapılan çalışmalarda, ev kazası sıklığı açısından farklı oranlar tespit edilmiştir. Çalışmamızda 0-6 yaş çocukların

%31,7'sinin şimdiye kadar en az bir kere ev kazasına maruz kaldığı bulunmuştur (Tablo 6). Özmen ve ark.'nın (61) yaptığı araştırmada bu oran %15,5, Gündüz ve ark.'nın (33) yaptığı çalışmada ise %57,5 bulunmuştur. Cizan bölgesinde yapılan çalışmada ise çocukların ev kazaları % 7,9 olarak rapor edilmiştir (148). Düzce üniversitesi Tıp Fakültesine başvuran çocuklarda son 2 ayda kaza geçirme durumları sorgulandığında kaza sıklığı %12,8 olarak bulunmuştur (60). Bu farklılıklar, çalışmaların yapıldığı yerlerin sosyoekonomik ve kültürel yönden farklı olmasından ve annelerin ev kazası algısı farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan annelerin tüm çocukları değerlendirildiğinde çocukların %31,7'si ev kazası geçirmiş olup, bunların %52,9'u erkektir (Tablo 6). Pek çok kaynakta cinsiyetin ev kazaları açısından önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Gündüz ve ark.'nın (33) çalışmasında erkek çocuklarının, kızlara göre kazalara daha fazla maruz kaldığı bulunmuştur. Nepal'de yapılmış bir çalışmada ölümcül olmayan yaralanmalarının büyük kısmını erkekler oluşturmaktadır (149). Aynı şekilde Tsoumakas ve ark.'nın (63) yaptığı çalışma da erkeklerin daha fazla kaza geçirdiği bulunmuştur. Erkek çocuklarının kazalarda daha fazla orana sahip olmasının nedeni erkeklerin daha fazla risk almalarına ve daha dürtüsel olmalarına bağlı olabilir. Ayrıca kültürel olarak çevreleri keşfetmeleri için erkeklere daha fazla özgürlük verilir. Bunun yanında bazı düşük ve orta gelirli ülkelerde kız çocuklarında yaralanma prevalansı yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni kızların erken yaşlardan itibaren oynadıkları cinsiyete dayalı roller, açık ve güvenli olmayan mutfaklarda yemek pişirmeye maruz kalmaları kaza oranını artırıyor olabilir (150).

Çalışmamızda kaza geçiren çocukların yaş grupları incelendiğinde çoğunluğunun (%30,7) üç yaş gurubunda en az kaza geçirenlerin ise sıfır ve altı yaşında oldukları görülmektedir (Tablo 6). Karatepe'nin (58) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer şekilde en fazla kaza geçiren çocukların 24-35 aylık olduğu tespit edilmiştir. İnce ve ark.'nın (65) çalışmasında ise yaş büyüdükçe kaza riski artmış, bir yaş altında ciddi kaza bildirilmemiştir. Güney Delhi bölgesinde 0-14 yaş arası çocuklarda yapılan çalışmada 5-10 yaş arası dönem en fazla, 0-1 yaş arası ise en az kaza geçirilen yaş aralığı olarak bulunmuştur (151). Kamal ve ark.'nın (152) yaptığı çalışmada beş yaş altı çocuklarda en az kaza geçirenlerin 0-9

ay arası olanlar olduğu tespit edilmiştir. Çocuklar doğdukları andan itibaren çevresindekiler tarafından koruyucu bir tutumla büyütölmeye başlar. Doğum sonrası ilk seneler çocukların hareketsizliği ve ebeveynlerin çocuk bakımına daha fazla özen göstermesinden dolayı ilk senelerde çocuklarda ev kazaları daha az görölebilmektedir. 3-4 yaş gurubunda ise çocuğun hareketliliğinin ve çevreye karşı ilgisinin artması ve ebeveynlerin çocuk bakımında biraz daha rahat hareket etmesinden dolayı da kazalar artabilmektedir.

Çalışmamızda çocukların en sık yaşadığı kaza türü düşme olarak bulunmuştur (Tablo 7). İnce ve ark.'nın (65) Hacettepe Üniversite Hastanesinde yaptıkları çalışmada ve Erkal'ın bir aile sağlığı merkezinde yaptığı çalışmada çocuklarda görölen en sık ev kazası türü düşme olarak bulunmuştur (65, 153). Dünya genelinde yapılan birçok çalışmada en fazla kaza türü düşme olarak bulunmuştur. Nepal'de yapılan bir çalışmada tüm yaş gurupları içerisinde en sık bildirilen ölümcöl olmayan yaralanma düşme olarak tespit edilmiştir (149). Hindistan'da yapılan bir çalışmada da en yaygın yaralanma türü düşme olarak bulunmuştur (151). Yapılan bir diğér çalışmada da tüm yaş gurupları için en fazla kaza türü düşmedir (154) Çocukların yürümeye yeni başlaması bu döneme denk geldiğı için ve dengelerinin ve reflekslerinin tam gelişmemiş olması sebebiyle, çevreyi keşfetmek veya oyun oynamak için sürekli hareket halinde olmalarından dolayı düşmeler sık olabilmektedir. Ayrıca halı, mobilya, balkon, pencere gibi eve ait özellikler çocuğun gelişim dönemi için uygun değilse düşme oranları artabilmektedir. Bizim çalışmamızda ikinci en sık görölen yaralanma türü yanmadır (Tablo 7). Bazı çalışmalarda yanma en sık kaza türü bulunmuşken bazılarında bizim çalışmamızla paralel şekilde ikinci en sık kaza türü olarak bulunmuştur (37, 54). Noughjah ve ark.'nın (155) 5 yaş altı çocuklarda yaptığı çalışmada en sık görölen kaza çeşidi yanma olarak bulunmuştur. Bunun yanında Şekerci'nin (38) yaptığı çalışmada ikinci en sık kaza türü yanma olarak bulunmuştur. Çocukluk döneminde çocukların hareketli olmaları ve tehlikeli maddeleri anlayacak yetkinliğe sahip olmamaları nedeniyle sıcak cisimlere uzanmalarında dolayı yanma meydana gelebilmektedir.

Araştırmamızda çocuk kazaları birinci sıklıkla (%29,0) yanında anne varken, ikinci sıklıkla çocuk yalnızken (%22,2) gerçekleşmiştir (Tablo 8). Atak ve

ark.'nın (156) yaptığı çalışmada da çoğunlukla kazalar annelerin yanında meydana gelmiştir. Demirköse'nin (37) yaptığı çalışmada da çocukların kaza anında en fazla anneleriyle beraber olduğu bulunmuştur. Tsoumakas ve ark.'nın (63) çalışmasında da ev kazalarının %99,1'i bir erişkin varlığında gerçekleşmiştir. Bunun yanında Banerjee ve ark.'nın (157) yaptığı çalışmada 1-5 yaş arası çocukların %35,2 'si yalnızken kaza geçirmiştir. Bir erişkinin varlığında çocukların kaza riskinin azalması beklenmektedir. Çocuklarla en fazla vakit geçiren kişinin anne olması ve annelerin çocuk bakımıyla beraber üstlendikleri ev işleri sebebiyle çocukların kazaları en çok anne yanında meydana gelebilmektedir.

Araştırmaya dahil edilen çocukların en fazla kaza geçirdiği ortam (%30,4) oturma odası, ikinci olarak mutfak (%28,0) olarak bulunmuştur (Tablo 8). Yılmaz Kurt ve ark.'nın (35) çalışmasında çocukların en fazla kaza geçirdiği ilk iki alan oturma odası ve mutfak olarak tespit edilmiştir. Bhuvaneswari ve ark.'nın (151) yaptığı çalışmada ev ve çevresi de dahil edildiğinde en fazla kaza ev içinde, ev içinde de oturma odasında meydana geldiği tespit edilmiştir. Singadur'da çocukluk çağı yaralanmalarını inceleyen bir çalışmada kazaların büyük kısmı evde ve oturma odasında gerçekleşmiştir (158). Bunun yanında bazı çalışmalarda ise en fazla kaza ortamı mutfak veya banyo olarak bulunmuştur. Çevik ve ark.'nın (159) yaptığı çalışmada en fazla kaza ortamı mutfak, Kim ve ark.'nın çalışmasında (160) ise banyo olarak tespit edilmiştir. Çocuklar ve aileleri gün içerisinde vakitlerinin büyük kısmını oturma odasında geçirirler. Ayrıca oturma odasında bulunan sehpa, koltuklar çocukların kaza geçirmesi için uygun ortam oluşturabilmektedir. Bunun yanında anneler ise vakitlerinin bir bölümünü geçirdikleri mutfakta hem işlerini yapıp hem çocukları ile ilgilenememekte, bu durum da çocukların kaza geçirmesine sebep olabilmektedir. Ayrıca banyo kapısı açık bırakıldığında, banyo zemininin ıslak olması sebebiyle veya temizlik ürünlerinin banyoda muhafaza edilmesinde dolayı çocukların banyoda kaza geçirme ihtimalleri artabilmektedir.

Araştırmaya katılan çocukların %50,9'u kaza sonrası herhangi bir sağlık kuruluşuna götürülmüşlerdir (Tablo 8). Yalaki ve ark.'nın (71) yaptığı çalışmada %60,4 oranında, Kurt ve ark.'nın (35) yaptığı çalışmada araştırma kapsamındaki çocukların yarısına yakını sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Bu oranlar ev kazalarının çocukların yarısını kaza sonrası hastaneye götürecek kadar önemli

olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Karatepe ve ark.'nın (58) yaptığı çalışmada hastaneye başvuru oranı % 24 bulunmuştur. Bu farklılığın nedeni annelerin sosyokültürel yapısından, kaza konusundaki yaklaşımından, çocuğun yaşından ve kazanın büyüklüğünden kaynaklı olabilir.

Araştırma kapsamındaki çocukların tedavi şekli ilk sırada (%49,1) evde müdahale, ikinci sırada ise hastanede ayakta tedavi şeklindedir (Tablo 8). Annelerin kaza konusundaki yetersiz bilgisi, kaza algısının düşük olması veya kazaların sağlık kuruluşuna götürecek kadar büyük olmayıp, sağlık kuruluşuna erişimin zor olması çocuklara evde müdahaleyi artırıyor olabilir.

Kaza sonrası çocuklarda en çok etkilenen bölge (%33,8) baş ve boyun, ikinci sırada (%30,4) ise gövde olarak tespit edilmiştir (Tablo8). Çocukların en fazla ev kazası düşme olarak bulunmuştur. Çocukların kafa ve vücut oranları tam olarak ideal seviyeye gelmediği için düşme sonucu baş-boyun bölgesinin zarar görme ihtimali artabilmektedir.

Çalışmamızda çocukların kaza geçirmesi sonrası %75,8 oranında önlem alındığı bulunmuştur (Tablo 8). Demirköse'nin (37) yaptığı çalışmada kaza sonrası annelerin yarısı kazanın tekrarlanmaması için önlem aldığı görülmektedir. Köse ve ark.'nın (76) çalışmasında bu oran %27,5 olarak bulunmuştur. Yalaki ve ark.'nın (71) sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerdeki çalışmasında bizim çalışmamızla paralel olarak kaza tipine göre %81,8 ve %73,3 oranlarında önlem alındığı görülmektedir. Bu farklılıklar annelerin kaza deneyimindeki ve algısındaki farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Bulgulardan anlaşıldığı gibi ev kazalarının çoğunun önlenebilir olduğunu, evde yapılan basit değişiklikler ile çocukların kaza geçirmesinin önüne geçilebileceği görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki annelerin büyük kısmının (%94,3) ev kazaları konusunda herhangi bir eğitim almamış olup, sadece %5,7'sinin bu konuda eğitilmiş olduğu bulunmuştur. Yine annelerin % 84,5'i ev kazaları konusunda bilgi almak istediğini belirtmiştir (Tablo 11). Şekerci'nin (57) yaptığı tez çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde ev kazaları konusunda daha önceden bir bilgiye sahip olanların oranı %6,4 olarak bulunmuştur. Bu durum ev kazaları konusuna önem verilmediğinden ve annelerin kazalar konusunda farkındalıklarının yeterli düzeyde olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Eğitim almak isteyen annelerin çokluğu ise

ev kazaları sorgulanırken, kazaların çokluğu ve öneminin farkına varılmasından kaynaklanabilmektedir.

Bilerek yapılan ilk yardım uygulamaları kişileri sakatlıklardan ve ölümlerden koruyabilmektedir (161). Annelerin %16,8'i ilk yardım konusunda daha önceden bilgi almış olup, %12,8'i ilk yardım konusunda kendini yeterli bilgi düzeyine sahip görmektedir. Ayrıca annelerin % 84,5'i ilk yardım konusunda bilgi almak istediğini belirtmiştir (Tablo 11). Annelerin ilk yardım konusunda kendilerini yetersiz hissetmeleri çocukların kaza sonrası sağlık kuruluşuna başvurusunu artırabilmektedir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak 0-17 yaş arası çocuklarda yapılan bir çalışmada kaza sonrası ilk yardım uygulamaları sorgulandığında büyük çoğunluğunun doğru uygulamalarda bulunduğu tespit edilmiştir (162). Bu durumun nedeni kaza tecrübesi veya annelerin büyüklerinden gördükleri adetleri tekrarlama tutumundan kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma kapsamındaki annelerin %70,6'sı itfaiye numarasını doğru bilmiş, %24'ü ise bilmiyorum yanıtını vermiştir. Annelerin %93,4'ü ambulansın numarasını doğru, %1,1'i yanlış cevaplamış, %5,5'i ise ambulansın numarasını bilmediğini belirtmiştir. Ulusal zehir danışma merkez numarasını ise annelerin %94,2'si bilmemektedir (Tablo 12). Gür ve ark.'nın (163) yaptığı çalışmada evde yaşayanların %63,5'i itfaiyenin numarasını, %80,1 ambulansın numarasını, %11,6'sı ise ulusal zehir danışma hattının numarasını doğru bilmiştir. Şekerci'nin (57) çalışmasına katılmış olan annelerin %28,9'unun itfaiyenin numarasını, %92,8'inin ambulansın numarasını, %1,7'sinin ise zehir danışma hattının numarasını doğru bildiği saptanmıştır. Araştırmalarda en fazla bilinen numara ambulans numarası, en az bilinen ise zehir danışma merkezinin numarasıdır. Zehir danışma merkez numarasının bu kadar az bilinmesi sonucu zehirlenmeler sonucu çocukların hastane başvurusu daha da artabilmekte, mortalite ve morbitide daha fazla görülebilmektedir. Bu eksikliklerden dolayı, kişilerin üç numarayı ayrı ayrı akılda tutma zorluğu da göz önüne alınarak tüm numaralar 112 olarak tek numarada toplanmıştır.

Anne yaşı birçok çalışmada çocukların düşmesi için belirleyici bir faktör olmasına rağmen bu çalışmada anne ve baba yaşı arttıkça çocukların kaza geçirme durumu artmış fakat yaş ile çocukların kaza geçirme durumu arasında anlamlı bir

ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13). Uskun ve ark.'nın (164) bir anaokulunda 3 yaş üzeri çocuklarda yapılan çalışmada bizim çalışmamızla paralel olarak anne yaşı ve kaza yapma durumu arasında bir ilişki bulunamamıştır. Düzce'de yapılan bir çalışmada 30 yaş altı annelerin çocuklarının 30 yaş üzeri annelerin çocuklarına göre daha fazla kaza geçirdiği görülmüş ama bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (59). Atak ve ark.'nın (156) Malatya'da yaptıkları çalışmada anne yaşı ile çocukların kaza geçirmesi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bunun yanında Çevik ve ark.'nın (159) çalışmasında anne yaşı arttıkça çocukların kaza geçirme insidansı da artmıştır. Yapılan bir diğer çalışmada genç ebeveynlerin çocuklarının kaza geçirme durumunun daha az olduğu bulunmuştur (63). Bunların aksine Aktürk ve Erci'nin çalışmasında (165) anne yaşı azaldıkça çocukların ev kazası geçirme sıklığının arttığı gösterilmiştir. Tüm bu sonuçlar anne yaşının, çocukların düşmesini farklı yönlerden etkilediğini göstermektedir. Küçük anne yaşı durumunda, çocuğun ilk veya ikinci çocuk olması ve tüm ilginin çocuk üzerinde yoğunlaşmasından dolayı anne yaşı küçüldükçe kazalar azalabilmektedir. Bunun yanında anne yaşının ilerlemesi ile artan tecrübe çocuk kazalarının azalmasına neden olabilmektedir. Bizim çalışmamızda da görüldüğü gibi bazen anne yaşı çocuk kazaları konusunda tek belirleyici faktör olmamaktadır.

Çalışmamızda anne ve babanın eğitim durumu arttıkça çocukların kaza geçirme insidansı azalmış ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo13). Aktürk ve Erci'nin (165) çalışmasında annelerin eğitim düzeyi arttıkça çocukların kaza geçirme durumunda azalma olduğu görülmüştür. Yapılan bir diğer çalışmada okur-yazar olmayan annelerin çocuklarının kaza geçirme sıklığı, üniversite mezunu annelerin çocuklarına göre yüksek bulunmuştur (166). Bunun yanında bazı çalışmalarda anne ve baba eğitim durumuyla çocukların kaza geçirmesi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Kılıç ve ark.'nın (167) bir gecekondu bölgesinde yaptıkları çalışmada bu durumu destekler şekilde ev kazaları ve eğitim durumu arasında ilişki bulunamamıştır. Annelerin eğitim durumu arttıkça kazalar konusunda bilgi düzeylerinin veya farkındalıklarının artmasından dolayı kazalar azalabilmektedir. Fakat bazı durumlarda da anne eğitiminin kazalar konusunda yetersiz farkındalık oluşturduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda anne ve babaların çalışma durumları ile çocukların kaza geçirmesi arasında anlamlı bir ilişki olup, çalışmayan anne ve babaların çocuklarının kaza geçirme insidansı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Aksakal ve ark.'nın (168) çalışmasında çalışmayan annelerin çocukları çalışan annelerin çocuklarına göre daha fazla kaza geçirme insidansına sahip olup, bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun yanında yapılan bir diğer çalışmada ebeveynlerin çalışma durumu ile çocukların kazaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (120). Erdem ve ark.'nın (59) çalışmasında da anne çalışma durumu ile çocukların kazaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Çalışmayan anneler vakitlerinin büyük kısmını çocukları ile geçirirken bu arada toplumsal olarak kendilerine yüklenen sorumlulukları yerine getirmeye çalıştıkları için çocukların kaza geçirme durumları artabilmektedir. Bunun yanında çalışan anneler çocuklarını başka birine bıraktıklarında, bu kişiler emanet mantığıyla çocuklara karşı daha hassas olabilmektedir.

Araştırmamızda parçalanmış aile ve geniş ailede yaşayan çocukların kaza geçirme sıklıkları daha yüksek bulunmasına rağmen bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 14). Çakıcı Tosun'un (169) yaptığı çalışmada geniş aile içinde yaşayan çocukların kaza geçirme insidansı artmaktadır. Yalaki ve ark.'nın (71) çalışmasında da ev içindeki yaşayan birey sayısının artmasıyla birlikte çocuklarda görülen ev kazası sıklığı da artmıştır. Bu bulgulardan farklı olarak Kayseri'de yapılmış bir çalışmada çekirdek ailede yaşayan çocukların kaza geçirme sıklıkları daha fazla bulunmuştur ama anlamlı değildir (166). Geniş ailede yaşayan çocukların bakımından sorumlu kişi sayısı arttıkça çocuklar üzerindeki ilgi azabilmekte bu durumda kazalar artabilmektedir. Parçalanmış ailelerde ise tüm sorumluluk bir ebeveynin üzerinde olduğu için çocuk kazalarının insidansı artabilmektedir.

Araştırma kapsamındaki ailelerin çocuk sayısı arttıkça çocukların kaza geçirme sıklıkları artmıştır fakat bunlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 14). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Uskun ve ark.'nın (164) yaptığı çalışmada da çocuk sayısı ve kaza geçirme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki gösterilmemiştir. Buna karşılık İnce ark.'nın (65) yaptığı çalışmada ilk olarak doğan çocukların kardeşi olduktan sonra kaza geçirme sıklıklarının ciddi oranda

arttığı tespit edilmiştir. Aile içinde artan kardeş sayısı annenin bir çocuk için ayırdığı bakım süresinin azalmasına neden olabilmekte, bu durum kazaların artması için zemin hazırlayabilmektedir.

Alasya'nın (120) Lefkoşa'da yaptığı çalışmada ekonomik durum iyileştikçe çocukların kaza geçirme insidansı azalmıştır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da ekonomik durum algısı kötüleştikçe çocukların kaza geçirme oranları artmıştır ve bu durum anlamlı çıkmıştır (Tablo 14). Yine aynı şekilde Erdem ve ark.'nın (59) çalışmasında da ekonomik durum kötüleştikçe kaza insidansında artış görülmüştür ama bu durum anlamlı bulunmamıştır ($p < 0,05$). Yapılan bir araştırmada sosyoekonomik durum düşüklüğü kazalar için zemin hazırlamakta ve kazaları artırmaktadır (170). Ailelerin ekonomik durumunun kötüleşmesi durumunda evlerin fiziki şartları veya çocukların yaşam koşulları da kötüleşmekte ve bu durum kazalar için hazırlayıcı faktör olabilmektedir.

Araştırma kapsamındaki annelerden sağlık problemi olanların çocuklarından %58,2'si ev kazası geçirirken, annesinde sağlık problemi olmayanda bu oran %54,3'tür. Babalarının sağlık problemi olanların %67,2'si kaza geçirirken, babalarının sağlık problemi olmayanlarda bu oran %52,9'dur ($p > 0,05$) (Tablo 14). Bunlardan annelerin sağlık sorunu ile çocukların kaza geçirme durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Şahiner'in (67) sosyoekonomik durumu düşük ailelerde yaptığı çalışmada ebeveynlerin sağlık sorunlarının olması çocukların kaza geçirme oranlarını artırmaya rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olsun veya olmasın herhangi bir hastalık varlığı çocukların kaza oranını artırmıştır. Ebeveynlerin sağlık problemi sebebiyle, halsizlik, bitkinlik veya dikkat dağınıklığı olabilmekte, bu durumda kaza oranlarını artırmış olabilir.

Çocukların vakitlerinin büyük çoğunluğunu geçirdiği ev ortamı, onlar için en güvenilir ortam olması gerekirken kazalar için birçok risk içerir. Çocuklara özel, onların gelişimine uygun odalarının olması kaza oranını azaltabilmektedir. Bizim çalışmamızda odası olan çocukların kaza geçirme oranları, odası olmayanlara göre daha az bulunmuştur ama bu durum istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (Tablo 15). Karatepe ve ark.'nın (58) çalışmasında ise çocuğun kendisine ait odasının

varlığı ev kazası geçirme durumunu etkilememiştir. Evin fiziki şartları çocukların kaza geçirme durumunu etkileyebilen önemli bir unsurdur. Çocukların odasında kullanılan elektrikli ısıtıcılar da çocukların kaza geçirmesi için risk teşkil eden bir eşyadır. Araştırma kapsamındaki çocukların odasında elektrikli ısıtıcı varlığında çocukların kaza geçirme oranı, odasında elektrikli ısıtıcı olmayan çocuklara göre fazla bulunmuş ve bu durum anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$) (Tablo 15). Çocukların yaş ve gelişim süreci gereği elektrikli ısıtıcılar ilgisinin çekebilmekte ve elektrikli ısıtıcıdan kaynaklı kazalara zemin hazırlayabilmektedir.

Çocuklar belli bir yaşa kadar anne ile uyumamaktadır. Bu durum eğer bebek çok küçükse ani bebek ölümü sendromu açısından risk oluşturmaktadır (171). Ayrıca ebeveyn yatakları çocukların uyuması için uygun dizayn edilmediği için kaza açısından riskli olabilmektedir. Bu sonuçlara rağmen çalışmamızda çocuğun uyuma ortamı ile kaza geçirme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Kaza ve yaralanmalar açısından çocukların yaşadıkları evin apartman dairesi veya müstakil ev olması çeşitli riskleri de beraberinde getirebilmektedir. Araştırmamızda apartman dairesinde yaşayan çocukların kaza sıklığı %50, müstakil/bahçeli evde yaşayanların %62,5 ve deprem sonrası konteynırlarda yaşayanların ise % 87,5 bulunmuştur ve bu durum istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 15). Yalaki ve ark.'nın (71) sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde yaptığı çalışmada gecekondü tarzı konutlarda yaşayanların ev kazası sıklığının belirgin derecede yüksek olduğu gösterilmiştir. Demirköse'nin (172) çalışmasında müstakil/bahçeli evde yaşayanların apartmanda yaşayanlara göre daha fazla kaza geçirdiği bulunmuştur. Öztürk'ün (173) çalışmasında da kaza geçiren çocukların daha çok müstakil/bahçeli evlerde yaşadığı bulunmuş ama bu durum ile kaza geçirme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bazı çalışmalarda ise apartmanda yaşayanların daha fazla kazaya maruz kaldığı bulunmuştur. Yaşanılan evin tipi ile çocuğun kaza geçirme durumunu inceleyen bir çalışmada apartman dairesinde yaşayan çocukların müstakil evde yaşayanlara göre kaza geçirme açısından daha riskli olduğunu bulmuştur (174). Karatepe'nin (58) çalışmasında ise apartman dairesinde yaşayan çocuklar ile müstakil evde yaşayan çocuklar arasında kaza geçirme açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Apartman dairelerinde

bulunan balkonlar, merdivenler, pencere önüne konmuş mobilyalar ve çocuğun yaşam alanının kısıtlı olmasından dolayı kazalar artabilirken, müstakil/bahçeli evlerde çocukların hareketinin daha fazla olabileceği kazalar için risk oluşturabilmektedir. Ayrıca Elazığ depreminden sonra evleri yıkılan insanların konteynır kentlere yerleşmesi sonucu ailelerin tüm düzeni bozulmuş, bu durumdan en çok da çocuklar etkilenmiştir. Konteynır kentlerin çocukların yaşam döngüsüne uygun şekilde dizayn edilmemesi sebebiyle buralarda yaşayan çocukların en fazla geçirme oranına sahip olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamındaki ailelerin ilde yaşayanların çocuklarının %48,8'i, ilçede yaşayanların çocuklarının %61,3'ü, köyde yaşayanların çocuklarının ise %62,5'i ev kazası geçirmiştir (Tablo 15). İlde yaşayanların daha çok apartman dairesinde oturması, ilçe ve köylerdeki insanların müstakil/bahçeli evleri daha çok tercih etmesinden dolayı bu oranlar ortaya çıkmış olabilir. Ayrıca köylerde çocukların bakımından sorumlu olan annelerin bahçe işleriyle uğraşıp, çocukların evde tek kalabilmesinden dolayı da kazalar artabilmektedir. Buna ek olarak evlerde kullanılan ısınma araçları ile ev kazalarını etkileyebilmektedir. Çalışmamızda soba ile ısınan evlerde yaşayan çocukların %65,6'sı, kalorifer ile ısınan evlerde yaşayan çocukların %50,7'sinin ev kazası geçirdiği görülmektedir ve bu durum anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 15). Sobanın çocuklar için özellikle yanma açısından risk teşkil ettiği düşünülmektedir.

Çalışmada evinde ilk yardım çantası bulundurma ile çocukların kaza geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16). İlk yardım çantası bulundurmak kazalar için tedbir oluşturmaya rağmen, çocukların kaza geçirme durumunu engelleme açısından tek başına bir etken olmadığı görülmektedir.

Çocuklarda ev kazalarını önlemede annelerin ev kazaları hakkındaki bilgileri önemli bir konudur. Buna rağmen araştırmamızda ev kazaları ve ilk yardım konusundaki bilgi durumları ile çocukların ev kazaları geçirmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16). Boztaş'ın (175) yaptığı çalışmada da kazalarla ilgili eğitim aldığını belirten annelerin çocuklarının % 24,4'ü, eğitim programı almadığını söyleyen annelerin %22'si hayatları boyunca en az bir kere kaza geçirmişlerdir ama bu durum anlamlı çıkmamıştır. Bu bulgular ile bizim bulgular benzerdir. Bunlardan farklı olarak Altundağ'ın (61) yaptığı çalışmada

çocuğu olan annelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası kaza sıklıkları incelenmiş ve aralarındaki fark anlamlı çıkmıştır. Benzer şekilde Kurt ve ark.'nın (35) çalışmasında ev kazaları hakkında bilgi alanların çocuklarının daha az kaza geçirdiği saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni eğitim içeriğindeki yetersizliklerden ve annelerin eğitim sonrası algılama düzeylerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan annelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması $70,36 \pm 13,732$ (min:40, max:111) olarak bulunmuştur. Çevik ve ark.'nın (159) yaptığı çalışmada kırsal alanda yaşayan çocukların düşme durumlarını incelemek için yaptığı çalışmada ölçek puan ortalaması 67.73 ± 8.53 olarak bulunmuştur. Yine eğitim seviyesi düşük annelere yapılan bir çalışmada ölçek puan ortalaması 76.92 ± 12.45 olarak tespit edilmiştir (60). Bunların aksine Çakıcı Tosun'un (169) çalışmasında ölçek puan ortalaması 165.49 ± 19.11 , Gündüz ve ark.'nın (73) çalışmasında ise bu puan ortalaması 179.74 ± 12.91 olarak bulunmuştur. Ölçek puan ortalamalarındaki bu farklılıklar annelerin sosyokültürel seviyelerinden ve eğitim farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldıkları puanların ortancaları ile çocukların kaza geçirme durumu karşılaştırıldığında ev kazası geçirmeyen çocukların annelerinin puanı daha yüksek bulunmuştur ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 18). Erkal ve ark.'nın (153) çalışmasında çocuğu ev kazası geçiren annelerin ölçekten daha düşük puan aldıkları görülmüş ve bu durum anlamlı çıkmıştır. Düzce'de yapılan bir çalışmada çocuğun son iki ayda kaza geçirme durumunu sorgulandığında çocuğu kaza geçirmeyen annelerin ölçek puanları daha yüksek bulunmuş ve bu durum anlamlı çıkmıştır (59). Öztürk ve ark.'nın (176) çalışmasında ise bizim çalışmamızın aksine çocuğu kazaya maruz kalmış annelerde ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Ev kazalarını önlemede annelerin önlem alması çok önemlidir ve bu durum ölçekten aldıkları puanların kazalara etkisinde görülmektedir. Buna rağmen çalışmalardaki farklılıklar annelerin ölçek sorularına cevap verirken algılama farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda yaş arttıkça ölçek puanı azalmıştır fakat bu durum anlamlı çıkmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 19). Çapık ve ark.'nın (177) çalışmasında anne yaşı ile ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Gündüz ve

arkadaşlarının (33) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde anne yaşının ölçek puan ortalamasını belirgin olarak değiştirmede bulunmuştur. Bunun yanında Erdem ve ark.'nın (59) çalışmasında 30 yaşından küçük annelerin ölçek puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Erkal ve ark.'nın (153) çalışmasında da benzer şekilde anne yaşı arttıkça ölçek puanının anlamlı şekilde düştüğü görülmüştür. Bunların aksine Büyük ve ark.'nın (144) çalışmasında annelerin yaşı ve ölçek puanı arasında anlamlı ilişki olduğu anne yaşı arttıkça ölçek skorunun arttığı tespit edilmiştir. Anne yaşı küçüldükçe annelerin ilk çocuk motivasyonlarından kaynaklı bizim çalışmamızda olduğu gibi ölçek puan yüksekliği olabilir.

Araştırma kapsamındaki annelerin eğitim durumu arttıkça ölçekten aldıkları puan ortancaları da artış göstermektedir ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 19). Önal'ın çalışması (54) bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir ve annelerin eğitim seviyesi arttıkça ölçekten aldıkları puan ortancaları anlamlı şekilde artmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça, ev kazası ve ilk yardım konusundaki bilginin ve farkındalığın artacağı düşünülürse bulunan sonuçlar beklenmektedir. Aksine Yıldız Çiçekler ve ark.'nın (74) Konya'da yaptıkları çalışmada ilköğretim mezunu annelerin ortaöğretim ve lisans mezunu annelere oranla ev kazalarına yönelik daha fazla güvenlik önlemi aldıkları görülmüş ve bu durum anlamlı çıkmıştır. Yaptığımız çalışmada gelir getirici bir işte çalışan annelerin ölçek puan ortancası, çalışmayan annelere göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 19). Önal'ın çalışmasında da (54) bizim çalışmamıza benzer şekilde ev hanımı olan annelerin ölçek puan ortancası, çalışan annelere göre belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Gündüz ve ark.'nın (33) çalışmasında ise bu bulgulardan farklı olarak çalışan annelerin ölçek puan ortancaları belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmayan anneler, ev ortamında çocuklarıyla daha fazla vakit geçirdikleri ve evde yapılması gereken birçok işi kendileri planlayıp uyguladıkları için ev hanımlarının kazalar karşısında daha hassas oldukları ve ölçekten daha fazla puan aldıkları söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki annelerden bekar/boşanmış/dul olanların ölçek puan ortancaları evli olanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 19). Evli ebeveynlerde çocuğun sorumluluğu anne ve baba arasında

paylaşıldığı için, tek ebeveynlikte bu yaştaki çocukların hepsi anne sorumluluğunda olduğundan ve annenin bu sorumluluğu tek başına sürdürmeye çalışmasından dolayı kazalara daha fazla dikkat ediyor olabilir.

Çalışmamızda, ekonomik durumunu çok iyi/iyi olarak algılayanların ölçek puan ortancaları, kötü/çok kötü olarak algılayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 19). Özakar Akça ve ark.'nın (145) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde ailenin gelir düzeyi arttıkça ölçekten aldıkları puanlar da artmıştır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulguların aksine yapılan bir çalışmada ise ailenin ekonomik gelir düzeyi düştükçe ölçekten aldıkları puan belirgin olarak artmıştır (59). Bazı çalışmalarda ise ekonomik durumun annelerin ölçek puanlarını anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur (33). Ekonomik gelir düzeyleri iyi olan ailelerde çocuk bakımında veya ev işlerinde yardım alınabilmekte, ev kazaları veya ilk yardım konusunda bilgiye daha rahat ulaşabilmekte ve evin fiziki yapısını çocuğun yaşamasına uygun olarak dizayn edecek imkanlara ulaşabilmekte, bu durum da gelir düzeyi iyi olan ailelerde annelerin güvenlik önlemlerini tanılamalarının arttığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki ailelerden apartmanda yaşayan annelerin ölçek puanları diğer tür evlerde yaşayan annelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 21). Önal'ın araştırmasında da (54) çalışmamıza benzer şekilde yaşanan yerin apartman dairesi olması, annelerin ölçekten aldıkları puanı anlamlı düzeyde artırmıştır. Apartman dairesinde yaşayan çocukların yaşam alanları daha sınırlı ve evde geçirdikleri vakit daha fazla olduğu için, apartman dairesinde yaşayan annelerin güvenlik önlemlerini tanılamaları artabilmektedir.

Kendilerine ait odaları olmayan çocukların annelerinin ölçek puanları, odası olan çocukların annelerine göre belirgin olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 21). Bunun sebebi odası olmayan çocukların kendilerine ait bir yaşam alanı olmamasından dolayı daha fazla dikkate ihtiyaç duymalarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca ebeveyn odasında ayrı yatakta yatan çocukların annelerinin ölçek puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun sebebi olarak annelerin güvenlik önlemlerinden dolayı yanında ayrı bir yatakta yatırıyor olması düşünülebilir.

Daha önce ev kazalarına yönelik bilgi almış olan annelerin ölçekten aldıkları puan, bilgi almamış annelerin ölçekten aldıkları puandan belirgin olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 22). Aynı ölçek kullanılarak yapılmış olan çalışmada ev kazaları konusunda verilen eğitimden sonra ölçek puanlarının anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ($p<0,05$) (61). Turan ve ark.'nın (178) ev kazalarının önlenmesinde ve ev ortamındaki güvenlik önlemlerinin geliştirilmesinde annelere verilen eğitimin etkinliğini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada eğitim sonrası annelerin ölçek puanlarının belirgin arttığını bulmuştur. Bu sonuçlar ev kazası konusundaki eğitimlerin anneleri bilinçlendirmek konusundaki önemini göstermektedir.

Daha önce ilk yardım konusunda eğitim alanların ve ilk yardım konusunda bilgisini yeterli bulanların da ölçek puan ortancaları anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ($p<0,05$) (Tablo 22). Evde kaza geçiren çocuklara ilk müdahaleyi genellikle anneler yapmaktadır. Annelerin ilk yardım konusunda bilgi sahibi olmaları, ev kazaları konusunda da bilinçli davranmalarına neden olabilmektedir.

Elazığ ili Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi pediatri kliniğinde yatan 0-6 yaş çocukların ev kazası sıklığının incelendiği bu araştırmanın sonuçlarına göre;

- Hastanede yatan çocukların %50,9'u erkek, %18,1'i altı yaşındadır. Çocuklar en fazla (%25,7) enfeksiyöz nedenlerle hastanede yatmaktadır. Bu çocukların ise %43,2'si ev kazası geçirmiştir.
- Hastanede yatan çocukların annelerinin 0-6 yaş tüm çocukları sorgulandığında annelerin %55,3'ünün çocukları ev kazasına maruz kalmış, 0-6 yaş tüm çocukların %31,7'sinin ev kazası geçirdiği görülmüştür.
- Çocukların en fazla maruz kaldıkları kaza çeşidinin sırasıyla düşme (%47,7), yanık (%18,7) ve kesi yarası (%9,0) olduğu bulunmuştur.
- Kaza geçiren çocukların % 52,9'unun erkek, en fazla kaza geçirdikleri yaş (%30,0) üç yaş olarak tespit edilmiştir.
- Ev kazası geçiren çocukların kazayı en çok oturma odası/salonda (%30,4), ikinci sıklıkta (%28,0) mutfakta geçirdikleri, kaza anında çocukların yanında en fazla (29,0) annelerinin olduğu bulunmuştur.

- Kaza sonrası çocukların %50,9'u herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmiş, kaza sonucu çocukların %65,9'u tamamen iyileşmiştir.
- Kazaya maruz kalan çocukların en fazla etkilenen kısmı (%33,8) baş-boyun bölgesi olup, kaza sonrası annelerin %75,8'i kazanın tekrarlanmaması için önlem aldığını belirtmiştir.
- Katılımcılardan anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, anne çalışma durumu ve mesleği, baba çalışma durumu, mesleği ve sağlık durumu ile çocukların kaza geçirmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).
- Ekonomik durum algısı, yaşanan yer ve ev tipi, evde kullanılan ısınma aracı, çocuğun odasında elektrikli ısıtıcı varlığı ile çocukların kaza geçirmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).
- Yapılan değerlendirilme sonucunda katılımcı annelerin "Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" nden aldıkları puan yükseldikçe çocukların kaza geçirme durumu istatistiksel olarak azalmıştır ($p<0,05$).
- Eğitim seviyesi yüksek olanlarda, çalışmayan annelerde, boşanmış/dul veya eşi vefat etmiş olanlarda ve ekonomik durumunu çok iyi/iyi olarak değerlendirenlerde ölçek puanı anlamlı düzeyde artmıştır ($p<0,05$).
- Yaşanılan yerin konteynır olması, çocuklara ait odanın varlığı, ailelerin ilde yaşaması ve çocukların ebeveyn odasında onlarla aynı yatakta yatması ölçek puanlarını anlamlı derecede azaltmıştır ($p<0,05$).
- Daha önce ve kazaları ile ilk yardım konusunda bilgi alınması durumunda da annelerin aldığı ölçek puanları anlamlı derecede yükselmiştir ($p<0,05$).

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Çocuklarda ev kazaları, sakatlıkla veya ölümle sonuçlanabilmekte ve çoğu zaman önlenabilir nedenlerden oluşmaktadır. Yapılan bu çalışmada annelerin bilgilerinin yeterli olmadığı görülmüştür.
- Özellikle çocukların bakımından primer sorumlu anneler olmak üzere, çocuğa bakım veren tüm erişkinlere eğitim ve farkındalık programları düzenlenmeli,

- Yeni çocuk sahibi olacak ebeveynlere çocukların gelişimsel dönemlerine göre kaza geçirme ihtimallerini artıran durumlar anlatılmalı, özellikle hareketlendiği 12-24 aylar arasında yalnız bırakılmaması gerektiği vurgulanmalıdır.
- Ev ortamları çocukların yaşına ve gelişim dönemlerine uygun olacak şekilde düzenlenmeli, özellikle çocukların en çok vakit geçirdikleri ortam olan oturma odası ve çocuk odasında tüm tehlikeli durumlar kontrol altında olmalı, annelerin mutfakta vakit geçirdikleri vakitlerde çocuklar yalnız bırakılmamalı ve mutfakta gerekli önlemler alınmalıdır.
- Ev içiğinde çocukların geçirdiği hafif kazaların dahi dikkate alınması gerektiği söylenmeli, kaza sonrası yapılacak basit müdahaleler ve aranması gereken numaralar öğretilmeli, kaza sonrası oluşabilecek komplikasyonları ortadan kaldırmak için sağlık kuruluşuna götürülmesi gerektiğinin önemi söylenmelidir.
- Ev içiğinde alınabilecek basit önlemler ile kaza sıklığının büyük oranda azalacağı konusunda eğitimlerin sıklığı artırılmalı, daha akılda kalıcı hale getirmek için görsel sunumlar desteklenmelidir.

5. KAYNAKLAR

1. World Health Organization, 2015, İnjury, ErişimTarihi: 17.04.2016.
2. Kıran S, Şemin S, Ergör A. Kazalar ve toplum sağlığı yönünden önemi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2001;10(2):50-51.
3. Tanır F. Yaralanmalar, kazalar ve ilk yardım. Akbaba M, Demirhindi H (editorler). Temel Halk Sağlığı. Akademisyen Kitabevi, 2017:155-163
4. Özcebe H. Kazalar ve Güvenli Toplumlar. Güler G, Akın L (editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler (Genişletilmiş 2.baskı). Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012:1134-1142
5. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380(9859): 2095-2128.
6. Chamblee TB. Factors that Influence Mothers' Use of Safety Rules with Their Preschoolers: University of Rochester; 2010.
7. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AF, et al. Burns. World report on child injury prevention: World Health Organization; 2008.
8. Bahadır GB, Oral A, Güven A. Çocukluk çağı travmaları ve önlenmesinde koruyucu hekimliğin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2011;10(2).
9. Goniewicz K, Goniewicz M, Pawłowski W, Fiedor P, Lasota D. Risk of road traffic accidents in children. Medical Studies/Studia Medyczne 2017; 33(2): 155-160.
10. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action: summary. World Health Organization; 2013.
11. Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, Hoyle JD, Atabaki SM, Holubkov R, et al. Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. Lancet 2009; 374(9696): 1160-1170.

12. White L, O'Donnell C. Working children and accidents: understanding the risks. *Child Care Health and Development*. Child Care Health Dev 2001; 27(1): 23-34.
13. Children at work: special health risks, report of a WHO study group [meeting held in Geneva from 10 to 16 December 1985]: World Health Organization; 1987.
14. Heptinstall E, Jewitt K, Sherriff C. Young workers and their accidents: Child Accident Prevention Trust London; 1997:53
15. Joliffe F, Patel S, Sparks Y, Reardon K. Child employment in Greenwich. 1995.
16. O'Donnell C, White L. Invisible Hands: Child Employment in North Tyneside: Low Pay Unit London; 1998.
17. McKechnie J, Hobbs S, Lindsay S, Lynch M. Working children: the health and safety issue. *Child Soc* 1998; 12(1):38-47.
18. Kraus R, Heiss C, Alt V, Schnettler R. School accidents--an epidemiological assessment of injury types and treatment effort. *Zentralbl Chir* 2006; 131(5):411-416.
19. Kelm J, Ahlhelm F, Pape D, Pitsch W, Engel C. School sports accidents: analysis of causes, modes, and frequencies. *J Pediatr Orthop* 2001; 21(2):165-168.
20. Ghailan K, Almalki MJ, Jabour AM, Al-Najjar H, Khormi A, Magfori H, et al. Children Domestic Accidents Profile in Jazan Region, a call for new policies to improve safety of home environment. *Saudi J. Biol. Sci* 2021;28(2):1380-1382.
21. Commission Of The European Communities. Communication From The Commission To The European Parliament And The Council On Actions For A Safer Europe. Com(2006) 328 Final Report. 23.6.2006
22. Kılıç B, Demiral Y, Özdemir Ç, Özdemir S, Djemalaj F, Orhan İ, et al. İzmir'de Bir Gecekondu Bölgesinde Evde Yaralanma İnsidansı. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006;25(3)

23. Harvey A, Towner E, Peden M, Soori H, Bartolomeos KJBotWHO. Injury prevention and the attainment of child and adolescent health. Bull World Health Organ 2009; 87:390-394.
24. Abbassinia M, Barati M, Afshari MJ AoTR. Effectiveness of interventions in the prevention of home injuries among children under 5 years of age: A systematic review. Arch Trauma Res 2019; 8(4):190-197.
25. Branche C, Ozanne-Smith J, Oyebite K, Hyder AA. World report on child injury prevention. 2008.
26. Baysal SU, Yıldırım F, Bulut A. Çocuk Güvenliği. İstabil Tıp Fakültesi Basımevi, 2005: 1(6).
27. Bertan M, Çakır B, Halk sağlığı yönünden kazalar. Güler Ç, Bertan M (Editörler) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara:Güneş Kitabevi 1995:462-472.
28. World Health Organization. Injury. 2012.
29. Ehrenkranz RA. Nutrition, growth and clinical outcomes. World Rev Nutr Diet 2014; 110:11-26.
30. Arıkan D, Çelebioğlu A, Tüfekçi F. Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi 2013: 53-66.
31. Conk Z, Başbakkal Z, Bal-Yılmaz H, Bolışık B. Pediatri Hemşireliği Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara; 2013:95
32. Murray LJH, Risk, Society. Making the journey to school: The gendered and generational aspects of risk in constructing everyday mobility. Health Risk Soc 2009; 11(5): 471-486.
33. Gündüz G, Aytekin A. Annelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2015; 5(3):184-192
34. TÜİK, İstatistiklerle Çocuk 2020.
35. Kurt FY, Aytekin A. 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazaları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015;2(1):22-32.
36. Ural G, Gün İ. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi ve Özel Bayındır Hastanesi acil servisine kaza nedeniyle başvuranların epidemiyolojik yönden incelenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2008;17(1):31-39.

37. Demirköse H. 0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerinin İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Bölümü, 2020.
38. Şekerci E, Sevil İ. Hastanede yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2016;3(3):160-172.
39. Mahmut A, Sunay YM, Emre A, Gurol C. Infant and adolescent deaths due to home accidents in Istanbul Turkish Journal of Pediatrics 2005;47(2):141-149.
40. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al. Disease control priorities in developing countries. 2006.
41. Runyan CW, Casteel C, Perkis D, Black C, Marshall SW, Johnson RM, et al. Unintentional injuries in the home in the United States Part I: mortality. Am J Prev Med 2005; 28(1):73-79.
42. Sengoelge M, Bauer R, Laflamme LJJoic, promotion s. Unintentional child home injury incidence and patterns in six countries in Europe. Int J Inj Contr Saf Promot 2008; 15(3):129-139.
43. Harris MJ, Kotch J. Unintentional infant injuries: sociodemographic and psychosocial factors. Public Health Nurs 1994; 11(2):90-97.
44. Paek H, Kim CJSK, Safe Community Counsil. A safe community, Suwon 1999-2003. 2004;26.
45. Winston F. Section on injury and poison prevention. Pediatrics 1999; 104 :696-705.
46. Pan SY, Ugnat AM, Semenciw R, Desmeules M, Mao Y, Macleod M. Trends in childhood injury mortality in Canada, 1979-2002. Inj Prev 2006; 12(3):155-160.
47. Frederick K, Bixby E, Orzel M-N, Stewart-Brown S, Willett KJIP. An evaluation of the effectiveness of the Injury Minimization Programme for Schools (IMPS). Inj Prev 2000; 6(2):92-95.

48. Yuwiler J. Reducing unintentional injuries among young children: a prop 10 opportunity. Certification Commission for Healthcare Interpreters Field Lessons 2000;1(4):1-4.
49. Bartlett S. The problem of children's injuries in low-income countries: a review. Health Policy Plan 2002; 17(1):1-13.
50. Borse N, Sleet D. CDC Childhood Injury Report: Patterns of Unintentional Injuries Among 0-to 19-Year Olds in the United States, 2000-2006. Fam Community Health 2009; 32(2):189.
51. Bakal Ü, Keles E, Saraç M, Karlıdag T, Kaygusuz I, Kazez A. A study of foreign body aspiration in children. J Craniofac Surg 2016; 27(4):358-363.
52. Wilson MH, Baker SP, Teret SP, Shock S, Garbarino J. Saving children: A guide to injury prevention. Saving children: A guide to injury prevention 1991:139
53. Kalaylı G, Muhammad I. Burns in children under 3 years of age: the Zaria experience. Ann Trop Paediatr 1996; 16(3):243-248.
54. Önal H. 0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazaları Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2019.
55. Rivara FP, Bergman AB, LoGerfo JP, Weiss NSJAJoDoC. Epidemiology of childhood injuries: II. Sex differences in injury rates. Am J Dis Child 1982;136(6):502-506.
56. Spady DW, Saunders DL, Schopflocher DP, Svenson LW. Patterns of injury in children: a population-based approach. Pediatrics 2004;113(3):522-529.
57. Şekerci E. Hastanede Yatan 0-6 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Ev Kazaları Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2015.
58. Karatepe TU, Nalan A. 0-6 yaş çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ilişkili faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013;39(3):165-168.
59. Erdem SS, Bolu F, Mayda A. Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanımlanması. Konuralp Tıp Dergisi 2017;9(2).
60. Özmen D, Ergin D, Şen N, Çetinkaya A. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanımlanması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2007;12(12).

61. Altundağ S, Öztürk C. Ev kazalarına yönelik eğitimin, güvenlik önlemleri alınması ve kaza görülme sıklığına etkisi. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi* 2007;13(3):180-185
62. Çalışkan BS, Balcı S. Resim yöntemi ile ev kazaları risklerinin ve alınan önlemlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2018;11(2):137-146.
63. Tsoumakas K, Dousis E, Mavridi F, Gremou A, Matziou V. Parent's adherence to children's home-accident preventive measures. *ICN* 2009;56(3):369-74.
64. Hyder AA, Peden M. Inequality and road-traffic injuries: call for action. *Lancet* 2003; 362(9401):2034.
65. İnce T, Yalçın SS, Yurdakök K. Çocukluk çağında ciddi kaza sıklığı ve risk faktörleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2014;57(3):173-182.
66. Organization WH. The World health report: 2004: changing history: World Health Organization; 2004.
67. Şahiner P. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Hanelerde Ev Kazası İnsidansı ve Nedenleri, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2009.
68. Malta DC, Mascarenhas M, Neves A, Silva MA. Treatment of childhood injuries and violence in public emergency services. *Cad Saude Publica* 2015; 31(5):1095-1105.
69. World health statistics 2009: World Health Organization; 2009.
70. Balibey M, Polat S, Ertem İ, Beyazova U, Şahin F. Çocukluk çağında ev kazalarına yol açan etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2011;20(3):89.
71. Yalaki Z, Tasar MA, Kara N, Dallar Y. Measuring the Awareness of Home Injuries in Families with a Low Socioeconomic Status. *J. Emerg. Med* 2010;9(2):129.
72. Barat A, Watson MC, Mulvaney CAJPhcr, development. Preventing unintentional home injuries among children: exploring the perceptions of Iranian health professionals. *Prim Health Care Res Dev* 2019; 30:20e:146
73. Gündüz A. Çocuklarda kazalar için risk faktörleri. İçinde: Kahrıman İ, Karadeniz H, Şahin A, Tatlı Ö (Editörler) *Çocukluk Çağı Kazalarına Acil Yaklaşım*, Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2018:5-9

74. Çiçekler CY, Konuk R. 0 6 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012;21(3):157-74.
75. Karatepe TU. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Sıklığı ve İlişkili Faktörler,Uzmanlık Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2011.
76. Köse OÖ, Bakırcı N. Çocuklarda ev kazaları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2007;16(3):31-35.
77. Ugur Baysal,Birinci A. Cocukluk caginda kazalar ve yaralanma kontrolu. Turkiye Klinikleri 2006;2:64-79.
78. Bonnefoy X. Inadequate housing and health: an overview. Int J Environ Pollut 2007;30(3-4):411-429.
79. Bonnefoy X. The Policy Relevance of housing and health-an international perspective. Proceedings of the Second International Housing and Health Symposium Vilnius: Lithuania; 2004.
80. 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 2003;111(6):683-692.
81. Linnan M, Pham VC, Rahman F, Rahman A, Shafinaz S, Sitti-Amorn C, et al. Child mortality and injury in Asia: survey results and evidence. 2007:6-35
82. Pickett W, Streight S, Simpson K, Brison R. Injuries experienced by infant children: a population-based epidemiological analysis. Pediatrics 2003;111(4):365-370.
83. Pomerantz WJ, Gittelman MA, Hornung R, Husseinazadeh H. Falls in children birth to 5 years: different mechanisms lead to different injuries. J Trauma Acute Care Surg 2012; 73(4):254-257.
84. Hyder AA, Sugerman D, Ameratunga S, Callaghan J. Falls among children in the developing world: a gap in child health burden estimations? Acta Paediatr 2007;96(10):1394-1398.

85. Fang X, Zeng G, Linnan H, Jing R, Zhu X, Corso P, et al. The incidence and economic burden of injuries in Jiangxi, China. *Public Health* 2016;138:138-145.
86. Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The global burden of injuries. *Am J Public Health* 2000; 90(4):523.
87. Savitsky B, Aharonson-Daniel L, Givon A, Group IT, Peleg K. Variability in pediatric injury patterns by age and ethnic groups in Israel. *Ethnicity health* 2007; 12(2):129-139.
88. Iltus SS. Parental ideologies in the home safety management of one to four-year-old children.(Volumes I and II): City University of New York; 1994.
89. Khambalia A, Joshi P, Brussoni M, Raina P, Morrongiello B, Macarthur C. Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0–6 years: a systematic review. *Inj Prev* 2006; 12(6):378-381.
90. WHO, International Society for Burns Injuries G, Switzerland. Facts about injuries: burns. 2006.
91. Yakıncı C. Koruyucu sağlık rehberi: Türk Eczacılar Birliği; 2012:249-254
92. Siaw A. Management of Childhood Burns and Fall-Related Injuries in the New Juaben Municipality of Ghana: University of Ghana; 2013:07
93. Argirova M, Hadzhiyski OJ. Treatment of palm burns in children. *Ann Burns Fire Disasters* 2005; 18(4):190.
94. Reimers A, Laflamme L. Neighbourhood social and socio-economic composition and injury risks. *Acta Paediatr* 2005;94(10):1488-1494.
95. Verey F, Lyttle MD, Lawson Z, Greenwood R, Young A. When do children get burnt? *Burns* 2014;40(7):1322-1328.
96. Bakker A, Van Loey NE, Van Son MJ, Van der Heijden PG. Brief report: mothers' long-term posttraumatic stress symptoms following a burn event of their child. *J Pediatr Psychol* 2009;35(6):656-661.
97. Horridge G, Cohen K, Gaskell SJB. BurnEd: parental, psychological and social factors influencing a burn-injured child's return to education. *Burns* 2010; 36(5):630-638.
98. Davies JW. The problems of burns in India. *Burns* 1990; 4-24.

99. Pawlik M-C, Kemp A, Maguire S, Nuttall D, Feldman KW, Lindberg DM, et al. Children with burns referred for child abuse evaluation: Burn characteristics and co-existent injuries. *Child Abuse Negl* 2016; 55:52-61.
100. Özcebe H. Çocuklar İçin Güvenli Kent. II. Türk Belediyecilik Sempozyumu Bildiri Özet Kitabı. Ankara: Haccettepe Yayınları 2005.
101. Van Beeck EF, Branche CM, Szpilman D, Modell JH, Bierens J A new definition of drowning: towards documentation and prevention of a global public health problem. *Bull. World Health Organ* 2005; 83:853-856.
102. Garrido ND, Costa AM, Stallman RK. Drowning: a leading killer. *Motricidade* 2016; 12(2):2-7.
103. Wang M, Liu Y, Kang L, He C, Miao L, Huang J, et al. Social and environmental risk factors for the accidental drowning of children under five in China. *BMC Public Health* 2020; 20(1):1-8.
104. Worldwide SK. Dangerous waters: Profiles of fatal childhood drownings in the US 2005-2014. Washington, DC: Author; 2016:3-16
105. Brenner RA. Prevention of drowning in infants, children, and adolescents. *Pediatrics* 2003; 112(2):440-445.
106. Hyder AA, Borse NN, Blum L, Khan R, El Arifeen S, Baqui AH, et al. Childhood drowning in low-and middle-income countries: Urgent need for intervention trials. *J Paediatr Child Health* 2008; 44(4):221-227.
107. Goren S, Gurkan F, Tirasci Y, Kaya Z, Acar K. Foreign body asphyxiation in children. *Indian Pediatr* 2005; 42(11):1131.
108. Tiryaki T, Akbiyik F, Şenel E, Mambet E, Livanelioğlu Z, Atayurt H. Çocukluk çağında yabancı cisim yutulması. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2010; 4(2):94-99.
109. Doğan S, Coşkun A, Yıkılmaz A, Hasdşraz L, Tahan F. Yabancı Cisim Aspirasyonu Şüphesi Olan Pediatrik Olgularda Düşük Doz Çok Kesitli Bilgisayarlı Tomografi Ve Sanal Bronkoskopinin Değeri. *Erciyes Tıp Dergisi* 2008; 30(1).
110. Midulla F, Guidi R, Barbato A, Capocaccia P, Forenza N, Marseglia G, et al. Foreign body aspiration in children. *Pediatr Int* 2005; 47(6):663-668.

111. Özaydın S, Erol M, Çelebi S, Başdaş C, Güvenç Ü, Karaaslan B, et al. Yutulan yabancı cisimlerin oluşturduğu gastrointestinal cerrahi sorunlar. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi 2016; 8(2):106-110.
112. Informe Anual del UNICEF 2004: Unicef; 2004.
113. Gummin DD, Mowry JB, Spyker DA, Brooks DE, Fraser MO, Banner W. 2016 annual report of the american association of poison control centers' national poison data system (NPDS): 34th annual report. 2017;55(10):1072-254.
114. Pattin CA, Child Resistant Packaging: Regulations and Effectiveness, 1980–2002. ASME International Mechanical Engineering Congress and Exposition; 2005. <https://proceedings.asmedigitalcollection.asme.org>
115. Hyder A, Sugerman D, Puvanachandra P. Childhood unintentional injury surveillance: a multi-site pilot study. Johns Hopkins University, WHO 2000.
116. Turrell G, Mathers C. Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985–1987 and 1995–1997. Int J Epidemiol 2001; 30(2):231-239.
117. Gilbride SJ, Wild C, Wilson DR, Svenson LW, Spady D. Socio-economic status and types of childhood injury in Alberta: a population based study BMC Pediatrics 2006; 6(1):1-10.
118. Özkan EK. Ankara 112 İl Ambulans Servisine 2013 Yılında Başvuran Zehirlenme Olgularının Geriye Dönük İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
119. Boleken ME, Cevik M, Yagiz B, Ter M, Dorterler ME, Aksoy T. The characteristics and outcomes of penetrating thoracic and abdominal trauma among children. Can J Surg 2013; 29(8):795-800.
120. Alasya E. 1-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazası Görülme Sıklığı Ve Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Uygulamalarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.
121. Oğuz S, Tuygun N, Akça H, Polat E, Karacan C. Elektrik Yaralanması Nedeniyle Acil Servise Getirilen Çocuklarda Klinik Sonucu Etkileyen Faktörler. Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi 2015;2:121-126.

122. Browne BJ, Gaasch WR. Electrical injuries and lightning. *Emerg Med Clin North Am* 1992; 10(2):211-229.
123. Arı S. Elektrik çarpması. Bursa İl Sağlık Müdürlüğü. 2008 Erişim Tarihi: 12.11.2013
124. Sleet DA. The global challenge of child injury prevention. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(9): 1921.
125. MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Towner L, Eurosafe. Child safety good practice guide: good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion. 2006:37-84
126. Smith GA, Committee on Injury V. Shopping cart–related injuries to children. *Pediatrics* 2006; 118(2):540-544.
127. Alptekin F. Aksaray İl Merkezinde Ev Kazaları Epidemiyolojisi Korumaya Yönelik Tutum ve Davranışlar Ev Kazalarına Yönelik İlk Yardım Bilgi Düzeyi, Yüksek Lisans Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2004.
128. Lee LK, Walia T, Forbes PW, Osganian SK, Samuels R, Cox JE, et al. Home safety practices in an Urban low-income population: level of agreement between parental self-report and observed behaviors. *Clin Pediatr (Phila)* 2012; 51(12):1119-1124.
129. Bruce N, Smith-Sivertsen T, Diaz A, Schei M, Smith KR, Arana B, et al., editors. Prevention of burns among children in wood fuel using homes in rural Guatemala. 16 th Annual conference of the International Society for Environmental Epidemiology New York; 2004:390-394
130. Peck MDJB. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns* 2011; 37(7):1087-1100.
131. Cleland H, Fernando DT, Gabbe BJJB. Trends in Victorian burn injuries 2008–2017. *Burns* 2021; ;S0305-4179(21)00162-5.
132. NHS. Accidents To Children In The Home 2011
133. Delgado J, Ramirez-Cardich M, Gilman RH, Lavarello R, Dahodwala N, Bazan A, et al. Risk factors for burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education. *Inj Prev* 2002; 8(1):38-41.

134. Paes CE, Gaspar VL. Unintentional injuries in the home environment: home safety. *J Pediatr* 2005; 81:146-154.
135. Staines C, Ozanne-Smith J, Davison G. Child and early adolescent drowning deaths in developing communities: Victoria, a case study. 2008:25-54
136. Pitt WR, Cass DT. Preventing children drowning in Australia. *Med J Aust* 2001; 175(11-12):603-604.
137. Morrongiello BA, Kiriakou SJ. Mothers' home-safety practices for preventing six types of childhood injuries: what do they do, and why? *J Pediatr Psychol* 2004; 29(4):285-297.
138. Wong DL, Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. Wong's essentials of pediatric nursing: Mosby; 2005:339-379
139. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AF, et al. Poisoning. *World Report on Child Injury Prevention: World Health Organization*; 2008.
140. Miller TR, Lestina DCJAoem. Costs of poisoning in the United States and savings from poison control centers: a benefit-cost analysis. *Ann Emerg Med* . 1997; 29(2):239-245.
141. Çınar ND, Görak G. 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Çocuk Forumu* 2003;6: 22-27.
142. Aslan S, Yıldırım M, Tunçdemir A, Geçkil E. 0-6 yaş çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik ilk yardım hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 1(2):54-64.
143. Bakış O, Levent H, İnsel A, Polat S. Türkiye’de eğitime erişimin belirleyicileri. 2009.
144. Büyük ET, Çavuşoğlu F, Teker E. Sıfır altı yaş arası çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanılanması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015; 5(3):17-22.
145. Akça SÖ, Çankaya T, Aydın Z. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama düzeyleri ve annelere verilen ev kazalarına yönelik eğitimin etkisi. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2017;7(1):50-57.

146. Wei Y-L, Chen L-L, Li T-C, Ma W-F, Peng N-H, Huang L-CJAA, et al. Self-efficacy of first aid for home accidents among parents with 0-to 4-year-old children at a metropolitan community health center in Taiwan. *Accid Anal Prev* 2013; 52:182-187.
147. Aydoğdu ZA, Ateş E, Set T. Assessment of mothers' measures against home accidents for 0–6-year-old children. *Türk Pediatri Arşivi* 2019; 54(3):149.
148. Ghailan K, Almalki MJ, Jabour AM, Al-Najjar H, Khormi A, Magfori H, et al. Children Domestic Accidents Profile in Jazan Region, a call for new policies to improve safety of home environment. *Saudi Journal of Biological Sciences*. *Saudi J. Biol. Sci* 2021; 28(2):1380-1382.
149. Pant PR, Towner E, Ellis M, Manandhar D, Pilkington P, Mytton J, et al. Epidemiology of unintentional child injuries in the Makwanpur district of Nepal: a household survey. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12(12):15118-15128.
150. Balan B, Lingam LJAodic. Unintentional injuries among children in resource poor settings: where do the fingers point? *Arch Dis Child* 2012; 97(1):35-38.
151. Bhuvaneswari N, Prasuna J, Goel M, Rasania SJIjoph. An epidemiological study on home injuries among children of 0–14 years in South Delhi. *Indian J Public Health* 2018; 62(1):4.
152. Kamal N. Home unintentional non-fatal injury among children under 5 years of age in a rural area, El Minia Governorate, Egypt. *J Community Health* 2013; 38(5):873-879.
153. Erkal S. Identification of the number of home accidents per year involving children in the 0-6 age group and the measures taken by mothers to prevent home accidents. *The Turkish journal of pediatrics* 2010;52(2):150.
154. Radhakrishnan S, Nayeem A,. Prevalence and factors influencing domestic accidents in a rural area in Salem district. *Int. j. health med* 2016; 5(8):1688-1692.
155. Nouhjah S, Kalhori SRN, Saki AJE. Risk factors of non-fatal unintentional home injuries among children under 5 years old; a population-based study. *Emerg (Tehran)* 2017;5(1).

156. Atak N, Karaoglu L, Korkmaz Y, Usubütün S. A household survey: unintentional injury frequency and related factors among children under five years in Malatya. *The Turkish journal of pediatrics* 2010;52(3):285.
157. Banerjee S, Paul B, Bandyopadhyay K, Dasgupta A. Domestic unintentional injury of 1 to 5-year-old children in a rural area of West Bengal, India: a community-based study. *Tanzan. J. Health Res* 2016; 18(3).
158. Thein M, Lee B, Bun PJSmj. Childhood injuries in Singapore: a community nationwide study. *Singapore Med J* 2005; 46(3):116.
159. Cevik C, Selçuk KT, Kaya C, Bayırlı RB. Prevalence of home accidents among 0-6-year old children mothers' levels of displaying precaution-taking behaviors. *JRMDS* 2017.
160. Kim HB, Kwak YH, Do Shin S, Song KJ, Lee SC, Park JO, et al. Epidemiology of traumatic head injury in Korean children. *J Korean Med Sci* 2012; 27(4):437-442.
161. Koçer N. Çocuklar İçin İlk Yardım ve İlk Yardım Uygulamaları. *Morpa Yayınları*, 2006:12-16.
162. Coşkun C, Özkan S, Maral İ. Çankırı-Eldivan İlçe Merkezinde 0-14 Yaşlar Arasında Çocuğu Olan Annelerin İlk Yardım Bilgi Düzeyleri ve İlk Yardım Gerektiren Durumların Sıklığı. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2008;2(3):11-18.
163. Gür K, Erol S, Sezer A, Şişman F. Ev ziyaretleriyle ev kazası risk faktörlerinin saptanması ve belirlenen kazaların özellikleri. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2013;22(6):225-232
164. Uskun E, Yıldırım S, Yürekli MV, Çelik A, Tarcın Y. Bir İl Merkezindeki Anaokullarında Bulunan 3 Yaş Üstü Çocuklarda Ev Kazası Görölme Sıklığı. *18 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*; 2015.
165. Atatürk Ü, Erci B. 0-5 yaş grubu çocuğa sahip annelerin ev kazalarına neden olan faktörler ve önlemeye yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bursa* 2012:2-6.
166. Önal H. 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazaları sıklığı ve etkileyen faktörler: *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*; 2019:25

167. Kılıç B, Demiral Y, Özdemir Ç, Özdemir S, Djemalaj F, İlim O, et al. İzmir’de bir gecekondu bölgesinde evde yaralanma insidansı. Toplum Hekimliği Bülteni 2006;25(3):27-32.
168. Aksakal FNB, Çetin FE, Özdemir T, Tunca MZ, Aygün R, editors. 0-6 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Ev Kazaları Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Saptanması. 15 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 2012.
169. Çakici Tosun M. 4-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik önlemlerinin incelenmesi, ev kazaları ve ilkyardım konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarına eğitimin etkisi: Bir müdahale çalışması. Uzmanlık Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Bölümü, 2016.
170. Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. Evid Based Child Health 2013; 8(3):761-939.
171. Tappin D, Ecob R, Brooke HJTJop. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. J Pediatr 2005; 147(1):32-37.
172. Demirköse H, Yapar D, Özkan ST. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Çocukların Ev Kazası Geçirme Durumu ile İlişkisi. Sağlık ve Toplum 2021;31(2):74-82.
173. Öztürk Ö. Çocuk sağlığı izlemi yapılan 6 ay-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ve nedenleri annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi.Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Bölümü, 2016.
174. Lyons RA, Newcombe RG, Jones SJ, Patterson J, Palmer SR, Jones PJ. Injuries in homes with certain built forms. Am J Prev Med 2006; 30(6):513-520.
175. Boztaş G. 0-48 aylık çocukların ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalarına ilişkin annelerinin davranış ve görüşlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi (Keçiören SGB, Uyanış Sağlık Ocağı, 2007). Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Bölümü, 2008.

176. Öztürk C, Sari HY, Bektaş M, Elçigıl A. Home Accidents And Mothers Measurements In Preschool Children. *Anatol J Clin Investig* 2010;4(1).
177. Çapık C, Gürol A. Eğitimin annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik tedbirlerini tanılama yetilerine etkisi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi* 2014;4(3):87-94.
178. Turan T, Dünder SA, Yorgancı M, Yıldırım Z. 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi* 2010;16(6):552.



6.EK

HASTANEYE BAŞVURAN 0-6 YAŞ GURUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN EV KAZALARINA YÖNELİK ÖNLEMLERİNİ TANILAMA DÜZEYLERİ.

Bu çalışmada hastaneye başvuran 0-6 yaş gurubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik önlemlerini tanımlamak amaçlanmıştır. Değerli katılımcılar; sorulara vermiş olduğunuz cevaplar çalışmamıza bilimsel açıdan yarar sağlayacak ve bu konunun daha iyi anlaşılması konusunda faydalı olacaktır. Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, veriler bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Katılımcılar ad ve soyadlarını kesinlikle belirtmeyeceklerdir. Araştırma bulgularının gerçekçi ve yararlı olabilmesi; anketi doğru ve eksiksiz biçimde cevaplandırmanıza bağlıdır. Araştırmadan toplanacak bütün veriler toplu olarak değerlendirilecektir. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. Yaşınız?
2. Eğitim Durumunuz?
() ilkokul ve altı () ortaokul () lise () üniversite
3. Çalışıyor musunuz?
() Evet () Hayır
4. Mesleğiniz nedir?
.....
5. Medeni durumunuz nedir?
() Evli () Bekar () Boşanmış () Dul ()
Diğer.....
6. Aile tipiniz nasıldır?
() Geniş aile () Çekirdek aile () Parçalanmış aile ()
Diğer.....

7. Baba Yaşı?

8. Baba eğitim durumu?

() İlkokul ve altı () ortaokul () lise () üniversite

9. Baba çalışıyor mu?

() Evet () Hayır

10. Babanın mesleği nedir?

.....

11. Çocuğunuz ne sebeple hastanede yatmaktadır?

.....

12. Kaç çocuğunuz vardır?

() 1 çocuk () 2 çocuk () 3 çocuk () 4 çocuk () 5 çocuk ve üzeri

13. Çocuğunuz/çocuklarınız ev kazası geçirdi mi?

() Evet () Hayır

14. 0-6 yaş gurubu çocuklarınızı ve kaza geçirme durumlarını belirtiniz.

	Yaş	cinsiyet	Kaza geçirdi mi	Kaza türü	Kaza geçirdiğindeki yaşı
1					
2					
3					
4					
5					

15. Hastanede yatan çocuğunuz kaç yaşında

.....

16. Hastanede yatan çocuğun cinsiyeti nedir?

() Kız () Erkek

17. Hastanede yatan çocuğunuz ev kazası geçirdi mi?

() Evet () Hayır

18. Çocuğunuz kaza geçirdiğinde yanında kim vardı?

.....

19. Çocuğunuz evin hangi bölümünde kaza geçirdi?

- ☐ Oturma odası/ Salon
- ☐ Banyo
- ☐ Mutfak
- ☐ Yatak Odası
- ☐ Diğer.....

20. Çocuğunuzun kaza geçirme ihtimalini artıran bir hastalığı var mı?

- ☐ Evet (se.....)
- ☐ Hayır

21. Kazadan sonra çocuğunuzu herhangi bir sağlık kuruluşuna götördünüz mü?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

22. Kaza sonucu çocuğunuz için nasıl sonuçlandı?

- ☐ Tamamen iyileşti
- ☐ Geçici sakatlık meydana geldi
- ☐ Kalıcı sakatlık meydana geldi
- ☐ Hafif yaralanma meydana geldi
- ☐ Diğer.....

23. Kaza sonrası nasıl bir tedavi uygulandı?

- ☐ Evde müdahale edildi
- ☐ Hastanede ayakta tedavi edildi
- ☐ Hastanede yatarak tedavi edildi
- ☐ Diğer.....

24. Kaza sonrası çocuğun etkilenen bölgesi neresidir?

- ☐ Baş-boyn
- ☐ Kollar
- ☐ Bacaklar
- ☐ Gövde
- ☐ Birden fazla bölge

25. Kaza sonrası çocuğun kazayı tekrarlamaması için önlem aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

26. Çocuklarınıza ait oda var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
27. Çocuğunuzun uyuma ortamı nedir?
☐ Ebeveyn odasında onlarla birlikte
☐ Ebeveyn odasında ayrı yatakta
☐ Kendi odasında tek başına
☐ Kendi odasında kardeşleri ile birlikte
28. Çocuğunuzun bakımından primer sorumlu kişi kimdir?
☐ Anne ☐ Baba ☐ Bakıcı ☐ Akraba (ise.....) ☐
Diğer.....
29. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü
30. Geçirdiğiniz bir hastalık ya da sakatlık durumu var mı?
☐ Evet (se.....) ☐ Hayır
31. Eşinizin geçirdiği bir hastalık ya da sakatlık durumu var mı?
☐ Evet (se.....) ☐ Hayır
32. Nerede yaşıyorsunuz?
☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy ☐ Diğer.....
33. Ev tipiniz nasıldır?
☐ Apartman Dairesi
☐ Müstakil/bahçeli ev
☐ Gecekondü
☐ Diğer
34. Evde ne ile ısıniyorsunuz?
☐ Kalorifer
☐ Soba
☐ Klima
☐ Elektrikli ısıtıcı
☐ Diğer.....
35. Çocuğunuzun odasında elektrikli ısıtıcı kullanıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır

36. Evinizde ilk yardım çantası bulunuyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

37. Daha önce ev kazalarına yönelik herhangi bir eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

38. Daha önce ilkyardım konusunda eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

39. İlk yardım konusunda bilginizi yeterli buluyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

40. Ev kazaları konusunda bilgi almak ister misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

41. İlk yardım konusunda bilgi almak ister misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

42. Aşağıdaki acil ve ilk yardım kuruluşlarının numarasını yazınız?

İtfaiye..... Ambulans..... Ulusal zehir danışma
merkezi.....

0-6 YAŞ ÇOCUKLARDA ANNENİN EV KAZALARINA YÖNELİK GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİ TANILAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra size en yakın gelen kutucuğa X işaretini koyunuz.

	Maddeler	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1	Banyo ve tuvalet zeminini kuru tutmaya özen gösteririm.					
2	Mobilya seçerken keskin kenarlı ve sivri köşeli olmamasına dikkat ederim					
3	Kullanılmayan elektrik prizlerini plastik koruyucularla kapatırım veya önüne engel oluşturacak koltuk gibi eşyalar çekerim.					
4	Tuvalet ve banyo kapılarını kapalı tutarım					
5	Çocuğumu yaşına uygun büyüklükteki sandalyeye oturturum.					
6	Çamaşır makinemi fişe takılı ve kapağını açık bırakırım.					
7	Evde acil kazalarda kullanılmak üzere oksijenli su, tentürdiyot gibi maddeler bulundururum.					
8	Çocukların ağızlarında yemek varken konuşmalarını veya oyun oynamalarını tehlikeli bulurum					
9	Sıcak yiyecek ve içecekleri çocuğun rahatlıkla ulaşabileceği yerlere koyarım.					
10	Çekirdekli meyveleri çocuklarıma çekirdeklerini ayıklayarak yedirmeye dikkat ederim					
11	Kibrit, çakmak gibi maddeleri çocuğumun erişemeyeceği yerlere kaldırırım					
12	Misafirlikte veya misafir varken çocuğumun güvenliğini izlerim					
13	Soba, şömine, radyatör gibi ısıtıcı araçların çevresine koruyucu parmaklıklar koyarım.					
14	Çocuğumu banyo küvetinde yalnız bırakmaktan kaçınırım.					
15	Soyulan- yıpranan elektrik kablolarının çocuklar için tehlike oluşturduğunu düşünürüm					
16	Çocuğumu odada yalnız bırakmak zorunda kalırsam çevresine parmaklıklı oyun parkı gibi ortamlar oluşturmaya özen gösteririm.					
17	İlaç şişelerinin ağzını çocuğumun açamayacağı şekilde sıkıca kapatırım.					
18	Çocuğumun yataktan düşmesini engellemek için gerekli önlemleri alırım (varsa kenarlığı kaldırma yoksa sandalye, yastık ile destekleme gibi)					
19	Uzatma kablolarını kullandıktan sonra prizden çekerek ortadan kaldırırım.					
20	Kesici aletleri (bıçak, tıraş bıçağı, makas gibi) çocuğumun ulaşamayacağı yerlerde saklarım					

21	Çocuğumun ulaşabileceği yerlerde içi su dolu kova, leğen, tencere bırakmam					
22	Evde veya bahçedeki zehirli bitkilerin (sarmaşık gibi) çocuklar için tehlike oluşturduğunu düşünürüm					
23	Çocuğumun emzik veya nazar boncuğunu çengelli iğne ile üzerindeki giysilere takarım.					
24	Çöpleri çocuğumun erişemeyeceği yerde saklarım					
25	Çocuğumun banyo suyunun sıcaklığını derece veya dirsekle kontrol ederim					
26	Yemek pişirirken çocuğumun mutfakta dolaşmasına izin veririm					
27	Çocuğumun oyuncaklarını çabuk yanmayan maddelerden seçmeye özen gösteririm					
28	Ütü gibi elektrikli aletleri kullanırken çocuğumun ulaşamayacağı yerlere koyarım.					
29	Tuvalette çocuğumun düşmemesi için boyuna uygun tuvalet adaptörleri kullanırım.					
30	Boş, kullanılmayan kutu ve plastik torbaları ortalıkta bırakırım					
31	Ocağın üzerindeki tava, tencere saplarını çocuğumun erişemeyeceği yönde yerleştirmeye dikkat ederim.					
32	Yeni emekleyen bebeklerin çevresinde ağızına götürebileceği cisimlerin olmamasına özen gösteririm.					
33	İp, kemer ve naylon şeritlerin çocuğum için tehlikeli olabileceğini düşünerek erişebileceği yerde bulunmamasına özen gösteririm.					
34	Balkonların kenarlıklı ve aralıksız olmasına özen gösteririm.					
35	Çocuğuma oyuncak seçerken, batıcı, kesici, delici ve küçük parçalı olmamasına özen gösteririm.					
36	Çocuğuma oyuncak alırken boyası çıkmayan maddeden yapılmış olmasına özen gösteririm					
37	Evde bulunduğum zamanlarda bile balkon veya bahçe kapılarını kilitli tutarım					
38	Pencereye demir parmaklıklar veya benzeri engeller konulmasını sağlarım.					
39	Zehirli maddeleri (fare zehri, çamaşır suyu gibi) çocuğumun kolayca ulaşabileceği yerlerde bırakmam.					
40	Çocuğum bir kaza geçirdiğinde onu cezalandırırım					